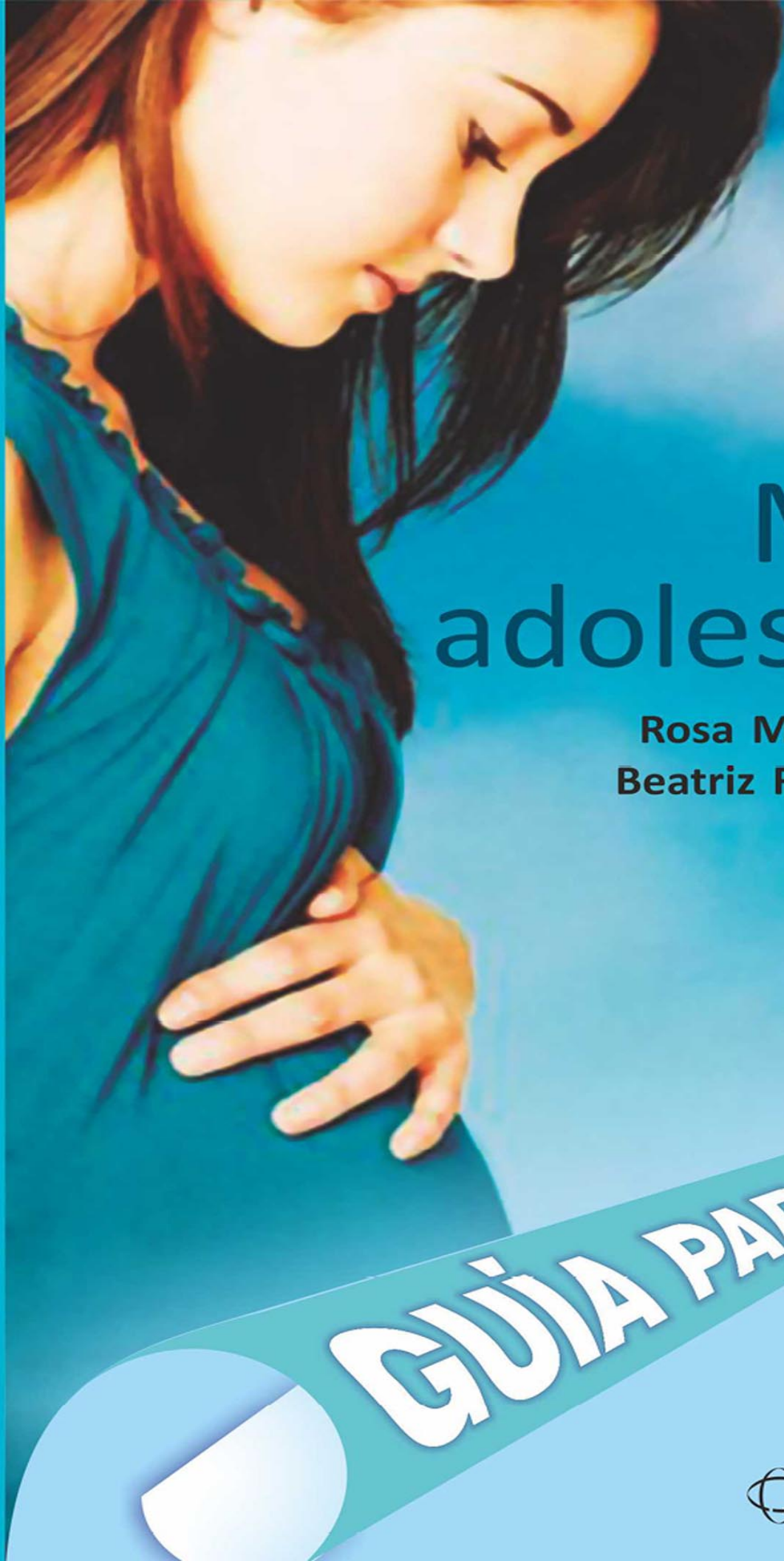


A close-up photograph of a pregnant woman with long dark hair, wearing a blue dress, looking down at her belly. Her hand is resting on her abdomen. The background is a soft, out-of-focus blue.

Madre adolescente

Rosa María Alonso Uría
Beatriz Rodríguez Alonso

GUÍA PARA LA FAMILIA



EDITORIAL
CIENTÍFICO-TÉCNICA

Edición de e-book: Lic. Carlos A. Andino Rodríguez
Edición y corrección: Gilma Toste Rodríguez
Diseño de cubierta: Carlos Javier Solis Méndez
Diseño de la colección: Yadyra Rodríguez Gómez
Realización de imágenes: Elvira Corzo Alonso
Composición digitalizada: Norma Collazo Silvariño
Composición de e-book: Téc. Amarelis González La O

© Rosa María Alonso Uría y Beatriz Rodríguez Alonso, 2018

© Sobre la presente edición:

Editorial Científico-Técnica, 2020

ISBN 9789590512247

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del Copyright, bajo la sanción establecida en las leyes, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamo público. Si precisa obtener licencia de reproducción para algún fragmento en formato digital diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) o entre la web www.conlicencia.com EDHASA C/ Diputació, 262, 2º 1ª, 08007 Barcelona. Tel. 93 494 97 20 España.

