



TESÁJ HA TEKO
PORÁVE
MOTENONDEHA
MINISTERIO DE
**SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL**

TETÁ REKUÁI
GOBIERNO NACIONAL
Jajapo ñande raperã ko'ãga guive
Construyendo el futuro hoy

ADOLESCENCIA

MANUAL CLÍNICO

Manejo Integral de Adolescentes
con Enfoque de Derechos

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

2ª EDICIÓN

- Dirección General de Programas de Salud
- Dirección de Salud Integral de la Niñez y la Adolescencia
- Departamento de Salud Integral de la Adolescencia

Asunción ~ Paraguay



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



Fondo de Población
de las Naciones Unidas



TESAJI HA TEKŌ
PORAVE
MOTENONDEHA
MINISTERIO DE
SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL

TETĀ REKUĀI
GOBIERNO NACIONAL
Jajapo ñande raperā ko'āga guive
Construyendo el futuro hoy

ADOLESCENCIA

MANUAL CLÍNICO

Manejo Integral de Adolescentes
con Enfoque de Derechos

Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

- Dirección General de Programas de Salud
- Dirección de Salud Integral de la Niñez y la Adolescencia
- Departamento de Salud Integral de la Adolescencia

Asunción ~ Paraguay



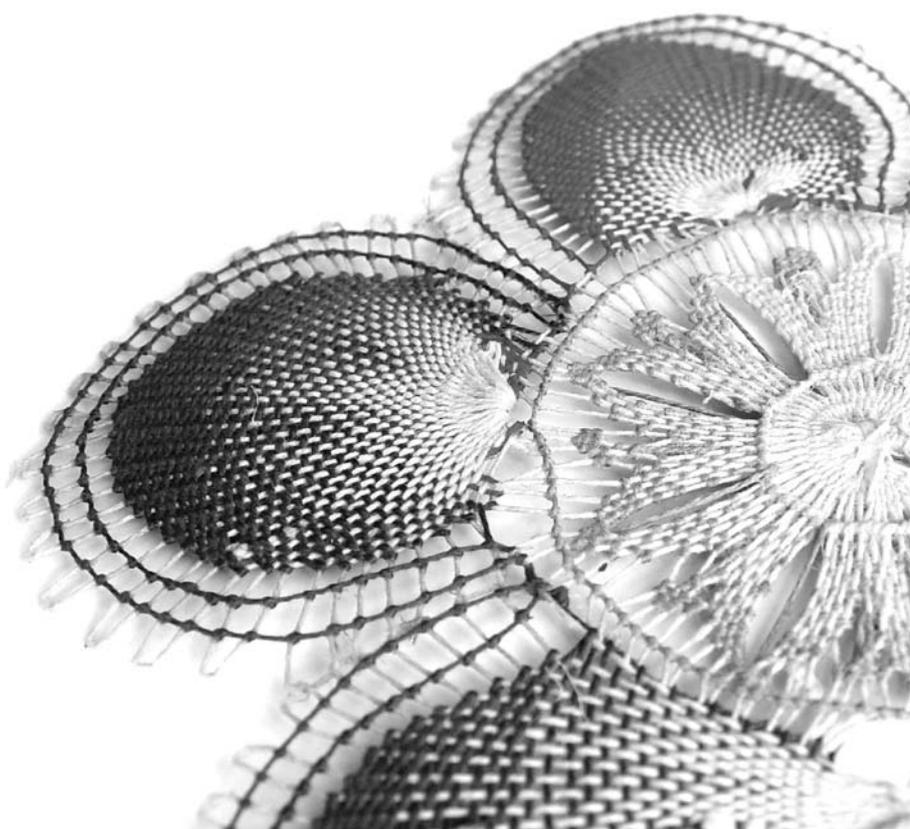
**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



Fondo de Población
de las Naciones Unidas





Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

Dr. Antonio Barrios

Ministro de Salud

Dra. María Teresa Barán

Viceministra de Salud

Dra. Lida Mercedes Sosa

Directora General de Programas de Salud

Dra. María Ligia Aguilar de Díaz de Escobar

Directora de Niñez y Adolescencia

Lic. Evelyn Cattebeke

Jefa del Departamento de Adolescencia

Coordinación de la revisión y validación de la 2da Edición de este manual

Dirección General de Programas de Salud

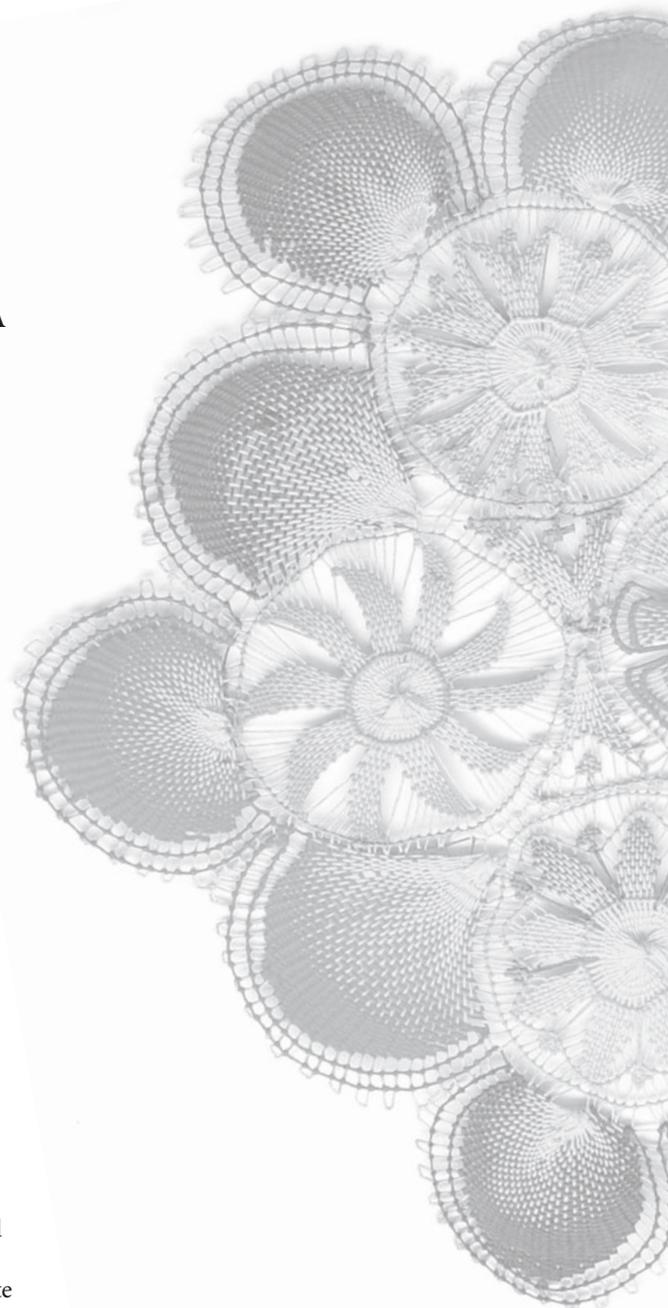
Dra. Lida Sosa
Dra. Karen Díaz
Dra. Gladys Mora
Dra. Fanny Corrales
Lic. Mónica Enciso
Abog. Ricardo Rojas

Dirección de Salud Integral de la Niñez y Adolescencia – DIRSINA

Dra. María Ligia Escobar
Lic. Evelyn Cattebeke
Lic. Ana Denis
Lic. María de los Ángeles Acosta
Prof. Dr. Julio César Nissen
Dra. Stella Cabral de Bejarano
Sr. Fernando Quiñonez
Dra. Blanca Villalba Flores
Dra. Nathalia Meza
Lic. María Elena León
Abog. Claudia Sanabria
Dra. Aurea Ortellado
Dra. Miriam Ortigoza

Instituciones que participaron en la revisión y validación de la 2da Edición de este manual

Dirección General de Vigilancia de la salud
Dirección General de Atención Primaria de la Salud
Dirección General de Asesoría Jurídica
Dirección de Salud Indígena
Dirección de Salud Mental
Dirección de Obstetricia
Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición - INAN
Programa Nacional de Control de Tuberculosis
Programa Nacional de Salud Ocular
Programa Nacional de Control de la Diabetes
Programa de Lucha contra el Cáncer- Mamas y Cuello Uterino
Programa Nacional de lucha contra el Sida - PRONASIDA
Programa de Prevención de la Fibrosis Quística y Retardo Mental
Hospital Nacional de Itaugua
Hospital Materno Infantil de San Lorenzo - Hogar del Adolescente
Hospital Pediátrico Niños de Acosta Ñu
Hospital Distrital de Capiatá
Hospital Materno Infantil San Pablo
Hospital Materno Infantil Reina Sofía Cruz Roja Paraguaya
Servicio de Atención Integral Adolescente de Villarrica
Sociedad Paraguaya de Pediatría



Hospital General de Barrio Obrero
Instituto de Previsión Social - IPS - Oftalmología
UNA - Cátedra de Dermatología
Cátedra de Pediatría UNA
UNA - Ortopedia y Traumatología
SENADIS
Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia
CEPEP
Sociedad Paraguaya de Ginecología de la Infancia y la Adolescencia
Sociedad Paraguaya de Gineco Obstetricia
Asociación de Obstetras del Paraguay
OPS/OMS
UNFPA

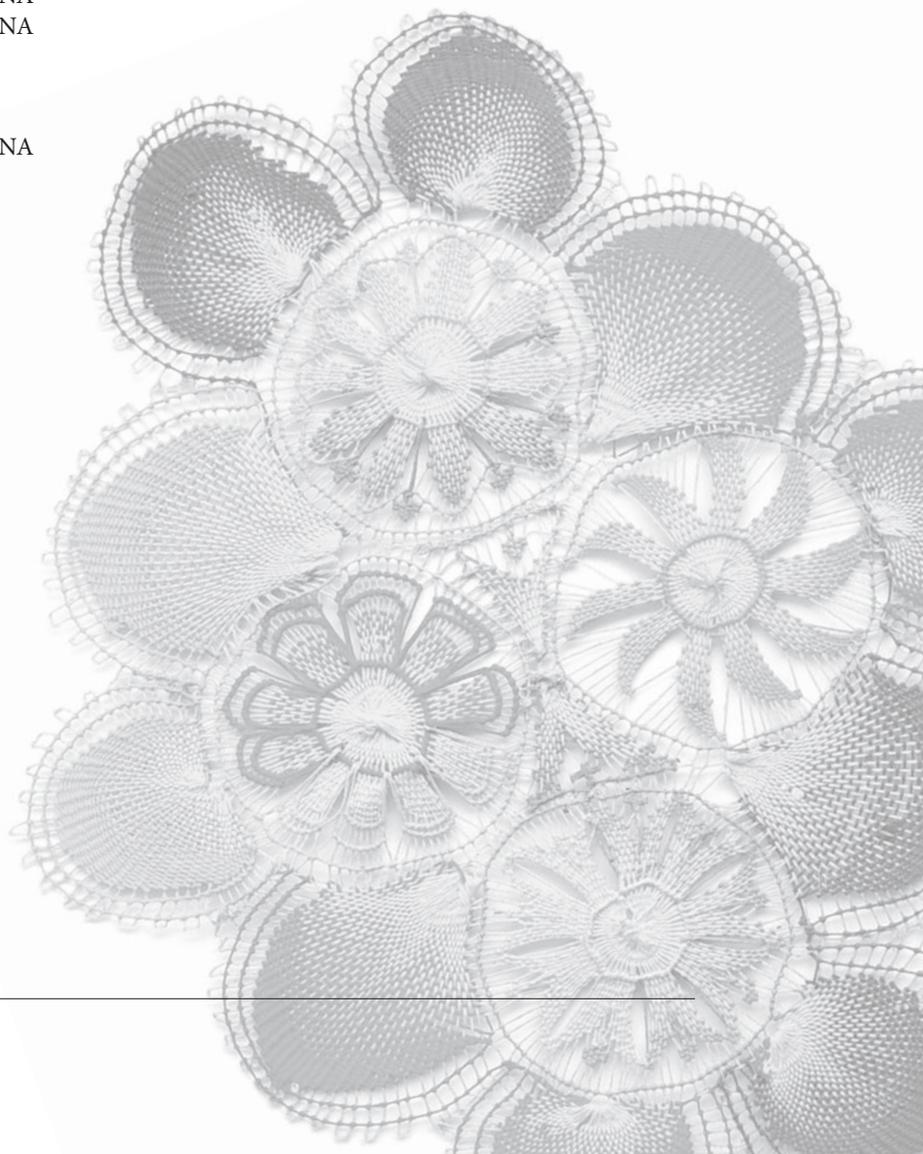
Agradecimiento especial por el apoyo técnico:

Dra. Lida Sosa	DGPS
Dra. María Ligia Escobar	DIRSINA
Lic. Evelyn Cattebeke	DIRSINA
Lic. Ana Denis	DIRSINA
Dra. Maria Stella Cabral de Bejarano	DIRSINA
Dra. Blanca Villalba Flores	DIRSINA
Prof. Dr. Julio César Nissen	DIRSINA
Dra. Aurea Ortellado	DIRSINA
Lic. María de los Ángeles Acosta	DIRSINA
Lic. María Elena León	DIRSINA
Abog. Claudia Sanabria	DIRSINA
Dra. Fanny Corrales	DSSR
Dr. Rubén Darío Ortíz	DSSR
Dra. Flavia Montanía Ferreira	CMI
Sr. Fernando Quiñonez	DIRSINA

Apoyo técnico del UNFPA:

Dra. Adriane Salinas

Diseño: Reinaldo Vargas
Edición: Laura Sánchez
Impresión:
Asunción, Paraguay
Es propiedad: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
ISBN: 978-99967-36-21-6
Octubre, 2015
Asunción, Paraguay



Índice

Introducción	11
Objetivo	12
Objetivos específicos	12
Alcance	12
Una nueva mirada a las personas adolescentes	13
Marco legal para la atención a la persona adolescente	14
De la edad.....	14
Del enfoque.....	14
La persona adolescente tiene derecho a:.....	15
Normativas Nacionales e Internacionales	16
De las personas adolescentes con discapacidad	16
El adolescente como sujeto de derechos	17
Modelo de Atención Integral para Adolescentes	21
Principios fundamentales.....	21
Marco conceptual y Lineamientos generales.....	22
Conceptos fundamentales	23
Modalidades de servicios de salud integrales para adolescentes	25
Componentes para la atención amigable	25
Procedimientos de atención y administrativos amigables	27
Flujograma para la atención sistematizada (10 a 19 años de edad).....	27
Modelo de Flujograma para Atención de adolescentes.....	27
Consulta externa.....	28
Urgencias (RAC).....	29
Cartera de servicios	29
NIVELES DE ATENCIÓN.....	29
Servicios diferenciados.....	30
Procedimientos generales para el manejo integrado en la consulta	31
Confidencialidad.....	31
Acogida y contención.....	32
Anamnesis.....	33
Recomendaciones y sugerencias para la ejecución de un examen físico exitoso.....	35
Lineamiento general acerca del tratamiento y seguimiento.....	36
Orientación o consejería.....	37
Evaluación de factores protectores y de riesgo	38
Maduración psicológica y social o desarrollo psicosocial.....	38
Resiliencia.....	40
Maduración social.....	41
Situación psicosocial	43
Riesgo psicosocial	45
Clasificar y tratar o referir.....	47
Consumo de sustancias	48
Evaluar consumo de sustancias.....	48
Criterios de diagnóstico.....	49
Riesgo para consumo de sustancias (amarillo).....	52
Bajo riesgo para consumo de sustancias (verde).....	53
Riesgo de Depresión	53
Anorexia nerviosa	53
Bulimia nerviosa	53
Ezquizofrenia	54
Nutrición	57
Diagnóstico del estado nutricional.....	57
Técnica para medir correctamente el peso corporal.....	58
Talla.....	59
Índice de Masa Corporal (IMC) según sexo y edad.....	60

Clasificar estado nutricional	62
Malnutrición por déficit.....	62
Malnutrición por exceso	63
Anemia por déficit de hierro (ferropenia) o Anemia ferropénica	64
Diagnóstico de la Anemia Ferropénica.....	65
Evaluar Anemia.....	65
Clasificar y tratar Anemia.....	66
Anemia grave (color rojo)	66
Anemia (color amarillo)	66
No tiene Anemia (color verde)	67
Control y seguimiento del tratamiento.....	67
Acciones específicas para prevenir la deficiencia de hierro y prevenir la Anemia y para mejorar los niveles de hierro	67
Salud Sexual y Salud Reproductiva	71
Conceptos Básicos	71
Antecedentes	71
Derechos sexuales y reproductivos.....	72
Marco conceptual básico para el abordaje de la salud sexual y reproductiva en adolescentes.....	73
Sexualidad.....	73
Conceptos Básicos	74
Aparición de la pubertad	74
Aceleración del crecimiento	75
Maduración sexual.....	75
Caracteres sexuales femeninos primarios	76
Caracteres sexuales masculinos primarios.....	76
Caracteres sexuales secundarios	77
Estadios o Grados de Tanner.....	77
Variaciones de la pubertad normal.....	81
Evaluar desarrollo de la pubertad.....	81
Clasificación del Desarrollo Puberal.....	82
Pubertad precoz	82
Pubertad retardada o tardía.....	83
Pubertad Normal	84
Ginecomastia en el Varón	84
Enfermedades de los testículos y del escroto	85
Ciclo menstrual.....	88
Menstruación	88
Evaluando la menstruación	89
Sangrado Uterino Anormal.....	89
Hemorragia Uterina Anormal - HUA (Abnormal Uterine Bleeding-AUB).....	89
Sangrado uterino anormal agudo, crónico e intermenstrual.....	90
Amenorrea	91
Información complementaria para profesionales de la salud	92
Sangrados Uterinos Anormales	93
Sangrado leve, sin repercusión anémica o hemodinámica:	93
Sangrado moderado:	94
Sangrado importante:.....	94
Dismenorrea (amarillo)	95
Síndrome Premenstrual (amarillo).....	97
Desorden Disfórico premenstrual (DDPM)	98
Retraso menstrual - embarazo descartado (verde)	99
Embarazo (amarillo)	100
Abordaje integral e interdisciplinario de la adolescente embarazada	102
Aspectos a considerar con adolescentes embarazadas.....	102
Factores y conductas de mayor riesgo de complicaciones en el embarazo	103
Parto	105
Lactancia materna	105
Puerperio	106
Embarazo ectópico (rojo).....	106
Consejería u orientación en Salud Sexual y Reproductiva.....	106
Objetivos de la Consejería y Orientación en Salud Sexual y Reproductiva.....	107

Consejería para la prevención del embarazo en la adolescencia	107
Anticoncepción en la adolescencia	108
Criterios de Elegibilidad de un Método Anticonceptivo	109
Infecciones de Transmisión Sexual - Infecciones Genitales	109
Factores y comportamiento de riesgo de ITS e infección por VIH:.....	109
Evaluar infecciones genitales y riesgo de ITS.....	110
Infecciones de Transmisión Sexual (rojo)	110
Alto riesgo de ITS (amarillo).....	113
Infección ginecológica no ITS (amarillo)	113
Información complementaria para profesionales de salud	113
Criterios de diagnóstico	114
Tratamiento	115
VIH/sida en adolescentes	115
Prevención de ITS, VIH y sida.....	115
Contención y consejería a adolescentes con una prueba para VIH positiva	117
Contención y consejería a adolescentes con VIH o Sida.....	117
Sugerencias para orientar a las embarazadas que presentan una Prueba VIH positiva	118
Cefalea.....	120
Cefaleas Primarias	120
Cefaleas secundarias.....	122
Recomendaciones de Neuroimagen	122
Evaluar	123
Clasificar y tratar cefalea.....	123
Cefalea Grave o urgente o complicada (rojo)	123
Migraña (amarillo)	123
Cefalea secundaria (amarillo)	124
Cefalea tensional (amarillo)	124
Infecciones Respiratorias	125
Tos y/o dificultad para respirar	125
Clasificar la tos y/o dificultad para respirar.....	126
No tiene Neumonía (verde).....	127
Influenza (Gripe)	128
Manejo clínico	128
Síndrome de Obstrucción Bronquial	130
Evaluar Síndrome de Obstrucción Bronquial	130
Clasificar y tratar Síndrome de Obstrucción Bronquial	130
Clasificar Obstrucción Bronquial	130
Tratamiento de Crisis Asmática	132
Evaluación inicial de la gravedad según cuadro anterior	133
Protocolo de manejo: Laringitis.....	134
Tuberculosis.....	135
Evaluar Tuberculosis	135
Clasificar y tratar Tuberculosis.....	135
Tuberculosis (rojo).....	136
Sospecha de Tuberculosis (Caso Presuntivo de Tuberculosis) (amarillo).....	136
Tratamiento para Tuberculosis. Esquema TB Sensible.....	136
Dolor de garganta	137
Clasificar y tratar dolor de garganta	137
Amigdalitis (amarillo) FARINGOAMIGDALITIS	137
Faringitis Viral (verde).....	138
Dolor Abdominal	139
Evaluar Dolor Abdominal	139
Clasificar y tratar dolor abdominal.....	139
Dolor Abdominal Agudo (rojo) – Posible tratamiento QUIRÚRGICO	139
Dolor abdominal no agudo o crónico (amarillo)	140
Disentería.....	140
Fiebre.....	143
Evaluar la Fiebre.....	143
¿Tiene fiebre?	144
Clasificar y tratar la fiebre	146

Enfermedad Febril Grave (rojo)	146
Sospecha de Dengue (rojo).....	147
Sospecha de Fiebre Amarilla (rojo).....	148
Sospecha de Leishmaniosis visceral (rojo).....	148
Sospecha de Paludismo (amarillo)	149
Sospecha de Chikungunya (Amarillo).....	149
Sospecha de Leptospirosis (Rojo).....	149
Sospecha de Enfermedad de Chagas (Amarillo).....	150
Síndrome Pulmonar por Hantavirus (Rojo)	150
Enfermedad Febril (amarillo)	150
Diagnósticos posibles según procedencia de paciente.....	151
Infección Urinaria	151
Evaluar Infección Urinaria.....	151
Clasificar y tratar Infección Urinaria.....	152
Pielonefritis aguda (rojo).....	152
Cistitis (amarillo)	152
Uretritis asociada a vaginitis, flujo o parasitosis (amarillo)	152
Oftalmología	153
HISTORIA CLÍNICA DEL/LA ADOLESCENTE	153
Evaluar y clasificar los principales motivos de consulta oftalmológicos y las conductas correspondientes.....	153
Agudeza visual.....	155
Defectos de refracción.....	156
Enfermedades y lesiones del ojo	157
Diagnóstico diferencial del ojo rojo	160
Cómo lavar un ojo	160
Cómo examinar debajo de los párpados.....	160
Cómo aplicar medicinas en el ojo.....	161
Dolor en miembros inferiores	162
Clasificar y tratar dolor en miembros inferiores.....	162
Infección Osteoarticular (rosado)	162
Fractura (rosado)	163
Osteocondritis u osteocondrosis de la tuberosidad anterior de la tibia y del calcáneo (amarillo)	163
Sinovitis-tendinitis (verde).....	164
Claudicación en la marcha o cojera.....	165
Epifisiólisis (rosado)	166
Displasia del desarrollo de la cadera (amarillo).....	166
Secuela de infección osteoarticular (amarillo).....	167
Síndrome de Legg-Calvé-Perthes (amarillo)	167
Deformidad y/o molestias en la columna.....	168
Escoliosis (amarillo)	169
Dorso curvo rígido o Enfermedad de Schewerman (amarillo)	169
Actitud escoliótica (verde).....	169
Cifosis postural (verde).....	169
La piel en el adolescente	170
Acné	170
Tiña (Micosis superficial)	171
Pitiriasis versicolor.....	171
Eccemas	172
Escabiosis	172
Impetigo	172
Herpes simple.....	173
Verrugas	173
Lunares (Nevos melanocíticos).....	173
Fotoprotección	173
Traumatismo Craneoencefálico Cerrado.....	174
Conciencia y su valoración.....	174
Clasificar y tratar Traumatismo Craneoencefálico.....	175
Evaluación primaria	175
Evaluación secundaria.....	177
Traumatismo Craneoencefálico Leve (verde)	178
Traumatismo Craneoencefálico Moderado (rojo)	178
Traumatismo Craneoencefálico Grave (rojo)	179
Atención primaria ABC de la reanimación	179
Bibliografía	180
Resolución	184

Introducción

El Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social a través de la Dirección de Salud Integral de la Niñez y la Adolescencia, dependiente de la Dirección General de Programas de Salud desarrolló la presente normativa con el objetivo de proporcionar estrategias de atención integral a las personas adolescentes, contribuyendo así a elevar su calidad de vida, compromiso asumido en la Política Nacional de Salud y en el Plan Nacional de Promoción de la calidad de vida y salud con equidad de la Adolescencia 2010 - 2015.

El Manual Clínico de Adolescencia fue elaborado a partir de un proceso de trabajo de cuatro años, revisado y validado en el 2014. Este proceso incluyó el relevamiento de bibliografía nacional e internacional y consultas con especialistas. Participaron de la validación, referentes de diversas instancias del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social y otros actores de instituciones gubernamentales, sociedades científicas y de organizaciones de la sociedad civil.

Este manual contiene información teórica que sustenta y complementa el Cuadro de Procedimientos IMAN¹ dirigido al personal de salud, tanto del sector privado como público de la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS), incluyendo la atención primaria de la salud (Unidades de Salud de la Familia - USF). Proporciona lineamientos fundamentales para la oferta de servicios, dirigida a las personas adolescentes en el marco de la atención integral de salud con enfoque de derechos, interculturalidad y género. No incluye protocolos de atención de alta complejidad o alto nivel de especialización.

Promueve e incorpora estrategias para el abordaje humanizado e integral a las personas adolescentes en toda su diversidad: indígena, no indígena, con discapacidad, con enfoque de género. Se incluye la promoción, orientación, información, prevención, identificación de problemas o enfermedades, protección y recuperación de la salud, acorde al nivel resolutivo de la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS).

El enfoque de la atención integral se basa en:

- **Prevención**² acompañando su crecimiento y desarrollo, brindando orientación e información sobre las enfermedades y eventos, proporcionando inmunización.



Metas de impacto

- Se aumenta la prevalencia de uso de métodos anticonceptivos modernos en adolescentes sexualmente activos/as.
- Se reduce la razón de muerte materna en adolescentes.
- Se estaciona o reduce la creciente tendencia actual en la tasa de incidencia de VIH y sida en adolescentes y jóvenes.
- Se reduce las cifras de violencia contra adolescentes en todas sus formas.
- Se reduce las cifras de violencia basada en género en el grupo de adolescentes.
- Se incrementa el número de adolescentes que reciben asistencia integral a su salud, incluyendo mejoras en salud sexual y reproductiva y en atención a víctimas de violencia basada en género.
- Se reduce el porcentaje de adolescentes que ha consumido drogas en los últimos 30 días.
- Se cuenta con servicios y centros de atención integral a adolescentes, incluyendo atención a la salud sexual y reproductiva, salud mental, atención a víctimas de violencia y con dependencia de drogas, por medio de un trabajo articulado con otras instituciones, como el Ministerio de Educación, Secretaría de la Niñez y Adolescencia, SENADIS, Municipios, entre otros.
- El 80% de niños y niñas de 10 años presenta refuerzo de vacunación contra difteria y tétanos.

Fuente: Plan Nacional de Promoción de la Calidad de Vida y Salud con Equidad de la Adolescencia 2010-2015.



1 IMAN, Integración del Manejo de Adolescentes y sus Necesidades. Estrategia de la Organización Mundial de la Salud (OMS)/Organización Panamericana de la Salud (OPS).

2 Prevención es el conjunto de actividades que permiten a las personas tener estilos de vida saludables y faculta a las comunidades a crear y consolidar ambientes donde se promueve la salud y se reduce los riesgos de enfermedad. La prevención implica desarrollar acciones anticipatorias, es decir, los esfuerzos realizados para “anticipar” eventos, con el fin de promocionar el bienestar del ser humano y así evitar situaciones indeseables. (OPS, 1995).

- **Promoción**³ implementando actividades educativas e informativas que contribuyan al desarrollo integral, incluyendo habilidades para la vida y desarrollo de autonomía.
- **Recuperación** de la salud mediante la identificación y tratamiento de eventos y enfermedades.

Objetivo

Regular la atención que se provee a la persona adolescente en la Red Integrada de Servicios de Salud (RISS) para que sea integral, amigable, de calidad, con enfoque de derechos (incluida la mirada intercultural, de género y a la discapacidad).

Objetivos específicos

Introducir en la práctica del personal de salud, la atención integral⁴ a la persona adolescente con enfoque de derechos (incluida la mirada intercultural, de género y a la discapacidad).

- Lograr que el personal de salud reconozca a la persona adolescente como sujeto de derecho, considerando para su atención el principio de autonomía progresiva.
- Sensibilizar al personal de salud para la articulación e integración de acciones que respondan a las necesidades y características de las personas adolescentes.
- Mejorar la calidad de la oferta de servicios y programas.
- Promover la salud y prevenir riesgos.
- Brindar herramientas al personal de salud⁵, para promover la participación de la persona adolescente y su familia.
- Apoyar la organización de los servicios para brindar atención amigable.
- Ofrecer pautas para la referencia y contra referencia.
- Proporcionar estrategias para que el personal y los servicios de salud lleven adelante acciones articuladas con otras instancias e instituciones logrando la entrega de respuestas integrales para la salud de personas adolescentes.

Alcance

Siendo de carácter obligatoria su aplicación para el personal de salud del sector público y privado.

3 Promoción se refiere a la acción de brindar a las personas los medios necesarios como información para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para el ejercicio de este derecho es preciso que las personas y comunidades sean capaces de identificar, elaborar pro-puestas y satisfacer sus necesidades. Se identifica así a la salud como un concepto positivo que se centra en los recursos sociales y personales y que trasciende al sector sanitario exclusivamente.

4 Se entiende por atención integral a aquella que busca dar respuestas a cada una de las necesidades existentes; contribuyendo a la reducción de la vulnerabilidad, fortaleciendo la autonomía de adolescentes y jóvenes y ofreciendo apoyo sin emitir juicios.

5 Se entenderá por personal de salud a toda persona que trabaje en el ámbito y/o coadyuve para lograr la salud de la población. Citamos a continuación sin que esta enumeración sea taxativa: médicos, enfermeras, nutricionistas, personal administrativo, de limpieza, seguridad, mantenimiento, etc.

Una nueva mirada a las personas adolescentes

La política pública se respalda en el ordenamiento jurídico nacional e internacional, se basa en una perspectiva de derechos y, por tanto, cuenta con mecanismos de exigibilidad. Las personas e instituciones encargadas de aplicar la política deben basar su actuación en este ordenamiento y deben evitar prácticas que dificulten cumplir con las obligaciones asumidas respecto a los individuos y grupos. El personal de salud tiene esta obligación y debe incorporar el enfoque de derechos a su práctica/intervención.

La política pública dirigida a las personas adolescentes debe estar basada en la **DOCTRINA DE LA PROTECCIÓN INTEGRAL**, que se refiere a la construcción de **una nueva mirada de los niños, niñas y adolescentes y de sus relaciones con la familia, la sociedad y el Estado**. Esta mirada se basa en el reconocimiento expreso de ellos y ellas como **SUJETOS DE DERECHO** en su carácter de personas humanas, en oposición a la idea de ser definidos a partir de su incapacidad jurídica.

En Paraguay, está reconocido el derecho a la salud como un derecho garantizado por el Estado, con un **enfoque preventivo y promocional, tendiente a la calidad de vida**. En este sentido, se reconoce el Derecho a la Salud de las personas adolescentes y en especial el Derecho a la Salud Sexual y Reproductiva de este grupo etario, ya que suele ser este uno de los derechos más vulnerados en esta población.

El ejercicio del derecho a la salud no puede estar condicionado a la voluntad de un tercero, ya que es **personalísimo**, sólo se cumple si lo ejerce la propia persona, es decir, el titular del derecho. Por tanto, ante cada situación que se presente, el personal de salud deberá actuar respetando el ejercicio de ese derecho, poniendo en vigencia su rol de garante.

Por otro lado, es necesario recalcar que la familia es la principal garante de derechos de las personas adolescentes. Esta responsabilidad está explícitamente enunciada en la normativa vigente (derecho positivo nacional). Sin embargo, los derechos y obligaciones de los padres deben ser ejercidos siempre teniendo en cuenta el **INTERÉS SUPERIOR DEL NIÑO**, es decir, que toda decisión que tomen respecto al niño, niña y adolescente debe estar dirigida a **asegurar su desarrollo integral, así como el ejercicio y disfrute pleno de sus derechos y garantías**, como indica el inciso a) del art. 70 del Código de la Niñez y Adolescencia. Otro principio a tener en cuenta al momento de tomar decisiones debe ser la **AUTONOMÍA PROGRESIVA**, es decir que a medida que la persona va madurando, al mismo tiempo adquiere mayor independencia. Vale la pena mencionar como ejemplo, **que quien invoca el ejercicio de la patria potestad no podrá negar el acceso a la salud del niño, niña o adolescente**.

Siguiendo la prelación establecida en la Constitución Nacional, el Estado es garante junto con la familia para hacer efectivos todos los derechos y, para ello, debe generar políticas públicas que promuevan el acceso a la salud de las personas adolescentes.

En el caso de la salud sexual y reproductiva el Estado tiene la obligación de proveer toda la información necesaria, a fin de que la persona adolescente pueda ejercer sus derechos conforme al principio de autonomía progresiva, y en concordancia con su entorno. Cualquier negación a la persona adolescente a obtener información o acceder a los servicios de salud, podría ser entendida como una discriminación por motivo de edad. La Constitución Nacional consagra la igualdad como derecho fundamental de las personas y, en este sentido, las personas adolescentes se encuentran incluidas.

Teniendo en cuenta lo precedente, la atención integral y asistencia que brindan los servicios de salud deben tener las siguientes características: **disponibilidad, visibilidad, calidad, calidez, confidencialidad, satisfacción, flexibilidad y coordinación**.

La **CONFIDENCIALIDAD** es entonces una característica necesaria de los servicios que atienden a las personas adolescentes y efectiviza el Derecho a la Intimidad, garantía constitucional que debe ser reconocida en cualquier etapa de la vida. Sin embargo, este derecho encuentra sus límites y se rompe la con-

fidencialidad, cuando el personal de salud detecta situaciones de riesgo, abuso, maltrato, depresión, violencia, riesgo de suicidio, drogas, déficit intelectual, riesgo de vida, o en caso de catástrofes y epidemias.

En los casos arriba mencionados, el personal de salud deberá orientar a la persona adolescente, denunciar⁶ las situaciones que lo ameriten y en caso de conflicto de intereses con los padres o encargados, encontrar a través del diálogo, el apoyo de las personas de referencia. La oposición de los padres o responsables a la realización de la denuncia no constituirá un impedimento para que el/la profesional cumpla con su obligación legal.

Marco legal para la atención a la persona adolescente

De la edad

La palabra adolescente proviene del latín “*adolescere*” que significa crecer o madurar. Dependiendo de la manera cómo transcurre esta etapa, se define en gran medida la calidad de vida en las siguientes etapas del ciclo vital, el grado de desarrollo del potencial humano y, en consecuencia, el capital social al que un país apuesta.

Se utilizará el término “*personas adolescentes*” para referirse a toda persona entre 10 y 19 años 11 meses 29 días⁷.

Si bien la Ley N° 2.169 del 2003, que establece la mayoría de edad, define como adolescente a toda persona humana desde los 14 y hasta los 17 años de edad, el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social adopta la definición de adolescencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que delimita este período de la vida de las personas entre **10 y 19 años, 11 meses y 29 días de edad** y que se caracteriza por la paulatina madurez de los caracteres sexuales secundarios, el desarrollo de una identidad adulta y por último, por su progresiva independencia socio económica. El período definido como “juventud” situado entre 15 y 24 años se superpone al de la adolescencia.

Esta adopción obedece a la necesidad de tener en cuenta en primer lugar las características biopsicosociales, por las que atraviesan las personas adolescentes en esta etapa de la vida, con el objetivo de dar una respuesta adecuada desde las políticas públicas a esta población.

Del enfoque

Desde el enfoque actual de los Derechos Humanos, los derechos de las personas adolescentes deben tener un lugar prominente en todas las acciones y servicios a ellos dirigidos que, como eje vertebrador en el plano jurídico, ético y social, permita superar el antiguo paradigma, que define a la adolescencia en base a sus carencias, necesidades e indefinición, para pasar de manera decidida y práctica al paradigma de la Protección Integral de los derechos de la niñez y la adolescencia plena, basada en la dignidad de la persona humana, que introduce garantías y responsabilidades para los Estados y la ciudadanía, estructurando las políticas públicas con el imperativo de hacer efectiva la promoción y atención de la persona adolescente desde la igualdad, la no discriminación, la corresponsabilidad social y el interés superior del niño⁸.

En este sentido, la Convención de los Derechos del Niño (1989), aprobada y ratificada en nuestro país por Ley N° 57/90, se separa de la tradición jurídica de definir la niñez y la adolescencia, partiendo de la

6 La legislación atribuye la responsabilidad de denunciar, sobre todo, a aquellas personas que trabajan con niños, niñas y adolescente (Art. 5, Código de la Niñez).

7 De conformidad a las normativas de la OMS - OPS.

8 La Convención de los Derechos del Niño define como niño a todo ser humano menor a 18 años.

incapacidad y reafirma el carácter de sujeto de derecho, que se desprende de su carácter de persona humana, condición reconocida en todos los tratados de derechos humanos pero todavía poco vigente en la práctica, debido a la imperante tradición cultural, que mantiene la interpretación incorrecta de la patria potestad, que ve a éstos como figuras absolutas, impidiendo la autonomía progresiva de los adolescentes para el ejercicio de derechos.

Se ha sostenido reiteradamente por múltiples autores, que niño y niña deje de ser un objeto de protección y se constituya en sujeto de derecho. No obstante, al poner en práctica esta premisa, surge la contradicción de que si bien el adolescente es sujeto de derecho y tiene capacidad para ejercerlos por sí mismo, el propio orden jurídico no le adjudica una autonomía plena, debido a consideraciones de hechos que tienen que ver con su madurez, condición social y cultural, referidas a la construcción jurídica tradicional de las niñas y los niños como personas dependientes de sujetos adultos, en particular, de padres y madres.

El artículo 5 de la Convención de los Derechos del Niño (CDN) considera y propone un modo de resolver esta situación fáctica y normativa, al disponer que el ejercicio de los derechos del niño es progresivo en virtud de *“la evolución de sus facultades”*, y que a los padres o demás responsables en su caso, les corresponde impartir *“orientación y dirección apropiadas para que el niño ejerza los derechos reconocidos en la presente Convención”*. Y se entiende que esta responsabilidad disminuye a medida que va adquiriendo mayores facultades. La relación entre padres e hijos es cambiante y debe centrarse cada vez más en las capacidades que va adquiriendo la persona adolescente y no sólo en la edad para el ejercicio de sus derechos.

Al Estado, por su parte, le corresponde *“respetar las responsabilidades, los derechos y los deberes de los padres”* o de quien corresponda, asumiendo el principio de no injerencia arbitraria del Estado en la vida familiar ya reconocido en la Declaración Universal de Derechos Humanos, artículo 12, y reafirmado por el artículo 16 de la Convención.

El derecho a la salud de las personas adolescentes, incluyendo la salud sexual y reproductiva están garantizados en la Constitución Nacional, tratados internacionales firmados y ratificados por el Estado Paraguayo, destacando la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Programa de Acción del Cairo (1994). La Convención de los Derechos del Niño ha sido adoptada por el Paraguay por Ley N° 57/90 lo que hace exigible los preceptos en ella establecidos en todo el territorio nacional. En materia de normativa nacional, el país cuenta con el Código de la Niñez y Adolescencia, Ley N° 1.680/2001.

Por imperativo legal, toda persona que trabaja en un establecimiento de salud tiene la obligación de garantizar el cumplimiento de los derechos de las personas adolescentes, invocando y amparándose en el principio de interés superior del niño.

La persona adolescente tiene derecho a:

- Ser informada sobre su estado de salud.
- Recibir trato digno y respetuoso, adecuado a sus creencias y a su cultura.
- No sufrir discriminación ni violencia en el servicio, independientemente de su identidad cultural, discapacidad, raza, orientación sexual, identidad de género, creencia, religión, nacionalidad, condición de salud, socioeconómica y edad.
- La intimidad y la confidencialidad.
- Ser protegida y respetada.
- Ser informada con antelación sobre el tipo de procedimiento que se le va a realizar y las posibles complicaciones de su situación de salud, así como los cuidados a seguir hasta su recuperación.
- Acceder a la máxima comodidad y al mejor tratamiento posible en los servicios de salud.

- Ser escuchada. Poder expresar sus opiniones acerca del servicio que se le presta.
- Participar en las decisiones sobre su salud.
- Ser preguntada sobre si desea o no que se le informe a sus padres o tutores sobre su estado de salud.
- A dar su consentimiento antes de que el personal de salud informe a sus padres o encargados sobre su situación.

Normativas Nacionales e Internacionales

Nº	Instrumento Internacional	Ley Nacional
1	Declaración Universal de los Derechos Humanos	-
2	Declaración de las Naciones Unidas sobre los Derechos de los Pueblos Indígenas	-
3	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales	Ley Nº 4/92
4	Convención sobre los Derechos del Niño de 1989	Ley Nº 57/90
5	Convención sobre la Eliminación de todas Formas de Discriminación contra la Mujer	Ley Nº 1.215/86
6	Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial	Ley Nº 2.298/03
7	Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su Protocolo Facultativo	Ley Nº 3.540/08
8	Protocolo Facultativo a la Convención Americana de Derechos Humanos de San Salvador sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales	Ley Nº 1.040/97
9	Convenio Nº 169 de la OIT sobre Pueblos Indígenas y Tribales en países independientes	Ley Nº 234/93
10	Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer "Convención de Belém do Pará"	Ley Nº 605/95
11	Convención Interamericana para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra las Personas con Discapacidad	Ley Nº 1.925/02
12	Declaración Mundial sobre Educación para Todos, 1990	
13	Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y Desarrollo, 1994	
14	Declaración de Copenhague sobre Desarrollo Social y Programa de Acción de la Cumbre Mundial, 1995	
15	Declaración y Plataforma de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, 1995	
16	Objetivos de Desarrollo del Milenio, más conocidos como ODM (2002), propuestos por las Naciones Unidas	
17	Convenio de Monterrey, 2002, para la reducción global de la pobreza, la disminución de la mortalidad infantil y la lucha contra el sida.	
18	Estrategia Regional de la Organización Panamericana de la Salud para mejorar la salud de adolescentes y jóvenes, 2008	
19	Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, 2013	
20	Convención por los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) ratificada por el país con la Ley	Nº 3.540/2008
21	Código de la Niñez y Adolescencia	1680/2001

De las personas adolescentes con discapacidad

Las personas adolescentes con discapacidad tienen derecho a disfrutar de las mismas garantías que se ofrece a todas las personas. Adicionalmente, desde la política pública es necesario adoptar medidas para igualar las oportunidades de acceso y cumplimiento de los derechos.

Será considerada persona con discapacidad, aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participa-

ción plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás, conforme a la definición proporcionada por la Convención de las Personas con Discapacidad.

“Los Estados Partes reconocen que las personas con discapacidad tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación por motivos de discapacidad. Los Estados Partes adoptarán las medidas pertinentes para asegurar el acceso de las personas con discapacidad a servicios de salud que tengan en cuenta las cuestiones de género, incluida la rehabilitación relacionada con la salud. En particular, los Estados Partes:

- a) Proporcionarán a las personas con discapacidad programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas, incluso en el ámbito de la salud sexual y reproductiva, y programas de salud pública dirigidos a la población;*
- b) Proporcionarán los servicios de salud que necesiten las personas con discapacidad, específicamente como consecuencia de su discapacidad, incluidas la pronta detección e intervención, cuando proceda, y servicios destinados a prevenir y reducir al máximo la aparición de nuevas discapacidades, incluidos los niños y las niñas y las personas mayores;*
- c) Proporcionarán esos servicios lo más cerca posible de las comunidades de las personas con discapacidad, incluso en las zonas rurales;*
- d) Exigirán a los profesionales de la salud que presten a las personas con discapacidad atención de la misma calidad que a las demás personas sobre la base de un consentimiento libre e informado, entre otras formas mediante la sensibilización respecto de los derechos humanos, la dignidad, la autonomía y las necesidades de las personas con discapacidad a través de la capacitación y la promulgación de normas éticas para la atención de la salud en los ámbitos público y privado;*
- e) Prohibirán la discriminación contra las personas con discapacidad en la prestación de seguros de salud y de vida cuando éstos estén permitidos en la legislación nacional, y velarán porque esos seguros se presten de manera justa y razonable;*
- f) Impedirán que se nieguen, de manera discriminatoria, servicios de salud o de atención de la salud o alimentos sólidos o líquidos por motivos de discapacidad.”*

El adolescente como sujeto de derechos

Es obligación de todo personal de salud, incorporar en su práctica diaria el reconocimiento de **adolescentes como sujetos de derecho**, según lo establecido en la Convención sobre los Derechos del Niño, ratificada por Paraguay.

Del juego armónico entre los artículos de la (Convención sobre los Derechos del Niño) 12 y 24 (...los niños tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud y a tener acceso a servicios médicos y de rehabilitación, con especial énfasis en aquellos relacionados con la atención primaria de salud, los cuidados preventivos y la disminución de la mortalidad infantil. Es obligación del Estado tomar las medidas necesarias, orientadas a la abolición de las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud del niño.⁹). Además el artículo 24 incluye el inciso f “*desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia*”. De esto se deduce que niños, niñas y adolescentes, en cuanto a titulares del derecho a las prestaciones de salud, tienen que ser oídos y sus opiniones deben ser tomadas en cuenta en consonancia con su edad y madurez. Este derecho se vincula al artículo 61 de la Constitución Nacional que dicta “*El Estado reconoce el derecho de las personas a decidir libre y responsablemente el número y la frecuencia del naci-*

9 Convención sobre los Derechos del Niño. UNICEF 2006.

miento de sus hijos, así como a recibir, en coordinación con los organismos pertinentes educación, orientación científica y servicios adecuados, en la materia...”. Lo que implica el acceso a métodos anticonceptivos, para garantizar el ejercicio de estos derechos.

Se reitera el reconocimiento de las personas adolescentes como sujetos de derechos en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo, y ratificado en el Consenso de Montevideo sobre Población y Desarrollo, de los que Paraguay es signatario, “con independencia de los conceptos y definiciones que adopte cada nación, resulta de vital importancia tener en cuenta las conclusiones de la Convención sobre los Derechos del Niño, que dieron fundamento a la llamada doctrina de la protección integral, con la cual se promueve la construcción de una nueva concepción de niño, niña y adolescente y de sus relaciones con la familia, la sociedad y el Estado. Dicha concepción se basa en su reconocimiento como sujetos de derecho, que se desprende de su carácter de persona humana, en oposición a la idea de definirlos a partir de su incapacidad jurídica. Los efectos de este enfoque, que comprende a la totalidad de la niñez y la adolescencia, son muy importantes:

- Niños, niñas y adolescentes son personas titulares de derechos y obligaciones, igual que los adultos y, por tanto, sujetos de derechos. Por lo que no pueden ser considerados objetos pasivos de protección del Estado y de los padres.
- Los derechos humanos, reconocidos en las convenciones internacionales sobre derechos humanos, también se aplican a la niñez y la adolescencia.
- Más allá del respeto a los derechos y deberes de los progenitores y representantes, cabe destacar que el artículo 5 de la Convención sobre los Derechos del Niño define con claridad que las facultades otorgadas a los padres se confieren con el objetivo de que impartan a niños, niñas y adolescentes dirección y orientación apropiadas, en consonancia con la evolución de sus facultades, para que ejerzan los derechos reconocidos en ese instrumento internacional”.

El **derecho a la salud** es universal y está garantizado constitucionalmente (Artículo 68 de la Constitución Nacional). Se garantiza además la igualdad de las personas, así la misma Carta Magna dispone: “Todos los habitantes de la República son iguales en dignidad y derechos. No se admiten discriminaciones. El Estado removerá los obstáculos e impedirá los factores que las mantengan o las propicien” (Art. 46).

La Carta Magna también garantiza el derecho a la intimidad: “La intimidad personal y familiar, así como el respeto a la vida privada, son inviolables. La conducta de las personas, en tanto no afecte al orden público establecido en la ley o a los derechos de terceros, está exenta de la autoridad pública. Se garantizan el derecho a la protección de la intimidad, de la dignidad y de la imagen privada de las personas”. (Art. 33).

En el Código de la Niñez y la Adolescencia, Ley 1.680/01, en su artículo 13, expresa que “el niño o adolescente **tiene derecho a la atención de su salud física y mental, a recibir la asistencia médica necesaria y a acceder en igualdad de condiciones a los servicios y acciones de promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud. Si fuese niño o adolescente perteneciente a un grupo étnico o a una comunidad indígena, serán respetados los usos y costumbres médico-sanitarios vigentes en su comunidad, toda vez que no constituyan peligro para la vida e integridad física y mental de éstos o de terceros. En las situaciones de urgencia, los médicos están obligados a brindarles la asistencia profesional necesaria, la que no puede ser negada o eludida por ninguna razón**”.

Además, el Código de la Niñez y Adolescencia establece el derecho de todo/a adolescente a “recibir los servicios de salud, sociales y educativos adecuados a su edad y condiciones, y a que se proporcionen por personas con la formación profesional requerida”.

Al ser un derecho irrenunciable, como lo expresa el artículo 14 del Código Sanitario “la salud del grupo familiar es derecho irrenunciable que se reconoce a todos los habitantes del país”, es inherente la obligación de todo personal de salud atender a las personas adolescentes. El ejercicio efectivo del derecho a la salud

por parte de adolescentes conlleva a implementar modelos institucionales, enfocados en garantizar respuestas a sus necesidades de salud.

El **derecho al acceso a la información** también tiene rango constitucional: “*Se reconoce el derecho de las personas a recibir información veraz, responsable y ecuaníme. Las fuentes públicas de información son libres para todos*” (Art. 25).

El **derecho de toda persona adolescente a ser escuchada, tomada en cuenta, a no ser discriminada, a la supervivencia y al desarrollo** está en los enunciados de la Convención de los Derechos del Niño y en la Ley N° 1.680/01, destacando el interés superior del niño, de la niña y adolescente.

Con respecto al **derecho a la salud sexual y reproductiva**, las personas adolescentes tienen derecho a acceder a servicios e información como se estipula en el artículo 14 del Código la Niñez y Adolescencia.

Este **derecho incluye el acceso a métodos anticonceptivos**, considerando que “*El Estado reconoce el derecho de las personas a decidir libre y responsablemente el número y la frecuencia del nacimiento de sus hijos, así como a recibir, en coordinación con los organismos pertinentes educación, orientación científica y servicios adecuados, en la materia*” (artículo 61, Constitución Nacional). Información y/o asistencia sanitaria en consulta, urgencias, o requiriendo la realización de una prueba laboratorial, incluido el testeo voluntario de VIH o ITS, debe ser siempre atendida.



En el caso de que la persona adolescente se presente sola ante el establecimiento de salud (de cualquier nivel: USF, centro de salud, hospital, etc.), solicitando asistencia sanitaria en consulta, urgencias, o requiriendo métodos anticonceptivos, así como la realización de una prueba laboratorial (incluida la prueba de VIH o ITS) debe ser atendida su solicitud aunque no esté acompañada por un adulto y aunque manifieste que sus padres desconocen la situación. De esta manera, se garantiza el derecho a la salud y el acceso a los servicios de salud.



El cumplimiento de estos derechos se verían amenazados, en caso de que el servicio de salud condicione la atención solicitada, requiriendo la presencia o acompañamiento de los padres o encargados, igualmente en el caso que se condicione la entrega de las pruebas laboratoriales. En este caso el servicio estará omitiendo el derecho de la persona adolescente a peticionar (art. 26 CNA).

Hay que tener presente que el servicio de salud debe garantizar y facilitar el acceso de la persona adolescente, caso contrario, podrá afectar la prevención y el tratamiento, lo que supone poner en riesgo su vida y bienestar, como sería en los casos de: embarazo, víctimas de violencia sexual, maltratos, riesgos de infección por VIH, acceso a profilaxis y tratamiento post exposición a ITS y VIH, así como a las pastillas anticonceptivas de emergencias (PAE).

El personal de la salud deberá acompañar el proceso de atención y facilitar la comprensión de la persona adolescente, respecto a su estado de salud. Brindará información, orientación y consejería para ayudar a canalizar sus angustias. En caso que exista riesgo para la vida, el personal de salud apoyará y facilitará el proceso de comunicación con los padres, madres, responsables y/o familiar.

Igualmente, el personal de salud tendrá a disposición información sobre el Programa Nacional de Control de SIDA/ITS (PRONASIDA) y articular acciones con dicha instancia, a fin de proporcionar toda la orientación en caso de ser necesario.

La obligación de preservar el secreto profesional y la confidencialidad se aplica a todas las personas que trabajan en los establecimientos de salud, como está estipulado en el artículo 14, del Código de la

Niñez y la Adolescencia. “Los servicios y programas para adolescentes deberán contemplar el secreto profesional, el libre consentimiento y el desarrollo integral de su personalidad respetando el derecho y la obligación de los padres o tutores”. Este artículo, a su vez, se vincula al artículo 33 de la Constitución Nacional “del derecho a la intimidad”.

En cambio, cuando el profesional de la salud tenga conocimiento de un hecho de maltrato; abuso sexual o cualquier otro delito contra la persona adolescente está **obligado a denunciar** ante las instancias correspondientes, conforme está establecido en la legislación vigente. Así el artículo 5 del Código de la Niñez y la Adolescencia establece: “*Toda persona que tenga conocimiento de una violación a los derechos y garantías del niño o adolescente, debe comunicarla inmediatamente a la Consejería Municipal por los Derechos del Niño, Niña y Adolescente (CODENI) o, en su defecto, al Ministerio Público o al Defensor Público. El deber de denunciar incumbe en especial a las personas que en su calidad de trabajadores de la salud, educadores, docentes o de profesionales de otra especialidad desempeñen tareas de guarda, educación o atención de niños o adolescentes. Al recibir la información, la Consejería Municipal por los Derechos del Niño, Niña y Adolescente (CODENI), el Ministerio Público y el Defensor Público adoptarán las medidas correspondientes, que les competen*”.

También la Ley N° 4.295/2011, que establece el procedimiento especial para el tratamiento del maltrato infantil en la jurisdicción especializada en el artículo 1, establece: “*Toda persona que tenga conocimiento de un hecho de maltrato físico, psíquico, así como de abuso sexual contra niños, niñas o adolescentes, está obligada a denunciarlo inmediatamente, en forma oral o escrita ante la Fiscalía de la Niñez y la Adolescencia o la Defensoría de la Niñez y la Adolescencia. En ausencia de estas instituciones o ante la dificultad de llegar a ellas, la denuncia podrá realizarse ante el Juzgado de Paz, la Consejería Municipal por los Derechos del Niño, Niña y Adolescente – CODENI o la Policía Nacional*”.

Ambas disposiciones son complementarias y es necesario destacar que la legislación destaca la especial responsabilidad que tienen los profesionales que trabajan con niños, niñas y adolescentes, de denunciar cualquier hecho que llegue a su conocimiento, quedan, por tanto, excluidas expresamente de las disposiciones correspondientes al “secreto profesional”.

Por otro lado, el **Juramento Hipocrático** expresa claramente que la salud de los/las pacientes debe ser el primer objetivo para el/la médico/a; debe respetar los secretos que se le confíen aun después de morir el/la paciente. En este mismo documento, se obliga al/la profesional a brindar **atención libre de discriminación**, “no permitir jamás que entre el deber y el enfermo se interpongan consideraciones de religión, de nacionalidad, de raza, de partido o de clase”.

La obligación de atención es fundamental en los servicios de salud, la omisión de auxilio constituye un delito. Establecido como Ley N° 1.160/97, el Código Penal en su artículo 117 establece la punibilidad de una omisión para evitar la muerte o lesión de otra persona.

1° *El que no salvara a otro de la muerte o de una lesión considerable, pudiendo hacerlo sin riesgo personal, será castigado con pena privativa de libertad de hasta un año o con multa, cuando:*

1. *el omitente estuviera presente en el suceso; o*
2. *cuando se le hubiera pedido su intervención en forma directa y personal.*

2° *Cuando el omitente, por una conducta antijurídica anterior, haya contribuido a que se produjera el riesgo, se aplicará una pena privativa de libertad de hasta dos años o multa.*

Es decir, que la obligación del personal de salud es atender a todas las personas que acudan a los servicios de salud y respetar el secreto profesional médico con la salvedad del deber de denunciar las situaciones que llegan a su conocimiento y constituyen hechos punibles con niños, niñas y adolescentes o situaciones de violencia ya citados.. Por otro lado, la premisa de toda persona que trabaja en salud debe ser la de no emitir juicio ni valor y atenerse a su obligación de brindar una atención calificada, multidisciplinaria, integral y humana.

La Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, expresa que las personas y grupos especialmente vulnerados deberían ser protegidos y respetados en su integridad individual y enfatiza el respeto a la privacidad y confidencialidad, el respeto a la autonomía, no maleficencia y justicia. Esta última se refiere a la actuación profesional imparcial, es decir, libre de prejuicios y barreras relacionadas a aspectos sociales, culturales, religiosos o morales.

Es importante tener presente que en la Constitución Nacional paraguaya vigente, queda estipulado que “...Ninguna confesión tendrá carácter oficial. Las relaciones del Estado con la Iglesia Católica se basan en la independencia, cooperación y autonomía. Se garantizan la independencia y la autonomía de las iglesias y confesiones religiosas...”. De esta forma queda explícito el mandato para el personal de salud, en donde no puede invocar a cuestiones morales o religiosas para la omisión de información y/o atención, sobre todo en casos relacionados a salud sexual y reproductiva.

En conclusión, se reconoce la autonomía de la persona adolescente para petición ante los servicios de salud. Se deberá brindar atención aunque no esté acompañada, salvo en situaciones de intervención quirúrgica y otras que expresa el art. 17 del CNA.

Modelo de Atención Integral para Adolescentes

Es necesario considerar que las intervenciones en salud, orientadas a la población adolescente y particularmente, hacia las mujeres adolescentes, tendrán una enorme repercusión en el ciclo de la vida y afectarán positiva o negativamente a la siguiente generación.

Con el objetivo de brindar un servicio de promoción, prevención y atención integral de la salud a adolescentes para mejorar su calidad de vida y el de sus familias, y contribuir al ejercicio y cumplimiento de sus derechos se desarrolla el modelo de atención que se basa en los aspectos desarrollados a continuación.

Principios fundamentales

Se debe garantizar en todos los establecimientos de salud los **principios fundamentales de la atención a adolescentes** como sujetos de derechos, es decir, como personas capaces de tomar decisiones de forma responsable.

Los principios son:

- **Principio del interés superior del niño, niña y adolescente:** implica aplicar la norma en cualquier ámbito, poniendo como prioridad la satisfacción y garantía de los derechos de la persona adolescente en ese momento determinado, reconociéndolos “sujetos de derechos”. Estos derechos son indivisibles, universales y no hay jerarquía en cuanto a su importancia.
- **Principio de la no-discriminación:** que significa brindar un trato igualitario y diferenciado a cada adolescente sin tener en cuenta razones de sexo, edad, etnia, clase social o ningún otro tipo de condición para hacer efectivo el derecho, respondiendo a sus necesidades específicas.
- **Principio de la participación:** todas las personas adolescentes tienen derecho a ser consultadas, a expresar su opinión y a tomar parte de las cuestiones que las afectan, esto incluye, sin duda, lo relacionado a su salud. Necesitan ser orientadas e informadas respecto a la salud y la calidad de vida, de acuerdo con el grado de madurez y desarrollo. La participación es el mecanismo que posibilitará que el adolescente contribuya a mejorar su propio cuidado y protección, e incluso el restablecimiento de la salud.
- **Principio de la confidencialidad y respeto a la privacidad:** es el derecho de toda persona a que se respete su intimidad y se cumpla con el deber del secreto profesional, incluyendo todo lo contenido en su historia clínica la cual es de su propiedad y se encuentra en custodia institucional en el establecimiento de salud. Las personas adolescentes deben tener la garantía de que las informaciones proveídas y obte-

nidas durante su estadía en el servicio de salud no serán reveladas a terceras personas. La dignidad de la persona adolescente y el derecho a su vida privada deben ser respetadas en todo momento, durante su estadía en el servicio y la enseñanza a profesionales de salud (estudiantes). El personal está obligado por ley a guardar el secreto profesional. En caso que el personal de salud identifique riesgo para la vida de la persona adolescente, que requiera informar a otra persona adulta de referencia (padres, encargados, tutores) debe conversar para explicarle el motivo por el cual es indispensable informar a un adulto (para hacer efectivo el rol protector y de acompañamiento en el caso concreto).

