SECRETARIA DE ESTADO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

NORMAS NACIONALES Y PROCEDIMIENTOS PARA LA ATENCION INTEGRAL DE ADOLESCENTES

República Dominicana
2000

SECRETARIA DE ESTADO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

- Dirección Nacional de Salud
- Dirección General Materno Infantil y Adolescente
- Dirección General de Hospitales
- Dirección General de Promoción y Educación para la Salud
- Consejo Nacional de Población y Familia
- Comité Intersectorial para Políticas de Adolescencia y Juventud
- Departamento Nacional de enfermería
- Departamento de Salud Mental
- Departamento de Nutrición
- Programa Materno Perinatal
- Programa de Salud Escolar
- Programa de Control del Crecimiento y Desarrollo

ORGANISMOS DE COOPERACION INTERNACIONAL

- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (OPS/ OMS)
- Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP)
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)
- Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP)

INDICE DE CONTENIDO

PRESENTACION 7

I. INTRODUCCION 9

II. OBJETIVOS 13

III. BASE LEGAL 17

IV. AMBITO DE APLICACION 21

V. DEFINICIONES OPERACIONALES 25

VI. MARCO CONCEPTUAL 29

VII. SISTEMA DE INFORMACION 35

VIII. NORMAS GENERALES 47

IX. ACCIONES DE LOS SERVICIOS 59

X. BIBLIOGRAFIA 107

XI. ANEXOS 111

PRESENTACION

Las Normas Nacionales y de Procedimientos para la Atención Integral de Adolescentes forman parte de las políticas que esta Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) ejecuta, constituyéndose en un instrumento fundamental para lograr una mejoría en la calidad de la atención en salud a este sector poblacional tan vulnerable.

Unificar y reglamentar los criterios de atención en los diferentes niveles de la atención del sistema de salud de la República Dominicana, es una de las condiciones imprescindibles para que podamos decir que tenemos un proceso de modernización y descentralización en marcha.

Estas Normas están en consonancia con el contenido de la Ley 14 - 94, Código para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes, y será un instrumento válido para la aplicación de las políticas y Ley General de Juventud.

Los y las adolescentes constituyen un grupo importante, representando la tercera parte de la población, lo que demanda la garantía de un espacio en el marco de las políticas nacionales y el sistema de salud que garantice una atención basada en sus necesidades. Son poseedores de grandes potencialidades y en ellos y ellas reposan la base de los mejores valores de la familia y la sociedad, por lo que siempre será oportuno el esfuerzo que se haga para promover su desarrollo.

La Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social desarrolla esfuerzos por mejorar la calidad de vida de los y las adolescentes y para tales fines la Dirección General Materno Infantil y Adolescentes creó en el año 1993 el Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de los y las Adolescentes (PRONAISA), como respuesta a la necesidad de una atención especializada a este grupo.

La atención de este segmento poblacional ocupa un sitial relevante en el proceso de reforma del sector salud en el que se prioriza el abordaje integral, la intersectorialidad, la coordinación interintistucional, así como la participación activa de los y las adolescentes como sujetos protagonistas y responsables de su salud, con fines de fortalecer el desarrollo de su liderazgo.

El PRONAISA, ha sido fortalecido a partir de esta gestión gubernamental, con la integración de recursos humanos capacitados para satisfacer las necesidades de atención de esta población, ofreciendo servicios diferenciados en diversas localidades a nivel nacional. En este sentido, en los últimos tres años se han establecido un total de 37 Unidades de Servicio exclusivas para adolescentes, con Normas e instrumentos específicos para su atención y un accionar que traspasa las fronteras de los centros de salud mediante la coordinación local con Escuelas, Universidades, Tribunales de menores, Clubes deportivos, recreativos, Organizaciones No Gubernamentales, etc. En estas Unidades se oferta atención integral que incluye la formación de adolescentes multiplicadores; capacitación para fortalecimiento de autoestima; promoción de la permanencia en la escuela; prevención y manejo de violencia; información, educación y comunicación en salud sexual y reproductiva; prevención y manejo del embarazo; promoción de estilos de vida saludables y conocimiento y protección contra los riesgos a que están expuestos los y las adolescentes en sentido general.

El PRONAISA cuenta con alrededor de 5,000 adolescentes multiplicadores, quienes en un trabajo de joven a joven multiplican su saber y experiencia para la toma de decisiones en beneficio individual y de su colectividad.

En la elaboración de estas Normas se contó con la colaboración de un grupo interinstitucional de profesionales con experiencia en el tema, así como de los propios adolescentes y de técnicos especializados de organismos internacionales.

Para la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social estas Normas Nacionales y Procedimientos para la Atención Integral de Adolescentes constituyen un instrumento básico tanto en las Instituciones públicas como privadas, proporcionando la forma de optimizar la atención ofrecida a este grupo y mejorar su proyecto de vida en bien propio y de la República Dominicana.

Dr. Juan Octavio Ceballos
Secretario de Estado de Salud Pública y Asistencia Social

I.- INTRODUCCION

La formulación del Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de los y las Adolescentes (PRONAISA) de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) fue el punto de partida para el reconocimiento de los y las adolescentes como un grupo humano con características propias y necesidades específicas, abriendo un espacio dentro del marco de las Políticas Nacionales y del Sistema de Salud capaz de responder de manera eficiente y oportuna a las necesidades de atención de esta población.

El PRONAISA ha ampliado su accionar, extendiéndose por toda la geografía nacional a través de toda la estructura de la SESPAS y coordinando sus acciones con las instituciones gubernamentales y de la sociedad civil que inciden en la vida de los y las adolescentes, promoviendo un accionar conjunto desde una perspectiva integral, multidisciplinaria e intersectorial.

Las *Normas Técnico-Administrativas del Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de los y las Adolescentes,* publicadas y difundidas previamente, establecen las bases para la organización técnico- administrativas de los servicios, en estas *Normas Nacionales y Procedimientos para la Atención Integral de Adolescentes* se establecen los aspectos operativos y se unifican los criterios para una atención de calidad a la población adolescente desde el marco de la prevención clínica, con una propuesta explícita de cambio en el abordaje hacia un enfoque centrado en las personas sanas, sus derechos y necesidades de aprendizajes.

Esperamos que estas Normas, dirigidas muy especialmente a los equipos interdisciplinarios que trabajan con los y las adolescentes, sean una guía no sólo para la práctica diaria en el servicio, sino también como instrumento para la capacitación y sensibilización en el proceso de construcción de espacios para la atención a la salud y al desarrollo de los y las adolescentes en la República Dominicana.

II.- OBJETIVOS

2.1.- OBJETIVO GENERAL

2.1.1.- Proporcionar los lineamientos básicos y generales para la atención de adolescentes dentro de un enfoque integral, interdisciplinario, intersectorial, con perspectiva de género y con participación social.

2.2 .- OBJETIVOS ESPECIFICOS

2.2.1.- Proporcionar a los trabajadores de la salud y sectores vinculados, los criterios conceptuales y operacionales y los instrumentos básicos para la atención integral a la salud de los y las adolescentes.

2.2.2.- Promover el desarrollo de un subsistema de información que permita establecer los indicadores de salud de los/as adolescente y conocer el perfil epidemiológico de los/as mismos/as.

IV.- BASE LEGAL

Los fundamentos legales que le dan sostenibilidad jurídica a *esta Serie de Normas Nacionales* están expresadas en la Constitución de la República y en varias Leyes nacionales que regulan el sector salud del país, dentro de las cuales se pueden destacar las siguientes:

El Artículo No. 8 del título II, la Sección I y el Literal a) de la Constitución de la República Dominicana que establece que el... *"Estado debe otorgar la más amplia protección posible a la maternidad, sea cual fuere la condición o el estado de la mujer*"... además instruye a tomar... "*las medidas de higiene y de otro género tendientes a evitar en lo posible la mortalidad infantil y a obtener el sano desarrollo de los niños...*".

La Ley No.4471 en su Libro Primero, Título I, Capítulo II y el Artículo No.5 que establece que la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social es el organismo gubernamental... *"encargado de aplicar en todo el territorio de la República, directamente o por intermedio de los organismos técnicos de su dependencia, las disposiciones de este código y sus reglamentos...".*

La Ley No.4471 en su Libro Segundo, Título I, Capítulo I y el Artículo No.46 que establece que la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social debe... *"proponer las normas necesarias para impedir o disminuir los riesgos de la difusión"...* de las enfermedades evitables.

La Ley No.4471 en su Libro Tercero, Título I, Capítulo y los Artículos No. 144, No. 145, No. 146, No. 147 y No. 148 dedicados a la Higiene Maternal, Infantil y Escolar y a la Higiene Prenatal, Postnatal y Escolar que otorgan poder y competencia legal a la Secretaría de Salud Pública y Asistencia Social para desarrollar programas y acciones que garanticen la vida de las madres y los

niños. Destacándose incluso el artículo No. 148 indicativo de que la SESPAS... *"podrá clausurar las maternidades, establecimientos análogos, públicos o privados, que infrinjan las disposiciones de este Código y sus Reglamentos".*

Estas instrucciones legales anteriores, sumadas a la erogación de las Disposiciones a las que está facultada la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social, constituyen la Base Legal de esta *Serie de Normas Nacionales.*

IV.- AMBITO DE APLICACION

Estas Normas son de observancia obligatoria en el ámbito nacional en todos los establecimientos de salud del sector público, descentralizado y no gubernamental, donde se presten servicios de atención a la salud de adolescentes. Mediante y por la vía de las Direcciones Provinciales y Municipales de Salud (DPS/DMS).

La Dirección General Materno Infantil y Adolescentes de la SESPAS a través del Programa Nacional de Atención Integral a la Salud de los y las Adolescentes es responsable de la supervisión, monitoreo y evaluación de la aplicación de estas Normas, en coordinación con las Direcciones Provinciales y Municipales de Salud, en especial con la Coordinación de Programas de las DPS y DMS.

V.- DEFINICIONES OPERACIONALES

Amenorrea:	es la ausencia de períodos menstruales espontáneos, en una mujer en edad reproductiva, por un período mayor de 90 días.
Dismenorrea:	presencia de dolor acompañando la menstruación.
Dispareunia:	presencia de dolor durante las relaciones coitales.
Disuria:	presencia de dolor a la micción.
Encopresis:	es el pasaje involuntario de materia fecal a una edad en la cual se debe haber establecido el control de esfínteres.
Enuresis:	es la emisión involuntaria de orina, generalmente durante el sueño, con una frecuencia mayor de una vez al mes.
Ginecomastia:	es el aumento del tejido mamario en el varón.
Medidas cautelares:	medidas a tomar por los tribunales correspondientes a fin de garantizar la seguridad y la integridad psicofísica de las víctimas de maltrato y/o abuso.
Menarca:	referido a la primera menstruación de la mujer.

Metrorragia:	referido al sangrado uterino excesivo.
Pares:	se refiere al grupo de adolescentes iguales en edad.
Pubarca:	es el inicio del desarrollo del vello pubiano.
Resilencia:	es la capacidad del individuo para hacer las cosas bien pese a circunstancias adversas.
Telarca:	es el inicio del desarrollo de las mamas en la mujer.

VI.- MARCO CONCEPTUAL DE LA ATENCION INTEGRAL DE ADOLESCENTES

6.1.- DEFICION DE ADOLESCENCIA

Los y las adolescentes deben ser vistos como ciudadanos y contribuyentes activos para el desarrollo del país. Se define como sujetos adolescentes a toda la población cuyas edades están comprendidas entre los 10 y 19 años y 11 meses.

Si bien sabemos que la adolescencia se inicia con la pubertad, la cual es un proceso biológico, este es acompañado del desarrollo psicosocial, considerándose que aunque los cambios físicos como el crecimiento pondo estatural, la maduración sexual con la aparición de la capacidad reproductora son importantes, mayores son los cambios en el desarrollo psicológico y social, que incluyen la definición de la propia identidad en todas sus dimensiones como son la escala de valores, sistema de creencias, la capacidad reflexiva y crítica, incremento en la capacidad creadora, entre otros.

6.2.- DESARROLLO HUMANO DE LOS Y LAS ADOLESCENTES

El propósito fundamental en la atención de adolescentes es el de contribuir al desarrollo humano, promoviendo su desarrollo psicosocial para obtener la salud integral y ésta como contribuyente al desarrollo humano.

6.3.- CONCEPTO DE SALUD Y ENFERMEDAD EN LA ADOLESCENCIA

La ausencia de enfermedades y el estado completo de bienestar físico, mental y social son reconocidas como definiciones de salud, pero en la adolescencia ambos conceptos trascienden en su significado. Partimos de la conceptualización de la adolescencia como parte del proceso evolutivo del crecimiento y desarrollo del ser humano que adquiere características propias y que se modifica a lo largo de los diez años en que transcurre la adolescencia.

Estos cambios, muchas veces, generan en los y las adolescentes contradicciones en sus vínculos con el contexto familiar, político y social que, unidos a la estigmatización de la adolescencia y al poco estímulo que encuentran en la sociedad para el logro de sus sueños y proyectos de vida (en sus afectos, creatividad, educación, laboral, entre otras), les conduce a situaciones de riesgo que pueden generar daños a sí mismo (drogadicción, suicidio) y/o a su medio (violencia, daños ecológicos).

Esto define la necesidad de que la sociedad cambie su visión de los y las adolescentes y jóvenes y le brinde posibilidades al desarrollo de sus potencialidades y su salud.

6.4.- CONCEPTO DE ATENCION INTEGRAL

Los problemas de salud se corresponden con determinantes de tipo económicas, sociales, familiares, psicológicas y biológicas, y por lo tanto su resolución debe brindar respuestas multifactoriales. La evidencia demuestra que un problema de salud no puede solucionarse, sin resolverse las diferentes circunstancias que rodean a las personas y que están presentes en la comunidad en que viven

El concepto de atención integral corresponde al abordaje conjunto de un equipo interdisciplinario en los procesos de crecimiento y desarrollo normales y en cualquier problemática que él y la adolescente presenta en cualquiera de las esferas biológica y/o psicosocial.

Numerosos estudios han demostrado que los programas de salud más efectivos para adolescentes son aquellos que brindan intervenciones integrales, tanto en términos diagnósticos del problema, como de la oferta de servicios, a partir del trabajo en equipos interdisciplinarios y la articulación intersectorial.

No se pretende que sean solo los servicios de salud los que provean todas las intervenciones necesarias para los/as adolescentes, sino que articulen sus acciones con otras organizaciones de la comunidad como las escuelas, clubes, iglesias, instituciones recreativas y laborales, juzgados de menores y familia, a fin de ampliar el abanico de intervenciones y promover el desarrollo integral.

6.5.- SALUD COMO DERECHO

La abogacía a favor del desarrollo integral y la conciencia cívica sobre los derechos de los/as adolescentes, con los propios adolescentes, sus familias y profesionales de instituciones que trabajan con adolescentes, debe ser parte del trabajo cotidiano del servicio. Para esto el profesional debe estar actualizado respecto a los derechos que asisten a los/as adolescentes reconocidos internacionalmente y en la legislación local.

Los derechos sexuales y reproductivos son derechos básicos de los y las adolescentes que los prestadores de servicios de salud que asisten adolescentes deben conocer, respetar y promover.

6.6.- SALUD COMO AUTOCUIDADO/MUTUO CUIDADO

En la salud de las personas influyen en igual proporción las acciones de cuidado -a cargo de los servicios de salud- y las de autocuidado/mutuo cuidado, que realizan las personas, a partir de informaciones y apoyo que obtienen de su red social y que se convierten en sustantivas para la toma de decisiones respecto a su salud y la de los demás.

Este enfoque que se centra en las personas, propicia el conocimiento compartido y el reconocimiento de las acciones de las personas a favor de su propia salud, poniendo en el centro de las intervenciones el protagonismo personal.

6.7.- EQUIDAD DE GENERO

El enfoque de género permite analizar el modo en que los/as adolescentes construyen sus roles sexuales y los modos en que pueden ejercer la autonomía

en la toma de decisiones, a partir de valoraciones diferenciadas por sexo. El concepto de género, como toda construcción cultural, resulta flexible y sujeto a transformaciones.

El enfoque de equidad de género implica considerar las diferencias relevantes entre adolescentes varones y las mujeres en los aspectos culturales relativos a la necesidad de poder y autonomía para el autocuidado/mutuo cuidado de la salud y proveer servicios adaptados a las necesidades de ambos sexos.

6.8.- PAPEL DE LOS Y LAS ADOLESCENTES EN EL PROGRAMA NACIONAL DE ATENCION INTEGRAL A LA SALUD DE LOS Y LAS ADOLESCENTES. (PROTAGONISMO ADOLESCENTE)

Es fundamental la participación activa y masiva de los y las adolescentes, donde se destaque el papel protagónico de ésta población en todos los niveles de salud.

El servicio de adolescente impulsará la necesaria apertura para ofrecer espacios de participación real de los y las adolescentes como sujetos productores sociales de salud participando en la identificación de necesidades, planificación, ejecución y evaluación de proyectos que contribuyan al mejoramiento de su salud individual, familiar, de su comunidad y de la ecología.

Queda así establecido que uno de los componentes fundamentales del servicio es que en el ámbito de los servicios de salud y comunidades se formen grupos de adolescentes que estén capacitados para poder ejercer su función protagónica.

VII.- SISTEMA DE INFORMACION

El sistema informático del adolescente tiene por objetivo la unificación en la recolección de datos de la atención integral de adolescentes y el análisis de la información como base para la evaluación y planificación.

El instrumento base del este sistema es la Historia Clínica de Adolescentes del Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP).

El personal del servicio, debe registrar todas las actividades de atención a los y las adolescentes en la Historia Clínica de Adolescentes, la cual debe llenarse en el primer contacto del/la adolescente con el servicio y colocarse en el expediente clínico del/la adolescente, el cual tiene carácter de confidencialidad.

Se debe realizar el procesamiento local de los datos en el lugar donde se realiza la prestación de salud, de manera que el personal de salud cuente con información en el momento que la requiera para facilitar la evaluación de la asistencia y para la toma de decisiones.

Se debe asegurar la entrega de la información a los niveles superiores, por los canales institucionales correspondientes, de manera que llegue la información al nivel central de la Secretaría de Salud.

A todas las adolescentes embarazadas debe además aplicársele la Historia Clínica Perinatal Base y el Carné Perinatal, tal como establecen las Normas de atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.

Es deber del profesional del servicio completar los formularios normatizados de la institución de salud, según corresponda el caso: hoja de registro diario, reporte mensual de consulta, etc.

CLAP-OPS/OMS HISTORIA DEL ADOLESCENTE

ESTABLECIMIENTO | H.C. Nº

APELLIDO Y NOMBRE

DOMICILIO

LOCALIDAD — Código — TEL: — domicilio ☐ mensaje ☐

LUGAR DE NACIMIENTO

FECHA DE NACIMIENTO: día | mes | año

SEXO f ☐ m ☐

Este color significa ALERTA ☐

CONSULTA PRINCIPAL Nº

FECHA: día | mes | año — EDAD: años | meses

ACOMPAÑANTE: solo ☐ madre ☐ padre ☐ ambos ☐ pareja ☐ amigo/a ☐ pariente ☐ otros ☐

ESTADO CIVIL: soltero ☐ unión estable ☐ separado ☐

Motivos de consulta según adolescente:
1
2
3

Motivos de consulta según acompañante:
1
2
3

Observaciones relevantes

ANTECEDENTES PERSONALES

PERINATALES normales	CRECIMIENTO normal	DESARROLLO normal	VACUNAS COMPLETAS	ENFERMEDADES CRONICAS	ENFERMEDADES INFECTO CONTAGIOSAS	ACCIDENTES INTOXICACION	CIRUGIA HOSPITALIZAC.	USO DE MEDICINA O SUSTANCIAS	TRASTORNOS PSICOLOGICOS	MALTRATO	JUDICIALES	OTROS
si ☐ no se ☐ no ☐	si ☐ no se ☐ no ☐	si ☐ no se ☐ no ☐	si ☐ no se ☐ no ☐	no ☐ no se ☐ si ☐	no ☐ no se ☐ si ☐	no ☐ no se ☐ si ☐	no ☐ no se ☐ si ☐	no ☐ no se ☐ si ☐	no ☐ no se ☐ si ☐	no ☐ no se ☐ si ☐	no ☐ no se ☐ si ☐	no ☐ si ☐

Observaciones

ANTECEDENTES FAMILIARES

DIABETES	OBESIDAD	CARDIOVASC. (HTA,cardiopatía,etc.)	ALERGIA	INFECCIONES (TBC,VIH,etc.)	TRASTORNOS PSICOLOGICOS	ALCOHOL DROGAS	VIOLENCIA INTRAFAMILIAR	MADRE ADOLESC.	JUDICIALES	OTROS
no ☐ no se ☐ si ☐	no ☐ no se ☐ si ☐	no ☐ no se ☐ si ☐	no ☐ no se ☐ si ☐	no ☐ no se ☐ si ☐	no ☐ no se ☐ si ☐	no ☐ no se ☐ si ☐	no ☐ no se ☐ si ☐	no ☐ no se ☐ si ☐	no ☐ no se ☐ si ☐	no ☐ si ☐

Observaciones

FAMILIA

CONVIVE CON: lo ha sido / es la actual / es el agente

- madre ☐ ☐ ☐
- padre ☐ ☐ ☐
- madrastra ☐ ☐ ☐
- padrastro ☐ ☐ ☐
- hermanos ☐ ☐ ☐
- pareja ☐ ☐ ☐
- hijo ☐ ☐ ☐
- otros ☐ ☐ ☐

VIVE: no / si

- en instituc. ☐ ☐
- en la calle ☐ ☐
- solo ☐ ☐
- COMPARTE LA CAMA ☐ ☐

NIVEL DE INSTRUCCION: Padre o sustituto / Madre o sustituto

- ☐ ☐ analfabeto
- ☐ ☐ prim. incomp.
- ☐ ☐ primario
- ☐ ☐ secund./técnico
- ☐ ☐ univ./terciario

