



IMAN Servicios:

Normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes





La fuerza de la juventud

Integración
del Manejo de Adolescentes
y sus Necesidades

IMAN Servicios:

Normas de atención de salud sexual y reproductiva de adolescentes

Salud del Niño y del Adolescente
Salud Familiar y Comunitaria



Biblioteca Sede OPS - Catalogación en la fuente

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

ISBN 92 75 32599 5

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

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

NLM WS 460

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

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

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

La mención de determinadas sociedades mercantiles o del nombre comercial de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos.

Coordinación:	Dra. Martha Penzo
Revisión técnica:	Dra. Matilde Maddaleno, Dra. Virginia Camacho, Dr. Ricardo Fescina, Dra. Julia Valderrama
Actualización:	Dr. Juan Díaz, Dra. Magda Chinaglia, Dra. Margarita Díaz, Lic. Francisco Cabral
Diseño:	Sylvia Singleton
Fotografías:	© Armando Waak, OPS y Mediolimages, Inc.
Edición:	Marcela Gieminiani

Tabla de Contenidos

PREFACIO	5
INTRODUCCIÓN	7
Situación de salud de los y las adolescentes	8
¿Por qué recomendaciones?.....	12
Marco conceptual	13
SERVICIOS DE SALUD Y RECURSOS HUMANOS	17
IMAN-Servicios	18
IMAN-Recursos Humanos.....	24
MARCO LEGAL.....	26
LA CONSULTA CON LOS Y LAS ADOLESCENTES	29
La confidencialidad.....	31
La familia	35
Salud sexual.....	39
Examen físico.....	41
Crecimiento y desarrollo	43
Pubertad	46
ACCIONES DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN	53
Educación para la salud.....	54
Orientación/Consejería.....	58
ANTICONCEPCIÓN	72
Opciones anticonceptivas.....	79
Antoconcepción de emergencia	89
Criterios de elegibilidad OPS/OMS	95
ABORTO.....	104
Marco legal.....	106
Marco conceptual.....	107
Los métodos y el nivel de atención.....	110
EMBARAZO.....	116
ATENCIÓN DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD.....	122
Trastornos menstruales.....	123
Infecciones genitales.....	133
Infección por VIH/sida.....	150
Alteraciones del crecimiento, desarrollo y la maduración.....	164
Adolescentes y la orientación sexual	172
Abuso sexual y violación.....	174
Salud mental.....	177
Trastornos nutricionales.....	184
Alteraciones de la piel y anexos.....	191
FORMULARIOS Y TABLAS.....	194
BIBLIOGRAFÍA.....	210
COLABORADORES.....	220

Prefacio

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

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

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

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

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

- La mitad de las nuevas infecciones de VIH/sida ocurren en jóvenes de 15 a 24 años de edad.
- En el Cono Sur, la edad promedio de casos de sida es de 27 años, lo que hace de éste un tema crítico para la juventud de la Región.
- Se estima que 5% de los adolescentes varones y 4% de mujeres de 15 a 19 años de edad están infectados con VIH en Haití.
- Entre 25% y 30% de las adolescentes de 15 a 19 años en Brasil, Guatemala, Haití y Perú no saben que una persona infectada con VIH puede tener una apariencia sana.
- La evolución futura de la epidemia de VIH/sida en las Américas dependerá de lo que acontezca con las y los adolescentes y jóvenes.
- Cada año, 15% de la población adolescente de Latinoamérica en edades entre 15 y 19 años se contagia con una infección de transmisión sexual (ITS), y los conocimientos sobre cómo prevenirlas son escasos.

Esta es la segunda edición, ampliada y actualizada, de un documento conjunto de UNFPA y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) publicado originalmente en el año 2000. La presente guía contiene las recomendaciones para la atención integral de salud de los y las adolescentes, con énfasis en la salud sexual y reproductiva, y ha sido actualizada en base a evidencias, siendo consistente con otras guías y manuales publicados por la OMS. No pretende dar normas ni estándares rígidos, sino recomendaciones para ser adoptadas y adaptadas por los países, las regiones y las localidades de acuerdo con su realidad y recursos, desarrollando sus propias normas y estándares.

Un importante número de adolescentes y jóvenes en Latinoamérica y el Caribe no tiene acceso a establecimientos asistenciales que puedan proveer atención de salud sexual y reproductiva, y en aquellos que sí lo tienen, la calidad de la atención debe mejorar y ser más amigable y accesible. En este momento que se está desarrollando la estrategia de Integración del Manejo de Adolescentes y sus Necesidades (IMAN), es muy relevante y oportuno publicar la versión actualizada de esta guía, que pretende ofrecer una herramienta para elevar la calidad de la atención de salud para este grupo etéreo, contribuyendo a la mejoría de su salud integral, incluyendo la salud sexual y reproductiva.

Dr. Ricardo Fescina
 Jefe de la Unidad-Director
 Centro Latinoamericano de Perinatología
 Salud de la Mujer y Reproductiva
 Organización Panamericana de la Salud
 Organización Mundial de la Salud

Dr. Yehuda Benguigui
 Jefe de Unidad
 Salud del Niño y del Adolescente
 Salud Familiar y Comunitaria
 Organización Panamericana de la Salud
 Organización Mundial de la Salud



Situación de salud de los y las adolescentes

Población

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

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

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

América del Norte, 15,3% en el Caribe Latino, y 12,2% en el área Andina (CEPAL 2003). También ha habido un aumento del desempleo entre los jóvenes (15-24 años), quienes actualmente representan la mitad de los desempleados de la Región.

El incremento de la urbanización, el analfabetismo, la pauperización y las iniquidades que ha vivido la Región en la última década, aumentó considerablemente la vulnerabilidad de los y las adolescentes y jóvenes. La cultura urbana de la desigualdad se asocia al crecimiento de la violencia social e intrafamiliar, al tráfico y consumo de drogas, al trabajo infantil, la desocupación de los jóvenes y de los jefes de hogar, además de los nuevos modelos de familia (muchos de ellos con una jefa de hogar mujer). Esta desigualdad se acrecienta, además, por los antiguos estereotipos de género y la ruptura de los lazos sociales solidarios.

Los medios de comunicación compiten en la capacidad de socialización con la escuela y la familia, proponiendo modelos de rápido éxito social y económico, que pretenden integrar a los y las adolescentes y jóvenes a un mercado de consumo que fomenta el consumo de artículos superfluos. Debido a que durante la adolescencia se incrementan las necesidades de experimentación del entorno, aparecen conductas de riesgo que pueden comprometer aún más la salud y el desarrollo. Tal es el caso del consumo de tabaco, alcohol y drogas, las lesiones por causas externas y las relaciones sexuales sin protección, lo que sumado a las situaciones de abuso físico y sexual resultan con frecuencia no sólo en embarazos no deseados, sino también en infecciones de transmisión sexual y VIH/sida.

Vinculado con el avance en el proceso de la transición demográfica, las tasas de fertilidad vienen disminuyendo en todo el mundo, aunque en algunos países de la Región todavía son extremadamente elevadas y a expensas principalmente de las adolescentes y jóvenes. Los países de Latinoamérica y el Caribe con tasas más altas de fecundidad específica de adolescente son: Honduras, República Dominicana, Guatemala, El Salvador y Jamaica y, en el otro extremo, las tasas más bajas de fecundidad adolescente se registran en países como Chile, Estados Unidos, Uruguay, Cuba y Argentina (OPS 2002a).

Morbilidad y vulnerabilidad

Las y los adolescentes se enferman poco, no obstante, muchos de los hábitos perjudiciales para la salud que provocarán morbilidad o mortalidad durante la edad adulta, son hábitos que se adquieren en este periodo (Schutt-Aine 2003). Las principales causas de enfermedad y de los riesgos que los y las adolescentes enfrentan en este periodo están vinculadas a sus estilos de vida.

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

La violencia sexual tiene como víctimas principales a mujeres y niñas y es cometida generalmente por hombres de mayor edad. De acuerdo con el *Informe mundial sobre la violencia y la salud* (WHO 2002b), en algunos países una de cada cuatro mujeres manifiesta haber sido víctima de violencia sexual por parte de su pareja, y una gran parte de las adolescentes ha sufrido iniciación sexual forzada. Es así como se estima que 60% de los embarazos de niñas menores de 15 años son producto de abuso sexual o incesto. El problema de la violencia sexual tiene una marcada diferencia en relación con el género: por cada hombre abusado se cuentan entre 3 y 4 mujeres abusadas sexualmente. Por ejemplo, en el Caribe, 48% de las mujeres refieren que la primera relación sexual fue bajo coerción (OPS, 2000).

Los trastornos mentales como la depresión, el intento de suicidio y el abuso de alcohol y otras sustancias, tienen una alta prevalencia entre adolescentes, lo que explicaría en algunos países el aumento en la tasa de suicidios.

Aunque todavía no hay datos confiables en la Región, es importante mencionar que como consecuencia de una sociedad conservadora y homofóbica, que no respeta el derecho de escoger la pareja sexual sin discriminación y con autonomía para expresar su orientación sexual, también han aumentado las muertes de adolescentes y jóvenes homosexuales (hombres y mujeres), debido a homicidios y principalmente suicidios.

El alcohol es la droga de mayor consumo entre los y las adolescentes. En Chile, entre los 12 y los 18 años el consumo de alcohol llega a 24%, y asciende a 50% entre los y las jóvenes de 19 a 25 años. De ese total, 24% pueden ser considerados bebedores problema. En Estados Unidos, 80% de los y las adolescentes consumen alcohol a los 18 años (Molina y cols 1988). El abuso del alcohol se asocia con las lesiones por causas externas -particularmente lesiones por accidentes de tránsito- principal causa de muerte en adolescentes de la mayoría de los países de la Región. En el año 2000 se reportaron casi 15.000 muertes de adolescentes por accidentes de tránsito, y más de la mitad estaba alcoholizado al momento del suceso. El consumo de tabaco también tiene una alta prevalencia entre adolescentes. Los países con tasas más altas de consumo de tabaco en la Región son Perú, con 57% de adolescentes fumadores entre los 15 y 19 años, y Cuba, con 41%. El consumo de alcohol, tabaco y drogas que eran hábitos principalmente de los hombres, ya pasaron a ser hábitos también de las mujeres en los países en desarrollo.

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

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

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

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

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

Mortalidad

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

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

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

¿Por qué recomendaciones?

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

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

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

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

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

resolver, en el primer nivel de atención, los motivos más frecuentes de consulta de las y los adolescentes, conscientes de que en este nivel normalmente se puede resolver 80% de todas las consultas, por motivos de información, orientación, de atención en salud o enfermedad. Para el 20 % restante se propone la derivación a niveles de mayor complejidad, a pesar de los problemas de accesibilidad que existan, con el fin de garantizar el acceso a especialistas, tecnologías y tratamientos acordes. Estas recomendaciones no fueron diseñadas para el manejo de los técnicos de estos niveles, aunque pueden servir de orientación en algunas oportunidades.

Marco conceptual:

Estrategia IMAN (Integración del Manejo de Adolescentes y sus Necesidades)

Las recomendaciones se inscriben dentro de los **Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)**, y del **Plan de Acción de Salud de Adolescentes de OPS/OMS** y su nueva estrategia **IMAN** (Integración del Manejo de Adolescentes y sus Necesidades), que cuenta con cuatro componentes:

- a) **IMAN-Data**, para mejorar los sistemas de vigilancia, monitoreo, evaluación y recolección de información por edad, sexo y etnia.
- b) **IMAN-Servicios**, para fortalecer el desarrollo, la implementación y evaluación de servicios de calidad para adolescentes y jóvenes.
- c) **IMAN-Recursos humanos**, para la formación de recursos humanos en los temas prioritarios usando tecnologías innovadoras.
- d) **IMAN-Familia y comunidad**, que busca fortalecer el desarrollo de intervenciones eficaces en las familias y en las comunidades con amplia participación juvenil.

En este documento se considera la **salud** como un **proceso construido socialmente**, en contraposición con las perspectivas disyuntivas de los procesos salud- enfermedad, que sostienen el paradigma de salud como la ausencia de enfermedad o aquel que postula la salud como el completo estado de bienestar. Este nuevo modelo incluye, además del saber científico, las concepciones de la población. Exige pensar la salud-enfermedad como un proceso individual y colectivo, entrelazado por diferentes factores; condicionantes socio-económicas, producción socio-histórica de masculinidades-femineidades y sus relaciones; sistemas de valores y creencias en relación con el cuerpo y sus cuidados; modelos científicos de interpretación e intervención técnico-profesional, así como el análisis de las prácticas sociales y de la vida cotidiana.

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

Dentro de esta perspectiva social se destaca el **enfoque de género**, como una manera de analizar los problemas de salud y desarrollo en relación con el modo como adolescentes hombres y mujeres construyen su identidad, su papel, establecen relaciones y construyen y ejercen su autonomía para tomar decisiones. Incorporar el enfoque de género en salud sexual y reproductiva significa, en esencia, promover la disminución de las desigualdades e inequidades de género, principalmente en el campo de las decisiones relacionadas con la sexualidad y la reproducción.

Se considera la salud como **un derecho de ciudadanía** de los y las adolescentes, y se propone a los equipos de salud dar protección a esos derechos, así como al desarrollo humano en todos los ámbitos comunitarios donde se desenvuelven, aumentando la vigilancia de la comunidad hacia situaciones de inequidad y violación.

Se sugiere, entonces, un enfoque centrado en las y los adolescentes, sus derechos, capacidades y necesidades básicas de aprendizaje para el autocuidado de su salud. Este considera que en la salud intervienen no solo las acciones de cuidado que realizan los servicios de salud, sino también y en igual medida, las acciones de autocuidado/cuidado mutuo que llevan a cabo las y los adolescentes a partir de las informaciones y apoyo que obtienen de su red social, y que resultan sustantivas a la hora de tomar decisiones respecto de su propia salud y la de los demás.

Definiciones básicas

A continuación se presentan algunos conceptos y definiciones que son el referencial teórico que deben guiar las acciones en el trabajo con adolescentes y jóvenes, principalmente en salud sexual y reproductiva. Revisarlos es fundamental, ya que habitualmente el concepto determina la acción. Por ejemplo, si manejamos el concepto de que los o las adolescentes no tienen el derecho de decidir sobre sus vidas, o que las decisiones deben ser tomadas por las personas adultas que están en su entorno (profesionales de salud o sus padres), nuestras acciones no incluirán un trabajo de construcción de autonomía y empoderamiento.

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

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

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

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

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

Salud reproductiva: es el estado general de bienestar físico, mental y social -y no solo la ausencia de enfermedad o malestar- en todos aquellos aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. Implica que las personas sean capaces de tener una vida sexual satisfactoria y segura, y que tengan la capacidad de reproducirse y la libertad para decidir hacerlo, cuándo y cómo (UNPOPIN 1994).

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

Propósito

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

Objetivos

1. Proponer al equipo interdisciplinario de salud del primer nivel de atención una guía de prácticas para adecuar el servicio a la prevención y atención integral de los y las adolescentes, poniendo énfasis en la atención de salud sexual y reproductiva con perspectiva de género.
2. Procurar que las y los adolescentes satisfagan, con criterio de calidad, sus necesidades de cuidado, autocuidado/cuidado mutuo de salud, en los servicios del primer nivel de atención.
3. Promover que las y los adolescentes participen de acciones preventivas y de atención clínica que impulsen su desarrollo integral, reconociéndolos como sujetos de derechos, con capacidades y responsabilidades. Estas acciones deberán ser realizadas mediante la articulación de una red de servicios de salud y una red intersectorial de la comunidad.
4. Fomentar que en los tres niveles de atención de salud se aseguren las condiciones básicas de atención de adolescentes, como el derecho a la salud integral, la promoción de la autonomía, el consentimiento, la confidencialidad y la no-discriminación.
5. Servir de apoyo a la capacitación de las y los trabajadores de salud que atienden adolescentes, facilitando el intercambio de experiencias y reflexiones sobre su práctica cotidiana.

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

Servicios de salud Recursos humanos

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



IMAN-Servicios: servicios de salud para las y los adolescentes

Modelos de servicios

La atención de las y los adolescentes debe encararse desde una perspectiva preventiva, transformando la consulta clásica del modelo “curativo” de atención a una que incluya medidas para la detección temprana de riesgos y/o vulnerabilidad y que facilite su participación en el cuidado de su salud.

La atención en salud debe considerar a el/la adolescente como un ser integral, promoviendo su desarrollo en todos los aspectos; debe facilitar el conocimiento y apropiación de su cuerpo y de su sexualidad, y la construcción de su autonomía y autoestima, para que aprendan a comunicarse y a tomar decisiones libres -responsables e informadas- que les permitan construir un proyecto de vida saludable y asumir los diferentes roles que tendrán que enfrentar en la vida adulta, como el rol de ciudadano/a, trabajador/a, rol de pareja, de padre y madre, rol de cuidador/a o mantenedor/a de la casa.

Servicios de salud de calidad para los adolescentes

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

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

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

Principios

Necesidades, demandas, experiencias y expectativas de salud de las y los adolescentes	Los servicios de salud de calidad para adolescentes deben:
<p>El proceso de decisión de las y los adolescentes de acudir o no a los servicios de salud puede estar influido por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Su propia percepción acerca de la salud y la enfermedad, que dependiendo de sus creencias e idiosincrasias individuales (género, educación, cultura y antecedentes étnicos) puede inducirlos a buscar tratamiento (convencional, tradicional, alternativo), a automedicarse, o a no buscar atención o tratamiento en los servicios de salud. • Que a pesar de que éstos estén disponibles, los servicios convencionales no satisfacen sus necesidades, prioridades y preferencias. • Que consideran que los servicios no respetan sus derechos de respeto, confidencialidad y entorno favorable, o porque no son servicios de salud diferenciados por edad y género. • La manera como el equipo de salud trata a las y los adolescentes y jóvenes, sin respetar su capacidad de tomar sus propias decisiones e influenciando o decidiendo por ellos mismos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ser organizados con participación de los propios adolescentes y jóvenes. • Orientarse a la comunidad. • Orientarse a la familia. • Centrarse en las personas, estar dirigidos, responder y ser sensibles a las necesidades, las demandas, las expectativas y las experiencias de las y los adolescentes. • Promover el autocuidado, tomar en cuenta la forma como las personas perciben su propia salud y la manera como toman las decisiones. También deben saber si están satisfechas con ellas mismas. • Orientarse a la promoción y a la prevención. • Ser integrales, incorporar promoción de la salud, prevención de enfermedades, asistencia y rehabilitación, y respaldar a las personas desde una perspectiva física, psicológica y social. • Ser integrados y coordinados con otros niveles de atención. • Considerar a las personas en su ciclo de vida, no limitando la atención de la salud a un determinado episodio de enfermedad. Debe asegurar la continuidad de la atención en todas las etapas de la vida.

Servicios de salud de calidad para las y los adolescentes

Características	¿Cómo lograrlo?
Accesibles geográficamente	<ul style="list-style-type: none"> • En el primer nivel de atención, o en lugares no convencionales como clubes, escuelas u organizaciones juveniles y religiosas, cerca de los lugares frecuentados por las y los adolescentes.
Accesibles en horarios	<ul style="list-style-type: none"> • Horarios flexibles y amplios, que además presten servicio fuera de los horarios escolares y/o de trabajo.
Precio accesible	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios preferentemente gratuitos.
Accesibles culturalmente para la diversidad de adolescentes y que atiendan de manera equitativa	<ul style="list-style-type: none"> • Adaptados a la edad, desarrollo, preferencias y contexto cultural. Esta adaptación debe hacerse con la participación de las y los adolescentes. • Adaptados a la cultura y etnias locales en el lenguaje y preferencias, sin discriminación. • Capacitar a los equipos de salud para comunicarse con las y los adolescentes, para que respeten sus derechos y atiendan sin preconceptos ni discriminación.
Confidenciales	<ul style="list-style-type: none"> • Normas claras de confidencialidad, visibles en el servicio para los y las adolescentes y sus padres/madres. • Ofrecer anticoncepción en estos espacios confidenciales para evitar la concurrencia de adolescentes a servicios de planificación familiar para adultos, donde puedan ser identificados/as.
Integrales	<ul style="list-style-type: none"> • Atención preventiva primaria, secundaria y/o terciaria de los aspectos biopsicosociales. • Articulados a una red de servicios e instituciones de la comunidad.
Con enfoque de género	<ul style="list-style-type: none"> • Servicios para hombres y mujeres. • Oferta de orientación y talleres que permitan analizar y disminuir la inequidad de género y empoderar y desarrollar la capacidad de decisión de adolescentes mujeres y hombres sobre su salud y sexualidad, y facilitar la construcción de un proyecto de vida con más salud. • Con permanente reflexión de los equipos de salud sobre los estereotipos de género que ellos manejan y que pueden sostener la inequidad entre hombres y mujeres, a través de sus prácticas.
Con intervenciones sustentables	<ul style="list-style-type: none"> • Articulados con proyectos preventivos ya conocidos por la comunidad. • Con propuestas autogestionadas por la comunidad. • Con apoyo de recursos incluidos en el presupuesto del Estado.
Con capacitación permanente	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación en servicio sobre la base de casos concretos, interdisciplinaria y con propuestas de mejoramiento de la calidad de atención que incluya el análisis de la perspectiva socio-emocional de los y las adolescentes y los trabajadores de la salud.
Evaluables periódicamente	<ul style="list-style-type: none"> • Con la participación de adolescentes, sus padres/madres y otras personas que trabajen en la red de instituciones y organizaciones de la comunidad. • Establecimiento de indicadores de proceso y de resultados.

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

Acciones	¿Cómo lograrlas?
Educación para la salud	<ul style="list-style-type: none"> • Promoviendo el autocuidado/cuidado mutuo de la salud en su práctica cotidiana. • Facilitando el mejoramiento de la calidad de vida y la adopción de estilos de vida saludables. • Favoreciendo el desarrollo de aptitudes, habilidades, autoconocimiento, autoestima y otras características individuales. • Promoviendo el respeto a la diversidad y la responsabilidad y ética individual y social.
Salud sexual y reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> • Promoviendo los derechos sexuales y reproductivos de mujeres y hombres. • Facilitando las decisiones libres, informadas y pensadas. • Proporcionando orientación y métodos anticonceptivos y de protección, y estimulando siempre la doble protección. • Facilitando la disminución de las inequidades de género y el empoderamiento de las mujeres para exigir el uso del condón, o decir no a una relación sexual desprotegida. • Brindando atención prenatal del parto y puerperio, y cuidado perinatal. • Desarrollando actividades para prevenir las infecciones de transmisión sexual y VIH/sida, así como el embarazo no planificado. • Proporcionando orientación para prevenir la violencia sexual y atención a las y los adolescentes que lo necesiten. • Desarrollando actividades de prevención del cáncer de cuello uterino y de mama.
Atención de patologías transmisibles	<ul style="list-style-type: none"> • Protocolos adaptados localmente.
Atención de la emergencia	<ul style="list-style-type: none"> • Articulando una red de salud que garantice la asistencia de emergencias, por ejemplo, las vinculadas con lesiones por causas externas o, en salud sexual y reproductiva, incluyendo la anticoncepción de emergencia.
Medicación e insumos	<p>Ofreciendo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vacunas. • Suplementación alimentaria. • Métodos anticonceptivos, incluyendo los preservativos y la anticoncepción de emergencia. • Medicamentos básicos específicos para tratamientos de enfermedades agudas y/o crónicas y para el tratamiento de las ITS.

Redes de servicios de salud y redes intersectoriales

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

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

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

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

1. La organización de una base de datos actualizada sobre las instituciones y organizaciones de la comunidad, sus acciones, su historia y los marcos conceptuales, horarios de atención y nombre de los que trabajan con adolescentes, incluyendo el nombre de las personas de referencia.
2. Que todas las instituciones que trabajan con adolescentes respeten y reconozcan a las y los adolescentes como sujetos de derechos y protagonistas de sus acciones.
3. La difusión a través de carteles, en sala de espera del servicio, por medio de afiches, en medios de comunicación masivos, en clubes y en todos los lugares frecuentados por los adolescentes, de las acciones de las instituciones en la comunidad, con nombre de las personas de referencia y horarios claros de atención.
4. Reuniones periódicas con las personas de contacto de las instituciones para coordinar actividades y propuestas, con la participación de adolescentes y jóvenes.
5. Reconocimiento y respeto por el campo, trayectoria y lógica de las instituciones y organizaciones de la comunidad.
6. Capacitaciones conjuntas.
7. Comunicación conjunta a la comunidad de los servicios ofrecidos.

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

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

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

El enfoque integral significa que, independiente del tipo de atención que el o la adolescente procura, la persona que lo atiende debe tener su mirada en el joven como un todo -con todos sus aspectos- y teniendo en cuenta sus necesidades y características. Debe, también, referirlo para otras atenciones. Por ejemplo, una adolescente que consulta por problemas menstruales puede también necesitar una atención dental o verificar sus vacunas; o una adolescente que consulta por sus vacunas puede estar necesitando un método anticonceptivo.

El enfoque integral se facilita con un formulario de **Historia Clínica Integral** y hace posible que cualquier persona del equipo de salud sea una **puerta de entrada** al servicio, por ejemplo cuando:

- El/la trabajador/a social recibe la pregunta sobre derechos de paternidad o maltrato y realiza visitas comunitarias a las familias en mayor riesgo.
- El/la psicólogo/a recibe la consulta por orientación vocacional o trastornos emocionales, o interviene con psicoterapias en el nivel individual, grupal y familiar.
- El/la médico/a, enfermero/a, recibe la consulta de control de salud para la escuela, o para la práctica de deportes, o por la simple demanda de un problema de salud.
- El obstetra/matrona recibe la demanda de atención de un probable embarazo.

- El/la odontólogo/a recibe la demanda de los problemas bucales, o realiza el control escolar, o interviene en la reparación de problemas odontológicos.
- El/la educador/a recibe la demanda en consejería e interviene en las dificultades en la escuela.
- El/la promotor/a de salud recibe la consulta acerca las intervenciones del servicio a la comunidad.

Cualquiera que sea su disciplina, el trabajador y/o el equipo de salud deberían desarrollar las siguientes competencias:

IMAN-Recursos humanos: principales competencias de las personas del equipo de salud para adolescentes

1. Gustar de trabajar con adolescentes
2. Tener habilidades de comunicación para establecer y crear vínculos positivos y de confianza con las y los adolescentes y con sus padres y madres o responsables.
3. Tener conocimientos teóricos actualizados y competencia en todo lo que se refiere a la sexualidad y a la salud sexual y reproductiva.
4. Respetar y promover los derechos de los y las adolescentes dentro y fuera del servicio de salud.
5. Tener una postura ética, abierta, flexible, respetar y saber cómo atender con justicia y sin discriminación a las diversidades de adolescentes (étnicas, culturales, de edad, orientación sexual, con discapacidades, etc.)
6. Escuchar atentamente la demanda de las y los adolescentes y evaluar sus necesidades en forma participativa, a fin de arribar a un diagnóstico de situación y proponer las intervenciones necesarias para alcanzar el diagnóstico integral, que incluye el examen físico completo realizado por la persona **técnica adecuada**.
7. Saber manejar las metodologías educativas y las técnicas participativas.
8. Realizar acciones de promoción e **intervenciones preventivas**.
9. Tener la capacidad para reconocer y respetar la competencia de cada disciplina, interactuando con ella.
10. Trabajar en coordinación con otras instituciones y conocer perfectamente las instituciones de referencia.
11. Abordar los aspectos relativos al género desde una perspectiva crítica y transformadora, teniendo especial cuidado en no reproducir, sobre la base de sus propias concepciones, estereotipos de género que dificulten el desarrollo y la salud de los y las adolescentes.
12. Encarar la atención desde una perspectiva de derecho, evitando la discriminación por cualquier motivo.

Marco legal

Marco legal

Marco legal

Marco legal

Marco legal

Marco legal



Marco legal

La **Convención de los Derechos del Niño** generó un nuevo escenario para la salud de los niños y las niñas y de los y las adolescentes, y **se constituye en el principal instrumento de protección de las personas desde el nacimiento y hasta la juventud.**

La **Convención de los Derechos del Niño** establece que:

“...todo ser humano menor de 18 años de edad, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad”...

1. Tiene derecho a que se le provea de ciertos bienes y servicios (nacionalidad, nombre, salud, etc).
2. Tiene derecho a ser protegido de ciertos actos de crueldad (tortura, explotación, etc).
3. Tiene derecho a actuar, tiene voz y debe participar en las decisiones que incidan en sus propias vidas.

Las reformas de las constituciones de los países de Latinoamérica y el Caribe incluyeron, con rango constitucional (de ley suprema de la nación), la Convención de los Derechos del Niño y todos los tratados y acuerdos sobre derechos humanos. Por lo tanto, **los tratados o acuerdos entre los países son obligatorios** para los que los ratificaron, aunque pueden tener distintos nombres: convención, pacto, tratado o protocolo.

Se relacionan con la salud de adolescentes:

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

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

Declaraciones y resoluciones de la ONU:

1. **Cumbre Mundial a Favor de la Infancia**, 1990
2. **Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo**. El Cairo, 1994
3. **Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social**. Copenhague, 1995
4. **Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer**. Beijing, 1995
5. **Cumbre Mundial de la Tierra**. Río de Janeiro, 1997
6. **Cumbre del Milenio**. Nueva York, 2000
7. **UNGASS de VIH/sida**, 2001
8. **UNGASS de Niñez**, 2002

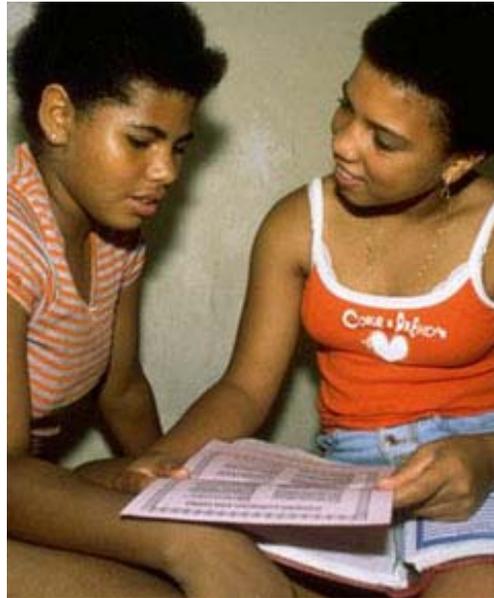
Hay que considerar que, en general, las leyes de la mayoría de los países de la Región, crean limitaciones legales para el ejercicio de los derechos de los y las adolescentes, principalmente en el campo de la salud sexual y reproductiva. Esto ha producido un aumento de su vulnerabilidad en esa área de la salud ya que genera miedos y contradicciones desde el punto de vista legal y ético lo que, frecuentemente, son obstáculos para que los/as profesionales puedan implementar acciones que, efectivamente, disminuyan su vulnerabilidad en ese campo de la salud.

Por lo tanto, aunque las declaraciones y resoluciones anteriores no sean obligatorias, ellas deben ser ampliamente divulgadas ya que refuerzan la necesidad de garantizar acciones, políticas públicas y cambios en las leyes para que los/as adolescentes puedan efectivamente ejercer sus derechos a la salud, incluyendo la salud sexual y reproductiva. Es importante que los adolescentes sean los sujetos y artífices principales de su proceso de desarrollo como personas y ciudadanos, de modo que construyan un proyecto de vida con menos riesgos y más saludable.

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

La consulta

La consulta
La consulta



La consulta con las y los adolescentes

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

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

El consentimiento

Obtener el consentimiento implica:

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

La confidencialidad

La confidencialidad es un elemento fundamental para atender a las necesidades de salud de adolescentes en la consulta ya que busca establecer una relación de confianza entre el/la adolescente y el/la profesional de salud. Una vez establecido el vínculo aumenta la posibilidad de que los y las adolescentes expongan sus necesidades, preocupaciones y pedidos de ayuda para enfrentar problemas de salud, como por ejemplo, las infecciones de transmisión sexual -incluido el VIH/sida- anticoncepción, depresión y consumo de drogas, y denuncias por negligencia o abuso sexual, entre otros.

Los siguientes procedimientos se recomiendan con el fin de garantizar a el/la adolescente una atención con confidencialidad:

- Las normas deben ser claras tanto para los y las adolescentes, como para padres y madres.
- Exhibir las normas de confidencialidad del servicio mediante cartillas y/o afiches en la sala de espera. Esta actitud facilita la adhesión de padres, madres y adolescentes.
- Debe garantizarse que **al menos una parte de la entrevista se lleve a cabo a solas con el/la adolescente**, si éste así lo desea.
- Aclarar que **el compromiso de confidencialidad no es recíproco**, sino que es solo obligación del trabajador de salud. Debe alentarse a el/la adolescente a discutir los temas o situaciones que le preocupan y que fueron tratados en la consulta con su familia, a fin de obtener apoyo.
- Las consultas hacia el equipo de salud por parte de los padres solo deben ser hechas en la presencia de el/la adolescente y con su previa autorización.
- Debe ser estimulado el diálogo entre el/la adolescente y su familia. Tener presente que la participación activa de los y las adolescentes no excluye a los padres y las madres.

Se debe procurar mantener la confidencialidad en todo momento, con las siguientes excepciones:

- Situación de riesgo de vida inminente para el/la adolescente o para terceros. Por ejemplo, intentos de suicidio y depresión severa, entre otros.
- Enfermedad mental que implique pérdida del sentido de la realidad.
- Dependencia a drogas
- Déficit intelectual importante
- Otras situaciones condicionadas por normas legales vigentes en cada comunidad o país.

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

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

La historia clínica

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

Si el servicio de salud ya dispone de un modelo de historia clínica, se sugiere analizar la capacidad que tiene ese formulario para relevar los aspectos integrales de la salud de los y las adolescentes, utilizando como indicadores las áreas que aborda la **Historia del Adolescente del Sistema Informático del Adolescente (SIA)** del Centro Latinoamericano de Perinatología, Salud de la Mujer y Reproductiva (CLAP)*.

La Historia del Adolescente tiene una estructura modular. El formulario base sirve de orientación para que el/la trabajador/a de salud efectúe todas las **acciones mínimas** indispensables (y evite los olvidos) para brindar asistencia de calidad. Cuando se detecten patologías o situaciones conflictivas que superen este formulario deberán usarse formularios adicionales. Por ejemplo, en casos de trastornos de la alimentación, consumo de drogas, etc.

Si se trata de el control prenatal de una adolescente embarazada, es recomendado que junto con el llenado de la **Historia de la Adolescente y el Formulario de Salud Reproductiva** se llene además el formulario **Historia Clínica Perinatal del Sistema Informático Perinatal (SIP)** (Ver Formularios y Tablas, página 194).

* Más información en Publicación CLAP/OPS N° 1454. Cómo usar el Sistema Informático del Adolescente (SIA), Formulario de Salud Sexual y Reproductiva e Historia Clínica Perinatal del Sistema Informático Perinata (SIP) <http://www.clap.ops-oms.org/>

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

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

Anamnesis

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

Realización de la anamnesis	
La entrevista con el/la adolescente:	<ul style="list-style-type: none"> • Es necesario respetar la voluntad de el/la adolescente en cuanto si la entrevista será a solas o acompañado/a. Es recomendable, en algún momento, hacer la entrevista a solas. Esto permite que el/la adolescente aprecie el interés del equipo hacia él o ella, demostrando que es un sujeto de derechos y un ser diferente a sus padres. • Se recomienda que la privacidad sea mantenida durante el examen físico, pero se debe consultar con el/la adolescente si desea que sus padres estén presentes en ese momento de la consulta. Es necesario tomar precauciones para que el examen genital de un/a adolescente sea realizado siempre por un/a profesional de salud capacitado/a y habilitado para la función, y en presencia de una enfermera o auxiliar de enfermería, nunca a solas.
La entrevista con los padres:	<ul style="list-style-type: none"> • El aporte de antecedentes personales y familiares y la historia psicosocial de el/la adolescente que traen los padres, facilita el enfoque evolutivo y la visión de los entornos. • Si el padre y/o la madre concurren a la consulta, es importante incluirlos en la segunda parte de ella, pero con la autorización de el/la adolescente.
La entrevista con el/la adolescente y sus padres:	<ul style="list-style-type: none"> • La interacción adolescente-padre/madre es un importante aporte diagnóstico y pronóstico. • Se deben estimular los aspectos positivos que se han percibido en la consulta. También involucrar a el/la adolescente en la sospecha o certeza diagnóstica y entregar herramientas para resolver los aspectos que interfieren con su desarrollo y que han sido identificados.

Detección de riesgos y factores de protección

Cuando el/la adolescente asista a una consulta preventiva o demande atención por una patología, el abordaje en la entrevista debe ser integral, o sea, debe abarcar todas las áreas y los entornos donde éste se desenvuelve. Investigar sus antecedentes personales y familiares, estructura y vínculos en la familia, los amigos, vivienda, educación, trabajo, vida social, hábitos de vida, sexualidad, situación psico-emocional y desarrollo cognitivo, darán una idea integral sobre su situación. Esto permitirá detectar aquellas situaciones que aumentan la posibilidad de sufrir un daño (riesgo) y/o los factores protectores o de resiliencia, entendida como la combinación de factores (fuerzas y recursos) que ayudan a los niños y adolescentes a manejar los problemas y adversidades de la vida.

Es conveniente comenzar con preguntas generales, como los datos filiales, antecedentes familiares y personales y enfermedades de la infancia, hasta que el/la adolescente y el/la trabajador/a de la salud ganen confianza mutua para abordar posteriormente aspectos más delicados (consumo, sexualidad, etcétera).

Familia

En América Latina y el Caribe, la familia es probablemente el factor más importante que contribuye al desarrollo y salud del adolescente. La familia es un factor protector en la vida de los jóvenes.

Qué investigar	Aspectos a considerar:	Algunas preguntas relevantes
Estructura familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Diagrama familiar. • Incluir tres generaciones y nuevas parejas de los padres. 	<p>¿Cómo está compuesta la familia? ¿Qué significa para el/ella el grupo familiar? ¿Con quién convive? ¿Dónde? ¿Comparte la cama? ¿Con quién? ¿Cuándo? ¿Con quién se lleva mejor/tiene más confianza? ¿Con quién tiene más dificultades?</p>
Nivel socioeconómico de la familia	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de vivienda. • Hacinamiento. • Provisión de agua y eliminación de excretas. • Tipo de empleo de los padres. • Ingreso familiar. • Nivel educativo de los padres. 	<p>¿Cómo es la casa donde vive? ¿De qué son los techos, los pisos? ¿El baño, dónde queda? ¿Cuántos cuartos tiene (sin considerar baño ni cocina)? ¿Cuántas personas viven en la casa? ¿Cómo se abastece de agua? ¿Hay eliminación diaria de los residuos domiciliarios? Tipo de eliminación de excretas.</p>
Funcionalidad familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Modo de interacción familiar. • Cohesión. • Comunicación (capacidad de expresar afecto y apoyo emocional). • Adaptabilidad (capacidad de cambiar las normas de funcionamiento y evolucionar). • Capacidad de solucionar problemas. • Roles en la familia. • Estructura de poder. • Capacidad de comunicación con otras familias y la comunidad. • Diferenciación: modo como la familia aborda los noviazgos, amistades y miembros que salen y entran en la familia. 	<p>¿Qué actividades realizan juntos? ¿Cuándo comparten la comida? ¿Cómo toman las decisiones? ¿Cómo son los días con su familia?</p>

Qué investigar	Aspectos a considerar:	Algunas preguntas relevantes
Percepción de el/la adolescente de su relación familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Se siente escuchado/a. • Se siente protegido/a. • Se siente acompañado/a. • Se siente aceptado/a. • Se siente rechazado/a. • Se siente ignorado/a. 	<p>¿Cómo siente que es la relación que tiene con su familia la mayor parte del tiempo?</p> <p>¿Cómo lo tratan?</p> <p>¿Cómo trata a los demás?</p>
Antecedentes de salud de la familia	<ul style="list-style-type: none"> • Problemas psicosociales o clínicos que hayan requerido tratamiento. 	<p>¿Hay problemas de salud crónicos, por ejemplo, hipertensión, diabetes o tuberculosis? ¿Cirugías?</p> <p>¿Causa de muerte de los familiares más directos?</p> <p>¿Alguien en su familia ha tenido problemas por consumo de alcohol y/o drogas, psicofármacos, violencia, problemas legales?</p> <p>¿Hay antecedentes de suicidios o intentos de suicidio?</p>

Educación

Qué investigar	Algunas preguntas relevantes
Rendimiento escolar	<p>¿Cómo le está yendo en la escuela o el liceo?</p> <p>¿Cursa el año que le corresponde para su edad?</p> <p>¿Repitió algún curso?, ¿cuándo?</p> <p>Si le va mejor o peor que a sus compañeros</p> <p>¿Asiste regularmente?</p> <p>¿Qué dificultades tiene?</p> <p>¿Pretende continuar estudiando o no?</p>
Apoyo familiar	<p>¿Participa la familia en actividades escolares?</p> <p>¿Lo/la apoyan para continuar los estudios?</p>
Vínculos en la escuela	<p>¿Cómo es la relación con los compañeros/as y/o docentes?</p> <p>¿Se siente aceptado/a, querido/a rechazado/a, ignorado/a?</p>
Satisfacción escolar	<p>¿Le gusta la escuela?</p> <p>¿Le gusta o no ir a la escuela?</p> <p>¿Pasa buenos momentos en la escuela?</p> <p>¿Qué es lo que no le gusta de la escuela?</p>
Indicadores de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Insatisfacción o conflictos con la escuela, los profesores, maestros y compañeros/as. • Bajo rendimiento escolar en relación con sus compañeros/as. • Abandono escolar o faltas injustificadas. • Problemas económicos o laborales que entorpecen su escolaridad. • Problemas de conducta. • Problemas de aprendizaje. • Repetición de grado.

Trabajo

Qué investigar	Algunas preguntas relevantes
Trabajo y condiciones	<p>¿A qué edad empezó a trabajar?</p> <p>¿Qué horario tiene?</p> <p>¿Grado de cumplimiento?</p> <p>¿Características y seguridad en el trabajo?</p> <p>¿Seguridad social?</p>
Vínculos en el trabajo	<p>¿Cómo se relaciona con sus compañeros/as y jefaturas de trabajo?</p> <p>¿Se siente aceptado/a, querido/a rechazado/a, ignorado/a?</p> <p>¿Sanciones?</p> <p>¿Cómo se siente?</p>

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

Red social

Qué investigar	Algunas preguntas relevantes
Actividades e integración social	<p>¿Qué hace en su tiempo libre?</p> <p>¿Practica deportes, va a fiestas, bailes, actividades artísticas o culturales, o alguna actividad fuera de la escuela?</p> <p>¿Forma parte de alguna pandilla, o tiene amigos/as que integran una pandilla?</p> <p>¿Tiene algún tipo de práctica religiosa?</p> <p>¿Con quién se relaciona bien?</p> <p>¿Con quién se relaciona mal?</p>
Reconocimiento social	<p>¿Cómo es la relación con sus compañeros/as?</p> <p>¿Se siente aceptado/a, querido/a, rechazado/a, ignorado/a?</p>
Capacidad de intimar	<p>¿Tiene algún chico/a con quien sale o se siente atraído/a?</p> <p>¿Tiene algún amigo/a a quien le cuenta sus cosas?</p>
Referente adulto	<p>¿Tiene algún adulto con quien comparte sus alegrías y problemas?</p>
Indicadores de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • Aislamiento excesivo y ausencia de relaciones íntimas pueden ser indicadores de depresión. • Los integrantes de pandillas tienen mayor riesgo de violencia. • Falta de práctica de deportes o actividades artísticas o culturales.