INSTITUTO CUBANO DEL LIBRO

Editorial Científico-Técnica

Calle 14, no. 4104, entre 41 y 43, Playa, La Habana, Cuba

editorialmil@cubarte.cult.cu

www.nuevomilenio.cult.cu

Índice de contenido

[Madre adolescente](#)

[Índice](#)

[Autores](#)

[Prólogo](#)

[Preámbulo](#)

[Capítulo 1](#)

[Variabilidad clínica](#)

[Variabilidad y diferencias del crecimiento y desarrollo en la adolescencia](#)

[Bibliografía](#)

[Capítulo 2](#)

[Trastornos menstruales](#)

[Anovulación](#)

[Cuadro clínico](#)

[Diagnóstico](#)

[Tratamiento](#)

[Diagnóstico adecuado](#)

[Tratamiento acertado](#)

[Falla ovárica prematura y embarazo](#)

[Bibliografía](#)

[Capítulo 3](#)

[Morbilidad y mortalidad del adolescente cubano. Situación actual](#)

[Morbilidad](#)

[Mortalidad](#)

[Bibliografía](#)

[Capítulo 4](#)

[Salud reproductiva y sexual](#)

Anticoncepción en la adolescencia

Anamnesis

Examen ginecológico

Valoración del entorno

Métodos hormonales

Orales

Inyectables

Implantes

Otros

Métodos no hormonales

Dispositivos intrauterinos

Métodos de barrera

Espermicidas

Métodos naturales

Bibliografía

Capítulo 5

Adolescencia y sexualidad

Adolescentes del mundo de hoy

Bibliografía

Capítulo 6

Aspectos psicológicos del embarazo

Características psicológicas de la gestante

Adolescencia y embarazo

Calidad de vida en la adolescente embarazada

Riesgos y daños psicológicos en el niño

Síndrome de abuso físico

Síndrome de negligencia física y emocional

Síndrome de muerte súbita

Síndrome de intoxicación accidental
intoxicación
alcohólica

Bibliografía

Capítulo 7

[El embarazo y sus complicaciones](#)

[Complicaciones en la gestante](#)

[Complicaciones en el hijo](#)

[Bibliografía](#)

[Capítulo 8](#)

[Hipertensión arterial](#)

[Bibliografía](#)

[Capítulo 9](#)

[Familia y adolescencia](#)

[La familia como sistema social](#)

[Ciclos y crisis de la familia](#)

[Familia y adolescente](#)

[Embarazo y adolescencia](#)

[Atención al adolescente](#)

[Bibliografía](#)

[Capítulo 10](#)

[Cuidados generales del bebé](#)

[Consultas de Puericultura](#)

[Puericultura prenatal](#)

[Puericultura postnatal](#)

[Niño saludable](#)

[Cuidados en el hogar](#)

[Morbilidad y mortalidad en la infancia](#)

[“Problemas simples” y terapias apropiadas](#)

[Inquietudes más frecuentes de los padres](#)

[Bibliografía](#)

[Capítulo 11](#)

[Lactancia materna](#)

[Composición de la leche materna y tipos de producción láctea](#)

[Macronutrientes](#)

[Micronutrientes](#)

[Modificaciones de la leche materna](#)
[Factores que influyen en el éxito de la lactancia materna exclusiva](#)
[Leche materna y recién nacido prematuro](#)
[Contraindicaciones](#)
[Técnicas de amamantamiento](#)
[Método contacto “piel a piel o “método canguro”](#)
[Manejo en el parto y puerperio inmediato](#)
[Nutrición materna durante la lactancia](#)
[Extracción manual](#)
[Bibliografía](#)
[Capítulo 12](#)
[Crecimiento, desarrollo psicomotor y estimulación de habilidades](#)
[Características del crecimiento y el desarrollo infantil](#)
[Crecimiento](#)
[Desarrollo](#)
[Recién nacido](#)
[Lactante](#)
[Años preescolares](#)
[Bibliografía](#)
[Capítulo 13](#)
[Nutrición](#)
[Terminología nutricional](#)
[Nutrición del lactante](#)
[Primer semestre](#)
[Alimentación complementaria](#)
[Cronología](#)
[Destete](#)
[Valoración del estado nutricional](#)
[Anamnesis](#)
[Exploración clínica](#)

Antropometría

Determinaciones analíticas

Valoración nutricional del niño obeso

Bibliografía

Capítulo 14

Inmunizaciones

Inmunización y vacunación ¿significan lo mismo?

Las vacunas y sus beneficios

¿Es posible contraer la enfermedad de las vacunas que deben protegernos?

Las vacunas ¿son 100 % efectivas?

Reacciones adversas más frecuentes

¿Todas las vacunas inmunizan por el resto de la vida?

¿Existen riesgos al aplicar vacunas durante el embarazo?

¿Cómo aplicar toxoide tetánico a la embarazada?

¿Qué cuidados se deben considerar al aplicar la vacunación al recién nacido y lactante?

