

Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud
IMAN Servicios: Normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes.
Washington, D.C. OPS, © 2005.

ISBN 92 75 32599 5

I. Título II. Penzo, Martha
III. Maddaleno, Matilde

1. SALUD DE LOS ADOLESCENTES
2. EDUCACIÓN SEXUAL
3. SERVICIOS DE SALUD REPRODUCTIVA
4. CONDUCTA SEXUAL
5. ADOLESCENTE

NLM WS 460

La Organización Panamericana de la Salud dará consideración muy favorable a las solicitudes de autorización para reproducir o traducir íntegramente o en parte esta publicación. Las solicitudes deberán dirigirse al Área de Salud del Niño y del Adolescente, Salud Familiar y Comunitaria (FCH/CA).

Organización Panamericana de la Salud
525 Twenty-third Street N.W.
Washington, D.C. 20037. EE.UU.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen los datos que contiene no implican, de parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la consideración jurídica de ninguno de los países, territorios, ciudades o zonas citadas o de sus autoridades,

Tabla de Contenidos

PREFACIO	5
INTRODUCCIÓN	7
Situación de salud de los y las adolescentes	8
¿Por qué recomendaciones?.....	12
Marco conceptual	13
SERVICIOS DE SALUD Y RECURSOS HUMANOS	17
IMAN-Servicios	18
IMAN-Recursos Humanos.....	24
MARCO LEGAL.....	26
LA CONSULTA CON LOS Y LAS ADOLESCENTES	29
La confidencialidad.....	31
La familia	35
Salud sexual.....	39
Examen físico.....	41
Crecimiento y desarrollo	43
Pubertad	46
ACCIONES DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN	53
L54-0.0126 T444.76 Tm.....PREVENCIÓN.....2(-.6.4n.....)-4...72ó...s()62(...)j()Ter.....

Y

Prefacio

La salud y desarrollo de los y las adolescentes (10 a 19 años) y de los y las jóvenes (15 a 24 años) es un elemento clave para el progreso social, económico y político de todos los países y territorios de las Américas. El futuro de la Región depende, en gran medida, de la participación de poblaciones educadas, saludables y económicamente productivas.

La adolescencia es un periodo formativo crucial que moldea la manera como los niños y las niñas vivirán sus años adultos, no solo en relación con su salud sexual y reproductiva, sino también en su vida productiva, social y económica. Por esta razón, es necesario atender los aspectos relacionados con las sociedades de hoy y del futuro y acompañar las tendencias demográficas y sanitarias actuales. Se está produciendo un crecimiento explosivo de la población joven en los países más pobres y en las poblaciones indígenas. Los países de la Región han suscrito una serie de convenios internacionales que respaldan la prioridad de focalizar recursos en políticas, planes y programas efectivos, para fortalecer la salud y el desarrollo de las poblaciones jóvenes.

- € UNGASS, Sida: Reducir la prevalencia de infección de VIH en jóvenes de 15 a 24 años en 25% en el año 2005.
- € UNGASS, Niñez: Desarrollar e implementar políticas nacionales de salud y programas de adolescentes para el año 2010.
- € Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM): Reducir en 75% la razón de mortalidad materna en el 2015, contando como referencia la cifra de 1990. Detener y revertir la epidemia de VIH/sida.

Las urgentes necesidades insatisfechas en temas relacionados con la salud sexual y reproductiva de los jóvenes de la Región, se manifiestan en las siguientes cifras:

- € El 50% de adolescentes menores de 16 años son activos sexualmente (2003) y el uso de métodos anticonceptivos varía entre 8% y 60% (2003), siendo extremadamente bajo en algunos países aún cuando los conocimientos son adecuados.
- € El 21% de los partos en Latinoamérica y el Caribe son de mujeres menores de 20 años y la mitad de estos embarazos no fueron planeados.
- € Cada año, son registrados en la Región de las Américas 40.000 nacimientos de madres menores de 15 años y 2.200.000 de madres de 15 a 19 años.
- € El riesgo de muerte materna en adolescentes es el doble que en el resto de las mujeres de edad fértil, y cuatro veces mayor cuando se trata de menores de 15 años. La mortalidad materna sigue siendo una de las causas principales de muertes de las jóvenes adolescentes, principalmente debido a los abortos inseguros y a la inadecuada atención del parto.

- € La mitad de las nuevas infecciones de VIH/sida ocurren en jóvenes de 15 a 24 años de edad.
- € En el Cono Sur, la edad promedio de casos de sida es de 27 años, lo que hace de éste un tema crítico para la juventud de la Región.
- €



Situación de salud de los y las adolescentes

Población

Según estimaciones del Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA, 2003) la población mundial de adolescentes entre 10 y 19 años se encuentra próxima a los 1.200 millones de personas, lo que representa un 19% del total de la población mundial. La población actual de adolescentes y jóvenes en el mundo es, desde que hay estadísticas, la más grande que ha existido. Hay aproximadamente 3 mil millones de personas menores de 25 años y 85% de ellas vive en los países pobres. Cada año, 14 millones de adolescentes tienen hijos, y 2 a 5 veces más chances de morir por el embarazo y parto que las mujeres de 20 a 30 años. Además, casi 25% de las personas viviendo con VIH tiene menos de 25 años. Cada día se infectan 6000 jóvenes con VIH y, actualmente, 1/3 de las mujeres VIH+ tienen 15 a 24 años. De los nuevos casos en gente joven, hay 1,6 casos en mujeres por cada hombre.

En el año 2003 vivían 151 millones de adolescentes en la Región de las Américas, de los cuales las dos terceras partes lo hacía en América Latina y el Caribe (UNFPA 2003). El promedio de adolescentes para toda América Latina representa un 22% de la población, mientras que en América del Norte alcanza un 14% (CEPAL 2003). El mayor porcentaje de adolescentes se concentra en los países con más necesidades y menor desarrollo económico, y 78% vive en zonas urbanas.

Entre 1998 y 2002, el analfabetismo se incrementó en algunos países de la Región, donde los porcentajes también varían de 0,5% en

América del Norte, 15,3% en el Caribe Latino, y 12,2% en el área Andina (CEPAL 2003). También ha habido un aumento del desempleo entre los

La violencia que afecta adolescentes y jóvenes comprende un amplio abanico de actos agresivos que van desde la intimidación y las peleas, hasta formas más graves de agresión que pueden llegar al homicidio. En todos los países, los varones de 15 a 19 años son los principales perpetradores, así como las principales víctimas de los actos de violencia en todas sus expresiones. La violencia constituye la segunda causa de hospitalización de los y las adolescentes en la Región. Se calcula que por cada joven muerto como consecuencia de la violencia, entre 20 y 40 sufren lesiones que requieren tratamiento hospitalario (WHO 2002b).

La violencia sexual tiene como víctimas principales a mujeres y niñas y es cometida generalmente por hombres de mayor edad. De acuerdo con el *Informe mundial sobre la violencia y la salud* (WHO 2002b), en c7()-5.8(y)]-24.ennscipc17.0

El consumo de alcohol y drogas -especialmente drogas endovenosas- junto a otros hábitos de conductas de riesgo, hacen a las y los jóvenes particularmente vulnerables y los convierten en el centro de la epidemia mundial de VIH/sida. Se estima que la mitad de los 5 millones de nuevos casos de VIH que aparecen por año en el mundo lo constituyen jóvenes de 15 a 24 años. Según datos de ONUSIDA y el Programa Especial de Análisis de la OPS (2001), fueron reportados 53.133 casos de VIH/sida en el grupo de 10 a 14 años y 100.541 casos en el de 15 a 26 años en América Latina y el Caribe, donde los y las jóvenes constituyen un tercio de la población afectada. El porcentaje con respecto a la población total de afectados varía de 36% en Haití, 34% en Honduras y Belice, 21% en Cuba, y 26% en Chile, según la misma fuente.

Las y los jóvenes de 15 a 24 años de edad que viven con VIH/sida superan el medio millón de personas (ONUSIDA, 2003). En el año 2001, la Asamblea General de Naciones Unidas reconoció que “La pobreza, el subdesarrollo y el analfabetismo figuran entre los principales factores que contribuyen a la propagación de esta enfermedad”.

Por razones biológicas, de género y de normas culturales, las mujeres son más susceptibles que los hombres a la infección por VIH. Sin embargo, al igual que en los países desarrollados, en Latinoamérica y el Caribe el porcentaje de varones infectados persiste y es más alto que el de mujeres con VIH, si bien la proporción de mujeres de todas las edades entre las personas infectadas está aumentando paulatinamente, tanto en los países industrializados como en los países en desarrollo. La relación hombre- mujer se ha igualado en la última década (ONUSIDA, 2003), y esto conlleva a que, ante las deficiencias en el acceso a estrategias adecuadas de prevención y diagnóstico precoz, un número creciente de niños sigue contrayendo el VIH en los países de la Región. Más de 90 % de las infecciones en los niños son el resultado de la transmisión vertical, o sea de la transmisión del virus de la madre al niño por vía intrauterina en el momento del parto, o durante la lactancia.

Otras infecciones de transmisión sexual son causas importantes de morbilidad. Anualmente, 15% de hombres y mujeres adolescentes de 15 a 19 años sufrirán estas enfermedades, que constituyen la principal causa de infecciones de los órganos reproductivos (UNFPA, 2003) y los pone en condiciones de alta vulnerabilidad para contraer VIH/sida.

La tuberculosis, principalmente en su forma pulmonar, continúa siendo en algunos países de la Región un grave problema de salud de adolescentes y jóvenes, especialmente en Brasil, Bolivia, Haití y Colombia (WHO, 2003).

Mortalidad

Las muertes entre adolescentes de 10 a 19 años se deben principalmente a causas externas. Además de los accidentes y traumatismos, siguen en orden de frecuencia los homicidios, suicidios, enfermedades infecciosas y las complicaciones del embarazo, parto y puerperio. La violencia es la principal causa de muerte de adolescentes en toda la Región y cobra aproximadamente 25.000 vidas cada año. La mortalidad es mayor entre los hombres de 15 a 19 años (OPS 2002a).

En los países del Caribe el sida ocupa el tercer lugar, y en Bahamas, es la primera causa de mortalidad de los y las adolescentes.

La importancia de la población adolescente y su vulnerabilidad social genera en los servicios de salud la necesidad de abrir **espacios de intervención preventiva y clínica de calidad**, contemplando sus necesidades desde una perspectiva de derechos y de género ya que muchos de los riesgos para su salud pueden asociarse con estereotipos que afectan especialmente las relaciones de género, que son de inequidad y que traen consecuencias para la salud y para la vida de los jóvenes y de toda la sociedad.

¿Por qué recomendaciones?

Con el antecedente del éxito de las recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes -editadas en el año 2000 y que sirvieron de base para la realización de las normas locales de atención en muchos de los países de la Región, además de que se usaron como documento para la capacitación continua de los recursos humanos que atienden a las y los adolescentes- se propuso actualizar este documento, que se espera sirva como guía o recomendaciones que orienten a la atención integral de salud de los y las adolescentes. No sería pertinente proponer una norma que, por su rigidez, fuera imposible de aplicar ante la variedad de servicios de salud disponibles, la diversidad cultural en la Región y las diferencias aun dentro de un mismo país.

Estas recomendaciones están **dirigidas a ayudar al equipo de salud**, para que junto con el o la adolescente pueda decidir cuál es la atención requerida en cada circunstancia específica. Se espera, por ello, que sean consideradas con criterio de flexibilidad, **y que se adapten a la complejidad de los servicios de salud en los niveles locales y nacionales**, acorde con la capacidad de los recursos humanos, equipamiento y planta física de cada servicio, y manteniendo los criterios de calidad que siempre debieran incluir la perspectiva de los y las adolescentes y la calidad de la interacción que deberá establecerse entre los adolescentes y el equipo de salud.

Se trata de una actualización de referenciales y criterios que pueden ayudar a enriquecer la experiencia de los equipos de salud, para orientar su tarea en los servicios sanitarios **desde el marco de los derechos y la prevención clínica**, incluyendo el enfoque de protección, vulnerabilidad y riesgo.

El contenido de estas recomendaciones se basó en la revisión de guías y normas existentes, así como en las nuevas evidencias que se han generado en los últimos años. Se elaboraron sobre la base de las **condiciones mínimas indispensables para una atención de calidad en servicios de salud del primer nivel de atención** y para ser ejecutadas por un equipo o una persona del equipo de salud, con una visión interdisciplinaria y habilidad para escuchar a los y las adolescentes, y facilitar su participación en la toma de decisiones.

Esta guía fue elaborada con el fin de servir de apoyo a los equipos de salud en la elaboración de estrategias de prevención y para enfrentar y

Un cambio fundamental para el nuevo concepto de salud-enfermedad desde una perspectiva de género y derechos ciudadanos lo constituye el concepto de **Salud Sexual y Reproductiva**, que se inicia a partir de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (UNPOPIN 1994), y que fue refrendado en la IV Conferencia Mundial sobre Mujeres (Beijing 1995), la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, la Asociación Mundial de Declaración de Sexualidad y Derechos Sexuales, y el XIII Congreso Mundial de Sexología (España, 1997). Esto propició que las personas, y en especial las mujeres, se construyan en tanto **sujetos de derecho en el campo de la sexualidad y la reproducción**, lo que implica el acceso a poder y recursos para tomar decisiones sobre sus vidas y sus cuerpos de manera autodeterminada, sustentadas por el principio ético de la autonomía.

Dentro de esta perspectiva social se destaca el **enfoque de género**, como una manera de analizar los problemas de salud y desarrollo en relación con el modo como adolescentes hombres y mujeres construyen su

Si por el contrario, el concepto es que las y los adolescentes son sujetos de derecho, el papel del equipo de salud deberá ser el de facilitar el proceso de construcción de la autonomía para la toma de decisiones libres e informadas.

Adolescencia: No existe un concepto universal de adolescencia si no muchas definiciones, que catalogan a las y los adolescentes por la edad, o por sus características biológicas o psicológicas. Sin embargo, cuando la sociedad destaca algunas de estas particularidades, está construyendo significaciones a partir de realidades sociales., lo que muchas veces facilita los rótulos y las discriminaciones. Por ejemplo: el adolescente es rebelde e irresponsable. Muchos y muchas adolescentes se tornan rebeldes para pertenecer al grupo. O sea, los y las adolescentes pasan a verse y reconocerse de la manera como son vistos por la sociedad.

La visión actual es que no existe un modelo de lo que es un o una adolescente. Ellos o ellas son seres humanos concretos, reales, que buscan caminos de crecimiento y equilibrio; son hombres y mujeres con derechos, deberes y compromisos sociales; son ciudadanos y ciudadanas que tienen sueños, expectativas, ideales, problemas y dificultades y que están construyendo su autonomía y su proyecto de vida.

Derechos sexuales: es el derecho de las personas a tener información, educación, habilidades, apoyo y servicios para tomar decisiones responsables acerca de su sexualidad, de forma consistente con sus propios valores. Esto incluye el derecho a la integridad corporal, a relaciones sexuales voluntarias, a una variedad completa de servicios de salud sexual y reproductiva -a los que se puede acceder de forma voluntaria- y a la habilidad de expresar la propia orientación sexual libre de violencia o discriminación (Shutt-Aine 2003).

Género: es la suma de valores culturales, actitudes, funciones, prácticas y características basadas en el sexo. El género, según ha existido a lo largo de la historia, en las diferentes culturas y en las sociedades contemporáneas, refleja y perpetúa relaciones de poder entre el hombre y la mujer (PAHO/WAS 2000).

Salud reproductiva: es el estado general de bienestar físico, mental y social -y no solo la ausencia de enfermedad o malestar- en todos aquellos aspectos relacionados con el sistema

Salud sexual: la salud sexual es un proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. La salud sexual se evidencia en las expresiones libres y responsables de capacidades sexuales que conducen al bienestar personal y social, enriqueciendo la vida individual y social. No es simplemente la ausencia de disfunciones, enfermedad y/o malestar. Para poder conseguir y mantener la salud sexual es necesario que se reconozcan y defiendan los derechos sexuales de todas las personas (PAHO/WAS 2000).

Propósito

El propósito de estas recomendaciones es contribuir al desarrollo integral de los y las adolescentes de la Región mediante el mejoramiento de la calidad de atención de los servicios de salud del primer nivel, orientándolos hacia la prevención clínica y la atención de salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres con enfoque de género.

Objetivos

1. Proponer al equipo interdisciplinario de salud del primer nivel de atención una guía de prácticas para adecuar el servicio a la prevención y atención integral de los y las adolescentes, poniendo énfasis en la atención de salud sexual y reproductiva con perspectiva de género.
2. Procurar que las y los adolescentes satisfagan, con criterio de calidad, sus necesidades de cuidado, autocuidado/cuidado mutuo de salud, en los servicios del primer nivel de atención.
3. Promover que las y los adolescentes participen de acciones preventivas y de atención clínica que impulsen su desarrollo integral, reconociéndolos como sujetos de derechos, con capacidades y responsabilidades. Estas acciones deberán ser realizadas mediante la articulación de una red de servicios de salud y e las TD0 Tc0 Tc0.0005 Tw[(reprod

Servicios de salud y Recursos humanos
Servicios de salud y Recursos humanos
Servicios de salud y Recursos humanos
Servicios de salud y Recursos humanos
Servicios de salud y Recursos humanos
Servicios de salud y Recursos humanos

Servicios de salud Recursos humanos

Servicios de salud y Recursos humanos
Servicios de salud y Recursos humanos
Servicios de salud y Recursos humanos
Servicios de salud y Recursos humanos
Servicios de salud y Recursos humanos
Servicios de salud y Recursos humanos
Servicios de salud y Recursos humanos
Servicios de salud y Recursos humanos
Servicios de salud y Recursos humanos
Servicios de salud y Recursos humanos
Servicios de salud y Recursos humanos
Servicios de salud y Recursos humanos
Servicios de salud y Recursos humanos
Servicios de salud y Recursos humanos
Servicios de salud y Recursos humanos
Servicios de salud y Recursos humanos
Servicios de salud y Recursos humanos
Servicios de salud y Recursos humanos

Servicios de salud de calidad para los adolescentes

El comité sobre Programación en Salud de Adolescentes, formado entre las agencias internacionales de cooperación técnica OPS/OMS, UNICEF y FNUAP, recomienda la organización de servicios de salud de calidad para los jóvenes, con énfasis en la atención de la salud sexual y reproductiva. Para abordar estas necesidades, los servicios deberán tener en cuenta las diferencias entre los países de la Región y al interior de ellos mismos (edad, género, costumbres, religiones, raza, nivel de desarrollo), así como los problemas comunes. Un aspecto relevante será el requerimiento de responder a las necesidades de las distintas etapas de desarrollo en el ciclo de vida de los adolescentes de ambos sexos.

Los servicios deberán estar organizados de manera a atender las necesidades y demandas de salud de adolescentes y jóvenes, así como sus expectativas individuales y colectivas en la materia. Debe cerrarse la brecha que existe entre la oferta de los servicios y la demanda de las y los adolescentes y jóvenes.

La experiencia ha demostrado que para dar una atención de buena calidad a las y los adolescentes es necesario tener un espacio definido y con personas capacitadas, que incluya también adolescentes educadores de sus pares. Puede ser un local o centro específico que ofrezca atención a sus diversas necesidades, incluyendo talleres y acciones educativas. También puede ser organizado en un servicio de atención a personas adultas, pero destinando uno o dos días de la semana para atender exclusivamente a adolescentes y jóvenes.

Principios

Necesidades, demandas, experiencias y expectativas de salud de las y los adolescentes

Los servicios de salud de calidad para adolescentes deben:

El proceso de decisión de las y los adolescentes de acudir o no a los servicios de salud puede estar influido por:

- € Su propia percepción acerca de la salud y la enfermedad, que dependiendo de sus creencias e idiosincrasias individuales (género, educación, cultura y antecedentes étnicos) puede inducirlos a buscar tratamiento (convencional, tradicional, alternativo), a

Servicios de salud de calidad para las y los adolescentes

Características	¿Cómo lograrlo?
Accesibles geográficamente	€ En el primer nivel de atención, o en lugares no convencionales como clubes, escuelas u organizaciones juveniles y religiosas, cerca de los lugares frecuentados por las y los adolescentes.
Accesibles en horarios	€ Horarios flexibles y amplios, que además presten servicio fuera de los horarios escolares y/o de trabajo.
Precio accesible	€ Servicios preferentemente gratuitos.
Accesibles culturalmente para la diversidad de adolescentes y que	

**Acciones de los servicios de salud de calidad
para las y los adolescentes**

Acciones

¿Cómo lograrlas?