Salud sexual

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

Un **desarrollo sexual saludable** depende de la satisfacción de las necesidades básicas humanas como son el deseo de contacto, la intimidad, la expresión emocional, el placer, la ternura y el amor. Una **conducta sexual saludable** implica una madurez psicológica y cognitiva que permite a la persona tomar decisiones que no coloquen en riesgo su salud.

Las y los **adolescentes sexualmente saludables** son capaces de comunicarse con su familia, de interactuar con sus pares en forma respetuosa y de expresar su amor e intimidad de manera apropiada. Comprende las consecuencias de su conducta sexual especialmente con referencia a los cuidados relativos a la reproducción y las infecciones de transmisión sexual.

La adolescencia es un momento oportuno para abordar la salud sexual y las inquietudes sobre la sexualidad.

Qué investigar	Algunas preguntas relevantes
Capacidad de intimar	<p>¿Conoce algún chico/a por quien siente deseo, atracción o enamoramiento?</p> <p>¿Tiene o tuvo algún novio o novia?</p> <p>¿Cómo acuerda las expresiones de afecto y sexualidad que está dispuesto a aceptar en su noviazgo?</p> <p>Si siente celos ¿Cómo los maneja?.</p>
Salud sexual y reproductiva	<p>¿A qué edad tuvo su primer sangrado menstrual?</p> <p>¿A qué edad tuvo su primera polución?</p> <p>¿Tiene o ha tenido relaciones sexuales?</p> <p>¿A qué edad fue su primera relación sexual?</p> <p>¿Cuántas parejas sexuales ha tenido?</p> <p>¿Siente placer? ¿Tiene algún temor?</p> <p>¿Se ha masturbado o se masturba?</p> <p>¿Ha tenido algún problema de función sexual?</p> <p>¿Cuál es su orientación sexual?</p> <p>¿Conoce el ciclo sexual femenino?</p> <p>¿Cuándo fue su última menstruación?</p> <p>¿Sus ciclos menstruales son regulares?</p> <p>¿Conoce y usa métodos anticonceptivos? ¿Cuáles?</p> <p>¿Conoce y practica la doble protección?</p> <p>¿Ella ha estado embarazada? ¿Él ha embarazado a alguna compañera?</p> <p>Reelaboración de proyectos a partir del embarazo o un aborto.</p> <p>¿Sabe lo que es una infección de transmisión sexual?</p> <p>¿Cuáles conoce? ¿Conoce sus síntomas?</p> <p>¿Conoce el VIH/sida? (realizar un breve interrogatorio para confirmar si realmente tiene conocimientos)</p> <p>¿Conoce los mecanismos de contagio?</p> <p>¿Conoce los mecanismos para evitarlo?</p>
Aspectos de género	<p>Consultar acerca de las relaciones entre hombres y mujeres en su familia y en su entorno, valores y experiencias, si está empoderado/a o no.</p>
Violencia	<p>¿Cuál es su percepción de violencia?</p> <p>¿Ha sufrido abuso sexual y/o violencia?</p>
Indicadores de riesgo	<ul style="list-style-type: none"> • El inicio precoz de las relaciones sexuales sin protección aumenta el riesgo de contraer ITS y VIH/sida, y de un embarazo no planeado. • Cambios frecuentes o múltiples parejas sexuales aumentan los riesgos de contraer ITS y VIH/sida, así como cáncer de cuello uterino. • Las personas que fueron abusadas sexualmente tienen tendencia a ser abusadores.

Otros hábitos

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

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

Examen físico

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

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

Examen físico general

Aspecto general	<ul style="list-style-type: none"> • Biotipo. • Piel y mucosas (palidez, acné, manchas hipocromicas, hiperpigmentadas, infecciones micóticas, etc). • Actividad de glándulas <i>apocrinas</i>, sudor. • Vello: distribución, características. • Presión arterial.
Crecimiento y desarrollo	<ul style="list-style-type: none"> • Peso, talla, índice de masa corporal, velocidad de crecimiento. • Estado nutricional con respecto a la edad. Descartar anemias. • Evolución puberal a través de la estadificación de Tanner (maduración de mamas y del vello púbico; tamaño testicular, características del escroto y del pene).
Cabeza, boca y cuello	<ul style="list-style-type: none"> • Bucodental. • Palpar tiroides y buscar adenomegalias.
Ojos y oídos	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración de la agudeza visual, de los campos visuales, reflejos pupilares, motilidad, desviaciones oculares y examen externo en general. • El fondo de ojo deberá ser realizado por personal entrenado o especialista en los casos que estuviera indicado. • Pabellón auricular, meato auditivo externo y la presencia o ausencia de signos de infección en estas áreas. • Prueba de agudeza auditiva a través del examen de la voz susurrada. • La otoscopia se reserva para personal entrenado o especialista en los casos que estuviera indicado.
Tórax y abdomen	<ul style="list-style-type: none"> • Cardiopulmonar.
Columna	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar la presencia de desviaciones patológicas. • Evaluar vicios posturales.
Extremidades	<ul style="list-style-type: none"> • Dolores en los sitios de inserción tendinosa, estabilidad de la rodilla, trastornos de apoyo de extremidades inferiores. • Várices en MMII.
Neurológico	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluar los reflejos y la coordinación.

Crecimiento y desarrollo

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

Se evaluará...	A través de...	Mediante...
Crecimiento	Peso Talla	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación en balanza con pesas, con el o la adolescente descalzo, y con la menor cantidad de ropa posible. Evaluación con los pies juntos, descalzos y erguido/a. En ambos casos los valores obtenidos se cotejarán con las tablas de peso y talla según edad.
	Velocidad de crecimiento de peso y talla	<ul style="list-style-type: none"> Medición en dos consultas sucesivas con intervalo no menor de 3 meses y no mayor de 18 meses. La velocidad de crecimiento se considera normal cuando se ubica entre los percentiles 10 y 90 de las tablas de referencia.
Desarrollo puberal	Estadios de Tanner (ver sección Formularios y Tablas).	<ul style="list-style-type: none"> Evaluación del desarrollo de genitales, vello pubiano y mamas.
Desarrollo psicosocial	Autonomía (capacidad de tomar decisiones, asumir responsabilidades de esas decisiones, independencia de los padres, capacidad de mantener vínculos extrafamiliares).	<ul style="list-style-type: none"> Observación del comportamiento durante la consulta (autonomía, auto determinación, suficiencia, etc). ¿Qué decisiones toma solo/a? ¿Qué decisiones le gustaría tomar y sus padres no lo/la dejan? Interrogatorio acerca de cómo se relaciona con sus padres, otros adultos y sus pares. Identificación de referentes y confidentes.
	Capacidad de influir sobre el resultado de alguna situación	<ul style="list-style-type: none"> Identificación de la capacidad de percibir si ella o él son parte del problema o, por el contrario, todo se debe a factores externos. Cómo actúa frente a un problema.
	Autoconocimiento, autoestima y autopercepción	Identificación de: <ul style="list-style-type: none"> Autoconcepto y autovalorización Cómo se siente frente a los demás. Cómo se define a sí mismo, teniendo en cuenta sus habilidades en el estudio, sociales, deportivas, artísticas.

Desarrollo cognitivo	Rendimiento en la escuela	<ul style="list-style-type: none"> • Interrogatorio del grado escolar donde se encuentra, evaluando si es el adecuado para su edad. Cómo son sus calificaciones actuales y si ha existido repetición.
	Visión del presente y el futuro	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de la existencia de proyectos de vida, expectativas en el futuro.

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

Potencial genético de los padres:

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

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

Predicción alta para el pp (A) > LS

Predicción baja para el pp (B) < LI

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

$$\text{Varones} = \frac{\text{TP} + (\text{TM} + 12.5 \text{ cm}^*)}{2} \quad \text{LÍMITE} \pm 10$$

$$\text{Mujeres} = \frac{\text{TM} + (\text{TP} - 12.5 \text{ cm}^*)}{2} \quad \text{LÍMITE} \pm 9$$

TP = Talla del padre

TM = Talla de la madre

* = 12 cm. gráficas norteamericanas (NCHS), 12,5 cm. (Estudio transversal de Caracas), 13 gráficas Británicas (Tanner).

Fuente: Sizonenko PC: Maduración sexual normal. *Pediatrician*, 14; 191-201, 1987.

Curvas de índice de masa corporal (IMC)

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

Edad (en años)	Varones (percentil)			Mujeres (percentil)		
	5	50	95	5	50	95
10	14,2	16,6	22,2	14,2	17,1	24,2
11	14,6	17,2	23,5	14,6	17,8	25,7
12	15,1	17,8	24,8	15,0	18,2	26,8
13	15,6	18,4	25,8	15,4	18,9	27,9
14	16,1	19,1	26,8	15,7	19,4	28,6
15	16,6	19,7	27,7	16,1	19,9	29,4
16	17,2	20,5	28,4	16,4	20,2	30,0
17	17,7	21,2	29,0	16,9	20,7	30,5
18	18,3	21,9	29,7	17,2	21,1	31,0
19	19,0	22,5	30,1	17,5	21,4	31,3

Pubertad

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

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

Características del desarrollo puberal

No siempre es fácil determinar las alteraciones del desarrollo y la maduración puesto que existe una gran variabilidad en el inicio, duración y culminación de estos eventos, dependiendo del sexo, raza y otras características de herencia familiar. Los eventos puberales siguen un ritmo o secuencia predeterminada dentro de esa variabilidad.

El trayecto madurativo no es recorrido por los jóvenes con la misma rapidez ya que existe una variación normal en la velocidad con que el ser humano madura. Surge de este concepto la presencia de aquellos que recorren el trayecto madurativo en forma lenta, mientras que otros que lo hacen en forma rápida. No todos terminarán su crecimiento con el mismo peso o estatura, pero sí culminarán su maduración con la adquisición de todas las funciones y características de la adultez.

Si todos los parámetros son normales, continuar con controles rutinarios. En caso de hallar uno o más parámetros alterados, derivar a un especialista.

Control de presión arterial

De acuerdo con las normas internacionales, la evaluación de la presión arterial debe hacerse con el adolescente sentado, 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. Insuflar el manguito hasta la presión máxima estimada y desinflar lentamente. La aparición del primer ruido de Korotkoff es la presión sistólica o máxima y el cambio o la desaparición es la diastólica o mínima. Cotejar el valor de presión arterial obtenido con la tabla de cifras de presión según edad.

Cifras límites para diagnosticar hipertensión arterial en adolescentes según intervalos de edad		
Edad	HTA Leve p 95	
años	Sistólica en mm/Hg	Diastólica en mm/Hg
10-12	Igual o mayor a 125	Igual o mayor a 81
13-15	" " a 135	" " a 85
16-18	" " a 141	" " a 91
18 o más	" " a 141	" " a 91

Esta gráfica, *adaptada del Second National Task Force on Blood Pressure Control in Children*, ha desarrollado un protocolo de atención que aconseja un **examen de control preventivo anual de hipertensión** para todos los adolescentes.

- **Tres valores consecutivos de presión arterial por encima del percentil 95 confirman la hipertensión arterial.**
- **Con cifras entre los percentiles 90 y 95 debe hacerse seguimiento periódico.**

Pruebas de laboratorio

Las pruebas de laboratorio que se le deben solicitar a los y las adolescentes son mínimas y, en general, dirigidas a adolescentes sintomáticos. Es necesario hacer seguimiento de ellas. Si en el interrogatorio se detecta algún factor de riesgo de VIH/sida, se debe realizar el examen serológico.

- Hemoglobina o hematocrito (Hb o Htc): durante la adolescencia es muy frecuente la anemia debido al rápido crecimiento, pobre nutrición y los sangrados menstruales, y se aconseja realizar la prueba en la primera consulta.
- Triglicéridos y colesterol: solicitar la prueba en los adolescentes con enfermedades cardíacas, hipertensión, diabetes mellitus o historia familiar de enfermedades cardíacas o hiperlipidemias.

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

Examen genital de hombres y mujeres

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

- Realizar el examen con suavidad y paciencia, respetando su pudor y sus tiempos.
- Antes de comenzar el examen, cerciorarse de tener a mano todos los elementos necesarios, como por ejemplo espéculos adecuados (en el caso de las mujeres).
- Explicar a los y las adolescentes cada aspecto del examen, mostrándoles los elementos a utilizar (como espéculo u orquidómetro).
- Cubrir a los y las adolescentes. No es preciso que estén totalmente desvestidos/as.
- Promover que los y las adolescentes participen activamente y colaboren con la exploración.
- Se recomienda que un/a trabajador de salud debidamente capacitado esté presente durante la maniobra. Será una gran ayuda en las técnicas de exploración y para cubrir los aspectos ético-legales, en particular cuando el trabajador de salud que realiza el examen es de otro sexo.
- Mientras se realiza el examen mamario y genital se debe enseñar a las/los adolescentes a reconocer su anatomía como forma de distinguir futuras alteraciones. Puede emplearse un espejo para familiarizar a la adolescente con la anatomía de sus genitales externos. Hasta el momento, no hay evidencias suficientes para recomendar las técnicas de auto-examen mamario ni testicular, como forma de disminuir la mortalidad por cáncer a estos órganos.

Obstáculos para el examen genital de los y las adolescentes

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

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

Por personal médico capacitado

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

DetECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DEL CUELLO UTERINO

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

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

Toma de citología oncológica (Papanicolau-PAP)

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

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

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

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

Observaciones

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

Frecuencia en la realización del PAP

Inicialmente se recomienda la realización de un PAP anual. Luego de dos PAP negativos sucesivos en intervalo de un año, se puede disminuir su frecuencia a uno cada tres años.

Interpretación de los resultados

Los resultados pueden presentarse de acuerdo con la clasificación tradicional de Papanicolau o presentarse de acuerdo con la clasificación de Bethesda.

Clasificación de Papanicolau		
Clasificación	Interpretación	Conducta
Clase I	Normal	<ul style="list-style-type: none">• Repetir en 1 a 3 años.
Clase II	Normal, con elementos inflamatorios	<ul style="list-style-type: none">• Repetir en 1 a 3 años y tratar la inflamación, si es apropiado.
Clase III	Dudoso	<ul style="list-style-type: none">• En ausencia de lesión evidente, tratar posible infección e inflamación y repetirlo.• Si se normaliza, control en 6 meses.• Si persiste anormal, colposcopia y derivar a especialista.• En caso de lesión evidente, derivar a especialista para biopsia y tratamiento adecuado.
Clase IV	Sospecha de malignidad	<ul style="list-style-type: none">• Colposcopia (si es posible) y derivar a especialista.• Ante lesión evidente, previo a la derivación efectúe biopsia si está capacitado y es posible.
Clase V	Alta sospecha de malignidad	<ul style="list-style-type: none">• Colposcopia (si es posible) y derivar a especialista.• Ante lesión evidente, previo a la derivación efectúe biopsia (si es posible).

Clasificación de Bethesda (1991)		
Clasificación	Interpretación	Conducta
ASCUS/ASGUS	Células cervicales escamosas atípicas no específicas/células endocervicales atípicas no específicas	<ul style="list-style-type: none"> • En ausencia de lesión evidente, tratar posible infección e inflamación y repetir citología. • Si persiste, colposcopia y derivar a especialista.
SIL bajo grado	Lesión intra-epitelial escamosa de bajo grado	<ul style="list-style-type: none"> • Colposcopia y/o biopsia y derivar a especialista
SIL alto grado	Lesión intra-epitelial escamosa de alto grado	<ul style="list-style-type: none"> • Colposcopia y/o biopsia y derivar a especialista

Factores de riesgo para patología cervical
<ul style="list-style-type: none"> • Situación socio-económica desfavorable
<ul style="list-style-type: none"> • Inicio temprano de relaciones sexuales (antes de los 18 años)
<ul style="list-style-type: none"> • Múltiples compañeros sexuales
<ul style="list-style-type: none"> • Historia de infección por el papiloma virus (HPV). El HPV es presente en más de 90% de los casos de cáncer cervical
<ul style="list-style-type: none"> • Higiene íntima inadecuada
<ul style="list-style-type: none"> • No uso de preservativo masculino o femenino
<ul style="list-style-type: none"> • Consumo de tabaco (directamente asociado a la cantidad de cigarrillos consumidos)

<p>Información para la adolescente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Explicar la importancia del control periódico y la realización del Papanicolau. • En caso de exámenes alterados, se deberá comunicar cuál es el hallazgo, los pasos sucesivos y transmitir seguridad y confianza a la adolescente para que vuelva al seguimiento. • Se deberán reafirmar los mecanismos de protección, uso de preservativo y disminución o eliminación del hábito de fumar.

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

Acciones de prevención y promoción

Acciones de prevención y promoción
Acciones de prevención y promoción



Acciones de prevención y promoción

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

En ocasiones, el motivo de la consulta se produce porque el o la adolescente busca información acerca de diferentes temas, y en este caso se desarrollarán los tres tópicos de la consulta preventiva (detección de riesgos y factores de protección, educación para la salud y vacunación). Pero en otras ocasiones, la consulta se promueve ante un problema específico de salud. En este caso se incluirá la resolución del problema de salud junto con los tres aspectos citados.

Educación para la salud

Entre los diversos contenidos de educación para la salud que se pueden desarrollar, es recomendable incluir los puntos que se listan a continuación:

1. Aprendizaje para el autocuidado de la salud.
2. Forma de evaluar los conocimientos.

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

1. Aprendizajes para el autocuidado de la salud

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

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

2. Forma de evaluar los conocimientos

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

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

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

Temas por investigar en la preconsulta

Desarrollo

- Conocimiento de su desarrollo físico, psicosocial y cognitivo. Cambios esperados durante la adolescencia.
- Reconocimiento y aceptación de la autoimagen.
- Formas de prevenir comportamientos de riesgo asociados con la presión de sus pares, los medios de comunicación o con aspectos culturales (género por ejemplo).
- Capacidad de toma de decisiones y de responsabilizarse por ellas.
- Capacidad crítica frente a los pares, adultos y medios de comunicación.
- Derechos de los y las adolescentes y formas de garantizarlos.
- Proyecto de vida presente y futuro, responsabilidad y compromiso social
- Modos de lograr -a partir de ellos- una fluida comunicación con sus padres y otros adultos para acordar espacios saludables de recreación, horarios de salidas, conducción de vehículos, etc.

Sexualidad y afectividad

- Afectividad y sexualidad humana responsable y placentera.
- Auto conocimiento, auto concepto y auto estima.
- Papeles sexuales, equidad en las relaciones de género y empoderamiento, respeto por la diversidad.
- Anatomía y fisiología de los aparatos genitales del varón y la mujer.
- Ciclo menstrual de la mujer, días de ovulación, disfunciones.
- Autoerotismo como mecanismo de conocimiento de las capacidades sexuales.
- Fisiología de la respuesta sexual humana en varones y mujeres.
- Higiene del aparato genital femenino y masculino.
- Autoexamen de mamas en las mujeres y de los genitales masculinos en los varones (considerando la edad y desarrollo).
- Prevención de la violencia y abuso sexual.
- Prevención de la violencia/lesiones por causas y factores externos.
- Conocimiento, uso y necesidad de uso de los métodos anticonceptivos
- Embarazo en la adolescencia, factores de riesgo, control prenatal, parto y posparto.
- Significado de la maternidad/paternidad en la adolescencia.
- Infecciones de transmisión sexual e infección por VIH/sida: formas de contagio, prevención y tratamiento.
- Mitos y creencias sobre sexualidad, afectividad y otros temas como menstruación, capacidad reproductiva en la primera relación sexual, masturbación, etc.

Nutrición

- Necesidades nutricionales de varones y mujeres adolescentes.
- Riesgos asociados a la malnutrición o desnutrición y a las carencias, por ejemplo, de hierro.
- Consumo de fibras (a través de frutas y verduras).
- Necesidad de dieta balanceada sin exceso de lípidos e hidratos de carbono.
- Riesgos asociados con la obesidad, disminución brusca de peso y beneficios de la disminución de peso controlada. Riesgo de bulimia y anorexia.
- Riesgo de controlar el peso mediante vómitos, laxantes o dietas estrictas.

Actividad física

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

Consumo de tabaco, alcohol y drogas

- Nivel de adicción que provocan el tabaco, el alcohol y las drogas.
- Diferencias entre uso experimental y adicción.
- Modos de evitar el consumo pasivo de tabaco.
- Conocimiento acerca de normas sociales contrarias al uso de tabaco, alcohol y drogas -incluidos anabólicos y esteroides- en la escuela, familia y pares.
- Consecuencias del consumo en sus relaciones personales, aprendizaje y capacidad atlética.
- Riesgo de embarazo e infección de transmisión sexual que genera la actividad sexual sin protección o bajo los efectos del alcohol u otras drogas.

Lesiones por causas externas

- Legislación de tránsito para prevenir lesiones por causas externas.
- Normas de convivencia en la escuela e instituciones de la comunidad.
- Uso de casco para ciclismo, motociclismo, patinaje y patinetas.
- Uso de protectores bucales en la práctica de deportes.
- Responsabilidad al conducir vehículos y los riesgos de conducir al consumir bebidas alcohólicas.
- Relación entre lesiones y consumo de tabaco, alcohol y drogas.
- Riesgo de portar armas.

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

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

Revisar las normas y recomendaciones de vacunación	
Entregar guías de salud sobre:	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo psicofísico normal • Prevención y promoción de violencia e injurias • Nutrición saludable • Actividades físicas • Salud dental • Auto examen de mamas y testículos
Asesoría sobre:	<ul style="list-style-type: none"> • Obesidad • Consumo de alcohol, tabaco y drogas • Hipertensión • Depresión/suicidio • Desórdenes alimentarios • Problemas escolares • Abusos • Audición y visión • Anticoncepción y protección ITS, VIH/sida, embarazo.
Exámenes de laboratorio sugeridos para todos los y las adolescentes:	<ul style="list-style-type: none"> • Hematocrito • Análisis de orina
Para el grupo de riesgo, se aconsejan las siguientes pruebas o tests:	<ul style="list-style-type: none"> • Tuberculosis • PAP • Infección por VIH e ITS

3. Orientación/Consejería para adolescentes

La consejería está destinada a adolescentes varones y mujeres. Se ofrece en el servicio de salud, separada de la consulta médica o psicológica y es una interacción individual en la cual un profesional de salud escuchará las inquietudes y problemas y dialogará con el o la adolescente, revisará las opciones y ayudará en el proceso de reflexión para la toma de decisiones informadas. La orientación/consejería para adolescentes no sustituye la consulta preventiva anual, y debe ser utilizada también para motivarlas/os a solicitar una consulta.

Los y las adolescentes pueden solicitar un turno para consejería cuando lo crean conveniente, sin necesidad de hacer previamente una consulta médica o psicológica. Puede ser también una referencia de una de las personas del equipo de salud después de la evaluación realizada durante la consulta preventiva anual.

La orientación/consejería promueve un aprendizaje emocional mediante la escucha atenta, el diálogo cálido y abierto a la expresión afectiva, el respeto al derecho de

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

(Consejo es cuando el profesional decide lo que es mejor para la o el adolescente, le aconseja y le dice lo que debe hacer. Por esa razón se está cambiando la palabra “consejería” por “orientación” o “asesoramiento”).

Puede organizarse una orientación no solo en los servicios de salud, sino también en otros entornos comunitarios donde participan los y las adolescentes, tales como escuelas, clubes, organizaciones juveniles y comunidades religiosas, entre otros.

¿Quién realiza la Consejería?

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

Duración	<ul style="list-style-type: none"> • Cada orientación/consejería requiere un tiempo de aproximadamente 30 minutos y debe asegurarse a el/la adolescente que se respetarán las reglas de confidencialidad. • Por lo general, las orientaciones /consejerías son por una única vez y no están previstas citas semanales como en un tratamiento psicológico.
Objetivo	<ul style="list-style-type: none"> • Sensibilizar a los y las adolescentes para la adquisición de capacidades para la vida tales como discernimiento, empoderamiento para la toma de decisiones libres y responsables, capacidad de negociación, capacidad de interacción social, cómo hacer frente a la presión de los pares y la construcción de su identidad.
Metodología	<ul style="list-style-type: none"> • Crear un ambiente cómodo de acercamiento y calidez para los y las adolescentes, evitando que exista un escritorio o camilla de por medio. • Si concurrió a la orientación/consejería acompañado por su padre/madre, es necesario aclararles que se requiere también conversar a solas con el/la joven. • Iniciar la orientación con el/la adolescente explicando y acordando las reglas de confidencialidad, los 30 minutos de duración y los objetivos, para que el o ella se sienta en confianza para hablar sobre si mismo. • Para conocerlo más, preguntar sobre hábitos de vida de el/ la adolescente, la relación que mantiene con su familia y con sus pares -incluida la escuela- y la etapa de desarrollo que está viviendo. • Facilitar que el/la adolescente gane confianza con el trabajador de salud antes de conversar sobre áreas más personales como la sexualidad y/o consumo de sustancias. • Favorecer, por medio de preguntas, que reconozca aprendizajes previos, valores, creencias y experiencias en la toma de decisiones en situaciones semejantes. • Escuchar y observar con atención los comportamientos no verbales. • Conocer el idioma de los y las adolescentes. • Respetar los valores y actitudes de cada cultura. • Brindar información clara y acorde con la situación particular, que permita descubrir nuevas alternativas, evaluar sus aspectos positivos y negativos. • Propiciar la formulación de nuevas preguntas. • Favorecer el reconocimiento de las capacidades de el /la adolescente para la toma de decisiones, promoviendo la autonomía.

Ejemplos de Orientación/Consejería para adolescentes sobre temas específicos

Orientación/Consejería sobre alimentación y nutrición

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

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

Consejería sobre práctica física

Aspectos sobre los cuales trabajar	Aspectos sobre los cuales se debe informar
<ul style="list-style-type: none"> • Que el objetivo de cualquier práctica deportiva, en la mayoría de los casos, sea la recreación. • Si el físico del adolescente está adecuado para las exigencias del deporte que practica (deportes de contacto o en los que la fuerza o la corpulencia pudieran generar situaciones de competencia desigual o de riesgo). 	<ul style="list-style-type: none"> • Se desaconseja la alta competencia deportiva (profesional) hasta la edad de 16 años. • Riesgos de la práctica de pesas antes de haberse completado la pubertad. • Necesidad de no exceder un máximo de 15 horas semanales de práctica deportiva para evitar trastornos de crecimiento en adolescentes púberes. • Necesidad de uso de elementos protectores según el tipo de deporte: el casco en ciclismo, patines, patinetas, protectores bucales en deportes de contacto, etc. • Riesgo del uso de anabólicos y otras drogas para la práctica deportiva. • Estereotipos de género que implican exposición a riesgos en los varones.

Orientación/Consejería sobre prevención de lesiones por causas externas

Aspectos sobre los cuales trabajar	Aspectos sobre los cuales se debe informar
<ul style="list-style-type: none">• Las lesiones por motivos externos son las principales causas de muerte de los y las adolescentes. La mayoría son prevenibles.• La promoción sobre la responsabilidad social en el respeto de normas saludables de convivencia en los ambientes escolares, familiares o de pares.• El fortalecimiento de la construcción de una identidad autónoma y conciencia crítica frente a los aspectos de género y a la presión de pares.	<ul style="list-style-type: none">• Relación entre el uso de cinturón de seguridad y gravedad de lesiones por accidentes de tránsito.• El uso correcto de cinturones de seguridad en asientos delanteros reduce el riesgo de lesiones entre 45% y 55%, y la mortalidad, entre 40% a 50%.• El uso de casco en motos, motocicletas y bicicletas reduce 75% las lesiones y 30% la mortalidad.• Aumento del riesgo de lesiones por causas externas, ya sea por lesiones de tránsito o práctica deportiva, relacionadas con el consumo de alcohol y otras drogas.• Las lesiones por causas externas también se asocian a trastornos de la visión y la audición. Evitar escuchar música a volúmenes altos, uso de walkman, auriculares o teléfonos celulares al conducir vehículos.• Formas de negociación de conflictos.• Riesgo de portar armas.• Estereotipos de género que impulsan a los varones a asumir riesgos excesivos.• Actitudes y prácticas derivadas de la presión de pares.

Orientación/Consejería sobre consumo de tabaco, alcohol y drogas

Aspectos sobre los cuales trabajar	Aspectos sobre los cuales se debe informar
<ul style="list-style-type: none"> • La adicción que genera el tabaco, el alcohol y las drogas. • El análisis de las dificultades que tienen los allegados a el/la adolescente para abandonar el consumo. La propuesta preventiva se basa en “mejor no empezar”. • La identificación de episodios de lesiones externas vinculados con adicciones en los allegados o conocidos. • Asociar el consumo del tabaco con aspectos valorados por los y las jóvenes como apariencia física (olor desagradable y mal aspecto), manipulación que logra la publicidad al promover mensajes falsos de atracción física y capacidad para los deportes, reducción de la capacidad deportiva y alto costo. • El fortalecimiento de la construcción de una identidad autónoma y conciencia crítica frente a la presión de los pares y la publicidad. • Apoyar la autoestima de los y las adolescentes a partir de pequeños logros personales y sociales, fáciles de reconocer por sí mismos y por su entorno. 	<ul style="list-style-type: none"> • La capacidad adictiva del alcohol y las diferentes drogas. Más del 75% de los fumadores adultos querrían dejar de fumar y menos del 60% lo ha intentado en algún momento de su vida. De ellos, alrededor del 20% lo consigue en el primer intento y 50% lo logra después de seis intentos. • Los riesgos del consumo de tabaco: enfermedades cardiovasculares, pulmonares y neoplasias. • Aspectos positivos de no fumar. • Es más difícil dejar de fumar si se empieza en la adolescencia. • Como evitar el consumo pasivo de tabaco. • Los riesgos del consumo de alcohol y enfermedades asociadas. • Relación entre consumo de alcohol y drogas y riesgos de lesiones por causas externas y relaciones sexuales sin protección. • Diferencias entre el uso experimental y la adicción. • Aspectos positivos de no consumir bebidas alcohólicas. • Cómo ayudar a un amigo/a que consume tabaco, alcohol y drogas. Lugares de atención, teléfonos de autoayuda.

Orientación/Consejería sobre sexualidad y afectividad

Necesitan consejería en este aspecto los y las adolescentes que lo demanden y aquellos en los que el trabajador de salud sospeche que tienen o refieren tener conductas de riesgo: trabajadores sexuales varones y mujeres, adolescentes homosexuales y travestis que viven marginación social, adolescentes en condiciones de aislamiento social o violencia doméstica, etc.

Aspectos sobre los cuales trabajar	Aspectos sobre los cuales se debe informar
<ul style="list-style-type: none">• El tema de la construcción socio-histórica de la sexualidad que determina patrones, estereotipos y tipos de "normalidad" (por lo que se requiere conocimiento y entrenamiento para abordar este aspecto).• El tema de la construcción de una identidad diferente de la de sus padres (por lo que se requiere conocimiento y entrenamiento para abordar este aspecto).• Las pautas culturales que implican diferencias en la construcción de papeles masculinos y femeninos, valores y experiencias (por ejemplo, que la sexualidad de los varones sea más indiscriminada y las mujeres busquen la confirmación de su fertilidad a través de un embarazo, aunque éste sea demasiado temprano).• Situación de mujeres y hombres en la comunidad, en relación con los temas de violencia sexual.• Ejercicio de la sexualidad, los derechos sexuales y proyecto de vida.	<ul style="list-style-type: none">• Inquietudes sobre el amor, la pareja, formas de relacionarse, formas de diálogo y mecanismos para establecer una relación respetuosa e igualitaria.• Cómo negociar las expresiones de afecto y sexualidad que se está dispuesto a aceptar y prologar en una relación de noviazgo.• Toma de decisiones sobre la iniciación sexual y habilidades para enfrentar las presiones sociales que reciben los y las adolescentes de sus parejas, de sus pares y de familiares.• Decisión del inicio sexual y opciones anticonceptivas existentes.• Diversidad de la respuesta sexual humana y goce sexual en hombres y mujeres adolescentes.• Orientación homosexual en hombres y mujeres, maneras de establecer relaciones de respeto y aceptación. Formas de resolución de problemas con familiares y grupos de pares.• Embarazo no deseado, habilidades para asumirlo con la pareja y la familia.• Reelaboración de los proyectos de vida a partir del embarazo.• Aborto.• Cómo enfrentar el abuso sexual y/o la violencia sexual en varones y mujeres adolescentes.• Cómo enfrentar la violencia verbal o física decurrentes de la construcción socio-histórica de la sexualidad y de los patrones de género.• Habilidades para manejar los celos y la violencia verbal y física entre novios, especialmente si hay relaciones sexuales.• Problemas de la función sexual: falta de erección, eyaculación precoz, anorgasmia y dolor en las relaciones sexuales, entre otros.

Orientación/Consejería sobre anticoncepción

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

Aspectos sobre los cuales trabajar	Aspectos sobre los cuales se debe informar
<ul style="list-style-type: none">• Los derechos sexuales y reproductivos y la elección libre y informada• El reconocimiento personal y de la pareja acerca de sus conductas sexuales, creencias y sentimientos.• Los conceptos de género en relación con el poder para tomar decisiones sobre las relaciones sexuales y los métodos anticonceptivos.• El conocimiento y uso de los diferentes métodos anticonceptivos, incluyendo la anticoncepción de emergencia (AE).	<ul style="list-style-type: none">• Los derechos sexuales y reproductivos y la elección libre e informada.• Las características de cada método anticonceptivo, incluyendo el uso correcto (demostración).• Los criterios médicos de elegibilidad de la OMS para anticonceptivos (quien puede y quien no puede usar). Ver capítulo sobre anticoncepción.• La eficacia de cada método.• Si el método protege contra ITS e infección por VIH/sida.• La utilidad y forma de emplear doble protección (preservativo más otro método).• Importancia de la regularidad y el uso sistemático de cada método.• Problemas comunes del uso y sus soluciones.• Anticoncepción de emergencia.• Lugares y formas de acceder a los métodos.• Formas de negociar con la pareja la necesidad de su uso.• Efectos colaterales, incluyendo los efectos en el retorno de la fertilidad.• La necesidad de consultas médicas a fin de complementar la información, y del examen físico y ginecológico de la adolescente para el proceso de elección y para el seguimiento.

Orientación/ Consejería para adolescente sin relaciones sexuales completas

Aspectos sobre los cuales trabajar	Aspectos sobre los cuales se debe informar
<ul style="list-style-type: none">• Evaluar que tipo de caricias que practica (<i>Petting</i>). Esto se refiere a la actividad sexual sin penetración.• El reconocimiento personal y de la pareja (si la tiene) acerca de sus conductas sexuales, creencias y sentimientos.• Los conceptos de género en relación con el poder para tomar decisiones sobre las relaciones sexuales.• La importancia de conocer los anticonceptivos incluyendo la AE, y la doble protección en caso tome la decisión de tener una relación sexual completa.	<ul style="list-style-type: none">• Si no ha iniciado actividad sexual y no tiene deseos de hacerlo, valorar y apoyar la decisión sobre la abstinencia, y orientar y ofrecer información para lograr una mayor seguridad en él o ella mismo/a.• Deben saber que no son los únicos, que hay muchos/as adolescentes que aún no se han iniciado en las relaciones sexuales y que su inicio debe ser libre de la presión de su entorno.• Incursionar en la impresión que sobre la situación tienen los padres. Al mismo tiempo orientar a considerar lo que significa sexo sin riesgos, y cómo disminuir esos riesgos.• Uso correcto de anticonceptivos, AE y doble protección. Aunque ellos no deseen iniciar relaciones coitales, deben estar preparados para la eventualidad• Lugares y formas de acceder a los métodos y consultas.

Orientación/Consejería sobre infecciones de transmisión sexual y VIH/sida	
Aspectos sobre los cuales trabajar	Aspectos sobre los cuales se debe informar
<ul style="list-style-type: none"> ● Conocimientos previos como por ejemplo: <ul style="list-style-type: none"> ▪ ¿Qué es una enfermedad de transmisión sexual? ▪ ¿Cuáles conoce? ▪ Las formas de contagio ▪ Los problemas que puede traer en las personas que las padecen. ● Dialogar sobre los estereotipos de género y creencias sobre los preservativos que hacen que hombres y mujeres se expongan al riesgo de contraer una ITS: diferencias de poder para tomar decisiones, por ejemplo, miedo al rechazo, miedo a la humillación, entre otros. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Diferentes agentes de infecciones de transmisión sexual: hongos, tricomonas, clamidias, gonorrea, sífilis, VIH, hepatitis B y sus respectivos signos y síntomas. ● Que el contagio con un agente no confiere inmunidad para sufrir una nueva infección por ese u otro agente. ● La protección es fundamental. Solo se logra con preservativo masculino/femenino o abstinencia sexual. ● Demostración del uso correcto de los preservativos. ● Formas de negociación con el otro sexo para el uso de métodos de protección. Importancia que hable de este tema con la pareja o parejas. ● Importancia del cambio de hábitos sexuales o de actitud de vida, si fuera necesario. En este caso, se requiere el trabajo interdisciplinario entre médicos/as, enfermeras/os, matronas, psicólogos/as y trabajadores sociales. ● Promoción del autocuidado/cuidado mutuo de salud. ● Promoción de la consulta temprana ante la aparición de los primeros síntomas: flujo, prurito, disuria, ardor, secreción peniana, etc. ● Cómo tener acceso a los preservativos.

Consejería previa a la prueba para VIH	
<p>Es un tipo de consejería diferente. La prioridad es la contención ante el posible resultado positivo, más que la acción de educación para la salud.</p>	
Aspectos sobre los cuales trabajar	Aspectos sobre los cuales se debe informar
<ul style="list-style-type: none"> ● El proceso de autorreflexión para la percepción de comportamientos de riesgo de manera que se genere la necesidad en el/la adolescente de conocer si está infectado. ● Prevención, basados en la preocupación que genera un riesgo real de infección por VIH. ● Apoyar la toma de posición de el/la adolescente frente a la posible infección por VIH. ● Factores de riesgo. ● Puede ser necesario el apoyo psicológico. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Diferencia entre infección por VIH y sida. ● Formas de contagio. ● Deben plantearse tres posibles resultados de la prueba: puede ser negativo, positivo, o negativo solo por ahora, debido al mantenimiento de comportamientos de riesgo o al periodo ventana. ● Importancia de la detección temprana de la infección, lo que favorecería la disminución del virus en la sangre, mejorando la sobrevida. ● Vida sexual saludable; cambio de hábitos sexuales si fuese necesario. ● En el caso de adolescentes embarazadas, explicar la importancia del diagnóstico para disminuir la transmisión vertical.

4. Talleres y grupos de aprendizaje sobre autocuidado de salud para adolescentes

Organizar, en el servicio, un día para el funcionamiento de grupos de aprendizaje sobre autocuidado/cuidado mutuo de la salud. Los grupos **son autoadministrados** y facilitados de preferencia por un/a adolescente capacitado/a para ese papel. El/la facilitador/a es un/a participante más del grupo. En el grupo, los/as adolescentes pueden conversar más libremente en grupos de pares sobre autocuidado/cuidado mutuo de salud, conocimientos adquiridos y necesidades, aspectos referidos a la consulta en los servicios, opiniones sobre el tratamiento, dudas, sentimientos, derechos a la salud, etc. Para esta actividad se puede también aprovechar el tiempo en sala de espera.

Disponer **material audiovisual para ser utilizado** por los y las adolescentes sobre distintos aspectos del autocuidado/cuidado mutuo de salud. El grupo requiere de reuniones de 2 a 3 horas, con periodicidad mensual o quincenal.

5. Talleres, consejerías y grupos de aprendizaje para padres y madres

Promover con los padres y madres de los y las adolescentes los siguientes temas de discusión:

- Desarrollo puberal, sexual, psicosocial y cognitivo durante la adolescencia en hombres y mujeres.
- Cambios normales esperados en la relación entre padres e hijos/as.
- Conductas de padres y madres tendientes a promover un saludable ajuste intergeneracional.
- Síntomas y signos de angustia o enfermedad emocional durante la adolescencia.
- Formas de ayudar a construir la autonomía y la toma de decisiones libres y responsables.
- Formas de prevenir riesgos y promover la calidad de vida, el placer, la alegría de vivir, el amor y la construcción de pareja.
- Los papeles de hombres y mujeres son aspectos culturales y pueden cambiar hacia relaciones equitativas.
- Necesidad de desarrollar habilidades de comunicación, de escucha y empatía hacia sus hijos/as.
- Formas de facilitar el proyecto de vida de los/as hijos/as.
- Formas de criar un espacio de confianza intergeneracional que posibilite toma de decisiones informadas y pensadas.

Vacunación

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

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

Vacuna	Edad	Condiciones
BCG (Tuberculosis)	En cualquier edad, pero idealmente después del nacimiento	<ul style="list-style-type: none"> Se recomienda revacunar a los 10 años, si se hizo la primera dosis antes de los 6 años de edad. El test tuberculínico (PPD) es dispensable antes o después de la vacunación.
TDe (Difteria – Tétanos)	A partir de los 7 años	<ul style="list-style-type: none"> Indicaciones: adolescentes que no recibieron ninguna dosis de la vacuna triple o de la TDe infantil, o que no completaron el esquema, o con antecedente desconocido para esas vacunas, o como refuerzo, si ya ha recibido la vacuna triple o TDe infantil. Esquemas: <ul style="list-style-type: none"> 3 dosis de 0,5 ml. Las dos primeras dosis con un intervalo de 1 ó 2 meses; la tercera dosis 6 meses después de la segunda dosis. 3 dosis de 0,5ml con intervalo de 1 ó 2 meses entre cada una. Ante interrupción del esquema deben completarse las dosis faltantes con igual intervalo que el esquema básico. No es necesario reiniciar el esquema básico en ninguna circunstancia. Revacunación: una dosis cada 10 años, por toda la vida.
Tétanos	A partir de los 7 años, si no hay posibilidad de aplicar la TDe Embarazadas	<ul style="list-style-type: none"> El esquema básico y los refuerzos son iguales que el de la TDe. Se indicará el esquema básico a partir del segundo trimestre del embarazo. No se vacunará a la embarazada que acredite el esquema completo y el lapso transcurrido sea menor de 10 años. Siempre completar el esquema de vacunación cuando estuviera incompleto.
Varicela	Entre los 12 y 18 meses, o a cualquier edad después de los 18 meses si nunca tuvo varicela	<ul style="list-style-type: none"> Las personas de 13 años de edad o mayores que nunca recibieron esta vacuna deben recibir dos dosis, con 4 u 8 semanas de separación. Evitar embarazo en el mes siguiente a la vacunación.