Bibliografía

Capítulo 15

Lesiones no intencionales

Lesiones no intencionales o accidentes

Algunos aspectos epidemiológicos

Lesiones no intencionales

Medidas de promoción de salud y prevención de las lesiones no intencionales

Bibliografía

Capítulo 16

El sueño

El sueño en la edad pediátrica

Progesterona, adolescentes y sueño

Hábitos de sueño

[Enfoque clínico](#)

[Disomnias](#)

[Parasomnias](#)

[Sonambulismo](#)

[Errabundismo](#)

[Bibliografía](#)

[Capítulo 17](#)

[Enfermedad diarreica aguda](#)

[Epidemiología](#)

[Causas](#)

[Clasificación clínico-etiológica](#)

[Diarrea líquida o acuosa](#)

[Diarrea con sangre y lema](#)

[Lactancia materna y prevención de la EDA](#)

[Tratamientos](#)

[Tratamiento profiláctico](#)

[Tratamiento medicamentoso](#)

[Bibliografía](#)

[Capítulo 18](#)

[Enfermedades respiratorias más frecuentes](#)

[Factores de riesgo más frecuentes relacionados con la morbilidad y la mortalidad](#)

[Infecciones respiratorias bajas](#)

[Epiglotitis aguda](#)

[Bronquiolitis](#)

[Neumonía](#)

[Tuberculosis](#)

[Enfermedades respiratorias producidas por inhalación o aspiración de materias extrañas](#)

[Neumonía aspirativa del lactante](#)

[Neumonía lipoidea](#)

[Neumonía aspirativa por queroseno](#)

[Otras neumonías aspirativas](#)

[Cuerpos extraños en vías respiratorias](#)

[Apnea de sueño](#)

[Bibliografía](#)

[Capítulo 19](#)

[Efectos adversos de las “drogas legales” en el niño](#)

[Café](#)

[Tabaco](#)

[Alcoholismo](#)

[Intoxicación alcohólica](#)

[Bibliografía](#)

[Capítulo 20](#)

[El cuidado de la piel del bebé](#)

[Hallazgos típicos en la piel de un recién nacido saludable](#)

[Recomendaciones para el cuidado de la piel](#)

[Fotoprotección en el niño menor de un año](#)

[Bibliografía](#)

[Capítulo 21](#)

[Técnicas Educativas](#)

[Recomendaciones necesarias](#)

[Habilidades para la vida](#)

[Conocer mejor el problema](#)

[Métodos-técnicas-medios-procedimientos-recursos](#)

[Creatividad en la educación de madres adolescentes](#)

[Técnicas](#)

[Bibliografía](#)

[Capítulo 22](#)

[Estrategias en promoción y educación para la salud](#)

[Estrategias en promoción de salud](#)

[Información](#)

[Comunicación](#)

Educación

Estrategias de información, educación y
comunicación

Principios éticos

Bibliografía

Anexo

Datos del autor

Autores

Pilkar Acuña Aguilarte
María Esther Magraner Tarrau
Rafael Amador Morán
Vivian Asunción Álvarez Ponce
Aleida Álvarez Sánchez
Irka Ballesté López
Ana Campo González
Francisca Cruz Sánchez
Rosa Díaz Aguilar
Alina González Hernández
María Teresa Interián Morales
Damaris Laine Gómez
Silvia León Reyes
Eduardo Sánchez Zulueta
Rodolfo Martínez Arias
Adis Martínez Enríquez
Marta Martínez Ramos
Milagros Muñiz Rizo
Caridad Pérez Cernuda
Lourdes Pupo Portal
Ileana Rodríguez Medina
Isidoro Alejandro Solernou Mesa
Rafael Vanegas Estrada
Carmen Regina Victoria García
Omayda Safora Enríquez
Aldo Rodríguez Izquierdo

Prólogo

A Rosa María Alonso Uría, compiladora principal de este proyecto, más de 40 años en el desempeño de la Medicina le han ganado el respeto, la admiración de sus compañeros y pacientes, así como de las generaciones de estudiantes en cuya formación ha colaborado. Ha tenido una meritoria labor en pro de su superación profesional, que se evidencia en su activa participación en cursos y talleres: ha impartido más de 20 cursos de alta calidad y participado en más de 60 eventos científicos de carácter nacional e internacional, donde ha divulgado los resultados de su trabajo científico-técnico. Es autora de más de 60 artículos publicados en libros, folletos y revistas nacionales e internacionales.

El embarazo, hecho biopsicosocial relevante, implica –en el grupo de riesgos al que está dedicada esta obra– a alteraciones que ponen en riesgo la salud de la madre y de su hijo, por lo que significa un problema de salud que se debe considerar en términos del presente y del futuro, por las complicaciones que puede suponer.

Dentro de sus funciones, la salud pública, encargada de la promoción de la salud, tiene como instrumento vital la educación, para dar respuesta a problemas de salud en la población, con un diagnóstico previo de estos y un análisis causal de la situación.

