

REPÚBLICA DEL ECUADOR
2009

PROTOCOLOS DE ATENCIÓN INTEGRAL A ADOLESCENTES

Dirección de Normatización
del Sistema Nacional de Salud

La Salud ya es de todos !



Ministerio de Salud Pública



PRESIDENCIA DE LA
REPÚBLICA DEL ECUADOR



Protocolos de Atención Integral a Adolescentes

Proceso de Normatización del SNS
Subcomisión de Prestaciones del SNS
Área de Salud de la Adolescencia
2009

Autoridades del MSP

Dra. Caroline Chang Campos
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

Dr. Gonzalo Bonilla Pulgar
SUBSECRETARIO GENERAL DE SALUD

Dr. Marcelo Aguilar Velasco
SUBSECRETARIO PARA LA EXTENSIÓN DE LA
PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

Dr. Ricardo Cañizares Fuentes
SUBSECRETARIO REGIÓN COSTA INSULAR

Dra. Carmen Laspina Arellano
DIRECTORA GENERAL DE SALUD

Dra. Bernarda Salas Moreira
DIRECTORA NACIONAL DEL PROCESO
DE NORMATIZACIÓN DEL SNS

Autoridades CONASA

Dra. Caroline Chang
Ministra de Salud Pública
Presidenta del Directorio del CONASA

Ec. Jeannette Sánchez
Ministra de Inclusión Económica y Social

Ec. Ramiro González
Presidente Consejo Directivo del IESS

Ec. Fernando Guijarro
Director General del IESS

Dra. Carmen Laspina
Directora General de Salud

Dr. Marco Álvarez
Director Ejecutivo de AFEME

Dr. Paolo Marangoni
Representante de la Honorable Junta
de Beneficencia de Guayaquil

Dr. Carlos Arreaga
Representante de SOLCA

CPNV/CSM Avc. Dr. Luis Maldonado
Representante de la Fuerza Pública

Ing. Jaime Guevara
Presidente de CONCOPE

Sr. Jonny Terán
Presidente de AME

Dr. Alfredo Borrero
Representante de Entidades de Salud
Privadas con fines de lucro

Dr. Nelson Oviedo
Representante de Entidades de Salud
Privadas sin fines de lucro

Dr. Gorki Espinosa
Representante Gremios de Profesionales

Dr. Hugo Noboa
Director Ejecutivo CONASA

INSTITUCIONES COOPERANTES

Dra. Celia Riera
Representante OPS/OMS en el Ecuador

Dr. Jorge Parra
Representante UNFPA en el Ecuador

Sra. Cristian Munduate
Representante de UNICEF en el Ecuador



Subcomisión de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud

PRESIDENTA DE LA SUBCOMISIÓN DE PRESTACIONES

Dra. Bernarda Salas
Directora del Proceso de Normatización - MSP

INTEGRANTES

Dr. Luis Espín
Delegado SOLCA

Dr. Javier Noboa
Delegado Dirección Nacional de Salud de la Policía Nacional

Dra. Nilhda Villacrés
Delegada IESS

Dra. Lina Vinces
Delegada de la Honorable Junta de Beneficencia de Guayaquil

Dr. Fernando Arroba
Delegado de la Honorable Junta de Beneficencia de Guayaquil

Dr. Jaime Sandoval
Delegado ISSPOL

Dra. Carmen Mosquera
Delegada del CONCOPE

Dr. Álvaro Moya
Delegado de las Fuerzas Armadas

Dra. Gioconda Gavilanes
Responsable de Salud del Adolescente - MSP

Dra. Galud Pinto
Responsable de Salud Bucal – MSP

Dra. Lorena Gómez
DIPLASEDE – MSP

Dra. Lilián Calderón
Coordinadora Técnica de la Subcomisión de Prestaciones
Consejo Nacional de Salud CONASA

Créditos

RESPONSABLES DE LOS PROTOCOLOS

Dra. Gioconda Gavilanes Endara
Dra. Susana Guijarro Paredes
Dra. Sonia Burbano Aguilar
Dra. Lilián Calderón Layedra

EDITORES

Dra. Alexandra Rosero
Dra. Gioconda Gavilanes
Dra. Susana Guijarro
Dra. Sonia Burbano
Dra. Rosa Romero
Dra. Amparo de la Vega
Dr. Mario Acosta
Dra. Lilián Calderón
Dra. Belén Nieto

PARTICIPANTES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN LA ELABORACIÓN DE PROTOCOLOS

Dr. Mario Acosta
Hospital de Niños Baca Ortiz. Quito – MSP

Dr. Hernán Abad
Hospital de Niños Baca Ortiz. Quito – MSP

Dr. José Avilés
Dirección de Planificación - MSP

Dra. Marcia Elena Álvarez
Consultora – UNFPA

Dr. Julio Alvear
Nutrición MSP

Dr. Fernando Arroba
Honorable Junta de Beneficencia de Guayaquil

Dra. Linda Arturo
Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. Quito - MSP

Dra. Nancy Auquilla
Directora de la Maestría de Adolescencia
Universidad de Cuenca

Dra. Iris Balarezo
Maternidad del Guasmo. Área de Salud # 1. Guayaquil – MSP

Dra. Elizabeth Barona
Unidad Ejecutora de la Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia

Dra. Anita Buestán
Instituto Médico Tierra Nueva

Dra. Sonia Burbano
Área de Salud # 4. Quito – MSP

Dra. María Elena Caiza
Área de Salud # 1. Quito - MSP

Dra. Lilián Calderón
Coordinadora Técnica – Subcomisión de Prestaciones
Consejo Nacional de Salud

Dra. Dora Carrera
Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. Quito - MSP

Antr. Ma. Rosa Cevallos
Área de Salud de Adolescencia - MSP

Obst. Ximena Cevallos
Directora de la Escuela de Obstetricia
Universidad Central del Ecuador

Dra. Patricia Costales
Consultora – CONAMU

Dra. Amparo de la Vega
Sociedad de Endocrinología

Dra. Myriam Droira
Hospital Quito # 1 de la Policía Nacional

Dra. Dolores Echeverría
Hospital Baca Ortíz. Quito - MSP

Dra. Natalia Espinosa
CEMOPLAF Riobamba

Dra. Wilma Freire
Universidad San Francisco de Quito

Dra. Gisella Gavilanes
Área de Salud # 9. Quito - MSP



Dra. Susana Guijarro
Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. Quito – MSP

Lic. Matilde Farinango
Salud Intercultural - MSP

Dr. Miguel Hinojosa
Hospital Enrique Garcés. Quito - MSP

Dr. Patricio Jácome A.
Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. Quito - MSP

Obst. Dalia Jaramillo
Área de Salud del Adolescente - MSP

Dr. Jackes Laufer
Fundación Nuestros Jóvenes - Quito

Dra. Cecilia León
Área de Salud # 2. Quito - MSP

Dra. Elena Mantilla
Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. Quito - MSP

Dr. José Marcillo
Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. Quito - MSP

Dr. Fidel Mendoza
Hospital Andrés de Vera. Portoviejo – MSP

Dr. Jorge Moncayo
Hospital Eugenio Espejo. Quito - MSP

Dr. Rolando Montesinos
Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. Quito - MSP

Dra. Myriam Moya
Consultora - CONAMU

Dr. Rodrigo Muñoz
Centro de capacitación – CECAFEC

Dra. Belén Nieto
Hospital Cantonal de Machachi - MSP

Msc. Obst. Inés Ortega
Centro Coordinador de Salud Comunitaria
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Central del Ecuador

Dr. Carlos Peralta
Área de Salud # 1. SCS Alpachaca. Imbabura - MSP

Dr. Jorge Pesántez
Hospital Eugenio Espejo. Quito - MSP

Lcda. Sofía Pozo
Salud Intercultural – MSP

Dr. Patricio Prócel
Presidente de la Sociedad de Pediatría Filial Pichincha

Dra. Julieta Robles
Coordinación Nacional de Nutrición – MSP

Dr. Alejandro Rodríguez
Hospital de Niños Baca Ortiz. Quito – MSP

Dr. Enrique Rodríguez
Hospital de Niños Baca Ortiz. Quito – MSP

Dra. Rosa Romero
Directora – Centro Coordinador de Salud Comunitaria
Facultad de Ciencias Médicas
Universidad Central del Ecuador

Dra. Ximena Sánchez
Coordinación Nacional de Nutrición – MSP

Dra. Catina Solano
Hospital Roberto Gilbert
Honorable Junta de Beneficencia de Guayaquil

Sicol. Efraín Soria
Fundación Equidad

Dr. Oscar Suriel
Consultor OPS/OMS Ecuador

Msc. Obst. Cecilia Tapia
Escuela de Obstetricia
Universidad Central del Ecuador

Dra. Myriam Tapia
Instituto Médico Tierra Nueva. Quito

Dr. José Terán
Director Hospital de Otavalo - MSP

Dra. Carina Vance
Fundación Causana

Dra. Lina Vincés
Honorable Junta de Beneficencia de Guayaquil

Dr. Eduardo Yépez
Líder de Salud de la MUJER - MSP

Dra. Nancy Zapata
Centro Educativo Mitad del Mundo - Quito

Dra. Cecilia Zurita
Hospital Gineco Obstétrico Isidro Ayora. Quito - MSP

Dra. Martha Zurita
Médica - Liceo Municipal Fernández Madrid - Quito

CONSULTOR

Dr. Jorge Naranjo Pinto

FOTOS PORTADA

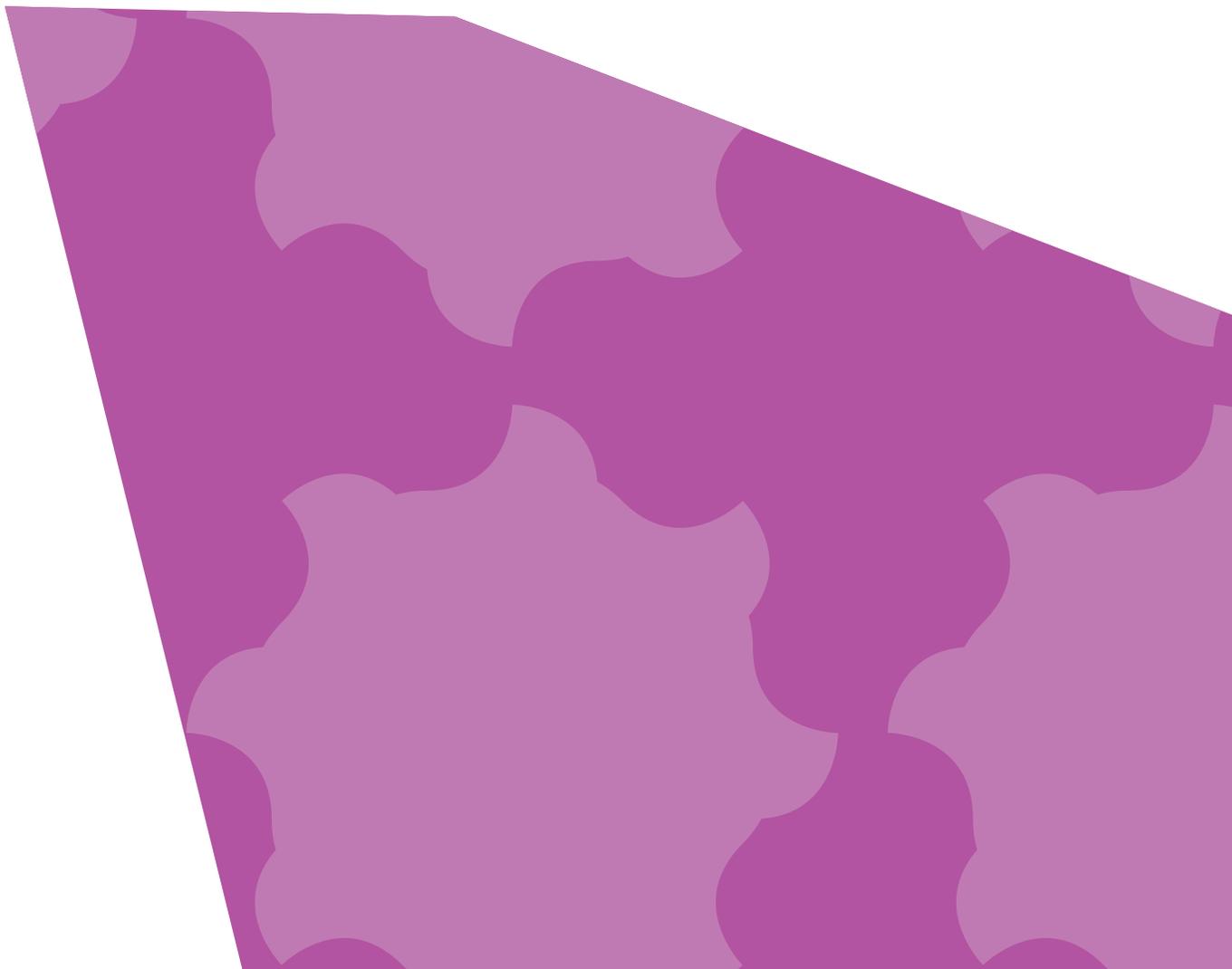
Joey O Loughin

DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

La Increíble Sociedad

IMPRESIÓN

Poligráfica C.A.



Presentación

Los protocolos de atención a adolescentes constituyen una parte importante del paquete normativo para la atención integral y de calidad a este importante y prioritario grupo poblacional, y un referente de obligatorio cumplimiento para el personal de salud que brinda atención directa en la red de servicios pública y complementaria del Sistema Nacional de Salud.

El Ministerio de Salud Pública, como Autoridad Sanitaria Nacional, busca a través de la implementación de estos protocolos generar en el personal de salud la sensibilidad y experticia requeridas para abordar de manera integral los problemas bio-sico-sociales que afectan a la adolescencia, en un proceso de atención continua e integrada por niveles de complejidad.

En el año 2006 se aprobó el Listado del Conjunto de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud (SNS) por ciclos de vida, basado en el perfil epidemiológico nacional. Se protocolizaron 32 prestaciones para adolescentes, que se suman y relacionan con otros documentos normativos del SNS, como son el Componente Normativo Materno-Neonatal, Normas de Planificación Familiar, Normas y Protocolos de Atención Integral de la Violencia de Género, Intrafamiliar y Sexual y Normas y Protocolos de Atención Integral de la Salud Bucal, que han sido elaborados con un enfoque de atención integral en promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y con los postulados de la medicina basada en evidencias.

Las 32 prestaciones protocolizadas en este documento están relacionadas con los instrumentos del Sistema Común de Información y especialmente con los formularios para la atención adolescente, que forman parte del Sistema Informático del Adolescente, SIA, en los que tiene gran importancia el enfoque integral de la atención que parte desde una visión y análisis de determinantes de la salud para comprender los fenómenos y comportamientos biológicos y psicológicos de los y las adolescentes.

El proceso de formulación y validación ha involucrado a decenas de profesionales con variados perfiles técnicos y gran experiencia operativa, tanto de las instituciones que integran el Sistema Nacional de Salud, como de otras organizaciones y agencias de cooperación nacional e internacional.

Los protocolos se sustentan en una cuidadosa revisión de medicina basada en evidencias, nacional e internacional, y tienen el desafío de mantenerse en constante actualización, conforme se sucedan los avances científicos y tecnológicos y los cambios en el perfil epidemiológico adolescente del país.

Dra. Caroline Chang Campos
MINISTRA DE SALUD PÚBLICA

Índice

CAPÍTULO 1	
PROTOCOLOS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO	19
Crecimiento y desarrollo	21
Talla Baja	31
Sobrepeso y Obesidad	34
CAPÍTULO 2	
PROTOCOLOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA	39
TRASTORNOS MENSTRUALES:	41
Hemorragias uterinas	41
Oligomenorrea	46
Amenorrea	47
Dismenorrea	50
Síndrome premenstrual	54
ATENCIÓN DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA	57
ALTERACIONES DEL DESARROLLO MAMARIO	63
GINECOMASTIA	68
DISFUNCIONES SEXUALES	70
ANDROLOGÍA:	72
Dolor testicular y escrotal	72
Masas escrotales y testiculares no dolorosas	76
Tumor testicular	78
Ausencia de testículo	82
Patología del pene	83
CAPÍTULO 3	
PROTOCOLOS DE CONSULTAS FRECUENTES	85
INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS O DEL TRACTO URINARIO	87
Infección urinaria	87
IVU baja	88
IVU recurrente	91
Pielonefritis aguda	92
Bacteriuria asintomática	92
CEFALEA	94
FIEBRE REUMÁTICA	98
APENDICITIS	102

ACNÉ	103
ENFERMEDADES DEL CUERO CABELLUDO:	105
Alopecia	105
PROBLEMAS INFECCIOSOS DE PIEL:	107
Micosis	107
Piodermatitis	110
PROBLEMAS TRAUMATOLÓGICOS:	111
Escoliosis	111
Cifosis	114
Patología de cadera	116
Patología de rodilla	117
Osteocondritis de la tuberosidad anterior de la tibia (Osgood Schlatter)	118
CAPÍTULO 4	
PROTOCOLOS DE SALUD MENTAL	121
DEPRESIÓN	123
CONSUMO DE SUSTANCIAS	131
TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA:	138
Anorexia nerviosa	138
Bulimia nerviosa	141
BIBLIOGRAFÍA	144



**PROTOSCOLOS DE
CRECIMIENTO Y
DESARROLLO**

CAPÍTULO 1

Crecimiento y desarrollo

CRECIMIENTO Y DESARROLLO

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE-10 Clasificación Internacional de Enfermedades – OMS
Z00	Examen general e investigación de personas sin quejas o sin diagnóstico informado (incluye control de niño sano)

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIAP-2 Clasificación Internacional de la Atención Primaria-WONCA
30	Exploración médica completa
31	Exploración médica parcial
58	Consejo terapéutico/escucha terapéutica
60	Consulta seguimiento

DEFINICIONES

ADOLESCENCIA	Período comprendido entre los 10 y 19 años ¹ . Incluye cambios biológicos, psicológicos y sociales.
PUBERTAD NORMAL	Etapa de la vida en que se realizan un conjunto de transformaciones morfológicas y fisiológicas que posibilitan el inicio de las funciones sexuales. Ocurre de los 8 a 13 años en mujeres y de los 9 a 14 años en hombres.
VARIACIONES DE LA PUBERTAD NORMAL	Pubertad adelantada: Se presenta en el 10% de adolescentes y se inicia de 8 a 9 años en mujeres y de 9 a 10 años en hombres. Puede haber telarquia, menarquia y pubarquia prematura como variantes normales en mujeres, y cambios en la voz, crecimiento de testículos y pubarquia en varones. Pubertad tardía: Se presenta en el 10% de adolescentes que no tiene ningún desarrollo puberal, alrededor de los 12 a los 13 años en mujeres y entre los 13 y 14 años en los hombres.
PUBERTAD PRECOZ	Aparición de pubertad antes de los 8 años en las mujeres y antes de los 9 años en varones. Aunque puede ser familiar, en la mayoría de casos tiene origen patológico.

RETARDO PUBERAL

Es la pubertad que no se inicia después de los 13 años en mujeres y después de los 14 años en varones. Es familiar en la mayoría de casos. En algunos puede ser la expresión de otras patologías sistémicas, endocrinas o genéticas.

El proceso de crecimiento y desarrollo que ocurre en esta etapa de la vida es producto de la maduración del eje Sistema Nervioso-Hipotálamo-Hipófisis-Gonadal.

CRECIMIENTO

- Aumento de peso y estatura.
- Cambio de las formas y dimensiones corporales (dimorfismo sexual), que al inicio ocurre en forma disarmónica, lo que determina cambios transitorios como incoordinación motriz o fatiga.
- Ganancia y redistribución de la masa corporal.
- Crecimiento óseo (longitudinal y transversal).
- Maduración dentaria. El crecimiento de los maxilares puede generar problemas en las arcadas dentarias.
- Crecimiento de órganos y sistemas.

DESARROLLO

- Cambios conductuales, sicosociales y sexuales
- Cambios en los hábitos alimentarios, de sueño y de actividad física.
- Obtención de nuevas habilidades sicomotrices
- En el área motriz se alcanza madurez fina y gruesa, lo que facilita el desarrollo en arte (pintura, instrumentos musicales) y logros deportivos.
- Hay un incremento en el coeficiente intelectual (10-15%).
- Desarrollo del cerebro (lóbulo prefrontal).
- Cambio del pensamiento concreto al abstracto.
- Desarrollo del razonamiento, planeación de la conducta e inhibición de las respuestas impulsivas, regulación de las emociones, balance de riesgos y recompensas, aprendizaje de la experiencia.
- Mayor rendimiento físico, capacidad y recuperación frente al ejercicio.
- Cambio en la respuesta inmunológica, que genera mejoría o agravamiento de problemas inmunológicos previos (alergias) y respuestas frente a la infección.

FACTORES QUE INFLUYEN EN EL CRECIMIENTO Y DESARROLLO

Externos o exógenos

- Ambiente (nivel socioeconómico, educación, cultura, salud, sicosociales, familia, trabajo, círculo de pares, comunidad, medios de comunicación).
- Enfermedades, especialmente crónicas o graves.
- Conductas alimentarias.

Internos o endógenos

- Genéticos: determinan el inicio de la pubertad, la velocidad y el pico de crecimiento
- Hormonales: hormonas tiroideas, hormona del crecimiento, esteroides sexuales

Mediadores

- Factores que actúan entre la herencia y el ambiente, como la familia y el rol de la madre y del padre.
- Sobre el potencial genético interactúan factores ambientales (nutrición, relación, salud y afectividad) que pueden influir en el crecimiento y desarrollo de los adolescentes.
- Con frecuencia los excesos también generan problemas en el crecimiento y desarrollo (deporte excesivo, dietas hipercalóricas, trabajo o estudio saturante, vida sedentaria).

ANTROPOMETRÍA EN LA ADOLESCENCIA

PESO

- El incremento del peso al final de la pubertad es de 16 a 20 Kg. en mujeres y de 23 a 28 Kg. en varones. La ganancia de peso no sólo depende del crecimiento esquelético sino también de otros tejidos. El crecimiento muscular es mayor en los varones.
- La redistribución y aumento del tejido adiposo logran el dimorfismo sexual. Hay que recordar la importancia del panículo graso en la producción y metabolismo hormonales, ya que su ausencia (por carencia, dieta o ejercicio excesivo) puede perturbar el desarrollo sexual apropiado.

TÉCNICA DE MEDICIÓN DE PESO

Material: balanza calibrada

Técnica:

- El/la adolescente se sitúa de pie en el centro de la plataforma de la balanza, distribuyendo el peso por igual en ambas piernas, con el cuerpo libre de contactos alrededor y con los brazos colgando libremente a ambos lados del cuerpo.
- La medida se realiza con la persona en ropa interior o pantalón corto de tejido ligero, sin zapatos ni adornos personales.
- Se registra en kilos con un decimal. Para graficar se utilizan los formularios de atención a adolescentes **SNS-MSP / HCU- 056 A, 056 B/2009** (Anexos 6 y 7 de las Normas y Procedimientos de Atención Integral de salud para Adolescentes: P/E 10 a 19 años, NCHS, percentiles 3 a 97).

Valoración: el peso para la edad relaciona el peso obtenido en un sujeto a una edad determinada, pero no sirve para diagnosticar el estado nutricional. Éste se obtiene mediante la relación peso/talla. Para definir si el aumento de peso es debido al compartimento graso o muscular se recomienda el uso del índice de masa corporal para la edad.

TALLA

La talla o estatura mide el crecimiento longitudinal. La estatura se define como la distancia que existe entre el plano de sustentación (piso) y el vértex (punto más alto de la cabeza).

La talla final se alcanza al terminar la pubertad, durante la cual la mujer crecerá en promedio de 20 a 23 cm.; en su mejor momento (estirón puberal) crecerá alrededor de 8 cm. al año. El varón puede registrar un aumento de 24 a 27 cm. con un pico de crecimiento anual de 9 a 10 cm. y en algunos casos de hasta 1 cm. por mes.

El crecimiento longitudinal se da por segmentos. Primero crece el segmento inferior (miembros), luego el segmento medio superior (tronco y cabeza). El crecimiento es distal (manos y pies), se alargan los miembros y se aprecia un desequilibrio corporal. Los diámetros transversales aumentan y se observa un mayor ancho de los hombros en los varones y de la pelvis en las mujeres.

TÉCNICA DE MEDICIÓN DE TALLA

Material: tallímetro calibrado o estadiómetro.

Técnica:

- El/la adolescente se coloca de pie, descalzo/a, con los talones juntos y apoyados en el plano posterior del tallímetro.
- Las nalgas y la parte alta de la espalda contactan con una superficie vertical rígida en ángulo recto con el piso.
- Se coloca la cabeza de tal manera que el borde inferior de las órbitas y el meato auricular se encuentren a la misma altura.
- Se indica al sujeto que realice una inspiración profunda, que relaje los hombros sin levantar los talones y manteniendo la posición de la cabeza con ayuda del examinador.
- Se desciende la barra horizontal del estadiómetro o una escuadra hasta contactar con la cabeza ejerciendo un poco de presión sobre el cabello suelto.

Valoración: la talla obtenida se relaciona con la edad según sexo y se grafica en las curvas de referencia **SNS-MSP / HCU- 056 A, 056 B/2009** (Anexos 6 y 7 de las Normas y Procedimientos de Atención Integral de Salud para Adolescentes).

Se grafica en la curva de talla para la edad de la OMS de desviaciones estándar (score Z) en la cual +/- 2 DE corresponden aproximadamente a los percentiles 3 y 97. Se considera como zona de normalidad las medidas que se encuentran entre la media \pm 2 DE. Los que se encuentran fuera de estos límites están en riesgo de talla alta o baja, lo que implica un seguimiento más estricto. No siempre significa patología.

Los adolescentes que se encuentran bajo - 2 DE de la media se consideran de talla baja², y los con talla < 3 DE de la media, de talla baja patológica.

En los adolescentes con talla sobre + 2 DE de la media se debe investigar la talla de los padres (potencial genético) y la madurez ósea y puberal, para identificar talla alta patológica.

TALLA MEDIA DE LOS PADRES

Aplicar la técnica de medición de talla a los padres y graficar sus tallas al final de las curvas (19 años) de talla de adolescente, hombre y mujer respectivamente. Comparar con el gráfico del adolescente del MSP.

En el caso de una mujer, graficar la suma de la talla de la madre más la del padre menos 13 cm. y dividida para 2. Para un varón graficar la suma de las tallas de padre y madre más 13 cm. dividida para 2.

Fórmula:

Hombres = (Talla padre + Talla madre) + 13/2
Mujeres = (Talla padre + Talla madre) - 13/2

Talla objetivo = Talla media de padres + 5 cm.

ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC)

El Índice de Masa Corporal (IMC) es una medida de peso corregida para la talla, en relación a la edad cronológica. Es el mejor indicador nutricional en la adolescencia, porque incorpora la información requerida sobre la edad y ha sido validado internacionalmente.

La necesidad del reconocimiento temprano del incremento de peso en relación con el crecimiento lineal en el cuidado pediátrico ambulatorio es importante, por lo que se recomienda en todos los niños, niñas y adolescentes la evaluación anual del IMC.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC, por las siglas en inglés de *Centers for Disease Control and Prevention*) recomiendan que el IMC-EDAD sea usado para todos los niños, niñas y adolescentes entre 2-20 años en lugar del peso/estatura. Sin embargo, la relación peso/estatura sería el método de elección para evaluar a infantes desde el nacimiento hasta los 24 meses.

La curva de índice de masa corporal para la edad es el aporte principal del CDC adoptado por la OMS y permite tener por primera vez un instrumento de selección para evaluar el sobrepeso, el riesgo de sobrepeso y el de peso insuficiente en la población entre 2-20 años.

Valoración

Luego de obtener el peso (kg.) y talla (metro y primer decimal) del/de la adolescente se aplica la siguiente fórmula:

$$\text{IMC} = \text{P (kg)}/\text{T (m)}^2$$

2 Gargallo M. Problemática de la talla baja en la adolescencia Bol Pediatr 1993; 34: 195-200. Disponible en: http://www.sccalp.org/boletin/149/BolPediatr1993_34_195-200.pdf.

Interpretación

El valor obtenido de IMC se grafica en las curvas correspondientes de los formularios **SNS-MSP / HCU- 056 A, 056 B/2009** (Anexos 6 y 7 de las Normas y Procedimientos de Atención Integral de Salud a Adolescentes).

Estado nutricional	Desviaciones estándar OMS 2007
Delgadez severa	< -3 DE
Delgadez	de -2 DE a -3 DE
Peso normal	de -2 DE a +1 DE
Sobrepeso	de +1 DE a +2 DE
Obesidad	> +2 DE

VELOCIDAD DE CRECIMIENTO (VC)

Para la evaluación del crecimiento es más importante disponer de sucesivas mediciones de la talla que de la relación talla/edad, pues se puede comprender su evolución y posibles alteraciones. La VC varía con la edad y el estado puberal, se expresa en centímetros/año y se compara con sujetos del mismo sexo y edad, utilizando las curvas respectivas.

Para el cálculo de la VC anual el intervalo entre las dos mediciones no debe ser menor a 3 ni mayor a 18 meses; se obtiene la diferencia en centímetros, que se divide para el número de meses transcurrido entre ellas, y el valor obtenido luego se multiplica por doce. La fórmula para su cálculo es la siguiente:

$$VC = (e/t) \cdot 12$$

VC = velocidad de crecimiento en talla
e = Talla actual – talla anterior
t = Tiempo transcurrido entre las mediciones de tallas actual y anterior

El resultado obtenido se grafica en la mitad entre las dos mediciones, es decir:

$$\text{Edad actual} - \text{Edad anterior} / 2$$

Ejemplo:

Edad actual 15 años – edad anterior 14 años / 2 = graficar en 14 años 6 meses

La velocidad de crecimiento es adecuada cuando se ubica entre los percentiles 10 y 90 de la curva de referencia de acuerdo a la edad y sexo. El incremento o deterioro de la VC fuera de los límites establecidos puede revelar patología.

VELOCIDAD DE CRECIMIENTO: VALORES NORMALES POR AÑO

1er. año	24 a 25 cm.
2do. año	12-13 cm.
3er. año	7 a 8 cm.
4to-9no. años	5 a 6 cm.
Estirón puberal	8 cm. en mujeres 9 a 10 cm. en varones

La velocidad de crecimiento más baja se presenta en estado prepuberal, justo antes de iniciar el estirón puberal, considerándose su valor límite inferior de 4cm/año; si la VC es menor el paciente debe ser referido para evaluación por el especialista.

La evaluación de la VC debe realizarse desde el nacimiento y sus alteraciones deben ser referidas inmediatamente.

El registro de la VC se realiza en los formularios **SNS-MSP / HCU- 056 A, 056 B/2009** (Anexos 6 y 7 de las Normas y Procedimientos de Atención Integral de Salud a Adolescentes).

DESARROLLO SEXUAL³

El desarrollo sexual se refiere a los cambios secuenciales que el niño o niña experimentan en su anatomía y a la aparición y funcionamiento de las características sexuales secundarias, que permiten la conformación del cuerpo masculino y femenino (dimorfismo sexual).

En el inicio del desarrollo puberal hay dos eventos importantes y secuenciales:

Adrenarquia: efecto de la secreción de andrógenos suprarrenales que ocurre entre los 6 y los 8 años, responsable de la aparición de vello púbico y axilar, y de cambios en el olor del sudor axilar.

Gonadarquia: es el cambio hormonal más importante y consiste en la reactivación del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal, que coincide con el estímulo del eje del

3 Parent A-S, Teilmann G, Juul A, Skakkebaek NE, Toppari J, Bourguignon JP. The timing of normal puberty and the age limit of sexual precocity: variations around the world, secular trends, and changes after migration. *Endocrine Reviews*. 2003;24 (5): 668-693.

crecimiento. Las gonadotrofinas estimulan la síntesis y secreción de los esteroides gonadales:

- En el varón la testosterona induce crecimiento de genitales externos, desarrollo de vello púbico, facial y axilar, acné, desarrollo muscular y laríngeo, estímulo del crecimiento óseo y cierre epifisiario.
- En la mujer los estrógenos inducen el desarrollo mamario, uterino y vaginal, el crecimiento estatural y el cierre epifisiario.

Valoración de eventos puberales

Se utiliza el método de Marshall –Tanner, que compara el examen clínico del adolescente con escalas preestablecidas. Al aplicarlo se debe proporcionar una explicación que disminuya la tensión que este tipo de examen puede crear.

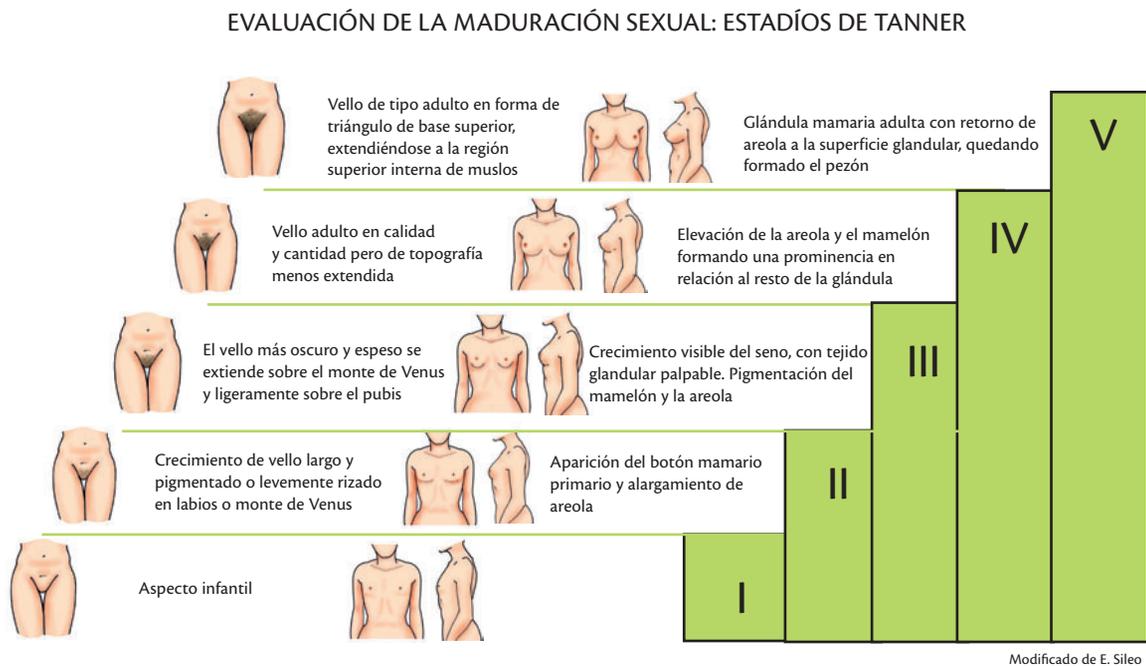
Las etapas de Tanner son en general muy útiles en el diagnóstico y seguimiento de la pubertad normal y sus variantes, así como de los trastornos de la pubertad.

Secuencia de eventos puberales femeninos

El primer signo de desarrollo puberal es la aparición del botón mamario (**telarquia**), seguido muy de cerca por el crecimiento del vello púbico (**pubarquia**). La edad promedio de aparición mamaria es de 10,5 años, completando su desarrollo en 4 años, con un rango entre los 8 y 13 años.

La primera menstruación (**menarquia**) se presenta 1,5 a 2 años después de la telarquia, generalmente entre los grados III y IV del desarrollo mamario. La edad promedio de presentación en Ecuador^{4,5} es de 12,7 años. Durante los dos años posteriores a la menarquia, alrededor de un 50% de los ciclos son anovulatorios, lo que explica la irregularidad de las menstruaciones durante este período.

GRÁFICO 1: ETAPAS DEL DESARROLLO SEXUAL FEMENINO



- 4 De la Vega A, Acosta M. Patrones de desarrollo pubertario en Ecuador. En: Fierro R y Ordóñez G. Biopatología Andina y Tropical Ecuatoriana. 1995; pp: 1067-1080.
- 5 Grijalva Y, Grijalva J. Proyecto ME-PRADE. Crecimiento y Nutrición de las Adolescentes Ecuatorianas. 1994; pp 4-10.

Secuencia de eventos puberales masculinos

El primer signo puberal es el aumento del tamaño testicular a una edad promedio de 11,6 años. Se considera puberal un tamaño testicular igual o mayor de 2,5 cm de diámetro mayor, lo que corresponde a 4 ml. medidos con el orquidómetro de Prader.

Poco después del crecimiento testicular se inicia el crecimiento del pene y vello púbico (VP). El desarrollo del pene y testículos toma 3,5 años.

La espermatogénesis es un evento puberal relativamente precoz, que se inicia habitualmente entre las etapas VP II y VP III de Tanner.

El vello axilar aparece en promedio dos años después del pubiano. El desarrollo del vello facial ocurre en etapas tardías, habitualmente después de los cambios en la voz.

Para la valoración del volumen testicular es útil el orquidómetro de Prader y para su longitud una cinta métrica. La medición del volumen testicular se realiza pinzando con suavidad y comparando el testículo con

el modelo del orquidómetro que más se le aproxime (Imagen 1, Herramienta # 22, Caja de Herramientas).

El volumen testicular prepuberal es de 1 a 3 ml. En el inicio puberal el volumen está entre 2,5 ml a 4ml, y en el adulto el volumen es de 15 a 25 ml.

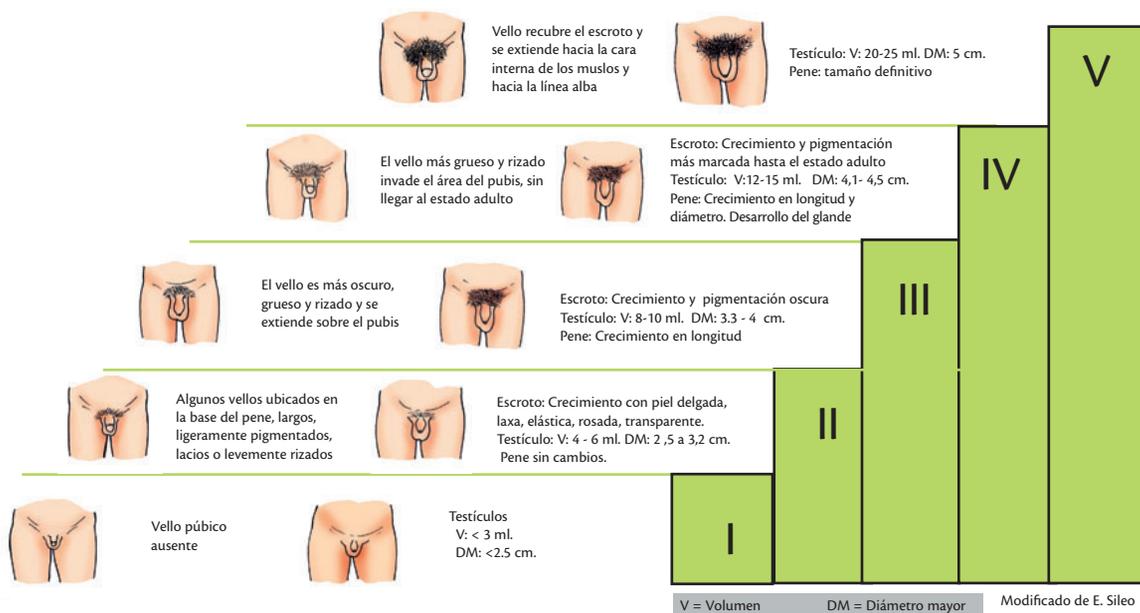
La longitud testicular mediante cinta métrica se debe realizar de polo a polo (excluyendo el epidídimo).

La medición de la longitud del pene se realiza colocando el punto cero de la cinta métrica en la base del pene, a nivel del pubis, hasta su extremo uretral. Esta valoración se realiza con el pene flácido estirado. El tamaño pequeño del falo (aparente micropene) que se observa frecuentemente en los obesos es resultado del panículo adiposo; en este caso se debe medir presionando el panículo adiposo hasta encontrar la raíz del pene.

La longitud del pene en etapa prepuberal es de alrededor de 3 a 4 cm., mientras que en el adulto llega a un promedio de 12 a 15 cm. Es necesario realizar esta evaluación y explicarla, ya que permite disminuir la ansiedad relacionada con el tamaño de los genitales.

GRÁFICO 2: ETAPAS DEL DESARROLLO SEXUAL MASCULINO

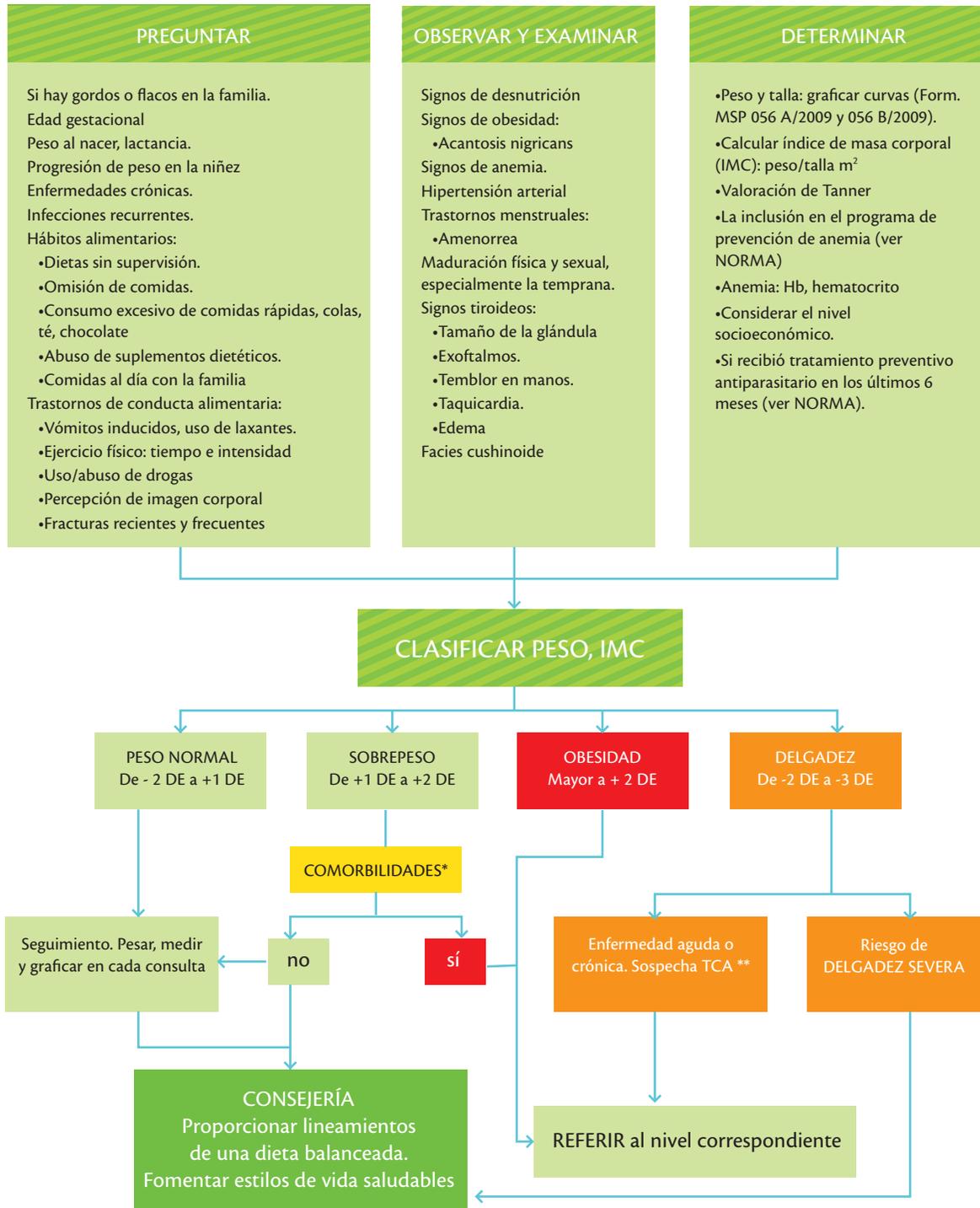
EVALUACIÓN DE LA MADURACIÓN SEXUAL: ESTADÍOS DE TANNER



BIBLIOGRAFÍA

1. Toja R, Leis R. Crecimiento Normal. Crecimiento y Desarrollo. En: Tratado de Pediatría. Cruz M, Arbolada E. Majadahanda. Madrid. 2006.
2. Needlman R. Crecimiento y Desarrollo. Adolescencia. Tratado de Pediatría de Nelson. Grafos. España. 2006.
3. International Dietary Energy Consultancy Group. Guatemala, 1987.
4. Khosla T, Lowe CR. Indices of obesity derived from body weight and height. *Brit J Prev Soc Med* 1997; 21:122-128.
5. Chwang LC, Soemantri AG, Pollitt E. Iron supplementation and physical growth of rural Indonesian children. *Am J Clin Nut* 1998; 47:469-501.
6. de Onis M, Onyango A, Borghi E, Siyam A, Nishida Ch, Siekmann J. Elaboración de valores de referencia de la OMS para el crecimiento de escolares y adolescentes. Disponible en página web www.who.int/entity/bulletin/volumes/85/9/es. <http://www.who.int/entity/bulletin/es/>
7. Bolzan AG, Guimarey LM, Pucciarelli HM. Growth and sex dimorphism in school children according to their father's occupation. *Arch Latinoam Nutr* 1993; 43(2):132-8.
8. Golden MHN, Golden BE. Effect of zinc supplementation of dietary intake, rate of weight gain and energy cost of tissue depletion in children recovering from severe malnutrition. *Am J Clin Un* 1981; 34:900-908.
9. Muzzo S. Crecimiento estatural y desarrollo puberal normal y patológico. En: *Salud Sexual y reproductiva en la Adolescencia*. Molina R, Sandoval J, González (eds). 2003. Pp. 50-61.
10. de Onis M, Onyango A, Borghi E, Siyam A, Nishida Ch, Siekmann J. Development of a WHO growth reference for school-aged children and adolescents. *Bulletin of the World Health Organization* 2007; 85(9): 660-667.