Vacuna	Edad	Condiciones
Triple Viral (Sarampión, Parotiditis y Rubéola*)	Cualquier edad	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los y las adolescentes deben tener completa la vacuna, si nunca han sido vacunados. • Se recomienda una segunda dosis con intervalo mínimo de 28 días desde la primera dosis, si es antes de los 18 años de edad. • Si solamente recibió contra el sarampión y la parotiditis y nunca tuvo rubéola, (de preferencia mediante confirmación serológica). • No realizarla ante la sospecha de embarazo. Recordar que no se deben realizar vacunas de virus vivos durante este periodo. • Alertar acerca de evitar un embarazo durante las 4 semanas posteriores a la vacunación.
Anti-hepatitis B	Cualquier edad, desde el nacimiento.	<ul style="list-style-type: none"> • Tres dosis. • La segunda dosis debe administrarse un mes después de la primera. • La tercera dosis debe ser administrada seis meses después de la primera, pero debe haber un intervalo de por lo menos dos meses entre la segunda y la tercera dosis. • Si el esquema no ha sido completado, no es necesario reiniciar todo el esquema, basta completarlo.
Anti-hepatitis A	Cualquier edad, a partir de un año de edad	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendada para grupos de alto riesgo. • Dos dosis separadas por seis meses.
<p>Para adolescentes con riesgo (asmáticos, cardiopatías, enfermedad fibroquística, cáncer, VIH, etc) y en periodos de epidemia, se recomienda la vacunación contra el <i>Haemophilus influenzae</i>. En situaciones de riesgo, puede existir indicación de vacunar con antigripal, anti-neumocócica y anti-meningocócica.</p>		

*Fuentes de referencia: Comité Asesor de Prácticas de Inmunización del CDC estadounidense, Academia Americana de Pediatría, Academia Americana de Médicos de Familia, y Fundación Nacional de Salud del Ministerio de la Salud de Brasil

- Rubéola: las medidas preventivas son fundamentales para la protección del feto, por lo que es muy importante que las niñas y las adolescentes posean inmunidad a la rubéola antes de alcanzar la edad fértil, ya sea por haber pasado por la infección, o por protección. Esta debe ser ofrecida en cualquier visita a un centro de salud o contacto con el personal de salud, y no debe desperdiciarse ninguna oportunidad. Debe posponerse la vacunación ante la sospecha de embarazo o durante episodios de enfermedades febriles graves y estados de inmunodeficiencia.

Anticoncepción
Anticoncepción

Anticoncepción

Anticoncepción
Anticoncepción



Anticoncepción

La anticoncepción es un componente fundamental de los servicios de salud integrales para adolescentes y, al igual que para la población adulta, el acceso a la anticoncepción debe ser ofrecido como una opción libre e informada, en un contexto de respeto a los derechos sexuales y reproductivos de las personas y dentro del marco legal de cada país.

Los/as adolescentes deben tener el derecho de ejercer su sexualidad sin someterse al riesgo de un embarazo no deseado o de adquirir una infección de transmisión sexual (ITS), y los servicios deben ofrecer acceso a los diferentes métodos aprobados en el país para evitar tanto el embarazo como las ITS. Los métodos anticonceptivos deben ofrecerse en un contexto de libre elección informada, que permita que el/la adolescente pueda escoger el método de acuerdo a sus preferencias y con la colaboración de una persona del equipo de salud que haya sido capacitada para dar informaciones y para hacer la orientación (llamada también consejería o asesoramiento).

El papel de el/la orientador/a es ayudar en esta elección, verificando si el método escogido puede ser usado de acuerdo a los Criterios Médicos de Elegibilidad para uso de Métodos Anticonceptivos de la OMS*, que considera las condiciones de salud de la usuaria. Es muy importante recordar que, de acuerdo a estos criterios, la edad por sí misma no es un criterio que limite el uso de ningún método anticoncepcional aunque, en este grupo etáreo -salvo condiciones excepcionales- los métodos permanentes no deben ser considerados.

* Tercera edición, 2005. ISBN 92 4 356266 5 Organización Mundial de la Salud, Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas.

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

Por eso es recomendable implementar servicios dedicados específicamente a la atención de adolescentes. Si esto no es posible, se recomienda reservar en los mismos servicios para adultos algún espacio durante la semana para dar atención exclusiva a este grupo, en un ambiente que sea acogedor y con profesionales capacitados para dar una atención humanizada, de buena calidad, centrada en las necesidades y características de las y los adolescentes.

La consulta por anticoncepción

La consulta por anticoncepción tiene como objetivo que usuarias y usuarios obtengan información y medios para evitar un embarazo. Insistimos en el uso del término “usuaria y usuario” en vez de “paciente”, ya que esta palabra denota un significado de “pasividad” y de que es el médico quien decide por él o ella. En el caso de la anticoncepción, las y los adolescentes que acuden a los servicios, en general, están en perfecto estado de salud y deberían ser los protagonistas de la toma de decisiones sobre qué método usar y por cuánto tiempo. El papel del equipo de salud debe ser el de ayudar a que ellas y ellos utilicen el método anticonceptivo de la mejor forma posible, de manera de alcanzar sus metas de evitar un embarazo cuando no se desea.

Todo adolescente, tanto hombre como mujer, tiene derecho a consultar por anticoncepción. Y los servicios deben respetar ese derecho. Además, los servicios deben estimular a que las parejas asistan juntas a las primeras consultas de anticoncepción, ya que cuando ambos reciben juntos la información y orientación, aumentan bastante las posibilidades de que el método sea mejor entendido y mejor utilizado, lo que se debe traducir en mayor eficacia y satisfacción con su uso y, como consecuencia, en una mayor continuidad en la utilización del mismo.

Consulta inicial (habitualmente es cuando se elige un método y se comienza su uso):

Las y los profesionales de los servicios de anticoncepción deberán, en primer lugar, facilitar el acceso a la información y a las consultas para iniciar el uso de algún método anticonceptivo, como también garantizar el acceso a las consultas de seguimiento para dar apoyo y refuerzo al modo de uso y al manejo de posibles efectos colaterales. El papel de las y los profesionales es colaborar en el proceso de elección del método a ser utilizado y, una vez que la usuaria lo ha escogido, confirmar que es apropiado desde el punto de vista médico, revisando los criterios médicos de elegibilidad de la Organización Mundial de la Salud (OMS), y realizando el examen ginecológico y otros exámenes de

salud como la medida de la presión arterial, por ejemplo. Finalmente, una vez tomada la decisión sobre cuál método será usado, el profesional ejecutará los procedimientos necesarios para iniciar el uso, por ejemplo insertar un DIU o un implante, o dará instrucciones sobre cómo usarlo. Eventualmente, cuando el método escogido no está disponible en el servicio, la usuaria puede recibir una receta para su compra, siempre y cuando declare que realmente puede comprarlo. Si no, puede ser referida a otro centro del sector público en que el método escogido esté disponible.

La consulta inicial en anticoncepción consta, esencialmente, de tres etapas:

- Información/educación
- Orientación (asesoramiento o consejería)
- Consulta con un profesional de salud (médico o enfermera) para ayudar en la toma de la decisión final sobre el método a ser usado, iniciar su uso, dar instrucciones sobre cómo usarlo, cómo manejar efectos colaterales y cuándo volver a las consultas de seguimiento.

En servicios grandes o de tamaño mediano, estas etapas son secuenciales y pueden ser realizadas por distintos profesionales. Habitualmente la información o acción educativa se realiza en grupos.

Si el servicio es pequeño, o si eventualmente el número de personas solicitando atención es bajo, todo el proceso puede ser manejado por un solo profesional, en forma individual para cada usuaria, pero siempre cumpliendo las etapas del proceso: Información – Orientación – Toma de Decisión e inicio de uso.

Información/Educación

Las/os usuarias/os potenciales de métodos anticonceptivos, habitualmente llegan a los servicios con conocimientos sobre estos métodos y a veces con una decisión sobre cuál de ellos desean usar. Hay que estar muy atento a esta situación porque, con bastante frecuencia, lo que la/o usuaria/o sabe o cree saber sobre los métodos muchas veces consiste solo en una acumulación de preconcepciones sobre sus características. Por esa razón, es muy importante que, en esta etapa de la consulta, el profesional de salud revise con las y los usuarios, individualmente o en grupo, los conceptos básicos de la anticoncepción y las características de cada uno de los métodos disponibles en el servicio así como de otros métodos que podrían estar disponibles como parte de un sistema de referencia. Esta información sobre los métodos debe incluir, necesariamente, su eficacia anticonceptiva y las razones que pueden hacer que ésta aumente o disminuya, forma de uso, efectos colaterales que se pueden esperar con su uso, cuánto tiempo se puede utilizar, influencia en la fertilidad futura y si ofrecen algún tipo de protección contra las enfermedades de transmisión sexual, y el esquema de seguimiento.

Realizar una acción educativa participativa para asegurar que las personas tengan información correcta y actualizada, es más eficiente y costo efectiva si se realiza en grupo, habitualmente porque el profesional de salud puede dar atención a un mayor número de personas en el mismo periodo de tiempo y porque la dinámica de grupo permite discutir algunos aspectos que a veces las usuarias potenciales no se atreven a discutir, como por ejemplo la sexualidad y las experiencias contadas por otras personas

con el uso de los métodos. Es común que ellas y ellos estén interesados en saber sobre la posible influencia de los métodos en el deseo o desempeño sexual. En grupos de adolescentes también hay, con gran frecuencia, interés en conocer cuáles son los métodos que se pueden utilizar de manera efectiva sin que los adultos de la familia, especialmente sus padres, se enteren. Y este es el momento para trabajar la comunicación entre adolescentes y adultos y enseñar técnicas de comunicación para facilitar el diálogo en la familia. Es importante también trabajar en grupo con los y las adolescentes otros temas básicos que son fundamentales en la elección de un método anticonceptivo, como es proyecto de vida, autoestima, tomada de decisiones, género y derechos sexuales y reproductivos, aspectos fundamentales para facilitar el empoderamiento de las mujeres para que puedan tomar decisiones propias, libres y basadas en informaciones.

Es importante que la información no sea dada como una clase magistral, estructurada en un orden lógico para los y las profesionales de salud, sino que sea hecha utilizando métodos educativos participativos, de manera de comenzar siempre por la información que las y los adolescentes ya tienen. Por ejemplo, en que método están interesadas/os ¿Qué saben sobre ese método? ¿Cómo ese método evita el embarazo? ¿Cuáles son los efectos colaterales? ¿Cuál es su eficacia? En la medida que van dando las respuestas, el/la profesional de salud deberá corregir las informaciones erradas e ir completando informaciones, aprovechando ese momento para dar otras informaciones útiles como, por ejemplo, de qué manera el método evita el embarazo, efectos colaterales como las alteraciones en la menstruación, por qué el DIU aumenta la menstruación y por qué las píldoras disminuyen el flujo menstrual. Hablar de los métodos en la medida que surgen las preguntas aumenta las posibilidades de que las usuarias asimilen la información porque están atentas y realmente interesadas. Después de discutir los métodos sobre los que surgieron preguntas, el/la profesional de salud debe dar también informaciones sobre aquellos métodos sobre los cuales no surgieron preguntas de manera espontánea. Esto debido a que algunas personas pudieran estar interesadas en alguno de ellos pero no se sintieron cómodas para preguntar, o no preguntaron porque no los conocen.

La utilización de apoyo visual, el uso de lenguaje simple y las habilidades de comunicación son fundamentales para que la información sea comprendida e incorporada de manera significativa por las y los adolescentes.

Orientación

Es una actividad de la mayor importancia porque es el momento en que el/a proveedor/a de salud, en una actividad individual de persona a persona, ayuda a el/a la usuario/a a tomar la decisión sobre el método a ser utilizado. La orientación, cuando es bien realizada, permite que la persona ejerza su derecho de elegir libremente y sin presiones el método que le parece más apropiado en su circunstancia actual, de acuerdo a su salud y necesidades de vida, y haciendo de ésta una decisión informada y en el marco de un proceso dinámico que finalmente tiene que ver con sus intenciones reproductivas.

Esto quiere decir que el/la orientador/a no debe, en ninguna circunstancia, tratar de convencer a la usuaria a que se decida por un método en especial, sino que para que la adolescente realmente tome una decisión libre e informada, el/la orientador/a debe facilitar un proceso de reflexión, de manera que la adolescente considere otros factores

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

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

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

Las y los orientadores que trabajan con adolescentes tienen que estar muy bien preparados para transmitir conocimientos correctos de manera imparcial, no transmitir preconcepciones y mantener una actitud muy respetuosa de los derechos que las y los adolescentes tienen, de acuerdo a la legislación de cada país de acceder a servicios de anticoncepción manteniendo su autonomía y confidencialidad. Salvo casos excepcionales, previstos en la ley, los padres no pueden exigir de los servicios que den información confidencial sobre el uso de anticonceptivos por sus hijos o hijas.

En el documento Criterios Médicos de Elegibilidad de los Métodos Anticonceptivos (OMS, 2005)* se establece que durante la orientación la usuaria debe ser informada que el uso de métodos anticonceptivos, a excepción de la esterilización masculina y femenina, no ocasiona un cambio irreversible en la fertilidad. El retorno a la fertilidad es inmediato con todos los métodos excepto con los inyectables, como los de progestágenos. El tiempo promedio que demora el retorno a la fertilidad con estos métodos es de 10 meses con AMPD y 6 meses con enantato de noretisterona -que no está disponible en América Latina- desde la fecha de la última inyección, independientemente de la duración de su uso. La esterilización masculina y femenina deben considerarse como métodos permanentes, por lo cual son usados excepcionalmente en la adolescencia. Ningún otro método ocasiona infertilidad permanente.

Adolescentes con necesidades especiales

Los criterios médicos de elegibilidad tratan el uso de anticonceptivos en personas con trastornos médicos específicos. Además, la provisión de anticonceptivos a las

* Documento completo en http://www.who.int/reproductive-health/publications/es/mec/mec_es.pdf

personas con necesidades especiales requiere una mayor consideración. Los individuos con una discapacidad física representan ese grupo. Las decisiones sobre una anticoncepción apropiada deben tener en cuenta la naturaleza de la discapacidad, los deseos expresos de la persona y la naturaleza del método, y deben basarse en una elección informada. De manera similar, deben tomarse consideraciones especiales para las personas con discapacidad mental o con enfermedades psiquiátricas graves. Cuando la naturaleza de la condición no permite una elección informada, los anticonceptivos se deben proporcionar solo después de una discusión exhaustiva con todas las partes, incluidos los tutores o personas a cargo. Los derechos reproductivos de la persona se deben considerar en cualquiera de estas decisiones.

En general, las adolescentes son elegibles para usar cualquier método de anticoncepción y deben tener acceso a una variedad de elecciones anticonceptivas. La edad en sí no constituye una razón médica para impedir a las adolescentes el uso de cualquier método, aunque se han expresado algunas preocupaciones con respecto al uso de ciertos métodos anticonceptivos en mujeres menores de 20 años. Por ejemplo, no se recomienda, como primera opción, el uso de inyectables solo de progestágeno en menores de 18 años (categoría 2 en los criterios médicos de elegibilidad).

Está claro también que muchos de los mismos criterios de elegibilidad que se aplican a personas mayores también se aplican a personas jóvenes. No obstante, algunos trastornos (por ejemplo, las alteraciones cardiovasculares) que pueden limitar el uso de algunos métodos en mujeres mayores, no afectan generalmente a las mujeres jóvenes, debido a su baja frecuencia en este grupo etáreo. Los aspectos sociales y conductuales deben ser consideraciones importantes en la elección de los métodos anticonceptivos para las adolescentes. Por ejemplo, en algunos ámbitos, las y los adolescentes están expuestos a un riesgo mayor de ITS, incluido el VIH, y esto debe ser considerado a la hora de elegir un anticonceptivo, de manera a asegurar la doble protección.

También se ha demostrado que las adolescentes, casadas o no, son menos tolerantes a los efectos secundarios y, por lo tanto, tienen altas tasas de discontinuación. Esto significa que la información sobre los efectos colaterales debe estar muy clara antes de iniciar el uso para evitar la discontinuación de un método con el consecuente embarazo no planificado. La elección del método también puede estar influenciada por factores como patrones de relaciones sexuales esporádicas y la necesidad de ocultar la actividad sexual y el uso de anticonceptivos. Por ejemplo, algunas adolescentes escogen la inyección, porque así solo ellas saben que están usando un método anticonceptivo. Las adolescentes sexualmente activas que no están casadas pueden tener necesidades muy diferentes de aquellas que sí lo están.

La ampliación de la cantidad de opciones de métodos ofrecidos puede conducir a una mayor satisfacción, aceptación y prevalencia del uso de anticonceptivos. La educación y la orientación apropiadas, tanto antes, en el momento de la selección del método y en las consultas de seguimiento, pueden ayudar a las adolescentes a tomar decisiones informadas, voluntarias y adecuadas a su estilo de vida, a lidiar mejor con los posibles efectos colaterales y a solicitar el cambio de método si lo necesitan. Es decir, a usar con más seguridad y satisfacción la anticoncepción como un medio para realizar un proyecto de vida más saludable.

Es preciso, asimismo, hacer todo lo posible para evitar que el costo de los servicios y del método limite las opciones disponibles.

Consulta para iniciar el método

Una vez que la usuaria ha recibido información y orientación sobre todos los métodos y ya ha tomado una decisión sobre el método que desea usar, debe pasar a la consulta con un médico o enfermera con el fin de realizar el examen médico y ginecológico para iniciar el uso del método (aquellos que necesitan de intervención médica para ser usados, por ejemplo DIU o implantes) o recibirá las instrucciones sobre cómo utilizarlo (métodos controlados por la usuaria, como la píldora o el condón o preservativo).

Aun cuando la orientación haya sido muy cuidadosa y la elección del método haya sido realizada siguiendo todo el proceso de decisión informada, algunos criterios médicos de elegibilidad solo pueden ser determinados en la consulta médica.

Por esa razón, antes de definir el método a ser usado el profesional médico deberá confirmar que no haya alguna condición de salud que restrinja su uso a través del examen físico y ginecológico y, eventualmente, deberá postergar la decisión final cuando sea necesario hacer algún examen de laboratorio para confirmar si el método realmente puede ser usado sin riesgo.

Esto es especialmente válido para el DIU, ya que el examen ginecológico puede detectar condiciones que harían su uso inadecuado, por ejemplo malformaciones del útero o infección purulenta del cuello del útero. En el caso de métodos hormonales (píldoras o inyecciones) o preservativos, los antecedentes de salud, más la medición de la presión arterial -habitualmente tomada antes de la consulta- son suficientes para poder confirmar la elegibilidad del método.

Un examen completo debe ser realizado siempre que sea posible ya que es una buena práctica de salud preventiva. Sin embargo, para iniciar el uso de la píldora no es necesario que la mujer reciba un examen físico completo ni necesita que se le haga examen ginecológico. Cuando las condiciones lo permiten y se decide hacer una evaluación clínica, ésta se debe hacer de acuerdo al procedimiento que se detalla a continuación.

Evaluación de el o la adolescente	
Historia clínica completa (SIA CLAP/OPS ver anexo Formularios y Tablas) <ul style="list-style-type: none">• Edad de la menarquia, fecha de la última menstruación normal (FUMN), ciclos menstruales, edad de inicio de las relaciones sexuales, embarazos anteriores.• Síntomas de infecciones genitales.• Consumo de medicamentos, tabaco, drogas y alcohol.• Enfermedades previas: depresión, anemias, diabetes, hipertensión arterial, dislipidemias, bocio, epilepsia, enfermedades de la coagulación, glaucoma y otros problemas de visión, jaquecas y	Examen físico <ul style="list-style-type: none">• Presión arterial, peso, talla, palidez cutánea, mucosa.• Evaluar desarrollo con estadios de Tanner.• Tiroides.• Examen pélvico completo por personal calificado. A veces puede diferirse a una segunda consulta para darle tiempo de estar preparada/o.• PAP y estudio bacteriológico de secreciones vaginales (si se justifica y existen los medios).

Evaluación de el o la adolescente

cefaleas.

- Trastornos de la alimentación: obesidad, anorexia.
- Complementar con preguntas para orientar la elección del método.
- Actitud frente a los métodos anticonceptivos, creencias religiosas, edad de la pareja ¿Con qué frecuencia tienen relaciones sexuales? ¿Han tenido otras parejas sexuales antes? ¿Han usado algún método antes, ¿Por qué no? ¿Por qué dejaron de usarlo? ¿Tienen temor de usar algún método en particular? ¿Por qué? ¿Qué piensa la pareja de los métodos anticonceptivos en general y del preservativo en particular? ¿Saben los padres que tienen relaciones sexuales? ¿Qué opinan los padres al respecto?

Laboratorio

- En general, no se justifica su realización si no se detectaron elementos anormales (diabetes, bocio, alteraciones de la coagulación, anemias etc). Pero se debe considerar siempre la posibilidad de realizar un VDRL a las y los adolescentes con factores de riesgo para sífilis.

Consulta de seguimiento

En general, especialmente para los métodos en que las instrucciones de uso son complejas o se necesite de una intervención para ser iniciados, se debe planear una primera consulta de seguimiento a los 30 días o después de la primera menstruación desde la inserción o comienzo de uso. Después de esta primera consulta de seguimiento, no es necesario planear un esquema rígido de visitas de rutina pero el servicio debe garantizar el acceso a consulta cada vez que la usuaria necesite consultar, sea por efectos colaterales, para consultar por dudas sobre el uso del método o por cualquier razón que la usuaria sienta que puede tener relación con el método. También se recomienda promover visitas anuales al servicio por tratarse de una buena práctica de salud preventiva (control de presión arterial, realización del Papanicolau u otras actividades preventivas).

En la visita de seguimiento se debe averiguar si la adolescente tiene preguntas o dudas que necesita aclarar sobre su experiencia con el método, si está o no satisfecha, si tiene o no alguna dificultad, o si ha tenido algún problema de salud desde su última visita. Ofrézcale toda la orientación que pueda necesitar e invítela a regresar nuevamente toda vez que tenga alguna duda o preocupación. Si tiene algún problema que no puede resolver, ella deberá recibir orientación y ayuda para escoger otro método.

Opciones anticonceptivas

- El uso de la anticoncepción se basa en la libre elección de la usuaria, después de recibir información adecuada y orientación o asesoramiento, respetando los criterios médicos de elegibilidad y las normas del país. Prácticamente todas las adolescentes recibirán anticoncepción reversibles; los métodos permanentes solo podrán ser utilizados por adolescentes en casos muy calificados y autorizados específicamente por algún comité ético (cada país tiene sus propias normas al

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

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

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

- Además de los métodos usados independientemente del acto sexual y de los que se usan durante la relación, los servicios para adolescentes deben ofrecer anticoncepción de emergencia, la única opción cuando ocurre una relación sexual desprotegida en una mujer que no desea quedar embarazada.

- Cualquiera que sea el método elegido, los servicios deben ofrecer la posibilidad de consultar siempre que la usuaria sienta la necesidad de hacerlo, porque está presentando algún efecto secundario o porque tiene dudas sobre el método.

- Con excepción de los métodos quirúrgicos, ligadura tubaria y vasectomía -que afectan la fertilidad permanentemente- los métodos anticonceptivos no permanentes o reversibles no tienen ningún efecto en la fertilidad futura, independientemente del tiempo de uso. Solo los inyectables que contienen solamente progestágeno producen un retraso del retorno de la fertilidad. Con AMPD, el único inyectable de progestágeno puro disponible en América Latina, la fertilidad se recupera, en promedio, diez meses después de la última inyección.

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

Método/principales características	Mecanismo de acción/modo de uso	Efectos secundarios/riesgos	Beneficios no contraceptivos
<p>Píldora (ACOC) Contienen estrógeno y progestágeno. Existen las monofásicas (todas las píldoras tienen la misma dosis) y otras con dosis diferentes durante el ciclo (bifásicas o trifásicas). Las más usadas son las monofásicas. Muy eficaces en uso perfecto (0,3 % en un año) tienen eficacia media en uso típico (8% en un año).</p>	<p>Actúan inhibiendo la ovulación y espesando el moco cervical. Hay diferentes esquemas de uso, pero hay acuerdo en que el uso puede iniciarse en cualquier momento desde que haya una certeza razonable de que la mujer no está embarazada. Hay varios esquemas de uso con periodos de intervalo variables pero el más común consiste en tomar una píldora por día durante 21 días y siete días de intervalo. Lo importante es que la mujer siga estrictamente las instrucciones.</p>	<p>Las complicaciones con el uso de ACOC son muy poco frecuentes, especialmente en adolescentes. Las posibilidades de complicaciones aumentan en hipertensas, portadoras de jaqueca con aura y diabéticas con enfermedad vascular, por ejemplo, que no deben usar la píldora.</p> <p>Los efectos secundarios son poco frecuentes (<10% de las usuarias), no son severos e incluyen: náuseas, vómitos, alteraciones de humor, tensión mamaria, alteraciones menstruales.</p>	<p>Protegen contra EIP (enfermedad inflamatoria pélvica), cáncer de ovario, endometrio y quistes ováricos. Disminuyen el dolor menstrual (dismenorrea). Disminuyen el sangrado menstrual y los quistes benignos de mama. Mejoran el acné.</p>
<p>Inyectables (AIC) Contienen estrógeno y progestágeno. Son métodos altamente eficaces y aceptables. (0,1% en uso perfecto y 0,4% en uso típico). El estrógeno que contienen es estrógeno natural y por ser inyectable se evita el primer paso por el hígado.</p>	<p>Inhiben la ovulación y espesan el moco cervical. Son inyecciones que deben ser usadas cada 30 días. Si la mujer no puede recibir la inyección en el periodo indicado, puede recibirla hasta con siete días de atraso sin necesitar de un método adicional.</p>	<p>La experiencia con los AIC no es tan amplia como con la píldora, pero se estima que los riesgos entre ellas son semejantes. Por ser estrógenos naturales y por evitar el primer paso de la hormona por el hígado, los riesgos pueden ser menores. Los principales efectos secundarios son las alteraciones menstruales.</p>	<p>Se estima que son muy semejantes a los de la píldora combinada (ACOC)</p>

Método/principales características	Mecanismo de acción/modo de uso	Efectos secundarios/riesgos	Beneficios no contraceptivos
<p>Parches</p> <p>Los parches liberan estrógeno y progestágeno que se absorben por la piel, evitando el primer pasaje por el hígado y manteniendo un nivel sanguíneo suficiente bastante estable. No están disponibles en el sector público y son caros. En general son 50% más caros que los anticonceptivos orales de última generación y un ciclo con parches vale lo que cuesta más de un año de anticoncepción con píldoras combinadas con 150 mcg de levonorgestrel y 30 mcg de etinil estradiol. Su eficacia en uso perfecto es semejante a la de la píldora y todavía no hay suficiente experiencia para determinar la eficacia en uso típico.</p>	<p>Uso relativamente fácil, aunque requiere que la mujer siga estrictamente las instrucciones. Los vómitos y diarrea no interfieren con su efecto porque las hormonas no son absorbidas por vía digestiva. Los parches pueden comenzar a ser usados en cualquier momento desde que la mujer no esté embarazada. Cada parche dura siete días y después de colocar y retirar el tercero, la mujer debe descansar una semana. Si un parche se despega, aunque sea parcialmente, hay que reemplazarlo por uno nuevo.</p>	<p>Alergia en el sitio de aplicación del parche Los mismos riesgos que las píldoras. Los criterios médicos de elegibilidad son los mismos de la píldora combinada.</p>	<p>No hay experiencia aún, pero pueden ser los mismos de las píldoras</p>
<p>Anillo vaginal</p> <p>Anillo de Silastic impregnado con etinil estradiol y etonorgestrel (duran 21 días). La absorción por la vagina evita el primer pasaje de las hormonas por el hígado. La eficacia en uso perfecto es similar a la de la píldora y aun no hay experiencia suficiente para determinar la eficacia en uso típico. En general es un método bien aceptado por las mujeres pero no hay una amplia experiencia aún con adolescentes.</p>	<p>Fácil uso. Baja dosis, no tienen pasaje hepático, menor sangrado. Ausencia de sangrados intermenstruales. Alta efectividad y privacidad. El anillo debe ser colocado en la vagina durante 21 días, retirarlo, descansar por 7 días y colocar nuevamente al 8º día por 21 días y así sucesivamente. En las farmacias el anillo debe ser mantenido en refrigerador, entre -2 y -8°C, y se deberá anotar en el embalaje la fecha de venta y la fecha límite para el uso. El producto podrá ser mantenido en temperatura ambiente por el plazo máximo de 4 meses después de adquirido.</p>	<p>Irritación local o flujo vaginal. Probablemente los mismos riesgos que las píldoras, pero pueden ser menores porque la absorción vaginal evita el primer pasaje por el hígado.</p>	<p>No hay experiencia aún pero pueden ser los mismos de las píldoras.</p>

Método/principales características	Mecanismo de acción/modo de uso	Efectos secundarios/riesgos	Beneficios no contraceptivos
<p>Píldoras solo de progestágenos</p> <p>Las más conocidas, las minipíldoras, están en el mercado por más de tres décadas y tienen su principal indicación en el periodo de lactación. La tasa de embarazo en uso perfecto en la lactación es de 0,5% en seis meses y 1% en uso típico. Las de media dosis tienen un desempeño muy parecido con los implantes pero todavía hay una experiencia muy limitada con su uso clínico.</p>	<p>Las minipíldoras bloquean la ovulación en no más de 40% y su efecto se debe principalmente al espesamiento del moco cervical.</p> <p>Las minipíldoras deben ser usadas una a cada 24 horas, de manera continua, sin descansos. El atraso de tres horas o más en la toma de la píldora puede comprometer su eficacia.</p> <p>Las de media dosis también tienen que ser tomadas en forma continua y su desempeño, en estudios clínicos, es muy semejante al de los implantes de levonorgestrel.</p>	<p>Tanto las minipíldoras como las de media dosis tienen muy pocos efectos secundarios sistémicos y no presentan los riesgos cardiovasculares de los anticonceptivos hormonales combinados. Los principales efectos secundarios son las alteraciones menstruales que, en general, son irregularidad menstrual, hipomenorrea y amenorrea en un cierto porcentaje, que es menor que lo que se observa con los inyectables trimestrales (AMPD)</p> <p>Ocurriendo un embarazo hay un riesgo relativo mayor de que sea ectópico.</p>	<p>Por no contener estrógenos y utilizar una dosis baja o media de progestágeno, estos métodos no presentan riesgos cardiovasculares y pueden ser usados por mujeres con hipertensión leve y con diabetes. Igual que el inyectable trimestral protegen contra el cáncer de endometrio.</p>
<p>Inyectables solo de progestágenos</p> <p>En América Latina el único disponible es el AMPD, 150 mg. de acetato de medroxi-progesterona de depósito. Su eficacia es alta (0,3% de embarazo en un año en uso perfecto y en uso típico)</p> <p>Después de suspender su uso, la fertilidad se recupera, en promedio, 10 meses después de la última inyección. Actualmente está disponible la dosis de 150 mg. para uso intramuscular profundo pero en el futuro próximo estará también disponible en una dosis menor para uso subcutáneo que podrá ser autoaplicada.</p>	<p>De uso fácil. Ofrece privacidad, alta aceptación y eficacia. La frecuencia de síntomas gastrointestinales es muy baja y en caso de haber vómitos y/o diarrea, éstos no interfieren con su efecto porque la absorción no es por vía digestiva.</p> <p>La primera inyección puede ser dada en cualquier momento, desde que la mujer no esté embarazada y después repetirse cada tres meses con un máximo de atraso de 15 días.</p>	<p>En general son muy bien tolerados y tienen muy pocos efectos secundarios sistémicos. Es frecuente el aumento de peso de más o menos un a dos kg. por año.</p> <p>El ciclo menstrual se afecta en la gran mayoría de las mujeres con tendencia al sangrado escaso con baja frecuencia. 30 a 50% de las mujeres tienen periodos prolongados de amenorrea y esta frecuencia aumenta en la medida que aumenta el tiempo de uso.</p>	<p>Disminuyen el riesgo de cáncer de endometrio y de embarazo ectópico</p>

Método/principales características	Mecanismo de acción/modo de uso	Efectos secundarios/riesgos	Beneficios no contraceptivos
<p>Implantes sub-dérmicos</p> <p>Actualmente existen dos tipos de implantes sub-dérmicos (con levorgestrel: 2 cilindros o bastonetes que duran cinco años y con desogestrel: 1 cilindro o bastonete que dura tres años). Hay mucha más experiencia con los implantes de levonorgestrel que con los de desogestrel, pero se puede afirmar que la eficacia es muy alta con los dos métodos (0,1% de embarazo por año en uso perfecto y en uso típico).</p>	<p>De uso fácil, colocación subcutánea en el brazo por un/a proveedor/a entrenado/a. No interfieren con la lactancia y son ideales para posparto. Los vómitos y diarrea no se interponen a su efecto. Se pueden colocar en cualquier momento desde que la mujer no esté embarazada y su efectividad dura cinco años (levonorgestrel) o tres años (desogestrel). Solo el de levonorgestrel está disponible en el sector público en algunos países de la Región, y los de desogestrel están disponibles en el sector privado casi en todos los países pero su costo es alto.</p>	<p>Es muy infrecuente pero puede haber infección en el sitio del implante si no se observan las normas de asepsia y colocación por personal entrenado. Esto puede provocar la expulsión de los bastonetes. El efecto secundario más frecuente es la alteración de los sangrados con tendencia a la hipomenorrea y amenorrea. La amenorrea es más frecuente con los implantes de desogestrel. La frecuencia de embarazo es muy baja pero la proporción de ellos que es ectópico es mayor que en mujeres sin anticoncepción.</p>	<p>Pueden ser protectores contra la anemia por la disminución de los sangrados.</p>
<p>Preservativo masculino</p> <p>Disponible en el sector público, está también ampliamente disponible en el sector privado, siendo su costo alcanzable para la gran mayoría de la población. Su tasa de embarazo en uso perfecto es de 3% en un año y 12% en uso típico. La experiencia con el uso tiende a aumentar la eficacia. La aceptación del preservativo masculino ha crecido en los últimos años y su uso ha aumentado significativamente en adolescentes.</p>	<p>Es un método de barrera que actúa impidiendo el encuentro del espermatozoide con el óvulo, evitando así la fecundación. Para obtener una alta eficacia anticoncepcional, el método debe ser usado en todas las relaciones, siguiendo las instrucciones de uso (usar siempre un preservativo nuevo de buena calidad, colocarlo con el pene erecto antes de tener cualquier contacto con la vagina y retirar el pene de la vagina después de la eyaculación, asegurando el preservativo en la base del pene para que no resbale y pueda derramar semen en la vagina).</p>	<p>El preservativo masculino está libre de riesgos sistémicos y sus efectos secundarios se presentan en baja frecuencia. Los efectos secundarios incluyen alergia o irritación inespecífica de la piel, de la mucosa peniana o de la mucosa vaginal, que puede ser por el látex o por el espermicida. Cambiar la marca puede resolver el problema cuando no es una alergia al látex.</p>	<p>Protegen con alto nivel de efectividad contra las ITS, incluyendo el VIH/sida.</p>

Método/principales características	Mecanismo de acción/modo de uso	Efectos secundarios/riesgos	Beneficios no contraceptivos
	Es recomendable usar los que vienen con espermicida o usar un lubricante no oleoso durante la relación		
<p>Preservativo femenino</p> <p>Está disponible en algunos países en el sector público pero no es ofrecido rutinariamente a todas las mujeres. Está disponible en el sector privado, no se encuentra en todas las farmacias y su precio es alto comparado con el preservativo masculino. La eficacia es similar a la del preservativo masculino.</p>	<p>Es una buena opción alternativa al uso del preservativo masculino. Hay que usar siempre un preservativo nuevo en cada relación.</p> <p>Debe estar colocado en la vagina antes de que el pene tenga contacto con ella, pero puede ser colocado minutos u horas antes de la relación.</p>	<p>No tiene efectos secundarios sistémicos y la incidencia de efectos locales (irritación vaginal) es baja.</p>	<p>Protegen contra infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH/sida. También protege la piel de la vulva.</p>
<p>Espermicidas</p> <p>La mayoría de los productos son a base de nonoxinol-9 y tienen una eficacia anticonceptiva baja (30% o más de embarazo por año de uso). No se recomiendan como método único. Pueden aumentar la eficacia de métodos de barrera (preservativos y el diafragma vaginal). Están aprobados por las normas en todos los países pero el acceso es limitado en el sector público. Se pueden comprar en farmacias y su precio es accesible.</p>	<p>Existen en forma de crema, espumas, jaleas, óvulos e impregnando láminas de polímeros en forma de parches (película anticonceptiva).</p> <p>Deben colocarse en la vagina antes de la relación pero no más de 30 minutos antes de cada relación porque se absorben y pierden la eficacia.</p>	<p>No tienen efectos secundarios sistémicos pero pueden producir irritación vaginal con uso frecuente.</p> <p>Estudios en trabajadoras sexuales mostraron que el uso muy frecuente produce irritación vaginal que puede aumentar el riesgo de infección por VIH en mujeres.</p>	<p>Pueden dar una cierta protección contra infecciones de transmisión sexual pero no protegen contra el VIH/sida.</p>

Método/principales características	Mecanismo de acción/modo de uso	Efectos secundarios/riesgos	Beneficios no contraceptivos
<p>DIU con cobre</p> <p>Es el método anticonceptivo más barato porque un DIU puede dejarse colocado por 10 años. El modelo más efectivo y bien tolerado es la T-Cu-380, que tiene una alta eficacia (tasa de embarazo de 0,3% en el primer año de uso y tasa acumulada de 2% en 10 años en estudios clínicos bien controlados y de 0,6% en el primer año en uso rutinario).</p> <p>Es un método que está disponible en el sector público en todos los países latinoamericanos.</p>	<p>El DIU con cobre produce alteraciones bioquímicas en el moco cervical y en la cavidad uterina que alteran la migración espermática y su capacidad fecundante. Deben ser insertados por personal capacitado, médico o enfermera, cuidando mantener la asepsia durante el procedimiento. Siempre debe usarse un DIU nuevo, cuyo embalaje esté intacto y dentro del periodo de validez escrito en el embalaje, que es de 7 años después de su fabricación. Una vez colocado se puede dejar por 10 años pero la mujer puede hacer que se lo retiren a cualquier momento, si quiere tener otro embarazo o por cualquier otra razón. Si al fin de 10 años de uso la mujer desea seguir usando DIU con cobre, puede pedir que le coloquen uno nuevo inmediatamente después de retirar el otro.</p>	<p>Requiere colocación médica y control estricto de la adolescente. Aumenta el goteo y sangrado menstrual. El riesgo de expulsión es bajo, si es bien colocado (entre 4 a 7 % en el primer año de uso). Cuando la inserción es posparto la tasa de expulsión es un poco más alta.</p> <p>No protege contra las ITS-VIH.</p>	<p>Ninguno conocido.</p>
<p>DIU con levonorgestrel – Mirena</p> <p>Dispositivo de plástico en formato de letra "T" con un cilindro en su rama vertical que libera 20 mcg de levonorgestrel por día. Es de alta eficacia (tasa de embarazo de 0,1% en el primer año) y dura cinco años. No está disponible en el sector público y es caro. Hay poca experiencia con su uso en adolescentes.</p>	<p>Debe ser colocado por personal específicamente capacitado en el uso de este modelo porque su procedimiento de inserción es diferente del usado para la T con cobre. Su efecto se mantiene por cinco años y puede ser cambiado por un nuevo dispositivo en el mismo momento de la extracción si la mujer quiere continuar usando el método.</p>	<p>Prácticamente exento de efectos sistémicos porque la dosis que se absorbe es muy baja. El efecto en el endometrio se traduce en disminución de los sangrados que llegan a periodos de amenorrea en más de 50% de las usuarias.</p>	<p>Protege el endometrio disminuyendo el riesgo de cáncer de endometrio y reduce las hiperplasias de endometrio.</p>

Método/principales características	Mecanismo de acción/modo de uso	Efectos secundarios/riesgos	Beneficios no contraceptivos
<p>Amenorrea de la lactancia (MELA) Es un método natural, muy fácil de usar, sin costo y de alta eficacia cuando es bien usado. La tasa de embarazo a los seis meses de uso es de 0,5% en uso perfecto y 2% en uso típico</p>	<p>La mujer debe ser bien orientada en que el método es eficaz cuando se cumplen tres condiciones: lactancia exclusiva o casi exclusiva (solo agua adicional) en libre demanda, amenorrea, el bebé no ha cumplido seis meses. Cuando alguna de estas tres condiciones no existe más, la mujer debe adicionar otro método anticoncepcional</p>	<p>No tiene ningún riesgo de salud. Los efectos secundarios pueden ser problemas con la lactación que no dependen de estar usando la lactación como anticoncepcional. No protege contra las ITS – VIH.</p>	<p>La lactación provee excelente nutrición y transfiere inmunidad a los niños menores de 6 meses. Mantener la lactación por seis meses a lo menos favorece el vínculo de la madre con el recién nacido.</p>
<p>Coito interrumpido No hay estudios confiables sobre su eficacia pero se sabe que la tasa de embarazo con su uso es alta. No es un método altamente recomendable pero los/las adolescentes deben ser informados/as sobre sus características porque a veces es la única opción disponible. Es un método que una gran proporción de las personas utiliza en algunas ocasiones.</p>	<p>Eyacuando fuera de la vagina se impide que los espermatozoides entren al útero. No tiene costo. El hombre tiene que tener control suficiente para retirar el pene de la vagina antes de la eyacuación.</p>	<p>No tiene efectos secundarios ni riesgos para la salud. No protege contra las ITS – VIH.</p>	<p>No tiene.</p>

Métodos basados en la percepción de la fertilidad

Estos métodos han recibido diferentes denominaciones, más o menos correctas y difundidas en la población, tal como métodos naturales, comportamentales, de abstinencia periódica, etc.

Están basados en el concepto de que se puede evitar el embarazo impidiendo el encuentro de los espermatozoides con el óvulo, si se evitan las relaciones sexuales en el periodo del ciclo en que el óvulo está fecundable. Son métodos de baja eficacia en uso típico (tasa de embarazo 25% en un año). En uso perfecto, algunos de ellos pueden llegar a tasas de embarazo alrededor de 1% en un año.

Por tener una eficacia baja y necesitar de capacitación sobre como usarlos, colaboración de la pareja y disciplina para usarlos consistentemente, no son métodos habitualmente elegidos por adolescentes pero todos y todas las adolescentes deberían conocerlos muy

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

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

- Método del ritmo o calendario, también conocido como Ogino-Knaus.
- Método de los días fijos, con o sin auxilio del collar anticonceptivo.
- Método de la temperatura basal.
- Método del moco cervical o método de Billings.
- Método sintotérmico que combina signos y síntomas, incluyendo la temperatura basal.

Todos ellos se fundan en la percepción de los días fértiles, basándose en el ritmo menstrual o en algunos signos o síntomas que pueden indicar cuando la mujer está en los días fértiles, como temperatura corporal, moco cervical, síntomas mamarios, dolor provocado por la ovulación, etc.

