



MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL  
DIRECCION DE REGULACION  
GERENCIA DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD DE ADOLESCENTES

# GUIAS DE ATENCION DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD DE ADOLESCENTES

EL SALVADOR, C.A. 2003



## **Autoridades**

### **MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL**

***DR. HERBERT BETANCOURT***

MINISTRO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL

***DR. JULIO GARAY RAMOS***

DIRECTOR DE REGULACION

## Presentación

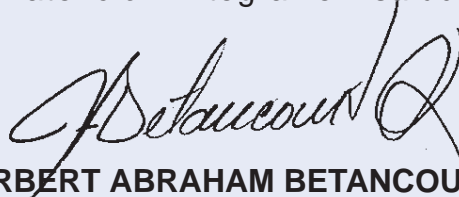
El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, dando cumplimiento al mandato Constitucional que le confiere la rectoría en la atención de la salud de la población Salvadoreña presenta las "Guías de Atención de los Principales Problemas de Salud de Adolescentes". Complementando los avances en el proceso de Modernización Institucional Contributorio a la Reforma del Sector salud.

Los adolescentes han sido definidos como un grupo de población vulnerable con necesidades específicas en el área de la salud, razón por la cual es necesario que el personal disponga de una Guía que dirija las acciones preventivas y de tratamiento a las principales morbilidades identificadas en su perfil epidemiológico y otras propias de su etapa de Crecimiento y Desarrollo.

Este documento es producto del esfuerzo de profesionales de la salud representantes de: Sistema de Seguridad Social del Magisterio, Instituto Salvadoreño del Seguro Social, Comando de Sanidad Militar/Fuerza Armada, Centros Especializados de Referencia Nacional, Hospitales del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y Unidades de Salud, Asociaciones de Profesionales, Instituciones Formadoras de Recursos y Agencias Internacionales de Cooperación.

Estas Guías están dirigidas a los proveedores de servicios de salud para facilitar la atención de los principales problemas de salud de adolescentes.

La aplicación de estas Guías contribuye a complementar la integralidad en los procesos de atención de la salud de adolescentes, dando cumplimiento a su derecho de recibir atención integral en salud con Calidad y Calidez.



**DR. HERBERT ABRAHAM BETANCOURT QUIJADA**  
**MINISTRO DE SALUD**

## INDICE

CONTENIDO	PAGINAS
PRESENTACIÓN	iii
INTRODUCCIÓN	vii
DESARROLLO DE LAS GUIAS DE ATENCION DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD DE ADOLESCENTES	ix
OBJETIVOS	x
a. General	
b. Específicos	
<b>Capítulo 1.</b> EVALUACION DE CRECIMIENTO Y DESARROLLO FISICO	1
● Crecimiento y Desarrollo Físico	
● Pubertad	
<b>Capítulo 2</b> ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	5
● Shigelosis - Parasitismo Intestinal - AMIBIASIS	
<b>Capítulo 3</b> ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPEYICOS	9
● Anemia	
● Leucemia Mielocitica	
<b>Capítulo 4</b> PROBLEMAS DE SALUD RELACIONADOS CON LA FUNCION ENDOCRINA, NUTRICIONAL Y METABOLICA	14
● Delgadez	
● Obesidad	
● Pubertad Precoz	
● Pubertad Retardada	
● Ginecomastia	
● Diabetes Mellitus Tipo 1	
<b>Capítulo 5</b> PROBLEMAS DE SALUD RELACIONADOS CON TRANSTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO	28
● Trastornos de Ansiedad	
● Trastornos Depresivos	
● Intento Suicida	
● Anorexia Nerviosa	
● Bulimia Nerviosa	



<b>Capitulo 6</b> <b>ENFERMEADES DEL SISTEMA NERVIOSO</b> ● Cefalea Tensional	40
<b>Capitulo 7</b> <b>ENFERMEADES DEL OJO Y SUS ANEXOS</b> ● Conjuntivitis ● Blefaritis ● Quemaduras Químicas	42
<b>Capitulo 8</b> <b>ENFERMEADES DEL OIDO</b> ● Otitis	49
<b>Capitulo 9</b> <b>PROBLEMAS DE SALUD RELACIONADOS CON EL SISTEMA CIRCULATORIO</b> ● Hipertensión Arterial ● Fiebre Reumática ● Enfermedad de Chagas	51
<b>Capitulo 10</b> <b>PROBLEMAS DE SALUD RELACIONADOS CON EL SISTEMA RESPIRATORIO</b> ● Sinusitis ● Asma Bronquial ● Bronquitis Aguda ● Neumonía	61
<b>Capitulo 11</b> <b>ENFERMEADES DEL SISTEMA DIGESTIVO</b> ● Dolor Abdominal Agudo ● Apendicitis Aguda ● Dolor Abdominal Crónico o Recidivante ● Hernias de la Pared Abdominal	71
<b>Capitulo 12</b> <b>PROBLEMAS DE LA SALUD RELACIONADOS CON LA PIEL Y EL TEJIDO SUBCUTANEO</b> ● Acné ● Micosis Superficiales ● Escabiosis ● Dermatitis	81