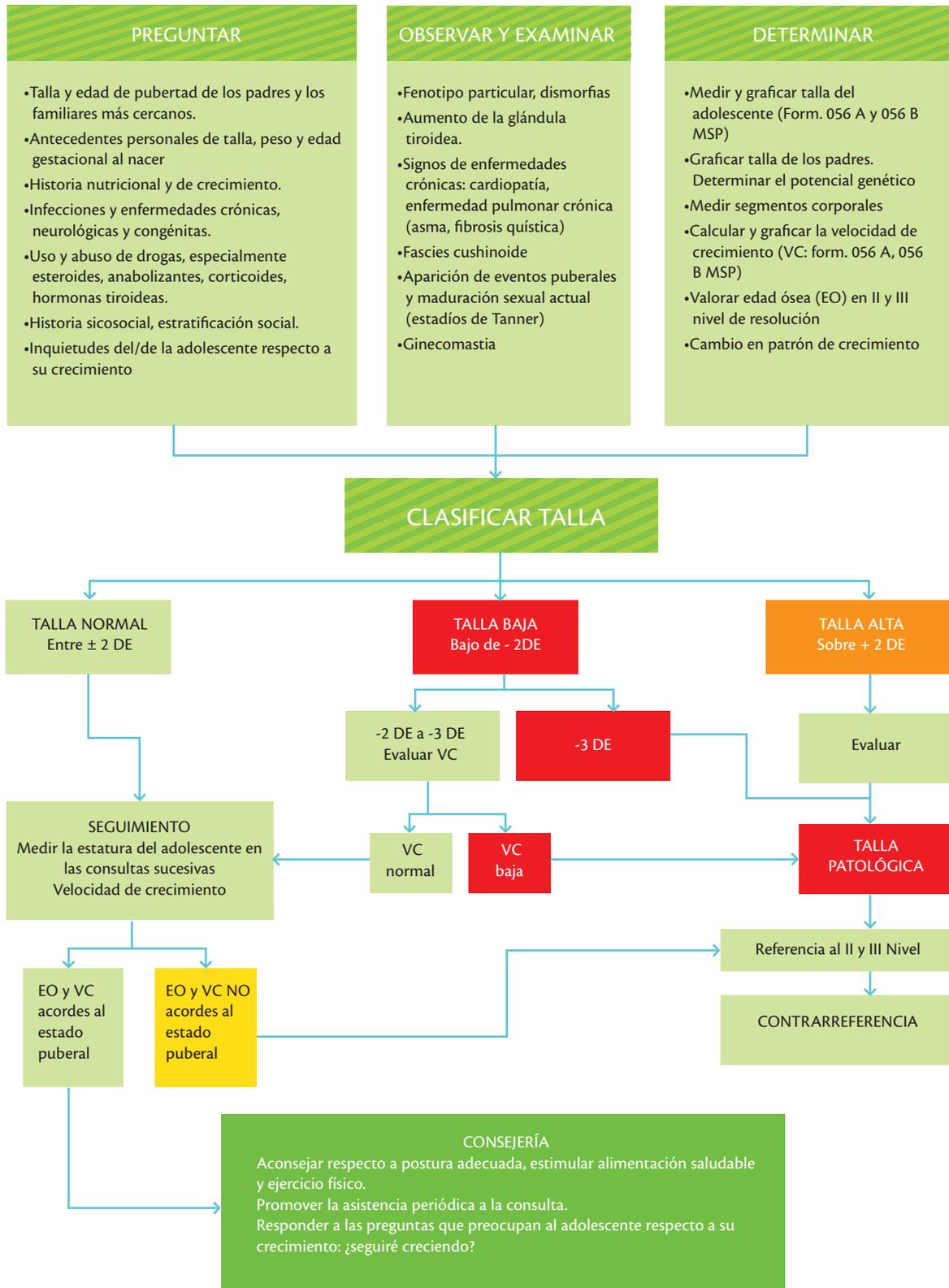
ALGORITMOS DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO: EVALUACIÓN DE PESO e IMC



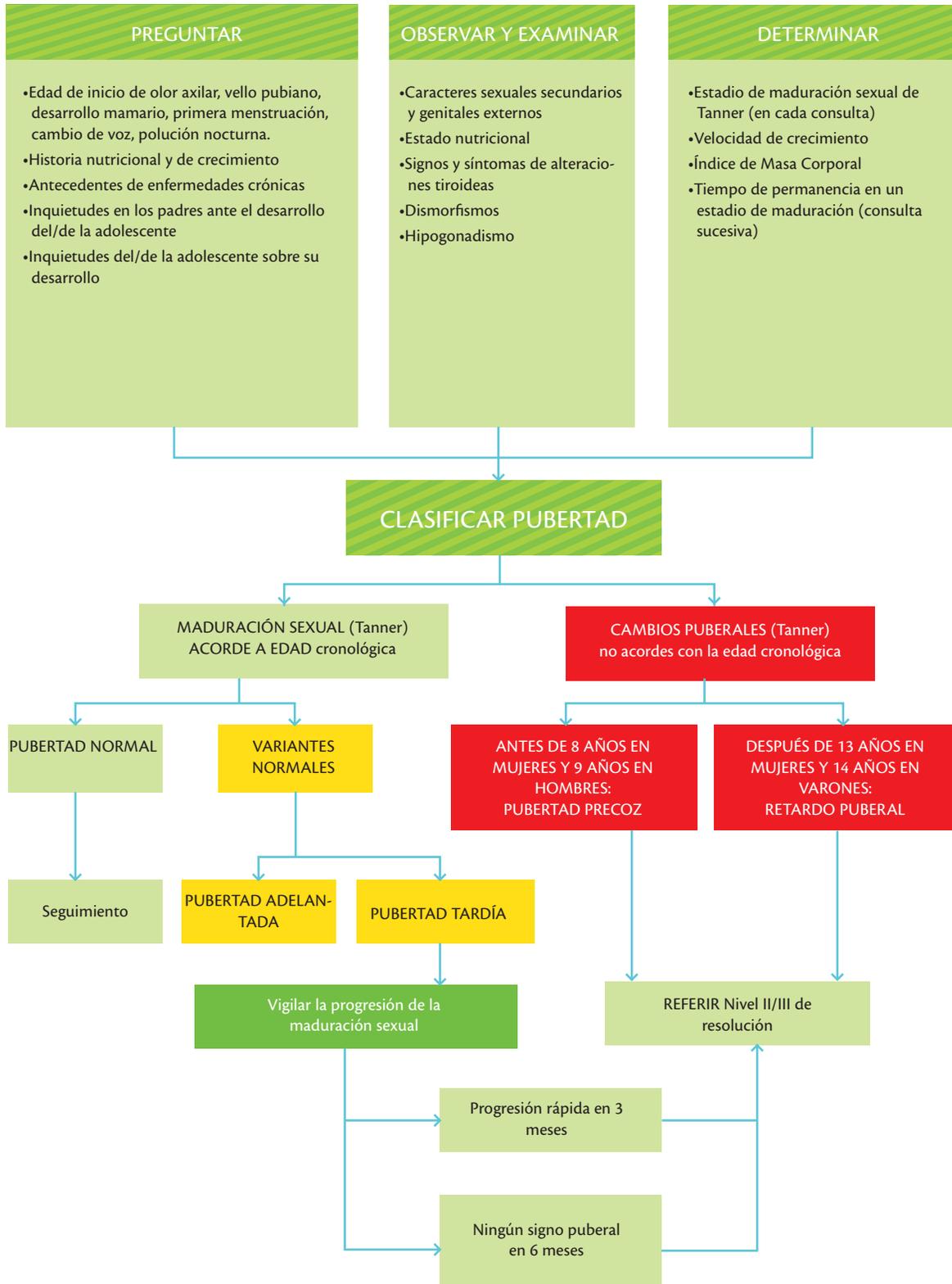
* Hipertensión, dislipidemia, hiperglucemia, acantosis nigricans, antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular u otras.

** TCA = trastornos del comportamiento alimentario (anorexia o bulimia)

EVALUACIÓN DE LA TALLA



EVALUACIÓN DE LA PUBERTAD



TALLA BAJA

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10 Clasificación Internacional de Enfermedades – OMS
Q871	Síndromes de malformaciones congénitas asociadas principalmente con estatura baja

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIAP 2 Clasificación Internacional de la Atención Primaria – WONCA
T10	Fallo o retraso del crecimiento

DEFINICIONES

TALLA BAJA	Talla/Edad por debajo de – 2 DE de la media para edad y sexo. El diagnóstico de Talla Baja no necesariamente es patológico, pues hay variantes normales: Talla baja familiar y Retardo constitucional de crecimiento.
	<p>TALLA BAJA⁶ FAMILIAR (TBF)</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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 la Edad Cronológica: EO = EC • Inicio de la pubertad a edad normal • Talla final baja, consistente con la talla de los padres (Talla genética) <p>RETARDO CONSTITUCIONAL DEL CRECIMIENTO (RCC)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes familiares de retardo de crecimiento y pubertad en los padres, más frecuente en varones. • Talla normal al nacimiento. • Retraso del crecimiento longitudinal hasta los dos años, luego normal bordeando las -2 DE de la media • Velocidad de crecimiento normal durante la infancia • Retraso en la maduración ósea (EO < EC) y dental • Inicio tardío de la pubertad (mayor a 13 años en mujeres y 14 años en varones) • Con la pubertad alcanzan una talla adulta a edad tardía, en la mayoría de casos normal, con retraso de 2-4 años respecto a la media.
TALLA BAJA PATOLÓGICA (TBP)	Talla –3 DE de la media.

Los y las adolescentes afectados psicológica y socialmente por su talla baja y/o retraso puberal deben ser manejados/as por especialistas.

DIAGNÓSTICO

Realizar la historia clínica según el algoritmo de evaluación de crecimiento en el protocolo de crecimiento y desarrollo.

MEDICIÓN DE SEGMENTOS

La proporción de los distintos segmentos corporales varía con la edad y puede determinarse con las relaciones:

- Envergadura/talla (de pie)
- Relación segmento superior/segmento inferior

Estas mediciones permiten evidenciar la desproporcionalidad corporal presente en displasias esqueléticas, enfermedades genéticas y trastornos metabólicos.

La **envergadura** es la distancia entre los extremos de los dedos medios, con el sujeto con los brazos estirados al máximo y perpendiculares a la columna vertebral.

El **segmento inferior (SI)** se determina midiendo la distancia entre el borde superior de la sínfisis púbica y el piso; la cinta métrica pasa por el maléolo interno. Si el paciente está en decúbito dorsal se mide hasta el extremo distal del calcáneo. El **segmento superior (SS)** se calcula restando el SI de la talla (de pie), o determinando la talla sentada y restando de la talla (de pie).

La relación SS/SI es el resultado de dividir el segmento superior para el segmento inferior.

6 Buño Soto M. Retraso de crecimiento: talla baja y fallo para medrar. *Pediatr Integral* 2003;8(6):399-41. Disponible en: http://www.sepeap.es/Revista/Pediatria_Integral_articulos/Retraso_crecimiento_talla.pdf 1.

MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS DE PROPORCIONALIDAD				
Edad	HOMBRES		MUJERES	
	SS/SI	Envergadura/Talla (cm.)	SS/SI	Envergadura/Talla (cm.)
RN	1.70	- 2.5	1.70	- 2.5
1 año	1.54	- 2.5	1.52	- 3.3
2 años	1.42	- 3.0	1.41	- 3.5
3 años	1.35	- 2.7	1.30	- 4.0
4 años	1.22	- 3.0	1.22	- 3.8
5 años	1.19	- 3.3	1.15	- 3.5
6 años	1.12	- 2.5	1.10	- 3.3
7 años	1.07	- 2.5	1.06	- 2.0
8 años	1.03	- 1.2	1.02	- 1.8
9 años	1.02	0	1.01	- 1.2
10 años	0.99	0	1.00	- 1.0
11 años	0.98	0	0.99	0
12 años	0.98	+ 2.0	0.99	0
13 años	0.97	+ 3.3	1.00	0
14 años	0.97	+ 3.3	1.01	0
15 años	0.98	+ 4.3	1.01	+ 1.2
16 años	0.98	+ 4.6	1.01	+ 1.2
17 años	0.99	+ 5.3	1.01	+ 1.2
18 años	0.99	+ 5.3	1.01	+ 1.2

Fuente: Arad J, Laron Z. Standards for upper/lower body segment ratio sitting height - subichial leg length, from birth to 18 years in girls and boys. Proceedings of 1st. International Congress of Auxology. Rome, April 1977. En: Enfoque diagnóstico del crecimiento y de sus alteraciones. Academia Mexicana de Pediatría 1997; pp. 110.

Si la relación envergadura/talla es mayor o menor a 2 cm. respecto a la tabla de referencia para edad y sexo se considera desproporcionalidad de segmentos, que debe ser referida al especialista para su evaluación, al igual que si la relación SS/SI es mayor o menor a 0,2.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- Biometría completa, velocidad de sedimentación globular
- Urea, creatinina
- Elemental y microscópico de orina
- Albúmina, enzimas hepáticas
- Ca, P, Fosfatasa alcalina

- TSH
- Edad ósea

REFERENCIA

- Si la velocidad de crecimiento es menor a 1DS de la media de la edad en niños mayores de 2 años de edad (< 5 cm./año hasta los 6 años, < 4 cm./año entre los 6 y 10 años)
- Aún en ausencia de talla corta si hay un cambio sostenido de canal de crecimiento o una velocidad de crecimiento menor a 4 cm/año.
- Talla corta patológica (menor a -3DS de la media).
- Si el adolescente tiene una estatura menor en 1,5 DS de la talla media de los padres.
- Si TSH > 4.2 uUI/ml
- Edad ósea no acorde con la edad cronológica y/o estado puberal.

EVALUACIÓN EN EL III NIVEL:

- Edad ósea
- Descartar hipotiroidismo (TSH y fT4), enfermedad sistémica, malnutrición, enfermedad genética.
- Iniciar la evaluación biológica con:
 - Determinación de IGF1 e IGFBP3
 - Para diagnosticar la deficiencia de GH realizar test de clonidina y utilizar la hipoglucemia insulínica como test confirmatorio. En base a consideraciones biológica y de disponibilidad de la droga se estima que el nivel de corte que define déficit de GH debe ser 7 ng/ml.

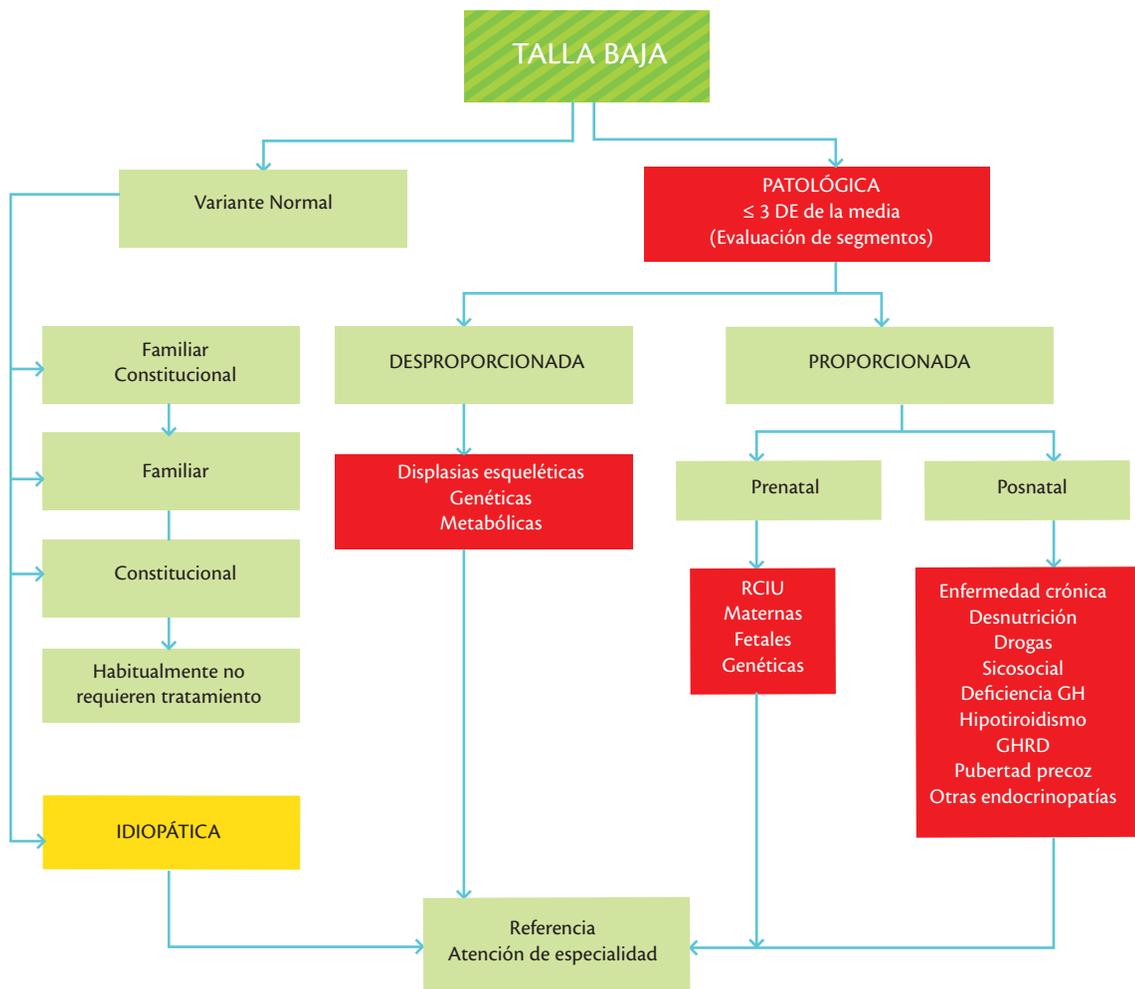
EFFECTOS SICOSOCIALES DE LA TALLA BAJA

En algunos casos la talla baja podría determinar baja autoestima y alteraciones en el comportamiento con ansiedad, depresión, rechazo del tratamiento, alteración en la percepción de la imagen personal, dificultades en las relaciones con los demás y tendencia al aislamiento. Últimos estudios señalan que en la mayoría de los casos la afectación es mínima. La evaluación y manejo deben ser individualizados e integrales (biosicosociales)⁷

7 Voss LD. Is short stature a problem? The psychological view. Eur J Endocrinol November 1, 2006; 155(suppl 1): S39 - S45.

CONSEJERÍA PARA LOS Y LAS ADOLESCENTES Y SUS PADRES

- La consejería debe ser realizada por personal capacitado en adolescencia.
- Enfatizar que la normalidad tiene variantes.
- Explicar que las personas con talla pequeña son normales
- Si la edad ósea es mayor a 14 años en mujeres y 15 en varones explicar que las posibilidades de crecimiento son mínimas
- Al determinar que el crecimiento corresponde a variantes normales, se debe tranquilizar al/a la adolescente y sus padres explicándoles que no todas las personas crecen ni se desarrollan al mismo ritmo.
- Continuar con controles periódicos hasta que finalice el crecimiento.
- Si se detectan alteraciones referir al nivel correspondiente previa explicación.



SOBREPESO Y OBESIDAD

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10 Clasificación Internacional de Enfermedades - OMS
E660	Obesidad debida a exceso de calorías
E661	Obesidad inducida por drogas
E662	Obesidad extrema con hipoventilación alveolar
E668	Otros tipos de obesidad
E669	Obesidad no especificada

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIAP 2 Clasificación Internacional de la Atención Primaria - WONCA
T82	Obesidad
T83	Sobrepeso

DEFINICIÓN

Se define como obesidad al incremento del peso corporal en relación a la talla a expensas del aumento de la grasa corporal, secundario a una alteración de la relación entre ingesta calórica (aumentada) y gasto energético (disminuido). La gran mayoría de obesos corresponde al grupo de obesidad primaria, exógena o nutricional, y un número muy reducido se debe a enfermedades genéticas o endocrinológicas.

La obesidad es una condición crónica, compleja y multifactorial, que suele iniciarse en la infancia y la adolescencia, y que tiene su origen en una interacción genética y ambiental. Precisa un enfoque multidisciplinario por su gran repercusión clínica y elevado coste sanitario.

La importancia de la obesidad en adolescentes está en la persistencia del sobrepeso en el adulto (80% de adolescentes obesos serán adultos obesos), la presentación de "enfermedades del adulto" en los jóvenes, como diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, hiperlipidemia, etc. y la presencia de comorbilidades (decolamiento de cabeza femoral, depresión, mala calidad de vida, seudotumor cerebral, esteatohepatitis no alcohólica, apnea del sueño, exacerbación del asma, microproteinuria). Al mismo tiempo constituye un factor de riesgo para enfermedades crónicas no transmisibles.

CLASIFICACIÓN DE OBESIDAD

1. Obesidad nutricional simple o exógena: 95% de los casos.
2. Obesidad orgánica, mórbida, intrínseca o endógena: 5% de los casos (síndromes dismórficos, endocrinopatías y lesiones del SNC).

DIAGNÓSTICO

En la Anamnesis averiguar:

- Cronología del exceso de peso corporal: edad de inicio, evolución, desencadenantes, intentos de pérdida de peso y resultados de tratamientos previos.
- Entorno relacionado con la alimentación: número de comidas por día, frecuencia de comidas fuera de casa, en restaurantes o comida rápida, consumo excesivo de bebidas azucaradas y alimentos de alto contenido energético; evaluación del contenido de los desayunos, consumo de frutas y verduras*.
- Morbilidad asociada.
- Percepción y expectativas.
- Estilo de vida familiar, dieta y actividad física.
- Hábitos (alcohol, tabaco, estrés, etc.).
- Antecedentes familiares, sociales y psiquiátricos.
- Historia familiar de obesidad, diabetes tipo 2 y morbimortalidad por enfermedad cerebrovascular, para evaluar el riesgo actual o futuro de las comorbilidades asociadas con el sobrepeso u obesidad en el adolescente*.
- Evaluación de los niveles de actividad física y los comportamientos sedentarios, en cada consulta médica*:

1. Reporte de actividad física moderada (60 min/día)
2. Nivel de conducta sedentaria (horas de televisión, videojuegos, computadora), comparado con un nivel basal de < 2 h al día
3. Obstáculos a la actividad física

*Recomendaciones del Comité de Expertos sobre la Evaluación, Prevención y Tratamiento del Niño y del Adolescente con sobrepeso y obesidad (Junio 2007)

En la exploración física evaluar el grado de obesidad mediante:

- Determinación de peso, talla y cálculo del Índice de Masa Corporal (IMC).
- Medición de la circunferencia de la cintura.
- Toma de la presión arterial
- Signos de complicaciones asociadas a la obesidad.

Es importante el reconocimiento temprano del incremento de peso en relación con el crecimiento lineal en el cuidado pediátrico ambulatorio, por lo que se recomienda la evaluación anual del Índice de Masa de Cuerpo (IMC) en todos los niños y adolescentes. La relación peso/estatura sigue siendo el método de elección para evaluar a lactantes desde el nacimiento hasta los 24 meses, mientras que la OMS y el Centro para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC) de Estados Unidos recomiendan que la curva de IMC-edad sea usada entre los 2 y 20 años en vez de la de peso/estatura, ya que constituye un instrumento para evaluar el sobrepeso, el riesgo de sobrepeso y el peso insuficiente.

1. Calcule el IMC con la fórmula:

Peso corporal (en Kg)/talla² (en metros).

En los niños, a diferencia de los adultos, en quienes la obesidad se define a partir de un IMC superior a 30, no pueden darse cifras fijas y hay que recurrir a gráficas para cada edad y sexo (Ver los Anexos 6 y 7 de las Normas y Procedimientos de Atención Integral de Salud a Adolescentes). Aplique la clasificación de la tabla siguiente.

CLASIFICACIÓN DEL ESTADO NUTRICIONAL SEGÚN EL IMC

	IMC
Delgadez severa	< -3 DE
Delgadez	de -2 DE a -3 DE
Normal o eutrofia	de -2 DE a +1 DE
Sobrepeso	de +1 DE a +2 DE
Obeso	> +2 DE

2. Para determinar el grado de obesidad se puede calcular el peso relativo (peso real/peso promedio para la edad) y aplicar la Tabla siguiente.

CLASIFICAR EL GRADO DE OBESIDAD

Obeso	>120% peso/talla normal
Obeso grado I	123-130% peso/talla normal
Obeso grado II	130-140% peso/talla normal
Obeso grado III	140-150% peso/talla normal
Obeso grado IV	>150% peso/talla normal

Fuente: Baumer JH. Obesity and over weight: its prevention, identification, assessment and management. Arch Dis Child. Ed. Pract. 2007; 92:ep 92-ep96.

3. Además del exceso de grasa corporal (que se mide con el IMC), la distribución corporal de grasa constituye un predictor independiente de riesgo y morbilidad. Como en los adultos, se postula que también los niños con obesidad central tienen un riesgo elevado de presentar trastornos metabólicos. Sin embargo, al momento no existen valores de circunferencia abdominal por sexo y etnia plenamente aceptados, por lo que esta evaluación no es recomendada de rutina.

SIGNOS DE ALARMA

- Incremento de canal de crecimiento entre dos controles
- Incremento de IMC >1.5 puntos en 6 meses

COMPLICACIONES

Los niños y adolescentes obesos pueden presentar alteraciones del desarrollo puberal y complicaciones como las que se mencionan en la Tabla siguiente.

ENFERMEDADES RELACIONADAS Y COMPLICACIONES DE LA OBESIDAD

Cardiovasculares	Hipertensión arterial, enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, hipertrofia ventricular izquierda.
Endocrinometabólicas	Pubertad adelantada, pseudohipogonadismo, ginecomastia, diabetes mellitus, resistencia a la insulina y síndrome metabólico, dislipidemia, gota.
Digestivas	Litiasis biliar, esteatosis hepática, hernia de hiato
Respiratorias	Apnea del sueño, agravamiento del asma.
Reumáticas	Artrosis (coxofemoral, femoro-tibial, tobillo y columna)
Cáncer	Esófago, colon, recto, vesícula biliar, próstata, útero, mama
Ginecológicas	Metrorragia, amenorrea
Ortopédicas	Decolamiento de la cabeza del fémur, genu valgum, pie plano, escoliosis, coxa vara, enfermedad de Perthes.
Sicológicas	Depresión, mala calidad de vida
Afecciones cutáneas	Estrías, infecciones micóticas, acantosis nigricans (Imagen 2, Herramienta # 22, Caja de Herramientas)

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

En la búsqueda de comorbilidades y su etiología puede ser necesaria la determinación de:

- Presión arterial.
- Perfil lipídico: colesterol HDL, LDL y triglicéridos
- Función hepática: SGOT, SGPT.
- Disfunción endócrina: Los exámenes endócrinos no son recomendados de rutina, a menos que exista otra evidencia de patología relacionada, como:
 - TSH en obesos con talla corta.
 - Cortisol en obesos con hipertensión arterial; la presencia de estrías cutáneas no es sinónimo de hipercortisolismo.
 - La evaluación de la sensibilidad a la Insulina se recomienda para el nivel III⁸.

PREVENCIÓN: Es la mejor manera de disminuir de forma importante la aparición de la obesidad

- En la primera visita explicar a los padres que los niños gordos no son niños sanos (cambiar la percepción de los padres sobre el peso ideal de los bebés).
- Evitar la obesidad en la gestación, así como el peso bajo o elevado al nacer.
- Lactancia materna exclusiva hasta los seis meses.
- Alimentación complementaria a partir de los seis meses y retrasar la introducción de alimentos no lácteos.
- Promover campañas de educación nutricional centradas en la familia, colegio y medios de comunicación.
- Promover hábitos alimentarios saludables: mayor consumo de frutas, legumbres, verduras, más comidas en casa y en familia.
- Evitar el consumo de grasas, azúcares y bebidas azucaradas (gaseosas).
- Promover la actividad física mayor a 1 hora/día. Evitar actividades sedentarias por más de 2 horas al día.
- Enfatizar que la obesidad es una enfermedad difícil de curar, que requiere prevención y constancia en el tratamiento.

TRATAMIENTO

El abordaje integral de la obesidad se basa en:

- Modificaciones dietéticas.
- Práctica de actividad física.
- Apoyo psicológico con terapia conductual para el

mantenimiento de los cambios a largo plazo (por el carácter crónico y multifactorial de la enfermedad).

- Tratamiento multidisciplinario (nutricionista, psicólogo, enfermera, terapia familiar, endocrinólogo)
- En algunos casos puede utilizarse tratamiento farmacológico en el III nivel.

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Nivel I

- Promoción, prevención y diagnóstico.
- Referencia a nivel II: sobrepeso u obesidad leve sin comorbilidades.
- Referencia a nivel III: sobrepeso con comorbilidades y obesidad moderada o grave.

Nivel II

- Diagnóstico.
- Programa estructurado para manejo integral e individualizado de adolescentes con sobrepeso sin comorbilidades y obesidad leve de origen nutricional.
- Referencia a nivel III: sobrepeso con comorbilidades y obesidad moderada o grave.

Nivel III

- Manejo multidisciplinario (equipo especializado en manejo de peso)
- Diagnóstico.
- Manejo de sobrepeso con comorbilidades y obesidad moderada o grave

BIBLIOGRAFÍA

1. Intramed news. El mundo al borde de una pandemia de obesidad. Septiembre 2006. Disponible en: www.intramed.net.
2. Fernández ME. Obesidad en niños. IV Foro de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura, Granada.
3. Alustiza E. Prevención y tratamiento de la obesidad en Atención Primaria. Actualizado a octubre 2004. Disponible en: www.avpap.org/documentos/donostia2004/alustiza.htm^.
4. Muñoz MT. Obesidad: tratamiento y prevención. Disponible en: www.spapex.org/spapex/obesidad.pdf.
5. Childhood obesity: combating the epidemic. Sponsored by the U.S. Department of Health and Human Services/Agency for Healthcare Research and Quality/Centers for Disease Control and Prevention. September 2004. Disponible en: www.discoveryhealthCME.com.

8 Baumer JH. Obesity and overweight: its prevention, identification, assessment and management. Arch Dis Child. Ed. Pract. 2007; 92 : ep 92-ep96.

6. Barlow SE, Dietz WH. Obesity evaluation and treatment: Expert Committee Recommendations. *Pediatrics* 1998; 102:e29. Disponible en: www.pediatrics.org/cgi/content/full/102/3/e29.
7. Fistera.com.
8. Colaboración Cochrane. Intervenciones para prevenir la obesidad en niños. *Rev Pediatr Aten Primaria* 2002; 4(14):97-106. Disponible en: <http://www.aeped.es/protocolos/nutricion/7.pdf#search=%22protocolos%20obesidad%20%22>.
9. Miller JL, Silverstein JH, Management approaches for pediatric obesity. *Nature Clinical Practice Endocrinol Metab.* 2007; 3(12): 810-81.

CAPÍTULO 2

PROTOSCOLOS DE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

Trastornos menstruales

HEMORRAGIAS UTERINAS

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10 Clasificación Internacional de Enfermedades – OMS
N92	Menstruación excesiva, frecuente e irregular
N92.0	Menstruación excesiva y frecuente con ciclo regular
N92.1	Menstruación excesiva y frecuente con ciclo irregular
N92.2	Menstruación excesiva en la pubertad
N92.3	Hemorragia por ovulación
N92.4	Hemorragia excesiva en período premenopáusico
N92.5	Otras menstruaciones irregulares especificadas
N92.6	Menstruación irregular, no especificada

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIAP 2 Clasificación Internacional de la Atención Primaria – WONCA
X06	Menstruación excesiva
X07	Menstruación irregular / frecuente
X08	Sangrado intermenstrual

DEFINICIONES

Ciclo menstrual normal:

- Duración: 3-7 días.
- Espaciamento: 21-45 días.
- Cantidad: 30 – 40 ml (máximo 80 ml) = 10 a 15 toallas por ciclo.
- El establecimiento de ciclos menstruales regulares se alcanza usualmente alrededor de los cinco años post-menarca.

METORRAGIA⁹	Sangrado uterino fuera del período menstrual, que puede ser de origen orgánico o disfuncional sin que exista embarazo y en ausencia de patología orgánica comprobable (Hemorragia Uterina Disfuncional), de cantidad variable. En la adolescente habitualmente se debe a ciclos anovulatorios por inmadurez del eje hipotálamo-hipofisario (más cantidad, más frecuencia, más duración).
MENORRAGIA	Hemorragia uterina importante, de duración prolongada y que aparece a intervalos regulares (más cantidad, más días de duración, frecuencia normal).
HIPERMENORREA	Sangrados uterinos regulares, de duración normal, pero en cantidad excesiva (mayor de 80 ml) (más cantidad, duración normal, frecuencia normal).
HIPOMENORREA	Flujo menstrual excepcionalmente escaso, a veces simplemente un “ manchado ” (menos cantidad) que se produce entre dos períodos normales.
POLIMENORREA¹⁰ PROI-MENORREA	Patrón de sangrado periódico y regular, pero con una frecuencia menor a 21 días. Es el “ acortamiento del ciclo menstrual ” (cantidad normal, duración normal, más frecuencia). Se suele relacionar con ciclos anovulatorios.
HEMORRAGIA POR CONTACTO (POSTCOITAL)	Debe considerarse un signo de cáncer cervical hasta que se demuestre lo contrario. Otras causas son eversión cervical, pólipos cervicales e infecciones vaginales o cervicales (principalmente por <i>Trichomona</i>).
Spotting o manchado	Sangrado genital intermenstrual escaso

9 Rodríguez MJ. Alteraciones menstruales. Servicio de Ginecología Hospital Santa Cristina. Madrid. Disponible en: http://www.mcmpediatria.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Alteraciones Menstruales Caso Clínico MJ Rodriguez.pdf.

10 Rodríguez M.J. Ciclo menstrual y sus trastornos Pediatr Integral 2005;X(2):83-91. Disponible en: [http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Ciclo_menstrual_trastornos\(3\).pdf](http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Ciclo_menstrual_trastornos(3).pdf).

METRORRAGIA

DIAGNÓSTICO

Anamnesis:

- Antecedentes gineco obstétricos (menarquia, vida sexual activa, planificación familiar).
- Características del sangrado: frecuencia, duración, cantidad, coágulos, olor.
- Otras características: mareos o sensación de desmayo en esos períodos.
- Flujo vaginal actual o anterior.

Síntomas que justifican iniciar el manejo

- Sangrado abundante (más de 8 toallas por día o ciclos de más de 8 días)
- Presencia de coágulos
- Ciclos cortos (< 21 días)

Examen físico: Signos vitales (presión arterial, pulso, llenado capilar).

Examen ginecológico: la exploración, especialmente genital, debe seguir siempre dos normas:

1. Actuar con **gran prudencia y cuidado** (con la presencia de un familiar y/o enfermera).
2. Evitar en lo posible técnicas agresivas para el estudio de la alteración menstrual.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- Biometría, plaquetas, TP, TTP, Tipificación
- β HCG.
- Progesterona (ciclo ovulatorio o anovulatorio)
- Química sanguínea: urea, creatinina, glucosa
- TSH, T4.
- Ecografía ginecológica.
- Gram y fresco de secreción vaginal y/o cultivo
- Citología vaginal (si no hay sangrado al momento del examen).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

	Relacionadas con embarazo	No relacionadas con embarazo				
CAUSAS DE GENITORRAGIA	Amenaza de aborto, aborto completo o incompleto, aborto en curso, aborto séptico. Embarazo ectópico, embarazo molar	Alteraciones de la coagulación. Hipo/hipertiroidismo	Infección uterina (endometritis)	Traumatismo o lesión genital	Tumoración benigna o maligna del útero, vagina, cuello o vulva	Disfuncional
CARACTERÍSTICAS QUE ORIENTAN AL DIAGNÓSTICO	Retraso menstrual, adolescente tiene relaciones sexuales sin protección, sangrado genital, dolor pélvico, β HCG positiva	Desde la menarquia sangrados importantes y otros síntomas como petequias o equimosis fáciles	Historia de flujo vaginal e infección genital baja reciente tratada o no, malestar general, fiebre, dolor hipogástrico; sangrado escaso	Historia de traumatismo genital por un accidente. Intento de aborto o abuso sexual	Hallazgo de tumoración uterina al examen, o en ecografía. Lesión de cuello, vagina o vulva	Ausencia de patología orgánica

TRATAMIENTO

- Mejorar el estado general
- Cohibir el sangrado
- Restituir el ciclo bifásico
- Evitar recidivas

Una vez descartado el embarazo y confirmado que se trata de una metrorragia disfuncional el tratamiento dependerá de la magnitud o gravedad del sangrado:

Sangrado leve, sin repercusión anémica o hemodinámica:

1. Dar confianza a la adolescente.
2. Explicarle que se trata de un proceso de maduración de su ciclo hormonal que lleva un tiempo.
3. Control periódico hasta que se normalicen los ciclos
4. Si no se normalizan los ciclos en los 6 meses siguientes, y la genitorragia es leve a moderada, comenzar tratamiento hormonal regulador (medroxiprogesterona 5 mg o progesterona micronizada de 200-300 mg diarios VO durante los 10 últimos días del ciclo) y mantenerlo por tres meses.
5. Si la adolescente necesita además prevenir embarazo se puede recomendar usar píldoras anticonceptivas en lugar de progesterona, con lo que se regula el sangrado y se evita un embarazo.
6. AINES: Ibuprofeno 400 a 600 mg c/8 horas VO, durante el sangrado.

Sangrado moderado:

1. Comenzar con tratamiento hormonal regulador (medroxiprogesterona 5mg o progesterona micronizada 200-300 mg diarios VO durante los 10 últimos días del ciclo) y mantenerlo por tres meses, o píldoras anticonceptivas monofásicas con dosis media-alta de estrógeno y progesterona (30 mcg de etinilestradiol + 150 mcg de levonorgestrel 2 a 4 veces por día) (1 píldora c/6 horas hasta que cese la metrorragia) y luego continuar con anticonceptivos orales monofásicos (dosis habitual: 1 por día) durante 3 a 6 meses para mantener los ciclos y evitar nuevos sangrados.
2. Si no hay anemia no se requiere suplementación; recomendar dieta con niveles adecuados de hierro.

Sangrado importante:

1. Si existe repercusión hemodinámica: hospitalizar, reponer sangre si es necesario.
2. Iniciar 30 mcg de etinilestradiol + 150 mcg de levo-

norgestrel 4 veces por día (1 píldora c/6 horas hasta que cese la metrorragia) y luego continuar con anticonceptivos orales monofásicos (dosis habitual: 1 por día) durante 3 a 6 meses para mantener los ciclos y evitar nuevos sangrados.

3. Alertar a la adolescente que al terminar de tomar la medicación tendrá un sangrado menstrual "normal".
4. Continuar con anticonceptivos orales por lo menos 6 meses para mantener los ciclos y evitar nuevas hemorragias.
5. En casos excepcionales si la metrorragia no cesa con el tratamiento hormonal está indicado realizar legrado uterino hemostático.
6. Recomendar medidas generales y dietéticas, hierro oral y control periódico.

SÍNTESIS DE PAUTAS PARA EL MANEJO SEGÚN NIVELES DE ATENCIÓN

CARACTERÍSTICAS	NIVEL I: AMBULATORIO		NIVEL II O III: HOSPITALIZACIÓN
	LEVE	MODERADO	SEVERO
Nivel de Hcto. y Hb.	Hcto.: > 33%. Hb.: > 11 g/dl *	Hcto: 27 - 33%. Hb: 9 - 11 g/dl *	Hcto: < 27%. Hb: < 9 g/dl Taquicardia Hipotensión ortostática
Manejo y tratamiento (fase aguda)	<ul style="list-style-type: none"> • Calendario menstrual • Fe⁺⁺ • Seguimiento semanal • Consejería • Anticoncepción oral (AO) si es sexualmente activa o desea hormonales 	<ul style="list-style-type: none"> • 30 mcg de etinilestradiol + 150 mcg de levonorgestrel 2 a 4 veces por día (1 píldora c/6 horas) hasta que cese la metrorragia • Fe⁺⁺ 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización • Vía IV • Transfusión PRN. • Legrado hemostático y diagnóstico, de primera elección si la paciente tiene vida sexual activa; en las demás adolescentes es excepcional • Tratamiento hormonal: 30 mcg de etinilestradiol + 150 mcg de levonorgestrel 2 a 4 veces por día (1 píldora c/6 horas hasta que cese la metrorragia).
Mantenimiento	Monitoreo de Hcto./Hb. Control Mensual	<ul style="list-style-type: none"> • AO microdosis por 3 meses seguidos; el tiempo de uso depende de la anemia. • Monitoreo de Hcto./Hb. • Control cada 2 ó 3 semanas y luego cada 3 meses 	<ul style="list-style-type: none"> • AO microdosis por 3 meses seguidos; el tiempo de uso depende de la anemia. • Monitoreo de Hcto./Hb. • Control cada 2 ó 3 semanas y luego cada 3 meses

*Valores normales a nivel del mar

CONSEJERÍA E INFORMACIÓN INDIVIDUAL¹¹

¿Cuál es mi problema?

El sangrado ocurre porque el ciclo hormonal todavía no está completamente maduro. Por eso las irregularidades y por eso a veces es tan abundante. Pero no hay nada malo, no hay tumores ni lesiones. Con el tratamiento el sangrado cesa y te va a venir regularmente y en menos cantidad.

¿Qué consecuencias puede tener para mi salud?

En algunos casos, si es que los ciclos no se hacen regulares y no se produce ovulación, puede ser que cuando seas mayor tengas algunas dificultades para quedar embarazada, lo cual se puede solucionar con un tratamiento adecuado. Sin embargo, lo habitual es que con el tiempo los ciclos se hagan normales y ocurra ovulación.

¿Qué debiera hacer para el tratamiento?

Hay varias formas de tratamiento. Primero con las hor-

monas se puede hacer que la hemorragia se termine y luego continuar tomando las píldoras por unos meses para que menstrúes regularmente durante ese tiempo. En general al suspender la medicación los ciclos ya se hacen regulares. De no ser así se puede continuar con el tratamiento. Si no se logra detener el sangrado con las hormonas puede ser necesario hacer un raspado uterino, ya que la pérdida de sangre es importante, pero en general esto no es necesario.

Es importante que vengas a control con regularidad y que nos ayudes haciendo un calendario menstrual que nos permita evaluar si el problema va mejorando progresivamente o no.

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Nivel I

Promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento del sangrado leve y moderado.

Niveles II y III

Sangrado severo; tratamiento de especialidad.

11 Modificado de: Centro de Estudios de Población (CENEP). Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes, con énfasis en salud sexual y reproductiva. Buenos Aires, Argentina. Op cit.



OLIGOMENORREA

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10 Clasificación Internacional de Enfermedades – OMS
N91.3	Oligomenorrea primaria
N91.4	Oligomenorrea secundaria
N91.5	Oligomenorrea, no especificada

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIAP 2 Clasificación Internacional de la Atención Primaria – WONCA
X05	Menstruación ausente/escasa

DEFINICIONES

OLIGOMENORREA	Corresponde a períodos menstruales que se producen a intervalos mayores de 35 días (menor frecuencia).
SEUDOPOLIMENORREA Y DOLOR ABDOMINAL OVULATORIO	Corresponde al sangrado que acompaña a la ovulación y que la adolescente interpreta como una nueva menstruación.

CAUSAS

- Disfunción fisiológica del eje hipotalámico-hipofisario-gonadal, frecuente en los primeros 2-3 años posteriores a la menarquia
- Ciclos anovulatorios, embarazo, menopausia
- Etapa inicial de la poliquistosis ovárica
- Tumores secretores de estrógenos
- Falla ovárica prematura
- Otras alteraciones endócrinas (tiroideas, diabetes)
- Gran pérdida de peso (anorexia)
- Desequilibrios emocionales
- Situaciones de estrés o cambios importantes.
- **Siempre descartar un embarazo.**
- Cuando la oligomenorrea persiste después de los dos años, la evaluación y el tratamiento son semejantes a los de la amenorrea.

TRATAMIENTO

- Informar a la adolescente sobre la causa del sangrado y el dolor, tranquilizándola a ella y su familia.
- Analgésicos, antiespasmódicos.
- Si se necesita prevenir embarazo o los síntomas son muy importantes pueden estar indicados los anticonceptivos orales para inhibir la ovulación.

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Nivel I

- Promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento de oligomenorrea por disfunción fisiológica

Niveles II y III

- Tratamiento de especialidad en caso de que la oligomenorrea se prolongue más de tres años luego de la menarquia.

AMENORREA

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10 Clasificación Internacional de Enfermedades – OMS
N91	Menstruación ausente, escasa o rara
N91.0	Amenorrea primaria
N91.1	Amenorrea secundaria
N91.2	Amenorrea, sin otra especificación

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIAP 2 Clasificación Internacional de la Atención Primaria – WONCA
X05	Menstruación ausente/escasa

DEFINICIONES

AMENORREA¹²	Es un síntoma, una manifestación de otro trastorno, y no una enfermedad. Se refiere a la ausencia de menstruación más allá de un límite de tiempo considerado normal.
AMENORREA PRIMARIA	<ul style="list-style-type: none"> Falta de menarquia a los 14 ó 15 años, con ausencia de caracteres sexuales secundarios Falta de menarquia de los 16 a 18 años con o sin caracteres sexuales secundarios Falta de menarquia a pesar de haber alcanzado un Tanner mamario 5, un año antes Falta de menarquia a pesar de haber iniciado desarrollo mamario Tanner 2, cinco años antes
AMENORREA SECUNDARIA	<ul style="list-style-type: none"> Ausencia de 4 períodos menstruales luego de haber menstruado siempre regularmente desde la menarquia Ausencia de 6 o más períodos menstruales, precedida de períodos irregulares

CAUSAS

AMENORREA PRIMARIA	AMENORREA SECUNDARIA (NO INCLUYE EMBARAZO)
Anomalías congénitas: himen imperforado, ausencia de 1/3 distal de vagina, ausencia de útero, tabiques transversos de vagina, entre otros.	Problemas ováricos: síndrome de ovarios poliquísticos, falla ovárica prematura, quistes de ovario, entre otros.
Alteraciones cromosómicas: síndrome de Turner, mosaico de Turner, deficiencia de los receptores a nivel ovárico, entre otros.	Disfunción hipotalámica (estrés, anorexia, ejercicio excesivo, deficiencia de factor liberador de GnRh)
Trastornos endócrinos a nivel hipotalámico o hipofisario (síndrome de Kallman, hipogonadismo hipotalámico, enfermedades tiroideas, hiperprolactinemia, otras enfermedades hipofisarias). Hiperplasia suprarrenal congénita, síndrome de ovario poliquístico, insensibilidad androgénica.	Enfermedades uterinas (síndrome de Asherman) Enfermedades hipofisarias (hiperprolactinemia, tumores hipofisarios, síndrome de la silla turca vacía, hipotiroidismo, síndrome de Sheehan).

DIAGNÓSTICO

Historia clínica

- Historia familiar de crecimiento y desarrollo sexual: edades de la menarquia de la madre, abuela, tías, hermanas.
- Desarrollo de la adolescente desde la niñez, aparición de los caracteres sexuales secundarios
- Historia menstrual.
- Síntomas de embarazo.
- Tipo de dieta; adelgazamiento.
- Nivel de actividad física (atletismo, competencias de alto nivel).
- Alteraciones emocionales (estrés).
- Medicación; uso de hormonas.
- Síntomas y signos asociados: cefaleas, trastornos visuales, palpitaciones, taquicardia, aumento del vello corporal, salida de secreción láctea por pezones.
- Estadío de Tanner.

12 Master-Hunter, H. Amenorrhea: evaluation and treatment. Am.Fam. Physician 2006;73 (8):1374-1382.

Laboratorio

- Biometría hemática
- Prueba de embarazo en sangre.
- T4, TSH, prolactina, FSH, LH, ultrasonografía pélvica
- Resonancia magnética cerebral en casos de hiperprolactinemia.

RECOMENDACIONES CLAVES EN LA PRÁCTICA, SEGÚN EVIDENCIA CLÍNICA

- Una adolescente con amenorrea primaria y desarrollo sexual que incluya vello pubiano debe ser evaluada para corroborar la presencia de útero y vagina ^{13, 14}.
- En toda mujer con amenorrea secundaria debe realizarse prueba de embarazo ^{15, 16, 17}.
- La mujer con síndrome de ovario poliquístico debe ser valorada para intolerancia a la glucosa ¹⁸.

PROCEDIMIENTO

¿QUÉ HACER?	¿QUÉ EVALUAR?
Anamnesis, examen físico, prueba de embarazo, ecografía.	Evaluar el estadio de Tanner y descartar embarazo
Descartar malformaciones del aparato genital: examen ginecológico, ecografía	Himen imperforado Ausencia de útero o vagina Adherencias uterinas o vaginales
Investigar posibles enfermedades	Diabetes Hipotiroidismo Tuberculosis Enfermedad de Crohn Desnutrición Trastornos neurológicos Virilización (exceso de andrógenos)
Evaluar factores de estrés	Entrenamiento físico exagerado (ballet, atletismo) Trastornos alimentarios (anorexia, bulimia) Conflictos familiares o escolares
Suspensión de anti-conceptivos	

TRATAMIENTO

El objetivo principal es restablecer la menstruación. Se debe considerar la causa y siempre que sea posible considerar los deseos de fecundidad de la paciente.

No farmacológico

- Informar a la adolescente que la amenorrea es muy común en situaciones de estrés.
- Si la amenorrea es inducida por el ejercicio debe considerarse la disminución de la intensidad del entrenamiento.
- En mujeres anoréxicas debe intentarse modificar la conducta y hábitos dietéticos. Un aumento de peso de un 2-3% suele determinar la aparición de las menstruaciones normales en 2-3 meses; en estos casos puede ser necesaria una interconsulta con salud mental.

Farmacológico

- En hiperprolactinemia está indicado un agonista de la dopamina, la bromocriptina: se comienza con dosis de 1,25 mg al acostarse y se va au-

13 The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Current evaluation of amenorrhea. *Fertil Steril* 2004;82(suppl 1): S33-9.

14 Traggiai C, Stanhope R. Delayed puberty. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2002; 16:139-51.

15 The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. *Op cit*.

16 Speroff L, Fritz MA. Amenorrhea. In: *Clinical gynecologic endocrinology and infertility*. 7th ed. Philadelphia, Pa.: Lippincott Williams & Wilkins, 2005;401-64.

17 Kiningham RB, Apgar BS, Schwenk TL. Evaluation of amenorrhea. *Am Fam Physician* 1996(53):1185-94.

18 American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists: number 41, December 2002. *Obstet Gynecol* 2002;100:1389-402.

mentando hasta 2,5 mg – 5mg cada 8-12h, hasta normalizar los valores de prolactina.

- En ciclos anovulatorios: si la adolescente desea además anticoncepción prescribir anticonceptivos orales (etinilestradiol 35 mg + levonorgestrel 150 mcg) a dosis bajas; si no desea anticoncepción prescribir un gestágeno cíclicamente (5-10 mg de medroxiprogesterona, o 200- 300 mg de progesterona natural durante 10-12 días al mes).

CONSEJERÍA INDIVIDUAL: INFORMACIÓN PARA LA ADOLESCENTE

¿Cuál es mi problema?

Si aún no tuvo la menarquia, explicarle que no todas las mujeres se desarrollan a la misma edad, pero que por los cambios que vemos va a ocurrir pronto. Si hace meses que no le viene la menstruación, explicar que vamos a hacer algunos exámenes, que puede ser que esté pasando por un período de estrés que hace que los ovarios no funcionen bien, pero que todo muestra que el útero está bien y que no hay embarazo.

¿Qué consecuencias puede tener para mi salud?

Si trabajamos juntos y hacemos bien el tratamiento, podremos evitar los problemas en el futuro, como, por ejemplo, no quedar embarazada. Puede ser necesario operar los ovarios, o puede ser necesario que recibas hormonas por un tiempo.