El libro que presenta la autora, aborda la caracterización de la adolescente, la morbilidad y la mortalidad, y su sexualidad; profundiza en el embarazo en esta y los aspectos psicológicos más relevantes de una etapa tan compleja. Expone las complicaciones a las que puede estar sujeto el bebé, la importancia de las relaciones entre la familia y la adolescente, los cuidados del recién nacido, la relevancia de la lactancia materna para la madre y su hijo, y las características del crecimiento, el desarrollo y la estimulación de las habilidades, la nutrición, las

inmunizaciones y la potencialidad de los accidentes. Además, propone técnicas educativas para la madre adolescente, destaca la importancia del sueño y dentro de la morbilidad insiste en la enfermedad diarreica aguda, en la infección respiratoria aguda, sin obviar otras temáticas tan relevantes como los efectos adversos de las drogas (consideradas legales) en la madre y su descendencia.

La obra, surge a partir de una investigación realizada por docentes investigadores de la Facultad de Ciencias Médicas Miguel Enríquez, vinculados con la asistencia médica en el Hospital Docente Gineco-Obstétrico de Guanabacoa, donde se identificó, como problema de salud, la elevada incidencia de madres adolescentes, la falta de conocimientos y las malas prácticas en relación con el cuidado y la atención de sus hijos. Se diseñó e implementó un programa educativo que condujo a la transformación de la educación integral de las adolescentes y sus descendientes; estuvo también encauzado a la capacitación de los profesionales de la salud, para que tengan la posibilidad de enriquecer sus conocimientos y habilidades sobre el manejo, la educación integral de las madres adolescentes y su descendencia. La educación de estas gestantes, debe ser extendida a la pareja y al resto de la familia, pues es esencial para lograr la aceptación del hijo de forma digna, contar con herramientas para enfrentar situaciones de alto riesgo de enfermedades, accidentes y evitar consecuencias peligrosas.

Además de desarrollar la autorresponsabilidad de padres y familiares con la atención a su descendencia, esta obra permitirá sentar las bases para crear programas de estabilización familiar y desarrollar políticas de salud tendientes a minimizar los riesgos inherentes a este grupo poblacional, la mejoría de la calidad de vida familiar e individual y la repercusión positiva en el desarrollo futuro de la sociedad.

Es esta una herramienta educativa que contribuirá a mejorar la salud de la infancia, fortalecer la aplicación y difusión de prácticas y conocimientos para mejorar la salud infantil, perfeccionar los conocimientos para adoptar decisiones basadas en la evidencia más rigurosa, garantizar la supervivencia infantil, así como las condiciones de crecimiento y desarrollo de nuestros niños.

DR. JORGE J. DELGADO CALZADO
Especialista de II grado en Ginecología y Obstetricia

Preámbulo

El embarazo a cualquier edad es un hecho biopsicosocial muy importante, pero en la adolescencia implica una serie de alteraciones que atentan, tanto contra la salud de la madre como la de su hijo, lo cual constituye un problema de salud que no debe ser considerado solo en términos del presente, sino del futuro, por las complicaciones que puede acarrear.

Dentro de las funciones esenciales de la Salud Pública se encuentra la promoción de la salud, la cual tiene como instrumento vital la Educación para la Salud, disciplina que permite desarrollar actividades educativas para responder a problemas reales en la población, previo diagnóstico educativo y un análisis causal de la situación de salud. Precisamente, uno de los objetivos de este estudio es la adquisición de los conocimientos, herramientas y habilidades necesarias que debe poseer todo profesional de la salud que tenga la responsabilidad de trabajar en el manejo y la educación integral de la madre adolescente y su descendiente. Es una iniciativa que surge a partir de una investigación realizada por profesores e investigadores de la Facultad de Ciencias Médicas Miguel Enríquez vinculados con la asistencia médica en el Hospital Docente Gineco-Obstétrico de Guanabacoa, en La Habana. En ese centro se identificó como problema de salud la elevada incidencia de madres adolescentes, las lagunas de conocimiento, así como las malas prácticas que se detectaron en el cuidado y atención que profesan a sus hijos. Entonces se diseñó e implementó un programa educativo que llevó a la “transformación” en la educación integral de las adolescentes y sus descendientes.

La atención a la adolescente embarazada debe contar con un proceso educativo para fortalecer su madurez intelectual y los conocimientos, para que pueda enfrentar el cuidado y

la crianza del recién nacido y su infancia. De igual forma, la pareja y el resto de la familia deben velar para lograr la aceptación de este hijo de forma digna, que permita contar con herramientas para resolver los factores de alto riesgo y evitar consecuencias potencialmente peligrosas.

Este trabajo contribuirá en las esferas individual, familiar, social, cultural y económica a desarrollar la autorresponsabilidad de padres y familias con la atención a su descendencia, sentará las bases para la creación de programas de estabilización familiar, así como el desarrollo de políticas de salud tendientes a contrarrestar los efectos deletéreos y a minimizar los riesgos inherentes a este grupo poblacional.