Redes de servicios de salud y redes intersectoriales

Los problemas de salud reconocen causas diversas que interactúan entre sí y, por lo tanto, su resolución implica actuar sobre las diferentes circunstancias que rodean a los y las adolescentes y que están presentes en la comunidad donde viven. No se pretende que los servicios de salud sean los que provean todas las intervenciones necesarias para los y las adolescentes, sino que articulen sus acciones con una red de servicios de salud y con las organizaciones de la comunidad como escuela, club, instituciones deportivas, recreativas, laborales, organizaciones juveniles, juzgados de menores y de familia, y comunidades religiosas, entre otras, a fin de ampliar el abanico de propuestas.

Los requisitos para que una **red de servicios de salud** para adolescentes sea operativa son:

1. El conocimiento mutuo de los servicios que integran la red (localización, horarios de atención y nombre de los trabajadores de contacto), para asegurar los sistemas de referencia y contra referencia.
2. Las capacitaciones e investigaciones conjuntas.
3. Un sistema organizado de referencia y contra-referencia.

Los requisitos para que una **red de instituciones de la comunidad** para adolescentes sea operativa son los siguientes:

1. La organización de una base de datos actualizada sobre las instituciones y organizaciones de la comunidad, sus acciones, su historia y los marcos conceptuales, horarios de atención y nombre de los que trabajan con adolescentes, incluyendo el nombre de las personas de referencia.

8. Promoción de la participación democrática de los y las adolescentes en las actividades ofrecidas.
9. Evaluaciones conjuntas con participación directa de los y las adolescentes y de sus padres/madres.

IMAN-Recursos humanos: características y competencias del equipo de salud para adolescentes

Si en el servicio de salud no es posible conformar un equipo interdisciplinario, la persona del equipo de salud que asuma este papel debe estar capacitada y tener habilidades de comunicación para trabajar con adolescentes mujeres y hombres. Debe conocer muy bien el marco conceptual y de referencia, los acuerdos internacionales y del país relacionados a los derechos de las y los adolescentes, debe estar actualizado/a en las informaciones y normas de atención, manejar metodologías educativas y trabajar con un modelo de salud, que incluya acciones de prevención, promoción y asistencia, en el que las y los adolescentes sean vistos en un marco de derechos y con un **enfoque integral**. Además, estas acciones de salud deben estar articuladas con la de otras personas de otros sectores del servicio de salud de su zona y con otros sectores, como el de educación, por ejemplo.

su()JTJ221.1259 -1.153 TD0.0405 Tc031006 Twv4(ana e)-6.3;6.1(gne)-usons adosper>, cosu(gne

€

Marco legal
Marco legal
Marco legal
Marco legal

Marco legal

Marco legal
Marco legal
Marco legal
Marco legal
Marco legal
Marco legal
Marco legal
Marco legal
Marco legal
Marco legal
Marco legal
Marco legal
Marco legal
Marco legal
Marco legal
Marco legal
Marco legal
Marco legal
Marco legal
Marco legal
Marco legal
Marco legal



Se relacionan con la salud de adolescentes:

1. Declaración Universal de los Derechos Humanos, 1948
2. Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre, 1948
3. Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 1976
4. Convención sobre los Derechos del Niño, 1990
5. Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación en Contra de la Mujer, 1991

Las declaraciones y resoluciones de Naciones Unidas (ONU) no son obligatorias pero establecen líneas de acción.

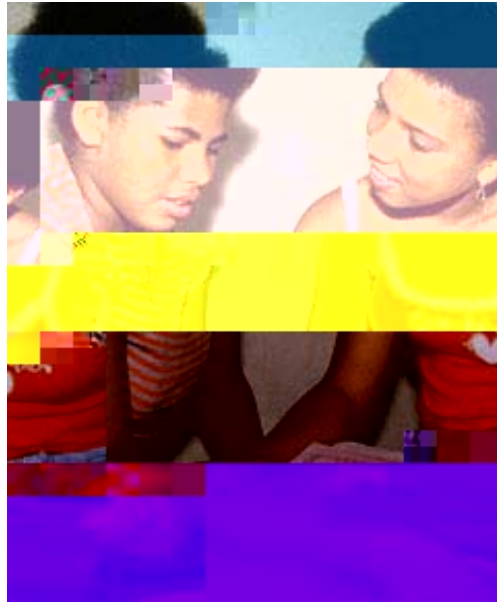
Declaraciones y resoluciones de la ONU:

1. **Cumbre Mundial a Favor de la Infancia, 1990**
2. **Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo**

La consulta
La consulta
La consulta
La consulta
La consulta
La consulta

La consulta

La consulta
La consulta
La consulta
La consulta
La consulta
La consulta
La consulta
La consulta
La consulta
La consulta
La consulta
La consulta
La consulta
La consulta
La consulta
La consulta
La consulta
La consulta
La consulta
La consulta



La consulta con las y los adolescentes

La consulta de adolescentes es diferente de la consulta pediátrica o de adultos. En ella, el equipo de salud deberá orientar la negociación entre dos personas con grados diversos de autonomía y poder: los y las adolescentes y sus padres/madres.

El/la adolescente como sujeto de derecho que es, debe contar con las mismas garantías que los adultos durante la consulta. Dos de estos derechos se convierten en pilares fundamentales de la atención: **el consentimiento** y **la confidencialidad**.

El consentimiento

Obtener el consentimiento implica:

- € Explicar claramente a los y las adolescentes las instancias diagnósticas y las distintas alternativas que existen.
- € Explicar claramente a los y las adolescentes la conveniencia del tratamiento, sus aspectos favorables y desfavorables y otras alternativas.
- € Concluidas las etapas de información se deberá obtener la **autorización explícita** sobre las indicaciones y tratamientos sugeridos.

La confidencialidad

La confidencialidad es un elemento fundamental para atender a las necesidades de salud de adolescentes en la consulta ya que busca establecer una relación de confianza entre el/la adolescente y el/la profesional de salud. Una vez establecido el vínculo aumenta la posibilidad de que los y las adolescentes expongan sus necesidades, preocupaciones y

En caso de necesidad de informar a los padres o adultos responsables, se recomienda lo siguiente:

- € Postergar la información a los padres o adultos responsables hasta lograr el consentimiento de el o de la adolescente.
- € Comunicar a el/la adolescente la necesidad y conveniencia de informar a un adulto responsable de su cuidado sobre una determinada situación, y acordar con el/la adolescente la forma de hacerlo (con la participación del trabajador de salud o sin él, el contexto, lugar, momento, etc).
- € Ofrecer un contacto previo con otro adulto referente, a elección de el o de la adolescente.
- € Realizar el seguimiento correspondiente, particularmente en los casos cuando se presume una reacción familiar violenta.

La historia clínica

Todos los datos interrogados y constatados tienen como finalidad detectar los riesgos, factores de protección y los daños existentes. Ellos deben consignarse en una historia clínica, la cual es propiedad de el o de la adolescente. Por lo tanto, lo que en ella se registre, **tiene que estar en su conocimiento y haber sido consensuado por él o ella.**

Si el servicio de salud ya dispone de un modelo de historia clínica, se sugiere analizar la camc0 Twodo

Si el servicio de salud no tiene una historia clínica pautada se recomienda el uso de los formularios anteriormente mencionados, que son instrumentos de garantía de calidad al contemplar:

1. Una visión integral de el/la adolescente, cualquiera sea el motivo de consulta.
2. Una visión interdisciplinaria, ya que se transforma en el material compartido por el equipo de salud y, a partir de acuerdos previos, cada trabajador de salud complementa la mirada de los demás.
3. Una visión centrada en los y las adolescentes, que implica que solo se registran en ella las percepciones y los relatos de los jóvenes. Las discrepancias que el trabajador de salud encuentre entre la visión de ellos y la propia, pueden ser consignadas en los espacios de “observaciones” y ser integradas además en la impresión diagnóstica. La discrepancia misma puede ser objeto de diagnóstico.
4. Una visión centrada en estrategias diferenciadas por riesgo. El color amarillo indica alerta, ya sea para nuevas preguntas o para estrategias diferenciadas de interconsulta en el equipo, o de referencia a servicios de mayor complejidad.
5. Cuenta con un sistema informático que permite ingresar los datos en pocos minutos, que cualquier técnico efectúe procesamiento de la información, (aun sin profundos conocimientos en informática) y permite el procesamiento local de la información para la toma de decisiones en salud.

Anamnesis

El/la adolescente puede consultar solo/a o acompañado/a. Cuando está acompañado/a y los motivos de consulta no coinciden, será necesario escuchar atentamente a todos y respetar las distintas percepciones del problema, a fin de satisfacer la demanda de ambos e inclinándose siempre por el interés superior, el de el/la adolescente. La anamnesis se realiza en base a tres fuentes principales de información: lo que relata el/la adolescente; lo que relata su padre o madre y la interacción entre el/la adolescente y sus padres.

Realización de la anamnesis

La entrevista con el/la adolescente:

- € Es necesario **respetar la voluntad** de el/la adolescente en cuanto si la entrevista será a solas o acompañado/a. Es recomendable, en algún momento, hacer la entrevista a solas. Esto permite que el/la adolescente aprecie el interés del equipo hacia él o ella, demostrando que es un sujeto de derechos y un ser diferente a sus padres.
 - € Se recomienda que la privacidad sea mantenida durante el examen físico, pero se debe consultar con el/la adolescente si desea que sus padres estén presentes en ese momento de la consulta. Es necesario tomar precauciones para que el examen genital de un/a adolescente sea realizado siempre por un/a profesional de salud capacitado/a y habilitado para la función, y en presencia de una enfermera o auxiliar de enfermería, nunca a solas.
- psicosocial de el/la adolescente que traen los padres, facilita el enfoque evolutivo y la visión de los entornos.
- € Si el padre y/o la madre concurrieron a la consulta, es importante incluirlos en la segunda parte de ella, pero con la autorización de el/la adolescente.

Familia

En América Latina y el Caribe, la fa

Qué investigar	Aspectos a considerar:	Algunas preguntas relevantes
Percepción de el/la adolescente de su relación familiar	<ul style="list-style-type: none"> € Se siente escuchado/a. € Se siente protegido/a. € Se siente acompañado/a. € Se siente aceptado/a. € Se siente rechazado/a. € Se siente ignorado/a. 	<p>¿Cómo siente que es la relación</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>

Educación

Qué investigar	Algunas preguntas relevantes
Rendimiento escolar	¿Cómo le está yendo en la escuela o el liceo? ¿Cursa el año que le corresponde para su edad?

Satisfacción	¿Le gusta lo que hace o no? ¿Fue preparado/a para realizar el trabajo?
Indicadores de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> € Precocidad en la edad de inicio. € Horario que interfiere con actividades sociales y educativas. € Falta de condiciones legales. € Falta de condiciones de bioseguridad. € Dificultades en las relaciones humanas, en el trabajo. € Desconocimiento de sus padres de sus condiciones laborales.

Red social

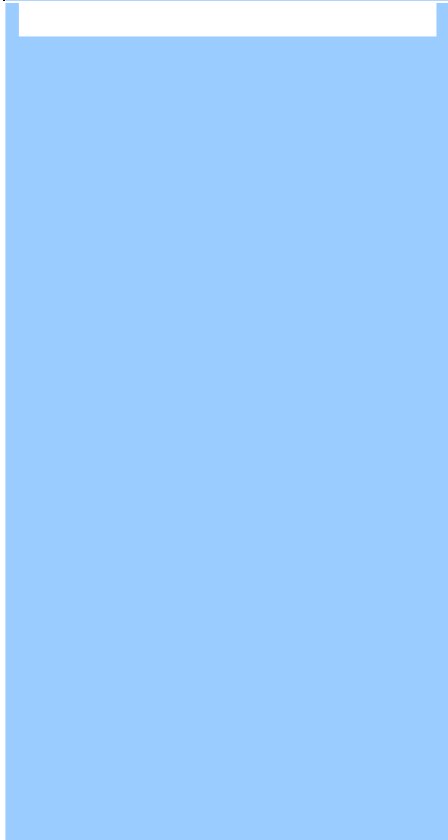
Qué investigar

Salud sexual

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) propone un nuevo marco conceptual para la salud sexual que incluye un enfoque centrado en el desarrollo humano, dentro del contexto de la familia, la cultura y el medio ambiente. Este marco conceptual plantea centrarse en el desarrollo saludable, con la salud sexual y el desarrollo como un componente integral de la salud en general.

Un desarrollo sexual saludable

Qué investigar	Algunas preguntas relevantes
Capacidad de intimar	<p>¿Conoce algún chico/a por quien siente deseo, atracción o enamoramiento?</p> <p>¿Tiene o tuvo algún novio o novia?</p> <p>¿Cómo acuerda las expresiones de afecto y sexualidad que está dispuesto a aceptar en su noviazgo?</p> <p>Si siente celos ¿Cómo los maneja?.</p>



Otros hábitos

Qué investigar	Algunas preguntas relevantes
Drogas	¿Consume o ha consumido alguna vez algún tipo de droga ilícita? ¿Cuáles? ¿Hay problema de drogas en la escuela? ¿Qué piensa sobre usar drogas? ¿Qué hacen él o ella y sus amigos con respecto a las drogas? ¿Le parece un problema?
Hábito de fumar	¿Fuma? ¿A qué edad comenzó? ¿Cuánto fuma?
Consumo de alcohol	¿Bebe? ¿A qué edad comenzó? ¿Qué tipo de bebida alcohólica consume? ¿Qué cantidad? ¿Con qué frecuencia?
Dietas	¿Cómo se alimenta? ¿Le preocupa su peso y su cuerpo? ¿Ha estado haciendo dietas últimamente?
Indicadores de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> ✘ El consumo de alcohol se asocia con actos de violencia. ✘ El consumo de alcohol y/o tabaco y/o drogas se asocia con el inicio precoz de relaciones sexuales, múltiples compañeros/as sexuales y falta de protección en las relaciones sexuales; por lo tanto, se incrementa el riesgo de embarazo y de contraer una ITS o VIH/sida.

Estos temas se encuentran desarrollados en capítulos específicos, dada su importancia en la adolescencia.

Examen físico

Un examen físico completo debe incluir la evaluación de la salud bucal, de los aparatos visual, auditivo y locomotor, además del examen de las mamas, los genitales externos e internos y la distribución del vello.

Si el trabajador de salud es psicólogo o trabajador social, **deberá coordinar las referencias o interconsultas a fin de asegurar el examen clínico a los y las adolescentes al menos una vez al año.**

Crecimiento y desarrollo

El control integral del crecimiento y el desarrollo de los y las adolescentes debe efectuarse al menos una vez al año y debe incluir una evaluación de:

Se evaluará...	A través de...	Mediante...
Crecimiento	Peso	<ul style="list-style-type: none"> ≠ Evaluación en balanza con pesas, con el o la adolescente descalzo, y con la menor cantidad de ropa posible. ≠ Evaluación con los pies juntos, descalzos y erguido/a. ≠ En ambos casos los valores obtenidos se cotejarán con las tablas de peso y talla según edad.
	Talla	
	Velocidad de crecimiento de peso y talla	<ul style="list-style-type: none"> ≠ Medición en dos consultas sucesivas con intervalo no menor de 3 meses y no mayor de 18 meses. ≠ La velocidad de crecimiento se considera normal cuando se ubica entre los percentiles 10 y 90 de las tablas de referencia.
Desarrollo puberal	Estadios de Tanner (ver sección Formularios y Tablas).	<ul style="list-style-type: none"> ≠ Evaluación del desarrollo de genitales, vello pubiano y mamas.
	Autonomía (capacidad de tomar decisiones, asumir responsabilidades de esas decisiones, independencia de los padres, capacidad de mantener vínculos extrafamiliares).	<ul style="list-style-type: none"> ≠ Observación del comportamiento durante la consulta (autonomía, auto determinación, suficiencia, etc). ≠ ¿Qué decisiones toma solo/a? ≠ ¿Qué decisiones le gustaría tomar y sus padres no lo/la dejan? ≠ Interrogatorio acerca de cómo se relaciona con [REDACTED] <p>Identificación de referentes y confidentes.</p>

Desarrollo cognitivo	Rendimiento en la escuela	€ Interrogatorio del grado escolar donde se encuentra, evaluando si es el adecuado para su edad. Cómo son sus calificaciones actuales y si ha existido repetición.
	Visión del presente y el futuro	€ Evaluación de la existencia de proyectos de vida, expectativas en el futuro.

Cálculo de potencial genético de la talla de los y las adolescentes

Potencial genético de los padres:

Consiste en la estimación del potencial genético de la talla de el/la adolescente a partir de la talla de los padres, para lo cual es necesario medir la estatura de los progenitores. Cuando no se puede obtener la estatura de uno de ellos, se toma la talla de la media de la población del sexo correspondiente, con lo cual se deberán ampliar los límites del potencial genético +11 cm. para el sexo masculino y +10 cm. para el sexo femenino. La predicción de la talla adulta se clasifica de acuerdo con el límite superior (LS) y el límite inferior (LI) del potencial genético de los padres (pp):

Predicción normal para el pp(n) $> LI < LS$

Predicción alta para el pp (A) $> LS$

Predicción baja para el pp (B) $< LI$

Existen diversos métodos para su cálculo, entre ellos el empleo de las siguientes fórmulas:



Pubertad

La pubertad es el proceso biológico caracterizado por crecimiento rápido de los tejidos, cambios en la composición del cuerpo, aparición de los caracteres sexuales secundarios y adquisición de la capacidad reproductiva. Estos cambios biológicos se acompañan de cambios psicoemocionales y desarrollo de las capacidades cognitivas y sociales.

Pubertad normal mujeres	Pubertad normal varones
<ul style="list-style-type: none">€ Entre los 9 y 16,5 años.€ Primero aparece el botón mamario correspondiente al M II de Tanner.€ Luego y/o al mismo tiempo, el vello pubiano que corresponde al P II de Tanner.€ Aceleración del crecimiento en el estadio Tanner M II.€ Menarquia en Tanner M III-IV.€ Desaceleración del crecimiento en Tanner M IV.	<ul style="list-style-type: none">€ Entre los 10 y los 17,5 años.€ Primero hay aumento del volumen testicular (>3cc) que corresponde con el Tanner G II.€ Luego crece el pene.€ Posteriormente aparece el vello pubiano que corresponde al P II de Tanner.€ Sigue la primera polución que corresponde al Tanner G III-IV.€ La aceleración del crecimiento coincide con un Tanner G IV.€ Luego ocurren los cambios de la voz.€ Seguido, aparece el vello axilar, facial y del resto del cuerpo, junto a la secreción de las glándulas sudoríparas.€ Desaceleración del crecimiento G V.

Características del desarrollo puberal

No siempre es fácil determinar las altera

Control de presión arterial

- € Test o prueba de la tuberculina: para el grupo de riesgo, para inmigrantes de países endémicos que viajaron o que están en contacto con personas de países endémicos. Es recomendada una vez al año para adolescentes seropositivos/as, los/as que viven con personas VIH-positivas, o los/las encarcelados, y cada dos a tres años para quienes están en riesgo de infección por VIH, los/las que viven en la calle, en refugios temporarios, los usuarios de drogas ilícitas, los/las inmigrantes y los/las trabajadores rurales.

Examen genital de hombres y mujeres

Cuando no sea estrictamente necesario para establecer un diagnóstico -y existan obstáculos para el examen genital o no se cuente con el personal médico capacitado- se lo puede postergar a una consulta posterior hasta lograr las condiciones ideales. Mientras algunos/as adolescentes quieren reafirmar su normalidad y esperan ansiosos/as este examen, otros/as manifiestan pudor o temor a lo desconocido. Es necesario buscar un delicado equilibrio entre la no-agresión y la pérdida de oportunidad para el diagnóstico y tratamiento de riesgos para la salud.