- **Principios éticos:** toda persona que trabaja en un establecimiento de salud debe regirse por los principios prescriptos en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, donde se establece que se habrán de respetar plenamente la dignidad humana, los derechos humanos y las libertades fundamentales, y, que los intereses y el bienestar de la persona deberían tener prioridad con respecto al interés exclusivo de la ciencia o la sociedad; entre otros.
- **Principio de la capacidad o autonomía progresiva:** se refiere a que la persona a medida que va madurando, va adquiriendo capacidad de obrar y de participar en mayor grado de las decisiones que afectan a su vida. Este es un principio determinante para entender los principios de confidencialidad y privacidad de la persona adolescente. Las personas adolescentes deben ser atendidas aun cuando se presenten sin el acompañamiento de sus padres, tutores o responsables, sea cual fuere el motivo. En los casos en que se presente acompañada de un adulto pero manifieste su deseo de ingresar sola a la consulta, este derecho debe ser respetado y, en todo caso, el profesional de salud podrá hacer uso del principio de mediación, que permite dialogar con los padres, tutores o responsables para explicar la autonomía progresiva de la que goza la persona adolescente y la necesidad de comprender este aspecto.

Marco conceptual y Lineamientos generales

La adolescencia es un período de grandes cambios, lo que conlleva a una mayor vulnerabilidad, tanto física, psicológica como social, e influyen factores de protección y de riesgo.

Los factores protectores y de riesgo que pueden ser: biológicos, psicológicos, culturales, socioeconómicos, políticos, étnicos y raciales.

Cabe destacar que el sector salud puede contribuir a potenciar los factores protectores así como detectar y a modificar situaciones de riesgo, a través de la oferta de información oportuna y de servicios de salud amigables a adolescentes.

El acceso a información veraz y a servicios de salud amigables son estrategias que demostraron ser efectivas, actuando como factores protectores y mejorando las oportunidades. La oferta de información es parte de la promoción en salud.

Las necesidades de las personas adolescentes en lo referente a su salud son muy variadas y numerosas. Algunas de ellas son:

- Respeto a sus derechos, incluyendo los derechos sexuales y reproductivos.
- Comprensión hacia sus puntos de vista y percepciones sobre salud y enfermedad.
- Tener acceso a servicios amigables e integrales de salud, mediante equipos interdisciplinarios en forma oportuna, pertinente y dando respuesta a sus necesidades. (Maltratos, abusos sexuales, embarazo adolescente, adicciones, diversidad sexual, personas con discapacidad, otros).
- Recibir trato respetuoso y digno, evitando ser juzgados en los establecimientos de salud.
- Tener acceso a la información apropiada sobre su condición de salud y sus derechos.
- Tener a garantía de la confidencialidad y la privacidad.

- Ser escuchadas.
- Que se respeten sus decisiones, una vez que haya recibido información y orientación en base evidencia científica.
- Contar con espacios para la participación en la elaboración, implementación y evaluación de las estrategias/programas nacionales de salud.
- Tener acceso a medicamentos e insumos de calidad, ayudas técnicas (órtesis, prótesis, audífonos, sillas de ruedas, otros), incluyendo insumos anticonceptivos, en forma oportuna.

Conceptos fundamentales

Abordaje biopsicosocial. Es un abordaje con enfoque participativo de salud y enfermedad que postula que el factor biológico, el psicológico (pensamientos, emociones y conductas) y los factores sociales, desempeñan un papel significativo de la actividad humana en el contexto de una enfermedad o discapacidad. De hecho, la salud se entiende mejor en términos de una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales y no puramente en términos biológicos. Por ello, es necesario brindar un abordaje integral y no limitarse a los aspectos biológicos de las personas. Es indispensable conocer la situación global, el entorno social y las situaciones emocionales y no sólo las físicas en cada persona.

Accesibilidad. Implica que los y las adolescentes lleguen al servicio y sean atendidos/as en éste; y que el establecimiento de salud desarrolle diferentes estrategias de alcance, búsqueda y llegada a estos grupos, permitiendo el “acceso oportuno” a la atención, información, a la orientación y al soporte en los espacios naturales en los que se desenvuelven (colegios, clubes, iglesias, entre otros). Para esto, los servicios deben estar organizados con horarios y espacios adecuados, teniendo en consideración las barreras que impiden su acceso y brindando respuestas a las necesidades de los adolescentes.

Atención interdisciplinaria. Interacción de profesionales de distintas áreas de la Salud que, con un objetivo común y compromiso personal, enfocan desde diferentes ópticas una misma situación o caso.

Comportamientos de riesgo. Conducta o actuaciones voluntarias repetidas que pueden comprometer el desarrollo biopsicosocial de las personas.

Determinantes sociales. Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas conviven en todo el ciclo de vida y que aumentan la vulnerabilidad hacia las enfermedades.

Enfoque de interculturalidad. Se refiere a la interacción entre culturas, de una forma respetuosa, donde se concibe que ningún grupo cultural esté por encima del otro, favoreciendo en todo momento la integración y convivencia entre culturas. En las relaciones interculturales se establece una relación basada en el respeto a la diversidad y el enriquecimiento mutuo; sin embargo no es un proceso exento de conflictos, estos se resuelven mediante el respeto, el diálogo, la escucha mutua, la concertación y la sinergia. Es importante aclarar que la interculturalidad no se ocupa tan solo de la interacción que ocurre, por ejemplo, entre un chino y un boliviano, sino además la que sucede entre un hombre y una mujer, un niño y un anciano, un rico y un pobre, un marxista y un liberal, un campesino y una persona de la ciudad, etc. Según el Plan Estratégico Institucional del MSPyBS los Servicios de calidad deben reconocer y respetar las diferentes culturas y creencias e incorporan sus usos y costumbres al cuidado de la salud.

Equidad de género: Desde nuestro ámbito conlleva garantizar la salud sin discriminación de género. La igualdad de género en el ámbito de la salud es una meta progresiva para garantizar que las mujeres y los hombres, en un contexto de diversidad sexual y étnica, tengan igualdad de oportunidades para obtener acceso a los recursos necesarios para promover y proteger su salud. La equidad es un paso necesario para el logro de la igualdad.

Según la OPS la equidad de género en salud significa la ausencia de disparidades innecesarias, evitables e injustas entre las personas y reconociendo sus necesidades específicas. Significa que todas las personas tienen la misma oportunidad de gozar de las condiciones de vida y servicios que les permiten estar en buena salud, sin enfermar, discapacitar o morir por causas injustas y evitables.

Factor de riesgo. Cualquier circunstancia de naturaleza biológica, psicológica o social detectable en un individuo, familia, o comunidad que “señala” una mayor probabilidad de sufrir un daño.

Factores protectores. Características de un individuo, familia, o comunidad que favorecen el desarrollo humano, ayudan a mantener la salud o recuperarla contrarrestando posibles efectos nocivos.

Intersectorialidad. Articulación estratégica con varios sectores como educación, trabajo, justicia, deportes, organizaciones sociales, comunidad, etc., con planes e instrumentos compartidos, para lograr la atención integral.

Oportunidad perdida: Toda circunstancia en que una persona tiene contacto o acude a un establecimiento de salud y no recibe la atención de salud que le corresponde, de acuerdo a las normas vigentes, según grupo étnico, género y/o condiciones de riesgo.

Participación protagónica¹⁰: Desde el concepto de participación protagónica se asume que los niños/as y adolescentes son sujetos plenos y competentes en la formulación de interpretaciones reveladoras de su contexto social, que elaboran conocimiento y aportan en la construcción de una realidad basada en sus experiencias, su vida personal y su accionar colectivo.

La participación protagónica -según Victoria Camps- permite a los niños, niñas y adolescentes ser, hacer y actuar en procesos emancipatorios, concebidos como presencia activa en el espacio público político, implicación en las decisiones políticas, compromiso con la organización de la sociedad y no inhibición frente a los problemas comunes. La participación protagónica otorga a los niños, niñas y adolescentes el derecho a convertirse en protagonistas de su realización personal y social. Al reivindicar los derechos políticos se los hace partícipes y co-constructores de la sociedad.

Salud integral¹¹. Comprende el bienestar físico, mental y social de las personas simultáneamente con su desarrollo educativo y la adecuada participación en las actividades de la comunidad, acorde a su cultura y el desarrollo de su máxima potencialidad.

Servicios amigables para adolescentes.¹² Servicios donde los/las adolescentes encuentran oportunidades y respuestas a sus necesidades de salud cualquiera sea la demanda, siendo agradables a los adolescentes y a sus familias, por el vínculo que se establece entre los usuarios y el proveedor de salud, y por la calidad de sus intervenciones.

10 Fuente Consultada: Aty Ñemongetara (Asamblea de diálogo). Instrucciones metodológicas para desarrollar una asamblea de diálogo. Secretaría Nacional de la Niñez y la Adolescencia. Paraguay, 2009.

11 Guía de recomendaciones para la Atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad. Argentina, 2010.

12 Ídem.

Modalidades de servicios de salud integrales para adolescentes

Pueden darse de varias maneras, en algunos servicios pueden presentarse casos en que las modalidades de servicios se combinen, en el que va a depender principalmente la organización del servicio.

Las modalidades son:

Servicios diferenciados. Cuentan con una infraestructura y una entrada exclusiva para el servicio de adolescentes y diferente de la del servicio de salud en general. Tienen profesionales especializados, con un equipo multidisciplinario y designado específicamente para dicho servicio. Mantienen un horario permanente y estable, diseñado para atender a adolescentes. Únicamente atienden a la población adolescente.

Servicios de atención amigable. En este caso se comparte la infraestructura con el servicio de salud (Hospital Regional, Hospital Distrital, Centro de Salud), pero ofrece atención integral, multidisciplinaria, ambientes amigables y recursos humanos sensibilizados para la atención de adolescentes; con o sin horario diferenciado. Existe una adecuada señalización para orientar a las personas adolescentes sobre los servicios prestados.

Unidades de salud amigables. Las USF ofrecen atención integral en consultorio y comunitaria con recursos humanos sensibilizados en atención para adolescentes.

Componentes para la atención amigable

Todo servicio de salud debe cumplir los siguientes puntos básicos:

Infraestructura edilicia: Debe reunir condiciones que permitan privacidad y confidencialidad en la consulta. Su equipamiento debe adecuarse al tipo de atención brindada.

Área de recepción- Fichero- Admisión: Con condiciones mínimas de privacidad y personal administrativo sensibilizado sobre los principios de atención de esta norma y los de calidad de atención del MSPBS.

Sala de espera: Debe figurar información clara y fehaciente de los servicios ofrecidos: atención integral en salud, control del adolescente sano, asesoramiento, consejería; explicitando la política de confidencialidad y derechos, la posibilidad de consultar solos o acompañados. Ambientación adecuada con material educativo disponible; espacio de tamaño adecuado para ofrecer charlas.

Consultorio: Espacio que garantice confidencialidad y privacidad de la atención (separación de los consultorios entre sí por material o durlock, con puertas y cortinas en las ventanas), con espacio suficiente para la participación de persona acompañante y adolescentes en sillas de ruedas.

“

La falta de infraestructura adecuada no puede ser una limitante para la instalación de un espacio de atención amigable para adolescentes. En estos casos, un consultorio en el establecimiento de salud que cuente con las condiciones descritas de privacidad, servirá para iniciar la atención.

”

Señalización: En la entrada de la institución debe anunciarse claramente la existencia del espacio y los horarios de atención. La ruta de acceso debe estar correctamente señalizada.

Programación horaria y gestión de turnos: Organizar los recursos en horario preferencial, acorde a las necesidades de los/as adolescentes. Considerar horarios que no coincidan con el colegio o el trabajo. No es necesario un espacio especial para ello, se podrían utilizar los consultorios ya existentes y habilitarlos en otros horarios para ofrecer atención preferencial y diferenciada. Se sugiere horarios de la siesta (12:00 a 14:00 hs.)

Recursos humanos: Definir una unidad profesional de atención de este grupo etario; identificando el recurso humano existente, con disposición para atender adolescentes. Atributos esperados: empatía, habilidades de comunicación, abordaje biopsicosocial, confidencialidad y su respecto, enfoque de género, intercultural y de derechos. Conformar equipos multi e interdisciplinarios, según disponibilidad, como por ejemplo: médico/a, enfermera/o, obstetra, educador/a o promotor/a de salud, trabajador/a social, psicóloga/o, nutricionista.

“

La falta de profesionales de distintas disciplinas no implica un obstáculo para un abordaje interdisciplinario. En estos casos, es de suma utilidad conformar una red de atención ágil con profesionales de otras especialidades y disciplinas, aunque no compartan el mismo ambiente físico.

”

Deben contar con actitudes positivas hacia los y las adolescentes: Buscan ganarse su confianza y asegurarles la confidencialidad y el trato respetuoso; así mismo, transmitiendo el mensaje de que reconocen sus derechos.

“

Es deseable que cada adolescente acceda al sistema de salud acompañado por una persona adulta de confianza, de preferencia un familiar. Sin embargo, cuando esto no es posible, es función de los integrantes del equipo de salud, asegurarle las condiciones para acceder al ejercicio pleno de su derecho a la salud, es decir, darle la atención solicitada.

”

Participación comunitaria: El establecimiento de salud debe reconocerse a sí mismo como un actor más de la comunidad. Ninguna institución aislada es capaz de realizar todas las acciones necesarias para asegurar la salud y el desarrollo de adolescentes. Alianzas y convenios son esenciales para la creación de sus condiciones de bienestar y desarrollo de sus potencialidades.

Por lo tanto, es fundamental coordinar y articular acciones con instituciones de la comunidad, organizaciones no gubernamentales y gubernamentales que trabajan en las comunidades departamentales del país.

La comunidad y los grupos comunitarios son aliados clave para:

- Programas integrados de salud con base comunitaria
- Grupos de riesgo físico o psicosocial: Con actividades voluntarias de interés social e implementar programas de uso adecuado del tiempo libre, a través de asociaciones que realicen actividades culturales, deportivas y de servicios comunitarios

- Desarrollo de líderes y de grupos e instituciones de adolescentes para adolescentes
- Realización de diagnósticos participativos
- Diseño, implementación y evaluación de programas.

Algunas formas de promover la participación protagónica son:

- Aty Ñemongeta de las USF
- Aty Guasu¹³
- Buzón de sugerencias
- Grupos juveniles de educación entre pares
- Clubes de Madres

Procedimientos de atención y administrativos amigables

Todos los procesos administrativos y de gestión con los que cuenta una institución de salud deben diseñarse para responder con estándares de calidad, que aseguren servicios integrales, eficaces y oportunos según ciclo de vida. Los primeros procedimientos de la atención deben ser fluidos y debe contar con un sistema de seguimiento al adolescente que requirió el servicio. El servicio y/o profesional de salud que entra en contacto con el/la adolescente debe establecer un vínculo perdurable, hasta la resolución del problema con evaluación periódica.

Cada institución debe adaptar el modelo a sus necesidades y posibilidades, sin perder de vista que adolescentes pueden ser captados institucionalmente desde la consulta de morbilidad general, en los diferentes programas del Ministerio de Salud, desde otras instituciones del Estado y desde los grupos de la comunidad que trabajan con adolescentes.

Definir una unidad profesional de atención de este grupo etario; identificando el recurso humano existente, con disposición para atender adolescentes, conformar equipos multi e interdisciplinarios, según disponibilidad, como por ejemplo: Médico/a, enfermera/o, educador/a o promotor/a de salud, trabajador/a social, psicóloga/o, nutricionista, entre otros. Si el servicio no dispone de un equipo amplio, el médico y/o enfermera/o, de acuerdo con la necesidad identificada, debe brindar la asesoría, hacer seguimiento y remisión a la red de referencia y contrareferencia para cada caso.

Flujograma para la atención sistematizada (10 a 19 años de edad)

Incorporar un flujograma de atención requiere el involucramiento de todo el personal, liderado por las autoridades del servicio. El objetivo es lograr que las personas adolescentes sepan que existen profesionales sensibilizados para atenderlas, es un primer paso para construir servicios de salud amigables. Si bien las modalidades pueden ser diferentes de acuerdo con la realidad y las características de los establecimientos, los aspectos clave son:

Modelo de Flujograma para Atención de adolescentes

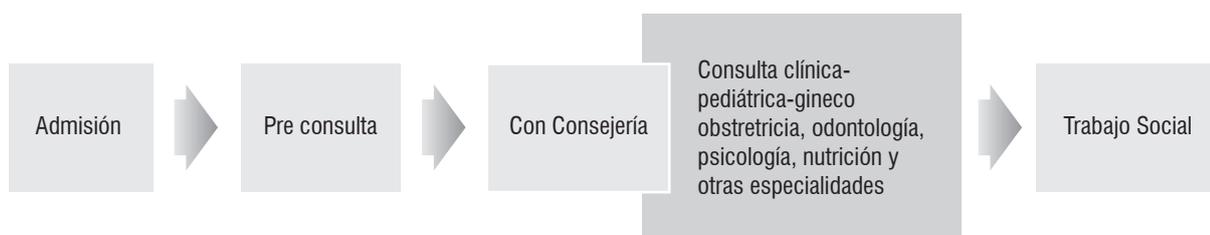
Cada servicio debe contar e implementar un circuito de atención para adolescentes, garantizando el acceso a la atención integral e interdisciplinaria, reduciendo tiempos de espera y barreras de acceso.

13 Guía para el Aty Guasú Comunitario. MSPBS, 2012.

OPCIONES



Consulta externa



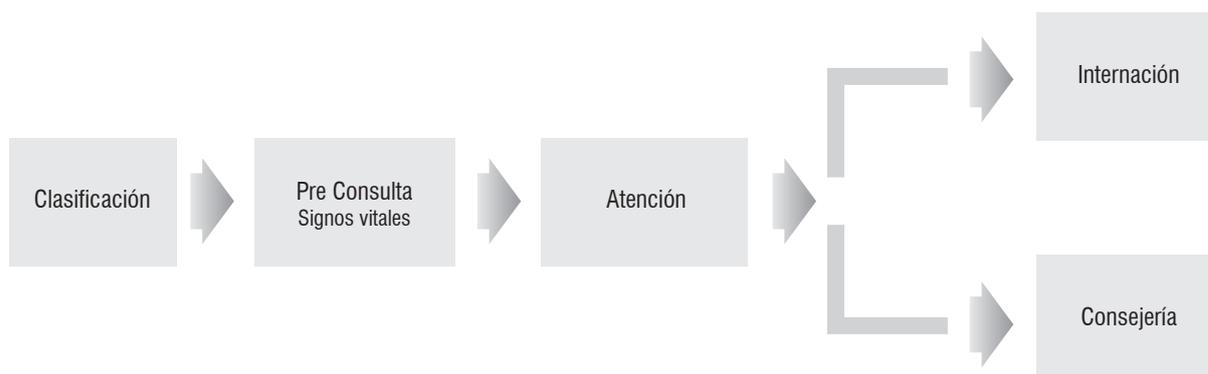
Admisión = Número - Ficharse. Para la primera consulta en el servicio, el número debe incluir la oferta de cupo para la atención psicológica o con trabajador/a social, consejería (incluyendo planificación familiar), con el profesional de salud que refiere necesitar la persona adolescente, odontología, nutrición y laboratorio. Idealmente, manejar las siguientes consultas por cita.

Pre-consulta: Signos Vitales - Crecimiento: Peso, talla, vacunas, índice de masa corporal (IMC).

Evaluación Clínica (Pediatra, Gineco Obstetra, otros): En caso de no contar con pre consulta, realizar lo mencionado e interpretar los hallazgos. Entrevista: siguiendo Cuadro de Procedimientos-IMAN y evaluación de riesgos psicosociales. Se utiliza la ficha clínica del Ministerio vigente. La Consejería debe ser realizada por el profesional que atiende el motivo de consulta. La Consejería a adolescentes se dará conforme a lo estipulado en estas normas.

En los servicios que cuentan con Trabajo Social y Psicología realizar la evaluación de riesgo psicosocial antes de la consulta, facilitando el acceso de personas adolescentes al mismo, caso contrario lo realiza el personal de salud que atiende a la persona adolescente.

Urgencias (RAC)



RAC: Evaluación de riesgo. Signos Vitales - Crecimiento: Peso, talla, vacunas, índice de masa corporal (IMC).

Atención Clínica (Pediatra, Gineco Obstetra, otros): garantizar la atención amigable de la persona adolescente. Una vez resuelta la urgencia, se debe ofrecer consejería, evaluación del riesgo biopsicosocial y atención multidisciplinaria.

Internación: Los casos que requieran internación, según el desarrollo biopsicosocial de la persona adolescente, evaluar el lugar más indicado para su hospitalización, garantizando la privacidad y calidad de la atención. Durante su estadía en el servicio se debe ofrecer consejería, evaluación del riesgo biopsicosocial y atención multidisciplinaria.

Cartera de servicios

NIVELES DE ATENCIÓN

Unidades de salud familiar (USF), Centro Ambulatorio de Especialidades (CAE), Puestos de salud Consultorios

Brinda:

- a. Atención de salud integral
- b. Orientación y consejería
- c. Actividades de información, educación y comunicación
- d. Resolución de las necesidades básicas de los y las adolescentes
- e. Atención en salud sexual y reproductiva, incluyendo la oferta de anticonceptivos
- f. Atención prenatal
- g. Seguimiento y controles
- h. Promoción de hábitos saludables, prevención de accidentes y otros tipos de violencia
- i. Detección de adolescentes con historia de abuso y violencia sexual, explotación sexual y/o laboral, violencia doméstica y social, abuso y dependencia de drogas.
- j. Vacunación

- k. Coordinación interinstitucional y sectorial para planificar acciones en favor de los adolescentes
- l. Provisión de medicamentos

Hospitales Distritales, Regionales, Sanatorios Privados (servicios amigables)

Brinda:

- a. Asistencia médica de salud integral
- b. Asistencia médica de salud sexual y reproductiva: Atención de prenatal, parto y puerperio, prevención del segundo embarazo, oferta de anticonceptivos, prevención y atención de ITS y VIH
- c. Orientación y consejería
- d. Actividades de Información, Educación y Comunicación
- e. Promoción de hábitos saludables y prevención de conductas de riesgo
- f. Atención en Salud Sexual y reproductiva incluyendo la oferta de anticonceptivos
- g. Detección, atención de adolescentes con historia de abuso y violencia sexual, explotación sexual y/o laboral, violencia doméstica y social
- h. Vacunación
- i. Coordinación interinstitucional y sectorial para planificar acciones en favor de los adolescentes
- j. Provisión de medicamentos
- k. Servicios auxiliares de diagnóstico

Hospitales Especializados (H. Nacional, H. Pediátrico, H. San Pablo, y otros) Servicios diferenciados

Brindan:

- a. Asistencia médica especializada en problemas de salud.
- b. Asistencia médica especializada en problemas de salud sexual y reproductiva: Atención de prenatal, parto y puerperio, prevención del segundo embarazo, oferta de anticonceptivos, prevención y atención de ITS y VIH.
- c. Orientación y consejería
- d. Actividades de Información, Educación y Comunicación.
- e. Detección, atención y rehabilitación de adolescentes con historia de abuso y violencia sexual, explotación sexual y/o laboral, violencia doméstica y social.
- f. Orientación Psicológica e intervención en crisis.
- g. Vacunación.
- h. Coordinación interinstitucional y sectorial para planificar acciones en favor de los adolescentes.
- i. Provisión de medicamentos.
- j. Servicios auxiliares de diagnóstico.
- k. Intervención y acompañamiento psicosocial.
- l. Implementación de otros programas de apoyo. (Aulas hospitalarias, albergues y otros)

En la implementación de servicios de salud amigables y de calidad para adolescentes, la evaluación es fundamental y, por tanto, se reafirma la necesidad de considerarla como parte de las acciones rutinarias del equipo. Se debe brindar a todos los actores la libertad de generar indicadores acordes a la modalidad de prestación de servicios elegido o posible. Se sugiere considerar el uso de los siguientes indicadores: Número de consultas, porcentaje de consultas de primera vez, porcentaje de re-consultas, encuestas de satisfacción de personas usuarias.

Procedimientos generales para el manejo integrado en la consulta

Lo primero a considerar es que la persona adolescente es sujeto de derecho, con grados diversos de autonomía, por lo que debe contar con las mismas garantías en los servicios de salud que las personas adultas, y como pilares fundamentales de la atención, son los **derechos al consentimiento informado, la privacidad y confidencialidad**.

La atención humanizada e integral a personas adolescentes debe incluir: la acogida, contención y orientación o consejería, promoción de la salud, anamnesis, examen físico y tratamiento e intervención adecuada, oportuna, pertinente y de calidad; en base a las normas nacionales vigentes y acciones de seguimiento.

El personal de salud debe explicar claramente a la persona adolescente las instancias diagnósticas y las distintas alternativas que existen; así como la entrega de información clara sobre la conveniencia del tratamiento, sus aspectos favorables y desfavorables, indicaciones y tratamientos sugeridos.

Confidencialidad

Se debe mantener la confidencialidad en todo momento, excepto ante las siguientes situaciones:

- Situación de riesgo de vida inminente para la persona adolescente o para terceros como violencia intrafamiliar y otras formas de violencia, intentos de suicidio y depresión severa.
- Enfermedad mental que implique pérdida del sentido de la realidad o déficit intelectual importante, que impida la toma consciente de decisiones.
- Uso de drogas, si hay dependencia, recordando que puede ser persona usuaria de drogas pero no adicta.

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

- Ofrecer un contacto previo con otra persona adulta referente, a elección de la persona adolescente, comunicándole la necesidad y conveniencia de informar a una persona adulta sobre una determinada situación, y acordar con él o con ella la forma de hacerlo (con la participación o no del personal de salud, el contexto, lugar, momento, los ajustes razonables necesarios, etc.).
- Postergar la información a los padres o tutores hasta lograr el consentimiento de la persona adolescente, si esto es posible.
- Realizar el seguimiento correspondiente, particularmente, en los casos cuando se sospeche una reacción familiar violenta.

Acogida y contención

Acogimiento o acogida es el recibimiento u hospitalidad que ofrece una persona o un lugar, protección o amparo, aprobación o aceptación. La persona adolescente debe tener la certeza de que, a pesar de que puede haber acudido sin muchas ganas a la consulta, está frente a un proceso positivo.

El trato digno y respetuoso, la escucha, el reconocimiento y la aceptación de las diferencias culturales, sociales, económicas y de condiciones, el respeto a la dignidad del adolescente, facilitar el acceso a la atención, a la información y al tratamiento resolutivo en un ambiente de privacidad, garantizar la confidencialidad de todo lo conversado y de los hallazgos durante la consulta y tratamiento, conforman la acogida o acogimiento. Es obligación de todo personal de salud realizar estas acciones.

Para ello, todo personal de salud debe:

- Identificarse en forma agradable y saludar, haciendo contacto visual con la persona adolescente.
- Preguntar a la persona cómo desea ser llamada al inicio de consultar sus generales.
- Considerar un contacto inicial con la persona adolescente y su acompañante (si tuviera) que permita indagar los motivos de consulta de ambos, que pueden ser diferentes, y observar la interacción entre ellos. Es necesario escuchar atentamente a todos los participantes de la consulta y respetar las distintas percepciones del problema, a fin de satisfacer la demanda la persona adolescente y de su/s acompañante/s, inclinándose siempre por el interés superior de la primera.
- Explicar que las entrevistas son confidenciales.
- Luego, se realiza la anamnesis de preferencia con la persona adolescente a solas.
- Escuchar atentamente sus inquietudes, dudas y problemas.
- Registrar su impresión inicial sobre la persona adolescente (nivel socioeconómico, situación familiar, gestos, estado de ánimo).
- Tener en cuenta el lenguaje no verbal. Usar lenguaje adecuado, evitar utilizar apodos y motes discriminatorios, evitar gestos y frases de desaprobación o de juicio.
- Ser claro al indagar, asegurarse de que comprenda las preguntas formuladas. Al indagar el motivo de consulta, preferentemente, utilizar las preguntas abiertas que invitan a hablar, evitando juicios de valor.
- Observar y registrar comunicación no verbal de la persona adolescente en función a detectar indicadores de violencia, depresión, (gestos de preocupación, incoherencias entre el lenguaje verbal y no verbal).
- Para el examen físico completo, preguntar a la persona adolescente si quiere que la persona acompañante ingrese nuevamente, en caso de que no quiera, se recomienda al profesional de salud realizar la inspección de la persona adolescente conjuntamente con otro profesional de salud.
- Para la devolución de los hallazgos y propuestas de tratamiento explicar en lenguaje sencillo el diagnóstico, las opciones de seguimiento o tratamiento a la persona adolescente, respetando la confidencialidad al momento de conversar con la persona acompañante.
- Además, ante la presencia de eventos de salud, o de situaciones de riesgo, el personal de salud debe estar preparado para realizar la contención. Contener no se limita a la simple recepción de la persona, sino implica admitir, aceptar y no juzgar, brindándole lo que necesita para sobrellevar su situación y recuperar su bienestar, tanto en lo emocional como en lo físico.

Anamnesis

Es el conjunto de datos que suministra la propia persona adolescente o sus acompañantes sobre su salud o sobre el evento que la trae a consultar. Como pueden consultar solas o acompañadas, será necesario escuchar atentamente a todos y respetar las distintas percepciones del problema, inclinándose siempre por el interés superior de la persona adolescente.

Consecuentemente, la anamnesis puede contar con tres fuentes principales de información: lo que relata la persona adolescente; lo que relatan sus padres o acompañantes; la interacción entre la persona adolescente y sus acompañantes.¹⁴

Debe garantizarse que al menos una parte de la entrevista se lleve a cabo a solas con la persona adolescente, si ésta así lo desea.

Recomendaciones finales para la entrevista¹⁵

La entrevista con la persona adolescente	La entrevista con los padres o acompañantes	La entrevista con la persona adolescente y sus padres o acompañantes
<ul style="list-style-type: none"> Entrevistar a la persona adolescente sin la presencia de los acompañantes al inicio de la consulta, permite que aprecie que el interés profesional es hacia él o ella, que es merecedor/a de credibilidad en su relato y considerado como un ser diferente de su familia (padres o encargados). Es importante explicarle sobre la utilidad de la entrevista y por qué el o la profesional tiene que indagar sobre muchas cosas. Es la oportunidad para garantizar la confidencialidad y explicar las opciones de intimidad. Una vez que las tensiones del primer encuentro han disminuido, se valora la necesidad de lograr la aceptación de la persona adolescente para seguir adelante y profundizar más en el diálogo.* Él o ella puede plantear sus inquietudes libremente y trabajar en su responsabilidad, en el cuidado de su salud. Se le debe consultar si desea que sus padres estén presentes en el examen físico. Solo los más pequeños/as desean compañía. Es necesario tomar precauciones para que el examen genital de una persona adolescente por un trabajador de salud de otro sexo se realice en presencia de una tercera persona. 	<ul style="list-style-type: none"> El aporte de antecedentes personales y familiares y la historia psicosocial de la persona adolescente, que traen los padres facilita el enfoque evolutivo y la visión de los entornos. Si los padres/madres concurren a la consulta, es importante incluirlos en los momentos posteriores, en especial durante el examen físico. 	<ul style="list-style-type: none"> La interacción de la persona adolescente y de su padre o madre es un importante aporte diagnóstico y pronóstico. La devolución debe estimular los aspectos positivos que se han percibido en la consulta, buscar la participación de la persona adolescente en la impresión diagnóstica y entregar herramientas para resolver los aspectos que interfieren con el desarrollo y que han sido identificados en la consulta. Con adolescentes de 10 a 13 años será necesario promover el autocuidado e involucrar a las personas adultas, referentes en las indicaciones y recomendaciones, teniendo en cuenta lo estipulado en confidencialidad. Con adolescentes de 14 años o más, enfatizar la promoción del autocuidado de la salud.

14 Serie OPS/UNFPA No. 2 (2000), Centro de Estudios de Población (CENEP), Recomendaciones para la atención integral de salud de adolescentes, con énfasis en salud sexual y reproductiva. Buenos Aires, Argentina. Op. cit.

15 Adaptación de Serie OPS/UNFPA No. 2 (2000), Centro de Estudios de Población (CENEP). Bs.As. Argentina y Ministerio de Salud Pública/ Ecuador (2009). Protocolos de Atención Integral a Adolescentes. pp.21.

Durante el proceso de anamnesis se inicia el llenado de la historia clínica, que es propiedad de la persona adolescente con los datos aportados por ésta. Por lo tanto, lo que en ella se registre **tiene que estar en conocimiento y haber sido consensuado con la misma**.

Se recomienda dejar los temas más sensibles e íntimos al final de la entrevista, para los que el personal de salud precisa ganarse la confianza de la persona adolescente (vida sexual, violencia intrafamiliar, violencia basada en género, consumo de drogas, etc.), excepto cuando son los motivos de consulta. Por ejemplo, si la persona consulta porque desea iniciar su vida sexual, y busca consejería, se debe brindar esa información al inicio.

La historia clínica facilita el registro y seguimiento de:

- Motivo de consulta (adolescente, acompañante). Cronología de la enfermedad actual.
- Antecedentes patológicos personales y familiares.
- Interrogatorio funcional por aparato y sistemas. (Crecimiento y desarrollo, salud sexual y reproductiva, inmunizaciones, salud bucal, agudeza visual).
- Crecimiento expresado en la talla: normal, baja, alta.
- Desarrollo puberal, categoría de la maduración: promedio, adelanto o retardo.
- Condición nutricional: malnutrición en exceso (obesidad) o déficit (desnutrición).
- Desarrollo psicosocial y cognitivo.
- Inmunizaciones: completas o incompletas.
- Riesgo/ vulnerabilidad/ protección (HEEAADSSS) (de acuerdo al área: hogar, educación, actividades, consumo de sustancias, sexualidad, depresión, suicidio).
- Otros diagnósticos: de acuerdo con los hallazgos (escoliosis, infecciones de transmisión sexual, vicio de refracción, caries, etc.).
- En esa oportunidad brindar información sobre autocuidado, prevención de violencia, anticoncepción y formas de evitar las ITS, VIH y Sida.



IMPORTANTE

Todos los datos que se obtienen durante la entrevista ayudan a detectar los riesgos, factores de protección y los daños existentes. La ficha o historia clínica es propiedad de la persona adolescente, por lo tanto, tiene que estar en conocimiento y haber consensuado los datos que en ella se registren.



Recomendaciones y sugerencias para la ejecución de un examen físico exitoso¹⁶

Se debe explicar a la persona adolescente que realizará un examen físico lo más completo posible, a fin de corroborar su desarrollo o identificar si existe una condición patológica que le afecte.

El examen físico debe realizarse idealmente siempre, pero se puede posponer para una siguiente consulta cuando la persona adolescente no esté de acuerdo y usted identifique que no existe urgencia o riesgo, si no lo realiza en ese momento. Debe buscar un delicado equilibrio entre la no agresión y la pérdida de oportunidad para el diagnóstico y tratamiento de riesgos para la salud.

Respetar el pudor de la persona adolescente, garantizando no exponerla, cubriéndola con una bata o sábana durante el examen físico completo. **Explique la secuencia que va a seguir en el examen y aclare qué hará.**

Luego, realice el examen físico, empezando por las áreas que no causan pudor o temor. Incluya exploración visual, auditiva, buco dental, presión arterial, columna (escoliosis), genitales, talla, peso, caracteres sexuales secundarios. Evaluar crecimiento y desarrollo (antropometría), maduración sexual y resto de las situaciones biopsicosociales que rodean al y a la adolescente. Mientras hace el examen físico, usted puede ir comentando aspectos relevantes sobre la salud de manera positiva, que reafirman los hallazgos.

Evite la exhibición innecesaria del cuerpo de la persona adolescente. Coloque un biombo para que no se exponga a la vista de otros. Utilice siempre una sábana extra para cubrir el cuerpo, mientras usted lo/la examina. Empiece el examen físico por áreas que no causen temor con suavidad y paciencia, respetando su pudor y sus tiempos.

Otros signos a investigar en el proceso del examen físico, son: determinar el pulso periférico, la frecuencia respiratoria, la temperatura axilar y la presión arterial.

Cabe destacar la importancia de evaluar la presión arterial debido a que las enfermedades cardiovasculares tienen una alta prevalencia en nuestro país. De acuerdo con las normas internacionales, la evaluación de la presión arterial debe hacerse con la persona sentada, su brazo derecho descansando sobre una mesa y el ángulo del codo en el nivel del corazón. Envolver el manguito suave, y firmemente a 2,5 ó 3 cm. por encima del pliegue del codo, palpar la arteria braquial y colocar la campana del estetoscopio sobre ella.

Las cifras límite para determinar hipertensión arterial, establecidas por el Instituto de Cardiología del MSPBS se presentan en la tabla a continuación.

Cifras Límite para Presión Arterial en Adolescentes (>Percentil 95)

Edad en Años	Sistólica mmHg	Diastólica mmHg
10-12 años	>125	>81
13-15 años	>135	>85
16-19 años	>141	>91

Con respecto al examen físico genital, debe realizarse siempre con acompañamiento, si las personas acompañantes esperan afuera, otro trabajador de la salud debe estar presente durante la inspección, pero debe consultar al o a la adolescente si desea la presencia de alguien no familiar, mientras realiza el examen físico y explicarle que es recomendable, reafirmando la confidencialidad de la consulta. Esta medida será una gran ayuda en las técnicas de exploración y para cubrir los aspectos éticos-legales.

16 Adaptado de Ministerio de Salud Pública/ Ecuador (2009). Protocolos de Atención Integral a Adolescentes. pp.22

Recuerde que en las consultas con contenidos sexuales o reproductivos, algunos o algunas prefieren que los padres o madres no estén presentes. Contradictoriamente, otros suelen tener temor a quedarse solos o solas.

Se debe aprovechar para enseñar a los y a las adolescentes a realizar el autoexamen de testículo o de mama, explicando su importancia y utilidad.

A veces es bueno no realizar el examen genital en la primera consulta, pero aclararle sobre la necesidad de realizarlo a futuro. Si lo hace busque la colaboración y participación de la propia adolescente o joven en el examen genital, explicándole paso a paso lo que va a hacer.

Con la información obtenida a través de la anamnesis y del examen físico, deberá poder clasificar la condición considerada, si se trata de adolescente sano o enfermo o en mayor riesgo.

1. Si es un o una **adolescente sano/a** deberán reportarse cómo se encuentran los aspectos siguientes:
 - Crecimiento
 - Grado de desarrollo puberal
 - Peso
 - Signos vitales
 - Inmunizaciones
 - Situación psicosocial
 - Otras condiciones
2. Si se trata de un o una **adolescente enfermo/a o en riesgo** en el que se ha efectuado el diagnóstico presuntivo o definitivo de una enfermedad, **identificar** el tratamiento específico, si el adolescente requiere referencia urgente, administración del tratamiento inicial, especialmente para estabilizar al paciente o decidir que el tratamiento se puede realizar en el consultorio.

Clasificar, además (mediante el instrumento Cuadro de Procedimiento) las situaciones identificadas según lo establece cada uno de los protocolos, por medio de un sistema codificado por colores que traduce el grado de importancia, alarma o gravedad del cuadro. Cada una de ellas, se clasifica según lo que se requiera:

- Diseñar un plan de trabajo que incluya exámenes de laboratorio e imagenología urgentes, tratamiento inmediato y apoyo en otras especialidades y/o disciplinas (rojo).
- Tratamiento médico específico, seguimiento y orientación, con posible apoyo en otras disciplinas (amarillo - anaranjado).
- Orientación simple sobre prácticas, comportamientos y hábitos de vida saludables (verde).

Lineamiento general acerca del tratamiento y seguimiento

En caso de que alguna condición sea diagnosticada y el tratamiento esté indicado. Una vez identificada la persona adolescente enferma o en situación de riesgo, en caso de no ameritar referencia, se indicará o aplicará el tratamiento correspondiente y se explicará claramente a la persona adolescente en qué consisten y de considerar que puede existir más de una alternativa terapéutica, informar y asegurarse de la comprensión de lo conversado con la o el adolescente para decidir, en conjunto, cual es lo más conveniente.

Proporcionar instrucciones prácticas y claras sobre como cumplirá las indicaciones, orientaciones y el tratamiento, con la finalidad de garantizar la adherencia al mismo, además, enseñar los signos de alarma por los cuales debe consultar inmediatamente, a pesar de estar recibiendo tratamiento.

Si requiere ser referido para tratamiento urgente, previamente se lo estabilizará, mientras se coordina su transferencia, luego de estabilizarlo/a.

El seguimiento se llevará a cabo de acuerdo con la condición identificada las veces necesarias que amerite el caso. Las consultas de seguimiento de la persona adolescente en tratamiento seguirán una regularidad determinada por la respuesta clínica al mismo. Si es un o una adolescente sano o sana, es conveniente que las evaluaciones se hagan dos veces al año. Cuando la persona adolescente asista nuevamente a la consulta, sea por cita previa o de forma espontánea, proporcionar la atención de seguimiento correspondiente y preguntar, observar y determinar, si existen nuevas situaciones que ameriten indicaciones u orientaciones específicas y ajustadas a las mismas.

Orientación o consejería

La orientación o consejería tiene como fin promover el empoderamiento y la participación activa de la persona adolescente, ejerciendo su derecho a decidir de forma voluntaria e informada sobre su salud, sin coacción.¹⁷

La información brindada debe contribuir a aclarar dudas o preocupaciones del adolescente y su/s acompañante/s, transmitiéndose en un lenguaje apropiado y respetuoso, de forma clara y en el idioma en el que los adolescentes mejor se expresan, evitando usar términos técnicos.

Se debe promover especialmente el auto cuidado, la práctica de estilos de vida saludables y contribuir a la identificación de factores de riesgo.

La promoción se refiere a la acción de brindar a las personas los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para el ejercicio de este derecho es preciso que las personas sean capaces de identificar, elaborar propuestas y satisfacer sus necesidades. Se identifica así a la salud como un concepto positivo, que se centra en los recursos sociales y personales y que trasciende al sector sanitario exclusivamente.

En cada contacto de los trabajadores de salud debe promoverse en la consulta:

- a. Autonomía para la toma de decisiones libre y responsable, propiciando su participación activa en el proceso de la consulta y brindando información pertinente.
 - b. Comunicación entre padres e hijos, respetando la confidencialidad y privacidad de adolescentes.
 - c. Promoción y defensa de los derechos de los y de las adolescentes.
 - d. Fortalecimiento de la conciencia ciudadana y solidaria de los y las adolescentes.
 - e. Escolarización y capacidad de construir de proyectos.
 - f. Autoestima y desarrollo de resiliencia.
 - i. Hábitos y estilos de vida saludables.
 - j. Garantizar la confidencialidad y privacidad.
-

17 Guía práctica de Consejería para Adolescentes y Jóvenes. ORIENTACIONES GENERALES. Dirigida a los equipos de Atención Primaria. Ministerio de Salud. Chile, 2011.

Evaluación de factores protectores y de riesgo

Considerando la diversidad étnica, social, cultural y territorial y otras situaciones como discapacidad, identidad de género y orientación sexual.

Maduración psicológica y social o desarrollo psicosocial

Maduración psicológica

En la travesía del desarrollo de la adolescencia, además de los cambios biológicos se viven profundas transformaciones de personalidad, cognoscitivas y emocionales, que se traducen en:

- Cambios conductuales, psicosociales y sexuales.
- Cambios en los hábitos alimentarios, de sueño y de actividad física.
- Obtención de nuevas habilidades psicomotrices.

Analicemos estos cambios desde la perspectiva científica de cada uno de estos procesos:

- Desarrollo de la personalidad.
- Desarrollo cognitivo.
- Desarrollo emocional.

Desarrollo de la personalidad¹⁸

Algunos estudiosos han identificado 11 aspectos fundamentales que afectan en la formación de la personalidad de las personas adolescentes. Veamos a continuación cada una de ellos.

- Aceptar su nueva imagen: en la adolescencia temprana los individuos pasan por una serie de cambios físicos profundos. La persona joven no solo experimenta un crecimiento relativamente rápido en talla y peso, sino que emergen y se acentúan esos rasgos físicos que la hacen parecerse más a una persona adulta.
Se debe tener en cuenta que para la persona adolescente no siempre es fácil adaptarse a su nueva imagen.
- Adaptarse a sus nuevas habilidades intelectuales: además del crecimiento físico, experimentan un aumento súbito en su capacidad de pensar. Antes de la adolescencia, el pensamiento de los niños y niñas se caracteriza por la necesidad de tener un ejemplo concreto, es decir, se limita a lo que es real y físico. Durante la adolescencia, se empieza a reconocer y entender las abstracciones, entonces el pensamiento se vuelve más serio.
- Adecuarse al aumento de demandas cognoscitivas en la escuela y a que la noción de escuela está ligada a su preparación para asumir roles y responsabilidades de adultos, así como para poder alcanzar niveles superiores de educación, las currículas escolares frecuentemente son dominadas por la inclusión de materias más abstractas y exigentes. Como no todas las personas adolescentes desarrollan las habilidades al mismo ritmo, las demandas para el pensamiento abstracto pueden resultar frustrantes para algunas.
- Desarrollar mayores habilidades verbales: a medida que maduran intelectualmente deben desarrollar nuevas habilidades verbales para acomodar conceptos y tareas más complejas. Sin embargo, en algunos casos la timidez impide que estas habilidades se manifiesten adecuadamente.
- Desarrollar un sentido personal de identidad: antes de la adolescencia, la identidad de una persona es la extensión de la de sus padres. Durante la adolescencia, una persona empieza a reconocer la indivi-

18 OPS/OMS (2009). Un modelo para des-armar. Johns Hopkins-Bloomberg School of Public Health.

dualidad e independencia de los padres. Por esta razón, se replantean nuevas respuestas a preguntas como “¿Qué significa ser yo mismo o yo misma?” o “¿Quién soy yo?” que usualmente eran abordadas en función a su dependencia familiar.

- Establecer las metas profesionales adultas: como parte del proceso de establecer una identidad personal deben identificar, por lo menos, a un nivel preliminar, cuáles son sus metas profesionales adultas y cómo piensan lograr esas metas.
- Lograr la independencia emocional y psicológica de sus padres o encargados: la niñez está marcada por la fuerte dependencia de los padres o encargados. En un esfuerzo por afirmar esa independencia e individualidad, pueden aparentar ser hostiles y demostrar poca cooperación, no obstante, esto es solo un peldaño en la construcción de su personalidad. Ser una persona adulta implica un sentido de independencia y de autonomía.

Así, algunas personas adolescentes pueden anhelar guardar la relación segura y de dependencia de su entorno familiar. Al contrario, otras personas adolescentes pueden vacilar entre su deseo de perpetuar la dependencia y su necesidad de lograr la independencia. Este proceso es bidireccional, es decir, se espera que los adultos propicien el proceso de construcción de autonomía.

- Desarrollar relaciones de pares: aunque las interacciones con pares no ocurren únicamente en la adolescencia, éstas toman particular importancia durante esta etapa. El grado en que puedan hacer amistades y tener grupo de pares donde se sientan aceptados/as es un indicador importante de cómo lo harán en otras áreas del desarrollo social y psicológico. La relación de pares, o construcción de amistades, posibilita el poder conectarse con otras personas y, por ende, a autoexplorarse.
- Aprender a manejar su sexualidad: con el fin de lograr la madurez física, emocional, social y sexual, necesitan incorporar a su identidad personal, una serie de actitudes que se atribuye socioculturalmente al ser varón o mujer. Su auto-imagen debe acomodarse a su sentido personal de masculinidad y femineidad, los valores familiares y del entorno sociocultural. Así como el acceso a la información influyen en la conducta sexual de la persona adolescente. Así por ejemplo, por lo general, en los Pueblos Indígenas la primera menstruación habilita a la adolescente a iniciar las relaciones sexuales.
- Adoptar un sistema de valor personal: durante la adolescencia, mientras se desarrolla un sistema de conocimiento más complejo, también se adopta un sistema de valores personales y una moral. Durante las fases tempranas del desarrollo moral, los padres o encargados proporcionan una serie de reglas estructuradas sobre lo que es correcto y no, lo que es aceptable e inaceptable. Eventualmente, la persona adolescente evalúa los valores de sus padres o referentes cuando éstos entran en conflicto con los valores expresados por sus pares y otros sectores de la sociedad. Para resolver las diferencias, estructura esas creencias en una ideología y escala de valores personal.
- Controlar sus impulsos e iniciar la madurez del comportamiento: en el camino a la madurez, asumen una o más conductas que los exponen al riesgo físico, social o educativo (bajo rendimiento escolar, deserción escolar, etc.). Las conductas de riesgos son tan comunes entre adolescentes, que esto llega a ser un proceso de desarrollo normal de la adolescencia. La conducta de riesgo es, particularmente, evidente durante la adolescencia temprana y media. Gradualmente, desarrollan una serie de autocontroles de comportamiento por los cuales miden qué conductas son aceptables social y personalmente. La habilidad de pensar en abstracto y de pensar en el futuro toma tiempo desarrollar.
- Desarrollo cognitivo: el proceso del crecimiento cognitivo está asociado con el desarrollo del pensamiento operacional formal, el cual incluye el pensamiento abstracto, el pensamiento hipotético y la lógica. El desarrollo cognitivo permite que las personas adolescentes puedan razonar abstractamente, entender el contexto social de sus comportamientos, considerar alternativas y consecuencias al tomar sus decisiones, analizar la credibilidad de la información, meditar sobre las implicancias de sus acciones en el futuro y controlar sus impulsos. Las personas adolescentes se interesan en problemas que tie-

nen que ver con su realidad cercana, desarrollan su capacidad crítica, piensan en valores y consecuencias a largo plazo, disfrutan de la capacidad de reflexionar y exploran sus sentimientos y pensamientos, entre otras cosas. Todo esto les permite tener posiciones propias, las cuales defienden y cuestionan ante las personas adultas que ocupan algún lugar de autoridad, como los padres, madres o profesores.

Estas habilidades cognitivas se desarrollan a través del tiempo y no ocurren en un momento preciso. Un adecuado desarrollo de este proceso puede motivar la toma de decisiones que llevan a comportamientos saludables, mientras la inmadurez cognitiva frecuentemente lleva a comportamientos, tales como sentirse invencible, sin poder visualizar las consecuencias negativas que ciertas acciones podrían causar (sus proyecciones son inmediatas más que de largo plazo, en tanto su capacidad de formular hipótesis es aún incipiente). Por eso, es importante que las personas adolescentes pasen por este crecimiento en un ambiente que refuerce comportamientos positivos. Esto ayudará a las personas adolescentes a manejar situaciones desconocidas, tales como la toma de decisiones sobre relaciones sexuales y la negociación con parejas y/o amistades.

Para desarrollar habilidades cognitivas y de razonamiento, las personas adolescentes requieren de práctica y experiencia para manejar nuevas situaciones, y los adultos debemos apoyar este proceso. De ahí la importancia de que los padres y proveedores de salud estemos familiarizados con el proceso de desarrollo cognitivo. Así mismo, deberíamos explorar las percepciones, valores y actitudes que influyen en el comportamiento adolescente. Esta orientación y apoyo contribuyen a que la persona adolescente desarrolle habilidades, tales como resistir la presión, negociar interacciones exitosamente y comportarse de acuerdo con sus valores y creencias personales.

- Desarrollo emocional: el comportamiento de las personas adolescentes no solo está influenciado por el desarrollo cognitivo y de personalidad, sino también por el mundo emocional. La autoestima, entendida como la capacidad de tener confianza y respeto por uno mismo, es un determinante importante en el desarrollo emocional y es considerado un factor protector que ayuda a enfrentar y resolver situaciones difíciles. La adolescencia tiene que ver con la actitud que la persona adolescente tiene hacia su propio cuerpo (autoimagen) y con el valor y aprecio hacia su persona. Sentirse capaz, valorada y amada va a ser importante para que empiece a desarrollar seguridad en sí misma. Mientras más se estime o “se quiera” son mayores sus posibilidades de ejercer responsable y exitosamente su sexualidad. Los sistemas de apoyo social, particularmente las relaciones con los padres y amigos contribuyen a desarrollar una adecuada autoestima, promoviendo las habilidades para tomarlas decisiones que llevan a una vida más sana. De igual manera, la autoestima baja está relacionada con problemas de salud tales como la depresión, anorexia, delincuencia, suicidio y toma de riesgos en su vida sexual. Al hablar del aspecto emocional es importante mencionar “la resiliencia” como la habilidad presente, en mayor o menor grado, en las personas, y que en esta etapa vital es fundamental estimular para su buen desarrollo. Se ha definido la resiliencia como la capacidad de una persona o grupo para seguir proyectándose en el futuro, a pesar de acontecimientos desestabilizadores, de condiciones de vida difíciles y de traumas a veces graves (Manciaux et al., 2001). La resiliencia se ve fortalecida cuando existe familia protectora y una sólida red informal de apoyo (amigos, familiares, compañeros).

Resiliencia

La resiliencia es el proceso de adaptarse positivamente ante la adversidad, trauma, tragedia, amenazas o, incluso, ante las fuentes significativas de estrés, tales como: problemas familiares y de relación, problemas serios de salud, el lugar de trabajo o dificultades económicas. Significa “rebotar” de las experiencias difíciles.

Toda persona puede desarrollar la resiliencia, destacando que la construcción de resiliencia que funciona para una persona puede no funcionar para otra. La gente usa diferentes estrategias para prevenir situaciones de depresión, dependencia de drogas, abuso de alcohol, anorexia, bulimia, etc.

Desarrollar habilidades para ser resilientes es una estrategia válida, útil no sólo en la adolescencia, sino a lo largo de la vida. El personal de salud debe actuar como facilitador del proceso, proponiendo y promoviendo acciones que colaboren con la construcción de resiliencia.

1. Fomentar la autoestima y el autocuidado. Ayudar a que reconozca las propias necesidades y sentimientos. Fomentar la participación en actividades que disfrute y encuentre relajantes. Proponer que haga ejercicio con regularidad, indicar que el cuidado de sí mismo ayuda a mantener la mente y cuerpo listos para enfrentarse a situaciones que requieren resiliencia.
2. Invitar a que se proponga metas y promover el desarrollo de planes realistas. Proponer la realización de alguna actividad en forma regular -incluso si parece un logro pequeño- que le permita moverse hacia sus metas, paso a paso y evitar dejarse llevar por impulsos.
3. Promover la toma de acciones decisivas, previa información. Hacer que la persona adolescente participe de la toma de decisiones sobre su salud y, para ello, brinde información, aclare dudas y ofrezca las opciones, tanto para prevención como para tratamiento en los casos en que sea necesario.
4. Promover el buen relacionamiento con los miembros cercanos de la familia, amigos u otras personas importantes, así como estimular la aceptación de apoyo. Desarrollar y fortalecer las habilidades en comunicación contribuye a la resiliencia. Asimismo, proponer la participación en grupos cívicos, organizaciones religiosas u otros grupos locales, pues se ha visto que en algunas personas esto les provee sostén social y las ayuda a tener esperanza. Ayudar a los demás en sus momentos de necesidad también fortalece al que lo hace.
5. Proponer el auto-descubrimiento, conocerse a sí mismo/a, buscar significado de su vida, establecer sus metas, sueños, aspiraciones y lo que considera que debe fortalecer.
6. Ayudar a entender que las crisis son problemas superables. Si bien no se puede cambiar el hecho de que suceden los eventos altamente estresantes, sí se puede cambiar la forma de interpretar y responder a estos eventos. Ayudar e invitar a que mire más allá del presente y a pensar en el futuro.
7. Contribuir a aceptar el cambio como parte de la vida. Algunas metas pueden no ser alcanzables como resultado de situaciones adversas, aceptar las circunstancias que no se pueden cambiar puede ayudarle a concentrarse en las circunstancias que se pueden alterar.
8. Ayudar a cultivar una visión positiva de sí mismo/a. Promover el desarrollo de la confianza en su capacidad para resolver problemas y que confíe en sus instintos, como aspectos que ayudan a construir la resiliencia.
9. Contribuir a mantener las cosas en perspectiva, incluso en momentos difíciles.
10. Promover una actitud optimista y el sentido del humor. Una visión optimista le permite esperar que ocurran cosas buenas en su vida.

Maduración social

En el Cuadro de Procedimientos IMAN se presentan las principales características de desarrollo psico-social de adolescentes, según las tres etapas de la adolescencia y de acuerdo al contexto étnico socio-económico y cultural.

Los cambios biológicos, psicológicos, cognitivos y emocionales no explican por sí solos la conducta adolescente. El ambiente étnico, social y cultural como la familia, los amigos, las normas sociales y los medios masivos de comunicación también influyen en la conducta adolescente.

A continuación se detallan algunos de ellos: familia, amigos, noviazgos y enamoramientos.

Familia

La familia, en sus diferentes tipos: monoparentales, completas, ensambladas, incluyendo a la familia extendida, es probablemente el factor que más contribuye a la salud de las personas adolescentes. Las relaciones de familia pueden guiar a las y los adolescentes, poner límites y confrontar premisas y creencias prevalentes dentro de su cultura. Estas relaciones familiares contribuyen al desarrollo de la resiliencia o factores protectores para enfrentar prácticas étnicas, culturales y sociales que puedan perjudicar su desarrollo y salud sexual.

Algunas investigaciones demuestran que los padres que utilizan un estilo de crianza que se caracteriza por la calidez, el control firme, el establecimiento de límites y por prestar atención al desarrollo de las habilidades cognitivas y sociales de la persona adolescente tienden a fortalecer la confianza, el auto control y las habilidades para afrontar diversas situaciones de sus hijos o hijas adolescentes. Por el contrario, los padres autocráticos (especialmente severos, críticos, protectores y ansiosos) disminuyen su autoestima, auto eficacia y cortan su desarrollo psicológico.

La familia es un factor altamente protector en la vida de las y de los adolescentes, siendo el sentido de cercanía con un referente adulto, uno de los indicadores más importantes. Algunos estudios han demostrado que las personas adolescentes en situaciones crónicamente estresantes, como la pobreza, o aquellos que viven algún trauma (como la muerte de un padre o hermano) suelen sobrellevar esto de mejor manera cuando tienen apego positivo y significativo, por lo menos, con una persona adulta.

Amigos

En general, las personas adolescentes tienden a identificarse más cercanamente con sus pares, especialmente cuando están tratando de definir su autonomía y dependencia de sus padres. La aceptación de sus pares juega un papel muy importante en la definición de la identidad así como de su autoestima. La influencia de los pares se da en una diversidad de aspectos: desde cómo hablan, cómo se visten, qué música escuchan, hasta qué comportamientos tienen. Estas influencias pueden ser positivas o negativas.

Es importante remarcar que no todas las personas son igualmente sensibles a esta influencia o presión. Algunas personas adolescentes no son conformistas y no permiten que sus pares influyan en su comportamiento y decisiones. Otras son más susceptibles a la presión de sus pares y buscan la aprobación de éstos, replicando sus comportamientos. Esta susceptibilidad está asociada a la falta de confianza y a la ausencia de habilidades sociales para lidiar con situaciones de presión.

Puntos para compartir con adolescentes que tengan que tomar una decisión importante:

1. Busca información.
 2. Piensa en tus valores y analízalos (los valores evitarán tomar decisiones apresuradas que más tarde los hagan sentirse mal).
 3. Haz una lista de todas las opciones que tienes.
 4. Evalúa las ventajas y desventajas de esas opciones.
 5. Piensa en las consecuencias, buenas y malas, que podría tener tu decisión a corto, mediano y largo plazo.
 6. Toma tu decisión eligiendo la mejor opción.
 7. Evalúa los resultados de la decisión que tomaste (¿estás contento, satisfecho con tu decisión?, ¿quizá todavía estés a tiempo de corregir lo que no salió bien?).
-

Noviazgos y enamoramientos

Los primeros noviazgos y enamoramientos son una forma de compartir emociones y afectos con personas del sexo opuesto o del mismo sexo. Por lo general, las personas adolescentes en su primer amor no buscan la compañera o compañero de su vida, más bien, lo que están expresando es su deseo de amar, de ser independientes, de probar a los demás que son capaces de conquistar.

En esta etapa, los encuentros con parejas son una forma de aprender a llevarse bien con los demás, de conocer y entender sus diferentes puntos de vista, de desarrollarse emocionalmente y empezar a tomar conciencia de su sexualidad.

El personal de salud (y los padres de adolescentes) no debe olvidar que el propósito principal de estos encuentros de pareja entre adolescentes es la búsqueda de la compañía de una persona del sexo opuesto o del mismo sexo para conversar, conocerse, y tal vez compartir afectos y no necesariamente para tener alguna experiencia de tipo sexual. Por lo tanto, el noviazgo y enamoramiento entre adolescentes no debe convertirse en un motivo de alarma pues éste es parte de su desarrollo.

Sí es importante poder identificar situaciones de violencia basada en género. La violencia de género se traduce, histórica y socialmente, en violencia dirigida contra las mujeres, (niñas, adolescentes, adultas, adultas mayores) puesto que las afecta en forma desproporcionada sobre la base del rol femenino socialmente construido. Incluye actos que infligen daños o sufrimientos de índole física, mental o sexual, amenazas de cometer esos actos, coacción y otras formas de privación de la libertad. Sin olvidar, que también los adolescentes varones pueden ser víctimas de violencia en el noviazgo o convivencia.

Situación psicosocial

Por un lado, cuando se considera la situación de salud de la población, en general, o de un determinado grupo, necesariamente debe tenerse en cuenta los determinantes sociales¹⁹ de la salud y de la enfermedad, pues la mayor parte de las enfermedades se asocian a condiciones sociales y económicas. El Paraguay es un país que presenta un alto grado de exclusión social, por lo tanto, considerar datos y características de la zona de influencia o del lugar donde provienen la familia y la persona adolescente que es atendida representa un factor importante para entender y aportar en el diagnóstico y tratamiento que se ofrezca.

Por el otro, entender que el entorno donde se desenvuelve la persona adolescente en cuanto a las características del hogar como sistema protector, así como la escuela y el grupo de pares, ejercen una importante influencia. En este sentido, en la adolescencia las relaciones con las personas de la misma edad (grupo de pares) se vuelven muy necesarias, ya que estas permiten comprender mejor los cambios y vivencias que se tienen, encontrar un lugar propio en un grupo social, obtener apoyo y afecto, explorar conductas y destrezas sociales, expresar abiertamente sus deseos y necesidades.