Método/características	Modo de uso	Observaciones
<p>Método del ritmo Fue el primer método de abstinencia periódica descrito. Necesita que la mujer lleve una historia menstrual de por lo menos seis ciclos antes de iniciar su uso. Requiere disciplina y colaboración de la pareja.</p>	<p>Con las fechas de los últimos seis ciclos menstruales, se calcula cuál es la duración del ciclo más largo y del más corto. Con ese dato, la mujer calcula los días del ciclo en que debe abstenerse de tener relaciones, restando 11 días al ciclo más largo y 18 al ciclo más corto. Con ciclos, por ejemplo, de entre 26 y 32 días, el cálculo sería: $32-11=21$; $26-18=8$; o sea, la mujer debe abstenerse desde el 8º al 21º día del ciclo. Hay que estar atento a los cambios de las fechas límites y rehacer los cálculos. No puede ser usado por mujeres con ciclos muy irregulares.</p>	<p>No tiene efectos secundarios. Si se utiliza correctamente se puede obtener eficacias medias, con tasa de embarazo de menos de 10% en un año. Lo mejor es la abstinencia completa de sexo vaginal en los días calculados. Se puede tener relaciones con preservativo, aunque la eficacia no es tan alta.</p>
<p>Método de los días fijos/ Collar Es una variedad simplificada del método del ritmo que puede ser usado con el collar anticoncepcional que ayuda a identificar los días fértiles. En uso típico la tasa de embarazos es de alrededor de 10 a 12% y en uso perfecto puede llegar a 5%.</p>	<p>A diferencia del ritmo, la mujer no necesita tener la historia de los últimos seis meses. Simplemente, la mujer debe abstenerse de tener relaciones sexuales vaginales desde el 8º al 19º día del ciclo, ambos incluidos. Recordar que el día en que comienza la menstruación es el primer día del ciclo. Una vez que llega la menstruación, la mujer debe marcar en un calendario los días en que debe abstenerse. Si usa el collar, cada día debe avanzar el aro de goma una cuenta y sabrá cuándo está en los días fértiles. Las mujeres deben ser entrenadas para manejar estos conceptos.</p>	<p>Es un método que no tiene alta eficacia pero es bastante más simple de usar que el método del ritmo, por lo cual la eficacia en uso típico parece ser mayor. Cuando la pareja no consigue abstenerse en algún día fértil se recomienda usar el condón.</p>

Método/características	Modo de uso	Observaciones
<p>Método de la temperatura basal</p> <p>Se basa en el hecho de que la temperatura basal corporal aumenta más o menos 0,5 °C después de la ovulación. Cuando ya se han completado tres días después del alza de temperatura, no hay riesgo de embarazo.</p>	<p>Requiere que la mujer tome la temperatura corporal todos los días y la anote en un gráfico que está graduado en décimos de grados celsius. La mujer debe abstenerse de tener relaciones hasta que se completan tres días después que la temperatura sube y se estabiliza. Si se usa correctamente, puede tener una tasa de falla de 3%.</p>	<p>Es fundamental capacitar bien a la mujer en la toma de la temperatura y su transcripción al gráfico.</p> <p>Si la temperatura fue bien medida, la posibilidad de embarazo después de 3 días de la subida es prácticamente cero.</p>
<p>Método del moco cervical (Billings)</p> <p>El moco cervical se pone viscoso y opaco después de la ovulación e indica que se puede tener relaciones sin riesgo de embarazo.</p>	<p>La mujer debe observar la presencia de moco cervical desde que termina la menstruación. Cuando aparece el moco, la mujer debe abstenerse de tener relaciones sexuales. El moco deberá estar cada vez más abundante, elástico y transparente y la mujer debe seguir en abstinencia. Cuando el moco se vuelve opaco y viscoso significa que la mujer ovuló y dos días después puede tener relaciones sin riesgo.</p>	<p>Requiere que la mujer sea capacitada para reconocer el moco cervical. La mujer debe entender que es muy efectivo para determinar cuando ya no hay riesgo después de la ovulación, pero no es seguro antes de ella.</p>
<p>Método sintotérmico</p> <p>Se basa en síntomas y signos, incluyendo la temperatura basal y el moco cervical. Puede ser muy efectivo cuando es usado en mujeres bien capacitadas.</p>	<p>La mujer debe medir la temperatura y observar el moco cervical todos los días, además de síntomas y signos que algunas mujeres aprenden a reconocer como señales de ovulación. Tres días después que la temperatura subió, el moco se hizo espeso, la mujer tuvo el dolor de ovulación o el pequeño sangrado de ovulación, puede tener relaciones sin riesgo.</p>	<p>Por usar varios indicadores de ovulación tiene más posibilidades de diagnosticarla, pero también es seguro solo después de la ovulación.</p>

Anticoncepción de emergencia (AE)

Los anticonceptivos de emergencia son métodos para evitar el embarazo después de haber tenido relaciones sexuales sin protección anticonceptiva. Son la única opción disponible para evitar el embarazo luego de un coito sin protección, frente a accidentes con el método utilizado habitualmente o en caso de violaciones.

Este método deberá ser enseñado y difundido con cada método anticonceptivo y aún en la consulta de control, aunque no haya iniciado la actividad sexual.

Es una opción que todos los y las adolescentes tendrían que conocer desde muy temprano. No olvidar, además, incentivar siempre la doble protección.

Su uso está justificado en las siguientes situaciones:

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

Métodos disponibles para anticoncepción de emergencia

Hormonales:

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

Dispositivo intrauterino (DIU):

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

Anticoncepción hormonal de emergencia:

A pesar de que el efecto de la administración de estrógenos o de estrógenos con progestágenos después de un coito no protegido ya fue demostrado en las décadas de 1960 y 1970, el uso de la AE fue muy restringido, principalmente porque siempre fue considerado – erróneamente- como un método para provocar aborto temprano, en vez de ser un método anticonceptivo. Por esa razón, grupos feministas que trabajaron activamente para su introducción en los programas calificaban a la AE como el secreto mejor protegido en anticoncepción.

Con la formación del Consorcio Internacional para la Introducción de la AE, se estimularon movimientos en todo el mundo que resultaron en la diseminación amplia de información sobre el método y en su aprobación en los programas en muchos países, incluyendo países latinoamericanos, desde fines de la década de 1990.

Métodos disponibles para anticoncepción hormonal de emergencia

A pesar de que teóricamente podrían utilizarse productos orales o parenterales para la AE, se recomienda solo el uso del método por vía oral ya que no existen datos que permitan justificar el uso de inyectables con este fin.

Actualmente hay dos métodos aprobados para anticoncepción hormonal de emergencia:

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

Eficacia

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

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

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

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

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

Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AE)		
Tipo de método	Dosis y modo de uso	Observaciones
Progestágeno solo (Levonorgestrel)	<p>Dos presentaciones: 2 comprimidos de 0,75 mg o 1 comprimido de 1,5 mg</p> <p>Se puede tomar dos dosis de 0,75 con 12 horas de intervalo o los 2 comprimidos de una vez.</p> <p>Tomar 1 comprimido de 1,5 mg</p> <p>o Actualmente se recomienda tomar una píldora de 1,5 o los 2 comprimidos de 0,75 mg de una vez.</p>	<p>Todas las mujeres pueden tomar la AE. No hay condiciones de salud categoría 3 ó 4 de los criterios médicos de elegibilidad para la AE.</p> <p>Tienen escasos efectos secundarios pasajeros. El más importante es el vómito, que se presenta en más o menos 5% de los casos. Si acontece en las primeras dos horas después de tomar las píldoras debe repetirse la dosis. En esos casos se recomienda dar un antiemético antes de repetir la dosis.</p>
Método de Yuzpe	<p>2 dosis de 100 ug de etinilestradiol + 500 ug de levonorgestrel cada una, separadas por un intervalo de 12 horas (cada dosis son 2 comprimidos que contienen 50mcg de estrógeno y 250 mcg de levonorgestrel).</p> <p>2 comprimidos que contengan, etinil estradiol de 0,05 mg + levonorgestrel 0,25 mg que se repiten a las 12 horas.</p> <p>4 comprimidos que contengan etinil estradiol de 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg que se repiten a las 12 horas.</p> <p>Habitualmente, estas últimas píldoras son las que están disponibles en el sector público.</p>	<p>Todas las mujeres pueden tomarlas</p> <p>Presentan una frecuencia un poco mayor de vómitos y se debe repetir la dosis si estos ocurren en las primeras dos horas después de tomarlas.</p>

Todos los adolescentes, hombres y mujeres, aunque no hayan tenido aún relaciones sexuales o que ya estén utilizando algún método anticonceptivo deben conocer la anticoncepción de emergencia, tenerla disponible y saber como usarla. También deben saber que no puede ser usada como un método regular ni permanente.

Anticoncepción de adolescentes con enfermedades crónicas y discapacidad mental

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

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

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

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

Método	Porcentaje de mujeres que se embarazan en el primer año de uso		Porcentaje de mujeres aun usando el método al fin del primer año de uso
	Uso típico	Uso perfecto	
Ningún método	85	85	
Espermicidas	29	18	42
Coito interrumpido	27	4	43
Abstinencia periódica	25		51
Calendario		9	
Método de la ovulación		3	
Método sintotérmico		2	
Post-ovulación		1	
Esponja anticonceptiva			
Multíparas	32	20	46
Nulíparas	16	9	57
Diafragma	16	6	57
Preservativo			
Femenino	21	5	49
Masculino	15	2	53
Anticonceptivos hormonales combinados			
Anticonceptivos orales	8	0.3	68
Inyectable	3	0.05	56
Parche anticonceptivo	8	0.3	68
Anillo vaginal	8	0.3	68
Anticonceptivos solo de progestágeno			
Depo-provera (AMPD)	3	0.3	56
Orales sólo de progestágeno	8	0.3	
DIU			
T de cobre 380	0.8	0.6	78
DIU-LNG	0.1	0.1	81
Implantes de LNG	0.05	0.05	84
Esterilización femenina	0.5	0.5	100
Esterilización masculina	0.15	0.10	100

Píldoras anticonceptivas de emergencia: El tratamiento iniciado dentro de las 72 horas después del coito sin protección reduce el riesgo de embarazo por lo menos en un 75%.

Método de amenorrea de lactancia: Este es un método anticonceptivo temporal, de gran eficacia.⁹

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Criterios de elegibilidad para el uso de anticonceptivos. Tercera edición, 2005.

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

TABLAS RESUMEN I = para iniciar C = Para continuar uso								
CONDICIÓN	AOC Pildora	AIC Iny mens	Parche/ Anillo	PP Pild prog	AMPD Iny trim	Implantes	DIU-Cu	DIU-LNG
CARACTERÍSTICAS PERSONALES Y ANTECEDENTES REPRODUCTIVOS								
Embarazo	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	4*	4*
Edad	Menarquia a <40=1 ≥40=2	Menarquia a <40=1 ≥40=2		Menarquia a <18=1 18-45=1 >45=1	Menarquia a <18=2 18-45=1 >45=2	Menarquia a <18=1 18-45=1 >45=1	Menarquia a <20=2 ≥20=1	Menarquia a <20=2 ≥20=1
Paridad								
a) Nulípara	1	1	1	1	1	1	2	2
b) Múltipara	1	1	1	1	1	1	1	1
Lactación								
a) < 6 semanas después del parto	4	4	4	3*	3*	3*		
b) 6 semanas a < 6 meses	3	3	3	1	1	1		
c) ≥ 6 meses después del parto	2	2	2	1	1	1		
Posparto (mujeres que no lactan)								
a) < 21 días	3	3	3	1	1	1		
b) ≥ 21 días	1	1	1	1	1	1		
Posparto con o sin lactación, nclusive post-cesárea								
a) < 48 horas							2	3
b) ≥ 48 horas a <4 semanas							3	3
c) ≥ 4 semanas							1	1
d) Infección puerperal							4	4
Post aborto								
a) Primer trimestre	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1*
b) Segundo trimestre	1	1	1	1	1	1	2	2
c) Post-aborto séptico	1	1	1	1	1	1	4	4
Embarazo ectópico anterior	1	1	1	2	1	1	1	1
Antecedente de cirugía pélvica (incluso post- cesárea) (ver también posparto)	1	1	1	1	1	1	1	1

Tabaquismo								
a) Edad < 35	2*	2	2	1	1	1	1	1
b) Edad ≥ 35								
(i) <15 cigarrillos/día	3*	2	3	1	1	1	1	1
(ii) ≥15 cigarrillos/día	4*	3	4	1	1	1	1	1
Obesidad Índice de masa corporal (IMC) ≥30 kg/m ²	2	2	2	1	1	1	1	1
Medida de presión arterial no disponible	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*	NA*
ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR								
Múltiples factores de riesgo para enfermedad cardiovascular arterial (tales como edad ≥ 35 años, tabaquismo, diabetes e hipertensión)	3/4*	3/4*	3/4*	2*	3*	2*	1	2
Hipertensión								
a) Antecedente de hipertensión en que la presión arterial NO PUEDE ser evaluada (inclusive hipertensión en el embarazo)	3*	3*	3*	2*	2*	2*	1	2
b) Hipertensión adecuadamente controlada en que la presión arterial PUEDE ser evaluada	3*	3*	3*	1*	2*	1*	1	1
c) Niveles elevados de presión arterial (mediciones hechas correctamente)								
(i) sistólica 140-159 o diastólica 90-99	3	3	3	1	2	1	1	1
(ii) sistólica >160 o diastólica >100	4	4	4	2	3	2	1	2
d) enfermedad vascular	4	4	4	2	3	2	1	2

Antecedente de hipertensión en el embarazo (en que la presión arterial actual es medida y se encuentra normal)	2	2	2	1	1	1	1	1
Trombosis venosa profunda (tvp)/ embolia Pulmonar (EP)								
a) Historia de TVP/EP	4	4	4	2	2	2	1	2
b) TVP/EP actual	4	4	4	3	3	3	1	3
c) Antecedente familiar de TVP/EP (parientes en primer grado)	2	2	2	1	1	1	1	1
d) Cirugía grande								
(i) con inmovilización prolongada	4	4	4	2	2	2	1	2
(ii) sin inmovilización prolongada	2	2	2	1	1	1	1	1
e) Cirugía menor sin inmovilización	1	1	1	1	1	1	1	1
Mutaciones trombogénicas conocidas (p.ej., Factor V de Leiden, mutación de protrombina, deficiencia de proteína S, proteína C y antitrombina)	4*	4*	4*	2*	2*	2*	1*	2*
Trombosis venosa superficial								
a) Venas varicosas	1	1	1	1	1	1	1	1
b) Tromboflebitis superficial	2	2	2	1	1	1	1	1
Enfermedad cardiaca isquémica actual o anterior				I C		I C		I C
	4	4	4	2 3	3	2 3	1	2 3
Accidente vascular cerebral Antecedente de accidente vascular cerebral (AVC)				I C		I C		
	4	4	4	2 3	3	2 3	1	2

Hiperlipidemias conocidas (exámenes NO son necesarios para el uso seguro de métodos anticonceptivos)	2/3*	2/3*	2/3*	2*	2*	2*	1*	2*								
Enfermedad cardíaca valvular																
a) No complicada	2	2	2	1	1	1	1	1								
b) Complicada (hipertensión pulmonar, riesgo de fibrilación auricular, historia de endocarditis bacteriana sub-aguda)	4	4	4	1	1	1	2*	2*								
ALTERACIONES NEUROLÓGICAS																
Cefalea*	I	C	I	C	I	C	I	C	I	C						
a) No jaquecosa (leve o intensa)	1*	2*	1*	2*	1*	2*	1*	1*	1*	1*	1*	1*				
b) jaqueca																
(i) sin aura																
<i>edad <35</i>	2*	3*	2*	3*	2*	3*	1*	2*	2*	2*	2*	1*	2*	2*		
<i>edad ≥35</i>	3*	4*	3*	4*	3*	4*	1*	2*	2*	2*	2*	1*	2*	2*		
(ii) con aura (en cualquier edad)	4*	4*	4*	4*	4*	4*	2*	3*	2*	3*	2*	3*	1*	2*	3*	
Epilepsia	1*		1*		1*		1*		1*		1		1			
Alteraciones depresivas																
Alteraciones depresivas	1*		1*		1*		1*		1*		1*		1*			
Infecciones y alteraciones del aparato reproductor																
Patrones de sangrado vaginal											I	C				
a) Patrón irregular <i>sin</i> sangrado intenso	1		1		1		2		2		2		1		1	1
b) Sangrado intenso o prolongado (patrones regulares e irregulares)	1*		1*		1*		2*		2*		2*		2*		1*	2*

Sangrado vaginal inexplicado (sospecha de condición grave)							I	C	I	C
							4*	2*	4*	2*
Antes de la evaluación	2*	2*	2*	2*	3*	3*				
Endometriosis	1	1	1	1	1	1	2		1	
TUMORES ováricos benignos (inclusive quistes)	1	1	1	1	1	1	1		1	
Dismenorrea intensa	1	1	1	1	1	1	2		1	
Enfermedad trofoblástica del embarazo*										
a) Benigna	1	1	1	1	1	1	3		3	
b) Maligna	1	1	1	1	1	1	4		4	
Ectropion cervical	1	1	1	1	1	1	1		1	
Neoplasia intraepitelial cervical (NIC)	2	2	2	1	2	2	1		2	
Cáncer de cuello uterino (esperando tratamiento)	2	2	2	1	2	2	I	C	I	C
							4	2	4	2
Enfermedad mamaria										
a) Masa no diagnosticada	2*	2*	2*	2*	2*	2*	1		2	
b) Enfermedad mamaria benigna	1	1	1	1	1	1	1		1	
c) Antecedente familiar de cáncer	1	1	1	1	1	1	1		1	
d) Cáncer										
(i) actual	4	4	4	4	4	4	1		4	
(ii) historia de cáncer, sin evidencia de cáncer por cinco años	3	3	3	3	3	3	1		3	

Cáncer de endometrio	1	1	1	1	1	1	I	C	I	C
							4	2	4	2
Cáncer de ovario	1	1	1	1	1	1	I	C	I	C
							3	2	3	2
Mionas terinos*										
a) Sin distorsión de la cavidad uterina	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
b) Con distorsión de la cavidad uterina	1	1	1	1	1	1	4	4	4	4
Anomalías anatómicas										
a) Que deforman la cavidad uterina							4	4	4	4
b) Que no deforman la cavidad uterina							2	2	2	2
Enfermedad pélvica inflamatoria (EPI)										
a) Historia de EPI (sin factores de riesgo para ITS)							I	C	I	C
(i) con embarazo subsecuente	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
ii) sin embarazo subsecuente	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
b) EPI – actual	1	1	1	1	1	1	4	2*	4	2*

ITS							I	C	I	C
a) Cervicitis purulenta actual o infección por clamidia o gonorrea	1	1	1	1	1	1	4	2*	4	2*
b) Otras ITS (excepto VIH y hepatitis)	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
c) Vaginitis (inclusive tricomoniasis vaginal y vaginosis bacteriana)	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
d) Riesgo aumentado para ITS	1	1	1	1	1	1	2/3*	2	2/3*	2

VIH/sida										
Alto riesgo para VIH	1	1	1	1	1	1	I	C	I	C
							2	2	2	2
Infecteda con VIH	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2
Sida	1*	1*	1*	1*	1*	1*	3	2*	3	2*
Clinicamente bien, en terapia ARV	Ver TERAPIA ANTI-RETROVIRAL abajo						2	2	2	2
OTRAS INFECCIONES										
Esquistosomiasis										
a) No complicada	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
b) Fibrosis del hígado (si intensa ver cirrosis)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Tuberculosis							I	C	I	C
a) No pélvica	1*	1*	1*	1*	1*	1*	1	1	1	1
b) Pélvica conocida	1*	1*	1*	1	1	1	4	3	4	3
Malaria	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
ALTERACIONES ENDOCRINAS										
Diabetes										
a) Antecedente de enfermedad en el embarazo	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
b) Sin enfermedad vascular										
(i) no insulino dependiente	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2
(ii) insulino dependiente	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2
c) Con nefropatía/retinopatía/neuropatía	3/4*	3/4*	3/4*	2	3	2	1	2	1	2
d) Con otra enfermedad vascular o diabetes por más de 20 años	3/4*	3/4*	3/4*	2	3	2	1	2	1	2

Alteraciones de la tiroides								
a) Bocio simple	1	1	1	1	1	1	1	1
b) Hipertiroidismo	1	1	1	1	1	1	1	1
c) Hipotiroidismo	1	1	1	1	1	1	1	1
ALTERACIONES GASTROINTESTINALES								
Enfermedad de la vesícula biliar								
a) Sintomática								
(i) tratada por colecistectomía	2	2	2	2	2	2	1	2
(ii) tratada clínicamente	3	2	3	2	2	2	1	2
(iii) actual	3	2	3	2	2	2	1	2
b) Asintomática	2	2	2	2	2	2	1	2
Antecedente de colestasia								
a) Relacionada al embarazo	2	2	2	1	1	1	1	1
b) Relacionada al uso de AOC en el pasado	3	2	3	2	2	2	1	2
Hepatitis viral								
a) Activa	4	3/4*	4*	3	3	3	1	3
c) Portadora	1	1	1	1	1	1	1	1
Cirrosis								
a) Compensada	3	2	3	2	2	2	1	2
b) Descompensada	4	3	4	3	3	3	1	3
Tumores del hígado								
a) Benigno (adenoma)	4	3	4	3	3	3	1	3
b) Maligno (hepatoma)	4	3/4	4	3	3	3	1	3
ANEMIAS								
Talasemia	1	1	1	1	1	1	2	1
Anemia falciforme	2	2	2	1	1	1	2	1
Anemia por deficiencia de hierro	1	1	1	1	1	1	2	1

INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS								
Medicamentos que afectan las enzimas del hígado								
a) Rifampicina	3*	2*	3*	3*	2*	3*	1	1
b) Ciertos anticonvulsivantes (fenitoína, carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, oxcarbazepina)	3*	2*	3*	3*	2	3	1	1
Antibióticos (excepto rifampicina)								
a) Griseofulvina	2	1	2	2	1	2	1	1
b) Otros antibióticos	1	1	1	1	1	1	1	1
Terapia antirretroviral							I C	I C
	2*	2*	2*	2*	2*	2*	2/3* 2	2/3* 2

Aborto
Aborto
Aborto
Aborto
Aborto
Aborto
Aborto
Aborto

Aborto

Aborto
Aborto



Aborto

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

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

Antecedentes

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

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

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

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

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

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

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

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

Marco legal

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

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

humanos que ya son reconocidos por leyes nacionales, documentos internacionales sobre derechos humanos y otros documentos consensuados”.

Estos derechos se basan en el reconocimiento de los derechos básicos de cada pareja e individuo de decidir libre y responsablemente el número de hijos que desean tener y el intervalo entre ellos, y de acceder a la información y los medios para hacerlo, así como obtener el máximo estándar de salud sexual y reproductiva (Naciones Unidas 1995, párrafo 7.3).

La Asamblea General de las Naciones Unidas revisó y evaluó la implementación de ICPD en 1999 (ICPD+5) y acordó que, “en circunstancias donde el aborto no esté en contra de la ley, los sistemas de salud deben capacitar y equipar a los proveedores de servicios de salud y tomar otras medidas para asegurar que dichos abortos sean sin riesgo y accesibles. Deberían tomarse medidas adicionales para salvaguardar la salud de las mujeres” (Naciones Unidas 1999, párrafo 63.iii).

En el marco de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, en 1995, se afirmó que es una prioridad internacional reducir la mortalidad materna atribuida al aborto, y se consideró que los servicios de aborto seguro deben ser accesibles a la mujer en su comunidad (ONU 1996).

Se debe trabajar en forma conjunta con los ministerios de salud y justicia, ya que ellos pueden ayudar a clarificar las circunstancias en las cuales el aborto no es ilegal. Se deben atender y aplicar las leyes nacionales relacionadas con el aborto y contribuir al desarrollo de regulaciones políticas y protocolos, para asegurar el acceso a los servicios de calidad (OMS 2003a).

En el Marco de los Derechos Sexuales y Reproductivos, la Federación Latinoamericana de Sociedades de Ginecología y Obstetricia, reunida en la ciudad de Santa Cruz de la Sierra en 2003, declaró que toda persona tiene derecho a:

- Una vida sexual satisfactoria, libre de violencia y de riesgos de ITS, VIH y embarazos no deseados, asegurando la prevención y el tratamiento contra los casos de violencia de género.
- Decidir libremente sobre su fertilidad y asegurar su acceso a todos los métodos anticonceptivos.
- Una maternidad sin riesgos innecesarios de enfermedad y muerte.
- Acceder a la interrupción del embarazo en los casos legalmente permitidos.
- Recibir atención adecuada a las complicaciones del aborto, sin ningún tipo de discriminación.

En la Reunión de la Comisión Económica para América Latina, CEPAL (Puerto Rico, 2004), fueron ratificados los compromisos firmados en la CIPD en 1994 sobre los Derechos Sexuales y Reproductivos, y se reafirmó el programa de acción de El Cairo y los acuerdos que fortalecen los Derechos Humanos, la Justicia y el Bienestar. Se comprometieron, además, a convertir el compromiso en realidad concreta y a prestar atención a las demandas de los hombres y mujeres de la Región, en este sentido.

Marco conceptual

El aborto es la expulsión o extracción del producto de la concepción fuera del útero de su madre cuando su peso es de 500 gramos o menos (OMS 1995). Este corresponde a, aproximadamente, 20 semanas de gestación.

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

Según un informe realizado en 2003 por el Centro Nacional de Salud del Adolescente y la Universidad de San Francisco, en Estados Unidos, en 1997 hubo más de 254 mil embarazos de adolescentes de 15 a 19 años; uno de cada cinco (19%) terminaron en un aborto provocado (Neinstein 2002).

Aborto inseguro: según la Organización Mundial de la Salud (OMS), es un procedimiento para finalizar un embarazo no deseado llevado a cabo por personas que carecen del entrenamiento necesario, o realizado en un ambiente sin un estándar médico mínimo (o ambos). El 95% de este tipo de abortos ocurre en países en vías de desarrollo (OMS 1998). La provisión de servicios de aborto en condiciones seguras es una de las intervenciones de maternidad sin riesgo más eficaces, y las intervenciones diseñadas para aumentar la calidad y la cantidad de la atención obstétrica de urgencia podrían tener un impacto considerable (Luck 2000). Aproximadamente, 70 mil madres adolescentes mueren cada año, y las complicaciones del embarazo y del parto son la principal causa de muerte para las jóvenes entre 15 y 19 años en los países de bajos ingresos (Save the Children 2004).

A pesar del aumento notable del uso de anticonceptivos en las últimas décadas, se estima que se producen anualmente 46 millones de abortos inducidos en el mundo, de los cuales la mitad son abortos inseguros. En los países donde el aborto es penalizado, las posibilidades de tener un aborto inseguro aumentan varias veces. La OMS determinó que la mortalidad por aborto inseguro está estrechamente relacionada con la despenalización.

	Muertes por 100.000 abortos
Países con aborto permitido	0.2-1.2
Países con aborto penalizado	300

La misma fuente informa que cada año se inducen alrededor de 20 millones de abortos en todo el mundo. Alrededor de 13% de las muertes maternas de todas las edades han sido atribuidas a este tipo de práctica, lo que significa que cada año mueren por esta causa 70.000 mujeres en todo el mundo y decenas de miles sufren consecuencias a largo plazo, incluyendo la infertilidad (OMS 2003a).

Existen algunos factores predictivos de riesgo de aborto provocado o inducido en las jóvenes (Neinstein 2002):

- Inicio sexual antes de los 14 años.
- Primer embarazo antes de los 15 años.
- Nivel educativo bajo.
- Pobreza.
- Sentimientos de culpa por ejercer la sexualidad.

- Presión familiar y falta de proyectos de vida.

Alguno de estos factores de riesgo no están necesariamente ligados a la pobreza, sino a las pautas sociales, culturales y religiosas.

La respuesta del sistema de salud

En estas recomendaciones se describen aspectos generales de las indicaciones del aborto y sus complicaciones, pero es necesario adaptarlas a la situación de cada país, según la disponibilidad de personal capacitado, materiales, medicamentos, y fundamentalmente de las normas y regulaciones legales.

• Asesorar e informar sobre los detalles de la intervención

Esta información debe ser completa, precisa, fácil de comprender y de acuerdo a la legislación vigente de cada país, y se debe brindar de manera tal que se respete la **privacidad y confidencialidad** de la mujer. Cuando ella está segura de su decisión de interrumpir la gravidez, se debe **recomendar** que ésta sea lo más **temprano** posible, con el fin de minimizar los riesgos de complicaciones y el costo económico y psicológico para la joven, su pareja y su familia. Se aconseja que el aborto se realice en el primer trimestre, pero como algunas mujeres jóvenes no pueden obtener cuidados precoces fácilmente o demoran en acceder a los servicios (por falta de información o de acceso al sistema de salud, limitaciones económicas, incapacidad de reconocer los signos de embarazo, irregularidades menstruales y conflictos familiares, entre otras) se debe tener una respuesta adecuada para estos casos que precisan mayor consideración y cuidado. Aquellos centros de salud que no cuenten con el personal, ni el equipamiento adecuado para inducir un aborto, deben contar con la posibilidad de derivar a la mujer lo más tempranamente posible a un nivel de mayor complejidad.

• Ayuda a la elección del método de interrupción más adecuado

Se debe asesorar sobre las opciones disponibles y sobre qué esperar durante y después del procedimiento, los síntomas y signos de alarma ante los cuales debe consultar inmediatamente y siempre se debe asesorar y estimular el uso de anticoncepción y doble protección post aborto.

Guías de servicios adecuados para nivel comunitario y nivel primario del sistema de salud

- Todos los profesionales de nivel comunitario y primario deben estar entrenados para asesorar en prevención de embarazos no planeados, aborto inseguro, aborto legal y provisión de métodos anticonceptivos, incluyendo anticonceptivos de emergencia e, independientemente del método elegido, los profesionales deberán discutir sobre la prevención de infecciones de transmisión sexual, VIH y sida.
- Todos los profesionales de la salud deben estar entrenados para la atención de las mujeres con complicaciones del aborto (sin discriminación), para reconocerlas y derivar oportunamente.
- Se debe contar con capacidad de transporte (referencia) rápido a servicios de nivel secundario y terciario, para aborto y tratamiento de las complicaciones del aborto inseguro que no puedan proveerse en el nivel primario.

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

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

Los métodos y el nivel de atención

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

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

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

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

3. Medir los niveles de hemoglobina y hematocrito y determinar el grupo sanguíneo y el factor Rh.
4. Diagnosticar vaginosis bacteriana que debe ser tratada antes de la intervención, según recomendación del CDC, con metronidazol gel vaginal 0,75% cada 12 horas por 5 días, o clindamicina crema al 2% por 7 días.
5. Dar antibiótico profiláctico, pero considerar que no se puede negar el aborto cuando no hay posibilidades de realizar la profilaxis.
6. Se deben utilizar las precauciones universales para el control de las infecciones, incluyendo el VIH.
7. Las mujeres deben recibir información oral y escrita del centro de salud de los cuidados que deberán tener al alta, incluyendo recomendaciones relacionadas con sangrado excesivo, fiebre y dolor, así como otras complicaciones (cuánto duran, cómo se reconocen, y cómo y dónde buscar ayuda).
8. Propiciar un diálogo con la mujer que tenga como finalidad ahondar sobre el contexto familiar y de pareja, los motivos por los que quedó embarazada y por los que va abortar, y sus proyectos de vida, para brindar intervenciones integrales de apoyo a la usuaria, dentro de las posibilidades con las que se cuente.

Cuidados post-aborto

- Se debe ofrecer medicación para el dolor, en la mayoría de los casos; los analgésicos comunes, complementados con apoyo verbal, suelen ser suficientes.
- La mujer debe ser observada por aproximadamente 30 minutos luego de la intervención, para asegurarse de que no exista hemorragia, o un aumento de los dolores cólicos u otros problemas. Administrar gammaglobulina anti-Rh D si es pertinente; si no se cuenta con posibilidades de hemoclasificar a la mujer o si se confirma que es Rh negativa, en caso de no contar con gammaglobulina deberá derivarse a otro centro que la posea, o garantizar su acceso. Proveer la inmunización contra la rubéola en los casos pertinentes.
- Recomendar anticoncepción respetando la elección libre e informada, con el fin de prevenir embarazos no deseados y la recurrencia del aborto. Esto ayuda a fomentar la práctica del espaciamiento, para lo que debe facilitarse el acceso a una amplia gama de métodos anticonceptivos. Informar sobre los métodos y sus características, y además proveer los anticonceptivos y orientar sobre el retorno de la fertilidad (informar que el día del aborto debe ser considerado como el primer día del ciclo).
- Siempre se debe promover la doble protección. Independientemente del método anticonceptivo elegido se debe discutir sobre la prevención de ITS, incluido el VIH, y la importancia de la utilización del preservativo. Se puede ofrecer la prueba voluntaria y consejería para VIH.
- Un abordaje humano e integral que incorpore la perspectiva de género y de los derechos sexuales y reproductivos, facilitará la adopción de un método adecuado a cada caso en particular y evitará la exposición a un nuevo embarazo no planeado.
- En caso de ser necesario hacer derivaciones a consultas de orientación y apoyo a las mujeres o a las parejas que lo necesiten.

Métodos de aborto

Etapa de Embarazo	Método	Droga y regímenes más usados	Habilidades y aptitudes profesionales	Riesgos/ventajas	Efectos secundarios y colaterales
Aborto temprano (1er. trimestre). Hasta las 9 semanas completas desde la fecha de la última menstruación (FUM).	Médico	Mifepristone 200 mg. Seguido después de 36-48 horas por 1.0 mg. Gemeprost vaginal o Misoprostol 800 mcg. vaginal o Misoprostol 400 mcg. vía oral (hasta las 7 semanas completas).	Centros de atención primaria que cuenten con personal entrenado para realizar examen clínico y control del embarazo (médicos enfermeras obstétricas y/o parteras calificadas y médicos residentes).	2% a 5% requiere tratamiento quirúrgico. Método económico y no requiere internación. Por vía vaginal es más efectivo y mejor tolerado.	Cólicos y mayor sangrado que la menstruación. Colaterales: náuseas, vómitos y diarreas.
Aborto temprano (1er. trimestre). Hasta las 12 semanas completas desde la FUM	Quirúrgico, con anestesia local y sedación leve.	Aspiración al vacío, manual o eléctrica. Consiste en la evacuación del contenido uterino a través de una cánula unida a una fuente de vacío que pueden ser reutilizadas luego de su esterilización.	Sala de exámenes de centros de atención primaria que cuenten con personal entrenado para realizar examen pélvico y control del embarazo. Médicos, enfermeras obstétricas y/o parteras calificadas y médicos residentes.	Alta eficacia. Tasas de aborto completo de 95% a 100%, tanto para la aspiración manual como la eléctrica. Procedimiento rápido: de 3 a 10 minutos. No precisa internación, solo 30 minutos de observación. Método seguro*.	0.1% sufren complicaciones que requieren hospitalización. Otras complicaciones poco frecuentes son infecciones pélvicas, sangrado abundante, lesión cervical, evacuación incompleta y perforaciones uterinas. Los cólicos abdominales, el dolor y el sangrado similar al menstrual son efectos colaterales de los procedimientos abortivos.

Para más información ver Aborto sin riesgos: Guía técnica y políticas para sistemas de salud, OMS 2003 - www.who.int/reproductive-health/publications/es/safe-abortion.

* En Brasil, la Federación Brasileira de las Asociaciones de Ginecología y Obstetricia recomienda el uso de misoprostol hasta las 12 semanas completas con la dosis de 800mcg vía vaginal cada 12 hrs., hasta completar 3 dosis.

Capacidad y entrenamiento de los proveedores de procedimientos médicos o quirúrgicos

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

Métodos utilizados para el aborto tardío: estos métodos no son aconsejables para el primer nivel de atención -por lo que aquí solo se los menciona- y se debe aconsejar a las personas jóvenes con embarazos mayores a 12 semanas que recurran a un nivel de mayor complejidad de atención. Todos los niveles del sistema de salud deben tener la posibilidad de realizar una derivación a centros que tengan la capacidad de realizar interrupciones en etapas más avanzadas del embarazo de manera segura. El método médico de elección después de las 12 semanas completas, desde la fecha de última menstruación, es el **antiprogestágeno mifepristone** seguido de una dosis repetida de una prostaglandina, por ejemplo, misoprostol. El método quirúrgico de elección es la dilatación y evacuación (D y E), practicado por profesionales con experiencia y habilidad. Esta es la técnica más efectiva y segura para los embarazos avanzados. Los servicios de referencia deben disponer de fluidos intravenosos, capacidad de transfusiones sanguíneas, equipos especiales generales y de resucitación, y servicios de cirugía abdominal, de manera que se puedan manejar las complicaciones originadas por las evacuaciones uterinas del segundo trimestre. Si no se cuenta con personal con pericia técnica, es preferible la utilización de los métodos médicos.

Las complicaciones más frecuentes del aborto y su manejo

Cuando el aborto se realiza **en condiciones seguras**, las complicaciones son poco frecuentes; sin embargo, todos los servicios deben estar equipados y contar con personal entrenado en reconocer las complicaciones y proveer rápida y adecuada atención o derivar inmediatamente a la mujer durante las 24 horas del día.

Tipo de complicación	Frecuencia	Signos y síntomas	Tratamiento
Aborto incompleto	Baja, más común con los métodos médicos.	Sangrado vaginal, dolor abdominal y signos de infección.	Reevacuación uterina con aspiración al vacío y antibiótico terapia.
Aborto fallido	Baja, ocurre tanto en los procedimientos médicos como quirúrgicos, oscila entre 0,5% a 1%.	Continuación del embarazo, sus signos y síntomas.	Aspiración al vacío.
Hemorragia	Muy baja, especialmente en la aspiración al vacío. Oscila entre 0,03% y 1%.	Sangrado vaginal aumentado en cantidad y duración (con coágulos). Puede ser por retención de restos, traumatismos o perforación uterina.	Depende de la causa: reevacuación uterina y administración de oxitócicos y reposición intravenosa de fluidos y, en los casos más graves, derivar a centros de mayor complejidad donde se pueda realizar transfusión sanguínea, laparoscopia o laparotomía, pero siempre intentar reponer la volemia.
Infección	Rara, alrededor del 3%.	Fiebre, generalmente alta, escalofríos, secreción vaginal fétida, dolor abdominopélvico, sangrado vaginal prolongado, sensibilidad uterina aumentada y elevación de recuento de glóbulos blancos.	Antibióticos: preferiblemente de amplio espectro y por vía intravenosa (IV). Lo más recomendado es la combinación de penicilina (o ampicilina), la gentamicina y el metronidazol; también se recomienda ampicilina + sulbactam, y luego re evacuación, si fuera el caso. Los más graves pueden requerir derivación. Prevención: Antibiótico terapia profiláctica en procedimiento de aborto, siempre que sea posible y tratar las ITS antes de la maniobra.

Aborto inseguro

Se estima que cerca de la mitad de los abortos inducidos, cada año, son inseguros (20 millones en todo el mundo). Las muertes por aborto inseguro constituyen la mayor desigualdad de salud entre los países desarrollados y los subdesarrollados o en vías de desarrollo. Solo una de cada 4.100 mujeres en los países industrializados tiene riesgo de morir por una causa relacionada con el embarazo, mientras que en los países más pobres, una de cada 16 mujeres corre el riesgo (WHO 2001).

Existe una relación de un aborto inseguro por cada siete nacidos vivos, pero en la Región de las Américas esta relación es mayor. En Latinoamérica y el Caribe, hay más de un aborto inseguro por cada tres nacidos vivos (OMS 1998) y según el Alan Guttmacher Institute (2000),

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

Complicaciones	Signos y síntomas	Tratamiento
Hemorragia	Sangrado vaginal rojo brillante abundante (con coágulos), dolor, palidez cutánea y mucosa. Puede ser por retención de restos, laceración cervical o perforación uterina hasta lesión intraabdominal.	<p>Tratamiento inicial universal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reposición intravenosa de fluidos IV. • Ocitócicos. • Masajes uterinos y evacuación, si fuera por retención de restos o aborto incompleto. • Antibiótico terapia. • Vacuna antitetánica. • En los casos más graves, derivar a centros de mayor complejidad donde se pueda realizar transfusión sanguínea, laparoscopia o laparotomía, pero siempre intentar reponer la volemia y calmar el dolor.
Infección y aborto séptico:	Fiebre, generalmente alta, escalofríos, sudor, taquicardia, alteración del estado general, secreción vaginal fétida y hematuria, dolor abdominopélvico, sangrado vaginal prolongado, sensibilidad uterina aumentada, heces y orinas fétidas, a veces, oliguria y elevación de recuento de glóbulos blancos. Si no se trata adecuadamente, lleva a la sepsis, insuficiencia renal y/o coagulación intravascular diseminada y muerte.	<p>Tratamiento inicial universal:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Asegurar la vía respiratoria permeable y controlar los signos vitales. • Reposición intravenosa de fluidos IV. • Preparar para la referencia al segundo o tercer nivel de atención. • Iniciar tratamiento con antibióticos, preferiblemente de amplio espectro y por vía IV. Lo más recomendado es la combinación de penicilina (o ampicilina), la gentamicina y el metronidazol. Un esquema de inicio puede ser metronidazol 500 mg. i/v c/ 8 hrs. + gentamicina 3 a 5 mg/Kg/peso c/8 hrs. intramuscular (IM) o IV (si no existe hipersensibilidad) o ampicilina 15mg/kg/peso día c/6-8 hrs. IM o IV por 7 a 10 días. Clindamicina 600 mg. I.V c/8 hrs. <p>Reevaluación si fuera necesario y derivación para un nivel de mayor complejidad para hospitalización.</p>

Embarazo
Embarazo

Embarazo

Embarazo
Embarazo



Embarazo

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

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

Los aspectos de **género** son elementos clave. Se advierte una baja valoración de las adolescentes mujeres, quienes a través del embarazo consiguen mejorar su posición social al adquirir así el papel de esposas o madres. Estas jóvenes se encuentran en desventaja a la hora de negociar con sus compañeros sexuales el uso de métodos anticonceptivos, puesto que la sociedad les asigna papeles de sumisión e ignorancia y las invalida para tomar decisiones. Por oposición, los varones se presentan sin responsabilidades a la hora de prevenir un embarazo o las consecuencias que éste pueda generar; es más, se valoriza el tener relaciones sexuales.

Se estima que un número importante de los embarazos no deseados en adolescentes solteras terminan en aborto, lo cual plantea un grave problema de salud pública puesto que la mayoría de esos abortos se realizan en malas condiciones y son practicados por personas que carecen de formación médica, o se llevan a cabo en establecimientos donde no se satisfacen las normas mínimas de higiene y atención.

Múltiples indicadores dan cuenta de la gravedad del embarazo en adolescentes; altas tasas de mortalidad de las madres y de sus recién nacidos, morbimortalidad de los niños,

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

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

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

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 no pueden comunicarlo solos, ofrecer un espacio para el diálogo con los padres, en una entrevista conjunta.

Control prenatal

Se entiende por control prenatal la serie de visitas programadas de la embarazada con los integrantes del equipo de salud, con el objetivo de vigilar la salud de la mujer y la evolución del embarazo, y obtener una adecuada preparación para el parto, puerperio, lactancia y crianza. Para que el control prenatal sea efectivo, debe cumplir con ciertas premisas: ser **precoz, periódico, completo y de amplia cobertura**.

Para el control del embarazo se recomienda usar la historia clínica perinatal (SIP) del CLAP/OPS como registro adicional a la historia del adolescente (ver sección Formularios y Tablas). El carné obstétrico es un excelente sistema de comunicación entre el lugar donde se realiza el control del embarazo y el centro donde se atiende el parto, para la referencia y contrarreferencia.

Directivas del control prenatal

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

Frecuencia para el control del embarazo en una adolescente

Es evidente que el embarazo en adolescentes debe ser considerado de alto riesgo obstétrico -principalmente en las menores de 15 años- y que un número mayor de contactos permite realizar actividades de soporte social y educativo que preparan a la adolescente para el embarazo, parto, puerperio y crianza. Si bien existen varios esquemas, proponemos la siguiente secuencia:

- Iniciar el prenatal, idealmente antes de las 12 semanas
- Mensualmente hasta las 23 semanas.
- Quincenalmente desde las 24 y hasta a las 36 semanas.
- Semanalmente desde las 37 semanas y hasta el nacimiento.

Actividades del control prenatal

- **Anamnesis:** antecedentes personales y familiares, educación (reacción del establecimiento educativo frente al embarazo), estado civil, nivel socio económico, factores emocionales, abuso sexual, uso de tabaco, alcohol, drogas, vacunación previa (antitetánica, rubéola), consumo de alimentos, actividad laboral.
- **Examen físico:** estado nutricional, presión arterial, examen obstétrico (altura uterina, ubicación y tamaño fetal, vitalidad fetal, peso y talla).
- **Examen pélvico:** buscar desproporción céfalo pélvica, canal de parto, lesiones de cuello uterino.
- **Laboratorio:** deberá adaptarse a las normas locales. Se sugiere hemograma, grupo sanguíneo, glicemia, test para VIH/sida (con consejería pre y postest) estudio para sífilis (VDRL), toxoplasmosis, citomegalovirus, chagas, hepatitis B, título anticuerpos rubéola, orina, urocultivo, exudado vaginal, PAP.
- **Busque específicamente en los controles:** estados hipertensivos del embarazo, ITS, infecciones urinarias, amenaza de parto de pretérmino, retardo de crecimiento intrauterino (RCIU), anemia y desnutrición.