TIPO DE TRABAJO: Padre o sustituto / Madre o sustituto

- ☐ ☐ ninguno
- ☐ ☐ no estable
- ☐ ☐ estable

OCUPACION

PERCEPCION FAMILIAR DEL ADOLESCENTE: Buena ☐ Regular ☐ Mala ☐ No hay relación ☐

DIAGRAMA FAMILIAR

Observaciones

VIVIENDA

ENERGIA ELECTRICA: si ☐ no ☐

AGUA: en el hogar ☐ fuera del hogar ☐

EXCRETAS: en el hogar ☐ fuera del hogar ☐

NUMERO DE CUARTOS ☐☐

Observaciones

CLP96/021-A

☐ Este color significa **ALERTA**

EDUCACION
ESTUDIA si ☐ no ☐ | NIVEL: No escolariz. ☐ Prim. ☐ Sec. ☐ Univ. ☐ | GRADO CURSO | AÑOS APROBADOS | PROBLEMAS EN LA ESCUELA no ☐ si ☐ | AÑOS REPETIDOS ☐ Causa | DESERCION no ☐ si ☐ Causa | EDUCACION NO FORMAL no ☐ si ☐ ¿Cuál?
Observaciones

TRABAJO
ACTIVIDAD: ☐ trabaja ☐ busca 1era vez ☐ no y no busca ☐ desocupado | EDAD INICIO TRABAJO años | TRABAJO horas por semana | HORARIO DE TRABAJO: mañana ☐ todo el día ☐ tarde ☐ noche ☐ fin de semana ☐ n/c ☐ | RAZON DE TRABAJO: económica ☐ autonomía ☐ me gusta ☐ otra ☐ n/c | TRABAJO LEGALIZADO si ☐ no ☐ n/c ☐ | TRABAJO INSALUBRE no ☐ si ☐ n/c ☐ | TIPO DE TRABAJO
Observaciones

VIDA SOCIAL
ACEPTACION: aceptado ☐ ignorado ☐ rechazado ☐ no sabe ☐ | NOVIOS si ☐ no ☐ | AMIGOS si ☐ no ☐ | ACTIVIDAD GRUPAL si ☐ no ☐ | DEPORTE ☐ horas por semana | TV ☐ horas por día | OTRAS ACTIVIDADES si ☐ no ☐ ¿Cuáles?
Observaciones

HABITOS
SUEÑO NORMAL si ☐ no ☐ | ALIMENTACION ADECUADA si ☐ no ☐ | COMIDAS POR DIA | COMIDAS POR DIA CON FAMILIA | TABACO cigarrillos por día | EDAD INICIO TABACO años | ALCOHOL equivalente a litros de cerveza por semana | EDAD INICIO ALCOHOL años | OTRO TOXICO no ☐ si ☐ Frecuencia y tipo | CONDUCE VEHICULO no ☐ si ☐ ¿Cuál?
Observaciones

GINECO-UROLOGICO
MENARCA/ESPERMARCA años meses | FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION ☐ No conoce ☐ no corresp. día mes año | CICLOS REGULARES si ☐ no ☐ n/c ☐ | DISMENORREA no ☐ si ☐ n/c ☐ | FLUJO PATOLOGICO/ SECRECION PENEANA no ☐ si ☐ | ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL no ☐ si ☐ Cuál? | EMBARAZOS ☐ HIJOS ☐ ABORTOS ☐
Observaciones

SEXUALIDAD
NECESITA INFORMACION si ☐ no ☐ | RELACIONES SEXUALES no ☐ hetero ☐ homo ☐ ambas ☐ | PAREJA: pareja única ☐ varias parejas ☐ n/c ☐ | EDAD INICIO REL. SEX. años | PROBLEMAS EN REL. SEX. no ☐ si ☐ n/c ☐ | ANTICONCEPCION: siempre ☐ nunca ☐ a veces ☐ n/c ☐ | CONDON: siempre ☐ nunca ☐ a veces ☐ n/c ☐ | ABUSO SEXUAL no ☐ si ☐
Observaciones

SITUACION PSICOEMOCIONAL
IMAGEN CORPORAL: conforme ☐ crea preocupación ☐ impide relación con demás ☐ | AUTO PERCEPCION: triste ☐ nervioso ☐ alegre ☐ muy tímido ☐ otro ☐ | REFERENTE ADULTO: padre ☐ otro fam. ☐ madre ☐ fuera del hogar ☐ ninguno ☐ | PROYECTO DE VIDA: confuso ☐ claro ☐ ausente ☐
Observaciones

EXAMEN FISICO
ASPECTO GENERAL normal ☐ anormal ☐ | PESO (Kg) | Centil pesoedad | TALLA (mm) | Centil talaedad | Centil peso/talla | PIEL Y FANERAS normal ☐ anormal ☐ | CABEZA normal ☐ anormal ☐ | AGUDEZA VISUAL normal ☐ anormal ☐ | AGUDEZA AUDITIVA normal ☐ anormal ☐ | BOCA Y DIENTES normal ☐ anormal ☐ | CUELLO Y TIROIDES normal ☐ anormal ☐
TORAX Y MAMAS normal ☐ anormal ☐ | CARDIO-PULMONAR normal ☐ anormal ☐ | PRESION ARTERIAL / FRECUENCIA CARDIACA lat/dis/min | ABDOMEN normal ☐ anormal ☐ | GENITO-URINARIO normal ☐ anormal ☐ | TANNER mamas ☐ vello pub ☐ genitales ☐ | VOLUMEN TESTICULAR Der. cm³ / Izq. | COLUMNA normal ☐ anormal ☐ | EXTREMIDADES normal ☐ anormal ☐ | NEUROLOGICO normal ☐ anormal ☐
Observaciones

IMPRESION DIAGNOSTICA INTEGRAL

INDICACIONES E INTERCONSULTAS

Responsable | Fecha próxima visita día mes año

CLP/360/21-R

CLAP-OPS/OMS HISTORIA DEL ADOLESCENTE - EVOLUCION | ESTABLECIMIENTO | HC Nº

EVOLUCION Nº

FECHA (día / mes / año)

EDAD (años / meses)

ACOMPAÑANTE: solo ☐ madre ☐ padre ☐ ambos ☐ pareja ☐ amigo/a ☐ pariente ☐ otros ☐

ESTADO CIVIL: soltero ☐ unión estable ☐ separado ☐

FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION: ☐ No conoce ☐ no corresponde. (día / mes / año)

PESO (Kg) | Centil peso/edad | TALLA (cm) | Centil talla/edad | Centil peso/talla | PRESION ARTERIAL mm/Hg | FRECUENCIA CARDIACA latidos/min | TANNER mamas vello pub. genitales | VOLUMEN TESTICULAR Der. cm³ / Izq.

Motivos de consulta según adolescente:
1
2
3

Motivos de consulta según acompañante:
1
2
3

CAMBIOS RELEVANTES/OBSERVACIONES

DIAGNOSTICO INTEGRAL

INDICACIONES E INTERCONSULTAS

Responsable | Fecha próxima visita (día / mes / año)

EVOLUCION Nº

FECHA (día / mes / año)

EDAD (años / meses)

ACOMPAÑANTE: solo ☐ madre ☐ padre ☐ ambos ☐ pareja ☐ amigo/a ☐ pariente ☐ otros ☐

ESTADO CIVIL: soltero ☐ unión estable ☐ separado ☐

FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION: ☐ No conoce ☐ no corresponde. (día / mes / año)

PESO (Kg) | Centil peso/edad | TALLA (cm) | Centil talla/edad | Centil peso/talla | PRESION ARTERIAL mm/Hg | FRECUENCIA CARDIACA latidos/min | TANNER mamas vello pub. genitales | VOLUMEN TESTICULAR Der. cm³ / Izq.

Motivos de consulta según adolescente:
1
2
3

Motivos de consulta según acompañante:
1
2
3

CAMBIOS RELEVANTES/OBSERVACIONES

DIAGNOSTICO INTEGRAL

INDICACIONES E INTERCONSULTAS

Responsable | Fecha próxima visita (día / mes / año)

EVOLUCION Nº

FECHA (día / mes / año)

EDAD (años / meses)

ACOMPAÑANTE: solo ☐ madre ☐ padre ☐ ambos ☐ pareja ☐ amigo/a ☐ pariente ☐ otros ☐

ESTADO CIVIL: soltero ☐ unión estable ☐ separado ☐

FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION: ☐ No conoce ☐ no corresponde. (día / mes / año)

PESO (Kg) | Centil peso/edad | TALLA (cm) | Centil talla/edad | Centil peso/talla | PRESION ARTERIAL mm/Hg | FRECUENCIA CARDIACA latidos/min | TANNER mamas vello pub. genitales | VOLUMEN TESTICULAR Der. cm³ / Izq.

Motivos de consulta según adolescente:
1
2
3

Motivos de consulta según acompañante:
1
2
3

CAMBIOS RELEVANTES/OBSERVACIONES

DIAGNOSTICO INTEGRAL

INDICACIONES E INTERCONSULTAS

Responsable | Fecha próxima visita (día / mes / año)

CLP/96/023-A

CLAP-OPS/OMS HISTORIA DEL ADOLESCENTE - EVOLUCION ESTABLECIMIENTO H.C. Nº

EVOLUCION Nº

FECHA: día / mes / año

EDAD: años / meses

ACOMPAÑANTE: solo ☐ madre ☐ padre ☐ ambos ☐ pareja ☐ amigo/a ☐ pariente ☐ otros ☐

ESTADO CIVIL: soltero ☐ unión estable ☐ separado ☐

FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION: ☐ No conoce ☐ no corresponde — día / mes / año

PESO (Kg) Centil peso/edad | TALLA (cm) Centil talla/edad | Centil peso/talla | PRESION ARTERIAL mmHg | FRECUENCIA CARDIACA latidos/min | TANNER mamas vello pub. genitales | VOLUMEN TESTICULAR Dr cm³ Izq

Motivos de consulta según adolescente:
1
2
3

Motivos de consulta según acompañante:
1
2
3

CAMBIOS RELEVANTES/OBSERVACIONES

DIAGNOSTICO INTEGRAL

INDICACIONES E INTERCONSULTAS

Responsable | Fecha próxima visita: día / mes / año

EVOLUCION Nº

FECHA: día / mes / año

EDAD: años / meses

ACOMPAÑANTE: solo ☐ madre ☐ padre ☐ ambos ☐ pareja ☐ amigo/a ☐ pariente ☐ otros ☐

ESTADO CIVIL: soltero ☐ unión estable ☐ separado ☐

FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION: ☐ No conoce ☐ no corresponde — día / mes / año

PESO (Kg) Centil peso/edad | TALLA (cm) Centil talla/edad | Centil peso/talla | PRESION ARTERIAL mmHg | FRECUENCIA CARDIACA latidos/min | TANNER mamas vello pub. genitales | VOLUMEN TESTICULAR Dr cm³ Izq

Motivos de consulta según adolescente:
1
2
3

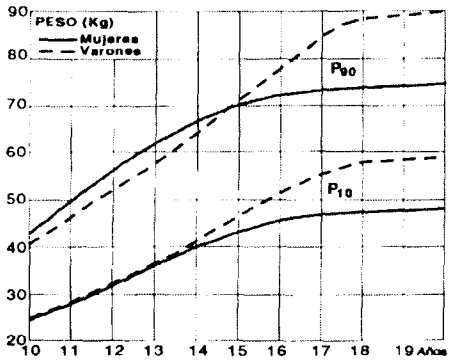
Motivos de consulta según acompañante:
1
2
3

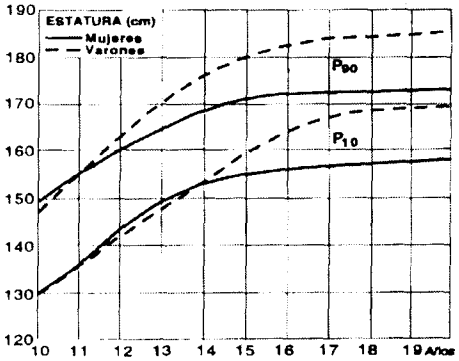
CAMBIOS RELEVANTES/OBSERVACIONES

DIAGNOSTICO INTEGRAL

INDICACIONES E INTERCONSULTAS

Responsable | Fecha próxima visita: día / mes / año





CLP/96/023-R

Curvas tomadas de OPS "Manual de Medicina de la Adolescencia". Serie PALTEX Nº 20, Washington, D.C., USA. 1992. Se extrapoló de 16 a 20 años

Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social

"Hacia una Nueva Cultura de la Salud"

Dirección General Materno Infantil y Adolescentes

PROGRAMA MATERNO PERINATAL

CLAP-OPS-OMS HISTORIA CLINICA PERINATAL ESTABLECIMIENTO ____ H.C. No. ____

NOMBRE ____

DOMICILIO ____

LOCALIDAD ____ TELEFONO ____

EDAD años — menor de 15 — mayor de 35

ALFABETA: si / no

ESTUDIOS: ning / sec / años aprob. / prim. / univ.

ESTADO CIVIL: casada / unión estable / soltera / otro

Esta cruz significa ALERTA

ANTECEDENTES

FAMILIARES: diabetes / TBC pulmonar / hipertension / gemelares / otros

PERSONALES: TBC / diabetes / hipertension cronica / cirugia pélvica-uterina / infertilidad / otros

OBSTETRICOS: gestas / abortos / vaginales / nacidos vivos / viven / ninguno o más de 3 partos / algun RN menor de 2500gr / gemelares / partos / cesareas / nacidos muertos / muertos 1ra sem / después 1ra sem

fin anterior embarazo (mes / año)

RN con mayor peso

EMBARAZO ACTUAL

PESO ANTERIOR ____ Kg — TALLA (cm) 1 ____

FUM / FPP: día / mes / año

DUDAS: no / si

ANTITETANICA: actual — previa no / si — 1ro / 2do /R — mes gestas

GRUPO: Rh + / -

SENSIBIL.: no / si

FUMA: no / si — cigarrillos por dia

HOSPITALIZACION: no / si

TRASLADO: no / si — lugar ____

EX. CLINICO	EX. MAMAS	EX. ODONT.	PELVIS	PAPANIC	COLPOSCOPIA	CERVIX	VDRL	VDRL	Hb	Hb
normal si no	normal si no	normal si no	normal si no	normal si no	normal si no	normal si no	- + mes año	- + mes año	mes año	mes año

	1	2	3	4	5	6	7	8	9
fecha de la consulta									
semanas de amenorrea									
peso (Kg)									
tension arterial max/min (mm Hg)									
Altura uterina / presen. / pulso / latido / Cef./Pelv./Tr. / FCF / movi. fetal / (primero)									

PARTO ■ ABORTO ■

ORIGEN ____

CONSULTA PRENATAL No. ____ en el hosp. si / no — con el carnet si / no

INGRESO: día / mes / año — Temperatura ____ °C

EDAD GEST. sem — menor 37 — mayor 41

PRES.: cef / pelv / tran

TAMAÑO FETAL: si / no

INICIO: esp / ind / ces / elect

MEMBRANAS: int / rot — fecha ruptura: hora / min / día / mes

TRABAJO DE PARTO: hora / tension arterial max/min (mm Hg) / contracciones frec./10 min / dur. seg / altura / vert. posic. / FCF / FCF mat. (latidos/min) / dilat./cervix / movimiento

PATOLOGIAS: ninguna / orden / emb. multiple / hipert. previa / preeclampsia / eclampsia / cardiopatia / diabetes / infeccion urinaria / otras infecciones / parasitosis / R.C.I.U. / amen. parto prem. / despro. cef. pelv. / hemorragia 1ra sem. / hemorragia 2da sem. / hemorragia 3ra sem. / anemia cronica / rot. de emb. / infec. puerp. / hemor. puerp. / otras

TERMINACION: espont. / forceps / cesarea / otra — hora / min / día / mes / año

NIVEL DE ATENCION: 3 / 2 / 1 / domic. / otro

No. H.C. RN ____

INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O INDUCCION ____

ATENDIO: médico / enfer. obst. / auxil. / estud. enfer. / medico — nombre RN

PARTO ____ NOMBRE ____

NEONATO ____ NOMBRE ____

MUERTE intraut.: no / si — si: parto / agonia / momento

EPISOTOMIA: no / si

DESGARROS: no / si

ALUMB. espont.: no / si

PLACENTA compl.: no / si

MEDICACION EN PARTO: ning. / anest. reg. / anest. general / analges. banqui. / oxitoc. / antibioticos / otros

RECIEN NACIDO

En aborto y FM solo sexo y peso

SEXO: f / m

PESO AL NACER: menor 2500 g / g

TALLA ____ cm

PER. CEFALICO ____ cm

EDAD POR EX. FISICO: sem.

PESO EG: adec. / peq. / grande

APGAR: 1 minuto / 5 / 5 a menos

REANIM. RESPIR.: no / asistida / ventil.

VDRL: + / -

EXAMEN FISICO: normal / anormal

ANOMALIAS: ninguna / malfor. fetales / sind. aspirat. / apnea / otras congen. / hipertension / otras hematol. / hemorragias / metab./endoc.

ALTO CONJUNTO: si / no

HOSPITALIZADO: si / no

PUERPERIO

Horas o dias post parto o aborto

Temperatura

Pulso (lat./min.)

Tension arterial max./min. (mm Hg)

Nivel uterino

Lochios

Lactancia materna

EGRESO RN

hora / día / mes — sano / trasladado / con padre / fallece

ALIMENTO: leche / papa / artificial

PESO AL EGRESO ____ g

Responsable

EGRESO MATERNO

hora / día / mes — sano / trasladado / con padre / fallece

Responsable

ANTICONCEPCION: cesarea / ligadura tubaria / ninguna / DIU / norvo / inyectada / pastilla / otro

LISTADO DE CODIGOS

Los números a la izquierda son para la codificación en este formulario. El código a la derecha de la Clasificación Internacional de Enfermedadews Rev. 10 (CIE 10) ops/oms 1992

PATALOGIA DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO (EPP)

50	**GESTACION MULTIPLE**	O30
51	**HIPERTENSION PREVIA**	O10
01	Hipertension previa esencial complicando EPP	O10.00
02	Hipertensión previa secundaria complicando EPP	O10.4
52	**PRECLAMPSIA**	O13 Y O14
04	Hipertensión transitoria del embarazo	O16
05	Peclampsia leve	O13
06	Preclampsia severa y moderada	O14
53	Hipertension previa con proteinuria sobreagregada	O11
54	**ECLAMPSIA**	O15
55	**CARIOPATIA**	Z867
56	**DIABETES**	O24
57	Diabetes mellitus insulino-dependiente previa	O24.0
58	Diabetes mellitus no insulino-dependiente previa	O24.1
59	Diabetes mellitus iniciada en el embarazo	O24.4
07	Test de tolerancia a la glucosa anormal	R73.0
60	**INFECCION URINARIA**	023.0-23.4
08	Bacteriuria asintomática del embarazo	R82.7
61	**OTRAS INFECCIONES**	O98, B50-B54, A60
62	Infecciones del tracto genital en el embarazo	O23.5
09	Sifilis complicando EPP	O98.1
10	Gonorrea complicando EPP	O98.2
11	Malaria	B50-B54
12	Infección herpética anogenital (herpes simplex)	A60
63	Hepatitis viral	O98.4
64	TBC complicando EPP	O98.0
65	**PARASITORIS COMPLICANDO EPP**	O98.8
66	**RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO**	P05
67	**AMENAZA DE PARTO PREMATURO (PARTO PREMATURO)**	O60
13	Incompetencia cervical	O34.32
68	**DESPROPORCION CEFALOPELVICA**	O64, 065, O69
14	Parto obstruido por mal posición y anomalia de la presentacion del feto	O64
15	Parto Obstruido debido a anomalidad pelvica materna	O65
16	Otros partos obstruidos por causa fetal	O66
69	**HEMORRAGIA DEL PRIMER TRIMESTRE**	O20
17	Mola hidatiforme	O01
18	Aborto espontáneo y aborto retenido	002.1, O03
19	Embarazo ectópico	O00
20	Aborto indicido y terapéutico	O06, O04
21	Amenaza de aborto	O20.0
70	**HEMORRAGIA DEL 2DO. Y 3ER. TRIMESTRE**	
22	Placenta previa con hemorragia	O44.1
23	Desprendimiento prematuro de placenta	O45
24	Hemorragia anteparto con defecto de la coagulacion	O46.0
25	Ruptura uterina antes o durante el parto	O71.0, O71.1
26	Laceracion obstetrica del cuello del utero	O71.3
71	**ANEMIA**	O99.0
27	Anemia por deficiencia de hierro	D50
72	**RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS**	O42
28	Infección del saco amniótico y membranas	O41.1
73	**INFECCION PUERPERAL**	O85, 086
29	Sepsis puerperal	O85
30	Infección mamaria asociada al nacimiento	O91
74	**HEMORRAGIA POSTPARTO**	O72
31	Placenta retenida	O72.0, O72.2
32	Utero atonico	O72.1
33	Laceraciones perineales de 1ero. y 2do. grado	O70.0, O70.1
34	Laceraciones perineales de 3ro. y 4to. grado	O70.2 O70.3
75	**OTRAS PATOLOGIAS**	(resto de O00-O991)
35	Placenta previa sin hemorragia	O44.0
36	Hiperemesis gravidica	O21
37	Enfermedad renal no especificada durante el embarazo sin mencion de hipertensión	0268, O99.8 (condiciones en N000-N39
38	Dependencia de drogas	F10-F19
39	Sufrimiento fetal	O68
40	Polihidramnios	O40
41	Oligoamnios (sin mención de ruptura de membranas)	O41.0
47	Trabajo de parto y parto complicado con complicaciones de cordon umbilical	O69
43	Complicaciones anestésicas durante parto y puerperio	O74
44	Embolismo obstetrico	O88
45	Falla de cierre de la herida de cesárea	O90.0
46	Falla de cierre de la epissiotomia	O90.1
47	SIDA	B20-B24
76	HIV positivo	R75
48	Neoplasia maligna del cuello uterino	C53
49	Noeplasia maligna de la glándula mamaria	C50