- € Realizar el examen con suavidad y paciencia, respetando su pudor y sus tiempos.
- € Antes de comenzar el examen, cerciorarse de tener a mano todos los elementos necesarios, como por ejemplo espéculos adecuados (en el caso de las mujeres).
- € Explicar a los y las adolescentes cada aspecto del examen, mostrándoles los elementos a utilizar (como espéculo u orquidómetro).
- €

Obstáculos para el examen genital de los y las adolescentes

¿Desde quiénes?	Causa probable
Desde los y las adolescentes	<ul style="list-style-type: none"> € Miedo a lo desconocido, falta de confianza. € Situaciones de abuso previo. € Miedo al dolor. € Experiencias de daño previo. € Percepción sexual, pudor. € Miedo a que se descubra que ha iniciado las relaciones sexuales, si ya inició. Miedo a ser juzgados/as.
Desde los trabajadores de salud (según sus aptitudes y recursos con los que cuentan)	<ul style="list-style-type: none"> € Pertenecer a un sexo diferente al de la/el adolescente € Valoraciones negativas sobre la sexualidad de los y las adolescentes. € Difícil manejo de los padres y las madres en la consulta. € Inexperiencia. € Dificultades en la comunicación con los y las adolescentes. € Lugar inapropiado. € Falta y/o material inadecuado.

¿Cómo realizar el examen genital de los y las adolescentes?

Por personal médico capacitado

En adolescentes sin inicio de relaciones sexuales	<ul style="list-style-type: none"> € Inspeccionar genitales externos en varones y mujeres. € Valorar el tamaño del clitoris. € Valorar el vello pubiano en varones y mujeres. € Evaluar secreciones vaginales normales o anormales € Inspeccionar el himen: características, permeabilidad. € Inspeccionar la vagina: permeabilidad, malformaciones. € Examinar mamas en el varón y la mujer. € Examinar el pene: longitud, lesiones, corrimiento del prepucio, hipo o epispadias. € Examinar los testículos: ausencia, tamaño, tumoraciones, varicocele, hidrocele. € Evaluar lesiones perineales/genitales en varones y mujeres.
En adolescentes con inicio de relaciones sexuales	<p>Además de lo expuesto anteriormente:</p> <ul style="list-style-type: none"> € Inspeccionar el cuello uterino y la vagina con espéculo. € Realizar tacto vaginal. <p>Si corresponde hacer:</p> <ul style="list-style-type: none"> € Tomas para citología oncológica cervical. € Tomas de flujo para diagnóstico de ITS, previo examen y valoración de las características del flujo. € Tomas uretrales para diagnóstico de ITS. El <i>screening</i> de ITS incluye el seguimiento. € Se debe realizar un VDRL (serología para sífilis) en todos los y las adolescentes que tengan factores de riesgo, y se debe continuar con estricto seguimiento y tratamiento. € Penescopía para valoración de infección por HPV y otras lesiones en los grupos de riesgo. € Colposcopia ante PAP anormal. € Tacto rectal, si por algún motivo estuviera indicado.

DetECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DEL CUELLO UTERINO

La colpocitología oncológica con tinción por técnica de Papanicolau, es conocida popularmente como **PAP** o **Papanicolau**. Se trata del **estudio de tamizaje** más sensible y específico hasta el momento para el diagnóstico precoz de las enfermedades malignas y premalignas del cuello uterino.

Toda mujer de cualquier edad que tenga o que ya haya tenido relaciones sexuales, tiene derecho y debería realizarse un examen de PAP y un examen pélvico de control.

Toma de citología oncológica (Papanicolau-PAP)

- € Realizar una tarea educativa explicando para qué sirve el PAP, cuál es su importancia y las maniobras que se realizarán.

La toma solo se deberá realizar con las siguientes condiciones: ausencia de sangrado y 48 horas de abstinencia sexual, o lavados vaginales, o uso de crema y óvulos.

Técnica para la toma de la muestra para citología (Papanicolau):

- £ Con la adolescente en posición ginecológica, y antes de hacer el tacto vaginal, insertar el espéculo sin lubricante hasta visualizar el cérvix uterino.
- £ **Para toma de muestra de ectocérvix:** introducir la espátula de Ayre en la vagina y poner su extremidad más larga sobre el orificio externo. Girar la espátula delicadamente en sentido horario 360 grados solo una vez.
- £ Asegurar la lámina entre el pulgar y el indicador, y dividirla en dos mitades; poner en una de ellas la muestra de la espátula delicadamente, desde arriba hasta abajo, solo una vez.
- £ **Para toma de muestra de endocérvix:** introducir el citobrush completamente en el canal cervical y girarlo delicadamente cinco veces en el sentido horario.
- £ Poner la muestra en la segunda mitad de la lámina, rodando el citobrush desde arriba hasta abajo una única vez.
- £ Fijar la muestra inmediatamente, con alcohol a 96% o fijador celular, cubriendo completamente todo el material, pero sin exceso para evitar el lavado de la lámina. Después de secar en temperatura ambiente, colocar la lámina en el embalaje para transporte hasta el laboratorio.

Observaciones

- € La presencia de sangre no menstrual o secreción vaginal durante la toma de muestra no altera el resultado. No se recomienda, no obstante, la toma durante el periodo menstrual.
- € Si necesario, se puede lubricar el espéculo con suero fisiológico o excepcionalmente con una gota de vaselina.

Clasificación de Bethesda (1991)

Clasificación	Interpretación	Conducta
ASCUS/ASGUS	Células cervicales escamosas atípicas no específicas/células endocervicales atípicas no específicas	€ En ausencia de lesión evidente, tratar posible infección e inflamación y repetir citología. € Si persiste, colposcopia y derivar a especialista.
SIL bajo grado	Lesión intra-epitelial escamosa de bajo grado	€ Colposcopia y/o biopsia y derivar a especialista
SIL alto grado	Lesión intra-epitelial escamosa de alto grado	€ Colposcopia y/o biopsia y derivar a especialista

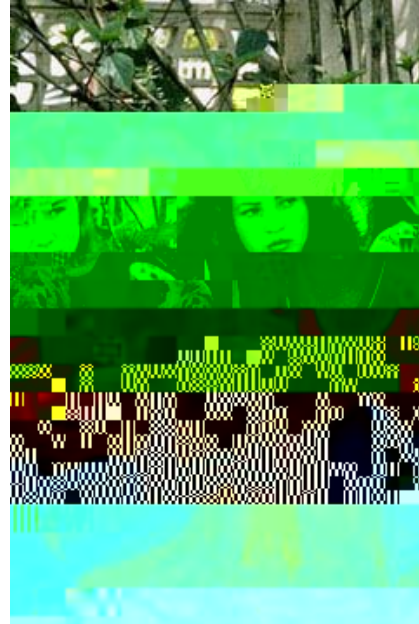
Factores de riesgo para patología cervical

€ Situación socio-económica desfavorable .3(a)1ante3c3-4.iaFalumable

Acciones de prevención y promoción
Acciones de prevención y promoción
Acciones de prevención y promoción
Acciones de prevención y promoción

Acciones de prevención y promoción

Acciones de prevención y promoción
Acciones de prevención y promoción
Acciones de prevención y promoción
Acciones de prevención y promoción
Acciones de prevención y promoción
Acciones de prevención y promoción
Acciones de prevención y promoción
Acciones de prevención y promoción
Acciones de prevención y promoción
Acciones de prevención y promoción
Acciones de prevención y promoción
Acciones de prevención y promoción
Acciones de prevención y promoción
Acciones de prevención y promoción
Acciones de prevención y promoción
Acciones de prevención y promoción
Acciones de prevención y promoción
Acciones de prevención y promoción



Acciones de prevención y promoción

Las acciones de prevención deben estar siempre presentes en los programas de salud para adolescentes, en acciones en la comunidad y en las consultas, que deben incluir, además de la **detección de los riesgos y factores de protección** ya comentados anteriormente, la evaluación de otros dos aspectos: a) **educación para la salud** y b) **vacunación**.

En ocasiones, el motivo de la consulta se produce porque el o la adolescente busca información acerca de diferentes temas, y en este caso se desarrollarán los tres tópicos de la consulta preventiva (detección de riesgos y factores de protección,

3. Acciones educativas y orientación / consejería para adolescentes.
4. Grupos de aprendizaje, talleres para adolescentes sobre autocuidado de la salud, autoestima y otros temas que les permitan construir un proyecto de vida más saludable.
5. Acciones educativas, orientación y grupos de aprendizaje para padres y madres.

1. Aprendizajes para el autocuidado de la salud

Durante la consulta preventiva, el equipo deberá **aportar información** que permita al adolescente adquirir conocimientos para el autocuidado y el cuidado mutuo. Por lo general, las y los adolescentes traen un bagaje de conocimientos incorporados. Algunas veces, dichos conocimientos son adecuados y, en otras ocasiones, serán insuficientes o inexactos. Por esto es necesario que la persona del equipo de salud esté capacitada y conozca en qué temas deberá profundizar y en cuales no, para alcanzar el objetivo planteado.

Una estrategia recomendada es evaluar, antes de la consulta, el grado de conocimientos que tiene el/la adolescente sobre los temas de autocuidado/cuidado mutuo, o incorporar una técnica participativa para partir siempre de las informaciones que ellas y ellos tienen, incluyendo el levantamiento de los mitos y creencias sobre el tema.

2. Forma de evaluar los conocimientos

En ocasión de la consulta preventiva anual, todos los adolescentes deben recibir **una encuesta aplicable en la preconsulta -en forma autoadministrada o mediante una entrevista-** por medio de la cual se puedan apreciar sus necesidades de aprendizaje.

Si de dicha evaluación surge que el/la adolescente requiere de más aprendizaje, deberá ser motivado y se deberá ofrecer la oportunidad de participar de un grupo de adolescentes (acción educativa, taller o grupo de aprendizaje) o de una orientación individual o consejería.

Cada equipo deberá diseñar localmente el formulario de la encuesta. A continuación, se ofrece un listado de los diferentes temas que se recomienda investigar:

Temas por investigar en la preconsulta

Desarrollo

€ Conocimiento de su desarrollo físico, psicosocial y cognitivo. Cambios esperados durante la adolescencia.

€

Actividad física

- € Tipo de prácticas físicas beneficiosas o de riesgo.
- € Uso de medidas de protección para la práctica deportiva o física de riesgo (tobillos, protectores bucales, casco).
- € Necesidad de mantener una práctica física constante, en forma moderada.
- € Riesgo de la asociación de práctica física con consumo de anabólicos esteroides, alcohol u otras drogas.

Consumo de tabaco, alcohol y drogas

- € Nivel de adicción que provocan el tabaco, el alcohol y las drogas.
- € Diferencias entre uso experimental y adicción.
- € Modos de evitar el consumo pasivo de tabaco.
- € Conocimiento acerca de normas sociales contrarias al uso de tabaco, alcohol y drogas.

Intervenciones preventivas en los servicios, recomendadas por la Academia Americana de Pediatría.

Anualmente, para los y las adolescentes de 11 a 21 años de edad

Revisar las normas y recomendaciones de vacunación	
Entregar guías de salud sobre:	<ul style="list-style-type: none">€ Desarrollo psicofísico normal€ Prevención y promoción de violencia e injurias€ Nutrición saludable€ Actividades físicas€ Salud dental€

las y los adolescentes a tomar sus propias decisiones. Se diferencia claramente de un consejo y del acompañamiento psicoterapéutico.

¿Quién realiza la Consejería?

Puede realizarla cualquier trabajador de salud que haya sido capacitado: enfermero/a, obstetra/matrona, psicólogo/a, trabajador/a social o médico/a. Las y los profesionales de la salud deben ser previamente capacitados para cumplir esta función y deben ser acompañados en talleres de perfeccionamiento, donde tienen la posibilidad de

Ejemplos de Orientación/Consejería para adolescentes sobre temas específicos

Orientación/Consejería sobre alimentación y nutrición

Los y las adolescentes en situaciones especiales, como práctica deportiva intensa, embarazo, madre lactante, enfermedades crónicas, hábitos vegetarianos o naturistas, tienen derecho a consejería específica.

Aspectos sobre los cuales trabajar	Aspectos sobre los cuales se debe informar
<p>§ Los estereotipos de género que influyen en la imagen corporal y modos de ser más atractivo y saludable.</p>	<ul style="list-style-type: none"> € Beneficios de la alimentación sana y formas de lograr y mantener un peso saludable. € Necesidad de aumentar el consumo de fibras y disminuir el de grasas saturadas. € Riesgos asociados a la obesidad, disminución brusca de peso y beneficios de la disminución de peso controlado en obesos. € Riesgo de controlar el peso mediante vómitos, laxantes o dietas estrictas. € Factores de riesgo de la anorexia, bulimia y otros trastornos de la alimentación (ingestión frecuente de comida chatarra). € Beneficio de los alimentos ricos en hierro.

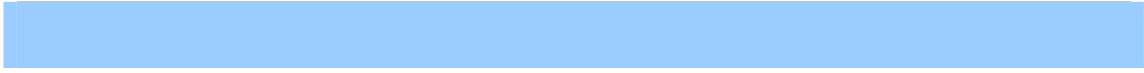
Consejería sobre práctica física

Aspectos sobre los cuales trabajar	Aspectos sobre los cuales se debe informar
<ul style="list-style-type: none"> € Que el objetivo de cualquier práctica deportiva, en la mayoría de los casos, sea la recreación. € Si el físico del adolescente está adecuado para las exigencias del deporte que practica (deportes de contacto o en los que la fuerza o la corpulencia pudieran generar situaciones de competencia desigual o de riesgo). 	<ul style="list-style-type: none"> € Se desaconseja la alta competencia deportiva (profesional) hasta la edad de 16 años. € Riesgos de la práctica de pesas antes de haberse completado la pubertad. € Necesidad de no exceder un máximo de 15 horas semanales de práctica deportiva para evitar trastornos de crecimiento en adolescentes púberes. € Necesidad de uso de elementos protectores según el tipo de deporte: el casco en ciclismo, patines, patinetas, protectores bucales en deportes de contacto, etc. € <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 10px;"></div>

Orientación/Consejería sobre prevención de lesiones por causas externas

Orientación/Consejería sobre consumo de tabaco, alcohol y drogas

Aspectos sobre los cuales trabajar



Orientación/Consejería sobre anticoncepción

Está destinada a todos/as los y las adolescentes que decidan iniciar las relaciones sexuales, o que mantienen relaciones sexuales y no usan ningún método, o que si usan algún método pero desean cambiarlo. El objetivo es auxiliar la toma de decisiones de un/a adolescente sobre el método anticonceptivo más apropiado para él o ella y su pareja, verificando los criterios médicos de elegibilidad y facilitando el proceso de reflexión sobre las características de los métodos y las características personales, de su vida y de su pareja.

Aspectos sobre los cuales trabajar

- € Los derechos sexuales y reproductivos y la elección libre y informada
- € El reconocimiento personal y de la pareja acerca de sus conductas sexuales, creencias y sentimientos.
- € Los conceptos de género en relación con el poder para tomar decisiones sobre las relaciones sexuales y los métodos anticonceptivos.
- € El conocimiento y uso de los diferentes métodos anticonceptivos.

Aspectos sobre los cuales se debe informar

Orientación/ Consejería para adolescente sin relaciones sexuales completas	
---	--

Aspectos sobre los cuales trabajar	Aspectos sobre los cuales se debe informar
€	

Vacunación

Realizar, en la consulta preventiva, un control de las inmunizaciones a el/la adolescente, de acuerdo con el esquema de vacunación local. Si el o la adolescente no recibió todas las vacunas recomendadas para su edad, se debe sugerir completar el esquema de vacunación.

A continuación se presenta el esquema de vacunación para adolescentes recomendado por organismos internacionales. Se deben tomar en cuenta las normas nacionales de inmunización de los diferentes países.

Vacuna	Edad	Condiciones
BCG (Tuberculosis)	En cualquier edad, pero idealmente después del nacimiento	<ul style="list-style-type: none"> € Se recomienda revacunar a los 10 años, si se hizo la primera dosis antes de los 6 años de edad. € El test tuberculínico (PPD) es dispensable antes o después de la vacunación.
TDe (Difteria – Tétanos)	A partir de los 7 años	<ul style="list-style-type: none"> € Indicaciones: adolescentes que no recibieron ninguna dosis de la vacuna triple o de la TDe infantil, o que no completaron el

Demanda la c coa va es ced

Vacuna	Edad	Condiciones
Triple Viral (Sarampión, Parotiditis y Rubéola*)	Cualquier edad	<ul style="list-style-type: none"> € Todos los y las adolescentes deben tener completa la vacuna, si nunca han sido vacunados. € Se recomienda una segunda dosis con intervalo mínimo de 28 días desde la primera dosis, si es antes de los 18 años de edad. € Si solamente recibió contra el sarampión y la parotiditis y nunca tuvo rubéola, (de preferencia mediante confirmación serológica). € No realizarla ante la sospecha de embarazo. Recordar que no se deben realizar vacunas de virus vivos durante este periodo. € Alertar acerca de evitar un embarazo durante las 4 semanas posteriores a la vacunación.
	Cualquier edad, desde el nacimiento.	<ul style="list-style-type: none"> € Tres dosis. € La segunda dosis debe administrarse un mes después de la primera. € La tercera dosis debe ser administrada seis meses después de la primera, pero debe haber un intervalo de por lo menos dos meses entre la segunda y la tercera dosis. € Si el esquema no ha sido completado, no es necesario reiniciar todo el esquema, basta completarlo.

Anticoncepción
Anticoncepción
Anticoncepción
Anticoncepción
Anticoncepción
Anticoncepción
Anticoncepción
Anticoncepción
Anticoncepción
Anticoncepción
Anticoncepción
Anticoncepción

Anticoncepción

Anticoncepción
Anticoncepción
Anticoncepción
Anticoncepción
Anticoncepción
Anticoncepción
Anticoncepción
Anticoncepción
Anticoncepción
Anticoncepción
Anticoncepción
Anticoncepción
Anticoncepción

La experiencia ha mostrado que las y los adolescentes tienen cierta resistencia a consultar por anticoncepción en servicios para adultos, o servicios de planificación familiar, porque sienten que no están orientados a la solución de sus problemas. En general la motivación de los y las adolescentes para usar anticoncepción no es planificar la familia, ya que muchos no están casados y ni siquiera están pensando en constituir una familia; ellas y/o ellos desean poder tener el derecho de ejercer su sexualidad libre y placenteramente sin riesgos. Además, con cierta frecuencia, los prestadores de servicios de salud para adultos tienen una actitud de censura para las y los adolescentes que solicitan servicios de anticoncepción, les atemorizan sobre el uso de métodos

salud como la medida de la presión arterial, por ejemplo. Finalmente, una vez tomada la decisión sobre cuál método será usado, el profesional ejecutará los procedimientos necesarios para iniciar el uso, por ejemplo insertar un DIU o un implante, o dará instrucciones sobre cómo usarlo. Eventualmente, cuando el método escogido no está

de su vida y también las características de los métodos anticonceptivos. Por ejemplo, los efectos del método en su ciclo menstrual, si ella acepta o no la falta de menstruación, si ella deberá volver una vez por mes al servicio, o dependiendo del método, si ella necesita volver cada tres meses, el modo de uso, la eficacia, etc.

Durante la orientación también deben introducirse los criterios médicos de elegibilidad, lo que significa que el método elegido debe ser también apropiado desde el punto de vista médico para las condiciones de salud de la usuaria. Es de fundamental importancia que el/a orientador/a esté muy bien capacitado/a para manejar el documento de los criterios médicos de la OMS y/o las normas de atención en anticoncepción, y saber hacer las preguntas necesarias que le permitan verificar si el método escogido puede ser utilizado sin causar daños a su salud. Vea la tabla resumen de los criterios de elegibilidad para todos los métodos, al fin de este capítulo.