Durante la adolescencia, además de los cambios biológicos, se experimentan cambios psicológicos y sociales. Uno de los principales cambios que se viven en la adolescencia tiene que ver con la aceptación adaptación al nuevo cuerpo, todos los cambios y la rapidez con que se viven, generan sentimientos de preocupación y ansiedad. Algunas preguntas que hacen son: ¿Será normal lo que me está pasando?, ¿Por qué mi cuerpo se ve tan raro?, ¿Por qué ahora me muevo con torpeza?, ¿Les pasará lo mismo a otras/os?²⁰

Esta situación provoca una especie de aislamiento (pasar mucho tiempo a solas encerrado/a en el cuarto) y a la vez a una exploración constante del cuerpo. También surgen sensaciones de vergüenza e inco-

19 MSPBS/UNFPA (2010). Plan Nacional de Promoción de la Calidad de Vida y Salud con Equidad de la Adolescencia 2010-2015. Asunción.

20 MSPBS/UNFPA. (2010). Manual Consejería en Salud Sexual y Reproductiva. Paraguay.pp.21-23

modidad, especialmente por la creencia de que las demás personas están muy pendientes de los cambios que se han experimentado. Esto también genera que se le dedique mucho tiempo y atención a la apariencia física, probando nuevas formas de vestir, peinarse, hablar, caminar, con la intención de mostrarse más atractivo/a y de ser aceptado/a.

La nueva apariencia no solo modifica la relación y la imagen que se tiene de una/o misma/o, sino que también produce cambios en las relaciones con las otras personas. Otra situación que suele pasar es que se genera un distanciamiento físico entre la persona adolescente y sus padres o personas adultas cercanas, a diferencia de la época infantil en la que solían intercambiar besos, caricias y abrazos. Esta distancia física puede resultar muy dolorosa para ambas partes. Conforme va pasando el tiempo, y se logra conocer y explorar el cuerpo, las preocupaciones van disminuyendo y se va viviendo una mayor aceptación y comodidad corporal.

Hacia los últimos años de la adolescencia, generalmente, se experimentan sentimientos de tranquilidad con respecto al propio cuerpo, lo cual permite una integración del esquema corporal. Es definitivo que la forma como se viven y sienten todos estos cambios físicos, así como la reacción de las personas que nos rodean ante ese nuevo cuerpo, van a determinar la autoestima y el auto concepto que tengamos de nosotras/os mismas/os.

En la adolescencia se re-construye la identidad, es decir, se busca la respuesta a la pregunta ¿quién soy? mirando hacia atrás y reflexionando sobre las nuevas experiencias adquiridas. Este cambio no se vive solamente en la adolescencia, ya que la identidad no es estática, sino que a lo largo de toda la vida se continúa elaborando, en ciertos momentos. Por ejemplo, cuando se tiene un hijo o hija, cuando se llega a la tercera edad o cuando se da un movimiento social muy importante.

Las características mencionadas arriba, generan situaciones (en la adolescencia en este caso, aunque también ocurren en todos los grupos etarios del ciclo de la vida) que pueden condicionar la aparición de riesgos psicosociales en las personas provenientes de y en los distintos entornos o comunidades donde se desenvuelven y la ocurrencia de eventos como consecuencias de las acciones que realizan las personas.

Así es como la mayor contribución a la morbilidad y mortalidad de adolescentes está dada por las conductas de alto riesgo. Por ejemplo: el uso y abuso de alcohol y drogas que aumenta el riesgo de accidentes automovilísticos y de situaciones de violencia, el inicio de una vida sexual prematura y no protegida aumenta el riesgo de embarazos no planificados e infecciones de transmisión sexual.

Para fines prácticos se identificaron indicadores o hitos para evaluar y determinar la situación psicosocial y la presencia o no de riesgos, de acuerdo con la gravedad de los mismos. Los entornos o aspectos y situaciones o eventos, cuyas características se requieren conocer:

- **Hogar**, las características, la conformación y relacionamiento entre los miembros del mismo, presencia de personas con discapacidad.
- **Educación**, la escolaridad y proyectos de estudio.
- **Empleo**, necesidad o deseo o disponibilidad de un trabajo, lugar, tipo de actividad, horarios.
- **Alimentación**, cantidad, tipos, gustos, frecuencia diaria.
- **Actividades**, tipo de actividades en el tiempo libre, con quiénes comparte en horas de ocio, ejercicios físicos, características y tiempo del sueño.
- **Drogas**, consumo de alcohol, tabaco y/u otras sustancias psicoactivas.
- **Sexo**, vida sexual activa, protección, número de parejas, tipo de parejas, hombre, mujer o ambos sexos, uso de anticonceptivos y vías utilizadas (anal, oral, vaginal).
- **Suicidio**, sentimientos de depresión y cansancio de vivir, deseos de cambios, pensamientos sobre deseos de muerte.

- **Seguridad**, sentimientos de seguridad o inseguridad en el entorno, asistir a hechos o actos violentos, medidas de seguridad utilizadas, medios de transporte. Ser víctima de violencia, considerando el maltrato como un problema presente en nuestras sociedades y que tiene estrecha relación con la violencia estructural. La Violencia²¹ podemos conceptualizarla como toda acción u omisión que atenta contra los derechos, realizada con la intención o no de causar daño. Además, implica, de un lado, una transgresión del poder/deber de protección del adulto y, del otro una cosificación de la infancia, esto es, una negación del derecho que niñas, niños y adolescentes tienen de ser tratados como sujetos y personas en su condición particular de desarrollo.
Se expresa de diferentes formas: las más frecuentes son la física, psicológica o emocional, sexual, abandono o negligencia, o cuando el niño, niña o adolescente es testigo de la violencia que se da en el ámbito doméstico, escolar, entre otros.
- **Pobreza**, para determinar nivel de la misma, se indagará el lugar donde vive, cantidad de personas, disponibilidad de habitación propia, hacinamiento, disponibilidad de servicios básicos, otras características de la vivienda e ingreso familiar.

Riesgo psicosocial

La exposición de niños, niñas y adolescentes a los factores de riesgo, inciden negativamente sobre la salud integral de los mismos (desarrollo humano efectivo y equilibrio adecuado de interrelación social en la comunidad) y se manifiestan, posteriormente, en desequilibrios físicos, psíquicos y sociales de la persona y la comunidad.

El reconocimiento y conocimiento acabado de estos aspectos o situaciones, por el trabajador de salud le permite, en primer lugar, conocer integralmente aspectos del desarrollo psicosocial, detectar los riesgos o daños que presentan las personas adolescentes y, en segundo lugar, orientar asertivamente, tanto para prevenir los riesgos como para tratar o referir oportunamente a los servicios especializados, a fin de impedir el deterioro de la persona y su entorno o comunidad.

Se identificaron indicadores a evaluar, para determinar la situación psicosocial y la presencia o no de riesgos, en adolescentes y en los distintos entornos o comunidades, donde se desenvuelven y la ocurrencia de eventos como consecuencias de las acciones que realizan las personas.

Los entornos o aspectos y situaciones o eventos cuyas características se requieren conocer para identificar los factores protectores, así como los riesgos y signos de alarma son los mismos mencionados anteriormente, con las siglas HEEAADSSSP.

Para evaluar el riesgo psicosocial, siga el esquema presentado en el Cuadro de Procedimientos IMAN. A continuación, ampliamos la información de algunas preguntas para la evaluación.

- Nombre, cómo le gusta ser llamado/a. Edad, para determinar la etapa de la adolescencia en la que se encuentra. Ésta puede ser temprana, de 10 a 13 años; media, de 14 a 16 años o tardía, de 17 a 19 años. Las características de independencia –dependencia en relación con los padres y amistades son diferentes de acuerdo con cada etapa. La imagen corporal, la integración grupal y el desarrollo de la identidad, presentan también características particulares, según cada etapa mencionada.

21 MSPBS (2012). Manual de Atención Integral a Víctimas en el Sistema de Salud. Dirección de Salud Integral de la Niñez y Adolescencia / Dirección de Salud Mental – DGPS.

- ¿Dónde vive? ¿Con quién o quiénes vive? ¿Tiene habitación y cama propia? ¿Con quién comparte? ¿Cómo le gustaría que fuera?
- Relacionamento familiar. Discusiones frecuentes en la familia: ¿Quiénes? ¿Por qué? (orden, disciplina, respeto). ¿Los padres o responsables son muy estrictos, permisivos o distantes, ausentes?
- ¿Toma algún tipo de medicamento? (somníferos, antialérgicos que induzcan el sueño). ¿Por qué? ¿Cómo le afectan estas situaciones? Según respuesta pasar a Evaluación de Depresión.
- Usa o consume: alcohol, cigarrillos u otras sustancias legales o ilegales (si la respuesta es positiva ver “Consumo de Sustancias”).
- ¿Estudia? ¿A qué grado va? Problemas en la escuela (rendimiento, relacionamiento).
- ¿Trabaja? ¿En qué trabaja? Horario. Indagar sobre la necesidad o deseo o disponibilidad de un trabajo, lugar, tipo de actividad.

Se considera Trabajo Infantil: toda actividad que implica la participación de niños/as menores de 14 años en la producción y comercialización familiar de bienes no destinados al autoconsumo o a la prestación de servicios, a personas naturales jurídicas, que les impida el acceso, rendimiento y permanencia en la educación, o se realicen en ambientes peligrosos, produzcan efectos negativos inmediatos o a largo plazo, o se lleven acabo en condiciones ambientales que afecten el desarrollo del niño/a (reglamentado por Ley N° 1.657/01). Para trabajos peligrosos ampliar información en Anexo del Cuadro de Procedimientos IMAN.

- ¿Conduce algún tipo de vehículo? ¿Tiene contacto con agrotóxicos? (fumigaciones en la zona donde vive y/o trabaja) ¿Cuál es el medio de transporte que utiliza con más frecuencia? Accede a algún tipo de armas (de fuego, arma blanca). ¿Utiliza medidas de seguridad? Evaluar la exposición al peligro, identificando y previniendo riesgos para la intervención adecuada.
- ¿Tiene amigos/as? ¿Cómo se siente en relación a sus amigos? Actividades grupales, aceptación/rechazo del grupo por los padres u otros amigos. Actividades grupales, aceptación/rechazo del grupo u otros amigos. Fue o es parte de agresiones físicas y/o verbales. ¿Qué actividades realiza en su tiempo libre?
- Acceso a la tecnología y el tiempo que le dedica: Tecnologías de la Información y Comunicación (TICs) son aquellos dispositivos que capturan, transmiten, editan y brindan datos e información. El internet se ha vuelto un derecho básico en varios países, ya que contribuye a la libertad de expresión, a la participación, a la reunión, a la información, entre otros. El uso seguro y responsable es una medida fundamental, especialmente en niños, niñas y adolescentes, donde los adultos son los responsables de velar por estas medidas. (Global Infancia. (2013). “Manual sobre el uso seguro y responsable de las tecnologías de la información y comunicación”).
- ¿Cómo es su alimentación? ¿Cuántas veces come al día? Cantidad, tipos de alimentos, gustos, frecuencia diaria y consideraciones sobre el estilo propio.
- ¿Tiene novio/a o pareja? ¿Desde cuándo lo tiene? Relaciones sexuales activas, preferencia y orientación. ¿Conoce formas de protección? ¿Cuáles? ¿Utiliza? ¿Cuál?
- Cuando se encuentran factores de riesgo, generar la alerta para su mayor indagación en la evaluación de Salud Sexual y Reproductiva.
- ¿Cómo se siente? ¿Está a gusto consigo misma/o?
- ¿Quién es su referente adulto? (persona adulta de confianza). Conocer quién o quiénes son personas de su confianza y/o quiénes están al cuidado.
- ¿Tiene planes o proyectos? ¿Cómo se ve de aquí a algunos años? Proyecto de vida.

Clasificar y tratar o referir

En este apartado, en el proceso de clasificar un riesgo psicosocial en adolescentes, usted encontrará la descripción de riesgo, a partir de la presencia o no de factores de riesgo, en su presentación como Alto Riesgo, Mediano Riesgo o Sin Riesgo.

Para clasificar el riesgo psicosocial en adolescentes, ubicarse en el Cuadro de Procedimiento, y evalúe en este caso la posibilidad de que la persona adolescente se encuentre o no, en situación de riesgo psicosocial. Hay tres maneras de clasificar:

- ALTO RIESGO
- MEDIANO RIESGO
- SIN RIESGO

Destacando que, al mismo tiempo, se identificarán los recursos con que cuenta la persona adolescentes, así como los factores protectores.

Para clasificar adolescentes con o sin riesgo psicosocial.

1. Observe los signos de peligro en la fila roja (o superior). ¿Tiene la persona un signo general de peligro? Si presenta un signo asignado en la fila roja elija la clasificación grave ALTO RIESGO.
2. Si la persona adolescente no tiene la clasificación grave, observe la fila amarilla (o segunda fila) ¿Tiene la persona un signo general de peligro? Si presenta un signo general de peligro y no tiene clasificación grave, elija la clasificación en la fila amarilla MEDIANO RIESGO.
3. Si la persona adolescente no presenta ninguno de los signos de las filas roja o amarilla, observe la fila verde o inferior, y seleccione la clasificación SIN RIESGO.

Siempre que use el Cuadro de Procedimiento comience con la primera fila. Cada recuadro recibe una sola clasificación.

Consumo de sustancias²²

El alcohol y otras drogas psicoactivas, mal llamadas narcóticos son sustancias psicoactivas o drogas ilícitas que disminuyen o anulan la capacidad de tomar decisiones, distorsionan la percepción y deteriora el funcionamiento físico. El consumo de alcohol, incluso en cantidades inferiores a la intoxicación clínica, incrementa las posibilidades de conducta sexual de riesgo, accidentes de tránsito, ahogamientos, agresiones físicas, incluyendo homicidios y hasta suicidios y la probabilidad de desarrollo de dependencia química durante toda la vida.

Casi todas las drogas producen tolerancia, haciendo que, al cabo de un tiempo, la dosis habitual deje de producir su efecto usual, obligando a consumir dosis cada vez mayores y cada vez más costosas para percibir el efecto deseado. Los impulsos y los objetivos se centran preferentemente en conseguir más droga y en el miedo a no poder obtenerla. La vida cotidiana de la persona adolescente comienza a girar en torno a la droga.

Existen diferentes vías de administración. Algunas drogas se fuman, otras se toman en forma de pastillas, otras se inyectan en las venas y otras se inhalan (pegamento, acetona, solventes que vaporizan o polvos). Algunas, como la cocaína, pueden crear adicción muy rápidamente, según algunas literaturas, con solo una o dos tomas.

El consumo de drogas confunde la función mental y por tanto, incrementa el riesgo de sufrir traumatismos por accidentes de tránsito, caídas o quemaduras. Puede provocar grandes daños al cerebro, al corazón y otros aparatos y la sobredosis puede causar la muerte. Los que consumen drogas sostienen económicamente a los que trafican con ellas, a sus crímenes y a la corrupción que generan. Los daños afectan a familias y comunidades.

La vía de elección para el abordaje del consumo o abuso de sustancias es la prevención. Cabe destacar que, para que una persona pueda ejercer el derecho a la toma de decisiones libre y consciente sobre su vida, debe alejarse del uso de drogas y del abuso del alcohol.

Es importante recordar que tanto la adicción a las drogas como el abuso del alcohol tienen consecuencias negativas no solo para la salud de las personas, sino también para las familias, las sociedades y la seguridad pública. Por lo tanto, las intervenciones deben darse a nivel interinstitucional y multidisciplinario (Educación, Salud, Ministerio Público, del Interior, de Justicia y Trabajo, entre otros).

Evaluar consumo de sustancias

Estamos en presencia de una adicción cuando la conducta de una persona la conduce a una dependencia de un objeto (ej., el cigarrillo) o actividad (ej., el juego). Esta dependencia provoca la reducción gradual del abanico de intereses del sujeto y como consecuencia de sus obligaciones. **Finalmente este tipo de comportamiento toma su vida: se vuelve su vida.**²³

Características de la conducta adictiva

Gossop y Grant (1990) han definido a la adicción a partir de los siguientes elementos:

1. Un sentimiento de compulsión para realizar una determinada conducta.
2. La capacidad deteriorada para controlar la conducta (tanto en su origen, sostenimiento como en su desarrollo).
3. Fuerte malestar y alteración emocional cuando la conducta es impedida o se la abandona.

22 OPS/OMS. (2005). Basado en Publicación Científica y Técnica N° 590. Mejoremos la salud a todas las edades. pp.96-98.

23 Dra. Mirta Laham. La conducta adictiva. **Psicología de la salud, portal. www.psicologiadelasalud.com.ar**

4. La persistencia en la conducta a pesar de la evidencia de su nocividad para el sujeto

Para clasificar y tratar el consumo y el riesgo o el no consumo de sustancias por adolescentes, ubíquese en el Cuadro de Procedimientos y evalúe en este caso la posibilidad de que la persona adolescente sea o no consumidor de sustancias, según la siguiente clasificación, siempre comience con la hilera roja.

Para el proceso de clasificar el riesgo de consumo de sustancias en adolescentes usted encontrará la descripción de las tres maneras de clasificar: Consumo de Sustancias, Riesgo para Consumo de Sustancias y Bajo Riesgo para Consumo de Sustancias y se presentan las características de dichas situaciones en este orden:

- CONSUMO DE SUSTANCIAS.
- RIESGO PARA CONSUMO DE SUSTANCIAS.
- BAJO RIESGO PARA CONSUMO DE SUSTANCIAS.

Criterios de diagnóstico

Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas, según CIE 10 (F10-F19)²⁴

Este grupo incluye una gran diversidad de trastornos, de diferente gravedad y formas clínicas, pero todos atribuibles al uso de una o más sustancias psicoactivas, las cuales pueden o no haber sido prescritas por el médico. La sustancia en cuestión se indica por medio del tercer carácter, mientras los códigos del cuarto carácter especifican el cuadro clínico. Los códigos deben usarse para cada sustancia especificada, según sea necesario, pero debe notarse que no todos los códigos de cuarto carácter son aplicables a todas las sustancias.

La identificación de la sustancia psicoactiva debe basarse en la mayor cantidad de fuentes de información. Estas incluyen el informe del paciente, análisis de la sangre y otros líquidos corporales, síntomas característicos físicos y psicológicos, signos clínicos y del comportamiento y otra evidencia, tal como la droga que posee el paciente, o declaraciones de terceras personas bien informadas. Muchas personas que utilizan drogas toman más de una sustancia psicoactiva. El diagnóstico principal debería clasificarse, siempre que sea posible, de acuerdo con la sustancia o grupo de sustancias que ha causado o ha contribuido más al síndrome clínico que se presenta. Los otros diagnósticos deben codificarse cuando se han tomado otras drogas en cantidades tóxicas (cuarto carácter común. 0) o en cantidades suficientes para causar daño (cuarto carácter común.1), dependencia (cuarto carácter común .2) u otros trastornos (cuarto carácter común .3-.9).

Sólo debe usarse el código de diagnóstico de trastornos resultantes del uso de múltiples drogas (F19) en los casos en los que los patrones de uso de drogas psicoactivas son caóticos e indiscriminados, o en los que las contribuciones de diferentes drogas psicoactivas están mezcladas inseparablemente.

Excluye: abuso de sustancias que no producen dependencia (F55)

Las siguientes subdivisiones de cuarto carácter son para ser usadas con las categorías D10-F19:

.0 Intoxicación Aguda

Estado posterior a la administración de una sustancia psicoactiva, que da a lugar a perturbaciones en el nivel de conciencia, en lo cognitivo, en la percepción, en la afectividad o en el comportamiento, o en otras funciones y respuestas psicofisiológicas. Las perturbaciones se relacionan directamente con los efectos farmacológicos agudos de las sustancias, y se resuelven con el tiempo, con recuperación comple-

²⁴ Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud Décima Revisión-Volumen 3- Publicación Científica No. 554. Organización Panamericana de la Salud

ta, excepto en los casos en los que hayan surgido daños tisulares u otras complicaciones. Entre las complicaciones pueden contarse los traumatismos, la aspiración del vómito, el delirio, el coma, las convulsiones y otras complicaciones médicas. La naturaleza de estas complicaciones depende del tipo farmacológico de las sustancias utilizadas y de la forma de administración.

- Embriaguez aguda en el alcoholismo
- Embriaguez SAI
- Intoxicación patológica
- “Mal viaje” (Drogas)
- Trance y posesión en la intoxicación por sustancia psicoactiva.

.1 Uso nocivo

Patrón de consumo de una sustancia psicoactiva que causa daño a la salud. El daño puede ser físico (como en los casos de hepatitis por la autoadministración de sustancias psicoactivas inyectables), o mental (por ejemplo: en los episodios de trastornos depresivos secundarios a una ingestión masiva de alcohol.

- Abuso de sustancia psicoactiva

.2 Síndrome de dependencia

Conjunto de fenómenos del comportamiento, cognitivos y fisiológicos, que se desarrollan luego del consumo repetido de la sustancia en cuestión, entre los cuales se cuentan característicamente los siguientes: un poderoso deseo de tomar la droga, un deterioro de la capacidad para autocontrolar el consumo de la misma, la persistencia del uso a pesar de consecuencias dañinas, una asignación de mayor prioridad a la utilización de la droga que a otras actividades y obligaciones, un aumento de la tolerancia a la droga y, a veces, un estado de abstinencia por dependencia física. Puede haber síndromes de dependencia específica y psicoactiva (por ejemplo: tabaco, alcohol o diazepam), de una clase de sustancia (por ejemplo: drogas opioides), o de una variedad más amplia de sustancias psicoactivas farmacológicamente diferentes.

- Alcoholismo crónico
- Dipsomanía
- Drogadicción

.3 Estado de abstinencia

Grupo de síntomas de gravedad y grado de integración variables, que aparecen durante la abstinencia absoluta o relativa de una sustancia psicoactiva, luego de una fase de utilización permanente de la misma. El comienzo y la evolución del estado de abstinencia, son de duración limitada y se relacionan con el tipo y con la dosis de la sustancia psicoactiva, utilizada inmediatamente antes de la suspensión o de la disminución de su consumo. El estado de abstinencia puede complicarse con convulsiones.

.4 Estado de abstinencia con delirio

Afección en la que el estado de abstinencia definido en el cuarto carácter común .3 se complica con delirio según los criterios en F05. También se puede presentar convulsiones. Cuando se considera que los factores orgánicos desempeñan también un papel en la etiología, la afección deberá clasificarse en F05.8.

- Delirium tremens (inducido por el alcohol)

.5 Trastorno psicótico

Conglomerado de fenómenos psicóticos que ocurren durante o después del consumo de la sustancia psicoactiva, pero que no se explican en función de una intoxicación aguda pura. Y que no forman parte de un estado de abstinencia. El trastorno se caracteriza por alucinaciones (auditivas, en forma característica, pero a menudo

con más de una modalidad sensorial), por distorsiones perceptivas, por delirios (a menudo de naturaleza paranoide o persecutoria), perturbaciones psicomotrices (excitación o estupor) y por una afectividad anormal, que puede variar desde el temor intenso hasta el éxtasis. Habitualmente el sensorio se mantiene lúcido pero puede haber cierto grado de obnubilación de la conciencia que no llega a la confusión grave.

Alucinosis
Celotipia
Paranoia
Psicosis SAI } Alcohólica

Excluye: trastorno psicótico residual y de comienzo tardío inducido por el alcohol y otras sustancias psicoactivas (F10 - F19 con cuarto carácter común .7)

.6 Síndrome amnésico

Síndrome asociado con un deterioro crónico relevante de la memoria reciente y de la memoria remota. Habitualmente se conserva el recuerdo inmediato y la memoria reciente está característicamente más perturbada que la memoria reciente. Por lo común son evidentes las perturbaciones del sentido del tiempo y de ordenamiento de los sucesos, como lo es también el deterioro de la capacidad de aprendizaje de nuevos materiales. La confabulación puede ser notoria, aunque no siempre aparece. Habitualmente, las demás funciones cognitivas se encuentran relativamente bien conservadas, en tanto que los defectos amnésicos son desproporcionados con relación a las demás perturbaciones.

- *Psicosis o síndrome de Korsakov* inducido por alcohol inducidas por otras sustancias psicoactivas o no especificadas.
- Trastorno amnésico inducido por alcohol o drogas.

Excluye: psicosis o síndrome de Korsakov no alcohólico (F04).

.7 Trastorno psicótico residual y de comienzo tardío

Trastorno en el cual los cambios cognitivos, de la afectividad, de la personalidad o del comportamiento inducido por el alcohol o por sustancias psicoactivas, se prolongan más allá del período durante el cual podría asumirse razonablemente que está operando un efecto directamente relacionado con las mismas. El comienzo del trastorno debe estar directamente relacionado con el consumo de la sustancia psicoactiva. En los casos en que el comienzo del estado ocurra más tarde que el o los episodios del uso de dicha sustancia, será codificado aquí solo cuando se disponga de evidencias claras y firmes para atribuir ese estado a los efectos residuales de la sustancia psicoactiva. Las retrospectivas (flashbacks) deben ser diferenciadas del estado psicótico, en parte por su naturaleza episódica, por ser frecuentemente de muy corta duración, y porque reproducen experiencias previas relacionadas con el alcohol u otras sustancias psicoactivas.

- Demencia alcohólica SAI
- Demencia y otras formas más leves de deterioro intelectual permanente
- Retrospectivas
- Síndrome cerebral alcohólico crónico
- Trastorno (de la):
 - afectivo residual
 - percepción post consumo de alucinógenos
 - psicótico de comienzo tardío inducido por sustancias psicoactivas
 - residual de la personalidad y del comportamiento.

Excluye: estado psicótico inducido por alcohol o sustancias psicoactivas (F10 - F19, con cuarto carácter común .5).

Síndrome Korsakov inducido por alcohol o por sustancias psicoactivas (F10 – F19, con cuarto carácter común .6).

.8 Otros trastornos mentales y del comportamiento

.9 Trastorno mental y del comportamiento, no especificado

Confirmación de consumo de sustancias (rojo)

La persona adolescente acepta que consume tabaco, alcohol o drogas en forma regular o presenta uno o más de los siguientes signos: aliento etílico, hipertrofia de úvula, rinitis persistente con mucosa pálida o perforación de tabique, labios secos, quebradizos y quemaduras, úlceras en tabique nasal; zonas de inyección: flebitis, inyección ocular, epistaxis, clasifique en la hilera roja.

La persona adolescente clasificada en el Cuadro de Procedimientos como CONSUMO DE SUSTANCIAS, debe ser derivado a un centro especializado disponible, tratado en terapia de Psicología, terapia de grupos de alcohólicos o farmacodependientes y en las especialidades médicas de Psiquiatría, Toxicología, Servicios para Adolescente, otros, según lo amerite el caso. Debe ser incorporado a Programas Específicos (disponibles en la localidad), dependiendo de la problemática.

“

En todos los casos se debe referir a un especialista.
Considerar siempre la importancia de: detectar + abordar y orientar sin emitir juicios
(buscando conciencia de la enfermedad para adherencia al tratamiento).

”

Riesgo para consumo de sustancias (amarillo)

Si la persona adolescente refiere no ser consumidora de sustancias y no es clasificada como consumidora de sustancias, pero presenta dos o más de los siguientes signos: curiosidad mal manejada por adultos, uso previo de sustancias, uso ocasional, descuido personal extremo, familia y /o amigos que consumen tabaco, alcohol, otras sustancias, sufrió eventos traumáticos, es adolescente de “la calle”, abandono escolar, tiene padres muy estrictos/permisivos/ausentes y/o fácil acceso a sustancias, clasifique en la hilera amarilla.

La persona adolescente clasificada en el Cuadro de Procedimientos como RIESGO PARA CONSUMO DE SUSTANCIAS, debe ser abordada con el objetivo central de lograr un vínculo de confianza con el profesional para proveer información objetiva, según necesidad para desbaratar los mitos sobre el consumo. Evitar decisiones apresuradas para la derivación al especialista. Es importante que la persona adolescente sea informada y orientada:

- Sobre los efectos que trae el uso de sustancias, no se trata de una clase teórica.
- Sobre los beneficios de llevar estilos de vida saludables.
- A evitar las ocasiones en las que hay disponibilidad de alcohol o drogas.

Además se solicitará el nombre de dos adultos de su confianza y conversará con ellos y garantizará confidencialidad, aclarando la posibilidad de requerir apoyo de los padres.

Bajo riesgo para consumo de sustancias (verde)

Si la persona adolescente no presenta ninguno de los signos de la hilera roja o de la hilera amarilla se clasifica como BAJO RIESGO DE CONSUMO DE SUSTANCIAS y debe ser informada y orientada sobre los efectos que trae el uso de sustancias, cuando se considere pertinente, y promocionar estilos de vida saludables. ANEXO del Cuadro de Procedimiento IMAN.

Riesgo de Depresión²⁵

La depresión es una de las patologías mentales más comunes, es un proceso continuo que se manifiesta desde las formas más leves hasta las más graves. La depresión puede tratarse y con el tratamiento adecuado, alrededor de 80% de las personas con depresión pueden conseguir gran mejoría. Los signos y síntomas a ser evaluados se encuentran en el Cuadro de Procedimiento IMAN.

Los principales factores de riesgo de los episodios depresivos son: tener un pariente sanguíneo de primer grado (padre, madre, abuelo, hermano) con un trastorno depresivo; haber experimentado un factor estresante grave, tal como la muerte o pérdida de una persona querida, una crisis de salud o una catástrofe familiar o comunitaria; vivir en la pobreza o en una posición social de impotencia y sufrir una enfermedad física grave.

Anorexia nerviosa

- Definición: es la pérdida deliberada de peso inducida o mantenida por el/la mismo/a enfermo/a.
- Edad de aparición: aparece con mayor frecuencia en mujeres adolescentes y jóvenes.

Pautas para el diagnóstico

- Pérdida significativa de peso.
- Pérdida de peso originada por el paciente porque: evita consumir alimentos, se provoca los vómitos, realiza ejercicios excesivos, por purgas provocadas y/o por consumir diuréticos o anorexígenos.
- Distorsión de la imagen corporal: pavor ante la gordura o la flaccidez de las formas corporales.
- Trastorno endócrino generalizado: afecta el eje hipotálamo-hipofisario-gónada.
- Se manifiesta: amenorrea en la mujer, pérdida de interés y de la potencia sexual en los varones.
- Concentraciones altas de la hormona de crecimiento y el cortisol.
- Alteraciones del metabolismo de la hormona tiroidea.
- Anomalías de la secreción de insulina.
- Si se inicia antes de la pubertad: se retrasa o se detiene los procesos de la pubertad.

Bulimia nerviosa

- Definición: síndrome caracterizado por episodios repetidos de ingesta excesiva de alimentos y por una preocupación exagerada por el control del peso corporal, lo que lleva al enfermo a adoptar medidas extremas para mitigar el aumento de peso producido por la ingesta de comida.
- Edad y Sexo: lo mismo que en la anorexia nerviosa. Es más frecuente en mujeres adolescentes o adultas jóvenes.

25 Basado en Mejoremos la salud a todas las edades.pp.184-185 OPS/OMS 2005.Publicación Científica y Técnica N° 590.

Pautas para el diagnóstico de bulimia

- Preocupación continua por la comida, con deseos irresistibles de comer, episodios de polifagia, come grandes cantidades de comida en periodos cortos de tiempo.
- El paciente intenta contrarrestar el aumento de peso mediante uno o más de los siguientes métodos: vómitos autoprovocados, abuso de laxantes, período de ayuno, consumo de fármacos anorexígenos, extractos tiroideos o diuréticos.
- Miedo morboso a engordar, el/la enfermo/a se fija en forma estricta un peso muy inferior al que tenía antes de enfermarse o a su peso óptimo sano.
- Con frecuencia existen episodios previos de anorexia con un intervalo entre ambos de varios meses a años.
- Puede acompañarse de trastornos depresivos o coexistir con alteraciones más profundas de la personalidad (dependencia de alcohol, robo de comida en los comercios, etc.).

Esquizofrenia

La Esquizofrenia es una enfermedad mental que se caracteriza por tener un curso crónico y recurrente. La prevalencia es del 1% y es similar tanto en hombres como en mujeres. La edad media de inicio es entre los 15 y 25 años.

Etiología: existen estudios que implican a diferentes factores de riesgo, como ser lo genético, las situaciones vitales estresantes, lo biológico, por lo que para explicar las causas es preciso utilizar el modelo de etiopatogenia multifactorial.

Sintomatología: en el Síndrome Agudo se observa, frecuentemente, los síntomas positivos y en el Síndrome Crónico los síntomas negativos. Estos síntomas se detallan en la Tabla 1. Los criterios del CIE10 para hacer el diagnóstico se detallan en la Tabla 2.

TABLA 1
SÍNTOMAS NEGATIVOS/POSITIVOS EN ESQUIZOFRENIA

Síntomas negativos	Síntomas positivos
<p>Aplanamiento afectivo</p> <ul style="list-style-type: none"> - Invariabilidad de la expresión facial. - Disminución de movimientos espontáneos. - Escasez de gestos expresivos. - Contacto pobre con la mirada. - Ausencia de respuesta afectiva. - Afecto inapropiado. - Ausencia de inflexiones en el habla. <p>Alogia</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pobreza del habla. - Bloqueo. - Aumento de latencia de respuestas. <p>Abulia-apatía</p> <ul style="list-style-type: none"> - Higiene personal insuficiente. - Anergia física. - Falta de persistencia en trabajo o escuela. <p>Anhedonia-asocialidad</p> <ul style="list-style-type: none"> - Escasez de intereses o actividades. - Escaso interés sexual. - Pocas relaciones con amigos y compañeros. <p>Atención</p> <ul style="list-style-type: none"> - Distraibilidad social. 	<p>Alucinaciones</p> <ul style="list-style-type: none"> - Auditivas. - Voces comentando o conversando. - Visuales. - Olfativas-gustativas. - Somáticas-táctiles. <p>Ideas delirantes</p> <ul style="list-style-type: none"> - De persecución. - Celotípicas. - De culpabilidad, de pecado. - De grandeza. - Religiosas. - Somáticas. - De referencia. - De control. - De lectura de la mente. - Eco, inserción, difusión del pensamiento. <p>Conducta extraña</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alteración en conducta social y sexual. - Agresividad, agitación. - Conducta estereotipada, repetitiva. - Alteración en vestido y apariencia. <p>Trastornos formales del pensamiento</p> <ul style="list-style-type: none"> - Descarrilamiento. - Tangencialidad. - Incoherencia. - Circunstancialidad. - Asociaciones sonoras.

TABLA 2
CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE ESQUIZOFRENIA SEGÚN CIE-10

Aunque no se han identificado síntomas patognomónicos, la CIE-10 considera que ciertos fenómenos psicopatológicos tienen una significación especial para el diagnóstico de Esquizofrenia, los cuales pueden presentarse asociados entre sí. Éstos son:

-
- a. Eco, robo, inserción de pensamiento o difusión del mismo.
 - b. Ideas delirantes de ser controlado, de influencia o de pasividad, claramente referidas al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos o acciones o sensaciones concretas y percepción delirante.
 - c. Voces alucinatorias que comentan la propia actividad, que discuten entre ellas sobre el enfermo u otros tipos de voces alucinatorias que proceden de otra parte del cuerpo.
 - d. Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son adecuadas a la cultura del individuo o que son completamente imposibles, tales como las de identidad religiosa o política, capacidad y poderes sobrehumanos.
 - e. Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando van acompañadas por ideas delirantes no estructuradas y fugaces sin contenido afectivo claro, o ideas sobrevaloradas persistentes, o cuando se presentan a diario, durante semanas, meses o permanentemente.
 - f. Interpolaciones o bloqueos en el curso del pensamiento, que dan lugar a un lenguaje divagatorio, disgregado, incoherente o lleno de neologismos.
 - g. Manifestaciones catatónicas, tales como excitación, posturas características o flexibilidad cérea, negativismo, mutismo, estupor.
 - h. Síntomas "negativos" tales como apatía marcada, empobrecimiento del lenguaje, bloqueo o incongruencia de la respuesta emocional (estas últimas habitualmente conducen a retraimiento social y disminución de la competencia social). Estos síntomas no se deben a depresión o a medicación neuroléptica.
 - i. Un cambio consistente y significativo de la cualidad general de algunos aspectos de la conducta personal, que se manifiesta como pérdida de interés, falta de objetivos, ociosidad, estar absorto y aislamiento social.
-

El CIE-10 considera que el requisito habitual para el diagnóstico de Esquizofrenia es la presencia de un síntoma muy evidente, o dos o más si son menos evidentes, de cualquiera de los grupos uno a cuatro, o síntomas de -por lo menos- dos de los grupos referidos entre el cinco y el ocho, que hayan estado presentes la mayor parte del tiempo, durante un período de un mes o más.

El diagnóstico de Esquizofrenia no deberá hacerse en presencia de síntomas depresivos o maniáticos relevantes, a no ser que los síntomas esquizofrénicos antecederan claramente al trastorno afectivo. Tampoco deberá diagnosticarse en presencia de una enfermedad cerebral manifiesta o durante una intoxicación por sustancias psicotrópicas o una abstinencia de las mismas.

Nutrición

La nutrición tiene un gran papel en la regulación del crecimiento y mineralización del esqueleto. Su papel se puede considerar doble, ya que -por una parte- proporciona los nutrientes clave para el suministro de energía y formación de estructuras y, por otra, interactúa con hormonas, como GH (hormona de crecimiento) y gonadotropinas, que a su vez determinan los niveles de IGF-I (hormona clave para el crecimiento) y esteroides gonadales, respectivamente.

Para obtener una adecuada valoración del estado nutricional es necesario evaluar la ingesta alimentaria, la actividad física y las medidas, ya que todas ellas en su conjunto reflejan la condición adolescente.

Para determinar la maduración biológica se debe conocer los cambios biológicos durante la adolescencia, los más visibles son:

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

Existen diferentes escalas y herramientas para medir el grado de madurez de estos cambios, a continuación se revisan los más importantes:

- Peso corporal
- Talla
- Índice de masa corporal para la edad
- Maduración sexual

Diagnóstico del estado nutricional

Se establece como criterio diagnóstico del estado nutricional de adolescentes, la determinación del IMC y la relación Talla/Edad según sexo y de acuerdo con los parámetros establecidos a continuación y que se resumen en el Cuadro de Procedimientos.

En todos los casos, pregunte al o la adolescente sobre la alimentación y hábitos alimentarios, teniendo en cuenta los Consejos para la Alimentación del y la Adolescente del Cuadro de Procedimientos IMAN, evaluar comparativamente los hábitos de ingesta y actividad física y aconsejar de acuerdo con los mensajes.

Proporcionar esta información a las personas adolescentes tiene trascendental importancia debido a que en éste periodo es cuando pueden instalarse hábitos no convencionales de alimentación y trastornos alimentarios.

Del mismo modo, resulta fundamental brindar información sobre actividad física, ya que en esta etapa la práctica de actividad física contribuye, además de los beneficios de tipo corporal (mantenimiento del peso corporal, formación ósea) con el establecimiento de relaciones sociales de grupo, ocupar saludablemente una fracción importante del tiempo de ocio, establecer patrones adecuados de estilo de vida y, asimismo, ayuda a instalar actitudes mentales positivas de autoestima.

Dentro de los hábitos no convencionales de alimentación se encuentran las siguientes situaciones:

- Irregularidad en el patrón de las comidas: lo más destacable es la ausencia del desayuno, o un desayuno nutricionalmente pobre, saltar las comidas o eliminar la cena.
- Ingesta elevada de comidas y productos de preparación rápida los cuales se caracterizan por un alto contenido de energía, grasa saturada, sodio, etc. y, sin embargo, bajos niveles de fibra, vitaminas, calcio y hierro, por citar.
- Consumo elevado de alcohol.
- Seguimiento de "dietas" inadecuadas nutricionalmente (dietas de moda): en esta etapa es cuando se produce la aparición de comportamientos alimentarios que contribuyen al desequilibrio nutricional, como las dietas hipocalóricas (muy bajas calorías) no adecuadamente planificadas, dietas vegetarianas, consumo excesivo de determinados productos, etc.

Es imprescindible, además, que todo personal de salud observe y constate la presencia o no de:

- **Adelgazamiento extremo.** Una persona adolescente con adelgazamiento extremo visible puede tener marasmo, una forma de desnutrición grave. Se puede presumir este diagnóstico si se observa que está muy delgado/a, no tiene grasa y parece como si sólo tuviera piel y huesos.
No obstante, algunos adolescentes son delgados constitucionales pero no tienen desnutrición, por lo que resulta importante observar si existe atrofia muscular en los hombros, brazos, nalgas, piernas o se ve fácilmente el contorno de las costillas.
- **Edema.** Se produce cuando se acumula líquido en el tejido celular subcutáneo, pudiendo indicar la presencia de desnutrición severa o edematosa.
El edema se busca en los pies y puede presentarse inclusive hasta el tercio superior de la pierna. En casos extremadamente graves puede extenderse y ser generalizado.
Para su búsqueda se debe presionar con el dedo pulgar de la mano sobre el dorso del pie durante unos pocos segundos. Cuando existe edema se observa una depresión llamada signo de Godet en la piel que tarda varios segundos en retraerse o en volver a su estado inicial por completo.
- **Cabellos y uñas quebradizas.** Muchos son los nutrientes alimentarios que intervienen en el mantenimiento de la estructura del cabello y las uñas.
Algunos signos que pueden hacer presumir un déficit nutricional en el cabello: alopecia difusa, disminución de la velocidad de crecimiento, cambios en la textura del pelo (quebradizo, opaco, delgado, o de un color más claro), o la aparición de fino lanugo en la cara. Así como la presencia de uñas quebradizas, o con crecimiento disminuido, o con vetas pigmentadas.
- **Signos de Obesidad.** Como por ejemplo: exceso de peso evidente, circunferencia abdominal exagerada, xantomas eruptivos: pápulas de color rojo amarillento, especialmente en las regiones glúteas, estrías, acantosis nigricans (engrosamiento cutáneo con papilomatosis e hiperpigmentación que puede aparecer en cualquier parte del cuerpo: axila, cuello, ingle, superficie antecubital y poplíteo, área umbilical y superficies mucosas).

Técnica para medir correctamente el peso corporal

El instrumento utilizado para la medición del peso es la balanza o báscula mecánica o electrónica con plataforma. Tienen una capacidad máxima de 150 a 200 kg., dependiendo de la marca.

Para que los errores de medición del peso sean evitados, sobre todo los causados por los problemas o defectos causados por los mismos, es importante realizar el mantenimiento del instrumento al menos una vez por año o según especificaciones técnicas del fabricante.

Antes de realizar la medición del peso, es necesario calibrar la balanza.

Técnica de calibración de la balanza

- a. **Balanzas mecánicas:** colocar ambos cursores al nivel “cero” de la balanza y verificar que el brazo de la balanza esté en el punto medio, esto significa que la aguja (Figura 1) está nivelada o calibrada (en el centro del espacio correspondiente). En caso contrario deberá ser nivelada utilizando el calibrador hasta lograr esta posición.
- b. **Balanzas de aguja:** girar el calibrador hasta que la aguja quede en cero.
- c. **Balanzas digitales:** calibrar o “cerar” la balanza llevando a “00,00”.

Balanza con plataforma

1. Calibrar la balanza. Antes de realizar el pesaje, es necesario que el o la adolescente esté con su ropa interior o con la menor cantidad de ropa posible, pero siempre sin calzado ni adornos personales. Para obtener mediciones antropométricas de manera precisa es necesario tomarlas con la menor cantidad posible de ropa y sin calzado.
2. A continuación se debe evaluar la presencia de edema (Véase: Evaluación de la presencia de edema, más arriba).
3. Colocar a la persona en el centro de la plataforma de la balanza, distribuyendo el peso por igual en ambas piernas, con el cuerpo libre de contactos alrededor y con los brazos colgando libremente a ambos lados del cuerpo (Figura 1).
4. Mover el cursor sobre la escala numérica, primero el cursor mayor que corresponde a los “kilos” y luego el cursor menor correspondiente a “gramos”, hasta que la aguja esté nivelada, o sea, en el centro del área de calibración.
5. La lectura del peso se debe realizar siempre estando de frente a la balanza.
6. Registrar el peso de inmediato en la hoja de registro que corresponda (libreta de salud y/o ficha del paciente).
7. Solicitar a la persona adolescente que baje de la balanza.
8. Colocar ambos cursores al nivel cero de la balanza y trabarla. Esta operación es fundamental, ya que evita que la pesa de la balanza trabaje sin necesidad, asegurando el buen funcionamiento del equipo.
9. Registrar en la historia clínica el peso en kilogramos con un decimal. Este dato se utiliza para evaluar el estado nutricional a través del índice de masa corporal.

Talla

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

Instrumento para medir la talla

El tallímetro o estadímetro consiste en una guía vertical graduada con una base móvil que se hace llegar a la cabeza del adolescente y que corre sobre una guía vertical que es fija, generalmente incorporado en

la balanza con plataforma con una capacidad de 2 m y una precisión de 1 mm. Caso contrario se puede utilizar una cinta métrica.

Técnica para medir la talla

1. Antes de iniciar la medición, la persona adolescente deberá estar descalza y sin ningún tipo de accesorio en los cabellos.
2. Ayudar a la persona a pararse de espalda frente a la cinta métrica o el tallímetro con los talones juntos, piernas rectas y hombros relajados.
3. Las pantorrillas, glúteos, escápulas y la parte de atrás de la cabeza (nuca) deben estar pegados a la superficie vertical en la que se sitúa el tallímetro.
4. Colocar la cabeza de manera que una línea horizontal imaginaria pase entre el punto más bajo de la órbita del ojo y el trago (eminencia cartilaginosa delante del orificio del conducto auditivo externo) “plano horizontal de Frankfort”. Se puede sujetar el mentón entre el espacio que se forma entre su dedo pulgar y el índice, para mantener la cabeza en esta posición.
5. Mientras se mantiene la cabeza en esta posición, usar la otra mano para empujar el cursor móvil (en éste caso se puede utilizar una regla o instrumento parecido en sustitución de la escuadra del tallímetro) hasta que se apoye firmemente sobre la cabeza.
6. Registrar la talla de inmediato en la hoja de registro que corresponda en centímetros y milímetros hasta el último valor obtenido (libreta de salud y/o ficha del paciente).



RECUERDE

- Ideal es utilizar el tallímetro que viene incorporado en la balanza.
- Colocar al adolescente de espalda al tallímetro.



En caso de no contar con el tallímetro incorporado en la balanza, coloque el centímetro o cinta métrica en una pared lisa (sin zócalos) y debe estar unida en 90 grados con el piso que también debe ser plano. Se debe fijar el límite inferior de la cinta (correspondiente al 0) en la unión entre el piso y la pared (en caso de usar cinta métrica de costura, quitar la chapa de la cinta métrica antes de fijarla a la pared).

Índice de Masa Corporal (IMC) según sexo y edad

En adolescentes se utiliza el índice de masa corporal como indicador del estado nutricional.

El Índice de Masa Corporal (IMC) es un número que relaciona el peso de la persona con su estatura o talla. El IMC puede ser un indicador de crecimiento útil cuando está marcado en una gráfica relacionándolo con la edad del adolescente.

Cálculo del IMC:

$$\text{IMC} = \text{Peso en kilogramos (kg)} \div \text{talla en metros (m)} \text{ al cuadrado}$$

$$\text{IMC} = P \text{ (kg)} \div [T \text{ (m)}]^2$$

Técnica para determinar IMC

Con una calculadora puede calcular el IMC de la siguiente manera:

1. Registrar la edad del o de la adolescente en años y meses (Ej.: adolescente de sexo femenino, edad: 15 años, 3 meses).
2. Registrar el peso y la talla medidos (Ej.: 50 kg y 1,55 metros)
3. Ingresar en la calculadora el peso en kilogramos (aproximado al 0,1 kg más cercano).
4. Dividir el peso en kilogramos (oprima botón ÷) por la talla en metros; el número obtenido volver a dividir por la talla. Ej.: $(50 \text{ kg} \div 1,55\text{m}) \div 1,55 \text{ m} = 20,8 \text{ kg/m}^2$.
5. Utilizar el IMC con un decimal y registrarlo. Ej.: 20,8 kg/m². Ver las gráficas de IMC/Edad (mujeres y varones) del Cuadro de procedimientos IMAN, mirar el eje vertical para ubicar la línea que muestra el IMC.
6. Luego, mirar el eje horizontal de la curva de IMC para ubicar la línea que muestra la edad en años y meses cumplidos. Está dividido por cada 3 meses y abarca desde 5 a 19 años.
7. Buscar el punto donde se encuentran (se cruzan) las líneas del IMC y la edad que presenta el o la adolescente al momento de la evaluación. Determinar las DE a las que corresponden las líneas entre las cuales se ubica el punto.

Clasificación del estado nutricional según IMC/EDAD

CLASIFICACIÓN	IMC (Desvío estándar)
Riesgo de desnutrición	< -1 DE hasta -2 DE
Desnutrición	
· Desnutrición moderada	< -2 DE hasta -3 DE
· Desnutrición grave	Por debajo de -3 DE
Sobrepeso	> +1 DE hasta +2 DE
Obesidad	> +2 DE
Estado nutricional adecuado	entre +1 DE y -1 DE

Talla/Edad según sexo y edad

Ver las gráficas de Talla/Edad (mujeres y varones) en el Cuadro de Procedimientos IMAN.

Clasificación del estado nutricional según Talla/Edad

CLASIFICACIÓN	TALLA/EDAD (Desvío estándar)
Riesgo de talla baja o riesgo de desnutrición crónica	Entre -1DE y -2DE
Talla baja o desnutrición crónica	≤ -2 DE
Talla muy baja	≤ -3 DE
Talla adecuada	≥ -1 DE

Clasificar estado nutricional

De acuerdo con la evaluación realizada previamente, clasifique y trate según corresponda de acuerdo con los parámetros establecidos en el Cuadro de Procedimientos. Páginas N° 16 al 19.

El estado nutricional se puede clasificar en:

Malnutrición por déficit

Riesgo de desnutrición (color amarillo)

Se considera que la persona adolescente tiene riesgo de desnutrición si su IMC está entre -1 y -2DE (Ver tabla en Cuadro de Procedimientos) y/o tienen una línea de tendencia de crecimiento recta o descendente, situación que amerita la evaluación frecuente, ya que podría sugerir el inicio de un cuadro de desnutrición.

Tratamiento:

- Referir lo antes posible a un hospital para determinar posibles causas de riesgo nutricional secundarios.
- Suplementar de acuerdo con las indicaciones del especialista con multivitaminas, calcio, zinc, hierro.
- Albendazol, dosis única de 400 mg., vía oral al menos 1 vez al año y en grupos de alto riesgo (mujeres) 2-3 veces al año en caso de fuerte sospecha de parasitosis.
- Brindar las orientaciones para prevenir la parasitosis, ver Cuadro de Procedimientos.
- Promocionar y orientar sobre alimentación y actividad física adecuada para cada edad y hábitos y estilos de vida saludables al o la adolescente y su familia. Ver Cuadro de Procedimientos.

Desnutrición (color rojo)

La desnutrición puede presentarse de forma moderada o grave. Ver cuadro de procedimientos.

Si la desnutrición es moderada, ésta puede deberse a una patología asociada, la que debe ser descartada previamente por el especialista para poder seguir con tratamiento de forma ambulatoria y si es posible ser incluido en un programa de asistencia nutricional.

En el caso de que se presenten signos de enflaquecimiento extremo, edema en ambos pies y/o IMC debajo de -3 DE se considera que la desnutrición es grave y debe ser referido urgentemente al hospital para su tratamiento de acuerdo a la causa (puede tratarse de una desnutrición secundaria debida a cáncer, anorexia, enfermedad celíaca, HIV, SIDA, entre otros)

Riesgo de talla baja (color amarillo)

Se considera que la persona adolescente tiene riesgo de talla baja si su Talla/Edad está entre -1 y -2DE (Ver Cuadro de Procedimientos)

Los adolescentes que se encuentran un poco por debajo de lo esperado en cuanto a su crecimiento lineal deben ser evaluados en el control ambulatorio.

Si la tendencia del crecimiento es ascendente aunque permanezca en esta franja, no tome ninguna medida, pues probablemente esa es su evolución natural. De lo contrario, cuando, estando en esta franja, su tendencia de crecimiento sufre un estancamiento y la línea se vuelve recta o descendente, debe ser referido a un especialista para una evaluación más exhaustiva y seguimiento.

Control y seguimiento: visita de seguimiento mensual.

Talla baja (color rojo)

Se considera que la persona adolescente tiene talla baja si su Talla/Edad está por debajo de -2DE y se considera muy baja talla si el valor es igual o por debajo de -3DE (Ver Cuadro de Procedimientos)

Referir a un centro de referencia para ser evaluados/as por un especialista (pediatra, nutriólogo/a, endocrinólogo/a).

Malnutrición por exceso

Sobrepeso (color amarillo)

Se considera que la persona adolescente tiene sobrepeso si su IMC está entre +1 y +2DE (Ver Cuadro de Procedimientos).

Tratamiento:

- Debido a un mayor riesgo metabólico, se debe referir de manera no urgente a un hospital para su evaluación y atención especializada multidisciplinaria (pediatra, nutriólogo/a, nutricionista, psicólogo/a, endocrinólogo/a, gastroenterólogo/a).
- Referir al especialista con las pruebas necesarias para descartar riesgo metabólico como diabetes, hipertensión arterial, dislipidemias.
- Promocionar y orientar sobre alimentación y actividad física adecuada para cada edad y hábitos y estilos de vida saludables al adolescente y su familia. Ver Cuadro de Procedimientos.
- Control y seguimiento: visita de seguimiento mensual.

Obesidad (color rojo)

Se considera que la persona adolescente tiene obesidad si su IMC está por encima de +2DE (Ver Cuadro de Procedimientos).

Tratamiento:

- Debido a un mayor riesgo metabólico, se debe referir de manera no urgente a un hospital para su evaluación y atención especializada multidisciplinaria (pediatra, nutriólogo/a, nutricionista, psicólogo/a, endocrinólogo/a, gastroenterólogo/a).
- Referir al especialista con las pruebas necesarias para descartar riesgo metabólico como diabetes, hipertensión arterial, dislipidemias.
- Cada caso precisa de una evaluación más profunda y en la mayoría de ellos, de análisis laboratoriales para descartar complicaciones como dislipidemias o problemas ortopédicos, por ejemplo.
- Promocionar y orientar sobre alimentación y actividad física adecuada para cada edad y hábitos y estilos de vida saludables al adolescente y su familia. Ver Cuadro de Procedimientos.

Estado nutricional adecuado (color verde)

La persona adolescente con estado nutricional adecuado (por indicador IMC y Talla/Edad) debe ser evaluado cada seis meses por el ritmo de crecimiento acelerado que conlleva esta etapa.

Tratamiento:

- Brindar las orientaciones para prevenir la parasitosis. (Ver Cuadro de Procedimientos). Albendazol, dosis única de 400mg vía oral al menos 1 vez al año y en grupos de alto riesgo (mujeres y niños) 2-3 veces al año en caso de fuerte sospecha de parasitosis.

- Promocionar y orientar sobre alimentación y actividad física adecuada para cada edad y hábitos y estilos de vida saludables al adolescente y su familia. (Ver Cuadro de Procedimientos).
- Enfatizar en la importancia de la alimentación rica en calcio (leche, yogur, queso) e hierro. Estimular el consumo de alimentos ricos en hierro mediante la modificación de la alimentación y la educación nutricional.
- Alerta a los signos precoces de trastornos alimentarios (Ver bulimia y anorexia en capítulo anterior).

Anemia por déficit de hierro (ferropenia) o Anemia ferropénica

Durante el período de la adolescencia, la Anemia es el principal problema nutricional y puede tener efectos negativos sobre el rendimiento cognitivo y el crecimiento. Ocurre un intenso crecimiento (se gana hasta el 20 % de la talla adulta y el 50% del peso final adulto), solamente superado por la etapa infantil y, por tanto, las necesidades de nutrientes, en general, son mayores para poder apoyar un crecimiento y desarrollo óptimo.

El hierro es un nutriente de particular elevada demanda. Este mineral está presente en todas las células del cuerpo y es fundamental para procesos fisiológicos básicos, como ser la producción de hemoglobina y la función de las enzimas. La deficiencia de hierro generalmente se produce cuando su ingesta, a partir de la dieta, no logra cubrir las necesidades de este elemento; por lo tanto, las reservas corporales de hierro resultan insuficientes para responder a las demandas fisiológicas del organismo. Debido a que las necesidades de hierro son mayores durante los períodos de crecimiento rápido y cuando ocurren pérdidas sanguíneas (por ejemplo, durante la menstruación), las adolescentes se encuentran en un elevado riesgo para el desarrollo de la deficiencia de hierro.

La deficiencia de hierro puede pasar desapercibida incluso cuando ya ha producido efectos negativos sobre procesos fisiológicos fundamentales. En su estado más avanzado, cuando las reservas de hierro han sido utilizadas, se instala la anemia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define anemia como el descenso en la concentración de hemoglobina por debajo de 13gr/dL en varones y 12 gr/dL en mujeres.

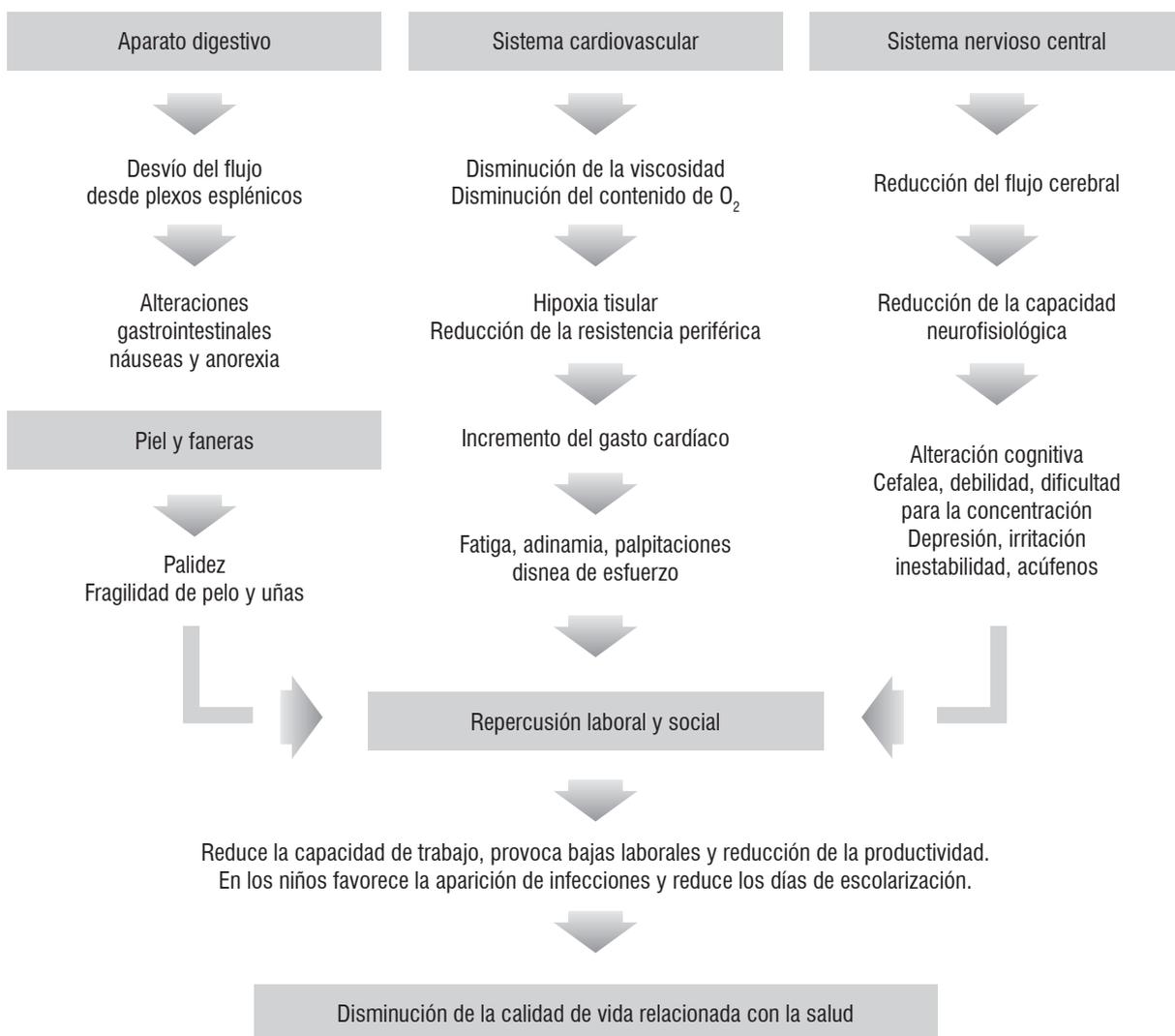
Esta definición tan concisa resulta de gran utilidad en la práctica clínica porque permite clasificar los pacientes portadores o no de anemia.

La Anemia producida por deficiencia de hierro es denominada ferropénica o Anemia por ferropenia y es considerada como la causa principal (provoca más del 50% de los casos de Anemia en mujeres).

Otras causas de Anemia son:

- Deficiencias nutricionales: vitaminas A, B12, B6, ácido fólico, cobre y riboflavina.
- Malaria: el efecto hemolítico del parásito puede destruir rápidamente los glóbulos rojos. O bien episodios reiterados de paludismo o tratados de manera inadecuada. La anemia puede desarrollarse lentamente.
- Parasitosis intestinal (por ejemplo, uncinarias o tricocéfalos): estos pueden producir pérdida de sangre de intestinos.
- Hemorragias o metrorragias.
- Hemoglobinopatías.
- Infecciones, sobre todo si son a repetición.