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

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

Diagnóstico y clasificación de embarazo según el riesgo	
<p>Las adolescentes de 15 a 19 años captadas precozmente y que reciben cuidados prenatales de acuerdo con sus necesidades, no tienen mayor riesgo que las adultas de similares condiciones sociales, culturales y económicas. Las adolescentes de 10 a 14 años deben ser siempre consideradas de alto riesgo obstétrico</p>	
<p>BAJO RIESGO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad entre 16 y 19 años. • Pareja y/o familia que apoya. • Escolaridad acorde con la edad. • Buena aceptación de su embarazo. • Sin patología preexistente. • Buen estado nutricional, anemia ausente. 	<p>ALTO RIESGO</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad menor o igual a 15 años. • Sin apoyo de pareja y/o familia. • Bajo/muy bajo nivel de educación y socio-económico. • Embarazo mal aceptado. • Con alguna patología asociada. • Mal estado nutricional, anemia. • Embarazo producto de abuso sexual o violación. • Estatura < de 1.50 m. • Consumo de tabaco, alcohol y/o drogas. • Conductas sexuales de riesgo. • Malos resultados obstétricos previos o de aborto.

Parto y posparto

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

Actividades imprescindibles

Proteger los derechos de la usuaria:

- Respetar la privacidad y el pudor.
- Garantizar el acompañamiento por su pareja y/o familiar o la persona que ella elija.
- Evitar un intervencionismo innecesario (episiotomía, rasurado, enema).

Educación posparto inmediato sobre:

- Cuidados personales (higiene corporal en especial manos, mamas y episiotomía si fue realizada), lactancia, paternidad /maternidad, promoción del desarrollo integral del recién nacido y esquema de vacunación. Anticoncepción.

Asesorar en aspectos legales y sociales:

- Proceso de adopción (si así se decide)
- Paternidad/maternidad adolescente.
- Derechos del recién nacido y sus padres.
- Proceso de identificación civil del recién nacido.
- Primer control de la madre y el niño entre los 7 y 10 días del parto.
- Asesoramiento y consejería en **anticoncepción** y seguimiento al menos por dos años para evitar embarazo subsecuente y fomentar la doble protección.
- Control de patologías ginecológicas.
- **Busque específicamente en los controles del niño: maltrato, abuso sexual.**

Paternidad/maternidad adolescente

Actividades

- Reuniones en grupos de apoyo (mensuales) con padres, madres y, eventualmente, abuelas. Estos adolescentes podrán compartir sus experiencias con futuras/os madres/padres adolescentes.
- Facilitar contención y ayuda.
- Fomentar la paternidad y el sustento -no solo económico, sino emocional- del recién nacido.

- Estímulo para completar educación.
- Reinserción al medio familiar, educacional, social y laboral. Relación con las abuelas.
- Relaciones equitativas entre varones y mujeres.
- Empoderamiento para la toma de decisiones y autoestima.

Atención
Atención

Atención

Atención
Atención



Atención de los principales problemas de salud

Trastornos menstruales

Los trastornos menstruales son responsables por aproximadamente 75% de las consultas ginecológicas de las adolescentes. Con frecuencia son producidos por un problema funcional, pero para llegar a este diagnóstico es necesario descartar un trastorno orgánico. Por ello, se impone evaluar el grado de desarrollo o madurez sexual (estadios de Tanner). En las adolescentes que han tenido y/o tienen relaciones sexuales, se debe hacer el examen genital (especulo y tacto genital bimanual), y el tacto rectal si está indicado.

La ecografía ginecológica es una herramienta diagnóstica complementaria que debe tenerse siempre presente para investigar posibles causas anatómicas y/u orgánicas. Aquellas adolescentes que necesitan una ecografía deben ser referidas a un especialista en el servicio de salud de referencia.

Dismenorrea:

Es el dolor que se produce durante las menstruaciones. Es un motivo habitual de consulta y su frecuencia va aumentando a medida que transcurren los meses, luego de la menarquia.

El interrogatorio y el examen estarán destinados a identificar si se trata de una dismenorrea primaria o secundaria, ya que el tratamiento es diferente en cada una de ellas.

La dismenorrea primaria es el tipo más común en adolescentes, y coincide con el inicio de los ciclos ovulatorios y regulares que, en general, son más frecuentes después de dos años después de la menarquia. La dismenorrea secundaria es causada por una patología específica como inflamación pélvica, várices pélvicas, tumores, adenomiosis, endometriosis, pólipos, miomas, uso de DIU, quistes ováricos, estenosis cervical o malformaciones congénitas.

Primaria	Secundaria
Características del dolor: Premenstrual e intramenstrual, difuso, bilateral y de corta duración. Puede acompañarse de cefaleas, tensión mamaria, náuseas, vómitos y diarrea.	Características del dolor: Dolor progresivo, que no siempre tiene relación con la menstruación. Puede ser después de la menstruación. Puede acompañarse de dispareunia.
Causas: No bien determinadas pero están relacionadas a la acción de las prostaglandinas.	Causas: inflamación pélvica, varices pélvicas, tumores, adenomiosis, endometriosis, pólipos, miomas, uso de DIU, quistes ováricos, estenosis cervical o malformaciones congénitas.
Diagnóstico: <ul style="list-style-type: none"> • Clínico: la anamnesis y el examen físico pueden ser suficientes. • Paraclínico: eventualmente, ecografía ginecológica. 	

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

Tratamiento sintomático

Este tratamiento está dirigido a calmar el dolor.

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

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

Tratamiento etiológico

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

Información para la adolescente

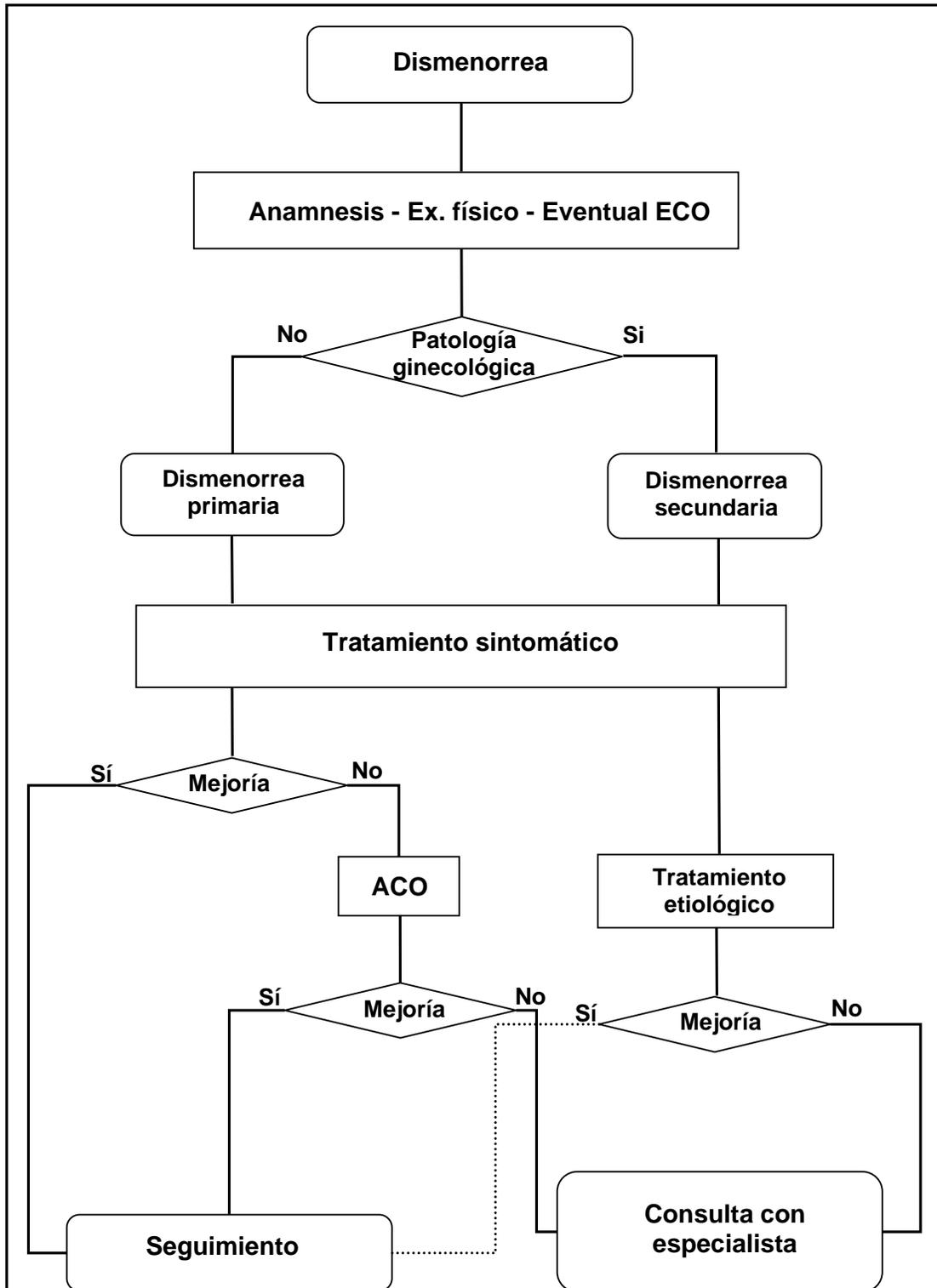
Si es una dismenorrea primaria, explicarle que es un fenómeno habitual que se produce con el comienzo de los ciclos ovulatorios. Debe informársele que la evolución tiende a la mejoría espontánea; que no se verá alterada su sexualidad ni su fertilidad, y que deberá reafirmar el uso de medidas anticonceptivas si ya mantiene o pretende iniciar su vida sexual.

Orientar acerca de la necesidad de volver a consultar, si no hay respuesta favorable al tratamiento indicado.

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

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

Esquema escalonado de decisiones para el manejo de la dismenorrea en el primer nivel de atención



Metrorragia

Es el sangrado genital anormal no menstrual que proviene del útero. Se debe interrogar acerca de las características del sangrado (aparición, volumen, coágulos, duración) y síntomas acompañantes (flujo, dolor, tumoraciones y repercusión hemodinámica), para la orientación diagnóstica. Las causas de una metrorragia son múltiples, pero en las adolescentes la más frecuente (aproximadamente 75%) obedece a una metrorragia disfuncional. Esta suele ser producto de la inmadurez del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal y la consiguiente anovulación, que se ve más comúnmente en los primeros 18 meses siguientes a la menarquia.

Mediante la anamnesis y el examen físico siempre se investigarán otras posibles causas de metrorragia antes de concluir que se trata de un trastorno funcional. Lo primero por descartar en una adolescente que mantiene relaciones sexuales es un posible embarazo complicado; en segundo lugar y por frecuencia, deben descartarse los trastornos de la coagulación.

Examen físico

No se podrá omitir el control de la presión arterial, la frecuencia cardíaca, el peso y la talla; la palpación de la tiroides, del abdomen y la visualización y palpación de genitales externos e internos, si es posible.

Exámenes complementarios

En la mayoría de los casos no se necesita solicitar exámenes y la resolución del caso se maneja clínicamente. En caso de solicitar exámenes paraclínicos, éstos se dirigen a valorar la repercusión provocada por el sangrado y a determinar su causa. Básicamente, se recomienda hemograma, grupo sanguíneo ABO y Rh, crisis sanguínea y ecografía ginecológica.

Relación entre las características clínicas y el diagnóstico							
CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	Retraso menstrual en adolescente que tiene relaciones sexuales.	Sangrados importantes desde la menarquia con petequias o sin ellas, y/o equimosis fáciles.	Ingesta de AAS, AINE, hormonas y anticoagulantes.	Sangrado escaso con historia de flujo vaginal por infección genital baja reciente, malestar general, fiebre, dolor hipogástrico.	Historia de traumatismo genital (accidente, aborto inseguro, abuso sexual).	Presencia de tumoración uterina al examen, o en la ecografía. Lesión de cuello, vagina o vulva.	Ausencia de patología o causa evidente de sangrado
DIAGNÓSTICO	Amenaza de aborto. Embarazo ectópico. Embarazo molar.	Alteraciones de la coagulación. Hipo o hipertiroidismo.	Metrorragia por medicamentos	Infección uterina (endometritis)	Traumatismo o lesión genital, restos de aborto.	Tumoración benigna o maligna del útero, vagina, cuello o vulva.	Metrorragia disfuncional.

Tratamiento

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

Tratamiento de las metrorragias disfuncionales según grado de severidad		
Tipo de sangrado	Primer tratamiento	Tratamiento hormonal regulador
Leve: Sin repercusión hemodinámica y/o disminución de la concentración de hemoglobina, que solamente preocupa a la adolescente porque es irregular.	Control a los seis meses para las adolescentes con menos de un año de menarquia; control a los tres meses para las que tienen más de un año.	Acetato de medroxiprogesterona 5mg v/o durante los 10 días últimos del ciclo y mantenerla por tres meses.
	En el caso de que la adolescente necesite prevenir un embarazo, comenzar directamente con píldoras anticonceptivas.	
Moderado:	ACO monofásicos con dosis de etinil estradiol (EE) de 35-50 microgramos 1comp. c/12 hrs. por 3 días. Seguir con 1 comp. día por 15 a 30 días. Primosistón (combinación de EE/noretisterona) 1 comp. c/8 hrs. por 10 días. Recordar que ocurre un sangrado luego de culminar la medicación.	de medroxiprogesterona 5mg v/o durante 10 días a partir del día 15 del ciclo y mantenerla por tres a seis meses. ACO monofásicas con dosis 20-35 de EE por seis meses. Dieta con niveles adecuados de fierro.
Severo: Existe repercusión anémica importante o repercusión hemodinámica.	Internación inmediata y manejo por especialista.	Estrógenos conjugados en la dosis de 20 mg. por vía venosa, cada 4 ó 6 hrs., con un máximo de 3 dosis. Si el sangrado continúa severo, se recomienda curetagem uterina terapéutica. Si el sangrado disminuye, hacer manutención con: -Estrógenos conjugados: 2,5mg v/o por día durante 20 días + acetato de medroxiprogesterona 10mg v/o por día en los últimos 10 días; o ACO combinada con dosis 30mcg EE + 150mcg levonorgestrel dosis de 1 píldora v/o cada 8 hrs. x 7 días; o -Primosistón (combinación de EE/noretisterona) 1 comp. c/8 hrs. por 20 días. Progesterona 5mg v/o durante 10 días a partir del día 15 del ciclo y mantenerla por seis meses a un año.

Situación especial:

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

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

Amenorrea

La amenorrea es la ausencia de flujo menstrual. Puede ser:

- **Primaria:** toda adolescente que llegó a los 16 años y no menstruó nunca. Otras situaciones que se consideran amenorrea primaria son:
 - si a los 14 años no menstruó y carece de caracteres sexuales secundarios;
 - si no menstruó un año después de haber alcanzado un Tanner mamario 5;
 - si no menstruó 5 años después de haber iniciado el desarrollo mamario Tanner 2.
- **Secundaria:** cuando falta la menstruación por tres meses o más en una adolescente con ciclos regulares, o cuando la ausencia de menstruación es por seis meses en una adolescente con ciclos irregulares, ambos casos **en ausencia de embarazo**.

¿Qué preguntar?

- Historia familiar de crecimiento y desarrollo sexual (edades de la menarquia de la madre, abuela, tías, hermanas).
- Historia del desarrollo de los caracteres sexuales secundarios.
- Historia menstrual.
- Síntomas de embarazo.
- Historia de adelgazamiento marcado, trastornos alimentarios (bulimia, anorexia).
- Excesivo nivel de actividad física (atletismo, competencias de alto nivel).
- Alteraciones emocionales (estrés).
- Cualquier tipo de estrés físico, psíquico y emocional
- Medicación: (uso de hormonas, anticonceptivos, glucocorticoides y heroína).
- Síntomas y signos asociados: cefaleas, trastornos visuales, palpitaciones, taquicardia, aumento del vello corporal, galactorrea.

¿Qué buscar en el examen?

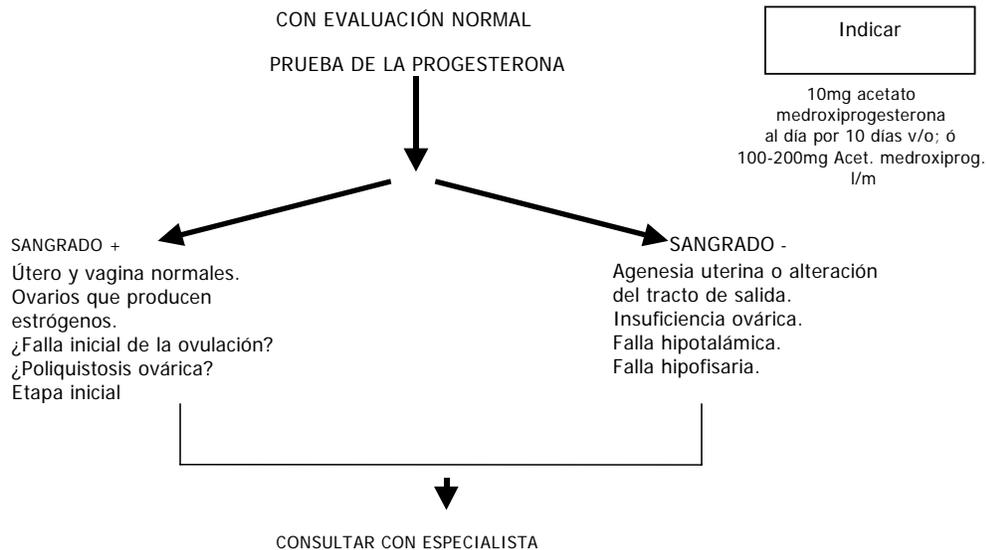
El examen físico es el que aporta la máxima cantidad de información.

- Evaluar el hábito corporal global, altura peso y contextura.
- Olfato.
- Estadios de Tanner.
- Descartar embarazo.
- Malformaciones del aparato genital (agenesia de útero o vagina, himen imperforado).
- En mamas, buscar galactorrea.
- Elementos de virilización.
- Adelgazamiento u obesidad extrema.
- Signos físicos de hipotiroidismo.

Paraclínica

La paraclínica estará orientada por los hallazgos del examen físico y del interrogatorio. Descartado el embarazo o la imperforación himeneal, se solicitará (si se dispone) en el primer nivel, de los siguientes exámenes: LH, FSH, prolactina, TSH, y ecografía. Ante la incapacidad de efectuar los exámenes indicados, y con evaluación clínica normal, se puede realizar la prueba de progesterona, que orientará sobre si la falla se encuentra en el nivel hipofisiario, gonadal o uterino. Indicar medroxiprogesterona como se señala a continuación, y esperar la respuesta para evaluar como positiva o negativa la prueba.

Prueba de progesterona



Conducta recomendada

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

Cuando la amenorrea es prolongada.

Hay mayor riesgo de descalcificación para la adolescente. Es importante indicar una dieta rica en calcio y vitamina D, estimular los ejercicios y continuar el seguimiento con especialistas.

Información para la adolescente

Explicar que no todas las mujeres se desarrollan a la misma edad, si aún no tuvo la menarquia. La media de la menarquia es 12,3 años con intervalo entre 9 y 17. En caso de encontrar patologías que expliquen el retardo o desaparición de la menstruación, se deberá explicar la importancia de la consulta con el especialista y la realización de exámenes.

Oligomenorrea

Es una causa frecuente de consulta, y se caracteriza por la aparición de la menstruación cada 45 a 90 días (el ciclo menstrual normal está entre 25 y 34 días). En algunas adolescentes representa un motivo de preocupación.

Causas y diagnósticos diferenciales

- Disfunción fisiológica del eje hipotálamico-hipofisario-gonadal, frecuente en los primeros 2-3 años posteriores a la menarquia.
- Etapa inicial de la poliquistosis ovárica.
- Falla ovárica prematura.
- Otras alteraciones endocrinas (tiroideas, diabetes).
- Gran pérdida de peso.
- Desequilibrios emocionales. Situaciones de estrés o cambios importantes.

Conducta

- Siempre debe descartarse el diagnóstico de embarazo.
- Cuando la oligomenorrea persiste después de dos años, la evaluación y el tratamiento son semejantes a los de la amenorrea.

Pseudopolimenorrea

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

Síntomas y signos	Diagnóstico	Diagnóstico diferencial
<ul style="list-style-type: none"> • Sangrado leve y breve en duración (1-2 días). • Con dolor o sin él, en hemiabdomen inferior, intermenstrual. • Distensión del abdomen inferior. • Moco cervical como clara de huevo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Clínico • Ecografía: pequeñas cantidades de líquido postovulatorio en el fondo de saco peritoneal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Torsión de ovario y trompa. • Quiste del ovario. • Embarazo ectópico si hay relaciones sexuales. • Ciclos anovulatorios cortos.

Tratamiento con analgésicos-antiespasmódicos

Si se necesita prevenir embarazo o los síntomas son muy importantes, pueden estar indicados los anticonceptivos orales para inhibir la ovulación.

Información para la adolescente

Informar a la adolescente sobre la causa del sangrado intermenstrual y el dolor, tranquilizándola a ella y a su familia.

Síndrome premenstrual (SPM)

Es un conjunto de síntomas de tipo emocional y físico frecuente en las adolescentes y que en general se evidencia dos años o más después de la menarquia. Aparece poco antes de la menstruación y desaparece poco después de su inicio. Puede afectar la vida social y las relaciones de la adolescente. El SPM se asocia con frecuencia a la dismenorrea. El diagnóstico es exclusivamente clínico y se basa en:

Síntomas	
Emocionales	Físicos
<ul style="list-style-type: none"> • Depresión • Irritabilidad • Fatiga • Apetito inusual 	<ul style="list-style-type: none"> • Edemas • Cefaleas • Tensión mamaria • Distensión abdominal • Diarrea • Estreñimiento • Dolor en las piernas • Náuseas • Palpitaciones

Tratamiento

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

<p>Higiénico - dietético:</p> <ul style="list-style-type: none">• Restricción de sal, cafeína, alcohol, tabaco y chocolate en esos días.• Comer fraccionado en pequeñas cantidades.• Dietas con alto contenido de carbohidratos complejos.• Ejercicio físico y eventualmente indicar el uso de terapias cognitivas comportamentales.	<p>Farmacológico:</p> <p><u>Dolor:</u> a) Ibuprofeno, dosis inicial 800 mg. v/o - mantenimiento de 400 mg. v/o c/8 hrs. o b) Naproxeno sódico dosis inicial 550 mg. v/o - mantenimiento de 275 mg. v/o c/6 hrs. o c) Ácido mefenámico, dosis inicial 500 mg. v/o mantenimiento de 250 mg. v/o c/6 hrs.</p> <p><u>Meteorismo y dolor:</u> Carbonato de calcio, 1000 a 1200 mg/día.</p> <p><u>Retención hídrica:</u> Magnesio, 200 a 360 mg/día.</p> <p><u>Edemas:</u> Espironolactona, 50 a 100 mg/día por 5 días, desde el momento de la aparición de los síntomas.</p> <p><u>Mastalgia:</u> Bromocriptina, 2,5 mg/día.</p> <p><u>Alteraciones del humor:</u> Inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina desde los 14 días previos al comienzo de la menstruación y se mantiene hasta su término. Ajustar dosis de acuerdo con el fármaco (fluoxetina, sertralina, etc). Los ACO, piridoxina y vitamina E, no han demostrado ser mejores que el placebo.</p>
---	---

Información para la adolescente

- Explicar que desconocemos las causas de estas molestias, pero que ellas se vinculan con los ciclos ovulatorios por lo cual deben extremarse las medidas de anticoncepción cuando las perciban.
- Aclarar que esto no es una enfermedad, aunque pueda ser molesto, reafirmando que es una situación bastante frecuente y que no implica riesgos.
- Reforzar la importancia del tratamiento higiénico-dietético antes de iniciar tratamientos farmacológicos.

Infecciones genitales:

Infecciones de transmisión sexual (ITS)

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

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

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

Cuadros clínicos más comunes	
Mujeres	Hombres
<ul style="list-style-type: none">• Vaginitis	<ul style="list-style-type: none">• Uretritis
<ul style="list-style-type: none">• Cervicitis	<ul style="list-style-type: none">• Epididimitis
<ul style="list-style-type: none">• Uretritis	<ul style="list-style-type: none">• Orquitis
<ul style="list-style-type: none">• Enfermedad inflamatoria pélvica	

Factores de riesgo de ITS e infección por VIH
<ul style="list-style-type: none">• Edad temprana de inicio de relaciones sexuales (oral, vaginal, anal).• No uso de preservativos en todas las relaciones sexuales (orales, anales y vaginales).• Pareja con ITS conocida.• Hombres que tienen sexo con hombres.• Múltiples compañeros sexuales; cambio frecuente de pareja sexual.• Alguna de sus parejas sexuales es VIH positivo o tiene sida.• Uso de tatuajes y <i>piercings</i> (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.• Promiscuidad familiar.• Trabajadores/as sexuales.

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

Recuerde:

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

Otros aspectos a ser considerados

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

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

Síndrome (tipo de infección)

Orientación clínica	Etiología
<p>Secreción vaginal o uretral</p> <p>Mujer:</p> <p>Flujo vaginal grisáceo, adherente y homogéneo, maloliente, con olor a pescado, con prurito y eritema vulvar.</p> <p>Flujo vaginal espumoso, maloliente, amarillo verdoso, irritación y prurito vulvar, cuello del útero con múltiples manchas rojas puntiformes.</p> <p>Mujer y hombre:</p> <p>Secreción blanca, grumosa, adherente, prurito, vulva roja edematosa, dispareunia, intenso prurito y disuria externa. En el hombre se presenta como inflamación, prurito, irritación y secreción uretral.</p> <p>Secreción purulenta (amarilla verdosa), disuria, bartholinitis, EIP. En el varón puede acompañarse de disuria y epididimitis, y secreción uretral purulenta.</p> <p>Secreción escasa muco purulenta, que en la mujer puede acompañarse de irritación vulvovaginal, congestión y sangrado cervical. El hombre puede presentar disuria y secreción uretral escasa mucopurulenta.</p>	<p>Vaginosis Gardnerella vaginalis, micoplasma hominis y gérmenes anaeróbicos (bacteroides sp).</p> <p>Trichomoniasis Tricomonas vaginalis.</p> <p>Candidiasis Variedades de cándidas.</p> <p>Gonorrea Neisseria gonorrhoeae.</p> <p>Clamidiasis Chlamydia trachomatis.</p>
<p>Mujeres y hombres: úlceras genitales y pápulas</p> <p>Indolora, de bordes netos e indurados, fondo limpio, en periné, labios o pene (chancro). Puede acompañarse de ganglios blandos e indoloros.</p> <p>En ambos sexos: erupción cutánea rosada, no pruriginosa. Puede acompañarse de síndrome toxinfecioso y ganglios indoloros.</p>	<p>Sífilis primaria Treponema pallidum.</p> <p>Sífilis secundaria</p>
<p>Mujeres y hombres: úlceras y tumoraciones genitales</p> <p>Pápulas pequeñas indoloras, con tumoraciones en las regiones inguinales que se fistulizan, ulceran y drenan.</p> <p>Tumoraciones subcutáneas (preferentemente en los genitales externos) que se abren y forman úlceras.</p> <p>Úlceras sucias y muy dolorosas en los genitales que pueden acompañarse de ganglio inguinal homolateral.</p>	<p>Linfogranuloma venéreo Chlamydia trachomatis L1, L2, L3.</p> <p>Granuloma inguinal (Calymmatobacterium granulomatis).</p> <p>Chancroide Hemophilus Ducreyi.</p>
<p>Mujeres y hombres: vesículas</p> <p>Vesículas planas, múltiples, muy dolorosas que mejoran en 15-20 días. Pueden infectarse y acompañarse de disuria intensa. Puede ser recurrente.</p>	<p>Herpes Herpes tipo II.</p>
<p>Hombres y mujeres: verrugas</p> <p>Infección localizada en la piel y las mucosas del tracto anogenital inferior. Son lesiones verrugosas con aspecto de coliflor, llamados condilomas acuminados. La infección puede ser asintomática pero aun cuando no haya lesiones aparentes en la piel, algunas cepas del virus pueden producir cáncer del cuello del útero. La gran mayoría de los casos de cáncer del cuello del útero tienen como factor etiológico el HPV.</p>	<p>Condilomatosis Papiloma viral humano (HPV).</p>

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

A continuación se esquematizan, para cada una de las situaciones clínicas descritas, los procedimientos diagnósticos que deberán realizarse. Al final se listan distintos tratamientos con base en la realización de una búsqueda sistemática de los tratamientos más actualizados, según niveles confiables de evidencia.

Vaginosis bacteriana	
Diagnóstico	Tratamiento
<p>Clínico: presentado en forma previa es parcialmente orientador.</p> <p>Paraclínico: Exudado: 20% o más "clue cells"; pH vaginal >4,5; prueba con el KOH + (olor a pescado); ausencia de lactobacilos.</p> <p>Paraclínico de confirmación: cultivo positivo.</p> <p>Prevención: uso de condón en todas las relaciones sexuales.</p>	<p>Vía oral</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Metronidazol 400 o 500mg v/o c/12 hrs. x 7 días; o dosis única de 2g v/o (se debe advertir a los pacientes que toman metronidazol que eviten el consumo de alcohol hasta 24 horas después de la última dosis), o ● Clindamicina 300mg v/o c/12 hrs. x 7 días (evitar el uso de clindamicina en adolescentes menores de 12 años). <p>Aplicación vaginal:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Gel de metronidazol 0.75% c/12 hrs. x 5 días, o ● Clindamicina crema 2% en la noche x 7 días. <p>Embarazadas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Metronidazol 200 ó 250mg v/o c/8 hrs. x 7 días, o 2g v/o dosis única, después del primero trimestre. ● Clindamicina 300mg v/o c/12 hrs. x 7 días; ● Gel de Metronidazol 0.75% v/vaginal c/12 hrs.x 7 días. <p>No es necesario el tratamiento de la pareja.</p>

Tricomoniasis

Diagnóstico	Tratamiento
<p>Clínico: es muy orientador.</p> <p>Paraclínico: exudado. Observación de examen en fresco, observación de protozooario flagelado.</p> <p>Cultivo positivo.</p> <p>Prevención: uso de condón en todas las relaciones sexuales.</p>	<p>Aplicable a hombres y mujeres</p> <ul style="list-style-type: none">• Metronidazol 400 ó 500mg v/o c/ 12 hrs. x 7 días; o dosis única de 2g v/o (se debe advertir a los pacientes que toman metronidazol que eviten el consumo de alcohol hasta 24 hrs. después de la última dosis) o• Tinidazol 2gr v/o dosis única (para infección vaginal) Tinidazol 500 mg c/12 hrs. v/o x 5 días (para infección uretral). <p>Siempre hay que tratar a la pareja uretritis, son insuficientes y no se recomiendan.</p> <p>Siempre se debe realizar tratamiento de la pareja, por v/o igual en mujeres y hombres.</p> <p>Embarazo: metronidazol 2g v/o (dosis única) u óvulos vaginales de azoles.</p> <p>El metronidazol oral no se recomienda durante el primer trimestre de embarazo; no obstante, su administración debe valorarse.</p>

Candidiasis

Diagnóstico	Tratamiento
<p>Clínico: es muy orientador.</p> <p>Paraclínico: exudado. Esporas y pseudofilamentos a la microscopía; pH < 4,5.</p> <p>Cultivo positivo.</p> <p>Prevención: uso de condón en todas las relaciones sexuales.</p>	<p>Candidiasis vulvovaginal</p> <p>Miconazole 200mg i/vag/día x 3 días Clotrimazole 200mg i/vag/día x 3 días Fluconazole 150mg v/o dosis única Nistatina 100 000 UI i/vag/día x 14 días.</p> <p>Balanopostitis: Clotrimazole crema 1%, tópico c/12 hrs. por 7 días Miconazole crema 2%, tópico c/12 hrs. .por 7 días Nistatina crema, tópico c/12 hrs. por 7 días.</p> <p>Los varones pueden no requerir tratamiento.</p>

Gonococcia

Diagnóstico	Tratamiento
<p>Clínico: es muy orientador.</p> <p>Paraclínico: exudado. Diplococos Gram Negativos intracelulares.</p> <p>En mujeres: 40% a 60% de los exudados son negativos.</p> <p>En hombres: solo 2% son negativos.</p> <p>Cultivo positivo.</p> <p>Prevención: uso de condón en todas las relaciones sexuales.</p>	<p>Aplicable a hombres y mujeres Ceftriaxona 125mg i/m dosis única Cefixima 400mg v/o única dosis Espectinomicina 2g i/m dosis única</p> <p>Siempre el tratamiento es en pareja, igual en hombres y mujeres.</p> <p>Si se sospecha clamidia, agregar azitromicina 1g v/o dosis única.</p> <p>El ciprofloxacino no se recomienda en adolescentes y embarazadas.</p>

Clamidiiasis

Diagnóstico	Tratamiento
<p>Clínico: es pobremente orientador. Suele pensarse en clamidias ante la persistencia de la sintomatología, a pesar de múltiples tratamientos.</p> <p>Paraclínico: exudado. Puede ser negativo.</p> <p>Cultivo positivo.</p> <p>Pruebas serológicas o inmunológicas reactivas.</p> <p>Repetir exámenes a los 3 meses, por la alta prevalencia de reinfección.</p> <p>Prevención: uso de condón en todas las relaciones sexuales.</p>	<p>Aplicable a hombres y mujeres</p> <ul style="list-style-type: none"> • Doxiciclina 100mg v/o c/12 hrs. por 7 días • Azitromicina 1gr v/o dosis única • Amoxicilina 500mg v/o c/8hrs. por 7 días • Eritromicina 500mg v/o c/6 hrs. por 7 días • Ofloxacina 300mg v/o c/12 hrs. por 7 días • Tetraciclina 500mg v/o c/6 hrs. por 7 días <p>Embarazo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eritromicina 500mg v/o c/6 hrs. por 7 días • Amoxicilina 500mg v/o c/8hrs. por 7 día <p>Se recomienda el tratamiento a la pareja.</p>

Sífilis (etapa primaria)

Diagnóstico	Tratamiento
<p>Clínico: es muy orientador.</p> <p>Paraclínico: treponema investigación en fondo oscuro.</p> <p>Prueba de VDRL reactiva (se torna reactiva luego de que la úlcera desaparece). Otros exámenes serológicos reactivos, RPR, FTA, TPHA.</p> <p>Prevención: semejante para todos los estadios: usar condón en todas las relaciones sexuales y abstenerse de tener relaciones sexuales con personas que presenten algunas de las lesiones características.</p> <p>Durante el embarazo, el diagnóstico se hará indefectiblemente por medio de los exámenes de laboratorio. Recordar siempre que la sífilis se pasa a la placenta y que se desarrolla en el feto la sífilis congénita.</p>	<p>Aplicable a hombres y mujeres</p> <ul style="list-style-type: none"> • Penicilina benzatínica 2,4 millones U i/m dosis única, en dos inyecciones. • Penicilina G procaína 1,2 millones U i/m/día x 10 días. <p>Si hay alergia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eritromicina 500mg v/o c/ 6 hrs. x 14 días, o • Doxiciclina 100mg v/o c/12 hrs. x 14 días, o • Tetraciclina 500mg c/6 hrs. x 14 días <p>Embarazadas alérgicas a penicilina: Eritromicina 500mg v/o c/ 6 hrs. por 14 días</p> <p>Un caso especial lo constituyen las adolescentes con alergia a la penicilina, puesto que no hay evidencias suficientes de que el tratamiento con otros antibióticos garantice la prevención de la sífilis congénita.</p> <p>Tratamiento a todos los contactos sexuales < de 90 días.</p>

Sífilis (etapa secundaria)

Diagnóstico	Tratamiento
<p>Clínico: es bastante orientador.</p> <p>Paraclínico: prueba de VDRL reactiva.</p> <p>Otros exámenes serológicos reactivos, RPR, FTA, TPHA.</p>	<p>Aplicable a hombres y mujeres</p> <ul style="list-style-type: none"> • Exactamente igual al de la etapa primaria y cuidando las mismas observaciones

Sífilis (etapa latente)

Diagnóstico	Tratamiento
<p>Clinico: no se puede hacer porque es asintomática (ni pápulas ni vesículas).</p> <p>Paraclínico: prueba de VDRL reactiva.</p> <p>Otros exámenes serológicos reactivos, RPR, FTA, TPHA.</p>	<p>Latente precoz (< 2 años)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Penicilina benzatínica 2,4 millones U i/m dosis única, en dos inyecciones. • Penicilina G procaína 1,2 millones U i/m/día x 10 días. <p>Si hay alergia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Eritromicina 500mg v/o c/ 6 hrs. x 14 días, o • Doxiciclina 100mg v/o c/12 hrs. x 14 días, o • Tetraciclina 500mg c/6 hrs. x 14 días <p>Embarazadas alérgicas a la penicilina: Eritromicina 500mg v/o c/ 6 hrs. x 14 días</p> <p>Latente tardía (≥ 2 año)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Penicilina benzatínica 2,4 millones u i/m semanalmente. Total de 3 dosis. • Penicilina G procaína 1,2 millones U i/m/día x 20 días • Doxiciclina 100mg v/o c/12 hrs. x 30 días, o • Tetraciclina 500mg c/6 hrs. x 30 días <p>Embarazadas alérgicas a penicilina: Eritromicina 500mg v/o c/ 6 hrs. x 30 días</p> <p>Tratamiento a todos los contactos sexuales.</p>

Sífilis (etapa terciaria)

Diagnóstico	Tratamiento
<p>Clinico: es orientador, afección multisistémica (corazón, cerebro, articulaciones).</p> <p>Paraclínico: prueba de VDRL y RPR reactiva (hay un 30% de resultados de pruebas no treponémicas negativas).</p> <p>Otros exámenes serológicos reactivos, RPR, FTA, TPHA.</p>	<p>Tratamiento y seguimiento en centros de nivel superior.</p>

Linfogranuloma venéreo

Diagnóstico	Tratamiento
<p>Clínico: es muy orientador. Si hay dudas confirmar con exámenes complementarios.</p> <p>Paraclínico: test de fijación de complemento, test de inmunofluorescencia.</p> <p>Prevención: uso de condón en todas las relaciones sexuales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Doxiciclina 100mg v/o c/12 hrs. x 14 días, o cualquiera de las siguientes alternativas: • Eritromicina 500mg v/o c/6 hrs. x 14 días, o • Tetraciclina 500mg c/6 hrs. x 14 días. <p>Tetraciclina es contraindicada en el embarazo.</p>

Granuloma inguinal

Diagnóstico	Tratamiento
<p>Clínico: es muy orientador.</p> <p>Paraclínico: cuerpos de Donovan intracelulares.</p> <p>Prevención: Uso de condón en todas las relaciones sexuales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Azitromicina 1gr v/o el primer día; y luego 500mg una vez al día (tener precaución con el sol cuando se toma azitromicina), o <p>Doxiciclina 100mg v/o c/12 hrs. (tener precaución con el sol cuando se toma doxiciclina).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tetraciclina 500mg v/o, c/6 hrs. x 21 días, o • Trimetropin/sulfametoxazol 150/800mg c/12 hrs. x 21 días. Se debe continuar el tratamiento hasta el desaparecimiento de las lesiones.

Chancroide

Diagnóstico	Tratamiento
<p>Clínico: es muy orientador.</p> <p>Paraclínico: bacterias gram negativas en la secreción de las vesículas como "cardumen de pescado".</p> <p>Pruebas para la sífilis negativa.</p> <p>Prevención: uso de condón en todas las relaciones sexuales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Azitromicina 1g v/o dosis única o • Eritromicina 500mg c/6 hrs. por 7 días o • Ceftriazona 250mg i/m dosis única.

Herpes tipo II

Diagnóstico	Tratamiento
<p>Clínico: es confirmatorio.</p> <p>Paraclínico: ante situaciones especiales por dificultades diagnósticas, proceder a identificación de DNA viral por PCR.</p> <p>Prevención: uso de condón en todas las relaciones sexuales y abstenerse de tener relaciones sexuales con parejas que tengan este tipo de lesión.</p>	<p>Mantener la zona limpia y seca.</p> <p>Tratar el dolor localmente con lidocaína ungüento al 5% o lidocaína jalea al 2%.</p> <p>Tratamiento antiviral:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aciclovir 200mg v/o 5 veces al día x 7 días, o • Aciclovir 400 mg v/o c/8 hrs. x 7 días. • Valaciclovir 1g v/o c/12 hrs. x 7 días o • Famciclovir 250mg v/o c/8 hrs. x 7 días. <p>Recurrencias</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aciclovir 200mg v/o 5 veces al día x 5 días, o • Aciclovir 400 mg v/o c/8hrs. x 5 días, o • Aciclovir 800mg v/o c/12hrs. x 5 días. • Valaciclovir 500mg v/o c/12 hrs. x 5 días • Famciclovir 125 mg v/o c/12 hrs. x 7 días. <p>tópico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aciclovir (crema o ungüento) al 5% c/4 hrs. <p>Suspender relaciones sexuales durante la enfermedad.</p>

Situaciones especiales

En el **embarazo**, 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 desencadenarse 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.

Condilomatosis: Papiloma viral humano

Diagnóstico	Tratamiento
<p>Clinico: es confirmatorio.</p> <p>Paraclínico: la aparición de coilocitos en el PAP puede ser sugestivo de infección por HPV.</p> <p>Puede identificarse en casos seleccionados por PCR.</p> <p>Prevención: el uso de condón en todas las relaciones sexuales reduce pero no elimina la posibilidad de contagio, por lo tanto lo ideal es abstenerse de tener relaciones sexuales con parejas que tengan condiloma.</p>	<p>Aplicado por la o el paciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Podofilina al 5% solución o gel aplicado por 3 días en áreas no mayores a 10 cm.. Lavar con agua y jabón luego de 4 hrs. después de la aplicación, control a los 4 días. Si fuera necesario la aplicación se puede repetir por 4 ciclos. <p>Aplicado en el consultorio:</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Ácido tricloroacético al 75% / 90% semanalmente por un máximo de 6 semanas o ● Podofilina al 20%, lavar 4 hrs. después de la aplicación. <p>Se recomienda no usar podofilina en concentraciones mayores del 5% en las adolescentes ni en las embarazadas.</p> <p>Otras opciones en el consultorio son el imiquimod, crioterapia, nitrógeno líquido o cirugía.</p>

Información para los y las adolescentes

- Explicar lo que es una infección genital y sus formas de transmisión.
- Explicar que el mejor medio para prevenir el contagio es el uso consistente y continuo del condón y abstenerse de tener relaciones sexuales con personas que se sospecha que puedan estar infectados/as.
- Los signos y síntomas generales de las ITS.
- Las probables vías de diseminación de la infección, si no se trata.
- La importancia de realizar las pruebas de VIH/sida siempre que se diagnostique una ITS.
- Si está embarazada, las consecuencias en el parto y el recién nacido.
- Los exámenes que debe realizarse y los controles posteriores.
- Alertar sobre la relación etiológica entre HPV y cáncer de cuello del útero.