La persona que realiza la orientación debe explicar muy claramente que respetar los criterios médicos de elegibilidad es fundamental para garantizar que el método escogido sea adecuado para la condición de salud de la usuaria, y para que su uso no signifique un riesgo para la salud. Si la usuaria escoge un método para el cual tiene una condición médica clasificada en la categoría 3 ó 4, el/la orientador/a deberá explicar que el método escogido pone en riesgo su salud y que existen otros que ella sí puede utilizar. En el caso que no sea posible ofrecer otra opción válida que sea aceptable para la usuaria, el orientador podrá aceptar el uso de un método con condición 3, pero deberá asegurarse que la usuaria recibirá un control médico estricto.

Las y los orientadores que trabajan con adolescentes tienen que estar muy bien preparados para transmitir conocimientos correctos de manera imparcial, no transmitir preconcepciones y mantener una actitud muy respetuosa de los derechos que las y los adolescentes tienen, de acuerdo a la legislación de cada país de acceder a servicios de anticoncepción manteniendo su autonomía y conf

personas con necesidades especiales requiere una mayor consideración. Los individuos

Consulta para iniciar el método

Una vez que la usuaria ha recibido información y orientación sobre todos los



respecto.) La gran mayoría de las adolescentes no presentan condiciones médicas que limiten el uso de algunos métodos, razón por la cual la gran mayoría puede escoger entre todas las opciones disponibles de acuerdo a sus preferencias y necesidades.

- Ø Con excepción del preservativo -masculino y femenino– los métodos anticonceptivos no protegen contra las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH/sida. Se debe recomendar el uso de doble protección a todas las adolescentes.

- Ø La eficacia anticonceptiva de los métodos controlados por la usuaria depende en gran parte de la adherencia a las instrucciones de uso. La tabla de eficacia que se anexa es un estimativo promedio de varios estudios realizados en Estados Unidos y recopilados por una serie de investigadores coordinados por James Trussell. Cuando se analiza la eficacia en los diferentes estudios se observa que la tasa de embarazo es mayor en las mujeres más jóvenes las que, además de presentar una mayor fecundidad, se estima que no cumplen estrictamente las instrucciones de uso (consulte la tabla anexa en este capítulo).

- Ø Además de los métodos usados independientemente del acto sexual y de los que se usan durante la relación, los servicios para adolescente

A continuación se detallan las principales características de los métodos anticonceptivos más utilizados.



Método/principales características	Mecanismo de acción/modo de uso	Efectos secundarios/riesgos
---	--	------------------------------------

Método/principales características	Mecanismo de acción/modo de uso	Efectos secundarios/riesgos	Beneficios no contraceptivos
---	--	------------------------------------	-------------------------------------

Método/principales características	Mecanismo de acción/modo de uso	Efectos secundarios/riesgos	Beneficios no contraceptivos
	Es recomendable usar los que vienen con espermicida o usar un lubricante no oleoso durante la relación		
<p>Preservativo femenino</p> <p>Está disponible en algunos países en el sector público pero no es ofrecido rutinariamente a todas las mujeres. Está disponible en el sector privado, no se encuentra en todas las farmacias y su precio es alto comparado con el preservativo masculino. La eficacia es similar a la del preservativo masculino.</p>	<p>Es una buena opción alternativa al uso del preservativo masculino. Hay que usar siempre un preservativo nuevo en cada relación. Debe estar colocado en la vagina antes de que el pene tenga contacto con ella, pero puede ser colocado minutos u horas antes de la relación.</p>	<p>No tiene efectos secundarios sistémicos y la incidencia de efectos locales (irritación vaginal) es baja.</p>	<p>Protegen contra infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH/sida. También protege la piel de la vulva.</p>
	<p>Existen en forma de crema, espumas, jaleas, óvulos e impregnando láminas de polímeros en forma de parches (película anticonceptiva). Deben colocarse en la vagina antes de la relación pero no más de 30 minutos antes de cada relación porque se absorben y pierden la eficacia.</p>	<p>No tienen efectos secundarios sistémicos pero pueden producir irritación vaginal con uso frecuente. Estudios en trabajadoras sexuales mostraron que el uso muy frecuente produce irritación vaginal que puede aumentar el riesgo de infección por VIH en mujeres.</p>	<p>Pueden dar una cierta protección contra infecciones de transmisión sexual pero no protegen contra el VIH/sida. No tienen efectos</p>

Método/principales características

Mecanismo de acción/modo de uso

bien porque permiten que las adolescentes conozcan bien el funcionamiento de su cuerpo, y esto les permite apropiarse mejor de su cuerpo y de las decisiones relacionadas con él. Además, pueden ser muy útiles ya que a veces son la única opción disponible.

Existen varios métodos que pueden ser usados individualmente o combinando dos o más de ellos, a saber:

- Método del ritmo o calendario, también conocido como Ogino-Knaus.
-

Su uso está justificado en las siguientes situaciones:

- € Coito voluntario sin uso de anticoncepción
- € Rotura o uso incorrecto del preservativo
- € Olvidar tomar dos o más píldoras anticonceptivas
- € Atraso de siete o más días en la colocación de la inyección mensual combinada
- € Atraso de 15 días o más en la colocación de la inyección trimestral de progestágeno
- € Coito interrumpido fallido
- € Cuando el DIU ha sido expulsado
- € Violación

Métodos disponibles para anticoncepción de emergencia

Hormonales:

Prácticamente todos los países latinoamericanos han incluido la anticoncepción hormonal de emergencia en las normas de atención de planificación familiar, y productos específicos para anticoncepción de emergencia se encuentran registrados y están disponibles en las farmacias con prescripción médica. En algunos países europeos, y recientemente en los Estados Unidos, se permite la venta de anticonceptivos de emergencia sin receta médica. En Estados Unidos se aprobó hace poco tiempo la venta de AE sin receta para mujeres con 18 años o más.

Dispositivo intrauterino (DIU):

El DIU con cobre es un buen método para ser usado como AE y ha demostrado ser eficaz cuando es usado hasta cinco días después del coito no protegido. A pesar de haber demostrado ser eficaz, el uso del DIU como AE no ha sido aprobado en ningún país latinoamericano por lo cual no entraremos en detalles de la forma como debe ser utilizado con esta indicación.

Anticoncepción hormonal de emergencia:

Actualmente hay dos métodos aprobados para anticoncepción hormonal de emergencia:

- § **Con píldoras combinadas de estrógeno y progestágeno – Método de Yuzpe**
- § **Con píldoras solo de progestágenos**

Eficacia

La posibilidad de haber embarazo en una relación única desprotegida es, en promedio, 8%. Esta probabilidad se utiliza como patrón de comparación para expresar la eficacia de la anticoncepción hormonal de emergencia. En general, usada dentro de las primeras 72 horas después del coito, la AE evita el 75% de los embarazos. Esto es, hay embarazo en 2% de los casos en vez del 8% que se esperaría sin ninguna protección. La eficacia del método basado solo en levonorgestrel es un poco mayor que la del método de Yuzpe.

La eficacia es mayor cuanto más rápido se tomen las píldoras después del coito. Un estudio de la OMS mostró que tomadas en las primeras 24 horas después del coito se evita el 95% de los embarazos. Estudios posteriores mostraron que después de 72 horas y hasta 120 horas (5 días después del coito) todavía las píldoras tienen algún efecto aunque las posibilidades de embarazo son bastante mayores.

La siguiente tabla muestra la eficacia de la AE tomada en diferentes tiempos después del coito no protegido, hasta 72 horas post-coito. El valor representa el porcentaje de embarazos evitados, asumiendo que la tasa de embarazo en coito único sin ninguna protección es 8%.

Porcentaje de embarazos evitados por método y tiempo después del coito en que se toma la primera dosis			
Método	Tiempo después del coito en que se toma la primera o única dosis		
	Hasta 24 horas	25 a 48 horas	49 a 72 horas
Yuzpe	75,0	48,8	41,3
Levonorgestrel	95,0	85,0	66,3

Después de cinco días, cuando la fecundación ya se ha producido, la AE no tiene ningún efecto porque no tiene efecto anti-implantatorio. Eso demuestra que el método NO ES ABORTIVO.

Anticoncepción de adolescentes con enfermedades crónicas y discapacidad mental

Este es un tema que preocupa a los y las adolescentes, los padres y las madres y a los/las trabajadores/as de la salud. Los y las adolescentes con enfermedades crónicas y/o discapacidad mental tienen deseos y preocupaciones sobre los aspectos de la sexualidad semejantes a los que tienen los y las demás adolescentes. Tradicionalmente, la sexualidad y la anticoncepción de las personas con alguna discapacidad se ha considerado un tema tabú, manteniéndolo en el silencio y la marginación por la tendencia natural a tratarles siempre como si fueran niños y niñas, sobreprotegiéndolos y negándoles su capacidad para relacionarse sentimentalmente.

Los y las adolescentes con enfermedades crónicas y con alguna discapacidad son más vulnerables desde el punto de vista sexual. Las dificultades para el desarrollo de su sexualidad están en función de las limitantes de su enfermedad. Aun aquellos con alteración medular espinal pueden experimentar excitación y orgasmo de alguna manera, a través del contacto con otras partes del cuerpo y la fantasía. Tienen, entonces, derecho a información y al acceso adecuado a los métodos anticonceptivos.

Cuando la deficiencia mental impide que la adolescente pueda tomar decisiones informadas, los padres deben tomar la responsabilidad de escoger algún método de alta eficacia no controlado por la usuaria. Las discapacidades físicas o mentales no deben ser sinónimo de solicitud de ligadura de trompas. En forma excepcional, se podrá autorizar la anticoncepción quirúrgica luego de que el caso haya sido bien evaluado por un profesional del área, sea solicitada por los padres o representante legal, y cumpla los acuerdos legales del país.

Porcentaje de mujeres con embarazo no planificado durante el primer año de uso y porcentaje que continúa el uso del método al final del primer año, Estados Unidos.

Método	Porcentaje de mujeres que se embarazan en el primer año de uso		Porcentaje de mujeres aun usando el método al fin del primer año de uso		
	Uso típico	Uso perfecto			
Ningún método	85	85			
Espermicidas	29	18	42		
Coito interrumpido	27	4	43		
Abstinencia periódica	25		51		
Calendario		9			
Método de la ovulación		3			
		42	33.2491	-1.1584	TD -0.001
			MéD	afragm	1
		MéD	1	148	027

Criterios médicos de elegibilidad de métodos anticonceptivos (Organización Mundial de la Salud, 2005)

TABLAS RESUMEN I = para iniciar C = Para continuar uso

CONDICIÓN AOC
 Pildora

Tabaquismo								
------------	--	--	--	--	--	--	--	--

a) Edad < 35

Antecedente de hipertensión en el embarazo (en que la presión arterial actual es medida y se encuentra normal)	2	2	2	1	1	1	1	1
Trombosis venosa profunda (tvp)/ embolia Pulmonar (EP)								
a) Historia de TVP/EP	4	4	4	2	2	2	1	2
b) TVP/EP actual	4	4	4	3	3	3	1	3
c) Antecedente familiar de								

Hiperlipidemias conocidas

Sangrado vaginal inexplicado (sospecha de condición grave)							I	C	I	C
							4*	2*	4*	2*
Antes de la evaluación	2*	2*	2*	2*	3*	3*	4*	2*	4*	2*
Endometriosis	1	1	1	1	1	1	2		1	
TUMORES ováricos benignos (inclusive quistes)	1	1	1	1	1	1	1		1	
Dismenorrea intensa	1	1	1	1	1	1	2		1	

Enfermedad trofoblástica
del embarazo*

Cáncer de endometrio	1	1	1	1	1	1	I	C	I	C
							4	2	4	2
Cáncer de ovario	1	1	1	1	1	1	I	C	I	C
							3	2	3	2
Mionas terinos*										

a) Sin distorsión de la

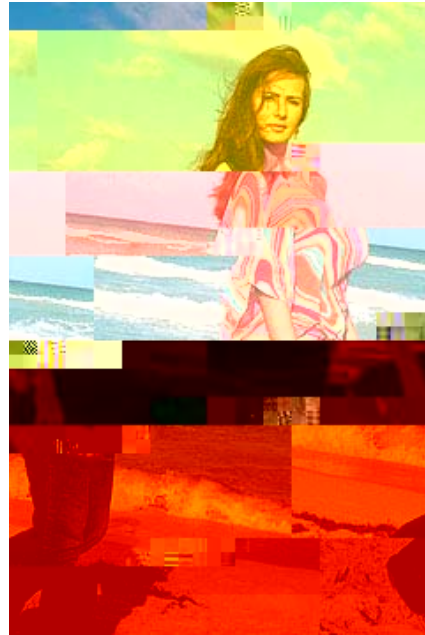
cavidad. 01.3200 604.62 0.48001 25.32 re lí.62 0.48.0011 3200 604.62 0.486Miona01 25.a.0q0.48 6200840011 3200 604.62 0.486Mionfo8032 cm4 604

VIH/sida

Alto riesgo para VIH

Alteraciones de la tiroides								
a) Bocio simple	1	1	1	1	1	1	1	1
b) Hipertiroidismo	1	1	1	1	1	1	1	1

Aborto
Aborto
Aborto
Aborto
Aborto
Aborto
Aborto



Aborto

El tema del aborto genera controversias y es muy sensible desde el punto de vista cultural, religioso y político. La prevención del embarazo no planeado de adolescentes y jóvenes es la **prioridad** de la mayoría de los países de la Región, y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) está apoyando las diferentes iniciativas al respecto. El aborto es un tema que habitualmente no se discute muy abiertamente entre las autoridades de salud y menos aún en el grupo etéreo de la población joven.

En este capítulo se presentan las evidencias actuales sobre el tema, para así poder tener un debate informado al respecto. Las recomendaciones de este capítulo son muy generales ya que cada país tiene que actuar, en este tema, de acuerdo al marco legal y jurídico vigente.

Antecedentes

Se estima que en el año 1996, aproximadamente 80% de los embarazos de adolescentes estadounidenses de entre 15 y 19 años no fueron planeados (264.000), y que 43% de esos embarazos no deseados terminaron en aborto (National Survey of Family Growth, 1996). Una de cada cuatro jóvenes tiene su segundo embarazo antes de cumplir los dos años del primero (Family Planning Perspectives, 1994) y alrededor de 30% de todos los embarazos en mujeres jóvenes terminan en aborto (Alan Guttmacher Institute, 1999). Muchas de estas mujeres tienen un riesgo particular de **aborto inseguro**, que es una de las principales causas de muerte materna y de importantes secuelas. Una de cada cinco mujeres que se someten a aborto tiene una infección grave, y entre un 15 y un 30% de las hospitalizaciones de las adolescentes de 10 a 19 años son por complicaciones del aborto. Según un informe del Ministerio de Salud de Brasil, en el año 2000 ingresaron diariamente a los hospitales públicos de todo el país 146 adolescentes (10 a 19 años) para tratamiento post aborto inducido.

En Argentina (2002), más de un tercio (31%) de las muertes de menores de 20 años fue por complicaciones producto de abortos (Ministerio de Salud Pública Argentina 2003). El grupo de mayor riesgo lo constituyen las mujeres pobres que viven en áreas aisladas, tienen menos acceso a la información y a los servicios de salud reproductiva, poseen menos accesibilidad a los métodos de anticoncepción, y son las más vulnerables a la coerción y a la violencia sexual (Bott

2000). Alrededor de 13% del total de las muertes maternas en todo el mundo han sido atribuidas a complicaciones de aborto inseguro (OMS 1998). La muerte de una mujer por complicaciones del aborto es una tragedia humana inaceptable que puede ser fácilmente evitada, por lo que proveer servicios apropiados ayuda a salvar vidas y evita los costos altísimos del tratamiento de las complicaciones (OMS 2003a).

Los Estados tienen la obligación de garantizar servicios de prevención y atención médica apropiados para que las personas puedan ejercer con plenitud sus derechos sexuales y reproductivos, sin discriminación de ningún tipo.

En circunstancias donde el aborto no es contrario a la ley, los sistemas de salud deben capacitar y equipar a los proveedores de servicios de atención y tomar las medidas necesarias para asegurar que los abortos sean seguros y accesibles. Se deben tomar medidas adicionales para salvaguardar la salud de las mujeres (párrafo 63ii de la CIPD+5). Ante una mujer joven que ha decidido interrumpir su embarazo, además de garantizar el acceso a los servicios de calidad, se deberá proveer un trato comprensivo y respetuoso, libre de todo tipo de discriminación o estigmatización.

Cualquiera sean las circunstancias en la que se plantee un aborto, los proveedores de salud deben entregar apoyo y un asesoramiento empático, honesto, educado, y proporcionar explicación comprensible sobre los riesgos y eventuales beneficios del procedimiento; exponer las diferentes alternativas (llegar al término y criar al niño o entregarlo en adopción), advertir sobre las posibles complicaciones post intervención y sus síntomas, y finalmente obtener un consentimiento informado, firmado por la joven, sus padres o tutores -de acuerdo con las leyes vigentes de cada país- sobre el particular. Debe considerarse, además, que la joven necesita expresar sus necesidades, temores y vergüenzas, sin ser juzgada ni acallada.

En aquellos países donde el aborto es legal, los profesionales de la salud tienen el derecho de negarse a realizar un aborto por razones de conciencia, pero tienen la obligación de seguir los códigos de ética profesional y derivar a las mujeres a profesionales capacitados que no están en contra de la decisión libre e informada.

Estas recomendaciones están basadas en la Guía técnica y de políticas para los sistemas de salud en aborto sin riesgo (OMS 2003a) que, a su vez, se apoyan en evidencias y experiencias. Además, son guiadas por los acuerdos internacionales, cuyo marco conceptual se fundamenta en los derechos humanos con un enfoque centrado en la salud reproductiva.

Marco legal

En la mayoría de los países de Latinoamérica y el Caribe, la ley permite el aborto para salvar la vida de la mujer. En más de tres quintos de los países, el aborto está también permitido para preservar la salud física y mental de la mujer y, en alrededor del 40%, se permite el aborto en caso de violación, incesto o daño fetal. Un tercio de los países permite el aborto sobre bases económicas o sociales y al menos un cuarto permite el aborto a petición (División Población de las Naciones Unidas, 1999). Por consiguiente, todos los países -donde la ley lo permite- deberían tener servicios seguros y accesibles para realizar un aborto.

La Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (ICPD) llevada a cabo en El Cairo en 1994, y la 4^o Conferencia Mundial de la Mujer (FWCW) que tuvo lugar en Beijing en 1995, afirmaron los derechos humanos de la mujer en el área de salud sexual y reproductiva. La Conferencia del Cairo acordó que “los derechos reproductivos abarcan ciertos derechos

El aborto puede ser **espontáneo** o **provocado**. Las alteraciones genéticas son la causa más importante del aborto espontáneo (14%), y tiene varias formas de presentación. Todo/a profesional y trabajador/a de la salud en los diferentes niveles de atención debe estar capacitado/a para diagnosticarlas, diferenciarlas y tratarlas adecuadamente.

- € Los profesionales de salud y otros miembros de la comunidad como líderes comunitarios o religiosos, maestros y policías, deben estar entrenados para reconocer los casos de violación o incesto en niñas y mujeres jóvenes, y derivarlas a servicios de salud.
- € Siempre que la legislación lo permita, se deben poder realizar en el primer nivel de atención y con personal calificado y capacitado, los siguientes procedimientos:
 - Métodos médicos de aborto hasta las 9 semanas de embarazo.
 - Aspiración al vacío, hasta las 12 semanas completas (primer trimestre) de embarazo (OPS 1998d).
 - Estabilización clínica. Con manejo de la vía respiratoria y control de sangrado, reemplazo de fluidos intravenosos y control del dolor.
 - Provisión de antibióticos para mujeres con complicaciones por abortos inseguros.
 - Aspiración al vacío para abortos incompletos.