¿Qué debería hacer para el tratamiento?

Deberías tomar una hormona para ver si hay sangrado y después hacerte otros exámenes. Como deseamos hacer todos los exámenes necesarios sería conveniente que vayas a ver a un especialista. Él te controlará para solucionar el problema.

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Nivel I

Promoción, prevención y diagnóstico

Niveles II y III

Tratamiento de especialidad de amenorrea primaria y secundaria

DISMENORREA

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10 Clasificación Internacional de Enfermedades - OMS
N94	Dolor y otras afecciones relacionadas con órganos genitales femeninos y ciclo menstrual
N94.0	Dolor intermenstrual
N94.3	Síndrome de tensión premenstrual
N94.4	Dismenorrea primaria
N94.5	Dismenorrea secundaria
N94.6	Dismenorrea, no especificada
N94.8	Otras afecciones especificadas asociadas con órganos genitales femeninos y el ciclo menstrual
N94.9	Afecciones no especificadas asociadas con órganos genitales femeninos y el ciclo menstrual

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIAP 2 Clasificación Internacional de la Atención Primaria - WONCA
X02	Dolor menstrual

DEFINICIONES¹⁹

DISMENORREA	Síndrome caracterizado por dolor espasmódico y cíclico durante la menstruación.
DISMENORREA PRIMARIA	Dolor menstrual sin patología orgánica, por aumento de la producción de prostaglandinas endometriales (especialmente PG F2 α y E2), tromboxanos, leucotrienos y vasopresina circulante.
DISMENORREA SECUNDARIA (orgánica)	Obedece a una patología subyacente del aparato genital y no suele aparecer desde la menarquia. Las causas ginecológicas más frecuentes son: <ul style="list-style-type: none"> • Endometriosis • Enfermedad pélvica inflamatoria (E.P.I.) • Varicocele pelviano • Dispositivo intrauterino (D.I.U.) • Malformaciones müllerianas • Estenosis cervical • Tumor anexial

DIAGNÓSTICO

Anamnesis:

Dolor vinculado con la menarquia, siempre en relación con la menstruación, progresivo y de tipo cólico, localizado en hipogastrio, de intensidad y duración variables (minutos a horas). El índice de Andersh y Milson resulta muy útil para medir la severidad de la dismenorrea²⁰:

ÍNDICE DE ANDERSH Y MILSON

GRADO	SEVERIDAD	HABILIDAD LABORAL	SÍNTOMAS SISTÉMICOS	ANALGÉSICOS
1	Leve Menstrúa con molestias Dolor leve	Raramente la afecta	No	Esporádicos
2	Moderada Está afectada la actividad diaria	Puede haber ausencia escolar o laboral	Pocos	Requiere
3	Severa Síntomas vegetativos: náuseas, vómitos, etc.	Actividad claramente inhibida	Sí	Pobre efecto

- Síntomas neurovegetativos acompañantes: vómitos, cefaleas, diarreas, etc.
- Antecedentes familiares de dismenorrea
- Antecedentes ginecológicos: es importante valorar las características de la menarquia y la información previa recibida.

Examen físico: general, ginecológico; valorar parámetros de crecimiento y desarrollo. Si hay actividad sexual realizar examen bimanual y especular (con acompañamiento de enfermera y/o familiar).

Exámenes complementarios

- Ecografía pélvica y/o transvaginal, dependiendo de la actividad sexual.
- Laboratorio según patología de sospecha.
- Laparoscopia diagnóstica: en aquellos casos en que no hay mejoría de la dismenorrea.
- Evaluación sicosocial.

19 López Kaufman C. Módulo III. Médico B. Curso de Postgrado Adolescencia: Abordaje desde la Salud Integral. Escuela de Medicina. Universidad Nacional del Comahue. Argentina 2007.

20 Andersh, Milson. Am J Obst Gynecol 1982; 144: 655.

Capacidad resolutive: La dismenorrea primaria debe resolverse en el primer nivel de atención y referir en caso necesario al nivel correspondiente en función de la complejidad.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Lesión pelviana orgánica: endometriosis, enfermedad pélvica inflamatoria (EPI), adherencias
- Dispositivo intrauterino (DIU)
- Anomalías congénitas
- Patologías extraginecológicas:
 - *Gastrointestinales:* apendicitis, colon irritable, colitis, tiflitis, diverticulitis, enfermedad de Crohn, etc.
 - *Urológicas:* cistitis, ptosis renal, pielonefritis.
 - *Ortopédicas:* hiperlordosis, espondiloartrosis, escoliosis, cifosis
- Patologías psicológicas

TRATAMIENTO

1. No farmacológico:

- Explicación de los acontecimientos naturales que se producen durante la menstruación
- Calor local: puede ser con una almohadilla térmica sobre el abdomen
- Masajes suaves
- Dieta balanceada
- Cambio de hábitos: estimular la actividad física.

2. Farmacológico:

Antiinflamatorios no esteroideos (AINES): Administrar 24 a 48 horas antes del inicio de la menstruación.

- Ibuprofeno: 400-600 mg VO c/6 horas.
- Naproxeno: 250 mg VO c/6 horas o 500 mg VO c/12 horas.
- Diclofenaco: 50 mg VO c/8 horas

Hormonales: Anovulatorios: levonorgestrel 0.15 mg + etinilestradiol 0.03 mg, 1 tableta diaria desde el día 1 al 28 del ciclo, durante seis ciclos.

Antiespasmódicos: Pramiverina 2mg – 1 tableta VO c/8 horas, en caso de dismenorrea leve.

3. Psicológico, con personal capacitado.

4. Quirúrgico: laparoscópico, sólo en dismenorreas severas que no han cedido a otras terapias.

CONSEJERÍA INDIVIDUAL: INFORMACIÓN PARA LA ADOLESCENTE

¿Cuál es mi problema?

El dolor menstrual es bastante común en las jóvenes. No hemos encontrado nada anormal en tus órganos genitales. El dolor que sientes está indicando que hay ovulación (es decir que tu organismo está funcionando bien, y puede ocurrir un embarazo si no te proteges al tener relaciones sexuales). Las hormonas que se producen son las que causan el dolor.

¿Qué consecuencias puede tener para mi salud?

Con el tratamiento no tendrá consecuencias para ti en el futuro y no interfiere con futuros embarazos. Si se confirma que es una endometriosis, si la tratas bien ahora y te controlas tampoco tendrás grandes problemas en el futuro.

¿Qué debería hacer para el tratamiento?

Hay varias formas de tratamiento. Primero es necesario tomar una medicación para tratar el dolor y la inflamación, que puede causar algún malestar en el estómago o alguna reacción alérgica, por lo cual tienes que avisarnos si te produce náuseas, vómitos, ardor de estómago o erupciones en la piel. También se pueden tomar unas píldoras anticonceptivas con hormonas, que actúan impidiendo la ovulación, por lo que además te servirían para prevenir un embarazo, si estás teniendo relaciones sexuales. A veces es necesario tomar los calmantes del dolor y también las píldoras anticonceptivas.

Si el trabajador de salud sospecha una patología hay que explicarle que es mejor que vea al especialista para investigar otras causas y poder tratarlas.

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Nivel I

- Promoción, prevención
- Historia clínica, exploración física, estudio ecográfico
- Diagnóstico diferencial entre dismenorrea primaria y secundaria
- Tratamiento recomendado

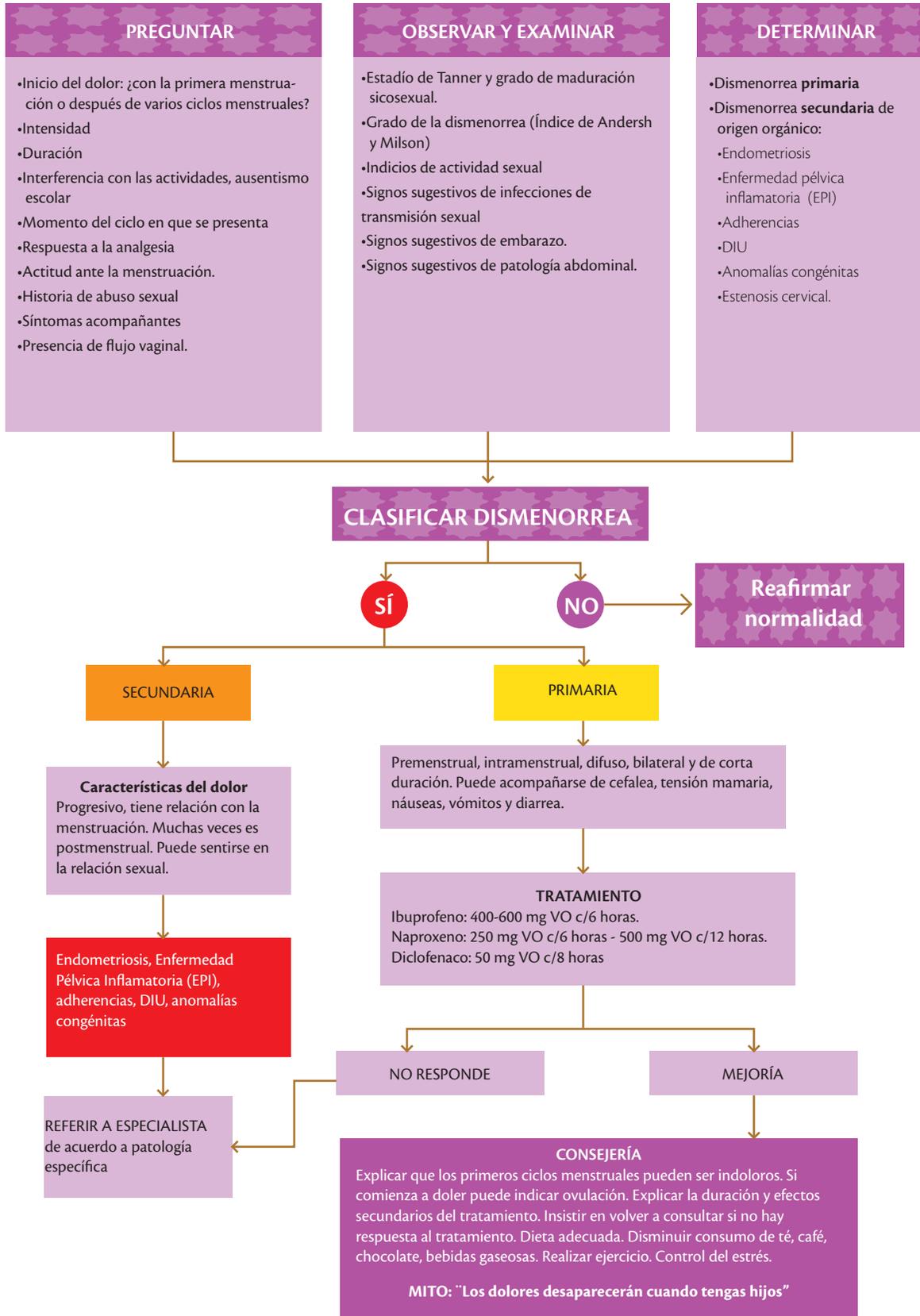
Niveles II y III

- Tratamiento de especialidad
- Tratamiento dismenorrea secundaria

BIBLIOGRAFÍA

1. Andersh and Milson. Am J Obst Gynecol 1982;144: 655.
2. López C, Bagnati E, De la Parra I, Ortiz G, Churba G. Dismenorrea. Ed. Ascune Hnos. En: Manual de Ginecología Infanto Juvenil. Buenos Aires, 2º ed. 2003, pp. 378-393.
3. Usandizaga R. De hito en hito, la dismenorrea. Folia clínica en Obstetricia y Ginecología, agosto 2001; 21:7-23.
4. Williams J.K. Noncontraceptives benefits of oral contraceptives use. Int J Fert Women Med 2000, May-Jun;45(3):241-7.
5. Dayal M. Noncontraceptives benefits and therapeutic uses of the oral contraceptive pill. Semin Reprod Med 2001;19 (4):295-304.

DISMENORREA



SÍNDROME PREMENSTRUAL (SPM)

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10 Clasificación Internacional de Enfermedades - OMS
N94	Dolor y otras afecciones relacionadas con órganos genitales femeninos y ciclo menstrual
N94.0	Dolor intermenstrual
N94.3	Síndrome de tensión premenstrual

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIAP 2 Clasificación Internacional de la Atención Primaria - WONCA
X09	Signos/síntomas premenstruales

DEFINICIONES

SÍNDROME PREMENSTRUAL (SPM)	Es un conjunto de síntomas somáticos, cognitivos, afectivos y de conducta, que aparecen durante la fase lútea, poco antes de la menstruación, y desaparecen poco después del inicio de la misma. Se asocia con frecuencia a dismenorrea y se relaciona con desórdenes en la serotonina y el ácido gamma-aminobutírico (GABA) en mujeres susceptibles.
DESORDEN DISFÓRICO PREMENSTRUAL (DDPM)	Es la forma severa del síndrome premenstrual, que produce disfunción o incapacidad significativas.

CAUSAS

Hormonales:

- Exceso de estrógeno
- Déficit de progestágenos

Metabólicas:

- Déficit de piridoxina
- Alteración de los glúcidos

Socioculturales

DIAGNÓSTICO: es clínico

Anamnesis

Síntomas somáticos:

- Edemas
- Cefaleas
- Tensión mamaria
- Distensión abdominal
- Diarrea
- Estreñimiento
- Dolor en miembros inferiores

Síntomas emocionales:

- Depresión
- Irritabilidad
- Fatiga
- Apetito inusual

Averiguar:

- Edad de comienzo de los síntomas
- Número de días sintomáticos por ciclo
- Síntomas más significativos y sus variaciones de un ciclo a otro
- Grado y severidad de impacto social
- Presencia de síntomas durante el uso de anticonceptivos orales
- Paridad
- Antecedentes de historia siquiátrica
- Tratamientos previos efectuados.

Examen físico general y ginecológico (proceder igual que con las dismenorreas)

Exámenes complementarios de acuerdo a cada caso en particular

Evaluación siquiátrica y/o psicológica

Criterios a cumplirse:

- Debe ocurrir durante la fase premenstrual, de 48 a 72 horas antes de la menstruación.
- Los síntomas deben resolverse dentro de los 2 primeros días del comienzo menstrual.
- Debe haber un período asintomático durante la fase folicular.
- Los síntomas deben ser documentados en varios ciclos menstruales y no deben ser causados por ningún otro desorden fisiológico o psicológico.
- Los síntomas deben ser recurrentes y suficientemente severos, de modo que impacten sobre las relaciones sociales y ocupacionales.

TRATAMIENTO

No farmacológico

- Educación
- Dieta equilibrada (hiposódica antes y durante la menstruación)
- Ejercicio físico

Farmacológico

- a. La terapia con **AINEs** debe iniciarse antes del comienzo del dolor y continuar hasta el final de la menstruación.
 - Ibuprofeno: 400-600 mg VO c/6 horas.
 - Naproxeno: 250 mg VO c/6 horas - 500 mg VO c/12 horas.
 - Diclofenaco: 50 mg VO c/8 horas²¹
- b. **Hormonales:** anovulatorios (microdosis): levonorgestrel 0.150 ucg + etinilestradiol 0.30 ucg, 1 tableta diaria desde el día 1 al 28 del ciclo, durante seis ciclos.
- c. **Diuréticos:** si hay aumento de alrededor de 1,5 Kg de peso premenstrual, espironolactona 25 mg 2-3 veces por día durante los días 18 al 26 del ciclo.
- d. **Sicofármacos:** fluoxetina 20mg c/día, 24h antes y durante la menstruación, reservada para las pacientes con Desorden Disfórico Premenstrual (DDPM).

CONSEJERÍA INDIVIDUAL: INFORMACIÓN PARA LA ADOLESCENTE

¿Cuál es mi problema?

Por causas que todavía no conocemos bien los médicos aparecen estas molestias premenstruales, que seguramente están relacionadas con algo que ocurre en la menstruación. Para sentirte mejor debes saber que la falta de ejercicio, comer con demasiada sal, o consumir pocas vitaminas puede hacer que los síntomas empeoren.

¿Qué consecuencias puede tener para mi salud?

No se trata de una enfermedad, aunque sí es molesto para ti. Ten la seguridad que no es algo grave para tu salud.

¿Qué debiera hacer para el tratamiento?

Deberías saber que no hay un tratamiento totalmente efectivo, ya que tampoco se sabe cuál es la causa. Sin embargo, puedes venir a conversar con cualquiera del equipo de salud cada vez que te sientas mal durante

este período. Debiéramos trabajar juntos para que mejores tu dieta, comas con menos sal, hagas ejercicio. De ser necesario quizás debieras tomar unas vitaminas y/o píldoras anticonceptivas. Esto lo vamos a conversar más adelante.

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Nivel I

Promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento

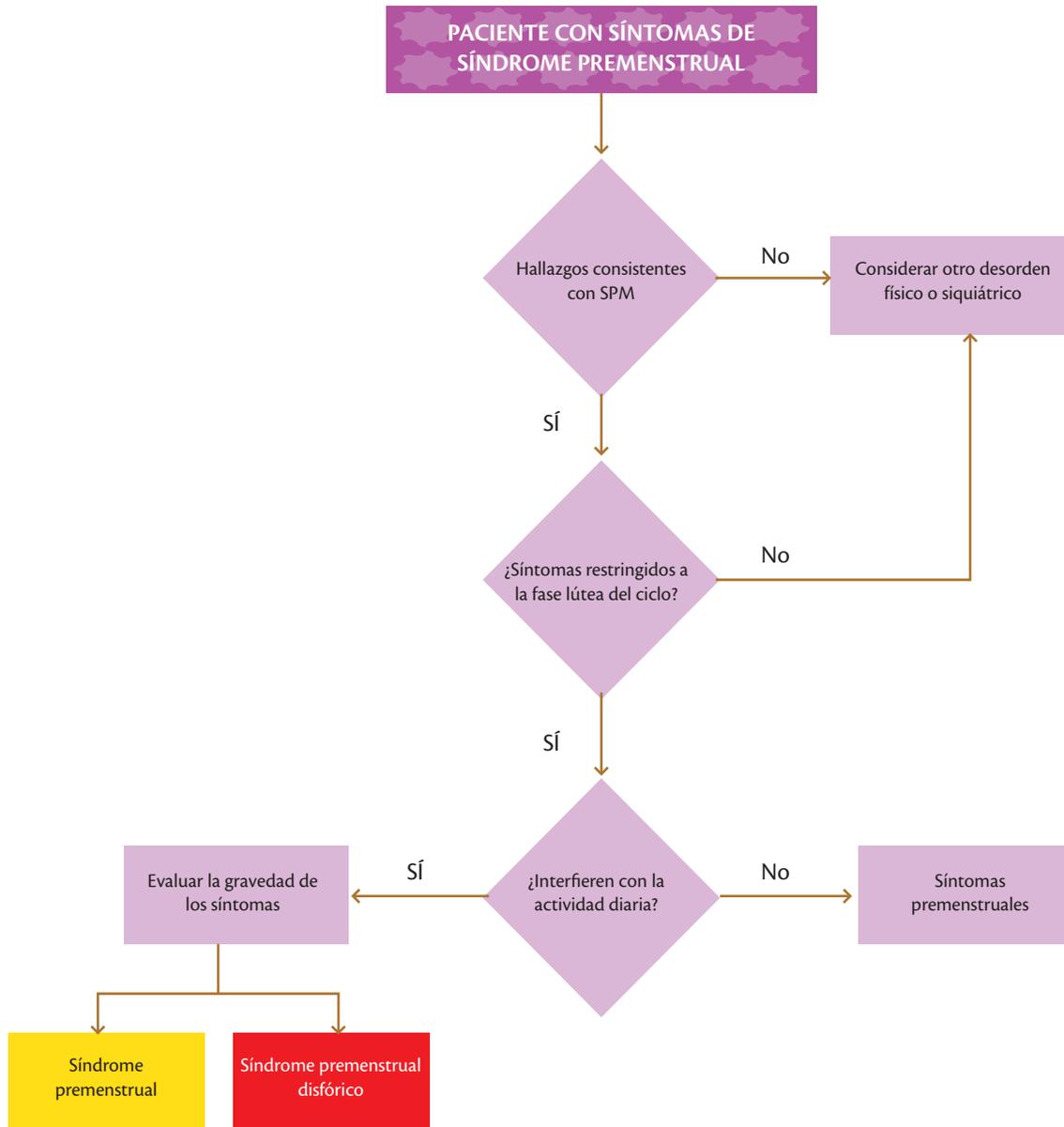
Niveles II y III

Tratamiento de especialidad del Desorden Disfórico Premenstrual (DDPM)

BIBLIOGRAFÍA

1. Copeland LJ, Jarrell JF, McGregor JA. Textbook of Gynecology. W.B. Saunders.1993.
2. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4ª. Ed. Washington D.C. 1994.
3. Yen S, Jaffe R, Barbieri R. Endocrinología de la Reproducción. 4º edición. 2000. Cap. 19. Pp.589-591.
4. López C, Bagnati E, De la Parra I, Ortiz G, Ferratti A. Síndrome premenstrual. Ed. Ascune Hnos. En: Manual de Ginecología Infanto Juvenil. Buenos Aires, 2º ed. 2003.Pp 366 – 392.
5. Carr DB, Bullen BA, Skrinar GS, et al. Physical conditioning facilitates the exercise-induced secretion of β endorphin and β lipotropin in women. N Eng J Med 1981; 305-560.
6. Ransom S, Moldenhauer J. Premenstrual syndrome: Systematic diagnosis and individualized therapy. The Physician and Sports Medicine. April 1998; 26(4).
7. Mishell DR, Davajan V, Lobo RA. Infertility, Contraception & Reproductive Endocrinology. Third Edition.1991. Blackwell Scientific Publications.
8. Wyatt K, Dimmock PW, et al. Efficacy of vitamin B6 in the treatment of premenstrual syndrome: systematic review. British Medical Journal 1999; 318.
9. Alvir JM, Thys-Jacobs S. Premenstrual and menstrual symptom clusters and response to calcium treatment. Psychopharmacol Bull 1991; 27(2):145-148.
10. Emans S, Laufer M., Goldstein D. Ginecología en Pediatría y la Adolescente. McGraw-Hill Interamericana, pp 305-312.

SÍNDROME PREMENSTRUAL



Atención de la adolescente embarazada²²

DEFINICIONES

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10 Clasificación Internacional de Enfermedades – OMS
028	Hallazgo anormal en el examen prenatal de la madre
028.0	Hallazgo hematológico anormal en el examen prenatal de la madre.
028.1	Hallazgo bioquímico anormal en el examen prenatal de la madre.
028.2	Hallazgo citológico anormal en el examen prenatal de la madre.
028.3	Hallazgo ultrasónico anormal en el examen prenatal de la madre.
028.4	Hallazgo radiológico anormal en el examen prenatal de la madre.
028.5	Hallazgo cromosómico anormal en el examen prenatal de la madre.
028.8	Otros hallazgos anormales en el examen prenatal de la madre
028.9	Hallazgos anormales no especificados en el examen prenatal de la madre

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIAP 2 Clasificación Internacional de la Atención Primaria – WONCA
W 29	Otros signos, síntomas del embarazo – parto – puerperio
W 78	Embarazo
W 29	Embarazo no deseado

EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA	El embarazo en la adolescencia es la gestación que ocurre entre los 10 y 19 años. Por la edad y condiciones sicosociales es considerado de alto riesgo, especialmente durante los dos primeros años de edad ginecológica.
CONTROL PRENATAL	Procedimientos y actividades que los equipos de salud ofrecen a la adolescente embarazada y su pareja, así como a sus familias, para identificar factores de riesgo biosociales o enfermedades en la gestante que puedan afectar al curso del embarazo y la salud del recién nacido/a. Sus componentes son: promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud materna, peri y neonatal e información sobre sus derechos, con enfoques de interculturalidad, género y generacional (ver Norma Materna MSP 2008).
CUIDADO PRECONCEPCIONAL	Es un componente del cuidado de la salud sexual y reproductiva de los/las adolescentes para disminuir factores de riesgo que puedan afectar embarazos futuros, con énfasis en la promoción y prevención en salud (ver Manual Técnico Operativo de Planificación Familiar MSP 2009, versión preliminar).
EMBARAZO DE ALTO RIESGO	Aquel que cursa con criterios de riesgo, que debe recibir atención en los niveles II y III. El embarazo adolescente requiere servicios diferenciados y especializados, ya que aunque evolucione sin riesgo biológico ha sido considerado de alto riesgo, especialmente sicosocial (ver Norma Materna MSP 2008).

Criterios de Riesgo:

Se usará la H.C. Materno Perinatal MSP – HCU Form. # 051, como registro adicional a la historia de adolescentes SNS-MSP/HCU- 056 /2009 Atención Adolescente. Se evaluarán los signos de alerta en este formulario (Protocolo de Referencia y Contrarreferencia).

22 Este capítulo solamente hace consideraciones complementarias a la norma de atención materna relacionada con el manejo del embarazo en la adolescencia

INDICADORES DE RIESGO DE COMPLICACIONES EN EL EMBARAZO

Personales

- Edad menor de 15 años y/o menos de dos años de edad ginecológica.
- Desconocimiento de la fecha de última menstruación (indicador de déficit en acciones de autocuidado).
- Bajo nivel de instrucción o analfabetismo.
- Embarazo no deseado o no aceptado.
- Antecedentes personales o familiares de enfermedad crónica degenerativa o discapacitante.
- Discapacidad
- Tentativa o intención de aborto.
- Trastornos depresivos, intento de suicidio.
- Consumo de tabaco, alcohol o drogas.
- Antecedentes de feto muerto, malformado, aborto/s, parto prematuro.
- Adolescentes viviendo con VIH positivo.

Familiares

- Sin pareja o apoyo familiar.
- Disfuncionalidad familiar.
- Nutrición inadecuada.
- Violencia intrafamiliar.

Socioculturales

- Pobreza.
- Explotación laboral.
- Abuso sexual o violación.
- Adolescentes viviendo en situaciones de alta vulnerabilidad (menores de 15 años, fuera del sistema escolar, indígenas y afrodescendientes, viviendo en zona de conflicto, migrantes o hijas de migrantes, explotación sexual).

Servicios de salud

- Barreras para el acceso a los servicios de salud (geográfica, económica, cultural, social).
- Identificación y/o captación tardía de la adolescente embarazada.

SECUENCIA DE ACTIVIDADES DEL MANEJO DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

NORMAS DE ATENCIÓN A LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

El control prenatal debe tener las siguientes características:

COMPLETO E INTEGRAL

- Atención por personal calificado.
- Detección precoz del embarazo.
- Control periódico e integral de la embarazada.

ATENCIÓN A:

- Riesgo nutricional.
- Detección de discapacidades y enfermedades perinatales.
- Maltrato sexual, violencia intrafamiliar y drogodependencia.
- Infecciones de transmisión sexual.
- Consejería pre/posprueba de VIH/SIDA, detección y referencia.
- Enfermedades buco-dentales.
- Referencia de usuarias con riesgo obstétrico perinatal.

PRECOZ

El control prenatal debe iniciarse lo más temprano posible en toda paciente embarazada (en el primer trimestre) por la relación entre la edad gestacional del primer control con los resultados del embarazo.

ENFOQUE INTERCULTURAL

El proveedor debe tener conocimiento de la cosmovisión tradicional y cultural, con comprensión de las prácticas ancestrales de curación, de acuerdo a la diversidad cultural de la zona de atención.

PERIÓDICO

Toda mujer embarazada de BAJO RIESGO deberá completar mínimo 5 controles prenatales (uno de diagnóstico y cuatro de seguimiento), con el cumplimiento de todas las actividades que se registran en la Historia Clínica Perinatal del CLAP/SMR – OPS/OMS. MSP – HCU. Form. # 051.

NIVEL MÍNIMO EFICIENTE: 5 CONTROLES

- Uno en las primeras 20 semanas.
- Uno entre las 22 y 27 semanas.
- Uno entre las 28 y 33 semanas.
- Uno entre las 34 y 37 semanas.
- Uno entre las 38 y 40 semanas

AFECTIVO

- Toda embarazada debe ser bienvenida y atendida con calidez y calidad.
- Los horarios de atención deben favorecer la concurrencia al control prenatal.
- Cuanto mayor el número de horas de atención, más elevado el número de mujeres que pueden concurrir.

- Cumplir con el horario de turnos y reducir el tiempo de espera de las pacientes.
- Se deben realizar exámenes y pruebas que respondan a un propósito inmediato y que se ha demostrado que son beneficiosas.

Para las actividades que se deben desarrollar en cada visita del control prenatal remítase a la Norma y Protocolo Materno, capítulo Control Prenatal.

El embarazo en adolescente debe apoyarse también con:

- Plan de parto
- Seguimiento postnatal
- Programa educativo y preventivo
- Club de padres y madres adolescentes
- Sicoprofilaxis del embarazo y parto
- Estimulación intraútero y temprana
- Promoción de la lactancia materna
- Planificación familiar y salud reproductiva
- Nutrición y crecimiento
- Fomento del rol materno y paterno
- Puericultura y cuidado del recién nacido
- Sexualidad y salud reproductiva
- Escuela para padres y comunicación familiar
- Escuela de parejas jóvenes
- Fortalecimiento de la autoestima y toma de decisiones
- Manualidades y opciones prácticas
- Desarrollo del proyecto de vida
- Reinserción escolar y Orientación vocacional
- Economía familiar
- Orientación legal
- Desarrollo de la participación y ciudadanía

PREVENCIÓN, MANEJO Y ATENCIÓN DE LOS DIFERENTES PERÍODOS DEL EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA

PERÍODO PRECONCEPCIONAL

- Los cuidados incluyen: abordaje de crecimiento y desarrollo normales, buen estado nutricional (evaluar anemia), desarrollo emocional, relación familiar y social, inicio de experiencia sexual, orientación y educación sexual, conocimiento y uso de anticoncepción, prevención de patología ginecológica e infecciones de transmisión sexual (ITS), prevención de abuso sexual y embarazos no deseados y relaciones equitativas con los varones para la toma de decisiones.

- Informar sobre los derechos, especialmente los sexuales y reproductivos.
- Indicar los beneficios de la postergación del inicio de las relaciones sexuales coitales: mientras más tarde comiencen será mejor, ya que estarán más maduros no sólo biológica sino psicológica y socialmente, lo que facilitará la toma adecuada de decisiones.
- Orientar e informar a la familia sobre sexualidad, derechos, comunicación y la importancia de la educación a los hijos/as sobre el desarrollo sexual, responsabilidad, toma de decisiones, valores, autoestima y proyecto de vida.
- Realizar la historia clínica de adolescencia a todos los/las adolescentes del área de influencia. Simultáneamente, brindar una guía preventiva en los temas de actividad sexual, riesgo de embarazo, ITS y abuso sexual.
- Facilitar el conocimiento y acceso a métodos de anticoncepción, especialmente los de barrera e incluyendo los de emergencia, como parte de sus derechos sexuales y reproductivos.
- Recomendar ácido fólico suplementario para prevención de lesiones del tubo neural en mujeres en edad fértil, especialmente a las que podrían estar en riesgo de embarazo (vida sexual activa, noviazgo prolongado, autoestima baja, familias disfuncionales) y que no han tomado decisiones efectivas de usar anticonceptivos o de posponer actividad sexual²³.

RIESGO DE EMBARAZO: CONSEJERÍA

DEFINICIÓN

La consejería es “un proceso interactivo que involucra a un consejero profesionalmente capacitado y a un usuario y tiene el propósito de mejorar el nivel de funcionamiento del usuario” (Faiver, Eisengart y Colonna, 2000). El consejero y el usuario trabajan en conjunto como aliados, ayudando al primero a crecer al segundo y a cambiar a través de la fijación de metas, el desarrollo de nuevas maneras de interpretar y manejar situaciones problemáticas, enseñándole a utilizar recursos internos y externos de una manera más efectiva (ibíd.).

En el contexto de la salud sexual y reproductiva en adolescentes, la consejería se conceptualiza como un encuentro en donde el proveedor actúa como facilitador de cambios de comportamiento, ayudando al joven a resolver un problema en una atmósfera comprensiva.

23 Klein, JD. MPH and the Committee on Adolescence. Adolescent Pregnancy: Current Trends and Issues. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/116/1/281>.

A través del proceso de toma de decisiones, el consejero puede ayudar a los jóvenes a mitigar un problema o desafío, expandir sus habilidades, restablecer un sentido de bienestar y corregir algunas conductas autodestructivas (Spain, 1988). La consejería trata con problemas que emergen en la vida cotidiana de los jóvenes, quienes frente a ellos necesitan a alguien que los escuche con empatía, que proporcione información precisa sobre temas específicos—como salud sexual y reproductiva—y que pueda tener una actitud respetuosa sin juzgar sus preocupaciones.

ASPECTOS A CONSIDERAR

- Es parte de la promoción y prevención de la salud en adolescentes.
- El objetivo es acompañar a los/las adolescentes para la toma de decisiones adecuadas sobre su sexualidad, evitar el embarazo no deseado y prevenir las consecuencias negativas del inicio de relaciones sexuales.
- Fomentar relaciones de equidad entre varones y mujeres para evitar estereotipos de género.
- Informar y apoyar en la selección del método anticonceptivo más apropiado para ella/él y/o la pareja.
- Considerar que muchos casos de embarazo en adolescentes pueden ser producto de abuso sexual. Investigar y atender estas situaciones.
- Apoyar la permanencia o reinserción escolar.
- Fortalecer la estructuración o reestructuración del proyecto de vida.

PARTO Y POSPARTO

Procedimientos para el parto y posparto

- Asegurar el cumplimiento del plan de parto, garantizando una adecuada referencia y contrarreferencia de acuerdo a los niveles de complejidad. Procurar que sea atendida por un equipo con capacitación, sensibilidad y experiencia con adolescentes.
- Brindar apoyo emocional durante el trabajo de parto y posparto.
- Respetar el derecho de la adolescente en relación a su privacidad, pudor, prácticas culturales y acompañamiento de la pareja o familiar (según disponibilidad de la unidad operativa).
- Educación individual en el posparto inmediato sobre cuidados personales, lactancia, paternidad/maternidad, relaciones de equidad entre varones y mujeres, promoción del desarrollo integral del/de la recién nacido/a.
- Consejería en aspectos legales y sociales.

- Control y seguimiento de la madre y del niño, de la pareja y de la familia.
- Mediación para la reinserción al medio familiar, escolar, social y/o laboral.
- Anticoncepción y prevención de embarazo subsecuente (durante el posparto inmediato o en el primer control, de acuerdo a la evolución de riesgo).

El embarazo en la adolescencia, si bien puede tener riesgo obstétrico -sobre todo cuando no existe un buen control prenatal- es básicamente un problema sicosocial, asociado al deseo o no de ser madre o padre. La tarea del equipo de salud y de la red de apoyo es abordar los aspectos sicosociales, familiares, de pareja y legales.

COMPORTAMIENTOS PRENATALES DE RIESGO PARA EL VÍNCULO AFECTIVO Y MATERNAJE/PATERNAJE ADECUADOS

- Autoimagen negativa
- Preocupación excesiva por la apariencia física
- Problema psicológico y emocional
- Falta de preparación para el embarazo, el maternaje y paternaje
- Fluctuaciones extremas del humor y estado de ánimo
- Quejas somáticas excesivas
- Falta de apoyo de la pareja y/o familia
- Dificultades en el ámbito escolar

COMPORTAMIENTOS POSNATALES DE RIESGO PARA EL VÍNCULO AFECTIVO Y MATERNAJE/PATERNAJE ADECUADOS²⁴

- Dificultad para asumir responsabilidades.
- Mal prendimiento y mala comunicación afectiva con su hijo/a.
- Prácticas de lactancia inadecuadas.
- Actitudes negligentes en el cuidado del bebé.
- Negación de la maternidad/paternidad.
- Dificultad para la toma de decisiones.
- Búsqueda de afecto y/o apoyo económico en otras parejas.
- Falta de toma de decisiones para planificación familiar y alto riesgo de nuevo embarazo.
- Ausencia de proyecto de vida.
- Dificultad para la reinserción escolar o laboral y riesgo de explotación y maltrato en su trabajo.
- Dificultad para asumir roles materno y paterno.

SUGERENCIAS PARA CONSTRUIR Y MEJORAR LA PATERNIDAD/MATERNIDAD

El equipo de salud puede conformar grupos de preparación para la paternidad/maternidad (Club de madres y padres adolescentes), que faciliten contención y ayuda mutua mediante un diálogo abierto y participativo sobre temas de interés para los/las adolescentes, como:

ACTIVIDAD	TRIMESTRE		
	1	2	3
Sicoprofilaxis del embarazo y parto			X
Estimulación intraútero y temprana			X
Promoción de la lactancia materna		X	X
Planificación familiar y salud reproductiva		X	X
Nutrición y crecimiento	X	X	X
Rol materno y paterno			X
Puericultura y cuidado del recién nacido			X
Educación en sexualidad y salud sexual y reproductiva	X	X	X
Escuela para padres y comunicación familiar		X	X
Construcción de la relación en parejas jóvenes	X	X	X
Autoestima y toma de decisiones	X	X	X
Proyectos de inserción o reinserción laboral	X	X	X
Desarrollo del proyecto de vida	X	X	
Reinserción escolar y Orientación vocacional		X	
Economía familiar		X	X
Orientación legal	X	X	X
Derechos, participación y ciudadanía		X	

El involucramiento de los hombres se incentivará al facilitar su participación en la consulta, porque tienen la oportunidad de objetivar el embarazo, construir su paternidad y asumirla.

Las familias también deberían participar en las consultas o en grupos de aprendizaje con padres, madres y eventualmente abuelas/abuelos. Es un momento para reafirmar los apoyos existentes por parte del padre o madre del/de la adolescente, disminuir las tensiones e ir definiendo los roles.

SUGERENCIAS OPERATIVAS

- Colocar un letrero que identifique al/a la profesional que trabaja en esa área y su horario de atención.
- El ambiente será agradable y de acogida para la adolescente, su pareja y su familia.
- Disponer de papelería adecuada para el cumplimiento de las normas de atención, así como de material educativo durante la consulta.
- Una pequeña pizarra de tiza líquida junto al escritorio facilita que el profesional pueda informar y explicar esquemáticamente algunas actividades o diagnósticos de las usuarias.
- El mobiliario de la consulta incluye un biombo y una sábana extra.
- Los tiempos de consulta serán adaptados a los requerimientos de las usuarias. La consulta por primera vez durará en promedio 30 minutos, y las subsecuentes de 20 a 25 minutos.
- Se puede diferir algunas partes de la entrevista o el examen físico genital de acuerdo a la vinculación y el riesgo obstétrico de cada joven.
- Las citas subsecuentes se acordarán y registrarán en el carné de citas con la adolescente y su pareja, y serán registradas en la posconsulta de enfermería.
- Se tratará de acordar las consultas siguientes, en lo posible, con el mismo profesional.
- Se hará una evaluación diaria del cumplimiento de las citas subsecuentes, y se reportará a Trabajo Social a las jóvenes que no acudieron, para su seguimiento.
- Las indicaciones terapéuticas, interconsultas con otras áreas, citas a la pareja o familia y el involucramiento en actividades grupales o educativas deberán ser anotadas en las hojas de evolución y explicadas en detalle en la posconsulta de Enfermería y/o Trabajo Social.

SUGERENCIAS QUE GENERAN Y ASEGURAN CONFIANZA

- Diríjase a la adolescente, su pareja y su familia con cordialidad. Estreche sus manos, ubíquelos en los asientos e inicie el diálogo presentándose de manera agradable.
- Pregunte a la joven y su pareja cómo desean ser llamados. Encierre en un círculo el nombre de preferencia de la joven y anote el de su pareja.
- Dé una explicación sobre las características del servicio, actividades, su consulta, su rol y el porqué de la entrevista. Se puede entregar un plegable informativo sobre las actividades de la unidad.
- Haga preguntas secuenciales y dentro de contexto,

no hable demasiado, escuche atenta y respetuosamente. Escriba lo necesario.

- Utilice técnicas de entrevista que favorezcan la confianza. Realice preguntas abiertas, en espejo, de interiorización. Evite frases punitivas o moralizantes. Sea positivo/a, apoye y tranquilice a la adolescente, su pareja y su familia.
- Si bien el motivo de consulta suele estar claro (embarazo), se debe identificar los problemas que surgen como causa o consecuencia del mismo. Centrar la entrevista en los problemas prioritarios que aquejan a la joven y darles la importancia que requieran. Reconozca los mensajes y actitudes no verbales.
- Establecer límites y contención para las adolescentes inquietas o ansiosas. Apoyar a las adolescentes que entran en llanto o mutismo, y buscar formas alternativas de comunicación y acercamiento. Tener una actitud acogiente y comprensiva.
- Para el examen físico es importante preparar y explicar a la joven y su pareja o familiar presente los procedimientos y áreas del cuerpo que van a ser revisadas. La exploración ginecológica puede ser diferida para una consulta subsecuente.
- Se evaluará la oportunidad y el momento adecuado para la presencia de la pareja o de algún familiar para facilitar la confidencialidad. La asistencia de otras personas debe ser consultada con la joven.
- Trabajar con la pareja sus miedos y angustias sobre la paternidad.
- Los profesionales de la salud deben conocer las realidades locales y respetar las prácticas culturales.

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Nivel I

- Promoción, prevención, control prenatal.
- Preparación parto.
- Detección de riesgo.
- Referencia a niveles II y III.
- Seguimiento posnatal.

Nivel II

- Diagnóstico y tratamiento de complicaciones.
- Atención del parto.
- Referencia a nivel III.

Nivel III

- Atención del parto de alto riesgo en unidades especializadas
- Contrarreferencia a nivel I.

Alteraciones del desarrollo mamario

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10 Clasificación Internacional de Enfermedades - OMS
N60	Displasia mamaria benigna
N600	Quiste solitario de la mama
N601	Mastopatía quística difusa
N602	Fibroadenosis de mama
N603	Fibroesclerosis de mama
N604	Ectasia de conducto mamario
N608	Otras displasias mamarias benignas
N61	Trastornos inflamatorios de la mama
N62	Hipertrofia de la mama
N63	Masa no especificada en la mama
N642	Atrofia de la mama
N643	Galactorrea no asociada con el parto
N644	Mastodinia
N649	Trastorno de la mama, no especificado

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIAP 2 Clasificación Internacional de la Atención Primaria - WONCA
X18	Dolor mamario, en la mujer
X19	Masa/bulto mamario, en la mujer
X20	Signos y síntomas de los pezones, en la mujer
X21	Otros signos y síntomas de la mama, en la mujer
X22	Preocupación por apariencia mamas, mujer
X26	Miedo al cáncer de mama, en la mujer
X27	Miedo a otras enfermedades sexuales mama, mujer
X28	Incapacidad/minusvalía genital/mamas, mujer
X29	Otros signos y síntomas genital/mamas, mujer
X76	Neoplasias malignas de mama, en la mujer
X79	Neoplasias benignas de mama, en la mujer
X99	Otras enfermedades genital femenino/mamas

DEFINICIONES

TELARCA	Botón mamario inicial. Es la primera manifestación sexual del desarrollo puberal femenino y masculino. El botón mamario puede formarse desde los 9 años y como máximo se espera hasta los 13 su aparición normal. Frecuentemente al inicio es unilateral, palpándose un pequeño nódulo duro subareolar que en ocasiones despierta dolor.
TELARCA PREMATURA	Desarrollo de una o ambas mamas en la niña, sin otro signo de maduración sexual, antes de los 8 años (Imagen 3, Herramienta # 22, Caja de Herramientas).
ASIMETRÍA MAMARIA	Desigualdad del crecimiento mamario durante la pubertad. Es común que el crecimiento sea asincrónico, con una diferencia de 1 año entre una y otra, y habitualmente una mama queda finalmente un poco más grande que la otra (Imagen 4, Herramienta # 22, Caja de Herramientas).
HIPOTROFIA MAMARIA	Cuando ocurre durante la pubertad este trastorno es usualmente secundario a importante pérdida de tejidos graso y mamario de soporte, a consecuencia de trastornos de la conducta alimentaria.
HIPOPLASIA MAMARIA	Falta de desarrollo glandular mamario por falla en el desarrollo embriogénico o no respuesta del receptor glandular a los estrógenos circulantes.
HIPERTROFIA MAMARIA	Crecimiento mamario exagerado que podría deberse a una respuesta anormal de la mama a los niveles circulantes de estrógenos.
AMASTIA	Anomalía congénita con ausencia completa de glándula mamaria, areola y pezón (síndrome de Poland) (Imagen 5, Herramienta # 22, Caja de Herramientas).

- Todo hallazgo significativo debe ser registrado, consignando localización, forma, tamaño, consistencia, movilidad y contorno de cualquier masa palpable.
- Efectuar el examen mamario en el momento oportuno, siempre respetando el pudor de la paciente. El examen físico debe ser siempre bilateral.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

MASTODINIA		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
Dolor mamario debido a cambios hormonales cíclicos, casi exclusivo en el pezón o areola	Aumento del volumen mamario, a veces con problemas referidos de la columna o escoliosis	<p>El dolor leve e induración cíclica de la mama se consideran fisiológicos y no requieren medicación.</p> <p>En los casos “moderadamente sintomáticos”:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dieta: supresión de metilxantinas (café, té, chocolate, bebidas “colas”, etc.); abstención del tabaco y supresión de tiraminas (vino, carnes procesadas, quesos fermentados, etc.) • Medicación: AINEs si amerita. <p>En mastalgias secundarias debidas a trastornos posturales, unilaterales y no cíclicas se realizará Consejería:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Corrección e higiene postural en dolor referido, incluyendo el deporte apropiado. • Disminuir el temor al cáncer mamario (oncofobia) • Explicar fisiopatología (mama en crecimiento) • Uso permanente de corpiño adecuado • Medicación antiinflamatoria no esteroideal si amerita

SECRECIÓN POR EL PEZÓN		DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO
Galactorrea	Usualmente responde a un incremento de la prolactina	<p>Determinadas instancias fisiológicas como embarazo, lactancia, juegos sexuales, estrés, sueño e hiperactividad física ocasionan un aumento de la prolactina circulante.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prolactina • THS, T4, Eco de mamas (por radiólogo experto en mamas) • Interconsulta para estudios adicionales si se sospecha tumor hipofisario o papiloma ductal. • Revisar el protocolo de cáncer de mama
Secreción purulenta	Sugestiva de un proceso infeccioso, relacionado o no con la lactancia	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico clínico, bacteriológico, ecográfico y citológico. Tratamiento de acuerdo al resultado.
Serosa o serosanguinolenta	La secreción tiene origen en una ectasia ductal o un papiloma intraductal	<p>No es una afección muy frecuente en las adolescentes</p> <ul style="list-style-type: none"> • El diagnóstico es clínico, citológico y ecográfico (identifica la lesión) • Interconsulta a especialista • Tratamiento: extirpación del conducto previamente identificado (marcado) • Muestra a análisis por Patología

ALTERACIÓN	DEFINICIÓN	EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO
Politelia / Polimastia	Pezones y glándulas mamarias adicionales en la línea mamaria (lo más frecuente es en la región axilar), manifiestos durante o después de la pubertad o embarazo, por la estimulación hormonal.	<ul style="list-style-type: none"> • Extirpación con fines estéticos, ante un inminente embarazo si la mama es muy glandular, cuando es sintomática y según afecte la autoestima de la adolescente. • Siempre con apoyo psicológico. • Puede asociarse con malformaciones renales (realizar urograma y Eco renal).
Telarca precoz	Evolución del signo, si es aislado o se acompaña de otros síntomas (hemorragia, hiperpigmentación, etc.), antecedentes de desarrollo precoz en la familia, medicación recibida (especialmente hormonas sexuales).	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar si es un carácter sexual aislado o no. • Grado de desarrollo mamario y puberal alcanzado, talla y edad ósea/edad cronológica. • Estricto seguimiento cada 4–6 meses, para detectar los casos que pudieran evolucionar a una Pubertad Precoz verdadera, y así indicar el tratamiento adecuado. • Interconsulta al endocrinólogo. • Exámenes complementarios: urocitograma, radiografía de mano y muñeca izquierdas para valorar edad ósea y ecografía ginecológica. Si hay pubertad verdadera: evaluación del eje hipofiso–gonadal.
Asimetría mamaria	Conforme avanza el desarrollo es cada vez menos notable; al final del mismo (2 años postmenarquia) se pueden descubrir diferencias de tamaño poco notorias	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación con Eco de mama • Conducta terapéutica expectante: esperar que la estimulación hormonal posibilite el crecimiento de la mama hipoplásica. • Si aún persiste la asimetría >50%: hacer Interconsulta a Cirugía Plástica en caso de extrema necesidad, para aumentar el tamaño de una mama o reducir el de la otra.
Mamas hipoplásicas	En la mayoría de los casos son fisiológicas. Controlar hasta completar desarrollo, con apoyo psicológico	<ul style="list-style-type: none"> • Interconsulta a Endocrinología cuando se sospecha disgenesia gonadal y déficit de estrógeno. • Reponer estrógeno con dosis bajas iniciales para asegurar desarrollo mamario y talla normales.
Mamas muy desarrolladas	El gran desarrollo mamario puede asociarse con aislamiento social, depresión y problemas ortopédicos	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamiento quirúrgico, fisioterapia y apoyo psicológico.
Pezón umbilicado (Imagen 6, Herramienta # 22, Caja de Herramientas)	Malformación genética	<ul style="list-style-type: none"> • Automanipulación y masajes para revertir. • Cirugía. • Control. • Si no se reduce, informar a la adolescente sobre futuras dificultades de la lactancia.
Atrofia mamaria	Puede ocurrir en adolescentes que pierden mucho peso, secundaria a malnutrición	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la dieta. • Aumento de consumo de proteínas. • Procurar el aumento de peso.
Mamas tuberosas (Imagen 7, Herramienta # 22, Caja de Herramientas)		

MASA MAMARIA		
Fibroadenoma	Masa ovalada, móvil, única o múltiple, indolora.	<ul style="list-style-type: none"> • Puede reducirse en sólo 2-3 meses. • Controlar las masas menores de un centímetro y asintomáticas; si crecen, hay que extirparlas. • Eco de mama. • Realizar biopsia quirúrgica si la masa persiste e incomoda mucho.
Cambios fibroquísticos de la mama	Lesiones quísticas múltiples, que aparecen y desaparecen, a veces dolorosas y que en general son más marcadas en la semana previa a la menstruación.	<ul style="list-style-type: none"> • Retirar metilxantinas, bebidas gaseosas, frituras • Ingerir abundante agua • Carnes blancas, no embutidos • Eco de mama. • Punción y aspiración para confirmar diagnóstico de benignidad. • Tranquilizar a la adolescente.
Tumor filoides	Masa tumoral de crecimiento rápido	<ul style="list-style-type: none"> • Interconsulta con especialista. • Remitirse al protocolo de cáncer de mama: tumor filoides
Cáncer de mama	En hijas de mujeres con cáncer de mama antes de la menopausia, el cáncer aparece 10 ó 12 años antes de la edad en que afectó a sus madres.	<ul style="list-style-type: none"> • Hacer interconsulta con especialista y remitirse al protocolo de cáncer de mama

OTRAS PATOLOGÍAS DE LA MAMA EN ADOLESCENTES		
Dermatitis por contacto (Imagen 8, Herramienta # 22, Caja de Herramientas)	Eczema que en general comienza aproximadamente 3 días después de la exposición a materiales sintéticos de los sostenes o ropa deportiva, y perfumes aplicados directa o indirectamente	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar y evitar contacto con agente causal • Medidas higiénicas • Si persiste consultar con especialista
Estrías atróficas	Son surcos radiados, de color blanquecino o rosado brillante, por rotura de fibras elásticas y colágenas. Se deben al aumento rápido del volumen mamario durante el desarrollo normal, por embarazo o por una hipertrofia fisiológica.	<ul style="list-style-type: none"> • En las prepúberes con exceso de peso es aconsejable el descenso del mismo antes del brote de crecimiento mamario. • Para aclarar el color oscuro son útiles cremas locales con ácidos grasos de origen natural, 2 ó 3 aplicaciones diarias sobre cada estría, con un masaje de un minuto de duración, durante 60–90 días.
Eczema del pezón y la aréola (Imagen 9, Herramienta # 22, Caja de Herramientas)	Lesión pruriginosa húmeda que asienta sobre una lesión congestiva y eritematosa, cubierta parcialmente de escamas y fisuras; las vesículas no siempre se ven.	<ul style="list-style-type: none"> • Fomentos con permanganato de potasio si la lesión es húmeda. • Uso de corticoides tópicos más antisépticos si es una lesión seca. • Cuando se le suma una infección bacteriana, con eczema microbiano: tratamiento local más antibióticoterapia sistémica. • Si el cuadro es persistente y rebelde a las medidas generales mantenidas por más de dos semanas: interconsultar al especialista.