INDICACION PRINCIPAL DE PARTO QUIRURGICO O INDUCCCION

01	Cesarea previa	14	Posición transversa
02	Sufrimiento fetal agudo	15	Ruptura prematura de memebranas
03	Desproporción feto-pélvica	16	Infección ovular sospechada o confirmada
04	Alteracion d ela contractilidad	17	Placenta previa
05	Parto prolongado	18	Abruptio placentae
06	Fracaso de la inducción	19	Ruptura uterina
07	Descenso detenido d ela presentacion	20	Preclampsia y eclampsia
08	Embarazo multiple	21	Herpes anogenital
09	R.C.I.U	22	Condilomatosis genital
10	Parto de pretermino	23	Otras enfermedades maternas
11	Parto de postérmino	24	Muerte fetal
12	Presentacion podálica	25	Madre exhausta
13	Posición posterior	26	Otras

PATOLOGIAS DEL RECIEN NACIDO

50	**ENFERMEDADES DE MEMBRANAS HIALINAS**	P22.0
51	**SINDROMES ASPIRATIVOS**	P24
52	**APENAS POR PREMATUREZ**	P28.3 P28.4
53	**OTROS SDR**	Q25.0, P29.3, P25, P22.1, P27
01	Ductus arterioso persistente	Q25.0
02	Persistencia de la circulacion fetal	P29.3
03	Neumonia congenita	P23
04	Neumotorax y enfisema intersticial	P25
05	Taquipnea transitoria	P22.1
06	Enfermedad respiratoria crónica originales en el periodo perinatal	P27
54	**HEMORRAGIAS (EXCLUYENDO INTRACRANIALES P52)**	P50-P55
07	Enfermedad hemorrágia del recien ancido	P53
55	Hemorragia pulmonar originada en el periodo perinatal	P26
56	Hemorragia umbilical (excluye las onfalitis con hemorragia)	P51
57	**HIPERBILIRRUBINEMIAS**	P55 -P59
08	Enfermedad hemolítica por isoinmunizacion Rh	P55.0
09	Enfermedad hemolítica por isoinmunizacion ABO	P55.1
10	Ictierna neonatal asociada a parto de pretermino	P59.0
58	**OTRAS HEMATOLOGICAS**	P60-P61
11	Policitemia neonatal	P61.1
12	Anemia congenica	P61.3
13	Otras afecciones hematologicas	(resto de P60-P61)
58	**INFECCIONES**	(P35-P39, A09, G00, A54.3)
14	Diarrea	A09
15	Meningitis	G00
16	Onfalitis	P38
17	Conjuntivitis	P39.1, A54.3
59	Infecciones de la piel del recién nacido	P39.4 L00
18	Septicemia	P36
19	Otras infecciones especificas del periodo perinatal	(resto del P35-P39))
20	Enterocolitis necrotizante	P77
49	Tétanos neonatal	A33
60	Sifilis congenita	A50
61	Enfermedades congénitas virales	P35
62	**MAL FORMACIONES, DEFORMACIONES CONGENITAS Y ANOMALIAS CROMOSOMICAS**	Q00-Q99
21	Espina bifida con y sin hidrocefalia	Q05, Q07.0
22	Hidrocefalia congfenita	Q3
23	Otras malformaciones congenitas del SNC	(resto de Q000-Q07.0)
24	Del sistema respiratorio	Q30-Q34
25	Del sistema circulatorio	Q20-Q28
26	Labio y paladar hendido	Q35-Q37
27	Del sistema digestivo	Q39-Q45
28	De los organos genitales	Q50-Q56
29	Del sistema urinario	Q60-Q64
30	Deformación congenita de la cadera	Q65
31	Anomalias cromosomicas	Q90-Q99
32	Sindromes malformativos afectando múltiples sistemas	Q87
63	**NEUROLOGICA (EXCLUYE MALFORMACIONES)**	
33	Hidrocefalia adquirida	G91
34	Leucomalacia periventricular y cerebral	P91.1, P91.2
35	trauma obstétrico con lesión infracranial del SNC y del sistema nervioso periferico	P10, P11, P14
36	Hemorragia infracraneana no traumatica	P52
37	Convulsiones	P90
38	Otros afecciones del estado cerebral	P91
64	**METABOLICA/NUTRICIONAL**	P70-P78
43	Sindrome de hijo de diabetica	P70.0-P70.1
44	Hipocalcemia ano hipomagnesemia	P71
45	Hipoglicemia	P70.3, P70.4, E16.2
46	Oras afecciones perinatales del sistema digestivo	(resto de P75-P78)
47	Problemas en la alimentación	p92
64	**OTRAS**	(resto de P00-P96, Q00-Q99)
39	HIV positivo	R75
40	Retinoptia de la prematurez	H35
41	Hernia inguinal	K40
42	Falla renal congenita	P96.0
48	Hipotesnion shock	R57
65	Síndrome de daño por frio	P80.0 (excluye hipotermia leve P80.8)

MEDICACION DURANTE EL TRABAJO DE PARTO

01	Lidocaina o similar	16	Inhibridores de Prostaglandinas
02	Aminas simpatomiméticas	17	Antagonistas del calcio
03	Gases anestésicos (pentrane-fluorane-ox. nitroso	18	Sulfito de mangesio
04	Barbiturícos	19	Hidralazina
05	Relajantes musculares	20	Beta bloqueadores
06	Diazepóxidos	21	Otros antihipertensivos
07	Meperricina	22	Sangre y derivados
08	Espasmolíticos	23	Heparina
09	Oxtocina	24	Corticoides
10	Prostaglandinas	25	Cardiotonicos
11	Betalactamicos (Penicilinas-cefalosporinas)	26	Diuréticos
12	Aminoglicosidos (gentamicina-amyckaina)	27	Aminofilina
13	Entromicina	28	Insulina
14	Metrondazol	29	Difenilhidantoina
15	Beammeticos	30	Otros

SECRETARIA DE ESTADO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

DIRECCION GENERAL MATERNO INFANTIL Y ADOLESCENTE

PROGRAMA MATERNO PERINATAL

CLAP OPS/OMS **HISTORIA CLINICA PERINATAL - BASE** ESTABLEC. Nº H C

NOMBRE

DOMICILIO

LOCALIDAD TEL:

EDAD Años — menor 15 / mayor 35

ALFABETA si / no

ESTUDIOS nin / sec. / años aprob. / primr / univ

ESTADO CIVIL: casada / unión estable / soltera / otro

Esta color significa ALERTA

ANTECEDENTES

FAMILIARES (no / si): diabetes, TCB pulmonar, hipertensión, gemelares, otros

PERSONALES (no / si): TBC, diabetes, hipertensión crónica, cirugía Pélvico-uterina, infertilidad, otros

OBSTETRICOS: gestas, abortos, vaginales, nacidos vivos, viven; ninguno o más de 3 partos, algun RN menor de 2500 g, gemelares; partos, cesáreas; nacidos muertos, muertos 1º sem, después 1º sem

fin anterior embarazo: MES / AÑO

RN con mayor peso

EMBARAZO ACTUAL

PESO ANTERIOR kg — TALLA (cm)

FPP FUM: día / mes / año

DUDAS si / no

ANTITETANICA: previa si / no; actual 1ª / 2ª; mes / gesta

GRUPO: Rh no / si; sensibil no / si

FUMA: no / si; cigarrillos por día

HOSPITALIZACION no / si

TRASLADO no / si; lugar

EX. CLINICO normal si / no — EX. MAMAS normal si / no — EX.ODONT normal si / no — PELVIS normal si / no — PAPANIC. normal si / no — COLPOSCOPIA normal si / no — CERVIX normal si / no — VDRL + / - día mes — VDRL + / - día mes — Hb día mes — Hb día mes

fecha de la consulta	1	2	3	4	5	6	7	8	9
semanas de amenorrea									
peso (kg)									
tensión arterial máx/min (mm Hg)									
alt. uterina / present. pubis fondo / Cef. Pelv/Tr.	/	/	/	/	/	/	/	/	/
F. C. F. (lat./late.) / mov. fetal	/	/	/	/	/	/	/	/	/

PARTO / ABORTO

EDAD GEST. sem. — menor37 / mayor 41

PRES. cef. / pelv. / tran.

TAMAÑO FETAL acorde si / no

INICIO esp. / ind. / Ces. elect.

MEMB. int. / rot.

TERMINACION espont. / forceps / Cesáreas / otra — hora / min / día / mes / año

MUERTE intraut. si / no — si semb. / si parto / si ignora indemnizó

EPISOTOMIA no / si

DESGARR no / si

ALUMB. espont. si / no

PLACENTA compl si / no

NIVEL DE ATENCION 3° / 2° / 1° / domic. / otro

ATENDIO médico / enf./ obst / auxil. / estud/ empir. / otro

PARTO

NEONATO

Nº H. C. RN

INDICACION PRINCIPAL DE PARTO OPERATORIO O INDUCCION

PATOLOGIAS

ninguna — emb. múltiple — hipert previa — preeclampsia — eclampsia — cardiopatía — diabetes — infec. urinaria — orden — otras infec. — parasitosis — R.C.I.U. — amen. parto prem. — desprop. cef. pelv. — hemorragia 1er. trim. — hemorragia 2do. trim. — hemorragia 3er. trim. — anemia crónica — rot. pre-memb. — infec. puerp. — hem. puerp. — otras

SEXO f / m

PESO AL NACER g — menor 2500 g

TALLA cm — PER. CEF. cm

EDAD POR EX. FISICO sem. — menor de 37

PESO E.G. adec. / peq. / gde

APGAR minuto 1° / 5° — 6 o menos

REANIM. RESPIR. no / máscara / tubo

VDRL + / -

EXAMEN FISICO normal / anormal

PATOLOGIAS: ninguna — memb. hialina — sind. aspirat. — apnea — otros SDR — hemorragia — hiperbilirrub. — otras hematol. — infecciones — defectos cong. — neurológicas — metab./ nutric. — otras

ALOJ CONJUNTO si / no

HOSPITALIZADO si / no

EGRESO R N

HORA — DIA — MES

sano / con patol. / traslado / fallece

ALIMENTO: pecho / mixto / Artificial

PESO AL EGRESO g

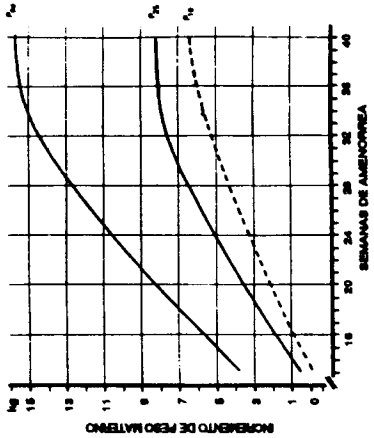
EGRESO MATERNO

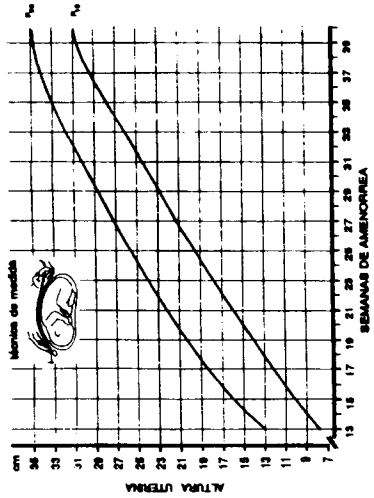
día mes año

sano / con patol. / traslado / fallece

ANTICONCEPCION: ninguna / referida / condon / D.I.U. / píldora / ligadura Tubaria / ritmo / otro

Patrones de altura uterina e incremento de peso materno según edad gestacional. Una vez conocida la edad gestacional, se ubica en la gráfica correspondiente un punto en su intersección con el valor obtenido.





EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Día	Mes	

HOSPITALIZACION

ESTABLECIMIENTO	INGRESO		EGRESO	
	Día	Mes	Día	Mes

OBSERVACIONES

CARNET PERINATAL
SALUD REPRODUCTIVA

- El embarazo no es una enfermedad, pero exige vigilancia del equipo de salud para evitar complicaciones.
- Es importante que su primera consulta al centro de salud sea lo más pronto posible.
- Cumpla con las citas y las recomendaciones que le sean dadas.

Este carné contiene información indispensable para su salud y la de su hijo. Llévelo con Ud. como si fuera un documento y entréguelo al equipo de salud toda vez que requiera una atención, ya sea para el embarazo, parto, puerperio o control de crecimiento y desarrollo de su hijo.

En caso de extravío se ruega dirigirse a

NOMBRE

DOMICILIO

TELEFONO

LOCALIDAD

VIII.- NORMAS GENERALES DE LA CONSULTA

1.- Todos los y las adolescentes tienen derecho a una atención de salud integral y diferenciada, con especial atención a la prevención de riesgos para su salud y desarrollo.

2.- La consulta de adolescentes difiere de la consulta de adultos y pediátrica. Aunque el/la adolescente esté acompañado/a de los padres y éstos pueden influenciar sobre el curso de la atención, es necesario tener claro que el/la usuario del servicio es el/la adolescente.

3.- El consentimiento es una característica fundamental de la consulta, en el entendido de que los y las adolescentes tienen derecho a opinar y dar consentimiento sobre el tratamiento e indicaciones que paute el servicio de salud.

4.- Los servicios de adolescentes deben garantizar confidencialidad en la atención, lo cual debe ser explicado tanto a los/las adolescentes como a los padres, incluyendo el alcance de la misma.

5.- Los servicios de adolescentes deben ser partes de una red de servicios de salud, a fin de asegurar las necesidades especiales de atención de los y las adolescentes, y estar articulados a una red de instituciones de la comunidad de carácter intersectorial para alcanzar efectivamente los diversos contextos que inciden en el desarrollo integral de adolescentes.

6.- El control de salud debe ser realizado por un equipo capacitado y cualquier integrante del mismo (médico/a; enfermero/a; psicólogo/a; educador/a para la salud; trabajador/a social) puede ser una puerta de entrada al sistema de salud.

7.- El profesional que recibe la demanda, debe garantizar los derechos a la atención integral, ofreciendo al/la adolescente un control en salud completo que incluya

el control físico y de autoaprendizajes para el cuidado de su salud. Para esto debe coordinar las referencias e interconsultas que hicieran falta, sin perder oportunidades en salud y respetando la demanda que motivó la consulta del/la adolescente al servicio pero desde la visión de la integralidad.

8.- Todo control de salud en adolescentes debe incluir: motivo de consulta del/la adolescente y su acompañante, antecedentes personales, antecedentes familiares, datos de su familia, vivienda, educación, trabajo, vida social, hábitos, aspectos gineco-andrológicos, sexualidad, situación psicoemocional y examen físico. Debe incluir también un control de autoaprendizajes necesarios para su salud.

9.-La Historia Clínica de Adolescente es el formulario básico para la atención y debe abordarse en el primer contacto del/la adolescente con el servicio.

10.- El rendimiento de la consulta dependerá del tipo de intervención que se realiza:

Tipo de Intervención	Duración
Consulta clínica	40 a 20 minutos, según sea consulta de primera vez o subsiguiente.
Consejería	30 minutos
Consulta individual en salud mental o trabajo social	40 minutos
Consulta familiar en salud mental o trabajo social	60 a 40 minutos
Consulta grupal en salud mental	120 a 60 minutos
Grupo de autoaprendizaje	120 a 60 minutos
Consulta domiciliaria	60 minutos

8.1.- TECNICAS A CONSIDERAR EN LA ENTREVISTA A ADOLESCENTES:

- Mantener el contacto personal con el/la adolescente: visual y verbal
- Observar el lenguaje no verbal, gestos, actitud y presentación.
- Hacer preguntas dentro del contexto, buscar el real motivo de consulta, utilizar un lenguaje apropiado y claro, no hablar demasiado.

- Centrar la historia inicial teniendo en cuenta las quejas o los problemas planteados en ese momento.
- Identificar quien tiene el problema.
- Evitar escribir durante la entrevista.
- Cuando se hagan preguntas directas: empezar con las preguntas menos personales, o hacer preguntas abiertas.
- Demostrarle confianza, estableciendo empatía con el/la adolescente. Estimular positivamente: Animarlo/a, ayudarle a identificar sus cualidades y fortalezas.
- Establecer límites de manera firme y clara, hacer que el/la adolescente participe en la fijación de los límites: Cumplimiento de citas, tratamientos, horarios.
- Permitir el ingreso de acompañantes de acuerdo a la decisión del/la adolescente.
- En la primera consulta entrevistar a la madre, pareja o adultos importantes que lo acompañen, con el/la adolescente o sin él / ella, de acuerdo a las circunstancias.
- El/la adolescente debe ser la primera fuente de información
- No interrumpir la entrevista, respetar los horarios.
- Escuchar atentamente y poner atención a los comentarios.
- Mantener un genuino interés y preocupación, no restarle importancia a lo que él/ ella identifica como un problema relevante.
- Respetar el derecho a la intimidad, el silencio y el pudor.
- No influir con postura políticas, religiosas, doctrinarias.
- No generar dependencia, ser neutral, no parcializarse con el/la adolescente o personas relacionadas.
- Orientar en la búsqueda de alternativas, para que tome decisiones, llegue a sus propias conclusiones y se comprometa.
- Respetar las tradiciones y valores culturales.
- No hacer comparaciones de situaciones o con otras/os adolescentes.
- Orientar al/la adolescente para el autocuidado de su salud.
- No generalizar y estigmatizar, reconocer e identificar la capacidad de respuesta ante las situaciones de riesgo, pues no siempre genera comportamiento de riesgo.

- Cuando se considere la necesidad de comunicar a la familia, hacerlo en lo posible en presencia del o la adolescente y previo consentimiento del mismo.
- El secreto profesional debe ser utilizado para la protección del/la adolescente, mantener el carácter confidencial de la entrevista, hasta cuando se identifique riesgo para la vida.
- Estimular a la familia para que respete las opiniones del/la adolescente, fomentar la comunicación y la participación de él/ella en el conocimiento de los problemas y las decisiones familiares.
- Orientar a la familia para fomentar el autocontrol y disciplina por medio del diálogo y acuerdo para el establecimiento de límites firmes, fáciles y explícitos.
- Buscar en la familia posibilidades de apoyo.
- Tener como objetivo final la incorporación de la familia a la problemática, tratar de que el/la adolescente se haga cargo de su decisión ante la familia, actuando como mediadores.
- Tomar en cuenta que no siempre la familia será un recurso adecuado e indispensable, pues en ocasiones, a pesar de su importancia, se debe prescindir de ella.
- Es necesario establecer un contrato terapéutico con el/la adolescente y la familia.

8.1.1. ESTRUCTURA DE LA ENTREVISTA:

PRINCIPIO: Saludar y contestar el saludo; Realizar una presentación, tratar de que se sienta cómodo y explicar siempre lo que va a suceder y por qué.

CENTRO: La parte central de la entrevista debe ocuparse de determinar los problemas y los sentimientos del/la adolescente y de identificar las situaciones de riesgo o requerimientos de apoyo.

FINAL : Al llegar a la conclusión de la entrevista, el profesional debe ofrecer al/la adolescente información sobre los resultados de exámenes y procedimientos aplicados, así como los pasos a seguir. Debe además dar tiempo para hacer preguntas. Comprometer al/la adolescente para la solución del problema, plantear las posibilidades de solución y llegar a un acuerdo terapéutico.

- La historia clínica es el único documento público que tienen los profesionales para dejar constancia de su labor. Debe ser realizada previamente al planteamiento de medidas terapéuticas o de intervención
- Toda atención requerida por u/a adolescente se considera prioritaria, y en lo posible deberá ser resuelta cuando la demandan.
- Hacer énfasis en la prevención y promoción del autocuidado incluyendo la modificación de comportamientos de riesgos.
- Incluir al adolescente varón en todos los momentos de la atención a la salud reproductiva como sujeto de atención, prevención, promoción y como componente importante de la pareja al convertirse en padre o iniciar relaciones sexuales, asignándole igual participación y responsabilidad.

8.2.- CONSULTA

La consulta incluye los siguientes elementos:

- Anamnesis
- Examen físico
- Pruebas y exámenes complementarios
- Diagnóstico
- Conductas de intervención
- Registro de datos

8.2.1 Anamnesis:

La historia clínica de adolescentes debe ser sistematizada, encaminada a definir el real motivo de consulta. Con la aplicación del enfoque de riesgo y la visión biopsicosocial de la salud del adolescente se debe obtener:

- Datos de identificación
- Antecedentes personales
- Antecedentes familiares
- Motivo de consulta
- Datos de la familia

- Condiciones de la vivienda
- Escolaridad
- Ocupación
- Hábitos
- Socialización
- Sexualidad
- Situación emocional, conceptualización de su vida, familia y futuro
- Proyecto de vida.

8.2.2 Examen físico:

El examen físico de adolescentes requiere de un proceso especial, que permita completar el criterio de la anamnesis, considerando la etapa de transición biopsicosocial. Durante el examen físico el profesional debe:

- Explicar las técnicas y procedimientos a aplicar.
- Acordar la presencia o no de un acompañante.
- El examen de los genitales requiere la aceptación del/a adolescente, de no ser necesario se postergará para la siguiente cita.

Se deben seguir las pautas establecidas en la Historia Clínica de Adolescentes para la realización del examen físico, prestando especial atención a los siguientes aspectos:

- Apariencia general: presentación, arreglo personal, actividad psicomotriz y lenguaje corporal.
- Debe aprovecharse el momento del examen de tórax en la adolescente para enseñar la técnica del auto examen de mamas. Enseñar las maniobras de inspección, autopalpación, presión del pezón y explicar que debe buscar nódulos, secreciones y desarrollo anormal.
- El examen de la columna vertebral debe incluir la búsqueda de deformaciones y posturas viciosas.
- Área genital: valorar el estado de maduración sexual en el adolescente varón y mujer utilizando la Tabla de Estadios de Tanner (ver anexo) En la adolescente el examen ginecológico debe realizarse en los siguientes casos:

- Adolescentes sexualmente activas, o que han iniciado relaciones sexuales.
- Adolescentes que están usando anticonceptivos con o sin prescripción médica.
- Sospecha de embarazo.
- Adolescentes con trastornos menstruales, dolor abdominal bajo o sin causa aparente.
- Adolescentes con flujo vaginal.
- Sospecha de enfermedades de transmisión sexual.
- Tumoración pélvica.
- Antecedentes de abuso sexual

Cuando el examen ginecológico sea realizado es recomendable hacerse acompañar por una tercera persona.

- En ambo sexos, se debe realizar examen de la región ano perineal si existe sospecha de alguna patología rectal o pélvica y en caso de abuso sexual.

Se debe respetar siempre el pudor y la decisión del/a adolescente para la realización del examen físico completo.