* En El rol crítico del personal calificado (OMS, 2004), se enumeran las habilidades y capacidades requeridas para las funciones básicas de estos profesionales, dentro de las que se encuentra la de proveer cuidado post aborto cuando el caso lo requiera, y menciona además que el personal calificado que trabaja los niveles de atención primaria en las zonas remotas, con acceso limitado a los establecimientos, debe poder realizar la aspiración al vacío manual, para el manejo del aborto incompleto. Se define como personal calificado a “un profesional de la salud acreditado, como por ejemplo las parteras, obstétricas o matronas, una enfermera o los médicos que han sido educados y adiestrados en el dominio de las competencias necesarias para controlar el embarazo normal (sin complicaciones), parto y el periodo posnatal inmediato, así como en la identificación, manejo y referencia de complicaciones en mujeres y recién nacidos”.

Los métodos y el nivel de atención

La OMS, en su Guía técnica y de políticas para los sistemas de salud (2003a), considera que en los centros de atención primaria (que cuentan con capacidad médica y algunos profesionales de la salud calificados) se puede considerar la utilización de los métodos médicos farmacológicos o de aspiración al vacío, dado que no se requiere internación y solo se pueden realizar hasta las 12 semanas de gestación. El personal debe estar disponible después de las horas de atención para poder realizar una derivación rápida al segundo o tercer nivel de cuidado en los casos que fuera necesario.

El personal de salud (enfermeras, obstétricas o parteras asistentes de salud, médicos y residentes), que ya han sido entrenados y demuestran habilidad para llevar a cabo un examen pélvico y para realizar procedimientos transcervicales como colocar un DIU, están en condiciones de ser entrenados para realizar una aspiración al vacío. En aquellos lugares donde el aborto médico está disponible y es legal, dicho personal también puede administrar y supervisar el tratamiento en los casos de aborto incompleto.

Los cuidados previos a la intervención son de fundamental importancia y deben incluir la realización de una correcta historia clínica y:

1. Confirmar el embarazo por medio del examen clínico o de laboratorio si fuera necesario.
2. Determinar el tiempo de embarazo o edad gestacional a través de medios clínicos o, si fuera necesario, por medio de una ecografía.

3. Medir los niveles de hemoglobina y hematocrito y determinar el grupo sanguíneo y el factor Rh.
4. Diagnosticar vaginosis bacteriana que debe ser tratada antes de la intervención, según recomendación del CDC, con metronidazol gel vaginal 0,75% cada 12 .3(na)-s0.0232 TwP.d52 TwP.ddías32ol

Métodos de aborto

Etapa de Embarazo	Método	Droga y regímenes más usados
-------------------	--------	------------------------------

Capacidad y entrenamiento de los proveedores de procedimientos médicos o quirúrgicos

En muchos países de la Región no se dispone de un número suficiente de médicos para realizar los procedimientos, y es necesario involucrar a otros profesionales de la salud capacitados y calificados tales como obstétricas y enfermeras/os para brindar un cuidado de calidad del aborto y del post- aborto. Además, se debe tener la capacidad de **reconocer y tratar** las complicaciones del aborto (OMS/ ICM/FIGO 2004). Todos los servicios de salud sexual y reproductiva deben ser capaces de **diagnosticar, estabilizar tratar y/ o referir** a toda mujer con hemorragia o infección post-aborto y tener capacidad instalada de monitoreo y evaluación.

Métodos utilizados para el aborto tardío: estos métodos no son aconsejables para el primer nivel de atención -por lo que aquí solo se los menciona- y se debe aconsejar a las personas jóvenes con embarazos mayores a

Tipo de complicación	Frecuencia	Signos y síntomas	Tratamiento
Aborto incompleto	Baja, más común con los métodos médicos.		

40% de los abortos inseguros en Latinoamérica son en mujeres menores de 24 años. Las complicaciones más frecuentes y graves del aborto inseguro son las hemorragias, las infecciones y el aborto séptico.

Complicaciones

Signos y síntomas

Tratamiento

Embarazo
Embarazo
Embarazo
Embarazo
Embarazo
Embarazo
Embarazo
Embarazo
Embarazo
Embarazo
Embarazo
Embarazo
Embarazo
Embarazo
Embarazo

Embarazo

Embarazo
Embarazo
Embarazo
Embarazo
Embarazo
Embarazo
Embarazo
Embarazo
Embarazo
Embarazo
Embarazo
Embarazo
Embarazo
Embarazo
Embarazo



Embarazo

En todo el mundo, las complicaciones del embarazo son una de las principales causas de muerte de las jóvenes con menos de 20 años. Ellas tienen dos veces más riesgo de morir durante el embarazo, parto y puerperio, que las mujeres con 20 años o más. Y esta posibilidad aumenta hasta cinco veces cuando se comparan embarazadas menores de 15 años con las mayores de 20 (Treffers 2001).

Múltiples factores contribuyen al embarazo en la adolescencia. Uno de ellos es la **pobreza**, como causa y como efecto. Esta lleva al embarazo como una forma de conseguir cierta seguridad económica y personal, a la vez que se acompaña de una menor escolarización y por consiguiente de menos información y **educación** sobre la sexualidad y la reproducción. Creencias erróneas sobre los métodos anticonceptivos y una mayor dificultad para acceder a ellos, son algunas de las consecuencias.

Los aspectos de **género** son elementos clave. Se advierte una baja valoración de las adolescentes mujeres, quienes a(,)-0.6ebl(e)-0.8L2-6(c)71pe5.1(es c15.5(ra1)7.4(o(o5(compa(o(o5(com8.6gua(es

deserción escolar y dependencia económica, que entre otras causas mantienen la transmisión intergeneracional de la pobreza.

Las adolescentes pueden acudir a los servicios de salud por diferentes situaciones relacionadas con el embarazo; de hecho, éste es el principal motivo de consulta de las y los adolescentes en la mayoría de los países de la Región. Los motivos de consulta pueden ser la búsqueda de apoyo para interrumpir el embarazo, para control prenatal, para tratar las complicaciones, o también solicitar ayuda para lograr un embarazo.

- **Cualquiera sea el motivo de la consulta, ésta deberá ser la base para establecer una relación de confianza con la adolescente, que permita mantener un contacto permanente y fluido entre ella y el equipo de salud.**
- **Asegure el mantenimiento de la confidencialidad.**
- **No juzgue a la adolescente en base a sus preconceptos y valores.**
- **Respétela y apóyela, cualquiera sea la decisión asumida.**

Directivas del control prenatal

- € Detección de factores de riesgo.
- € Detección y tratamiento precoz de patologías obstétricas y/o médicas.
- € Prevención de complicaciones maternas y fetales.
- € Vigilancia del crecimiento y vitalidad fetal.
- € Preparación psicofísica para el nacimiento.
- € Información y educación para el auto-cuidado, lactancia, crianza del niño y proyecto de vida.

Hay varios temas que, en forma individual en la consulta o en charlas generales, deben abordarse con los futuros padres adolescentes:

- € Higiene corporal y técnicas de auto-cuidado.
- € Actividad física durante el embarazo, posparto inmediato y alejado.
- € Alimentación durante el embarazo.
- € Consumo de tabaco alcohol y drogas.
- € Sexualidad y afectividad.
- € Modificaciones corporales en los diferentes trimestres (enseñando los signos y síntomas más frecuentes de alarma).
- € Derechos laborales de la embarazada y la madre durante el amamantamiento.
- € Maternidad y paternidad responsables.
- € Estímulo de conductas que favorezcan el apego madre-hijo.
- € Cuidado del recién nacido.
- € Lactancia materna.
- € Formas de reinserción del binomio madre-hijo al núcleo familiar, social y cultural.
- € Reincorporación al sistema educativo y laboral.
- € Anticoncepción después del parto.
- € Información de instituciones que ayudan a la adolescente embarazada y madre adolescente.
- € Prevención y tratamiento de ITS, VIH/sida. Recordar siempre que el embarazo es una gran puerta de entrada para el **tratamiento** y para **prevenir** la transmisión vertical de VIH.
- € Prevención de sífilis congénita.
- € Cronograma de control del recién nacido y vacunación.

Diagnóstico y clasificación de embarazo según el riesgo

Las adolescentes de 15 a 19 años captadas precozmente y que reciben cuidados prenatales de acuerdo con sus necesidades, no tienen mayor riesgo que las adultas de similares condiciones sociales, culturales y económicas. Las adolescentes de 10 a 14 años deben ser siempre consideradas de alto riesgo obstétrico

Parto y posparto

Todo parto debiera asistirse en un servicio preparado para resolver emergencias obstétricas, garantizando el acceso a sangre segura y manejo quirúrgico de las complicaciones. Estos cuidados debieran garantizarse especialmente para las adolescentes, con las cuales el equipo de salud deberá tener sensibilidad y experiencia en su atención.

Actividades imprescindibles	
<p>Proteger los derechos de la usuaria:</p> <ul style="list-style-type: none"> € Respetar la privacidad y el pudor. € Garantizar el acompañamiento por su pareja y/o familiar o la persona que ella elija. € Evitar un intervencionismo innecesario (episiotomía, rasurado, enema). <p>Educación posparto inmediato sobre:</p> <ul style="list-style-type: none"> € Cuidados personales (higiene corporal en especial manos, mamas y episiotomía si fue realizada), lactancia, paternidad /maternidad, promoción del desarrollo integral del recién nacido y esquema de vacunación. Anticoncepción. 	<p>Asesorar en aspectos legales y sociales:</p> <ul style="list-style-type: none"> € Proceso de adopción (si así se decide) € Paternidad/maternidad adolescente. € Derechos del recién nacido y sus padres. € Proceso de identificación civil del recién nacido. € Primer control de la madre y el niño entre los 7 y 10 días del parto. € Asesoramiento y consejería en anticoncepción y seguimiento al menos por dos años para evitar embarazo subsecuente y fomentar la doble protección. € Control de patologías ginecológicas. <p>€ Busque específicamente en los controles del niño: maltrato, abuso sexual.</p>

Paternidad/maternidad adolescente

Actividades	
<ul style="list-style-type: none"> € Reuniones en grupos de apoyo (mensuales) con padres, madres y, eventualmente, abuelas. Estos adolescentes podrán compartir sus experiencias con futuras/os madres/padres adolescentes. € Facilitar contención y ayuda. € Fomentar la paternidad y el sustento -no solo económico, sino emocional- del recién nacido. 	<ul style="list-style-type: none"> € Estímulo para completar educación. € Reinserción al medio familiar, educacional, social y laboral. Relación con las abuelas. € Relaciones equitativas entre varones y mujeres. € Empoderamiento para la toma de decisiones y autoestima.

Atención
Atención
Atención
Atención
Atención
Atención
Atención
Atención
Atención
Atención
Atención
Atención

Atención

Atención
Atención
Atención
Atención
Atención
Atención
Atención
Atención
Atención
Atención
Atención
Atención
Atención
Atención
Atención
Atención

Primaria	Secundaria
Características del dolor: Premenstrual e intramenstrual, difuso, bilateral y de corta duración. Puede acompañarse de cefaleas, tensión mamaria, náuseas, vómitos y diarrea.	Características del dolor: Dolor progresivo, que no siempre tiene relación con la menstruación. Puede ser después de la menstruación. Puede acompañarse de dispareunia.
Causas: No bien determinadas pero están relacionadas a la acción de las prostaglandinas.	Causas: inflamación pélvica, varices pélvicas, tumores, adenomiosis, endometriosis, pólipos, miomas, uso de DIU, quistes ováricos, estenosis cervical o malformaciones congénitas.
Diagnóstico: ≠ Clínico: la anamnesis y el examen físico pueden ser suficientes. ≠ Paraclínico: eventualmente, ecografía ginecológica.	

En caso de dudas diagnósticas o de falta de respuesta al tratamiento, hacer interconsulta con especialista. Puede estar indicada la laparoscopia.

Tratamiento sintomático

Este tratamiento está dirigido a calmar el dolor.

Opciones	Dosis de ataque	Dosis de mantenimiento
Ibuprofeno:	800 mg. v/o	400 mg. v/o c/8 h.
Naproxeno sódico:	550 mg. v/o	275 mg. v/o c/6 h.
Ácido mefenámico:	500 mg. v/o	250 mg. v/o c/6h.

Lo mejor es comenzar el tratamiento ante la primera señal de la menstruación. Recomendar no ingerir xantinas (café, chocolates, etc). Sugerir la realización de ejercicios.

Tratamiento etiológico

Dependerá de la patología de base; en caso de enfermedad inflamatoria pélvica, intentar tratamiento en el primer nivel con antibióticos y anti-inflamatorios (ver tratamiento de la EIP). En otras circunstancias, se debe derivar a un especialista.

Información para la adolescente

Metrorragia

Es el sangrado genital anormal no menstrual que proviene del útero. Se debe interrogar

Tratamiento

- ∅ Si no se logra llegar a un diagnóstico en el primer nivel de atención, deberá referirse a un nivel de mayor complejidad, y la premura dependerá de la intensidad del sangrado.
- ∅ Deberá ser referida a un especialista si se diagnostica una causa relacionada a un embarazo, un trastorno de la coagulación, un trastorno tiroideo o una causa infecciosa.
- ∅ Una vez descartado el embarazo y confirmado que se trata de una metrorragia disfuncional, el tratamiento dependerá de la magnitud o gravedad del sangrado, evidenciado por la repercusión hemodinámica.

Tratamiento de las metrorragias disfuncionales según grado de severidad

Tipo de sangrado	
------------------	--

Situación especial:

El sangrado en escasa cantidad que se produce vinculado a la toma de anticonceptivos (manchas, goteo o *spotting*), debe ser tratado con las siguientes medidas:

- orientación a la adolescente de que el spotting es un efecto secundario común, no provoca daños ni disminuye la eficacia del anticonceptivo, y es autolimitado;
- tomar las píldoras todos los días en el mismo horario;
- si el sangrado continúa y es incómodo, ofrecer el cambio para otro método contraceptivo.

Amenorrea

¿Qué buscar en el examen?

El examen físico es el que aporta la máxima cantidad de información.

- € Evaluar el hábito corporal global, altura peso y contextura.
- € Olfato.

Conducta recomendada

Con la excepción del embarazo o de enfermedades médicas tratables en el primer nivel, la conducta consistirá en la derivación de la adolescente al especialista correspondiente.

Cuando la amenorrea es prolongada.

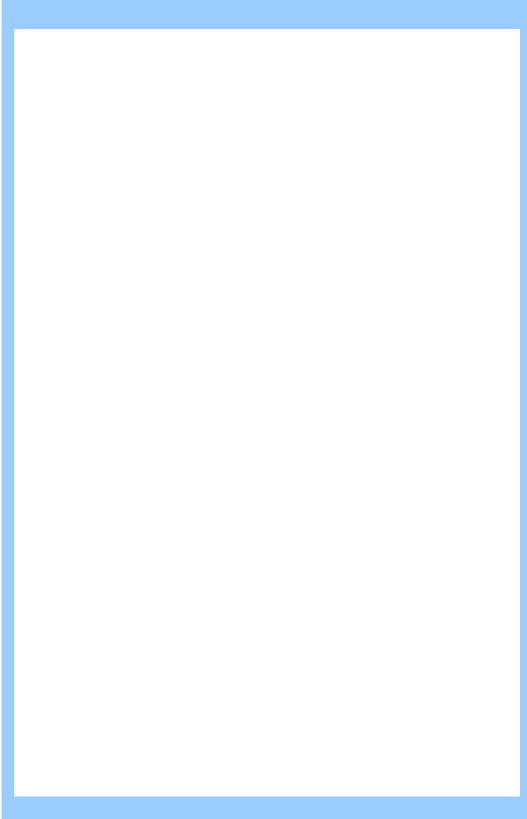
Pseudopolimenorrea

La pseudopolimenorrea y dolor abdominal ovulatorio corresponde al sangrado que acompaña a la ovulación (a mediados de ciclo) y que la adolescente interpreta como una nueva menstruación.

Síntomas y signos	Diagnóstico	Diagnóstico diferencial
--------------------------	--------------------	--------------------------------

Tratamiento

Se han citado múltiples tratamientos, pero solo citaremos aquellos en los que las evidencias han demostrado su efectividad.



Infecciones genitales:

Infecciones de transmisión sexual (ITS)

Las ITS son importantes debido a su alta frecuencia y porque cuando no son bien tratadas, pueden dejar secuelas reproductivas. En los grupos de adolescentes y jóvenes su prevalencia es mayor que en otros grupos etáreos.

Esto se explica por múltiples factores, como la particular susceptibilidad del tracto genital de las adolescentes, el debut sexual cada vez más precoz, los múltiples compañeros/as sexuales y el no uso de condón. Estos factores se potencian a su vez por circunstancias sociales y ambientales como las áreas endémicas, el abuso físico y sexual, el caos social, la pobreza, el tráfico y abuso de drogas y el limitado acceso a los servicios de salud. Los adolescentes y jóvenes son particularmente vulnerables a estas infecciones, que los ponen en mayor riesgo de contraer otras enfermedades más graves como el VIH/sida. En los últimos años ha aumentado la incidencia de algunas de estas infecciones, principalmente la gonorrea en las adolescentes mujeres y la infección por chlamydia en varones y mujeres adolescentes.

La importancia de las ITS se vincula con el riesgo de provocar incapacidad transitoria y por la posibilidad de dejar secuelas como infertilidad, propensión al embarazo ectópico, dolor pélvico crónico, posibles mutilaciones y, en casos extremos, pueden llevar a la muerte.

146 .6 423 6884 Los Clínicos más comunes

Prevención de ITS		
Primaria	Secundaria	Terciaria
<p>Promoción de salud</p> <ul style="list-style-type: none"> € Prestar atención a la sexualidad de los adolescentes. € Oriente acerca de las ITS: los síntomas, los factores de riesgo, cómo se contraen y cómo se previenen. € Incentive a buscar atención, en forma rutinaria, ante cualquier síntoma. <p>Protección de salud</p> <p>Oriente acerca del uso de: preservativo masculino/ preservativo femenino. Vacunación. Inmunoglobulinas.</p>	<p>Si consulta por una relación de riesgo (paciente asintomático):</p> <ul style="list-style-type: none"> € Dar consejería. € Realice pruebas de ITS con exámenes de diagnóstico necesarios (vea agentes etiológicos). € Testeo o <i>screening</i> de VIH. € En caso de ITS, realice tratamiento (vea agentes etiológicos). 	<p>En caso de infección sintomática:</p> <ul style="list-style-type: none"> € Trate la infección. € Prevenga o trate complicaciones. € Rehabilito cuando sea necesario. € Dé consejería. € Dé seguimiento a los casos tratados (vea tratamiento según agente etiológico).

Recuerde:

- € Escuchar con atención y dar todo el tiempo que sea necesario para cada adolescente.
- € Orientar sobre todo lo que crea conveniente y no creer que los adolescentes saben todo o no saben nada. No prejuzgue sobre el grado de conocimiento.
- € Promover el uso consistente del preservativo y considerar la posibilidad de distribución gratuita o la posibilidad de venta a bajo costo.
- € Promover la doble protección con preservativo y otro método anticonceptivo.
- € Informar que si las relaciones sexuales se inician tardíamente y la pareja es estable, tiene menos riesgo de contraer una ITS.

Otros aspectos a ser considerados

- € Asegurar la **confidencialidad** de lo tratado en la consulta.
- € Efectuar la **investigación epidemiológica** de los contactos, de acuerdo con las reglamentaciones locales.
- € Efectuar el **tratamiento y el seguimiento** de el/la afectado/a y sus contactos.

No olvidar que las ITS pueden tener gran repercusión emocional; en ese caso se deberá propiciar la interconsulta con el equipo de salud mental y requerir su apoyo psicoterapéutico si fuera necesario.

Síndrome (tipo de infección)

Orientación clínica

Etiología

Secreción vaginal o uretral

Mujer:

Flujo vaginal grisáceo, adherente y homogéneo, maloliente, con olor a pescado, con prurito y eritema vulvar.

Flujo vaginal espumoso, maloliente, amarillo verdoso, irritación y prurito vulvar, cuello del útero con múltiples manchas rojas puntiformes.

Mujer y hombre:

Secreción blanca, grumosa, adherente, prurito, vulva roja edematosa, dispareunia, intenso prurito y disuria externa. En el hombre se presenta como inflamación, prurito, irritación y secreción uretral.

Una vez realizado el examen clínico y/o ginecológico, el clínico tendrá una hipótesis sobre la posible etiología.