Manifestaciones clínicas de la Anemia Ferropénica



Diagnóstico de la Anemia Ferropénica

En la atención primaria de salud, se establece como criterio diagnóstico de Anemia Ferropénica en adolescentes, de acuerdo con la determinación de la concentración de hemoglobina y la evaluación de las conjuntivas conforme con los parámetros establecidos a continuación y que se resumen en el Cuadro de Procedimientos.

Evaluar Anemia

En todas las personas adolescentes observe e investigue si tiene palidez palmar o de conjuntivas. La palidez extrema de la piel constituye un signo de Anemia. Para verificar si el o la adolescente presenta palidez palmar, mire la piel de la palma de su mano. Mantenga abierta tomándola suavemente desde el costado. No extienda los dedos hacia atrás dado que esto podría ocasionar palidez al bloquear el suministro de sangre.

Compare el color del o de la adolescente con su propia palma y las palmas de otros adolescentes y considere si la misma es intensa, leve o no se observa palidez palmar y de conjuntivas y según esto clasifique.

Observe las uñas, pregunte por otros signos y síntomas de Anemia.

En todos los adolescentes ante sospecha de Anemia, si es posible determine el Nivel de hemoglobina (Hb). En la tabla a continuación se presentan los valores de referencia de hemoglobina.

Valores de referencia de hemoglobina

Población	Hemoglobina	
	Varones	Mujeres
12 años o menos	Igual o mayor a 11,5 g/dL	
De 12 a 14 años	Igual o mayor a 12 gr/dL	
De 15 años y más	Igual o mayor a 13 gr/dL	Igual o mayor a 12 g/dL

Fuente: WHO/Unicef/UNFPA. 2001. Iron deficiency anemia: assessment, prevention and control.

Clasificar y tratar Anemia

De acuerdo con la evaluación realizada previamente, clasifique y trate, según corresponda a los parámetros establecidos en el Cuadro de Procedimientos.

La tabla a continuación muestra los criterios para clasificar la Anemia.

Criterios para clasificar anemia

Población	Hemoglobina		Clasificación
	Varones	Mujeres	
Adolescentes de 10 – 19 años	≤ 7 g/dL		Anemia Grave
≤ 12 años	< de 11,5g/dL		Anemia
12-14 años	< de 12 g/dL		Anemia
15 años en adelante	< de 13 g/dL	< de 12 g/dL	Anemia

Anemia grave (color rojo)

Se considera que la Anemia es grave si presenta palidez palmar y de conjuntivas intensa y/o se constata con los resultados de hemoglobina. Estabilizar al o la adolescente en caso de que esté descompensado/a, hospitalizar o referir URGENTEMENTE a un servicio de mayor complejidad para diagnóstico y tratamiento de acuerdo a la causa.

Anemia (color amarillo)

Se considera que el o la adolescente tiene Anemia si presenta palidez palmar y de conjuntivas leve y/o se constata con los resultados hemoglobina.

Tratamiento:

- Sulfato ferroso de 4 a 6mg/kg/día dos a tres veces al día, alejado de las comidas y preferentemente con jugo de frutas cítricas, durante 4 meses.

- Albendazol, dosis única de 400mg vía oral al menos 1 vez al año y en grupos de alto riesgo (mujeres y niños) 2-3 veces al año, en caso de fuerte sospecha de parasitosis.
- Brindar las orientaciones para prevenir la parasitosis. Ver en el Cuadro de Procedimientos.
- Promocionar y orientar sobre hábitos y estilos de vida saludables al o a la adolescente y su familia. Ver en el Cuadro de Procedimientos.
- Citar para consulta de seguimiento y evaluación en 30 días y definir causa.

No tiene Anemia (color verde)

Si la persona adolescente no presenta palidez palmar y de conjuntivas y/o su hemoglobina se mantiene de acuerdo con los valores de referencia (Tabla 1) brinde recomendaciones y aconseje sobre:

- Alimentación del y la adolescente. Ver Cuadro de Procedimientos IMAN.
- Brindar las orientaciones para prevenir la parasitosis. Ver Cuadro de Procedimientos.
- Promocionar y orientar sobre hábitos y estilos de vida saludables al o la adolescente y su familia. Ver Cuadro de Procedimientos

Control y seguimiento del tratamiento

Los pacientes con Hb < 7 g/dl en el momento del diagnóstico, se controlarán laboratorialmente cada 7 días hasta alcanzar ese valor y luego cada 30 días hasta alcanzar valores adecuados para la edad.

Los pacientes con Hb ≥ 7 g/dl se controlarán a los 7-10 días y luego cada 30 días hasta alcanzar valores adecuados para la edad.

Se dará de alta hematológica, luego de haber completado un período de tratamiento igual al que se empleó para normalizar la Hb.

Acciones específicas para prevenir la deficiencia de hierro y prevenir la Anemia y para mejorar los niveles de hierro

Estimular el consumo de alimentos ricos en hierro mediante la modificación de la alimentación y la educación nutricional

Se denominan alimentos ricos en hierro a aquellos que contienen el hierro en su forma hémica, que es la forma más biodisponible (por ejemplo: las carnes rojas), así como los alimentos fortificados con hierro (en Paraguay, por ley, la harina debe ser fortificada con hierro, ácido fólico y vitaminas del complejo B).

Además, un beneficio adicional del consumo del hierro hémico es que mejora la absorción de las formas de hierro no hémico, que se encuentran en los vegetales, el cual no es fácilmente absorbido, pero es el más consumido en los países en desarrollo.

El ácido fítico (la forma en la que se almacena el fósforo en los vegetales y que se encuentra, principalmente, en las cáscaras de los granos, semillas y nueces) interfiere con la absorción del hierro no hémico. Alejar los alimentos con elevados niveles de ácido fítico, como el café, té, legumbres y cereales enteros, de las comidas, mejora la absorción del hierro.

Las técnicas de procesamiento de alimentos, como la fermentación, germinación e hidratación (por ejemplo: remojo de porotos) reducen los efectos inhibitorios de los fitatos sobre la absorción de hierro, al igual que la adición de ácido ascórbico (vitamina C).

Fuente de alimentos ricos en hierro y vitamina C

Alimentos ricos en Hierro

Carnes de: vaca, pescado, ave, cerdo, corazón, riñón, hígado.

Verduras de hojas verdes: lechuga, berro, espinaca, acelga, brócoli.

Legumbres: poroto, lenteja, arvejas, maní.

Cereales: harina de trigo, arroz, harina de maíz.

Alimentos ricos en Vitamina C

Acerola, pomelo, limón, naranja, mburucujá, mandarina, guayaba, ciruela y frutilla.

Tratar y prevenir las infestaciones o infecciones parasitarias

De los helmintos intestinales, las uncinarias (*N. americanus* y *A. duodenal*) son las que afectan de manera particularmente negativa a los niveles de hierro, debido a que dañan la mucosa intestinal, provocando sangrado y pérdida de hierro. Además de la pérdida de hierro, la infestación por uncinarias también está asociada con mala absorción e inhibición del apetito, que contribuyen a un deterioro posterior del estado nutricional.

En el embarazo, incluso infestaciones leves por uncinarias, pueden tener efectos deletéreos sobre la anemia materna y sobre el feto. Se ha demostrado que el tratamiento prenatal de las parasitosis intestinales reduce la anemia materna, incrementa el peso al nacer del bebé y disminuye la mortalidad infantil.

La Malaria también provoca Anemia, mediante un mecanismo diferente al de la helmintiasis; la Malaria causa hemólisis de los glóbulos rojos, lo cual disminuye la concentración de la hemoglobina, pero no incrementa las pérdidas de hierro. Durante el embarazo, la Malaria ha sido asociada con una serie de problemas, como ser nacimientos prematuros y retardo del crecimiento intrauterino. Por lo tanto, la Malaria durante el embarazo debe ser tratada mediante el empleo de agentes antimaláricos.

A continuación se resumen las medidas para el control de las parasitosis.

Medidas para el control de las parasitosis

Parásito	Situación en relación al embarazo	Recomendaciones para el tratamiento	Medidas de prevención
Uncinarias	No embarazadas	<ul style="list-style-type: none"> • Combinar suplementos de hierro con tratamiento antihelmíntico. • El tratamiento antihelmíntico debe ser realizado al menos una vez al año y, en grupos de alto riesgo (mujeres y niños) 2-3 veces al año. • El tratamiento seguro, efectivo y de dosis única (DU), incluye: • Albendazol: 400 mg DU. 	<ul style="list-style-type: none"> • Proveer agua segura y saneamiento básico. • Promover el lavado de manos, uso de letrinas y uso de calzados.
	Embarazadas	<p>Primer Trimestre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se debe evitar el tratamiento durante el primer trimestre de embarazo <p>Tratamiento antihelmíntico en el segundo trimestre</p> <ul style="list-style-type: none"> • El tratamiento seguro, efectivo y de dosis única (DU), incluye: Albendazol, 400 mg. <p>Tercer trimestre</p> <ul style="list-style-type: none"> • Igual que el tratamiento para áreas endémicas, más una dosis adicional en el tercer trimestre del embarazo. 	

Adaptado de Stoltzfus RJ, Dreyfuss ML. Guidelines for the Use of Iron Supplements to Prevent and Treat Iron Deficiency Anaemia. Washington D.C.: International Life Sciences Institute Press, 1998; y OMS. Guidelines for the treatment of malaria. Geneva. World Health Organization, 2006.
 (*) El esquema costo-efectivo y efectivo de una dosis semanal para los adolescentes y las adolescentes no embarazadas, aún se encuentra bajo revisión.
 (**) El preparado de elección aconsejable es el sulfato ferroso.

En el embarazo, la suplementación debe ser realizada durante 6 meses. La suplementación debería continuar durante tres meses después del parto.

Brindar suplementación preventiva con hierro y ácido fólico

La dieta de las personas adolescentes generalmente no contiene hierro suficiente para cubrir sus requerimientos o no son capaces de cubrir sus necesidades de hierro solamente con la dieta habitual. Por lo tanto, puede ser necesaria la suplementación con hierro.

En el caso de que ocurra un embarazo, lo más probables es que la mayoría de las adolescentes inicie con reservas agotadas de hierro y como no son capaces de cubrir los requerimientos de hierro durante el embarazo mediante su alimentación, la suplementación con hierro es necesaria.

Además para mantener y asegurar los niveles de folatos, se recomienda la suplementación combinada con hierro y ácido fólico. Los niveles adecuados de folatos son esenciales durante las etapas iniciales del embarazo, para prevenir la aparición de defectos en el tubo neural del feto en desarrollo.

Se recomienda el uso del ácido fólico suplementario en mujeres en edad fértil para prevención de lesiones del tubo neural, especialmente a las que podrían estar en riesgo de embarazo (vida sexual activa, noviazgo prolongado, autoestima baja, familias disfuncionales) y que no han tomado decisiones efectivas de usar anticonceptivos o de posponer actividad sexual³⁹.

Esquema recomendado para la suplementación de hierro y ácido fólico a los adolescentes

Esquema recomendado para la suplementación de hierro y ácido fólico a los adolescentes

Grupo de Edad	Dosis	Frecuencia
Varón y mujer no embarazada de 10 a 11 años	20 a 30 mg de hierro elemental	1 vez por semana durante 3 meses cada año.
Varón y mujer no embarazada 12 a 19 años	60 mg de hierro elemental + 400 ug de ácido fólico.	1 vez por semana, durante 3 meses cada año.
Adolescentes embarazadas	60 mg de hierro elemental + 400 ug de ácido fólico.	1 vez diario hasta 3 meses pos parto.

Adaptado de Stoltzfus RJ, Dreyfuss ML. Guidelines for the Use of Iron Supplements to Prevent and Treat Iron Deficiency Anaemia. Washington D.C.: International Life Sciences Institute Press, 1998; y OMS. Guidelines for the treatment of malaria. Geneva. World Health Organization, 2006.
 (*) El esquema costo-efectivo y efectivo de una dosis semanal para los adolescentes y las adolescentes no embarazadas, aún se encuentra bajo revisión.
 (**) El preparado de elección aconsejable es el sulfato ferroso.

Cabe destacar que pueden ser habituales los efectos colaterales por la suplementación de hierro tales como: dolor abdominal, náuseas, constipación, diarrea, vómitos, coluria y coloración negruzca de dientes (reversible con la suspensión del tratamiento) las cuales están condicionadas por factores poco conocidos y deben ser abordados de manera individual.

Considerar en el tratamiento oral con hierro (Fe por vía oral) que la absorción mejora ostensiblemente con el consumo de zumo de frutas cítricas (vitamina C), lejos de alimentos quelantes del hierro (como la leche) y, preferentemente, 30 minutos antes de las comidas.

Las dosis pueden ser distribuidas hasta en 3 veces al día para mejorar los síntomas.

Salud Sexual y Salud Reproductiva

Conceptos Básicos

Salud Sexual

Es el estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad que requiere de un entorno libre de coerción, violencia y discriminación.

Salud Reproductiva

Es el estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la reproducción y sus procesos. Entraña la capacidad de procrear y la libertad de planificarlo.

Salud Sexual y Reproductiva

Es el estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad y la reproducción; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad.

Antecedentes

El concepto de Salud Sexual y Reproductiva (SSR) nació como tal en 1994, en El Cairo, en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD).

La salud sexual y reproductiva es la posibilidad del ser humano de tener relaciones sexuales enriquecedoras sin coerción y sin temor de infección, ni de un embarazo no planificado; de poder regular la fecundidad sin riesgos de efectos secundarios desagradables o peligrosos; de tener un embarazo y parto seguro y de tener y criar hijos saludables.

El Programa de Acción de la CIPD da un giro radical al establecer que las políticas de población deben tener como metas el bienestar de los individuos y su calidad de vida y han de localizarse siempre dentro del marco de los derechos humanos. Estos conceptos sustentan el derecho del hombre y de la mujer, de adultos y adolescentes, a obtener información, educación, consejería, servicios de calidad, incluyendo el acceso a métodos anticonceptivos para adolescentes.



La salud sexual y reproductiva es un derecho humano de todas las personas a lo largo de la vida: niños, niñas, adolescentes y adultos/as.



“La salud sexual es un proceso continuo de bienestar físico, psicológico y sociocultural relacionado con la sexualidad. 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.”²⁶

“La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el aparato reproductor y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con

26 Definición de OPS / OMS, 2000.

qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y de la mujer a obtener información y servicios de planificación de la familia de su elección, así como acceso a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos.²⁷

El cuidado de la salud sexual y reproductiva deberá promover un cambio de actitudes y conductas tanto de los adultos que están en interacción directa con adolescentes, como de los propios adolescentes. Este cambio de actitud deberá estar acompañado de una apropiación de lo que significa el auto-cuidado, relaciones equitativas entre adolescentes, y de la forma como se previenen situaciones de riesgo como son: el embarazo precoz y los embarazos no planificados, las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) el VIH y sida, el abuso y explotación sexual, entre otros.

Derechos sexuales y reproductivos

Representan la vigencia de derechos humanos básicos, siendo éstos parte del derecho a la salud en el marco de la salud sexual y reproductiva. Todas las personas, sin discriminación alguna, deben tener igualdad de oportunidades y autonomía para ejercer un conjunto de derechos, que surgen de su propia dignidad humana, entre ellos los derechos sexuales y reproductivos.

Los derechos sexuales y reproductivos de la personas, están establecidos en las declaraciones de las conferencias internacionales que, representantes de los países -incluido el nuestro- han acordado y que los trabajadores de salud deben conocer para orientar mejor sus acciones.

Son derechos sexuales y reproductivos²⁸, entre otros:

- El derecho a una maternidad segura.
- El derecho a la igualdad y a estar libres de todas las formas de discriminación, incluyendo por orientación sexual o por ser una persona viviendo con VIH.
- El derecho a una vida sexual y reproductiva satisfactoria y segura, sin riesgos de contraer infecciones de transmisión sexual o por el VIH.
- El derecho a información y educación: toda información en salud sexual y reproductiva debe ser accesible, veraz, completa y adecuada a la edad de las personas.
- El derecho a decidir libremente y de manera informada el número de hijos, cuándo tenerlos y contar con los medios para hacerlo.
- El derecho a una atención de buena calidad: todas las personas que acuden a servicios de salud sexual y reproductiva tienen derecho a una información adecuada, al acceso a las prestaciones, a la libre decisión y elección, a la seguridad, privacidad, confidencialidad, trato digno, comodidad y continuidad en la atención.
- El derecho a los beneficios del progreso científico: las personas usuarias de los servicios de salud sexual y reproductiva tienen el derecho a acceder a todas las nuevas tecnologías que sean seguras y aceptables.
- El derecho a la prevención y atención en violencia: todas las personas en situación de violencia tienen derecho a recibir atención de calidad, adecuada e integral.

27 Programa de Acción de la CIPD, Párrafo 7.2.

28 MSPBS. (2014). Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2014 – 2018. Asunción.

Es responsabilidad del Estado y sus instituciones crear condiciones para que las personas tengan posibilidades de ejercer sus derechos sexuales y reproductivos. Por ello, el Objetivo Estratégico del Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva 2014 – 2018 expresa: “Mejorar la salud sexual y reproductiva de la población del Paraguay, por medio del desarrollo de políticas públicas justas, equitativas e integradoras, con enfoque de género, derechos e interculturalidad”. El Plan es la base de la construcción colectiva de la salud con equidad, como dimensión esencial de la calidad de vida, reafirmando la decisión de superar la inequidades en salud, asegurando la igualdad de género y la inclusión, garantizando el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos en el Paraguay.

Marco conceptual básico para el abordaje de la salud sexual y reproductiva en adolescentes

Para la evaluación de la salud sexual y reproductiva en adolescentes se precisa conocer, comprender y manejar algunos conceptos básicos sobre sexualidad, sexo, género y sobre todo conocer los aspectos relacionados con la promoción de la sexualidad saludable durante la adolescencia.

Sexualidad²⁹

La sexualidad no debe de ser entendida solo como la capacidad de tener relaciones sexuales, sino como una gama de sentimientos, afectos, preferencias que experimentan todos los seres humanos durante su vida. La adolescencia a menudo se caracteriza como un período de oportunidad y de riesgo, y el comportamiento de asumir riesgos se extiende a la sexualidad.

La sexualidad es parte integral de nuestras vidas y se expresa de diversas maneras a lo largo de ella.

La sexualidad y el bienestar sexual de la persona adolescente son componentes integrales de su salud y desarrollo. Todos los seres humanos son intrínsecamente sexuales y el desarrollo sexual evoluciona durante la infancia y la adolescencia, sentando las bases para la salud sexual de la vida adulta. Adaptarse a los cambios sexuales y proteger su salud, incluyendo su salud sexual y reproductiva, es uno de los mayores retos de los adolescentes. El desarrollo de la sexualidad depende de la capacidad de todo ser humano de expresar sus emociones de forma sana y placentera, incluyendo la expresión del amor y del afecto como elementos importantes de la sexualidad. El desarrollo de la sexualidad es un tema de gran interés para los y las adolescentes por la magnitud y la variedad de cambios que estos experimentan.

Día a día observamos que los adolescentes tienen más y más preguntas y deseos de acceder a información, educación, consejería, y servicios en materia de salud sexual y reproductiva, que evidencia una actitud positiva de prevenir riesgos y vivir una sexualidad sana y responsable. Se debe ofrecer información correcta y veraz dentro de un ambiente de confiabilidad y confidencialidad, permitiéndole al adolescente tomar mejores decisiones y responder a sus dudas. El proveedor no debe interponer sus creencias o prejuicios.

La atención debe estar basada en las normas y en la información científica. Se deben tener estrategias para llegar a adolescentes que no acuden a las consultas, trabajar en la comunidad, acercarse a grupos de adolescentes, visitas a escuelas, visitas domiciliarias, trabajar en equipo entre proveedores, referencia y captación de todos los que trabajan en salud para evitar oportunidades perdidas. Preservar siempre la confiabilidad, secreto profesional y la privacidad. Evitar discriminación y exclusión.

29 Adaptado de OPS/OMS (2009). Un modelo para des-armar. Johns Hopkins-Bloomberg School of Public Health.

Conceptos Básicos

Sexo

Es la característica biológica, anatómica y genética que define y diferencia a hombres y mujeres.

Sexualidad

Es la forma en que las personas viven y se expresan como seres sexuados en el curso de la vida. Abarca el sexo, el género, la identidad sexual, identidad de género, el rol de género, el erotismo, el placer, la vinculación afectiva, el amor y la reproducción.

Se vive y se expresa en pensamientos, fantasías, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, roles y relaciones interpersonales. Está influida por factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, culturales, históricos, éticos, religiosos, espirituales y legales.

Género

Es la diferencia en los roles sociales, atributos y comportamientos que las sociedades y las familias asignan a los hombres y mujeres. El género no es lo mismo que las diferencias biológicas por sexo.

Identidad Sexual

Es la manera en que la persona se identifica como hombre o mujer, o como una combinación de ambos, incluyendo la orientación sexual de la persona.

Identidad de Género

Define el grado en que cada persona se define como masculina o femenina o alguna combinación de ambas. Es el marco de referencia interno, construido a través del tiempo, que permite a los individuos organizar un auto-concepto y a comportarse socialmente en relación a la percepción de su propio sexo y género.

Rol de Género

Es el comportamiento definido como masculino o femenino y el acceso a recursos y derechos de hombres y mujeres en diferentes épocas y en una cultura determinada.

Educación integral de la sexualidad

Es el proceso educativo que aborda las diferentes facetas de la sexualidad durante el ciclo de vida, basado en evidencia científica y en los derechos humanos universales, sin prejuicios de valor.

Desarrollo Puberal

El término pubertad proviene del latín púber (cubrirse de vello el pubis).

La pubertad es la etapa de la vida en la que tiene lugar la aparición de las características sexuales: desarrollo mamario, aparición de vello en pubis y axila, y crecimiento de los genitales. Es por tanto, una etapa de grandes cambios físicos y psicológicos, ya que marca el inicio de la adolescencia.

Aparición de la pubertad

Este es un período de mucha trascendencia en la vida de todo ser humano, ya que marca el final de una etapa y el inicio de otra. Además de importante, es decisivo saber cuándo y qué indica el inicio de la pu-

bertad. Algunos asumen que es el crecimiento del vello pubiano, otros la menstruación, las poluciones nocturnas, etc. Actualmente, la más aceptada es el crecimiento óseo que se observa en las manos.

Para evaluar la pubertad se deberá determinar el crecimiento físico alcanzado por el o la adolescente y el grado de maduración sexual, teniendo en cuenta que este período se inicia en la pre-adolescencia a los 8 años en las mujeres y 9 años en los varones y termina al llegar al estadio Tanner 5. El rasgo principal de la pubertad es el desencadenamiento hormonal. Este tiene dos funciones bien establecidas y válidas para ambos sexos: 1) organizativa, propia del desarrollo evolutivo y 2) excitativa, relacionada con las funciones sexuales de la edad adulta.

Otras áreas de desarrollo de la etapa puberal:

- En el área motriz se alcanza madurez fina y gruesa, lo que facilita el desarrollo en arte (pintura, instrumentos musicales) y logros deportivos.
- Hay un incremento en el coeficiente intelectual (10-15%).
- Desarrollo del cerebro (lóbulo prefrontal).
- Cambio del pensamiento concreto al abstracto.
- Desarrollo del razonamiento, planeación de la conducta e inhibición de las respuestas impulsivas, regulación de las emociones, balance de riesgos y recompensas, aprendizaje de la experiencia.

Aceleración del crecimiento

Supone el inicio de la pubertad para la mayoría. El crecimiento desigual de huesos, músculos y órganos puede dar una apariencia algo torpe. Podemos señalar al respecto que se trata de un aspecto biológico del proceso de maduración en el que interviene la secreción de la hormona del crecimiento, por parte de la Glándula Pituitaria, que se encuentra en la base del cerebro, causando la aceleración del crecimiento, propia de la pubertad y, concomitantemente, las hormonas gonadotrópicas que estimulan el crecimiento de las gónadas (ovario y testículos).

El crecimiento físico, se evalúa mediante variables de talla y peso, se clasifica mediante el uso de las técnicas antropométricas ya descritas en el tópico de evaluación física, permite diagnosticar el crecimiento normal y sus desviaciones.

Maduración sexual

La maduración sexual consiste en el proceso por el que el cuerpo va adquiriendo la capacidad de reproducirse y se presentan los caracteres sexuales primarios y los caracteres sexuales secundarios³⁰. Los Estadios de Tanner permiten evaluar los cambios de los caracteres sexuales secundarios.

La maduración sexual, es el conjunto de transformaciones morfológicas y fisiológicas que culminan en un cuerpo adulto con capacidad de procrear. La evaluación de la maduración sexual, junto con la evaluación del peso y talla, permite determinar si el proceso puberal ocurre en forma adecuada en función del sexo y la edad.

30 Basado en Un Modelo para Desarmar, Johns Hopkins – Bloomberg School of Public Health, OPS/OMS, 2009.

Caracteres sexuales femeninos primarios

En la adolescencia se produce el crecimiento de los órganos sexuales reproductivos internos (el útero, las trompas de Falopio, la vagina y los ovarios). (Ver Cuadro de Procedimientos).

- **Útero:** la forma del útero es similar a la de una pera invertida, y cuando completa su desarrollo puede medir de 6 a 7 cm de largo por 4 a 5 cm de ancho, aproximadamente. Se comunica en la parte superior con las trompas de Falopio y en la región inferior con la vagina. La parte inferior del útero mide aproximadamente de 2.5 a 3 cm y se denomina cuello o cérvix. La función principal del útero es anidar al óvulo fecundado y proveerle de las condiciones necesarias para que se implante en una de sus paredes y crezca hasta conformar a un nuevo ser humano.
- **Trompas de Falopio:** son dos órganos cilíndricos con una luz de 1 a 3 mm de ancho, que se localizan en la parte superior del útero. Su función es atrapar al óvulo expulsado a través de las fimbrias (o dedos) y transportarlo hasta el útero. Es en el tercio externo de las trompas donde generalmente se produce la fecundación.
- **Ovarios:** son dos órganos que se localizan debajo y cerca de cada uno de los extremos de las trompas de Falopio y que contienen los óvulos. Tienen forma de avellana de color blanco nacarado y miden aproximadamente 3 a 4 cm de largo. Los ovarios cumplen dos funciones: la maduración folicular (hasta producir la ovulación) y la producción de las hormonas femeninas (estrógenos y progesterona, las cuales provocan cambios secundarios durante la adolescencia y preparan al útero para la fecundación y a las mamas para la lactancia).
- **Vagina:** es un conducto muscular elástico cubierto por una membrana mucosa que forma parte de los órganos genitales internos femeninos y que se extiende desde el cuello del útero hasta la vulva.
- **Vulva:** es la parte externa de los genitales femeninos que consta de labios mayores y menores, clítoris, orificio vaginal y orificio uretral.
- **Ovulación:** los ovarios inician su maduración en la pubertad, posibilitando la ovulación. Este es un proceso que comienza entre los 8 y 14 años y termina entre los 45 y 50; pudiendo iniciarse antes y terminar después. En este proceso, los folículos ováricos crecen y, al madurar, liberan un óvulo en la mitad del ciclo menstrual (aproximadamente el día 14 o 15³¹). La ovulación es necesaria para la fertilidad y puede o no presentarse en los primeros ciclos.

La ovulación se produce por estímulos hormonales. Estas hormonas preparan también al útero para un posible embarazo. Si este óvulo se une con un espermatozoide se produce la fecundación y luego se produce la implantación, iniciándose el embarazo. En caso de no producirse el embarazo ocurrirá la menstruación, reiniciándose un nuevo ciclo.

Caracteres sexuales masculinos primarios

Durante la adolescencia crecen y se desarrollan los testículos, epidídimos, las vesículas seminales, la próstata, los conductos deferentes y el pene.

- **Testículos:** son dos glándulas en forma ovoidea, que están localizadas en una bolsa llamada escroto, que los mantiene fuera del cuerpo, porque los testículos necesitan una temperatura más baja para funcionar adecuadamente. Su función es doble, producir la hormona testosterona y las células fecundantes masculinas (espermatozoides). El tamaño del testículo se incrementa desde el principio de la adolescencia hasta que ésta culmine, llegando aproximadamente a unos 3 cm de largo por 2 cm de ancho. (Es el signo más notorio del crecimiento masculino).

31 Día uno del ciclo corresponde al primer día de la menstruación.

- **Epidídimo:** se encuentran en la parte superior y rodeando a los testículos. En ellos terminan de madurar los espermatozoides, almacenándose hasta el momento de la eyaculación. Si no salen en la eyaculación, los espermatozoides son absorbidos por el tejido que los rodea.
- **Conductos deferentes:** existe un conducto por cada testículo; su función es conducir a los espermatozoides desde el epidídimo hasta la vesícula seminal.
- **Vesículas seminales:** son dos bolsas alargadas de aproximadamente unos 4 cm que se encuentran situadas detrás de la vejiga, a los lados de la próstata. Poseen una capa muscular y otra secretora. Sus funciones son almacenar y nutrir a los espermatozoides.
- **Próstata:** es una glándula que se encuentra rodeando a la uretra, debajo y delante de la vejiga. Está formada por tejido glandular y es atravesada por los conductos eyaculadores. Su función es producir un líquido alcalino, claro y lechoso, que nutre a los espermatozoides y los protege de la acidez de la uretra producida por la orina. Esta secreción, junto con los espermatozoides y el líquido de las vesículas seminales, forma el semen.
- **Pene:** órgano sexual masculino, en cuyo interior pasa la uretra, conducto por donde sale tanto la orina como el semen. Está formado por dos cuerpos cavernosos que se llenan de sangre para la erección y un cuerpo esponjoso por debajo, que aloja la uretra. En la punta del pene el cuerpo esponjoso se ensancha para formar el glande y su corona. El glande se encuentra cubierto por el prepucio.

Caracteres sexuales secundarios

Estos caracteres están asociados a los efectos hormonales que producen modificaciones corporales, tales como crecimiento del vello, cambios en la voz, etc.

Caracteres sexuales femeninos secundarios

Se ensancha la pelvis, crecen y se desarrollan las mamas y aparece el vello púbico y axilar, y la acumulación de más grasa en las caderas. Ver Cuadro de Procedimientos IMAN.

Caracteres sexuales masculinos secundarios

En la adolescencia aparece el vello púbico, axilar y facial, así como cambios en la voz, tono muscular y aumento del tamaño de los genitales. El vello aparece primero en el pubis, luego en la axila y finalmente en la cara, empezando por el bigote, además la línea de nacimiento del pelo de la frente experimenta un retroceso. La voz y el desarrollo pectoral son caracteres sexuales secundarios, que se completan hacia el final de la adolescencia. Ver Cuadro de Procedimientos.

Estadios o Grados de Tanner

Una manera de medir el nivel de maduración sexual es usando los Estadios de Tanner, también denominados Grados de Tanner. Esta escala usa el crecimiento de vello púbico (VP o P), mamas (M o GM) y genitales (G) para establecer el grado de desarrollo sexual del y de la adolescente. La escala va del 1 al 5, según el menor o mayor grado de desarrollo, donde el 1 representa el menor grado y el 5 el mayor nivel de desarrollo. Indistintamente, se utilizan los números ordinales o romanos (ejemplo 1, 2, 3... o I, II, III). (Ver Cuadro de procedimientos).

Según Marshall y Tanner, la maduración sexual de la mujer y el varón, durante la pubertad se caracteriza por:

- Aceleración y desaceleración del crecimiento en la mayor parte de las dimensiones óseas y una gran parte de los órganos internos (estirón puberal).

- Modificaciones en la composición corporal, que comprenden el crecimiento del esqueleto y de los músculos y cambios en la cantidad y distribución de grasa.
- Desarrollo de los sistemas cardiovasculares y respiratorios, con incremento de la fuerza y resistencia, principalmente en el sexo masculino.
- Desarrollo de las gónadas, los órganos reproductores y los caracteres sexuales secundarios (maduración sexual).

Pubertad normal mujeres	Pubertad normal varones
Entre los 9 y 16,5 años.	Entre los 10 y los 17,5 años.
Primero aparece el botón mamario = GM II de Tanner.	Primero hay aumento del volumen testicular (>3cc) = Tanner III.
Luego y/o al mismo tiempo el vello pubiano = VP II de Tanner.	Luego aparece el vello pubiano.
Aceleración del crecimiento en el estadio III Tanner.	Posteriormente crece el pene, aparece vello axilar y facial. Luego ocurren los cambios de la voz.
Menarquia en Tanner III-IV.	La primera polución corresponde a Tanner III-IV.
Desaceleración del crecimiento.	Desaceleración del crecimiento.

La primera manifestación de la pubertad del sexo femenino, se caracteriza por la aparición del brote mamario seguida, en el mismo año, por la aparición del vello púbico, correspondiente al grado de maduración M II de Tanner. La aceleración del crecimiento comienza en la época del brote mamario. La menarca, por lo general, se presenta o coincide con el grado de maduración de Tanner M III y, a menudo, se presenta en la fase de desaceleración Tanner M IV.

La maduración sexual del sexo femenino se caracteriza por:

- Desarrollo de los senos (telarquia).
- Aparición del vello púbico y axilar (pubarquia).
- Primera menstruación (menarquia).

Para la evaluación clínica del desarrollo femenino es necesario comparar los estadios sistematizados por Tanner y correlacionar con la edad promedio de alcanzar el estadio, que se presenta en el siguiente cuadro.

DESARROLLO FEMENINO – CORRELACIÓN ESTADIOS TANNER- EDAD			
ESTADIOS DE TANNER		Edad promedio de alcanzar estadio (95% percentil)	
Mamas(M) Vello púbico(VP)			
Estadio	Descripción	Edad cronológica	Edad ósea
I	MI: Ninguna.	10.9 (8.5-13.3)	10.5 (8.5-13.2)
	VPI: ninguna.	10.4 (8.0-12.8)	11.5 (8.5-13.0)
II	MII: botón mamario < que el diámetro de areola.	12.2 (9.8-14.6)	12.0 (10.2-14.0)
	VPII: largos, suaves, ligeramente pigmentados, lacios a lo largo de los labios mayores.	12.2 (9.8-14.6)	12.2 (10.0-14.5)
III	MIII: botón mamario > que el diámetro de areola.	13.2 (11.4-15.0)	12.5 (10.0-14.5)
	VPIII: oscuro, áspero y rizado disperso en forma rala sobre el pubis.	13.0 (10.0-15.2)	13.2 (11.0-15.0)
IV	MIV: areola sobresale del plano de la mama.	14.0 (11.6-16.4)	
	VPIV: vello similar al del adulto, cubre menor superficie del pubis.	14.0 (11.6-16.0)	13.5 (11.5-15.0)
V	MV: mama adulta; retracción de la areola, sobresale el pezón del plano de la mama.	15.3 (11.8-18.8)	
	VPV: vello adulto, límite superior horizontal.	14.4 (12.2-16.6)	15.0 (12.5-16.0)
Velocidad pico de crecimiento		12.2 (10.2-14.2)	
Menarquia.		12.7 (10.5-15.5)	

Adaptado y modificado sobre la base de datos de Serie OPS/UNFPA No. 2 (2000) y Un modelo para desarmar.

La primera manifestación de la pubertad en el sexo masculino, es el crecimiento de los testículos. Al aumento del volumen testicular sigue la aparición del vello púbico, posteriormente del vello facial y luego del resto del cuerpo. La edad de la primera eyaculación es bastante variable y corresponde, generalmente, a una fase avanzada de maduración.

El desarrollo de los genitales externos y del vello púbico puede determinarse por observación comparativa con los estadios de Tanner. Ver Cuadro de Procedimientos.

La maduración sexual en el varón se caracteriza por:

- Desarrollo de caracteres sexuales secundarios que incluye el desarrollo de genitales externos, aparición de vello púbico, axilar y facial y cambio de voz.
- Desarrollo testicular.
- Eyaculación (espermarca).

Para la evaluación clínica del desarrollo masculino es necesario comparar los estadios sistematizados por Tanner y correlacionar con la edad promedio de alcanzar el estadio, que se presentan en el siguiente cuadro.

DESARROLLO MASCULINO - CORRELACIÓN ESTADIOS TANNER- EDAD				
Genitales en varones Testicular(G) Vello púbico(VP)			Edad promedio de alcanzar estadio (95% percentil)	
Estadio	Diámetro	Volumen	Edad cronológica	Edad ósea
I	GI: Prepuberal VP I: Ninguno.	< 4 ml	11.2 (9.2-14.2) 12.2 (9.2-15.2)	11.5 (9.0-13.5) 13.5 (11.5-14.5)
II	GII: > 2.0 cm VPII: vello apenas visible en la base del escroto/ pubis.	4-6 ml	12.9 (10.5-15.0) 13.5 (11.1-15.0)	13.2 (10.5-15.4) 14.2 (11.5-15.5)
III	GIII: > 3 cm VPIII: vello fácil de ver en iguales localizaciones.	> 6 y < 10 ml	13.8 (11.6-16.0) 14.2 (12.0-16.4)	14.5 (12.5-16.0) 14.2 (12.5-16.5)
IV	GIV: > 4.0 cm VPIV: vello suprapúbico solamente.	10 – 15 ml	14.7 (12.5-16.9) 14.9 (12.9-16.9)	14.5 (12.5-16.0)
V	GV: > 5.0 cm VPV: distribución adulta.	>15 ml	16,3 (13,5-19,0) 16,1(13,4-18,9)	
Velocidad pico de crecimiento.			14.5 (12.0-16.0)	
Primera polución.			13.8 (10.5-16.0)	

Adaptado y modificado sobre la base de datos de la Serie OPS/UNFPA No. 2 (2000) y Un modelo para desarmar.

Una vez conocida la edad, el peso, la talla y el estadio de la maduración sexual, se clasifica la etapa de pubertad. Para clasificar el desarrollo puberal es fundamental correlacionar los datos de la edad, el peso, la talla y la evaluación del estado de Maduración Sexual del o de la Adolescente. El indicador principal que se utiliza para clasificar es el estadio de maduración sexual de Tanner.

- **Pubertad precoz:** aparición de pubertad antes de los 8 años en las mujeres y antes de los 9 años en varones. Aunque puede ser de origen familiar, en la mayoría de casos tiene origen patológico.
- **Pubertad retardada o retardo puberal:** es la pubertad que no se inicia después de los 13 años en mujeres y después de los 14 años en varones. Es por origen familiar, en la mayoría de los casos, o debida a causas funcionales tales como: nutrición inadecuada, hipotiroidismo, stress, drogas, exceso de glucocorticoides. En algunos casos puede ser la expresión de otras patologías sistémicas, endócrinas o genéticas.
- **Pubertad normal:** etapa de la vida en la que se produce un conjunto de transformaciones morfológicas y fisiológicas, que posibilitan el inicio de las funciones sexuales. Ocurre de los 8 a los 13 años en mujeres y de los 9 a los 14 años en hombres.

Variaciones de la pubertad normal

- **Pubertad adelantada:** adelanto constitucional del crecimiento. Se presenta en el 10% de los y las adolescentes y se inicia entre los 8 y 9 años en mujeres, y entre los 9 y 10 años en hombres. Puede haber telarquia, menarquia y pubarquia prematura como variantes normales en mujeres, y cambios en la voz, crecimiento de testículos y pubarquia en varones. Les ocurre a niños y niñas cuyos padres presentaron los mismos signos a edades tempranas, o si nacieron más crecidos que otros niños de su misma edad. Es por eso que puede ser de origen hereditario.
- **Pubertad tardía:** retardo constitucional del crecimiento. Se presenta alrededor de los 12 a los 13 años en mujeres y entre los 13 y 14 años en los hombres y ocurre en el 10% de adolescentes.

Evaluar desarrollo de la pubertad

Es importante que se establezca un diálogo ameno mientras realiza la entrevista propiamente dicha o anamnesis. Durante la evaluación física usted debe conversar con el púber o pre adolescente, dirigiéndose siempre antes a él o a ella y luego corroborar las respuestas, solo en casos que no responda o tenga dudas, con su acompañante, sea éste el padre, madre o adulto responsable.

Cuando se indaga en una persona adolescente los antecedentes de la etapa puberal, las preguntas del Cuadro de Procedimientos pueden orientar para saber cómo se presentó en el o la adolescente esta etapa.

- ¿Sufres de alguna enfermedad: diabetes, asma, rinitis, insulino-resistencia, anemia, otros? ¿Tienes alguna alergia?
- ¿Usas algún tipo de medicamento? Evaluar esteroides ¿Usas algún tipo de droga (cigarrillo, alcohol, otras drogas)?
- ¿Cómo te alimentas? ¿Cuántas comidas al día realizas? ¿Qué cantidad comes?
- ¿Tienes alguna pregunta o inquietud con respecto a los cambios de tu cuerpo?
- Cambio en la respuesta inmunológica, que genera mejoría o agravamiento de problemas inmunológicos previos (alergias) y respuestas frente a la infección.
- Mayor rendimiento físico, capacidad y recuperación frente al ejercicio.
- ¿A qué edad te salió vello en las axilas y/o genitales? ¿Cuándo notaste mal olor axilar por primera vez?

A las adolescentes agregue las siguientes preguntas:

- ¿A qué edad empezaron a crecer las mamas?
- ¿A qué edad tuviste tu primera menstruación?
- ¿Sabes qué edad tenía mamá, abuelas, tías o hermanas cuando tuvieron su primera menstruación?

A los adolescentes varones preguntar: ¿A qué edad tuviste tu primera polución nocturna?

Es importante que observe:

- Caracteres sexuales secundarios y características de los genitales externos.
- Aspecto nutricional, glándula tiroidea: tamaño, consistencia, presencia de nódulos o masas.
- Signos clínicos compatibles con patología crónica o cromosomopatía (talla baja o alta, pterigión ocular, implantación pabellón auricular, otros).
- Hipogonadismo.
- Actitud de la persona adolescente ante los cambios puberales.

Con la información obtenida, debe calcular el estadio de maduración sexual de Tanner en cada consulta, en (Ver Cuadro de Procedimientos), la talla, el peso y el tiempo de permanencia en un estadio de maduración (según consulta sucesiva).

Rutina para la evaluación de la maduración sexual		
Caracteres sexuales secundarios de acuerdo con estadios de Tanner.	Diagnóstico	Conducta
Brote del botón mamario y vellos del pubis entre los 8 y 13 años de edad en la mujer.	Adolescente con pubertad normal.	Acompañar semestralmente.
Aumento del volumen testicular (> 3 ml) y vellos del pubis, entre los 9 y 14 años del varón.	Adolescente con pubertad normal.	Acompañar semestralmente.
Ausencia de caracteres sexuales secundarios: En mujeres > de 13 años En varones > de 14 años.	Pubertad Retardada o Tardía.	Consultar con servicio especializado.
Presencia de caracteres sexuales secundarios: En mujeres < de 8 años. En varones < de 9 años.	Pubertad Precoz.	Consultar con servicio especializado inmediatamente.

Succi E: Pubertad. Río de Janeiro 1998 (mimeo). Serie OPS/UNFPA No. 2 (2000). Centro de Estudios de Población (CENEP). Buenos Aires, Argentina.

Clasificación del Desarrollo Puberal

En este apartado, en el proceso de clasificar el desarrollo puberal, los riesgos y las alteraciones del mismo en adolescentes, usted encontrará las tres maneras de clasificar a un o una adolescente, según el estado de desarrollo puberal que se presenta según este orden:

- Pubertad precoz
- Pubertad retardada o tardía
- Pubertad normal

Para clasificar y tratar la pubertad precoz, pubertad retardada o tardía, pubertad normal, ubicar en el Cuadro de Procedimientos para evaluar la posibilidad de que la persona adolescente presente una enfermedad o riesgo de padecer una de las alteraciones mencionadas

Pubertad precoz

Observe los signos en la fila roja del Cuadro de procedimientos. Si la adolescente presenta caracteres sexuales secundarios antes de los 8 años de edad, en las mujeres y antes de los 9 años en varones se cataloga como Pubertad Precoz, puede presentar una de estas patologías a descartar:

- Hipotiroidismo.
- Tumor de Ovario (determinación de HCG, ecografía pélvica).
- Tumor de glándulas adrenales (ecografía abdominal, estimulación con cortisona), iatrogénico.
- Displasia fibrosa (Síndrome de McCune-Albright), realizar examen físico, (rayos X de hueso, ecografía pélvica).
- Enfermedad orgánica cerebral (examen neurológico, tomografía axial computarizada o resonancia magnética cerebral) que si son descartadas se pueden considerar que es de origen idiopático (diagnóstico de exclusión) y se clasifica como PUBERTAD PRECOZ.

Este tipo de pubertad puede ser patológica y debe ser atendida por un médico. En todos los casos refiera al especialista.

Pubertad retardada o tardía

Si la persona adolescente presenta los siguientes signos, corresponde a una Pubertad Retardada o Tardía. Observe la fila amarilla del Cuadro de Procedimientos.

En Varones	En Mujeres
<ul style="list-style-type: none">• Estadio genital 1 (G1) persiste >13.7 años o estadio vello púbico 1 (VP1) persiste >15.1 años.• Han transcurrido más de 5 años desde el inicio hasta la culminación del desarrollo genital• Los siguientes estadios persisten después de los siguientes límites<ul style="list-style-type: none">- G2 > 2.2 años VP 2 > 1 año.- G3 > 1.6 años VP 3 > 0.5 año.- G4 > 1.9 años VP 4 > 1.5 años.	<ul style="list-style-type: none">• Estadio glándula mamaria 1 (GM1) persiste > 13.4 años, VP1 persiste > 14.1 años o hay ausencia de la menstruación > 16 años.• Los siguientes estadios persisten después de los siguientes límites:<ul style="list-style-type: none">- GM2 > 1.0 años VP 2 > 1.3 años- GM3 > 2.2 años VP 3 > 0.9 años- GM4 > 6.8 años VP 4 > 2.4 años

La pubertad retardada o tardía de origen familiar es la más frecuente. Tiene pocos síntomas y evoluciona lentamente y puede resultar en una pubertad retrasada patológica, que puede presentar problemas físicos y psíquicos.

Si la persona adolescente presenta un retraso de 5 años desde el inicio hasta la culminación del desarrollo genital, o persistencia, es debida a causas funcionales. Se deben descartar causas como:

- Nutrición inadecuada: bulimia, anorexia nerviosa, mal absorción, enfermedad celiaca, enfermedad inflamatoria intestinal.
- Enfermedad crónica: acidosis renal, insuficiencia renal, fibrosis quística, enfermedades cardíacas, sida, asma severa, Diabetes Mellitus tipo 1.
- Estrés Ambiental.
- Entrenamiento atlético intenso.
- Hipotiroidismo.
- Drogas.
- Exceso de glucocorticoides (enfermedad de Cushing o exógenos).

A nivel psicológico el daño puede ser serio, ya que la persona adolescente se sentirá diferente y rechazado/a por sus pares de la misma edad, que han tenido un desarrollo y crecimiento normal.

Se debe referir al especialista si no se disponen de métodos diagnósticos adecuados o no existe alguna causa funcional identificable.

Pubertad Normal

En varones entre los 10 y los 17 años	En mujeres entre los 9 y 16 años de edad
<ul style="list-style-type: none">• Primero hay aumento del volumen testicular (>3cc) que corresponde con el Tanner Grado 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 Grado III-IV.• La aceleración del crecimiento coincide con un Tanner Grado 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 en Tanner Grado V.	<ul style="list-style-type: none">• 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.

Promueva:

- Estilos de vida saludables y el autocuidado de la salud. Ver Cuadro de Procedimientos.
- Visitas de seguimiento: vigilar y registrar en consultas sucesivas la progresión de la maduración sexual.
- El autoexamen de mamas y de testículos. Enseñar los pasos según lo establecido en las el Cuadro de Procedimientos.

Ginecomastia en el Varón

Es el aumento de la glándula mamaria (unilateral 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	Clasificación	Evolución	Tratamiento
<ul style="list-style-type: none"> • Edad de inicio • Secreción por el pezón • Dolor • Uso de fármacos (cimetidina) y drogas (marihuana, etc.) 	Botón mamario sub areolar uni o bilateral.	Grado I	Transitoria. Remite antes de los 12 meses	Exclusivamente apoyo psicológico
	Desarrollo mamario tipo femenino < 4 cm.	Grado II	Control cada tres meses	Apoyo psicológico
			Si no remite	Apoyo psicológico Refiera a especialista (medicación, puede requerir corrección quirúrgica).
Desarrollo mamario tipo femenino > 4 cm.	Grado III	No remite	Apoyo psicológico Refiera a especialista (medicación, puede requerir corrección quirúrgica).	

Ginecomastia: Información para los adolescentes

Lo fundamental es tranquilizar al adolescente, reafirmando que las ginecomastias son benignas y que en menos de un año desaparecen espontáneamente. Aunque momentáneamente, en lo estético, puede provocar inconvenientes en la vida de relación.

Acontece en más de la mitad de los varones.

- Esto no significa que vaya a tener ningún problema en su vida sexual actual o futura.
- Explicar que se deben a cambios hormonales (ginecomastia) o a un aumento del tejido graso (seudoginecomastia).
- aconsejar la realización de controles cada tres meses para ver la evolución. El ejercicio y el cuidado del peso pueden mejorarla.
- Si no mejora en los sucesivos controles, se puede recurrir a otros métodos, los que se conversarán en las próximas consultas.

Enfermedades de los testículos y del escroto

Epididimitis/Orquitis

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

Síntomas	Diagnóstico	Laboratorio
<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>Clínico: 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.</p> <p>Víricas: paramixovirus (parotiditis), arnavirus. 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, prueba para VIH.</p>

Esquema de tratamiento

Orquitis por gérmenes de transmisión sexual:

- Antinflamatorios y antipiréticos.
- Reposo con elevación de testículos.
- Elegir uno de los antibióticos siguientes:
 - Ceftriazona 250mg i/m una dosis (de elección), o
 - Norfloxacin 800mg v/o una dosis o
 - Ciprofloxacina 500mg v/o una dosis o
 - Espectinomicina 2gr i/m una dosis

Combinar con:

- Azitromicina 1gr v/o una dosis o
- Doxiciclina 100mg v/o, c/12 hrs. x 10 días.

Tratar todos los contactos sexuales en los últimos 60 días.

Prevención: uso de preservativo en todas las relaciones sexuales.

Por la frecuencia con que ambas infecciones coexisten, se recomienda usar una dosis de antibiótico para gono-coco y una dosis de antibiótico para clamidia, a menos que se obtenga un cultivo específico negativo.

Otras orquitis:

Se adecuará el tratamiento de acuerdo con el agente etiológico.

Nota:

Ante una evolución tórpida, o dudas diagnósticas, se deberá derivar al especialista.

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

- Dolor en un testículo, intenso y repentino
- Elevación de un testículo con el escroto
- Náuseas, vómitos, lipotimia
- Inflamación y fiebre

Tratamiento quirúrgico de emergencia

Hidrocele

Es la acumulación de fluido en el escroto y el cordón espermático.

Diagnóstico y Tratamiento

Clínico:

- Con masa quística del escroto, blanda e indolora, que aumenta a lo largo del día.
- Ocasionalmente puede ser doloroso.
- Transiluminación positiva.

Paraclínico:

En caso de ser necesario, puede efectuarse ecografía del escroto y los testículos.

- No requiere tratamiento específico.
- Explicar al adolescente que no es nada grave, que cuando pueda, evite estar mucho tiempo de pie.
- Si persiste, hacer consulta con especialista, para decidir conducta.

Varicocele

Es la dilatación patológica de las venas que corren a lo largo del cordón espermático. Es más frecuente del lado izquierdo.

Diagnóstico y Tratamiento

Clínico:

- Grado I, várice pequeña que solo se evidencia en posición supina.
- Grado II, se detecta en posición de decúbito, de tamaño medio: 1 a 2 cm. de diámetro.
- Grado III, mayor de 2 cm. de diámetro, asociado a disminución del tamaño testicular.
- Los grados II y III presentan venas visibles, agrandadas y retorcidas en el escroto.
- Suelen ser indoloros.

Pueden cursar con aumento del volumen (edema) del escroto.

- Requiere referencia a mayor nivel de atención.
- Grado I, se efectuará seguimiento periódico ecográfico.
- Grados II y III exigen valoración por especialista, en vista de posible tratamiento quirúrgico.

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 y Tratamiento

Clínico:

Escroto vacío uni o bilateral, suele ser asintomática.

Si se diagnostica en la adolescencia, el testículo no descendido (intrabdominal) debe **referirse hacia un nivel más alto de complejidad**, porque debe ser extraído por el alto riesgo de malignidad (el cáncer, en estos testículos, es 50 veces más frecuente que en la población general). Además, porque ya no tiene una buena capacidad de producir espermatozoides.

Hacer interconsulta con especialista.

Tumores del testículo

Aunque no existe hasta el momento, suficiente evidencia que avale el autoexamen testicular como método de tamizaje de los tumores testiculares, el profesional de salud no deberá omitir el examen de los testículos de los adolescentes. Se debe recordar que la mayoría de los tumores del testículo, en la adolescencia, son tumores malignos y la presencia de una tumoración amerita la **consulta urgente a especialista**.

Diagnóstico y Tratamiento

Clínico:

Tumor sólido, indoloro en uno de los testículos.

Paraclínico:

De sospecha: ultrasonido

De confirmación: biopsia.

Hacer interconsulta en forma urgente con especialista, para cirugía, quimioterapia y radioterapia, de acuerdo con la estadificación.

Ciclo menstrual

Son los cambios periódicos que se producen en el ovario y en el endometrio en el intervalo comprendido entre la menarquia (momento del primer sangrado menstrual) y la menopausia (momento del último sangrado menstrual). El ciclo menstrual dura de 21 a 35 días y puede dividirse en dos fases funcionales separados por la ovulación, la fase folicular y la fase luteínica como fase secretora o post ovulatoria.

Se puede clasificar a los ciclos menstruales en regulares o irregulares. Los períodos irregulares son comunes en las adolescentes que acaban de comenzar a menstruar y se suelen regularizar 2 a 3 años luego de la primera menstruación y, en algunos casos, hasta cinco años.

Menstruación³²

La menstruación es un sangrado que se produce por descamación o desprendimiento del endometrio, en forma periódica, marcando el inicio del ciclo menstrual.

La duración media de la menstruación es de 5 días (+/- 2), variando de 4,5 días a 8 días. Un ciclo menstrual dura normalmente entre 24 a 38 días, período considerado todavía como fisiológico.

Es muy importante tener presente que si el útero sangra, existen siempre dos posibilidades:

1. Se trata de un sangrado menstrual o menstruación cuando el sangrado se produce a partir de un endometrio secretor, transformado por la acción hormonal. La presentación de la menstruación por tanto se debe a una privación hormonal funcional.
2. No es un sangrado menstrual. En este caso se habla, en términos generales de un sangrado uterino anormal, SUA, siendo entonces lo más importante aclarar cuanto antes la causa del mismo.

En el caso de sangrados uterinos anormales, existen dos posibilidades:

- a. Presencia una alteración estructural, que es un proceso orgánico local por ejemplo, un carcinoma, pólipo, miomas, etc.
- b. Alteración no estructural; pueden ser coagulopatías, disfunción ovulatoria, patologías endometriales, iatrogénicas y no clasificadas.

32 IBID, pp. 493-494

Evaluando la menstruación

Considerar los datos siguientes límites “Normales” de los parámetros menstruales en la edad reproductiva.

1. Duración: se mide en días. La menstruación dura por término medio de cuatro a ocho días. Puede ser prolongada (mayor a 8.0 días), normal (de 4.5 a 8.0 días) o acortada (menor a 4,5 días).
2. Intensidad o Volumen: se mide en mililitros, ml. Es la cantidad de pérdida sanguínea. Se considera mucho (mayor a 80 ml.) normal (de 5 a 80 ml.) y poco (menos de 5 ml.). Se valora por el número de toallas higiénicas empleadas al día. Ver Cuadro de Procedimientos.
3. Frecuencia o espaciamiento: se mide en días, el rango normal es de 24 - 38 días. Aunque la duración media de los intervalos del ciclo menstruales de 28 días, solo el 10-15% de los ciclos normales tiene esa duración. Se considera frecuente (menos de 24 días) normal (de 24 a 38 días) infrecuente (mayor a 38 días). La variación máxima de los intervalos inter-menstruales se produce generalmente en los años que siguen a la menarquía.
4. Regularidad: se mide en días extendido en 12 meses y puede ser ausente (cuando no hay sangrado) regular (variación de más / menos 2 a 20 días) irregular (variación de más de 20 días).

Se considera sangrado uterino anormal todo lo que se encuentra fuera de estos límites.

Sangrado Uterino Anormal

Clasificación - Terminología de la FIGO del Sangrado uterino Anormal

Alteraciones de la regularidad

- Sangrado uterino irregular
- Ausencia del sangrado menstrual

Alteraciones de la cantidad

- Sangrado menstrual abundante³³
- Sangrado menstrual escaso

Alteraciones de la duración

- Sangrado menstrual acortado
- Sangrado menstrual prolongado

Sangrado irregular no menstrual

Sangrado fuera de la edad reproductiva

Hemorragia Uterina Anormal - HUA (Abnormal Uterine Bleeding-AUB)

Término que incluye alteraciones del volumen, duración y ciclicidad de la menstruación. El término de hemorragia uterina disfuncional desaparece y se incluye dentro de este término, como parte de éste, pero siendo un subgrupo específico, se definen:

33 El sangrado menstrual abundante sería el equivalente del término menorragia, en el cual por definición, no se objetiva patología orgánica que lo justifique, tratándose por tanto de un diagnóstico de exclusión.

- **Hemorragia Menstrual Abundante** (Heavy Menstrual Bleeding (AUB/HMB): desaparece el término menorragia.
- **Sangrado Intermenstrual** (Intermenstrual Bleeding (AUB/IMB): desaparecen términos como metro-rragia y manchado premenstrual.

Hemorragia Uterina Anormal Crónica: la anormalidad se presenta en la mayoría de los últimos 6 meses.

Hemorragia Uterina Anormal Aguda: episodio que amerita un manejo por urgencias para evitar la pérdida excesiva de sangre. Puede presentarse en el contexto de una Hemorragia crónica.

Sangrado uterino anormal agudo, crónico e intermenstrual

El sangrado uterino anormal se define como sangrado del cuerpo uterino que es anormal en volumen, regularidad, temporalidad (o los tres), que ha estado presente durante la mayor parte de los últimos seis meses.

El sangrado uterino anormal agudo se distingue como un episodio de sangrado abundante que, en opinión del médico, es de gravedad suficiente para requerir la intervención inmediata, para prevenir una mayor pérdida de sangre. El sangrado uterino anormal agudo puede ocurrir en el contexto del sangrado uterino anormal crónico o sin un antecedente.

El sangrado intermenstrual se define como el que ocurre entre menstruaciones claramente definidas como cíclicas y predecibles; comprende la ocurrencia de episodios aleatorios, así como los que se manifiestan predeciblemente, al mismo tiempo, en cada ciclo. Esta definición se diseñó para reemplazar la palabra “metrorragia”, que fue uno de los términos que el grupo recomendó que deben abandonarse.

Sistema básico de clasificación

El sistema básico engloba cuatro categorías que se definen por criterios estructurales visualmente objetivos (PALM: pólipos, adenomiosis, leiomioma y malignidad o hiperplasia); cuatro (COEI) que no están relacionados con anomalías estructurales y una (N) reservada para las afecciones que aún no se han clasificado. La categoría de leiomioma (L) se subdivide en las pacientes que tienen al menos un mioma submucoso y quienes tienen miomas que no tienen efecto en la cavidad endometrial.³⁴

Sangrado Menstrual Abundante SMA

El sangrado menstrual abundante (SMA) se define como una pérdida excesiva de sangre menstrual que interfiere con una normal actividad física, emocional o social o bien, empeora la calidad de vida de la mujer. Puede ocurrir solo o asociado a otros síntomas. También se considera sangrado menstrual abundante al sangrado, que desde la perspectiva de la mujer aumentó de volumen, independientemente de la regularidad, la frecuencia o la duración.

Para anotar los datos referentes a la menstruación se empleará el ESQUEMA de KALTENBACH.

34 FIGO, de Munro MG, Critchley HO, Broder MS, Fraser IS, FIGO Working Group on Menstrual Disorders, FIGO classification system (PALM-COEN) for causes of abnormal uterine bleeding in nongravid women of reproductive age. Int J Gynaecol Obstet 2011;113:3-13.

ESQUEMA DE KALTENBACH

Abundante																				
Normal																				
Escaso																				
Meses	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio														

Ejemplo: Ciclo regular con menstruaciones normales en cantidad y duración

Abundante																				
Normal	█		█		█		█		█		█		█		█		█		█	
Escaso																				
Meses	enero	febrero	marzo	abril	mayo	junio														

Amenorrea

Se refiere a la ausencia de menstruación más allá de un límite de tiempo considerado normal.

La falta de menstruación por un período menor a tres meses, en una mujer con ciclos regulares se denomina retraso menstrual.

En toda adolescente con Amenorrea debe realizarse prueba de embarazo.

Según sus características se puede clasificar en Amenorrea Primaria y en Amenorrea Secundaria (Ver Cuadro de Procedimientos IMAN).