8.2.3 Pruebas y exámenes complementarios:

El profesional debe solicitar el mínimo de exámenes a los y las adolescentes asintomáticos. Se consideran exámenes de rutina: hemograma completo, examen de orina y coprológico.

8.2.4 Diagnóstico:

Constituye la síntesis racional de un proceso que lleva a la valoración del estado de salud del/la adolescente, su formulación se debe sustentar en criterios etiológicos, somáticos, emocionales y sociales.

El diagnóstico debe hacer énfasis en la identificación de situaciones y factores de riesgo insistiendo en la prevención continua.

8.2.5 Conductas de intervención:

Las conductas a aplicar por el equipo de salud deben corresponderse con el diagnóstico bio-psicosocial determinado previamente y pueden ser de tres tipos:

1.- De carácter preventivo-educativo: control del/la adolescente sano/a; asistencia mèdica preventiva; seguimiento de autoaprendizajes; apoyo emocional, individual y familiar; participación en grupos de autoaprendizajes; visitas domiciliarias.

2.- De carácter terapéutico: tratamiento medicamentoso; indicaciones correctivas funcionales; dieta; terapia individual, familiar y grupal.

3.- Referencia: derivación de casos de acuerdo al riesgo y nivel de complejidad de la atención.

Se debe prescribir medicación solamente en situaciones indispensables, considerando:

-El establecimiento de un acuerdo con el/la adolescente y su familia para el cumplimiento del tratamiento terapéutico.

-Evitar prescribir fármacos que provoquen dependencia.

-Realizar control y seguimiento al/la adolescente que usa anticonceptivos y medicamentos por períodos prolongados y en enfermedades crónicas.

-Para la indicación de dieta el profesional debe tener en cuenta, de acuerdo al proceso de crecimiento del/la adolescente: los requerimientos nutricionales (ver anexo), las variaciones individuales, la etapa de maduración, la constitución, la actividad que realiza y el medio ambiente en el que se desenvuelve.

8.2.6 Registro de datos:

Los datos clínicos obtenidos en toda consulta, deben ser registrados en los instrumentos normados para sistematizar la información y evaluar el progreso del estado de salud del/la adolescente.

8.3 CONSULTA DE CONTROL

Las consultas de control son fundamentales ya que permiten prevenir, reducir los riesgos y evitar el avance progresivo en caso de que exista un proceso patológico.

En la atención integral de adolescentes debe darse prioridad al control de crecimiento y desarrollo, al control de salud reproductiva y salud mental,

esferas donde los cambios son más notorios e importantes, por ser estos procesos los más susceptibles de riesgo.

8.4 VISITA DOMICILIARIA

La visita domiciliaria es una actividad importante en la atención integral de adolescentes que permite al equipo de salud analizar la real situación familiar en la que se desenvuelve el/la adolescente.

Puede darse en varias oportunidades y en cualquier etapa del proceso de atención. Debe realizarse para:

- Captación precoz de adolescentes
- Motivación para control médico preventivo
- Seguimiento de adolescentes que abandonan la consulta y/o tratamiento
- Confirmar la dinámica familiar y la situación socio-económica y cultural
- Conseguir apoyo familiar para la solución de situaciones detectadas en el/la adolescente
- Proporcionar orientación y consejería

IX.- ACCIONES DE LOS SERVICIOS

Las acciones a desarrollar en los servicios de adolescentes deben ser eminentemente de carácter preventivo e incluyen:

1. Educación para la salud:
   - Seguimiento de aprendizajes para el autocuidado de la salud
   - Consejería
   - Grupos de autoaprendizaje/ formación y seguimiento a multiplicadores

2. Detección de trastornos y riesgos:
   - Control de crecimiento y desarrollo: físico y psicosocial
   - Detección de trastornos en la relación familiar
   - Detección de trastornos en las relaciones sociales
   - Detección de trastornos con relación a la escolaridad
   - Detección de trastornos con relación a las condiciones laborales
   - Detección de trastornos con relación a la sexualidad
   - Detección de comportamientos sexuales de riegos para embarazos inoportunos y/o infecciones de transmisión sexual, incluyendo infección por VIH/SIDA (ITS/VIH/SIDA)
   - Diagnóstico de infecciones transmisión sexual, incluyendo infección por VIH/SIDA.

- Detección de maltrato físico y abuso sexual
- Detección de riesgos de consumos de sustancias nocivas
- Detección de riesgo de depresión y suicidio
- Detección de riesgo de hipertensión

3. Atención a la salud sexual y reproductiva:
   - Consulta ginecológica integral
   - Consulta sobre anticoncepción
   - Atención prenatal y postnatal
   - Atención integral del aborto con prevención de un siguiente embarazo no deseado
   - Atención integral en caso de violación

9.1 - EDUCACION PARA LA SALUD Y CONSEJERIA

9.1.1 SEGUIMIENTO DE APRENDIZAJES PARA EL AUTOCUIDADO DE LA SALUD

1.- Todos los y las adolescentes tienen derechos a lograr aprendizajes que le faciliten el desarrollo integral y autocuidado de su salud.

2.- El espacio de la consulta clínica con adolescentes debe incluir el seguimiento a los aprendizajes en el autocuidado de la salud, en el entendido de que son fundamentales para el logro de la salud y el desarrollo integral de adolescentes.

3.- El seguimiento de aprendizajes constituye una herramienta diagnóstica de las necesidades de aprendizajes de los y las adolescentes.

4.- Se debe promover la participación de los y las adolescentes en actividades de educación para la salud organizadas en el servicio o en instituciones de la comunidad, en especial se debe promover su integración a grupos de adolescentes organizados.

5.- Se debe partir siempre de las necesidades de aprendizaje de los y las adolescentes. Los contenidos a explorar y/o abordar en el seguimiento incluyen:

Desarrollo:

- Conocimiento de su desarrollo físico y psicosocial. Cambios normales durante la adolescencia. Diferencias individuales.
- Reconocimiento y aceptación de la autoimagen.
- Elementos para una comunicación efectiva al interior de la familia.
- Medios para manejar la presión de grupos.
- Capacidad crítica frente a los pares, adultos y medios de comunicación.
- Establecimiento de metas y construcción de un proyecto de vida.
- Estímulo de las capacidades creativas.
- Derechos, leyes y políticas que competen a los y las adolescentes y como garantizarlos.

Nutrición:

- Necesidades nutricionales en la adolescencia. Conocimiento de dieta balanceada.
- Aumento del consumo de fibras a través de frutas y verduras.
- Reducción del consumo de grasas, dulces y meriendas.
- Riesgos asociados a la obesidad. Conocimiento de riesgos asociados a la disminución brusca de peso: uso de dietas estrictas, medicamentos.
- Trastornos de la alimentación: factores de riesgo de la anorexia y la bulimia.

Actividad Física:

- La actividad física beneficiosa y de riesgo.
- Uso de medidas de protección para la práctica física y deportiva (casco, rodilleras, protectores)
- Riesgo asociado de uso de anabólicos esteroides u otras drogas a la práctica física.

Sexualidad y afectividad:

- Educación y conocimiento de su sexualidad y afectividad, incluyendo la promoción del desarrollo de la sexualidad de manera responsable.

- Prevención del embarazo e ITS/VIH/SIDA
- Anatomía y fisiología del aparato genital masculino y femenino.
- Ciclo menstrual de la mujer. Conocimiento días de ovulación.
- Higiene y cuidado del aparato genital femenino y masculino.
- Autoerotismo - masturbación.
- Autoexamen de mamas en la adolescente.
- Prevención de violencia y abuso sexual.
- Métodos anticonceptivos: uso adecuado, ventajas y desventajas, mecanismos de actuación, acceso, efectos colaterales.
- Infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH/SIDA: formas de contagio, prevención y tratamiento.
- Embarazo en la adolescencia: factores de riesgo, prevención, control prenatal, parto y posparto.
- Maternidad y paternidad responsable. Implicaciones en la adolescencia.
- Mitos y tabúes en torno a la sexualidad y afectividad.
- Equidad en las relaciones de género. Respeto a la diversidad.

Consumo de tabaco, alcohol y drogas:

- Adicción que provoca el tabaco, alcohol y otras drogas.
- Consecuencias del consumo de tabaco, alcohol y otras drogas en su vida y sus relaciones con la familia, escuela, pares, laboral. Consecuencias para el hijo de la adolescente embarazada.
- Modos de promover al interior de su grupo de pares, familia, escuela y comunidad iniciativas contrarias a uso del tabaco, alcohol y otras drogas.
- Conocimiento del riesgo de embarazo e ITS/VIH/SIDA asociado a la actividad sexual bajo los efectos del alcohol y otras drogas.

Lesiones asociadas a accidentes y violencia:

- Normas de convivencia en la escuela e instituciones de la comunidad.
- Responsabilidad al conducir vehículos.
- Beneficios del uso de casco para motociclistas, ciclistas y patinadores.

- Uso de cinturón de seguridad.
- Riesgo del porte de armas.
- Relación entre lesiones y el consumo de tabaco, alcohol y otras drogas.
- Estrategias para la prevención de violencia.

9.1.2 CONSEJERIA

Todos los. y las adolescentes tienen derecho a ser informados de manera clara, con conocimientos precisos y actualizados que le permitan comprender su desarrollo y le faciliten la toma de decisiones para su salud.

1.-La consejería tiene como objetivo que los y las adolescentes logren desarrollar sus capacidades de discernimiento, negociación, interacción social, manejo de la presión de pares y toma de decisiones libres y responsables.

2.-La consejería puede ser solicitada por el/la adolescente o indicada por el equipo de salud a partir del diagnóstico de necesidades de aprendizaje.

3.-Puede ofrecerse fuera del servicio de salud, en otros espacios comunitarios donde interaccionan adolescentes: escuelas, clubes, iglesias, organizaciones juveniles, entre otras.

4.-Puede ser realizada por cualquier integrante del equipo con entrenamiento.

5.-Requiere de un ambiente cómodo y un tiempo mínimo de 30 minutos. Se debe puntualizar al/a adolescente el carácter confidencial de la consejería. Tener presente las normas establecidas para la entrevista.

9.1.3 GRUPOS DE AUTOAPRENDIZAJE PARA ADOLESCENTES/ FORMACIÓN Y SEGUIMIENTO A MULTIPLICADORES

1.- Los servicios de salud para adolescentes deben contar con espacios destinados a que los y las adolescentes en grupos de pares interaccionen sobre los contenidos de aprendizajes para la salud, necesidades, experiencias, dudas, opiniones respecto al servicio, etc.

2.- Los grupos deben ser organizados y coordinados por los propios adolescentes, con la asesoría de cualquier integrante del equipo de salud con entrenamiento en metodología grupal.

3.- El servicio debe disponer de material audiovisual y materiales impresos como apoyo a las actividades grupales.

4.- Las técnicas utilizadas por los grupos de autoaprendizaje de adolescentes deben ser de carácter participativo, en especial se debe propiciar la utilización de técnicas de expresión creativas (dibujos, pintura, dramatización, etc.)

5.- La duración y periodicidad de las sesiones grupales dependerán de las necesidades del mismo grupo.

6.- Los servicios de salud deben dar seguimiento y apoyo a los grupos de adolescentes multiplicadores, a quienes corresponde la formación y coordinación de nuevos grupos de adolescentes.

9.1.4 GRUPOS DE AUTOAPRENDIZAJE PARA ADULTOS

1- Los servicios de salud de adolescentes deben disponer de espacios para la formación, acompañamiento y/o apoyo a grupos de adultos (padres, madres, maestros, líderes comunitarios, entre otros) a fin de dar a conocer el proceso normal de la adolescencia y promover el desarrollo integral de los y las adolescentes con quienes interaccionan en los diferentes escenarios (familia, escuela, laboral, iglesia, comunidad, etc.)

2.- Cualquier integrante del equipo de salud con entrenamiento en metodología grupal puede ser responsable de la coordinación de los grupos de adultos.

3.- El servicio debe disponer de material audiovisual y materiales impresos como apoyo a las actividades grupales.

4.- La duración y periodicidad de las sesiones grupales dependerán de las necesidades del mismo grupo.

9.2.- DETECCION DE TRASTORNOS Y RIESGOS

Las principales causas de morbilidad y mortalidad en los y las adolescentes están relacionadas con el comportamiento: las lesiones producto de causas externas como accidentes, las conductas sexuales sin protección que llevan a embarazos inoportunos y a infecciones de transmisión sexual, los consumos de alcohol y drogas, los trastornos de la alimentación. Todos estos problemas de salud son potencialmente prevenibles.

Los comportamientos de riesgo pueden comenzar a cualquier edad, por lo que el enfoque preventivo debe ser permanente durante el transcurso de la adolescencia y la detección de trastornos y conductas de riesgo debe realizarse en cada consulta.

9.2.1 CONTROL DEL CRECIMIENTO Y DESARROLLO:

El control integral del crecimiento y desarrollo debe incluir:

1.- Crecimiento y maduración física

2.- Desarrollo psicosocial

3.- Desarrollo cognitivo

Aspectos a investigar	¿Qué observar?	¿Cómo investigar y preguntar?
Crecimiento	• Peso	• Valorar en balanzas con el/la adolescente descalzo y con la menor cantidad de ropa posible.
	• Talla	• Valorar con el/la adolescente descalzo parado/a sobre una superficie nivelada, apoyado sobre una superficie lisa y con centímetro fijo.
	• Percentil de peso y talla	• Peso y talla debe ser registrados en las curvas de peso y talla para la edad (ver anexo), para la determinación de los percentilos de peso y talla del/la adolescente.
	• Velocidad de crecimiento de peso y talla	• Requiere de dos consultas sucesivas no menor de 3 meses y no mayor de 18. La velocidad de crecimiento se considera normal cuando se ubica entre los percentilos 10 y 90. Se puede realizar en la primera consulta si se tiene información de medidas de tallas anteriores (ver anexo)

	• Maduración esquelética	• Para diagnósticos diferenciales de desarmonía del crecimiento y desarrollo se requiere determinación de la edad ósea, a través de radiografía de muñeca y mano izquierda.
Desarrollo/ maduración sexual puberal	• Estadios de Tanner (ver anexo)	• Desarrollo de genitales, vello pubiano y mamas.
Desarrollo psicosocial	• Autonomía (capacidad de tomar decisiones, independencia de los padres, capacidad de mantener vínculos extrafamiliares) • Autoestima /auto percepción de sus competencias	Preguntar: • ¿Cómo tomas las decisiones? • ¿A quién o quiénes consulta? • ¿Con quiénes mantienes relaciones de confianza? • Hay algún adulto a quien le cuentes tus cosas íntimas? • Tienes algún amigo/a íntimo/a a quien le cuentes tus cosas? • ¿Cómo te definirías a ti mismo/a, teniendo en cuenta tus habilidades en el estudio, sociales, deportivas, artísticas?
Desarrollo cognitivo	• Rendimiento en la escuela • Capacidad de resolución de conflictos. • Complejidad de pensamiento • Discernimiento • Capacidad de futurizar	• ¿Cómo están tus notas en la escuela, comparado con los otros compañeros? • Tu rendimiento es igual, menor o mayor que la mayoría? • ¿Cuántas alternativas puedes pensar frente a un problema? • Evaluar alternativas relevantes. • Puedes contarme las ventajas y desventajas de esas alternativas? • Estás inmerso en algún proyecto?

1.- Evaluación del crecimiento y maduración física

• Talla

Es una medida de dimensión corporal que se expresa en centímetros (cm) El indicador se constituye cuando se relaciona la talla (T) obtenida en el/la adolescente y la referencia para su misma edad (E) y sexo en una curva de distancia (T/E). Se clasifica en dos: variantes normales y variantes patológicas:

• Variante Normal

Es aquella talla que llevada a una curva de T/E, está ubicada por encima de percentil 3 y por debajo del percentil 97, lo que es lo mismo decir entre los percentilos 10 y 90. Se clasifica en:

Normal alto > percentil 90 y < percentil 97

Promedio > percentil 10 y < percentil 90

Normal bajo > percentil 3 y < percentilo10

• Variante Patológica

Es aquella talla que se ubica en o por debajo del percentil 3, o que se ubica por encima del percentil 97. O aquella talla que se ubica por encima o por debajo de 2 desviaciones estándar de la media. Está condicionada por causas primarias o secundarias, de origen pre o postnatal que influyen en el crecimiento. Se clasifica en:

Talla alta > del percentil 97

Talla baja < del percentil 3

• Evaluación

La evaluación de la talla comprende:

-Historia clínica: investigación antecedentes familiares como obesidad, talla alta o baja de los padres y familiares, retardo o adelanto puberal y abuso de drogas; antecedentes personales como peso y talla al nacer, características previas de crecimiento y desarrollo, historia nutricional, infecciones, enfermedades crónicas, uso y abuso de drogas; historia psicosocial incluyendo aspectos socioeconómicos.

-Examen físico: características del fenotipo, en especial malformaciones: implantación baja del cabello, acortamiento del cuarto dedo, fascie cushingoide. Examen de tiroides. Tórax: buscar signos de cardiopatía, enfermedad pulmonar

crónica. Abdomen: visceromegalia. Evaluación maduración sexual (Estadios Tanner): hipocrecimiento testicular, ginecomastia.

-Evaluación antropométrica y nutricional: peso, talla, índice de masa corporal, medición de pliegues, determinación de potencial genètico de los padres, velocidad de crecimiento y edad ósea (ver anexos).

Deben referirse al especialista correspondiente los casos cuya orientación diagnóstica apunte a un trastorno mayor: endocrino, de etiología renal o neurológica, incluyendo sospecha de tumoraciones cerebrales.

• Maduración sexual

La evaluación de la pubertad se realiza con la valoración de los caracteres sexuales secundarios a través de los Estadios de Tanner que toman en consideración el desarrollo mamario en el sexo femenino y en el sexo masculino, aspectos de los genitales y para ambos sexos, el vello pubiano.

• Variantes Normales

Cuando las características sexuales secundarias aparecen a una edad que se ubica dentro de 2 desviaciones estándar por arriba o por debajo del promedio. Se clasifican en:

-Madurador promedio: caracterizado por talla normal, maduración ósea normal y dentro del potencial genético de los padres (pp). La ubicación de los caracteres sexuales secundarios de acuerdo con la edad promedio en que se inicia, corresponde al percentil 50, y en rango a los percentiles 25 y 75.

-Madurador temprano: caracterizado por talla normal, maduración ósea adelantada con relación a la edad cronológica y que predice dentro del pp. La ubicación de los caracteres sexuales secundarios a las edades de inicio correspondiente a los percentilos 97 y 90.

-Madurador tardío: caracterizado por talla normal, maduración ósea retardada con relación a la edad cronológica y que predice dentro del pp. La ubicación de los caracteres sexuales secundarios a las edades de inicio correspondiente a los percentilos 10 y 3.

• Variantes patológicas

Cuando las características sexuales secundarias aparecen a una edad que sobrepasa 2 desviaciones estándar por arriba o por debajo de la media. Se clasifican en:

Pubertad precoz: cuando el proceso puberal se desencadena antes de lo esperado, en las niñas por debajo de los 8 años y en los varones antes de los 9.5 años de edad.

Pubertad retardada: existen criterios para definir el retardo puberal de acuerdo con el inicio, la duración y progresión de los estadios de maduración sexual, aparición de la menarca, valoración de la edad ósea.

• Rutina para la evaluación clínica de la maduración sexual

Caracteres sexuales según estadios deTanner	Diagnóstico	Conducta
Botón mamario y vello púbico entre los 8 y 13 años de edad en la mujer.	Pubertad normal	Seguimiento semestralmente
Aumento volumen testicular y vello pubiano, entre los 9 y 14 años del varón.	Pubertad normal	Seguimiento semestralmente
Ausencia de caracteres sexuales secundarios: En mujeres > de 13 años En varones > de 14 años	Pubertad retardada	Referir a servicio especializado
Presencia de caracteres sexuales secundarios: En mujeres < de 8 años En varones < de 9 años	Pubertad precoz	Referir a servicio especializado inmediatamente

• **Criterios de referencia**

En las mujeres:

1.- Pubarca o telarca antes de los 9 años

2.- Inicio puberal con menarquia

3.- Ausencia de signos de desarrollo puberal después de los 13 años

4.- Ausencia de menarquia después de los 15 años.

5.- Pubertad que no evoluciona

6.- Pubertad en estadio 3 sin aceleración estatural

7.- Ciclos menstruales irregulares 3 años después de la menarca

8.- Telarca unilateral de más de un año de evolución

9.- Acné y/o vello facial y/o corporal exagerados (evaluar características familiares)

En los varones:

1.- Pubarca o aumento del volumen testicular antes de los 10 años

2.- Ausencia de signos de desarrollo puberal después de los 14 años

3.- Pubertad que no evoluciona

4.- Pubertad en estadio 4 sin aceleración estatural

5.- Pubertad que evoluciona sin aumento del volumen testicular

6.- Asimetría testicular marcada

7.- Testículos pequeños (<15cc) al final del crecimiento

8.- Ginecomastia voluminosa o de más de dos años de evolución

9.- Ginecomastia pre-puberal o post-puberal

- **Detección de obesidad y trastornos de la alimentación**

1.- En todos los y las adolescentes se debe realizar anamnesis sobre su imagen corporal, patrones de dieta y práctica física y considerar el peso y el índice de masa corporal para la clasificación de sobrepeso (ver anexo).

2.- En los/as adolescentes con peso mayor al 15% del peso para la talla, debe evaluarse más profundamente los aspectos alimentarios y el estado general de salud para determinar riesgo de obesidad, trastornos alimentarios y enfermedad cardiovascular. Se debe poner especial atención si además:

- Registró dicha variación de peso en los últimos 12 meses
- Existe historia familiar de enfermedad cardiaca prematura, obesidad, hipertensión y diabetes mellitus
- El/la adolescente expresa preocupación acerca de su peso
- Niveles de colesterol >180mg/dl o hipertensión

3.- Se debe ofrecer a estos/as adolescentes en riesgo consejería sobre alimentación y actividad física. Realizar monitoreo por lo menos una vez por año.

4.- Se deben determinar los requerimientos nutricionales, realizar plan alimentario explicándole al/la adolescente el por qué de las medidas a seguir. Acordar el seguimiento del plan y la evaluación del mismo periódicamente.