Cualquiera sea el motivo de consulta nunca se debe obviar el examen mamario. Siempre debe explicarse cómo se realiza y cuál es el motivo del mismo. Tener en cuenta la presencia de un/una acompañante durante el examen.

Exámenes complementarios

- Ultrasonografía
- Punción aspirativa con aguja fina
- Punción histológica con aguja gruesa

CRITERIOS CLÍNICOS PARA LA CIRUGÍA ESTÉTICA DE MAMA

Hay que esperar a que se complete el crecimiento (edad ginecológica > 3 años) y la joven esté en su peso normal (IMC entre 20 y 25).

Explicar que el crecimiento máximo de la glándula ocurre en los últimos dos años de desarrollo mamario (M IV–V), con el aumento de peso y especialmente con la lactancia.

La consejería debe estar orientada al uso de sostenes correctores, alimentación adecuada y gimnasia para fortalecer los pectorales.

La cirugía está indicada ante:

- Defectos innegables de tamaño, forma y simetría, en busca de proporcionalidad.
- Preocupación evidente que afecta el esquema corporal, disminuye la autoestima y crea un sentimiento de inferioridad, previa valoración psicológica.

INFORMACIÓN PARA LAS ADOLESCENTES

El autoexamen es un medio de detección de lesiones mamarias. El médico/a que trabaja con adolescentes deberá ser cuidadoso/a cuando enseña el autoexamen en la paciente con personalidad muy fóbica ante el cáncer de mama o muy sensibilizada por presentarlo a la madre. Se debe implementar en las adolescentes mayores o a partir de los 18 años, una vez que la mama terminó su crecimiento²⁵.

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Niveles I y II

Promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento, referencia a nivel III.

Nivel III

Tratamiento quirúrgico. Estudios especializados y tratamiento de cáncer mamario.

BIBLIOGRAFÍA

1. Allami C. Alteraciones de la secreción prolactínica. Manual de Ginecología Infanto Juvenil. Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil. Cap.12, 179-190, 1994. Editorial Ascune Hnos.
2. Capraro V, Dewhurst C. Breast disorders in childhood and adolescence. *Clinical Obstetric and Gynecology*. June 1975;18(2): 25-49.
3. Copeland E.M, Bland Kl. La mama. Manejo multidisciplinario de las enfermedades benignas y malignas: Trastornos congénitos y adquiridos del desarrollo y el crecimiento mamarios. 1993; pp. 111-129. 2da. edición.
4. Dewhurst C. Breast disorders in childhood and adolescents. *Pediatric Clinic of North America*. May 1981;28(2):287-308.
5. Goldstein D, Miller V. Breast disorders in adolescents females. *Clinical Pediatrics*. Jan 1982; 21(1): 17-19.
6. Greydanus D, Parks D, Farrell E. Breast disorders in children and adolescents. *Pediatric Clinics of North America* 1989; 36(3):601-638.
7. Itala J. Tumores mamarios en la infancia y adolescencia. Curso de Capacitación a Distancia de Ginecología Infanto Juvenil – Nivel II, Módulo 3, pp. 81-93. 2001.
8. Lamattina JC, López C. Patología mamaria en la infancia y adolescencia. Manual de Ginecología Infanto Juvenil. Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil. Cap.20, 287-298, 1994. Editorial Ascune Hnos.
9. López C, Méndez JM, Miguel F. Patología mamaria en la infancia y adolescencia. En: Manual de Ginecología Infanto Juvenil. Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil. 2da. edición ampliada y actualizada. Ed. Ascune Hnos. 2003, pp. 409-20.
10. López C. Trastornos del crecimiento y desarrollo mamario en la infancia. *Rev Soc Arg Ginecol Inf Juv* 2004; 11(2): 138-44.
11. Love SM, Gelman RS, Silen W. Fibrocystic “disease” of the breast – a nondisease? *New Engl J Med* 1982;307:1010-1014.
12. Méndez JM, Siemaszko K, Pereyra B. Breast anomalies in young girls and adolescents. VIII European Congress on Pediatrics and Adolescent Gynecology. Praga, Czech Republic, 2000.
13. Méndez JM. Enfoque Actual de la Adolescente por el Ginecólogo. Cap. Patología Mamaria. Ed. Ascune, 2da. Ed. 2003.
14. Zeiguer B. Ginecología Infanto Juvenil. 2da. edición. Cap X: Glándula Mamaria, pp. 341-355. 1988.

25 Méndez JM. Enfoque Actual de la Adolescente por el Ginecólogo. Cap. Patología Mamaria. Ed. Ascune, 2ª Ed., 2003.

Ginecomastia

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10 Clasificación Internacional de Enfermedades - OMS
N62	Hipertrofia de la mama
N63	Masa no especificada en la mama

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIAP 2 Clasificación Internacional de la Atención Primaria – WONCA
Y16	Signos y síntomas de la mama en el varón

DEFINICIONES

GINECOMASTIA	Aumento de tamaño de la glándula mamaria en el varón. Es un signo clínico y no siempre una enfermedad.
GINECOMASTIA FISIOLÓGICA PUBERAL (GI-GII)	Hiperplasia benigna del tejido mamario del varón púber. Habitualmente, el tejido glandular suele ser menor de 4 cm. de diámetro y se parece a la gemación de la mama femenina en el estadio I-II de Tanner. Tipo I: Es subareolar, móvil, no adherido a piel ni tejidos subyacentes. Tipo II: Desborda el límite areolar, pero es menor a 4 cm.
MACRO GINECOMASTIA o GINECOMASTIA TIPO III (GIII)	Mayor de 4 cm y de aspecto parecido a la mama femenina (estadio III-IV Tanner).
GINECOMASTIA PATOLÓGICA	Aumento del volumen de la mama que se desarrolla en el curso de una enfermedad subyacente, o como efecto secundario de un fármaco.
ADIPOMASTIA	Crecimiento de la glándula mamaria masculina, secundario a acumulación del tejido adiposo

DIAGNÓSTICO DE GINECOMASTIA PATOLÓGICA

- Tejido glandular mamario sensible y doloroso
- Galactorrea
- Pezones dolorosos

CAUSAS:

a. Medicamentos

- Terapia antiretroviral para el SIDA (efavirenz o didanosine)
- Diazepam
- Antidepresivos tricíclicos
- Antibióticos
- Cimetidina
- Quimioterapia
- Digitálicos y antagonistas del calcio
- Esteroides anabólicos y androgenizantes
- Alcohol
- Anfetaminas
- Marihuana
- Heroína

b. Patologías subyacentes

- Hipogonadismo (síndrome de Klinefelter o insuficiencia pituitaria)
- Tumores productores de hormonas (testiculares, suprarrenales, hipofisarios, pulmonares o hepáticos).
- Hipertiroidismo.
- Nefropatías
- Hepatopatías y cirrosis.
- HIV

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Niveles I y II

Promoción, prevención, diagnóstico y referencia a nivel III.

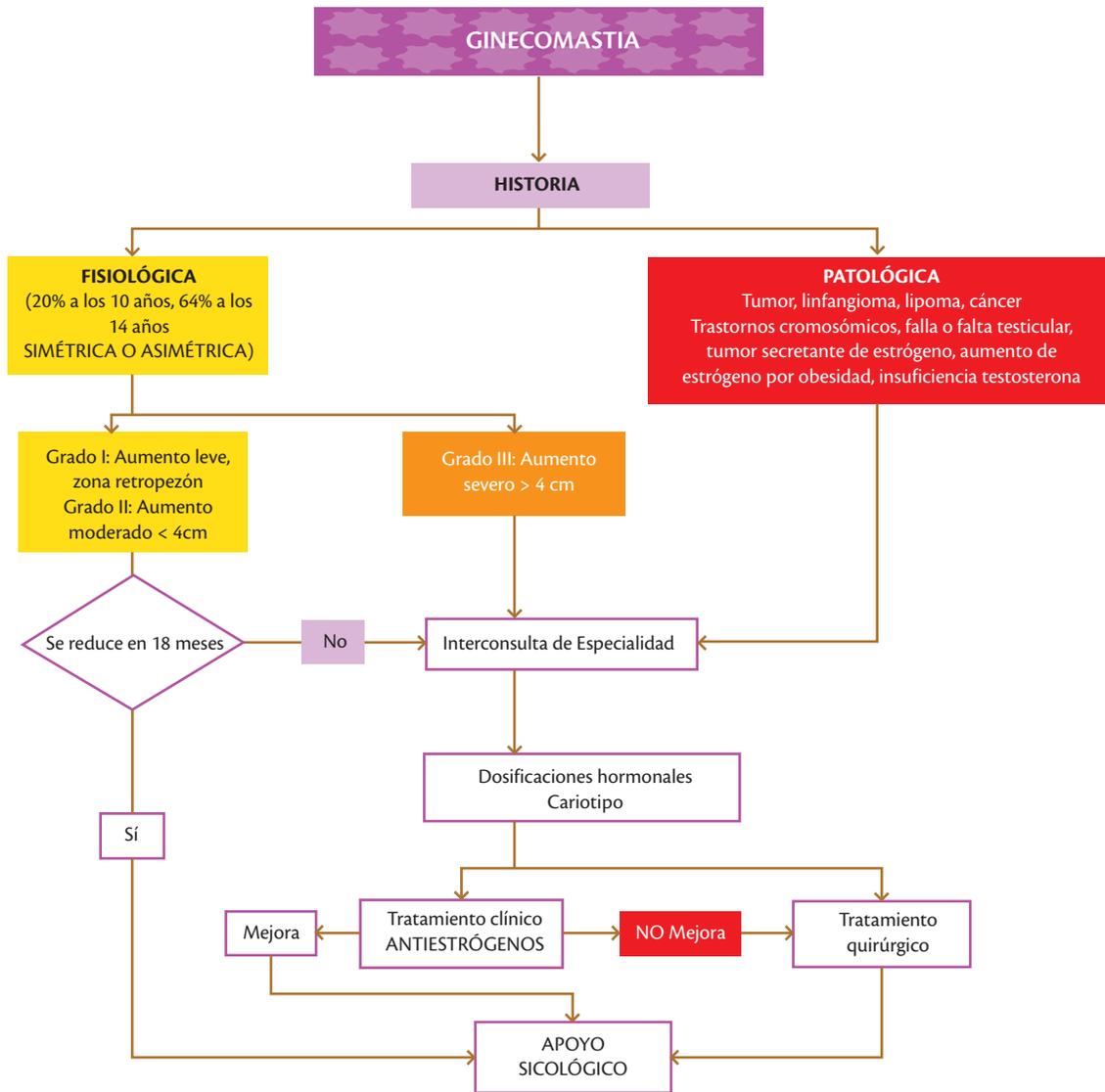
Nivel III

Investigación y tratamiento de patologías subyacentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Devoto E, Madariaga M, Aravena L, Lioi X. Etiological study of gynecomastia. Results of a prospective study and recommendations. Etiología de la ginecomastia. Importancia de no subdiagnosticar una ginecomastia patológica. Rev Med Chile 2007;135(2).
2. Division of Endocrinology, Diabetes, and Metabolism. Children's Hospital Los Angeles, Los Angeles, USA. Gynecomastia in prepubertal and pubertal men.

GINECOMASTIA



Disfunciones sexuales²⁶

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10 Clasificación Internacional de Enfermedades - OMS
F52	Disfunción sexual no ocasionada por trastorno ni enfermedad orgánicos
F520	Falta o pérdida del deseo sexual
F521	Aversión al sexo y falta de goce sexual
F522	Falla de la respuesta genital
F523	Disfunción orgásmica
F524	Eyacuación precoz
F525	Vaginismo no orgánico
F526	Dispareunia no orgánica
F527	Impulso sexual excesivo
F528	Otras disfunciones sexuales, no ocasionadas por trastorno ni enfermedad orgánicos
F529	Disfunción sexual no ocasionada por trastorno ni enfermedad orgánicos, no especificada
N94.1	Dispareunia femenina
N48.8	Dispareunia masculina

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIAP 2 Clasificación Internacional de la Atención Primaria - WONCA
X24	Miedo a disfunción sexual, mujer
Y24	Miedo a disfunción sexual, varón
P07	Disminución del deseo sexual
P08	Ausencia/pérdida de la satisfacción sexual

DEFINICIONES

DISFUNCIONES SEXUALES²⁷	Son una serie de signos y síntomas que provocan alteraciones persistentes o recurrentes de una o varias fases de la respuesta sexual humana, generando problemas al individuo o a la pareja y dificultando el disfrute satisfactorio de la sexualidad.
EYACULACIÓN PRECOZ	Es la eyacuación anterior a la penetración o en lo que la pareja considere un breve tiempo después de ésta, situación en la cual el hombre no posee un control voluntario del nivel de excitación previo al momento de inevitabilidad del reflejo eyaculatorio; al menos uno de los miembros de la pareja la experimenta como un problema.
DISPAREUNIA	Dolor genital o abdominal que puede sufrir la mujer o el varón durante el coito (introital) aunque también puede aparecer antes o después de la relación sexual. Se cree que por lo menos del 75% al 80% de los casos de dispareunia son causados por factores orgánicos (fisiológicos).
VAGINISMO	Contracción involuntaria de músculos pélvico-vaginales que produce un espasmo antes o durante la penetración.
DISFUNCIÓN ERÉCTIL	Dificultad para lograr iniciar o mantener la erección del pene.
ANORGASMIA	Inhibición recurrente y persistente del orgasmo.

26 Zubarew T y cols. Homosexualidad en la Adolescencia. Adolescencia. Promoción, prevención y atención en salud, de Zubarew T, Romero M y Pobrete F. Ediciones Universidad Católica de Chile. 2003.

27 Sánchez C, Carreño J. Guía clínica de intervención psicológica de la sexualidad humana en parejas. Perinatol Reprod Hum 2007; 21(1): 33-43.

CAUSAS

Factores de riesgo en la adolescencia:

- Creencias, mitos, e ideas irracionales sobre las relaciones sexuales
- Analfabetismo sexual
- Falta de habilidades sociales, de comunicación y resolución de problemas
- Juegos sexuales (*petting*) bajo presión, con ansiedad extrema y al apuro
- "Coitus interruptus" (retirar el pene durante el coito para no eyacular dentro de la vagina) puede provocar trastornos. El hombre no siente la necesidad de aprender a controlar su eyaculación.
- Actividad sexual con trabajadoras sexuales
- Uso de sustancias (tabaco, alcohol o drogas)
- Pornografía

DISFUNCIONES SEXUALES

DIAGNÓSTICO	¿QUÉ HACER?
Problemas sicosexuales: pueden ser fruto de inseguridad, desinformación, temor al embarazo o enfermedades, experiencias traumáticas.	<ul style="list-style-type: none">• Identificar y actuar frente a situaciones de riesgo y violencia sexual• Consejería e información sobre sexualidad y derechos• Referencia a las instancias correspondientes y seguimiento hasta la solución• Hay componentes biológicos, psicológicos, emocionales, culturales y legales que usualmente requieren intervención profesional específica.

Fuente: Labrador F. 1994.

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Nivel I

Promoción, prevención, diagnóstico.
Referencia a niveles II y III.

Niveles II y III

Diagnóstico y tratamiento de especialidad.

Andrología

DOLOR TESTICULAR Y ESCROTAL (escroto agudo)

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10 Clasificación Internacional de Enfermedades – OMS
N44	Torsión del testículo
N45	Orquitis y epididimitis
N45.0	Orquitis, epididimitis y orquiepididimitis con absceso
N45.9	Orquitis, epididimitis y orquiepididimitis sin absceso
N49.2	Trastornos inflamatorios del escroto
N49.8	Otros trastornos inflamatorios de los órganos genitales masculinos

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIAP 2 Clasificación Internacional de la Atención Primaria – WONCA
Y80	Lesiones aparato genital masculino
Y74	Orquitis/epididimitis
Y02	Dolor en escroto/testículos
Y05	Otros signos/síntomas de escroto/testículos

DEFINICIONES

EPIDIDIMITIS/ ORQUITIS (Imagen 10, Herramienta # 22, Caja de Herramientas)	Es la inflamación de uno o ambos testículos y/o del epidídimo, caracterizada por tumefacción, dolor y fiebre.
TORSIÓN TESTICULAR (Imagen 11, Herramienta # 22, Caja de Herramientas)	Rotación axial del cordón espermático sobre sí mismo, de forma total o parcial, que provoca dolor intenso, de aparición brusca en el escroto y/o en su contenido, con irradiación ascendente inguinal o abdominal, tumefacción escrotal y, ocasionalmente, náuseas y vómitos.
TORSIÓN DE LOS APÉNDICES TESTICULARES (Imágenes 12 y 13, Herramienta # 22, Caja de Herramientas)	Rotación axial de uno o varios de los apéndices testiculares existentes.

El 95% de los casos de dolor testicular (escroto agudo) se reduce a tres causas:

- Orquiepididimitis aguda.
- Torsión testicular.
- Torsión de apéndices testiculares.

Las dos primeras causas son frecuentes en adolescentes y la tercera es más frecuente en niños de 2 a 11 años.

DIAGNÓSTICO

ANTECEDENTES:

Epidídimo–orquitis:

- Secundaria a infecciones sistémicas (parotiditis, brucelosis, tuberculosis, sífilis).
- ITS o prostatitis por gonococo o clamidia
- Infección del tracto urinario inferior
- Origen hematógeno o traumático.

Torsión testicular ocasionada por:

- Aumento intenso del volumen testicular por el crecimiento puberal
- Anomalía estructural subyacente en la suspensión
- Aumento de la actividad física

Torsión del apéndice testicular: trauma

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL DOLOR TESTICULAR

Las causas de dolor testicular son varias:

- Torsión del cordón espermático
- Torsión del apéndice testicular
- Orquitis
- Epididimitis
- Tumor
- Traumatismo testicular

	TORSIÓN TESTICULAR	EPIDÍDIMO-ORQUITIS	TORSIÓN DE APÉNDICE TESTICULAR
FACTORES DE RIESGO	<ul style="list-style-type: none"> No tiene causa específica Anomalía congénita en los elementos de fijación del testículo Aumento intenso del volumen testicular por el crecimiento puberal Aumento de la actividad física Trauma con proceso inflamatorio severo 	<ul style="list-style-type: none"> Inflamación Infecciones: <ol style="list-style-type: none"> Bacterianas: hematógenas y de vías urinarias, por instrumentación urológica Virales: parotiditis 	<ul style="list-style-type: none"> Desconocidos Trauma

1. DOLOR

Forma de aparición	Agudo, SÚBITO, NO RELACIONADO CON TRAUMA U OTRA CAUSA	Gradual	Agudo y gradual
Localización	Testículos, irradiado a escroto, ingles y hemiabdomen	Epidídimo, luego testicular y abdominal	Apéndice testicular y luego testículo

2. SÍNTOMAS ACOMPAÑANTES

Vómito acompañante	Frecuente	No	Ocasional
Disuria	No	Sí	Rara vez
Descarga uretral	No	Sí	No
Fiebre	No	Sí	No

3. EXAMEN FÍSICO

Posición del testículo	Elevado y horizontal, de muy difícil palpación de los elementos	Pendular o normal	Normal
Dolor a la palpación	Unilateral, intenso, la elevación NO calma el dolor	Pendular o normal. La elevación disminuye el dolor	Normal.
Inflamación	Sí. INFLAMATORIO INTENSO	Eritema escrotal tardío ocasional	Sí. INFLAMATORIO MODERADO
Dolor del cordón espermático	FRECUENTE	Frecuente	POCO FRECUENTE

4. EXÁMENES

Eco doppler	Perfusión y pulsos disminuidos	Normal o perfusión aumentada	Normal
Ecografía testicular	Alteraciones ecogénicas globales, edema de pared, pobre identificación de elementos	Epidídimo agrandado con signos inflamatorios en halo	Edema de pared discreto
Centellografía testicular	Hipocaptación	Normal o hipocaptación	Normal
Biometría hemática	Normal	Signos de infección	Normal
Transiluminación testicular	Tumefacto, no transilumina	Normal o tumefacto	Signo del punto azul

TRATAMIENTO

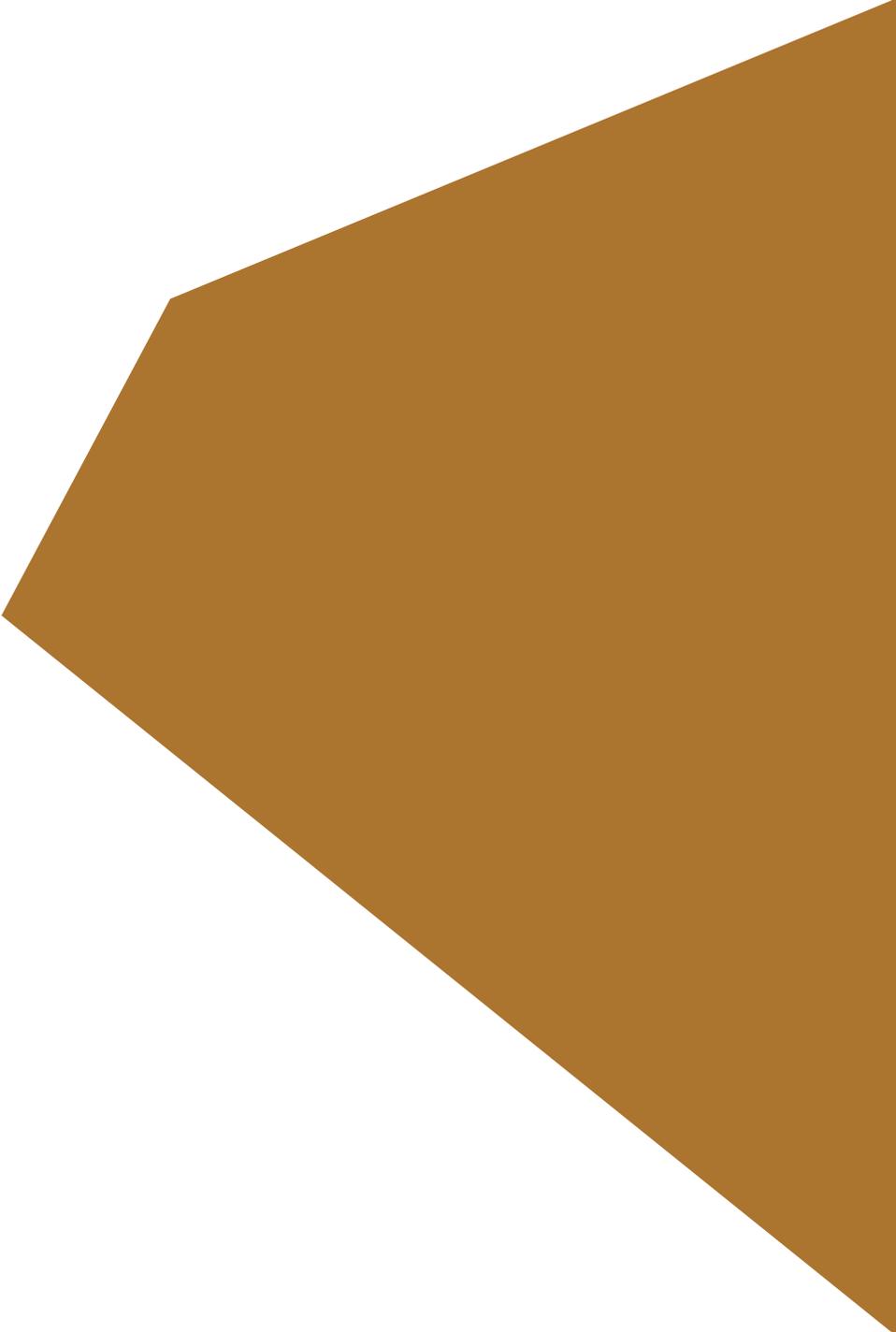
	<p>Resolución Nivel II y III: QUIRÚRGICO INMEDIATO. Para preservación del testículo si es viable o exéresis si es necrótico, y fijación del testículo contralateral.</p>	<p>Resolución I y II nivel: Ambulatorio Uso de SUSPENSORIO Antiinflamatorios: Ibuprofeno 10 a 15mg/Kg/dosis REPOSO EN FASE AGUDA</p> <p>ANTIBIÓTICOS: tratar la causa</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con antecedentes de relación sexual: <ul style="list-style-type: none"> 1ª. Elección: Ceftriaxona 250 mg IM una dosis o Ciprofloxacina 500 mg VO 1 dosis + Doxiciclina 100 mg VO c/12 horas por 14 días²⁸. 2ª elección: Ceftriaxona 250 mg IM una dosis o Ciprofloxacina 500 mg VO 1 dosis + Azitromicina 1 gr. VO una sola dosis. • Sin antecedentes de relación sexual: Cefalexina 50mg/K/d por 14 días • En mayores de 15 años: tratar como una epidídimo-orquitis con antecedentes de relaciones sexuales. • Si hay IVU: Cefalexina 500 VO c/6 horas por 10 a 14 días. 	<p>Resolución I y II nivel: espontánea en 3 a 10 días. Tratamiento no quirúrgico, reposo en cama.</p> <p>Antiinflamatorios:</p> <p>Ibuprofeno 10 a 15 mg/dosis durante 5 días. Revaloración médica a medio tratamiento (3-5 días).</p>
--	---	---	---

Nivel I

Promoción, prevención, diagnóstico.
Tratamiento de epidídimo-orquitis.

Niveles II y III

Tratamiento quirúrgico de torsión testicular.
Torsión de apéndice testicular.



MASAS ESCROTALES Y TESTICULARES NO DOLOROSAS

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10 Clasificación Internacional de Enfermedades - OMS
N43	Hidrocele y espermatocelo

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIAP 2 Clasificación Internacional de la Atención Primaria - WONCA
Y86	Hidrocele

DEFINICIONES

HIDROCELE (Imagen 14, Herramienta # 22, Caja de Herramientas)	Es una acumulación anormal de líquido seroso en el escroto y el cordón espermático. Es la causa más común de hinchazón escrotal indolora; puede ser congénito o adquirido.
HEMATOCELE	Acumulación de sangre en el espacio existente entre las capas parietal y visceral de la túnica vaginal que reviste el escroto, generalmente de origen postraumático.
PIOCELE/ absceso escrotal	Acumulación de pus en el espacio existente entre las capas parietal y visceral de la túnica vaginal que reviste el escroto.
ESPERMATOCELE	Acumulación de líquido que se presenta pegado o dentro del epidídimo, cerca del vértice del testículo. Si es menor de 1 cm. no requiere extirpación.
VARICOCELE (Imagen 15, Herramienta # 22, Caja de Herramientas)	Masa escrotal uni (izquierda) o bilateral, que aparece lenta y progresivamente, por agrandamiento de las venas del plexo pampiniforme en la zona superior del testículo.

CUADRO CLÍNICO Y TRATAMIENTO

HIDROCELE COMUNICANTE Y NO COMUNICANTE

SÍNTOMAS Y SIGNOS	TRATAMIENTO
<p>Hidrocele comunicante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Propio de la primera infancia, • Proceso vaginal permeable • Masa de volumen fluctuante durante el día • Congénito <p>Hidrocele reactivo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De origen postraumático o infeccioso • Masa escrotal de aspecto quístico estable • Ocasionalmente a tensión • Habitualmente no dolorosa 	<p>Hidrocele comunicante: Posibilidad de resolución espontánea en el primer año de vida. De persistir: opción quirúrgica</p> <p>Hidrocele reactivo: Quirúrgico en alto porcentaje Alternativa eventual: esclerosis de la túnica vaginal con punción, aspiración e inyección de sustancias esclerosantes.</p>

VARICOCELE

SÍNTOMAS Y SIGNOS	TRATAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de volumen del escroto por distensión venosa. • La posición vertical y el esfuerzo aumentan el varicocele. • Dolor localizado, principalmente con el ejercicio físico intenso. • Sensación de pesadez y tensión • Hipotrofia y asimetría testicular <p>Clasificación del varicocele (Amelar – Dubin) G I: Palpable sólo con maniobra de Valsalva. G II: Palpable sin maniobra de Valsalva y poco visible G III: Visible a simple vista</p>	<p>Conducta expectante. Los candidatos a la cirugía en la adolescencia son:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Varicocele grado III con gran deformación de la bolsa (izquierda). • Disminución del tamaño y la consistencia testicular (asimetría intertestes >3 cm³). • Varicocele bilateral. • Alteraciones en el espermograma. • Reflujo importante (Eco doppler). • Dolor testicular importante. • Varicocele izquierdo G III con disminución del tamaño²⁹.

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Hidrocele:

Nivel I

- Promoción, prevención y diagnóstico.
- Referir a Nivel II o III para tratamiento

Niveles II – III

- Resolución quirúrgica

Varicocele:

Nivel I:

- Promoción, prevención y diagnóstico
- Observación.
- Referir a nivel II o III para tratamiento en caso de:
 - Varicocele grado III con gran deformación de la bolsa (izquierda)
 - Disminución del tamaño y la consistencia testicular (Asimetría intertestes $>3\text{ cm}^3$)
 - Varicocele bilateral

Niveles II – III

- Resolución quirúrgica

TUMOR TESTICULAR

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10 Clasificación Internacional de Enfermedades – OMS
C62	Tumor maligno del testículo

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIAP 2 Clasificación Internacional de la Atención Primaria – WONCA
Y26	Miedo a cáncer del aparato genital varón

DEFINICIONES

TUMOR TESTICULAR	Masa sólida testicular, generalmente unilateral e indolora. Este aumento del volumen es en general gradual y produce una sensación de pesadez testicular.
-------------------------	---

CUADRO CLÍNICO Y TRATAMIENTO

SÍNTOMAS Y SIGNOS	TRATAMIENTO
<ul style="list-style-type: none"> • Tumor sólido, indoloro, unilateral • Masa firme, lisa o nodular • Es sospechosa si la transluminación es negativa • El ultrasonido comprueba si es sólido. • Marcadores tumorales: alfafetoproteína fetal y fracción β de las gonadotrofinas. • TAC abdomino-pélvica • Rx de tórax • El diagnóstico final es por estudio histopatológico de la pieza 	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración urgente de especialidad • Exploración testicular vía inguinal y orquiectomía radical • El tratamiento coadyuvante posquirúrgico puede incluir quimioterapia o radioterapia, según la estirpe tumoral al histopatológico: <ul style="list-style-type: none"> • Seminoma: radiosensible • No seminomatoso: quimioterapia

Es muy importante examinar los testículos de los adolescentes y que el adolescente sepa autoexaminarse para identificar cualquier tumoración o cambio testicular.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS MASAS TESTICULARES NO DOLOROSAS

LESIÓN	LOCALIZACIÓN	ETIOLOGÍA	SÍNTOMAS	EXAMEN FÍSICO	MANEJO	TRATAMIENTO
Neoplasia	Testículo o estructuras paratesticulares	Desconocida	Incremento del tamaño del escroto	Masa dura, lisa o irregular.	Ultrasonido Laboratorio: sangre (beta HCG, alfafetoproteína) TAC abdomen y pelvis, Rx tórax	Orquiectomía radical. Tratamiento coadyuvante (posterior a diagnóstico histopatológico y estadio)
Hernia inguinal indirecta	Anillo inguinal interno	Falla en la obliteración	Endurecimiento, aumento al pararse	Bolsa palpable a nivel del anillo inguinal interno	Vigilar ruidos intestinales	Cirugía
Hernia inguinal directa						Cirugía
Hidrocele	Túnica vaginalis	Idiopático o secundario a infección, torsión, tumor, bloqueo linfático	Agrandamiento	Masa blanda, no dolorosa, quística. Transiluminación (+)	Eco (en caso de tumor)	1. Cirugía 2. Aspiración, escleroterapia
Espermatocele	Cabeza del epidídimo	Nódulo quístico	Nódulo superior y posterior	Valsalva (-). Transiluminación (+).	Eco testicular	Cirugía en mayores de 1 cm. o dolor persistente
Varicocele	Plexo pampiniforme	Idiopático u obstrucción cava inferior	Ninguno. Dolor si hay trombosis.	Unilateral. Valsalva (+).	Eco testicular	Cirugía si hay disminución de tamaño testicular, espermograma deficiente o subóptimo/infertilidad, atrofia y dolor persistente.

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

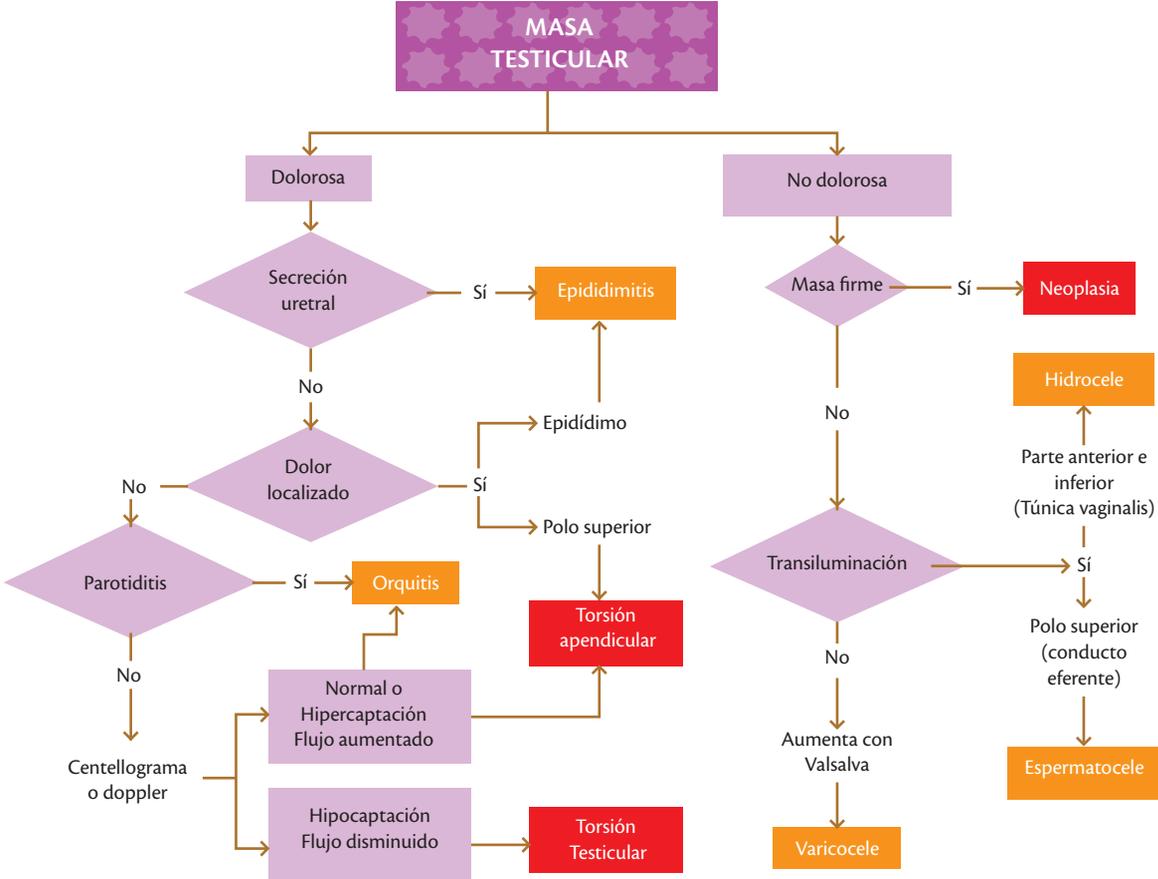
Nivel I

Promoción, prevención y diagnóstico
Referencia a II y III nivel para tratamiento

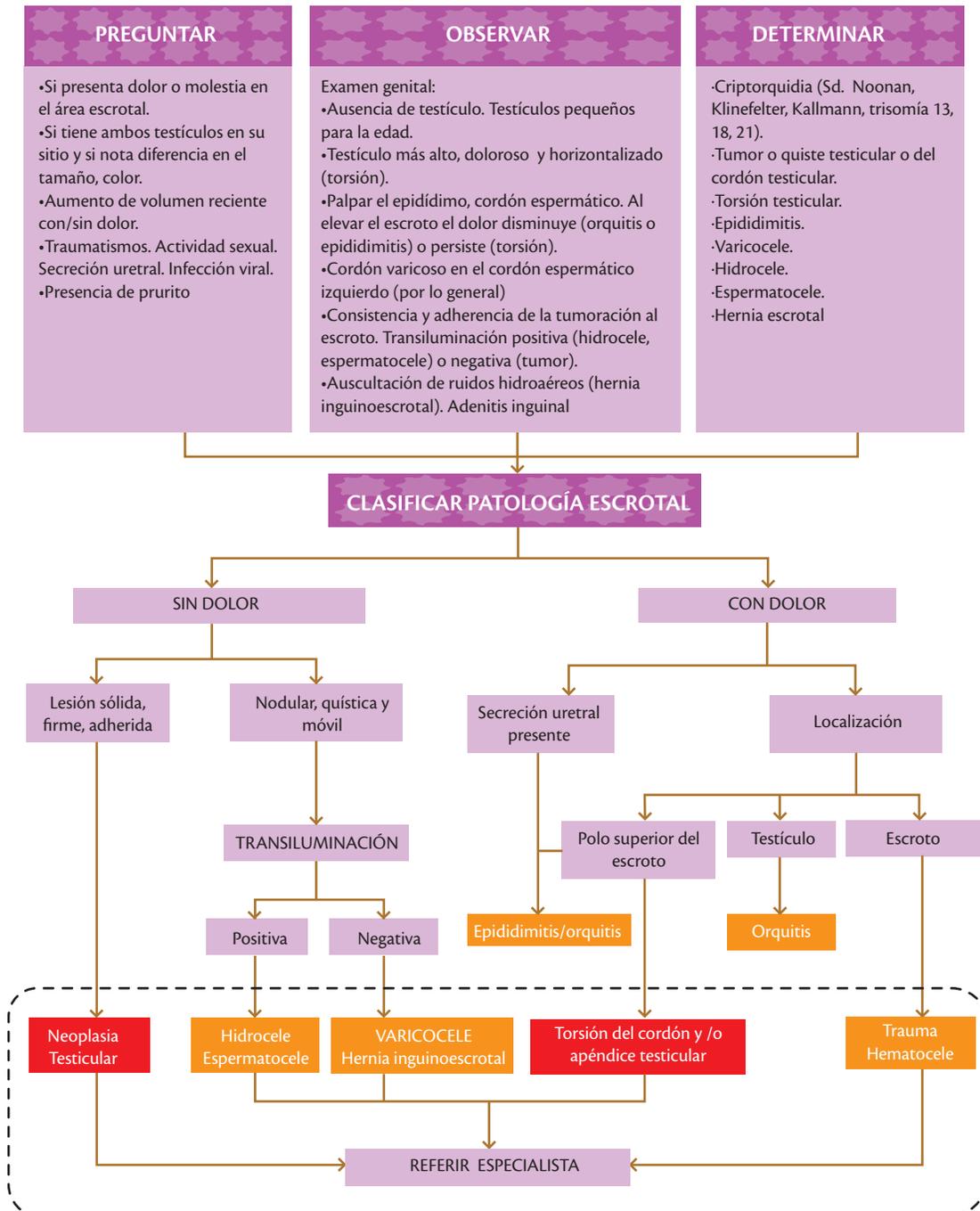
Niveles II – III

Resolución quirúrgica
Contrarreferencia

TUMOR TESTICULAR



PATOLOGÍAS ESCROTALES



AUSENCIA DE TESTÍCULO

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10 Clasificación Internacional de Enfermedades – OMS
N49	Trastornos inflamatorios de órganos genitales masculinos, no clasificados en otra parte

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIAP 2 Clasificación Internacional de la Atención Primaria – WONCA
Y83	Testículo no descendido

DEFINICIONES

CRIPTORQUIDIA	Falta de descenso en uno o los dos testículos.
TESTÍCULO ECTÓPICO	Testículo situado fuera del camino de descenso normal, en regiones: perineal, pubopeneana, femoral, inguinal superficial o escrotal contralateral.
TESTÍCULO RETRÁCTIL O “EN ASCENSOR”	Son testes que se movilizan libremente entre el escroto y el anillo inguinal superficial. Ascienden generalmente como consecuencia de la contracción del cremáster en respuesta al reflejo cremastérico.
ANORQUIA	Ausencia de los dos testículos, que puede ser congénita o adquirida.

CRIPTORQUIDIA

SÍNTOMAS Y SIGNOS	TRATAMIENTO
Escroto vacío uni o bilateral	<p>En niños: orquidopexia, idealmente a partir del primer año de vida y antes de la edad escolar, si el testículo es viable macroscópicamente. El tratamiento hormonal es una alternativa a considerar en determinados casos, a criterio del especialista.</p> <p>En adolescentes: el testículo no descendido debe ser extraído (orquiectomía) si el caso es unilateral.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si la criptorquidia es bilateral se requiere análisis individual por el especialista para preservar al menos un testículo con orquidopexia, si es macroscópicamente viable en tamaño y en función hormonal. • Decisión informada del representante legal. • Hacer interconsulta con especialista.

ANORQUIA

SÍNTOMAS Y SIGNOS	TRATAMIENTO
Escroto vacío	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación endocrinológica para sustitución hormonal en el preadolescente. • El paciente muy joven necesita un tratamiento hormonal adecuado que le asegure un desarrollo puberal y crecimiento normales. • Hacer interconsulta a especialista. • Requiere apoyo psicológico. • Considerar prótesis testicular bilateral.

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Nivel I

Promoción, prevención y diagnóstico

Niveles II y III

Tratamiento de especialidad

PATOLOGÍA DEL PENE

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10 Clasificación Internacional de Enfermedades – OMS
N47	Prepucio redundante, fimosis y parafimosis

DEFINICIONES

FIMOSIS (Imagen 16, Herramienta # 22, Caja de Herramientas)	Estenosis del orificio prepucial que impide la retracción completa del prepucio para dejar el glande descubierto.
PARAFIMOSIS (Imagen 17, Herramienta # 22, Caja de Herramientas)	Inflamación o edema del prepucio, que impide el recubrimiento del glande tras su retracción forzada y que produce una constricción o estrangulamiento del glande por un anillo del prepucio que se ha retraído, con riesgo de necrosis del glande, que puede ocasionar su pérdida.

CUADRO CLÍNICO Y TRATAMIENTO

SÍNTOMAS Y SIGNOS	TRATAMIENTO
<p>Fimosis: Incapacidad para retraer completamente el prepucio pasados los 3 años de edad</p>	<p>Adherencias prepuciales: se puede intentar el descenso del prepucio con anestésico tópico.</p> <p>Fimosis: Circuncisión</p>
<p>Parafimosis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tumefacción y edema de la piel prepucial por debajo del glande • Dolor • Incapacidad para llevar el prepucio sobre la punta del pene • Cambio de coloración de la punta del pene, que muestra un color rojo oscuro o azulado 	<p>Parafimosis: Reducción manual del prepucio Calor local o compresas Antibióticos tópicos</p> <p>En caso de no ser posible la reducción manual, el especialista debe evaluar para manejo quirúrgico.</p>

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

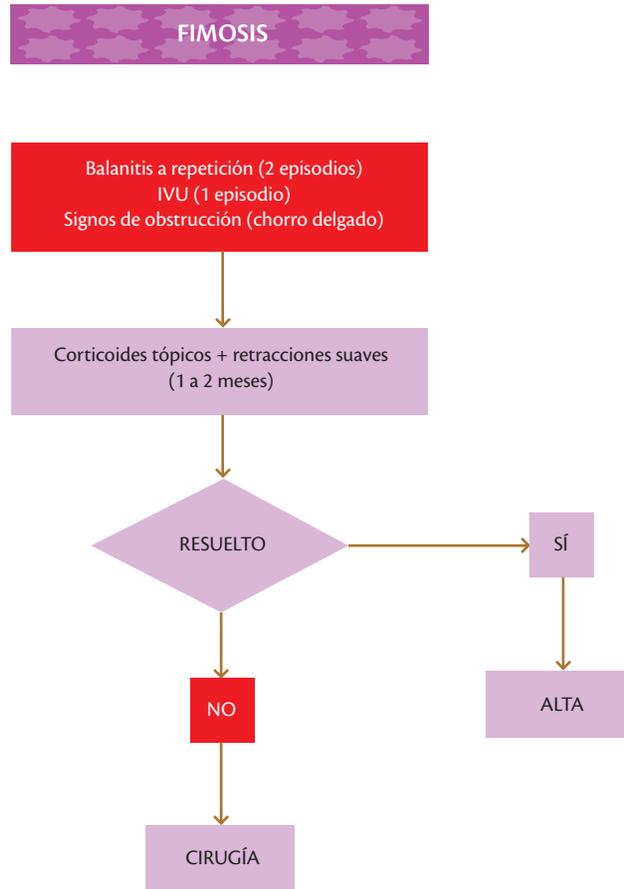
Nivel I

Diagnóstico
Referencia a II y III nivel para tratamiento

Niveles II y III

Tratamiento de especialidad

FIMOSIS



CAPÍTULO 3

PROTOSCOLOS DE CONSULTAS FRECUENTES

Infecciones de vías urinarias o del tracto urinario

INFECCIÓN URINARIA

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10 Clasificación Internacional de Enfermedades – OMS
N30	Cistitis
N30.0	Cistitis aguda
N34	Uretritis y síndrome uretral
N34.1	Uretritis no específica
N34.2	Otras uretritis
N37.0	Uretritis en enfermedades clasificadas en otra parte
N39.0	Infección de vías urinarias, sitio no especificado

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIAP 2 Clasificación Internacional de la Atención Primaria – WONCA
U01	Disuria/micción dolorosa
U02	Micción imperiosa/frecuente
U05	Otros problemas de la micción
U06	Hematuria
U07	Otros signos y síntomas de la orina
U13	Otros signos y síntomas de la vejiga urinaria
U29	Otros signos y síntomas del aparato urinario
U70	Pielitis/pielonefritis
U71	Cistitis/otras infecciones urinarias
U72	Uretritis
U80	Lesiones del aparato urinario
U98	Análisis anormales de orina no especificados

DEFINICIONES

INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS (IVU)	Es la colonización y multiplicación bacteriana en el tracto urinario, acompañada o no de sintomatología clínica característica. El diagnóstico se basa siempre en la presencia significativa de bacterias.
IVU BAJA: CISTITIS	Compromiso infeccioso de la vejiga.
URETRITIS	Inflamación e infección de la uretra, que puede durar semanas o meses.
IVU ALTA: PIELONEFRITIS	Es una infección de las vías urinarias altas que compromete el parénquima renal, unión pielocalicial y uréteres.
BACTERIURIA ASINTOMÁTICA	Presencia de recuento bacteriano significativo en la orina > 100.000 UFC, o al menos tres urocultivos positivos, sin síntomas clínicos. No se trata, excepto en circunstancias especiales.
INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS RECURRENTE	En la mujer: es la presentación de 2 episodios de IVU en un intervalo de 6 meses, o 3 o más episodios en 1 año. En el hombre: es la presencia de por lo menos 2 episodios de IVU, independientemente del lapso transcurrido.