AMENORREA PRIMARIA (no incluye embarazo), cuyas principales características son:

- Falta de menarquia a los 14 ó 15 años, con ausencia de caracteres sexuales secundarios.
- Falta de menarquia de los 16 a 18 años con o sin caracteres sexuales secundarios.
- Falta de menarquia a pesar de haber alcanzado un Tanner mamario 5, un año antes.
- Falta de menarquia a pesar de haber iniciado desarrollo mamario Tanner 2, cinco años antes.

Entre sus principales causas se citan:

- Anomalías congénitas: himen imperforado, ausencia de 1/3 distal de vagina, ausencia de útero, tabiques transversos de vagina, entre otros.
- Alteraciones cromosómicas: síndrome de Turner, mosaico de Turner, deficiencia de los receptores a nivel ovárico, entre otros.
- Trastornos endocrinos: a nivel hipotalámico o hipofisario (síndrome de Kallman, hipogonadismo hipotalámico, enfermedades tiroideas, hiperprolactinemia, otras enfermedades hipofisarias). Hiperplasia suprarrenal congénita, síndrome de ovario poliquístico, insensibilidad androgénica.

Si en la adolescente que ha cumplido los 18 años se determinó la ausencia de menstruación y se ha descartado un embarazo, clasifique como AMENORREA PRIMARIA (fila roja en el Cuadro de Procedimientos). Estos casos deben ser referidos a atención especializada para evaluación y tratamiento.

AMENORREA SECUNDARIA (no incluye embarazo), se caracteriza por:

- Ausencia de 3 períodos menstruales o más luego de haber menstruado siempre regularmente desde la menarquia.
- Ausencia de 6 o más períodos menstruales, precedida de períodos irregulares.

Entre las principales causas se citan:

- Problemas ováricos: síndrome de ovarios poliquísticos, falla ovárica prematura, quistes de ovario, entre otros.
- Disfunción hipotalámica: estrés, anorexia, ejercicio excesivo, deficiencia de factor liberador de gonadotropina humana (GnRH).
- Enfermedades uterinas: Síndrome de Asherman, enfermedades hipofisarias (hiperprolactinemia, tumores hipofisarios, Síndrome de la silla turca vacía, Hipotiroidismo, Síndrome de Sheehan).
- Trastornos psiquiátricos y neurológicos y sus tratamientos.

Se requiere realizar estudios de:

- Análisis de sangre o pruebas de Biometría hemática: hemograma, urea, creatinina, glucosa, plaquetas, TP, TTP, Tipificación.
- Prueba de embarazo en sangre.
- T4, TSH, prolactina, FSH, LH.
- Ecografía pélvica.
- Resonancia magnética cerebral en casos de hiperprolactinemia.

La adolescente con amenorrea debe ser valorada en sus factores de riesgo de Síndrome de Ovario Poliquístico, resistencia a la insulina, obesidad, bajo peso al nacer, antecedentes familiares de diabetes y de ovario poliquístico, atendiendo al pronóstico de probable síndrome metabólico y su repercusión cardiovascular en la edad adulta.

Ausencia de menstruación durante 3 ciclos o durante 6 meses, sin evidencia de embarazo, clasifique como AMENORREA SECUNDARIA (fila amarilla del Cuadro de Procedimientos) y refiera para atención de mayor complejidad a especialista gineco - obstetra.

Información complementaria para profesionales de la salud

Tratamiento: el objetivo principal es restablecer la menstruación. Se debe considerar la causa y siempre que sea posible considerar preservar la fertilidad futura de la paciente.

Tratamiento no farmacológico

- Informar a la adolescente que la Amenorrea es muy común en situaciones de estrés.
- Si la Amenorrea es inducida por el ejercicio debe considerarse la disminución de la intensidad del entrenamiento.
- En mujeres anoréxicas y otros trastornos de la alimentación debe intentarse modificar la conducta y hábitos alimentarios. Un aumento de peso de un 2-3% suele determinar la aparición de las menstruaciones normales en 2-3 meses; en estos casos debe ser necesaria una interconsulta con salud mental.
- Referir a servicios de mayor complejidad para enfoque multidisciplinario.

Tratamiento farmacológico

- En hiperprolactinemia, derivar a especialista en ginecología.
- En ciclos anovulatorios: si la adolescente desea además anticoncepción prescribir anticonceptivos orales a dosis bajas (etinilestradiol 30 mg + levonorgestrel 150 mcg); si no desea anticoncepción, prescribir un gestágeno cíclicamente (primera opción 200- 300 mg de progesterona natural durante 10-12 días al mes o segunda opción 5-10 mg de medroxiprogesterona).

Sangrados Uterinos Anormales

Se requiere de estudios de:

- Análisis de sangre o pruebas de Biometría hemática: hemograma, urea, creatinina, glucosa, plaquetas, TP, TTP, Tipificación. Tener en cuenta las alteraciones de la coagulación, y oncológicas como leucemias, etc.
- β (beta) HCG (Test de embarazo). Debe descartarse una emergencia obstétrica.
- Progesterona, día 23 del ciclo.
- TSH, T4.
- Ecografía ginecológica.

¿Qué hacer?

La adolescente debe ser referida a un servicio de salud de mayor complejidad donde pueda recibir el siguiente tratamiento:

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

Una vez descartado el embarazo y confirmado que se trata de un Sangrado Uterino Anormal, el tratamiento dependerá de la magnitud o gravedad del sangrado:

Sangrado leve, sin repercusión anémica o hemodinámica:

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

Sangrado moderado:

1. Comenzar con tratamiento hormonal regulador (progesterona micronizada 200-300 mg diarios VO durante los 10 últimos días del ciclo) y mantenerlo por tres meses, o píldoras anticonceptivas monofásicas, 1 comprimido día durante 3 a 6 meses para mantener los ciclos y evitar nuevos sangrados.
2. Si no hay anemia no se requiere suplementación; recomendar dieta con niveles adecuados de hierro.

Sangrado importante:

1. Si existe repercusión hemodinámica: hospitalizar, reponer sangre si es necesario.
2. Anticonceptivos orales monofásicos (dosis habitual: 1 por día) durante 3 a 6 meses para mantener los ciclos y evitar nuevos sangrados o aplicar 1 vial de acetato de medroxiprogesterona de depósito 150 mg y al mes iniciar anticonceptivo oral combinado monofásico.
3. Alertar a la adolescente que al terminar de tomar la medicación tendrá un sangrado menstrual normal.
4. Continuar con anticonceptivos orales por lo menos 6 meses para mantener los ciclos y evitar nuevas hemorragias, explicando que se utiliza como tratamiento hormonal, no con enfoque anticonceptivo.
5. En casos excepcionales si el sangrado intermenstrual no cesa con el tratamiento hormonal está indicado realizar legrado uterino hemostático o aspirado uterino hemostático.
6. Recomendar medidas generales y dietéticas, hierro oral y control periódico.
7. Solicitar que regrese para seguimiento.

Síntesis de pautas para el manejo de las hemorragias disfuncionales			
CARACTERÍSTICAS	NIVEL I: AMBULATORIO		NIVEL II O III: HOSPITALIZACIÓN
	LEVE	MODERADO	SEVERO
Nivel de Hematocrito y Hb.	Hematocrito: > 33%. Hb.: >11 g/dl *	Hematocrito: 27 - 33%. Hb: 9 -11 g/dl *	Hematocrito: < 27%. Hb: < 9 g/dl Taquicardia. Hipotensión ortostática.
Manejo y tratamiento (fase aguda).	<ul style="list-style-type: none"> • Calendario menstrual. • Fe+ + • Seguimiento semanal. • Consejería. • Anticoncepción oral (AO) si es sexualmente activa o desea hormonales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anticonceptivos orales combinados monofásico 1 comprimido al día por tres a seis meses. • Fe+ + 	<ul style="list-style-type: none"> • Hospitalización. • Vía IV. • Transfusión PRN. • Legrado o aspirado endouterino hemostático y diagnóstico, de primera elección, si la paciente tiene vida sexual activa; en las demás adolescentes es excepcional. • Acetato de medroxiprogesterona de depósito 150 mg1 vial IM profundo. • Iniciar Anticonceptivos orales combinados monofásico, 1 comprimido al día por tres a seis meses, al mes de la aplicación del acetato de medroxiprogesterona.
Mantenimiento	Monitoreo de Hcto./Hb. Control Mensual.	<ul style="list-style-type: none"> • Anticonceptivos Hormonales Orales (AO) micro dosis por 3 meses seguidos; el tiempo de uso depende de la anemia. • Monitoreo de Hcto./Hb. • Control cada 2 ó 3 semanas y luego cada 3 meses. 	<ul style="list-style-type: none"> • Anticonceptivos Hormonales Orales (AO) micro dosis por 3 a 6 meses seguidos; el tiempo de uso depende de la anemia. • Monitoreo de Hcto./Hb. • Control cada 2 ó 3 semanas y luego cada 3 meses.

Nota: En caso de coagulopatías o patologías oncológicas, el tratamiento de elección es la medroxiprogesterona de 150 mg una dosis IM.

Dismenorrea (amarillo)

La Dismenorrea es el dolor cíclico durante la menstruación. Es un motivo habitual de consulta y es más frecuente en los primeros dos años pos menarquia. Según sus causas se reconocen dos tipos o variantes:

Dismenorrea primaria

Dolor menstrual sin patología orgánica, por aumento de la producción de prostaglandinas endometriales (especialmente PG F2 α y E2), tromboxanos, leucotrienos y vasopresina circulante.

Dismenorrea secundaria (orgánica)

Obedece a una patología subyacente del aparato genital. Las causas ginecológicas más frecuentes son:

- Endometriosis
- Enfermedad pélvica inflamatoria (E.P.I.)
- Varicocele pelviano
- Endometritis
- Malformaciones müllerianas
- Estenosis cervical

En toda adolescente con dolor vinculado con la menstruación, progresivo y de tipo cólico, localizado en hipogastrio, de intensidad y duración variables (minutos a horas), clasifique DISMENORREA (fila amarilla).

Información complementaria

Indagar:

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

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

Exámenes complementarios

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

Diagnóstico diferencial

- Lesión pelviana orgánica: Endometriosis, Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI), adherencias.
- Dispositivo intrauterino (DIU).
- Anomalías congénitas.
- Patologías extra-ginecológicas:
 - Gastrointestinales: Apendicitis, Colon Irritable, Colitis, Tiflitis, Diverticulitis, Enfermedad de Crohn, etc.
 - Urológicas: Cistitis, Ptosis renal, Pielonefritis.
 - Ortopédicas: Hiperlordosis, Espondiloartrosis, Escoliosis, Cifosis.
 - Patologías psicológicas.

Tratamiento

En todos los casos, se deberá informar claramente acerca del tratamiento a realizar, dosis, duración y efectos indeseables.

Sobre la dismenorrea primaria, explicarle que es un fenómeno habitual que se produce con el comienzo de los ciclos ovulatorios. Debe informársele que la evolución tiende a la mejoría espontánea; que no se verá alterada su sexualidad ni su fertilidad. Orientar acerca de la necesidad de volver a consultar, si no hay respuesta favorable al tratamiento indicado.

Para dismenorrea secundaria, los mensajes se ajustarán en función de la etiología.

Tratamiento farmacológico:

- Administrar analgésicos: Ibuprofeno, dosis inicial 800 mg. v/o- mantenimiento de 400 mg. v/o c/8 horas o Naproxeno sódico dosis inicial 550 mg. v/o - mantenimiento de 275 mg. v/o c/6 horas o Ácido mefenámico, dosis inicial 500 mg. v/o mantenimiento de 250 mg. v/o c/6 horas. Si no se puede acceder a los medicamentos antes citados utilizar: Paracetamol, 500 mg cada 6 horas por 2 días.

- Si se necesita prevenir embarazo o los síntomas son muy importantes pueden estar indicados los anticonceptivos orales para inhibir la ovulación y el dolor.
- Anovulatorios: levonorgestrel 0.15 mg + etinilestradiol 0.03 mg, 1 tableta diaria desde el día 1 al 28 del ciclo, durante seis ciclos.

Tratamiento no farmacológico:

- Informar a la adolescente sobre los acontecimientos naturales que se producen durante la menstruación, tranquilizándola a ella y a su familia.
- Calor local: puede ser con un paño caliente o almohadilla térmica sobre el abdomen.
- Masajes suaves.
- Dieta balanceada.
- Cambio de hábitos: estimular la actividad física.
- Promocionar estilos de vida saludables.
- Indicar cuándo volver de inmediato.

En caso de Dismenorrea Secundaria, realizar el tratamiento específico según la causa.

Síndrome Premenstrual (amarillo)

El Síndrome Premenstrual es un conjunto de síntomas somáticos, cognitivos, afectivos y de conducta que aparecen durante la fase lútea, poco antes de la menstruación y desaparecen poco después del inicio de la misma. Se asocia con frecuencia a la Dismenorrea y se relaciona con desórdenes en la serotonina y el ácido gammaaminobutírico (GABA) en mujeres susceptibles.

Clasificar y tratar Síndrome Premenstrual, ver en el Cuadro de Procedimientos.

Si la adolescente antes de la menstruación presenta uno o más de los siguientes síntomas:

- Dolor en las mamas.
- Dolor en hipogastrio durante la menstruación.
- Distensión abdominal y vómitos.

Clasifique como SÍNDROME PREMENSTRUAL (fila amarilla), y trate.

Tratamiento no farmacológico:

- Promocionar estilos de vida saludables. Educación.
- Consejería.
- Dieta equilibrada (hipo-sódica antes y durante la menstruación).
- Ejercicio físico.
- Indicar cuándo volver de inmediato. Ver Cuadro de Procedimientos.

Información complementaria

Indagar:

- Edad de comienzo de los síntomas.
- Número de días sintomáticos por ciclo.
- Síntomas más significativos y sus variaciones de un ciclo a otro.
- Grado y severidad del impacto social.
- Presencia de síntomas durante el uso de anticonceptivos orales.

- Paridad.
- Antecedentes de historia siquiátrica.
- Tratamientos previos efectuados.

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

Exámenes complementarios de acuerdo con cada caso en particular.

Evaluación siquiátrica y/o psicológica.

Tratamiento farmacológico

- Administrar analgésicos igual que en el caso de Dismenorrea.
- Hormonales: anovulatorios (micro dosis): levonorgestrel 0.150 ucg + etinilestradiol 0.30 ucg, 1 tableta diaria desde el día 1 al 28 del ciclo, durante seis ciclos.
- Diuréticos: si hay aumento de alrededor de 1,5 Kg de peso premenstrual, espironolactona 25 mg 2 - 3 veces por día durante los días 18 al 26 del ciclo.

Desorden Disfórico premenstrual (DDPM)

Es la forma severa del síndrome premenstrual, que produce disfunción o incapacidad significativas con síntomas cognitivos, afectivos y de conducta graves.

Algunas causas del Desorden Disfórico Premenstrual son:

- **Hormonales:**
 - Exceso de estrógeno.
 - Déficit de progestágenos.
- **Metabólicas:**
 - Déficit de piridoxina.
 - Alteración del metabolismo de los glúcidos.
- **Socioculturales**

Suele observarse:

- Edemas.
- Cefaleas.
- Diarrea.
- Estreñimiento.
- Mastalgia.
- Dolor en miembros inferiores.

Síntomas emocionales:

- Depresión.
- Irritabilidad.
- Fatiga.
- Apetito inusual.

Criterios a cumplirse para el diagnóstico:

- Debe ocurrir durante la fase premenstrual, de 48 a 72 horas antes de la menstruación.
- Los síntomas deben resolverse dentro de los 2 primeros días del comienzo menstrual.

- Debe haber un período asintomático durante la fase folicular.
- Los síntomas deben ser documentados en varios ciclos menstruales y no deben ser causados por ningún otro desorden fisiológico o psicológico.

Los síntomas deben ser recurrentes y suficientemente severos, de modo que impacten sobre las relaciones sociales y ocupacionales.

Tratamiento:

Además del tratamiento del dolor si lo hubiere, se deberá encarar un tratamiento multidisciplinario, incluyendo el componente psicológico y/o psiquiátrico. Debe referirse a una atención especializada y puede llegar a requerir hospitalización.

Retraso menstrual - embarazo descartado (verde)

Retraso menstrual es cuando la menstruación no ha ocurrido 10 días después de la fecha esperada. A partir de los 90 días (o 3 ciclos) de falta de menstruación se considera amenorrea.

En toda adolescente que solicita atención por retraso menstrual siempre es necesario indagar sobre antecedentes ginecológicos: menarquia, características del ciclo menstrual (duración, ritmo, intensidad del sangrado, regularidad), actividad sexual, uso de métodos de planificación familiar, presencia de síntomas relacionados con el embarazo.

Realizar el examen físico: general; valorar parámetros de crecimiento y desarrollo.

- No se evidencia congestión y aumento de volumen mamario.
- Aumento de peso no significativo o inexistente.

La exploración ginecológica bimanual constata útero y anexos de tamaño normal. Recordar que el examen ginecológico y especuloscopia (con acompañamiento de enfermera y/o familiar), solo se podrá realizar si la paciente ha iniciado las relaciones sexuales y lo autoriza.

El diagnóstico se orienta hacia:

- Embarazo poco probable.
- Ciclo anovulatorio o prolongado.
- Persistencia folicular.
- Disfunción fisiológica del eje hipotalámico-hipofisario-gonadal, frecuente en los primeros 2-3 años posteriores a la menarquía.

Para evaluar el retraso menstrual, ubique en el Cuadro de Procedimientos el recuadro *Otros trastornos del ciclo menstrual*.

Clasifique como RETRASO MENSTRUAL-EMBARAZO POCO PROBABLE (fila verde) si la adolescente tiene retraso menstrual igual o mayor a 10 días, pero menor a tres ciclos y las siguientes características:

- No tuvo relaciones sexuales en las últimas 4 semanas.
- No hay sospecha de abuso.
- En caso de ser sexualmente activa, ha habido uso adecuado de método anticonceptivo.
- No presenta náuseas/vómitos matinales.
- Prueba de embarazo en sangre negativa.

Conducta:

- Evaluar el estado nutricional (pérdida o aumento excesivo de peso).
- Indagar situaciones de estrés y/o actividad física extrema.
- Informar a la adolescente sobre los acontecimientos naturales que se producen durante la menstruación, tranquilizándola a ella y a su familia.
- Brindar consejería sobre riesgos de embarazo en la adolescencia. Explicar opciones y uso apropiado de métodos anticonceptivos, incluso abstinencia.
- Si persiste el retraso menstrual POR MAS DE 3 MESES clasificar como Amenorrea y seguir la conducta normada.
- Promocionar estilos de vida saludables: dieta balanceada, ejercicio físico, etc.
- Tener en cuenta que en situación de discapacidad se debe explicar también a los adultos responsables. Tener en consideración las diferentes culturas, incluyendo a los pueblos originarios
- Control periódico hasta que se normalicen los ciclos.
- Si persiste el retraso menstrual POR MÁS DE 3 MESES referir a atención especializada.

Exámenes complementarios:

- Laboratorio para confirmar o descartar embarazo.
- Ecografía pélvica y/o transvaginal, dependiendo de la actividad sexual.

Tratamiento farmacológico

En ciclos anovulatorios: si la adolescente desea además anticoncepción prescribir anticonceptivos orales a dosis bajas (etinilestradiol 30 mcg + levonorgestrel 150 mcg); si no desea anticoncepción prescribir un gestágeno cíclicamente (100 mg de progesterona natural micronizada por día, durante 10-12 días al mes).

Embarazo (amarillo)

El embarazo en la adolescencia es la gestación que ocurre entre los 10 y 19 años. Por la edad y condiciones psicosociales es considerado de riesgo, especialmente en menores de 15 años, donde la posibilidad de sufrir una muerte materna es 5 veces mayor que en mujeres de otras edades.

El embarazo en la adolescente requiere una atención de calidad, humanizada, integral y multidisciplinaria. 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 adolescentes.

Desarrollar estrategias especiales para la captación precoz y la atención del embarazo en pueblos originarios. Estas estrategias pueden ser: trabajar con las parteras indígenas para el acompañamiento adecuado del embarazo y la identificación de las señales de alarma; tener en cuenta aspectos culturales como el permiso del cacique para realizar trabajo en la comunidad; los mensajes educativos deben ser dados por personas de la propia comunidad en lo posible y ser adecuados culturalmente.

En casos de discapacidad tener en cuenta los modelos de atención para la accesibilidad universal, (adecuación de la infraestructura). Evaluar el impacto del embarazo, parto, puerperio, en el núcleo familiar y social, de tal manera a identificar la o las personas que acompañaran el proceso, según necesidad.

La atención de la adolescente embarazada debe basarse en las normas nacionales y evaluar el riesgo sicosocial a profundidad: promover la captación temprana de la embarazada (primer trimestre), brindar

atención multidisciplinaria en lo posible, hacer visitas domiciliarias, promover el acompañamiento de la pareja o persona de preferencia de la embarazada, en todo el proceso, tener en cuenta el estado nutricional e insertar en el prenatal la prevención del segundo embarazo.

Aumentar la frecuencia de los controles obstétricos, si se detecta factor adicional de riesgo (además de la edad) como ser hipertensión, desnutrición, anemia, otros. Recordar que desde el primer control prenatal se debe informar sobre anticonceptivos, promoviendo la prevención de un embarazo no planificado y el adecuado espacio intergenésico. En caso de detección de violencia, manejarse según normas vigentes para la atención de estos casos, realizar consejería y el seguimiento correspondiente.



Tener en cuenta que se debe considerar TODO embarazo en adolescente como de RIESGO y actuar en consonancia cumpliendo fielmente las normas. Este hecho no exime a las USF de realizar la captación temprana, atención conforme a normas y el seguimiento correspondiente, dando énfasis a que cada embarazada pueda identificar los signos de alarma



Fortalecer el sistema de referencia y traslado conforme a la organización de la red de servicios, correspondiente a su área territorial, más aun en pueblos originarios poblaciones distantes y otras poblaciones vulnerables (discapacitados, adolescentes en situación de calle, de extrema pobreza, etc.).

Los motivos de consulta pueden ser la búsqueda de la confirmación del embarazo, de apoyo para interrumpir el embarazo, para control prenatal, para tratar las complicaciones, entre otros.

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.

Tener en cuenta:

- Asegurar el mantenimiento de la confidencialidad y privacidad. Respetar su decisión sobre quien le acompañara durante el proceso o si prefiere estar sola. Siempre debe ser atendida, sola o acompañada.
- No juzgar a la adolescente sobre la base de los preconceptos y valores de los y las proveedores/as de salud. Identificar el entorno que pueda brindar apoyo sicosocial.
- Promover la participación de la pareja si la adolescente así lo desea, adecuando el espacio físico, permitiendo el fomento de la paternidad responsable. Respetar y apoyar a la embarazada, cualquiera sea la decisión asumida.
- Tener en cuenta la multiculturalidad y la situación de discapacidad.
- De ser necesario, dar contención básica o solicitar apoyo de profesionales del área de salud mental.
- Cuando la familia desconoce el embarazo, se recomendará elegir a la persona en quien más confíe la adolescente para transmitir la noticia, cómo hacerlo y en qué momento. Si la adolescente no puede comunicarlo sola, se debe ofrecer un espacio para el diálogo con los padres o referentes, en una entrevista conjunta³⁵.

35 IMAN Servicios: Normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes; Penzo, Martha; Maddaleno, Matilde, Washington, D.C. OPS, © 2005.PP 118

Abordaje integral e interdisciplinario de la adolescente embarazada

Existen situaciones que hacen más compleja la atención del embarazo en las adolescentes y le dan características particulares que se debe tener en cuenta.

Se debe indagar siempre: si fue planificado o no; si hubo o no falla de algún método anticonceptivo; si fue producto de un abuso o violación, etc.

SITUACIONES ESPECIALES EN LA ATENCIÓN DE LA ADOLESCENTE EMBARAZADA

Características de la paciente que complejizan su atención	Preconceptos del equipo de salud que dificultan su atención
<ul style="list-style-type: none">• Poca conciencia de salud/enfermedad• Inmadurez para asumir su autocuidado• Temores narcisistas por su integridad física• Pensamientos mágicos	<ul style="list-style-type: none">• Pensar en el embarazo como un problema• Dificultad para aceptar otros valores• Subestimar a la paciente• Falta de escucha y falta de concentración

Aspectos a considerar con adolescentes embarazadas

- **Poca conciencia De salud /enfermedad:** pueden tener síntomas, pero no lo consideran importante para consultar, por este motivo se debe explicar desde la primera consulta lo que puede sentir, cuando y porqué consultar. El personal de salud debe preguntar si hay dolor, dificultad para orinar, si tuvo sangrado, si siente los movimientos del bebé y si se mueve todos los días, se debe explicar en qué consisten las contracciones y cómo son, las adolescentes, generalmente, no preguntan o no cuentan estos síntomas.
- **Inmadurez para asumir su autocuidado:** frecuentemente las adolescentes de edad temprana no acuden a tiempo o temprano a la consulta, y si lo hacen no se realizan los estudios solicitados, se debe explicar bien la importancia de los mismos y como se realizan, desmitificar los temores sobre los mismos.
- **Temores por su integridad física:** explicar de manera sencilla que los procedimientos en las consultas no son dolorosas y cómo se realizan, si fuera posible que esté un acompañante. El conocimiento genera confianza y una mayor predisposición.
- **Pensamientos mágicos:** con respecto a las relaciones sexuales es frecuente que piensen, junto con la pareja, que se puede romper la bolsa o lastimar al bebé, o que este embarazo le dará un mejor estatus ante la sociedad y que otros asumirán la responsabilidad.

IMPORTANTE

Las consultas íntimas como inicio de las relaciones sexuales, uso de anticonceptivos, si hay abuso o si fue planeado o no, debe hacerse si es posible solo con la paciente y en un ambiente de total confianza.

Se le debe explicar en cada consulta cuál es la sintomatología para consultar de urgencia. Ninguna consulta es tonta, dar la confianza para que consulte cuando lo necesite, a preguntar dudas o temores.

Algunos aspectos a tener en cuenta en el proceso del embarazo en adolescentes son los riesgos que se esquematizan abajo, según indicadores biopsicosociales.

Factores y conductas de mayor riesgo de complicaciones en el embarazo

Personales:

- Edad menor de 15 años.
- Bajo nivel de instrucción o analfabetismo.
- Embarazo no planificado o no aceptado.
- Antecedentes personales de enfermedad crónico-degenerativa, genética o incapacitante (diabetes, lupus, etc.)
- Discapacidad intelectual y/o física grave.
- Tentativa o intención de aborto.
- Trastornos depresivos, ideación o intento de suicidio.
- Consumo de tabaco, alcohol o drogas.
- Antecedentes de feto muerto, malformado, aborto/s, parto, prematuridad y otros antecedentes obstétricos (cesáreas anteriores y periodos intergenésicos cortos, etc.).
- Adolescentes viviendo con VIH.
- Trastornos alimentarios.
- Víctima de violencia sexual o abuso.

Familiares:

- Sin pareja o apoyo familiar.
- Antecedentes familiares de enfermedad crónico-degenerativa, genética o incapacitante (diabetes, lupus, etc.).
- Disfuncionalidad familiar (mal relacionamiento intrafamiliar, padres migrantes).
- Violencia intrafamiliar.

Socioculturales:

- Pobreza.
- Bajo nivel educativo/ analfabetismo / deserción escolar.
- Explotación laboral.
- Adolescentes viviendo en situaciones de alta vulnerabilidad (fuera del sistema escolar, en situación de calle, privadas de libertad, viviendo en zona de conflicto o de difícil acceso, migrantes o hijas de migrantes, explotación sexual).

Servicios de salud:

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

Para clasificar embarazo en la adolescencia, ubique en el Cuadro de Procedimientos.

Si la adolescente tiene retraso menstrual, igual o mayor a 10 días y uno o más de los siguientes signos o síntomas:

- Tuvo relaciones sexuales en las últimas 8 semanas y no usó ningún método anticonceptivo o lo usó mal.
- Sospecha de abuso.
- Presenta náuseas/vómitos matinales.
- Congestión y aumento de volumen mamario.
- Aumento de peso.
- Tener en cuenta síntomas distractores o encubiertos: lipotimia o desmayos, mareos, cefalea, aumento de la frecuencia urinaria o depresión.

Clasifique como PROBABLE EMBARAZO y trate a la adolescente:

- Garantizarle confidencialidad y privacidad. No emitir ningún juicio.
- Invitarle/ayudarle a buscar apoyo en su familia, o en su entorno,
- Invitarle/ayudarle a buscar apoyo en profesionales de trabajo social, psicología u otros profesionales.
- Consejería sobre signos y síntomas de alarma de emergencias obstétricas.
- Solicitar prueba del embarazo y referir al hospital para evaluación y/o exámenes complementarios.
- Control de seguimiento dos días después.
- Si el embarazo ha sido confirmado: realizar control prenatal, de acuerdo con normas del MSPBS.
- Consejería y ofrecimiento de test de sífilis y VIH.
- Seguir normas de atención prenatal vigente, clasificando a la adolescente como embarazada de alto riesgo.
- Investigar situación de abuso.

Para la atención prenatal de las adolescentes seguir lo establecido en las normas de atención prenatal vigentes.

El embarazo en adolescente debe apoyarse también con:

- Plan de parto.
- Seguimiento postnatal.
- Programa educativo y preventivo.
- Club de padres y madres adolescentes.
- Psicoprofilaxis del embarazo y parto.
- Estimulación intraútero y temprana.
- Promoción de la lactancia materna, adecuada a la edad y condiciones bio-psico-sociales, como trastornos graves emocionales, edad muy temprana, situación de violencia. En esos casos evaluar la posibilidad de una función materna sustituta, sucedáneos de la leche, etc.
- Consejería sobre métodos anticonceptivos para prevenir un nuevo embarazo y promoviendo aumentar el espacio intergenésico.
- Nutrición y crecimiento.
- Recomendaciones para el cumplimiento del rol materno y paterno.
- Puericultura y cuidado del recién nacido.
- Sexualidad y salud reproductiva.
- Escuela para padres y comunicación familiar.

- Escuela de parejas jóvenes.
- Fortalecimiento de la autoestima y toma de decisiones.
- Desarrollo del proyecto de vida.
- Orientación legal.

Parto

En una adolescente es muy importante que durante el parto se le brinde el apoyo y contención psicológica, dándole además, permanentemente, información sobre las características de las diferentes etapas del proceso del parto. La adolescente debe decidir libremente si desea estar acompañada de alguna persona durante este proceso, previa adecuación de la infraestructura de los servicios. La internación, si se puede en sala aparte. Tener en cuenta aspectos culturales en el caso de pueblos originarios, tales como el uso de rituales, oraciones, infusiones o tés de hierbas, etc., permitiendo siempre y cuando éstos sean seguros.

Es importante prevenir las pérdidas excesivas de sangre durante el parto, mediante el manejo activo del tercer período (MATPP), el cual consta de tres pasos: 1) administración de un agente ocitócico (el medicamento de elección es la oxitocina); 2) retraso del pinzamiento del cordón umbilical, seguido por una tracción controlada del cordón; y 3) masaje uterino después de la salida de la placenta.

Las pérdidas excesivas de sangre (> 500 ml) durante el parto, afectan de manera negativa las reservas de hierro de la madre, ya de por sí bajas. Si las madres tienen de inicio Anemia, una severa pérdida de sangre durante el parto puede provocar su muerte.

En la adolescente es aún más importante el apego inmediato entre la madre y su recién nacido, lo que favorecerá la lactancia materna y el desarrollo afectivo entre ambos.

Para la atención del parto y de las emergencias obstétricas en adolescentes, seguir las normas vigentes.

Lactancia materna

El establecimiento temprano de la lactancia materna exclusiva, a libre demanda y frecuente, permite mantener las reservas corporales de hierro después del parto en la madre. La frecuente succión que realiza el lactante suprime la producción de las hormonas necesarias para la ovulación, evitando la menstruación y, en consecuencia, la pérdida asociada de hierro, preservando así los reservorios corporales de hierro materno en el período postparto. Para establecer la lactancia materna temprana y exclusiva no se debe separar al recién nacido de la madre (Apego precoz y Alojamiento Conjunto) luego del parto.

El personal de salud debe brindar apoyo a las madres que practicarán la lactancia materna por primera vez. No dar fórmulas lácteas o agua azucarada, ni emplear chupetes o biberones, brindando información completa sobre las técnicas correctas para que la lactancia sea efectiva.

Evaluar la capacidad física y psicológica para amamantar, tanto de la madre como del recién nacido. Tener en cuenta: edad de la madre, desarrollo mamario, aceptación del recién nacido por la madre, discapacidad intelectual y/o física severa, VIH en la madre, malformaciones congénitas severas que comprometen el área digestiva en el recién nacido, prematuridad extrema, etc.

Puerperio

En el puerperio inmediato tener en cuenta si la adolescente recibió consejería durante el embarazo y aceptó un método post-evento obstétrico, y en caso de haber recibido dicho método, enfatizar sobre la importancia del seguimiento posterior. Además, se debe orientar sobre el proceso normal del puerperio y los signos de alarma tales como: sangrado abundante, fiebre, secreciones vaginales fétidas, edema de miembros, turgencias mamarias con cambios de coloración de las mamas.

Antes del alta, si no recibió un método post-evento obstétrico, realizar consejería de planificación familiar con enfoque de derechos e interculturalidad, incluyendo a la pareja de ser posible, a fin de prevenir un embarazo no planificado y/o lograr un espacio intergenésico adecuado.

La prevención de un futuro embarazo en la adolescente debe ser una prioridad para el equipo de salud.

Embarazo ectópico (rojo)

Emergencia obstétrica. Prioridad: salvar la vida de la adolescente.

Para clasificar y tratar un embarazo ectópico en la adolescencia, BÁSESE EN LAS NORMAS Nacionales VIGENTES DE EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS y ubique en el Cuadro de Procedimientos el recuadro EVALUAR.

Adolescente con vida sexual activa con SOSPECHA DE EMBARAZO o sospecha de abuso y que presenta sangrado menstrual irregular o fuera del ciclo, escaso y negruzco y los siguientes signos:

- Dolor abdominal.
- Tumor para-uterino.
- Altura uterina menor en relación al tiempo de amenorrea.
- Grito de Douglas (al tacto vaginal, dolor en fondo de saco vaginal posterior).
- Fondo de Douglas abombado.

Clasifique como PROBABLE EMBARAZO ECTÓPICO (fila roja) y trate CONFORME A NORMAS Vigentes con medidas generales; control de signos vitales, canalización de vías e hidratación y REFERIR URGENTEMENTE al hospital (Si es un ectópico complicado, el ingreso a quirófano, con correcta hidratación, es prioritario para salvar la vida de la paciente). EN CASO DE RIESGO DE VIDA SE DEBE ACTUAR DE MANERA URGENTE, SIN NECESIDAD DE AUTORIZACION DE PADRES O TUTORES.

Consejería u orientación en Salud Sexual y Reproductiva

La consejería para adolescentes, mujeres y varones, se conceptualiza como una entrevista privada y confidencial, en donde el personal de salud brinda la información necesaria para que la persona pueda tomar decisiones de forma libre e informada, sobre su vida y su salud, en una atmósfera comprensiva. En los casos de discapacidad intelectual, que impida la toma de decisiones se incluirá a un adulto responsable.

La consejería u orientación se debe realizar teniendo en cuenta las necesidades de los y las adolescentes, relacionadas con la información para la toma de decisiones en salud sexual y reproductiva y no sólo con problemas que emergen en la vida cotidiana. Implica, además, satisfacer la necesidad de toda persona adolescente de ser escuchada con empatía y que el personal de salud pueda tener una actitud respetuosa sin juzgar.

Objetivos de la Consejería y Orientación en Salud Sexual y Reproductiva

- Acompañar a los y las adolescentes para la toma de decisiones adecuadas sobre su sexualidad, evitar el embarazo no deseado y prevenir las ITS/VIH.
- Fomentar relaciones de equidad entre varones y mujeres para evitar estereotipos de género.
- Promover el retraso en el inicio de las relaciones sexuales.
- Informar sobre formas de prevenir infecciones de transmisión sexual, cánceres genitales y embarazos no planificados.
- Prevenir y detectar casos de violencia o abuso sexual. Considerar que muchos casos de embarazo en adolescentes pueden ser producto de abuso sexual. Investigar y atender estas situaciones.
- Informar y apoyar en la selección del método anticonceptivo más apropiado, en caso de que las personas adolescentes decidan tener relaciones sexuales.
- Orientar al acceso a métodos anticonceptivos de acuerdo a normas nacionales de planificación familiar.
- Apoyar la permanencia o reinserción escolar, como factor de protección.
- Fortalecer la estructuración o reestructuración del proyecto de vida.

Aspectos a considerar:

- Es parte de la promoción y prevención de la salud en adolescentes.
- La Edad del adolescente al momento de la orientación.
- Si ha iniciado o no relaciones sexuales.
- Analizar su entorno y ambiente psicosocial.
- Sus creencias, prácticas y situación cognitiva.
- Se debe asegurar un ambiente de privacidad y confidencialidad.

El espacio de la consejería permite informar sobre los derechos, especialmente los sexuales y reproductivos, así como desterrar prejuicios, mitos y estereotipos relacionados a la masturbación, tamaño del pene, el “embarazo en primera relación”, virginidad y sangrado, poluciones nocturnas, orientación sexual, identidad de género, nuevas masculinidades, sexualidad en personas discapacitadas, etc.

Consejería para la prevención del embarazo en la adolescencia

La consejería asiste a personas para tomar decisiones informadas y fundamentadas para el cambio de comportamiento, de acuerdo con sus circunstancias particulares, para la prevención del embarazo.

La labor de orientación NO es:

- Dar consejos.
- Ofrecer soluciones.
- Dar instrucciones.
- Juzgar.

La consejería permite:

- Indicar los beneficios de la postergación del inicio de las relaciones sexuales coitales: mientras más tarde comiencen será mejor, ya que estarán más maduros, no sólo biológica sino psicológica y socialmente, lo que facilitará la toma adecuada de decisiones.

- Orientar e informar a la familia sobre sexualidad, derechos, comunicación y la importancia de la educación a los hijos e hijas sobre el desarrollo sexual, responsabilidad, toma de decisiones, valores, autoestima y proyecto de vida.
- Brindar una guía preventiva en los temas de actividad sexual, riesgo de embarazo, ITS y abuso sexual.
- Facilitar el conocimiento y acceso a métodos de anticoncepción, especialmente los de barrera e incluyendo los de emergencia, como parte de sus derechos sexuales y reproductivos.
- Una parte importante de la consejería en anticoncepción consiste en evaluar el riesgo de ITS y analizar cómo reducirlo.

Anticoncepción en la adolescencia

La consejería y los servicios de Salud sexual y Reproductiva tienen el objetivo de ayudar a adolescentes a proteger su salud y no a promocionar que tengan relaciones sexuales.

La prestación de servicios de salud incluyendo la oferta y provisión de métodos anticonceptivos, debe basarse en las normas nacionales vigentes. Las personas adolescentes pueden utilizar cualquier método anticonceptivo de manera segura. Las adolescentes, a veces, son menos tolerantes que las mujeres mayores con los efectos secundarios. Si reciben una buena consejería sabrán lo que pueden esperar y es menos probable que dejen de utilizar sus métodos.

Se debe tener en cuenta que:

- La eficacia anticonceptiva de los métodos depende en gran parte del cumplimiento de las instrucciones de uso.
- Con excepción del preservativo o condón masculino y femenino, los métodos anticonceptivos no protegen de las ITS y VIH. En general, y especialmente en los y las adolescentes, se deberá recomendar la doble protección, siendo una de ellas, el uso de métodos de barrera (condón) en todas las relaciones sexuales coitales, sobre todo si son esporádicas y con diferentes parejas⁴⁰.
- El uso de un método no invalida el uso de otro método, simultáneamente, por uno o ambos miembros de la pareja, sobre todo cuando se trata de uso de métodos naturales y se combinan con los de barrera, o los de barrera con hormonales y dispositivos intrauterinos.

Antes de proporcionar un método es importante siempre descartar un embarazo

Como un proveedor de salud puede estar razonablemente seguro de que una mujer no está embarazada:

Seguridad razonable de ausencia de embarazo es cuando la mujer:

- a. No ha tenido relaciones sexuales desde la última menstruación.
- b. Ha usado correcta y consistentemente un método anticonceptivo.
- c. Está dentro de los primeros siete días después del inicio de la menstruación.
- d. Está en lactancia exclusiva y amenorrea posparto.
- e. Está dentro de las primeras cuatro semanas del posparto (para mujeres que no están lactando).
- f. Está dentro de los primeros siete días post-aborto.

Criterios de Elegibilidad de un Método Anticonceptivo

Los criterios de elegibilidad pretenden garantizar un margen de seguridad adecuado con el fin de proteger a mujeres y hombres de los posibles efectos adversos de los anticonceptivos y, al mismo tiempo, asegurar que no se les están negando opciones adecuadas. Los Criterios de Elegibilidad de la OMS clasifican los problemas de salud en cuatro categorías:

Categoría 1. Se puede usar el método siempre.

Categoría 2. Se puede usar el método casi siempre.

Categoría 3. Se puede usar el método con precaución.

Categoría 4. No se puede usar el método.

Ver en el Cuadro de Procedimientos IMAN y las normas vigentes de Planificación Familiar.

IMPORTANTE: Los métodos anticonceptivos deben estar disponibles para los y las adolescentes en servicios de salud, farmacias y consultorios de las instituciones, que trabajan en la mejora de la salud sexual y reproductiva. Los condones deben estar disponibles en las salas de espera y en las urgencias. Las Píldoras de Anticoncepción de Emergencia deben estar disponibles en las urgencias. Se deben desarrollar estrategias de acceso adecuadas a pueblos originarios, personas con discapacidad y víctimas de violencia sexual.

Infecciones de Transmisión Sexual - Infecciones Genitales

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son aquellas que se transmiten de una persona a otra, a través de la vía sexual. Algunas pueden pasar de la madre a su bebé o al recién nacido como la Sífilis; otras aumentan el riesgo del Cáncer en la mujer como el Virus del Papiloma Humano (HPV) o pueden provocar infertilidad u otros problemas en la reproducción (embarazos ectópicos, abortos o muertes del bebé o del recién nacido).

Las personas adolescentes son particularmente vulnerables a estas infecciones, que las 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.

Factores y comportamiento de riesgo de ITS e infección por VIH:

- Edad temprana de inicio de relaciones sexuales (oral, vaginal, anal).
- Relaciones sexuales sin protección (oral, anal y vaginal), es decir, no uso de preservativos en todas las relaciones sexuales.
- Pareja con ITS conocida.
- Hombres que tienen sexo con hombres.
- Múltiples compañeros sexuales, cambio frecuente de pareja sexual.
- Uso de tatuajes y piercings (hechos con materiales contaminados).
- Transfusiones sanguíneas.
- Consumo de alcohol y drogas intravenosas (compartir agujas y jeringas).
- Historia de ITS (Sífilis, Hepatitis B, Condilomatosis, Herpes Genital, Tricomoniasis).
- Abuso sexual.
- Discapacidad mental.
- Adolescentes que viven en las calles.

- Adolescentes institucionalizados (instituciones de menores).
- Adolescentes refugiados o desplazados.
- Trabajadores/as sexuales.

Cuadros clínicos más comunes

Mujeres	Hombres
Vaginosis	Uretritis
Cervicitis	Epididimitis
Uretritis	Orquitis
Enfermedad inflamatoria pélvica	

El estigma y la discriminación relacionados con la infección por el VIH, podrían ser los obstáculos más importantes para el acceso de personas, en especial adolescentes a prevención, diagnóstico y tratamiento.

La reducción del estigma y la discriminación es fundamental para reducir la propagación de la epidemia, aumentando el acceso de algunos grupos a las acciones de prevención.

Evaluar infecciones genitales y riesgo de ITS

En este apartado, en el proceso de clasificar las infecciones genitales y el riesgo de ITS en adolescentes, usted encontrará las maneras de clasificar a un o una adolescente con infecciones genitales o riesgo de ITS. Se presentan en este orden:

- INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL
- ALTO RIESGO DE ITS
- BAJO RIESGO DE ITS
- INFECCIÓN GENITAL

Para clasificar y tratar las infecciones genitales y las ITS, ubique en el Cuadro de Procedimientos y evalúe la posibilidad de que el o la adolescente presente la enfermedad o el riesgo a padecerla. Para la clasificación, siempre comience con la fila roja y luego observe el Cuadro de Procedimientos para identificar la enfermedad o el riesgo y la conducta en cada situación dada.

Infecciones de Transmisión Sexual (rojo)

Si la persona adolescente ha iniciado relaciones sexuales, sospecha de abuso y presenta uno o más de los siguientes, clasificar como INFECCIÓN DE TRANSMISIÓN SEXUAL (fila roja):

Masculino	Femenino
<ul style="list-style-type: none"> • Secreción uretral. • Dolor / ardor al orinar. • Lesiones en región anal y/o genital. • Úlceras- Ampollas- Verrugas. • Masas o ganglios inguinales. • Pareja con sintomatología. 	<ul style="list-style-type: none"> • Flujo vaginal anormal: amarillenta grisáceo, purulento. • Picazón o ardor vulvar. • Dolor/sangrado vaginal después de relaciones sexuales. • Lesiones en región genital y/o anal. • Masas o ganglios inguinales. • Pareja con sintomatología.

Clasifique y trate garantizando confidencialidad. Averiguar sobre personas con las que ha tenido contacto sexual, realizar tratamiento sindromático de las ITS, según normas y evaluar y tratar a la pareja según cuadro de procedimientos.

Aspectos importantes a ser considerados

- Asegurar la confidencialidad de lo tratado en la consulta.
- Efectuar la investigación epidemiológica de los contactos, de acuerdo con las normas de vigilancia epidemiológica. Durante la consejería se explica a la persona adolescente la importancia de informar a sus parejas sexuales para permitirles acceder a diagnóstico y tratamiento.
- Efectuar el tratamiento y el seguimiento del o de la adolescente y de sus contactos. Deben ofrecerse siempre tratamientos en pareja de SÍFILIS, CLAMIDIASIS, CHANCROIDE, GONOCOCCIA, GRANULOMA INGUINAL, LINFOGRANULOMA VENÉREO, TRICOMONIASIS. Tratamiento a todos los contactos sexuales < de 90 días.
- Recomendar que durante el tratamiento se evite tener relaciones sexuales o sólo tenerlas con preservativos, para lo cual debe ofrecerse y entregarse preservativos.
- En el caso de adolescentes embarazadas, seguir el protocolo de tratamiento de ITS específico para gestantes.
- No olvidar que las ITS pueden tener gran repercusión emocional, por lo que una buena consejería y la contención emocional son importantes para garantizar la adherencia al tratamiento y el retorno a consultas de seguimiento; y puede ser necesario propiciar la interconsulta con el especialista de salud mental y requerir su apoyo psicoterapéutico, si fuera necesario.
- En caso de no poder realizar tratamiento referir URGENTEMENTE al Hospital.
- El tratamiento de condilomas se explica en detalle en el Cuadro de Procedimientos IMAN.

Diagnóstico laboratorial de Sífilis

Ante un resultado de prueba rápida para Sífilis o VDRL reactiva menor a 1:8 sospechar de Sífilis. Se puede repetir la prueba o si se tiene acceso solicitar test treponémico si hay disponible, si no, tratar a la persona que consulta y a su pareja (esquema 1 dosis de 2.400.000 UI de penicilina benzatínica cada semana, por tres semanas); excepto en embarazadas, a las cuales se maneja según normas del pre natal.

Flujo vaginal/genital y Cervicitis

Es la presencia de secreción vaginal anormal en cuanto a cantidad, color y olor, las cuales pueden estar o no acompañadas de los siguientes:

- Dolor abdominal bajo
- Síntomas específicos de cervicitis.
- Factores de riesgo.

Las patologías que cursan con flujo vaginal se pueden dividir en Vulvovaginitis y Cervicitis.

Pueden ser originadas por agentes oportunistas como Candidiasis, Escherichia coli o Gardnerella vaginales o por agentes causantes de infecciones de transmisión sexual como la Tricomoniasis, Neisseria gonorrhoeae y por Chlamydia trachomatis.

No hay forma de distinguir la Cervicitis de la Vaginitis, si no se realiza un examen ginecológico con espéculo. Sin embargo, se señalan algunos factores de riesgo que pueden estar asociados a un incremento del riesgo de cervicitis y a los cuales se le han otorgado puntuaciones.

En el manejo sindrómico el tratamiento para la Vaginitis incluye medicamentos para la trichomoniasis, la candidiasis y la vaginosis bacteriana, mientras que en el tratamiento para la Cervicitis se incluyen medicamentos para Gonorrea y Clamidiasis.

Ante sospecha de una ITS en adolescentes es importante descartar abuso, y es recomendable poder realizar la toma de la muestra de secreción vaginal. En caso de himen intacto se puede tomar del introito con un hisopo estéril, antes de iniciar el tratamiento.

Secreción vaginal o secreción uretral

Para el diagnóstico y tratamiento seguir normas del PRONASIDA.

Pacientes embarazadas con Herpes Genital

En la adolescente embarazada, el diagnóstico de Herpes se hace igual que en la mujer no embarazada.

El tratamiento se sugiere que sea solo tópico. En caso de rotura prematura de membranas o de desencajarse el trabajo de parto con la enfermedad en actividad, es recomendable derivar a la mujer a un centro de mayor complejidad y realizar operación cesárea por la alta posibilidad de infección del recién nacido durante el pasaje por el canal del parto.

Pacientes con condilomas o Verruga Genital por HPV³⁶

- Terapias químicas: Ácido Tricloroacético al 80 % para pene, periné, vagina y vulva. Se puede usar en gestantes.
- Terapias con inmunomoduladores: Imiquimod periné y en vulva en mujeres no gestantes.
- Para condilomas grandes: Procedimiento de escisión electroquirúrgica con asa (LEEP): es un método de tratamiento ambulatorio que utiliza la electrofrecuencia y se realiza con anestesia local.

Es importante recordar que la vacuna cuadrivalente, para la prevención de la infección con el papiloma virus humano, HPV, está indicado en las personas adolescentes, a partir de los 10 años.

Para prevenir las verrugas genitales y las lesiones precursoras del cáncer del cuello uterino. Esta vacuna también previene contra otras enfermedades como los cánceres de vagina, vulva, pene, ano y orofaringe.

Situaciones especiales

En caso de sospecha de abuso:

Atención integral, incluyendo la evaluación psicosocial.

Víctimas de violencia sexual

Todo personal de salud está obligado a ofrecer a toda persona adolescente, que refiera ser víctima de violencia sexual una atención integral, siguiendo lo estipulado en el MANUAL DE ATENCIÓN INTEGRAL A VÍCTIMAS EN EL SISTEMA DE SALUD.

36 Programa de Prevención, Detección precoz y Tratamiento del Cuello Uterino y Mamas, PROCACUM-MSPBS

En caso de no poder realizar el mencionado, referir URGENTEMENTE al hospital más cercano.

A toda persona adolescente que tenga relaciones sexuales o haya sido víctima de abuso sexual se le debe ofrecer pruebas para sífilis y VIH previa consejería.

Alto riesgo de ITS (amarillo)

Si la persona adolescente tiene uno o más de los siguientes:

- Ha iniciado relaciones sexuales
- Es o fue víctima de abuso sexual
- Tiene más de un compañero(a) sexual
- Cambio frecuente de pareja sexual
- Tener una pareja sexual que tiene otras parejas sexuales
- No usa condón o lo usa mal
- Relaciones con personas desconocidas
- Pareja cursa con ITS
- Vive en la calle o en situación de encierro
- Utiliza drogas y/o consume alcohol

Siga los siguientes pasos:

- Ofrecer información sobre la prevención general de las ITS.
 - Ofrecer educación anticonceptiva.
 - Evaluar y tratar a la pareja.
 - Control en un mes.
 - En caso de sospecha de abuso: atención integral incluyendo evaluación psicosocial.
-

La edad es uno de los factores biológicos que repercuten en la transmisión de las ITS, es decir adolescentes son más susceptibles por la constitución de la mucosa genital.

Infección ginecológica no ITS (amarillo)

(Candidiasis, Escherichia Coli o Gardnerella Vaginalis)

Si la adolescente no ha iniciado vida sexual y sin sospecha de abuso sexual, presenta secreción vaginal anormal y/ o prurito y/o dolor al orinar, clasifique como INFECCIÓN GINECOLÓGICA NO ITS, garantizar la confidencialidad; realizar tratamiento sintomático o tratamiento específico si se cuenta con laboratorio para estudio de secreción vaginal.

Información complementaria para profesionales de salud

Enfermedad inflamatoria pélvica (EIP)³⁷

Es una infección aguda del útero, anexos (trompas - ovarios) y del peritoneo pélvico, ocasionada por micro-organismos 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

37 IMAN Servicios: Normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes; Penzo, Martha; Maddaleno, Matilde, Washington, D.C. OPS, © 2005.PP 146-147

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*.

Síntomas y signos locales:

- Dolor abdominal inferior difuso (el más frecuente).
- Hemorragia genital escasa.
- Infección genital baja (leucorrea).
- Dolor a la movilización del cuello uterino.
- Tumoración pélvica palpable.
- Dolor a la palpación abdominal con o sin dolor a la descompresión.

Síntomas y signos generales

- Malestar general.
- Fiebre.
- Náuseas, vómitos, diarrea.

Para ello deben estar presentes los criterios mayores y uno o más de los menores.

Criterios de diagnóstico

Criterios mayores

- Dolor abdominal y dolor a la palpación, con o 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

- 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.

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.

Tratamiento

El tratamiento puede ser ambulatorio pero puede ser necesaria la hospitalización, ante uno de los siguientes signos o síntomas:

- 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.

El objetivo del tratamiento es eliminar la infección y evitar las complicaciones agudas (abscesos, peritonitis, sepsis) y las complicaciones a largo plazo (adherencias, embarazo ectópico, infertilidad, dolor pélvico crónico).

Tratamiento ambulatorio

- Reposo
- Antibióticos, antiinflamatorios y antipiréticos: antibióticos v/o, o intravenosos combinados, que actúen sobre gérmenes anaerobios, aerobios, gonococo y clamidias. Entre los diferentes planes de tratamiento antibiótico se recomienda: Ceftriaxona 250mg i/m única dosis + doxicilina 100mg v/o c/12 horas x 14 días + metronidazol 400-500 mg c/12 horas x 14 días.

Importante

- Las parejas sexuales deben tratarse como si fuera una infección por clamidia y gonococo.
- Deberán investigarse, ante toda EIP, otras infecciones de transmisión sexual, entre ellas Sífilis y VIH/Sida.
- Cuando la adolescente consulta por dolor en hipocondrio derecho, recordar que puede ser secundario a la formación de adherencias peritoneales hepáticas, a una EIP, a clamidia o gonococo. Estudiarla y tratarla igual que una EIP.

VIH/sida en adolescentes

La epidemia de VIH en Paraguay está afectando a personas adolescentes y jóvenes. Ante la sospecha, seguir las normas del PRONASIDA para diagnóstico y tratamiento.

Prevención de ITS, VIH y sida

Pueden ser estrategias de prevención primaria, secundaria o terciaria.

Estrategias de prevención primaria:

- Educar e informar de manera adecuada y veraz sobre la enfermedad y sus formas de transmisión (las personas con educación tienen más opciones y capacidad de negociar).
- Orientar sobre los tres mensajes fundamentales, orientados a lograr el cambio de comportamiento y que constituyen la esencia de los esfuerzos exitosos de prevención del VIH (abstinencia, fidelidad y uso correcto y sistemático del condón). También son pertinentes para orientar en prácticas de Planificación Familiar y prevención de ITS, en general (concepto de doble protección). Puede

complementar la información en el Cuadro de Procedimientos IMAN, así como en la www.mspbs.gov.py/v2/7051-Lo-que-se-debe-saber-acerca-de-las-infecciones-de-transmision-sexual.

- Incorporar programas educativos e informativos sobre salud sexual que integren a escolares, adolescentes, padres, instituciones comunitarias, religiosas y/o deportivas. Los mensajes deben estar dirigidos a la población de adolescentes, pero también a sus padres o tutores en forma clara, sistemática y con información veraz.
- Apoyar a los y las adolescentes que han decidido postergar el inicio de las relaciones sexuales e informarles cómo se puede tener relaciones sexuales sin riesgo.
- Tener en cuenta que los y las adolescentes están teniendo relaciones sexuales cada vez más jóvenes y sin las aptitudes para protegerse, por lo que la educación adecuada en la adolescencia temprana puede lograr el cambio.
- Promover la consulta temprana ante la aparición de los primeros síntomas: flujo, prurito, disuria, ardor, secreción peneana, etc.
- Estimular el uso del preservativo y garantizar su accesibilidad.
- Orientar y apoyar la búsqueda de apoyo para personas usuarias de drogas o con alcoholismo. En caso de que la persona no desee dejar las drogas inyectables, fomentar el uso de jeringas estériles y garantizar su accesibilidad en caso de uso de drogas inyectables.
- Estimular a los padres a conocer las actividades de sus hijos (dónde y con quién están fuera del hogar y del horario escolar).
- Ofrecer a toda embarazada con VIH el tratamiento antirretroviral adecuado y acompañarlas especialmente a fin de evitar abandonos del tratamiento o co-infecciones.
- Evitar transfusiones y, si se hacen, certificar que la sangre sea segura.

Estrategias de prevención secundaria

Cuando una persona acude a un servicio de salud ante la posibilidad de una ITS, todo personal de salud está obligado a:

- Ayudar a que la persona adolescente reconozca el nivel de riesgo de adquirir una ITS.
- Escuchar con atención y dar todo el tiempo que sea necesario a cada adolescente.
- Brindar información sobre las ITS. Explicar que las ITS se transmiten a través del contacto sexual sin protección. Hablar sobre las complicaciones de las ITS si no reciben tratamiento.
- Hacer el diagnóstico o descartar la ITS. Dar instrucciones claras y precisas para el cumplimiento del tratamiento en caso de confirmarse una ITS. Discutir con el/la adolescente sobre los problemas potenciales que pueden enfrentar, por ejemplo, hablar con su/s pareja/s o sus padres al respecto.
- Informar y educar sobre la responsabilidad personal para contribuir a reducir la transmisión a otras personas, hablando con contactos o parejas sexuales (referencia y tratamiento). El personal de salud debe ofrecerse para ayudar a contactar a las parejas si el / la adolescente así lo desea.
- Informar sobre los servicios a consultar y promover la adopción de conductas que reduzcan el riesgo de ITS.
- Instruir sobre uso de condones. Ofrezca siempre condón y entréguelos (esté o no padeciendo alguna ITS).

Prevención terciaria

Todo personal de salud debe recordar que recibir la noticia de que se ha adquirido una ITS es siempre muy abrumador, y que tiene un fuerte componente emocional por la carga de estigma y discriminación en torno a estas patologías, en especial cuando no son curables como el herpes genital, la hepatitis B y el VIH y sida.

Por ello, es fundamental que el personal de salud muestre respeto y una actitud de apoyo y solidaridad ante la persona. En toda tarea de orientación el personal de salud está obligado a respetar en todo momento el derecho a la intimidad, al trato digno y respeto a las diferencias, y fundamentalmente, el derecho a la confidencialidad.

Contención y consejería a adolescentes con una prueba para VIH positiva

Recordar que una prueba positiva para VIH necesita una confirmación, completar los estudios de diagnóstico depende, en gran parte, de una adecuada atención y consejería post test positivo. Todo personal de salud debe ser capaz de:

- Garantizar la confidencialidad y privacidad.
- Escuchar con atención y dar todo el tiempo que sea necesario a cada adolescente.
- Explicar que presenta la infección y es portador del virus VIH, pero que esto no representa aún la enfermedad.
- Explicar cuán importante es el diagnóstico precoz, así como la OPORTUNIDAD del tratamiento.
- Ayudar a elaborar planes con el adolescente para comunicar los resultados a la familia.
- Informar y educar sobre estrategias para reducir la transmisión a otros.
- Ofrecer siempre condón y entregar en esa misma consulta.
- Ofrecer y facilitar la atención interdisciplinaria: trabajador social, psicólogo, psiquiatra y tratamiento médico específico.
- Facilitar la expresión de sentimientos y la autorreflexión para la toma de decisiones relativas al seguimiento y al cambio de comportamientos de riesgo.
- Promover la autonomía y el empoderamiento para el respeto de sus derechos.

Contención y consejería a adolescentes con VIH o Sida

La noticia de estar con VIH es sumamente perturbadora para cualquier persona, como se ha mencionado. Las estrategias más importantes para las personas que viven con VIH y sus familiares son la consejería post test, el cuidado de la salud y el tratamiento de la conexión estricta de estos puntos. Del seguimiento depende la calidad de vida de los y las adolescentes y evitar que adquieran otras infecciones de transmisión sexual.

Las personas con VIH deberán aprender a convivir con la enfermedad. Para ello, en la tarea de orientación se deberá trabajar en:

- Garantizar la confidencialidad y privacidad.
- Escuchar con atención y dar todo el tiempo que sea necesario a cada adolescente.
- Contribuir a la aceptación de su condición y auto-cuidado de su salud integral, facilitar la expresión de sentimientos y la autorreflexión, incluyendo su responsabilidad para evitar la transmisión a otro.

- Promover el cambio de comportamiento respecto al manejo de su salud integral.
- Ayudar a elaborar planes con la persona adolescente para comunicar los resultados a la familia, para la adecuación y mejoramiento de sus relaciones afectivas, manejo de las tensiones familiares y en particular las de su pareja.
- Informar y educar sobre estrategias para reducir la transmisión a otros.
- Ofrecer siempre condón y entregar en esa misma consulta.
- Promover la autonomía y el empoderamiento para el respeto de sus derechos. Ayudar a que no permita la discriminación en ninguno de los ámbitos de su vida.
- Ofrecer y facilitar la atención interdisciplinaria: trabajador social, psicólogo, psiquiatra y tratamiento médico específico.
- Apoyar a la persona en la construcción de planes de vida, alentándola a que haga proyectos a futuro, como estudiar, trabajar y a formar pareja, si así lo desea.