Los servicios de salud deben trabajar con la finalidad de formar parte de la red social que acompañen y apoyen el proceso de desarrollo de las adolescentes embarazadas, y sus parejas; ampliar, así como profundizar los saberes de los profesionales de la salud, en esta temática, para que se “encarguen” de la atención a las madres adolescentes y las preparen para que puedan alcanzar un mejor pronóstico de vida, tanto para ella, como para su descendiente, esa ha sido nuestra motivación.

Esta herramienta educativa es vital para mejorar la salud de la infancia. Mediante su utilización, se espera no solo que fortalezca la aplicación, la difusión de las prácticas y los conocimientos para mejorar la salud infantil, sino que, también, contribuya a la toma de conciencia sobre los vacíos de conocimiento que todavía debemos llenar para adoptar decisiones basadas en la evidencia más rigurosa, con el fin de garantizar la supervivencia infantil, así como mejorar las condiciones de crecimiento y desarrollo de esos niños.

ROSA MARÍA ALONSO URÍA

CAPÍTULO 1

Variabilidad clínica

Dra. Francisca Cruz Sánchez

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como el período de crecimiento y desarrollo humano entre los 10 años y 19 años. En Cuba, desde el año 2000, existe el Programa Nacional para la Atención Integral a la Salud en la Adolescencia, donde se destaca, entre otras actividades, la atención en hospitales pediátricos a todos los adolescentes hasta los 17 años, 11 meses y 29 días. No obstante, se debe enfatizar que a partir de los 16 años los adolescentes pueden ser atendidos en cualquier institución de salud para adultos.

La pubertad constituye el componente biológico de la adolescencia y se refiere a las variaciones (o transformaciones) morfológicas y fisiológicas que ocurren hasta lograr la maduración de los órganos sexuales y alcanzar la capacidad reproductiva.

Variabilidad y diferencias del crecimiento y desarrollo en la adolescencia

Los componentes del crecimiento y desarrollo en la adolescencia incluyen los cambios puberales, el crecimiento físico y el desarrollo cognitivo y psicosocial. Por lo general, se pueden observar algunas características, como:

1

- . Variación individual en la edad de inicio del crecimiento, tanto en las hembras como en los varones.

2

- . Aparición de la pubertad en las hembras antes que los varones (entre 1,5 años y 2 años).

3

- . El proceso de maduración puede durar de 2 años a 5 años.

4

- . La tendencia secular muestra que la menarquia tiende a ser más temprana que en las madres, y la talla final es más alta que la de sus padres, tanto en uno como en otro sexo.

Los adolescentes de cualquier rincón del mundo solo tienen en común la edad, pues los cambios que en ellos ocurren están determinados por diferentes factores genéticos, socioculturales, económicos y ambientales. Entre estos cambios se destaca el aumento de peso, que durante el estirón puberal puede alcanzar alrededor de 50 % del peso ideal del adulto.

Las hembras acumulan más grasa que los varones que alcanzan mayor desarrollo óseo y muscular durante el período puberal. El crecimiento visceral es menor que el óseo y el muscular, pero en los varones el desarrollo visceral es mayor (corazón, pulmones, hígado, riñones y cerebro) de ahí que exhiban cifras de tensión arterial sistólica más elevada y mayor capacidad vital. Lo mismo ocurre con las cifras de hematocrito, más altas en los varones, dadas por la estimulación de la testosterona en la médula ósea y la eritropoyetina renal. La fosfatasa alcalina es elevada, expresa la actividad ósea metabólica y alcanza sus valores máximos en el pico de crecimiento.

Para evaluar la maduración sexual en adolescentes se utilizan los estadios descritos por Tanner¹ en 1962 y, además, en el sexo femenino la aparición de la menarquia. Hoy día, los adolescentes se rasuran el vello y se dificulta evaluarles este parámetro. Según este orden de aparición en las adolescentes se puede observar:

1

- . Sudor con olor, que es menos intenso en las hembras que

en los varones.

2

. El crecimiento de la pelvis puede aparecer entre los 9 años y 10 años.

3

. Desarrollo mamario.

4

. Vello pubiano.

5

. Desarrollo de labios mayores y menores de la vulva.

6

. Los ovarios triplican su tamaño entre los 9 años y 14 años, la vagina crece en longitud hasta después de la menarquia y el útero aumenta de tamaño después de los 7 años.

7

. Estirón puberal precoz.

8

. Vello axilar.

9

. Menarquia.

1

0

. Aumento de la grasa corporal.

1

1

. El acné en las hembras aparece entre los 14 años y 16 años, más temprano que en los varones.

1

2

. En las hembras 99 % alcanza la talla adulta a los 15 años, pero dejan de crecer entre los 16 años y 17 años.

Las hembras presentan un estadio 2 de mamas tan temprano como a los 8,3 años y tan tarde como a los 13,4 años, pueden tener un desarrollo casi completo tan precoz

como a los 10,8 años o tan tardía como a los 17,8 años. Igual variabilidad ocurre con la aparición del vello púbico en ambos sexos.

La edad de aparición de la menarquia es otro indicador importante del desarrollo sexual en el sexo femenino. En la población cubana la edad promedio es de 13 años, y oscila entre 10,5 años y 15,5 años aproximadamente. Cuando aparece de manera tardía, ocurre que ya existe desarrollo mamario y del vello pubiano, eso indica que ya se han desencadenado los mecanismos responsables del desarrollo sexual y, por tanto, la menarquia no debe tardar.