La vacuna para HPV

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

Lista básica de medicamentos para tratar las ITS

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

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

Enfermedad inflamatoria pélvica (EIP):

Síndrome de dolor abdominal bajo

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

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

Factores de riesgo para enfermedad inflamatoria pélvica
<ul style="list-style-type: none">• Edad menor de 25 años.• Bajo nivel socioeconómico.• Múltiples parejas sexuales.• Infecciones de transmisión sexual (gonorrea, clamidia).• No usar método anticonceptivo de barrera.• Uso de DIU (solo las primeras tres a seis semanas después de la inserción).• Antecedentes de dilatación y curetaje.

Clínica	
Síntomas y signos locales	Síntomas y signos generales
<ul style="list-style-type: none">• Dolor abdominal inferior difuso (el más frecuente).• Hemorragia genital escasa.• Infección genital baja (leucorrea).• Dolor a la movilización del cuello uterino.• Tumorción pélvica palpable.• Dolor a la palpación abdominal con o sin dolor a la descompresión.	<ul style="list-style-type: none">• Malestar general.• Fiebre.• Náuseas, vómitos, diarrea.

Diagnóstico

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

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

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

Exámenes paraclínicos

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

Agentes etiológicos

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

¿Qué hacer?

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

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

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

Tratamiento

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 pelviano crónico).

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:

AMBULATORIO

1. Ofloxacin 400mg v/o c/12 hrs. x 14 días o levofloxacin 500mg v/o c/12 hrs. x 14 días). Se puede agregar metronidazol 500mg v/o c/12 hrs.
2. Ceftriaxona 250mg i/m única dosis + doxicilina 100mg v/o c/12 hrs. x 14 días + metronidazol 400-500 mg c/12 hrs. x 14 días.

HOSPITALIZADA

1. Ceftriaxone 250 mg IM/día + doxicilina 100mg v/o o i/v c/12 hrs. o tetracilina 500mg v/o c/6 hrs. + metronidazol 400-500 mg v/o o i/v c/12 hrs. o cloranfenicol 500 mg v/o o i/v c/6 hrs.
2. Clindamicina 900 mg i/v c/8 hrs. + gentamicina 2mg/kg c/8 hrs.

Importante

1. Las parejas sexuales deben tratarse como si fuera una infección por clamidia y gonococo.
2. Deberán investigarse, ante toda EIP, otras infecciones de transmisión sexual, entre ellas sífilis y VIH/sida.
3. 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.

Información para la adolescente

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

Hepatitis B

Esta enfermedad viral se contagia por contacto íntimo con los fluidos del cuerpo (relaciones sexuales vaginales, anales u orales, uso de agujas contaminadas, material quirúrgico contaminado o transfusión de sangre). También puede pasar al feto durante el embarazo (transmisión vertical). El enfermo puede transformarse en un portador crónico (10% a 50% de los y las adolescentes) y sufrir enfermedad hepática crónica, cirrosis y/o cáncer de hígado, en la edad adulta.

Prevención primaria	Prevención secundaria y Prevención terciaria
<p>Oriente sobre:</p> <ul style="list-style-type: none">• Cómo se contrae la hepatitis B. <p>Cómo se puede evitar con:</p> <ul style="list-style-type: none">• Uso de preservativos masculinos.• Uso de preservativos femeninos.• Uso de material estéril.• No compartir agujas (drogadictos). <p>Protección específica:</p> <ul style="list-style-type: none">• Vacuna recombinante para la hepatitis B (a todos/as los y las adolescentes), en 3 inyecciones por vía intramuscular: la primera dosis, la segunda 30 días después y la tercera 6 meses después de la primera dosis. <p>Ante exposición conocida:</p> <ul style="list-style-type: none">• Inmunoglobulina para hepatitis B, juntamente con la vacuna, dentro de los primeros 14 días después del contacto.	<p>No hay tratamiento específico (medidas higiénico dietéticas generales, reposo, dieta).</p> <p>Hacer interconsulta:</p> <ul style="list-style-type: none">• Debe ser valorado por especialista (gastroenterólogo, especialista en enfermedades infectocontagiosas).

Síntomas y signos	Diagnóstico	Diagnóstico diferencial
<ul style="list-style-type: none"> • Fiebre. • Náuseas, vómitos. • Malestar general. • Falta de apetito. • Hepato y esplenomegalia. • Ictericia (25%). 	Clínico: Los síntomas y signos descritos más el antecedente de exposición: <ul style="list-style-type: none"> • <i>Contacto con enfermo.</i> • <i>Varones homosexuales.</i> • <i>Hemofílicos.</i> • <i>Drogadictos.</i> • <i>Relaciones sexuales sin protección.</i> • <i>Infección por VIH/sida.</i> 	Hepatitis tóxica (por medicamentos u otras sustancias). Obstrucción de vía biliar. Otras infecciones: <ul style="list-style-type: none"> • Malaria • Brucelosis • Leptospirosis
	Paraclínico: <ul style="list-style-type: none"> • Funcional hepático (elevación de enzimas hepáticas, aumento de bilirrubinas). • Velocidad de eritrosedimentación alta. • Leucopenia. • Antígeno hepatitis B positivo. 	

Importante

Existen otros tipos de hepatitis:

1. **La hepatitis A**, que no será analizada en esta guía, porque no es transmitida sexualmente.
2. **La hepatitis C**, con características similares a la hepatitis B en la transmisión y en el cuadro clínico. El diagnóstico positivo se hace por la identificación del antígeno específico, pero es más difícil de realizar que en la B, ya que presenta muchos falsos positivos.

El desarrollo de una hepatitis crónica es más frecuente que con la hepatitis B (50% a 70%), y desarrollan con mayor frecuencia hepatitis agresiva de evolución más grave (50%). También se asocia con cirrosis y cáncer hepático. No hay aún una vacuna efectiva y la inmunoglobulina no parece serlo.

Se requiere HACER INTERCONSULTA para completar estudio y tratamiento.

Infección por VIH/sida

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) representa la última y más grave etapa clínica de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

La infección por VIH evoluciona en cuatro estadios:

1. **Primoinfección:** etapa con 5 días hasta 3 meses después de la exposición al virus. Los síntomas son gripales con linfadenopatía, pero cerca de la mitad de las personas son asintomáticas. La replicación viral es muy activa en los linfocitos de los nódulos linfáticos. Se detecta una **alta viremia** que decae en unas pocas semanas, hasta casi el final de la

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

2. Etapa asintomática o latencia clínica: en ella la persona infectada prácticamente no tiene síntomas o puede presentar adenopatías intermitentes sin compromiso clínico.
3. Etapa sintomática inicial en que se presentan síntomas tales como sudoresis nocturna, cansancio, pérdida de peso y también pueden presentarse infecciones oportunistas (candidiasis oral y vaginal, gingivitis, úlceras aftosas, diarreas, sinusitis, herpes simple y herpes zoster). Estos síntomas pueden hacer sospechar de una infección por HIV pero no son específicas.
4. Etapa clínica de sida. En esta etapa ya está instalada la enfermedad, que se caracteriza por aumento de la viremia, bajo recuento de linfocitos y/o enfermedades oportunistas, tales como candidiasis esofágica o pulmonar, herpes persistente, tuberculosis, citomegalovirus, toxoplasmosis, molusco contagioso y condilomas acuminados y otras. Se observan también, con alguna frecuencia, neoplasias como el sarcoma de Kaposi, linfomas y el carcinoma de cuello uterino. La infección producida en el sistema nervioso central se manifiesta, frecuentemente, en la encefalopatía asociada al VIH que puede llevar a la demencia o a la muerte.

En los últimos años, los países de la Región han observado un incremento en el número de adolescentes infectados por VIH. En 2003 se infectaron alrededor de 5 millones de personas en todo el mundo y se estima que más del 50% de los nuevos casos se produjo entre los 15 y 24 años; de ellos, 2 millones eran mujeres y más de 700.000, niños; la mayoría de estos últimos se infectaron por transmisión vertical (WHO/UNAIDS 1999). El sida se ha constituido en una de las principales causas de muerte de los adolescentes, principalmente en el Caribe.

Vías de transmisión

El virus se transmite por el contacto de una persona sana (no infectada) con sangre, secreción vaginal, esperma o leche de una persona infectada, con o sin síntomas de la enfermedad, que puede ocurrir por:

- Sexo vaginal sin condón
- Sexo anal sin condón
- Sexo oral sin condón
- Uso de jeringa por más de una persona
- Transfusión de sangre contaminada
- De la madre infectada al bebé, en el embarazo, parto o lactancia
- Materiales pérforo-cortantes no esterilizados

En los últimos años, la principal fuente de transmisión del virus ha sido la **heterosexual**.

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

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

Aunque toda la población mundial se encuentra expuesta al riesgo de contraer VIH/sida, los expertos reunidos en la consulta global del 2004 han identificado ciertos **grupos vulnerables**, con mayores posibilidades de sufrir esta infección.

Grupos vulnerables
<ul style="list-style-type: none">• Personas que usan drogas inyectables.• Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.• Trabajadores y trabajadoras sexuales.• Portadores/as de infecciones de transmisión sexual.• Adolescentes y jóvenes sin acceso a los servicios de salud o con acceso deficiente.

Otros factores que aumentan la vulnerabilidad de los/las jóvenes son:

- Falta de oportunidades educativas, laborales y de esparcimiento.
- Hacinamiento y confinamiento.
- Desarraigo social asociado con la migración y la falta de un grupo social de referencia.

Estigma y discriminación

Hay acuerdo general de que, en condiciones ideales, el tratamiento de las ITS y las enfermedades relacionadas con el VIH debería ser responsabilidad de la atención primaria. Sin embargo, la mayor parte de la atención se presta en centros especializados debido a la forma como el programa de VIH/sida ha sido conceptualizado. No obstante, se tiende a que la atención se provea en servicios de nivel primario.

Si los trabajadores de salud tienen poca experiencia con el VIH es posible que la reacción sea discriminar a los pacientes; incluso, hay casos en que se les ha negado la atención quirúrgica.

El estigma y la discriminación relacionados con la infección por el VIH, podrían ser los obstáculos más importantes en la lucha contra la epidemia. Un esfuerzo conjunto en contra de las diferentes formas de discriminación, no solo mejorará la calidad de vida de las personas infectadas por VIH y de los que son sumamente vulnerables a la infección, sino que contribuirá a que los programas de prevención y tratamiento alcancen a grupos actualmente marginalizados. 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.

Prevención

- La única estrategia existente hasta el momento para detener la epidemia del sida es la **PREVENCIÓN**.
- El paquete mínimo de intervenciones para lograr un impacto seguro de prevención en la epidemia consta de **CONSEJERÍA/ORIENTACIÓN, ACCESO AL TEST, TRATAMIENTO y ENTREGA DE CONDÓN**.

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).
- Incorporar programas educativos e informativos sobre salud sexual que integren a escolares, adolescentes, padres, instituciones comunitarias, religiosas y/o deportivas.
- Apoyar a los/as 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 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.
- Existen fuertes evidencias de que las escuelas son esenciales para las intervenciones de prevención -porque la capacidad de cobertura es grande- como también lo es la posibilidad de llegar temprano y a tiempo. La infraestructura escolar, a su vez, facilita la replicabilidad, ahorra costos y optimiza la sostenibilidad.
- Estimular el uso del preservativo femenino y masculino y garantizar su accesibilidad.
- Estimular 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 el hogar y del horario escolar).
- Evitar la infección de los hijos de madres con VIH (transmisión vertical), a través del parto o la lactancia. Referir a todas las madres VIH positivo a centros de mayor complejidad, en los que se pueda realizar el tratamiento adecuado y así evitar la transmisión al feto, al recién nacido y al lactante.
- Evitar transfusiones y, si se hacen, certificar que la sangre sea segura.

Algunas consideraciones prácticas sobre educación

- Los mensajes deben estar dirigidos a todos los grupos de población.
- No confiar en que todo lo que se enseña se va a traducir en cambios de comportamiento; de ahí la frágil asociación entre conocimientos, actitudes y comportamientos sexuales.
- Es imposible apartar a los niños de las influencias sexuales: modelos adultos de comportamiento, televisión, anuncios y progenitores que los bombardean con ellos.

Criterios clínicos y paraclínicos para establecer el diagnóstico

Factores de riesgo presentes:

- Adelgazamiento, fatiga.
- Historia de infecciones frecuentes y recurrentes (herpes, candidiasis).
- Detención del crecimiento y desarrollo normal del adolescente.
- Diarrea crónica.
- Adenomegalias.
- Erupciones cutáneas.
- Cuadros febriles, sudores nocturnos.
- Disnea y/o tos persistente.
- Irritabilidad y confusión mental.

Sugerencias para orientar a el/la adolescente que se va a realizar una prueba de VIH

- Explique por qué se recomienda hacer la prueba.
- Explique los beneficios de diagnosticar la infección precozmente.
- Garantice la confidencialidad del diagnóstico.
- Garantice el acceso al tratamiento.
- Promueva el uso consistente y continuo de condón en todas las relaciones.
- Identifique a un adulto que apoye al adolescente.
- Evalúe qué tipo de reacción podrá tener el adolescente frente a un resultado positivo de la prueba.
- Obtenga el consentimiento informado, firmado por la o el adolescente.

(Para más información, ver sección de consejería)

Diagnóstico de laboratorio (generalidades)

Pruebas de detección del VIH

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

El organismo responde a la infección por VIH produciendo anticuerpos entre las **semanas 2 y 4 post-infección**, los que son detectados con métodos más sensibles, como los ELISA de tercera generación, en un 95% de los casos. Las pruebas de detección pueden ser:

• Tamizaje	Cualquiera que sea el objetivo del examen de detección del VIH en los y las adolescentes, éste debe ser confidencial y con consentimiento informado y consejería, antes y después del examen.
• Diagnósticas	
• Vigilancia	

Pruebas de tamizaje

Poseen alta sensibilidad (cerca de 100%) y menor especificidad con un porcentaje variable de falsos positivos, por lo que los resultados de estas pruebas no deben ser interpretados como un diagnóstico definitivo. Estas pruebas son las más precisas y costo-efectivas para la vigilancia epidemiológica y el diagnóstico. Detectan el VIH 1 y 2, y han mejorado significativamente su sensibilidad y especificidad, por lo que se podrían usar como pruebas de confirmación. La más usada actualmente y que se denomina de tercera generación es la **Inmunovaloración enzimática (EIA)**, la principal prueba para el diagnóstico sorológico del VIH. Utiliza Antígenos virales producidos en cultivo celular o por medio de tecnología molecular (recombinantes).

Pruebas confirmatorias

Se caracterizan por su alta especificidad para confirmar que los anticuerpos son realmente del VIH y detectan los resultados falso positivos. Recomendada para muestras positivas o discordantes por una o dos pruebas de tamizaje.

Las más usadas son:

- **Inmunofluorescencia indirecta para el VIH-1:** hace la investigación de anticuerpos por medio de microscopía de inmunofluorescencia.
- **Inmunoblot:** utiliza proteínas recombinantes y/o péptidos sintéticos representativos de regiones antigénicas del VIH-1 y 2.
- **Western blot:** investiga la reacción antígeno-anticuerpo por medio de reacción con anti-inmunoglobulina humana.

Pruebas rápidas:

ONUSIDA y OMS sugieren para los casos de poblaciones de riesgo, de difícil acceso y de oportunidad única para dar consejería, obtener el consentimiento informado, tomar la muestra, hacer la prueba y dar los resultados y la consejería post prueba, como es el caso de los y las adolescentes en atención primaria. Se promueve la utilización de las pruebas rápidas porque son las únicas que funcionan de modo tal que se puede hacer el tamizaje y la confirmación en el mismo sitio, durante el mismo día. Las pruebas rápidas son útiles para nivel primario y en lugares sin electricidad o escasa infraestructura; el resultado se obtiene rápida y fácilmente, y requiere algo de capacitación; son los más indicados para la población y sirven para ser realizadas en lugares distantes y menos accesibles.

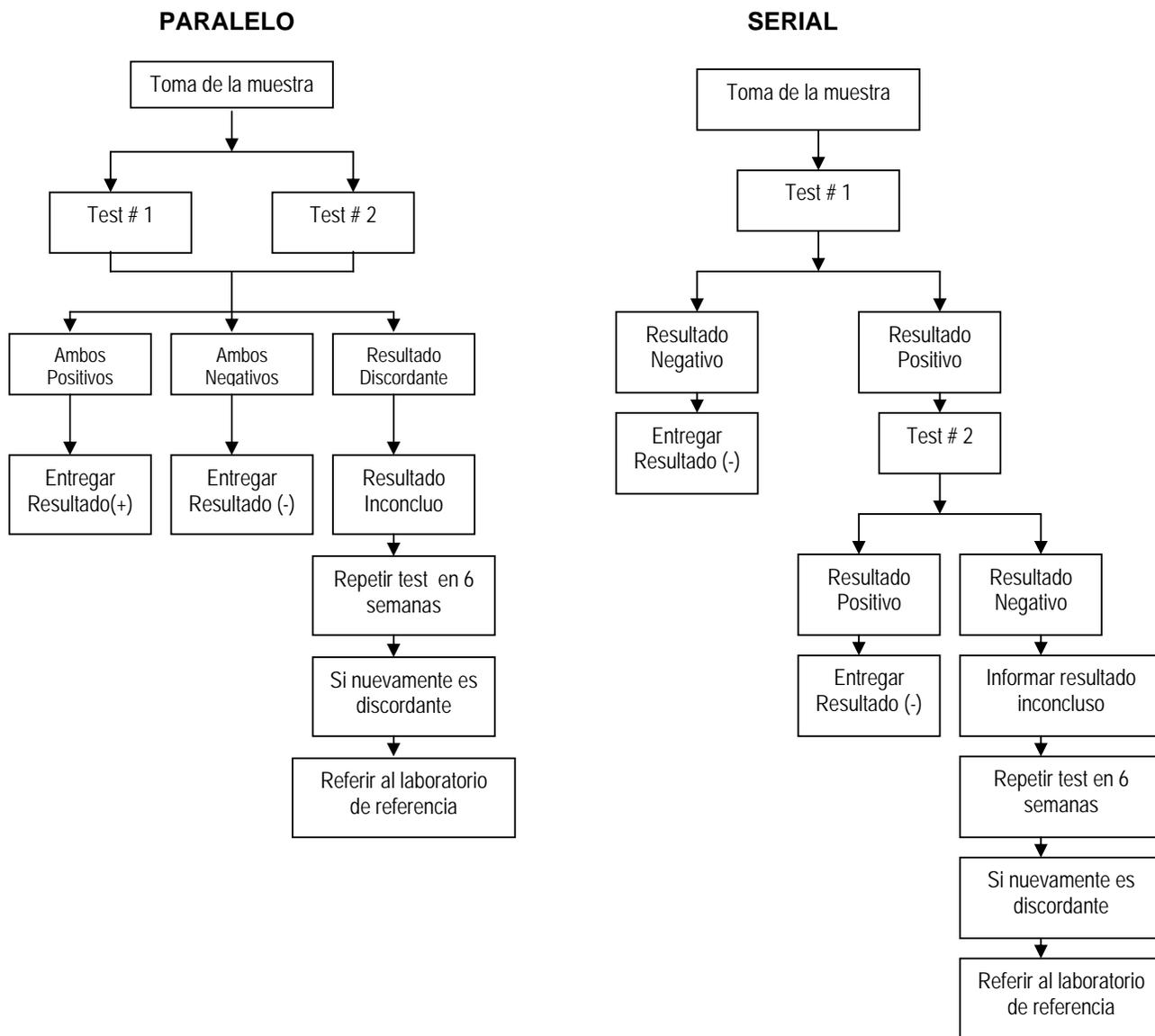
Tipos de pruebas rápidas:

En **sangre**, Oraquick® Advance Rapid HIV-1/2 antibody test, que se realiza con una muestra de sangre obtenida por pinchazo de un dedo. Su resultado está en 20 minutos y la lectura se realiza por un sistema de líneas (similar a las pruebas de embarazo). Dos líneas rojas indican, con una posibilidad del 99,6 %, que la persona esté infectada por el VIH.

En **saliva** Oraquick® Rapid HIV-1/2 test, que se realiza obteniendo una muestra de **saliva por raspado de las encías**. El resultado también se obtiene en 20 minutos y la lectura es similar a la anterior. Si aparecen dos líneas, la posibilidad de infección es de 99,3% y si solo hay una línea la posibilidad de no estar infectado, es de 99,8%.

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

ALGORITMOS



Si confirmó el diagnóstico, el control lo debe seguir con un especialista en VIH/sida para valorar la enfermedad y eventual tratamiento.

Actualmente, se recomienda el diagnóstico voluntario universal para todas las embarazadas, ya que representa una oportunidad óptima para realizar tareas de consejería y prevención para sí mismas y para la transmisión vertical.

Estrategias de prevención secundaria

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 el futuro de la epidemia.

Pruebas de vigilancia

En el caso de la vigilancia, el estadio de la epidemia determina la población por investigar.

- En países con epidemia **concentrada***, la vigilancia debe centrarse en los grupos específicos de riesgo, como trabajadores/as sexuales y sus clientes, usuarios de drogas inyectables o los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres. Y se seleccionan, para la vigilancia centinela, los lugares que frecuentan estas personas, como prostíbulos, bares, clubes nocturnos o clínicas que atienden ITS.
- En países con epidemia **generalizada****, la vigilancia centinela debe ser por serología de todas las embarazadas en servicios de atención prenatal.

* Epidemia concentrada es aquella donde el VIH se ha difundido rápidamente en un grupo de población determinado, pero no en la población general, y la prevalencia se ha mantenido por encima **de 5%, en por lo menos un grupo de población específico y es menor que 1% en las embarazadas** de las zonas urbanas.

** Epidemia generalizada es aquella donde el VIH se encuentra bien establecido entre la población en general y se mantiene constante por **encima de 1% en las embarazadas**.

Sugerencias para orientar a la o el adolescente que presenta una prueba VIH positiva

- Explique que presenta la infección y es portador del virus VIH, pero que esto no representa aún la enfermedad.
- Explique lo importante del diagnóstico precoz, así como la **OPORTUNIDAD** del tratamiento.
- Haga planes con el adolescente para comunicar los resultados a la familia.
- Informe y eduque sobre estrategias para reducir la transmisión a otros.
- **Ofrezca siempre condón y entregue gratuitamente.**
- Ofrezca atención interdisciplinaria: trabajador social, psicólogo, psiquiatra y tratamiento médico específico.
- Facilite la expresión de sentimientos y la autorreflexión para la toma de decisiones relativas al seguimiento y al **cambio de comportamientos de riesgo**.
- Promueva la autonomía y el empoderamiento para el respeto de sus derechos.

**Sugerencias para orientar a las embarazadas
que presentan una prueba VIH positiva**

- Discuta sobre los riesgos de transmisión perinatal del VIH, modos de reducir el riesgo y el pronóstico para los niños que resultan infectados.
- El riesgo de la transmisión al feto durante la gestación, parto y lactancia.
- Intervenciones para la prevención de la transmisión madre-hijo (tratamiento anti-retroviral, cesárea programada, supresión de la lactancia).
- Los efectos de la infección por VIH sobre el embarazo.
- Opciones de la terminación de la gestación.
- Asesore sobre la necesidad y el beneficio de realizar un adecuado seguimiento médico, y cómo realizarlo.
- Derive a un centro de atención de mayor complejidad y facilite los medios.
- Opciones sobre la fertilidad futura y anticoncepción.

**Sugerencias para orientar a las embarazadas
que presentan una prueba VIH negativa**

Informar sobre las distintas formas de contagio del VIH y otros agentes transmisibles por vía sexual y por vía sanguínea, para evitar infecciones durante el embarazo y la lactancia.

En el caso de que una mujer sin diagnóstico previo presente un resultado positivo durante el trabajo de parto, se debe realizar inmediatamente un segundo test rápido de confirmación e iniciar el tratamiento y tomar la decisión de continuar la terapia o no, supeditada a los resultados del Western Blot. Las pruebas rápidas son muy convenientes para la emergencia de una sala de partos, y en los casos en que no se pueda realizar tratamiento, se debe proteger el canal del parto con una sustancia antiséptica, tomar los cuidados neonatales inmediatos e inhibir la lactancia. Hay que recordar que el niño se puede contagiar en cualquier periodo del embarazo, parto y lactancia.

La transmisión al hijo durante el embarazo y parto, de una madre VIH positivo (de no mediar tratamiento), varía de 15% a 25%. A esto se le debe sumar de 12% a 14% de transmisión, si no se suspende la lactancia materna.

El tratamiento durante el embarazo y parto, además de la supresión de la lactancia, disminuye la transmisión a menos de 2%.

Tratamiento

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

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

Importante

Se deberá informar a las autoridades sanitarias, de acuerdo con las normas de cada país.

Enfermedades de los testículos y del escroto

Epididimitis/orquitis

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

Síntomas	Diagnóstico	Paraclínica
<ul style="list-style-type: none"> • Dolor testicular intenso. • Aumento de volumen testicular. • Inflamación del escroto. • Fiebre. • Malestar general. • Con uretritis o sin ella. 	<p>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. Víricas: paramixovirus (parotiditis), arenavirus. Casi 25% de los hombres que tienen parotiditis después de la pubertad podrán presentar orquitis.</p> <p>Parasitarias: nematodos (filariasis).</p> <p>Diferencial: Torsión testicular.</p>	<p>De ser posible, toma de exudado uretral. Si no hay exudación, hacer toma intrauretral.</p> <p>Urocultivo, VDRL, VIH.</p>

Esquema de tratamiento	
<p>Orquitis por gérmenes de transmisión sexual:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antiinflamatorios y antipiréticos. • Reposo con elevación de testículos. • Elegir uno de los antibióticos siguientes: <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 <p>Combinar con: Azitromicina 1gr v/o una dosis o Doxiciclina 100mg v/o, c/12 hrs. x 10 días.</p> <p>Tratar todos los contactos sexuales en los últimos 60 días.</p> <p>Prevención: uso de preservativo en todas las relaciones sexuales.</p>	<p>Por la frecuencia con que ambas infecciones coexisten, se recomienda usar una dosis de antibiótico para gonococo y una dosis de antibiótico para clamidia, a menos que se obtenga un cultivo específico negativo.</p> <p>Otras orquitis: Se adecuará el tratamiento de acuerdo con el agente etiológico.</p> <p>Nota: Ante una evolución tórpida, o dudas diagnósticas, se deberá derivar al especialista.</p>

Información para el adolescente

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

Torsión testicular

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

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

Hidrocele

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

Diagnóstico	Tratamiento
<p>Clinico:</p> <ul style="list-style-type: none">• Con masa quística del escroto, blanda e indolora, que aumenta a lo largo del día.• Ocasionalmente puede ser doloroso.• Transiluminación positiva. <p>Paraclínico: En caso de ser necesario, puede efectuarse ecografía del escroto y los testículos.</p>	<ul style="list-style-type: none">• 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	Tratamiento
<p>Clinico:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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. <p>Pueden cursar con aumento del volumen (edema) del escroto.</p>	<ul style="list-style-type: none">• 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	Tratamiento
Clinico: 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 *screening* de los tumores testiculares, el clínico 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**.

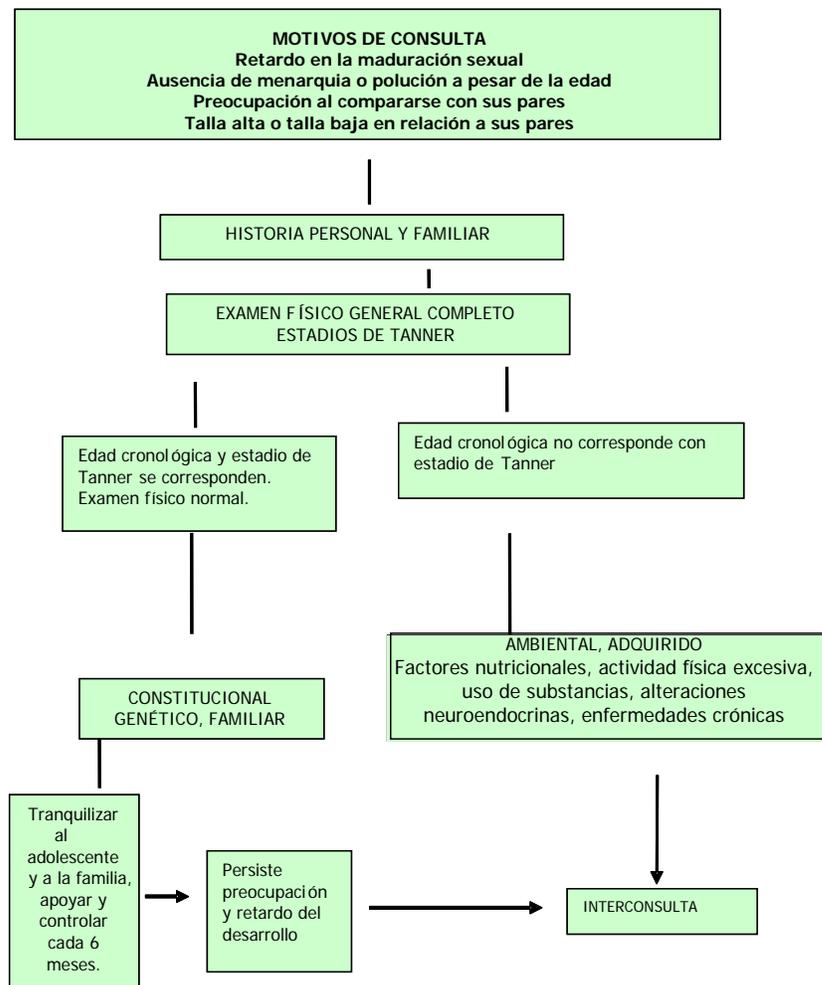
Diagnóstico	Tratamiento
Clinico: Tumor sólido, indoloro en uno de los testículos. Paraclínico: De sospecha: ultrasonido De confirmación: biopsia.	Hacer interconsulta en forma urgente con especialista, para cirugía, quimioterapia y radioterapia, de acuerdo con la estadificación.

Alteraciones del crecimiento, desarrollo y maduración:

Alteraciones de la pubertad – Pubertad tardía

Pubertad tardía mujeres	Pubertad tardía varones
<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de botón mamario (Tanner II) en una adolescente mayor de 13 años. • Ausencia de menarquía a los 16 años. • Luego de 5 años de iniciados los cambios puberales, no se completan. • Edad ósea de 13 años en mujeres y no ha aparecido ningún cambio puberal. • Edad ósea de 15 años y no ha aparecido la menarquía. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de crecimiento testicular (Tanner II) en varón mayor de 14 años. • Luego de 5 años de iniciados los cambios puberales no se completan. • Edad ósea de 14 años y no ha aparecido ningún cambio puberal.

Esquema escalonado de decisiones, para el manejo, en el primer nivel de atención, de las consultas por posibles alteraciones del desarrollo



Alteraciones de la pubertad – Pubertad precoz

Pubertad precoz mujeres	Pubertad precoz varones
<ul style="list-style-type: none">• Desarrollo de las características sexuales secundarias (telarca, pubarca o menarca) antes de los 8 años de edad.	<ul style="list-style-type: none">• Desarrollo de las características sexuales secundarias (pubarca, crecimiento del pene y testículos) antes de los 9 años de edad.

La pubertad precoz verdadera es 2 a 5 veces más común en las mujeres que en los varones.

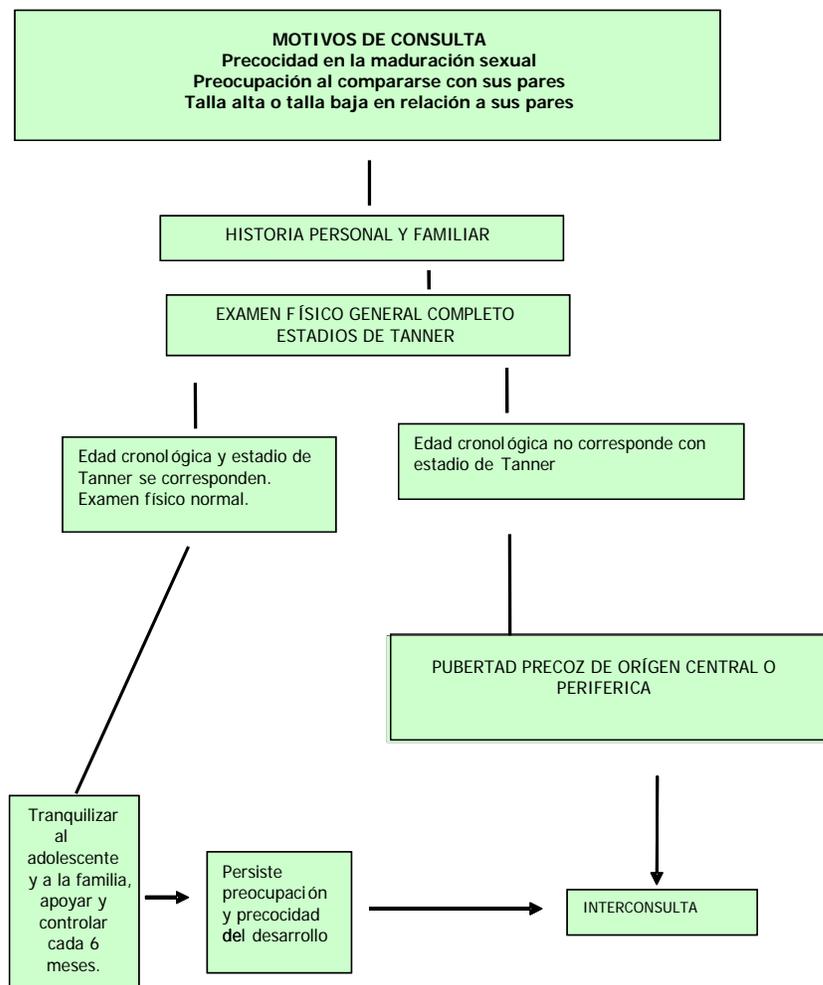
Etiología de la pubertad precoz central

- Pubertad precoz constitucional
- Tumores del sistema nervoso central: astrocitomas, ependimomas, glioma del nervio óptico o del hipotálamo, germinomas, craneofaringeomas.
- Otras alteraciones del sistema nervoso central: hamartoma hipotalámico del túbulo cinereum, encefalitis, absceso cerebral, granuloma tuberculoso, sarcoidosis, infección congénita (toxoplasmosis, rubéola), trauma craneano, lesiones vasculares, irradiación craneana, neurofibromatose tipo I
- En seguida al tratamiento de hiperplasia adrenal congénita o de otras causas de pubertad precoz periférica.
- Idiopática.

Etiología de la pubertad precoz periférica

- Producción de andrógenos en el sexo masculino
- Defectos enzimáticos de la supra-renal: 21 hidroxilase, 11 hidroxilase
- Tumores adrenales
- Tumores testiculares
- Tumores secretores de gonadotropina coriónica: hepatoblastoma, teratoma, corioepitelioma, germinoma
- Testotoxicose (familiar – autosómica, recesiva, limitada al sexo masculino)
- Resistencia a los glicocorticoides
- Síndrome de McCune Albright
- Latrogénica

Esquema escalonado de decisiones para el manejo en el primer nivel de atención de las consultas por posibles alteraciones del desarrollo



Información para los y las adolescentes

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

Alteraciones del desarrollo mamario

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

En los adolescentes: Ginecomastia

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

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

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

Ginecomastia				
Preguntar	Examen	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 Pase a especialista (medicación, puede requerir corrección quirúrgica).
	Desarrollo mamario tipo femenino \geq 4 cm.	Grado III	No remite	Apoyo psicológico Pase a especialista (medicación, puede requerir corrección quirúrgica).

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.

En las adolescentes:

En las mujeres, los motivos de consulta por alteraciones mamarias son más comunes que en los varones. Y existe una gran variedad de alteraciones que se detallan a continuación:

Alteraciones mamarias

Motivo de consulta	Conducta
Secreción por el pezón	Láctea (galactorrea), cuando no se deba a un embarazo o puerperio, uso de medicación (ACO o antidepresivos), o juegos eróticos con succión, debe hacerse interconsulta con especialista . En caso de secreciones de otras características (verdosa, amarillada, sanguinolenta), hacer interconsulta.
Fibroadenoma: masa ovalada, móvil, única o múltiple, bien delimitada.	Es el tumor más frecuente de la mama de la adolescente. Puede resolverse espontáneamente solo en dos o tres meses. Escasa tendencia a malignizarse. Control clínico y ecográfico. En caso de crecimiento brusco, dolor persistente o por razones estéticas, enviar a especialista .
Enfermedad fibroquística: masas quísticas múltiples, que aparecen y desaparecen, y que a veces son dolorosas.	Realizar ecografía para confirmación. Tranquilizar a la adolescente. Pueden indicarse anticonceptivos orales. Ante crecimiento y dolor, derivar a especialista.
Cistosarcoma filoides: masa tumoral sólida de crecimiento rápido.	Apoyo psicológico. Hacer interconsulta con especialista.
Cáncer de mama	Excepcional en adolescentes. Hacer interconsulta con especialista.
Politelia/polimastia: pezones y glándulas mamarias adicionales en la línea mamaria.	Recordar que puede asociarse con malformaciones renales. Dar apoyo psicológico. Solo si provoca trastornos emocionales hacer interconsulta en vistas a extirpación.
Atrofia mamaria: puede ocurrir en adolescentes que pierden mucho peso, como efecto secundario a desnutrición o anorexia. Las mamas aparecen planas, arrugadas, sin turgencia.	Mejorar la dieta, aumentando consumo de proteínas, aumento de peso.
Mamas tuberosas: gran desarrollo del pezón y de la areola, sin mayor desarrollo de la glándula.	Solo si provoca trastornos emocionales, hacer interconsulta para cirugía .
Mastodinia: dolor mamario debido a cambios hormonales cíclicos, o al aumento del volumen mamario.	Es habitual en el pasaje de Tanner II a Tanner III. Recomendar el uso de sostenes adecuados, de día y para dormir. Restringir la sal, metil xantinas (café, té, mate) en los periodos de dolor. Indicar AINEs por 7 días, antes de la regla. Gel de progesterona en los momentos más dolorosos del ciclo. No mejora con ACO.

Importante:

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

Información para las adolescentes

- En caso de alteraciones del desarrollo y de dolores en las mamas, se deberá tranquilizar a la adolescente explicándole que estos cambios son habituales, que se ven frecuentemente y que por lo general desaparecen espontáneamente.
- La presencia de secreciones, por lo general, obedecen a causas funcionales que tampoco ponen en riesgo la vida ni el normal desarrollo de la adolescente.
- En caso de encontrar tumoraciones, explicar que casi siempre son benignos y plantearle los pasos diagnósticos y controles que se deberán realizar. En estos contactos, se las debe orientar para el **auto examen periódico** de las mamas. Debe hacerse notar la existencia de cambios normales a lo largo del mes.

Dificultades de los adolescentes con la sexualidad

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

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

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

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

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

Motivos de consulta	Probables causas
<p><u>Trastornos de la fase orgásmica:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Anorgasmia en la mujer y el hombre.• Eyaculación precoz, eyaculación retardada o retardada parcial. <p><u>Trastornos de la fase de excitación:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Impotencia en el hombre.• Ambivalencia sobre el coito, en la mujer. <p><u>Trastornos en la fase del deseo:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Disminución o desaparición de la libido.• Trastornos sexuales asociados con espasmos de los músculos genitales:• Dolor eyaculatorio, vaginismo, dispareunia.• Fobia a las relaciones sexuales.	<ul style="list-style-type: none">• En la mayor parte de estos trastornos se reconocen componentes de educación represiva, psicológicos y emocionales que requieren intervención profesional específica.• Se deben investigar experiencias sexuales negativas (violación o abuso sexual).• Deberá descartarse el consumo de alcohol o drogas.• En el examen se buscarán alteraciones físicas (infecciones, tumoraciones, inflamaciones de los genitales).

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

Información para los y las adolescentes

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

Adolescentes y la orientación sexual

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

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

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

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

Al tratar la sexualidad de los y las adolescentes no se debe dar por supuesto que la orientación sexual será siempre heterosexual. Ésta, si bien es la más frecuente, no es la única. Se estima que aproximadamente de 6 a 8% de los y las adolescentes tendrá, al finalizar esta etapa, una orientación homosexual. No todos los y las adolescentes homosexuales tienen relaciones sexuales. Como en el caso de los y las adolescentes heterosexuales, la decisión de inicio de la actividad sexual y de las relaciones sexuales debe ser tomada dentro de un marco de libertad y responsabilidad, para el autocuidado/cuidado mutuo.

Investigar indicadores de dificultades de aceptación	Conducta
<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de la autoestima • Depresión. • Tentativas de suicidio. • Fugas de la casa. • Rechazo escolar. • Rechazo de los pares. • Consumo de alcohol u otras drogas. • Comportamientos de gran impulsividad. • Actividad sexual muy intensa. • Afirmación de masculinidad percibida como desmedida por el profesional de la salud. • Proclamas claramente homófobas. • Comportamiento extremadamente femenino en el caso del hombre . • Comportamiento extremadamente masculino en el caso de la mujer. 	<ul style="list-style-type: none"> • Acompañar en el proceso de aceptación y progresiva revelación de la orientación sexual, adecuando cada caso al contexto individual. • Llegar a acuerdos sobre cómo y cuándo compartir la información con sus padres y familia. • Ofrecer intermediación, si se espera reacción familiar violenta. • Indicar teléfonos y direcciones de instituciones que defiendan sus derechos. • Ofrecer apoyo psicológico. • Ofrecer medidas de prevención de ITS/VIH.

Es recomendable hablar de **“hombres que tienen sexo con hombres, o mujeres que mantienen relaciones con mujeres”** como forma de disminuir el estigma y la discriminación que sufren estas personas.

Información para los y las adolescentes

- Dejar muy claro que la homosexualidad no es una enfermedad sino su orientación sexual. La orientación sexual homosexual no implica un valor moral ni positivo ni negativo. Ser homosexual no significa ser una persona mejor o peor.
- Reflexionar con todos los y las adolescentes y sus padres acerca de conductas homofóbicas y discriminatorias.
- Dado que gran parte de los y las adolescentes que experimentan alguna práctica homosexual puede que, en definitiva, no sean homosexuales en la vida adulta, en esta etapa no parece prudente encasillar a nadie dentro de una determinada orientación sexual.

Abuso sexual y violación

El abuso sexual y la violación son formas que atentan contra los derechos humanos. Las víctimas más frecuentes son mujeres y niñas, como consecuencia de su posición subordinada dentro de la sociedad

Cualquier persona en contacto con adolescentes (maestros, psicólogos, trabajadores sociales, entrenadores deportivos, líderes juveniles, etc) puede sospechar y detectar los abusos sexuales. La sospecha de abuso debe ser confirmada por profesionales adecuadamente capacitados para lidiar con estos temas. La intervención, en los casos de abusos sexuales, debe ser **interdisciplinaria**.

- **Abuso sexual infantil:** es toda actividad sexual que involucre a niños/as o adolescentes, quienes debido a su inmadurez psicológica no están capacitados para dar consentimiento. O bien, si hay diferencia de edad que impida a la víctima dar su consentimiento. Es también cualquier acercamiento sexual logrado mediante la utilización de la fuerza física o amenazas, sin que tenga relevancia la edad de los participantes. No interesa si la víctima fue engañada o si comprendía la naturaleza sexual de los acercamientos.
- **El abuso sexual no es sinónimo de violación:** raramente se utiliza la fuerza física para lograr el contacto. No ocurre de manera aislada ni accidental. Es un proceso crónico protagonizado por una persona conocida con anterioridad, con quien hay una relación de confianza. Se acepta que menos del 50% de las víctimas de abuso presentan lesiones físicas.
- **El abuso sexual tampoco es sinónimo de penetración genital:** comprende una amplia gama de acercamientos sexuales inadecuados, como manoseos, exhibicionismo, voyeurismo, estimulación de genitales, sexo oral, masturbación del adulto y/o del niño/a, penetración genital con el dedo y/u objetos. El comienzo suele ser gradual y se va haciendo más complejo y agravando a medida que se prolonga el tiempo de desprotección del niño. La penetración se produce cuando la situación abusiva viene sucediendo durante mucho tiempo.