IVU BAJA (CISTITIS)

FACTORES DE RIESGO PARA IVU, SEGÚN SEXO

MUJERES	HOMBRES
<ul style="list-style-type: none"> • Menor longitud uretral • Mala higiene perineal • Actividad sexual y prácticas sexuales • Contención o retraso en la micción, especialmente potcoital • Embarazo • Uso de diafragma • Antecedentes de IVU reciente • Inserción de cuerpo extraño • Anomalías anatómicas (estenosis uretral, vejiga neurogénica, reflujo vésicoureteral) 	<ul style="list-style-type: none"> • Homosexualidad asociada a coito anal • Pareja sexual colonizada por uropatógenos • Fimosis asociada a colonización del glande por <i>E. coli</i> • Mala higiene peneana • Recuento en sangre de CD4+ menor a 200/ml • Malformaciones congénitas del tracto urinario • Vejiga neurogénica

Tanto en hombres como en mujeres la actividad sexual y el uso de espermicidas son factores a considerar, además de la pertenencia a ciertos grupos sanguíneos (B o AB no secretor con Fenotipo P1) que determina la presencia de receptores epiteliales que facilitarían la unión de bacterias al uroepitelio.

ETIOPATOGENIA

AGENTES PATÓGENOS EN IVU AGUDAS, SEGÚN SEXO

Mujeres	Hombres
<ul style="list-style-type: none"> • <i>E. coli</i>: 75 – 90% • <i>Proteus sp</i> • <i>Klebsiella sp</i> • <i>Candida albicans</i> • <i>Pseudomona sp</i> • <i>Stafilococo saprofiticus</i> • <i>Enterococo</i> • <i>Candida albicans</i> • Virales • <i>Gardnerella vaginalis</i>* • <i>Tricomonas vaginalis</i> * • <i>Clamidia trachomatis</i> * 	<ul style="list-style-type: none"> • <i>E. coli</i>: 80% • Enterococos • Estafilococo coagulasa negativo • Cocos gram positivos • Virus • <i>Gardnerella vaginalis</i> (raras) • <i>Tricomona vaginalis</i> (raras) • <i>Proteus mirabilis</i> • <i>Klebsiella</i> • <i>Pseudomona</i>

*Son gérmenes causantes de vulvovaginitis, que pueden causar signos que simulan cistitis

En mujeres, *Klebsiella sp.*, *Enterococo*, *Pseudomona aeruginosa*, *Enterobacter sp.*, *Proteus sp.*, *Stafilococo aureus*, *Streptococo faecalis*, y *Serratia marcescens* jugarían un rol en cuadros crónicos y recurrentes más que en infecciones agudas.

DIAGNÓSTICO

Anamnesis

- Disuria: el dolor interno se puede asociar a cistitis o uretritis; cuando es referido como externo se debe descartar vulvovaginitis y herpes genital (10%).
- Polaquiuria
- Tenesmo
- Urgencia miccional
- Dolor abdominal bajo
- Hematuria macroscópica (menos frecuente)
- Fiebre en pielonefritis aguda
- Ocasionalmente febrícula en cistitis.
- Interrogar: inicio de actividad sexual, descarga vaginal, uso de irritantes (jabón, productos de higiene femenina, contraceptivos que puedan provocar dermatitis)
- Signos que lleven a sospechar pielonefritis (dolor y fiebre alta).

Examen físico

- Examen de abdomen y flancos: puntos dolorosos, linfadenopatías.
- En genitales externos: secreciones, flujo vaginal, descarga uretral o inflamación del glande, prepucio o meato urinario.
- Lesiones dérmicas y de mucosa genital. En el hombre, estos signos pueden estar en relación a prostatitis, epididimitis, inflamación de las vesículas seminales o de los testículos.

Laboratorio

Sedimento urinario: debe ser examinado dentro de 2 horas de tomada la muestra con medidas de asepsia adecuadas.

- Bacterias: más de 10 bacterias por microlitro tienen una sensibilidad de 94%.
- Leucocitos: más de 10 Leu/mm³ son significativos, especialmente en exámenes repetidos.
- Piuria: muy buen indicador de IVU, pero sólo el 50% de las IVU presenta más de 5 piocitos por campo.

Urocultivo: clásicamente para infecciones que afectan al riñón o a la vejiga se utiliza el criterio de más de 100.000 UFC/ml, en muestra de orina de segundo chorro. Estudios más recientes en pacientes sintomáticos señalan la presencia de más de 1.000 UFC/ml como

diagnóstica. Cabe considerar que cifras de 100 ó 1000 UFC/ml pueden ser indicativas de IVU si la muestra se obtuvo por punción suprapúbica o cateterismo vesical³⁰.

Diagnóstico diferencial

Estudios en adolescentes han demostrado que la principal causa de disuria es la vaginitis (41%), seguida por IVU (cistitis y/o pielonefritis, 17%), vaginitis e IVU (17%), enfermedad de transmisión sexual (10%) y otras causas (15%).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE DISURIA EN MUJERES

CONDICIÓN	ETIOLOGÍA	PIURIA	HEMATURIA	URO-CULTIVO	SÍNTOMAS Y SIGNOS
Cistitis	<i>E. coli</i> , <i>Proteus</i> , <i>Klebsiella sp</i> , <i>S.saprofticus</i>	+/-	+/-	100 – 1000 o más	Inicio agudo, síntomas intensos, disuria, polaquiuria, dolor suprapúbico
Uretritis	<i>Clamidia trachomatis</i> , <i>N. gonorrhoeae</i> , <i>V. herpes simplex</i>	+	-/+	< 10 ²	Inicio gradual, síntomas de mediana intensidad, descarga vaginal con o sin sangre, dolor abdominal bajo, antecedentes de (inicio) actividad sexual, lesión vaginal o cervical al examen.
Vaginitis	<i>Candida sp</i> , <i>Trichomona vaginalis</i> , <i>Gardnerella</i> , <i>Gonococo</i>	-/+	-/+	< 10 ²	Descarga vaginal con o sin dolor, prurito, dispareunia, disuria externa, vulvovaginitis al examen. No hay polaquiuria ni urgencia miccional.
Pielonefritis clínica	<i>E. coli</i> , <i>S. saprofticus</i> , <i>Proteus</i> , <i>Klebsiella sp</i>	+	+	100 – 1000 o más	Fiebre alta, dolor abdominal, vómito, compromiso general
Dermatitis localizada. Vulvitis	Agentes químicos como jabón, contraceptivos, productos para la higiene femenina	-	-	-	Disuria externa, no fiebre ni eritema al examen, sin descarga.

Fuente: Stam WE. Management of urinary tract infections in adult. N Engl J Med 1993; 329:1329.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE IVU BAJA EN HOMBRES

1. Uretritis gonocócica y no gonocócica
2. Prostatitis
3. Irritación por agentes espermicidas

TRATAMIENTO

1. IVU baja en mujeres
 - Nitrofurantoína³¹ 100 mg VO, cada 6 horas por 7 días
 - Cefalexina 25 a 30mg/Kg/día, dividida en 4 dosis, VO por 7 días
 - Amoxicilina más ácido clavulánico 25mg/Kg/día, dividida en tres dosis, VO por 7 días
2. Pacientes varones con antecedentes de IVU recién-

30 Disponible en: www.semergen.es/semergen2/microsites/manuales/ITU/mujdiagnos.pdf.

31 Zurita J. y grupo REDNARBEC. E.Coli Urinario: Tendencia de la resistencia en el Ecuador desde 1999 al 2007. Revista Ecuatoriana de Gineco Obstetricia. En prensa 2009. www.rednarbec.org

te o síntomas de más de una semana de evolución:
considerar tratamiento por 7 días

3. Embarazo: ver Norma Materna MSP 2008, edición corregida.
4. Luego de 5 días de terminado el tratamiento, repetir urocultivo para asegurar la erradicación del germen.

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Nivel I

Promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento

IVU RECURRENTE

Aproximadamente el 20% de las mujeres jóvenes, la mayoría sin alteraciones anatómicas ni funcionales, tendrá infecciones recurrentes a lo largo de su vida, que deben ser confirmadas mediante urocultivo. Si reaparecen los síntomas luego de dos semanas de completado el tratamiento antibiótico deben ser evaluadas para descartar una fuente oculta de infección o alguna anomalía urológica.

- En mujeres: al presentarse dos infecciones dentro de un año, se realiza Ecografía renal y uretrocistografía.
- En hombres: al primer episodio realizar un estudio completo

TRATAMIENTO

Luego de tratada la IVU aguda, las IVU recurrentes deben ser manejadas con profilaxis, que se detalla en el siguiente cuadro:

ESQUEMAS DE PROFILAXIS PARA IVU RECURREN- TES (UNA DOSIS AL DÍA, CON UN TERCIO DE LA DOSIS USUAL)³²

PROFILAXIS	ESQUEMA
Profilaxis continua	<ul style="list-style-type: none">• Nitrofurantoína 50 a 100mg/ día VO
Profilaxis poscoital	<ul style="list-style-type: none">• Nitrofurantoína 50 a 100mg/ día por 1 vez VO
Automedicación, que debe ser supervisada	<ul style="list-style-type: none">• Tratamiento por días si aparecen síntomas• Se recomienda para pacientes que presentan de 1 a 2 episodios al año
Medidas no farmacológicas	<ul style="list-style-type: none">• Descontinuar el uso de diafragmas pélvicos• Vaciamiento vesical frecuente• Acidificación de la orina• Ingestión de líquidos: más de 1,5 litros al día

PROFILAXIS PREVENTIVA

Debe ser manejada por especialista

Se debe pautar siempre de forma inicial y mantenerse de 6 a 12 meses, prolongándola de 12 a 24 meses si recurriera la infección antes de los 3 meses de su suspensión; en ocasiones, cuando las recurrencias son muy habituales, puede ser necesario prolongarla hasta la adolescencia.

Para profilaxis preventiva es necesario evaluar el caso para descartar malformaciones congénitas o disfunciones del tracto urinario. Si no existe patología, realizar profilaxis preventiva por tres a seis meses. Los casos que requieran mayor tiempo de tratamiento deben ser evaluados por el especialista, ya que hay que tener en cuenta los efectos colaterales del fármaco utilizado en forma continua.

La IVU refractaria al tratamiento profiláctico (nuevas recaídas) debe ser evaluada por especialista.

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Nivel I

- Promoción, prevención y diagnóstico
- Referencia a II y III nivel para tratamiento de especialidad

PIELONEFRITIS AGUDA (IVU ALTA)

Más del 80% de las pielonefritis agudas que ocurren en adolescentes son causadas por *E. coli*; el restante 20% se atribuye a otros Gram negativos como *Klebsiella* y *Proteus*.

DIAGNÓSTICO

Síntomas de IVU baja más:

- fiebre alta
- dolor lumbar o en flanco, muy intenso
- marcado compromiso del estado general (hasta septicemia).

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- BH: leucocitosis y velocidad de sedimentación muy elevada
- Sedimento urinario con leucocitos, bacterias, piocitos y cilindros leucocitarios
- Urocultivo: inicial y de control, a las 72 horas de iniciado el tratamiento
- Hemocultivos en pacientes hospitalizados.
- Ecografía
- Cistouretrografía en sospecha de reflujo vésicoureteral.
- Escintigrafía renal estática con DMSA
- TAC para descartar abscesos renales y malformaciones congénitas.

TRATAMIENTO

Si hay buena tolerancia oral y el cuadro clínico es moderado, el tratamiento puede ser ambulatorio con antibióticos por vía oral:

- Cefalexina 500 mg VO cada 6 horas por 10 a 14 días
- Amoxicilina más ácido clavulánico 25mg/Kg/día, dividida en tres dosis, VO por 7 días

En caso de enfermedad grave o embarazo se requiere hospitalización y tratamiento inicial con antibióticos parenterales para germen desconocido:

- Ceftriaxona 1 a 2 g/día
- Amoxicilina 750 mg IV cada 8 horas
- Amoxicilina 875 mg más ácido clavulánico 125 mg IV cada 12 horas.

Una vez que la fiebre ha cedido y existe tolerancia oral se debe ajustar la antibioticoterapia de acuerdo al an-

tibiograma, siguiendo los esquemas mencionados en terapia ambulatoria. La embarazada puede continuar con cefalosporinas de 1^{era} generación.

NO USAR aminoglucósidos en embarazadas con infección de vías urinarias.

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Nivel I

- Promoción, prevención y diagnóstico
- Tratamiento ambulatorio
- Referencia a II y III nivel para terapia hospitalaria para germen desconocido

BACTERIURIA ASINTOMÁTICA

Su prevalencia varía entre 1 y 7%. La complicación con IVU alta es rara, excepto en quienes tuvieron infecciones en la niñez y en las embarazadas, en las que se asocia con mayor riesgo de bajo peso al nacimiento y parto prematuro. Son factores de riesgo para desarrollarla el uso de diafragma con espermicida, actividad sexual sin higiene apropiada y hábitos inadecuados de largos intervalos entre las micciones y/o poca ingesta de líquidos.

TRATAMIENTO

El tratamiento debe realizarse **previo urocultivo** principalmente en:

- Embarazadas
- Mujeres con antecedentes de malformación de tracto urinario o inmunocompromiso.
- Antes de procedimiento urológico con sangrado mucoso, procedimiento vascular o colocación de prótesis
- Hombres.

Si se decide no tratar, **repetir el urocultivo** 2 a 4 semanas después. Si persiste la bacteriuria se debe realizar tratamiento.

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Nivel I

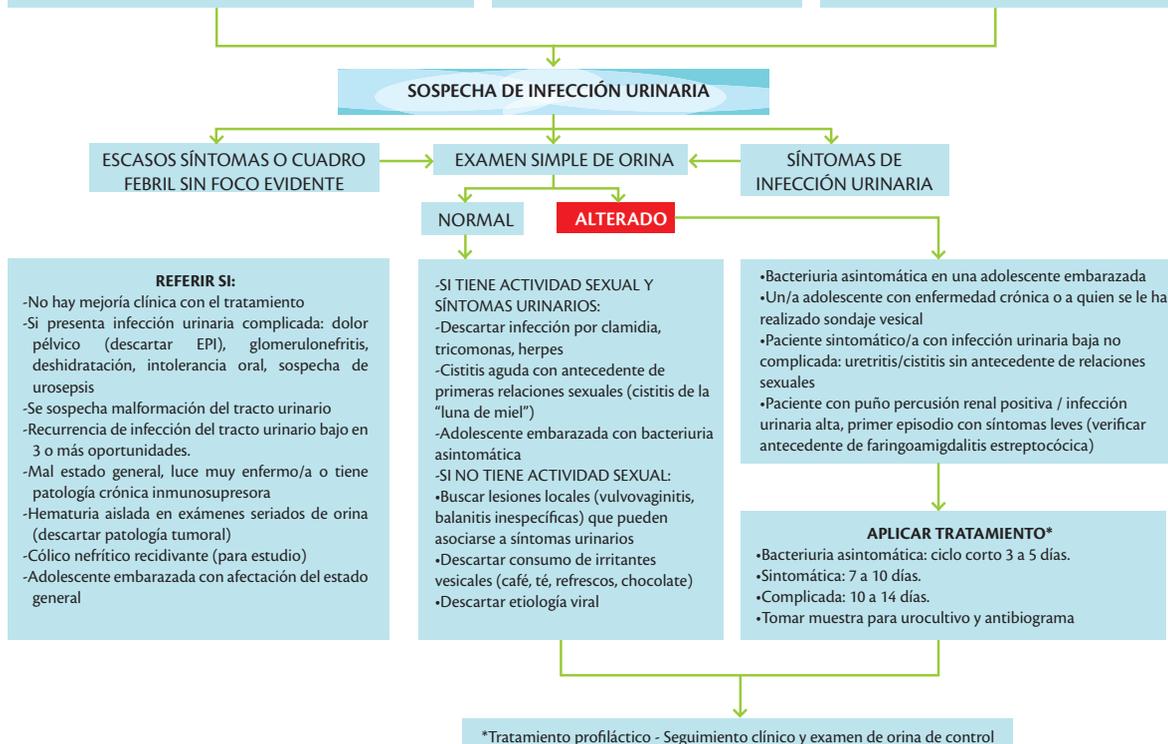
Promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento

Niveles II y III

Tratamiento de casos con patología subyacente

INFECCIÓN URINARIA

PREGUNTAR	OBSERVAR Y EXAMINAR	DETERMINAR
<ul style="list-style-type: none"> •Antecedentes familiares de patología renal •Diagnóstico de patología crónica (diabetes, reflujo vésicoureteral, malformación de vías urinarias...) o situación que ha ameritado sondaje vesical •Antecedentes personales de cuadros infecciosos faríngeos o urinarios en la niñez (retención aguda de orina, infecciones urinarias previas, enuresis diurna y/o nocturna) •Ingesta de bebidas carbonatadas (gaseosas), café y chocolate •Hábitos: uso de ropa interior ajustada, micciones infrecuentes (retención voluntaria de orina en el colegio o durante otras actividades), medidas de aseo genital (por riesgo de exposición de la uretra a la flora rectal) •Masturbación: ¿frecuencia?, ¿cómo y con qué se masturba? •Inicio de signos y síntomas sugestivos de infección urinaria: mareos, cefalea, diarrea, urgencia miccional, polaquiuria, incontinencia o retención urinaria, ardor al orinar, pujo premiccional, tenesmo vesical, ardor posmiccional, cambio en la coloración de la orina, presencia de coágulos o arenilla en la orina, enuresis, prurito (picazón) o ardor en área genital, dolor abdominal y/o pélvico, palidez, fiebre, aumento de volumen palpebral o en extremidades •Presencia de flujo o secreción en la ropa interior •Escolaridad y rendimiento escolar desde el inicio de los síntomas •Antecedentes epidemiológicos: para descartar patologías infecciosas distintas a las urinarias en caso de fiebre prolongada •Inicio de relaciones sexuales, parejas sexuales •Posibilidad de embarazo, fecha de última regla •Uso de métodos de barrera durante la relación sexual (condón, diafragma, espermicidas) 	<ul style="list-style-type: none"> •Aspecto general y nutricional •Dolor a la palpación de hipogastrio, puntos ureterales, puñopercusión renal positiva o negativa, masa renal palpable •Características de los genitales externos •Vesículas o pápulas en región perineal •Posición del meato uretral - Eritema uretral - Estenosis del meato uretral - Secreción transuretral y características •Flujo vaginal y características, eritema vulvar •Características del cuello uterino durante el examen con espéculo, en la adolescente sexualmente activa •Adherencias balano-prepuciales •Signos sistémicos que contribuyan a orientar a patología infecciosa: fiebre, vómitos, palidez •Coluria, hematuria macroscópica •Masa a la palpación en hipogastrio (globo vesical) •Presencia de edema si existe embarazo •Signos clínicos de embarazo 	<ul style="list-style-type: none"> •¿Se trata de cuadro febril agudo o cronológicamente prolongado sin foco infeccioso evidente? •Temperatura, tensión arterial, alteración del fondo de ojo •Fimosis, parafimosis, hipospadias, epispadias u otra alteración de los genitales externos del adolescente •Coalescencia de labios menores u otra alteración de los genitales externos de la adolescente •Presencia (grado) de edema •Vulvitis - Vulvovaginitis - Cervicitis •Uretritis por clínica - Pielonefritis por clínica •Resultados de parálisis básicos: hematología completa, urea, creatinina •Examen simple de orina sugestivo de infección: 5 o más leucocitos por campo 40X y/o nitratos positivos y/o bacteriuria (bacterias en orina sin centrifugar) y/o esterase leucocitaria positiva u otra alteración (proteinuria, hematuria, cristaluria) •Urocultivo y antibiograma: positivo si presenta más de 100.000 UFC/ml si procede de orina de chorro medio, negativo si no hubo desarrollo bacteriano y contaminación si hay ≥ 3 organismos sin predominio de alguno (solicitar nueva muestra). Si la muestra fue tomada por sonda vesical, es positivo ≥ 1000 UFC/ml •VDRL •Edad gestacional, si existe embarazo •Ecosonograma abdomino-renal según el caso



Cefalea

CEFALEA EN ADOLESCENTES

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10 Clasificación Internacional de Enfermedades – OMS
G43	Migraña
G430	Migraña sin aura (migraña común)
G431	Migraña con aura (migraña clásica)
G44	Otros síndromes de cefalea
G44,0	Síndrome de cefalea en racimos
G44,2	Cefalea debida a tensión
G 51	Cefalea

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIAP 2 Clasificación Internacional de la Atención Primaria – WONCA
N89	Migraña
N01	Cefalea
N90	Cefalea en racimos/ <i>cluster</i>
N95	Cefalea tensional

DEFINICIONES

CEFALEA	Es un síntoma que incluye a todo dolor localizado en el cráneo.
CEFALEA PRIMARIA	El dolor de cabeza es el síntoma primordial y no hay lesión estructural macroscópica
CEFALEA SECUNDARIA	Existe lesión estructural o funcional que provoca tracción, estiramiento o inflamación de una estructura dolorosa cefálica.
NEURALGIAS CRANEALES	Son episodios de dolor secundarios a desaferentación y lesión de troncos craneales.

CLASIFICACIÓN

CEFALEAS PRIMARIAS:

- Migraña: con-sin aura: 4%³³
- Cefalea tipo tensional: 10% a 25%³⁴
- Cefalea en racimos y otras cefaleas autonómicas trigeminales.
- Otras cefaleas primarias

Migraña: con-sin aura. Al menos 5 episodios de dolor de 1 a 72 horas de duración, pulsátil, bilateral, de localización frontal o temporal, de intensidad moderada a severa y que se agrava con la actividad física. Acompañada de náusea, vómito, foto y/o sonofobia. Puede o no tener aura. **Aura:** es un síntoma de disfunción neurológica que precede o acompaña al episodio de dolor, y que habitualmente es sensitivo, visual o del lenguaje³⁵.

Cefalea tipo tensional: La característica típica es el dolor opresivo, habitualmente bilateral, no pulsátil, de menor intensidad que la migraña y que dura de minutos a horas. Puede estar acompañada de náusea y/o vómito y fotofobia.

Cefalea en racimos: patrón temporal, con frecuencia de una al día, en días alternos; se caracteriza por ser recurrente, con dolor unilateral y preferentemente periorbitario, muy intenso y acompañado de síntomas autonómicos como epifora, congestión nasal o rino-rea. Poco frecuente en adolescentes.

Otras cefaleas primarias: no asociadas a lesión estructural y relacionadas a desencadenantes específicos. Incluyen la cefalea punzante idiopática, por compresión externa, y cefalea relacionada a actividad sexual.

CEFALEAS SECUNDARIAS:

- Traumatismo craneal.
- Trastornos vasculares.
- Alteraciones metabólicas.
- Infecciones

Es típicamente secundaria la ^{36,37}:

- Cefalea de inicio súbito y generalmente intensa
- Cefalea aguda que cursa con fiebre, signos meníngeos, rash cutáneo
- Cefalea en paciente con HIV o inmunodeprimido
- Cefalea que cursa con síntomas o signos de déficit neurológico focal como hemiparesia o afasia (excepto la relacionada con aura visual o sensitiva)
- Cefalea durante el embarazo o posparto en adolescentes
- Cefalea con papiledema
- Cefalea que cambia el patrón clínico en características, intensidad y frecuencia
- Cefalea exacerbada por maniobras de Valsalva

33 Kandt RS. Migraine in childhood. Medlink Neurology. 2007. En: Lipton RB, et al. Neurology 2007;68 :343-349.

34 Anttila P. Tension-type headache in childhood and adolescence. Lancet Neurology 2006;5: 268-274.

35 ICHD-2. Cephalgia 2004;24:9-160. En: Lewis D, et al. Neurology 2004;63:2215-2224.

36 Goadsby P. BMJ 2006;332:25-29.

37 Bigal ME. Acute headache diagnosis. Medlink Neurology 2006.

NEURALGIAS CRANEALES:

- Neuralgia occipital
- Migraña oftalmopléjica
- Neuralgia del trigémino (primaria o idiopática y secundaria)

DIAGNÓSTICO

- Historia personal y familiar.
- Descartar su origen secundario
- Características del dolor:
 - Edad
 - Sexo
 - Localización: unilateral o bilateral
 - Tipo de dolor: pulsátil, opresivo, punzante
 - Intensidad: leve, moderada, severa
 - Instauración: súbita, progresiva.
 - Frecuencia: diaria, semanal, etc.
 - Duración
 - Horario.
 - Historia de tratamiento farmacológico recibido³⁸.
- Síntomas que la preceden o acompañan:
 - Autonómicos: náuseas, vómitos, fotofobia, sonofobia (intolerancia al ruido)
 - Neurológicos: escotomas, hemianopsia, diplopía, hemiparesia, hemidisestesias, inestabilidad, vértigo, disartria, afasia, confusión, crisis comiciales
- Factores moduladores del dolor, desencadenantes o agravantes:
 - Alimentos: nitritos de ciertas salchichas, glutamato monosódico de la comida china, aspartame como edulcorante
 - Hábitos tóxicos: café, tabaco, alcohol, toxicománías
 - Exposición laboral: vapores químicos, pegamentos, barnices, pinturas, humos, monóxido de carbono
 - Alteraciones síquicas, conflictos sociolaborales, escolares o familiares (estrés)
 - Hábitos de sueño (tendencia a alivio con sueño en cefaleas primarias, empeoramiento en secundarias)
 - Ejercicio físico u otro tipo de esfuerzo (tos, maniobra de Valsalva, posiciones de la cabeza, coito)
 - Menstruación
 - Tacto sobre "zonas gatillo"
- Maniobras que producen alivio: sueño, compresión de ramas de carótida externa

• Ingesta de medicamentos:

- Hipnóticos sedantes (barbitúricos, alcohol, benzodiazepinas),
- Estimulantes (cafeína, metilfenidato)
- Antihipertensivos (betabloqueantes, bloqueantes de los canales del calcio, reserpina, inhibidores de ECA)
- Antiarrítmicos (quinidina, digital), nitritos, antiagregantes (dipiridamol), ácido nicotínico, hidralazina
- Corticoides
- Antiinflamatorios no esteroideos
- Bloqueantes H-2 (cimetidina, ranitidina)
- Broncodilatadores (teofilina, aminofilina)
- Antibióticos (trimetoprim-sulfametoxazol, tetraciclinas)
- Estrógenos, contraceptivos orales, tamoxifeno

CARACTERÍSTICAS DE LAS CEFALÉAS QUE REQUIEREN SER REFERIDAS A TERCER NIVEL

1. Cefaleas de aparición reciente y de carácter progresivo.
2. Cefaleas que alteran el sueño nocturno.
3. Cefaleas precipitadas por esfuerzos físicos, cambios posturales o maniobra de Valsalva.
4. Cefaleas acompañadas de síntomas o signos neurológicos de déficit focal, edema de papila o afectación de la conciencia.
5. Cefaleas que no responden a tratamientos adecuados.

TRATAMIENTO

CEFALEA TENSIONAL

1. Alivio del síntoma con acetaminofén 7,5-10 mg/kg/dosis.
2. Reducción de factores identificados como generadores de estrés.
3. Apoyar el desarrollo y competencias del adolescente, lo que mejorará su capacidad para enfrentar situaciones estresoras.
4. Retomar las actividades habituales: trabajo, estudios, amigos.
5. Tratamiento profiláctico en casos de cefalea muy frecuente. Referir al Nivel III: Neurología.

MIGRAÑA

El tratamiento de la migraña se divide en tres categorías:

- Medidas generales
- Tratamiento farmacológico de la crisis de la migraña
- Tratamiento profiláctico

I Y II NIVELES DE RESOLUCIÓN:

1. Medidas generales

- Educar a los padres y al adolescente sobre los cambios en el estilo de vida que tienden a reducir el estrés y evitar los factores desencadenantes (no dormir bien, estrés emocional, cambios de comportamiento, alimentos, medicamentos, factores ambientales).
- Pedirles que lleven por escrito un diario de las cefaleas, que incluya una descripción de los hechos previos a la aparición del dolor, para poder identificar los factores desencadenantes.

2. Tratamiento farmacológico de la crisis de migraña

III NIVEL DE RESOLUCIÓN:

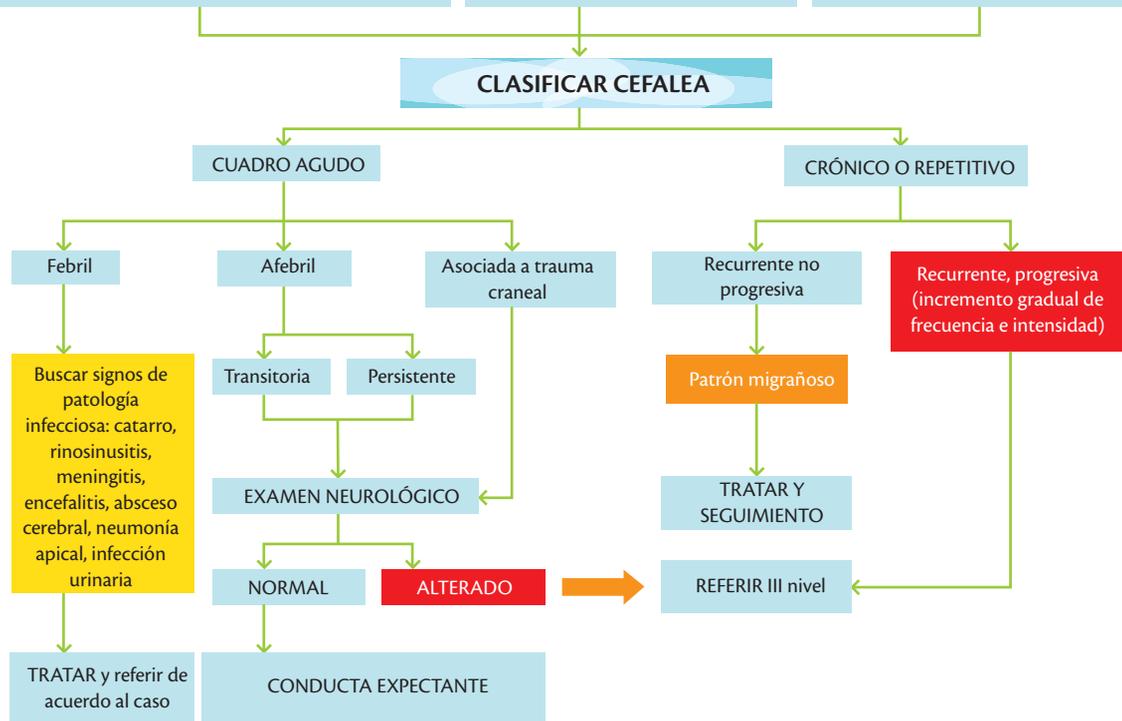
1. Tratamiento farmacológico de cefalea severa
2. Tratamiento de la cefalea *cluster* o en racimo
3. Tratamiento profiláctico
 - Para disminuir la incidencia y severidad de las crisis de migraña.
 - De acuerdo al registro de ocurrencias de las crisis (calendario de ataques, síntomas, medicación)
 - Iniciar tratamiento a dosis bajas y aumentar gradualmente cada dos a cuatro semanas. El tratamiento debe durar al menos por dos meses para evaluar su efectividad, y si resulta exitoso, debe intentarse el abandono después de 4 a 8 meses de tratamiento continuo.
 - Evaluar al paciente cada dos o tres meses durante el tratamiento.
 - Las indicaciones de tratamiento profiláctico para la población general serían:
 - Frecuencia de las crisis: 2 – 8 al mes
 - Crisis severas que disminuyen la actividad normal y calidad de vida del paciente
 - Cuando el paciente es psicológicamente incapaz de hacer frente a la crisis
 - No hay evidencia definitiva demostrada de un agente profiláctico para migraña en adolescentes³⁹.

FÁRMACO	INDICACIÓN	DOSIS	CONTRAINDICACIONES	PRECAUCIONES
Acetaminofén	Cefalea leve	7, 5 a 10 mg/Kg cada 4 horas. Adolescentes 2 – 4 g al día (cada 6 horas)	Rara vez se presentan reacciones de hipersensibilidad	Administrar con precaución en paciente con insuficiencia hepática o renal
Antiinflamatorios no esteroidales: Ibuprofeno	Cefaleas de intensidad moderada	Adolescentes menores: 10 mg/Kg cada 6 horas, tabletas o jarabe de 100 – 200 mg. Adolescentes mayores: 400 – 600 mg cada 6 – 8 horas en tabletas o jarabe.	Hipersensibilidad al fármaco, pacientes con diagnóstico de úlcera péptica, sangrado o perforación gastrointestinal recientes, insuficiencia renal y cualquier patología con riesgo de sangrado. Embarazo.	Utilizarlos con precaución en pacientes con cardiopatía congestiva, hipertensión y disminución de la función renal y hepática.
Antiinflamatorios no esteroidales: Naproxeno	Cefalea de intensidad moderada	250 a 500 mg VO c/8 horas	Pacientes alérgicos al ácido acetilsalicílico	Úlcera péptica, trastornos gastrointestinales, embarazo y lactancia, menores de 2 años

39 Lewis D. Practice Parameter: Pharmacological treatment of migraine headache in children and adolescents. Report of the American Academy of Neurology Quality Standards Subcommittee and the Practice Committee of the Child Neurology Society. *Neurology* 2004;63:2215–2224.

CEFALEA

PREGUNTAR	OBSERVAR Y EXAMINAR	DETERMINAR
<ul style="list-style-type: none"> •Inicio de la cefalea, duración, intensidad y frecuencia •Localización e irradiación del dolor de cabeza •Relación con el esfuerzo físico o ejercicio •Síntomas asociados: visión borrosa, escotomas, parestias (aisladas o que preceden a la aparición de la cefalea), vértigo, convulsiones, trastornos del aprendizaje, problemas al orinar, dolor en alguna otra parte del cuerpo, fiebre. •Situaciones de estrés. •Historia nutricional (ayunos, cuadros de anemia, consumo de alimentos que puedan desencadenar la cefalea). •Antecedentes familiares y/o personales de migraña, infecciones u otras enfermedades (tumores, problemas renales, diabetes, hipertensión arterial, rinosinusitis, entre otros). •Ciclo menstrual y su posible asociación con las cefaleas. •Inicio de relaciones sexuales y/o consumo de anticonceptivos hormonales. •Medicamentos usados o métodos empleados para atenuar o calmar el dolor, dosis y frecuencia de las tomas. •Otros medicamentos con efecto secundario de cefalea (ej: macrólidos) •Ingesta de drogas lícitas (café, alcohol) o ilícitas; frecuencia de consumo o abstinencia de su toma •Modificación del patrón de sueño: la cefalea no le permite dormir o le despierta •Lugar de residencia (altura de la región sobre el nivel del mar) 	<ul style="list-style-type: none"> •Aspecto nutricional •Actitud del adolescente frente al dolor de cabeza •Actitud del adolescente ante los cambios puberales •Actitud del adolescente ante sus pares y su núcleo familiar •Signos neurológicos cognitivos (confusión, pérdida de concentración o memoria) o temblor distal, ritmicidad y coordinación de los movimientos, fuerza y tono muscular, cambios pupilares, alteración de los reflejos, modificación del fondo de ojo •Secreción en fosas nasales o rinofaringe, septodesviación, presencia de dolor en puntos de senos paranasales •Evaluar agudeza visual •Puñopercusión renal positiva. •Obesidad •Signos sistémicos de infección •Dolor a la palpación en abdomen •Estado de ansiedad o depresión 	<ul style="list-style-type: none"> •Etapas de la adolescencia en la que se encuentra (temprana, media, tardía) •Episodio único o repetitivo •Cuadro agudo acompañado de otros signos neurológicos •La cefalea responde a un patrón similar cada vez que sucede o ha cambiado de características durante su progresión •Intensidad de la cefalea •Signos vitales (tensión arterial) en las consultas sucesivas •Agudeza visual •Verificar anemia, conteo anormal de leucocitos y plaquetas, niveles de colesterol y triglicéridos, examen de orina alterado.



Fiebre Reumática

FIEBRE REUMÁTICA (FR)

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10 Clasificación Internacional de Enfermedades - OMS
10	Fiebre Reumática sin complicación cardíaca
101	Fiebre Reumática con complicación cardíaca

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIAP 2 Clasificación Internacional de la Atención Primaria - WONCA
K71	Fiebre/enfermedad reumática cardíaca

DEFINICIÓN

La fiebre reumática (FR) es una enfermedad inflamatoria sistémica, mediada inmunológicamente. Ocurre como secuela retardada de una infección faríngea por el estreptococo beta hemolítico del grupo A (EBHGA). Afecta a múltiples órganos, especialmente al corazón en la fase aguda, y tiende a recaer.

Es la causa más frecuente de enfermedad cardíaca adquirida en niños y adultos jóvenes en todo el mundo. Es muy rara antes de los 5 años y después de los 23 años.

DIAGNÓSTICO

1. **La Historia clínica y el examen físico continúan siendo la base para el diagnóstico.**
2. Con el fin de optimizar el diagnóstico de fiebre reumática, la *American Heart Association* ha presentado los criterios modificados de Jones:

CRITERIOS DE JONES PARA EL DIAGNÓSTICO DE FIEBRE REUMÁTICA

CRITERIOS MAYORES	CRITERIOS MENORES	EVIDENCIA DE INFECCIÓN ESTREPTOCÓCICA
Carditis	Fiebre	ASTO elevado o en ascenso
Poliartritis	Poliartralgias	Otros anticuerpos estreptocócicos elevados
Corea	Fiebre reumática previa	Cultivo faríngeo positivo
Eritema marginado	VES y/o PCR alta	Prueba antigénica rápida positiva
Nódulos subcutáneos	Leucocitosis	Escarlatina reciente
	PR prolongado en el ECG	

- **Carditis:** presente en 50 -70% de los casos, se manifiesta clínicamente por dolor del pecho, frote, tos. Se puede objetivar con un Ecocardiograma.
- **Poliartritis:** presente en 75% de los pacientes con FR aguda. Las articulaciones más afectadas son rodillas, tobillos, codos y muñecas, y rara vez cadera y columna. El carácter migratorio de la artritis y la intensidad del dolor sugieren FR. Frecuentemente hay artralgia, enrojecimiento, calor e inflamación en las articulaciones afectadas. Usualmente se resuelve espontáneamente en 2 ó 3 semanas y responde muy bien al tratamiento con salicilatos.
- **Corea de Sydenham:** presente en 10-30% de los casos, se caracteriza por movimientos involuntarios de la cara y los miembros, debilidad muscular y trastornos del lenguaje. Los movimientos involuntarios y la debilidad muscular pueden estar presentes en sólo un lado del cuerpo (hemicorea). Es una manifestación tardía y a veces es el único signo de FR. El período de latencia es de varios meses. Puede recurrir hasta en un 32% de pacientes, por lo que no se sabe si son exacerbaciones de las manifestaciones neurológicas o nuevos ataques de FR.
- **Eritema marginado:** es un brote eritematoso, no pruriginoso, con el centro pálido y márgenes redondeados o serpinginosos, en el tronco y extremidades proximales. Ocurre en 5-15% de los casos agudos de FR.

- **Nódulos subcutáneos:** rara vez se ven (0-8%). Se asocian frecuentemente con carditis severa. Son indolores y miden de 5 mm. a 2 cm. Se localizan en las superficies extensoras de las articulaciones, particularmente en las rodillas, muñecas y codos.
- **Velocidad de eritrosedimentación (VES):** > 80 mm/h; si el valor es menor a 60 mm/h es poco probable el diagnóstico.
- **Proteína C reactiva:** elevada (+++). Es mejor si se cuantifica.
- **Leucocitosis:** > a 12.000
- **Antiestreptolisina O (ASTO),** para determinar si hubo una infección faríngea reciente por EBHGA: positiva sobre 400 UI/mL en niños y 300 UI/mL en adultos.

ASTO elevado por sí solo no es diagnóstico de fiebre reumática

- **Cultivo de exudado faríngeo:** es considerado el "estándar de oro".
 - **Escarlatina reciente:** solamente si afectó la garganta.
3. Para el diagnóstico de FR se deben cumplir los siguientes criterios:
 - Dos criterios mayores más la evidencia de infección reciente por el EBHGA, o un criterio mayor y dos menores más la evidencia de infección reciente por el EBHGA
 - Poliartritis (o sólo poliartralgias o monoartritis) y 3 o más criterios menores más la evidencia de infección reciente por el EBHGA
 - La Corea de Sydenham por sí sola es diagnóstica de Fiebre Reumática
 4. En todo paciente con sospecha de FR debe realizarse ECG y Ecocardiograma
 5. Los pacientes que no cumplen con estos criterios no deben ser considerados como afectados de fiebre reumática y NO debe tratárselos como tales.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Es amplio, por la baja especificidad de muchos hallazgos clínicos y de laboratorio:

- Artritis reactiva
- Artritis séptica
- Artritis crónica juvenil
- Lupus eritematoso sistémico
- Otras enfermedades del tejido conectivo
- Artritis gonocócica
- Endocarditis infecciosa

- Miocarditis viral
- Miocardiopatías
- Enfermedad de Kawasaki
- Drepanocitosis
- Reacciones a medicamentos
- Septicemia
- Leucemia
- Tuberculosis
- Enfermedad de Lyme
- Enfermedad del suero
- Sarcoidosis
- Corea no reumática

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:

- Recuento leucocitario
- Velocidad de sedimentación
- Proteína C reactiva: de inicio y para seguimiento
- Cultivo faríngeo
- Antiestreptolisina O: dos muestras con intervalo de 2-3 semanas.
- ECG
- Ecocardiograma

TRATAMIENTO

1. Medidas generales de apoyo:

- Mientras hay **fiebre y poliartralgias** se recomienda reposo en cama.
- En carditis muy severas: hospitalización y manejo por cardiólogo.
- La **corea** requiere hospitalización y tratamiento por equipo de especialistas
- No hay tratamiento específico para el **eritema marginado** ni para los **nódulos subcutáneos** de la fiebre reumática aguda

2. Supresión de la inflamación

- En artritis sin carditis significativa: **ácido acetilsalicílico** 100 mg/Kg/día (máximo 4 g/d) c/6 horas por 3-4 semanas, disminuyendo la dosis hasta suspenderla en 6-8 semanas.
- En carditis: **prednisona** 2 mg/Kg/día (máximo 60 mg/d) en una o dos dosis por día, 3 a 4 semanas; suspender paulatinamente en 6 a 8 semanas.

3. Tratamiento de la infección por el estreptococo del grupo A

Todos los pacientes diagnosticados de faringoamigdalitis deben recibir tratamiento antibiótico para erradicar el estreptococo del grupo A

ANTIBIÓTICO	RÉGIMEN DE ERRADICACIÓN
Penicilina benzatínica	<ul style="list-style-type: none"> • 600.000 U IM < 27 Kg: 1 dosis • 1'200.000 U IM > 27 Kg: 1 dosis
Amoxicilina	25–50 mg/Kg/día en 3 dosis por 10 días, máximo 1,5 g/día
Eritromicina (para alérgicos a la penicilina)	50 mg/Kg/día en tres dosis por 10 días

- **Para evitar las recaídas** tras un primer ataque de FR se recomienda la penicilina G benzatínica, a dosis de 600.000 U en niños y 1.200.000 U en adolescentes y adultos, cada tres semanas por un año y **reevaluar**.
- En los pacientes alérgicos a la penicilina se puede utilizar eritromicina a dosis de 250 mg dos veces al día o sulfametoxazol-trimetoprim 400/80 2 veces al día por 10 días, cada tres semanas por un año y **reevaluar**.
- En caso de una nueva recaída se debe referir al especialista para replantear el tratamiento y evaluar su duración. En FR con carditis reumática dar tratamiento toda la vida.

4. Profilaxis secundaria en la Fiebre Reumática

FÁRMACO	DOSIS/INTERVALO
Penicilina benzatínica	600.000 U IM en < 27 Kg 1'200.000 U IM en > 27 Kg.
Eritromicina (para alérgicos a la penicilina)	30-50 mg/Kg/día en tres dosis por 10 días.

- En la profilaxis de la endocarditis infecciosa en pacientes con valvulopatía reumática, antes de ser sometidos a intervenciones quirúrgicas, instrumentación o tratamientos dentales se debe administrar amoxicilina 50 mg/kg en dos dosis VO: una hora antes del procedimiento y seis horas después del mismo. En pacientes alérgicos o que estén recibiendo profilaxis secundaria con penicilina se empleará eritromicina 30-50 mg/kg por dosis 30 a 60 minutos antes del procedimiento y 6 horas después.
 - En FR sin carditis: profilaxis por cinco años.
5. Seguimiento:
- Valoración cardiológica anual si no hay carditis
 - Ecocardiograma cada seis meses por dos años; las lesiones pueden mejorar e incluso desaparecer en los primeros dos años.
 - Recordar a todos los pacientes con carditis reumática

que deben recibir profilaxis para procedimientos quirúrgicos y odontológicos

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Nivel I

- Promoción, prevención y diagnóstico
- Tratamiento de la amigdalitis o faringitis exudativa con antibióticos. Primera elección: Penicilina benzatínica
- Confirmar el diagnóstico de FR.
- Si hay carditis referir al nivel II

Niveles II y III

- Tratamiento multidisciplinario
- Contrarreferencia al nivel I para seguimiento de acuerdo a procedimientos establecidos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mas C, Faerron J, Castro A, et al. Fiebre reumática, Consenso Nacional 2005. Rev Costarric Cardiol [online]. Ene 2005; 7(1): 59-62. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1409-41422005000100011&lng=es&nrm=iso. ISSN 1409-4142.
2. Disponible en: <http://www.medynet.com/elmedico/aula/tema11/freuma1.htm>.
3. Disponible en: <http://www.altillo.com/medicina/index.asp>.
4. World Health Organization. Joint WHO/ISFC meeting on RF/RHD control with emphasis on primary prevention, Geneva, 7-9 September 1994 (WHO/Document WHO/CVD 94. 1).
5. Arguedas A, Mohs E. Prevention of rheumatic fever in Costa Rica. J Pediatr 1992; 4: 569-72.
6. World Health Organization. World Health Report. Conquering suffering, enriching humanity. Geneva. 1997: 43-44.
7. Olivier C. Rheumatic fever – is it still a problem? J Antimicrob Chemother 2000; 45: 13-21.
8. Binotto MA, Guilherme L, Tanaka AC. Rheumatic Fever. Images Paediatr Cardiol 2002; 11: 12-31.
9. Cotran RS, Kumar V, Collins T. Rheumatic fever. En: Robbins Pathologic Basis of Disease. Sexta Edición. WB Saunders Co. 1999: 570-3.
10. Guidelines for the Diagnosis of Rheumatic Fever, Jones Criteria, 1992 Update. Special Writing Group of the Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease of the Council on Cardiovascular Disease in the Young of the American Heart Association. JAMA 1992; 268: 2069-73.
11. Dajani A, Taubert K, Ferrieri P, Peter G, Shulman S. Treatment of acute streptococcal pharyngitis

and prevention of rheumatic fever: a statement for health professionals. Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease of the Council on Cardiovascular Disease in the Young of the American Heart Association. *Pediatrics* 1995; 96: 758-64.

12. Herdy GV, Pinto CA, Olivaes MC, Carvalho EA, Tchou H, Cosendey R, et al. Rheumatic carditis treated with high doses of pulsetherapy methylprednisolone. Results in 70 children over 12 years. *Arq Bras Cardiol* 1999; 72: 601-6.