Alrededor de los 11 años se forma la mucorrea (secreción del cuello uterino) y la leucorrea (secreción de las paredes vaginales), a causa de la maduración folicular y la producción de estrógenos. Estos flujos son generalmente de color amarillo claro, inodoro y la mucosa es normal. En el cultivo bacteriológico de los exudados se pueden encontrar gérmenes gram + (lactobacilos de Doderlain).²—Estas secreciones o flujos pueden ser abundantes por el aumento de los estrógenos durante los primeros ciclos anovulatorios o por situaciones de estrés.

Durante la menstruación se pierde el tapón mucoso normal que protege el cuello del útero, por esa razón es importante que los adolescentes que practican el coito usen condón, ya que tienen más riesgo de adquirir una cervicitis o infección genital alta (endometritis, salpingitis y pelviperitonitis), o una infección de transmisión sexual.

En los adolescentes varones se puede observar:

1

. Sudor con olor, más fuerte que en las adolescentes femeninas.

2

. Aumento del volumen testicular.

3

. Desarrollo del pene y la bolsa escrotal (acompañada de

enrojecimiento y pliegue de la piel).

4

. Vello pubiano.

5

. Las mamas aumentan de tamaño y se puede observar ginecomastia puberal fisiológica.

6

. Vello axilar (aumenta dos años después del vello pubiano).

7

. La espermarquia es el inicio de la emisión de esperma y sucede tempranamente en la pubertad, alrededor de los 13,4 años pero puede variar entre los 10,6 años y 14,6 años.

8

. Las eyaculaciones involuntarias que tienen lugar durante el sueño se denominan poluciones nocturnas. La actividad prostática puede comenzar entre los 11 años y 12 años antes de que aparezca el vello pubiano.

9

. Vello facial: hay un cambio tardío alrededor de los 14,9 años (rango más o menos de 1,5 años).

1

0

. Estirón puberal tardío.

1

1

. La velocidad máxima de crecimiento es a los 14 años y 99 % alcanza la talla adulta a los 16,8 años, pues la detención del crecimiento ocurre alrededor de los 21 años.

1

2

. El vello corporal y el acné aparecen entre los 16 años y 17 años.

El estadio 2 de genitales, que marca el inicio del desarrollo sexual en los varones, puede aparecer tan temprano como a los 8,7 años y tan tarde como a los 14,9 años; a la vez existen adolescentes que casi han completado su desarrollo genital a los 11,8 años, mientras otros no lo logran hasta los 17,8 años.

Como se puede notar existe un amplio rango de edades en el que cada uno de estos estadios se puede alcanzar. A veces, surgen preocupaciones en los adolescentes y en sus padres, porque llegan a cierta edad y no han alcanzado determinado desarrollo, sin embargo, en muchos casos la edad de esos adolescentes está incluida en la amplia variabilidad que ya conocemos.

La ginecomastia puberal se manifiesta por un aumento glandular mamario transitorio, por debajo de la areola, en forma de disco de menos de 4 cm, móvil, indoloro o algo doloroso, casi siempre unilateral (puede aparecer después en el otro lado), de crecimiento lento y autolimitado que recuerda al estadio 2 de Tanner de las mamas en las adolescentes. Se observa en las etapas iniciales de la pubertad en aproximadamente 70 % de los varones y alrededor de los 13 años en adolescentes sanos que tienen pubarquia³ e incremento del volumen testicular al menos de 8 cc. Regresa en uno o dos años de manera espontánea o puede perdurar hasta la edad adulta.

Cuando existe microginecomastia (similar a los estadios 3 o 4 de Tanner de la mama femenina) se debe estudiar y tratar al adolescente, pues esa alteración no regresa espontáneamente.

Entre las causas más frecuentes de ginecomastia patológica están:

1. Obesidad.
2. Estrés.
3. Hipogonadismos congénitos y adquiridos.
4. Trastornos tiroideos y suprarrenales.

5. Tumores (hipotálamo y testiculares).
6. Medicamentosa.
7. Idiopática.
8. Familiar.
9. Lesiones de nervios intercostales.
10. Enfermedades del sistema nervioso central.
11. Tumores de mamas benignos y malignos.

Los testículos tienen dos funciones principales:

1. Síntesis de testosterona, principal hormona sexual masculina (andrógeno).
2. Producción de esperma.

Cuando los testículos son hipoactivos, la producción de andrógeno es deficiente (hipogonadismo masculino); esto puede ocurrir porque la glándula hipófisis no secreta las hormonas que estimulan los testículos o porque existe alguna alteración en estos. Se puede observar retardo del crecimiento y desarrollo sexual, producción de esperma escasa y pene pequeño.

Entre otras alteraciones testiculares están:

1. Hidrocele.
2. Varicocele.
3. Esperamatocele.
4. Tumores.
5. Edema escrotal idiopático (etapa prepuberal).

En ocasiones, los adolescentes refieren dolor testicular que puede ser a causa de: torsión testicular o del apéndice testicular, epididimitis, orquitis, hematoma secundario a trauma, hernia encarcelada, entre otros.