Sugerencias para orientar a las embarazadas que presentan una Prueba VIH positiva

- Garantizar la confidencialidad y privacidad.
- Escuchar con atención y dar todo el tiempo que sea necesario a cada adolescente.
- Conversar sobre los riesgos de transmisión perinatal del VIH, durante la gestación, parto y lactancia. Las intervenciones para la prevención de la transmisión madre-hijo (tratamiento antirretroviral, cesárea programada, supresión de la lactancia y el pronóstico para los niños que resultan infectados).
- Explicar los efectos de la infección por VIH sobre el embarazo y cómo el tratamiento ayudará a reducir riesgos para su bebé y le mejorará la calidad de vida a ella. Asesorar sobre la necesidad y el beneficio de realizar un adecuado seguimiento médico, y cómo realizarlo.
- Ayudarla a elaborar planes para comunicar los resultados a la familia.
- En caso de necesidad, derivar a un centro de atención de mayor complejidad y facilite los medios.
- Ofrecer y facilitar la atención interdisciplinaria: trabajador social, psicólogo, psiquiatra y tratamiento médico específico.
- Facilitar la expresión de sentimientos y la autoreflexión para la toma de decisiones relativas al seguimiento y al cambio de comportamientos de riesgo.
- Ofrecer siempre condón y entregar en esa misma consulta.
- Promover la autonomía y el empoderamiento para el respeto de sus derechos. Ayudar a que no permita la discriminación en ninguno de los ámbitos de su vida.

Recuerde	Información para personas adolescentes
<ul style="list-style-type: none"> • Escuchar con atención. Garantizar la confidencialidad y privacidad. • Promoción de la consulta temprana ante la aparición de los primeros síntomas: flujo, prurito, disuria, ardor, secreción peneana, etc. • Orientar sobre todo lo que crea conveniente y no creer que los y las adolescentes saben todo o no saben nada. • No prejuzgue sobre el grado de conocimiento. • Partir de conocimientos previos como por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> - ¿Sabes qué es una enfermedad de transmisión sexual? - ¿Cuáles conoces? - ¿Cómo te parece que se contagia? - ¿Sabes qué problema puede traer a la persona que las padece? • Dialogar sobre los estereotipos de género que hacen que varones y mujeres se expongan al riesgo de contraer una ITS: diferencias de poder para tomar decisiones, miedo al rechazo, miedo a la humillación, entre otros. • Promoción del autocuidado/ cuidado mutuo de salud. • Promover el uso consistente del preservativo. • Promover la doble protección con preservativo y otro método anticonceptivo. • Promover el cambio de hábitos sexuales o de actitud de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar lo que es una infección genital y sus formas de transmisión. • Los signos y síntomas generales de las ITS. Tipos de agentes de infecciones de transmisión sexual: hongos, tricomonas, clamidias, VIH, hepatitis B, etc. • El contagio con un agente no lo inhabilita para adquirir la infección concomitante de otro. • Las probables vías de diseminación de la infección, si no se la trata. • Si está embarazada, las consecuencias en el parto y el recién nacido. • Informar que, si las relaciones sexuales se inician tardíamente y la pareja es estable, tiene menos riesgo de contraer una ITS. • Formas de negociación con el otro sexo para el uso de métodos de protección. • Importancia de que hable de este tema con la pareja o parejas. • La importancia de realizar las pruebas de VIH/Sida siempre que se diagnostique una ITS. • Explicar que el mejor medio para prevenir el contagio es el uso consistente y continuo del preservativo o condón femenino o masculino y abstenerse de tener relaciones sexuales con personas que se sospecha que puedan estar infectados/as. • Relación entre cada método anticonceptivo y prevención de infecciones de transmisión sexual. • Informar sobre la importancia del trabajo interdisciplinario entre médicos, psicólogos y otros trabajadores de salud.

Cefalea

La cefalea: se define como dolor a nivel de la cabeza que puede tener origen intra o extra craneal. Puede ser **primaria** si el dolor de cabeza es el síntoma primordial y no hay lesión estructural macroscópica. La cefalea es **secundaria** si existe lesión estructural o funcional que provoca tracción, estiramiento o inflamación de una estructura dolorosa cefálica.³⁸

Entre las **primarias** destacan: A) **La Migraña**, B) **La Cefalea Tensional** y C) **Otras Cefaleas**.

La prevalencia de todas las cefaleas es del 10-20% en menores de 10 años, y 20-35% entre los 11 y 16 años, principalmente a expensas de la Cefalea Tensional. La migraña se incrementa de 0,5% a los 7 años, a 6,8% a los 12 años, llegando al 15 a 20% en la etapa adulta.

Cefaleas Primarias

Migraña: muy común en la población general, caracterizada por severos ataques de cefalea y que suele acompañarse de sintomatología neurológica, gastrointestinal y síntomas autonómicos con aura o sin aura.

Aura: es un complejo de síntomas neurológicos que ocurren inmediatamente antes o al comienzo de una migraña y que habitualmente es sensitiva (parestesia y/o adormecimiento), visual (visión borrosa, líneas, manchas, luces centellantes, escotomas, micropsias, macropsias) o del lenguaje

Clasificación y Criterios de migraña con aura o sin aura

- a. Como mínimo 5 ataques de acuerdo con B, C y D.
 - b. Ataques de Cefalea de por lo menos 1 a 72 hs. de duración.
 - c. Cefalea que cumpla con al menos 2 características:
 - Localización uni o bilateral
 - Pulsátil
 - Intensidad Moderada a severa (impide actividades diarias)
 - Aumenta de intensidad con las actividades físicas (subir escaleras)
 - d. Durante la Cefalea suma por lo menos 1 de los siguientes síntomas:
 - Náuseas y/o Vómitos
 - Fotofobia y Sonofobia
 - e. No atribuible a otro trastorno: **MIGRAÑA CON CURA**
-
- A. Como mínimo 2 ataques.
 - B. La Cefalea sigue al aura con un intervalo inferior a 1h.
 - C. Migraña con aura que cumpla los criterios para el aura típica, el aura hemipléjica, o el aura de tipo basilar.
 - D. Cefalea no atribuible a otras enfermedades.
-

Status Migrñoso

Definición: crisis migrañosa continua por más de 72hs.

Tratamiento:

Dexametasona: 0.5mg/kp/día por vía EV en 2 o 3 aplicaciones y luego pasar a

Prednisona: vía oral 1 a 2 mgr/kp/día (3días)

Analgesicos: ver cuadro

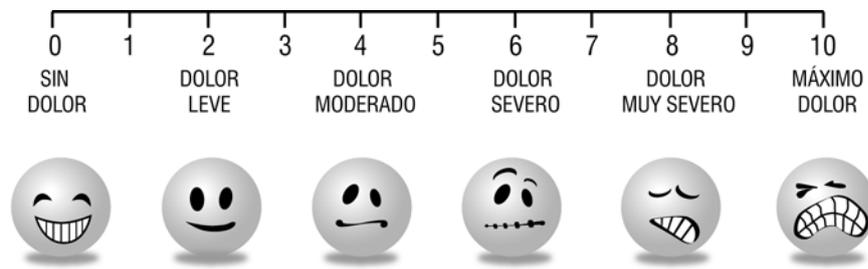
Oxígeno: al 100 % durante 15 a 30 minutos.

Antiemeticos EV: Domperidona 5 a 10 mgr/kp

38 Ministerio de Salud Pública/ Ecuador (2009). Protocolos de Atención Integral de Adolescentes. pp. 96

Manejo:

Según Escala del Dolor



Analgesia según intensidad del dolor y/o respuesta en eventos anteriores:

- Ibuprofeno (10 mg/kp/dosis) - VO
- Naproxeno (2 – 5 mg/kp/dosis) - VO
- Ketorolac (0,5 mg/kp/dosis) – SL o EV o IM
- Dipirona (20 – 30 mg/kp/dosis) – VO o EV o IM
- Opioides: 0.1 a 0.2 mg/kp/dosis (solo en sala de Urgencias)

En algunos casos se podrá administrar a mayores de 12 años:

- Sumatriptán (10 – 20 mg/día) (Considerar riesgo/beneficio por los efectos colaterales)

Medidas Higiénico-dietéticas: Reposo

Enseñar los signos de alarma

Cefalea tensional:

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

Es el tipo más común de cefalea en la etapa adulta, siendo en los niños poco frecuente en los primeros años de vida (alrededor del 1% a los 7 años) aumentado de frecuencia hasta el 30% en la edad adulta.

Clasificación (IHS):

- Cefalea Tensional episódico infrecuente (menos de 1 vez/ mes).
- Cefalea Tensional episódica frecuente (más de 1 vez/mes).
- Cefalea Tensional crónica.
- Cefalea Tensional probable.

Cefalea Tensional Episódica Frecuente

1. Al menos 10 episodios que ocurren más de 1 día al mes pero menos de 15 por mes en los últimos 3 meses. Más de 12 pero menos de 180 días al año, y que cumplan los criterios de la B-D.
2. Cefalea que dura más de 30 minutos hasta 7 días.
3. Cefalea que cumple 2 de los siguientes criterios:
 - 3.1. Localización bilateral.
 - 3.2. Opresiva.
 - 3.3. Intensidad leve a moderada.
 - 3.4. No aumenta con la actividad diaria.

4. Ambos de los siguientes:
 - 4.1. No nauseas ni vómitos
 - 4.2. Puede haber fotofobia o fotofobia (solo uno de los 2).
5. No atribuible a otra causa.

Tratamiento

El tratamiento agudo más efectivo es el reposo y en general no requiere de tratamiento analgésico. Cuando la cefalea es muy intensa y no cede con el reposo se puede administrar AINES en las mismas dosis que para el tratamiento de la migraña.

Otras Cefaleas Primarias: no asociadas a lesiones estructurales y relacionadas con desencadenantes específicos. Incluyen la cefalea punzante idiopática, por compresión externa, y cefalea relacionada con la actividad sexual.

Cefaleas secundarias

- Traumatismo Craneal (Ver en el capítulo de traumatismo craneal)
- Trastornos Vasculares
- Alteraciones Metabólicas
- Infecciones (ver en capítulo correspondiente)

Es típicamente secundaria la:

- Cefalea de inicio súbito y generalmente intensa.
- Cefalea aguda que cursa con fiebre, signos meníngeos, rash cutáneo.
- Cefalea en pacientes con VIH o inmunodeprimidos.
- Cefalea que cursa con síntomas o signos de déficit neurológico focal como hemiparesia o afasia (excepto la relacionada con aura visual o sensitiva).

Recomendaciones de Neuroimagen

Abajo se describen los signos de alarma e indicaciones de Neuroimagen Tomografía axial computarizada (TAC) o Resonancia Magnética cerebral (RM cerebral) en una cefalea.

Signos de alarma:

- Rápido incremento de la frecuencia de Cefaleas.
- Cefalea moderada-intensa de localización constante.
- Cefalea con edema de papila.
- Aparición de focalidad neurológica o historia de pérdida de sensibilidad u hormigueo, y pérdida de la coordinación.
- “Cefalea que causa despertar por la noche”. En ausencia de historia clásica de Migraña.
- Menores de 5 años.

Realizar Neuroimagen en:

- Hallazgo patológico en el examen neurológico.
- Cefalea de características atípicas.
- Cefaleas que no cumplen estrictamente los criterios diagnósticos para migraña u otras cefaleas primarias.
- Factores de riesgo Válvula de Derivación Peritoneal (VDP) e inmunodeficiencia.
- Niños menores de 5 años

No está indicada en:

- Migraña y con examen físico normal.
- Cefalea Tensional.

Evaluar

En el Cuadro de Procedimientos IMAN encontrará cómo evaluar la cefalea.

Clasificar y tratar cefalea

En este apartado, en el proceso de clasificar la cefalea en adolescentes, usted encontrará las cuatro maneras de clasificar la cefalea, según este orden:

- Cefalea complicada, grave o urgente³⁹
- Migraña
- Cefalea secundaria
- Cefalea tensional

Para clasificar y tratar Cefalea complicada, Migraña, Cefalea secundaria o Cefalea tensional, ubique en el Cuadro de Procedimientos y evalúe en este caso la posibilidad de que la persona adolescente tenga cefalea, según la siguiente clasificación, siempre comience con la hilera o fila roja.

Cefalea Grave o urgente o complicada (rojo)

Si la persona adolescente presenta cefalea y dos o más de los siguientes síntomas:

- Vómitos además de la cefalea.
- Predomina durante la mañana.
- Visión borrosa o doble.
- Edema de papila por examen de fondo de ojos.

Trate: refiriendo **urgentemente** al hospital. Debe ser evaluado por especialista y sometido a estudio por métodos auxiliares por imágenes.

Migraña (amarillo)

Si la persona adolescente presenta cefalea y dos o más de las siguientes características:

- Unilateral o Bilateral.
- Pulsátil.
- Mejora con sueño o reposo.
- Aumenta con luz y/o ruido
- Náuseas y/o vómitos.
- Antecedentes de migraña en la familia.

Tratar:

Dar Paracetamol 500 mg VO cada 8 horas incluir otro analgésico si no hay respuesta al paracetamol como Ibuprofeno o Aspirina. Reposo en ambiente oscuro y silencioso para inducir al sueño. Antiemé-

39 Adaptado: Stoltzfus RJ, Dreyfuss ML. Guidelines for the Use of Iron Supplements to Prevent and Treat Iron Deficiency Anaemia. Washington D.C.: International Life Sciences Institute Press, 1998.

(*) El esquema costo-efectivo y efectivo de una dosis semanal para los adolescentes y las adolescentes no embarazadas, aún se encuentra bajo revisión. En el embarazo, la suplementación debe ser realizada durante 6 meses. La suplementación debería continuar durante tres meses después del parto.

(**) El preparado de elección aconsejable es el sulfato ferroso.

tico si hay vómitos. Instruir sobre signos de alarma (Anexo del Cuadro de Procedimientos). Control en 48 hs, si persiste la migraña:

Referir.

Disminuir factores desencadenantes (falta de sueño, luces intensas, consumo de alcohol, chocolate, TV antes de dormir, etc.)

Promocionar estilos de vida saludables.

Cefalea secundaria (amarillo)

Si la persona adolescente presenta Cefalea y uno de los siguientes síntomas o características:

- Predomina en la tarde o noche de intensidad leve a moderada.
- Dificultad para ver de lejos.
- Y otros signos como fiebre, hipertensión arterial o consumo de drogas.

Trate:

- Dar paracetamol 500 mg VO.
- Identificar factor de riesgo o causal.
- Tratar si se conoce la causa o derivar para estudio de la misma.
- Promocionar estilos de vida saludables.
- Si tiene dificultad para ver de lejos, evaluar agudeza visual.
- Control en 48 hs, si persiste: Referir.
- Indicarle cuándo debe volver de inmediato ANEXO del Cuadro de Procedimientos.

Cefalea tensional (amarillo)

Si la persona adolescente presenta Cefalea diaria, holo-craneana, continua, intensidad leve a moderada, mareos, relacionado con el estrés, irradia a la nuca o espalda, tiene trastornos del sueño.

Trate:

- Paracetamol 500 mg. V.O.
- Ofrecer confort.
- Pedir evaluación neurológica.

Infecciones Respiratorias

Las infecciones respiratorias agudas afectan las vías aéreas superiores, nariz, senos paranasales, oídos, faringe, amígdala, laringe, y las inferiores tráquea, bronquios y/o pulmones.

En los adolescentes que acuden a los servicios de salud con infección respiratoria aguda, y por lo general con tos o dificultad para respirar, descartar siempre una infección respiratoria de mayor gravedad, ya que puede tratarse de una neumonía, que es la infección de los pulmones que puede ser causado por virus, bacterias, hongo y parásitos. La etiología bacteriana es la más frecuente, incluye las bacterias más comunes, *Streptococcus pneumoniae*, *Stafilococcus Aureus* y *Hemophilus influenzae* no tipificable. La neumonía atípica es causada por virus, con mayor frecuencia por el *Mycoplasma pneumoniae*.

La tos puede acompañarse de secreciones nasales o rinosinusales y estar presentes tanto en un resfriado común como en una neumonía o una infección laringotraqueo bronquial. También pueden llegar con síndrome de obstrucción bronquial (sibilancias) con o sin infección agregada. El trabajador o la trabajadora de salud deben poder reconocer a adolescentes con tos o dificultad para respirar, para iniciar el tratamiento con antibióticos y/o referencia urgente según el caso.

Cuando se desarrolla una obstrucción severa del árbol respiratorio y/o NEUMONÍA, una de las respuestas del organismo a la hipoxia (disminución de oxígeno en la sangre) es la alteración del trabajo respiratorio, taquipnea, tiraje subcostal. Si las mismas no son detectadas a tiempo y tratadas oportuna y adecuadamente puede COMPLICARSE y/o causar la muerte.

Tos y/o dificultad para respirar

En el Cuadro de Procedimientos IMAN verá el recuadro de la columna EVALUAR donde se presentan los pasos para evaluar la tos y/o dificultad para respirar en un/una adolescente:

Evaluar

Se considera “dificultad para respirar”, cualquier forma anormal de respiración. La/el adolescente, o sus acompañantes la describen de distintas maneras. Tal vez digan que la respiración es “rápida” (juku’a), “ruidosa” (puahé), “entrecortada” (kyta’i) o “cansada” (kané’ó).

Pregunte:

¿tiene tos y/o dificultad para respirar?

¿Desde hace cuánto tiempo?

Si ha tenido tos desde hace menos de 15 días, Refiérase al cuadro de procedimiento IMAN

Si ha tenido tos más de 15 días, tiene tos crónica, puede tratarse de un signo de Tuberculosis, Asma u otros problemas. Ver cuadro de procedimientos

En todo o toda adolescente con tos o dificultad para respirar

Observe / escuche y determine: la Frecuencia respiratoria.

Cuente las respiraciones en un minuto, para ver si tiene respiración rápida.

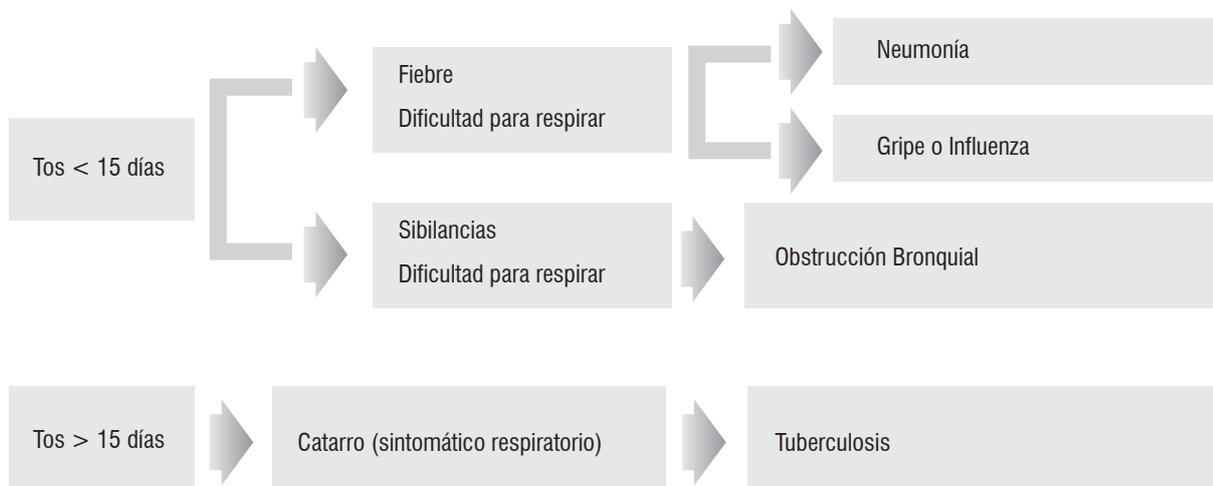
- Respiración rápida: Si tiene más de 20 respiraciones por minuto en reposo
- ¿Tiene Alteración del estado general y/o alteración de trabajo respiratorio y/o alteración de la circulación?

En toda persona adolescente con TOS o DIFICULTAD PARA RESPIRAR:

Se debe descartar NEUMONÍA.

Evaluar el tiempo que lleva con tos:

Esquema para clasificar tos:



Para contar el número de respiraciones por minuto:

- Use un reloj con segundero o un reloj digital.
- Pida a otro trabajador/a de salud que mire el segundero y le avise cuando haya alcanzado 60 segundos
- Observe el tórax del o la adolescente y cuente el número de respiraciones en un minuto
- Si no puede conseguir que otro trabajador de salud le ayude, ponga el reloj donde pueda ver el segundero, mire la manecilla mientras cuenta las respiraciones durante un minuto.
- Mire si hay movimiento respiratorio en cualquier parte del tórax o el abdomen del o de la adolescente. Generalmente se pueden ver los movimientos respiratorios aun cuando la persona adolescente está vestido/a.

Observe: Tiraje

Escuche:

Las sibilancias son causadas por una disminución del calibre de los bronquios pulmonares llevando una obstrucción bronquial, lo cual provoca el atrapamiento del flujo de aire produciendo una espiración prolongada, por lo que al o la adolescente, ESPIRAR le toma más tiempo y mayor esfuerzo que lo normal.

Algunas veces la obstrucción bronquial es tan severa, que no se produce ruido alguno e indica enfermedad muy grave. Observe en el o la adolescente si la ESPIRACIÓN requiere mucho esfuerzo y si es más larga que lo normal. Si está con sibilancias, pregunte a la persona adolescente, a la madre, al padre o acompañante si ha tenido un episodio similar anterior dentro del último año. Un o una adolescente con “sibilancias recurrentes” es aquel o aquella que ha tenido más de un episodio en un período de 12 meses.

Si dispone de los dispositivos se debe monitorizar saturación de oxígeno por oximetría de pulso.

Clasificar la tos y/o dificultad para respirar

En este apartado, en el proceso de clasificar una enfermedad a partir de la presencia de “tos y/o dificultad para respirar”, usted encontrará las descripciones de una Infección Respiratoria Aguda (IRA).

Para clasificar la tos y/o dificultad respiratoria, ubique en el Cuadro de Procedimientos

- NEUMONÍA (rojo)
- NO TIENE NEUMONÍA: TIENE TOS O RESFRIADO (verde).

Sin embargo recuerde que la tos y/o dificultad respiratoria también pueden estar presentes como signos o síntomas de enfermedades no infecciosas, como el asma. Se encontrará más adelante un apartado específico en el capítulo de Síndrome de Obstrucción Bronquial.

Para clasificar la tos y/o dificultad respiratoria en adolescentes :

Preguntar

¿Tiene el o la adolescente tos o dificultad para respirar? en caso afirmativo, hace cuanto tiempo? Hace 15 días? Menos de 15 días? La tos predomina por la noche? La tos es seca o con expectoración purulenta, mucopurulenta o con sangre? Tiene antecedentes de contacto con enfermos o enfermas de tuberculosis? Presenta dolor torácico cuando tose o respira?

Observar, escuchar

Contar las respiraciones en un minuto, tiene respiración rápida? (20 respiraciones por minuto o más). Observar si hay tiraje subcostal. Escuchar si hay sibilancias durante la espiración. Tiene compromiso importante del estado general? (palidez cutáneo-mucosa y/o alteración del sensorio). Tiene secreción nasal mucosa?. Tiene fiebre?

Clasificar:

Si los adolescentes tienen uno o más de estos signos o síntomas: Clasifique como neumonía

- Respiración Rápida
- Alteración del Estado General
- Tiraje
- Dolor Torácico al Respirar o toser

Tratar:

- Dar la primera dosis de amoxicilina: 1 gramo si pesa 40 kgr o 500 mgr si pesa menos de 40 kgr
- Referir urgentemente al hospital según normas de referencia del MSPBS

No tiene Neumonía (verde)

Si tiene tos menos de 15 días y no presenta ninguno de los signos o síntomas de la fila roja, observe la fila verde y seleccione la clasificación NO TIENE NEUMONÍA.

Tratar:

Control a las 48 horas (considerar otras causas)
Indicar cuando volver de inmediato (Signos de Alarma).

Influenza (Gripe)

Enfermedad Febril Aguda, acompañada de signos y síntomas respiratorios, producida por el virus de la influenza.

Caso sospechoso: todo paciente que presente enfermedad respiratoria febril aguda (temperatura axilar igual o mayor a 37,5° C) desde enfermedad tipo Influenza (ETI) hasta Neumonía.

Enfermedad Tipo Influenza (ETI): aparición súbita de fiebre con temperatura axilar igual o mayor a 37,5° C y tos, más algunos de los siguientes síntomas: mialgias, dolor de garganta, cefalea sin causa etiológica conocida.

Caso confirmado: persona que consulta por enfermedad respiratoria tipo Influenza (ETI) o se hospitaliza por IRA o Neumonía y se confirma Influenza por alguna técnica laboratorial.

Manejo clínico

Existen escenarios para el manejo del paciente con influenza. Para definir los escenarios se debe contestar cuatro preguntas clave.

Escenario 3 corresponde al grupo C

A. ¿Tiene cuadro compatible con Influenza?	Sí
B. ¿Tiene algún factor de riesgo?	Sí
C. ¿Tiene signos de alarma?	Sí
D. ¿Tiene insuficiencia respiratoria o trastorno del sensorio o inestabilidad hemodinámica?	No

Para la evaluación, diagnóstico, clasificación y tratamiento adecuarse al protocolo de Influenza de la Dirección General de Vigilancia de la Salud del MSPyBS.

Sospecha de Influenza, con signos de alarma - Grupo C (rojo)

Signos de alarma:

- Dificultad para respirar.
- Dolor de pecho.
- Espujo con sangre.
- Dificultad para alimentarse.
- Confusión o somnolencia.
- Crepitantes en la auscultación pulmonar.
- Radiografía de tórax con infiltraciones pulmonares.

Para la evaluación, diagnóstico, clasificación y tratamiento adecuarse al protocolo de Influenza de la Dirección General de Vigilancia de la Salud del MSPyBS. Si hay fuerte sospecha de neumonía dar el antibiótico recomendado; Ceftriaxona 1 gr parenteral.

Escenario 2 corresponde al grupo B

A. ¿Tiene cuadro compatible con Influenza?	Sí
B. ¿Tiene algún factor de riesgo?	Sí
C. ¿Tiene signos de alarma?	No
D. ¿Tiene insuficiencia respiratoria o trastorno del sensorio o inestabilidad hemodinámica?	No

Sospecha de Influenza, con factores de riesgo - Grupo B (amarillo)

Para la evaluación, diagnóstico, clasificación y tratamiento adecuarse al protocolo de Influenza de la Dirección General de Vigilancia de la Salud del MSPyBS.

Factores de riesgo para complicaciones en influenza:

- Embarazo.
- Enfermedad crónica debilitante.
- Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Asma.
- Cardiopatías.
- Enfermedad Neurológica.
- Cáncer.
- Obesidad Mórbida. (IMC= o >30)
- Desnutrición.
- Enfermedad renal.
- Diabetes Mellitus.
- Condiciones con Depresión inmunológica.
- Circunstancias sociales como vivir solo o muy distante de la unidad de salud, sin medio de transporte confiable.
- La presencia de uno o más factores implica riesgo de complicaciones.

Escenario 1 corresponde al grupo A

A. ¿Tiene cuadro compatible con Influenza?	Sí
B. ¿Tiene algún factor de riesgo?	No
C. ¿Tiene signos de alarma?	No
D. ¿Tiene insuficiencia respiratoria o trastorno del sensorio o inestabilidad hemodinámica?	No

Para la evaluación, diagnóstico, clasificación y tratamiento adecuarse al protocolo de Influenza de la Dirección General de Vigilancia de la Salud del MSPyBS.

Sospecha de Influenza - Grupo A (verde)

Tratamiento:

- Manejo ambulatorio en el hogar.
- Aislamiento estricto en domicilio.

Factores de riesgo para complicaciones en influenza:

- Embarazo.
- Enfermedad crónica debilitante.
- Asegurar hidratación adecuada.
- No usar aspirina (ácido acetil salicílico).
- Habitualmente tiene buena evolución.

- No requiere estudios laboratoriales confirmatorios.
- Control médico si la fiebre persiste más de 48 horas.
- Explicar que, si el paciente presenta signos de alarma (dificultad para respirar, dolor de pecho, esputo con sangre, dificultad para alimentarse, confusión o somnolencia) debe consultar inmediatamente al servicio de salud aunque no hayan pasado las 24 horas para su control.

Síndrome de Obstrucción Bronquial

La Obstrucción Bronquial es una disminución del calibre de los bronquios pulmonares, que provoca el atrapamiento del flujo de aire produciendo una espiración prolongada, por lo que espirar toma más tiempo y mayor esfuerzo que lo normal, produciéndose las sibilancias que constituye el síntoma característico.

Algunas veces la Obstrucción Bronquial es tan severa, que no se produce ruido alguno e indica enfermedad muy grave. Observe si la ESPIRACIÓN requiere mucho esfuerzo y si es más larga que lo normal. Si el o la adolescente está con sibilancias, pregunte si ha tenido un episodio similar anterior dentro del último año.

“Sibilancia recurrente” es cuando ha tenido más de un episodio de sibilancias en un período de 12 meses.

Evaluar Síndrome de Obstrucción Bronquial

Ver Cuadro de Procedimientos IMAN cómo Evaluar, Clasificar y Tratar Síndrome de Obstrucción Bronquial. Evaluar por la clínica y medir la saturación de oxígeno por oximetría de pulso, si se dispone de oxímetro.

Clasificar y tratar Síndrome de Obstrucción Bronquial

En la evaluación y la clasificación de tos y/o dificultad respiratoria, se administrará tratamiento broncodilatador según se explica en el Cuadro de Procedimientos en la sección “Tratar la obstrucción bronquial”, luego realizar una reevaluación para clasificar la enfermedad.

RECUERDE

El signo clínico de mayor sensibilidad y especificidad de afección pulmonar es el aumento de la frecuencia respiratoria.

Clasificar Obstrucción Bronquial

Episodio severo (rojo)

Si presenta uno o más de los siguientes signos o síntomas:

- Sibilancias habitualmente fuertes o silencio auscultatorio:
- Dificultad respiratoria: en reposo, inclinado hacia adelante
- Palabra entrecortada

Clasifique como EPISODIO SEVERO y trate mediante (recuerde que debe evaluar, clasificar y tratar según el protocolo de manejo de la crisis asmática del MSPy BS):

- Estabilizar al paciente (tórax elevado 30°):
- Oxígeno
- Salbutamol inhalado con aerocámara cada 20 minutos x 1 hora.
- Hidratación.
- Hidrocortisona 500 mg/dosis EV, ó Dexametasona 4-8 mg/dosis EV o IM.

REFERIR URGENTE AL HOSPITAL.

EPISODIO MODERADO (amarillo)

Si presenta uno o más de los siguientes signos o síntomas:

- Sibilancias fuertes
- Dificultad respiratoria: en reposo y prefiere estar sentado.
- Habla con frases cortas

Clasifique como EPISODIO MODERADO y trate:

- Salbutamol inhalado con aerocámara cada 20 minutos x una hora.
- Considerar oxígeno.
- Considerar hidratación.
- Prednisona 40 o 50 mgr dosis única vía oral (jarabe o comprimido).

Reevaluar en una hora:

- Respuesta Incompleta: REFERIR

Indicarle cuándo debe volver de inmediato. (Signos de Alarma).

EPISODIO LEVE (verde)

Si presenta uno o más de los siguientes signos y síntomas:

- Sibilancia: a menudo solo al final de la espiración.
- Dificultad respiratoria al andar (puede permanecer acostado).

Clasificar como episodio leve y Tratar:

Salbutamol inhalado con aerocámara cada 20 minutos x una hora.

Reevaluar en 1 hora. Si mejora: Control a las 48 horas.

Enseñar signos de alarma

Tratamiento de Crisis Asmática

(Adaptado del Protocolo de MSPBS)⁴⁰

Las exacerbaciones de asma (ataques de asma) son episodios de un aumento progresivo de falta de aire, tos, sibilancias, y opresión torácica o una combinación de estos síntomas.

Los pacientes que están en **alto riesgo de muerte** relacionada al asma, requieren atención inmediata y deben recibir (tratamiento urgente, temprano, en caso de exacerbaciones)

Incluye pacientes:

- Con historial de cuadros de asma grave que requirieron intubación y ventilación mecánica
- Que han sido hospitalizados o acudido a urgencias a causa del asma en el último año.
- Que toman actualmente o han dejado de tomar recientemente glucocorticoides orales.
- Que son dependientes de B2 agonistas inhalados de acción rápida, especialmente aquellos que utilizan más de un inhalador. Al mes de salbutamol (o su equivalente).

Parámetro	Leve	Moderado	Grave	Inminente paro respiratorio
Disnea	Al andar Puede estar acostado	En reposo Prefiere estar sentado	En reposo Inclinación hacia adelante	
Habla con	Oraciones	Frases cortas	Frases sueltas	Oraciones
Estado de conciencia	Aumentada	Aumentada	Generalmente > 30/min	Movimiento Tórax-abdominal paradójico
Frecuencia respiratoria	Aumentada	Aumentada	Generalmente > 30/min	
Uso de músculos accesorios y retracciones supraesternales	Habitualmente NO	Habitual	Habitual	
Sibilancias	Moderadas, a menudo solo al final de la espiración	Fuertes	Habitualmente fuertes	Ausentes
Pulsaciones / min	< 100	100- 200	< 120	Bradycardia
PEF después del broncodilatador inicial % del previsto o % del mejor valor personal	Más del 80%	Aproximadamente 60 - 80%	< 60% del previsto o del mejor valor personal (100 l/min en adultos) o la respuesta dura < 2 horas	
PaO2 (con aire ambiente) y/o PaCO2	Normal, prueba no necesaria habitualmente < 45mm Hg	> 60 mm Hg < 45mmHg	< 60mm Hg Posible cianosis > 45 mmHg, Probable insuficiencia respiratoria	
SaO2 (con aire) a O2% (con aire ambiente)	> 95%	91-95%	< 90%	

40 Protocolo de Enfermedades Respiratorias del MSPyBS. Paraguay, 2013.

Evaluación inicial de la gravedad según cuadro anterior

Salbutamol 4 - 6 puf con aerocámara inhalados separadamente

EVALUAR A LOS 15 MINUTOS

<p>Buena respuesta Crisis Leve Asintomático Sat.O2 >95% Pico flujo >80%</p> <p>↓</p> <p>Seguimiento</p> <p>↓</p> <p>Valorar corticoide oral PrPrednisona VO 40 o 50 mg/día por 5 días y volver al tratamiento usual Alta a la casa y control en 48 horas en consultorio</p>	<p>Respuesta incompleta Crisis moderada Sint. leves - moderados Sat. O2 <94% Pico flujo 60 - 80 %</p> <p>↓</p> <p>Tratamiento Oxígeno. Salbutamol 4 - 6 puff con aerocámara inhalado separadamente repetir cada 20 min. Prednisona VO 40 o 50 mg/día Valorar a la hora:</p> <p>↓</p> <p>Seguimiento Si los síntomas mejoran (mejora taquipnea, disminuye pulso, mejora pico flujo <70% Sat O2 >94%) Prednisona 40 a 50 mgr/día por 5 días Alta a la casa y control en 24 horas por consultorio Si los síntomas persisten (Taquipnea, taquicardia, pico flujo <70%, Sat. O2 <94 %) Repetir salbutamol aerosol, agregar aerosol de bromuro de ipatropio Admisión al hospital o derivar a centro con internación.</p>	<p>Mala respuesta Crisis Severa Síntomas graves Sat. O2 < 90% Pico flujo < 60 %</p> <p>↓</p> <p>Tratamiento Oxígeno Hidrocortisona 200mg IV o Prednisona 40 a 50 mg si el paciente puede tragar. Valorar a la hora:</p> <p>↓</p> <p>Seguimiento Si los síntomas mejoran (mejora taquipnea, disminuye pulso, mejora pico flujo <60% Sat O2 >92%). Si presenta abundante secreción agregar Salbutamol + bromuro de ipatropio con aerocámara. Admisión en un centro hospitalario Si los síntomas empeoran (Taquipnea, taquicardia, pico flujo <60%, Sat O2 <90%) Evaluar síntomas de paro cardiorrespiratorio inminente (cuadro de paro inminente) Valorar adrenalina subcutánea e intubación.</p>
---	---	--

Los tratamientos **no recomendados** para los ataques incluyen:

- Sedantes (estrictamente evitados)
- Drogas mucolíticas (pueden empeorar la tos)
- Terapia de tórax/fisioterapia (pueden aumentar la incomodidad del paciente)
- Hidratación con grandes volúmenes de líquido para adultos y niños (pequeños y lactantes)
- Antibióticos (no tratan los ataques, pero están indicados en pacientes que también asocien una neumonía o infección bacteriana como una sinusitis)
- Epinefrina (adrenalina) puede estar indicada para el tratamiento agudo de anafilaxia y angioedema pero no está recomendada en los ataques de asma

Síntomas y signos de parada cardiorrespiratoria

- Hipotensión
- Bradicardia
- Cianosis
- Dificultad para hablar
- Deterioro del nivel de conciencia
- Silencio auscultatorio

Recomendaciones para traslado de pacientes graves

- Asegurar vía aérea (Intubar, si hay indicación o ventilar con Ambú)
- Bajo volumen corriente; 4-6 ml/k.
 - Relación I: 1:4-6
 - Sedar al paciente
 - Instalar 2 accesos venosos cortos y gruesos.
 - Instalar SNG y sonda vesical
 - Gasometría previa. Ajustar FIO2
 - Asegurar que no se mueva el tubo orotraqueal.

Indicaciones de Intubación / ARM

- Mala mecánica respiratoria
- Hipoxemia refractaria (sat O2 < 90 con 6 litros de O2)
- Falla respiratoria aguda y/o criterios de shock (a pesar de vasopresores a dosis descritas)

Protocolo de manejo: Laringitis

CLASIFICACION DE GRAVEDAD ESCALA DE TAUSSING

Puntaje	0	1	2	3
Estridor	No	Mediano	Moderado	Intenso/ausente
Entrada de aire	Normal	Disminuida	Disminuida	Muy disminuida
Color	Normal	Normal	Normal	Cianosis
Retracciones	No	Escasa	Moderada	Intensa

Grave >9

- Oxígeno Humidificado
- Nebulizaciones con adrenalina 0,5ml/kg. Dosis Máxima: 5ml
- Dexametasona* 8 mgr/dosis IV
- Si no mejora considerar budenoside
- Monitorización continua
- Si no mejora traslado a UCIP y valorar Intubación y asistencia respiratoria mecánica

Moderado 7-8

- Ubicación: Sala de observación
- Alimentación según FR
- Ambiente tranquilo
- Posición de confort
- Oxígeno Humidificado si la Saturación es < de 92%
- Nebulizaciones con adrenalina 0,5ml/kg. Dosis Máxima: 5ml
- Dexametasona* 0,6mg/kg/dosis (VO, IM o IV)
- Observación 4 a 6 hs

Leve <6

- Ambiente tranquilo
- Pautas de cuidado de la familia
- Dosis única de dexametasona* 8 mgr/dosis VO o Prednisona VO 40 a 50 mg/dosis única

Criterios de alta

Ausencia de estridor en reposo

- Saturación Normal
- Buena entrada de aire
- Color Normal
- Nivel de Conciencia Normal

Signos de Alarma para el hogar

- No se alimenta
- No duerme bien
- Fiebre de 39° o más
- Decaimiento o letárgica
- Deshidratación

Tuberculosis

La Tuberculosis es una enfermedad infecciosa y contagiosa, producida por una mycobacteria conocida como *Mycobacterium tuberculosis* o Bacilo de Koch. Se contagia cuando una persona enferma de tuberculosis tose o estornuda, ríe o canta expulsando pequeñas gotas de flema o catarro que se esparcen en el aire y pueden ingresar a los pulmones de una persona sana a través de las vías respiratorias. A las personas con tos y flema o catarro por más de 15 días se los conoce como “Sintomático Respiratorio”.

Estas personas deben realizarse estudios y baciloscopía para descartar tuberculosis. Para la baciloscopía se solicitarán 3 muestras de catarro en frascos preparados para ello. Si el resultado es positivo se indicará el tratamiento que dura 6 meses y debe ser estrictamente supervisado, de hecho, el tratamiento es denominado TAES (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado).

La evaluación, clasificación y tratamiento deberán realizarse según normas del PNCT (Programa Nacional del Control de la Tuberculosis).

Evaluar Tuberculosis

En este apartado, en el proceso de clasificar la Tuberculosis en adolescentes, se encontrará las dos maneras de clasificarlas:

- TUBERCULOSIS.
- SOSPECHA DE TUBERCULOSIS.

Para clasificar y tratar Tuberculosis o Sospecha de Tuberculosis, ubique en el Cuadro de Procedimientos y evalúe en este caso la posibilidad de que la persona adolescente tenga Tuberculosis, según la siguiente clasificación. Siempre comenzar con la hilera o fila roja.

Preguntar:

1. ¿Tiene Tos? En caso afirmativo, ¿Hace cuánto tiempo?, ¿Más de 15 días?
¿La tos es seca o con expectoración?
2. ¿Tiene Fiebre? En caso afirmativo, ¿Predomina por la tarde o por la noche?
3. Antecedentes de contacto con enfermo o enferma de Tuberculosis.
4. Pérdida de Peso.

Observar: Compromiso del estado general.

Clasificar y tratar Tuberculosis

En este apartado, en el proceso de clasificar una enfermedad a partir de la presencia de “tos y catarro mayor de 15 días de evolución”, encontrará los signos y el tratamiento de Tuberculosis o Sospecha de Tuberculosis.

Para clasificar síntomas principales ir al Cuadro de Procedimientos IMAN. Realizar 3 baciloscopías en dos días consecutivos. Para el diagnóstico de tuberculosis se solicitarán 3 muestras de expectoración: *la primera*, en el momento de la consulta; *la segunda*, será recolectada por el paciente en su casa al despertarse por la mañana y en ayunas; *la tercera*, al entregar la segunda muestra. Solo en los casos graves como meningitis tuberculosa o TB diseminada debe ser internado.

Tuberculosis (rojo)

Si la persona adolescente refiere y presenta:

Tos y expectoración > 15 días. Con confirmación bacteriológica de baciloscopia y/o cultivo para BK (+) o detección del M. tuberculosis por métodos nuevos o análisis moleculares (Xpert) validado por el PNCT y/o Radiografías sugestivas de TB.

Clasifique como TUBERCULOSIS y trate:

Inicio de tratamiento con esquema de TB sensible o TB resistente.

Ver tratamiento:

Referir según corresponda

Referir al encargado de TB del servicio de salud más cercano al domicilio para inicio del tratamiento en caso de no contar con el Programa de TB instalado en el servicio y/o;

Referir al encargado de TB del servicio de Salud más cercano al domicilio, para seguimiento del mismo.

Sospecha de Tuberculosis (Caso Presuntivo de Tuberculosis) (amarillo)

Si la persona adolescente refiere y presenta:

- Tos y expectoración > 15 días y/o
- Fiebre.
- Pérdida de peso.
- Adenopatías
- Contacto de un caso con TB

Si existe antecedente de contacto con un caso de TB: Clasifique como SOSPECHA O CASO PRESUNTIVO DE TUBERCULOSIS y realice un seriado del esputo (3 muestras) para baciloscopia, cultivo o análisis moleculares y/o radiografía.

Si el resultado:

- Es (positivo), tratar. Si la baciloscopia y/o cultivo es positivo, tratar.
- Es (negativo), referir para estudio. Si las 3 primeras baciloscopias son negativas, tratar con antibióticos de amplio espectro que no sea quinolonas, evaluar nuevamente al paciente después de dos semanas y si continua con síntomas respiratorios repetir un segundo seriado de 3 muestras para baciloscopia y cultivo. Si este 2do seriado vuelve a ser negativo, pero la sospecha de TB es muy alta el médico tratante puede tomar la decisión de iniciar el tratamiento antibacilar y se notifica como TB pulmonar frotis negativo, hasta recibir el resultado del cultivo para BK.

Realizar la la baciloscopia, es positiva, realizar cultivo y tratar. No se puede esperar el resultado de cultivo por el tiempo prolongado de espera del informe de laboratorio.

Tratamiento para Tuberculosis. Esquema TB Sensible

Tratamiento TAES (Tratamiento Acortado Estrictamente Supervisado), de lunes a sábado al o la adolescente enfermo, por personal o promotor de salud de la comunidad.

En la 1ª Etapa intensiva o inicial del tratamiento (HRZE), los medicamentos son: Rifampicina (R), Isoniazida (H), Pirazinamida (Z), y Etambutol (E), y se deben tomar de lunes a sábado. A partir de las 2 semanas de tratamiento ya no se contagia a sus contactos familiares o entorno cercano. Se debe indicar el examen de los mismos y en especial de niños o niñas. Al finalizar la 1ª. Etapa del tratamiento TAES, lue-

go de 52 días de tratamiento, se deberá realizar nuevamente una baciloscopía. Este estudio ayuda a conocer la evolución del tratamiento.

Al finalizar el segundo mes se inicia la 2ª. Etapa de continuación de tratamiento (HR) que dura 4 meses y los medicamentos son: Isoniazida y Rifampicina, también administrados de lunes a sábado bajo su supervisión estricta. Es importante lograr la adherencia al tratamiento hasta el final, para impedir formas más graves de la enfermedad y que la curación se vea dificultada. En las formas graves como TB miliar, meningitis tuberculosa, TB diseminada, se prolonga la segunda fase a 10 meses.

Al cuarto mes del tratamiento o TAES, luego de 104 días de tratamiento, se debe realizar nuevamente una baciloscopía para conocer la evolución del tratamiento.

Al sexto mes del tratamiento TAES se debe realizar nuevamente una baciloscopía y se considera al enfermo o enferma curado de Tuberculosis.

MEDICAMENTOS	DOSIS DIARIA EN mg/kg.
ISONIACIDA	5 (4 - 6)
RIFAMPICINA	10 (8 - 12)
PIRAZINAMIDA	25 (20 - 30)
ETAMBUTOL	20 (15 - 25)
STREPTOMICINA	15 (12 - 18)

Dolor de garganta

El dolor de garganta es un síntoma producido por múltiples causas y un síntoma principal de la faringoamigdalitis. En adolescentes las causas más frecuentes son las infecciones bacterianas y las virales. Para realizar la evaluación, siga los pasos indicados en el Cuadro de Procedimientos IMAN.

Faringoamigdalitis aguda: es un proceso agudo febril con inflamación de las mucosas del área, pudiendo presentar eritema, edema, exudado, úlceras o vesículas.

Clasificar y tratar dolor de garganta

En el proceso de clasificar el dolor de garganta en adolescentes, ubique el recuadro EVALUAR en el cuadro de procedimiento y encontrará las dos maneras de clasificar y tratar:

Clasifique como AMIGDALITIS y trate:

- AMIGDALITIS O faringoamigdalitis
- FARINGITIS VIRAL

Para clasificar dolor de garganta, observe la fila amarilla en primer lugar y luego la fila verde:

Amigdalitis (amarillo) FARINGOAMIGDALITIS

Si él o la adolescente presenta:

Dolor de garganta y fiebre más uno de los siguientes signos o síntomas:

- Exudado blanco en la garganta.
- Se palpan ganglios en el cuello.
- Los ganglios son dolorosos a la palpación.
- Tiene compromiso del estado general.

Clasifique como FARINGOAMIGDALITIS y trate:

- Penicilina benzatinica 1.200.000 UI dosis única o
- Amoxicilina: 500 mgr cada 8 horas por 10 días o Amoxicilina-sulbactam: 500 mg cada 8 horas por 10 días o
- En caso de alergia a la penicilina, dar: Eritromicina.
- Dar paracetamol 500 mg vía oral cada 6 horas si hay fiebre.
- Aumentar el consumo de líquidos.
- Control en 2 días.
- Ibuprofeno 400 mg cada 8 horas por 3 días (opcional)
- Indicar cuándo debe volver de inmediato.

Faringitis Viral (verde)

Si el o la adolescente presenta:

Dolor de garganta y uno de los siguientes signos o síntomas:

- Tos.
- Secreción nasal mucosa.
- Fiebre.

Clasifique como FARINGITIS y trate:

- Paracetamol 500 mg VO cada 6 horas, en caso de fiebre.
- Aumentar el consumo de líquidos.
- Control en 2 días.
- Indicar cuándo debe volver de inmediato.

Dolor Abdominal

El dolor abdominal es un síntoma de diversos orígenes como el aparato digestivo u otras partes como el área pélvica. Es importante ante un paciente con dolor abdominal considerar diagnósticos diferenciales.

Para la evaluación inicial de adolescentes, es necesario conocer los antecedentes previos (cirugía, hernias), ingestión de fármacos, alimentos, alcohol, ciclo menstrual y trastornos asociados, entre otros. Una adecuada historia clínica en la que se reflejen de manera clara las características del inicio del dolor, localización, irradiación, variaciones en la intensidad, duración, circunstancias que agravan o alivian el dolor y otros signos o síntomas acompañantes. Examen físico general que incluye: inspección, palpación, percusión y auscultación abdominal.

En algunos casos se considerarán pruebas complementarias como:

- Hemograma.
- Hepatograma
- Radiografía de tórax y abdomen.
- Ecografía abdominal.
- Orina simple y urocultivo

El Dolor Abdominal tendrá un tratamiento según la causa que lo origine. Hasta conocer la causa del dolor no se debe calmar, pero en cuánto se conozca, iniciar analgesia.

Evaluar Dolor Abdominal

En el Cuadro de Procedimientos usted encontrará cómo Evaluar el Dolor Abdominal.

Es importante observar el compromiso del estado general y signos y síntomas acompañantes (palidez, cianosis, ictericia, malestar general, decaimiento, fiebre, diarrea o estreñimientos, vómito, síntomas urinarios), evaluar Signos vitales (frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, temperatura y presión arterial), identificar características del Dolor Abdominal a la palpación: localizado/ generalizado y realizar la auscultación del abdomen (ver si hay ruidos hidroaéreos aumentados, disminuidos o ausentes).

Clasificar y tratar dolor abdominal

Para clasificar y tratar Dolor Abdominal agudo y no agudo, revisar el Cuadro de Procedimientos y evaluar el dolor abdominal que presenta el o la adolescente, según la siguiente clasificación (siempre comience con la hilera o fila roja).

- DOLOR ABDOMINAL AGUDO.
- DOLOR ABDOMINAL NO AGUDO.

Dolor Abdominal Agudo (rojo) – Posible tratamiento QUIRÚRGICO

Clasifique como Dolor Abdominal Agudo si presenta:

Dolor abdominal y dos o más de los siguientes signos o síntomas

- Fiebre.
- Vómitos.
- Dolor continuo y persistente.
- Dolor muy localizado o generalizado a la palpación.
- En adolescentes del sexo femenino: dolor abdominal inferior.

- En adolescentes del sexo masculino: considerar dolor testicular
- Compromiso del estado general.
- Hipotensión.
- Diarrea abundante y frecuente (como agua de arroz).

TRATE: Sera necesario referir URGENTEMENTE al hospital.

Dolor abdominal no agudo o crónico (amarillo)

Clasifique como Dolor Abdominal no Agudo si presenta:

Dolor abdominal y dos o más de los siguientes signos o síntomas:

- Disminuye a momentos.
- Se irradia hacia la espalda.
- Se asocia a estreñimiento y/o diarrea.
- Presenta signos vitales estables.

TRATE:

Iniciar proceso diagnostico (estudios de rutina o estudios especiales según el caso)

Visita de seguimiento en 2 días o antes si no se mejora. Si el dolor persiste: referir al hospital para evaluación y exámenes complementarios, indicar cuándo volver de inmediato según signos de alarma (Ver ANEXO en el Cuadro de Procedimientos IMAN).

Disentería

Dolor abdominal más:

Diarrea con sangre visible en heces o con gleras sin sangre.

Trate:

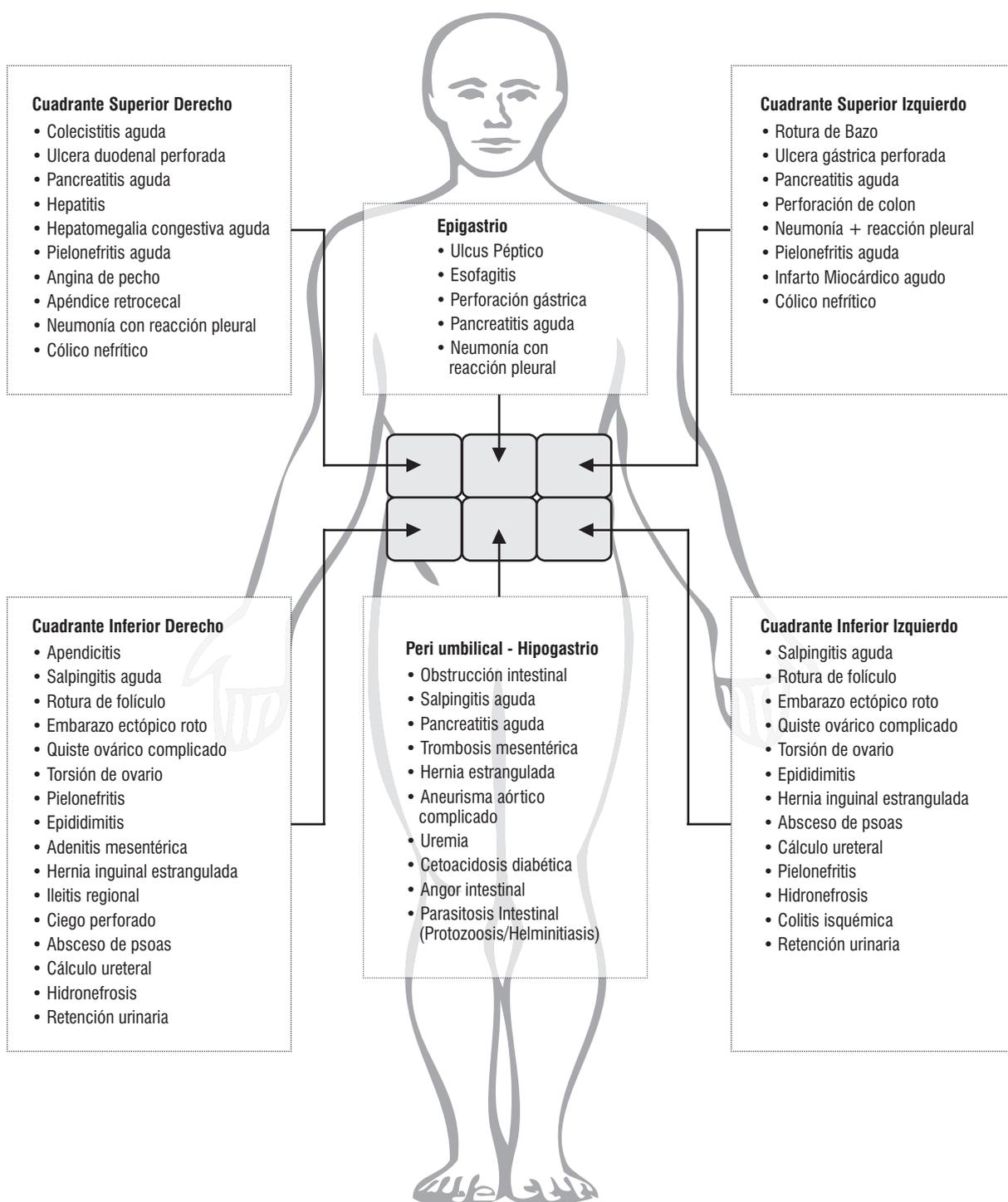
Ciprofloxacina 500 mg VO c/ 12 horas durante 3 días.

Recomendar mayor consumo de líquidos (sopas, SRO, agua).

Visita de seguimiento en 2 días.

Indicarle cuándo volver de inmediato. ANEXO del cuadro de procedimientos.

PATOLOGÍAS MÁS FRECUENTES SEGÚN LA LOCALIZACIÓN



Fuente: Imán Adolescencia, Paho 2010

El cuadro de abajo contiene las causas de Dolor Abdominal que no precisan tratamiento quirúrgico

CAUSAS DE DOLOR ABDOMINAL QUE NO PRECISAN TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

<p>Perictales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hematoma de la vaina de los rectos. • Neuralgia intercostal. • Herpes Zóster. • Mialgia reumática. 	<p>Endocrino Metabólicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Porfiria aguda intermitente. • Cetoacidosis diabética. • Insuficiencia suprarrenal. • Hiperparatiroidismo. • Hipertiroidismo. • Hiperlipémia. Uremia. • Hipopotasemia. • Hemocromatosis.
<p>Óseas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermedad de Pott. • Osteítis del iliaco. • Hernia discal. • Espondilitis. • Osteomielitis. 	<p>Fármacos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anticoagulantes. • Anticolinérgicos. • Anticonceptivos. • Bloqueantes ganglionares. • Sínd. de privación.
<p>Urológica / Ginecológica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orquitis. • Prostatitis. • Endometriosis. • Dismenorrea. • Por ovulación. • Rotura folículo De Graaf. • Anexitis. 	<p>Infecciosas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Víricas. • Enfermedad de Weil. • Fiebre Tifoidea. • Brucelosis. • Paludismo. • Tuberculosis.
<p>Neurológicas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meningoencefalitis. • Tabes dorsal. • Forma abdominal de la migraña 	<p>Otras:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Intoxicaciones alimentarias. • Edema angio neurótico.

Cuadro: Dolor crónico intermitente, prolongado o constante

Dolor abdominal crónico	El dolor abdominal intermitente, prolongado o constante puede ser funcional u orgánico (secundario a una enfermedad), caracterizado por al menos tres episodios de dolor a lo largo de al menos tres meses.
Dolor abdominal funcional	Dolor abdominal sin evidencia demostrable de afecciones patológicas, trastornos anatómicos, metabólicos, infecciosos, inflamatorios o neoplásicos. Puede manifestarse con síntomas típicos de dispepsia funcional, síndrome de intestino irritable, migraña abdominal o síndrome del dolor abdominal funcional.
Dispepsia funcional	Dolor abdominal funcional o molestias en la parte superior del abdomen.
Síndrome de intestino irritable	Dolor abdominal funcional asociado con alteraciones de la defecación.
Migraña abdominal	Dolor abdominal funcional con características migrañosas (dolor abdominal paroxístico con anorexia), náuseas, vómitos o palidez, así como antecedentes maternos de cefalea migrañosa).
Síndrome de dolor abdominal funcional	Dolor abdominal sin las características de dispepsia, síndrome de intestino irritable o migraña abdominal

Fuente: Nelson, 19na. Edición. 2013. Pág. 1402

Los diagnósticos diferenciales de dolor abdominal crónico se mencionan en la tabla que está a continuación, así como los signos y síntomas:

CAUSAS COMUNES DE DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO EN ADOLESCENTES

Trastorno	Signos y síntomas
Gastritis Crónica	Usualmente dolor epigástrico quemante, pero puede ser periumbilical como en los niños, mejora contra la ingestión de comidas blandas y a veces se exacerba con el estrés.
Úlcera péptica	Características similares a las anteriores pero usualmente más severos. Puede haber melena, historia de hematemesis y anemia.
Ileítis regional	Dolor tipo cólico. Diarrea variable, anorexia y pérdida de peso. El paciente luce crónico.
Colitis ulcerativa	Dolor tipo cólico con diarrea y sangrado rectal.
Colon irritable	Gran variabilidad en las características del dolor. Con frecuencia exacerbado por el estrés.
Estreñimiento	Episodios de dolor cólico agudo frecuentes en cuadrante inferior derecho. Historia de evacuaciones dolorosas. Marco colónico palpable.
Colecistitis	Dolor agudo o leve, tipo cólico o persistente en el cuadrante superior derecho. Se exacerba con la ingestión de grasas. Historia familiar. Al examen físico variable sensibilidad en cuadrante superior derecho y hepatomegalia.
Hepatitis	Dolor epigástrico, anorexia, vómitos, ictericia. Al examen físico variable sensibilidad en cuadrante superior derecho y hepatomegalia.
S. Fitz-Hugh-Curtis	Dolor epigástrico, sensibilidad en cuadrante superior derecho en mujeres activas. Usualmente se asocia con enfermedad inflamatoria pélvica. Parece más una afección aguda que crónica.
Enfermedad Inflamatoria pélvica	Dolor pélvico variable, a veces dispareunia. Historia de tratamiento incompleto de enfermedad inflamatoria pélvica aguda. El examen pélvico puede revelar masa anexial y sensibilidad.
Dismenorrea	Dolor pélvico, cólico con la menstruación.
Endometriosis	Dismenorrea severa.
Mittelschmerz (ruptura de foliculo ovárico)	Episodio de dolor agudo abdominal bajo (1-2 días), en la mitad del ciclo menstrual.
Embarazo	Amenorrea
Dolor abdominal psicógeno	Características del dolor variables con frecuencia exacerbada por el estrés.

- FUENTE: Adolescent Medicine. A. Hofmann 1989.

Fiebre

La fiebre es un signo frecuente de varias enfermedades, implica un proceso inflamatorio como mecanismo defensivo del organismo cuyo origen puede ser viral, bacteriano, parasitario, micótico u otras muchas causas (Ej. Neoplasias, Colagenopatías).

La fiebre en una persona adolescente previamente sana, es importante sea evaluada clínicamente para establecer una adecuada clasificación de la enfermedad causante de la fiebre.