Apendicitis

APENDICITIS

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10 Clasificación Internacional de Enfermedades - OMS
K35.9	Apendicitis

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIAP 2 Clasificación Internacional de la Atención Primaria - WONCA
D88	Apendicitis

DEFINICIÓN

Inflamación del apéndice cecal. Rara en lactantes, aumenta durante la infancia y alcanza la incidencia máxima en la adolescencia y entre los 20 y los 25 años.

DIAGNÓSTICO

Generalmente comienza con dolor cólico epigástrico o periumbilical, seguido por anorexia, náuseas y vómitos; posteriormente hay dolor persistente en la fosa ilíaca derecha. Tan frecuentes son la anorexia o las náuseas que si hay hambre se debe cuestionar el diagnóstico. La anorexia puede faltar en niños. Las presentaciones atípicas son más frecuentes en las edades extremas de la vida y en pacientes que toman analgésicos, esteroides o antibióticos.

Al examen físico pueden existir los siguientes signos positivos: McBurney, Blumberg, Rovsing, Lanz, obturador.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- Leucocitosis con desviación izquierda, no siempre. No hay signos patognomónicos en la apendicitis precoz.
- La ecografía es útil en manos expertas y necesaria en mujeres jóvenes.
- Rx y TAC de abdomen: en casos muy seleccionados de difícil diagnóstico.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Niños pequeños: gastroenteritis aguda, adenitis mesentérica, diverticulitis de Meckel, intususcepción, neumonía posterobasal, traumatismo cerrado desapercibido.

Adolescentes: enfermedad renal y de las vías urinarias, patología de útero y anexos, adenitis mesentérica, traumatismos, enfermedades de hígado y vías biliares, enfermedades gastrointestinales, neumonía basal y tumores.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Exploración y apendicectomía inmediatas por vía abierta o laparoscópica. Tratamiento del dolor y antibióticoterapia por razones necesarias

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Nivel I:

- Promoción, prevención y diagnóstico
- Observación hasta confirmar diagnóstico y referir a nivel II

Nivel II:

- Confirmación del diagnóstico, tratamiento quirúrgico
- Contrarreferencia para control de herida, curaciones y retiro de puntos, dieta y reposo en el nivel I.

Nivel III:

- Tratamiento de complicaciones graves

Acné

ACNÉ

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10 Clasificación Internacional de Enfermedades - OMS
L70	Acné

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIAP 2 Clasificación Internacional de la Atención Primaria - WONCA
S96	Acné

DEFINICIÓN

Enfermedad crónica inflamatoria de la unidad pilosebácea, más frecuente en adolescentes, caracterizada por aumento de la secreción sebácea, hiperqueratosis ductal con obstrucción del folículo pilosebáceo e inflamación secundaria causada por colonización por *Propionibacterium acnes*. Afecta cara, pecho y/o espalda.

CLASIFICACIÓN

- Grado I: sólo comedones
- Grado II: algunas pápulas y pústulas
- Grado III: muchas pápulas y pústulas
- Grado IV: lesiones residuales, nódulos o quistes

DIAGNÓSTICO: Es clínico

- Tipo de lesión: de predominio inflamatorio o no inflamatorio
- Gravedad del cuadro: intensidad, estadio de las lesiones
- Extensión: afectación de cara, pecho y/o espalda

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Rosácea
- Dermatitis seborreica
- Foliculitis
- Angiofibromas
- Erupciones acneiformes inducidas por medicamentos
- Riesgos ocupacionales (petróleo, químicos).

TRATAMIENTO

- Clasificar el grado de acné
- Comunicar al paciente que la evaluación de la terapia es a las 8 semanas y que puede existir una exacerbación del cuadro al inicio del tratamiento.
- Las cremas y lociones están indicadas para piel seca y sensible y los geles para pieles grasosas (ceramidas).

Grado I (comedones):

- Tratamiento tópico: ácido retinoico⁴⁰ en gel o crema en concentraciones bajas (gel 0,01% y crema al 0,025%). Aplicar en la noche durante ocho semanas. Si el paciente mejora continuar con la misma concentración; si la mejoría fue parcial aumentar la dosis (gel a 0,05% y crema al 0,1%) y/o la frecuencia a dos veces por día.
- **CONTRAINDICACIÓN:** embarazo o posibilidad de embarazo.
- Uso de protección solar.

Grados II (pápulas) y III (pústulas):

- Tratamiento local antibacteriano: peróxido de benzoilo⁴¹ al 5% en la noche; se puede aumentar al 10% si no hay mejoría y no se presenta irritación.
- Puede combinarse con ácido retinoico en crema o solución, en cuyo caso hay que alternar las aplicaciones.
- En caso de pústulas: también se puede combinar peróxido de benzoilo con eritromicina tópica⁴² o solamente eritromicina al 2% dos veces al día.
- Si no mejora en 8 semanas de tratamiento local o si el paciente tiene acné inflamatorio extenso: añadir doxiciclina 100 mg al día VO al tratamiento local, por 4 a 8 semanas. Si la respuesta es favorable se puede disminuir a 50 mg por día, o eritromicina 250 a 500 mg/día durante tres meses.
- No utilizar tetraciclinas en menores de 12 años.

Grado IV (noduloquístico):

- Manejo por especialista.

40 El ácido retinoico no consta en la VII revisión del CNMB; su uso está condicionado a su inclusión en la próxima revisión del CNMB, de acuerdo al reglamento a la Ley de Medicamentos Genéricos de Uso Humano del 24 de Mayo de 2000.

41 Peróxido de benzoilo: iguales consideraciones que en el pie de página 40

42 Peróxido de benzoilo: iguales consideraciones que en el pie de página 40

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Nivel I

- Promoción, prevención, diagnóstico y medidas generales:
 - Se recomienda limpieza regular de la piel con jabón y agua.
 - Evitar el uso de cosméticos y productos de maquillaje.
 - Evitar exposición solar prolongada y en caso necesario usar protector solar.
 - La dieta no juega un papel especial
- Referencia al nivel III:
 - Todos los casos de acné grado IV
 - Los casos que no mejoran luego de tres meses de tratamiento
 - Sospecha de proceso endocrinológico como causa de acné
 - Acné que causa problemas sociales o psicológicos

Niveles II y III

- Todos los casos de grados I, II o III que respondan positivamente al cambio de medicamentos por el especialista deben ser contrarreferidos al Nivel I.

BIBLIOGRAFÍA

1. Purriños L. Acne, Guías clínicas 2005. SAP Coruña, España. Disponible en: www.fisterra.com/guias2/acne.asp. Revisado 9 de julio 2007.
2. Garner SE, Eady EA, Popescu C, Newton J, Li Wan Po A. Minociclina para el acné vulgar: eficacia y seguridad. (Revisión Cochrane traducida). La Biblioteca Cochrane Plus, número 2, 2006. Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2006 Issue 2. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
3. Grimalt, R. Acné, Dermatología, protocolos Asociación Española de Pediatría. Disponible en: <http://www.aeped.es/protocolos/dermatologia/index.htm>. Revisado 9 de julio de 2007.
4. Acne. DynaMed. Acne. [Internet]. Columbia: Dynamic Medical Information Systems; actualizado 01/06/2005. Disponible en: <http://www.dynamic-medical.com/>.
5. Acné Juvenil. En: Dermatología Pediátrica. Fonseca Capdevila E (coord). Madrid: Aula Médica; 2003. p. 925- 980.
6. Acne. Referral Advice - a guide to appropriate referral from general to specialist services. [Internet]. London: National Institute for Clinical Excellence; 2001. Disponible en: <http://www.nice.org.uk/pdf/Referraladvice.pdf>.
7. Arowojolu AO, Gallo MF, Grimes DA, Garner SE. Píldoras anticonceptivas combinadas orales para el tratamiento del acné. [Internet] En: La Cochrane Library plus en español. Oxford: Update Software; julio 2003. Disponible en: <http://www.update-software.com/clibplus/clibpluslogon.htm>.
8. Chu AC. Pulsed Dye Laser in Treatment of Acne Vulgaris. JAMA 2004;292:1430.
9. Haider A, Shaw JC. Treatment of acne vulgaris. JAMA. 2004; 292(6):726-35.
10. Farquhar C, Lee O, Toomath R, Jepson R. Espironolactona versus placebo o combinada con esteroides para el hirsutismo y el acné.[Internet] En: La Cochrane Library plus en español. Oxford: Update Software; julio 2003. Disponible en: <http://www.update-software.com/clibplus/clibpluslogon.htm>.
11. Rosen MP, Breitkopf DM, Nagamani M. A randomized controlled trial of second- versus third-generation oral contraceptives in the treatment of acne vulgaris. Am J Obstet Gynecol 2003;188(5):1158-60.
12. Current Procedural Terminology (CPT). American Medical Association. 2006.

Enfermedades del cuero cabelludo

ALOPECIA

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10 Clasificación Internacional de Enfermedades – OMS
L63	Alopecia areata
L630	Alopecia (capitis) total
L631	Alopecia universal
L64	Alopecia andrógena
L65	Otra pérdida no cicatricial del pelo
L659	Pérdida no cicatricial del pelo, sin otra especificación

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIAP 2 Clasificación Internacional de la Atención Primaria – WONCA
S23	Calvicie/caída del pelo
S24	Otros signos y síntomas del pelo y cabellera

DEFINICIONES

ALOPECIA ⁴³	Disminución del número de folículos pilosos por área, que provoca la pérdida de cabello. Suele ser un fenómeno fisiológico; cuando es excesivo o tiene un patrón anormal se considera patológico.
CAÍDA DEL CABELLO	Se constata el desprendimiento de un número de cabellos llamativo a la más mínima tracción.

EFLUVIO TELÓGENO (ALOPECIA ANDRÓGENICA)	Es la causa más común de la caída del pelo y puede ser de corta o larga duración. Aparece en ambos sexos, desde más o menos los 14 años de edad y parece estar ligada a un gen autosómico dominante de expresión variable. Es más severa mientras más precoz es el comienzo. En varones hay caída de pelo en las áreas frontales (entradas), en el vértex y alopecia central, o una combinación de los tres tipos. Las mujeres presentan pérdida difusa de pelo en la parte central de la cabeza y adelgazamiento de otros pelos corporales.
--	--

TRATAMIENTO

Es un cuadro que debe ser manejado por el especialista. La cirugía cosmética y el trasplante de pelo han sido exitosos en pacientes bien seleccionados.

Es importante explicar la naturaleza hereditaria del problema, aceptar ayuda psicológica y no seguir intentando tratamientos.

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Nivel I:

Promoción, prevención y diagnóstico

Niveles II o III:

Tratamiento

DAÑO FÍSICO O QUÍMICO DEL CABELLO (ALOPECIA POSRAUMÁTICA)

Pérdida del cabello debido a maltrato o agresión física (uso continuado de elásticos, cintillos, moños, cola de caballo, rizadores, trenzas, gorras apretadas) así como al uso de químicos (gel, shampoo, colorantes, fijadores). La más común es la denominada **alopecia por tubos calientes**, en mujeres de pelo rizado que tratan de alisarlo con tubos o líquidos permanentes.

Cuadro clínico

El diagnóstico es clínico. Ante alopecia periférica y pelo que se adelgaza en estas partes se debe pensar en alopecia por tracción; si continúa la agresión en forma crónica puede comprometerse todo el cuero cabelludo. Puede ser necesario realizar microscopía de pelo y biopsia.

Pronóstico: de acuerdo a la etiología

Este tipo de alopecia es reversible al comienzo, pero si la tensión se hace continua, el daño del folículo lleva a una alopecia cicatricial definitiva. El pelo se recupera lentamente entre 2 y 4 años, pero si la tracción ha dañado el folículo no crecerá más pelo en las áreas dañadas.

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA:

Nivel I:

Promoción, prevención y diagnóstico

TRICOTILOMANÍA O TRICOLOGÍA (Imagen 18, Herramienta # 22, Caja de Herramientas)

Es el **comportamiento recurrente** de arrancarse el propio cabello, y/o vello del cuerpo, por placer, gratificación o liberación de la tensión. Se trata de un hábito nervioso reversible. Causa una alopecia que se ve frecuentemente en el/la adolescente.

Cuadro clínico

Se caracteriza por áreas de diferentes formas y tamaños, generalmente media o bilateral a nivel parieto – temporal, con aspecto de pelo afeitado a diferentes niveles. Puede comprometer también pestañas y cejas, que llegan a desaparecer totalmente. El diagnóstico se confirma al apreciarse el pelo fracturado en su extremo distal.

Diagnóstico

El DSM IV⁴⁴ lo ubica como un **trastorno del control de los impulsos**: “dificultad para resistir el impulso que es perjudicial en su efecto” con los siguientes criterios diagnósticos:

1. Arrancarse el pelo en cualquier región del cuerpo, de forma repetida, con pérdida perceptible de pelo.
2. Sentir tensión creciente antes de arrancarlo o cuando se intenta resistir a la conducta.
3. Alcanzar la sensación de bienestar, gratificación o liberación cuando se produce el arrancamiento del pelo.
4. El hábito no se explica por otro trastorno psiquiátrico o enfermedad médica.
5. Percibir que la alteración causa malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas de la vida.

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Nivel I:

Promoción, prevención y diagnóstico

Niveles II o III:

Abordaje multidisciplinario, tratamiento de especialidad

ALOPECIA AREATA (Imagen 19, Herramienta # 22, Caja de Herramientas)

Aparición súbita, totalmente asintomática, de una o más placas decalvantes en cualquier localización del territorio piloso.

Cuadro clínico

- El diagnóstico es clínico
- Al tirar del pelo se desprende fácilmente.
- Puede aparecer en áreas discordes, marginal, total, universal o aún de tipo difuso.
- Frecuentemente el comienzo es brusco
- Aparición de una placa discoide de pérdida de pelo con superficie lisa, brillante, algo deprimida y de color ligeramente anaranjado.
- Pueden aparecer varias placas más, o hacerse total (pérdida total del pelo del cuero cabelludo) o universal (pérdida del pelo corporal y cuero cabelludo).
- Tiene un curso impredecible. La gran mayoría mejora, pero casi la mitad de los pacientes recae dentro de los siguientes 5 años.

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA:

Nivel I:

- Promoción, prevención y diagnóstico

Niveles II o III: Tratamiento de especialidad ante:

- Compromiso más allá del cuero cabelludo
- Gran pérdida de pelo
- Pacientes atópicos
- Alteraciones ungueales
- Ofiasis (pérdida del pelo en la región límite de implantación)
- Comienzo prepuberal

44 Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV).

Problemas infecciosos de la piel

MICOSIS

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10 Clasificación Internacional de Enfermedades - OMS
B35	Dermatofitosis
B35.0	Tiña de la barba y del cuero cabelludo
B35.1	Tiña de las uñas
B35.2	Tiña de la mano
B35.3	Tiña del pie (tinea pedis)
B35.4	Tiña del cuerpo (tinea corporis)
B35.5	Tiña imbricada (tinea imbricata)
B35.6	Tiña inguinal (tinea cruris)
B36	Otras micosis superficiales
B36.0	Pitiriasis versicolor
B36.1	Tiña negra
B36.2	Piedra blanca
B36.3	Piedra negra
B36.9	Micosis superficial, sin otra especificación
B37	Candidiasis
B37.0	Estomatitis candidiásica

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIAP 2 Clasificación Internacional de la Atención Primaria - WONCA
S74	Dermatomycosis
S75	Candidiasis/moniliasis de la piel

DEFINICIONES

MICOSIS CUTÁNEAS

Lesiones producidas por dermatofitos o levaduras que comprometen piel, mucosas y uñas.

TIÑA CAPITIS

Las tiñas pueden ser inflamatorias o no inflamatorias. Se caracterizan por:

- Placas únicas
- Delimitadas
- Redondeadas
- Pruriginosas

- Descamativas
- Pelos cortados al mismo nivel (signo de la pradera segada)
- Pelos en signo de admiración.

TIÑA CORPORIS

La tiña corporis parasita las capas superiores de la epidermis, es más frecuente en clima cálido y húmedo, prefiere adolescentes y es más frecuente y algo diferente en pacientes HIV positivos.

Clínica

Placa única ó múltiple en tronco y extremidades, aislada o confluyente, con crecimiento centrífugo rápido y zona de resolución central.

El borde, el signo más destacado, es arciforme o policíclico, eritematoso, discretamente levantado y contiene microvesículas, costras o pústulas y un fino collarite interno descamativo.

El prurito es un síntoma habitual, pero puede faltar.

TIÑA PEDIS

- Descamación plantar
- Fisuras
- Maceración, sobre todo interdigital
- Vesicopústulas
- Prurito.
- Lesiones arciformes en los bordes de los pies.

TIÑA UNGEUM

- Hiperqueratosis subungueal
- Onicolisis (despegamiento del borde distal del plato ungueal)
- Cambio de coloración
- Fisuras longitudinales ocasionales
- Evolución larga
- Lesiones asintomáticas

TIÑA VERSICOLOR

Clínica

Máculas o parches localizados generalmente en tronco y extremidades, bien delimitados, finamente descamativos (descamación furfurácea-signo de la uñada).

CANDIDIASIS

El género *Candida* causa afectaciones cutáneo-mucosas muy variadas que se expresan de acuerdo a la edad del paciente y a la localización de las lesiones.

Adquiridas:

- **Orofaringeas:** el **perleche**, que aparece como granos de algodón adheridos a la mucosa oral, y la **glositis** candidiásica son las más frecuentes. Una variedad, la glositis romboidal mediana, ha sido atribuida a la *C. albicans*. Se asocia a pobre higiene y uso de antibióticos e inmunodepresores. El perleche en adolescentes y adultos sugiere fuertemente la posibilidad de inmunodepresión por VIH.
- **Cutáneas:**
 - Dermatitis “del pañal”: se presenta en niños con colonización candidiásica muy alta en el tracto gastrointestinal.
 - Intertrigos: lesiones características y muy comunes a toda edad, se localizan en pliegues, son eritematosas, brillantes, causan escozor, ardor y ocasionalmente fisuras, y tienen bordes difusos.
 - Miliares: raras en adultos, presentan múltiples pápulas eritematosas monomorfas con collarite descamativo; avanzan en sentido centrífugo a partir de los pliegues.
- **Genitales:**
 - Balanitis del surco balano-prepucial, con las mismas características de los intertrigos.
 - Vulvovaginitis que generan secreción abundante, blanca, inodora, con eritema y prurito en labios mayores. Son frecuentes durante el embarazo o por ingestión de anticonceptivos y antibióticos.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Dermatofitos:

- El paciente no deberá bañarse ni ponerse lociones o talco antes del examen.
- Examen directo (KOH) de las lesiones clínicas representativas:
 - Piel: borde de las lesiones.
 - Pelo: raíz del folículo piloso y del tallo.
 - Uñas: bordes distal, lateral y proximal.
- El cultivo en medio de Sabouraud o DTM identifica la especie con seguridad.

Tiña versicolor:

- El diagnóstico es básicamente clínico.
- La luz de Wood es útil ya que las lesiones se ven de color amarillo intenso con la fluorescencia.
- KOH es suficiente para la identificación del agente causal.
- Cultivo habitualmente es negativo.

Candida:

- KOH: en lesiones recientes
- Cultivo en agar Sabouraud.

TRATAMIENTO

Tiña capitis:

- Primera elección: Terbinafina 250 mg VO una vez al día, durante 4 semanas.
Cuando el agente causal es el *T. tonsurans* o el *M. canis* el tratamiento debe ser de 4 a 8 semanas.
- Alternativa: Itraconazol 3–5 mg/kg/d durante 30 días, o Fluconazol 8 mg/kg/d semanal durante 8 a 12 semanas.

Tiña corporis, inguinal o pedis:

- Primera elección: Terbinafina tópica dos veces al día durante 2–3 semanas.
- Alternativa: Terbinafina 250 mg VO una vez al día durante dos semanas, o Fluconazol 150 mg VO semanal durante 2–4 semanas.

Tiña unguium:

Antes de iniciar el tratamiento realizar KOH, cultivo y perfil hepático

- Uñas de los dedos de las manos:
 - Terbinafina 250 mg vía oral una vez al día, durante 6 semanas, o
 - Itraconazol 200 mg VO dos veces al día durante 7 días y descanso por 21 días, durante 3 meses, o
 - Fluconazol: 150 a 300 mg VO semanalmente durante 3 a 6 meses.
- Uñas de los dedos de los pies:
 - Terbinafina 250 mg vía oral una vez al día, durante 12 semanas, o
 - Itraconazol 200 mg VO una vez al día durante 3 meses, o
 - Fluconazol: 150 a 300 mg VO semanalmente durante 6 a 12 meses.

Tiña versicolor:

- Fluconazol: 400 mg VO una vez, o
- Itraconazol: 400 mg VO durante 3 a 7 días.

Candidiasis cutánea:

- Clotrimazol 2 a 3 veces al día durante 14 días.

Muguet: enjuagues bucales con solución de bicarbonato

- Primera elección: Fluconazol 200 mg VO dosis única o 100 mg VO una vez al día durante 4 a 14 días; o Itraconazol 200 mg VO una vez al día durante 7 días.
- Alternativa: Nistatina 400.000- 600.000 unidades (enjuagar y tragar), cuatro veces al día, hasta tres días después de la resolución clínica.

Para el uso de medicamentos del grupo de los imidazoles y alilaminas se debe realizar control basal de hemograma completo y función hepática. Cada 6 semanas evaluar función hepática. Dependiendo del cuadro clínico el tratamiento debe ser tópico o sistémico.

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA**Nivel I:**

- Promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento:
 - Tiña capitis, corporis, inguinal o pedis
 - Tiña versicolor
 - Tiña cutánea
 - Muguet

Niveles II o III

- Tiña ungueum

PIODERMITIS

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10 Clasificación Internacional de Enfermedades - OMS
L303	Dermatitis infecciosa

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIAP 2 Clasificación Internacional de la Atención Primaria - WONCA
S76	Otras infecciones de la piel

DEFINICIÓN

PIODERMITIS/ IMPÉTIGO	Infección vesículo-pustular localizada frecuentemente en la cara, tronco, periné y miembros, producida por estreptococo o estafilococo. Afecta principalmente a lactantes y preescolares.
----------------------------------	---

TRATAMIENTO

La piel debe ser lavada con agua y jabón.

- Penicilina benzatínica. Dosis:
 - Menores de 6 años: 600.000 UI
 - Niños mayores de 6 años y adolescentes:
1 ' 200.000 UI
 - Adultos: 1 ' 200.000 a 2 ' 400.000 UI
- Dicloxacilina: 250-500 mg c/6 horas por 7 a 10 días,
o
- Cefalexina: 250-500 mg c/8 horas por 7 a 10 días
- Eritromicina: en pacientes alérgicos a la penicilina
500 mg. VO, cuatro veces al día.

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Nivel I

Promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento de patologías no complicadas.

Niveles II y III

Tratamiento de complicaciones.

Problemas traumatológicos

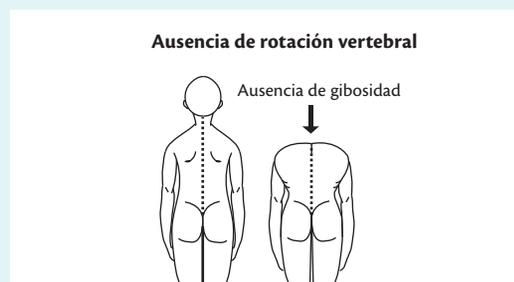
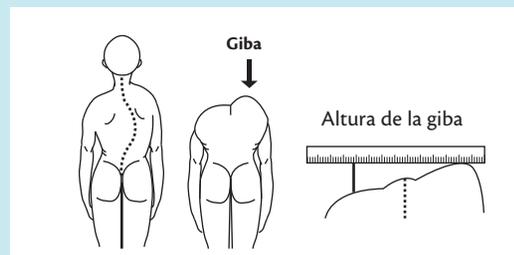
ESCOLIOSIS

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10 Clasificación Internacional de Enfermedades - OMS
M41	Escoliosis
M411	Escoliosis idiopática juvenil
M412	Otras escoliosis idiopáticas
M413	Escoliosis toracogénica
M414	Escoliosis neuromuscular
M415	Otras escoliosis secundarias
M418	Otras formas de escoliosis
M419	Escoliosis, no especificada

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIAP 2 Clasificación Internacional de la Atención Primaria - WONCA
L02	Signos y síntomas de la espalda
L03	Signos y síntomas lumbares
L04	Signos y síntomas torácicos

DEFINICIONES

ESCOLIOSIS (Imagen 20, Herramienta # 22, Caja de Herramientas)	Desviación de la columna vertebral en el plano frontal que se acompaña de rotación y alteración estructural de los cuerpos vertebrales.
ESCOLIOSIS ESTRUCTURADA	Desviación lateral de la columna que se caracteriza por cambios permanentes y definitivos cuando el tratamiento no ha sido instaurado oportunamente
ESCOLIOSIS NO ESTRUCTURADA (postural)	Desviación lateral de la columna que no se origina en ella, sino en otras áreas. Una vez que la causa se corrige, la escoliosis desaparece.



CLASIFICACIÓN

a. No estructurada o postural

b. Estructurada:

- **Idiopáticas:** de causa desconocida. Se atribuyen a una alteración muscular.
 - Infantil: antes de los 3 años
 - Juvenil: entre los 3 y 8-10 años.
 - Adolescente: aparecen entre los 8 y 14 años. Es el tipo más frecuente.
- **Congénitas:** por malformación congénita del cuerpo vertebral: hemivértebra, barras, mixtas.
- **Neuromusculares:** secundarias a poliomielitis, neurofibromatosis, etc.
- **Otras:** postraumática (fracturas), tuberculosis vertebral, etc.

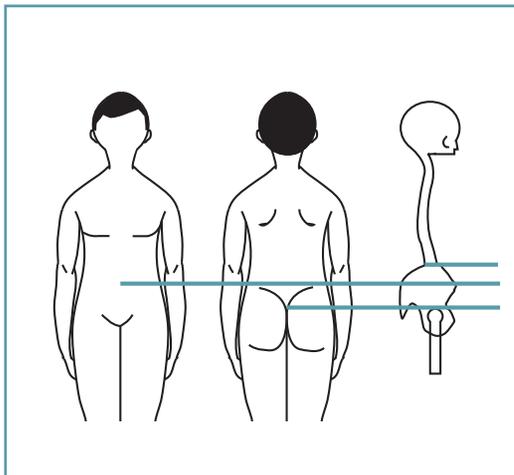
DIAGNÓSTICO

Anamnesis:

Averiguar cuándo apareció, síntomas asociados (problemas neurológicos) e historia familiar de escoliosis.

Examen físico:

- Evaluar talla y grado de maduración sexual.
- Examen neurológico completo, sin olvidar evaluar la marcha.
- En bipedestación: buscar asimetría de cervicales, desnivel en la altura de hombros y pelvis, asimetría del triángulo en flancos, asimetría de escápulas, asimetría de altura en las crestas ilíacas
- En decúbito: descartar disimetría de las extremidades inferiores. Manteniendo la pelvis simétrica, medir longitud desde la espina ilíaca antero-superior hasta el maléolo interno.



Otros exámenes que evidencian la asimetría y la presencia de giba son:

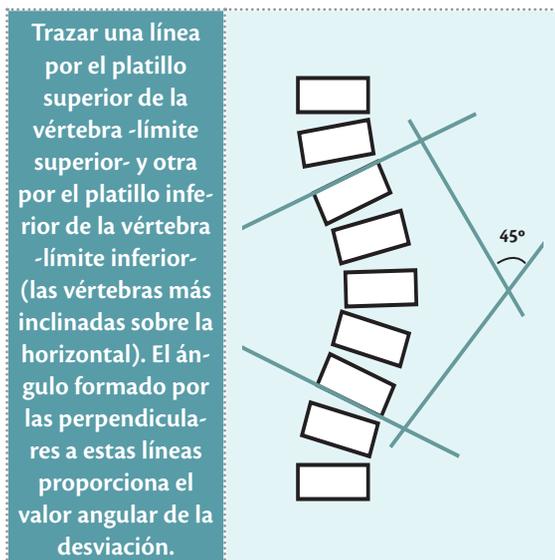
- **Maniobra de la plomada:** positiva al no coincidir la línea entre C7 y el pliegue glúteo.
- **Adams:** Evidencia giba dorsal
- **Longitud de miembros:** una diferencia mayor a 0,5 cm produce curva hacia el lado descendido de la pelvis

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Radiología:

- Radiografía de columna vertebral total AP y L sin calzado (de pie). La proyección anteroposterior permite medir la angulación de todas las curvas para evaluar el grado de compensación y valorar la rotación vertebral. La radiografía lateral permite descartar otras lesiones, como la enfermedad de Scheuermann y espondilolistesis, además de evaluar la cifosis dorsal.
- Determinar el valor angular de la curva por el método de Cobb:

Para medir el ángulo hay que:



- **Normal:** menos de 10°.
- **Leve:** 10 a 25°.
- **Moderada:** 25 a 45°.
- **Avanzada:** Curva mayor de 45°.

TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN

- **Leve:** Raramente sintomática, tiene buen pronóstico. Conducta expectante si no hay progresión de la curva. Se debe controlar cada 4 meses en forma

clínica y tomar radiografías AP y L de pie cada 6 meses. Referir a niveles II y III a la menor sospecha de progresión de la curva o si ésta tiene un ángulo mayor de 15°. Las curvaturas menores a 20 grados sólo ameritan ejercicio y observación.

- **Moderada:** Poco sintomática, pero con notoria deformidad. Referir a niveles II y III para tratamiento ortopédico.
- **Avanzada:** Curva mayor de 45°. Referir a nivel III para tratamiento quirúrgico.

Un adolescente en período de máximo crecimiento con una curva de 10° debe evaluarse con radiografía cada 3 meses para observar la proyección de la curva. Por otro lado, una escoliosis de 45° con importante gibosidad en un niño todavía inmaduro, que tiene gran desequilibrio, puede necesitar cirugía, especialmente si han progresado las curvas a pesar del tratamiento ortopédico (corsé).

PRONÓSTICO

La gravedad de la escoliosis está dada por el riesgo de aumento a medida que el individuo crece; por lo tanto, la pubertad es un período crítico, durante el cual es crucial vigilar el “avance” del trastorno a lo largo de

todo el proceso de maduración ósea y, sobre todo, en los primeros 8 cm. del estirón puberal.

PREVENCIÓN

- Pesquisa precoz y estudio radiológico cuando hay factores y antecedentes asociados, especialmente en preadolescentes y adolescentes mujeres.
- Educación en hábitos posturales y marcha.

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Nivel I

- Promoción, prevención y diagnóstico

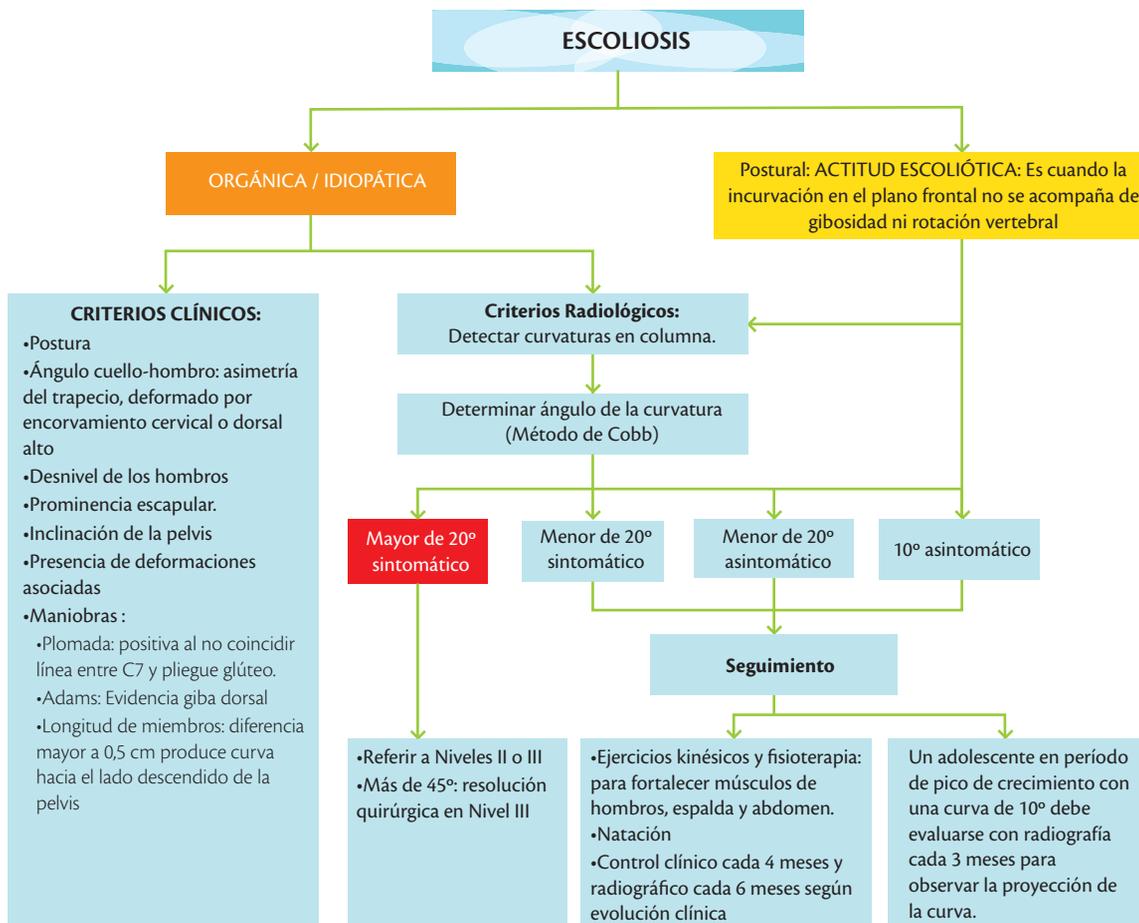
Niveles II y III

- Tratamiento de especialidad ortopédico
- El papel del corsé es evitar el aumento de las curvas pequeñas (< 40 grados) que no impliquen alteraciones funcionales o estéticas. Las curvaturas < 20 grados sólo ameritan ejercicio y observación.

Nivel III

- Tratamiento quirúrgico

Son tributarias de cirugía: las escoliosis congénitas, las idiopáticas avanzadas, progresivas o malignas (avanzan más de 1° por mes o 2° por cm. de talla) o aquellas en que fracasa el tratamiento ortopédico.



CIFOSIS

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10 Clasificación Internacional de Enfermedades - OMS
M40	Cifosis y lordosis
M400	Cifosis postural
M401	Otras cifosis secundarias
M402	Otras cifosis y las no especificadas

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIAP 2 Clasificación Internacional de la Atención Primaria – WONCA
L02	Signos y síntomas de la espalda
L04	Signos y síntomas torácicos

DEFINICIONES

CIFOSIS POSTURAL DEL ADOLESCENTE (Imagen 21, Herramienta # 22, Caja de Herramientas)	Curvatura hacia adelante en las vértebras de la parte superior de la espalda, semejante a una "joroba". Conocida como cifosis asténica, de dorso redondo o vicio postural.
ENFERMEDAD DE SCHEUERMANN (CIFOSIS PATOLÓGICA DEL ADOLESCENTE O HIPERCIFOSIS) (Imagen 22, Herramienta # 22, Caja de Herramientas)	Es una enfermedad donde las máximas fuerzas se ejercen sobre los segmentos anteriores de los cuerpos vertebrales. Se caracteriza por una cifosis rígida y acunamiento de los cuerpos vertebrales en al menos 5°, en un mínimo de tres vértebras adyacentes, en el período de crecimiento del joven.

CIFOSIS POSTURAL DEL ADOLESCENTE

Se pide al paciente que "arrugue" la espalda juntando las escápulas y llevando los hombros hacia atrás: si la cifosis torácica se corrige, se trata de un vicio postural.

Tratamiento

Correctores de postura o correctores de espalda.

ENFERMEDAD DE SCHEUERMANN (CIFOSIS PATOLÓGICA DEL ADOLESCENTE)

Su causa es desconocida. Las teorías acerca de su origen incluyen:

- Alteración de la osificación endocondral
- Disminución del tejido colágeno y aumento de los mucopolisacáridos
- Aumento de la hormona de crecimiento
- Osteoporosis.

Exploración clínica

Es importante saber si la curva es flexible o no; si al juntar las escápulas y llevar los hombros hacia atrás la cifosis torácica no se corrige se trata de la enfermedad de Scheuermann. También se puede valorar en posición sentada, que tiene las ventajas de suprimir la deformidad por disimetría del miembro inferior y de reducir las curvas anteroposteriores, lo que da una idea de la rigidez de la curva torácica. Es importante realizar siempre una evaluación neurológica para descartar otras condiciones, como la mielopatía compresiva.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Radiología: Radiografía de columna vertebral total AP y lateral sin calzado (de pie), y en una tercera proyección en decúbito supino con hiperextensión dorsal (lo que se logra colocando un rollo bajo el ápice de la curva).

La radiografía permite medir la angulación entre las vértebras que se encuentran más inclinadas. El valor medio del ángulo de la curva del raquis es de:

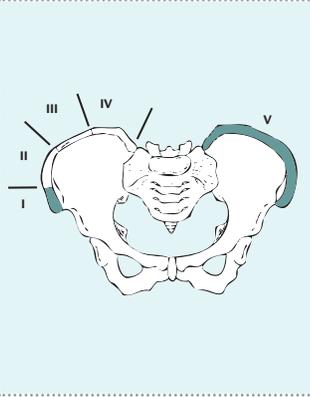
- Cifosis dorsal: 35°. Va de 20 a 45° (de T4 a T12)
- Lordosis lumbar: 45° (L1-L5)
- Inclinación del sacro: 40°

La radiografía permite también medir el acunamiento que presentan los cuerpos vertebrales y buscar otras alteraciones, como la espondilolistesis (presente en 10% de los pacientes), una escoliosis o una deformidad torácica (tórax excavado).

TRATAMIENTO

El adolescente con esqueleto inmaduro (Risser 1 a 3) y cifosis menor de 60° se trata sólo con ejercicios y controles clínicos y radiográficos periódicos.

Los grados de Risser, del 1 al 5, miden la osificación de las crestas ilíacas y orientan en la progresión de la maduración ósea. La radiografía en bipedestación anteroposterior y lateral adecuada debe incluir desde C2 a sacroilíacas, incluyendo ambas cabezas femorales.



REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Niveles I y II

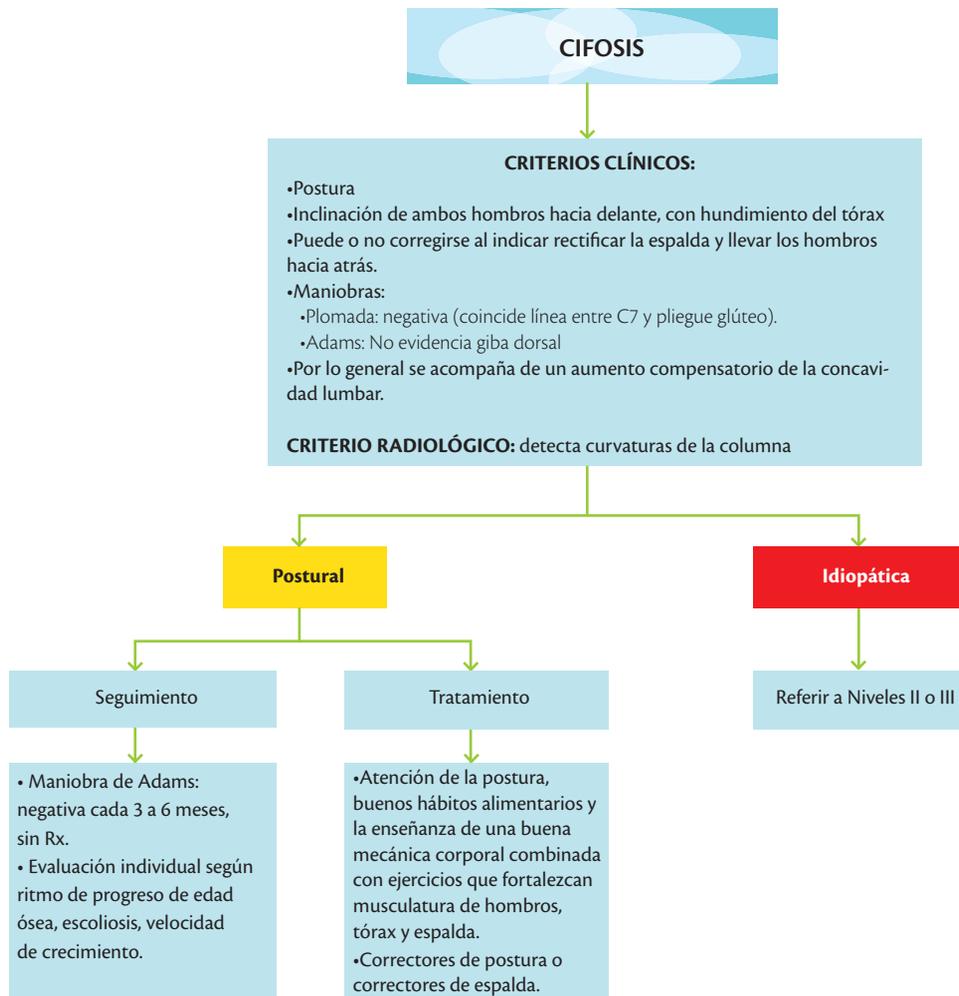
Promoción, prevención y diagnóstico

Nivel III

Tratamiento de especialidad quirúrgico

Se debe plantear en adolescentes con curvas mayores de 80°, en quienes el tratamiento conservador ha fallado.

Si hay curvas mayores de 60°, se refieren a Niveles II y III para uso de corsé por 23 horas al día (habitualmente corsé de Milwaukee)



PATOLOGÍA DE CADERA

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10 Clasificación Internacional de Enfermedades - OMS
M930	Deslizamiento de la epífisis femoral superior (no traumático)

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIAP 2 Clasificación Internacional de la Atención Primaria - WONCA
L13	Signos y síntomas de la cadera

DEFINICIONES

EPIFISIOLISIS DE LA CABEZA FEMORAL	Es el desplazamiento del cuello femoral hacia delante y proximal (arriba) mientras la cabeza permanece en su lugar en el cótilo. En la radiografía aparece el desplazamiento del núcleo epifisiario en relación con el cuello femoral, hacia abajo y sobre todo hacia atrás (A, B o C). Más temprano y frecuente en varones (relación 2,5:1), obesos (en 77%), de etnia negra y sedentarios. Puede ser bilateral en 25 al 80%.
---	--

CLASIFICACIÓN

- **Aguda:** dolor sordo en rodilla de hasta tres semanas de evolución, luego de trauma de pequeña energía.
- **Crónica:** dolor de más de tres semanas, insidioso, vago, en muslo y rodilla. En la radiografía se observan signos de deslizamiento antiguo (consolidación en la parte inferior del cuello).
- **Aguda en un curso crónico:** se produce un deslizamiento agudo con dolor repentinamente intenso en una epifisiolisis crónica que tenía dolor leve, por trauma de diferente magnitud. El tratamiento corrige el componente agudo del desplazamiento, pero no el crónico.

DIAGNÓSTICO

Dolor en la cadera, región inguinal, gónada o cara interna de la rodilla ipsilateral, que cede con el reposo y reaparece con la actividad. Si el desplazamiento es agudo (25% de casos) el dolor es muy intenso y no logra soportar peso. El desplazamiento gradual se asocia a dolor sordo y cojera.

Se observa una actitud viciosa en flexión, abducción, rotación externa, claudicación y marcha antiálgica. Puede haber un pequeño acortamiento de la extremidad y disminución de la movilidad de la cadera. Mientras mayor es el deslizamiento hay más dolor, complicaciones y dificultad para el tratamiento.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS:

Radiología

AP y Axial de cadera: debe tomarse en todo adolescente con dolor de rodilla vago para descartar epifisiolisis. La radiografía axial permite apreciar ligeros desplazamientos que a veces no se ven en la anteroposterior. La radiografía clasifica al trastorno en estadios:

- Estadio 1: sin desplazamiento. Algunas alteraciones del cartilago y de la metáfisis.
- Estadio 2: Desplazamiento hacia atrás del cuello en menos de un tercio
- Estadio 3: Desplazamiento superior al tercio
- Estadio 4: Desplazamiento de más de la mitad del diámetro o pérdida completa de contacto

TRATAMIENTO

Tratamiento quirúrgico

Debe ser realizado lo antes posible para detener la progresión del deslizamiento y fusionar la epífisis al cuello, lo que se logra habitualmente con un tornillo.

Pronóstico:

La epifisiolisis sin tratamiento termina por estabilizarse y consolidar, dejando una actitud viciosa que llevará a la osteoartrosis en el futuro. Una vez establecida, puede volver a desplazarse ante un trauma de magnitud variable.

Complicaciones:

Los malos resultados se asocian a necrosis avascular de la cabeza femoral y condrolisis y se deben frecuentemente a errores de técnica quirúrgica.

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Niveles I y II

Promoción, prevención y diagnóstico

Nivel III

Tratamiento de especialidad quirúrgico

PATOLOGÍA DE RODILLA

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10 Clasificación Internacional de Enfermedades - OMS
M22	Trastornos de la rótula

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIAP 2 Clasificación Internacional de la Atención Primaria - WONCA
L15	Signos y síntomas de la rodilla

DEFINICIONES

LUXACIÓN O SUBLUXACIÓN RECIDIVANTE DE RÓTULA (Imagen 23, Herramienta # 22, Caja de Herramientas)	Es la pérdida de la relación normal, total o parcial, entre la rótula y el fémur.
---	---

CLASIFICACIÓN

Congénita:

- Aplanamiento del cóndilo lateral del fémur
- Rótula alta
- Deformidad de la rótula
- Torsión lateral mayor del fémur
- Genu valgo exagerado
- Atrofia del vasto medial

Adquirida:

- Traumatismo deportivo con daño de cuádriceps o ligamentos

DIAGNÓSTICO

Examen físico: Habitualmente la rótula (patela) es alta e hipermóvil, especialmente hacia afuera, con dolor tolerable. Si la luxación o subluxación es reciente, hay dolor de magnitud variable.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Radiología:

Radiografía AP, lateral y axial de rodilla: Revelan desplazamiento lateral de la rótula, inclinaciones que llevan a formar ángulos diferentes entre las caras articulares de las rótulas y los cóndilos femorales, o genu valgo exagerado.

TRATAMIENTO

Conservador: antiinflamatorios no esteroideos (Ibuprofeno 400 mg VO cada 4–6 horas, máximo 2400 mg/día; 10 mg/Kg/dosis VO cada 6 a 8 h, máximo 40 mg/Kg/día), calor local y rehabilitación muscular.

Quirúrgico: referir al Nivel III.

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Niveles I y II

Promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento conservador.

Nivel III:

Tratamiento quirúrgico.

OSTEOCONDRIITIS DE LA TUBEROSIDAD ANTERIOR DE LA TIBIA O ENFERMEDAD DE OS-GOOD – SCHLATTER

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10 Clasificación Internacional de Enfermedades - OMS
M925	Osteocondrosis juvenil de la tibia y del peroné
M928	Otras osteocondrosis juveniles especificadas
M929	Osteocondrosis juvenil, no especificada

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIAP 2 Clasificación Internacional de la Atención Primaria - WONCA
L15	Signos y síntomas de la rodilla

DEFINICIONES

OSTEOCONDRIITIS o APOFISITIS TIBIAL ANTERIOR (Imagen 24, Herramienta # 22, Caja de Herramientas)	Dolor y engrosamiento inflamatorio de la cara anterior superior de la tibia, en el punto donde el hueso se une al tendón de la rótula (tendón rotuliano), es decir, en la espina tibial anterior.
--	---

DIAGNÓSTICO

Dolor en la cara anterior de la rodilla de inicio vago e intermitente, que se agrava al correr, saltar, subir y bajar escaleras y que disminuye con el reposo. Hay aumento de volumen de muy larga duración, inclusive permanente.

Examen físico:

Dolor a la palpación de la tuberosidad de la tibia, que se encuentra aumentada de volumen.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Radiografía AP y lateral de rodilla: puede ser normal o mostrar inflamación e inclusive daño de la espina tibial.

TRATAMIENTO

- Disminuir la actividad física según la intensidad de los síntomas.
- Colocar hielo local
- Compresión en el sitio con una cinta de soporte del tendón rotuliano por un período continuo de 3 a 4 semanas.
- En los casos más dolorosos y rebeldes se usa rodillera de yeso u ortopédica por tres a cuatro semanas, seguida de rehabilitación.
- De acuerdo al dolor y a los fenómenos inflamatorios se puede agregar antiinflamatorios: Ibuprofeno 400 mg VO cada 4–6 horas, máximo 2400 mg /día; 10 mg/Kg/dosis VO cada 6-8 h, máximo 40 mg/Kg/día.
- La sintomatología desaparece cuando la tuberosidad tibial se fusiona a los 14–16 años.
- Si no se resuelve, el dolor puede permanecer largo tiempo y generar un daño óseo permanente que imposibilita la actividad deportiva de los y las adolescentes.