A continuación se esquematizan, para cada una de las situaciones clínicas descritas, los procedimientos diagnósticos que deberán realizarse. Al

Tricomoniasis

Diagnóstico

Tratamiento

--

Candidiasis

Diagnóstico	Tratamiento
<p>Clínico: es muy orientador.</p> <p>Paraclínico: exudado. Esporas y pseudofilamentos a la microscopía; pH < 4,5.</p> <p>Cultivo positivo.</p> <p>Prevención: uso de condón en todas las relaciones sexuales.</p>	<p>Candidiasis vulvovaginal</p> <p>Miconazole 200mg i/vag/día x 3 días Clotrimazole 200mg i/vag/día x 3 días Fluconazole 150mg v/o dosis única Nistatina 100 000 UI i/vag/día x 14 días.</p> <p>Balanopostitis: Clotrimazole</p>

Gonococcia

Diagnóstico

Tratamiento

Clinico: es muy orientador.

Sífilis (etapa primaria)

Diagnóstico	Tratamiento
<p>Clínico: es muy orientador.</p> <p>Paraclínico: treponema investigación en fondo oscuro.</p> <p>Prueba de VDRL reactiva (se torna reactiva luego de que la úlcera desaparece). Otros exámenes serológicos reactivos, RPR, FTA, TPHA.</p> <p>Prevención:</p>	

Sífilis (etapa latente)

Diagnóstico

Tratamiento

Linfogranuloma venéreo

Diagnóstico

Tratamiento

Herpes tipo II

Diagnóstico	Tratamiento
<p>Clínico: es confirmatorio.</p> <p>Paraclínico: ante situaciones especiales por dificultades diagnósticas, proceder a identificación de DNA viral por PCR.</p> <p>Prevención: uso de condón en todas las relaciones sexuales y abstenerse de tener relaciones sexuales con parejas que tengan este tipo de lesión.</p>	<p>Mantener la zona limpia y seca.</p> <p>Tratar el dolor localmente con lidocaína ungüento al 5% o ales T00071 0561Tm0 g-0.0< T0vT51 34s340.04</p>

Condilomatosis: Papiloma viral humano

La vacuna para HPV

- € La vacuna cuadrivalente para HPV fue recientemente aprobada por la FDA (Agencia de vigilancia de alimentos y drogas de los Estados Unidos) para mujeres de 9 a 26 años.
- € La vacuna fue probada en más de 11.000 mujeres y protege contra 4 tipos de HPV: 6, 11, 16 y 18. Los estudios clínicos evidenciaron eficacia de 100% en prevenir lesiones cervicales precancerosas causadas por esos tipos virales.
- € El esquema recomendado por el fabricante es de una serie de 03 inyecciones intramusculares: la primera dosis, la segunda -2 meses después de la primera- y la tercera, 6 meses después.
- € La vacuna no tiene efecto terapéutico o sea, no protege de los tipos virales ya adquiridos.
- € Los estudios en varones todavía no se han completado.
- € La vacuna es segura, y no han sido identificados efectos secundarios serios.
- € La duración de la protección establecida hasta el momento es de cinco años.
- € Idealmente, la vacuna deberá ser administrada antes del inicio de la actividad sexual.
- € La administración de la vacuna está sujeta a la aprobación por las instituciones sanitarias de cada país.

Lista básica de medicamentos para tratar las ITS

- € Aciclovir 200 mg.
- € Aciclovir al 5% crema o ungüento.
- € Ácido tricloroacético al 75%, podofilina al 5%, solución o gel.
- € Azitromicina 1 gr.
- € Ceftriazona 125 mg i.m.
- € Cefxina 400 mg.
- € Cremas antimicóticas.
- € Doxiciclina 100 mg.
- € Eritromicina 500 mg.
- € Fluconazol 150 mg.
- € Gel de metronidazol 0,75%.
- € Lidocaina ungüento al 5%.
- € Metronidazol 500 mg.
- € Nistatina crema

Para prevención: preservativo o condón (masculino y femenino).

Enfermedad inflamatoria pélvica (EIP):

Síndrome de dolor abdominal bajo

Es una infección aguda del útero, anexos (trompas – ovarios) y del peritoneo pélvico. Ocasionada por microorganismos que ascienden desde la vagina o desde el cuello del útero al endometrio, trompas de Falopio y, eventualmente, hasta la cavidad peritoneal. Es muy importante el diagnóstico precoz ya que las complicaciones son graves: absceso tubario u ovárico, absceso del fondo de saco de Douglas, peritonitis, sepsis, infertilidad, embarazo ectópico.

La frecuencia de la EIP es más elevada entre la población de adolescentes si se la compara con el resto de la población, debido al comportamiento sexual, menor prevalencia de anticuerpos protectores y mayor penetrabilidad del moco cervical. Los factores de riesgo se detallan a continuación, pero involucran principalmente la exposición de las mujeres a los patógenos transmitidos sexualmente, como son neisseria gonorrhoeae y chlamydia trachomatis.

Diagnóstico

El diagnóstico es clínico. Para ello deben estar presentes los criterios mayores (especificidad de 61%) y uno o más de los menores.

Criterios de diagnóstico
Criterios mayores
<ul style="list-style-type: none">€ Dolor abdominal y dolor a la palpación, con sin dolor a la descompresión (irritación peritoneal).€ Dolor a la movilización del cuello uterino.€ Signos de infección del tracto genital inferior.€ Dolor a la palpación de los anexos (ovarios y trompas).
Criterios menores
<ul style="list-style-type: none">€ Fiebre de 38 grados centígrados o más.€ Leucocitosis en conteo mayor de 10.500 glóbulos blancos/ml.€ Velocidad de eritrosedimentación elevada.€ Elevación de la proteína C reactiva.€ Presencia de una tumoración al examen o en la ecografía.€ La toma de secreción endocervical muestra gonococos (diplococos gram negativos intracelulares) o estudios positivos para clamidia.

Un criterio mayor y dos criterios menores, aumentan la especificidad a 90% y con tres criterios menores, a 96%.

Exámenes paraclínicos

El diagnóstico es clínico, pero puede completarse con la ecografía ginecológica, estudio de secreciones del endocervix directo y cultivo, hemograma completo, velocidad de eritrosedimentación, función renal y prueba de embarazo, para valorar el estado general de la adolescente y descartar otros diagnósticos. **Ante la sospecha o el diagnóstico clínico de una enfermedad inflamatoria pélvica, debe referirse a la paciente a un centro de atención de mayor complejidad.** La necesidad de la laparoscopia se evaluará durante la internación.

Agentes etiológicos

Habitualmente, la infección es causada por flora polimicrobiana, aunque es sabido que en la población de adolescentes aparecen como gérmenes más habituales (*neisseria gonorrea* y *clamidia trachomatis*); otros son anaeróbicos o bacterias facultativas (*bacteroides sp.*, *peptostreptococcus sp.*, *peptococcus sp.*, *gardnerella vaginalis*, *streptococcus sp.*, *escherichia coli*, y *Haemophilus influenzae*, etc).

¿Qué hacer?

El tratamiento puede ser ambulatorio pero hay situaciones en que es necesaria la hospitalización, por ejemplo:

- € Enfermedad severa (fiebre alta, signos de irritación peritoneal).
- € Embarazo.
- € Sospecha de absceso anexial o del fondo de saco de Douglas.
- € Náuseas y vómitos que impidan el tratamiento ambulatorio.

- € Falta de respuesta al tratamiento.
- € Diagnóstico dudoso, no poder descartar apendicitis.
- € Dudas sobre el cumplimiento del tratamiento.

Tratamiento

Información para la adolescente

- € Explicarle el proceso infeccioso que presenta actualmente.
- € Informar de las formas de transmisión de la enfermedad y su prevención.
- € Explicar las complicaciones que puedan ocurrir si la infección no es tratada a tiempo.
- € Explicar los exámenes que debe realizarse y si necesita internación, cuáles son sus causas.
- € El tratamiento que recibirá.
- € Orientar sobre los controles posteriores, especialmente los que deben realizarse en casos de violación, cuando no se conoce el estado sexológico del agresor.

Hepatitis B

Esta enfermedad viral se contagia por contacto íntimo con los fluidos del cuerpo (relaciones sexuales vaginales, anales u orales, uso de agujas contaminadas, material quirúrgico contaminado o transfusión de sangre). También puede pasar al feto durante el embarazo (transmisión vertical). El enfermo puede transfo

Síntomas y signos	Diagnóstico	Diagnóstico diferencial
	<p>Clínico: Los síntomas y signos descritos más el antecedente de exposición:</p> <ul style="list-style-type: none"> ☒ <i>Contacto con enfermo.</i> ☒ <i>Varones homosexuales.</i> ☒ 	

segunda etapa. La persona puede transmitir el virus luego de ser infectado. Después de la primoinfección hay un periodo llamado ventana inmunológica, que es el tiempo comprendido entre la infección por el VIH y el apareamiento de los anticuerpos anti-VIH en la sangre en cantidad suficiente para su detección por las pruebas. Ese tiempo varía de 3 hasta 6 meses, y se debe hacer la prueba por lo menos después de 3 meses del comportamiento inseguro para obtener un resultado confiable. Se llama seroconversión cuando se puede detectar el virus por medio del análisis de sangre para VIH.

2. Etapa asintomática o latencia clínica: en ella la persona infectada prácticamente no tiene síntomas o puede presentar adenopatías intermitentes sin compromiso clínico.
3. Etapa sintomática inicial en que se presentan síntomas tales como sudoresis nocturna, cansancio, pérdida de peso y también pueden presentarse infecciones oportunistas (candidiasis oral y vaginal, gingivitis, úlceras aftosas, diarreas, sinusitis, herpes simple y herpes zoster). Estos síntomas pueden hacer sospechar de una infección por HIV pero no son específicas.
4. Etapa clínica de sida. En esta etapa ya está instalada la enfermedad, que se caracteriza por aumento de la viremia, bajo recuento de linfocitos y/o enfermedades oportunistas,

En la Declaración de Compromiso de la Sesión Especial sobre sida de la Asamblea General de la ONU, y luego en la consulta Global de Talloires (Francia 2004), se acordaron las metas y objetivos internacionales para la lucha contra la epidemia del VIH/sida en adolescentes y jóvenes. Estas son:

- € Aumentar el acceso de los jóvenes a las intervenciones prioritarias para la prevención del VIH: **información, habilidades y servicios.**
- € Disminuir la **vulnerabilidad** de las adolescentes y jóvenes.
- € Disminuir la

Prevencción

€

(Para más información, ver sección de consejería)

Diagnóstico de laboratorio (generalidades)

Pruebas de detección del VIH

Con excepción del periodo de ventana inmunológica y los periodos muy tardíos de la enfermedad, el diagnóstico de infección se realiza por la **detección de anticuerpos específicos**.

El organismo responde a la infección por VIH produciendo anticuerpos entre las

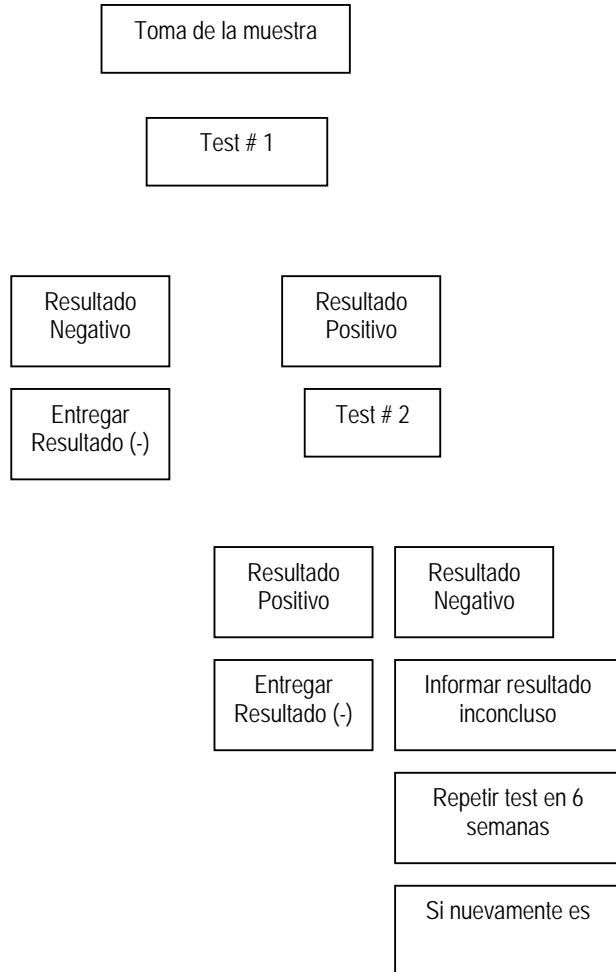
Pruebas de tamizaje

Algoritmos para el uso de test rápido (en personas que aceptan el uso de test rápido este se puede hacer utilizando algoritmo serial o paralelo. El esquema abajo ilustra los dos tipos de algoritmos.

ALGORITMOS

PARALELO

SERIAL



Si confirmó el diagnóstico, el control lo debe seguir con un especialista en VIH/sida para

Sugerencias para orient

Tratamiento

No se realiza en un centro de atención primaria, que es hacia donde están dirigidas estas recomendaciones, porque es sumamente complejo. Hasta el momento, suele realizarse por personal altamente calificado. El manejo del paciente portador de VIH debe ser comportamental, psicosocial y médico.

La elección del plan terapéutico dependerá de la aceptación de la persona a someterse efectivamente al tratamiento, de la posibilidad de acceder a él, de mantener el cumplimiento, si la enfermedad es sintomática o no, o si tiene otras enfermedades intercurrentes. En caso de ser mujer, si está embarazada o no. Además, depende de elementos como la carga viral, el estado del complemento y la inmunidad en general. Por otra parte, también influye la tolerancia a la medicación, lo que puede, en algunas ocasiones, obligar a cambiar el plan terapéutico inicialmente indicado. El seguimiento de las personas VIH positivas debe ser estricto en todos los grupos poblacionales, especialmente en los adolescentes y sus contactos, entre los cuales se

produc TD70.00041duTw cuales ()5.8oo0118 Twao 7laTq1 i 63.48 489.72 m63.48 442..011466..01442..011466..0148

Enfermedades de los testículos y del escroto

Epididimitis/orquitis

Es la inflamación aguda del epidídimo y/o del testículo. Puede ser uni- o bilateral.

Síntomas	Diagnóstico	Paraclínica
<ul style="list-style-type: none">€ Dolor testicular intenso.€ Aumento de volumen testicular.€ Inflamación del escroto.€ Fiebre.€ Malestar general.€ Con uretritis o sin ella.	<p>Clinico: El diagnóstico es clínico.</p> <p>La causa más común de epididimitis es una infección de transmisión sexual, en general clamidia, gonorrea o ambas.</p> <p>Etiológico: Bacterianas: lues, gonococo, clamidias, BK. Víricas: paramixovirus (parotiditis), arenavirus. Casi 25% de los hombres que tienen parotiditis después de la pubertad podrán presentar orquitis.</p> <p>Parasitarias: nematodos (filariasis).</p> <p>Diferencial: Torsión testicular.</p>	<p>De ser posible, toma de exudado uretral. Si no hay exudación, hacer toma intrauretral.</p> <p>Urocultivo, VDRL, VIH.</p>

Información para el adolescente

- € Explicar que tiene una infección en el epidídimo y que ésta se transmite con las relaciones sexuales. Reafirmar el **uso de preservativos** en cada relación sexual y consultar siempre que tenga algún síntoma como ardor, secreción o molestias.
- € Informar que estas infecciones, en forma reiterada o no tratadas, pueden provocar esterilidad, y destacar que si se cumple el tratamiento, la evolución es hacia la curación total.
- € Orientar sobre las características del tratamiento, medicamentos, duración, dosis y efectos adversos.
- € La trascendencia del control y el tratamiento de los contactos.

Torsión testicular

Es la torsión del cordón espermático que interrumpe el suministro de sangre al testículo y a las estructuras circundantes en el escroto.

Diagnóstico	Tratamiento
Clínico: <ul style="list-style-type: none">€ Dolor en un testículo, intenso y repentino.€ Elevación de un testículo con el escroto.€ Náuseas, vómitos, lipotimia.€ Inflamación y fiebre.	€ Quirúrgico de emergencia.

Hidrocele

Es la acumulación de flui0.0017 Tc-0.04TT10003Tc0.rde fl

Criptorquidia

Es la falta de descenso en uno o los dos testículos, que en general se diagnostica antes de la adolescencia. Diferenciar la criptorquidia real de la transitoria, que es por contracciones espasmódicas del músculo cremasteriano.

En caso de ser bilateral, puede ser señal de disgenesia gonadal.

Diagnóstico	Tratamiento
Clínico: <input data-bbox="180 688 493 718" type="text"/>	

Alteraciones del crecimiento, desarrollo y maduración:

Alteraciones de la pubertad – Pubertad tardía

Pubertad tardía mujeres	Pubertad tardía varones
<ul style="list-style-type: none">€ Ausencia de botón mamario (Tanner II) en una adolescente mayor de 13 años.€ Luego de 5 años de iniciados los cambios puberales, no se completan.€ Edad ósea de 13 años en mujeres y no ha aparecido ningún cambio puberal.€ Edad ósea de 15 años y no ha aparecido la menarquia.	<ul style="list-style-type: none">€ Ausencia de cambios puberales en un adolescente mayor de 14 años.

Alteraciones de la pubertad – Pubertad precoz

Pubertad precoz mujeres	Pubertad precoz varones
€ Desarrollo de las características sexuales secundarias (telarca, pubarca o menarca) antes de los 8 años de edad.	

Información para los y las adolescentes

- € Cuando se determine que el crecimiento y desarrollo están dentro de parámetros normales, se deberá tranquilizar a la/el adolescente explicándole que, aunque muchos compañeros/as ya se han desarrollado y son más altos, no todas las personas crecen ni se desarrollan a la misma edad, ni al mismo ritmo. Manifestarles, además, la necesidad de continuar con controles para garantizar lo anterior. Existe un cálculo aritmético que le permitirá darle una idea aproximada del mínimo y el máximo de talla al que llegará, al final del desarrollo (ver cálculo de potencial genético de la talla de los y las adolescentes).
- € Si se han detectado alteraciones se le explicará la necesidad de enviarlo a un especialista para certificar sospechas, realizarle exámenes y, eventualmente, tratamientos que le permitan adquirir un desarrollo normal.
- € Estos adolescentes se beneficiarán con apoyo psicológico.

Alteraciones del desarrollo mamario

Constituyen un motivo de consulta frecuente. En la mayoría de los casos, los problemas se resuelven espontáneamente durante el periodo de control y seguimiento, sin necesidad de intervenir. Por ello se debe evitar la realización de ecografías, mamografías o biopsias innecesarias.

En los adolescentes: Ginecomastia

Es el aumento de la glándula mamaria (uni o bilateral) en el adolescente varón, secundario a un incremento del estroma y del tejido glandular. Esto se debe a un desbalance entre andrógenos y estrógenos, y a una mayor sensibilidad del tejido mamario. Durante la pubertad, en dos tercios de los varones se desarrolla la glándula mamaria (ginecomastia fisiológica).

En raras ocasiones, la ginecomastia es secundaria a alguna enfermedad (ginecomastia patológica) y puede deberse a tumores (linfangioma, lipoma, cáncer), alteraciones cromosómicas, falla o falta testicular, o enfermedades hepáticas crónicas. En estos casos, el tratamiento se dirige a solucionar la patología de base.

En otras ocasiones, se confunde con ginecomastia el agrandamiento de la región mamaria en los adolescentes obesos (seudoginecomastia).

Ginecomastia

Preguntar

Examen

Importante:

No deben hacerse tratamientos quirúrgicos estéticos antes de los 18 años o de alcanzar un Tanner V.

Información para las adolescentes

Dificultades de los adolescentes con la sexualidad

Usualmente se ha hablado de disfunciones sexuales, término que no es apropiado para los y las adolescentes, quienes pueden tener inconvenientes transitorios en sus relaciones sexuales, vinculados con la carga emocional que representa enfrentarse a estas nuevas situaciones.