5.- Los trastornos de la conducta alimentaria llevan a enfermedad, siendo sus extremos la caquexia y la obesidad marcada. En casos de restricción alimentaria debe evaluarse si es autoinfligida o no.

6.- Evaluar la posibilidad de anorexia o bulimia en todo/a adolescente que presente:

- Pérdida de peso mayor al 10% al peso previo en los últimos 6 meses y/o rechazo a mantener el peso normal para la edad y talla.
- Historia de hacer dieta frecuentemente sin tener sobrepeso
- Dieta selectiva y/o negativa a alimentarse
- Vómitos autoprovocados, laxantes, diuréticos o ayuno para bajar de peso
- Imagen corporal distorsionada
- Intensa actividad física
- Amenorrea/ retraso puberal en la mujer
- Lipotimias frecuentes

Los casos de anorexia y bulimia requieren de intervención interdisciplinaria. El tratamiento a seguir será específico para cada caso y de acuerdo a la evolución del cuadro pudiendo requerir hospitalización.

No se debe emitir un juicio sobre el crecimiento a partir de una sola determinación. Debe hacerse seguimiento longitudinal que permite valoraciones de la velocidad de crecimiento y la maduración sexual, de gran importancia por las amplias variaciones de la normalidad durante la pubertad y el proceso de crecimiento y desarrollo

- **Revisión del estado de vacunación**

En toda consulta de control de crecimiento y desarrollo el profesional de la salud debe realizar la revisión del esquema de vacunación del/la adolescente, el cual debe ser completado en caso de necesidad y/o aplicar los refuerzos correspondientes de acuerdo a las **Normativas del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI)**.

Se debe dar especial atención a la inmunización para hepatitis B, pues durante la adolescencia existe un alto riesgo de infección por transmisión sexual. De igual manera, se deben aplicar los refuerzos necesarios de toxoide tetánico por el incremento en el riesgo de accidentes y lesiones externas. En el caso de las adolescentes embarazadas se seguirá el esquema establecido en las Normas de atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.

2.- Evaluación del desarrollo psicosocial y cognitivo

Para la evaluación del desarrollo psicosocial y cognitivo es necesario considerar los datos de interacción social del/la adolescente: familia, pares, rendimiento escolar, área laboral, comunidad en forma integral.

Etapas de desarrollo psicosocial en la adolescencia

Etapas	Autonomía	Identidad	Imagen
Adolescencia Temprana (10-13 años)	-Varones: imagen paterna fuerte y poderosa. Rechazo hacia lo femenino. Agresivos, estado de turbulencia, falta de control de impulsos. -Mujeres: inicio de rivalidad y desvalorización hacia su madre. Acentuación de aspectos masculinos, agresividad, falta de control.	-Varones: fuerte identificación con el padre. -Mujeres: inclinaciones románticas y fantasiosas. Bajo nivel de autoestima. Ambos: pensamiento concreto frente al futuro con metas vocacionales irreales.	Preocupación por los cambios puberales. Incertidumbre acerca de su imagen corporal. Reedición de etapas orales y anales: voracidad por la comida, uso no convencional en su vocabulario y su vestir.
Adolescencia media (14-16 años)	Período de máxima interrelación con los pares y del conflicto con los padres. Aumento de la experimentación sexual. Inicio etapa de galanteo.	Fantasías de invulnerabilidad. Se toma así mismo como objeto de amor. Ambivalencia de la omnipotencia a la desvalorización. Adherencia a los valores de los pares.	Preocupación por la apariencia y deseo de aceptación por los pares

Adolescencia tardía (17-19 años)	Identificación más humanizada con los padres y otros adultos admirados. Las relaciones íntimas son prioritarias. El grupo de pares se torna menos importante.	Desarrollo de un sistema de valores e ideales sociales. Gran capacidad crítica. Metas vocacionales más realistas. Capacidad de intimar	Mayor aceptación de su imagen corporal.

9.2.2 DETECCION DE TRASTORNOS EN LA RELACION FAMILIAR

1.- A todos los y las adolescentes que asisten al servicio, no importando el motivo, se les debe preguntar acerca de cómo se siente en relación con su familia. Es esencial en el manejo de adolescentes el conocimiento de la dinámica familiar.

2.- Para el conocimiento de la dinámica familiar del/la adolescente se debe seguir las pautas establecidas en la historia clínica para conocimiento de la estructura familiar y nivel socioeconómico de la familia. Además se debe investigar:

Aspectos a investigar	¿Qué observar?	¿Cómo investigar y preguntar?
Funcionalidad famliar	• Modo de interacción familiar • Cohesión • Comunicación • Adaptabilidad • Capacidad de solucionar problemas • Roles en la familia • Estructuras de poder • Capacidad de comunicación con otras familias y en la comunidad	• ¿Qué actividades realizan juntos? • ¿Cuándo comparten la comida? • ¿Cómo toman las decisiones? • Podrías relatar un día en tu familia? • Podrías contar un día de fin de semana?
Percepción del/la adolescente de su relación familiar.	• Se siente escuchado/a • Se siente acompañado/a • Se siente aceptado/a • Se siente rechazado/a • Se siente ignorado	• ¿Cómo sientes que es la relación que tienen en tu familia la mayor parte del tiempo? • ¿Cómo te tratan? • ¿Cómo tratas a los demás?

Antecedentes de salud familiares	• Problemas psicosociales o clínicos	• Ha habido en tu familia problemas de salud crónicos, hospitalizaciones o muertes? • Alguien en tu familia ha tenido problemas por consumo de alcohol y drogas, violencia, problemas legales o judiciales.

9.2.3 DETECCION DE TRASTORNOS EN LAS RELACIONES SOCIALES

1.- A todos los y las adolescentes que asisten al servicio, no importando el motivo, se les debe preguntar acerca de como se sienten en sus relaciones sociales.

2.- La detección de relaciones sociales caracterizadas por excesivo aislamiento y/o ausencia de relaciones íntimas es un indicador de riesgo de depresión, ameritan un seguimiento especial por psicología.

3.- Para la detección de trastornos en las relaciones sociales se debe explorar:

Aspectos a investigar	¿Cómo preguntar?
Actividades sociales	¿Qué haces en tu tiempo libre? Practicas deportes, vas a fiestas o realizas actividades artísticas? ¿Cómo es un día en tu vida? ¿Cómo es un día de fin de semana?
Integración social	Realizas alguna actividad en grupo: deportes, fiestas, grupo juvenil? Formas parte de algún club cultural o equipo deportivo?
Reconocimiento social	Cómo es la relación con tus compañeros / as. Te sientes rechazado/a, aceptado/a, ignorado/a?
Capacidad de intimar	Tienes algún muchacho/a con quien sales o te sientes atraído? Tienes algún amigo/a íntimo/a a quien le cuentes tus cosas?
Referente adulto	Tienes algún adulto con quien compartas tus problemas, confíes, busques ayuda si la necesitaras?

9.2.4 DETECCION DE TRASTORNOS CON RELACION A LA ESCOLARIDAD

1.- A todos los y las adolescentes que asisten al servicio, no importando el motivo, se les debe preguntar acerca de como se sienten con relación a su escolaridad. Debe anotarse en el expediente clínico del/la adolescente el nombre del establecimiento escolar y el grado que cursa.

2.- Los/as adolescentes que refieran insatisfacción con relación a la escuela: repitencias, ausencias frecuentes, abandono, bajo rendimiento, transgresiones a las normas escolares, deben ser evaluados por el personal de psicología para la evaluación e investigación de situaciones que pueden estar interfiriendo con dichas conductas (trastornos de aprendizaje, disfunción familiar, abuso sexual o maltrato físico, síndrome de dèficit de atención, consumo de alcohol o drogas).

3.- En los/as adolescentes en situaciones especiales de impacto sobre la escolaridad (enfermedades crónicas, largas hospitalizaciones, embarazadas, en reclusión, etc.) se debe elaborar un plan especial que permita el cumplimiento de las exigencias escolares y las de la situación correspondiente. En caso de que la situación de escolaridad requiera de una intervención de cierta complejidad el equipo de salud debe coordinar con el equipo docente de la escuela.

4.- En los/as adolescentes sin escolaridad se debe promover su reinserción en actividades educativas, formales o no formales.

5.- El servicio debe tener conocimiento de las actividades educativas no formales disponibles en el área de influencia del servicio y darlas a conocer a los/as adolescentes.

9.2.5 DETECCION DE TRASTORNOS CON RELACION AL TRABAJO

1.- A todos los y las adolescentes que trabajan se le debe preguntar acerca de sus condiciones laborales. Investigar: edad de inicio del trabajo, horario, condiciones legales, condiciones de seguridad en el trabajo, calidad de las relaciones humanas en el trabajo.

2.- El equipo de salud debe tener conocimientos básicos de las leyes laborales que competen a los/as adolescentes, para promoverlas entre ellos/as y sus padres, a fin de promover la protección de sus derechos.

3.- El servicio de adolescentes debe articular acciones con las instituciones y organizaciones comunitarias que trabajan en alternativas de capacitación para empleo juvenil, microempresas, etc.,

9.2.6 DETECCION DE TRASTORNOS CON RELACION A LA SEXUALIDAD

A1.- todos/as los/as adolescentes que asisten al servicio, no importa el motivo y hayan o no iniciado relaciones sexuales, se les debe preguntar acerca de cómo se sienten con relación a su sexualidad.

2.- El profesional del servicio de adolescentes debe de facilitar el acompañamiento respecto a conflictos que surgen durante el desarrollo psicosexual de los/as adolescentes. Debe tener presente que la sexualidad y afectividad son componentes esencialmente culturales, a la vez que son ejes centrales en la vida del/la adolescente, quienes necesitan hablar de sus sentimientos y emociones.

3.- Los mitos y temores infundados respecto a la sexualidad (culpa por la masturbación, el inicio de relaciones sexuales, orientación sexual diferente, dificultades en sus relaciones sexuales) suelen tener como antecedentes factores emocionales y culturales. Cuando los problemas psicosexuales son producto de angustias leves, de la inexperiencia y se dan en adolescentes sanos, es importantes tranquilizarlos/as y brindarles un espacio para conversar acerca de sus inquietudes y de aspectos referidos al desarrollo psicosexual y la repuesta sexual humana.

4.- Si la situación descrita por el/la adolescente es indicativa de trastornos relativos ala función sexual se debe recurrir a intervención profesional específica. La mayor parte de los problemas de función sexual se corresponde con causas psicológicas y emocionales, consumo de alcohol o drogas, antecedentes de violaciones o abuso sexual, sin embargo debe descartarse factores de riesgos físicos (gineco-andrológicos).

5.- El equipo de salud debe tener clara las siguientes consideraciones con relación a la orientación sexual:

- En el abordaje de la sexualidad de los/as adolescentes, no debe darse por supuesto que la orientación sexual será siempre de carácter heterosexual.

- La homosexualidad no debe considerase como una entidad psicopatológica per se.
- Algunos/as adolescentes experimentan algún tipo de práctica homosexual (tocarse, masturbarse, besarse y eventualmente tener relaciones con otra persona del mismo sexo) sin que ello signifique que su orientación sexual definitiva sea homosexual. No debe encasillarse al/la adolescente dentro de una determinada orientación sexual.
- Se debe considerar la posibilidad de dificultades en la aceptación de la orientación sexual en adolescentes: deprimidos/as, con intentos suicidas, fugas del hogar, rechazo escolar, rechazo de los pares, consumo de alcohol o drogas, comportamientos de gran impulsividad, relatos maratónicos de actividad sexual, afirmación de masculinidad/femenidad percibida como excesiva por el profesional de la salud, posturas claramente homofóbicas, comportamiento extremadamente femenino en el varón y masculino en la mujer.
- En los/as adolescentes homosexuales que se encuentren en proceso de aceptación de su orientación sexual se debe promover la posibilidad de compartir la información con sus padres y familia. Si el/la adolescente lo juzga factible, acompañarle en todas aquellas situaciones en la que se espere una reacción familiar violenta.
- No todos/as los/as adolescentes homosexuales tienen relaciones sexuales. Al igual que en los/as adolescentes heterosexuales debe promoverse el ejercicio de la sexualidad de manera segura y responsable, incluyendo la decisión de iniciar relaciones sexuales.
- En aquellos/as adolescentes con orientación homosexual o bisexual que tienen relaciones sexuales debe preguntárseles por las medidas de prevención de infecciones de transmisión sexual incluyendo infección por VIH/SIDA, promoviendo a la vez el uso de preservativo/condón.
- El equipo de salud debe tener presente que los/as adolescentes por el hecho de su orientación homosexual, no dejan de estar expuestos a los factores de riesgo propios de su edad. El profesional de la salud que atiende adolescentes con orientación sexual homosexual debe evitar la excesiva alusión a la misma durante la consulta.

Desarrollo Psicosexual del/la adolescente

Etapa	Edad	Motivación	Manifestación
Aislamiento	12-14 años	Profundos cambios puberales.	Varón: tendencia al mismo sexo. Burlas/ agresión Mujer: tendencia al sexo opuesto. Independencia de sus padres. Masturbación en ambos sexos.
Incertidumbre	14-15 años	Relativo dominio de sus cambios puberales. Búsqueda de figuras identificadoras.	Idealización/ amigo/a íntimo/a. Canalización de lo erótico a través de la confidencia. Masturbación. Relaciones homosexuales ocasionales.
Apertura a la heterosexualidad	15-17 años	Afirmación de su identidad sexual. Fuerte narcisismo.	Relaciones entre ambos sexos. Relaciones con intensidad pero con poco compromiso. Relaciones fugaces.
Consolidación	17-19 años	Identidad lograda. Objeto amoroso único.	Mayor estabilidad emocional.

9.2.7 DETECCION DE RIESGO DE EMBARAZO Y/O INFECCIONES DE TRANSMISION SEXUAL, INCLUYENDO INFECCION POR VIH/SIDA

1.- A todos los y las adolescentes que asisten al servicio, no importa el motivo, se les debe preguntar sobre comportamientos sexuales de riesgo para infecciones de transmisión sexual, incluyendo infección por VIH/SIDA (ITS/ VIH/SIDA).

2.- A todos/as los/as adolescentes en riesgo de embarazo inoportuno, ITS/VIH/ SIDA o explotación sexual se les debe indicar una consejería y/o la asistencia a grupos de autoaprendizajes para reducir dichos riesgos. Se debe tener presente que factores de tipo psicológico (falta percepción de riesgo, sentimientos de omnipotencia) y socioculturales (falta de información, educación, estereotipos de género) favorecen la adquisición de ITS/ VIH/SIDA y la ocurrencia de embarazos inoportunos por lo que deben abordarse en las sesiones de consejería y grupos de autoaprendizajes.

3.- Se debe investigar en adolescentes sexualmente activos: uso de preservativo/condón, uso de otros métodos anticonceptivos, orientación sexual, número de parejas sexuales, historia previa de embarazo o ITS/VIH/SIDA y antecedentes de trabajo sexual.

Factores de riesgo de embarazo inoportuno:

- Maduración física más avanzada que la maduración psicosocial
- Baja autoestima
- Falta de comunicación familiar
- Bajo rendimiento o abandono escolar
- Falta de un proyecto de vida alternativo a la maternidad
- Grupos de pares con comportamiento de riesgo (consumo de alcohol o drogas, conductas violentas, relaciones sexuales indiscriminadas)
- Información sexual inadecuada
- Inicio de relaciones sexuales antes de los 16 años
- Depresión o duelo por pérdidas (fallecimiento, aborto reciente)
- Madre, hermana, familiar cercano con embarazo en la adolescencia
- Antecedentes de embarazo o aborto previo
- Ejercicio de roles adultos
- Abuso de alcohol y/o drogas
- No utilización o utilización incorrecta de los métodos anticonceptivos
- Prácticas sexuales no coitales sin protección (juegos sexuales)

Factores de riesgo de ITS:

- Adolescentes de ambos sexos que iniciaron relaciones sexuales antes de los 16 años
- Adolescentes con cambios frecuentes de pareja en poco tiempo.
- Adolescentes con relaciones sexuales no protegidas (no utilizan preservativo/condón o lo utilizan a veces o lo utilizan inadecuadamente).
- Adolescentes cuyas parejas sean consumidoras de drogas
- Antecedentes con abuso de alcohol y/o consumo de drogas

- Adolescentes cuyas parejas tuvieron ITS
- Adolescentes con antecedentes de abuso sexual
- Adolescentes "de la calle" o recluidos en cárceles o albergues
- Antecedentes de abortos previos
- Adolescentes que ejercen el trabajo sexual

Factores de riesgo de infección por VIH/SIDA:
Incluye todos los factores de riesgo mencionados para ITS además:

- Consumo de drogas intravenosas y/o compartir agujas
- Antecedentes de otras ITS
- Haber tenido más de una pareja sexual en los últimos 6 meses
- Trabajo sexual, relaciones homosexuales masculinas o indiscriminadas con ambos sexos
- Pareja sexual con riesgo de infección por VIH/SIDA
- Patologías que han requerido transfusiones
- Tatuajes
- Hemodiálisis
- Contacto accidental con sangre

9.2.8 DIAGNOSTICO DE INFECCIONES DE TRASMISION SEXUAL, INCLUYENDO INFECCION POR VIH/SIDA

1.- En todos los y las adolescentes que tengan relaciones sexuales se debe realizar investigación diagnóstica de ITS/VIH/SIDA.

2.- A los/as adolescentes que lo soliciten o con conductas de riesgo se les debe realizar, previo consentimiento, prueba diagnóstica de infección por VIH/SIDA.

3.- Al realizar la anamnesis el profesional de la salud debe tener presente el abordaje de la conducta sexual del/la adolescente, las preguntas deben ser precisas, simples y claras, no dar nada por sobreentendido. Es necesario incluir en la anamnesis: comportamientos de riesgo, antecedentes de embarazos y/o abortos, historia sexual, orientación sexual, abuso sexual, presencia de adenopatías.

4.- Se deberán tener presente los siguientes signos y síntomas:

Asociados a ITS:

- Ulceras vulvares, penianas o anales
- Verrugas vulvares o anales
- Flujo vaginal o secreciones uretrales
- Prurito vulvar, vaginal o anal
- Ardor en vulva o vagina
- Dispareunia
- Dolor pélvico
- Disuria
- Dolor a la defecación
- Ulceras bucales que tarden en curar más de 10 días
- Fiebre, decaimiento
- Lesiones blancas indoloras en la boca
- Adenopatías inguinales
- Prurito pélvico o corporal
- Rash cutáneo
- Dolores articulares
- Micosis o infecciones a repetición
- Bartolinitis

Asociados a VIH/SIDA:

- Fiebre y/o adenopatías de origen desconocido
- Pérdida de peso, audición, visión, cansancio
- Trastornos psiquiátricos que aparecen abruptamente
- Aparición de tuberculosis o síndrome de Kapossi
- Antecedentes o consulta actual por: hepatitis B, sinusitis rebelde, neumonías, tuberculosis, candidiasis rebeldes, procesos diarreicos a repetición, úlceras y/o •verrugas genitales, lesiones cervicales en pacientes jóvenes.

- Se deben seguir las recomendaciones para el manejo de casos de ITS contempladas en las Normas del Programa de control de enfermedades de transmisión sexual. De igual manera, en la atención de adolescentes se puntualizará en los siguientes aspectos:

En caso de ITS:

- Ofrecer consejería sobre ITS, aunque el diagnóstico no esté confirmado.
- Examen físico completo, incluyendo examen ginecológico o urológico
- Estudios: VDRL; anticuerpos antihepatitis B, C, D; prueba para detección de clamydia; cultivos uretrales, anales, vaginales e hisopados faríngeos; extendidos de las secreciones o material de úlceras para fondo oscuro; ELISA para infección por VIH; ante ELISA dudoso confirmar con Wertern Blot
- Citología cervicovaginal (Papanicolau)
- Constatar que el/la adolescente entiende cómo se contagió, porqué la importancia del tratamiento de su pareja, y las explicaciones del tratamiento indicado.
- Contactar siempre y tratar a las parejas
- Citar en 15 días para constatar el cumplimiento del tratamiento
- Trabajar en interdisciplina (médicos, psicólogos, enfermeras, educadores, trabajador social) para diagnóstico biopsicosocial en caso de conductas de riesgo reiteradas (elevado número de parejas sexuales sin protección, drogadicción, jóvenes de la calle o abusados, importante diferencia de edad con la pareja).

En caso de VIH/SIDA:

- Determinar conocimiento del/la adolescente sobre la posibilidad que su patología sea infección por VIH/SIDA.
- Realizar consejería previa al estudio, el equipo de salud debe brindar apoyo y acompañar al/la adolescente hasta el resultado.
- Solicitar el consentimiento informado para el estudio.
- El profesional que detectó la infección en el/la adolescente y le acompañó en la espera del resultado, frecuentemente será el profesional "de contacto" para el/la adolescente con infección VIH/SIDA.

Seguimiento según resultado del ELISA:

Resultado:	¿Cómo preguntar?
ELISA negativo	• Decisión de cambio de comportamiento. • Control en 3 meses
ELISA dudoso	• Realizar comprobación con el test de Western Blot • Si es negativo este test se realiza control en 3 meses
ELISA positivo	• Todos los ELISA positivos deben ser confirmados • Explicar que el tratamiento posterga la aparición de la enfermedad. • Decisión de cambio de comportamiento. • Adecuada alimentación y actividad física. • Referir a especialista /infectología para inicio tratamiento. • Informar sobre redes de apoyo locales a personas VIH positivo. • Apoyo interdisciplinario: psicólogo, trabajo social. • Citar para seguimiento como médico de referencia.

9.2.9 DETECCION DE MALTRATO Y ABUSO FISICO, INCLUYENDO ABUSO SEXUAL

1.- El diagnóstico del maltrato y abuso se hace sobre la base de la sumatoria de indicadores físicos y psicológicos específicos e inespecíficos.

2.- El diagnóstico de maltrato y abuso resulta difícil, rara vez se hace sobre la base de signos físicos. En ocasiones los padres o el/la adolescente consultan por el abuso pero la mayor parte de los casos están enmascarados y los/as adolescentes presentan sintomatología variada tales como trastornos de conducta, enfermedades orgánicas producto del abuso, trastornos emocionales y/o psicosomáticos.