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

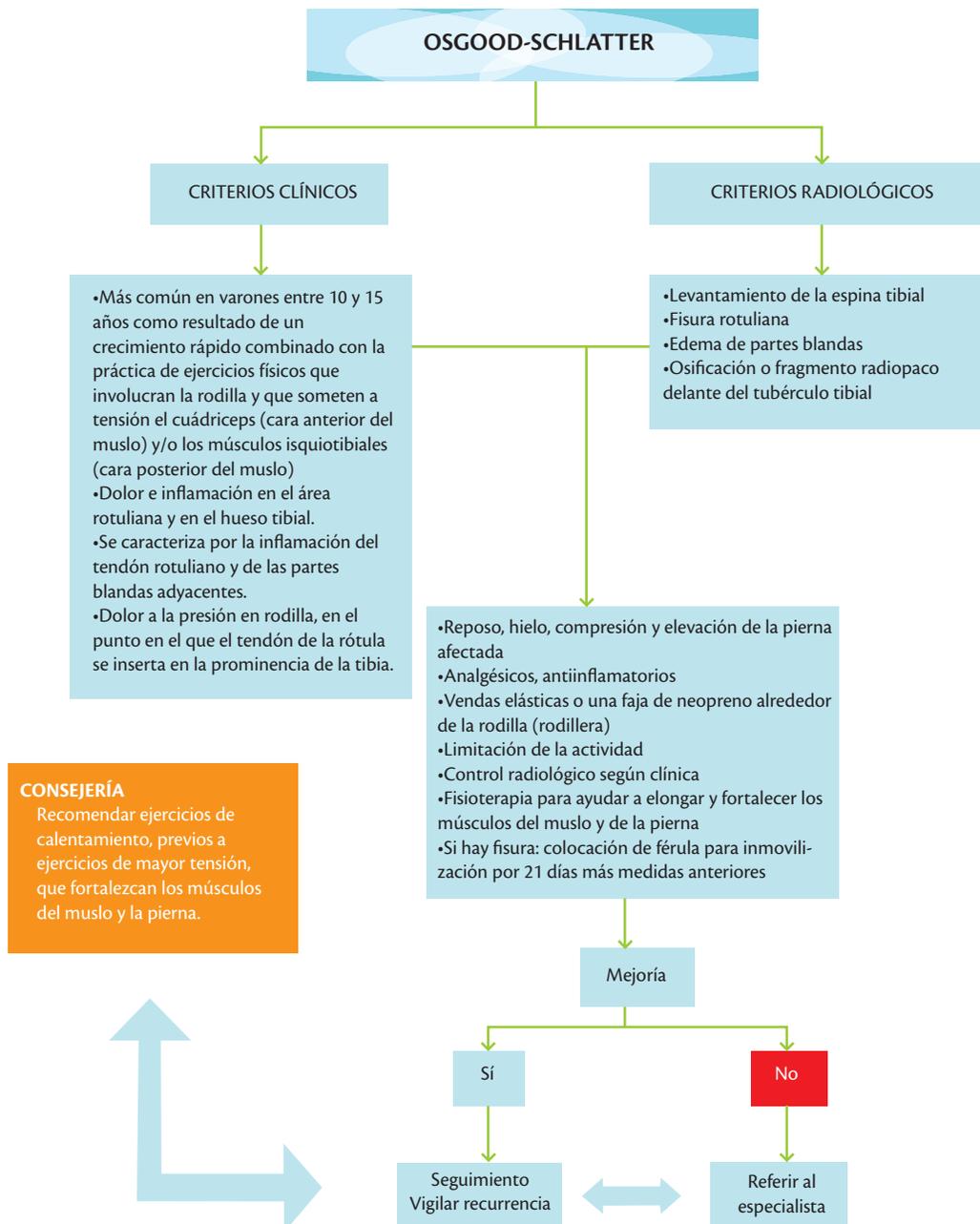
Niveles I y II

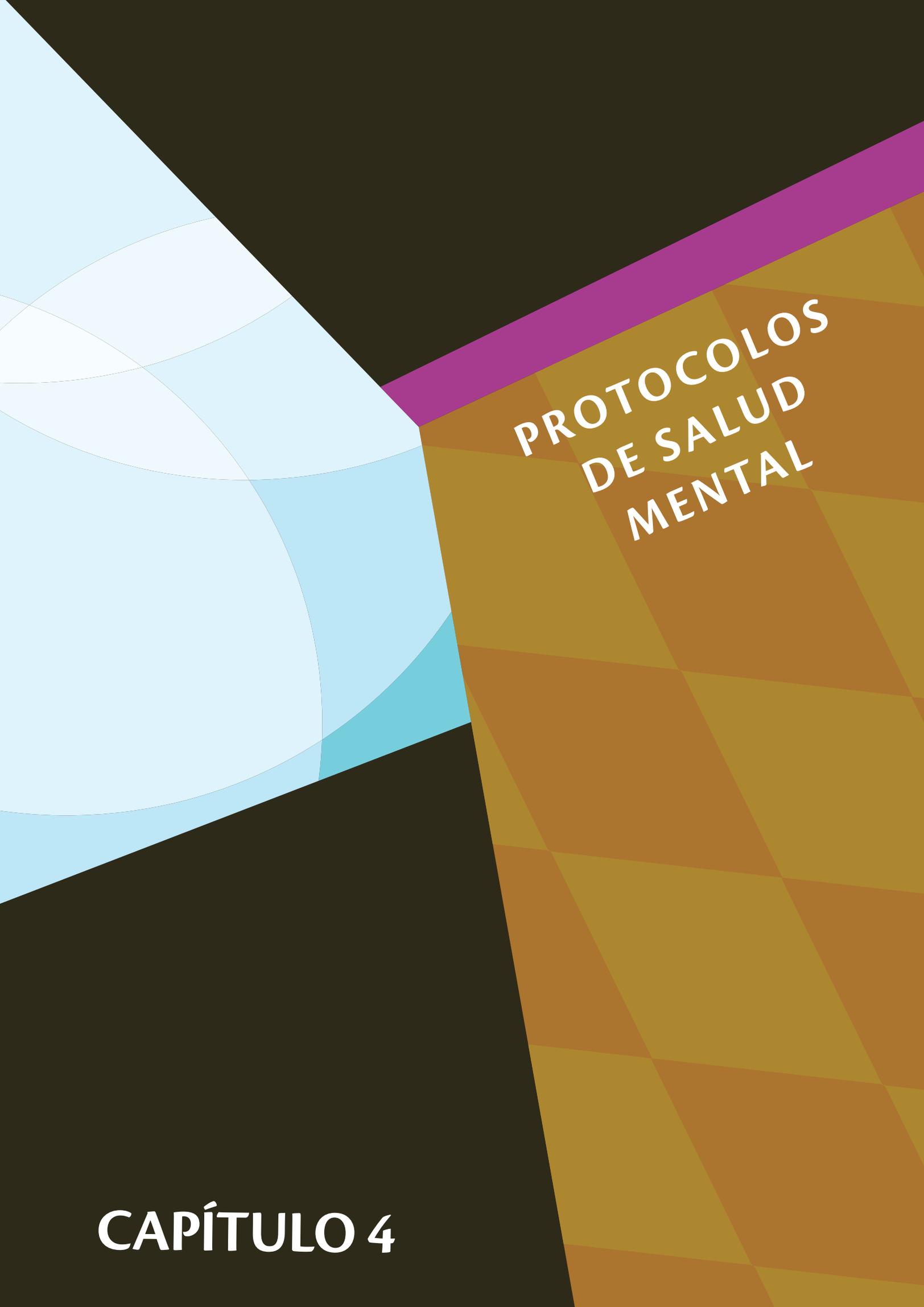
Promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento.

Nivel III

Tratamiento de especialidad en casos complicados.

ENFERMEDAD DE OSGOOD-SCHLATTER





**PROTOCOLOS
DE SALUD
MENTAL**

CAPÍTULO 4

Depresión

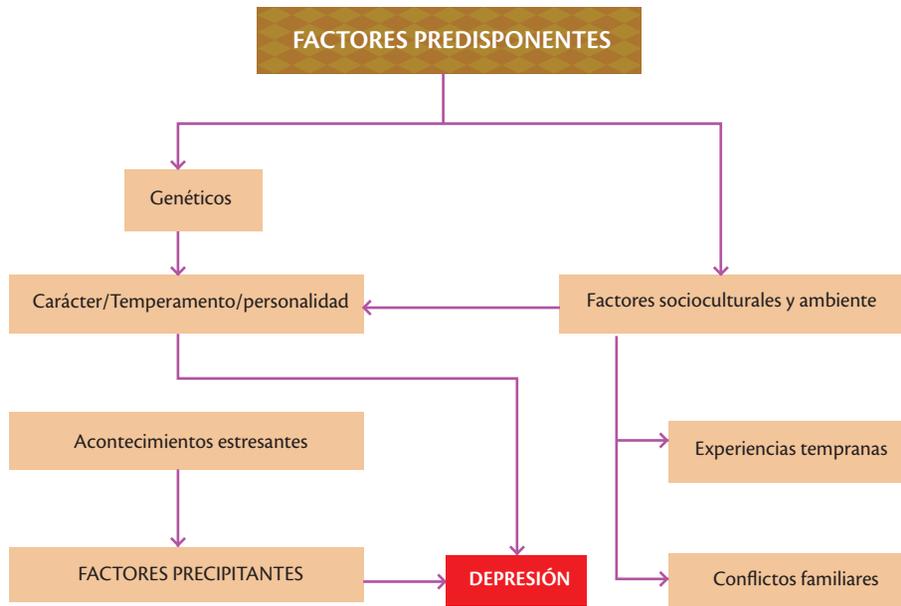
CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10 Clasificación Internacional de Enfermedades - OMS
F32	Episodio depresivo
F33	Trastorno depresivo recurrente
F34	Trastornos del humor (afectivos) persistentes

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIAP 2 Clasificación Internacional de la Atención Primaria - WONCA
P03	Sensaciones y sentimientos depresivos
P86	Depresión/trastornos depresivos
P98	Suicidio/intento de suicidio

DEFINICIONES

DEPRESIÓN	Alteración en el estado de ánimo, con reducción de la energía y disminución de la actividad.
TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR (TDM)	Presencia de un estado de ánimo depresivo y/o irritable, o una disminución del interés o de la capacidad para el placer, que está presente la mayor parte del día durante las dos últimas semanas, y que se acompaña de síntomas que deben ser lo suficientemente importantes como para provocar malestar significativo o deterioro académico, social y eventualmente laboral en el/la adolescente, sin que sean atribuibles a abuso de sustancias psicoactivas o a trastorno mental orgánico.
TRASTORNO DISTÍMICO	Es una alteración crónica del ánimo que dura varios años, cuyos episodios no son lo suficientemente prolongados para justificar el diagnóstico de un trastorno depresivo.
TRASTORNO ADAPTATIVO	Se caracteriza por una reacción de desajuste (desadaptación) con síntomas emocionales y/o comportamentales en respuesta a uno o más estresores psicosociales identificables.

DEPRESIÓN



DIAGNÓSTICO

TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR

a. Criterios generales:

- Debe durar al menos 2 semanas.
- No es atribuible a abuso de sustancias psicoactivas o trastorno mental orgánico.

b. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

- Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos 2 semanas.
- Marcada pérdida de los intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras.
- Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

c. Además debe estar presente uno o más síntomas de la siguiente lista, para que la suma total sea al menos 4:

- Pérdida de confianza y estimación de sí mismo y sentimientos de inferioridad.
- Reproches desproporcionados hacia sí mismo y sentimientos de culpa excesiva e inadecuada.
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida.

- Quejas o disminución de la capacidad de concentrarse y de pensar, acompañadas de falta de decisión y vacilaciones.
 - Cambios de la actividad sicomotriz, con agitación o inhibición.
 - Alteraciones del sueño de cualquier tipo.
 - Cambios del apetito (disminución o aumento) con la correspondiente modificación del peso.
- #### d. Presencia o no de síndrome somático:
- Pérdida de interés o satisfacción por la actividad sexual y otras actividades placenteras.
 - Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta.
 - Insomnio (despertarse en la mañana 2 horas o más antes de lo habitual).
 - Empeoramiento matutino de humor depresivo.
 - Enlentecimiento o agitación motriz.
 - Pérdida marcada del apetito.
 - Pérdida de peso de al menos el 5% en el último mes.
 - Notable disminución del interés sexual.
 - Conductas de riesgo de tipo autoagresivo (no suicidas).
 - Bajo rendimiento escolar.
 - Aislamiento social.
 - Irritabilidad.
 - Conductas antisociales.
 - Consumo de sustancias.

Episodio depresivo leve:

- **Dos síntomas del Criterio B**
- Puede realizar sus actividades normales

Episodio depresivo moderado:

- **Dos síntomas del Criterio B**
- **Síntomas del criterio C (debe sumar en total 6 síntomas)**
- Tiene grandes dificultades para realizar sus actividades normales

Episodio depresivo grave:

- **Tres síntomas del Criterio B**
- **Síntomas del criterio C (debe sumar en total 8 síntomas)**
- No puede realizar su actividad normal por síntomas intensos de angustia, pérdida de la autoestima, culpa e inutilidad; son frecuentes las ideas suicidas y hay síntomas somáticos importantes. Pueden aparecer síntomas psicóticos como alucinaciones o delirios. Incluye los episodios depresivos bipolares y las depresiones refractarias al tratamiento.

VARIANTES CLÍNICAS DEL EPISODIO DEPRESIVO MAYOR (EDM) CON NECESIDADES ESPECIALES:

Depresión psicótica o EDM asociado con alucinaciones o ideas delirantes congruentes o no congruentes con el humor:

- Poco frecuente en adolescentes. Los niños manifiestan más alucinaciones.
- Aparece en el 30% de los EDM.
- Se asocia con mayor gravedad, mayor morbilidad a largo plazo y peor respuesta a monoterapia antidepressiva y a placebo.

Depresión bipolar

Depresión atípica (importante porque en adultos es claramente diferenciable del TDM):

- Poco estudiada en niños, ya que es más frecuente en la adolescencia.
- Cursa con letargia, hipersomnia y exceso de apetencia de hidratos de carbono.

Trastorno afectivo estacional:

- Se solapa con el calendario escolar.
- Inicia en adolescencia, en regiones con clara diferenciación estacional.
- Semejante a la atípica pero con curso más "episódico".

Depresión resistente: estado depresivo que no mejora a pesar de dos ensayos terapéuticos bien realizados

y con dos tipos diferentes de antidepressivos.

TRASTORNO DISTÍMICO

- a. Período de al menos 2 años de humor depresivo constante, o constantemente recurrente. Los períodos intermedios de ánimo normal raramente duran más que pocas semanas y no hay episodios de hipomanía.
- b. Ninguno o muy pocos episodios individuales, cuando los hay. Debe ser lo suficientemente severo para cumplir los criterios de un trastorno depresivo recurrente leve.
- c. Por lo menos 3 de los síntomas siguientes en algunos de los períodos de depresión:
 - Disminución de la energía o de la actividad.
 - Insomnio.
 - Pérdida de la confianza en sí mismo o sentimientos de inseguridad
 - Dificultad para concentrarse.
 - Llanto fácil.
 - Pérdida de interés o satisfacción por la actividad sexual y otras actividades placenteras.
 - Sentimiento de desesperanza o desesperación.
 - Percepción de incapacidad para enfrentar las responsabilidades habituales.
 - Pesimismo sobre el futuro o cavilaciones sobre el pasado.
 - Aislamiento social.
 - Disminución de la locuacidad.

TRASTORNO ADAPTATIVO

- a. Aparición de síntomas emocionales o comportamentales en respuesta a un estresante identificable, dentro de los 3 meses siguientes a la presencia del factor estresante.
- b. Estos síntomas o comportamientos se expresan clínicamente con:
 - Malestar mayor de lo esperable en respuesta al estresante.
 - Deterioro significativo de la actividad social, laboral o académica.
- c. La alteración relacionada con el estrés no cumple los criterios para otro trastorno específico y no constituye una simple exacerbación de un trastorno preexistente.
- d. Los síntomas no corresponden a una reacción de duelo.
- e. Una vez ha cesado el estresante (o sus consecuencias) los síntomas no persisten más de 6 meses.

TIPOS

- Agudo: si la alteración dura menos de 6 meses.
- Crónico: si la alteración dura 6 meses o más.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- No se necesita ningún examen
- Se recomienda el uso de las escalas de depresión y ansiedad de Hamilton, Montgomery, Zung (Herramienta # 23, Caja de Herramientas).

TRATAMIENTO

TRASTORNO DEPRESIVO MAYOR Y DISTIMIA

- No es posible establecer un protocolo terapéutico para los TD ni los TD-Mayores.
- Las sicoterapias cognitivo-conductuales y la sicoterapia interpersonal pueden ser de utilidad.

CONSEJERÍA PARA LOS Y LAS ADOLESCENTES EN LOS NIVELES I Y II DE ATENCIÓN

- Motivar al adolescente a pertenecer y permanecer en grupos de adolescentes.
- Motivarlo a realizar actividades físicas y comunitarias.
- Orientarlo en la formulación de proyectos de vida.
- Brindar orientación familiar para mejorar la comunicación y las relaciones dentro de la misma.
- Destacar la importancia de la terapia de apoyo individual y familiar.
- Incentivar el cumplimiento del tratamiento médico.

En prevención:

- Accesibilidad: ofrecer disponibilidad para intervenciones en crisis.
- Garantizar una adecuada empatía y permitir expresión de conflictos. Este apartado incluye la escucha del niño o adolescente y el consejo a familiares sobre actuación más adecuada en supervisión y retiro de medicamentos u objetos potencialmente peligrosos.
- Derivar para valoración especializada si hay riesgo, obteniendo la cita en el menor tiempo posible con el especialista de la zona.
- Hacer un seguimiento del caso en lo referente a la adherencia y continuidad del tratamiento y valorar el apoyo familiar y social con que cuenta.

TRASTORNO ADAPTATIVO

- Remoción del factor estresante, de ser posible.
- La intervención debe ser focal, confidencial y, según el caso, breve, tanto con el adolescente como con su entorno; no debería extenderse más de dos meses.

Manejo individual:

- Ponderar las dificultades del adolescente para hacer frente al estrés.
- Evaluar sus capacidades personales (nivel de desarrollo cognitivo y emocional, recursos y mecanismos de defensa).
- Apoyo y seguridad que facilite la expresión emocional y enfatice las significaciones del factor estresante.
- Estrategias dirigidas a la solución de problemas.
- Sicoterapia expresiva (de apoyo).

Manejo familiar:

- Funcionalidad de la familia.
- Violencia o psicopatología en los miembros (abuso de sustancias, alcoholismo, trastornos disociales y afectivos).
- Evaluar el estilo de crianza, grado de dependencia e iniciativa del joven.
- Capacidad de enfrentar las dificultades y la fortaleza del vínculo.
- Enfatizar la necesidad de comprensión, respeto de derechos y soporte para el adolescente por su familia.
- Puede indicarse terapia familiar.

SIGNOS Y SÍNTOMAS DE DETECCIÓN Y/O DERIVACIÓN

Los síntomas de detección giran alrededor del síntoma depresión (entendido como tristeza patológica; es decir, excesiva en intensidad y en duración, que no se puede entender por el contexto social en que aparece y que incapacita a niños, niñas y adolescentes para desarrollar las tareas habituales). La presencia de ideación suicida (sea esta ideación más o menos estructurada y se acompañe o no de planes específicos) y de puntuaciones altas en escalas generales de valoración aplicadas en la escuela o en grupos poblacionales específicos, son otros síntomas de detección. Algunas características específicas que pueden ser tenidas en cuenta son:

En niños/as	Síntomas de ansiedad (fobias, ansiedad de separación), quejas somáticas y trastornos de la conducta (irritabilidad episódica, rabietas, etc.). Menos delirios y conductas suicidas que en los mayores.
En adolescentes	Trastornos del sueño y del apetito, ideas delirantes, pensamientos y actos suicidas. Problemas de conducta y menos síntomas neurovegetativos, comparados con los adultos.
En distimia	Cambios del humor más persistentes pero menos intensos que los del trastorno depresivo mayor. Marcado deterioro sicosocial. Durante el último año ha habido irritabilidad o humor depresivo durante la mayor parte del día y durante la mayor parte de los días. Alteraciones del sueño, apetito, concentración, autoestima, así como desesperanza y pérdida de energía y de la capacidad de tomar decisiones.

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

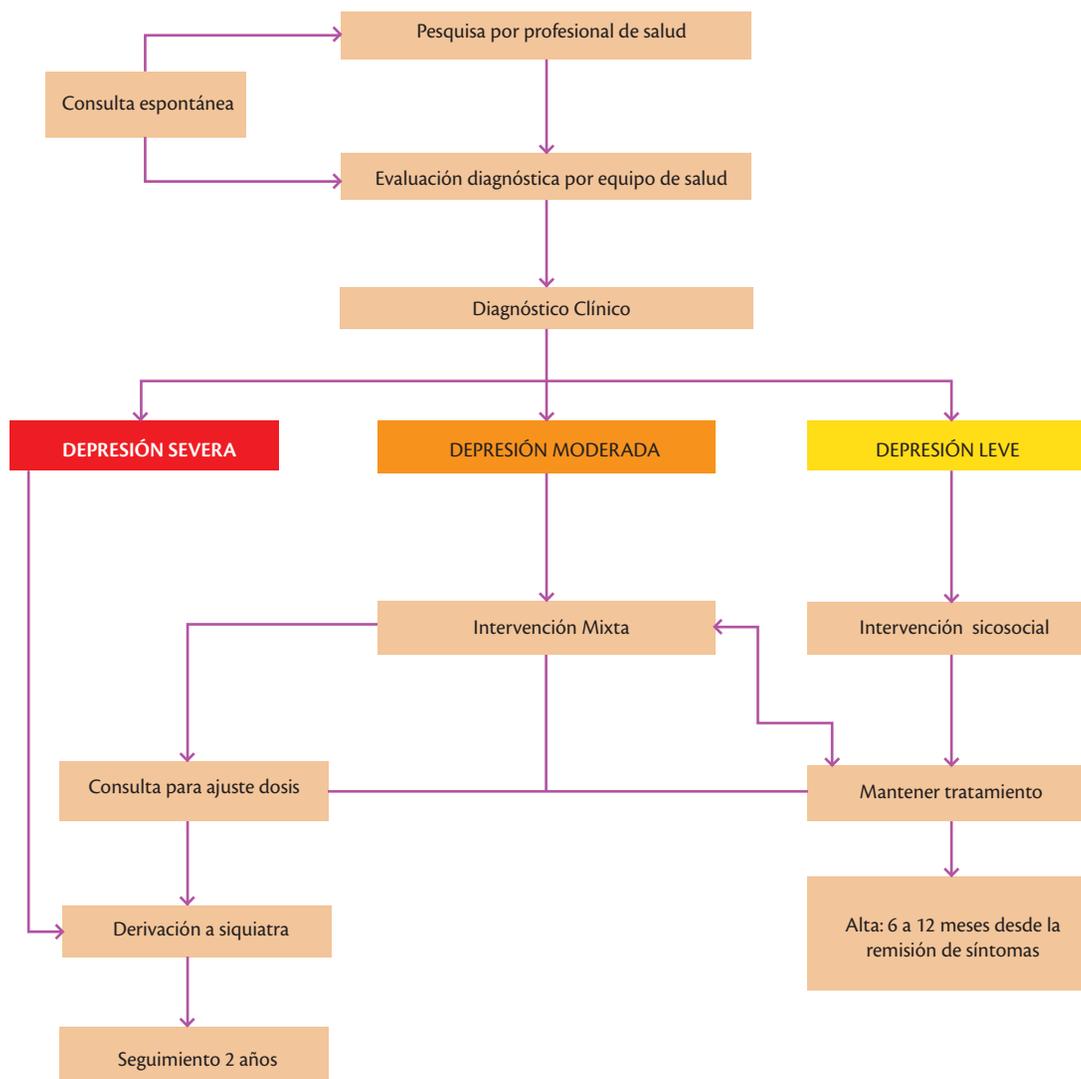
Niveles I y II

- Promoción, prevención
- Sospecha diagnóstica.
- Intervención sicosocial.
- Terapia individual y familiar.

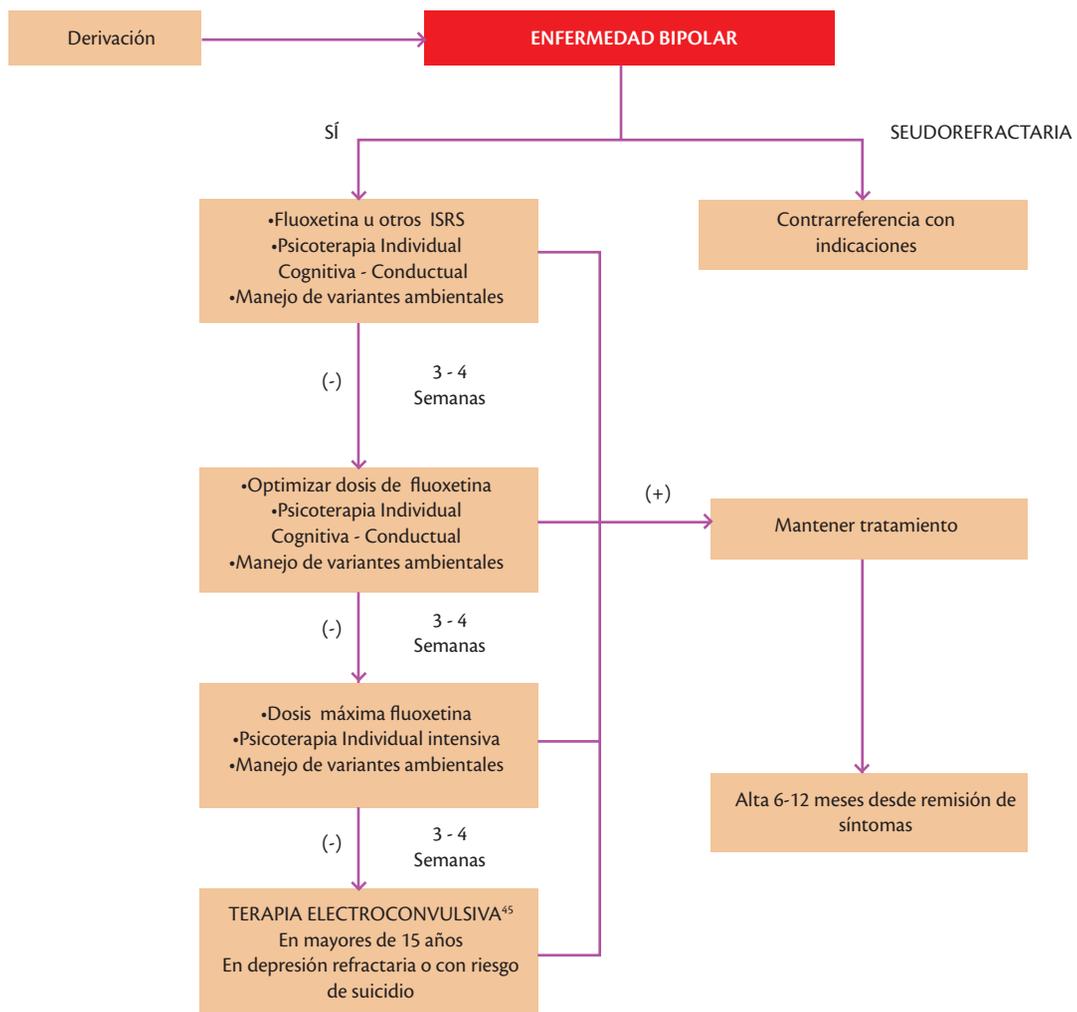
Nivel III

- Tratamiento de especialidad.
- Tratamiento farmacológico.
- Contrarreferencia.

TRATAMIENTO DE ADOLESCENTES CON DEPRESIÓN LEVE Y MODERADA

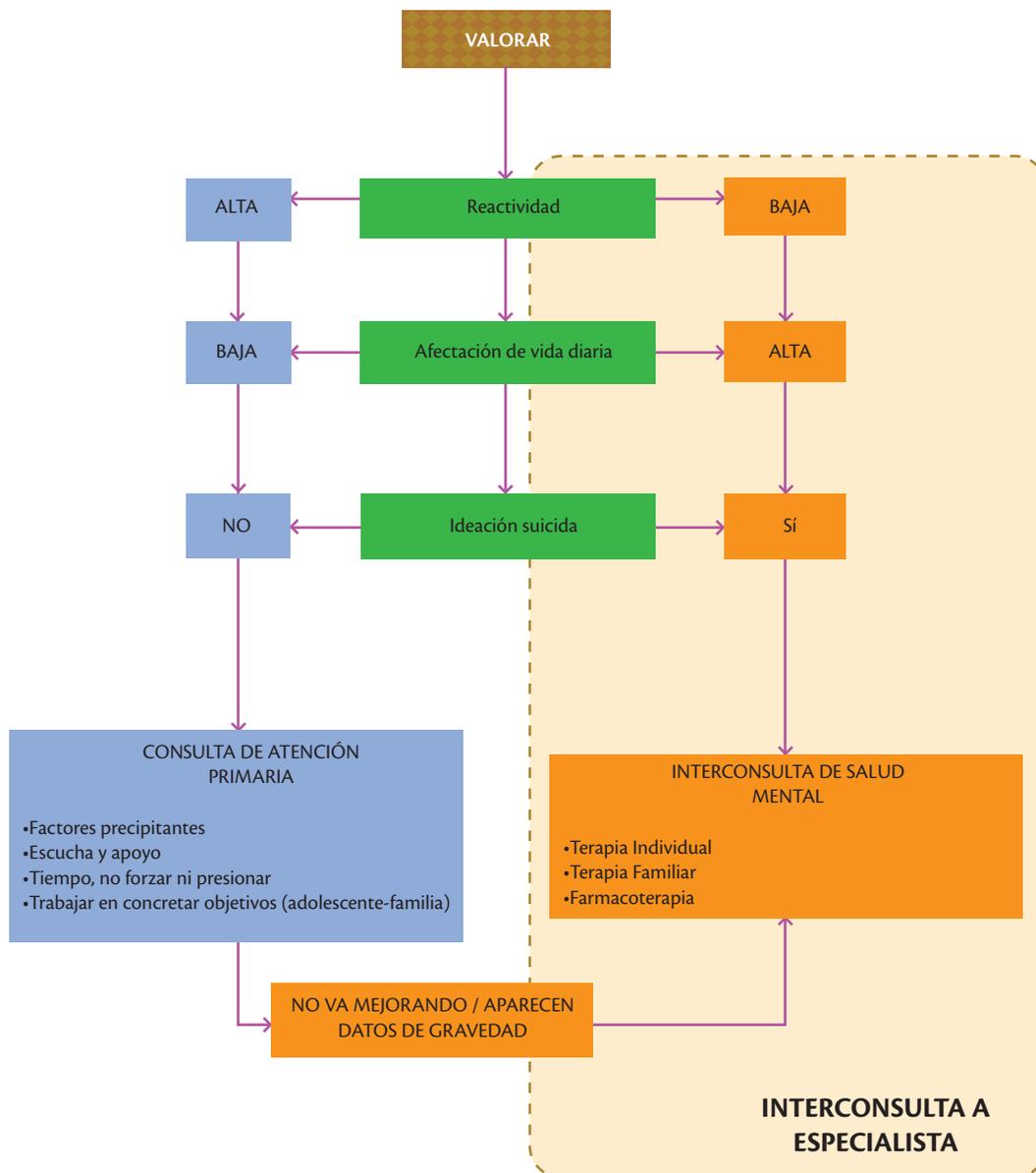


TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE ADOLESCENTES CON DEPRESIÓN SEVERA O REFRACTARIA A TRATAMIENTO



45 Ministerio de Salud de Chile. Guía Clínica para el tratamiento de personas con depresión. 2006. Disponible en: www.minsal.cl/ici/guiasclinicas/Depresion.pdf.

DEPRESIÓN



Consumo de sustancias⁴⁶

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10 Clasificación Internacional de Enfermedades – OMS
F10	Trastornos mentales y de comportamiento por uso de alcohol
F11	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos
F12	Trastornos mentales y de comportamiento debidos al uso de cannabinoides
F13	Trastornos mentales y de comportamiento debidos al uso de sedantes o hipnóticos
F14	Trastornos mentales y de comportamiento debidos al uso de cocaína
F15	Trastornos mentales y de comportamiento por el uso de otros estimulantes, incluida cafeína
F16	Trastornos mentales y de comportamiento debido al uso de alucinógenos
F17	Trastornos mentales y de comportamiento debidos al uso de tabaco
F18	Trastornos mentales y de comportamiento debidos al uso de disolventes volátiles
F19	Trastornos mentales y de comportamiento debidos al uso de múltiples drogas y al uso de otras sustancias psicoactivas
F10.2	Trastornos mentales y de comportamiento por uso de alcohol, síndrome de dependencia
F10.3	Trastornos mentales y de comportamiento por uso de alcohol, estado de abstinencia
F10.4	Trastornos mentales y de comportamiento por uso de alcohol, estado de abstinencia con delirio
F10.5	Trastornos mentales y de comportamiento por uso de alcohol, trastorno psicótico
F10.6	Trastornos mentales y de comportamiento por uso de alcohol, síndrome amnésico
F10.7	Trastornos mentales y de comportamiento por uso de alcohol, trastorno psicótico residual tardío
F10.8	Trastornos mentales y de comportamiento por uso de alcohol, otros trastornos mentales y de comportamiento
F10.9	Trastornos mentales y de comportamiento por uso de alcohol, trastornos mentales y de comportamiento no especificados
F11	Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de opiáceos

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIAP 2 Clasificación Internacional de la Atención Primaria – WONCA
P19	Abuso crónico del alcohol
P20	Abuso agudo del alcohol
P22	Abuso del tabaco
P23	Abuso de fármacos
P24	Abuso de drogas

46 Muñoz J, Florenzano R. Consumo de sustancias en la adolescencia. Adolescencia, en Promoción, prevención y atención en salud, de Zubarew T, Romero M y Pobrete F. Ediciones Universidad Católica de Chile. 2003.

DEFINICIONES

DROGA (SICOACTIVA)	Toda sustancia (con un principio activo) que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce de una u otra forma alguna alteración del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo, y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas.
TOLE-RANCIA	Necesidad de cantidades progresivamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado
SÍNDROME DE ABSTI-NENCIA	Presencia de un cuadro clínico específico debido al cese o a la reducción del consumo prolongado y en grandes cantidades de una sustancia psicoactiva.
DEPEN-DENCIA DE SUS-TANCIAS	<p>Es un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva a deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Síndrome de abstinencia • Tolerancia: la sustancia se consume en cantidades mayores o durante un período más prolongado de lo que inicialmente se pretendía. • Existe un deseo persistente, o se realizan esfuerzos infructuosos por controlar o interrumpir el consumo de la sustancia. • Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (por ejemplo, visitar a varios médicos, o desplazarse largas distancias), en su consumo (por ejemplo, fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de sus efectos. • Reducción o abandono de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de sustancias. • Se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de los problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (por ejemplo, consumo de cocaína a pesar de saber que provoca depresión).

ABUSO DE SUS-TANCIAS	<p>Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva a un deterioro sicosocial y malestar clínicamente significativo, expresados por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:</p> <ul style="list-style-type: none"> • El consumo recurrente de sustancias que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, escuela o casa. • Consumo recurrente de las sustancias en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso. • Problemas legales repetidos relacionados con la sustancia. • Consumo continuado de la sustancia a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes, o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de las sustancias.
INTOXI-CACIÓN POR SUS-TANCIA	<ul style="list-style-type: none"> • Presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia, debido a su ingesta o exposición recientes. • Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos, clínicamente significativos, debido al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central.

TIPOS DE DROGAS

1. Depresoras del sistema nervioso: alcohol, tranquilizantes, narcóticos, inhalantes, marihuana.
2. Estimulantes: cocaína, anfetaminas, cafeína, nicotina, éxtasis.
3. Alucinógenas: LSD, mescalina, marihuana (uso excesivo).

FACTORES DE RIESGO Y PROTECTORES PARA EL CONSUMO DE SUSTANCIAS

	RIESGO	PROTECCIÓN
Pares	Formas equivocadas de socialización	Formas adecuadas de socialización
Familia	<ul style="list-style-type: none"> Disfunción familiar (autoritarismo, violencia física, psicológica, sexual, sobreprotección, etc.) Uso de sustancias en miembros de la familia. Antecedentes psiquiátricos de los padres. 	Adaptabilidad, cohesión, funcionalidad y bienestar familiar
Destrezas sociales	Dificultades en los procesos de socialización	Capacidad de interlocutor, de participación, conciencia y exigibilidad de derechos
Personalidad	<ul style="list-style-type: none"> Conductas impulsivas. Transgresión de normas (riesgos innecesarios). Antecedentes psicopatológicos 	<ul style="list-style-type: none"> Autonomía, asertividad. Proyecto de vida y de convivencia.

DIAGNÓSTICO

Antecedentes

La adolescencia es una etapa vulnerable en mayor o menor grado.

- **Condiciones individuales:** integración y consolidación de la personalidad, búsqueda de identidad, necesidad de pertenencia, diferenciación de los padres, experimentación, búsqueda de emociones fuertes, etc.
- **Condiciones sociales:** discriminación negativa, vulneración de derechos, inequidad de la participación social, etc.
- **Otras conductas de riesgo**

La vivencia del consumo o no de sustancias en la adolescencia depende de varios factores:

- Forma en que se interrelacionan las características individuales con la dinámica de la familia (comunicación, modelos, estabilidad, forma de crianza, etc.).
- Influencia del ambiente sociocultural (recreación, amigos, pareja, etc.).
- Exposición a grupos de consumidores.
- Uso previo de alguna(s) sustancia(s).
- Otras conductas de riesgo.

Condiciones de alerta para el equipo de salud:

Se puede utilizar un cuestionario de preguntas para padres y madres que sospechan que su hijo/a consume drogas.

- Si hay cambios inesperados en la conducta
- Baja del rendimiento escolar y/o laboral
- Presencia de patología psiquiátrica.

CRONOLOGÍA DE LA ADICCIÓN (MC DONALD)

Etapas 0:	Adolescentes vulnerables a las sustancias psicoactivas, con curiosidad acerca del uso de drogas.
Etapas 1:	El adolescente está aprendiendo el uso de drogas.
Etapas 2:	El adolescente busca los efectos de la droga y adquiere sus propios suministros.
Etapas 3:	El adolescente se centra en sí mismo y en sus propios cambios; se hace farmacodependiente.
Etapas 4:	El adolescente está en el último estadio de la farmacodependencia (crónico). Sufre a menudo un síndrome cerebral orgánico.

Mientras más pronto se detecte, mayores son las posibilidades de intervención oportuna.

Tomar en cuenta que no todos los usos son adictivos.

Es importante diferenciar el consumo ocasional (con cierto afán "experimental o de curiosidad") de aquel en que la droga juega un papel preponderante. En el primero, la acogida y una consejería adecuada, sin asumir que se trata de "un drogadicto", serán de gran ayuda para que los adolescentes no progresen en el consumo.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

- Identificación directa de las drogas (como la prueba del pelo, mediciones en sangre u orina, etc.).
- Identificación indirecta (como el aumento del volumen corpuscular medio y/o de la gamaglutamiltranspeptidasa en el consumidor importante de alcohol).
- Debe explicarse y conseguir la autorización pertinente al solicitar el examen.

TRATAMIENTO

Relación terapéutica, motivación y participación

- Abordaje sistemático para precisar el nivel del problema y definir su manejo.
- Actitud del evaluador: abierta, respetuosa y afectuosa, sin autoritarismo ni posición enjuiciadora, pero tampoco permisiva o inconsecuente.
- Garantizar confidencialidad, explicando que ante riesgos serios para sí mismo o un tercero, cierta información pudiera ser compartida con las instancias involucradas.
- Desarrollar una entrevista motivacional: empatía, calidez y autenticidad.
- Investigar los factores causales asociados al consumo.
- Evaluar cuidadosamente cuál es el real problema con la(s) droga(s): consumo ocasional, abuso de sustancias o dependencia.
- Fomentar la comprensión del paciente de que tiene una enfermedad y su convencimiento de que requiere un tratamiento en el que su participación juega un rol central.
- Pacientes intoxicados/as requieren manejo de urgencia y reconocimiento del síndrome de abstinencia.
- Descartar comorbilidad psiquiátrica y/o alguna enfermedad médica que explique el cuadro.
- Valoración de aspectos biosicosociales:
 - La red social con sus virtudes y defectos.
 - La visión y actitud familiar en torno al problema.
 - Evaluar el grado de necesidad para el cambio.
 - La participación activa del paciente es primordial para el éxito del tratamiento.
- Establecer las medidas terapéuticas comunes y específicas para cada paciente.

Supresión de la droga y plan específico de manejo

- Suspender la droga para evitar sus efectos tóxicos.
- Depende de la gravedad de la adicción, tipo de droga, existencia de comorbilidad y calidad del apoyo familiar.

- Puede incluir la internación para desintoxicación y tratamiento del síndrome de abstinencia.
- El manejo ambulatorio requiere alta motivación y buen apoyo social.
- Aceptación consciente del problema por parte del/de la paciente y su coparticipación activa en el proceso terapéutico.
- Algunos esquemas de manejo incluyen la definición de metas y plazos específicos.
- La participación de la familia suele ser muy útil para la permanencia del joven en el programa.
- Evitar ir a eventos donde el acceso a la droga sea fácil.
- La adecuada adhesión al tratamiento y la abstinencia continua son de primordial importancia para asegurar un nivel de éxito en el mediano y largo plazo.
- Toda consulta es una oportunidad para intervenir.
- Deben coordinarse todas las herramientas disponibles para ayudar al paciente: medicamentos específicos, grupos de autoayuda, etc.
- El trabajo interdisciplinario es de gran ayuda.

PREVENCIÓN DEL CONSUMO DE DROGAS

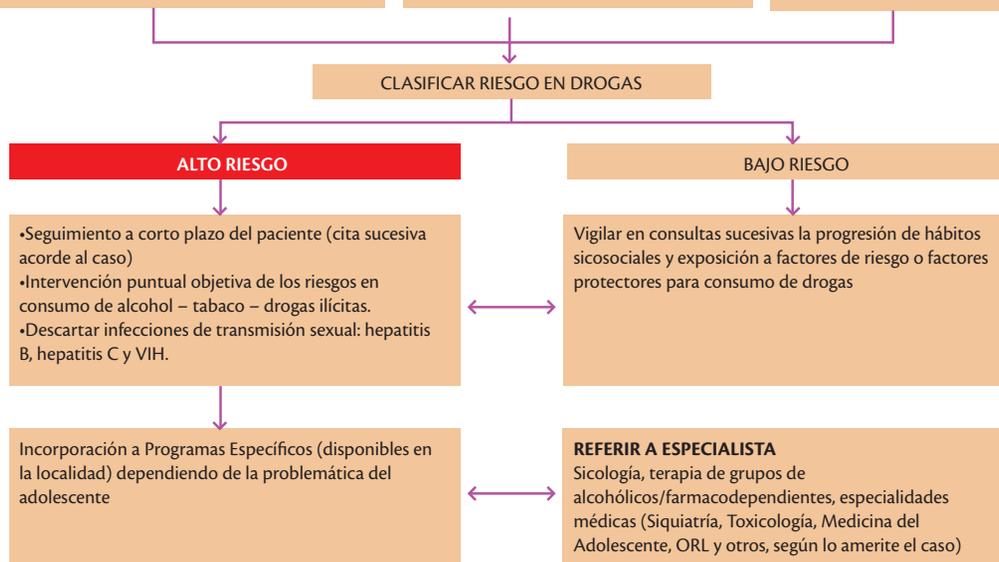
Se han planteado estrategias para el control de los factores de riesgo mediante programas de enseñanza en las escuelas sobre los efectos negativos del consumo y desarrollo de capacidades para resistir al consumo: clases a las adolescentes embarazadas sobre los peligros del consumo de droga (incluyendo tabaco y alcohol) en el feto, campañas publicitarias para prevenir el consumo, control del narcotráfico, entre otras.

Estas acciones no tienen mayor impacto si no se construye un camino preventivo basado en una visión integrada, precoz y activa, centrada en el desarrollo de **habilidades para la vida**, donde el eje sea la potenciación de una sana identidad de los jóvenes, a través principalmente del **desarrollo de factores protectores**: participación y empoderamiento juvenil, recreación, fortalecimiento del proyecto de vida, grupos de la comunidad interesados en los niños, niñas y adolescentes, etc. Debe incluirse al individuo, a su familia y a su medio social global. La participación activa y protagónica de adolescentes en estas intervenciones se asocia a un mayor impacto. Los espacios de vida cotidiana, familia, escuela y comunidad tienen un rol fundamental en la construcción de factores protectores.

Hay que recordar que una proporción importante de adolescentes no consume drogas ilegales, tabaco ni alcohol. Ellos pueden transformarse en positivos agentes preventivos en sus comunidades.

CONSUMO DE SUSTANCIAS EN LA ADOLESCENCIA

PREGUNTAR	OBSERVAR	DETERMINAR
<ul style="list-style-type: none"> •¿Qué sabe sobre: alcohol/licor, cigarrillos, drogas? •¿Conoce a alguien que consuma drogas lícitas o ilícitas?: quién o quiénes, frecuencia y conducta después de su consumo. •¿Ha probado algún tipo de bebida con alcohol? Precisar tipo de licor, cantidad, frecuencia, quién le brindó por primera vez y con quiénes toma actualmente. •¿Ha probado algún tipo de cigarrillo? Precisar características (marca o era un pitillo unicolor, cantidad, frecuencia, quién le brindó por primera vez y con quiénes fuma actualmente. •¿Ha probado algún tipo de droga? Precisar tipo de estupefacientes (cocaína, crack, marihuana, LSD, burundanga...) cantidad, frecuencia, quién le brindó por primera vez y con quiénes consume actualmente o cuando fue la última vez. •Cantidad de horas libres; qué piensa o hace en este tiempo. •Nivel de escolaridad actual, situación de la escuela y presencia de traficantes o compañeros de clases o estudiantes de su colegio que consuman drogas •Dinámica de convivencia del grupo familiar del adolescente. •Características del referente adulto (bebe o fuma) •Conductas del grupo de amigos frente a bebidas alcohólicas, tabaquismo o estupefacientes. •Referente adulto que contribuye a orientar los hábitos respecto a drogas, alcohol y cigarrillo. •Actividades deportivas extraacadémicas y dónde las practica (aire libre, cancha del barrio o bajo supervisión) y quiénes frecuentan dichas zonas. •Lugar y condiciones ambientales de la zona donde realiza actividades recreacionales •Cambios bruscos del humor, aislamiento, conductas evasivas de la familia, encierros no habituales. 	<ul style="list-style-type: none"> •Al examen físico: aliento etílico, hipertrofia de la úvula, rinitis persistente con mucosa pálida o perforación del tabique, zonas de inyección, flebitis. •Sentido de pertenencia a un grupo de amigos con hábitos alcohólicos, tabáquicos, y relaciones de solidaridad o alianzas con ellos. •Permanencia grupal o cambios frecuentes de amigos/compañeros •Signos de depresión •Signos de conductas agresivas •Actitud del adolescente ante su proyecto de vida y actividades actuales •Conflictos con su imagen corporal que influyan en su interacción grupal y lo hagan vulnerable a "figurar" en un grupo con riesgo a drogas •Signos de malnutrición, enfermedad crónica y/o discapacidad en el adolescente •Signos clínicos de embarazo o infecciones de transmisión sexual 	<ul style="list-style-type: none"> •Etapas de la adolescencia en la que se encuentra (temprana, media, tardía) •Consumo o no de drogas lícitas o ilícitas •Situación de pobreza. •Factores de riesgo en su actividad diaria y conductas de riesgo del adolescente que puedan conducir a un daño inminente en el ámbito de drogadicción. •Factores protectores del adolescente para evitar drogas •Estado nutricional •Embarazo •Estado físico general. •Acceso a Programas gubernamentales o servicios institucionales o comunitarios con los que cuenta cada región para ofrecer al adolescente en situación de drogadicción o adicción al alcohol o tabaco.



CONSEJERÍA SOBRE CONSUMO DE TABACO, ALCOHOL Y DROGAS

OBJETIVOS

- Brindar información sobre los tipos de drogas y las consecuencias de su consumo, generando capacidad de autocritica en adolescentes.
- Favorecer la presencia de un referente adulto positivo para adolescentes y el establecimiento de un proyecto de vida.
- Contribuir a la distribución del horario escolar y tiempo libre equitativos, en el disfrute de actividades recreativas sanas.