La fiebre en adolescente con enfermedad de base (cardiopatías, inmunodeprimidos, etc.) puede ser un signo de enfermedad muy grave.

Evaluar la Fiebre

Una persona adolescente tiene el síntoma principal FIEBRE si:

- Tiene historia de Fiebre
- Tiene una temperatura corporal elevada comprobada o no con termómetro (temperatura axilar de 37.5° C o más).

¿Tiene fiebre?

Una persona adolescente, tiene una historia o antecedentes de fiebre si ha tenido fiebre durante esta enfermedad. Cuando hable de la fiebre use palabras que se entiendan. Por ejemplo, pregunte si la piel de la persona adolescente estaba caliente al tocarle con el dorso de la mano.

Palpe con el dorso de la mano, el abdomen o axila de la persona adolescente y determine si la piel está caliente. Fíjese si se registró la temperatura. Si tiene una temperatura axilar de 37.5° C o más, tiene fiebre. Si no se ha tomado la temperatura y usted tiene un termómetro, determínela usted.

En el caso de que tuviera fiebre evalúe otros signos relacionados con la misma.

Si la persona adolescente no tiene fiebre al momento de la evaluación, la historia de fiebre es suficiente para continuar la evaluación de este signo.

Pregunte sobre la fiebre y cuantifique la temperatura en TODOS los casos de adolescentes enfermos o enfermas.

PREGUNTE:

- ¿Desde cuándo tiene fiebre? Si hace más de 7 días o menos de 7 días, ¿ha tenido fiebre todos los días?.
- En la mayoría de los casos, la fiebre desaparece en pocos días. La fiebre presente por más de 7 días puede indicar que tiene una enfermedad y obliga a descartar causas de fiebre prolongada infecciosa o no infecciosa.
- ¿Cuánto es la temperatura? ¿En qué momento del día suele elevarse? (patrón febril).
- ¿Dónde vive? (ver tabla de riesgo de enfermedades prevalentes).
- ¿Alguien más en casa/ colegio / trabajo tiene o ha tenido fiebre?.
- ¿Ha viajado recientemente? / ¿Dónde?.
- ¿En la casa / escuela o trabajo hay mosquitos / ratas / mascotas / otros?.
- ¿Ha tomado medicamentos para la fiebre? ¿Cuáles y desde cuándo?.
- ¿Qué otros síntomas ha presentado? (pérdida del apetito, sudoración, erupción, petequias, sangrado nasal o por encías, congestión en las mucosas, dolor de garganta, tos, secreción (nasal, genital, uretral), dolor o distensión abdominal, disuria, sangramiento digestivo o genital, escalofríos, mialgias, artralgias, cefalea, dolor retroocular, irritabilidad, prurito).
- ¿Tiene Cefalea y/o algias (dolores)?
Si además de fiebre elevada, tiene cefalea intensa, dolor retroocular, dolores osteoarticulares, mialgias y usted observa en el o en la adolescente una erupción cutánea y más aún si existe un brote epidémico, es probable que se trate de un caso de DENGUE y pensar en CHIKUNGUNYA como diagnóstico diferencial si predomina el dolor articular con o sin inflamación.
- ¿Ha tenido enfermedades previas como Mononucleosis, Lupus Sistémico, Linfomas, otros?

En todos los casos de adolescentes enfermos o enfermas OBSERVE:

1. **Estado general** (fatiga, decaimiento, irritabilidad, postura antálgica).
¿Tiene rigidez de nuca?
 - Con fiebre y rigidez de nuca es probable que tenga meningitis. La meningitis necesita tratamiento intra hospitalario con antibióticos parenterales y el caso debe ser referido URGENTEMENTE a un hospital.

- Mientras usted habla con la madre, el padre o acompañante durante la evaluación, observe si la persona adolescente mueve y dobla el cuello fácilmente cuando mira a su alrededor. Si se está moviendo y dobla el cuello, no tiene rigidez de nuca.
- Si aun así no ha podido verle doblar el cuello y constatar la ausencia de rigidez de nuca, acueste a la persona adolescente boca arriba y explore los signos meníngeos. Para ello, colóquese a su lado derecho y flexione con cuidado la cabeza en dirección frontal y lateral. Si el cuello se dobla fácilmente, no tiene rigidez de nuca. Si el cuello se siente rígido y se resiste a arquearse, tiene rigidez de nuca Signo de Kerning. Luego sostenga su tórax con delicadeza al nivel de los hombros con una mano, y con la otra mano flexione la cabeza, si durante esta maniobra, al flexionar la cabeza en dirección frontal, dobla sus piernas, se dice que tiene un signo meníngeo denominado signo de Brudzinski.

2. **Signos vitales:** determine frecuencia cardíaca, respiratoria y presión arterial.

3. **Exantema** (precisar tipo y distribución), tinte icterico, lesiones por picaduras, prurito generalizado, congestión nasal u ocular.

¿Tiene erupción cutánea generalizada maculopapular no vesicular?.

Evalúe para ver si hay signos que sugieren enfermedad febril con erupciones cutáneas generalizadas maculopapulares no vesiculares, llamadas Enfermedades Febriles Exantemáticas (EFE) tales como Sarampión, Rubéola, Escarlatina, Eritema Infeccioso, Varicela, Dengue. Si bien el Sarampión y Rubéola se han erradicado del país, pueden existir casos aislados importados, razón por la cual deben ser tenidos en cuenta.

La persona adolescente con sospecha de Sarampión, por lo general, tiene antecedentes de fiebre, tos, coriza u ojos enrojecidos. Consulta generalmente en esta etapa o cuando aparece el exantema maculopapular no vesicular y no produce prurito o picazón. La erupción cutánea es generalizada, empieza detrás de las orejas, en el cuello y se extiende a la cara. Al día siguiente, la erupción se extiende al resto del cuerpo, brazos y piernas. Después de 4 o 5 días, la erupción adquiere un color marrón y se produce descamación de la piel.

No debe confundirse el Sarampión con otras erupciones infantiles comunes, como Varicela, scarlatina, Sarna y otras.

La RUBÉOLA es otra enfermedad que puede cursar con fiebre y erupción generalizada y debe ser tenida en cuenta para evaluar y clasificar.

La erupción de la Varicela es generalizada, con vesículas y es pruriginosa.

Las lesiones producidas por Sarna pueden aparecer en las manos, pies, tobillos, codos, nalgas y axilas, además ocasiona prurito.

La erupción por calor puede ser generalizada con pequeñas vesículas pruriginosas.

Cambio de coloración de la piel y mucosas.

En todos los casos consulte a la madre, el padre o acompañante si le ha llamado la atención el color de la piel que presenta la persona adolescente. Observe y determine si la piel tiene color amarillento, es decir si presenta Ictericia.

4. **Manifestaciones Hemorrágicas.**

¿Tiene petequias?

Observe si hay lesiones de sangrado en piel y mucosas (petequias, equimosis y enantemas). Estas lesiones cuando acompañan a la fiebre pueden corresponder a un signo de Dengue Severo o con

Signos de Alarma; Sepsis con coagulopatía de consumo o algún tipo de Meningitis, que requiere internación o referencia urgente a un hospital.

5. **Dolor a la palpación**, distensión abdominal, adenomegalias, hepatomegalia - esplenomegalia, dolor en puntos ureterales, puño percusión positiva, hiperestesia cutánea.
6. **Prueba de torniquete o lazo positiva.**

Clasificar y tratar la fiebre

- Enfermedad Febril Grave.
- Sospecha de Dengue.
- Sospecha de Fiebre Amarilla.
- Sospecha de Leishmaniosis Visceral.
- Sospecha de Paludismo.
- Sospecha de Chikungunya
- Sospecha de Leptospirosis
- Sospecha de Enfermedad de Chagas
- Sospecha de Síndrome Pulmonar por Hantavirus.
- Enfermedad Febril.

Ubique en su Cuadro de Procedimientos, para clasificar fiebre, comience siempre por la primera hiler a o fila roja.

Enfermedad Febril Grave (rojo)

Múltiples enfermedades infecciosas pueden manifestarse por los síntomas que se describen más abajo, entre éstas se encuentra Meningitis, Meningococemia o Sepsis, Dengue grave.

La Meningitis es una inflamación de las meninges, generalmente producidas por gérmenes (virus, bacterias, etc.). Las Meningitis virales son más frecuentes en la infancia y la evolución y pronóstico, excepto unos pocos casos (la herpética), son favorables. El o la adolescente puede referir cefalea intensa y presentar vómitos y fiebre generalmente moderada.

Las Meningitis bacterianas son menos frecuentes. El neumococo y meningococo son las bacterias que con mayor frecuencia la producen y en menor frecuencia el hemophilus influenza tipo b. Un o una adolescente con Meningitis bacteriana presentacefalea, vómitos en proyectil y fiebre generalmente elevada, luego de unas horas su estado empeora y presenta decaimiento y tendencia al sueño.

La Meningitis grave puede dejar secuelas neurológicas y físicas y en muchos casos producir la muerte.

Las manifestaciones de la forma grave son:

- Mal estado general.
- Fiebre.
- Vómitos.
- Convulsiones.
- Rigidez de nuca.
- Sangrado por piel y mucosas.
- Hipotensión y alteración del sensorio.

- Dificultad respiratoria.

Cuando presenta Fiebre acompañada de signos generales de peligro (vómitos y convulsiones o alteración de la conciencia) o presenta fiebre, y/o rigidez de nuca o petequias, clasificar como ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE o sospecha de Meningitis por lo cual debe ser remitido e internado/a en un hospital y trate:

- Dar primera dosis de ATB recomendado, si la referencia demora: Ceftriaxona 1gr, preferentemente EV o si no se puede IM.
 - Dar una dosis de Paracetamol si hay fiebre.
 - Referir URGENTEMENTE al hospital según normas de referencia.
-

Sospecha de Dengue (rojo)

El Dengue es una enfermedad febril producida principalmente por virus del Dengue, que es transmitido a través de la picadura del mosquito *Aedes Aegypti*. Las características de la enfermedad varían desde la forma asintomática, pasando por la fiebre indiferenciada, las formas leves, el Dengue con signos de Alarma hasta el Dengue Severo o Grave.

La evaluación, clasificación, diagnóstico y tratamiento deberá hacerse según Normas Nacionales de Manejo del Dengue del MSP y BS.

Si presenta: Cualquier signo general de peligro.

Fiebre que puede acompañarse de dos o más:

1. Criterios Clínicos:
 - Cefalea, decaimiento, mialgia,.
 - Erupción maculopapular.
 - Dolor retro ocular, artralgia.
2. Criterios epidemiológicos:
 - Presencia en la localidad de algún caso confirmado por laboratorio.
 - Antecedentes de viaje a áreas afectadas por dengue en los últimos 15 días.

Clasifique como SOSPECHA DE DENGUE y trate:

- Garantizar hidratación adecuada, estabilizar.
- Explicar signos de alarma y cuando regresar de inmediato.
- Dar una dosis de paracetamol si la fiebre es superior a 38.5°C en el Servicio.
- Tomar muestra de sangre después del 7mo. día de fiebre.
- Llenar fichas de investigación de casos y notificar de inmediato.
- Valorar necesidad de referencia al hospital.

Signos de alarma para DENGUE:

- Dolor abdominal.
- Vómito persistente.
- Cambios abruptos de fiebre a hipotermia.
- Cambio del estado general: letargia o irritabilidad.
- Hemorragias.

Signos de Peligro:

- Diarrea persistente.

- Vómito persistente.

Criterios para Hospitalización:

- Presencia de signos de alarma y/o signos de peligro.
- Presencia de factores de riesgo como: embarazo, riesgo social (analfabetismo, domicilio distante del servicio).
- Presencia de comorbilidad (diabetes, cardiopatías, obesidad, renales, inmuno comprometidos).

La evaluación, clasificación, diagnóstico y tratamiento deberá hacerse según Normas Nacionales de Manejo del Dengue del MSP y BS.

Sospecha de Fiebre Amarilla (rojo)

La Fiebre Amarilla es una enfermedad infecciosa aguda, causada por “el virus de la fiebre amarilla”, que pertenece a la familia de los Flaviviridae. Es una causa importante de enfermedad hemorrágica en muchos países de Sudamérica, a pesar de la existencia de una vacuna efectiva. De los signos de ictericia que afectan a algunos pacientes proviene el nombre de la enfermedad.

Es transmitida por la picadura del mosquito *Aedes aegypti* en ciclos urbanos y otros mosquitos de los géneros *Aedes*, *HaeMagogus* en ciclos silvestres.

Si la persona adolescente presenta fiebre de inicio agudo que tiene una duración menor de 7 días y se acompaña de Ictericia, clasifique como **SOSPECHA DE FIEBRE AMARILLA** y garantice una hidratación adecuada, refiérase a un Hospital **URGENTEMENTE** para mejor evaluación y tratamiento. En todos los casos, trate:

- Estabilizar.
- Garantizar hidratación adecuada.
- Dar Paracetamol para la fiebre ($>38,5^{\circ}\text{C}$), en el servicio.
- Llenar fichas de investigación de casos y notificar de inmediato.
- REFERIR URGENTEMENTE AL HOSPITAL.

La evaluación, clasificación, diagnóstico y tratamiento deberá hacerse según Normas Nacionales de Manejo de la fiebre amarilla del MSP y BS.

Sospecha de Leishmaniosis visceral (rojo)

La Leishmaniosis visceral es una enfermedad febril prolongada, transmitida por mosquitos o flebótomos (karachá) y que presenta manifestaciones sistémicas entre 2 a 8 meses después de producida la picadura.

Si la persona adolescente presenta fiebre prolongada, de más de 7 días de evolución, Esplenomegalia con o sin Hepatomegalia, Decaimiento, Pérdida de Peso, Anemia, glóbulos blancos bajos y plaquetas disminuidas, sangrado y moretones, clasifique **SOSPECHA DE LEISHMANIOSIS VISCERAL** y trate:

- Estabilizar al paciente.
- Examen físico completo con énfasis en palpación de bazo e hígado.
- Evaluación del estado general.
- Descartar otras causas de fiebre.
- REFERIR urgentemente al hospital.
- Notificar.

La evaluación, clasificación, diagnóstico y tratamiento deberá hacerse según Normas Nacionales de Manejo de la Leishmaniosis Visceral del MSP y BS.

Sospecha de Paludismo (amarillo)

El Paludismo o Malaria es una enfermedad infecciosa aguda febril, producida por parásitos del género Plasmodium, Falciparum, Vivax, Malarie, Ovale, transmitida a través de la picadura de un mosquito del género Anopheles o ñati' u akuá, Especie Darlingui, Albitarsis y Strodei, que se cría en ríos, arroyos, lagos, aguas estancadas, etc. Pican con más frecuencia al amanecer y anochecer.

Si la persona adolescente presenta uno de los siguientes signos o síntomas: fiebre sin causa aparente y gota gruesa positiva, fiebre con escalofríos sin causa aparente. Clasifique como SOSPECHA DE PALUDISMO y trate:

- Dar paracetamol para la fiebre alta (38.5°C, o más).
- Medios físicos para bajar la fiebre.
- Garantizar hidratación adecuada.
- Orientar a la madre, padre o acompañante o adolescente sobre los signos de peligro para su regreso inmediato y los cuidados en el hogar.
- Hacer seguimiento 2 días después si persiste la fiebre.
- Llenar fichas de investigación de casos y notificar de inmediato.

La evaluación, clasificación, diagnóstico y tratamiento deberá hacerse según Normas Nacionales de Manejo de Paludismo o Malaria del MSP y BS.

Sospecha de Chikungunya (Amarillo)

Enfermedad febril aguda causada por un alphavirus conocido como Virus Chikungunya de la familia togaviridae. Se transmite por la picadura de mosquitos del género Aedes.

Puede cursar por tres fases: aguda (hasta 10 días), sub-aguda (a partir de los 10 a los 90 días) caracterizada por recaída y/o exacerbaciones de los dolores articulares, crónica (hasta 2,5 años después de la fase aguda).

Ante la presencia de Fiebre generalmente alta (>38.5°C); con uno o más de los siguientes Signos/ Síntomas: Artralgia generalmente bilateral simétrica; dolor de espalda, poliartritis, cefalea y erupciones cutáneas.; clasificar como sospecha de Enfermedad por Virus Chikungunya.

Proceder según normas, la evaluación, clasificación, diagnóstico y tratamiento deberá hacerse según Normas Nacionales de Manejo de Chikungunya del MSP y BS.

Sospecha de Leptospirosis (Rojo)

Enfermedad febril aguda causada por la bacteria Leptospira interrogans. La bacteria que causa la leptospirosis se propagan a través de la orina de animales infectados, que pueden entrar en el agua o en el suelo y puede sobrevivir allí durante semanas o meses. Muchos tipos diferentes de animales salvajes y domésticos portan la bacteria. Estos pueden incluir, pero no se limitan a: ganado, cerdos, caballos, perros, roedores, animales salvajes. Los seres humanos pueden infectarse a través de: contacto con orina (u otros líquidos corporales, excepto la saliva) de animales infectados; al ponerse en contacto con el agua, suelo o alimentos contaminados con la orina de animales infectados. Las bacterias pueden entrar al cuerpo a través

de la piel y mucosas (ojos, nariz o boca), sobre todo si la piel presenta excoriaciones o heridas. Beber agua contaminada también puede causar infección. Los brotes de leptospirosis generalmente son causados por la exposición al agua contaminada, tales como las inundaciones. Transmisión de persona a persona es rara.

Con los antecedentes citados y ante la presencia de fiebre alta más uno de los siguientes signos o síntomas: cefalea, escalofrío, mialgia, vómitos, ictericia, ojo enrojecido, dolor abdominal, diarrea y/o erupciones sospechar enfermedad febril aguda con sospecha de Leptospirosis.

Sospecha de Enfermedad de Chagas (Amarillo)

Es una enfermedad febril sub aguda causada por el parásito *Tripanosoma cruzi*. Actualmente existen zonas de transmisión por picadura del *Triatoma infestans* (vinchuca o chichã guazu), limitadas a la amplia región del Chaco, donde será posible detectar la enfermedad primaria (aguda). En la región Oriental se pueden detectar los casos de enfermedad sub aguda y crónica.

En el cuadro de procedimiento podrá observar los signos o síntomas que pueden presentarse en las diferentes fases de la enfermedad y que le permitirán sospechar de la enfermedad febril aguda o sub aguda con sospecha de enfermedad de Chagas

Síndrome Pulmonar por Hantavirus (Rojo)

La infección por hantavirus puede progresar a síndrome pulmonar por hantavirus (SPH), que puede ser fatal. Las personas se infectan por contacto con roedores infectados por hantavirus o su orina y excrementos. El control de roedores dentro y alrededor de la casa sigue siendo la estrategia principal para prevenir la infección por hantavirus. Todos los casos de infección por hantavirus deben ser notificados.

En la fase inicial de la enfermedad

Con los antecedentes citados y la presencia de fiebre, más uno de los siguientes signos y síntomas: dolor muscular (en grandes grupos musculares como muslos, caderas, espaldas y a veces hombros), cefalea, mareo, escalofríos, náuseas, vómitos, dolor abdominal. 24 10 14. De 4 a 10 días de la fase inicial aparece la tos, falta de aliento con sensación de opresión torácica. Clasifique como enfermedad febril aguda grave, con sospecha de Síndrome pulmonar por Hantavirus. Proceder según normas, la evaluación, clasificación, diagnóstico y tratamiento deberá hacerse según Normas Nacionales de Manejo de Hantavirus del MSP y BS.

Enfermedad Febril (amarillo)

Diversos agentes infecciosos producen enfermedad febril aguda. Si no se identifica foco en las primeras 48 a 72 horas y no presentan signos de peligro, rigidez de nuca, ni signos o síntomas de sospecha de enfermedad febril grave, sospecha de dengue, sospecha de fiebre amarilla, sospecha de leishmaniosis visceral, sospecha de paludismo, sospecha de Chikungunya, sospecha de leptospirosis, sospecha de enfermedad de Chagas o sospecha de enfermedad por Hantavirus, clasificar como enfermedad febril sin foco aparente

- Dar en el servicio de salud una dosis de paracetamol para la fiebre alta (38,5° C o más).
- Indicar cuándo debe volver urgentemente.
- Hacer el seguimiento 2 días después si persiste la fiebre. A los dos días o a las 24 horas? (Incluir diagnósticos posibles en Sx. Febril, particularmente sin foco aparente)
- Si ha tenido fiebre todos los días durante más de 7 días, referir al hospital para un examen.
- Notificar.

Diagnósticos posibles según procedencia de paciente

Síndrome Febril Agudo (Fiebre < 7 días)		
Departamentos	Agente	Enfermedad
Todo el País	Virus Dengue	Dengue (sin signos de alarma, con signos de alarma y grave)
Áreas boscosas de departamentos fronterizos con el Brasil	Virus de Fiebre Amarilla	Fiebre Amarilla
Todo el País	Virus Chikungunya	Enfermedad por Virus Chikungunya
Chaco Central (casos esporádicos en Itapúa, Alto Paraná, Caaguazú, Concepción)	Virus Hanta	Síndrome Pulmonar por Hantavirus
Todo el país (casos importados)	Plasmodium (vivax, falciparum, malariae, ovale)	Malaria o Paludismo
Localidades riverseñas y zonas inundadas	<i>Leptospira interrogans</i>	Leptospirosis
Síndrome Febril Sub-agudo/Prolongado (>7 días)		
Departamentos	Agente	Enfermedad
Todo el país (Chaco con transmisión vectorial por <i>Triatoma infestans</i>)	<i>Trypanosoma cruzi</i>	Enfermedad de Chagas
Todo el País (endémica en el área metropolitana de Asunción)	<i>Leishmania donovani</i>	Leishmaniosis visceral humana

Fuente: MSPBS. Dirección General de Vigilancia de la Salud. Protocolos del Manejo de Síndrome Febril Agudo. Disponible en www.mspbs.gov.py

Infección Urinaria

La Infección de Vías Urinarias (IVU) es la colonización y multiplicación bacteriana en el tracto urinario, acompañada o no de sintomatología clínica característica. El diagnóstico se basa siempre en la presencia significativa de bacterias. Es un proceso inflamatorio o infeccioso que puede ser de vías urinarias altas (riñón y sistema colector) o bajas (afecta vejiga y uretra). Son más frecuentes en mujeres que en hombres y principalmente en adolescentes con vida sexual activa quienes presentan riesgo más alto que los que no han iniciado actividad sexual.

La IVU ALTA: Pielonefritis, es una infección de las vías urinarias altas que compromete el parénquima renal, unión pielocalicial y uréteres.

La IVU BAJA: Cistitis, es el compromiso infeccioso de la vejiga.

La URETRITIS, es la inflamación e infección de la uretra, que puede durar semanas o meses.

La Bacteriuria asintomática, es la presencia de recuento bacteriano significativo en la orina > 100.000 colonias, o al menos tres urocultivos positivos, sin síntomas clínicos. No se trata, excepto en circunstancias especiales.

La Infección de Vías Urinarias RECURRENTE en la mujer: es la presentación de 2 episodios de IVU en un intervalo de 6 meses, o 3 o más episodios en 1 año. En el hombre: es la presencia de por lo menos 2 episodios de IVU, independientemente del lapso transcurrido.

Evaluar Infección Urinaria

En el Cuadro de Procedimientos IMAN, ubique el recuadro EVALUAR Infección Urinaria.

Clasificar y tratar Infección Urinaria

En este apartado, en el proceso de clasificar Infección Urinaria en adolescentes usted encontrará las características a partir de la presencia de signos de la enfermedad, en su presentación como Pielonefritis Aguda, Cistitis, Vaginitis, con flujo y/o parasitosis (oxiuriasis).

Para clasificar Infección Urinaria en adolescentes, ubique en el Cuadro de Procedimientos y evalúe en este caso la posibilidad de que el o la adolescente presente la enfermedad. Hay tres maneras de clasificar la Infección Urinaria.

- PIELONEFRITIS AGUDA.
- CISTITIS.
- VAGINITIS ASOCIADA A FLUJO - PARASITOSIS.

Para clasificar comience siempre por la primera hilera o fila roja.

Pielonefritis aguda (rojo)

Es una infección de las vías urinarias altas que compromete el parénquima renal, unión pielocalicial y uréteres, más del 80% de las pielonefritis agudas que ocurren en adolescentes son causadas por *Escherichia coli*; el restante 20% se atribuye a otros Gram negativos como *Klebsiella* y *Proteus*.

Si presenta los síntomas de infección urinaria baja – Cistitis y la presencia de dos o más de los siguientes: fiebre, puño percusión positiva en zona baja de la espalda y mal estado general, clasifique como

PIELONEFRITIS AGUDA (hilera o fila roja) y trate:

REFERIR URGENTEMENTE AL HOSPITAL.

Cistitis (amarillo)

Es el compromiso infeccioso de la vejiga. Si presenta síntomas urinarios bajos, como Disuria (dolor al orinar) y polaquiuria (deseo de miccionar frecuente y en pequeña cantidad), tenesmo (quiere orinar y no puede), urgencia miccional, dolor abdominal bajo, clasifique CISTITIS (hilera o fila amarilla) y trate:

- Solicitar orina simple y urocultivo.
- Tratamiento:
Cefalexina: 500 mg. Cada 6 horas en 4 dosis por 10 días

Alternativa.

Amoxi-sulbactam: 500 mg. cada 8 horas en 3 dosis por 10 días.

Uretritis asociada a vaginitis, flujo o parasitosis (amarillo)

Es una descarga de secreción vaginal con o sin dolor, prurito, dispareunia (dolor durante el coito), disuria, vulvovaginitis al examen. No hay polaquiuria ni urgencia miccional (generalmente es producida por giardias, oxiurus, candidas, tricomona vaginalis, gardnerella).

Si la adolescente presenta estos síntomas y eritema vulvar y anal (enrojecimiento de la zona ano genital), clasifique como VAGINITIS ASOCIADA A FLUJO – PARASITOSIS y trate:

- Tratamiento Etiológico: para Tricomonas, dar Metronidazol 500 mg, 2 gramos, vía oral, dosis única. Para Oxiurus dar Albendazol 400 mg, 1 dosis durante 3 días y/o referir a especialista.
- Desparasitación.
- Medidas higiénicas.

Oftalmología

HISTORIA CLÍNICA DEL/LA ADOLESCENTE

Evaluar y clasificar los principales motivos de consulta oftalmológicos y las conductas correspondientes

PREGUNTAR

Motivo de consulta:

- Disminución de visión
- Cansancio
- Cefaleas
- Ojo rojo
- Lagrimeo
- Secreción
- Picazón
- Traumatismo
- Dolor ocular
- Ojo desviado
- CAS Traumatismo
- Dolor ocular
- Caspitas en base de pestañas

Observar:

- Medir la agudeza visual de cada ojo con el cartel de Snellen.
- Presencia de secreción.
- Presencia de cuerpo extraño
- Asimetrías entre ambos ojos
- Manchas (nevus)
- Determinar tipo de trauma: contusión o herida penetrante
- Infecciones de párpados: edema y rubor de párpados, párpados caídos (caspitas) en base de pestañas
- Pupila blanca
- Reflejo rojo
- Infecciones de párpados

Conducta:

- Agudeza visual menor a 20/30, derivar al oftalmólogo
- Secreción: colirio con antibióticos, sin corticoides (tobramicina)
- Cuerpo extraño: instilar lidocaína al 2% sin epinefrina, esperar 2 minutos y retirar con hisopo y ocluir el ojo, previa administración de colirio con antibiótico sin corticoides (tobramicina) o referir a servicio de oftalmología.
- Asimetrías, manchas, traumatismos, ojo desviado: referir a servicio de oftalmología.
- Infecciones agudas de párpados: ATB - VO (cefalexina) + ATB tópico (tobramicina)- Si no mejora referir a Oftalmólogo.
- “Caspitas”: higiene de base de pestañas con jabón neutro para bebé con cotonetes húmedos y referir a OFT para descartar vicios de refracción (necesidad de anteojos)

Antecedentes oculares

- Uso de anteojos
- Traumatismos
- Cirugías previas
- Infecciones (toxoplasmosis, Sarampión, etc.)

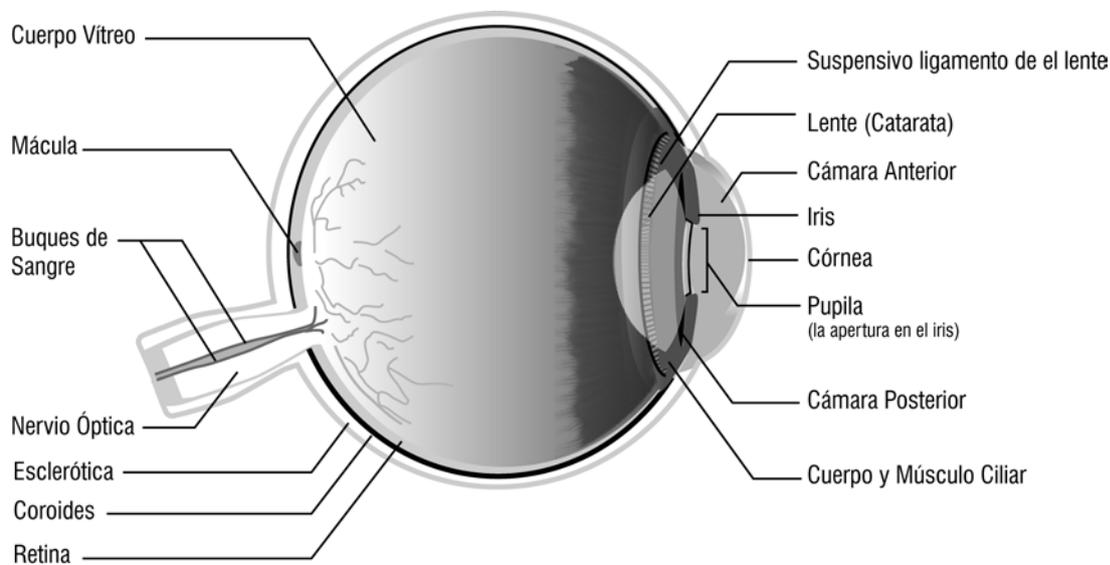
Antecedentes personales

- Diabetes
- Afecciones reumatológicas
- Infecciones
- Alergias

Antecedentes familiares

- Diabetes
- Glaucoma
- Ceguera
- Cataratas congénitas
- Estrabismo
- Tumores oculares

ANATOMÍA DEL OJO



Párpado superior: el pliegue de piel superior y móvil que cubre la parte anterior del globo ocular cuando éste se cierra y que abarca la córnea.

Párpado inferior: piel inferior situada debajo del ojo, que cubre la parte anterior del globo ocular cuando éste se cierra.

Carúncula: la pequeña porción roja de la esquina del ojo que contiene las glándulas sebáceas y sudoríparas modificadas.

Esclerótica: la porción blanca y visible del globo ocular. Los músculos que mueven el globo ocular están sujetos a la esclerótica.

Córnea: la superficie transparente, de forma convexa, que cubre la parte anterior del ojo.

Iris: la parte coloreada del ojo. El iris es parcialmente responsable de la regulación de la cantidad de luz que puede ingresar en el ojo.

Pupila: la abertura situada en el centro del iris, a través del cual la luz pasa hacia la parte posterior del ojo.

Cristalino (también llamado lente): estructura transparente del interior del ojo, que enfoca los rayos de luz en la retina.

Cuerpo vítreo: sustancia transparente, de consistencia gelatinosa, que se encuentra en la parte posterior del ojo.

Cuerpo ciliar: la parte del ojo que produce el humor acuoso.

Coroides: la membrana delgada, rica en sangre, que se encuentra entre la retina y la esclerótica, y se encarga de aportar sangre a la retina.

Retina: la capa nerviosa sensible a la luz, que recubre la parte posterior del ojo. La retina capta la luz y crea impulsos que son enviados a través del nervio óptico al cerebro.

Vasos sanguíneos: conductos (arterias y venas) que transportan sangre hacia y desde el ojo.

Mácula: la porción del ojo que nos permite ver claramente los detalles más sutiles.

Nervio óptico: un racimo de más de un millón de fibras nerviosas, que conectan la retina con el cerebro. El nervio óptico lleva las señales de la luz, la oscuridad y los colores al área del cerebro (la corteza visual) que convierte dichas señales en imágenes (es decir, nuestra vista).

Agudeza visual

Medida de agudeza visual

CARTEL DE SNELLEN

Agudeza visual: es la capacidad de ver en detalles las cosas que nos rodean. Esa capacidad depende de la capacidad normal y coordinada entre ambos ojos y el cerebro.

¿Para qué sirve el examen de la agudeza visual?

Permite medir el grado de visión de una persona.

Método de examen: existen dos diferentes formas de medir la agudeza visual, de acuerdo a la edad, si sabe leer o no y si se quiere saber la visión es lejana o cercana.

Cartel de Snellen

Uno es usado en personas alfabetizadas y esta constituido de letras de tamaño grado dispuestas en varias líneas de mayor a menor tamaño, desde arriba hacia abajo

Otro es utilizado en personas analfabetas. Consiste en una lámina de color blanco sobre la cual esta grabada la letra E en diferentes posiciones y en líneas dispuestas de mayor a menor tamaño de letra, desde arriba hasta abajo del cartel.

OBSERVACIÓN: los carteles de Snellen tienen características definidas de tamaño, color y contraste. Por lo tanto, no se deben improvisar haciéndolo a mano o mediante fotocopia.

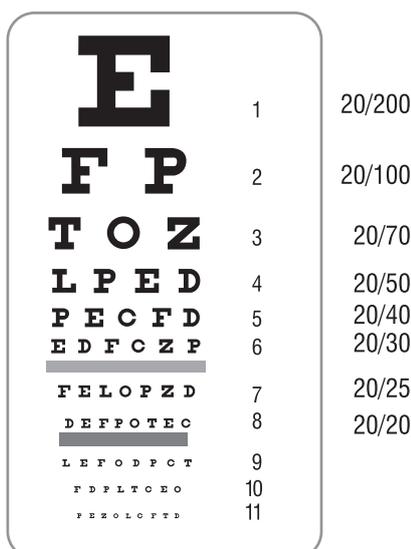
RECUERDE que la persona debe estar a 6 metros (6 pasos) de la gráfica. Al lado de cada línea hay un número que consta de tres partes: una cifra superior, otra cifra inferior y una línea que la separa (horizontal o diagonal), por ejemplo: $\frac{20}{30}$ 20/30.

Interpretación de la prueba

En adolescentes y adultos 20/20 se considera que la persona ve la línea de letras de menor tamaño la cual pueda distinguir, al menos la mitad de las letras.

Agudeza Visual

AGUDEZA	COMENTARIOS
20/15	Visión Excelente
20/20	Agudeza Visual Normal
20/40	Visión Aceptable para Conducir
20/200	Ceguera Legal
20/400	Solo puede ver la E grande del cartel de Snellen
Recuento de Dedos (RD)	-----
Movimiento de la mano (MM)	-----
Percepción de la Luz (PL)	-----
No percibe la Luz	Lo peor



Referir:

- A toda persona con agudeza visual igual o menor de 20/30, aunque no tenga síntomas oculares.
- A toda persona en quien la agudeza visual de un ojo con relación al otro difiera en dos líneas o mas del cartel de Snellen, aunque en uno o ambos sea de 20/30 o mejor.

Defectos de refracción

Son problemas que producen visión borrosa de lejos o de cerca causados por:

1. Cambios en la forma del ojo (pueden ser muy largos o muy cortos)
2. En la forma de su córnea (por no ser completamente regular)

Se clasifican en:

MIOPÍA: Defecto que se produce cuando el ojo es muy largo y la imagen cae por delante de la retina. La persona ve borroso de lejos.

EN LOS NIÑOS LOS DEFECTOS DE REFRACCION, ESPECIALMENTE, LA MIOPIA SE PRESENTA EN CASI 20/100.

HIPERMETROPIA: Defecto que se produce cuando el ojo es muy corto y la imagen cae por detrás de la retina. La persona ve borrosa.

ASTIGMATISMO: Defecto que se produce cuando la córnea no es completamente regular y la imagen cae en dos puntos por delante o por detrás de la retina, o en forma combinada.

La persona ve borroso de lejos y de cerca.

Es importante recordar que la miopía, el astigmatismo, la hipermetropía, **NO SON ENFERMEDADES**, se clasifican como alteraciones o defectos del ojo.

Enfermedades y lesiones del ojo

Cataratas

Una catarata es una opacidad del lente (cristalino) del ojo, el cual normalmente es claro y transparente; puede compararse a una ventana que se escarcha con hielo o se “empaña” con vapor.

Estrabismo

Es cuando uno o ambos ojos no están bien alineados, y la mirada parece desviada hacia arriba, abajo, hacia la nariz o hacia afuera. Este problema es muy frecuente en niños y es necesario evaluarlos lo antes posible.

Si el estrabismo se presenta en forma aguda remitir en forma urgente al oftalmólogo.

AFECCIONES PALPEBRALES

- **Párpado caído (PTOSIS):** Es cuando el músculo que actúa sobre el párpado superior no se desarrolla bien, y el niño nace con el párpado caído. El problema puede aparecer en uno o ambos ojos y se corrige con cirugía, dependiendo de grado de la ptosis

Signos y Síntomas: Puede presentarse en forma unilateral o bilateral, generalmente levantan el mentón para poder visualizar

Qué hacer: Si el párpado está levemente caído y no tapa la pupila se puede esperar la cirugía hasta los 5 o 6 años, pero si el párpado esta tan caído y tapa la pupila, (niña del ojo) es necesario operar lo antes posible, porque hay riesgo de ceguera.

- **Orzuelo:** El orzuelo es una infección relativamente común. Los orzuelos, por lo general, son causados por estafilococos y se producen en las glándulas que drenan al borde del margen del párpado.

Signos y Síntomas: Hinchazón dolorosa en el párpado, lagrimeo del ojo, sensación de cuerpo extraño, sensibilidad a la luz.

Qué hacer: Poner paños de agua tibia en el orzuelo varias veces al día, así se alivia el dolor y se facilita la salida de pus, obteniendo pronta mejoría. Nunca apretar el orzuelo para tratar de sacar la pus.

- **Chalazión:** Es una inflamación de la glándula del párpado general persistente del párpado superior o inferior, puede ser indoloro o crónico.

Signos y Síntomas: Una pequeña protuberancia en el borde palpebral. Hinchazón gradual del párpado, molestia en el ojo o dificultad para ver.

Qué hacer: No necesita tratamiento de urgencia ni es un problema serio que amenace la visión, pero produce incomodidad por su aspecto antiestético.

Algún chalazión desaparece espontáneamente a lo largo de las semanas siguientes a su aparición, pero la mayoría deben ser eliminados mediante una pequeña cirugía, por tal razón los pacientes deben ser remitidos al médico.

- **Blefaritis:** Es la inflamación crónica de los bordes de los párpados, cerca de las pestañas por causa de los microbios.

Signos y Síntomas: Picazón, caspitas en el borde de las pestañas, irritación ocular.

A veces la Blefaritis se produce como resultado de la alergia al polen de las plantas, a algunos alimentos o al uso de maquillaje.

Qué hacer: Para obtener alivio se recomienda limpiar las costras varias veces al día con agua hervida y cuidar que las pestañas no se metan dentro del ojo.

Se recomienda consultar al médico en las ocasiones en que empeora el problema.

AFECCIONES DE LAS CONJUNTIVAS

- **Conjuntivis infecciosa:** Es una enfermedad contagiosa producida por microbios que infectan la conjuntiva, se transmite de un ojo a otro y de una persona a otra.

Pueden ser causadas por bacterias, virus o hongos, etc.

Signos y Síntomas: Ojo rojo, hay lagrimeo. Además, puede haber dolor, ardor, prurito (picazón) y molestias con la luz. Secreción y sensación de cuerpo extraño.

Qué hacer: Limpieza con té de manzanilla, o agua fría hervida, cuidados generales de higiene. Si no hay mejoría, encaminar al paciente con un oftalmólogo.

- **Conjuntivitis alérgica:** Es una inflamación del tejido que recubre los párpados (conjuntiva), debido a una reacción a causa de sustancias alérgicas como el polen etc.

Signos y Síntomas: Ojos rojos, dilatación de los vasos en la cubierta de tejido blanca y transparente del ojo, picazón intensa o ardor en los ojos especialmente a la mañana temprano y a la tardecita. Párpados abultados, especialmente en la mañana, lagrimeo (ojos llorosos). Secreción viscosa del ojo, especialmente por la mañana.

Qué hacer: Evitar la exposición a la causa o alérgeno, infortunadamente, no siempre es práctico. El malestar se puede aliviar con la aplicación de compresas frías en los ojos o tomando antihistamínicos por vía oral. No frotarse el ojo en forma constante.

Si las medidas de cuidados caseros no ayudan, puede ser necesario el tratamiento por parte de un oftalmólogo.

TRAUMA EN EL OJO

- **Contusión**

Es el resultado de un golpe en el ojo producido por un objeto sin puntas por ejemplo: un puño. El daño en el ojo depende de la intensidad y la parte golpeada.

Signos y síntomas: Generalmente los párpados se hinchan y se vuelven dolorosos y puede haber hemorragia en la conjuntiva. La mayoría de las veces la contusión no requiere tratamiento médico, sin embargo después de todo trauma ocular debe medirse la agudeza visual y si se encuentra disminuida es necesario remitir al oftalmólogo.

Qué hacer: La mayoría de las veces la contusión no requiere tratamiento médico, sin embargo después de todo trauma ocular debe medirse la agudeza visual y si se encuentra disminuida es necesario remitir al oftalmólogo.

Las compresas frías son buenas para aliviar el dolor y reducir la inflamación. No aplique gotas, emplasto de hierbas u otros remedios caseros, porque pueden infectarlo.

- **Cuerpo extraño**

Cuando pequeñas partículas de polvo, metal o material vegetal, e insectos alcanzan la superficie del ojo.

Signos y síntomas: Lagrimeo enrojecimiento y molestias con la luz. Dolor.

Qué hacer: recomiende a la persona que no se frote el ojo con la mano en el intento de sacarse el objeto, porque esto lesiona aun más el ojo. Lavar el ojo con abundante agua limpia, pida a la persona que parpadee, frecuentemente, para que el cuerpo extraño salga del ojo. Aplicar lágrimas artificiales.

REMITIR AL OFTALMÓLOGO CUANDO: no se ha encontrado el cuerpo extraño, o una vez removido, persiste el dolor o molestia, cuando el cuerpo extraño se encuentra en la córnea y no pudo ser removido con el lavado.

- **Trauma penetrante** es causado por objetos cortopunzantes, alambres.

Qué hacer: REMITA URGENTE AL OFTALMÓLOGO a personas con trauma penetrante. Durante el transporte recomiende que no incline la cabeza hacia delante y si es posible debe estar acostado. No aplique gotas, pomadas, remedios, ninguna sustancia dentro del ojo porque puede infectar la herida.

- **Quemaduras:** pueden ser producidas por calor o sustancias químicas que penetran el ojo por el calor, las más frecuentes son líquido hirviendo y el fuego. Las quemaduras químicas más frecuentes se dan por cal (ver lavado de ojos), cemento o sustancias de uso industrial. Las radiaciones producidas por la soldadura, queman el ojo cuando no se utiliza protección.

Qué hacer: REMITIR AL OFTALMÓLOGO

Diagnóstico diferencial del ojo rojo

Para reconocer las diferentes causas de ojo rojo, las clasificaremos de acuerdo al siguiente esquema:

1. Ojo rojo de origen palpebral y/o periocular

- Orzuelo
- Chalazion
- Blefaritis
- Celulitis
- Dacriocistitis

2. Ojo rojo de predominio periférico

- Conjuntivitis infecciosa
- Conjuntivitis alérgica
- Síndrome de Ojo seco

3. Ojo rojo localizado

- Pterigion y pinguécula
- Epiescleritis y Escleritis
- Hemorragia subconjuntival

4. Ojo rojo periquerático

- Queratitis
- Uveitis
- Glaucoma agudo

Cómo lavar un ojo

- PRIMERA POSIBILIDAD

Procedimientos útiles en quemaduras por sustancias químicas:

- < 1hr de evolución: Anestesia tópica + lavado profuso con suero fisiológico o agua limpia realice un lavado profuso en el ojo, o póngalos debajo de la llave de agua. Pídale a la persona que parpadee frecuentemente para que el cuerpo extraño salga del ojo.

En caso de quemaduras por sustancias químicas, el lavado debe hacerse inmediatamente y debe continuarse durante media hora como mínimo.

- Lubricante en gel cada una hora
- Atropina colirio cada 12 horas
- ATB tópico cada 4 horas
- Protector (NO OCLUIR)

Cómo examinar debajo de los párpados

Procedimiento útil en caso de cuerpos extraños en el ojo:

Pídale al paciente que mire hacia abajo. Usando los dedos índice y pulgar de una mano, tome las pestañas del superior. Con la otra mano coloque un aplicador o algo similar sobre el párpado superior.

Mientras mantiene firme el aplicador, tire las pestañas hacia delante u hacia arriba, hasta que el párpado se voltee. Ahora puede mirar la parte interna del párpado para revisar si hay algún cuerpo extraño. Cuidadosamente remueva el cuerpo extraño con un cotonete.

Cómo aplicar medicinas en el ojo

1. Lavarse las manos con agua y jabón.
2. Pídale al paciente que ponga su cabeza hacia atrás.
3. Pídale que mire hacia arriba.
4. Cuidadosamente, con el dedo pulgar tire el párpado inferior hacia abajo.
5. Aplique la medicina (gota, ungüento) dentro del párpado inferior.
6. No toque el ojo o el párpado con el frasco de la medicina.

Dolor en miembros inferiores

El dolor en miembros inferiores en adolescentes constituye un motivo de consulta frecuente. Existen muchas causas que provocan dicho síntoma: las más comunes son funcionales, es decir, no son enfermedades. Además de traumatismos, infecciones y procesos inflamatorios, se presentan en esta sección los casos prevalentes y los de mayor riesgo o impacto para adolescentes.

En el Cuadro de Procedimientos IMAN, verá el recuadro de la columna EVALUAR, donde se presentan los datos para evaluar a un o una adolescente con dolor en miembros inferiores.

Clasificar y tratar dolor en miembros inferiores

En este apartado, en el proceso de clasificar el dolor en miembros inferiores en adolescentes, usted encontrará las enfermedades más frecuentes de dolor, que motivan la consulta de adolescentes. Para clasificar el dolor en miembros inferiores ubique en el Cuadro de Procedimientos que presenta cinco maneras posibles de clasificar al o a la adolescente con dolor.

- INFECCIÓN OSTEOARTICULAR
- FRACTURA
- RODILLA OSGOOD SHLATTER-TALON ENFERMEDAD DE SEVER
- SINOVITIS-TENDINITIS

Para clasificar y tratar dolor en miembros inferiores en adolescentes, comience con la hilera o fila rosada:

Infección Osteoarticular (rosado)

Las infecciones osteoarticulares son una patología infecciosa relativamente poco frecuente en la adolescencia. Este tipo de infecciones son difíciles de reconocer en las fases precoces de la enfermedad y, en muchos casos, plantean problemas tanto en el diagnóstico como en el manejo terapéutico, médico y quirúrgico. El momento del desarrollo infantil en el que se producen las infecciones osteoarticulares (Osteomielitis-Artritis), favorece que se puedan lesionar tanto el cartílago de crecimiento como las articulaciones, pudiendo ser causa de secuelas permanentes. Es, por tanto, muy importante que los o las pediatras reconozcan los signos y síntomas de infección osteoarticular para establecer un diagnóstico y tratamiento precoz, que permita la curación sin secuelas de esta patología.

La mayoría de los o las menores afectados correctamente diagnosticados y tratados se curan sin secuelas a largo plazo, aunque se describen recaídas hasta en el 5% de los casos. Los factores asociados a secuelas son: retraso en el diagnóstico, tratamiento antibiótico inadecuado y/o de corta duración, y niños muy pequeños. Las secuelas más frecuentes son: lesión del cartílago de crecimiento, cojera por deformidades o asimetrías de miembros, fracturas patológicas, artritis secundaria, necrosis séptica de la cabeza femoral.

La Osteomielitis Crónica es una complicación posible, hasta en el 5% de los casos y requiere hasta su resolución, tratamiento quirúrgico y médico prolongado.

Es muy importante el seguimiento clínico y multidisciplinar (traumatólogos, pediatras, infectólogos, rehabilitadores si es preciso) de los pacientes con Osteomielitis, para asegurar el mejor seguimiento y adecuado cumplimiento del tratamiento antibiótico hasta la curación del proceso. En general, debe vigilarse hasta los 12 meses y para el alta, realizar un control clínico, analítico y radiológico que demuestren la curación.

En adolescente con Fiebre y signos inflamatorios en miembros inferiores, clasifique como INFECCIÓN OSTEOARTICULAR.

Trate:

- Calmar el dolor y la fiebre.
- REFERIR.

Fractura (rosado)

Las actividades deportivas competitivas en los niños y adolescentes han aumentado considerablemente y con ello las lesiones musculo-esqueléticas por esta causa. Las lesiones deportivas en este grupo de edad difieren de aquellas del adulto, dado que existen factores anatómicos propios relacionados con el crecimiento y desarrollo. Músculos, tendones, ligamentos y cápsulas articulares se desarrollan en respuesta al crecimiento óseo. El hueso crece más rápido que la unidad musculotendínea que lo rodea, produciéndose una disminución de la flexibilidad. Esto, en combinación con la capacidad de los niños para realizar grandes esfuerzos físicos y sostener niveles extremos de actividad, produce un desbalance que predispone a lesiones. Además la relativa debilidad del cartílago de crecimiento o fisis (porción más débil del esqueleto en crecimiento), las hacen más vulnerables, particularmente durante el período de rápido crecimiento.

Las lesiones deportivas pueden ser provocadas por trauma directo, indirecto o por sobreuso. Estas últimas producidas por una actividad musculo-esquelética repetitiva, con sobrecarga de estructuras normales. Factores predisponentes son el entrenamiento inadecuado, correr en superficies duras y el uso de calzado deportivo inadecuado.

Además de las lesiones deportivas, los traumatismos por caídas y accidentes en el hogar o de tránsito son otras causas de fracturas óseas en adolescentes.

En todo/a adolescente con deformidad y movilidad anormal de miembros inferiores y Rayos X, clasifique FRACTURA.

Trate: Inmovilizar, calmar el dolor y REFERIR.

Osteocondritis u osteocondrosis de la tuberosidad anterior de la tibia y del calcáneo (amarillo)

La enfermedad de Osgood-Schlatter, se manifiesta por un dolor en la rodilla, que a menudo afecta a adolescentes que están en etapa de crecimiento y, sobre todo, cuando practican deportes como el fútbol o gimnasia. Los síntomas de esta lesión son dolor e hinchazón en la rodilla, justo debajo de la rótula y por engrosamiento inflamatorio de la cara anterior superior de la tibia, en el punto donde el hueso se une al tendón de la rótula (tendón rotuliano), es decir en la espina tibial anterior, también llamado tuberosidad anterior de la tibia.

El dolor en la cara anterior y superior de la tibia, es de inicio vago e intermitente, que se agrava al correr, saltar, subir y bajar escaleras y que disminuye con el reposo. Hay aumento de volumen de muy larga duración, inclusive permanente. Al examen físico hay dolor a la palpación de la tuberosidad de la tibia, que se encuentra aumentada de volumen. En resumen: es un dolor que se exacerba con actividades físicas que cursa sin fiebre.

Se puede diagnosticar mediante esta prueba: extender la rodilla y relajar los músculos de la pierna, mover la rodilla levemente hacia un lado, luego, contraer los cuádriceps lentamente, si se siente dolor puede ser Síndrome de Osgood-Schlatter y, a través de radiografía o ecografía.

En la mayoría de los casos el Síndrome de Osgood-Schlatter desaparece espontáneamente en menos de un año. Pero si el crecimiento continúa, se pueden presentar molestias en la rodilla hasta 3 años.

La Enfermedad de Sever, se manifiesta por un intenso dolor en los talones, especialmente después de practicar algún deporte. El dolor experimentado puede desaparecer tras el descanso o puede llegar a ser tan fuerte, que obligue a disminuir o suspender el ritmo de las actividades.

Es una de las causas más frecuentes de dolor de talón en adolescentes, aparece sobre todo al realizar actividades físicas como caminar, correr y saltar. La enfermedad de Sever rara vez ocurre en adolescentes mayores pues la parte posterior del talón ha terminado de crecer a la edad de 15 años. Esta patología suele afectar a adolescentes de 10 a 13 años. Su incidencia es mayor en varones y normalmente deja de dar molestias alrededor de los 15 a 17 años, sin dejar secuelas.

Se produce por una falta de maduración esquelética, ya que los huesos de los niños están creciendo y al comienzo de la pubertad, éstos crecen, frecuentemente, más rápido que los músculos y los tendones. Debido a ello, los músculos y tendones se vuelven tirantes y la tirantez ejerce excesiva presión sobre la parte posterior del talón.

A esta patología también se le denomina apófisis del calcáneo u osteocondritis calcánea, y aunque es una enfermedad relativamente benigna, es necesario que un traumatólogo, pediatra u ortopedista, evalúe al paciente para hacer un diagnóstico diferencial, pues existen muchas otras causas de dolor en el talón (como tendinitis de Aquiles, bursitis calcánea, fracturas, etc.), algunas de las cuales podrían ser graves.

En adolescente afebril, con dolor de rodilla o talón que se exacerba con actividades físicas, clasifique RODILLA OSGOOD SHLATTER- TALÓN ENFERMEDAD DE SEVER, en ambos casos el tratamiento consiste en:

- Reposo de actividades deportivas.
- Frío local.
- AINES (Antinflamatorios No Esteroides) dar Paracetamol, 500 mg cada 6 horas o Ibuprofeno, dosis inicial 800 mg v/o- mantenimiento de 400 mg v/o c/8 h o Naproxeno sódico dosis inicial 550 mg v/o - mantenimiento de 275 mg v/o c/6 h o Ácido mefenámico, dosis inicial 500 mg v/o mantenimiento de 250 mg v/o c/6 h.
- Si no mejora, referir.

Sinovitis-tendinitis (verde)

Sinovitis de Cadera: la etiología es desconocida, aunque se han propuesto varias hipótesis; traumatismo, infección, reacción inmunológica ante antígenos virales o bacterianos, reacción alérgica. Se producen a nivel de la cadera cambios inflamatorios y en muchos casos un derrame articular.

Se produce entre los 3 y los 15 años, más frecuentemente entre los 3 y 10 años de edad, con doble incidencia en el sexo masculino que en el femenino. Suele ser unilateral en el 95% de los casos y cuando es bilateral no lo es de forma simultánea. El motivo de la primera consulta es una marcha claudicante o falta del apoyo de un miembro por dolor. En general, no presenta fiebre ni alteración del estado general.

El dolor se localiza en región inguinal, muslo o rodilla. La exploración permite observar que el miembro afecto está en posición de flexión, abducción y rotación externa moderada, y la movilidad de la cadera es dolorosa en sus extremos. Con frecuencia se aprecian contracturas musculares.

El diagnóstico se confirma con una ecografía de cadera, la radiografía no es el método de elección.

Puesto que evoluciona siempre favorablemente el tratamiento, es sintomático, limitando la actividad física del o de la adolescente y administrando antiinflamatorios.

Tendinitis: los tendones, algunos de los cuales están recubiertos de una vaina protectora, son cuerdas fibrosas de tejido resistente que conectan los músculos a los huesos. Las vainas de los tendones recubren algunos tendones.

La tendinitis es la inflamación de un tendón; la tenosinovitis es la tendinitis acompañada por inflamación de la vaina protectora (sinovitis) que recubre el tendón.

La mayor parte de las Tendinitis se presentan en personas de edad mediana o avanzada, dado que con la edad, los tendones son más propensos a las lesiones. Sin embargo, también aparecen en jóvenes que practican ejercicios intensos y en personas que realizan tareas repetitivas.

La tendinitis del bíceps, en la parte superior del brazo, causa dolor cuando se dobla el codo o se gira el antebrazo. Es frecuente que se inflamen el tendón de Aquiles, que se inserta en el calcáneo en el talón y el tendón del tibial anterior, que recorre la parte superior del pie.

Las enfermedades articulares, como es el caso de la Artritis Reumatoide, la Esclerodermia y el Síndrome de Reiter, también pueden afectar a las vainas de los tendones. En los adultos jóvenes que contraen gonorrea, especialmente en mujeres, la bacteria (gonococo) puede causar Tenosinovitis, afectando habitualmente a los tendones de los hombros, muñecas, dedos, caderas, tobillos y pies.

Los tendones inflamados suelen causar dolor cuando se mueven o se tocan (mover las articulaciones cercanas al tendón, aunque sea levemente, puede causar un dolor intenso). Las vainas de los tendones se pueden edematizar visiblemente por la acumulación de líquido inflamatorio, o pueden secarse y entonces frotar las vainas contra los tendones, causando una áspera sensación que se puede sentir cuando la articulación se mueve.

En personas adolescentes con dolor que no impide actividades diarias, clasifique TENDINITIS Y/O SINOVITIS.

En ambos casos el tratamiento consiste en:

- Reposo de actividades deportivas.
- AINES (Antinflamatorios No Esteroides): dar Paracetamol, 500 mg cada 6 horas o Ibuprofeno, dosis inicial 800 mg v/o- mantenimiento de 400 mg v/o c/8 horas o Naproxeno sódico dosis inicial 550 mg v/o - mantenimiento de 275 mg. v/o c/6 horas o Ácido mefenámico, dosis inicial 500 mg v/o mantenimiento de 250 mg v/o c/6 horas.
- Si no mejora, referir.

Claudicación en la marcha o cojera

La claudicación de la marcha o cojera es producida por dolor en la pantorrilla y en el glúteo, que se siente al caminar o por deformidad osteoarticular de caderas y miembros inferiores.

Existen múltiples causas y las más frecuentes en adolescentes se presentan en este apartado.

En el del Cuadro de Procedimientos IMAN, ubique el recuadro EVALUAR Claudicación de la marcha así como las patologías más frecuentes que afectan a adolescentes, estas son Epifisiolisis, Displasia del Desarrollo de Cadera, Secuela de infección osteoarticular, Enfermedad de Perthes.

- Epifisiólisis
- Displasia del desarrollo de la cadera
- Secuela de infección osteoarticular
- Enfermedad de perthes

Para clasificar CLAUDICACIÓN DE LA MARCHA O COJERA en adolescentes, ubique en el Cuadro de Procedimientos y evalúe en este caso la posibilidad de que la persona adolescente presente la enfermedad.

Epifisiólisis (rosado)

Se trata de la alteración más frecuente de la cadera en la adolescencia. Consiste en el desplazamiento de la cabeza del fémur (epífisis) con relación al cuello del fémur, a través del cartílago de crecimiento. Suele producirse durante “el estirón”, es decir, en la fase de crecimiento de la adolescencia. Es una urgencia ortopédica. En la radiografía aparece el desplazamiento del núcleo epifisiario hacia abajo y sobre todo, hacia atrás en relación con el cuello femoral.

Son factores predisponentes: sexo masculino, obesidad, práctica de deportes, raza negra. Además, un número pequeño de pacientes que desarrollan epifisiólisis de la cabeza femoral desarrollan alguna enfermedad endócrina, sobre todo hipotiroidismo, hipogonadismo e hipersecreción de hormona del crecimiento. Afecta más a la cadera izquierda. Se manifiesta por dolor de poca intensidad, que puede llevar meses, en la parte proximal del muslo que empeora con la actividad, y que a veces se irradia hacia la parte distal del muslo, pudiendo confundirse con un dolor en la rodilla. Actitud en rotación externa del miembro, se puede notar que camina con los pies hacia fuera.

La exploración demuestra disminución o pérdida de la rotación interna de la cadera (signo más sensible) sobre todo con la cadera flexionada, siendo el único trastorno del área pediátrica de la cadera en el que se observa esta limitación. También se puede observar disminución de la extensión y separación de la cadera, aunque menores. Acortamiento mayor del miembro inferior afectado, cuanto más importante es la enfermedad.

El tratamiento de esta enfermedad es quirúrgico, realizándose distintas técnicas según lo avanzado de la enfermedad. La cirugía más frecuente consiste en introducir un tornillo en la cabeza del fémur a través del cuello para evitar que se produzca más desplazamiento. Pero si la enfermedad está avanzada se realiza una cirugía que se llama: osteotomía de realineación.

Ubique en el Cuadro de Procedimientos y clasifique, comience por la fila rosada.

En adolescentes con CLAUDICACIÓN DE LA MARCHA O COJERA de evolución aguda; actitud en rotación externa del miembro; dolor que se exacerba con la movilidad, clasifique EPIFISIÓLISIS.

Trate:

- Marcha sin apoyo de miembro afectado.
- AINES (Antinflamatorios No Esteroides): dar Paracetamol, 500 mg cada 6 horas o Ibuprofeno, dosis inicial 800 mg v/o- mantenimiento de 400 mg v/o c/8 horas o Naproxeno sódico dosis inicial 550 mg v/o - mantenimiento de 275 mg v/o c/6 horas o Ácido mefenámico, dosis inicial 500 mg v/o mantenimiento de 250 mg v/o c/6 horas.
- Derivar al Ortopedista.