En general, los y las adolescentes no suelen relatar espontáneamente el abuso sexual, aunque con frecuencia no tienen reparos en admitirlo frente a la pregunta del trabajador de salud. **Se debe preguntar si alguna vez fue víctima de acercamientos sexuales no deseados.** Aún, ante la negativa de el/la adolescente, deberá buscarse la presencia de algunos indicadores de abuso sexual.

Indicadores altamente específicos de abuso sexual	
Físicos	<ul style="list-style-type: none">• Lesiones en zonas genital y/o anal.• Sangrado por vagina y/o ano.• Infecciones genitales o de transmisión sexual (sífilis, gonorrea, sida, condilomas acuminados, flujo vaginal con presencia de gérmenes no habituales en la flora normal de los niños, como clamidias o tricomonas).• Embarazo.• Cualquiera de los indicadores anteriores, junto con hematomas o excoriaciones en el resto del cuerpo, como consecuencia de maltrato físico asociado.
Psicológicos	<ul style="list-style-type: none">• El relato de la víctima.

Indicadores inespecíficos de abuso sexual

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

Indicadores de sospecha de antecedentes de abuso sexual en diferentes etapas de la vida

En la infancia temprana	<ul style="list-style-type: none">• Conductas hipersexuadas y/o autoeróticas.• Trastornos del sueño (pesadillas, terrores nocturnos).• Conductas regresivas.• Retraimiento social.• Temores inexplicables ante personas o situaciones determinadas.• Fenómenos disociativos.
En la niñez y/o en la preadolescencia	<ul style="list-style-type: none">• Cambios bruscos en el rendimiento escolar.• Problemas con figuras de autoridad.• Mentiras.• Fugas del hogar.• Delincuencia.• Coerción sexual hacia otros niños.• Excesiva sumisión frente al adulto.• Fobias.• Quejas somáticas (cefaleas, dolores abdominales).• Sobreadaptación, pseudomadurez.
Adolescencia	<ul style="list-style-type: none">• Promiscuidad sexual, prostitución.• Coerción sexual hacia otros niños.• Consumo de drogas.• Delincuencia.• Conductas autoagresivas.• Intentos de suicidio.• Excesiva inhibición sexual.• Trastornos disociativos.• Trastornos de la conducta alimentaria (anorexia, bulimia).

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

1. Evalúe el peligro inmediato:

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

2. Proporcione la atención apropiada:

En casos de reciente abuso o violación

- Apoyo psicológico, tranquilizar, apoyar y proteger a la víctima antes de comenzar cualquier tipo de examen físico, que debe ser practicado por el personal mejor entrenado y en las mejores condiciones y con consentimiento de la víctima. Si se confirma el abuso o la violación antes de realizar la especuloscopia es mejor postergarlo. Para que la adolescente no se sienta agredida nuevamente, se recomienda que durante el examen no estén presente más de dos personas del equipo de salud.
- Proporcione **anticoncepción de emergencia** a la mujer, lo antes posible, a fin de aumentar su efectividad.
- Como evidencia, guarde las ropas, sábanas (si corresponde) cabellos y pelos en una bolsa plástica rotulada.
- Puede peinarse el vello pubiano con la intención de conseguir rastros que identifiquen al agresor.
- Obtenga cuidadosamente muestras para estudio bacteriológico, en el nivel vaginal y ano rectal. Una muestra similar puede obtenerse para estudio de semen (ADN). También pueden recolectarse muestras de semen o sangre de la piel de la víctima.
- Test de gestación: si el resultado es negativo, repetirlo en tres semanas.
- Pruebas serológicas para la determinación de posibles infecciones de transmisión sexual:
 - *Gonorrea y clamidia (inicial y a las tres semanas).*
 - *Sífilis (inicial y a las seis semanas).*
 - *VIH/sida (inicial, a las seis semanas, a los tres y a los seis meses).*
 - *Hepatitis B (inicial y a las seis semanas).*
- Tratamiento preventivo de las infecciones de transmisión sexual (gonorrea, clamidia y sífilis).
- Tratamiento preventivo de la infección VIH.

3. Documente adecuadamente la situación:

Evidencie cuidadosamente los síntomas o lesiones de la víctima, en particular hematomas, rasguños, abrasiones y toda otra lesión ano-genital (estado de los labios e himen, así como desgarros y otras lesiones).

4. Informe a la víctima acerca de sus derechos:

Reafirmar que no es su culpa y nadie "merece" ser golpeado/a o violado/a.

5. Evalúe si es necesario "aislar" a la víctima.

En ocasiones, es necesaria la internación para proteger a la víctima, mientras se ponen en marcha otros mecanismos de protección.

6. En los países donde la denuncia es obligatoria, ésta debe realizarse.

Salud mental

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

Depresión y riesgo de suicidio

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

Síntomas de depresión

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

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

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

Importante

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

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

Situaciones y signos de alerta	Indicadores de riesgo inminente de suicidio
<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad severa. • Aislamiento. • Embarazo. • Aborto provocado reciente. • Caída en el rendimiento escolar o laboral. • Abandono de la escuela. • Disfunción familiar o divorcio. • Orientación homosexual. • Enamoramiento melancólico. • Deficiencia mental leve o moderada. • Enfermedades crónicas en el/la adolescente o su familia. • Enfermedad terminal o muerte en familiares cercanos. • Suicidio de familiar o ser querido. • Profunda insatisfacción con el cuerpo. • Maltrato físico o abuso sexual. • Promiscuidad sexual. • Abuso de alcohol y/o consumo de drogas. • Intento de suicidio previo. • Ideación y/o planes suicidas. • Disponibilidad del agente suicida. 	<p>Determinado por la presencia de cinco o más de los siguientes factores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plan o ideación suicida. • Intentos previos. • Conductas desmedidas y transitorias ante situaciones de estrés o adaptación de la adolescencia. • Suicida en su entorno (amigo o familiar). • Consumo de estimulantes. • Depresión mayor.

Los tratamientos de los casos de depresión e intentos de autoeliminación deben ser abordados desde un punto de vista multidisciplinario: psiquiatra, terapeuta y abordaje con soporte familiar.

Información a el/la adolescente

- Advertirle que la depresión es una enfermedad que corresponde a los síntomas que él o ella tiene; que con frecuencia entraña ideación suicida; que es un estado limitado en el tiempo y responde al tratamiento. Dar confianza, explicándole que el psicoterapeuta es idóneo y capacitado para atender el problema.
- Indicarle que debe evitar el aislamiento, no interrumpir las clases ni las actividades sociales.
- Solicitarle el nombre y datos de tres adultos, para contactar en caso de necesidad.
- Negociar con él o ella la forma de dar a conocer el problema a sus padres.

Consumo de tabaco, alcohol y drogas

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

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

Dicha relación puede ser de diferentes formas:

1. Consumo **ocasional o experimental** que no implica dependencia o adicción y que suele ser esporádico.
2. Consumo **habitual o crónico**, cuando la relación droga - persona es de tipo adictiva y completa los requisitos de las definiciones del DSM IV, CIE 10, etc.
3. **Uso indebido** es el consumo de una sustancia que no es legal; o el uso de una sustancia legal pero con un propósito diferente para el cual fue elaborada; o el uso de sustancias que si bien son legales o socialmente aceptadas, se consumen en situaciones de irresponsabilidad (p. ej. alcohol y conducción de vehículos).
4. **Abuso** es el uso excesivo, persistente o esporádico de alguna sustancia sin relación con el uso médico aceptado.
5. **Dependencia**, que puede ser psíquica o física. Se entiende por **dependencia psíquica** el estado en que una sustancia produce una sensación de satisfacción y un impulso psíquico que lleva a usarla continuamente, para experimentar placer o evitar un malestar. La **dependencia física** es la incorporación de la sustancia a la fisiología del individuo, que se caracteriza por la aparición de síntomas físicos cuando se disminuye o interrumpe el consumo de la sustancia (síndrome de abstinencia).

Al enfrentarnos con problemas de adicciones debemos tener en cuenta la interacción que se produce entre el individuo, la droga y el medio.

Las acciones de los equipos de salud estarán destinadas a:

- Identificar los individuos que consumen drogas.
- Detectar los que están en riesgo de consumirla.
- **Extender las acciones de prevención primaria a todos los y las adolescentes.**

Identificar a los individuos que consumen drogas

- Faltas reiteradas a la escuela.
- Alteraciones de la conducta, sanciones disciplinarias en la escuela.
- Alteraciones permanentes del humor: irritabilidad, hostilidad, sobrevaloración.
- Convivencia con amigos/as consumidores/as de drogas.
- Ausencias reiteradas del hogar sin previo aviso.
- Actitud tolerante hacia el consumo de tabaco, alcohol y drogas.
- Alejamiento de las relaciones familiares.
- Mentiras reiteradas.

Detectar los que están en riesgo de consumir drogas

Factores de riesgo

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

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

Acciones de prevención primaria

Eduque sobre:

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

Fomente:

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

Informe sobre:

- La morbilidad y mortalidad que genera el uso de:
 - **Tabaco** (cáncer de pulmón y de cuello de útero, bronquitis, enfisema, enfermedades cardiovasculares, infarto).
 - **Alcohol y drogas** (accidentes, suicidios, abuso sexual, asesinatos, enfermedades cardiovasculares).
- Los aspectos negativos del uso de tabaco, de acuerdo con algunos valores considerados por los/as adolescentes como:
 - Apariencia física (olor desagradable, dientes amarillos, mal aliento y dedos manchados).
 - Manipulación que logra la publicidad al promover mensajes falsos de atracción física y capacidad para los deportes; reducción de la capacidad deportiva y alto costo.
- La relación entre consumo de alcohol y drogas y los riesgos de lesiones por causas externas e infecciones de transmisión sexual.

Las diferencias entre el uso experimental y la adicción.

Conducta ante un/a adolescente que consume	
Consumo de tabaco	<ul style="list-style-type: none"> • Consejería y remisión a un grupo de auto-ayuda.
Consumo de alcohol y drogas	<ul style="list-style-type: none"> • Ofrecer ayuda específica a la situación de consumo y a la edad de cada adolescente. • Evaluar la necesidad de hospitalización. • Atención interdisciplinaria por médico, psicólogo, psiquiatra y trabajador social. • Considerar normas de confidencialidad, aclarando que de la información obtenida se puede requerir el apoyo de los padres. • Solicitar el nombre de tres personas a quienes acudir en caso de emergencia. • Promover la participación en grupos de recreación o de trabajo social en la comunidad. • Brindar teléfonos de auto-ayuda.

Trastornos del sueño, insomnio y síndrome de fatiga crónica

Son trastornos frecuentes como motivo de consulta en la práctica con adolescentes. Se deberán descartar causas orgánicas (p. ej. diabetes, disfunción tiroidea, anemia, etc) y psicológicas (p. ej. ansiedad, depresión, consumo de sustancias). En estas situaciones, se hará el tratamiento específico. Si no hay causas aparentes se recomienda:

- Evitar el uso de hipnóticos.
- Reeduación del sueño.
- Ejercicio físico regular.
- Técnicas de relajación.
- Dieta adecuada, evitando cafeína, tabaco y alcohol.
- Puede ser necesario interconsulta con trabajador de salud mental.

Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia

Son trastornos de la conducta. Se presentan con mayor frecuencia en adolescentes mujeres. De estos trastornos, 95% se producen entre el principio y el final de la adolescencia. Se asocian a factores culturales, psicológicos, emocionales y económicos, con una prevalencia creciente en los últimos 20 años.

En general, los y las adolescentes no van a consulta por voluntad propia, sino que son llevados a la atención médica por cuadros clínicos como por ejemplo anemia, adelgazamiento, depresión y amenorrea. Las causas de muerte y su gravedad están dadas por desequilibrio iónico, alteraciones cardíacas graves y suicidio.

Criterios diagnósticos	
Anorexia nerviosa (A.N.)	Bulimia nerviosa (B.N.)
<ul style="list-style-type: none"> a) Rechusa mantener un peso mínimo normal para su talla y edad: Peso 15% por debajo de lo esperado, no-ganancia adecuada de peso para el periodo de crecimiento. b) Miedo intenso a subir de peso aún cuando su peso es menor que lo esperado. c) Disturbios en cómo se siente con su peso y su cuerpo: se siente y se ve gordo/a a pesar de su delgadez. Quita importancia a su bajo peso. d) En las mujeres, amenorrea. 	<ul style="list-style-type: none"> a) Episodios recurrentes de ingesta compulsiva en un periodo de tiempo (≤ 2 hs) de una cantidad excesiva de comida, con sensación de falta de control sobre lo que se está comiendo. b) Conductas de compensación para evitar subir de peso: vómito inducido, laxantes, diuréticos, ayunos, ejercicio excesivo. c) Los comportamientos A y B ocurren por lo menos 2 veces a la semana, durante 3 meses. d) Autoestima muy influenciada por la imagen corporal y el peso. e) El trastorno no ocurre solamente durante episodios de anorexia nerviosa. f) En general, el peso es casi normal y, en las mujeres, los trastornos menstruales son más leves.
<p>Tipo de anorexia nerviosa: <u>Restriictiva:</u> durante este episodio el o la adolescente no ha pasado por un periodo de comer compulsivamente ni ha estado usando laxantes o diuréticos o induciendo el vómito. <u>Purgativa:</u> el o la adolescente ha estado comiendo por momentos grandes cantidades e induciendo el vómito o tomando laxantes.</p>	<p>Tipo de bulimia nerviosa: <u>Purgativa:</u> las conductas compensatorias consisten en inducir los vómitos y emplear laxantes y diuréticos. <u>No purgativa:</u> las conductas compensatorias consisten en realizar ejercicio físico intenso y/o ayuno.</p>

No se deberá esperar necesariamente que las/os adolescentes cumplan con los requisitos de las definiciones de A.N. y B.N. para que se tomen medidas de intervención, ya que existen trastornos inespecíficos potencialmente graves. El diagnóstico de la A.N. y de la B.N. es clínico y no depende de la paraclínica.

Hallazgos clínicos

Anorexia nerviosa	Bulimia nerviosa
<ul style="list-style-type: none"> • Amenorrea. • Anemias leves. • Deshidratación. • Bradicardia. • Lanugo. • Hipotensión/hipotermia. • Sequedad de la piel y el cabello. • Hipertrofia de glándulas parótidas. • Signo de Russell (callos en las manos por vómitos). • Establecer la gravedad de condición física. • Evaluar disfunción familiar. • Alteraciones de las medidas antropométricas, peso, talla, pliegue cutáneo, circunferencia del brazo). 	<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones hidroelectrolíticas • Pérdida del esmalte dental • Irregularidades menstruales • Hipertrofia de glándulas parótidas • Signo de Russell • Pueden encontrarse alteraciones de las medidas antropométricas (peso, talla, pliegue cutáneo, circunferencia del brazo). • Pequeñas roturas vasculares en mejillas y debajo de los ojos (petequias).

Anorexia nerviosa—Bulimia nerviosa

Exámenes de laboratorio

Si cuenta con acceso a paraclínica, solicite:

- Inonograma.
- Hemograma.
- Azoemia.
- Perfil lipídico.
- Perfil hepático.
- Proteinograma electroforético.
- Gasometría, si la gravedad lo amerita.
- Dosificación de TSH y T4 libre.
- Ecografía ginecológica.

Conducta

Prevención primaria:

Estará dirigida a la población en general, y a los y las adolescentes en particular.

- Información.
- Evitar conductas desmedidas, precursoras de la enfermedad (dietas/balanza).
- Acción sobre estereotipos culturales.

Prevención secundaria:

- **Tratamiento interdisciplinario** (médico, nutricionista, enfermera, equipo de salud mental, con atención individual, grupal y familiar).
- Puede requerir medicación antidepressiva, tratamiento de reemplazo hormonal, etcétera.
- **Evaluar la necesidad de hospitalizar** en caso de convulsiones, arritmia, bradicardia, deshidratación, peso menor al 75% del peso de referencia, depresión severa, ideas de autoeliminación y falta de respuesta al tratamiento.

Trastornos nutricionales:

Desnutrición

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

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

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

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

Signos y síntomas	Conducta
<ul style="list-style-type: none"> • Alteraciones de las medidas antropométricas (peso, talla, pliegue cutáneo, circunferencia del brazo). • Cabello debilitado, opaco, pérdida de cabello. • Descamación de la piel, pérdida de grasa subcutánea, edemas, conjuntivas opacas, dermatitis seborreica, heridas que curan mal, queratosis, fisuras angulares de la boca y de la lengua, queilosis, hipertrofia de parótidas, encías sangrantes. • Pubertad retardada, amenorrea. • Bradicardia, disminución del gasto cardiaco, hipotensión, insuficiencia cardiaca, cardiomiopatía. • Dolores musculares, disminución de masa muscular, hiporreflexia, parestesias, fatiga, calambres. • Desorientación, trastornos mentales, depresión, letargo, convulsiones. • Anorexia, náuseas, diarrea. • Intolerancia a la glucosa, trastornos de la coagulación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Investigar posibles causas. • Existen causas colectivas que superan a las acciones que se pueden emprender exclusivamente desde el sector salud. En estos casos es necesaria la coordinación intersectorial (estado, sociedad civil y otras organizaciones) para la realización de dichas acciones. <p style="margin-left: 20px;">Ante causas individuales, puede ser útil:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Contactar un adulto que pueda apoyar (familiar, no familiar). • Valorar la necesidad de hospitalización por riesgo vital: trastornos cardiovasculares, hidroelectrolíticos y neurológicos. • El tratamiento se orientará, en forma específica, a cada causa etiológica, y estará en manos de un equipo interdisciplinario formado por nutricionista, psicólogo, trabajador social y médico.

Obesidad

En la actualidad, las/os adolescentes tienden al consumo irregular de alimentos, al abuso de consumo de comidas rápidas, y muchas veces a una dieta sin equilibrio por defecto, o por exceso de macronutrientes. Esto da origen a cuadros como obesidad, hiperlipidemia, malnutrición, anemia, déficit de minerales, vitaminas, y trastornos como la bulimia y el síndrome de temor a la obesidad.

La obesidad es un problema emergente, con una tendencia mundial al aumento del índice de masa corporal. Esto acarrea consecuencias amenazadoras para la salud, ya que está comprobado que la obesidad, hiperlipidemia, intolerancia a la glucosa, e hipertensión arterial llevan a un aumento de muertes por patologías cardiovasculares.

Diagnóstico
Peso: > de 25% para las mujeres y > 30% para los varones (sobre el peso ideal para la talla y la edad).
Índice de masa corporal (IMC): IMC > 30 o con un IMC > percentil 95 = OBESIDAD IMC ≥ percentil 85 = RIESGO DE OBESIDAD
Pliegue tricípital: >18 mm para los varones y 25 mm para las mujeres.

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

Edad (en años)	Varones (percentiles)			Mujeres (percentiles)		
	5	50	95	5	50	95
10	14,2	16,6	22,2	14,2	17,1	24,2
11	14,6	17,2	23,5	14,6	17,8	25,7
12	15,1	17,8	24,8	15,0	18,2	26,8
13	15,6	18,4	25,8	15,4	18,9	27,9
14	16,1	19,1	26,8	15,7	19,4	28,6
15	16,6	19,7	27,7	16,1	19,9	29,4
16	17,2	20,5	28,4	16,4	20,2	30,0
17	17,7	21,2	29,0	16,9	20,7	30,5
18	18,3	21,9	29,7	17,2	21,1	31,0
19	19,0	22,5	30,1	17,5	21,4	31,3

Tipos de obesidad	
Obesidad exógena (90%)	Obesidad endógena (10%)
Se produce por sobre alimentación..	Se produce como consecuencia de una patología como hipotiroidismo, síndrome de Cushing, hiperinsulinismo, alteraciones hipotalámicas por traumatismo, infección, estrés.
<ul style="list-style-type: none"> • Historia de sedentarismo, obesidad familiar, tendencia a la depresión, difícil integración social, sobrealimentación y dependencia. • Inicio en la pubertad. • Al examen: talla alta o normal, obesidad generalizada y edad ósea acelerada. 	Al examen: talla baja, obesidad generalmente no generalizada, hallazgos característicos de endocrinopatías, depresión, ansiedad.
Laboratorio: Hemograma, lípidos, glicemia, hormonas tiroideas, edad ósea.	
Tratamiento: <ul style="list-style-type: none"> • Orientar, apoyar, informar acerca de los riesgos y esperar el consentimiento de el/la adolescente para desarrollar un plan juntos. • Planificar a seis meses para poner límite al esfuerzo. • Control cada 15 días. • Con colaboración de nutricionista, psicólogo y asistente social. • Trabajar autoestima e integración social. • Reeducación sobre las conductas alimentarias. • Psicoterapia familiar. • Reflexión sobre modelos culturales de la esbeltez impuestos para la mujer y el varón. 	Tratamiento: A cargo de endocrinólogo y nutricionista.

Hiperlipidemia

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

Diagnóstico

Hipercolesterolemia ≥ 200 mg /dl.

La determinación de colesterol se efectúa después de ayuno de 12 horas

Se debe repetir cada 5 años, si el valor es inferior a 170 mg /dl.

En caso de niveles de colesterol entre 170 y 199 mg /dl, repetir el examen cuando:

- El promedio de dos valores es superior a 170 mg/dl.
- Se trata de adolescentes con padres o abuelos con historia de enfermedad vascular, antes de los 55 años.

Solicitar lipoproteínas de ayuno; si están alteradas ajustar dieta con nutricionista, plan reglado de ejercicios físicos y, en caso de no lograr estabilización de los valores en tres meses, efectuar derivación a especialista.

Necesidades nutricionales de los y las adolescentes

Están directamente relacionadas con los cambios en la composición corporal y guardan un vínculo más estrecho con la edad fisiológica que con la cronológica. Considerar la etapa de maduración, el estadio del desarrollo puberal y sexual, y la velocidad del crecimiento.

Cálculo de nutrientes

- Hidratos de carbono: 50%-55% del aporte energético total. Un gramo aporta 4 Kcal.
- Proteínas: 20%-25% del volumen total calórico diario. Un gramo aporta 4 Kcal.
- Lípidos: 25%-30% del volumen total calórico diario. Un gramo aporta 9 Kcal.

Minerales

Durante el estirón puberal, aumenta la necesidad de todos los minerales, sobre todo los siguientes:

- **Calcio** para aumento de la masa ósea.
- **Hierro** para aumento de la masa muscular y expansión del volumen sanguíneo.
- **Zinc** para la producción de nuevo tejido óseo y muscular.

Necesidades nutricionales en la adolescente embarazada o que amamanta

- En la embarazada, y durante la lactancia, aumentan las necesidades proteínicas, energéticas y de todos los nutrientes. Durante el primer trimestre, casi no hay incremento de las necesidades alimentarias. Ya en el segundo y tercer trimestre es aconsejable un suplemento de aproximadamente 300 calorías diarias.
- Las adolescentes embarazadas y que llevan una vida sedentaria necesitan como mínimo 2.400 a 2.600 kcal diarias, mientras que las adolescentes más activas o en la etapa final del crecimiento necesitan cerca de 50 kcal diarias por cada kg de peso. Hay que calcular de 30 a 35 gramos diarios de proteínas suplementarias.
- La adolescente que no consume leche o derivados, debe incorporar a su dieta ese consumo durante el embarazo. También es conveniente que incluya en su alimentación el consumo de alimentos ricos en hierro y ácido ascórbico, ya que el problema de la anemia es relativamente común en este estado. Para evitar la constipación, es aconsejable el consumo de frutas, verduras, cereales integrales y líquidos que aceleran el tránsito intestinal.
- Se recomienda no abusar del consumo de sal, ya sea como condimento o a través de alimentos ricos en ella, como por ejemplo fiambres, embutidos, conservas, salsas comerciales, caldos, etc.

Ver sección Formularios y Tablas para las cantidades de proteínas y calorías requeridas por los varones, mujeres y adolescentes embarazadas.

Anemia

La causa más común de anemia de los y las adolescentes es por carencia de aporte nutricional adecuado, seguida por las pérdidas crónicas (parasitosis, trastornos menstruales y digestivos). Puede agravarse por aumento de los requerimientos en el momento de la aceleración del crecimiento, o por el embarazo, que representa una sobrecarga nutricional para la adolescente si no es compensada con una dieta adecuada.

Aunque el hallazgo típico es una disminución de hemoglobina, ésta puede ser normal, aunque haya un déficit de los depósitos de hierro (ferritina.)

Causas	Síntomas y signos	Laboratorio
<p>Premedulares</p> <ul style="list-style-type: none"> Deficiente aporte nutricional Déficit de hierro, ácido fólico y vitamina B 12. <p>Medulares</p> <ul style="list-style-type: none"> Aplasias e hipoplasias medulares. Enfermedad crónica (insuficiencia renal, cáncer). <p>Posmedulares</p> <ul style="list-style-type: none"> Parasitosis (estrongiloidiasis) Trastornos menstruales (menorragias). Digestivos (úlceras pépticas). Alteraciones de la hemoglobina y del glóbulo rojo: talasemia mayor y menor, anemia falciforme. Alteraciones inmunológicas: anemia hemolítica, etc. 	<ul style="list-style-type: none"> Palidez cutáneo mucosa. Taquicardia. Cefaleas. Mareos. Fatigabilidad. Ictericia (en las formas hemolíticas). Hepatoesplenomegalia. 	<p>Confirmación de la anemia*:</p> <p>Hemoglobina: < 13 g/dl varones < 12 g/dl mujeres</p> <p>Hematocrito: < 39% varones < 36% mujeres</p> <p>Ferritina < 15 ng/ml (mide depósitos de hierro).</p> <p>Confirmación del tipo de anemia:</p> <p>Lámina: Microcitos (déficit de hierro). Macroцитosis (déficit de vitamina B 12 y ácido fólico).</p> <p>VCM: < 80 fl microcítica 80 a 100 fl normocítica > 100 fl macrocítica.</p>

* Los valores normales de hemoglobina y hematocrito varían según edad, género, embarazo, factores genéticos, altitud y tabaquismo.

Tratamiento

Los requerimientos diarios de hierro en adolescentes de 11 a 18 años son de 0,55 a 0,60 mg/día para los varones y de 0,35 a 0,55 mg/día para las mujeres.

En caso de **anemia aguda** por sangrado, se deberá intentar detener la hemorragia, se iniciarán simultáneamente las medidas de reposición, y se efectuará el traslado a un nivel de mayor complejidad, de ser necesario. En las **anemias crónicas** el tratamiento estará regido por las causas que las producen. Al ser las más frecuentes las vinculadas con las pérdidas crónicas y el déficit nutricional, se quiere tratar de la siguiente manera:

Tratamiento de reposición	
Con hierro vía oral	<ul style="list-style-type: none"> Sulfato ferroso: La dosis terapéutica es de 100 a 200mg de hierro por día, administrada. Los comprimidos deben ser tomados entre 30 y 60 minutos antes de comer, de preferencia con jugo, y nunca con leche. La absorción mejora si se toman día por medio, porque el mecanismo de absorción intestinal se satura rápidamente. De esta manera, el tratamiento resulta más eficiente y económico. Agregar vitamina C en forma de jugo de naranja o comprimidos de 500 mg /día vía oral, que mejora la absorción del hierro.
Con folato vía oral	<ul style="list-style-type: none"> Ácido fólico 5 mg al día.

En caso de sospechar causas hemolíticas, oncológicas, mielodisplásicas o autoinmunes se deberá encaminar a la/el adolescente al especialista, quien efectuará los exámenes y tratamientos correspondientes. De la misma forma, se derivarán inmediatamente las/os adolescentes con anemias que no mejoren, pese al tratamiento de reposición.

Alteraciones de la piel y sus anexos

Hirsutismo

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

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

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

En la entrevista

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

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

En el examen físico

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

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

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

Exámenes complementarios

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

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

Tratamiento

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

En el SOP se debe recomendar el adelgazamiento y el uso de anticonceptivos orales. En el hirsutismo idiopático se puede recetar espironolactona de 100 a 200 mg /día, vía oral por seis meses. En caso de no encontrar respuesta satisfactoria, se deberá encaminar a la adolescente al especialista.

Para todos los casos de hirsutismo se recomiendan tratamientos cosmetológicos mientras no se resuelve el problema definitivamente. Este es un aspecto que no se debe descuidar, ya que el hirsutismo suele provocar trastornos emocionales y aislamiento de las adolescentes.

Acné

Enfermedad de la unidad pilosa de tipo inflamatorio, que se caracteriza por comedones, pápulas, pústulas, nódulos y que puede dejar cicatrices. En 80% a 90% de los casos aparece en la adolescencia y se inicia poco antes de la pubertad. Afecta la autoestima de el/la adolescente y sus interacciones sociales. Para evitar las cicatrices físicas y emocionales que puede ocasionar el acné, se debe tratar la enfermedad antes de que avance.

Clínica	Tratamiento
G. 1: Comedones sin signos inflamatorios.	Medidas generales de tratamiento son: <ul style="list-style-type: none"> • Mantener la piel limpia. • Evitar usar cosméticos y productos que obstruyan los poros. • No manipular ni pellizcar la zona. • Aplicación tópica con peróxido de benzol.
G.2: Inflamación moderada, comedones, pápulas, a veces pústulas.	Medidas generales de tratamiento más <ul style="list-style-type: none"> • peróxido de benzoilo, • ácido retinoico local y/o • antibióticos locales Los antibióticos locales de elección son eritromicina y clindamicina que eliminan el corynebacterium acnes.
G. 3: Inflamación localizada severa. Hacer Interconsulta	Medidas generales de tratamiento más <ul style="list-style-type: none"> • peróxido de benzoilo • ácido retinoico local, • antibióticos generales. El antibiótico general ideal es la tetraciclina.
G. 4: Inflamación generalizada severa. Hacer interconsulta	Medidas generales de tratamiento más <ul style="list-style-type: none"> • ácido retinoico local • antibióticos generales • ácido 13-cis retinoico v/o (altamente teratogénico - prohibir embarazo por seis meses).

Información para los y las adolescentes

Se debe transmitir al adolescente que éste es un trastorno transitorio, que si cumple con las indicaciones tiene una gran probabilidad de que evolucionará favorablemente y no dejará secuelas. Se deberá apelar a la constancia de el/la adolescente para continuar el tratamiento, mientras se esperan sus resultados.

Sistema Informático del Adolescente (SIA/CLAP): Reverso

Este color significa ALERTA	EDUCACION	NIVEL No escolariz. <input type="checkbox"/> Prim. <input type="checkbox"/> Sec. <input type="checkbox"/> Univ. <input type="checkbox"/>		GRADO CURSO <input type="text"/>	AÑOS APROBADOS <input type="text"/>	PROBLEMAS EN LA ESCUELA no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	AÑOS REPETIDOS Causa <input type="text"/>	DESERCIÓN/EXCLUSIÓN no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Causa <input type="text"/>	EDUCACION NO FORMAL no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Cuál? <input type="text"/>		
	Observaciones										
	TRABAJO	ACTIVIDAD <input type="checkbox"/> trabaja <input type="checkbox"/> busca 1 ^{ra} vez <input type="checkbox"/> no y no busca <input type="checkbox"/> desocupado	EDAD INICIO TRABAJO años <input type="text"/>	TRABAJO horas por semana <input type="text"/>	HORARIO DE TRABAJO mañana <input type="checkbox"/> todo el día <input type="checkbox"/> tarde <input type="checkbox"/> noche <input type="checkbox"/> fin de semana <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	RAZÓN DE TRABAJO <input type="checkbox"/> económica <input type="checkbox"/> autonomía <input type="checkbox"/> me gusta <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/> n/c	TRABAJO LEGALIZADO <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c	TRABAJO INSALUBRE <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c	TIPO DE TRABAJO <input type="text"/>		
	Observaciones										
	VIDA SOCIAL	ACEPTACIÓN aceptado <input type="checkbox"/> ignorado <input type="checkbox"/> rechazado <input type="checkbox"/> no sabe <input type="checkbox"/>	NOVIO/IA si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	ACTIVIDAD GRUPAL si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	DEPORTE <input type="checkbox"/> horas por semana	OTRAS ACTIVIDADES si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Cuáles? <input type="text"/>	TV <input type="checkbox"/> horas por día				
	Observaciones										
	HABITOS	SUEÑO NORMAL si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	ALIMENTACIÓN ADECUADA si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	COMIDAS POR DÍA <input type="text"/>	COMIDAS POR DÍA CON FAMILIA <input type="text"/>	TABACO <input type="text"/> cigarrillos por día	EDAD INICIO TABACO años <input type="text"/>	ALCOHOL <input type="text"/> equivalente a litros de cerveza por semana	EDAD INICIO ALCOHOL años <input type="text"/>	OTRO TOXICO no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Frecuencia y tipo <input type="text"/>	CONDUCE VEHICULO no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Cuál? <input type="text"/>
	Observaciones										
	GINECO-UROLÓGICO	MENARCA/ESPERMARCA años <input type="text"/> meses <input type="text"/>	FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACION <input type="checkbox"/> No conoce <input type="checkbox"/> no corresp. día <input type="text"/> mes <input type="text"/> año <input type="text"/>	CICLOS REGULARES si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c	DISMENORREA no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c	FLUJO PATOLÓGICO/SECRECIÓN PENEANA no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Cuál? <input type="text"/>	EMBARAZOS <input type="checkbox"/>	HIJOS <input type="checkbox"/>	ABORTOS <input type="checkbox"/>	
	Observaciones										
SEXUALIDAD	NECESITA INFORMACIÓN si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	RELACIONES SEXUALES hetero <input type="checkbox"/> homo <input type="checkbox"/> ambas <input type="checkbox"/>	PAREJA <input type="checkbox"/> pareja única <input type="checkbox"/> varias parejas <input type="checkbox"/> n/c	EDAD INICIO REL. SEX. años <input type="text"/>	PROBLEMAS EN REL. SEX. no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c	ANTICONCEPCIÓN <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> n/c	CONDÓN <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> n/c	ABUSO SEXUAL no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			
Observaciones											
SITUACIÓN PSICOEMOCIONAL	IMAGEN CORPORAL <input type="checkbox"/> conforme <input type="checkbox"/> crea preocupación <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> impide relación con demás			AUTO PERCEPCIÓN <input type="checkbox"/> alegre <input type="checkbox"/> triste <input type="checkbox"/> muy tímido <input type="checkbox"/> nervioso <input type="checkbox"/> otro	REFERENTE ADULTO <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> fuera del hogar <input type="checkbox"/> ninguno	PROYECTOS DE VIDA <input type="checkbox"/> confuso <input type="checkbox"/> claro <input type="checkbox"/> ausente					
Observaciones											
EXAMEN FÍSICO	ASPECTO GENERAL normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	PESO (Kg) <input type="text"/>	Centil peso/edad <input type="text"/>	Centil peso/talla <input type="text"/>	PIEL Y FANERAS normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	CABEZA normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	AGUDEZA VISUAL normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	AGUDEZA AUDITIVA normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	BOCA Y DIENTES normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	CUELLO Y TIROIDES normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	
TORAX Y MAMAS	CARDIO-PULMONAR	PRESIÓN ARTERIAL <input type="text"/>		ABDOMEN	GENITO-URINARIO	TANNER mamas <input type="checkbox"/> vello pub. <input type="checkbox"/> genitales <input type="checkbox"/>	VOLUMEN TESTICULAR Der. <input type="text"/> cm ³ <input type="text"/> lqz.	COLUMNA normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	EXTREMIDADES normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	NEUROLÓGICO normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	
Observaciones											
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA INTEGRAL											
INDICACIONES E INTERCONSULTAS											
Responsable <input type="text"/>											
Fecha próxima visita <input type="text"/>											

Sistema Informático del Adolescente (SIA/CLAP): Anverso

E.T.S.	¿Tiene alguna? no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> ¿cuál? _____ Pareja actual ¿tiene alguna? n/c <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> ¿cuál? _____	¿Ha tenido alguna? n/c <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> ¿cuál? _____ Pareja actual ¿ha tenido alguna? n/c <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> ¿cuál? _____	Tratamiento no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> ¿cuál? _____ n/c <input type="checkbox"/> _____ Tratamiento no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> ¿cuál? _____ n/c <input type="checkbox"/> _____
Observaciones:			
FECUNDIDAD			
EMBARAZOS <input type="text"/>	abortos <input type="text"/> = <input type="text"/> + <input type="text"/> + <input type="text"/> esp. provocados emb ectópico	Edad 1er. embarazo <input type="text"/> años ¿Cual? _____	PESO 1er R.N. <input type="text"/> g 2do R.N. <input type="text"/> g 3er R.N. <input type="text"/> g 4to R.N. <input type="text"/> g
EMBARAZO ACTUAL <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	nacimientos <input type="text"/> = <input type="text"/> + <input type="text"/> nac. vivos nac. muertos	Edad 1er. parto <input type="text"/> a-os	Hospitalizaciones <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Infecciones <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>
Lactancia actual <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Lactancia pasada <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Máxima lactancia <input type="text"/> meses	Minima lactancia <input type="text"/> meses
			Regulación menstrual <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Observaciones:			
EXAMEN FISICO		PATRON DE VELLO CORPORAL normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/> Completar el examen físico en el formulario HGA - Consulta Principal	
GENITO-URINARIO			
FLUJO VAGINAL antes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	Actual <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> escaso <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> abundante <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	MOLESTIAS <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> prurito <input type="checkbox"/> ardor <input type="checkbox"/>	MOLESTIAS <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> prurito <input type="checkbox"/> ardor <input type="checkbox"/>
OLOR <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	DURACION <input type="text"/> días	TRATAMIENTO <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	TRATAMIENTO <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>
COLOR _____		SECRECION URETRAL antes <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	Actual <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> escaso <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> abundante <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>
		OLOR <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	DURACION <input type="text"/> días
		COLOR _____	
EXAMEN GINECOLOGICO			
TANNER <input type="text"/>	VULVA <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	CLITORIS <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	HIMEN <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>
mamas <input type="text"/>	VAGINA <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	CUELLO UTERINO <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	CUERPO UTERINO <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>
vello <input type="text"/>	TACTO VAGINAL <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/> no se hizo <input type="checkbox"/>	TACTO RECTAL <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/> no se hizo <input type="checkbox"/>	ANEXO IZQ. <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>
	ANEXO DER. <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	EXAMEN MAMARIO <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	Toma de muestras
Observaciones			
EXAMEN GENITAL MASCULINO			
TANNER <input type="text"/>	SECRECION <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	ESCROTO <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	TESTICULO DERECHO <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>
genitales <input type="text"/>	PENE CUERPO <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	TESTICULO IZQUIERDO <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	EXAMEN MAMARIO <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>
vello <input type="text"/>	GLANDE <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	PREPUCIO <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	Observaciones:
Inspección y palpación detectando varicocele, hidrocele, criptorquidia o tumores:			
EXAMENES COMPLEMENTARIOS			
Hemograma <input type="checkbox"/> pedido <input type="checkbox"/> res. adj. <input type="checkbox"/>	Urocult. y antibiogr. <input type="checkbox"/> pedido <input type="checkbox"/> resultado <input type="checkbox"/> adjunto <input type="checkbox"/>	Nitrógeno ureico <input type="checkbox"/> pedido <input type="checkbox"/> resultado <input type="checkbox"/> adjunto <input type="checkbox"/>	HIV <input type="checkbox"/> pedido <input type="checkbox"/> resultado <input type="checkbox"/> adjunto <input type="checkbox"/>
Sedimento urinario <input type="checkbox"/> pedido <input type="checkbox"/> resultado <input type="checkbox"/> adjunto <input type="checkbox"/>	Uremia <input type="checkbox"/> pedido <input type="checkbox"/> resultado <input type="checkbox"/> adjunto <input type="checkbox"/>	Perfil lipídico <input type="checkbox"/> pedido <input type="checkbox"/> resultado <input type="checkbox"/> adjunto <input type="checkbox"/>	Papanicolaou <input type="checkbox"/> pedido <input type="checkbox"/> resultado <input type="checkbox"/> adjunto <input type="checkbox"/>
Químico de orina <input type="checkbox"/> pedido <input type="checkbox"/> resultado <input type="checkbox"/> adjunto <input type="checkbox"/>	Glicemia <input type="checkbox"/> pedido <input type="checkbox"/> resultado <input type="checkbox"/> adjunto <input type="checkbox"/>	VDRL u otro <input type="checkbox"/> pedido <input type="checkbox"/> resultado <input type="checkbox"/> adjunto <input type="checkbox"/>	Test de Schiller <input type="checkbox"/> pedido <input type="checkbox"/> resultado <input type="checkbox"/> adjunto <input type="checkbox"/>
Examen flujo vaginal <input type="checkbox"/> pedido <input type="checkbox"/> resultado <input type="checkbox"/> adjunto <input type="checkbox"/>	Cultivo flujo vaginal <input type="checkbox"/> pedido <input type="checkbox"/> resultado <input type="checkbox"/> adjunto <input type="checkbox"/>	Perfil hormonal <input type="checkbox"/> pedido <input type="checkbox"/> resultado <input type="checkbox"/> adjunto <input type="checkbox"/>	Radiografía <input type="checkbox"/> pedido <input type="checkbox"/> resultado <input type="checkbox"/> adjunto <input type="checkbox"/>
Diagnósticos	1 <input type="text"/>	Tratamientos:	1 <input type="text"/>
2 <input type="text"/>	2 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>	3 <input type="text"/>
Observaciones, indicaciones e interconsultas			
Responsable	Fecha próxima visita <input type="text"/> día <input type="text"/> mes <input type="text"/> año <input type="text"/>		

Este color significa ALERTA

SIA esp / Form. Compl. Salud Rep. (rev)

Sistema Informática Perinatal (SIP/CLAP): Reverso

CLAP (OPS/OMS) - Sistema Informático Perinatal

LISTADO DE CÓDIGOS

Historia Clínica Perinatal - Base

Los números a la izquierda son para la codificación en este formulario. El código a la derecha es de la Clasificación Internacional de Enfermedades Rev. 10 (CIE 10) OPS/OMS 1992