La masturbación es una autoestimulación sexual considerada normal en ambos sexos. Es una de las prácticas sexuales más frecuentes en los adolescentes. No provoca daños a la salud física ni mental. Cuando la masturbación es compulsiva y, por supuesto, afecta el desarrollo de las

actividades educativas y sociales debe ser evaluada por un especialista en Psicología o Psiquiatría.

Durante la pubertad, los adolescentes pueden pasar por un período de aparente homosexualidad (pseudohomosexualidad), como los episodios de mutua masturbación o diferentes modalidades de excitación sexual física, que pueden llegar a la relación homosexual. Esto no significa que serán homosexuales definitivamente.

Utilizando criterios convencionales, para evaluar la variabilidad del desarrollo sexual en adolescentes, según el sexo, se puede establecer la clasificación siguiente:

1. Sexo masculino: según los valores de referencia para su edad en el estadio alcanzado para cualquiera de los caracteres evaluados:

a

) Madurador temprano: por debajo del percentil 10.

b

) Madurador promedio: entre los percentiles 10 y 90.

c

) Madurador tardío: por encima del percentil 90 o adolescente que inicie su desarrollo sexual después de los 14 años.

2. Sexo femenino: según los valores de referencia para su edad en el estadio alcanzado, para cualquiera de los caracteres evaluados:

a

) Maduradora temprana: por debajo del percentil 10 o que presente la menarquia antes de los 11,5 años.

b

) Maduradora promedio: entre los percentiles 10 y 90 o la menarquia.

c

) Maduradora tardía: por encima del percentil 90 o que inicie su desarrollo sexual después de los 12,5 años o

presente la menarquia después de los 14,5 años.

Todos estos criterios pueden manejarse como variantes normales del desarrollo, pero son muy importantes porque los adolescentes se preocupan mucho por su imagen corporal y, además, porque la maduración repercute sobre las capacidades físicas, y provoca diferencias emocionales y de comportamiento. Los maduradores tardíos se preguntan si su cuerpo se desarrollará “como es debido”, y ¿cuándo ocurrirá?; en general son sensibles y temen confiar sus problemas a otros, mientras que los maduradores tempranos son más estables y sociables, pero enfrentan diversas dificultades por ciertas formas de conducta: algunas no les son aceptadas por considerarse “infantiles”, y otras les son negadas porque son propias de los “adultos”. En ocasiones, sobre todo en el sexo femenino, les resulta embarazoso el desarrollo mamario.

El diagnóstico de la presencia de una pubertad precoz es más difícil de precisar. Arbitrariamente se pudiera sugerir como precoz el inicio de cualquier manifestación de desarrollo de los caracteres sexuales antes de los 8,5 años en la niña o de los 9 años en el niño; eso implicaría una ubicación inferior al percentil 3 de las normas nacionales.

Una pubertad tardía se correspondería con aquellos casos en que después de los 13 años en el sexo femenino o de los 15 años en el masculino no hubiera evidencias de desarrollo mamario o genital, lo que implicaría una ubicación superior al percentil 97 de las normas.

En cuanto al cambio de la voz, se plantea que normalmente el tono de la voz del niño y la niña es agudo en comparación con el del hombre y la mujer porque ocurre un cambio en el tono y en otros atributos de la voz (timbre, intensidad, etc.). Esto se debe a los cambios anatómicos que ocurren en la laringe —y en todas las estructuras anatómicas que participan en la fonación—, los cuales son más en el varón que en la hembra y, por tanto, aparece el

tono de la voz más grave en los varones En esta etapa pueden aparecer algunos episodios de ronquera, que suelen pasar muy rápido. Las medidas de higiene vocal hay que extremarlas durante la etapa de la adolescencia, sobre todo en los alumnos que estudian especialidades en las escuelas de arte y magisterio, porque hacen mayor uso de la voz. El globo ocular se elonga y puede aparecer miopía.