- Enseñar a adolescentes a identificar los riesgos en los que se involucran por su relación o vínculos a una persona o grupo con prácticas de consumo de drogas lícitas o ilícitas.
- Promover grupos juveniles con objetivos claros, proactivos en su salud física, mental y espiritual.
- Involucrar al grupo familiar en la responsabilidad de compartir el tiempo libre con el/la adolescente, y si éste ha incurrido en consumo de drogas, en la necesidad de su apoyo para el seguimiento y terapia de ayuda.

ASPECTOS A CONSIDERAR	¿QUÉ INFORMAR?
<ul style="list-style-type: none"> • El tabaco es sumamente adictivo: más del 75% de los fumadores adultos querría dejar de fumar y más del 60% lo ha intentado en algún momento de su vida. De ellos el 20% lo consigue en el primer intento y el 50% lo logra después de seis intentos. Por tal motivo la propuesta preventiva se basa en: "mejor no empezar". • La promoción de la salud del adolescente en el caso de consumo de sustancias nocivas requiere de intervenciones específicas, como la construcción de una identidad autónoma y conciencia crítica frente a la presión de los pares y la publicidad. • Impulsar el proyecto de vida como el factor protector más importante. 	<ul style="list-style-type: none"> • Riesgo del consumo de tabaco: enfermedades cardiovasculares, pulmonares y neoplasias graves. • Aspectos positivos de no fumar. • Grupos para dejar de fumar. • Cómo evitar el consumo pasivo de tabaco. • Cómo abogar por acciones dirigidas a evitar el uso del tabaco: prohibir fumar en lugares públicos, aumentar el costo del tabaco, limitar las ventas a menores. • Relación entre consumo de alcohol y drogas, accidentes de tránsito, riesgos de lesiones por causas externas y relaciones sexuales sin protección. • Capacidad adictiva del tabaco, alcohol y diferentes drogas. • Diferencias entre el uso experimental y la adicción. • Cómo ayudar a un amigo/a que consume tabaco, alcohol y drogas. • Lugares de atención, teléfonos de autoayuda.

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

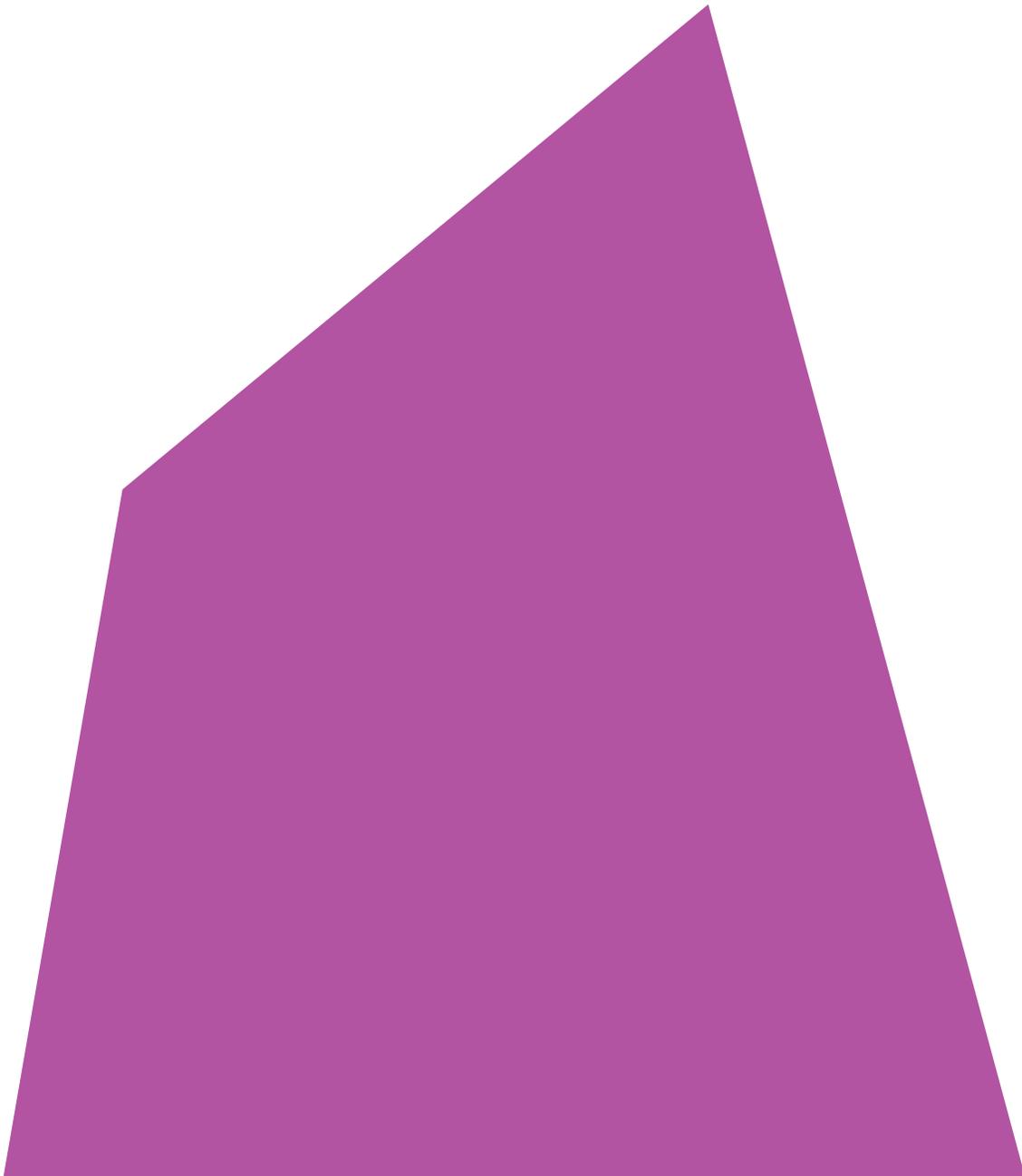
Nivel I

- Promoción, prevención, consejería.
- Diagnóstico y referencia a Niveles II y III si hay:
 - Evidencia de dependencia (no siempre en tabaquismo)
 - Fracaso de tratamientos previos
 - Situaciones de riesgo importante (por ejemplo, complicaciones médicas)
 - Intento suicida y/o riesgo suicida importante
 - Intoxicación
 - Comorbilidad psiquiátrica de importancia.
- Mantener el contacto y un adecuado seguimiento con los/las adolescentes derivados es crucial.

- La identificación y coordinación con los componentes de la red de atención, inclusive las instancias del Sistema de Protección Integral de la Niñez y Adolescencia, es tarea prioritaria que deben abordar los Centros de Salud.

Niveles II y III

Tratamiento de dependencias y comorbilidades.



Trastornos de la conducta alimentaria

ANOREXIA NERVIOSA

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10 Clasificación Internacional de Enfermedades - OMS
F50	Anorexia nerviosa

DEFINICIONES

ANOREXIA NERVIOSA

Es un trastorno de la conducta alimentaria que se caracteriza por alteración de la imagen corporal, que produce una restricción excesiva de la ingesta de alimentos y lleva a una pérdida de peso a niveles de delgadez o delgadez severa.

La anorexia nerviosa es un trastorno que afecta más frecuentemente a mujeres, en una relación 10:1. El promedio de edad de inicio del trastorno es alrededor de los 13-14 años, pero cada vez son más frecuentes los casos entre niñas menores.

FACTORES PREDISPONENTES

- Biológicos:
 - Genéticos (antecedentes de obesidad familiar)
 - Neuroquímicos
- Sicológicos (madre ansiosa y dominante, miedo a la maduración y a la sexualidad).
- Socioculturales (crianza sobreprotectora, padre ausente, trastornos de la conducta alimentaria de la madre, hacer dieta para bajar de peso, comentarios críticos sobre el peso de la adolescente y de la redistribución de su grasa corporal, exigencia de delgadez y cuerpo perfecto, exigencias deportivas).

DIAGNÓSTICO

Las pautas para el diagnóstico de anorexia nerviosa debe realizarse de manera estricta de acuerdo a los criterios del DSM IV (Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders).

- Acentuada pérdida de peso
- Irregularidades menstruales
- Amenorrea
- Desnutrición.

Excluir posibles causas orgánicas que cursan con pérdidas acentuadas de peso:

- Síndromes de mala absorción (Enfermedad celíaca, Enfermedad de Crohn)
- Neoplasias
- Tuberculosis
- Hipertiroidismo
- Síndrome de Seehan
- Enfermedad de Addison

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS⁴⁷

- Rechazo a mantener un peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal (<85%) considerando la edad y la talla.
- Miedo intenso a ganar peso o convertirse en obeso, incluso estando por debajo del peso normal.
- Alteración de la percepción del peso y la silueta corporales.
- Negación del peligro resultante del bajo peso
- Presencia de amenorrea en las mujeres posmenárgicas (ausencia de mínimo tres ciclos menstruales)

Tipos:

- Restrictivo: Durante la anorexia nerviosa el/la adolescente no recurre a atracones o purgas (provocación de vómitos, uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas).
- Compulsivo/purgativo: Durante la anorexia nerviosa la persona recurre regularmente a atracones y/o purgas.

La categoría de trastornos de la conducta alimentaria no especificada se refiere a los trastornos de la conducta alimentaria que no cumplen todos los criterios, como:

- Mujeres que cumplen todos los criterios para anorexia nerviosa, pero cuyas menstruaciones son regulares.
- Se cumplen todos los criterios para anorexia nerviosa, excepto que el peso del individuo se halla dentro de los límites de la normalidad a pesar de que la pérdida de peso es significativa.
- Empleo regular de conductas compensatorias inapropiadas después de ingerir pequeñas cantidades de comida por parte de un individuo de peso normal (por ejemplo, provocación del vómito después de haber comido 2 galletas).
- Masticar y expulsar pero no tragar cantidades importantes de comida⁴⁸.

47 Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM IV).

48 Trastornos Alimentarios. Guía Médica de Diagnóstico y Tratamiento. Criterios Diagnósticos-Clínica. SAOTA. Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios. Latín Gráfica, Buenos Aires, Argentina. Septiembre de 1999. Pg. 50-51.

COMPLICACIONES⁴⁹

- Resultantes de la desnutrición:
 - Delgadez y astenia
 - Hipotermia, acrocianosis
 - Lanugo, piel amarillenta, seca, descamativa
 - Pelo y uñas quebradizos
 - Neuropatía periférica
- Resultantes de la purgación- compulsión (ver Bulimia)
- Cardiovasculares:
 - Hipotensión postural y bradicardia sinusal
 - Arritmias atriales y ventriculares
 - Hipotrofia ventricular
 - Prolapso de válvula mitral
 - ECG: depresión del segmento ST, prolongación de QT, arritmias ventriculares.
- Endocrinometabólicas:
 - Retardo de crecimiento pondoestatural
 - Retardo puberal
 - Amenorrea primaria o secundaria, oligomenorrea
 - Osteoporosis

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Los exámenes de laboratorio frecuentemente son normales. Puede encontrarse:

- Anemia normocítica normocrómica, leucopenia y rara vez trombocitopenia
- Proteínas séricas por lo general normales
- Transaminasas y fosfatasa alcalina se elevan discretamente
- Hipercolesterolemia
- Anormalidades electrolíticas: hipopotasemia, hipocloremia, hipomagnesemia, hiponatremia
- Hipoglucemia
- Reducción de los niveles de FSH, LH, estradiol / testosterona
- Reducción de los niveles de T3 (TSH y T4 en límites normales bajos)
- IGF I baja
- Elevación de los niveles de cortisol plasmático

TRATAMIENTO

Sus objetivos son:

- Restauración del peso
- Normalización del patrón alimentario y reducción de episodios de compulsión y purga
- Corrección de las complicaciones clínicas y psicológicas
- Sicoterapia familiar
- Manejo farmacológico de acuerdo al caso

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Niveles I y II

- Promoción, prevención y diagnóstico
- Reconocimiento temprano, intervención, derivación y cuidado continuo del/de la paciente y su familia.
- Referir a nivel III:
 - Casos de descompensación clínica
 - Comorbilidades psiquiátricas
 - Intento de suicidio
 - Falta total de control sobre los hábitos compulsivos

Nivel III

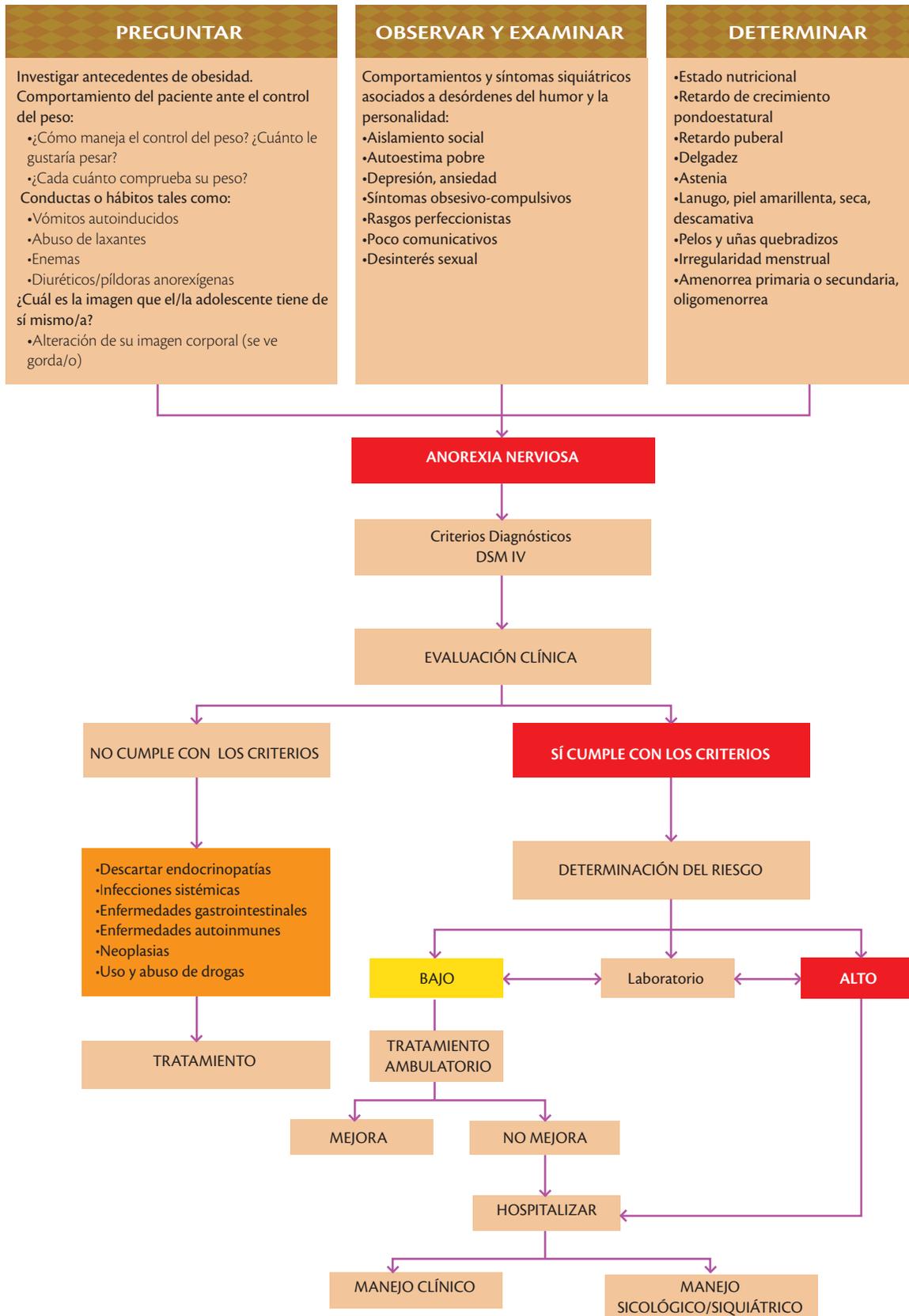
- Tratamiento multidisciplinario (médico, psicólogo, psiquiatra, nutricionista, trabajador social).

BIBLIOGRAFÍA

1. Beas F. Endocrinología del niño y el adolescente. Ed. Mediterráneo. 2002.
2. Sullivan PF. Mortality in anorexia nervosa. Am J Psychiatry 1995; 152:1073-1074.
3. Neilsen S, Moller Madsen S, Isagei T, et al. Standardized mortality in eating disorders: Quantitative summary of previously published and new evidence. J Psychosom Res 1998; 44:412-434.
4. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Revised Text: DSM-IV-RT.
5. Trastornos Alimentarios. Guía Médica de Diagnóstico y Tratamiento. Criterios Diagnósticos-Clínica. SAOTA Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios. Latin Gráfica, Buenos Aires, Argentina. Septiembre de 1999. Pp. 50-51.

49 Beas F. Endocrinología del niño y el adolescente. Ed. Mediterráneo. 2002.

ANOREXIA NERVIOSA



BULIMIA NERVIOSA

CÓDIGO	CODIFICACIÓN CIE 10 Clasificación Internacional de Enfermedades – OMS
F50.2	Bulimia nerviosa

DEFINICIONES

BULIMIA NERVIOSA	Es un trastorno de la conducta alimentaria. Su característica esencial es que el/la adolescente sufre episodios de atracones compulsivos, preocupación excesiva por el control del peso corporal, seguidos de un gran sentimiento de culpabilidad y sensación de pérdida del control. Recurre a conductas compensatorias inadecuadas (vómito, purgas) para evitar subir de peso.
BULIMIA NO PATOLÓGICA	La conducta bulímica en la hiperfagia transitoria de la adolescencia se produce para cubrir el incremento de las necesidades nutricionales requeridas por el rápido crecimiento que se produce en este período.

Ocurre hasta en el 5% en la fase final de la adolescencia, con un pico a los 18 años. El 90% de casos de bulimia ocurre en mujeres, aunque el 40% de los trastornos del comer compulsivo se da entre los hombres. Comparte características comunes con la anorexia nerviosa.

Las pautas para el diagnóstico de bulimia nerviosa deben seguirse de manera estricta de acuerdo a los criterios del DSM IV (*Diagnosical and Statistical Manual of Mental Disorders*).

FACTORES PREDISONENTES

- Biológicos
 - Genéticos
 - Neuroquímicos
- Sicológicos
 - Problemas graves de autoestima en relación directa con el peso
 - Autoimagen desfavorable
- Socioculturales
 - Entorno social y familiar

- Problemas de comunicación
- Rechazo social, que contribuye a la predisposición, manifestación, desarrollo y perpetuación de los síntomas.

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM IV):

- Atracones recurrentes, que se caracterizan por:
 - Ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (período de 2 horas), en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un tiempo similar y en las mismas circunstancias.
 - Sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento: sentir que no se puede parar de comer o controlar el tipo o la cantidad de comida que ingiere.
- Conductas compensatorias inapropiadas repetidas para no ganar peso, como vómitos inducidos, uso de laxantes, diuréticos, enemas, fármacos, ayuno o ejercicio excesivo.
- Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas ocurren, como promedio, al menos dos veces a la semana durante un período de tres 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.

Tipos

- Purgativo: durante un episodio de bulimia la persona se induce regularmente el vómito o usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.
- No purgativo: durante el episodio de bulimia nerviosa el individuo emplea otras conductas compensatorias inapropiadas como el ayuno o el ejercicio intenso, pero no recurre regularmente al vómito ni usa laxantes, diuréticos o enemas en exceso.

Es importante descartar patología orgánica, especialmente hipotalámica, síndromes convulsivos, hipertiroidismo y trastornos psiquiátricos.

La categoría de trastornos de la conducta alimentaria (TCA) no especificada se refiere a los TCA que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la TCA específica:

- Se cumplen todos los criterios diagnósticos para la bulimia nerviosa, pero los atracones y las conduc-

tas compensatorias inapropiadas aparecen menos de dos veces por semana o durante menos de tres meses.

• El **trastorno de compulsión alimentaria** o de comer por atracones, BED (*Binge Eating Disorder*), se caracteriza por atracones recurrentes con ausencia de conductas compensatorias inapropiadas típicas de la bulimia nerviosa. Sus criterios diagnósticos incluyen:

- Episodios recurrentes de compulsión alimentaria (*binge eating*), que se caracteriza por comer durante un breve período (ej.: 2 horas) una cantidad de comida considerada definitivamente mayor de lo que la mayoría de las personas comerían durante un período similar en circunstancias similares y un sentimiento de falta de control sobre los episodios (por ejemplo, un sentimiento de no poder parar, ni controlar qué está comiendo, ni su cantidad).

Los episodios de compulsión alimentaria están asociados por lo menos a tres (3) o más de los siguientes ítems:

- Comer más rápido que lo habitual.
- Comer hasta sentirse inconfortablemente "lleno".
- Comer grandes cantidades de comida sin sentir hambre.
- Comer solo, por sentirse cohibido por la cantidad que está comiendo.
- Sentirse asqueado, deprimido o culpable después de haber comido en exceso.
- Marcado malestar en relación al episodio.
- El episodio de compulsión alimentaria ocurre como promedio 2 veces por semana durante seis meses.
- El episodio de compulsión alimentaria no se asocia con el uso regular e inapropiado de conductas compensatorias (de tipo purgativo, ayuno o ejercicio excesivo) y no ocurre exclusivamente durante el curso de la anorexia nerviosa o la bulimia nerviosa⁵⁰.

COMPLICACIONES

Por los episodios repetitivos de vómitos/purgación:

- Deshidratación importante con hipovolemia grave.
- Hipertrofia de glándulas salivales, principalmente las parótidas.

- Erosión de los dientes.
- Erosiones de la piel y callosidades en las articulaciones metacarpofalángicas (signo de Russel) que desaparecen con la evolución de la enfermedad, a medida que las pacientes aprenden a provocar el reflejo del vómito sin ayuda de las manos.
- Esofagitis, síndrome de Mallory Weiss.
- Gastritis, dilatación y ruptura gástricas.
- Vaciado gástrico lento, reducción de la motilidad intestinal.
- Estreñimiento, presencia de fecalomas.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Alteraciones electrolíticas por los comportamientos purgativos:

- Hipopotasemia
- Hipocloremia
- Acidosis metabólica por el uso de laxativos

TRATAMIENTO

Multidisciplinario. Sus objetivos son:

- Mantenimiento del peso saludable.
- Normalización del patrón alimentario y reducción de episodios de compulsión y purga.
- Corrección de complicaciones clínicas y psicológicas.
- Psicoterapia familiar.
- Manejo farmacológico.

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Nivel I

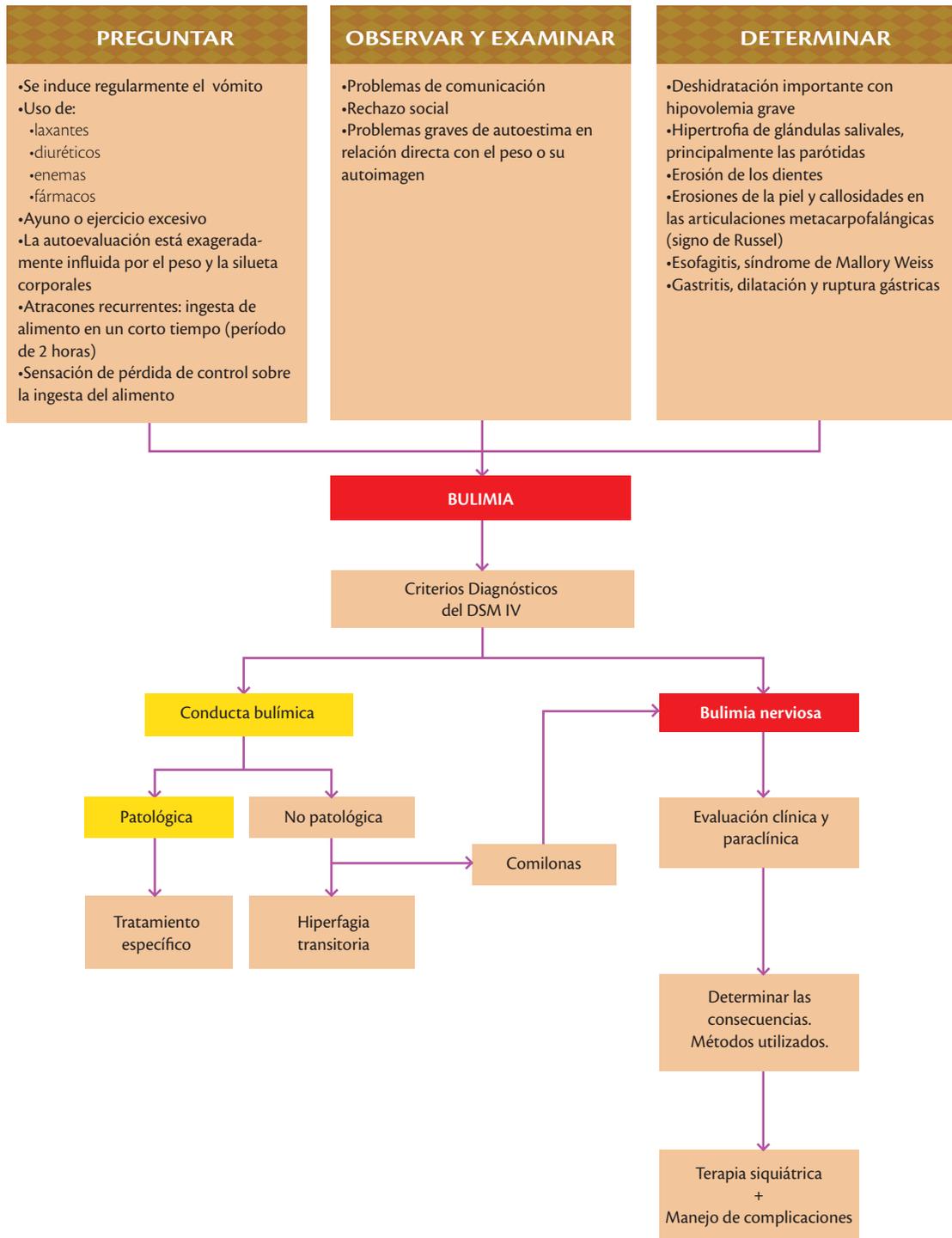
- Promoción y prevención.
- Diagnóstico y referencia a Niveles II o III de acuerdo al caso.

Niveles II y III: multidisciplinario (médico, psicólogo, psiquiatra, nutricionista, trabajador social) ante:

- Casos con descompensación clínica.
- Comorbilidades psiquiátricas.
- Intento de suicidio.
- Falta total de control sobre los hábitos compulsivos.

50 Trastornos Alimentarios. Guía Médica de Diagnóstico y Tratamiento. Criterios Diagnósticos-Clinica. SAOTA Sociedad Argentina de Obesidad y Trastornos Alimentarios. Latin Gráfica, Buenos Aires, Argentina. Septiembre de 1999. Pp. 50-51.

BULIMIA NERVIOSA



Bibliografía

1. Aberastury A, Knobel M. Adolescencia Normal. Ed. Paidós. Buenos Aires. 1987.
2. Aguinaga S, Brito W, Larco P, Salgado I. Prevalencia de depresión en la adolescente embarazada y su repercusión en el peso del recién nacido. Quito, 1999.
3. Albisu Y. Conducta práctica ante una ginecomastia. Bol S Vasco-Nav Pediatr 2002; 36: 9-16, vol. xxxvi num. 1.
4. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Practice Bulletin. Clinical management guidelines for obstetrician-gynecologists: number 41, December 2002. Obstet Gynecol 2002; 100:1389-402.
5. American Medical Association. Guidelines for adolescent preventive services. Recommendation and rationale. Baltimore. William and Wilkins.1994.
6. Andersh, Milson. Am. J. Obst. Gynecol 1982; 144: 655.
7. Anuario de Estadísticas Vitales de Camas y Egresos Hospitalarios. INEC.2006.
8. Asociación Española de Psiquiatría del niño y el adolescente. Protocolos clínicos. 2008.
9. Avilés J. Director nacional de salud ambiental – MSP. Perfil de la salud ambiental de la niñez en el Ecuador. Disponible en: <http://www.cepis.ops-oms.org/bvsana/e/fulltext/perfiles/ecuador.pdf>.
10. Barrera G, Kerdel O. El adolescente y sus problemas en la práctica. Monte Ávila Editores. 1987.
11. Bercu B, Diamond F. Growth hormone neurosecretory dysfunction. Clinics in Endocrinology and metabolism. August 1986; 15(3).
12. Berenson A. Dysfunctional uterine bleeding in adolescence. Postgr Obstet Gynecol 2001; 21:1-4.
13. Bergadá C. Comentario. Crecimiento y composición corporal de E. Winlotowson. Nutrición clínica en la Infancia. Nestlé Nutrition. Raven Press. New York. 1985.
14. Bhagwant G, Kogan S. Criptorquidia. Conceptos actuales. Urol Clin North Am 1995; 22: 1.227-1.243.
15. Brent D. Antidepressants and pediatric depression: the risk of doing nothing. NEJM 2004, 351(16): 1598-601.
16. Buño M. Retraso de crecimiento: talla baja y fallo para medrar. Pediatr Integral 2003; 7(6):399-41. Disponible en: http://www.sepeap.es/Revista/Pediatria_Integral_articulos/Retraso_crecimiento_talla.pdf 1.
17. Cabezas M. Krauskopf D. Características del padre del bebé en casos de madres adolescentes. Actualidades en Psicología. lip.vol 8 # 73.1992. Costa Rica.
18. Cárdenas F, Freire L, Pazmiño JF. Comparación de crecimiento, desarrollo y estado de salud en hijos de madres adolescente y adultas (tesis de grado). Postgrado de Pediatría Universidad Central del Ecuador. 1999.
19. Carreño M. Zegpi S. Problemas dermatológicos en el adolescente, en: Adolescencia. Promoción, prevención y atención en salud, de Zubarew T, Romero M, Pobrete F. Ediciones Universidad Católica de Chile. 2003.
20. CECIM Mejores prácticas para el Control del VIH SIDA en el Ecuador: Experiencia de la Corporación Kimirina. Quito.2006.
21. CEISAN. Documento de Trabajo. Primer Seminario Nacional de Nutrición. Feb. 1994.
22. Centro de Estudios de Población (CENEP). Recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes, con énfasis en salud sexual y reproductiva. Buenos Aires, Argentina.
23. CEPAR. Informe final de la encuesta demográfica y de salud materno infantil (ENDEMAIN 2004). Quito. 2005.
24. CLAP- OPS/OMS. Sistema informático del adolescente con Historia de Salud Sexual y Reproductiva. Publicación Científica del CLAP 1454. Agosto 2000.
25. Clemente J, González B y cols. Escroto agudo. Manejo de urgencias. Semergen 25 (11): 977-980. Disponible en: <http://www.semergen.es/semergen2/cda/documentos/revistas/pdf/numero11-99/977-980.pdf>.
26. Comité de Adolescencia de la Asociación Latinoamericana de Pediatría. Proyecto multicéntrico. Santiago de Chile. 2007.
27. Conferencia Internacional de Población y Desarrollo. Programa de Acción de la CIPD, AJCONF.117/13. párrafo 7.2.
28. Consenso intersociedades para el diagnóstico y tratamiento de la infección del tracto urinario. Disponible en: http://www.sommer.gov.ar/clases_fisioll/infeccion_urinaria_enfermeria.pdf. Septiembre 2006.
29. Cooke R. Bases neurofisiológicas de la motivación. Bases biológicas de la práctica pediátrica. Tomo I. Ed. Salvat. Pág 88. 1970.
30. Cornella J. Screening en la Adolescencia. IV Reunión Anual de la Sección de Medicina del Adolescente de la Asociación Española de Pediatría. 1993.
31. Cornella J, Llusent À. Programa d'Atenció l'Adolescent. Institut Català de la Salut. La entrevista al adolescente. Girona. 2002.
32. Cusminsky M, Lejarraga H, Mercer R, Marttel M, Fescina R. Manual de crecimiento y desarrollo del niño. Serie Paltex # 8. OPS/OMS. Washington. Pág 20-25.1996.
33. De Grijalva Y, Pasquel M. Adolescencia y nutrición: Proyecto Mejoramiento de las Prácticas Alimentarias y Nutricionales de Adolescentes Ecuatorianos (MEPRADE). Quito: Centro de Investigaciones en Salud y Nutrición. 1994.

34. De la Parra I, Lamattina JC, Arrighi B. Dismenorrea en Adolescencia. *Obstetricia y Ginecología Latinoamericana* 1991; 49: 263.
35. De la Vega A, Mogrovejo P, Jiménez P, Rivera J, Collahuazo M, Acosta M. Prevalencia de obesidad en la población infanto-juvenil de Quito, Ecuador. Congreso Latinoamericano de Obesidad. Bogotá, 1996.
36. de Onis M, Onyango A, Borghi E, Siyam A, Nishida Ch, Siekmann J. Elaboración de valores de referencia de la OMS para el crecimiento de escolares y adolescentes. Disponible en página web www.who.int/entity/bulletin/volumes/85/9/es. <http://www.who.int/entity/bulletin/es/>
37. Devoto C, Madariaga A, Aravena L, et al. Etiología de la ginecomastia: Importancia de no subdiagnosticar una ginecomastia patológica. *Rev Med Chile*. Feb 2007; 135(2):189-197.
38. Dirección Nacional de Salud Mental MSP. EPI-2.
39. Dulanto E. Características Normales del Crecimiento Puberal. Adolescencia normal en México. Monografías de la Asociación Mexicana de Psiquiatría Infantil IV. Impresiones Modernas. 1984. Pág. 7.
40. Dulanto E. Desarrollo Psicosocial Normal. El Adolescente. Ed. Mac Graw Hill. 2003.
41. Eisenstein E. Nutrición y salud en la adolescencia. La salud del adolescente y del joven. OPS. 1995.
42. Elster A, y cols. Parental behavior of adolescent mothers. *Pediatrics* 1993; 71(494).
43. ENDEMAIN 2004.
44. Escobar MC, Olivares S, Zacarías I. Gobierno de Chile. Organización Panamericana de la Salud Manejo Alimentario del Adulto con Sobrepeso u Obesidad. Programa de Salud Cardiovascular. Santiago, Mayo 2002.
45. FAO. Nutrition Country Profiles: Ecuador. Junio 2001.
46. Fernández R, Blanco D, Barbagelata A, et al. Escroto agudo: torsión de hidátide testicular sénil de Morgagni. *Actas Urol Esp* 2004; 28(4): 332-332. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062004000400013&lng=es&nrm=iso. ISSN 0210-4806.
47. Ferro-Luzzi y cols. Sistema de puntos de corte de Garrow. FAO/OMS.
48. Filkenstein J. Endocrinología de la adolescencia. *Medicina del Adolescente*. *Clin Pediatr N A* 1980;1:55.
49. Flores U, Chueca M, Oyarzábal M. Hipocrecimiento. Consideraciones generales. Disponible en: <http://www.cfnararra.es/salud/anales/textos/vol25/sup2/suple13a.html>.
50. Friedman S, Fisher M, Schonberg K. Comprehensive Adolescent Health Care. Quality Medical Publishing. 1992.
51. Fulginiti V, Comerci G. Immunizations for adolescents. *Pediatrics* 1981;10(4).
52. Gallagher JR. Interviewing adolescents and their parents. *J Curr Adolesc Med* 1979; 1: 15-18.
53. Gargallo M. Problemática de la talla baja en la adolescencia *Bol Pediatr* 1993; 34: 195 – 200. Disponible en: http://www.sccalp.org/boletin/149/BolPediatr1993_34_195-200.pdf.
54. Garrick J. Problemas de rodilla en el adolescente. *Pediatrics in Review* 1983; 2(3).
55. González S, Quizhpe M, Armijos G, Álvarez P. Influencia de la televisión en el estado nutricional y rendimiento escolar de los niños y niñas de la unidad educativa Abelardo Tamariz Crespo. Cuenca, Ecuador. 2005.
56. Greydanus D. Pediatrics and the teenage athlete. *Adolescent Health Care Update* 1990; 2(3). American Academy of Pediatrics.
57. Harvey EL, Glenny AM, Kirk SFL, Summerbell CD. Mejorar el manejo de los profesionales de la salud y la organización de la atención para personas con exceso de peso y obesas (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford.
58. Hechinger F. *Fateful Choices: Healthy youth for 21st Century*. Carnegie Council on Adolescent Development. 1992.
59. [http://www.comtf.es/pediatria/Bol-2002-3/pdf\(salud del adolescente\)jj0sC3A1nchez.pdf](http://www.comtf.es/pediatria/Bol-2002-3/pdf(salud%20del%20adolescente)jj0sC3A1nchez.pdf).
60. http://www.cotarai.org/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=65.
61. http://www.sexovida.com/colegas/eyaculacion.htm#_ftn19.
62. <http://www.varelaenred.com.ar/test.htm>.
63. INEC, Censo 2001. Elaboración SIISE/STMCDs.
64. INEC. Empleo, subempleo y desempleo. Sector urbano. 1994.
65. INEC-SIISE. V Censo de población y vivienda. Ecuador. 1990.
66. James W. Clinical Practice: Acne. *The New England Journal of Medicine* 2005; 352 (14): 1463 -72.
67. Jordán J. El desarrollo Humano en Cuba. Ministerio de Cultura. Ed. Científico - Técnica. La Habana. 1979.
68. Kinningham RB, Apgar BS, Schwenk TL. Evaluation of amenorrhea. *Am Fam Physician* 1996;53:1185-94.
69. Klein J, y col. Epidemiology of adolescent dysmenorrhea. *Pediatrics* 1981;68(5):661-64.
70. Klein J and the Committee on Adolescence. Adolescent Pregnancy: Current Trends and Issues. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/cgi/content/full/116/1/281>.

71. Kreipe R. Crecimiento y desarrollo somático normal en el adolescente. En: Medicina del adolescente de Mc Anarney y cols. Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires. Págs. 78–101. 1994.
72. Lejarraga H, Heinrich J, Rodríguez A. Normas y técnicas de mediciones antropométricas. Rev Hosp de Niños 1975; 17(67): 166-171. Buenos Aires.
73. Leyden J. Therapy for Acne Vulgaris. The New England Journal of Medicine 1997; 336 (16): 1156-62.
74. López C, Oizerovich S y col. Repercussion of dysmenorrhea in an adolescent population. XIII World Congress of Pediatric and Adolescent Gynecology. 2001.
75. López C. Módulo III, Médico B. Curso de Postgrado "Adolescencia: Abordaje desde la Salud Integral", Escuela de Medicina Universidad Nacional Del Comahue. Argentina 2007.
76. Maddaleno M. La evaluación clínica. En Silber TJ, Munist MM, Maddaleno M, Suárez E (eds): Manual de Medicina de la Adolescencia. Washington, Organización Panamericana de la Salud, 1992.
77. Magin P, et al. A systematic review of the evidence for 'myths and misconceptions' in acne management: diet, face – washing and sunlight. Family Practice 2005; 22: 62–70.
78. Marks A, Fisher M. Health Screening and assessment during adolescence. Pediatrics 1987; 80(1). Part II Supplement.
79. Marsh J. Pesquisa de Escoliosis. Pediatrics in Review 1993;14(8).
80. Master-Hunter, H. Amenorrhea: evaluation and treatment. Am Fam Physician 2006; 73 (8):1374-1382.
81. Méndez JM. Enfoque Actual de la Adolescente por el Ginecólogo. Cap. Patología Mamaria. Ed. Ascune, 2da. Ed. 2003.
82. Ministerio de la Protección Social - Fondo de Población de las Naciones Unidas – UNFPA – Colombia. Servicios de Salud Amigables para adolescentes y jóvenes. Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia. Bogotá. 2007.
83. Ministerio de Salud. Manual técnico - administrativo. Programa de Atención Integral al adolescente. Costa Rica. 1990.
84. Morla R, Saad de Janon E, Saa J. Depression in Adolescents and Family Disintegration in the City of Guayaquil, Ecuador. Rev Colomb Psiquiatr 2006; 35(2):149-165.
85. MSP Ecuador. Manual de normas y procedimientos para la atención integral a la salud de los/las adolescentes con énfasis en salud reproductiva. Dirección Nacional de Fomento y Protección.1995.
86. MSP Ecuador. Manual de normas y procedimientos para la atención integral de los y las adolescentes. 2005.
87. MSP Ecuador. Principales indicadores demográficos y de salud. 2008.
88. Muñoz J, Florenzano R. Consumo de sustancias en la adolescencia. En: Adolescencia. Promoción, prevención y atención en salud, de Zubarew T, Romero M, Pobrete F. Ediciones Universidad Católica de Chile. 2003.
89. Naranjo J. Masculinidad y paternidad en la adolescencia. Documento de apoyo. Módulos de capacitación en el Trabajo. Proyecto HGOIA – AECl. 2003.
90. Naranjo J. El perfil de las usuarias adolescentes del HGOIA. Documento Técnico # 2. Proyecto HGOIA – AECl. Edit A&H. 2000.
91. Naranjo J. Aspectos prácticos en la atención de salud de adolescentes. ¿Cómo establecer el vínculo profesional de salud - adolescente? Revista Ecuatoriana de Pediatría 2006;7 (1). 2006.
92. Naranjo J. Diagnóstico Situacional y el Marco conceptual de la atención Integral a adolescentes y jóvenes en el Ecuador. Proyecto HGOIA –AECl. Documento técnico # 1. Quito. Ed. A y H. 2001.
93. Naranjo J. Screening y Asesoría en Salud durante la adolescencia. Pediatría Baca Ortiz 1994; 2(2):80-93.
94. Naranjo J. Escoliosis en la adolescencia. Educación continua en atención primaria en salud del adolescente. Grunenthal - FIPA. Edit. Americana. Fascículo 1. Enero 1998. Quito.
95. Naranjo J. Acné. Información para adolescente. Programa de educación FIPA Grunenthal 1998.
96. Noriega J, Mendoza V. Enfoque de la hemorragia uterina anormal en Adolescentes. Disponible en: http://caribdis.unab.edu.co/pls/portal/docs/PAGE/REVISTAMEDUNAB/NUMEROSANTERIORES/REVISTA82/R82_RT_C8.PDF.
97. Observatorio de los derechos de la Niñez y Adolescencia. Estado de los Derechos de la niñez y adolescencia en el Ecuador 2005. Quito. 2006.
98. Offer D. The Psychosocial world of the teenager: A study of normal adolescent boys. Basic Books. 1969.
99. OPS–ASDI-NORAD. Salud del Niño y del Adolescente. Salud Familiar y Comunitaria. IMAN Servicios: Normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes. Washington. 2005.

100. OPS/OMS. Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas. Washington. 1998–2001.
101. Organización Mundial de la Salud (OMS). Necesidades de Salud de los Adolescentes. Informe de un Comité de Expertos. Serie de Informes Técnicos 609. Ginebra. 1977.
102. Orr D. The role of Anticipatory guidance. Adolescent Health Update 1989; 3.
103. OSE–UNICEF. Estado de los Derechos de la niñez y adolescencia en el Ecuador 2005.
104. Otero S. Depresión y suicidio en niños y adolescentes. Disponible en: [http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Depresión_suicidio_niños_adolescentes\(3\).pdf](http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Depresión_suicidio_niños_adolescentes(3).pdf).
105. Pedragosa R. Alteraciones del cabello. España. 2007.
106. Pobrete F, Cárdenas M. Cefalea. Disponible en: <http://www.asocimed.cl/Guias%20Clinicas/neurologia%20de%20la%20infancia/cefaleas.html>.
107. Prochaska JO. Stages of Change. Can J Cardiol 1995; 11, Suppl A.
108. Quintana A, Hidalgo C, Instituto de Educación y Salud (IES). Acortando distancias entre proveedores de salud y adolescentes y jóvenes. Servicios de salud amigables en Bolivia, Ecuador y Perú. Lima. 2003.
109. Rodríguez MJ. Ciclo menstrual y sus trastornos. Pediatr Integral 2005; 10(2):83-91. Disponible en: [http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Ciclo_menstrual_trastornos\(3\).pdf](http://www.sepeap.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Ciclo_menstrual_trastornos(3).pdf).
110. Rodríguez I. Diagnóstico de la talla baja idiopática. Disponible en: <http://www.csd.mec.es/talentos/talentos/docytest/documenta.htm>.
111. Rodríguez MJ. Alteraciones menstruales. Servicio de Ginecología Hospital Santa Cristina, Madrid. Disponible en: http://www.mcmpediatria.org/imagenes/secciones/Image/_USER_/Alteraciones Menstruales Caso Clinico MJ Rodriguez.pdf.
112. Rojas A, Donas S. Hacia la real incorporación de los adolescentes y jóvenes como actores sociales. Adolescencia y juventud. Organización Panamericana de la Salud (OPS). Costa Rica. 1995.
113. Rolof G. Niñas y adolescentes. Riesgos y alternativa. UNICEF. 1994.
114. Romero MI. Diploma Desarrollo y salud integral del adolescente. Pontificia Universidad Católica de Chile. Módulo 3: salud sexual y reproductiva. Ginecología, lección 8: embarazo en la adolescencia. Disponible en: <http://www.bertha.gob.ni/adolescentes/Doc/minsa/diplomado/Tema3saludsexyrepro.Ginecolog.Lecion20820Embarazenlaadolesc.pdf>.
115. Salud Hoy. Acné: Nuevas Estrategias de Tratamiento. Disponible en: www.saludhoy.com. 2001.
116. Sánchez C, Carreño J. Guía clínica de intervención psicológica de la sexualidad humana en parejas. Perinatol Reprod Hum 2007; 21(1): 33-43.
117. Santofimio M, Mejía L, Legña M. Dermatitis infantiles. Estudio epidemiológico en el Hospital Gonzalo González. Quito-Ecuador. Dermatol Pediatr Lat 2006; 4(2): 115-120.
118. Sarquella J. Patología escrotal y peneana: escroto agudo, varicocele y curvatura congénita del pene. Bol Pediatr 2007; 47(supl.1):25-30. Disponible en: http://www.sccalp.org/boletin/47_supl1/BolPediatr2007_47_supl1_025-030.pdf.
119. Schneider R. Patología mamaria. Rev Chil Pediatr 1999; 70(3): 238-241.
120. Seidman S, Rieder R. A Review of Sexual Behavior in the United States. The American Journal of Psychiatry 1994; 151(3):330-40.
121. Shaw K, O'Rourke P, Del Mar C, Kenardy J. Intervenciones psicológicas para el sobrepeso o la obesidad (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, 2008. Oxford. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, Issue. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
122. SIISE 4.5 - INEC. Encuesta de condiciones de vida. 1995 – 1999- 2006.
123. Silber T, Munist M, Maddaleno M, Ojeda E. Manual de Medicina de la Adolescencia. Organización Panamericana de la Salud. OPS. Serie Paltex #20. 1992.
124. Sileo E. Obesidad en la adolescencia. Prevención. 3er Congreso Chileno de Adolescencia. Santiago. 2008.
125. Sileo E. Propuesta de módulo de atención de los y las adolescentes en el marco de la integración del manejo adolescente y sus necesidades (IMAN) en el nivel primario de atención. Caracas, 2006.
126. Silva R, Lagomarsino E. Infecciones del Tracto Urinario. En: Adolescencia. Promoción, prevención y atención en salud, de Zubarew T, Romero M, Pobrete F. Ediciones Universidad Católica de Chile. 2003.
127. Sociedad Argentina de Dermatología. Consenso sobre Acné. Argentina. 2005.
128. Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil. Protocolo Abuso sexual infantil y violación. 2006.
129. Sociedad Española de Endocrinología y Nutrición. Conferencia de consenso. Recomendaciones y algoritmo de tratamiento del sobrepeso y la obesidad en personas adultas. Med Clí (Barc) 2004; 122(19):747.

- 
130. Speroff L, Fritz MA. Amenorrhea. In: Clinical gynecologic endocrinology and infertility. 7th ed. Philadelphia, Pa.: Lippincott Williams & Wilkins, 2005; 401-64.
 131. The Alan Guttmacher Institute. Into a New World. New York. 1998.
 132. The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine. Current evaluation of amenorrhea. *Fertil Steril* 2004; 82(suppl 1): S33-9.
 133. Toro A, Toro H. Patología oral prevalente en la adolescencia. En: Adolescencia. Promoción, prevención y atención en salud, de Zubarew T, Romero M y Pobrete F. Ediciones Universidad Católica de Chile. 2003.
 134. Traggiai C, Stanhope R. Delayed puberty. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* 2002; 16:139-51.
 135. Vergara F. Eventos fisiológicos en la pubertad; prevalencia de dismenorrea en adolescentes escolares del área urbana de Quito. Universidad Central del Ecuador, Quito. 1997.
 136. World Health Organization. Gender and Reproductive Rights Glossary. Geneva. 2002.
 137. Yépez R, López P y cols. Obesidad. Sociedad Ecuatoriana de Ciencias de la Alimentación y Nutrición. Quito. 2008.
 138. Zubarew T y cols. Homosexualidad en la Adolescencia. En: Adolescencia. Promoción, prevención y atención en salud, de Zubarew T, Romero M y Pobrete F. Ediciones Universidad Católica de Chile. 2003.
 139. Zubarew T, Romero M, Pobrete F. Adolescencia: promoción, prevención y atención de salud. Ediciones Universidad Católica de Chile. 2003. Santiago.
- 
- 