3.- La intervención en los casos de abuso debe ser **interdisciplinaria.**

4.- Los casos en que se sospecha que el abuso es cometido por un familiar conviviente o por una persona conocida que tiene fácil acceso al/la adolescente (maestro, vecino, entrenador deportivo, etc.) **deben ser informados a las**

autoridades. La denuncia de "sospecha" no indica que el hecho exista realmente y es la mejor manera de brindar protección a la víctima.

5.- Toda "sospecha" de abuso debe ser denunciada a las autoridades competentes a fin de que sean tomadas las medidas cautelares que garanticen la seguridad e integración psicofísica de la víctima.

6.- La validación del diagnóstico debe realizarse sin que el/la adolescente tenga contacto con el supuesto ofensor mientras se investiga el caso. La validación del diagnóstico no requiere entrevistar al supuesto ofensor. El indicador más específicamente relacionado con el abuso sexual en niños/as y adolescentes es el relato de la víctima.

7.- El personal del equipo que escucha el relato de un/a adolescente que describe abuso sexual, debe:

- Escucharlo tranquilamente y brindarle apoyo
- Registrar textualmente, utilizando las palabras del/la adolescente
- Preguntar de manera general sin inducir respuestas
- No culpabilizar al/la adolescente (Por ejemplo: no preguntar por qué no pidió ayuda, por qué no se defendió, etc.)
- Realizar o solicitar examen físico completo incluyendo genitales por personal capacitado.
- Brindar primeros auxilios psicológicos centrados en recuperar la estabilidad emocional y apoyo a la toma de decisiones.
- Realizar intervención interdisciplinaria. Referir según requerimientos.
- Presentar informe escrito a las autoridades competentes

Indicadores altamente específicos de abuso sexual	
Físicos	• Lesiones en zona genital y/o anal • Sangrado por vagina o ano • Infecciones vaginales o de transmisión sexual • Embarazos
Psicológicos	• Relato de la víctima

Indicadores inespecíficos de abuso sexual	
Físicos	• Enuresis, encopresis secundaria
	• Dolores abdominales recurrentes sin causa orgánica
	• Cefaleas recurrentes sin causa orgánica
Psicológicos	• Síndrome de estrés post-traumático
Indicadores de sospecha según período evolutivo	
Antecedentes en la infancia temprana	• Conductas hipersexuadas y/o auto eróticas • Trastornos del sueño (pesadillas, terror nocturno) • Conductas regresivas • Retraimiento social • Temores inexplicables ante personas o situaciones determinadas • Fenómenos disociativos
Antecedentes en la niñez y/o pre-adolescencia	• Cambios bruscos en el rendimiento escolar • Problemas configuras de autoridad • Mentiras • Fugas del hogar • Delincuencia • Coerción sexual hacia otros niños • Excesiva sumisión frente al adulto • Fobias • Quejas somáticas (cefaleas, dolores abdominales) • Sobre adaptación, pseudo madurez.
Adolescencia	• Promiscuidad sexual, prostitución • Coerción sexual hacia niños / as y otros adolescentes • Drogadicción • Delincuencia • Conductas auto regresivas • Excesiva inhibición sexual • Trastornos disociativos • Anorexia, bulimia

9.2.10.- DETECCION DE RIESGO DE CONSUMOS DE SUSTANCIAS NOCIVAS

1.- A todos/as los/as adolescentes que asisten al servicio, no importa el motivo, se les debe preguntar acerca de consumos de tabaco, alcohol y drogas.

2.- No es necesario constatar consumo de alcohol y drogas, para considerar que un/a adolescente necesita apoyo

3.- Comenzar preguntando sobre el consumo de alcohol y drogas en el entorno escolar y/o laboral, continuar luego con su círculo de amigos/as y finalmente con el/la adolescente.

4.- El equipo de salud debe puntualizar al/la adolescente las normas de confidencialidad en estos casos, aclarando que de la información obtenida puede surgir la necesidad de requerir apoyo de los padres, las autoridades u otros.

5.- En el caso de adolescentes que consumen interrogar acerca de: interacción familiar, historia familiar de consumos, circunstancias que rodean al consumo, influencia de pares, cantidad y frecuencia, actitudes y motivaciones acerca del consumo y eventual repercusión sobre los aspectos físicos, psicosociales, escolares y laborales.

6.- En muy pocas ocasiones el/la adolescente consulta por el consumo excesivo de alcohol o drogas. El equipo de salud debe prestar especial atención a los indicadores de consumo:

- Faltas reiteradas a la escuela
- Alteraciones de la conducta, sanciones disciplinarias en la escuela
- Alteraciones permanentes del humor: irritabilidad, hostilidad, sobre valoración
- Convivencia con amigos consumidores de drogas
- Ausencias reiteradas del hogar sin previo aviso
- Actitud tolerante hacia el consumo de tabaco, alcohol y drogas

7.- En adolescentes con abuso de alcohol y/o drogas debe interrogarse acerca de la actividad sexual sin protección.

8.- En todos/as los/as adolescentes que se diagnostique consumo de sustancias nocivas se debe realizar intervención específica de acuerdo a la situación de consumo y a la edad de cada adolescente:

Tipo de consumo	¿Qué indicar?
Consumo de tabaco Consumo de alcohol ocasional	• Consejería y referencia a un grupo de auto-ayuda/ autoaprendizaje
Consumo excesivo de alcohol	• Abordaje psicológico estratégicamente descentrado del consumo, que apunte a la reducción de la vulnerabilidad, los factores de riesgo y promueva la resiliencia. • Interconsulta con especialista en manejo de dependencia por alcohol.
Uso y abuso de cocaína, poli consumo o drogas intravenosas.	• Se adaptará en complejidad a la severidad de la situación clínica.
Intravenosas	• Es indispensable el trabajo interdisciplinario y la interconsulta con especialista en manejo de dependencias por drogas.

9.2.11.- DETECCION DE RIESGO DE DEPRESION Y SUICIDIO

1.- A todos/as los/as adolescentes se les debe preguntar acerca de riesgo de depresión y suicidio.

2.- Los estados depresivos son frecuentes en adolescentes, pero por lo general no representan motivo de consulta, sino que se manifiesta por quejas psicosomáticas: dolores, astenia psicofísica, traumatismos reiterados, alteraciones del sueño o el apetito, dificultades en el rendimiento escolar.

3.- Un importante número de casos de suicidio se asocia a depresión. Es por excelencia la situación que hace necesaria la prevención primaria, es decir intervenir antes del intento. La evaluación que realice el equipo de salud es un recurso fundamental para el potencial suicida.

5.- El equipo de salud debe diferenciar entre tendencias suicidas y riesgo inminente:

Indicadores de riesgo de suicidio:

- Ansiedad severa
- Retracción social
- Caída en el rendimiento escolar o laboral

- Disfunción familiar
- Orientación homosexual
- Enamoramiento melancólico
- Deficiencia mental leve o moderada
- Enfermedades crónicas en el/la adolescente o en su familia
- Enfermedad terminal o muerte en familiares cercanos
- Profunda insatisfacción con el cuerpo
- Historia de maltrato físico o de abuso sexual
- Abuso de alcohol y/o consumo de drogas
- Intento de suicidio previo
- Ideación y/o planes suicida
- Disponibilidad del agente suicida

Indicadores de riesgo inminente:

- Plan o ideación suicida
- Intentos previos
- Historia de desajustes
- Contexto suicida (amigo o familiar)
- Consumo de estimulantes
- Ocupar una posición periférica en el contexto familiar y/o social
- Enojo
- Depresión

5.-En los casos que se sospeche riesgo de suicidio y/o en casos de síntomas de depresión mayor o recurrente, el/la adolescente debe ser evaluado inmediatamente por el personal de salud mental. Dependiendo del caso puede ser necesaria la hospitalización inmediata.

6.-La psicoterapia en el/la adolescente con riesgo suicida debe ser siempre directa, orientadora y reaseguradora. Se le debe indicar:

- No aislarse
- No interrumpir actividades sociales normales
- Advertirle que la depresión es una enfermedad y que con frecuencia entraña ideación suicida.
- Comunicarle que la depresión es un estado limitado en el tiempo y responde al tratamiento, siendo el psicoterapeuta el idóneo para atender esta problemática.

9.2.12.- DETECCION DE RIESGO DE HIPERTENSION

1.- A todos/as los/as adolescentes se le debe realizar detección de riesgo de hipertensión.

2.- La evaluación de la presión arterial debe hacerse con el/la adolescente sentado/a, con su brazo derecho descansando sobre una mesa, el ángulo del codo a nivel del corazón. Prestar atención al pulso para determinar irregularidades. El brazalete del tensiómetro debe cubrir el 75% de la longitud del brazo, debe estar desinflado y el manómetro marcar el punto 0. Envolver el brazo suave y firmemente evitando ajustar, el borde inferior debe estar a 2.5 o 3 cm por encima del pliegue del codo. Palpar la arteria braquial y colocar allí la campana del estetoscopio. Inflar el manguito hasta 150 mm de mercurio y luego desinflar lentamente. La aparición del primer ruido representa la presión sistólica. El punto donde el sonido desaparece es la presión diastólica.

3.- Se considera hipertensión a tres valores sucesivos y en días diferentes dentro del mes de tensión arterial sistólica y/o diastólica por encima del percentil 95 de acuerdo a los valores normales para la edad (ver anexo).

4.- A los/as adolescentes con sobrepeso que presenten valores entre el percentil 90 y 95 se les debe tratar la obesidad, y monitorear la tensión arterial cada 6 meses.

5.- Los/as adolescentes en los cuales se detecte hipertensión deben ser referidos a cardiología.

9.3.- ATENCION A LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA

9.3.1.- CONSULTA GINECOLOGICA INTEGRAL

1.- La consulta ginecológica no debe limitarse a la exploración de los genitales, sino que debe ser un espacio de esclarecimiento de temas relativos a la sexualidad y el desarrollo y detección de necesidades de autoaprendizajes.

2.- La anamnesis debe incluir los antecedentes ginecológicos, la adolescente importantiza dos eventos sobre los cuales giran situaciones de ansiedad, falta de información, temores e incertidumbre que es preciso abordar: edad de la menarca e inicio de relaciones sexuales.

3.- A todas las adolescentes que tienen relaciones sexuales se les debe realizar examen ginecológico que incluya detección de cáncer cervical.

4.- En todos los casos el examen debe realizarse con suavidad y paciencia, logrando obtener la confianza de la adolescente, respetando su pudor y tiempos. Se debe poner especial atención en explicar a la adolescente cada aspecto del examen y mostrarle los elementos a utilizar en el mismo.

5.- En casos de adolescentes que no han iniciado relaciones sexuales, se debe contar con la autorización de por lo menos uno de los padres para la realización del examen ginecológico.

6.- Se debe cubrir a la adolescente. No es necesario que esté totalmente desvestida

7.- La posición ginecológica es la recomendada para el examen, si la adolescente es púber se la puede examinar en posición "rana": Con rodillas flexionadas y tocándose ambos pies por las plantas.

Aspectos a considerar en el examen ginecológico:

¿En qué adolescentes?	¿Qué investigar?
Sin inicio de relaciones sexuales	• Inspección genitales externos • Valoración tamaño del clítoris • Valoración del vello pubiano • Secreciones vaginales de acuerdo al estado puberal • Valoración genitales internos mediante tacto rectal. • Himen: características, permeabilidad • Examen mamario.
Con inicio de relaciones sexuales	Además de lo anterior: • Toma de Papanicolau (PAP) • Toma para estudio de flujo, diagnóstico de enfermedades de transmisión sexual. • Colposcopía, ante PAP anormal • Examen mamario • Tacto vaginal • Inflamaciones • Herpes papova virus • Neoplasias

Toma de Papanicolau (PAP):

El procedimiento a seguir para la toma de muestra de PAP en la adolescente es el establecido en las Normas para la prevención, diagnóstico y tratamiento temprano del cáncer cèrvico uterino, se debe dar especial atención a los siguientes aspectos:

1.- Educar a la adolescente explicándole para qué sirve el PAP, cuál es su importancia y las maniobras que se realizarán.

2.- La toma de exocervix se obtiene con espátula de madera (espátula de Ayre o similar).

3.- La toma endocervical con citobruh o con hisopo humedecido, rotado en el canal.

4.- Aplicar todo en un portaobjeto

5.- La fijación en alcohol 95% debe ser inmediata para evitar el desecado en las células o con spray fijador.

6.- Para que la toma sea satisfactoria se debe primero tratar el flujo y la adolescente debe guardar 48 horas de abstinencia sexual, evitando lavados vaginales, uso de cremas y óvulos.

7.- El PAP se debe repetir de acuerdo a la patología encontrada o a las características de riesgo de la adolescente, según lo establecido en las normas para la prevención, diagnóstico y tratamiento temprano del cáncer cèrvico uterino

9.3.2 .- CONSULTA SOBRE ANTICONCEPCION

Los y las adolescentes son considerados una categoría especial respecto a la anticoncepción, pues tienen un riesgo especialmente alto asociado al embarazo no esperado, al aborto y sus secuelas, así como a las infecciones de transmisión sexual, incluyendo VIH. En general, las adolescentes son saludables y elegibles para cualquiera de los métodos anticonceptivos. Las actividades de la consulta sobre anticoncepción se realizarán tal como especifica la Norma nacional de salud reproductiva de República Dominicana–Planificación Familiar, que parte de los criterios de elegibilidad médica para el uso de anticonceptivos. Los siguientes aspectos normativos son complementarios de dicha norma y deben ser aplicados por el profesional de salud que asiste adolescentes:

1.- A todos los y las adolescentes sexualmente activos se les debe indicar consejería y consulta sobre anticoncepción. Así como la asistencia a grupos de autoaprendizajes según necesidades.

2.- En la consejería sobre anticoncepción se debe explicar el uso correcto de los métodos, enfatizando la doble protección tanto para la prevención de embarazo como de las ITS/VIH/SIDA; así como reforzar el uso de métodos

anticonceptivos para la posposición del primer embarazo y la ampliación del período intergenésico.

3.- Se debe facilitar el acceso a la consulta en pareja y apoyar el proceso de negociación para que la decisión sea compartida por ambos.

4.- Previo a la anticoncepción debe realizarse una anamnesis que incluya: antecedentes personales, antecedentes clínicos, información sobre la pareja y situación familiar.

5.- Es fundamental la indicación del preservativo/condón en la iniciación sexual, ya que es el único método que previene de ITS. No se debe considerar que el adolescente lo sabe usar, el profesional debe siempre explicar su uso correcto.

6.- El equipo de salud debe estimular la lactancia materna. En las adolescentes madres, se debe recurrir a un método que no interfiera con la lactancia.

La Norma nacional de salud reproductiva de República Dominicana–Planificación Familiar, hace las siguientes recomendaciones en cuanto a la elección de métodos de planificación familiar en la adolescencia:

OPCION No. 1	• Abstinencia • Condón • Espermicidas • Gestágenos orales combinados • Inyectable combinado
OPCION No.2	• DIU en adolescentes con relaciones monógamas • Implante Norplant* • Orales de progestina sola* • Inyectable de progestina*
OPCION No.3	• Métodos de observación de la fertilidad • Métodos tradicionales

*Anexo detalle sobre métodos anticonceptivos.

9.3.3.- CONSULTA PRENATAL Y POSTNATAL

1.- Todas las adolescentes en las que se presuma un embarazo tienen derecho a recibir una atención prenatal y post natal diferenciada que incluya seguimiento a la maternidad/ paternidad hasta un año posterior al parto.

2.- La sospecha de un embarazo puede provenir de la anamnesis o examen clínico de o una demanda de la adolescente o su familia.

3.- Debe indicarse consejería previa a la solicitud de una prueba confirmatoria de embarazo.

4.- En toda adolescente con amenorrea debe descartarse embarazo

5.- La atención del embarazo en la adolescente debe ser abordada por un equipo de salud interdisciplinario, capacitado para la realización de acciones preventivas, educativas y asistenciales durante la gestación y extendida hasta el primer año de vida del niño.

6.- La atención prenatal debe incluir la pareja de la adolescente por entender la atención prenatal, como una forma de atención de la salud a una unidad familiar en donde el adolescente varón necesita despejar miedos, dudas e involucrarse, tanto como la adolescente mujer.

7.- Se debe garantizar la confidencialidad, el consentimiento y la participación de los /as adolescentes en todo momento de la atención.

8.- Se debe propiciar durante el embarazo la lactancia materna y promover el vínculo temprano con su hijo/a, a ambos integrantes de la pareja.

9.- El equipo de salud debe evitar juicios valorativos sobre aspectos de comportamiento moral de los/as adolescentes.

10.-Se debe promover la integración de los/as adolescente a su comunidad: escuelas, instituciones barriales, etc.

11.-El equipo de salud debe realizar control de auto-aprendizaje e indicar consejería según requerimientos.

12.-En la entrevista inicial a la adolescente embarazada se le debe informar sobre las actividades que desarrolla el servicio y la red institucional. Incluyendo la invitación a participar en el grupo de preparación integral para la maternidad.

13.-En la entrevista inicial el profesional del equipo de salud debe prestar especial atención a la identificación de factores de riesgo para la salud, así como a situaciones de urgencia, las cuales se deben manejar según lo

establecido en las Normas nacionales para el manejo de las principales urgencias obstétricas.

- Factores de Riesgos:
  - Edad menor de 15 años y/o con menos de un año de edad ginecológica.
  - Desconococimiento de la fecha de última menstruación (indicador de déficit en acciones de autocuidado).
  - Bajo nivel de instrucción o analfabetismo.
  - Necesidades básicas insatisfechas.
  - Embarazo no deseado o negado.
  - Ausencia de compañero o sin amparo familiar.
  - Padres separados o ausentes.
  - Tentativa de aborto.
  - Embarazo resultante de incesto o estupro.
  - Decisión de ofrecer al recién nacido en adopción.
  - Internación psiquiátrica, inestabilidad emocional excesiva o tentativa de suicidio.
  - Trabajo pesado.
  - Uso de tabaco, alcohol o drogas.
  - Nutrición inadecuada.
  - Dificultad de acceso a los servicios de salud.
  - Acceso tardío al control prenatal
  - Adolescentes VIH positivo.
  - Adolescente desnutrida, o que no aumentó de peso durante dos consultas.
  - Antecedentes de feto muerto, malformado, abortos, parto prematuro.

Consulta obstétrica

1.- Se utiliza la Historia Clínica del Adolescentes desde la primera consulta, a fin de poner el foco de atención en la adolescente y su desarrollo. Se utiliza también la Historia Clínica Perinatal Base (HCPB), entregando a la adolescente el carné perinatal.

2.- Los controles prenatales deben respetar, en cuanto a frecuencia y pedido de estudios en cada trimestre, así como el manejo del embarazo de alto riesgo, las recomendaciones de las Normas nacionales de atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio.

Captación Temprana:

Se debe facilitar el acceso precoz de la adolescente embarazada a la consulta prenatal antes de las 16 semanas promoviendo:

- Eliminación de barreras como costo y distancia.
- Participación de la comunidad y en particular de los/as adolescentes multiplicadores en la captación de embarazadas y difusión de las actividades del servicio.

Turnos de consultorio:

- Se debe favorecer la privacidad, facilidad y rapidez para acceder a las consultas, con atención especial a los casos de urgencia y al final del embarazo.
- Se debe facilitar el acceso a la consulta en compañía de su pareja o un familiar, en caso de que la adolescente lo solicite.

Actividades de la consulta:

Deben realizarse las actividades para la consulta obstétricas especificadas en las Normas de atención a la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y del recién nacido. Los siguientes aspectos normativos son complementarios de dichas normas y deben ser aplicados por el profesional de salud que asiste adolescentes:

- Explicar el proceso de control prenatal para despejar miedos relativos a la atención, informando de la importancia del control prenatal para ella y su bebé.
- Preguntar en cada consulta de forma explícita los síntomas. Por ejemplo: "tienes molestias al orinar? ; "se te inflaman los pies?"; "tienes flujo?". Las preguntas deben adaptarse a cada trimestre del embarazo.
- Informar en cada consulta signos y síntomas que pueden hacer necesario consultas de emergencia.
- Realizar seguimiento de aprendizajes para auto cuidado de su salud.
- Evaluar crecimiento y desarrollo integral y vulnerabilidad psicosocial.
- Preguntar y consignar el peso previo al embarazo. Medición de talla y peso.
- Evaluación de la edad gestacional por fecha de última menstruación (FUM) y/o crecimiento fetal.
- Determinación de la presión arterial

- Suministro de hierro y ácido fólico
- Examen ginecobstètrico y evaluación de riesgo
- Conocer aspectos de la sexualidad de la pareja antes del embarazo.
- Examen clínico general
- Examen odontológico
- Promover la defensa de los derechos de los/as adolescentes y sus hijos
- Promover la permanencia y/o reingreso a la escuela o capacitación laboral.
- Promover la incorporación a grupos a través de organizaciones de la comunidad.
- Consejería en anticoncepción, enfatizando en la prevención del siguiente embarazo.
- Interconsultar según requerimientos.

Requerimientos nutricionales:

- En la embarazada y durante la lactancia aumentan las necesidades proteínicas, energéticas y de todos los nutrientes (Ver anexo). Durante el primer trimestre casi no hay incremento de las necesidades alimenticias. Durante el segundo y tercer trimestre es aconsejable un suplemento de aproximadamente 300 calorías diarias.
- Las adolescentes embarazadas con una vida sedentaria necesitan como mínimo, de 2,400 a 2,600 Kcal. Diarias y las adolescentes más activas o en etapa final del crecimiento necesitan cerca de 50 Kcal. Por Kg de peso. Hay que calcular de 30 a 35 gr diario de proteínas suplementarias.
- La adolescente que no consume leche o derivados, debe incorporar a su dieta el consumo de los mismos, durante el embarazo. Es conveniente que incluya en su alimentación alimentos ricos en hierro y ácido ascórbico (vitamina C), ya que el problema de la anemia es común en el embarazo. Para evitar la constipación se debe recomendar el consumo de frutas, verduras, cereales integrales y líquidos que aceleran el tránsito intestinal.
- Se debe recomendar no abusar del consumo de sal, ya sea como condimento, o a través de alimentos ricos en ella, como por ejemplo embutidos, conservas, salsas comerciales, etc.