Displasia del desarrollo de la cadera (amarillo)

Es una alteración del desarrollo que puede llevar a una pérdida de la cadera total (luxación) o parcial (subluxación) de la congruencia entre la cavidad cotiloidea y la epífisis femoral, llegando a provocar lesiones evolutivas importantes. Debido a que existen caderas que no están luxadas al nacimiento, sino que la luxación tiene lugar durante el período postnatal, se ha procedido a realizar un cambio en la terminolo-

gía (luxación congénita de cadera, pasando a denominarse Displasia del Desarrollo de la Cadera (DDC), ya que la displasia o luxación puede ocurrir antes o después del nacimiento).

Es una patología relativamente frecuente, 1 - 3 por cada 1000 nacidos vivos. Es más frecuente en niñas en razón de 4:1 y afecta más a la cadera izquierda (60%), que a la derecha (20%), correspondiendo el resto a casos bilaterales.

Es cuatro veces más frecuente en niñas que en niños y se piensa que su causa son ciertos factores hormonales, que juegan un papel en mantener la laxitud capsuloligamentosa.

Cuando se habla de DDC debemos distinguir tres situaciones posibles:

- **Displasia:** existe una alteración del crecimiento a nivel de las estructuras anatómicas, incluidas partes blandas de la articulación de la cadera y de la osificación acetabular y/o femoral. Se considera que la displasia acetabular es la consecuencia de las presiones excéntricas de la cabeza femoral durante el último mes de gestación.
- **Subluxación:** en este caso se aprecia que la cabeza femoral no está reducida concéntricamente, aunque persiste un contacto entre las superficies articulares de la cabeza y del acetábulo, si bien en una posición anómala, ya que la cabeza femoral se suele encontrar ascendida y lateralizada.
- **Luxación:** es aquella situación en la que no existe contacto entre las superficies articulares de la cabeza femoral y acetábulo. La cabeza femoral está completamente fuera del acetábulo.

En la aparición de la DDC pueden intervenir numerosos factores causales como son la hiperlaxitud ligamentosa, fuerzas mecánicas, factores obstétricos, factores ambientales postnatales, influencia genética, etc.

Ubique en el Cuadro de Procedimientos, y clasifique DISPLASIA DEL DESARROLLO DE LA CADERA si el o la adolescente presenta: cojera sin dolor desde el inicio de la marcha, discrepancia de longitud de miembros y puede realizar actividades deportivas generalmente sin dolor.

Trate: derivar al ortopedista.

Secuela de infección osteoarticular (amarillo)

El momento del desarrollo infantil en el que se producen las infecciones osteoarticulares (osteomielitis-artritis) favorece que se puedan lesionar tanto el cartílago de crecimiento como las articulaciones, pudiendo ser causa de secuelas permanentes.

Ubique en el Cuadro de Procedimientos, y clasifique SECUELA DE INFECCIÓN OSTEOARTICULAR si el o la adolescente presenta: cojera sin dolor desde el inicio de la marcha o después del inicio de la misma, discrepancia de longitud de miembros, con antecedentes de fiebre, dolor, calor y rubor en alguna de las extremidades, puede existir fístulas crónicas o antecedentes de fístulas, puede realizar actividades deportivas generalmente sin dolor.

Trate: derivar al ortopedista.

Síndrome de Legg-Calvé-Perthes (amarillo)

Es una afección de la cadera del niño caracterizada por la osteonecrosis (muerte o gangrena del hueso) epifisaria de la cabeza femoral, que en su historia natural evoluciona hacia la curación en función de la edad de comienzo de la enfermedad, extensión de la alteración vascular y tratamiento utilizado. Cuan-

do no se dan las circunstancias favorables se produce una deformidad de la cabeza femoral y artrosis secundaria precoz de cadera.

Aparece en la niñez y adolescencia entre 4 y 12 años, más frecuente en sexo masculino. El síntoma más frecuente suele ser una cojera, que será mayor, cuanto más tiempo use la articulación, acompañado de dolor leve-moderado (por este motivo antes de consultar el niño o la niña y o el/la adolescente lleva 1-2 meses con la cojera) y disminución de la movilidad, sobre todo disminución de la rotación interna. La etiología es desconocida pero parece estar claro que se trata de una necrosis epifisaria por obstrucción de los vasos que irrigan la epífisis femoral. La vascularización de la epífisis proximal femoral es cambiante con el desarrollo de esta región anatómica.

Suele ser suficiente con radiografías simples, aunque en fases iniciales de la enfermedad en la que las radiografías son normales se debe hacer una resonancia magnética.

Ubique en el Cuadro de Procedimientos y clasifique SÍNDROME DE LEGG-CALVÉ-PERTHES si la persona adolescente presenta: cojera con dolor intermitente, adquirida después de la marcha, disminución de la movilidad de la cadera y trate:

- Reposo de actividades deportivas
- AINES
- Derivar al ortopedista

Deformidad y/o molestias en la columna

Las deformidades y/ o molestias de la columna vertebral son eventos frecuentes, que se manifiestan en la edad de la adolescencia, debido al rápido crecimiento de la persona. Estas deformidades o molestias pueden ser posturales o estructurales con cambios irreversibles, de ahí la importancia de la detección precoz.

Cuando vemos la columna vertebral lateralmente, podemos observar que tiene tres curvas importantes:

- En el cuello (la columna cervical) hay una curva interna/cóncava (lordosis), de 20 a 40 grados.
- En la columna torácica hay una curva externa/convexa (cifosis), de aproximadamente 20 a 40 grados.
- En la espalda baja (la columna lumbar) hay otra curva interna/cóncava de aproximadamente 30 a 50 grados.

Por lo tanto, la columna vertebral normal tiene curvas naturales. Sin embargo, en algunos individuos estas curvas se vuelven más o menos pronunciadas.

La Escoliosis es la desviación de la columna vertebral en el plano frontal La Escoliosis puede ser:

- **Escoliosis estructurada:** desviación lateral de la columna que se caracteriza por cambios permanentes y definitivos, que se acompaña de rotación y alteración estructural de los cuerpos vertebrales cuando el tratamiento no ha sido instaurado oportunamente.
- **Escoliosis no estructurada o actitud escoliótica (postural):** es la desviación lateral de la columna que no se origina en ella, sino en otras áreas. Una vez que la causa se corrige, la escoliosis desaparece.

La **Cifosis** es la curvatura hacia delante en las vertebras de la parte superior de la espalda, semejante a una giba o “joroba”. La Cifosis puede ser:

- **Cifosis patológica** del/la adolescente o hipercifosis o dorso curvo rígido o Enfermedad de Schewermann: es una enfermedad donde las máximas fuerzas se ejercen sobre los segmentos

anteriores de los cuerpos vertebrales. Se caracteriza por una cifosis rígida y acuñaamiento de los cuerpos vertebrales en al menos 5°, en un mínimo de tres vértebras adyacentes, en el período de crecimiento del joven. Su causa es desconocida. Puede acompañarse de dolor crónico o dolor al intentar la extensión de la columna dorsal. Las teorías acerca de su origen incluyen:

- Alteración de la osificación endocondral.
 - Disminución del tejido colágeno y aumento de los mucopolisacáridos.
 - Aumento de la hormona de crecimiento.
 - Osteoporosis.
- **Cifosis postural** del/la adolescente, conocida como cifosis asténica, de dorso redondo o vicio postural.

En el Cuadro de Procedimientos IMAN, ubique el recuadro EVALUAR Deformidad y/o molestias en la columna, así como las patologías más frecuentes que afecta a adolescentes. Estas son Escoliosis, Dorso curvo rígido o enfermedad de Schewerman, Actitud escoliástica y Cifosis postural.

Para clasificar Deformidad de la Columna en adolescentes, ubique en el Cuadro de Procedimientos y evalúe en este caso la posibilidad de que el o la adolescente presente la enfermedad o la predisposición.

- ESCOLIOSIS
- DORSO CURVO RÍGIDO O ENFERMEDAD DE SCHEWERMANN
- ACTITUD ESCOLIÁSTICA
- CIFOSIS POSTURAL

Escoliosis (amarillo)

Si la persona adolescente presenta el signo de ADAMS (+). Descripción de la maniobra de Adams: El paciente se encuentra de pie. El evaluador le pide al paciente que sin doblar las rodillas trate de tocar las puntas de sus pies. Al hacer esto el paciente realizará flexión de toda la columna vertebral. A nivel del raquis torácico se produce una gibosidad al lado de la convexidad de la curva escoliástica, lo cual denota (dependiendo de que tan notoria sea la gibosidad costal) el grado de deformación de las vértebras torácicas, que está muy relacionado con la rotación de los cuerpos vertebrales, que provocan la gibosidad costal. Clasifique como Escoliosis (fila amarilla) y derive o refiera al ortopedista.

Dorso curvo rígido o Enfermedad de Schewerman (amarillo)

(Cifosis patológica del adolescente o hipercifosis)

Si la persona adolescente presenta giba dorsal rígida, clasifique como Dorso Curvo Rígido o Cifosis patológica del/ la adolescente (fila amarilla) y derive o refiera al ortopedista.

Actitud escoliástica (verde)

Si la persona adolescente presenta signo de ADAMS (-), clasifique como Actitud Escoliástica (fila verde) y recomiende e incentive las actividades deportivas.

Cifosis postural (verde)

Si la persona adolescente presenta giba dorsal flexible, clasifique como Cifosis postural del o de la adolescente (fila verde) y recomiende e incentive las actividades deportivas.

La piel en el adolescente

La adolescencia es una etapa de transición, en la cual se produce una revolución hormonal que lleva a cambios físicos y emocionales; una etapa en que la característica es la vulnerabilidad. La piel no está ajena a estos cambios.

En principio es importante conocer la normalidad de la piel en este periodo, para poder dar una respuesta correcta a las demandas y necesidades, que tanto ellos como sus padres, nos planteen.

Así, en la piel del adolescente:

1. Se produce la estimulación de las glándulas sebáceas, aumentando la producción y secreción del sebo, esto hace que los poros luzcan dilatados o abiertos, dando el aspecto de un cutis brillante y grasoso.
2. Ocurre la estimulación de las glándulas sudoríparas apócrinas que se encuentran en axilas y genitales y son las encargadas de la secreción de feromonas y producen sustancias con olor fuerte y característico, los cuales pueden ser desagradables.
3. Cambios en el crecimiento y distribución del pelo, que cambiará su aspecto físico.

Ante estos cambios, la actitud del adolescente es variada.

1. Algunos presentan una actitud de rebeldía, rechazando los hábitos higiénicos básicos.
2. Otros se interesan excesivamente por el cuidado de su imagen iniciándose tempranamente en la utilización de cosméticos u otros métodos de belleza.

Tanto desde la sociedad, como desde los padres, suele insistirse en la necesidad de seguir los patrones de belleza y ser atractivos.

Los adolescentes tienen una enfermedad de la piel propia que es el acné, ya que tiene el 100% de incidencia, manifestándose en mayor o menor grado en todos los adolescentes entre los 10 y los 20 años.

Las otras consultas frecuentes son hongos, especialmente en los pies y la Pitiriasis versicolor.

Son muy comunes también los eccemas. En el caso de la Dermatitis atópica por la importancia del componente emocional como gatillador de la enfermedad, la dermatitis seborreica como parte del despertar hormonal y la Dermatitis de contacto por la utilización de cosméticos u otros (Cintos, piercing, aros...)

Algunas infecciones también son motivo de consulta frecuente, ya sean por contacto o por el inicio de la actividad sexual, como la escabiosis, el impétigo, el herpes (aftas), las verrugas, entre otros.

Además es necesario el control de lunares (Nevos), aprovechando para recalcar la importancia de la Protección solar en la prevención del cáncer de piel, ya que en la búsqueda de estándares de belleza acuden a exposiciones solares inadecuadas o incluso a cámaras de bronceado, aumentando el riesgo de padecer melanoma en la edad adulta.

Nuestra intervención como médicos de adolescentes debe tener como objetivo garantizar el desarrollo normal de la piel, sin secuelas persistentes.

Acné

En general, se reporta que 8 de cada 10 adolescentes padecerán algún grado de acné y de ellos un 70% puede sufrir baja autoestima.

Las lesiones elementales son los Comedones abiertos (puntos negros), Comedones cerrados (puntos blancos), Pápulas (puntos rojos), Pústulas (puntos con pus) y Nódulos (granos rojos más profundos).

El acné es pasajero y suele desaparecer entre los 20 y 30 años.

Se debe acudir al especialista:

1. Cuando la cantidad de grasa no se controla con las medidas básicas de limpieza, como lavar con un jabón para piel oleosa 2 veces al día.
2. Cuando existen múltiples lesiones en el rostro y también está afectado el pecho y la espalda.
3. Cuando existen varias lesiones inflamadas y enrojecidas, que tienen puntos de pus y forman grandes abscesos o lesiones duras y dolorosas.
4. Si las lesiones dejan múltiples cicatrices y manchas.
5. En el caso de las mujeres, cuando el brote empeora con la menstruación o afecta el área de las mandíbulas, mentón, cuello, pecho y espalda, ya que estos cambios nos pueden sugerir un trastorno hormonal.

Un tratamiento adecuado en el momento oportuno evita las secuelas.

Además, muchas veces la consulta y el tratamiento llevan a que los adolescentes normalicen conductas alteradas por la baja autoestima y el desvío de los ideales de belleza instaurados.

Tiña (Micosis superficial)

Es una infección cutánea y de anexos (Pelo y uñas) producida por un hongo.

Se contagia de persona a persona, por fómites (objetos contaminados) o mascotas.

Se ve favorecida por la humedad (sudoración, mal secado...) y/o por otras lesiones en piel, cuero cabelludo o uñas.

Se presentan como lesiones eritematosas con borde bien definido, descamativo y centro más claro (aspecto de anillo) en piel (Tiña corporis), como áreas eritematosas con fisuras en espacios interdigitales (Tiña pedis), como áreas sin pelo o al mismo nivel o lesiones descamativas en cuero cabelludo o barba (Tiña capitis o Tiña de la barba) y con engrosamiento y cambio de color en uñas (Onicomycosis).

El diagnóstico se realiza por la clínica y puede confirmarse por el frotis y cultivo.

Tratamiento:

- Mantener la piel limpia y seca.
- No usar ropas que causen fricción o irriten el área.
- Lavar las ropas, sábanas y toallas diariamente mientras se esté infectado.
- **Tiña corporis o pedis:** Antimicóticos tópicos (miconazol, isoconazol, econazol...) 2 veces al día por 1 mes.
- **Derivar al dermatólogo:** lesiones múltiples o extensas, Tiña capitis o de la uña, las cuales requieren tratamiento oral y la exclusión de otros diagnósticos diferenciales.

Para la evaluación, clasificación y tratamiento, ver Cuadro de Procedimientos - IMAN

Pitiriasis versicolor

Es una infección cutánea superficial, producida por el hongo *Malassezia*.

Se caracteriza por la presencia de manchas en la piel (hipo o hiperocrómicas), generalmente descamativas, con signo de la uñada + (al rascar la lesión presenta una descamación fina) y en la mayoría de los casos asintomática, localizada casi siempre en tronco (pecho y espalda)

Se ve favorecida por el sebo y el sudor.

El diagnóstico es clínico, aunque puede solicitarse frotis y cultivo.

Tratamiento:

- Evitar sudor y productos grasos
- Evitar prendas de Poliéster. Usar ropa de algodón
- Jabones o shampoo antimicóticos para el baño
- Cremas o lociones antimicóticas: 2 veces al día por 1 mes.
- Si persiste o se extiende derivar al dermatólogo

Para la evaluación, clasificación y tratamiento, ver Cuadro de Procedimientos - IMAN

Eccemas

Es un conjunto de afecciones cutáneas caracterizadas por lesiones inflamatorias (eritema, pápulas, vesículas, exudación y costras).

Puede deberse a Dermatitis atópica, Dermatitis seborreica, Dermatitis de contacto y otros eccemas.

El síntoma cardinal es el prurito (picazón).

El diagnóstico se realiza por los antecedentes y el examen físico.

Para la evaluación, clasificación y tratamiento, ver Cuadro de Procedimientos - IMAN

Escabiosis

Es la infestación producida por el ácaro parásito Sarcoptes Scabiei.

Su periodo de incubación en la primoinfección es de 5 a 15 días.

Se contagia de persona a persona o por Fomites (ropas, sábanas, toallas...).

El principal síntoma es el prurito intenso (picazón) de predominio nocturno.

Las lesiones más frecuentes son pápulas y costras hemáticas por rascado, aunque las más características son la vesícula perlada y el surco acarino (más difícil de verlas).

Se localizan en abdomen, antebrazos, muñecas y muslos; además en la zona genital en varones y areola en mujeres.

El diagnóstico se hace por la clínica y epidemiología (familiar afectado).

Para la evaluación, clasificación y tratamiento, ver Cuadro de Procedimientos - IMAN

Impetigo

Es una enfermedad infecciosa superficial de la piel producida por bacterias, generalmente Estreptococo o Estafilococo.

Puede ser: Primaria si se produce sobre piel sana o Secundaria si se produce sobre piel previamente lesionada.

Existen 2 tipos: Vulgar o ampolloso.

Se presentan como vesículas o ampollas en la piel que al romperse dejan costras de color miel (melicéricas).

Puede afectar cualquier parte del cuerpo aunque la Primaria suele ser periorificial (fosas nasales, perioral...).

El diagnóstico es clínico, aunque puede recurrirse al frotis y cultivo de la lesión o a nivel nasal (estado de portador).

Para la evaluación, clasificación y tratamiento, ver Cuadro de Procedimientos - IMAN

Herpes simple

Infección producida por el virus del Herpes simple.

Se contagia por contacto directo (gotitas de saliva), relaciones sexuales, parto vaginal u objetos contaminados (platos, utensilios, bebidas...).

Luego de la primoinfección el virus queda latente pudiendo presentar reactivaciones.

Pueden presentar síntomas prodrómicos: Picazón, ardor u hormigueo.

Se presenta como aftas dolorosas en boca o como vesículas o úlceras dolorosas en genitales.

El diagnóstico es clínico, epidemiológico (contacto), citología (Test de Tzanck) o serología (IgM para Hs tipo I o II).

Para la evaluación, clasificación y tratamiento, ver Cuadro de Procedimientos - IMAN

Verrugas

Es una infección de piel o mucosas producida por el Virus del Papiloma Humano (VPH).

Pueden ser: Vulgar o común, Plana, Plantar, genital (Condiloma), etc....

Son lesiones elevadas, redondeadas u ovals, color piel, de superficie áspera y rugosa (vulgar) o lisa y húmeda (genital). Las verrugas planas son más pequeñas, lisas y numerosas. Las plantares son dolorosas y no sobresalen la superficie cutánea.

Pueden ser asintomáticas o presentar dolor.

Para la evaluación, clasificación y tratamiento, ver Cuadro de Procedimientos - IMAN

Lunares (Nevos melanocíticos)

Son manchas o pápulas oscuras (hipercrómicas) en la piel.

Pueden ser congénitos o adquiridos, y presentarse en número, tamaño y colores variados (desde marrón claro a negro). Algunos pueden tener pelos.

Se localizan en cualquier parte del cuerpo.

Deben controlarse en caso de la aparición de lunares nuevos, aumento de tamaño o cambios en las características (color y bordes) de un nevo previo.

Fotoprotección

La foto educación es primordial.

Debe advertirse sobre el horario adecuado de exposición (antes de las 10 am y después de las 4 pm), la utilización de protección física (Gorros, lentes, ropa adecuada) y evitar cámaras de bronceado (Solarium).

Debe utilizarse Protector solar con FPS igual o mayor a 30, que proteja tanto contra UVB como UVA, repitiendo la aplicación cada 3 hs.

Para la evaluación, clasificación y tratamiento, ver Cuadro de Procedimientos - IMAN

Traumatismo Craneoencefálico Cerrado

Las causas externas o traumatismos siguen siendo una gran amenaza para la población adolescente. De hecho constituye la primera causa de muerte en este grupo etario. Más de la mitad de las muertes anuales en personas adolescentes de 10 a 19 años corresponden a causas externas. La mayoría de las muertes por traumatismos son debidas a traumas craneoencefálicos. Las causas más frecuentes son: caídas y accidentes de tránsito.

Las consideraciones a tener en cuenta para las intervenciones según las características fisiopatológicas y anatómicas en adolescentes son muy particulares, porque constituyen una transición del crecimiento, entre la niñez y la adultez (como ejemplo, hasta los 12 años, la inserción del músculo respiratorio diafragma se inserta en forma horizontal, en los adultos la inserción es oblicua, entre otros).

Un Trauma Craneoencefálico (TCE) se produce por un golpe en el cráneo que puede causar diversas lesiones. La lesión cerebral puede ser consecuencia del impacto traumático directo ejercido sobre el cráneo y las estructuras intracraneales, estas son: desgarros del cuero cabelludo y fracturas craneales, además de traumatismos de las estructuras nerviosas y vasculares. Sus síntomas más usuales son el dolor de cabeza, alteraciones del estado de la conciencia, la somnolencia, las náuseas y vómitos y las convulsiones.

Las necesidades específicas de adolescentes traumatizados, exigen un tratamiento intensivo, preciso, rápido y eficaz. De las acciones realizadas en los primeros minutos y las primeras horas posteriores al traumatismo depende la supervivencia en términos de calidad de vida o la precipitación de una situación adversa evitable, que se mide en años de padecimiento y discapacidad. La intervención exige experiencia y entrenamiento en las maniobras de apoyo vital.

Conciencia y su valoración

La conciencia es el estado en que la persona se da cuenta de sí misma y del entorno que le rodea. La persona está alerta, es decir, despierta y con una actitud mental intelectual y afectiva suficiente para permitirle integrar y responder a los estímulos internos y del exterior.

Los estados del nivel de conciencia según escala cualitativa, definen distintos estados. La subjetividad es el principal inconveniente en esta clasificación:

1. **Somnolencia:** tendencia al sueño con respuesta adecuada a órdenes verbales simples y complejas así como a estímulos dolorosos.
 2. **Obnubilación:** hay respuesta a órdenes verbales simples y a estímulos dolorosos, pero no a órdenes verbales complejas.
 3. **Estupor:** existe una falta de respuesta a todo tipo de órdenes verbales pero presenta una reacción adecuada a los estímulos dolorosos.
 4. **Coma:** ausencia de respuestas a órdenes verbales y a estímulos dolorosos, al menos de forma correcta.
-

Según una escala cuantitativa basada en aplicar una escala del nivel de respuesta a diversos estímulos, sirve para obtener una medida, reproducible en posteriores comprobaciones. La más utilizada es la escala de Glasgow.

En el Cuadro de Procedimientos IMAN, se encuentra el recuadro de las columnas EVALUAR Traumatismo Craneoencefálico, donde se presentan los signos para evaluar a un o una adolescente con traumatismo craneoencefálico.

En todo o toda adolescente con antecedente de traumatismo:

Se debe realizar una historia breve y rápida que informe sobre la severidad del impacto y mecanismo del mismo. Además debe determinarse la existencia o no de pérdida de conciencia, alteración neurológica, cefalea, vómito y/o convulsión.

Preguntar a la víctima, algún familiar o testigo del evento:

- ¿Ha recibido un golpe en la cabeza?
- ¿Ha sido víctima de un accidente de tránsito?
- ¿Ha sufrido una caída de altura (árbol, andamio, edificio o segunda planta)?
- ¿Ha sufrido una caída de caballo?

En caso afirmativo:

- ¿Cómo se produjo?
 - Penetrante: siempre grave.
 - Fuerza roma: puede ocasionar fracturas de calota, contusiones cerebrales hemorrágicas o no, hematomas peri o subdurales.
 - Aceleración rotatoria (movimientos laterales bruscos de cabeza): hemorragias subaracnoideas.
 - Aceleración-desaceleración (movimientos anteroposterior brusco de cabeza: hemorragias subaracnoideas, lesión axonal difusa).
 - ¿Ha habido víctimas fatales o con lesiones graves?
 - ¿Desde el episodio presenta alguno de los siguientes síntomas?

En toda persona adolescente con antecedente de traumatismo PREGUNTE Y DETERMINE

Síntomas y signos de alarma

- | | |
|---|---|
| • Alteración o pérdida del nivel de conciencia. | • Trastornos de la marcha. |
| • Convulsiones. | • Cambios del estado mental: irritabilidad y/o somnolencia. |
| • Cefalea. | • Cambios de conducta. |
| • Vómitos. | • Cambios visuales. |
-

Clasificar y tratar Traumatismo Craneoencefálico

Para clasificar Traumatismo Craneoencefálico en personas adolescentes se procede de la siguiente manera: Efectuar un examen físico rápido y evaluar las constantes vitales para detectar anomalías hemodinámicas, neurológicas y anatómicas.

Evaluación primaria

El examen primario y la resucitación inicial por lo general se realizan en los primeros 5 a 10 minutos y se centran en los riesgos de muerte inmediata. Consiste en la evaluación inicial del estado de la vía aérea, la oxigenación, la ventilación, la perfusión y la función neurológica.

La evaluación primaria incluye:

- a. A-B-C e INMOVILIZACIÓN DE LA COLUMNA CERVICAL
- b. CONSTANTES VITALES: Triada de Cushing
- c. EVALUACIÓN NEUROLÓGICA RÁPIDA: A-V-P-U

A-B-C e inmovilización de la columna cervical

La secuencia de actuación más aceptada es la del ABC. Lo primero es valorar el estado y la permeabilidad de la vía aérea (A) con control estricto de la columna cervical, seguido del control de la ventilación (B), valorando los movimientos toracoabdominales y auscultando ambos campos pulmonares. En la exploración de la circulación (C) se valorará el ritmo y frecuencia cardíaca, así como el estado de perfusión y la presión arterial. En la sección ABC de la reanimación del Cuadro de Procedimientos, se describen detalladamente los signos, la clasificación y las intervenciones de cada caso.

Constantes vitales

Se debe dar especial atención en la tríada de CUSHING:

- Hipertensión arterial
- Bradicardia
- Patrón respiratorio irregular.

La presencia de la tríada de Cushing, indica hipertensión craneana.

Evaluación neurológica rápida: A-V-P-U

La evaluación neurológica rápida forma parte del examen o evaluación primaria, comprende la evaluación de la reacción fotomotora pupilar, el estado de conciencia y ciertos trastornos, localizados como una parálisis o una paresia de una extremidad.

A = ALERTA.

V = Respuesta a estimulación VOCAL.

P = Respuesta al dolor (PAINFUL).

U = Sin respuesta (UNRESPONSIVEL).

Escala de coma de Glasgow

Es una escala neurológica que permite medir el nivel de conciencia de una persona que sufrió un trauma craneoencefálico.

Glasgow Coma Scale (GCS), conocida en castellano como escala de Glasgow, se utiliza **durante las primeras 24 horas posteriores al trauma** y evalúa tres parámetros: la apertura ocular, la respuesta motora y la respuesta verbal. Ver como evaluar en el Cuadro de Procedimientos IMAN.

La puntuación obtenida es empleada para determinar estado clínico del paciente, pronóstico, indicaciones terapéuticas y realizar un seguimiento del estado neurológico. Los valores de los tres indicadores se suman y dan el resultado en la escala de Glasgow. El puntaje total es la suma de los puntos en las 3 categorías.

El nivel normal es 15 (4 + 6 +5) que corresponde a un individuo sano. El valor mínimo es 3 (1 + 1 + 1). La escala de coma de Glasgow provee de un puntaje en el rango 3-15; los pacientes con puntaje de 3-8 son comúnmente denominados que están en coma.

Cuando se emplea en un paciente con trauma craneoencefálico (TCE) se puede clasificar como:

- TCE Leve 14-15 puntos.
 - TCE Moderado 9-13 puntos.
 - TCE Severo igual o menor a 8 puntos (requiere intubación).
-

Evaluación secundaria

El examen secundario continúa y amplía el tratamiento sobre la base de los datos de un examen físico más completo y análisis clínicos más apropiados. Teóricamente esta fase debería completarse en el curso de la primera hora para poder instaurar el tratamiento definitivo u ordenar el traslado seguro del paciente. La secuencia de la evaluación es invariable.

La exploración neurológica (D): debe ser minuciosa si el paciente está consciente, pero en caso de inconsciencia, la exploración se limitará a comprobar la función de la corteza, comprobando periódicamente el estado de conciencia mediante la escala de Glasgow y, por otro lado, la función del troncocerebral, valorando el tamaño y reactividad pupilar, los reflejos corneales y tusígeno, la motilidad ocular y la posición de las extremidades. Las asimetrías en la exploración neurológica denotan focalidad.

Además deben conocerse los síntomas que indican herniación cerebral. Posteriormente, se realizará la exploración completa por aparatos (E).

Los signos para determinar pronóstico riesgo o gravedad se describen a continuación.

- Cabeza:** lesión de cuero cabelludo y/o calota craneana.
- Ojo de mapache:** equimosis periorbitaria uni o bilateral (sospecha de fractura de base de cráneo).
- Signo de Battle:** equimosis por detrás del pabellón auricular (sospecha de fractura de mastoides).
- Pérdida de líquido cefalorraquídeo por nariz, boca u oído:** fractura de base de cráneo.
- Tamaño, simetría y reactividad pupilar:**
 - Anisocoria = compresión del 3er. Par Craneal (nervio motor ocular común) unilateral = herniación cerebral uncal inminente = muerte cerebral.
 - Midriasis bilateral = compresión del 3er. Par Craneal bilateral = muerte Cerebral o anoxia e isquemia graves.
- Reflejo corneal:** ausencia=muerte cerebral.
- Hipema:** hemorragia en la cámara anterior del ojo=traumatismo ocular.
- Cuello:** dolor, deformidad de columna cervical.
- Extremidades:** exploración motora sensitiva
 - Déficit motor: lesión del Sistema Nervioso central o periférico.
 - Déficit sensitivo: generalmente lesión del Sistema Nervioso periférico (médula espinal).

Hay tres cuadros de clasificación para el Traumatismo Craneoencefálico

- Traumatismo craneoencefálico leve
 - Traumatismo craneoencefálico moderado
 - Traumatismo craneoencefálico grave
-

Para clasificar Traumatismo Craneoencefálico, ubique en el Cuadro de Procedimientos que presenta tres maneras posibles de clasificar al o a la adolescente con Traumatismo Craneoencefálico.

Traumatismo Craneoencefálico Leve (verde)

Si la persona adolescente con Traumatismo Craneoencefálico presenta los siguientes signos:

- A-V-P-U: ALERTA
- GLASGOW: 15
- TRÍADA DE CUSHING: ausente
- EVALUACIÓN SECUNDARIA: normal

Clasifique como TRAUMATISMO CRÁNEOENCEFÁLICO LEVE (fila verde) y trate según la situación.

1. Situación favorable

- a. Sin antecedentes de víctimas fatales o lesiones graves en el accidente.
- b. Sin síntomas ni signos de alarma en el momento del evento traumático o después hasta que fue evaluado.
- c. El adolescente podrá ser observado por un adulto responsable.

Conducta

Alta al domicilio con conocimiento por adulto responsable de los SÍNTOMAS Y SIGNOS DE ALARMA Y LAS RECOMENDACIONES DE DÓNDE ACUDIR SIN PÉRDIDA DE TIEMPO EN CASO DE PRESENTARLOS.

2. Situación desfavorable

- a. Con antecedentes de víctimas fatales o lesiones graves en el accidente.
- b. Con síntomas y/o signos de alarma en el momento del evento traumático o después.
- c. La persona adolescente no podrá ser observada por un adulto responsable.

Conducta

Observación en el centro sanitario durante 6 horas para detectar síntomas y/o signos tardíos de lesión intracraneal, que se pueden producir en caso de hematomas epidurales, en los que un período libre de síntomas puede preceder a la aparición de cualquier cambio, en el estado de conciencia u otro signo o síntoma.

Luego de este período transcurrido, sin cambios, se podrá proceder como en la SITUACIÓN FAVORABLE.

Traumatismo Craneoencefálico Moderado (rojo)

Si la persona adolescente con Traumatismo Craneoencefálico presenta los siguientes signos:

- A-V-P-U: RESPUESTA A LA ESTIMULACIÓN VOCAL.
- GLASGOW: 9 a 14.
- TRÍADA DE CUSHING: puede estar presente o no, según exista Hipertensión Intracraneana.

EVALUACIÓN SECUNDARIA: puede presentar algunos signos anormales.

Clasifique como: TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO MODERADO (fila roja) y trate:

1. Instale un ACCESO VENOSO PERIFÉRICO e INICIE APORTE PARENTERAL DE SOLUCIÓN FISIOLÓGICA A NECESIDADES BASALES.
2. Refiera CON URGENCIA a HOSPITAL ESPECIALIZADO para evaluación por Neurólogo y/o Neurocirujano y ESTUDIOS POR IMÁGENES DEL SISTEMA NERVIOSO.

Traumatismo Craneoencefálico Grave (rojo)

Si la persona adolescente con Traumatismo Craneoencefálico presenta los siguientes signos:

- a. A.V.P.U: RESPUESTA A LA ESTIMULACIÓN VOCAL, AL DOLOR O SIN RESPUESTA.
- b. GLASGOW: 8 o menos.
- c. TRÍADA DE CUSHING: puede estar presente o no, según exista Hipertensión Intracraneana.
- d. EVALUACIÓN SECUNDARIA: presenta uno o más signos anormales.

Clasifique como: TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO GRAVE (fila roja) y trate:

1. Instale un ACCESO VENOSO PERIFÉRICO e INICIE APORTE PARENTERAL DE SOLUCIÓN FISIOLÓGICA A NECESIDADES BASALES.
2. Si presenta COMA con GLASGOW de 8 o MENOS, proceda a ASEGURAR LA VÍA AÉREA POR MEDIO DE INTUBACIÓN TRAQUEAL Y VENTILACIÓN ASISTIDA.
3. Refiera CON URGENCIA A HOSPITAL ESPECIALIZADO para evaluación por Neurólogo y/o Neurocirujano y ESTUDIOS POR IMÁGENES DEL SISTEMA NERVIOSO.

Atención primaria ABC de la reanimación

Se consideran a las alteraciones de la conciencia como emergencias potencialmente letales hasta que las funciones vitales estén estabilizadas. Es prioritario estabilizar la vía aérea y la respiración, como se explica en el Cuadro de Procedimientos IMAN.

Bibliografía

- Cuadro de Procedimientos: integración del manejo de adolescentes y sus necesidades IMAN Clínico, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. Año 2011.
- “Guía Nacional de Planificación Familiar y manejo de las infecciones de transmisión sexual” MSPBS. Año 2006.
- “Normas técnico administrativas y de vigilancia del Programa de Inmunizaciones de Paraguay. (PAI)”
- IMAN Servicios. Normas y Atención de la Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes. OMS/OPS. Año 2005.
- Sileo E, Rísquez J, Fernández M, Saéz I, Soriano G, Hoheb D. “Autoevaluación de la maduración sexual del adolescente”. *Ann Ven Nut.* 1989; 2:51-5.
- Izaguirre-Espinoza I, Macías-Tomei C, Sileo E. Evaluación de la maduración. En: López M, Landaeta M, editores. *Manual de Crecimiento y desarrollo.* Caracas: SVPP; 1991. p. 9-15.
- National High Blood Pressure Education Program Working Group on Hypertension Control in Children and Adolescents. The fourth report on the diagnosis, evaluation, and treatment of high blood pressure in children and adolescents. *Pediatrics.* 2004; 114(2):555-76.
- Marshall W.A., Tanner JH. Puberty. In: *Human Growth. A Comprehensive Treatise.* Vol 2. Falkner, Tanner JM, editors. New York: Plenum Press. 1986. p. 171-200.
- Body mass index for age. National Center for Health Statistics. [Cited 2004 Sep28]. Disponible en: www.cdc.gov/nccdphp/dnpa/bmi/bmi-for-age.htm/.
- American Academy of Pediatrics. Prevention of pediatric overweight and obesity. *Paediatrics.* 2003; 112(2):424-30.
- Pietrobelli A, et al. Body mass index as a measure of adiposity among children and adolescents: A validation study. *Journal of Pediatrics.* 1998; 132:204-10.
- Palhamus B et al. Overweight children and adolescents: Recommendations for screening, assessment and management. 2005. Disponible en www.medscape.com/viewprogram/2656
- National Center for Health Statistics. Prevalence of overweight among children and adolescents: United States, 1999-2000. 2004. Disponible en www.cdc.gov/nchs/products/pubs/pubd/hestats/overwght99.htm
- National Center for Health Statistics. Prevalence of overweight among children and adolescents: United States, 1999-2000. 2004. Disponible en www.cdc.gov/nchs/products/pubs/pubd/hestats/overwght99.htm
- Daniels S, Morrison J, Sprecher D, Khoury P, Kimball T. Association of body fat distribution and cardiovascular risk factors in children and adolescents. *Circulation.* 1999; 99:541-45.
- Moran A, et al. Insulin resistance during puberty: results from clamp studies in 357 children. *Diabetes.* 1999; 48(10):2039-44.
- Hayman L, et al. Cardiovascular health promotion in the schools. AHA Scientific Statement. *Circulation.* 2004; 110:2266-75.
- Epstein et al. Increasing fruits and vegetable intake and decreasing fat and sugar intake in families at risk for childhood obesity. *Obes Res.* 2001; 9:171-8.
- Obesity: Assessment and management in primary care. *American Family Physician.* 2001; 63:2185-96.
- Prevention of pediatric overweight and obesity. American Academy of Pediatrics. Policy Statement. *Pediatrics.* 2003; 112(2):424-30.
- Sileo E, Paniz-Mondolfi A. Height after menarche. *Proceedings of the X International Congress of Auxology;* 2004 July 4-7; Firenze, Italy. P.125-6.
- Marshall WA, Tanner JM. Variations in the pattern of pubertal changes in girls. *Arch Dis Child.* 1969; 44:291-303.
- Marshall WA, Tanner JM. Variations in the pattern of pubertal changes in boys. *Arch Dis Child.* 1970; 45:13-23.
- López-Blanco, Espinoza I, Macías-Tomei C, Blanco-Cedres L. ¿La maduración temprana factor de riesgo de sobrepeso y obesidad durante la pubertad? *Arch Lat Nutr.* 1999; 49:13-19.
- Di Noto, Siemaszko K, Méndez Ribas JM. Menarca e higiene menstrual AGORA. 1996; 6:7-16.
- Metcalf MG et al. Incidence of ovulation in the years after the menarche. *J Endocrinol* 1993; 97:213-9.

- Izaguirre-Espinoza I, Macías-Tomei C, Sileo E. Evaluación de la maduración. En: López M, Landaeta M. Editores. Manual de Crecimiento y desarrollo. Caracas: SVPP; 1991. p. 9-15.
- López-Blanco B., Landaeta M., Izaguirre-Espinoza I., Macías-Tomei C. "Crecimiento físico y maduración" en: Estudio Nacional de Crecimiento y Desarrollo Humanos de la República de Venezuela: Proyecto Venezuela. Castellano H M (ed). Vol II. Escuela Técnica Popular Don Bosco. Caracas 1995: 695-750.
- Daniels WA. Sex maturity ratings. J Pediatr. 1979; 95:255-6
- Sáez GI. El enfoque sistémico integrado aplicado al trabajo con adolescente de conducta suicida. Guía de orientación para profesionales de la salud, no especializados en Salud Mental. Trabajo de investigación presentado en el Congreso de Adolescentes. Universidad de Carabobo. Marzo 2004. Valencia. Venezuela.
- Prevención del suicidio. Un instrumento para docentes y demás personal institucional. Programa SUPRE. Trastornos Mentales y cerebrales. Departamento de Salud Mental y Toxicomanías. Organización Mundial de la Salud. Ginebra 2001.
- Gómez Ch, A. La conducta suicida en la práctica psiquiátrica. Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Campus Sur. Universidad de Chile. 2003. DSM-IV.
- Sección de Infectología del Instituto de Medicina Tropical U.C.V. / Sociedad Venezolana de Infectología. Primer Consenso Venezolano de Inmunización en Pacientes Inmunosuprimidos. 2005.
- Centers for Diseases Control and Prevention. Recommended Adult Immunization Schedule. United states, October 2004- September 2005. MMWR 2004; S3:Q17.
- POSITION PAPER IN IMMUNIZATION OF ADOLESCENT MEDICINE SOCIETY. J Med Adolesc 2006: 38
- Zeichner S, Read J. Handbook of Pediatric HIC Care. Lippincott William and Wilkins. 2000.
- WHO. Chronic HIV Care with ARV Therapy. January, 2004.
- VIH/SIDA Simposio (Primera Parte): conceptos actuales. Diciembre de 2005. Disponible en: <http://fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2005/oct-dic05/indice.html>
- Horwood C, Liebeschuetz S, Blaawn D, Cassol S, Qasi S. Diagnosis of pediatric HIV infection in a primary health care setting with a clinical algorithm. Bulletin of the World Health Organization 2003, 81 (12):858-66.
- Diamond S, Dalessio D. Las cefaleas: un enfoque clínico. Editorial Médica Hispanoamericana. 1992.
- Kaniecki R. Headache: Assessment and Management. JAMA 2003; 289(11): 1430-3.
- García-Albea R. Cefalea y Jaqueca. Información Terapéutica del Sistema Nacional de Salud 1999; 23(5):132-9. Disponible en: <http://www.msc.es/estadEstudios/publicaciones/docs/cefalea.pdf>
- Kleinstauber K. Abordaje de la cefalea en niños. Preguntas y respuestas. Rev Ped Elec (en línea) 2005; 2 (1):1-17. Disponible en: http://www.revistapediatria.cl/vol2num1/pdf/2_cefalea.pdf
- Ferrieri P; Jones Criteria Working Group. Proceedings of the Jones Criteria workshop. Circulation. 2002 Nov 5; 106 (19):2521-3.
- Guidelines for the diagnosis of rheumatic fever. Jones Criteria, 1992 update. Special Writing Group of the Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease of the Council on Cardiovascular Disease in the Young of the American Heart Association. JAMA. 1992 Oct 21; 268(15):2069-73. Erratum in: JAMA 1993 Jan 27; 269 (4): 476.
- Correa J, Gómez J, Posada R. Fundamentos de Pediatría. Tomo V. Segunda Edición. Parte XVIII. Corporación para Investigaciones Biológicas. 1999 p.2291-2330.
- Manejo de la rinitis alérgica y su impacto sobre el asma. Guía de bolsillo. Basada en el informe del Taller ARIA. 2001.
- Ucrós S, Caicedo A, Llano G. Guías de pediatría práctica basadas en la evidencia. Editorial Médica Panamericana. 2003 p. 41-86.
- Flores S, Trejo J, Reyes H, Pérez R, Guiscafré H. Guía clínica para el diagnóstico, tratamiento y prevención de las infecciones respiratorias agudas. Rev. Med. IMSS 2003; 41(Supl): S3-S14.
- Tratamiento de Faringoamigdalitis. Criterios Técnicos y Recomendaciones Basadas en Evidencia para la Construcción de Guías de Práctica Clínica. Tomo 17. Departamento de Fármacoepidemiología. Dirección de Medicamentos y Terapéutica. 2005. Disponible en: <http://www.ccss.sa.cr/>.

- Cavagnaro F. Infección urinaria en la infancia. *Rev Chil. Infec.* 2005; 22(2):161-168.
- Sobel JD, Kaye D. Urinary tract infections. En Mandell GL, Bennett JE, Dolin R. *Principles and practice of infectious diseases.* 5º Ed. New York, Churchill Livingstone. 2000; 773-805.
- Greydanus D, Torres A, Wan J. Genitourinary and renal disorders. Chapter 16. In: Greydanus D, Patel D, Pratt H. *Essential Adolescent Medicine.* Michigan – USA. McGraw-Hill, 2006: 329-369.
- Delcore R, Cheung LY. Acute abdominal pain. *ACS Surgery: Principles and Practice* 2004 WebMD Inc. 1-16.
- Puylaert JBCM. Ultrasonography of acute abdomen: gastrointestinal conditions. *Radiol Clin N Am* 2003; 41:1227-1242.
- Kundra V, Silverman PM. Impact of multislice CT on imaging of acute abdominal disease. *Radiol Clin N Am* 2003; 41:1083-93.
- Dolor Abdominal en Urgencias. www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manualdeurgencias
- Sitio de Apoyo a las Enfermedades Infecciosas <http://www.infecto.edu.uy>. Contiene temas como Fiebre de Origen desconocido y Dengue.
- Torres J, Mondolfi A., Sandoval M., Fernández C., Rivera M., y Carvajal A. Consenso de expertos: Tratamiento de la Malaria rava y resistente Barquisimeto, Octubre 2000, Sociedad Venezolana de Infectología.
- Guía de Atención del Dengue <http://medicosgeneralescolombianos.com/Dengue.htm>
- Guía de atención de la Malaria o Paludismo <http://medicosgeneralescolombianos.com/Malaria.htm>
- Aspectos Clínicos y Diagnósticos de la Fiebre por Dengue y Dengue Hemorrágico. MSDS Sociedad Venezolana de Infectología <http://www.svinfectologia.org/index.html>
- Aguado JM, Ruffí G, García Rodríguez JF, Solera J, Moreno S. Protocolos Clínicos S.E.I.M.C. VII. Tuberculosis [Internet]. Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. [Fecha de consulta 15 de julio de 2003]. Disponible en: <http://www.seimc.org/protocolos/clínicos/proto7.htm>
- Grupo de trabajo del área TIR de SEPAR. Recomendaciones SEPAR. Normativa sobre la prevención de la tuberculosis. *Arch Bronconeumol* 2002; 38:441-451 <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pident=13036696>
- García Pais MJ, Rigueiro Veloso MT, Casariego Vales E, Sánchez Corredoira, JC, Varela Otero J, García Rodríguez JF. Tuberculosis. <http://www.fisterra.com/guias2/tuberculosis.asp>
- Directorio de Guías Clínicas en Español. Para Neumonía Adquirida en la comunidad, Neumonía intrahospitalaria, Otras Patologías Respiratorias. http://www.fisterra.com/recursos_web/castellano/c_guias_clinicas.asp#Neumología
- Guía para el diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis en adultos. Ministerio de Salud y Acción Social República Argentina. 1999. EP.TB.11/99 Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Dr. Emilio Coni".
- Infectious Diseases Society of America (IDSA). Practice guidelines for the management of community acquired pneumonia in adults. *Clin Infect Dis* 2000; 31:347-82.
- Eccles M, Rousseau N, Higgings B and Tomas L for the North of England Asthma Guideline Development Group. Evidence based guideline on the primary care management of asthma. *Family Practice* 2001; 18: 223-229 www.medynet.com/elmedico/publicaciones/centrosalud6/387-394.pdf
- The Global Initiative For Asthma - GINA - www.ginasthma.com
- Guía española para el manejo del Asma. <http://www.gemasma.com/documentos.htm>
- Guías Latinoamericanas: Anemia por deficiencia de hierro. AWGLA (Working Group Latin America), Colombia. <http://htmlimg4.scribdassets.com/5479ofv7eofqt9q/images/1-9d1191eacf.jpg>
- CARENANCIA DE HIERRO. SUS REPERCUSIONES EN LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA. Por Prof. José González-Hachero-2012.
- Glader, B. Anemia ferropénica. En Nelson Tratado de Pediatría 17ª edic. R.E. Behrman R. M. Kliegman. H.B. Jen-son (eds) Elsevier. Madrid 2004: 1614-1616.
- Cruz, M. Vela, E. Anemias. En Tratado de Pediatría. II-8ª edic. M. Cruz (ed.) Ergón. Majadahonda (Madrid) 2001: 1404-1420.

- Fisiopatología médica tema 21, alteración en el estado de los eritrocitos: Anemia – <http://nutridieta.com/wp-content/uploads/2009/08/anemia.jpg>
- Educación en promoción y prevención en salud, laboratorio clínico hematológico, anemia, un signo, no una enfermedad laboratorio clínico hematológica. Editora médica combino S.A., Edimeco SA. 5 edición 2010.
- Anemia ferropénica. Guía de diagnóstico y tratamiento comité argentino de pediatría sub comisión, comité y grupo de trabajo. Arch. Argent. Pediatr 2009; 107(4): 353-361 /353.
- Guía clínica de actuación diagnóstica y terapéutica en la anemia ferropénica, Zaragoza, febrero 2004.
- Recomendaciones para la atención clínica de los /las adolescentes 2011, Jujuy y Santiago del Estero. Argentina.
- Universidad Autónoma de Barcelona: comparación de la dosis única semanal de hierro con dosis diaria, para el tratamiento y prevención de la anemia ferropénica en mujeres adolescentes mexicanas.- Tesis de doctorado Lic. Nutrición: Guillermina González Rosenda, noviembre 2002.
- Anemia ferropénica normas de diagnóstico y tratamiento Comité Nacional de Hematología – comité de la SAP. Arch.argent. pediatr 2001: 99(2)/162.
- 33° Congreso Argentino de Pediatría “De lo prevalente, lo prevenible”. Mesa redonda: Anemia en Pediatría, Sociedad Argentina de Pediatría.
- Vázquez-Barquero, José Luis- Psiquiatría en Atención Primaria, 1998, Libro Princeps-Madrid-España.
- Geldoc M., Mayov R., Geddes J.: Oxford Psiquiatría, 2° Edición, 1999, Marben Libros, Madrid-España.
- De Lucas R; Campos L; Quesada A. Dermatología y adolescencia. Medicine 2006; 09: 3958-67.
- Thiboutot D, Gollnick H, Bettoli V, Dréno B, Kang S, Leyden JJ, et al. Global Alliance to Improve Outcomes in Acne. New insights into the management of acne: An update from The Global Alliance to Improve Outcomes in Acne Group. J Am Acad Dermatol. 2009; 60 (Suppl.5):S1-50.
- Bowe W.P, Joshi S.D, Chalita AR. Diet and acne. J Am Acad Dermatol 2010; 63 (1): 124-1411.
- Fried R, Wechsler A. Psychological problems in the acne patient. Dermatol Ther. 2006; 19:237-40.
- Aschoff R, Kempter W, Meurer M. Seborreic dermatitis. Hautartz 2011. 62 (4):297-307.
- Varona P et al. Prevalencia de síntomas de dermatitis atópica en niños y adolescentes en La Habana (2002-2003) Revista Cubana Med. Gen Integr vol.28 no.1 Ciudad de La Habana ene.-mar. 2012



Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Resolución S.G. N° 656-

POR LA CUAL SE APRUEBAN EL MANUAL CLÍNICO Y EL CUADRO DE PROCEDIMIENTOS PARA ADOLESCENTES - IMAN (INTEGRACIÓN DEL MANEJO ADOLESCENTE Y SUS NECESIDADES); Y SE DISPONE SU IMPLEMENTACIÓN Y APLICACIÓN EN TODAS LAS INSTITUCIONES QUE FORMAN PARTE DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

Asunción, 01 de ~~SEPTIEMBRE~~ de 2015

VISTO:

La Nota DGPS N° 500/2015, por medio de la cual la Dirección General de Programas de Salud somete a consideración del Gabinete y solicita la aprobación del Manual Clínico y del Cuadro de Procedimientos para Adolescentes - IMAN (Integración del Manejo Adolescente y sus Necesidades), para su implementación y aplicación en todos los Servicios de Salud; y

CONSIDERANDO:

Que la segunda edición del Manual Clínico y del Cuadro de Procedimientos para Adolescentes - IMAN (Integración del Manejo Adolescente y sus Necesidades), fue revisada y actualizada por la Dirección de Salud Integral de Niñez y de Adolescencia, dependiente de la Dirección General de Programas de Salud, con la participación de representantes de las Sociedades Científicas; de la Facultad de Ciencias Médicas (Especialistas de diferentes áreas), con la cooperación de UNFPA y la Organización Panamericana de la Salud.

Que el "Plan Nacional de la Promoción de la Calidad de Vida y Salud con Equidad de la Adolescencia", establece como prioridades la reducción de la morbimortalidad adolescente y la promoción de estilos de vida saludables, los cuales se llevan adelante mediante la aplicación de normas y protocolos con abordaje integral y enfoque biopsicosocial, apuntando a mejorar la calidad de atención.

Que la Constitución Nacional, artículo 6 DE LA CALIDAD DE VIDA, dispone: "La calidad de vida será promovida por el Estado mediante planes y políticas que reconozcan factores condicionantes, tales como la extrema pobreza y los impedimentos de la discapacidad o de la edad". La misma Carta Magna, en el Artículo 68 determina: "Es responsabilidad del Estado proteger y promover la salud como derecho fundamental de la persona y en interés de la comunidad";

Que la Ley N° 1680/01, el Código de la Niñez y la Adolescencia, en el artículo 3, DEL PRINCIPIO DEL INTERÉS SUPERIOR, dispone: "Toda medida que se adopte respecto al niño o adolescente, estará fundada en su interés superior. Este principio estará dirigido a asegurar el desarrollo integral del niño o adolescente, así como el ejercicio y disfrute pleno de sus derechos y garantías. Para determinar el interés superior o prevaleciente se respetarán sus vínculos familiares, su educación y su origen étnico, religioso, cultural y lingüístico. Se atenderá además la opinión del mismo, el equilibrio entre sus derechos y deberes, así como su condición de persona en desarrollo". En el artículo 13, DEL DERECHO A LA SALUD, expresa: "El niño o adolescente tiene derecho a la atención de su salud física y mental, a recibir la asistencia médica necesaria y a acceder en igualdad de condiciones a los servicios y acciones de promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud. Si fuese niño o adolescente perteneciente a un grupo étnico o a una comunidad indígena, serán respetados los usos y costumbres médico sanitarios vigentes en su comunidad, toda vez que no constituyan peligro para la vida e integridad física y mental de éstos o de terceros". En el Artículo 14°,





Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Resolución S.G. N° 656-

POR LA CUAL SE APRUEBAN EL MANUAL CLÍNICO Y EL CUADRO DE PROCEDIMIENTOS PARA ADOLESCENTES - IMAN (INTEGRACIÓN DEL MANEJO ADOLESCENTE Y SUS NECESIDADES); Y SE DISPONE SU IMPLEMENTACIÓN Y APLICACIÓN EN TODAS LAS INSTITUCIONES QUE FORMAN PARTE DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

01 de SETIEMBRE de 2015
Hoja N° 02/03

determina: *"El Estado, con la activa participación de la sociedad y especialmente la de los padres y familiares, garantizará servicios y programas de salud y educación sexual integral del niño y del adolescente, que tiene derecho a ser informado y educado de acuerdo con su desarrollo, a su cultura y valores familiares". Los servicios y programas para adolescentes deberán contemplar el secreto profesional, el libre consentimiento y el desarrollo integral de su personalidad, respetando el derecho y la obligación de los padres o titulares".*

Que la Ley N° 836/80, del Código Sanitario, en sus Artículos 3° y 4°, dispone que el Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social es la más alta dependencia del Estado competente en materia de salud y aspectos fundamentales del bienestar social; y que la autoridad de salud será ejercida por el Ministro.

Que el Artículo 7° del mismo cuerpo legal dispone: *"Los planes, programas y actividades de salud y bienestar social a cargo de las instituciones públicas y privadas, serán aprobados y controlados por el Ministerio que debe orientarlos de acuerdo con la política de salud y bienestar social de la Nación".* El Artículo 21° establece que: *"Es obligación y derecho de los progenitores el cuidado de su salud y la de su hijo desde el inicio de la gestación";* y el Artículo 22°, que: *"El Estado, protegerá y asistirá sanitariamente al niño desde su concepción hasta la mayoría de edad".*

Que el Decreto N° 21.376/98, en el Artículo 9° numeral 3), establece: que son funciones específicas del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social en el Área de Conclusión de la Salud y del Ambiente Humano: *"Conducir los planes, programas y proyectos de salud pública, coordinando con instituciones sectoriales y extrasectoriales, a fin de racionalizar el uso de los recursos públicos, privados y comunitarios, en consonancia con las estrategias de la descentralización sanitaria, la participación social y la autogestión";* en el Artículo 10°, numeral 1): *"Definir normas generales y específicas de atención en salud, que posibiliten el desarrollo de programas y servicios acordes con la eficiencia, eficacia y calidad de las prestaciones en las áreas de prevención y recuperación en Salud";* y el Artículo 11°, numeral 5): *"Promover la coordinación intra e interinstitucional y multisectorial para el desarrollo armónico de planes, programas y proyectos de promoción de la salud; como igualmente propiciar la inclusión de la salud en la planificación del desarrollo sostenible de la Nación".*

Que en concordancia con lo prescripto por la Constitución Nacional en el Artículo 242° DE LOS DEBERES Y DE LAS ATRIBUCIONES DE LOS MINISTROS, el Decreto N° 21376/98, Artículos 19, y 20 numeral 6 establece que al Ministro de Salud Pública y Bienestar Social compete ejercer la administración general de la institución, como responsable de los recursos humanos, físicos y financieros de la misma.

POR TANTO, en ejercicio de sus atribuciones legales;



"Bicentenario de la Epopeya Nacional: 1864 - 1870"



Poder Ejecutivo
Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Resolución S.G. N° 056.-

POR LA CUAL SE APRUEBAN EL MANUAL CLÍNICO Y EL CUADRO DE PROCEDIMIENTOS PARA ADOLESCENTES - IMAN (INTEGRACIÓN DEL MANEJO ADOLESCENTE Y SUS NECESIDADES); Y SE DISPONE SU IMPLEMENTACIÓN Y APLICACIÓN EN TODAS LAS INSTITUCIONES QUE FORMAN PARTE DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD.

08 de SETIEMBRE de 2015
Hoja N° 03/03

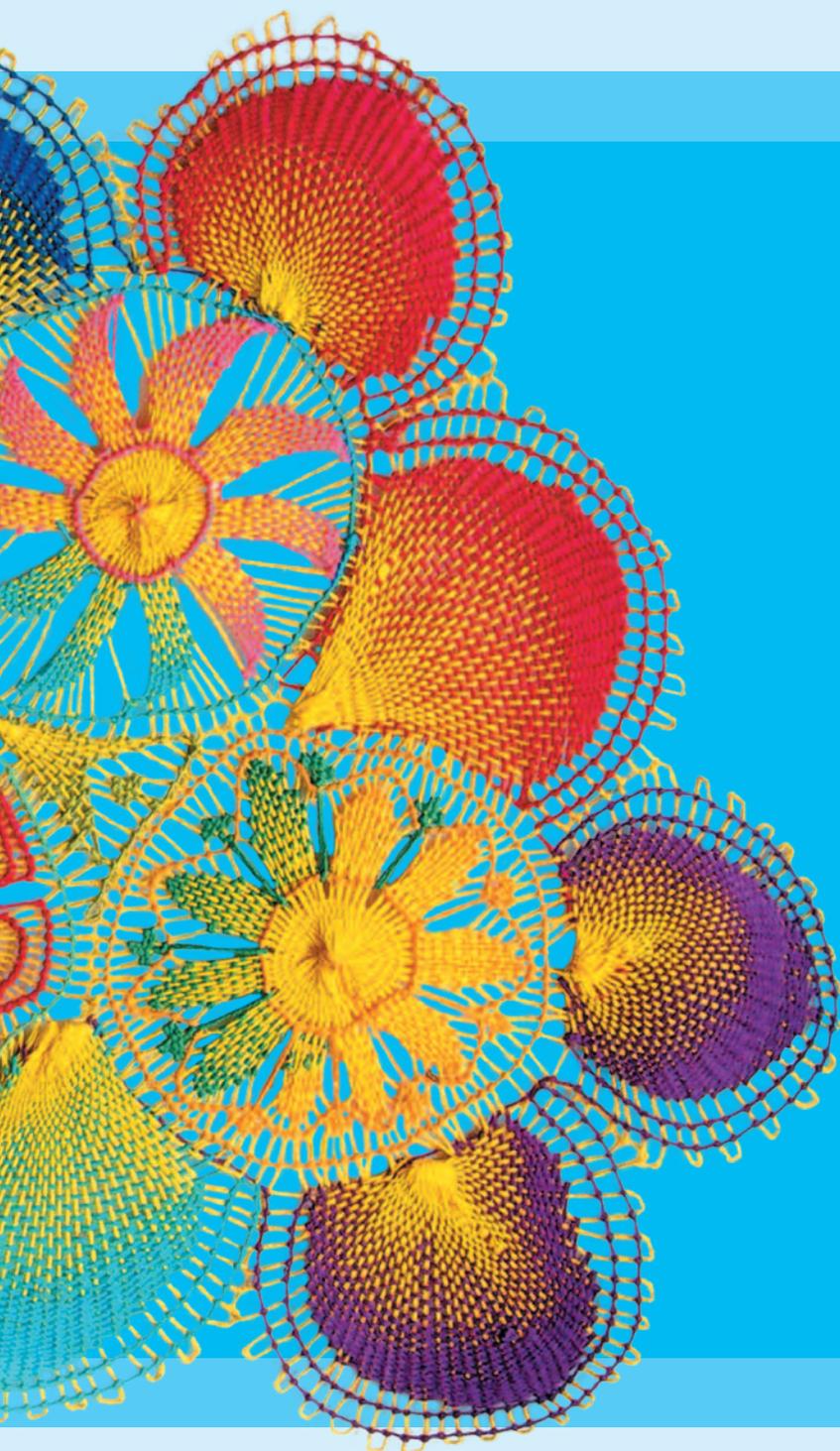
**EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
RESUELVE:**

- Artículo 1º.** Aprobar el **Manual Clínico** y el **Cuadro de Procedimientos para Adolescentes – IMAN (Integración del Manejo Adolescente y sus Necesidades)**, cuyos respectivos ejemplares se anexan y forman parte de la presente Resolución.
- Artículo 2º.** Disponer su implementación y aplicación, a partir de la fecha de la presente Resolución, en todas las Instituciones que forman parte del Sistema Nacional de Salud.
- Artículo 3º.** Comunicar a quienes corresponda y cumplido, archivar.




ANTONIO CARLOS BARRIOS F.
MINISTRO

/lbm



ISBN: 978-99967-36-21-6



9 789996 736216