Bibliografía

- BUIL RADA, C., I. LETE LASA , R. RAHOLA ROS y J. L. DE PABLO LOZANO: Manual de Salud Reproductiva en la Adolescencia. Aspectos básicos y clínicos, 1ra ed., Sociedad Española de Contracepción, España, 2001.
- CASTELLANO, B., M. I. HIDALGO VICARIO y A. M. REDONDO ROMERO: Medicina de la Adolescencia. Atención Integral, España, 2004.
- CRUZ SÁNCHEZ, F., N. MARTÍNEZ VÁZQUEZ, S. PINEDA PÉREZ y M. ALIÑO SANTIAGO: Manual de Prácticas Clínicas para la Atención Integral a la Salud en la Adolescencia, MINSAP, Cuba, 1999.
- CRUZ SÁNCHEZ, F. y otros: En la adolescencia queremos saber, Ed. Ciencias Médicas, Cuba, 2004.
- _____: Programa Nacional de Atención Integral a la Salud en la Adolescencia, MINSAP, Cuba, 2000.
- _____: “Depresión subclínica en la adolescencia”, Salud Mental, Ed. Ciencias Médicas, Cuba, 2005.
- DALTON, R., N. SABATE y M. A. FORMAN: “Trastornos Psicosomáticos”, Nelson. Tratado de Pediatría, vol. 1, pp. 920-924, Ed. McGraw-Hill-Interamericana, 2004.
- FONSECA, H.:Comprender os Adolescentes. Um desafio para Pais e Educadores, 2da. ed., Ed. Presenca, Lisboa, 2003.
- HOLLAN, C. and R. BROWN : Adolescent Medicine Secrets, Ed. Hanley /Belfus, INC Philadelphia, Estados Unidos, 2002.
- KAPLAN, D.W.: “Adolescente”, Handbook Pediatrics, pp. 224-228, 18va ed., Estados Unidos, 1997.
- ZUBAREW, T., M. I. ROMERO y F. POBLETE: Adolescencia: Promoción, prevención y atención de salud, 2da. ed., Ed. Universidad Católica de Chile, 2003.

-
- 1 El pediatra británico James Tanner estableció una valoración de la maduración sexual, mediante el desarrollo físico de los niños, adolescentes y adultos conocida como la escala de Tanner (todas las notas, salvo indicación de lo contrario son de la editora).
 - 2 Bacteria de la flora normal comúnmente hallada en la vagina, a la cual de manera genérica se le denomina Lactobacillus species, y su nombre tiene su origen en el ginecólogo alemán Albert Döderlein (1860-1941). (Fuente: “Bacilo de Döderlein”, Diccionario Académico de la Medicina, Academia Nacional de Medicina de Colombia, consultado online).

[3](#) La pubarquia se refiere a la primera aparición de vello púbico en un adolescente. Es uno de los cambios físicos de la pubertad. (Fuente: B. García Cuartero: "Pubarquia, adrenarquia, hirsutismo", *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 2009).

Trastornos menstruales

Dra. Aleida Álvarez Sánchez

Si bien es preocupación del Ministerio de Salud Pública y del Estado cubano las posibles afectaciones en la salud reproductiva que se derivan del inicio precoz de las relaciones sexuales, del cambio de parejas, de la inmadurez biopsicosocial propia de esta etapa de la vida, de los trastornos ocasionados por el embarazo, interrupción, parto, puerperio, lactancia materna y métodos anticonceptivos que se utilizan en este sector de la población, existen algunas alteraciones del ciclo menstrual producidas, precisamente, por la inmadurez que pudieran provocar ciclos anovulatorios, amenorreas, metrorragias y por ende infertilidad.

Cuando el trastorno menstrual se presenta cercano a la menarquia, lo más probable es que se trate de una metrorragia disfuncional a causa de la anovulación por inmadurez de las señales del eje hipotálamo-hipófisis-ovario. Las etiologías orgánicas, aunque mucho menos probables, pueden también existir (trastornos de coagulación, accidentes del embarazo y sarcomas vaginales).

La metrorragia grave en la adolescente se origina en 19 % de ellas, en una coagulopatía primaria: enfermedad de von Willebrand,¹ púrpura trombocitopénica idiopática.²

En la adolescente sin actividad sexual, el examen ginecológico consiste en la inspección de los genitales externos en búsqueda de lesiones traumáticas o

inflamatorias y, raramente, es necesario realizar una vaginoscopia (bajo sedación) en búsqueda de cuerpos extraños o tumores vaginales. En la adolescente con actividad sexual se debe realizar la vaginoscopia y el examen de Papanicolau o prueba citológica, así como estudio bacteriológico, si hubiere cervicitis, porque en estas circunstancias son frecuentes las afecciones inflamatorias, son posibles las enfermedades de transmisión sexual e incluso lesiones displásicas o neoplásicas del cuello uterino. Dada la frecuencia de los trastornos de coagulación como causa de metrorragia a esta edad, se debe evaluar recuento de plaquetas, tiempo de sangría, protrombinemia y tiempo de tromboplastina parcial activado; si hubiere alteraciones, se prosigue en el estudio, midiendo por ejemplo, factor de von Willebrand u otros.

Anovulación

La anovulación es la causa más frecuente de trastornos menstruales en la adolescente. Es un estado disfuncional potencialmente reversible, caracterizado por la ausencia de la formación o liberación de un ovocito, con la consecuente falta del cuerpo lúteo y de síntesis de progesterona y, por ende, presencia de endometrio sin cambios secretores. Esto se debe a una falla en alguno de los diversos factores que actúan a cada nivel del eje endocrino:

1. Eje central: el eje hipotálamo-hipófisis no es capaz de responder a las señales de regulación normales.
2. Hipotálamo: en el hipotálamo se secreta la hormona liberadora de gonadotrofinas (GnRH), cuya secreción pulsátil permite la respuesta normal de las gonadotrofinas hipofisiarias. La secreción de GnRH está alterada en las circunstancias siguientes (con la consecuente anovulación secundaria):
 - a) Período entre la menarquia y el inicio de los ciclos