Preparación integral para la maternidad/paternidad

Técnica

- Se realiza en forma grupal con pares, desde el primer contacto con la adolescente y su pareja, con técnicas participativas, que intentan promover la independencia y la búsqueda individual de soluciones.
- Se debe apoyar en la experiencia de los/as adolescentes y favorecer la expresión de creencias, sentimientos y actitudes, incentivando la asistencia al mayor número posible de encuentros, incorporando el máximo de contenidos.

Contenidos

- Auto cuidado
- Autoestima
- Proyecto de vida
- La consulta prenatal. Importancia
- Nutrición durante el embarazo
- Identidad y género.
- Relaciones familiares
- Derechos y deberes legales
- Signos y síntomas de alarma pre y post parto
- Lactancia materna y sus beneficios
- Psicoprofilaxis del parto
- Prevención siguiente embarazo. Elección método anticonceptivo
- Cuidados del recién nacido

Recomendaciones para el parto

- Se debe garantizar una referencia formal a las adolescentes, posibilitando su acceso a los servicios de 2do o 3er nivel de atención, según corresponda a cada caso en particular.
- Se debe promover, de acuerdo las posibilidades, que en la labor de parto y el puerperio inmediato la adolescente se encuentre acompañada por su pareja o miembros de su familia.

- Se debe asegurar el regreso de la adolescente y del recién nacido, al servicio de salud de origen, trayendo toda la información necesaria para el seguimiento y notificación del equipo de salud.

Recomendaciones para el puerperio

- El profesional de salud debe explicar a la adolescente la necesidad de la consulta puerperal, que debe ser a la semana del parto, en el lugar de atención de origen, con una adecuada contrarreferencia, realizando el examen físico y reforzando: cuidados higiénicos, cuidados del recién nacido, apoyo a la lactancia materna y prevención del siguiente embarazo.

Acompañamiento a la maternidad / paternidad

- Se debe facilitar un espacio de trabajo interdisciplinario que facilite la atención de la madre adolescente y su hijo, hasta el 1er año de vida, a fin de asistir los procesos biopsicosociales que la maternidad determina.
- Se debe generar un espacio grupal de intercambio de pares con abordaje interdisciplinario, donde se desarrollaran contenidos a partir de la demanda de los/as adolescentes y en especial: desarrollo del recién nacido, lactancia, inmunizaciones, rol de madre, relaciones familiares, proyecto de vida.
- Control periódico de la madre y su hijo, con seguimiento biopsicosocial, incluyendo seguimiento a la anticoncepción, para prevención de un siguiente embarazo.
- Se debe indicar consejería al adolescente padre, acompañando el proceso de sobre adaptación necesario para asumir el rol de la paternidad, para lo cual el adolescente no está socialmente preparado.

9.3.4.- ATENCION INTEGRAL DEL ABORTO CON PREVENCION DE UN SIGUIENTE EMBARAZO NO DESEADO.

1.- En todas las adolescentes que se presuma un aborto se debe tener presente la necesidad de prevenir un siguiente embarazo no deseado.

2.- El equipo de salud debe tener presente los aspectos legales sobre el aborto que rigen en el país.

3.- Es indispensable el manejo interdisciplinario en caso de aborto.

4.- El aborto puede o no ser informado por la adolescente como motivo de consulta, puede presentarse como:

- Atraso menstrual, con o sin sospecha de embarazo, en quienes no utilizaban o utilizaban de manera inadecuada, algún método anticonceptivo.
- Atraso menstrual en adolescentes con método anticonceptivo adecuado o no, pero que manifiestan temor o rechazo al embarazo o simplemente negación del mismo.
- Solicitud de confirmación de diagnóstico, sin decisión tomada.
- Petición explícita de interrumpir el embarazo.
- Complicaciones de un aborto espontáneo o inducido: aborto incompleto, hemorragia, dolor abdominal, signos de infección y/o shock.
- Fiebre, decaimiento, mal estado general.
- Mareos, hipotensión, náuseas, vómitos.
- Ante abuso sexual y/o violación

Atención clínica del aborto sin complicaciones

Diagnóstico	Manifestaciones	Tratamiento
Amenaza de aborto	• Hemorragia ligera o moderada • Calambres • Cuello del útero sin dilatar • Prueba de embarazo positiva	• Observación y reposo
Aborto inevitable	• Hemorragia • Cuello del útero dilatado	• Observación • Diagnóstico ecográfico • Evacuación uterina • Medicación uterotónica
Aborto incompleto	• Hemorragia • Expulsión parcial de productos de la concepción • Cuello del útero dilatado	• Evacuación uterina inmediata • Medicación uterotónica
Aborto Completo	• Expulsión completa de productos de la concepción	• Observación • Medicación uterotónica
Aborto fallido	• Muerte fetal con expulsión diferida. • Puede complicarse con coagulopatías	• Evacuación uterina inmediata. • Puede requerir tratamiento de coagulopatías.

Las acciones de asistencia al aborto por niveles de atención variarán de acuerdo al personal disponible para la intervención. Debe considerarse la referencia al nivel correspondiente cuando no existe capacidad resolutiva, para evitar mayores complicaciones y muerte. Para el manejo de aborto se debe dar seguimiento a las acciones establecidas en las **Normas nacionales para el manejo de las principales urgencias obstétricas.**

Toda adolescente con un cuadro de aborto requiere apoyo psicológico y diagnóstico psicofamiliar de riesgo.

Complicaciones del aborto

Inmediatas:

- Perforación uterina
- Lesión traumática del cuello
- Infección del aparato genital, manifestada por fiebre: requiere diagnóstico precoz y tratamiento adecuado.
- Hemorragias: indicativa de vaciado incompleto. Reconsiderar diagnóstico y nuevo legrado.

Tardías:

1.- Mayor número de abortos y partos prematuros

2.- Repercusiones psicológicas. Se deben considerar como signos de alerta las condiciones psicosociales en que ocurrió la interrupción del embarazo:

- Clandestino, en malas condiciones
- Fuera de su medio
- Por presión de la familia y/o pareja
- Sin consentimiento previo de la práctica a la que sería expuesta
- Sentimiento ambivalente respecto al embarazo
- Aborto tardío
- Falla del método anticonceptivo
- Paciente VIH positivo
- Violación o incesto
- Problemas emocionales previos
- Aversión cultural y/o religiosa al aborto

- Sentimiento de culpa
- Falta de comunicación
- Alteraciones del sueño
- Alteraciones de la alimentación
- Violencia, agresividad
- Depresión, idea suicida
- Trastornos en la escolaridad
- Cambios en las actitudes sociales, sexuales, etc.
- Posibilidad de un nuevo embarazo reparador

Seguimiento

1.- El profesional de la salud debe asegurarse al dar la de alta por el aborto, que la adolescente entiende la importancia de su seguimiento en la consulta.

2.- Previo a la de alta se debe explicar a la adolescente los signos y síntomas que pueden requerir atención urgente, informarle qué hacer y a dónde recurrir.

3.- Explicar de manera clara el modo de tomar los medicamentos y las medidas higiénicas a seguir.

4.- Informar a la adolescente sobre la reaparición de las menstruaciones, reanudación de la actividad sexual y necesidad de anticoncepción para prevenir un siguiente embarazo no deseado.

5.- En la consulta de seguimiento debe incluirse consejería, además de la oferta y administración de algún método anticonceptivo (ver consulta sobre anticoncepción).

6.- La consejería sobre anticoncepción debe iniciarse en el lugar donde es atendido el aborto y luego coordinar al nivel que corresponde de la red de servicios.

9.2.5.- ATENCION INTEGRAL EN CASO DE VIOLACION

1.- La víctima puede consultar a cualquier profesional del equipo de salud. En todos los casos se debe brindar una atención interdisciplinaria.

2.- El profesional del servicio que realiza el examen clínico debe ser del mismo sexo que la víctima y nunca atender solo a la víctima.

3.- Se debe registrar en el expediente los datos personales del acompañante de la víctima.

Acciones a seguir

- La entrevista debe ser realizada en un lugar privado, sin interrupciones. Nunca realizar la anamnesis con la víctima desnuda o en la camilla, sino sentada frente al mèdico/a y vestida.
- En todo momento el profesional debe mantener una actitud de apoyo a la víctima y al acompañante. Evitar dirigirse al acompañante o la víctima con frases sancionadoras, por ejemplo: "Dónde estaba usted cuando esto pasó?"; Porquè estaba solo/a?"
- Se debe escribir textualmente el relato de la víctima. Si ésta puede expresarse por sí misma, es conveniente escucharla sin interferencia del acompañante. Dejar que la víctima se exprese libremente, no inducir respuestas ni preguntar sobre el momento de la violación.
- Investigar fecha de la última menstruación, si la víctima es de sexo femenino.
- Evaluar el estado general de la víctima, incluyendo situación psicológica

Examen físico

- Realizar en lugar privado, sin interrupciones.
- No hacer el examen con la víctima completamente desnuda. Desvestir por partes.
- Al momento del examen el acompañante dejará sola a la víctima, si así lo desea. Deben estar siempre los dos integrantes del equipo de salud responsable de la atención.
- La ropa de la víctima debe ser colocada en una bolsa de papel, que debe ser cerrada para evitar destrucción de evidencias. Identificar y entregar a la autoridad correspondiente.
- En el expediente deben describirse, enfatizando en las características de cada lesión encontrada, las siguientes áreas examinadas:

  Extragenital: cabeza, cara, cuello, tórax, espalda, mamas, abdomen, brazos, antebrazos, muñecas, manos, piernas y pies. Cuando se ha

obligado a la víctima a estar de decúbito dorsal y con las piernas abiertas, se encuentran lesiones en espalda, muñecas, glúteos y tobillos.

Genital: vulva y vagina en la mujer; pene en el varón; región perianal y anal en ambos.

Se debe revisar y recolectar material de las uñas.

Examen de la región genital

- Debe realizarse en posición ginecológica y por personal capacitado.
- Debe describirse cada zona de los genitales examinada.
- La región anal debe ser examinada en posición genupectoral. Describir lesiones encontradas.
- En ocasiones el examen requiere anestesia general.

Toma de muestras

Se utilizan hisopos y frascos estériles que deben ser identificados correctamente. Se deben tomar muestras de sangre, orina y muestras de cultivo de vagina, ano y cavidad bucal. Estas muestras pueden ser conservadas en heladera común por 48 horas. Se debe además, peinar y revisar el pubis a fin de recolectar material extraño (pelos, semen).

Estudios

- Prueba de embarazo
- VDRL
- Detección de anticuerpos para hepatitis B, C, D.
- Prueba para detección infección por VIH

Tratamiento

- Tratar las lesiones
- Buscar anticuerpos antihepatitis B o aplicar vacuna antes de los 15 días
- Toxoide tetánico y refuerzo
- Terapia antibiótica

- Tratamiento con terapia hormonal de emergencia para prevenir embarazo, si se trata de una adolescente, dentro de las 48 a 72 horas después del incidente, previo consentimiento informado.
- Brindar primeros auxilios psicológicos centrados en recuperar la estabilidad emocional y apoyo a la toma de decisiones
- Continuar seguimiento por equipo interdisciplinario (médico, psicólogo, trabajo social) y en coordinación con otras instituciones como el juzgado de menores, la escuela, etc.

X.- BIBLIOGRAFIA

1.- Brasil, Ministerio da Saúde. Secretaría de assistència á Saúde. Normas de Atencao á Saúde Integral do Adolescente. Volume I, II, y III. 1993

2.- Costa Rica, Ministerio de Salud, Caja Costarricense del Seguro Social. Manual de Funciones Programa Atención Integral de Adolescentes, 1992.

3.- Costa Rica, Ministerio de Salud, Caja Costarricense del Seguro Social. Normas de Atención al Embarazo en la Adolescencia. 1997

4.- Donas, S. Marco Conceptual y Epidemiológico de la Salud Integral de Adolescentes. OPS/OMS. Costa Rica, 1997.

5.- Ecuador, Ministerio de Salud Pública. Dirección General de Salud. Dirección Nacional de Fomento y Protección. Manual de Normas y Procedimientos para la Atención Integral a la Salud de los/as Adolescentes con énfasis en Salud Reproductiva. 1995

6.- Maddaleno, M. y Cols. La Salud del Adolescente y del Joven. OPS/OMS, Washington, 1995

7.- República Dominicana. Código para la Protección de Niños, Niñas y Adolescentes. 1995.

8.- República Dominicana. Código de salud de la República Dominicana. 1956.

9.- República Dominicana. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social/ Dirección General Materno Infantil y Adolescentes, Programa de Atención Integral a la Salud de los y las Adolescentes (PRONAISA). Bases Programáticas. 1997.

10.- República Dominicana. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social/ Dirección General Materno Infantil y Adolescentes, Programa de Atención Integral a la Salud de los y las Adolescentes (PRONAISA). Normas Técnico- Administrativas. 1999

11.- República Dominicana. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social/ Dirección General Materno Infantil y Adolescentes. Norma Nacional de Salud Reproductiva de la República Dominicana. Planificación Familiar. 1999

12.- República Dominicana. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social/ Dirección General Materno Infantil y Adolescentes. Normas de Atención a la Mujer durante el Embarazo, Parto, Puerperio y del Recién Nacido. 1999

13.- República Dominicana. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social/ Dirección General Materno Infantil y Adolescentes. Normas Nacionales para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento Temprano del Cáncer Cèrvico Uterino. 1999

14.- República Dominicana. Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social/ Comité Nacional de Mortalidad Materna. Plan de Acción Nacional para la Reducción de la Mortalidad Materna. OPS/OMS/FNUAP. 1995.

15.- Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Recomendaciones para la Atención Integral de Salud de los y las Adolescentes con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva. Washington, 1999.

16.- Silber, T y Cols. Manual de Medicina de la Adolescencia. OPS/OMS, Washington. 1993.

EVALUACION ANTROPOMETRICA

Cálculo del potencial genético de los padres: consiste en la estimación del potencial genètico de la talla del/la adolescente, a partir de la talla de los padres; para lo cual es necesario medir la estatura de los padres. Cuando no es posible obtener la estatura de uno de los progenitores, se toma la talla de la media de la población del sexo correspondiente, con lo cual se deberán ampliar los límites del potencial genético +11cm para el sexo masculino y +10cm 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 >LI < LS

Predicción alta para el pp >LS

Predicción baja para el pp <LI

Existen diversos métodos para su calculo, entre ellos el empleo de fórmulas:

Varones: $\frac{TP + (TM + 12.5cm)}{2}$ LIMITE +/ -10 Mujeres: $\frac{TM + (TP - 12.5cm)}{2}$ LIMITE +/ -9

TP= Talla del padre; TM= Talla de la madre

Cálculo de la velocidad de crecimiento (VC): se refiere a la tasa de crecimiento de un individuo en un lapso de tiempo determinado. Requiere de dos consultas sucesivas con un intervalo de por lo menos 3 meses y no mayor de 18. Se considera normal cuando se ubica entre los percentilos 10 y 90. Se utiliza la siguiente fórmula:

$$VC = \frac{\text{Talla actual} - \text{Talla anterior}}{2} = \text{cm/año}$$

$$\text{*Punto medio de edad} = \frac{\text{ED actual} + \text{Edad anterior}}{2} = \text{años}$$

(*Se utiliza para graficar)

Maduración esquelética: determina el adelanto o retardo de la maduración con la realización de la edad ósea (EO) de la muñeca y mano izquierda. Se expresa en forma absoluta: edad cronológica (EC) menos edad ósea (EO), en años (EC-EO=años); y en forma relativa: EO/EC x 100= %. Expresa el porcentaje de maduración esquelética alcanzado.

Índice de masa corporal: El IMC se calcula con la fórmula

IMC= peso(Kilogramos)/talla (metros cuadrado).

Clasificación de sobrepeso de acuerdo a su índice de masa corporal (IMC)

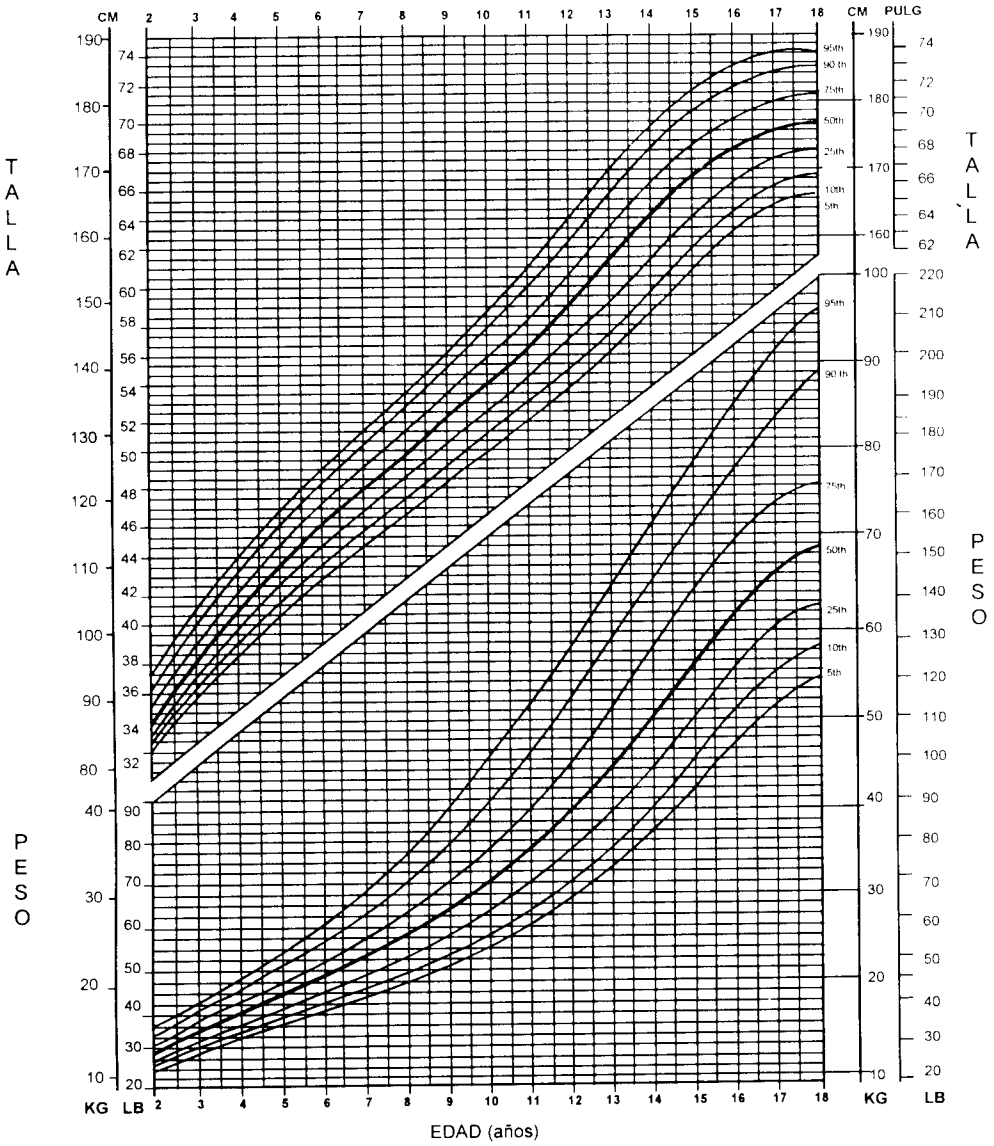
Clasificación	IMC
Bajo peso	<18.5
Peso normal	18.5-24.
Sobrepeso	>25
Pre-obesidad	25-29.9
Obesidad tipo I	30-34.9
Obesidad tipo II	35-39.9
Obesidad tipo III	>40

NOMBRE _____

MASCULINO (2 a 18 AÑOS)

EXPEDIENTE _____

EDAD (años)

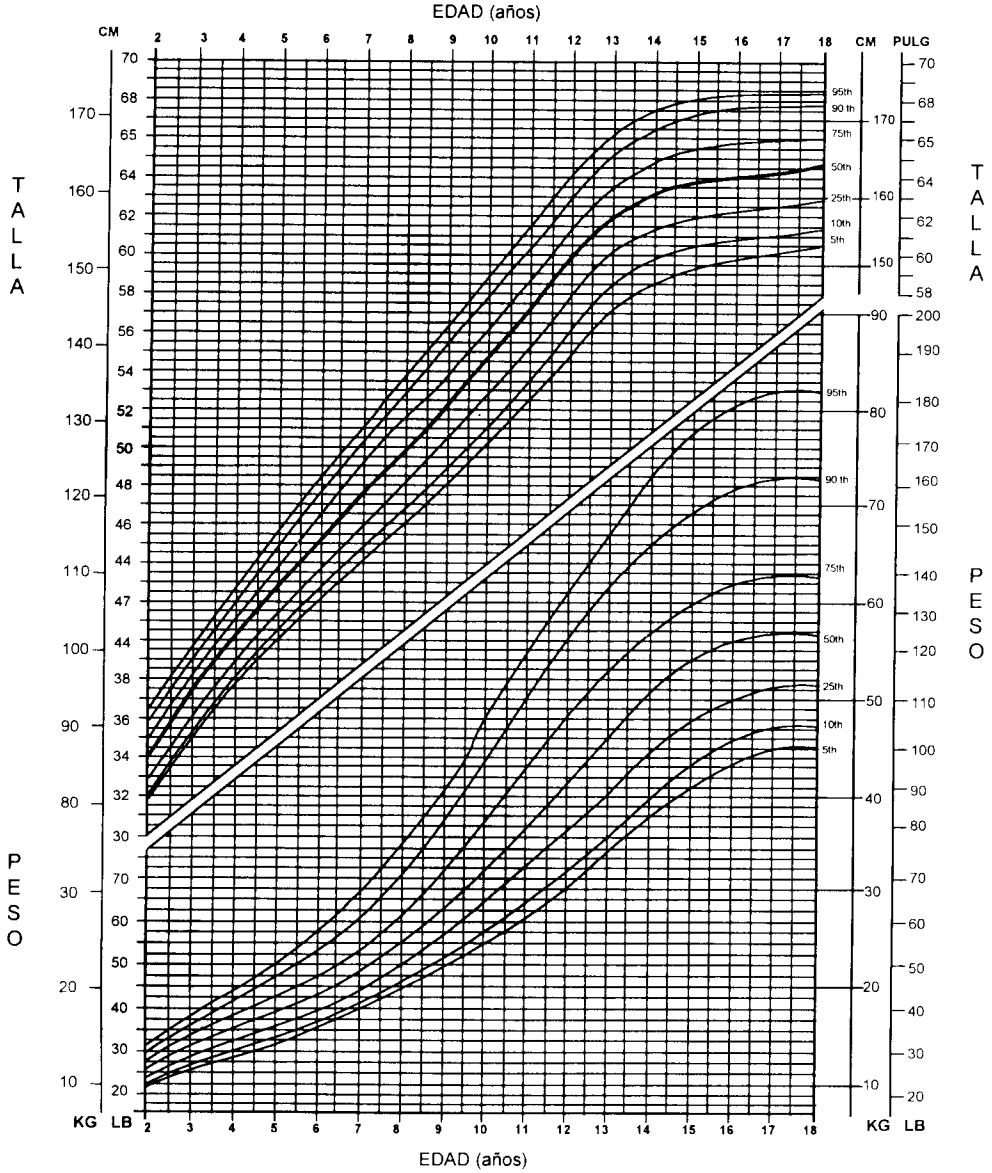


NOMBRE_____

FEMENINO (2 a 18 AÑOS)

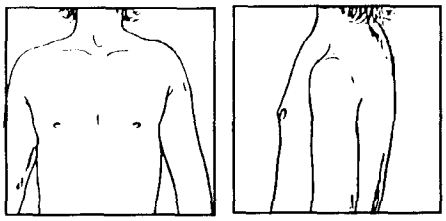
EXPEDIENTE:_____

EDAD (años)



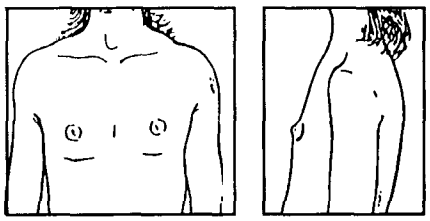
ETAPAS DEL DESARROLLO DE LAS MAMAS Y EDADES PROMEDIO, MINIMA Y MAXIMA DE APARICION

Según Tanner



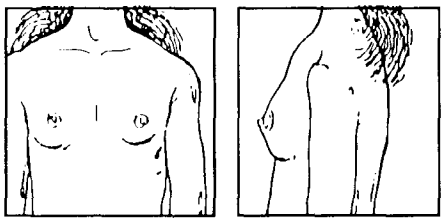
Máxima 13 años y 3 meses

ETAPA I: Pre-adolescente, solamente elevación de la papila.