Por lo tanto, los miembros del equipo de salud deberán, primordialmente, lograr, en una entrevista con los y las adolescentes, disminuir la angustia que estos temas les provocan. La mayor parte de las veces, dicha angustia se genera por inexperiencia o por fantasías o expectativas poco acordes con la realidad.

Alguno/as adolescentes consultarán por verdaderos trastornos de su sexualidad, pero muchos -cuya función sexual es perfectamente normal- también mostrarán inquietudes acerca de ella.

Las consultas o la orientación sobre los temas de sexualidad deberán realizarse en un ambiente tranquilo, que inspire a la confidencialidad y con el tiempo apropiado para conversar sobre algunos aspectos referidos al desarrollo psico-sexual, la respuesta sexual humana y los modelos femeninos y masculinos sostenidos por la cultura.

En el primer nivel de atención se deberá detectar si el conflicto o dificultad sexual es transitorio y se debe al temor de enfrentarse a algo nuevo -vinculado a factores emocionales o culturales- o si estos síntomas persisten a lo largo del tiempo. Si esto ocurre, deberán ser referidos a un especialista.

Motivos de consulta	Probables causas
<p><u>Trastornos de la fase orgásmica:</u> € Anorgasmia en la mujer y el hombre. € Eyaculación precoz, eyaculación retardada o retardada parcial.</p> <p><u>Trastornos de la fase de excitación:</u> € Impotencia en el hombre.mujer y el hombre.</p>	<p>fase.n.3303 0 0 10.3303 75.12 279.7201 Tm0 g-18.341 Tc0.0048</p>

Los/as trabajadores/as de salud deben estar atentos, ya que en ocasiones, en la base de las consultas por trastornos sexuales subyacen episodios de violencia intrafamiliar no expresados.

Información para los y las adolescentes

- € Siempre se deberá tranquilizar a la o el adolescente explicando que la mayoría de los inconvenientes se solucionan con experiencia y con el apoyo de su pareja sexual.
- € Tratar de disminuir la ansiedad y las expectativas desmedidas sobre las relaciones sexuales que generan los modelos culturales.

Adolescentes y la orientación sexual

La orientación homosexual suele percibirse durante la adolescencia, pero muchos adolescentes no aceptan esta orientación hasta la vida adulta y algunas personas no la aceptan nunca y ocultan la orientación homosexual toda la vida.

Gran parte de los y las adolescentes experimentarán algún tipo de sentimiento de atracción homosexual o practicarán algunas conductas homosexuales (tocarse, masturbarse, besarse y eventualmente tener relaciones sexuales con otra persona del mismo sexo) sin que ello signifique que su orientación sexual definitiva sea homosexual.

Desde 1973, la homosexualidad dejó de ser considerada una enfermedad (American Psychiatric Association, 1995). Es una forma de ser y de sentir; no una opción a la que se pueda renunciar sin un alto costo en términos de salud psíquica. No es modificable mediante abordajes psicoterapéuticos. No hay evidencias de que sus causas estén sujetas a la influencia de sus padres, ni a modos de crianza. Para el/la adolescente homosexual, el crecer en una cultura homofóbica perjudica su desarrollo psicosexual y la vivencia saludable de su sexualidad, por los miedos, falsas creencias y preconceptos de la sociedad. Es habitual que este grupo de personas sea estigmatizado y discriminado.

Si pretendemos evitar en estos grupos la marginación, degradación, depresión y, en último término, que adopten conductas y comportamientos saludables, es fundamental cambiar el abordaje de ellos y ellas, esforzándonos en la promoción de su desarrollo integral y en la prevención, trabajando sobre su sexualidad y conducta sexual y social saludable.

Al tratar la sexualidad de los y las adolescentes no se debe dar por supuesto que la orientación sexual será siempre heterosexual. Ésta, si bien es la más frecuente, no es la única. Se estima que aproximadamente de 6 a 8% de los y las adolescentes tendrá, al TuPar-5.98(ala6)-54om2503.7(P

Investigar indicadores de dificultades de aceptación

Conducta

- € Disminución de la autoestima
- € Depresión.
- € Tentativas de suicidio.
- € Fugas de la casa.
- € Rechazo escolar.
- € Rechazo de los pares.
- € Consumo de alcohol u otras drogas.

impulsividad.

- € Actividad sexual muy intensa.
- € Afirmación de masculinidad percibida como desmedida por el profesional de la salud.

Indicadores inespecíficos de abuso sexual

Físicos	<ul style="list-style-type: none">€ Enuresis, encopresis secundaria.€ Dolores abdominales recurrentes sin causa orgánica.€ Cefaleas recurrentes sin causa orgánica.
Psicológicos	<ul style="list-style-type: none">€ Síndrome de estrés postraumático.

Cómo apoyar a víctimas de abuso sexual o violación: consejos para trabajadores /as de salud

1. Evalúe el peligro inmediato:

Averigüe si el/la adolescente corre riesgo de sufrir nuevamente el abuso.

Salud mental

La salud mental se refiere al cuidado de los aspectos emocionales, intelectuales y de conducta, a lo largo de la vida.

Depresión y riesgo de suicidio

Los estados depresivos son frecuentes entre los y las adolescentes y deben ser buscados durante las consultas. Aunque rara vez constituyen el motivo principal de consulta, suelen estar enmascarados por síntomas psicósomáticos.

Síntomas de depresión

- € Disminución de la autoestima.
- € Incapacidad de planificar el futuro.
- € Fluctuaciones del estado de ánimo.
- € Cefaleas.
- € Dolores abdominales difusos.
- € Dismenorrea.
- € Artralgias.
- € Astenia psicofísica.
- € Traumatismos reiterados.
- € Alteraciones del sueño.
- € Alteraciones del apetito.
- € Dificultades en el rendimiento escolar.

La conducta terapéutica en todos los /as adolescentes deprimidos consistirá en la **derivación hacia trabajadores/as de salud mental, de preferencia con experiencia en el trabajo con jóvenes.**

Ante cuadros de depresión mayor, puede estar indicada la internación. Es bien conocido que 65% de los intentos de autoeliminación (IAE) se asocian con depresión, pero generalmente quedan enmascarados en conductas transgresoras y descontrol en el comportamiento. Los IAE son la tercera causa de muerte en varones y la cuarta en mujeres de 15 a 24 años. La morbilidad por intento de suicidio es aún mayor.

Importante

- € La mayoría de los y las adolescentes que se suicidan han dado señales previas, verbalizando su deseo de morir, amenazando con suicidarse, o han tenido conductas autoagresivas.
- € Luego de un primer IAE, esté alerta para un nuevo intento, en los 12 meses siguientes.

Al evaluar a un/a adolescente, podrá constatar dos tipos de situaciones: una corresponde a las llamadas **situaciones y signos de alerta de suicidio**, en los que se puede realizar un control estricto de el/la adolescente mientras se realiza el contacto con el equipo de salud mental. La otra opción es encontrar **indicadores de riesgo inminente de suicidio**; en este caso, debe actuarse rápidamente para contactar a el/la adolescente con el equipo de salud mental, pudiendo justificarse la internación en algunas situaciones. **En ambas situaciones deberá contactarse a un adulto de referencia.**

Situaciones y signos de alerta	Indicadores de riesgo inminente de suicidio
<ul style="list-style-type: none"> € Ansiedad severa. € Aislamiento. € Embarazo. € Aborto provocado reciente. € Caída en el rendimiento escolar o laboral. € Abandono de la escuela. € Disfunción familiar o divorcio. € Orientación homosexual. € Enamoramiento melancólico. € Deficiencia mental leve o moderada. € Enfermedades crónicas en el/la adolescente o su familia. € Enfermedad terminal o muerte en familiares cercanos. € Suicidio de familiar o ser querido. € Profunda insatisfacción con el cuerpo. € Maltrato físico o abuso sexual. € Promiscuidad sexual. € Abuso de alcohol y/o consumo de drogas. € Intento de suicidio previo. € Ideación y/o planes suicidas. € 	

Consumo de tabaco, alcohol y drogas

El tabaco, alcohol y las drogas no son una cuestión puramente personal sino del colectivo, ya que afectan casi siempre al individuo, su familia, la comunidad y atentan contra la salud pública. Son muy pocos los adolescentes que consultan por consumo excesivo de tabaco, alcohol o drogas. En general, la consulta se produce cuando el consumo ha generado un problema en su entorno.

Las adicciones constituyen una patología de vínculo. Ya no solo importan las características propias de las drogas ni el sujeto; lo que importa es la forma anómala como la persona se relaciona con la droga.

Dicha relación puede ser de diferentes formas:

1. Consumo **ocasional o experimental** que no implica dependencia o adicción y que suele ser esporádico.
2. Consumo **habitual o crónico**, cuando la relación droga - persona es de tipo adictiva y completa los requisitos de las definiciones del DSM IV, CIE 10, etc.
3. **Uso indebido** es el consumo de una sustancia que no es legal; o el uso de una sustancia legal pero con un propósito diferente para el cual fue elaborada; o el uso de sustancias que si bien son legales o socialmente ac

Detectar los que están en riesgo de consumir drogas

Factores de riesgo

- € La detección de vulnerabilidad se basa en información sobre la interacción familiar, rendimiento escolar, relación con pares y autoestima.
- € Inmadurez psicoafectiva.
- € Dificultad para postergar las propias demandas.
- € Pocas posibilidades de espera o mediación en el logro de los objetivos.
- € Mala tolerancia a las frustraciones.
- € Dificultad para reconocer y respetar los límites.
- € Mal control de los impulsos.
- € Considerable alteración en los sistemas de intercambio con el mundo.
- € Tendencia al establecimiento de relaciones conflictivas con la realidad impuesta.
- € Frecuente refugio patológico en la fantasía.
- € Incapacidad o dificultad para organizar el tiempo con base en conductas adaptativas.
- € Vínculos primarios y precarios, afectiva y socialmente.

Extender las acciones de prevención primaria a todos los y las adolescentes

Acciones de prevención primaria

Eduque sobre:

- € La alta capacidad adictiva del tabaco, el alcohol y las drogas, y las dificultades que implica intentar dejar el hábito. Por tal motivo, apóyese en la propuesta preventiva “**mejor no empezar**”.
- € Cómo evitar el consumo pasivo de tabaco.
- € La construcción de una identidad autónoma y conciencia crítica frente a la presión de los pares y la publicidad.
- € La adquisición de hábitos saludables y apoyo de aspectos positivos (p. ej. no fumar, no tomar alcohol).

Fomente:

- € La autoestima de los y las adolescentes a partir de pequeños logros personales y sociales, fáciles de reconocer por sí mismos y por su entorno.
- € Las acciones dirigidas a evidenciar que el fumar es un comportamiento inadecuado.
- € Las acciones dirigidas a evidenciar que el tomar alcohol es un comportamiento inadecuado.
- € Los modelos adultos positivos.

Informe sobre:

- € La morbilidad y mortalidad que genera el uso de:
 - § **Tabaco** (cáncer de pulmón y de cuello de útero, bronquitis, enfisema, enfermedades cardiovasculares, infarto).
 - § **Alcohol y drogas** (accidentes, suicidios, abuso sexual, asesinatos, enfermedades cardiovasculares).
- € Los aspectos negativos del uso de tabaco, de acuerdo con algunos valores considerados por los/as adolescentes como:
 - § Apariencia física (olor desagradable, dientes amarillos, mal aliento y dedos manchados).
 - § Manipulación que logra la publicidad al promover mensajes falsos de atracción física y capacidad para los deportes; reducción de la capacidad deportiva y alto costo.
- € La relación entre consumo de alcohol y drogas y los riesgos de lesiones p.1(s).2)-1.5g4r/Cs6 cle (o)-1.3(l)4.8amaunoolnoolLoas ext8(s)rn6

Criterios diagnósticos

Anorexia nerviosa (A.N.)	Bulimia nerviosa (B.N.)
<ul style="list-style-type: none"> a) Rechusa mantener un peso mínimo normal para su talla y edad: Peso 15% por debajo de lo esperado, no-ganancia adecuada de peso para el periodo de crecimiento. b) Miedo intenso a subir de peso aún cuando su peso es menor que lo esperado. c) Disturbios en cómo se siente con su peso y su cuerpo: se siente y se ve gordo/a a pesar de su delgadez. Quita importancia a su bajo peso. d) En las mujeres, amenorrea. 	<ul style="list-style-type: none"> a) Episodios recurrentes de ingesta compulsiva en un periodo de tiempo (≤ 2 hs) de una cantidad excesiva de comida, con sensación de falta de control sobre lo que se está comiendo. b) Conductas de compensación para evitar subir de peso: vómito inducido, laxantes, diuréticos, ayunos, ejercicio excesivo. c) Los comportamientos A y B ocurren por lo menos 2 veces a la semana, durante 3 meses. d) Autoestima muy influenciada por la imagen corporal y el peso. e) El trastorno no ocurre solamente durante episodios de anorexia nerviosa. f) En general, el peso es casi normal y, en las mujeres, los trastornos menstruales son más leves.

Tipo de anorexia nerviosa:

Restictiva: durante este episodio el o la adolescente no ha pasado por un periodo de comer compulsivamente ni ha estado usando laxantes o diuréticos o induciendo el vómito.

Purgativa

Hallazgos clínicos

Anorexia nerviosa	Bulimia nerviosa
<ul style="list-style-type: none">€ Amenorrea.€ Anemias leves.€ Deshidratación.€ Bradicardia.€ Lanugo.€ Hipotensión/hipotermia.€ Sequedad de la piel y el cabello.€ Hipertrofia de glándulas parótidas.€ Signo de Russell (callos en las manos por vómitos).€ Establecer la gravedad de condición física.€ Evaluar disfunción familiar.€ Alteraciones de las medidas antropométricas, peso, talla, pliegue cutáneo, circunferencia del brazo).	<ul style="list-style-type: none">€ Alteraciones hidroelectrolíticas€ Pérdida del esmalte dental€ Irregularidades menstruales€ Hipertrofia de glándulas parótidas€ <div data-bbox="688 457 1156 688" style="background-color: white; border: 1px solid black; height: 110px; width: 100%;"></div>

Trastornos nutricionales:

Desnutrición

La prevalencia de desnutrición en América Latina corresponde a la desnutrición de tipo crónico. Las causas más frecuentes son pobreza, analfabetismo, infecciones persistentes y/o agudas, malos hábitos alimentarios. Se asocia con trastornos del desarrollo y del aprendizaje, condicionando la capacitación y el futuro de el o de la adolescente.

Las carencias más importantes son las calóricas, proteicas y de micronutrientes (hierro, yodo y folatos). Los y las adolescentes, en fase de crecimiento y desarrollo, tienen requerimientos nutricionales altos.

Debe tenerse en cuenta, además, que en caso de realizar intensa actividad física (atletas) o durante el embarazo, estos requerimientos son aun mayores. La desnutrición constituye un factor de riesgo adicional perinatal para las madres adolescentes, lo que implica mayor morbilidad y mortalidad perinatal.

Causas de desnutrición en adolescentes	
Aguda	Crónica
<ul style="list-style-type: none">€ Intoxicación alimentaria.€ Diarrea aguda.€ Trastornos psiquiátricos agudos.€ Diabetes mellitus.€ Hipertiroidismo.€ Abuso de laxantes y diuréticos.€ Vómitos del embarazo.€ Cirugía, traumatismo, sepsis.	<ul style="list-style-type: none">€ Bajos ingresos.€ Actividad deportiva excesiva.€ Bulimia, anorexia.€ Maltrato físico/sexual.€ Infecciones crónicas (tuberculosis, VIH).€ Parasitosis (helmintiasis, giardiasis).€ Consumo de drogas.€ Abuso de alcohol.€ Enfermedades crónicas (insuficiencia renal, hepática, cardíaca).€ Enfermedades malignas.

Signos y síntomas	Conducta
--------------------------	-----------------

Valores de percentiles de IMC según
The National Health and Nutrition Examination Survey, 1871 a 1974

Edad (en años)	Varones (percentiles)	Mujeres (percentiles)
--------------------	-----------------------	-----------------------

Tipos de obesidad

Obesidad exógena (90%)

Hiperlipidemia

No es excepcional que la hiperlipidemia comience en la adolescencia y que esto sea el punto de partida para la aterosclerosis y sus complicaciones. Aunque pueden elevarse distintos lípidos, existe una relación importante con las concentraciones elevadas de colesterol. Por ello, es recomendable evaluar los niveles séricos de colesterol, al menos una vez en la adolescencia.

Necesidades nutricionales en la adolescente embarazada o que amamanta

€ En la embarazada, y durante la lactancia, aumentan las necesidades proteínicas, energéticas y de todos los nutrientes. Durante el primer trimestre, casi no hay incremento de las necesidades alimentarias. Ya en el segundo y tercer trimestre es aconsejable un suplemento de aproximadamente 300 calorías diarias.

€ Las adolescentes embarazadas y que llevan una vida sedentaria necesitan como mínimo 2.400 a 2.600 kcal diarias, mientras que las adolescentes más activas o en la etapa final del crecimiento necesitan cerca de 50 kcal diarias por cada kg de peso. Hay que calcular de 30 a 35 gramos diarios de proteínas suplementarias.

€ La adolescente que no consume leche o derivados, debe incorporar a su dieta ese consumo durante el embarazo. También es conveniente que incluya en su alimentación el consumo de alimentos ricos en hierro y ácido ascórbico, ya que el problema de la anemia es relativamente común en este estado. Para evitar la constipación, es aconsejable el consumo de frutas, verduras, cereales integrales y líquidos que aceleran el tránsito intestinal.

€ Se recomienda no abusar del consumo de sal, ya sea como condimento o a través de alimentos ricos en ella, como por ejemplo fiambres, embutidos, conservas, salsas y mermeladas.

Alteraciones de la piel y sus anexos

Hirsutismo

Es el apareamiento de pelos terminales, largos y pigmentados, en áreas normalmente lampiñas en la mujer, como cara, tórax, abdomen, línea alba, región suprapúbica y antebrazos. Se debe diferenciar de hipertricose, que es el crecimiento excesivo (mayor de lo que se considera estético) de pelo largo, grueso y pigmentado en las áreas donde ellos normalmente existen, como brazos y piernas. Es una consulta frecuente entre las adolescentes.

Ante una adolescente con hirsutismo siempre se debe tratar de hacer el diagnóstico etiológico, que puede ser:

1. ovárico.
2. suprarrenal.
3. idiopático.
4. otras causas como las iatrogenias medicamentosas, el hipotiroidismo, la hipeprolactinemia, el embarazo, las lesiones del SNC, la anorexia nerviosa, la desnutrición y el pseudo hermafroditismo masculino.

En la entrevista

Se intentará determinar si el hirsutismo es de reciente aparición o se mantiene desde las etapas iniciales del desarrollo. Ante esta última posibilidad, es muy probable que sea idiopático. Frente a cambios en una adolescente previamente normal, se deberá buscar una causa adquirida.

Es relevante el interrogatorio de los ciclos menstruales con tendencia a la oligomenorrea y amenorrea en los síndromes de ovario poliquístico (SOP). Muchos medicamentos pueden provocar hirsutismo. Se deberá interrogar sobre consumo de fenitoina, danazol, diazóxido, andrógenos, valproato, glucocorticoides, minoxidil, etc.

En el examen físico

La presencia de un biotipo con sobrepeso u obesidad en una adolescente con trastornos del ciclo o sin ellos, orientará hacia un SOP. Si el biotipo es de aspecto cushingoide, orientará a un origen suprarrenal.

Cuando el vello es generalizado, no está vinculado a una distribución androgénica y es de carácter familiar, se pensará en un hirsutismo idiopático.

Si el vello se asocia con elementos de virilización como cambios de la voz, aumento de masas musculares y aumento del tamaño del clítoris, se deberá descartar el origen en un tumor ovárico o suprarrenal.

Exámenes complementarios

La dosificación de testosterona libre solo dará información del aumento de las hormonas masculinas, pero no orientará sobre la etiología.