PATOLOGÍAS DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (EPP)		PATOLOGIA NEONATAL	
50 GESTACION MULTIPLE	O30	50 ENFERMEDAD DE MEMBRANAS HALINAS	P22.0
51 HIPERTENSION PREVIA	O10	51 SINDROMES ASPIRATIVOS	P24
01 Hipertensión previa esencial complicando EPP	O10.0	52 APNEAS POR PREMATUREZ	P28.3-P28.4
02 Hipertensión previa secundana complicando EPP	O10.4	53 OTROS SDR	Q25.0, P29.3, P23, P25, P22, P27
52 PRECLAMPSIA	O13, O14	01 Ductus arterioso persistente	Q25.0
04 Hipertensión transitoria del embarazo	O16	02 Perforación de la circulación fetal	P29.3
05 Preclampsia leve	O13	03 Neumonía congénita	P23
06 Preclampsia severa y moderada	O14	04 Neumotorax y enfisema intersticial	P25
53 Hipertensión previa con proteinuria sobregregada	O11	05 Jaqupea transitoria	P22.1
54 ECLAMPSIA	O15	06 Enfermedad respiratoria crónica originada en el periodo perinatal	P27
55 CARDIOPATIA	Z86.7	HEMORRAGIAS	
56 DIABETES	O24	07 Enfermedad hemorrágica del recién nacido	P53
57 Diabetes mellitus insulino-dependiente previa	O24.0	55 Hemorragia pulmonar originada en el periodo perinatal	P26
58 Diabetes mellitus no insulino-dependiente previa	O24.1	36 Hemorragia umbilical (excluye las onfalitis con hemorragia)	P51
59 Diabetes mellitus insidiada en el embarazo	O24.4	HIPERBILIRRUBINEMIAS	
07 Test de tolerancia a la glucosa anormal	O23.0, O23.4	08 Enfermedad hemolítica por isoimmunización Rh	P55.0
60 INFECCION UTERINA	O82.7	09 Enfermedad hemolítica por isoimmunización ABO	P55.1
08 Bacteriuria asintomática del embarazo	O98, B06, B50, B54, A60	10 Leucemia neonatal asociada a parto de pretérmino	P59.0
61 OTRAS INFECCIONES	O23.5	58 HEMATOLOGICAS (excluyendo P50-P59)	P60-P61
62 Infecciones del tracto genital en el embarazo	O38.1	11 Policitemia neonatal	P61.1
09 Sífilis complicando EPP	O38.2	12 Anemia congénita	P61.3
10 Gonorrea complicando EPP	O38.3	13 Otras afecciones hematológicas	(P35-P39, A09, C00, A54.3)
11 Malaria	B50-B54	INFECCIONES	
12 Infección herpética anogenital (herpes simplex)	A60	14 Diarrea	G00
63 Hepatitis viral	O98.4	15 Meningitis	P38
64 IBC complicando EPP	O98.0	16 Onfalitis	P39.1, A54.3
78 Rubéola complicando EPP	B06.0, B06.8 y B06.9	17 Conjuntivitis	P39.4, L00
65 PARASITOSIS COMPLICANDO EPP	O98.8	59 Infecciones de la piel del recién nacido	(resto del P35-P39)
66 RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO	P05	18 Sepsis	
67 AMENAZA DE PARTO PREMATURO (PARTO PREMATURO)	O60	20 Enterocolitis necrotizante (ECN)	P77
13 Incompetencia cervical	O34.3	49 Tetanos neonatal	A33
68 DESPROPORCIÓN CEFALOPELVICA	O64, O65, O34.3	60 Sífilis congénita	A50
14 Parto obstruido por malposición y anomalía de la presentación del feto	O65	61 Enfermedades congénitas virales	P35
15 Parto obstruido debido a anomalía pélvica materna	O64	68 Síndrome de Rubéola congénita (SRC)	P35.5
16 Otros partos obstruidos por causa fetal	O66	69 Citomegalovirus (CMV)	P36.1
69 HEMORRAGIA DEL PRIMER TRIMESTRE	O20	70 Toxoplasmosis congénita	P37.1
17 Mola hidatiforme	O21	39 HIV positivo	R75
18 Aborto espontáneo y aborto retenido	O02.1, O03	19 Otras infecciones del periodo perinatal	(resto de P60-P61)
19 Embarazo ectópico	O00	NEUROLOGICA (EXCLUYE MALFORMACIONES)	
20 Aborto inducido y terapéutico	O06, O04	33 Hidrocefalia adquirida	G91
21 Amenaza de aborto	O20.0	34 Leucomalacia periventricular y cerebral	P91.1, P91.2
70 HEMORRAGIA DEL 2º Y 3º TRIMESTRE		35 Trauma obstétrico con lesión intracraneal del SNC y del sistema nervioso periférico	P10, P11, P14
22 Placenta previa con hemorragia	O44.1	36 Hemorragia intracraneana no traumática	P30
23 Desprendimiento prematuro de placenta	O45	37 Convulsiones	P20
24 Hemorragia anteparto con defecto de la coagulación	O46.0	71 Encefalopatía Hipoxico Isquémica	P21
25 Ruptura uterina antes o durante el parto	O71.0, O71.1	38 Otras afecciones del estado cerebral	P91
26 Laceración obstétrica del cuello del útero	O71.3	METABOLICANUTRICIONAL	
71 ANEMIA	O99.0	43 Síndrome de "hijo de diabética"	P70.0, P70.1
27 Anemia por deficiencia de hierro	D50	45 Hipoglicemia	P70.3, P70.4, E16.2
72 RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	O42	46 Otras afecciones metabólicas y nutricionales	P75-P78
28 Infección del saco amniótico y membranas	O41.1	66 OTRAS PATOLOGIAS RN	
73 INFECCION PUERPERAL	O85, O86	40 Retinopatía de la prematurez	H35
29 Sepsis puerperal	O85	41 Hernia inguinal	H40
30 Infección mamaria asociada al nacimiento	O91	65 Síndrome de daño por frío	P80.0 (excluye hipotermia leve P80.8)
74 HEMORRAGIA POSTPARTO	O72.0, O72.2		
31 Placenta retenida	O72.0, O72.2	ANOMALIAS CONGENITAS	
32 Útero atónico	O72.1	120 Anencefalia	O00.0
33 Laceraciones perineales de 1º y 2º grado	O70.0, O70.1	121 Espina bífida/Meningocele	O05, O07.0
34 Laceraciones perineales de 3º y 4º grado	O70.2, O70.3	122 Hidranencefalia	O04.3
75 OTRAS PATOLOGIAS MATERNAS	(resto de O00-O99)	123 Hidrocefalia	O03
35 Placenta previa sin hemorragia	O44.0	124 Microcefalia	O02
36 Hipertensión grave	O21	125 Hipoencefalia	O04.2
37 Enfermedad renal no especificada durante el embarazo sin mención de hipertensión	O26.8, O99.8 (condiciones en I10-I139)	127 Otras anomalías del Sistema Nervioso Central	O04, O06
38 Dependencia de drogas	F10-F19	128 Tronco arterioso	O20.0
39 Sufrimiento fetal	O68	129 Transposición grandes vasos	O20.3
40 Polihidramnios	O40	130 Tetralogía de Fallot	O21.3
41 Oligohidramnios (sin mención de ruptura de membranas)	O41.0	131 Ventriculo único	O20.4
42 Trabajo de parto y parto complicado con complicaciones de cordón umbilical	O69	132 Doble tracto de salida de vent. derecho	O20.0
43 Complicaciones anestésicas durante parto y puerperio	O74	133 Canal atip-vent. completo	O21.2
44 Embolismo obstétrico	O88	134 Atresia pulmonar	O22.0
45 Falla de cierre de la herida de cesárea	O90.0	135 Atresia Insuperda	O22.4
46 Falla de cierre de la episiotomía	O90.1	136 Síndrome de hipoplasia de corazón izquierdo	O23.4
47 SIDA	E00-E04	137 Coartación de aorta	O25.1
48 HIV positivo	R75	138 Retorno venoso pulmonar anómalo total	O26.2
49 Neoplasia maligna del cuello uterino	C53	139 Otras anomalías circulatorias/respiratorias	O24, 28, 34
49 Neoplasia maligna de la glándula mamaria	C50	140 Paladar hendido	O25
		141 Fisiula traqueo-esofágica	O39.1
		142 Atresia esofágica	O39.0, O39.1
		143 Atresia de colon o recto	Q42.0, Q42.1, Q42.8, 42.9
		144 Ano imperforado	Q42.3
		145 Onfalocelo	O79.2
		146 Gastroquiza	O79.3
		147 Atresia duodenal	O41.0
		148 Atresia yeyunal	O41.1
		149 Atresia ileal	O41.2
		150 Otras anomalías gastrointestinales	Q40, 43, 45
		151 Genitales malformados	O60-56
		152 Agenesia Renal bilateral	O60.1
		153 Riñones poli o multiquísticos o displásicos	O61.1-61.9
		154 Hidronefrosis congénita	O62.0
		155 Estrofia de la vejiga	O54
		156 Otras anomalías nefrouriitarias	O63.64
		157 Trosoma 13	Q91.4, Q91.5, Q91.6
		158 Trosoma 18	Q91.0, Q91.1, Q91.2
		159 Síndrome de Down	O80
		160 Otras anomalías cromosómicas	O92, 97-99
		161 Labio hendido	O36
		162 Polidactilia	O89
		163 Sindactilia	O70
		164 Displasia esquelética	O77-78
		165 Pes equinovarus / talovalgus (Pie Bot)	O66.8
		166 Hernia Diafragmática	O79.0
		167 Hidrop fetalis	P56, P58.2
		168 Oligopomiosis severa	P01.2
		169 Otras anomalías musculoesqueléticas	O88, 74, 75, 79
		169 Anomalías tegumentarias	O82, 84

HCPE/SIP/OPS-03-03

Estadios de Tanner				
Genitales en varones				
Pene / Testículo			Edad promedio de alcanzar cada estadio en años. (95% percentil)	
Estadio	Diámetro testicular	Volumen testicular y tamaño del pene.	Edad cronológica (años)	Edad ósea (años)
G I	Prepuberal < 2.0 cm.	< 4 ml. (testículo, pene y escroto de tamaño infantil).		
G II	≥ 2.0 cm.	Vol. testicular 4-6 ml. Por lo general, el pene no aumenta. Piel del escroto fina y enrojecida	11.2 (9.2-14.2)	11.5 (9.0-13.5)
G III	≥ 3cm.	Testículo de 6 a < 10 ml. Aumenta principalmente la longitud del pene.	12.9 (10.5-15.4)	13.2 (10.5-15.0)
G IV	≥ 4.0 cm.	Testículo de 10 – 15 ml. Aumenta la longitud y el diámetro del pene. Pigmentación de la piel del escroto.	13.8 (11.6-16.0)	14.5 (12.5-16.0)
G V	≥ 5.0 cm.	Testículo >15 ml. Órganos genitales propios de una persona adulta, por su forma y tamaño.	14.7 (12.5-16.9)	
Velocidad pico de crecimiento				14.5 (12.0-16.0)
Primera polución				13.8 (10.5-16.0)

Genitales en mujeres			
Mamas		Edad promedio de alcanzar cada estadio en años. (95% percentil)	
		Edad cronológica (años)	Edad ósea (años)
Estadio	Descripción		
M I	Ninguna	10.9 (8.5-13.3)	10.5 (8.5-13.2)
M II	Botón mamario < que el diámetro de areola.	12.2 (9.8-14.6)	12.0 (10.2-14.0)
M III	Botón mamario > que el diámetro de areola.	13.2 (11.4-15.09)	13.5 (11.5-15.09)
M IV	Areola sobresale del plano de la mama.	14.0 (11.6-16.4)	15.0 (12.5-16.0)
M V		Mama adulta	12.5 (10.0-14.5)
Velocidad pico de crecimiento		12.2 (10.2-14.2)	
Menarquia			12.7 (10.5-15.5)

Vello pubiano		Varones		Mujeres	
Estadio	Descripción	Edad cronológica (años)	Edad ósea (años)	Edad cronológica (años)	Edad ósea (años)
P I	Ninguno	12.2 (9.2-15.2)	13.5 (11.5-14.5)	10.4 (8.0-12.8)	11.5 (8.5-13.0)
P II	Vello apenas visible en la base del escroto / monte de venus y labios.	13.5 (11.1-15.0)	14.2 (11.5-15.5)	12.2 (9.8-14.6)	12.2 (10.0-14.5)
P III	Vello fácil de ver en iguales localizaciones.	14.2 (12.0-16.4)	14.2 (12.5-16.5)	13.0 (10.0-15.2)	13.2 (11.0-15.0)
P IV	Vello suprapúbico solamente.	14.9 (12.9-16.9)		14.0 (11.6-16.0)	
P V	Vello sexual de distribución adulta.				
P VI	Vello sexual hasta línea alba.				

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

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

Ingesta proteica y calórica recomendada para adolescentes			
Para adolescentes varones			
Categoría	11-14 años	15-18 años	19-22 años
Peso (kg.)	45	66	70
Estatura (cm.)	157	176	177
Energía (ca.l)	2.700	2.800	2.800
Proteína (g.)	45	56	56
Vitamina A (U.I.)	1.000	1.000	1.000
Vitamina D (U.I.)	10	10	7,5
Vitamina E (U.I.)	8	10	10
Vitamina C (mg.)	50	60	60
Tiamina (mg.)	1,4	1,4	1,4
Rivoflamina (mg.)	1,6	1,6	1,6
Niacina (mg.)	18	18	19
Vitamina B6 (mg.)	1,8	2,0	2,6
Ácido fólico (mg.)	400	400	400
Vitamina B12 (mg.)	3,0	3,0	3,0
Calcio (mg.)	1.200	1.200	800
Fósforo (mg.)	1.200	1.200	800
Magnesio (mg.)	350	400	350
Hierro (mg.)	18	18	10
Zinc (mg.)	15	15	15
Yodo (ug.)	150	150	150

Ingesta proteica y calórica recomendada para adolescentes

Para adolescentes mujeres					
Categoría	11-14 años	15-18 años	19-22 años	Embarazo	Lactancia
Peso (kg.)	46	55	55		
Estatura (cm.)	157	163	163		
Energía (cal.)	2.200	2.200	2.200	+300	+500
Proteína (g.)	46	46	44	+30	+20
Vitamina A (U.I.)	800	800	800	+200	+400
Vitamina D (U.I.)	10	10	7,5	+5	+5
Vitamina E (U.I.)	8	8	8	+2	+3
Vitamina C (mg.)	50	50	60	+20	+40
Tiamina (mg.)	1,1	1,1	1,1	+0,4	+0,5
Rivoflamina (mg.)	1,3	1,3	1,3	+0,3	+0,5
Niacina (mg.)	15	14	14	+2	+5
Vitamina B6 (mg.)	1,8	2,0	2,0	+0,6	+0,5
Ácido fólico (mg.)	400	400	400	+400	+100
Vitamina B12 (mg.)	3,0	3,0	3,0	+1,0	+1,0
Calcio (mg.)	1.200	1.200	800	+400	+400
Fósforo (mg.)	1.200	1.200	800	+400	+400
Magnesio (mg.)	300	300	300	+150	+150
Hierro (mg.)	18	18	18	+30-60	+30-60
Zinc (mg.)	15	15	15	+5	+10
Yodo (ug.)	150	150	150	+25	+50

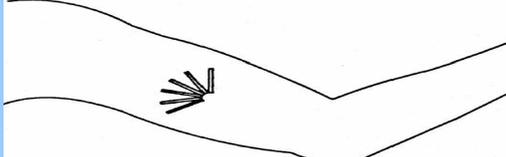
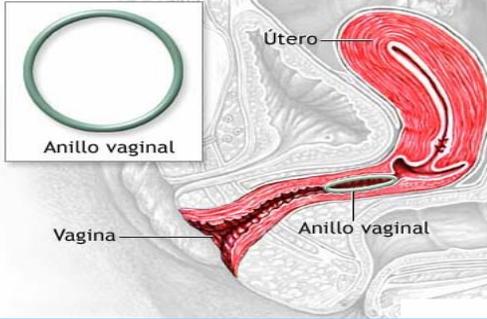
Fuente: Junta de Alimentación y Nutrición. Academia Nacional de Ciencias. Consejo Nacional de Investigaciones. *Recommended Dietary Allowances*, 10a. conf. Washington DC, 1990.

Alimentos recomendados para adolescentes y adolescentes embarazadas

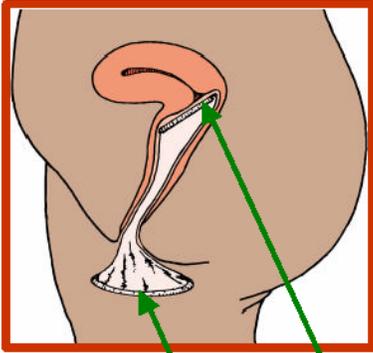
Alimentos	Frecuencia de consumo	Cantidades en adolescentes 12-17 años	Cantidades en embarazadas
Leche	Diaria	400 cc.	500 cc.
Carne	3 u. por semana	100 g.	100 g.
Huevos	3 u. por semana	1 u.	1 u.
Leguminosas	3 u. por semana	90 g.	80 g.
Frutas	Diaria	250 g.	200 g.
Verduras	Diaria	180 g.	180 g.
Papas	Diaria	250 g.	250 g.
Cereales	Diaria	60 g.	60 g.
Pan	Diaria	400 g.	300 g.
Azúcar	Diaria	90 g.	70 g.
Margarina o manteca/mantequilla	Diaria	25 g.	10 g.
Aceites o grasas	Diaria	30 g.	40 g.
Aporte	Calorías	2.844	2.513
	Proteínas	73,0 g.	68,7 g.

Opciones anticonceptivas

Hormonales

	<p>Anticonceptivos hormonales femeninos</p>	<p>Píldora Combinados Estrógeno/progesterona. (monofásicos/ trifásicos) o Progestágeno solo o Inyectables</p>
	<p>Implantes</p>	<p>6 cápsulas de silastic que contienen progestágeno.</p>
	<p>Anillo vaginal o NuvaRing</p>	<p>Anillo de silastic impregnado con etinil estradiol y etonogestrel (duran 21 días).</p>

Barreras masculinas y femeninas

<p>  Abrir el paquete cuidadosamente </p> <p>  Después del coito, extraer el pene de la vagina cuando todavía está erecto y sostener el condón </p> <p>  Desenrollar todo el condón hasta la base del pene erecto antes del contacto genital </p> <p>  Desechar el condón adecuadamente </p>	<p>Preservativo o condón masculino.</p>	
 <p>Anillo exterior Anillo interior</p>	<p>Preservativo o condón femenino</p>	



Dispositivo intrauterino (DIU) o T de cobre.

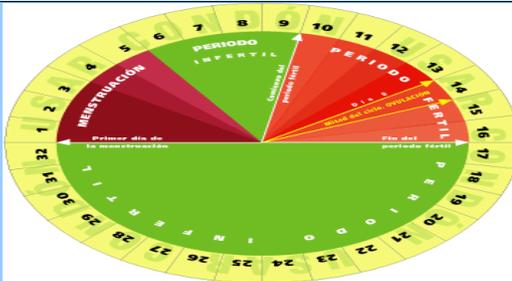
Basados en el conocimiento de la fertilidad

REGISTRO DE MI CICLO MENSTRUAL
Año:
Nombre:

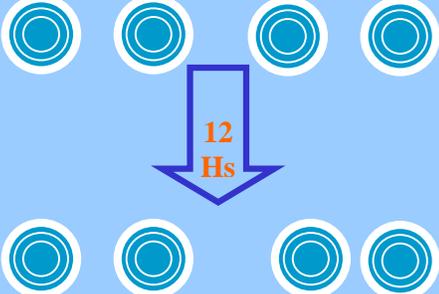
MAY	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31		
JAN																																	
FEB																																	
MAR																																	
ABR																																	
MAY																																	
JUN																																	
JUL																																	
AUG																																	
SEP																																	
OCT																																	
NOV																																	
DEC																																	

Coloca con letra **S**, en qué día del mes correspondiente comienza el sangrado aunque solo sean unas pequeñas manchas.

Registro de ciclo menstrual



Ciclo de periodo fértil

Anticoncepción de emergencia		
	<p>Progestágeno solo (levonorgestrel)</p>	<p>Esquema clásico: Una dosis cada 12 horas de 0.75 mg. de progestágeno.</p>
	<p>Progestágeno solo (levonorgestrel)</p>	<p>Esquema nuevo: tomar juntos los dos comprimidos de 0.75 mg. de progestágeno</p>
	<p>Método de Yuzpe (con anticonceptivos orales comunes)</p>	<p>4 comprimidos que contengan etinil estradiol de 0,03 mg. + levonorgestrel 0,15 mg. que se repiten a las 12 horas.</p>

Doble protección

Métodos de doble protección: **a + b** = prevención de embarazos e ITS/VIH/sida

a) Método principal para prevenir embarazo



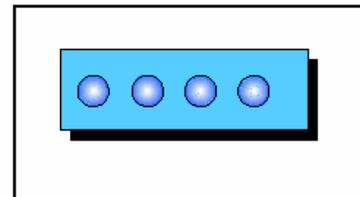
b) Uso consistente condón para prevención de ITS/VIH/sida



En casos de accidente (rotura o deslizamiento) con el condón como medio principal de prevención de embarazo, agregar toma de alguno de los esquemas de AOE



→
Si se necesita



- Acosta, E.; Dueso, C.; Ceinos, M. (2001). Anorexia and bulimia: Need to distinguish primary prevention from early detection in the context of health education in teaching facilities. *Aten primaria*. Mar 15; 27 (4): 271-4.
- Alan Guttmacher Institute (1999). Women, society and abortion worldwide. Nueva York y Washington DC.
- Albisu, Y. (2002). Conducta práctica ante una ginecomastia. Revisión temática. *Bol S Vasco Nav Pediatr*; 36: 9-16.
- American Academy of Pediatrics (1992). National cholesterol education program. Report of expert panel on blood cholesterol levels in children and adolescents. *Pediatrics*; 89 (3PT2): 525-584.
- American Cancer Society (2002). Recommended practice guidelines for cervical cancer (PAP test) Screening for asymptomatic patients. <http://www.dakotacare.com>.
- American Psychiatric Association (1995). DSM – IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Editorial Masson, Barcelona.
- Berg, F.; Buechner, J.; Parham, E. (2003). Guidelines for childhood obesity prevention programs: Promoting healthy weight in children. *J Nutr Educ Behav*, Jan-Feb; 35 (1): 1-4.
- Bott, S. (2000). Unwanted pregnancy and induced abortion among adolescents in developing countries: Findings from WHI case studies. *Sexual and reproductive health*, vol. 1: 351-366.
- Blum, R.W. (1999). *Positive youth development: Reducing risk, improving health*. Informe preparado para el Área de Salud y Desarrollo de Niños y Adolescentes, OPS/OMS.
- Boletín Médico de IPPF (Federación Internacional de Planificación de la Familia) (2003). Tomo 37, No. 3. ISSN 0306-7823, Londres. info@ippf.org / www.ippf.org. Junio.
- Braunstein, G.D. (1993). Gynecomastia. *Current Concepts*. N Engl. J Med; 328: 490-495.
- Buetow, S.A. (1996). Testicular cancer: To screen or not to screen?, *J Med Screen*; 3 (1): 3-6.
- Burt, M. (1998). ¿Por qué debemos invertir en el adolescente? OPS/OMS, Washington, DC.
- Burtin, P.; Taddio, A.; Ariburnu, O.; Einarson, T.R.; Koren, G. (1995). Safety of metronidazol in pregnancy. A meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*; 172:525-9.
- Busza, J.R. (2001). Promoting the positive: Responses to stigma and discrimination in Southeast Asia. *AIDS Care*, vol 13 (4) 441-456.
- Canessa, P.; Nykiel, C. (1997). Manual para la educación para la salud integral del adolescente. OPS/OMS/UNFPA, Washington, DC.
- Caro-Paton, T.; Carvajal, A.; Martín de Diego, I.; Martín-Arias, L.H.; Álvarez Requejo, A. (1997). Is metronidazol teratogenic? A meta-analysis. *Br J Clin Pharmacol*; 44:179-82.
- Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1996). En: Promoción de la salud: Una antología. OPS/OMS; Publicación científica N°557. Washington, DC.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (2002). Sexually transmitted diseases: Treatment guidelines. *MMWR*; 51 (No – RR – 6): págs. 1 – 77.
- Centres for Disease Control and Prevention (CDC) (2006). HPV and HPV vaccine. Information for healthcare providers.
- Centro de Información de la Salud del Adolescente (2003). La salud de los jóvenes americanos. Escuela de Medicina de la Universidad de San Francisco, CA.
- CEPAL (2003). Anuario estadístico de América Latina y el Caribe. Santiago, Chile: págs. 127-134.
- CEPAL (2000). Juventud, población y desarrollo en América Latina y el Caribe. México.

- CEPAL (1995). Panorama social de América Latina. Santiago, Chile.
- Chilman, C.S. (1980). Adolescent sexuality in a changing american society – Social and psychological perspectives. Bethesda, MD. U.S. Department of Health, education and welfare, Center for population research. Pág. 3.
- Cohen, P.; Rosenfeld, R. (1994). Trastornos del crecimiento. En: McAnarney, E.; Kreipe, R.; Orr, D.; Comerci, G., editores. Medicina del adolescente. Editorial Panamericana, Buenos Aires. Págs. 530-537.
- Comisión Interagencial PNUD/UNESCO/UNICEF/Banco Mundial (1993). *Declaración mundial sobre educación para todos y marco de acción para satisfacer las necesidades básicas de aprendizaje*. Jomtien, Marzo; UNICEF de Argentina, Buenos Aires.
- Copeland, L.; Jarrel, J.; Mc Gregor, J. (1993). Textbook of gynecology. W.B. Saunders Company, Filadelfia, PA.
- CRLP (2001). Derechos reproductivos y mujeres discapacitadas: Un marco de derechos humanos. Nueva York.
- Cunningham, F.G. y cols (2002). Teratología, fármacos y medicamentos. En: *Obstetricia, 21ª edición*. Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires-Madrid.
- Damiani, D. Diagnóstico laboratorial da puberdade precoce. *Arq Bras Endocrinol Metab*, 46 (1), 85-90,2002.
- Da Silva, F. (2003). Adicciones sin drogas. Aspectos preventivos y clínicos. Universidad de Montevideo. Págs. 1–33.
- De los Ríos, R. (1993). Género, salud y desarrollo: un enfoque en construcción. En: género, mujer y salud en las Américas. OPS/OMS, Washington, DC.
- DiClemente, R.J.; Crosby, R.A.; Wingood, G.M. (2002). Enhancing STD/HIV Prevention among adolescents: The Importance of parental monitoring. *Minerva pediatrica*; Jun;54 (3):171-7.
- Dirección Nacional de Salud Materno Infantil (2002). Guía para el uso de métodos anticonceptivos. Argentina.
- Elfenbein, D.; Felice, M. (2003). Adolescent pregnancy. *Pediatric clinics of north America*. Agosto; 50 (4).
- Elster, A.; Kuznetz, N. (1994). AMA Guidelines for adolescent preventive services (GAPS) Recommendation and Rationale. American Medical Association. Department of adolescent health. Chicago, IL.
- Ernest, M.; Robert, A.; Richman, M. (1991). A condensed table for predicting adult stature. *J Pediatric*; 50:442.
- Eure, C.R.; Lindsay, M.L.; Graves, W.L. (2002). Risk of adverse pregnancy outcomes in young adolescent parturients in an Inner-city Hospital. *M J Obstet Gynecol*. May; 186(5):918-20.
- Family Planning Perspectives (1994). Repetición de embarazo en adolescentes. *J of Adolesc Health*, Sep; 15 (6) 444-56.
- Fariña de Luna, M. (2004). Aspectos psicológicos en sexualidad humana. En: Cerruti, E. y cols. Sexualidad humana: Aspectos para desarrollar docencia en educación sexual. OPS Brasil.
- Finkelstein, J.W. (1994). The effect of developmental changes in adolescence in drug disposition. *Journal of Adolescent Health*; 15:612-618.
- Foreman, M.; Lyra, P.; Breinbauer, C. (2003). Comprensión y respuesta al estigma y a la discriminación por el HIV/sida en el sector salud. OPS/OMS, Washington, DC. Págs. 1-63.
- Forrest, C.B.; Starfield, B. (1996). The effect of first-contact care with primary care clinicians and ambulatory health care expenditure. *Journal of family practice*. Jul; 43.

- Franco, S.; Ceirano, V.; Pittman, P. (2000). *Manual de evaluación de la dimensión socio-emocional de la calidad de atención de servicios de salud*. Programa Regional Mujer, Salud y Desarrollo, OPS/OMS Argentina.
- Fraser, A.M.; Brockert, J.E.; Ward, R.H. (1995). Association of young maternal age with adverse reproductive outcomes. *NEJM*; 332(17):1113-7.
- Gagnon, J. (1959). *Sexualidad y cultura*. Editorial Pax, México, DF.
- Glas, A.R. (1994). Gynecomastia. *Endocrinol metabol Clin North am*; 23: 825-837.
- Greulich, W.; Pyle, S.I., Eds. (1959). *Radiographic atlas of skeletal development of the hand and wrist*. Segunda edición. Stanford University Press, California.
- Groberg, E. (1993). *Promoting resilience in children: A new approach*. Civitan Research Center. Universidad de Alabama.
- Grupo de Estudio OMS/UNFPA/UNICEF (1999). *Programación para la Salud de los Adolescentes*. Serie de informes técnicos, no. 886. Ginebra.
- Hammer, L.D.; Kraemer, H.C.; Wilson, D.C. y cols. (1991). Standardized percentile curves of body mass index for children and adolescents. *Am. J. Dis. Child*; 145: 260.
- Harel, Z. (2002). A contemporary approach to dysmenorrhea in adolescents. *Paediatr Drugs*; 4(12):797-805.
- Henriques Mueller, M.H.; Yunes, J. (1993). Adolescencia, equivocaciones y esperanzas. En: *Género, mujer y salud en las Américas*. OPS/OMS, Washington, DC.
- Hernández, A. (1994). *Familia y adolescencia. Indicadores de salud. Manual de aplicación de instrumentos*. OPS/OMS, Washington, DC.
- Kerby, D. (2002). The impact of schools and school programs upon adolescent sexual behavior. *J. Sex. Res* 1 Feb; 39(1):27-33.
- Kickbusch, I. (1996). El autocuidado en la promoción de la salud. En: *Promoción de la salud: Una antología*. OPS/OMS; Publicación científica N° 557. Washington, DC.
- Koocher, G.P.; DeMaso, D.R. (1990). Children's competence to consent to medical procedures. *Pediatrician*; 17:68-73.
- Kosters, J.P.; Gotzsche, P.C. (2003). Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer. *Cochrane Database Syst Rev*; (2): CD003373.
- Leventhal, J.M. (1998). Epidemiology of sexual abuse of children: Old problems, new directions. *The International journal of child abuse and neglect*, Vol 22 (6): 481-491.
- Luck, M. (2000). Safe motherhood intervention studies in Africa: A review. *East African medical journal* 77(11):599-607.
- Luengo, X. (1997). La entrevista a un adolescente. *Rev. SOGIA*; 4(2): 21-23.
- López, A.; Benia, W.; Contera, M.; Güida, C. (2003). *Del enfoque materno infantil al enfoque de la salud reproductiva. Tensiones, obstáculos y perspectivas*. Montevideo, Uruguay.
- Maddaleno, M.; Munist, M.; Serrano, C.V y cols. (1995). *La salud del adolescente y el joven*. OPS/OMS; Publicación científica N° 552. Washington, DC.
- Mariño, Z.; Millán-Espinasa, M.C.; Sileo, E. (1998). Adolescente con sospecha de VIH positivo. En: Sileo, E.; Cabrera, T.; Millán-Espinasa, M.C. *Orientación diagnóstica en medicina del adolescente*. Ad. Ateproca, Caracas.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Mitan, L.A. (2002). Eating disorders in adolescent girls. *Curr Women Health Rep*, Dec; 2(6):464-7 Review.

Molina, R.; Alarcón, G.; Luengo, X. y cols. (1988). Estudio prospectivo de riesgo del embarazo, parto y recién nacido en adolescentes embarazadas. *Rev Chil Obst y Ginecol*; N°1.

Molina, R.; Luengo, X.; Sandoval, J. y cols. (1998). Factores de riesgo del embarazo, parto y recién nacido en adolescentes. *Rev Chil Obstet y Ginecol Inf y de la Adolec*; 5(1):17-28.

Molina, R.; Sandoval, J.; González, E. (2003). Salud sexual y reproductiva en la adolescencia. Ed. Mediterráneo, Santiago de Chile.

Morlachetti, A.; Franco, S. (1999). Aspectos legales para la atención integral de salud de adolescentes y jóvenes. Programa Maternoinfantil. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires; La Plata.

Naciones Unidas (2001). *Sesión de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH/sida*. Junio. Ginebra.

National Cholesterol Education Program (1992). Report of the expert panel on blood cholesterol levels in children and adolescents. *Pediatrics*; 89 (suppl): 525-584.

National Heart, Lung and Blood Institute (1987). Report of the second task force on blood pressure control in children. *Pediatrics*; 79: 1-25.

National Survey of Family Growth (1996). *Teen, sex and Pregnancy*.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002a). Selección de prácticas recomendadas para la utilización de anticonceptivos. Salud reproductiva e investigación. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2002b). Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: A WHO multicentre randomised trial. *Lancet*, Dec 7;360(9348):1803-10.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (2000). Mejorando el acceso al cuidado de calidad en la planificación familiar. Criterios de elegibilidad médica para el uso de anticonceptivos. Salud Reproductiva e Investigación. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1998). Aborto inseguro: Estimados globales y regionales de la incidencia del aborto inseguro en la mortalidad. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud (OMS) (1995). *Novena revisión de la clasificación de enfermedades*. 1[2]:630-639. Ginebra.

Organización Mundial de la Salud /ICM/FIGO (2004). Haciendo un embarazo seguro. El rol crítico del ayudante capacitado. Afirmación conjunta. Departamento de Salud Reproductiva; Ginebra.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2004). Vacunas, prevención de enfermedades y protección de la salud. Publicación Científica y Técnica No. 596. Washington, DC.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2002a). La salud en las Américas. Washington, DC

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2002b). Informe mundial sobre la violencia y la salud: Resumen. Washington, D.C.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2000a). Perfil de salud sexual y reproductiva de los y las adolescentes y jóvenes de América Latina y el Caribe: Revisión bibliográfica, 1988-1998. Serie OPS/FNUAP N° 1. Washington DC.

Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2000b). Recomendaciones para la atención integral de los y las adolescentes, con énfasis en salud sexual y reproductiva. Washington, DC.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Presman, J.; Balassa, E.; Franco, S. (1995). La consulta de salud en adolescentes. En: Manual de atención primaria de salud en la adolescencia. Comisión Intersectorial de Salud del Adolescente. Programa Maternoinfantil. Provincia de Córdoba, Argentina.

Prime, K. (2003). Differences in presentation and follow-up between HIV-1 antibody positive teenagers and adults: The need for a more focuses approach to care? *AIDS*, 24-Jan; 17(2) 260-262.

Rada Duran, L.; García Cárdenas, E. (2003). Sistematización del proceso de construcción de un modelo de atención integral para víctimas y sobrevivientes de violencia sexual. La Paz – Bolivia IPAS.

Remafedi, G. (1988). Adolescent homosexuality. *Journal of Adolescent Health Care*; 9 (2): 93-95.

Roter, D.L.; Hall, J.A. (1993). Studies of doctor-patient interaction. *Annu. Rev. Public Health*; 10:163-80.

Saito, MI & Leal, MM. Forum 2002. Contracepção, adolescência e ética. Unidade de Adolescentes do Instituto da Criança – FMUSP.

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

Save the Children (2004). State of the World's Mothers 2004. Westport, CT. <http://www.savethechildren.org>.

Schatz, D.; Bercu, B. (1993). Crecimiento y desarrollo normales. En: Hung, W., editor. Endocrinología pediátrica. Págs. 19-28. Edit. Mosby, Madrid.

Schuster, M.; Bell, R.; Kanouse, D. (1996). The sexual practice of adolescents virgins: Genital sexual activities of high school students who never had vaginal intercourse. *American Journal of Public Health*; 86:1570-1576.

Schutt-Aine, J.; Maddaleno, M. (2003). Salud sexual y desarrollo de adolescentes y jóvenes en las Américas: Implicaciones en programas y políticas. Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC.

Schwarcz, R.; Días, A.G.; Fescina, R. y cols. (1995). Salud reproductiva materna perinatal. Atención prenatal y del parto de bajo riesgo. Publicación Científica CLAP N° 1321.01. Montevideo.

Silber, T.; Munist, M.; Maddaleno, M.; Suárez Ojeda, N.E. (1992). Manual de medicina de la adolescencia. Serie Paltex No. 20. Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC.

Silverstein, T. (2000). Complications of Menstruation: Abnormal uterine bleeding. En: Current Obstetric and Gynecology, Diagnosis and Treatment. Novena edición, capítulo 32.

Simini, F.; Franco, S.; Pasqualini, D.; Lammers, C. (1995). Sistema informático del adolescente con historia de salud sexual y reproductiva. Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP), Programa de Salud Integral del Adolescente OPS/OMS. Publicación científica CLAP N°1454. Montevideo.

Sin autor (2000). *El VIH y el sida en América Latina y el Caribe: Llamado a proteger a nuestra juventud*. Documento para discusión Talleres Técnicos. V Reunión Ministerial Americana sobre Infancia y Política Social. Octubre, Kingston Jamaica.

Sladden, M.; Dickinson, J. (1993). Testicular cancer. How effective is screening? *Aust Fam Physician*; 22 (8):1350-1356.

Slap, G.B. (2003). Menstrual disorders in adolescence. *Best pract res clin obstet gynaecol*; Feb;17(1):75.

Starfield, B.; Cassady, C.; Nanda, J. y cols. (1998). Consumer experience and provider perception of quality primary care: Implication for managed care. *Journal of Family Practice*.

Summitt, R.C. (1993). The child sexual abuse accommodation syndrome. *Journal of Child Abuse and Neglect*; (7):177-193.

Treffers, P.E. y cols (2001). Care for adolescent pregnancy and childbirth. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*. 75:111-121.

Trifiro, G.; Salvatori, A.; Tanas, R. (2003). Treatment of childhood obesity. *Minerva Pediatr*, Oct; 55 (5): 471-82.

UNFPA (2003). Valorizar a 1.000 millones de adolescentes: Inversiones en su salud y sus derechos. En: *Estado de la población mundial*. Nueva York.

UNFPA (1997). Reunión regional sobre salud sexual y reproductiva de los adolescentes en América Latina: Compromiso con el futuro. Conclusiones y recomendaciones. San José, Costa Rica.

UNICEF (1997). Youth Health for a Change. Ginebra.

United Nations Population Information Network (UNPOPIN) (1994). *Report of the international conference on population and development* (Cairo, 5-13 September 1994). UN Population Division, Department of Economic and Social Affairs.

U.S. Preventive Services Task Force (2003). Cervical cancer – screening. [Http://www.ahcpr.gov/clinic/uspstf/uspstfcerv.htm](http://www.ahcpr.gov/clinic/uspstf/uspstfcerv.htm)

Vega, A; Maddaleno, M; Mazin, R. Modelo de consejería orientada a los jóvenes, en prevención del VIH y para promoción de la salud sexual y reproductiva. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Washington DC, 2005.

Velzeboer, M.; Ellsberg, M.; Clavel-Arcas, C.; García Moreno, C. (2003). La violencia contra las mujeres: Responde el sector de la salud. Publicación ocasional N° 12. Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC.

Vera Godoy, R. (1998a). Educación comunitaria de resonancia para la salud sexual y reproductiva de adolescentes y de adultos "Aprendiendo a decidir". UNFPA. Santiago, Chile.

Vera Godoy, R. (1998b). *La equidad de género, dimensión central del desarrollo humano*. Seminario sobre salud reproductiva. Consejo Latinoamericano de Iglesias y el Fondo de Población de Naciones Unidas. Cancún, México, septiembre.

Vera Godoy, R. (1997). Jornadas de conversación sobre afectividad y sexualidad JOCAS. Proyecto intersectorial para la prevención del embarazo adolescente. Experiencia del gobierno chileno. Con el apoyo del Equipo de Apoyo Técnico del UNFPA para América Latina y el Caribe. Santiago, Chile.

Waknine Y. FDA Approves Oraquick HIV-1/2 Antibody test, follistim AQ cartridge, viewpoint CK system, and chewable zyrtec. March 2004; Medscape Medical News. www.medscape.com/viewarticle/472485?rss

Wardle J, Steptoe A, Burckhardt R. Testicular self examination: Attitudes and practices among young men in Europe. *Prev Med* 1994; 23 (2): 206-210

World Health Organization/UNAIDS (1999). HIV in pregnancy: A review. WHO/CHS/RHR/99.15 UNAIDS/99.35E.

World Health Organization (2003). Global tuberculosis control—Surveillance, planning, financing. Ginebra.

World Health Organization (2002a). National Cancer Control Programmes. *Policies and managerial guidelines*. Segunda edición. Ginebra.

World Health Organization (2002b). World Report on Violence and Health. Ginebra.

World Health Organization (WHO) (2001). Maternal Mortality Estimates. Ginebra. WHO/RHR

World Health Organization (WHO) (2001). Iron deficiency anaemia. Assessment, prevention, and control. A guide for programme managers.

World Health Organization (WHO), 2004. Rapid HIV tests. Guidelines for use in HIV testing and counseling services in resource-constrained settings.

World Health Organization (WHO). (2004b) Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use. Third Edition <http://www.who.int/reproductive-health/publications/mec/index.htm>

Colaboradores
Colaboradores

Colaboradores

Colaboradores
Colaboradores

Colaboradores

Lic. Lilian Abracinskas

Experta en salud y derechos sexuales y reproductivos.
Coordinadora del movimiento Mujer y Salud
Coordinadora de la Comisión Nacional por la Democracia Equidad y Ciudadanía de la ROU Uruguay

Dra. Magda Chinaglia, MD, Ph.D

Ginecóloga e Investigadora
Population Council
Campinas, Sao Paulo, Brasil

Dr. Juan Díaz, MD, Ph.D

Asesor Médico para América Latina y El Caribe

Population Council

Campinas, Sao Paulo, Brasil

Sra. Genoveva Figueroa

Matrona (Obstetrix)
Académico Facultad de Medicina
Universidad de Chile
Encargada Programa Adolescente
Consultorio Quinta Bella

Sra. Lupita González

Revisora Filológica
Costa Rica

Lic. Cecile Herscovici

Licenciada en Psicología
Buenos Aires, Argentina

Lic. Francisco Cabral

Psicólogo, Educador Sexual
Vice-presidente de Reprolatina
Campinas, Sao Paulo, Brasil

Dr. Bremen De Mucio

Médico gineco-obstetra
Director del Área Programática Mujer Niñez del MSP
Coordinador Programa de Salud Reproductiva del MSP
Uruguay

Dra. Margarita Díaz, Ph.D

Enfermera Obstétrica y Doctora en Educación
Presidenta de Reprolatina
Campinas, Sao Paulo, Brasil

Dra. Diana Galimberti

Profesora Adjunta de la Universidad de Buenos Aires
Subdirectora y Jefa del Departamento Materno Infanto-Juvenil del Hospital Teodoro Alvarez de Buenos Aires
Argentina

Dr. Pablo González Aguilar

Pediatra
Sección Medicina del Adolescente
Hospital Privado de la Comunidad Mar del Plata
Argentina

Dra. María del Carmen Hiebra

Médica Pediatra
Comité de Estudios Permanentes del Adolescente
Sociedad Argentina de Pediatría
Buenos Aires, Argentina

Dra. Sandra Keuchkerian

Ginecóloga Policlínica de Niñas y Adolescentes
(Centro Hospitalario Pereira Russell)
International Federation on Pediatric and Adolescent Gynecology
Montevideo, Uruguay

Dra. Ximena Luengo

Médica
Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente (CEMERA).
Facultad de Medicina. Universidad de Chile.
Santiago, Chile

Dra. Diana Pasqualini

Médica Pediatra
Coordinadora Clínica del Área de Adolescencia
Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez
Buenos Aires, Argentina

Dra. Cristina Lammers

Médico Ginecólogo y Obstetra
Profesora Adjunta Facultad de Enfermería y Ciencias de la Salud Universidad Estatal de Dakota del Sur, EE.UU

Dra. Dora Pagliuca

Médica Pediatra
Comité de Estudios Permanentes del Adolescente, Sociedad Argentina de Pediatría. Hospital Gral. Belgrano
Provincia de Buenos Aires, Argentina

Dra. Julia Valderrama

Consultora
Unidad de VIH/Sida/TTS
Área de Salud Familiar y Comunitaria
OPS/OMS