Promedio 10 años y 6 meses. Mín. 9 y 9 máx. 15 años.

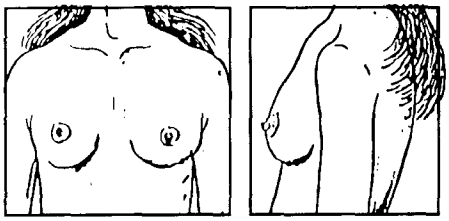
ETAPA II: Elevación de la mama y de la papila como pequeño montículo. Agrandamiento del diámetro de la areola. Coincide con la menarquia.



Min. 12 años. Mínima 9 años y 9 m.

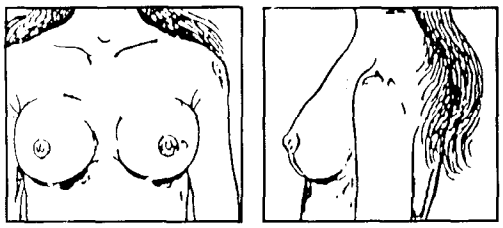
Máxima 16 años y 9 m.

ETAPA III: Mayor agrandamiento y la aerola, sin separación de los contornos.



Prom. 13 años y 3 meses. Mín. 10 años. Máximo 18 años.

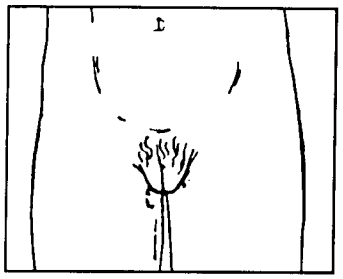
ETAPA IV: Mayor agrandamiento y elevación de la mama y la areola sin separación de los contornos.



Máximo 15 años y 6 meses. Mínimo 12 años.

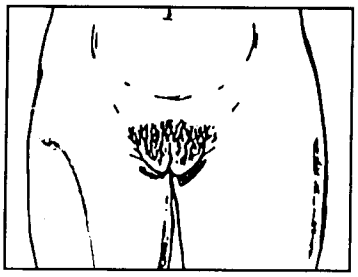
ETAPA V. Proyección de la papila solamente debido a la recesión de la areola al contorno general de la mama.

ETAPAS DEL DESARROLLO DEL VELLO PUBLICO
Según Tanner.



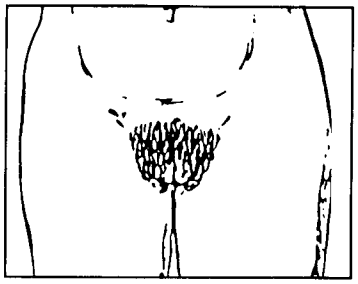
ETAPA I: No existe vello púbico.

ETAPA II: Crecimiento escaso de vello largo ligeramente pigmentado y suave, lacio o crespo a lo largo de los labios.
Coincide con la aparición de la menarquía.
Prom. 13 años. Mínimo 11, máximo 16 años y 6 meses.

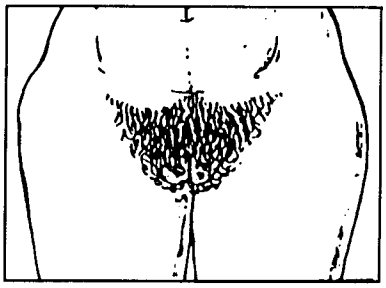


ETAPA III: Considerablemente más oscuros, más ásperos y rizados. Se esparce realmente sobre la unión del pubis.

Prom. 14 años y 6 meses. Mínimo 11 años y 6 meses. Máximo 16 años y 9 meses.



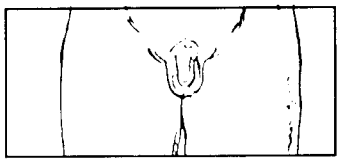
ETAPA IV: Vello del tipo adulto pero cubre menos superficie. No se esparce a la superficie media de los muslos.
Promedio 15 años y 6 meses. Mínimo 12 años y 6 meses. Máximo 18 años.



ETAPA V: Igual al de los adultos, cantidad y tipo con distribución de modalidad horizontal.

Promedio 16 años y 6 meses. Mínimo 13 años y 9 meses.

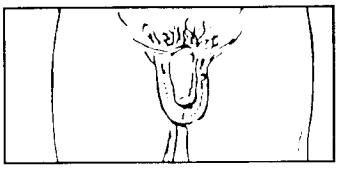
ETAPAS DE MADURACION DE LOS GENITALES EXTERNOS MASCULINOS Y EDADES PROMEDIO, MINIMAS Y MAXIMAS DE APARICIÓN



Máx. 15 años

ETAPA I: Pre-adolescente: los testículos, el escroto y el pene tiene alrededor del mismo tamaño y la misma proporción que en la primera infancia.

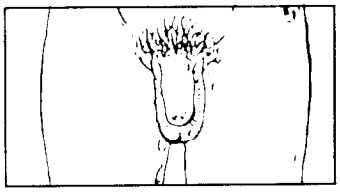
El vello sobre el pubis no crece aun.



Prom. 13 años.
Mín. 11 - Máx. 16 años y 6 meses.

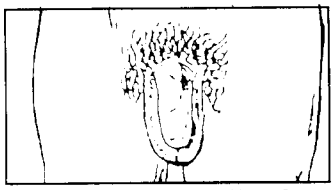
ETAPA II: Se agrandan el escroto y los testículos. La piel del escroto se enrojece y cambia de textura. Hay poco o ningún agrandamiento del pene.

Crecimiento escaso de vello largo, ligeramente en la base del pene o a lo largo de los testículos. Coincide con el inicio de eyaculaciones nocturnas.



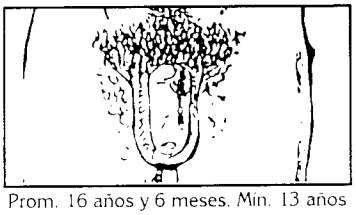
Prom. 14 años y 6 meses. Mín. 11 años y 6 meses. Máx. 16 años y 9 meses.

ETAPA III: El pene se agranda algo y al principio especialmente en longitud. Los testículos y el escroto se agrandan un poco más. Los vellos son más oscuros, más ásperos y más rizados. El vello se esparce realmente sobre la unión del pubis.



Prom. 15 años y 6 meses. Mín. 12 años y 6 meses. Máx. 18 años.

ETAPA IV: Aumenta el tamaño del pene, crece en ancho y longitud y se observa el desarrollo de las glándulas. Testículos y escroto de mayor tamaño. La piel del escroto más oscura. El vello tipo de adulto pero cubre menos superficie, no se esparce a la superficie media de los muslos.



Prom. 16 años y 6 meses. Mín. 13 años y 9 meses.

ETAPA V: Los genitales adquieren características adultas en tamaño y forma. Velocidad igual que a la de los adultos en cantidad y tipo con distribución de la modalidad romboidal.

• **Detalle sobre métodos anticonceptivos.**

Criterios de elegibilidad:

CLASIFICACION	CON EVALUACIÓN CLINICA	SIN EVALUACIÓN CLINICA1
1	Usar el método en cualquier circunstancia.	SI
2	Generalmente usar el método.	SI
3	Usualmente no se recomienda usar el método a menos que no haya otros métodos disponibles o aceptables.	NO
4	No debe usarse el método.	NO

• **Métodos de abstinencia periódica**

Es la evitación voluntaria del coito por una pareja durante la fase fértil del ciclo menstrual con el objeto de prevenir un embarazo. Requieren de fuerte motivación, cooperación de la pareja, ciclos regulares, largo período de abstinencia y una detallada e intensa instrucción. No previenen las ITS.

- **Método de calendario o del ritmo**: se basa en el registro de 6 a 12 ciclos menstruales. Se calcula el primer día fértil restando 18 al número de días del ciclo más corto y el último restando 11 del más largo. Las variaciones del ciclo normal dan como resultado una proporción elevada de fracaso. En la adolescencia hay mayor posibilidad de presentar ciclos anovulatorios y fases luteínicas acortadas. Poco eficaz en adolescentes.
- **Método de Billings**: se basa en las variaciones cíclicas del moco cervical observadas a nivel de la vulva. Se debe instruir sobre los cambios de caracteres y en el denominado "signo pico de ovulación", caracterizado por un moco claro y viscoso, indicativo de inicio de la abstinencia sexual hasta 48 horas después de la desaparición de estas características. La mujer realiza la observación recogiendo el moco cervical entreabriendo la vulva y retirando el moco cervical existente en el introito con papel higiénico blanco. Poco eficaz en adolescentes.
- **Método térmico (temperatura basal)**: La mujer debe registrar su temperatura inmediatamente al despertar para obtener un registro basal. En el tiempo de la ovulación la temperatura sube unos 0.2 - 0.4 centígrados y luego se

mantiene a un nivel más alto hasta el comienzo de la próxima menstruación. El cambio de temperatura de un nivel más bajo a un nivel más alto marca el momento de la ovulación. A partir del día tercero del ascenso térmico puede comenzar a tener relaciones con menor riesgo de concepción. De baja aceptabilidad y eficacia en adolescentes.

- Método sintotèrmico: basado en la detección de los síntomas ovulatorios: moco cervical, dolor abdominal, sangrado periovulatorio, sumado a la temperatura basal. Permite determinar el inicio y el final del período fértil. Dadas las características fisiológicas (alta incidencia de alteraciones del ciclo) y psicológicas de las adolescentes, las posibilidades de su práctica en adolescentes son limitadas.
- Método de lactancia y amenorrea (MELA): se considera un mètodo de planificación familiar para mujeres que lactan, fundamentado en la combinación de la lactancia exclusiva y amenorrea durante los primeros 6 meses del período postparto. Su efectividad está en función del cumplimiento de los siguientes requisitos en la adolescente madre: estar en amenorrea, con niño/a menor de 6 meses, lactancia exclusiva a libre demanda, diurna y nocturna. En caso de que la madre adolescente no cumpla con los requisitos mencionados, se debe recurrir a un método que no interfiera con la lactancia.

• Métodos de barrera

- Son métodos químicos. No previenen las ITS. Se presentan en diversas formas farmacéuticas (óvulos, espumas, tabletas, jaleas, cremas). Ejercen una acción surfactante sobre la membrana del espermatozoide actuando como bloqueador mecánico. Su efectividad está en función de un adecuado uso. Debe colocarse lo más cerca posible del cuello del útero. Debe ser colocado en un lapso no mayor de una hora previo al coito y no menos de 15 minutos cuando se utilizan óvulos o tabletas para dar tiempo a su disolución; no debe efectuarse higiene vaginal hasta transcurrido un lapso mínimo de 7 horas a partir del coito. Se debe usar combinado con preservativo /condón o diafragma. Requiere de una alta motivación para su uso en adolescentes.
- Preservativo masculino / condón: Su indicación es fundamental en la iniciación sexual. Constituye un método de fácil manejo y de relativa disponibilidad para el/la adolescente. Es el único método que previene de ITS. El profesional del equipo de salud debe proponerlo como alternativa válida en los/as adolescentes sexualmente activos explicando sus ventajas.

No se debe considerar que el adolescente lo sabe usar, se debe siempre explicar el uso correcto:

- Verificar fecha de vencimiento del producto
- Usar el preservativo/condón siempre que se practique el coito
- Colocación antes de comenzar el coito
- Colocación del preservativo/condón cuando el pene esté erecto
- Dejar un espacio en el extremo superior del preservativo/condón para retener el semen.
- Desenrollarlo hasta la base del pene
- Si el preservativo/condón se rompe durante el coito, retirar el pene inmediatamente y colocar un nuevo condón.
- Después de la eyaculación retirar el pene cuando todavía esté erecto sosteniendo la base del preservativo/condón

- Diafragma: es un dispositivo en forma de copa de látex bordeado por un anillo flexible. Se coloca en el fondo de la vagina de manera que cubra el cuello del útero para impedir el paso de los espermatozoides. Hay distintos tamaños. Es aconsejable el uso de espermicidas ya que aumenta la eficacia y una colocación más fácil. Debe de colocarse antes de la relación sexual. El lapso previo no debe exceder la hora por la acción de la crema espermicida, y no retirarse hasta transcurridas 7 horas como mínimo. Es dificultoso utilizarlo hasta alcanzar la finalización de la adolescencia media, debido a que requiere alta motivación y manipulación. No previene ITS. No es recomendado en caso de infecciones.

- Método mecánicos

- Dispositivos intrauterino (DIU): es un dispositivo que se coloca dentro de la cavidad uterina. Se utilizan los DIU bioactivos con cobre. Se asocia a riesgo de infección y ITS en adolescentes con múltiples parejas o con cambios frecuentes de parejas . El momento de la colocación ideal es intramenstrual o postmenstrual inmediato. En adolescentes nulíparas existe un riesgo aumentado de expulsión. Se recomienda como anticoncepción post aborto y post parto. Previo a la inserción se recomienda realizar un examen ginecológico completo por personal competente. No debe indicarse en adolescentes con: enfermedad pélvica inflamatoria, anormalidades de la cavidad uterina y hemorragia genital de

causa desconocida. A pesar de que el DIU no está contraindicado, su indicación requiere de la valoración y el seguimiento por personal calificado en las siguientes condiciones:

- Antecedentes de enfermedad pélvica inflamatoria
- Cervicitis aguda
- Respuesta inadecuada a las infecciones (diabetes, terapia con corticoides)
- Anemia crónica
- Hipermenorrea, polimenorrea
- Coagulopatías
- Dismenorrea severa y/o endometriosis
- Alergia al cobre
- Antecedentes de aborto o parto seguidos de infección en los últimos meses
- Imposibilidad de controles ginecológicos adecuados

• Métodos hormonales

Se basa en la administración de esteroides ováricos sintéticos en combinación con progestágenos por vía oral, inyectables o intracorporal. No deben ser recomendados a las adolescentes madres que están lactando durante los 6 primeros meses posteriores al parto , pues interfieren con la producción de leche materna.

Anticonceptivos orales (pastillas)

- Monofásicos: todos los comprimidos tienen una dosis igual de una combinación de diferentes estrógenos y progestágenos. Son de primera elección los que contienen 20mg de etinilestradiol.
- Trifásicos: combinan una dosis fija de estrógenos en todos los comprimidos con dosis crecientes de diferentes progestágenos.
- Anticoncepción postcoital de emergencia: a los/as adolescentes se les debe informar sobre esta alternativa anticonceptiva. Se utiliza cuando se ha tenido una relación coital sin la debida protección para prevenir un embarazo. Se toman 4 pastillas cada 12 horas (solo 2 dosis). Debe iniciarse dentro de las primeras 72 horas siguientes a una relación sexual sin protección. Las pastillas deben tener una concentración mínima por dosis de 100mg de etinilestradiol y 500mg de levonorgestrel. Requiere de una consejería específica y la aclaración al/la adolescente de que la anticoncepción de emergencia no interrumpe un embarazo establecido.

Inyectables:

-**Mensual:** se administra una inyección mensual, la primera el día 5 del ciclo y luego una cada 30 días. Tiene una tasa de fracaso más alta que los orales.
-**Trimestral:** de administración cada tres meses, acetato de medroxiprogesterona 150 Mg. Se asocia a trastornos del ciclo: amenorrea prolongada, polimenorrea, metrorragias.

Intra corporales:
- **Implantes:** son dispositivos que liberan estrógenos en forma prolongada cuando se los ha implantado en la subdermis, con duración de 4 años. Tienen una alta eficacia, se asocian a trastornos del ciclo.

Previo a la indicación de anticonceptivos orales el profesional debe realizar una adecuada anamnesis y examen físico. Los criterios de elegibilidad para este tipo de anticoncepción varían grandemente en función de la presencia de condiciones mórbidas y el grado de las mismas, por lo que se debe explicar a la adolescente sobre su condición y dejar establecido un contrato de seguimiento . La anticoncepción hormonal no se recomienda en adolescentes cursando con:
- Neoplasias genitomamariaa
- Insuficiencia hepática, cirrosis
- Tromboflebitis o enfermedad trombótica
- Enfermedad cardiovascular: hipertensión, descompensación cardíaca
- Hemorragia genital no diagnosticada

Seguimiento:
- Control al 1er mes de la toma. Detectar olvidos reiterados, efectos secundarios. Valorar la aceptación del método.
- Control al 3er y 6to mes. Toma de presión arterial, peso, y realizar palpación mamaria
- Control anual: control clínico, pruebas de coagulación, perfil lipídico, pruebas de función hepática, examen ginecológico
- Se interrumpirá el método si la adolescente no lo asume adecuadamente o si se presentan las siguientes situaciones: Cefalea severa que inició con el uso del anticonceptivo, hipertensión sostenida, mononucleosis, previo a cirugía mayor programada por el riesgo de trombosis, traumatismo mayor y/o inmovilización de miembros inferiores.

- Los efectos colaterales más frecuentes son náusea, mastalgia, metrorragia y aumento de peso. El profesional debe dar seguimiento a estos efectos e insistir con la adolescente que es necesario el no abandono de la toma sin consulta previa.

Metrorragia:

- Interrogar sobre irregularidad en la toma
- Uso de drogas de posible interacción
- Presencia de vómitos y diarrea
- Descartar embarazo o enfermedad pélvica inflamatoria
- Aumentar la dosis de estrógenos

Nauseas:

- Cambiar la hora de la toma
- Preparados con bajas dosis de estrógenos
- Agregar antiemèticos, dieta adecuada

Mastalgia:

- Dieta hiposódica
- Evaluar uso de vitaminas A y E
- Disminuir dosis de estrógenos

Aumento de peso:

- Dieta adecuada
- Valorar el progestágeno

- Coitus interruptus

Es el retiro del pene de la vagina antes de la eyaculación . Es un método de baja eficacia, especialmente en adolescentes donde el autocontrol puede ser dificultoso y la eyaculación suele ser rápida. Debe advertirse a los/as adolescentes que algunas gotas de semen bastan para producir un embarazo y de la posible presencia de espermatozoide en las secreciones uretrales previas a la eyaculación. No previene de las ITS.

REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES DE LOS Y LAS ADOLESCENTES

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
Talla (cm)	157	176	177
Energía (cal)	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
Riboflavina (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

Para Adolescentes Mujeres					
Categoría	11-14 años	15-18 años	19-22 años	Embarazo	Lactancia
Peso (kg)	46	55	55	-----	-----
Talla (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
Riboflavina (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

*Tomado de la Junta de Alimentación y Nutrición. Academia Nacional de Ciencias. Consejo Nacional de Investigaciones. Recommended Dietary Allowances, 9 Ed. Washington DC, 1990.

Cálculo de Nutrientes:

- Hidratos de carbono: 50-60% del aporte energético total. Un gramo aporta 4 Kcal.
- Proteínas: 10-15% del volumen total calórico diario. Un gramo aporta 4 Kcal.
- Lípidos: 30% del volumen total calórico diario. Un gramo aporta 9 Kcal.

CLASIFICACION DE LA HIPERTENSION EN ADOLESCENTES*

Clasificación	Tensión arterial	13 – 15 años	16 – 18 años
Leve	Sistólica	132-135 mmHg	138-141 mmHg
	Diastólica	84 -87 mmHg	88 –91 mmHg
Moderada	Sistólica	136-143 mmHg	142149 mmHg
	Diastólica	88-91 mmHg	92-97 mmHg
Severa	Sistólica	144 ó mayor mmHg	150 ó mayor mmHg
	Diastólica	92 ó mayor mmHg	98 ó mayor mmHg

*Adaptado de: The national Heart Lung and Blood Institute's Task Force on Blood Pressure Control in children, pediatrics Supplement, 59 (5) 797-820, mayo 1977.