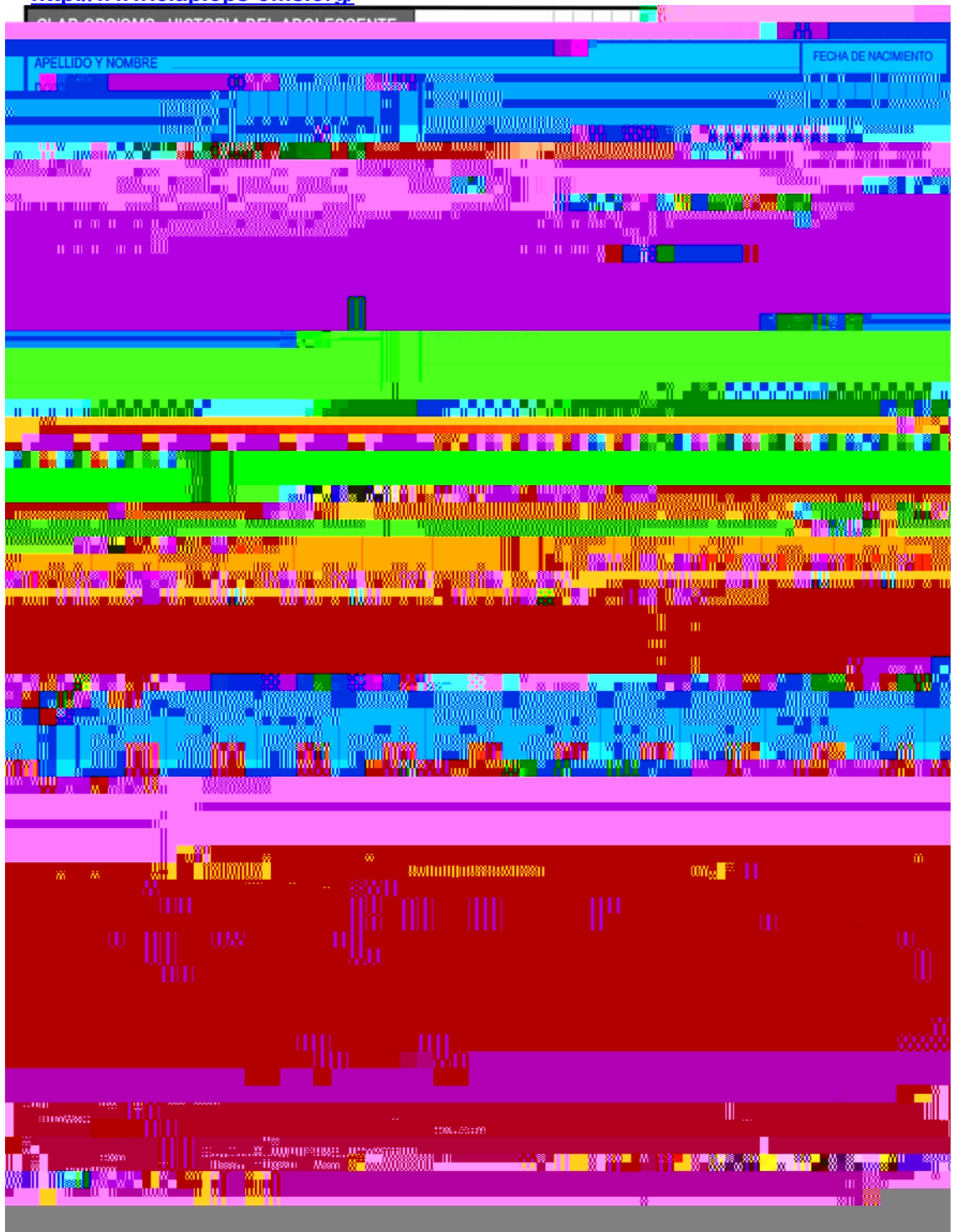
Posible origen ovárico	Posible origen suprarrenal	Otros orígenes
FSH /LH. Ecografía ginecológica.	Sulfato de dehidro epi androsterona 17 hidroxí progesterona. Ecografía suprarrenal.	TSH Prolactina

Tratamiento

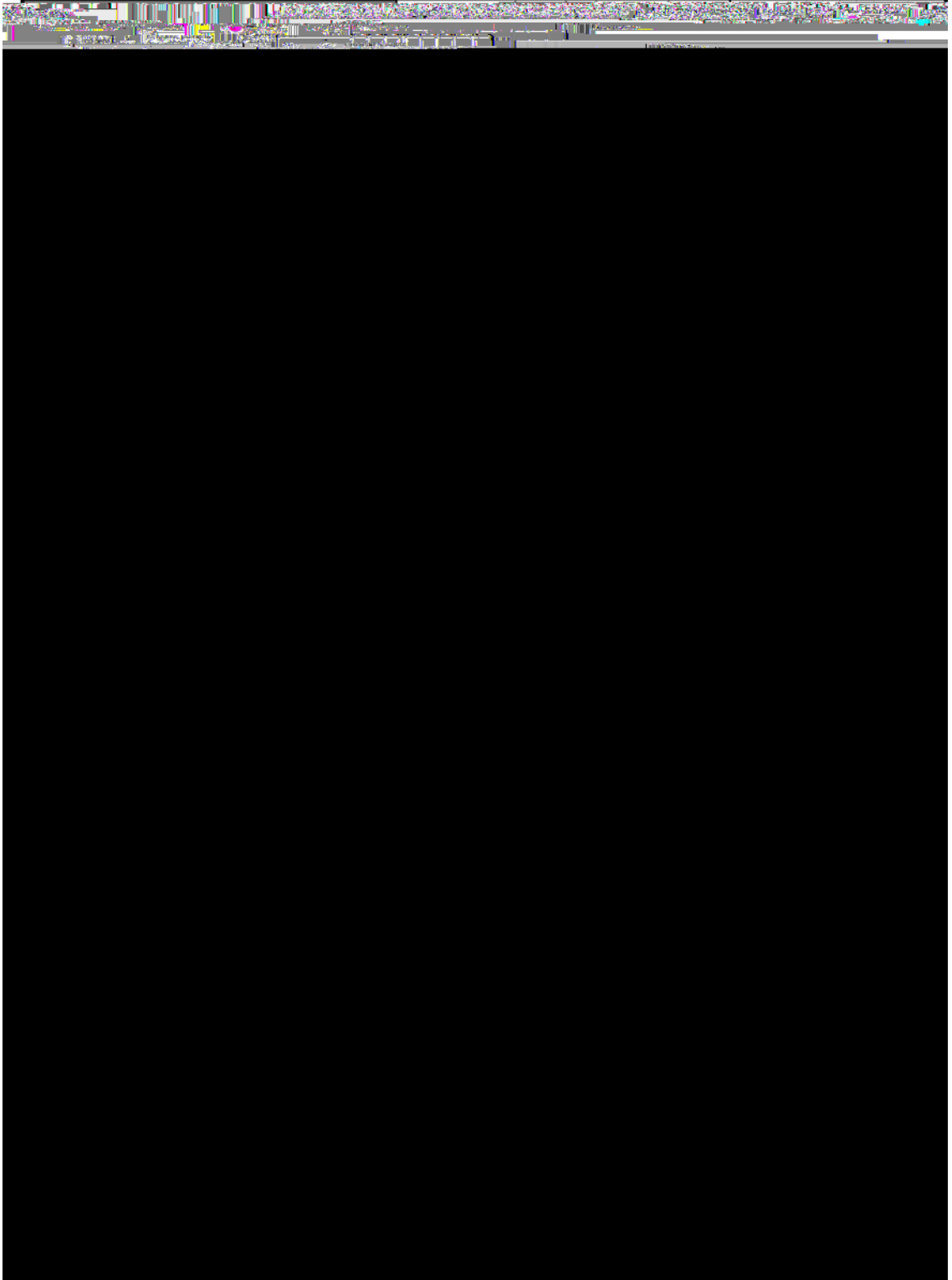
La conducta ideal es derivar a las adolescentes con hirsutismo al especialista. En algunos casos seleccionados, especialmente vinculados con problemas de accesibilidad a los especialistas, se podrá iniciar el tratamiento y estudio en el primer nivel de atención.

Sistema Informático del Adolescente (SIA/CLAP): Anverso

<http://www.clap.ops-oms.org/>



Sistema Informático Perinatal (CLAP/SIP): Anverso
<http://www.clap.ops-oms.org/>



Carnet Perinatal (CLAP)





Genitales en mujeres

Mamas

Edad promedio de alcanzar cada
estadio en años.
(95% percentil)

Edad cronoi(38fgst)-5(adio en6.5 654.3 BT/TT2 1 Tf9.427 0

Cantidades recomendadas de energía y proteínas para adolescentes							
Edad (años)	Estatura	Peso	kcal/día	kcal/kg	kcal/cm	Proteínas	
						g/día	g/cm
MUJERES							
11-14	157	46	2200	47	14.0	46	0.29
15-18	163	55	2200	40	15.5	44	0.26
19-24	164	58	2200	36	13.4	46	0.28
VARONES							
11-14	157	45	2500	55	16.0	45	0.28
15-18	176	66	3000	45	17.0	59	0.33
19-24	177	72	2900	40	16.4	58	0.33

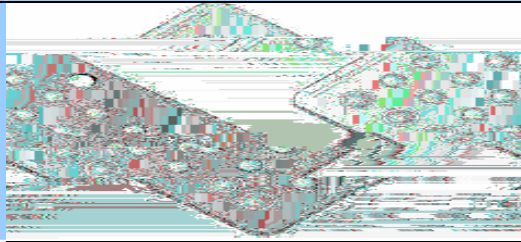
Fuente: *Recommended Dietary Allowances (RDA), 9a. conf. National Academy of Sciences.*
Washington DC: National Academy Press, 1989.

Ingesta proteica y calórica recomendada para adolescentes			
Para adolescentes varones			
Categoría	11-14 años	15-18 años	19-22 años
Peso (kg.)	45	66	70
Estatura (cm.)	157	176	177
Energía (ca.l)	2.700	2.800	2.800
Proteína (g.)	45	56	56
Vitamina A (U.I.)	1.000	1.000	1.000

Ingesta proteica y calórica re

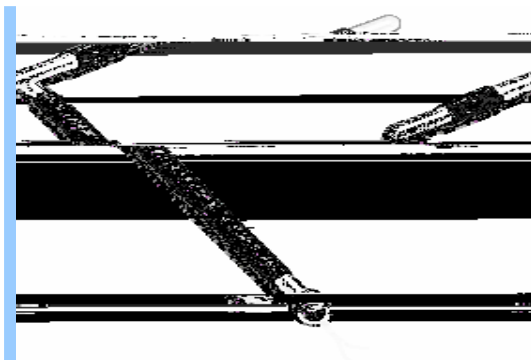
Opciones anticonceptivas

Hormonales



Anticonceptivos
hormonales
femeninos

Píldora
Combinados
Estrógeno/progesterona.
(monofásicos/ trifásicos)
o
Progestágeno solo
o
Inyectables



Dispositivo
intrauterino (DIU) o T

Anticoncepción de emergencia		
	Progestágeno solo (levonorgestrel)	Esquema clásico: Una dosis cada 12 horas de 0.75 mg. de progestágeno.

Doble protección

Métodos de doble protección: $a + b$

Bibliografía
Bibliografía
Bibliografía
Bibliografía
Bibliografía
Bibliografía
Bibliografía
Bibliografía
Bibliografía
Bibliografía
Bibliografía
Bibliografía
Bibliografía
Bibliografía
Bibliografía
Bibliografía
Bibliografía
Bibliografía
Bibliografía
Bibliografía
Bibliografía
Bibliografía
Bibliografía

Acosta, E.; Dueso, C.; Ceinos, M. (2001). Anorexia and bulimia: Need to distinguish primary prevention from early detection in the context of health education in teaching facilities. *Aten primaria*. Mar 15; 27 (4): 271-4.

Alan Guttmacher Institute (1999). Women, society and abortion worldwide. Nueva York y Washington DC.

Albisu, Y. (2002). Conducta práctica ante una ginecomastia. Revisión temática. *Bol S Vasco Nav Pediatr*; 36: 9-16.

American Academy of Pediatrics (1992). National cholesterol education program. Report of expert panel on blood cholesterol levels in children and adolescents. *Pediatrics*; 89 (3PT2): 525-584.

American Cancer Society (2002). Recommended practice guideline

CEPAL (1995). Panorama social de América Latina. Santiago, Chile.

Chilman, C.S. (1980). Adolescent sexuality in a changing american socioB.D5ei.0533 TD0 Tc()Tjdgø(gi)8(m)-5.8(TD-0 0

Franco, S.; Ceirano, V.; Pittman, P. (2000). *Manual de evaluación de la dimensión socio-emocional de la calidad de atención de servicios de salud*. Programa Regional Mujer, Salud y Desarrollo, OPS/OMS Argentina.

Fraser, A.M.; Brockert, J.E.; Ward, R.H. (1995). Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. *NEJM*; 332(17):1113-7.

Gagnon, J. (1959). *Sexualidad y cultura*. Editorial Pax, México, DF.

Glas, A.R. (1994). Gynecomastia. *Endocrinol metabol Clin North am*; 23: 825-837.

Greulich, W.; Pyle, S.I., Eds. (1959). *Radiographic atlas of skeletal development of the hand and wrist*. Segunda edición. Stanford University Press, California.

Groberg, E. (1993). *Promoting resilience in children: A new approach*. Civitan Research Center. Universidad de Alabama.

Grupo de Estudio OMS/UNFPA/UNICEF (1999). *Programación para la Salud de los Adolescentes*. Serie de informes técnicos, no. 886. Ginebra.

Hammer, L.D.; Kraemer, H.C.; Wilson, D.C. y cols. (1991). Standardized percentile curves of body mass index for children and adolescents. *Am. J. Dis. Child*; 145: 260.

Harel, Z. (2002). A contemporary approach to dysmenorrhea in adolescents. .6067 -1.1533 TDo8t rhett.6067A.m ;4((29))17-.

Mayer, M.L.; Clark, S.J.; Konrad, T.R. y cols. (1999). The roles of state policies and programs in buffering the effects of poverty on children's immunization receipt. *American Journal of Public Health*; 89 (2): 164-170.

Media Project (2004). FDA Approves Saliva OraQuick Rapid Test for HIV-1, HIV-2 Antibodies. Marzo. www.themediaproject.com/news/itn/032904_oraquick.htm

Ministerio de Salud y Acción Social de Argentina (1995). Lineamientos normativos para la atención integral de salud en adolescentes: Módulo 1. Secretaría de Programas de Salud, Secretaría de Acción Comunitaria. Dirección de Salud Materno Infantil. Buenos Aires.

Ministerio de Salud de Colombia (1996). Lineamientos de educación sexual para el sector salud. Santa Fe de Bogotá.

Ministerio de Salud de Costa Rica/Caja Costarricense de Seguro Social (1997). Normas de atención del embarazo en la adolescencia. San José, Costa Rica.

Ministerio de Salud Pública de Argentina (2003). La mortalidad materna en Argentina. Buenos Aires.

Ministerio de Salud Pública de Ecuador (1995). Manual de normas y procedimientos para la atención integral a la salud de los y las adolescentes con énfasis en salud reproductiva. Dirección General de Salud. Dirección Nacional de Fomento y Protección. Quito, Ecuador.

Ministerio de Salud Pública de Uruguay (2003). Normas de atención integral de la salud en la adolescencia. Págs. 1-50. Montevideo.

Ministério da Saúde (1993). Normas de atenção à saúde integral do adolescente. Volume I, II y III. Secretaria de Assistência à Saúde. Brasília.

Ministério da Saúde/FUNASA (1991). Brasil. Manual de normas de vacinação. Brasília.

Ministério da Saúde/PN DST e aids (2004). Brasil. Implicações éticas do diagnóstico e da triagem sorológica do HIV.

Ministério da Saúde (2005). Brasil. Manual operacional. Programa Nacional de Suplementação de Ferro. Brasília.

Mitan, L.A. (2002). Eating disorders in adolescent girls.

Neinstein, L.S. (2002). Adolescent health care: A practical guide. Cuarta edición. Lippincott, Williams and Wilkins, Filadelfia.

Niccolai, L.M.; Ethier, K.A.; Kershaw, T.S. (2003). Pregnant adolescents at risk: sexual behaviors and sexually transmitted disease prevalence. *Am J Obstet Gynecol*, Jan;188(1):63-70.

Ogden, C.L.; Carroll, M.D.; Flegal, K.M. (2003). Epidemiologic trends in overweight and obesity. *Endocrinol metabol clin North Am*, Dec, 32 (4): 741-60.

ONU (1996). Reporte de la Cuarta Conferencia Mundial de la Mujer. Nueva York.

ONUSIDA (2003). Situación de la epidemia de sida. Págs. 1-48.

ONUSIDA (1997). Impacto de la educación en materia de salud sexual de los jóvenes: Actualización de un análisis. 4 1-64.

ONUSIDA/OMS (2001). Pautas para aplicar las técnicas de los exámenes de detección del VIH a la Vigilancia de la infección: Selección evaluación y uso. Grupo de trabajo CDC/USAID.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2003a). Aborto sin riesgo. Guía técnica. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2003b). Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: Manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal. Programa Especial PNUD/UNFPA/OMS/Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores en Reproducción Humana. Ginebra.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1998a). Condiciones de salud de los adolescentes y jóvenes en las Américas. Washington, DC.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1998b): Plan de acción de desarrollo y salud de adolescentes y jóvenes en las Américas. 1998-2001 Washington, DC.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1998c). Prevención clínica. Guía para médicos. Publicación científica N° 568. Washington, DC.

Organización Panamericana de la Salud (1998d). Guía práctica del manejo clínico de las complicaciones del aborto. Washington, DC.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1996). Lineamientos para la programación de la salud integral del adolescente y módulos de atención. Proyecto de apoyo a iniciativas nacionales de salud del adolescente en la Región de las Américas. Washington, DC.

Pan American Health Organization, Caribbean Subregion (1998). Caribbean Adolescent Health Survey: Antigua, Dominica, Grenada, Jamaica, Barbados WI. Universidad de Minnesota, MI.

Pan American Health Organization (PAHO) (2000). Building blocks: Comprehensive care guidelines for persons living with HIV/AIDS in the Americas. Washington DC.
<http://eee.paho.org/English/HCP/HCA/Building Blocks.pdf>.

Pan American Health Organization (PAHO) / World Association Sexology (WAS) (2000). Promotion of sexual health: Recommendation for action. Washington, DC.

Paxman, J. y cols. (1993). Study in family planning. En: *The clandestine epidemic: The practice of unsafe abortion in Latin America*. Vol 24 (4). The Population Council.

Pediatric Clinics of North America (1999). Review. August; 46(4):649-823.

Perry, C.; Luepker, R.; Murray, D. (1988). Parent Involvement with children's health promotion: The Minnesota home team. *American Public Health*; 18:117-151.

Piaget, J. (1990). La equilibración de las estructuras cognitivas. El problema central del desarrollo. Segunda edición. Ed. Siglo XXI, Madrid.

Piot, P.; Coll Seck, A.M. (2001). International response to the HIV/AIDS epidemic: Planning for success. *Bulletin of the World Health Organization*; vol 9 (12):1106-1112.

Population Action International (2005). Report Card on Sexual and Reproductive Health: 7 Rights. Washington, DC. <http://www.countdown2015.org/reportcard>

Sagot, M. (2000). La ruta crítica de las mujeres afectadas por la violencia intrafamiliar en América Latina. Estudio de casos en 10 países. Organización Panamericana de la Salud, Washington DC.

Save the Children (2004). State of the World's Mothers 2004. Westport, CT.

Colaboradores
Colaboradores
Colaboradores
Colaboradores
Colaboradores
Colaboradores
Colaboradores
Colaboradores
Colaboradores
Colaboradores
Colaboradores
Colaboradores

Colaboradores

Colaboradores
Colaboradores
Colaboradores
Colaboradores
Colaboradores
Colaboradores
Colaboradores
Colaboradores
Colaboradores
Colaboradores
Colaboradores
Colaboradores
Colaboradores
Colaboradores
Colaboradores

Colaboradores