<b>Capitulo 13</b>	
<b>ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO</b>	<b>91</b>
● Infección del Tracto Urinario	
● Amenorrea Primaria	
● Amenorrea Secundaria	
● Dismenorrea	
● Hemorragia Uterina Anormal	
● Desarrollo Mamario	
● Patología Mamaria	
● Torsión del Testículo	
● Orquitis	
● Epididimitis	
● Varicocele	
<b>Capitulo 14</b>	
<b>SALUD BUCAL</b>	<b>114</b>
● Evaluación de la Salud Bucal	
<b>Capitulo 15</b>	
<b>VIOLACION SEXUAL</b>	<b>116</b>
<b>Capitulo 16</b>	
<b>INTOXICACION POR PLAGUICIDAS</b>	<b>121</b>
<b>DEFINICIONES</b>	<b>124</b>
<b>SIGLAS</b>	<b>128</b>
<b>AUTORIA</b>	<b>129</b>
<b>BIBLIOGRAFIA</b>	<b>132</b>
<b>ANEXOS:</b>	<b>134</b>
● CLAP-OPS/OMS HISTORIA DEL ADOLESCENTE	
● CLAP-OPS/OMS HdA. FORMULARIO COMPLEMENTARIO DE SALUD REPRODUCTIVA	
● CLAP-OPS/OMS HISTORIA DEL ADOLESCENTE -EVOLUCION	
● GRAFICAS PARA EVALUAR ESTADO NUTRICIONAL	
● TEST DE TANNER (TABLAS DE DESARROLLO MASCULINO Y FEMENINO)	

## Introducción

El Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, dando cumplimiento en su función rectora ha elaborado las presentes "Guías de Atención de los Principales Problemas de Salud de Adolescentes" como complemento de la Norma de Atención Integral en Salud de Adolescentes, con el propósito de fortalecer y facilitar la labor de los profesionales de la salud en los procesos de atención a los problemas de salud de este grupo poblacional.

Para la elaboración de estas Guías se seleccionaron los principales problemas de salud atendidos en consulta ambulatoria en el primer nivel de atención y de Centros de Referencia Nacional documentados en los informes estadísticos anuales durante el periodo 1999-2002 de la Unidad de Información del Ministerio de Salud; así como otros problemas de salud propios del Crecimiento y Desarrollo Biopsicosocial que pueden ocurrir durante la etapa de la adolescencia.

Las presentes Guías tienen la finalidad de orientar a los proveedores de salud para el abordaje de atención de adolescentes, permitiendo la detección oportuna de signos y síntomas y el manejo adecuado para el restablecimiento de la salud. Además contribuye a fortalecer los procesos de atención en los ámbitos: Familiar, Educativo, Laboral y Establecimiento de Salud.

El Documento contiene: Presentación, Introducción, Objetivos, Desarrollo de Guías de Atención en las que se describe la Definición, Epidemiología, Etiología, Diagnóstico Clínico, de Laboratorio y/o Gabinete, Fases de Atención a Nivel Preventivo, Curativo y de Rehabilitación; así como los Criterios de Referencia en los casos necesarios que requieren de atención clínica especializada y mayor capacidad de respuesta para su resolución.

Al final de cada una se encuentra el Flujograma en el que se resume los pasos a seguir para el manejo de atención del problema de salud, con el objetivo de ubicar rápidamente al lector en el apartado específico que necesite consultar sobre el tema en un momento emergente.

Además presenta una sección de Definiciones y Siglas que amplían conceptos y significados de términos médicos; así como la Bibliografía consultada durante el proceso de elaboración de este documento y finalmente contiene una sección de anexos que incluyen: Hoja de Historia Clínica del Adolescente, Formulario Complementario de Salud Reproductiva, Hoja de Evolución, Gráficas de Evaluación del Estado Nutricional de Hombres y Mujeres y Tabla de Desarrollo y Maduración Sexual(Adaptado de Tanner J. Gronthal, Adolescente Masculino y Femenino), que complementan la aplicación de estas Guías.

**DESARROLLO DE LAS GUIAS DE  
ATENCION DE LOS PRINCIPALES  
PROBLEMAS DE SALUD DE  
ADOLESCENTES**

## OBJETIVOS

### A. OBJETIVO GENERAL

Mejorar la salud de la población adolescente detectando y atendiendo oportunamente la morbilidad en la Red de Establecimientos de Salud del SIBASI

### B. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Contribuir al desarrollo del personal del sector salud para el abordaje de la atención de adolescentes
- Incrementar la eficacia de las intervenciones en la detección y tratamiento de la morbilidad en la población adolescente
- Estandarizar el manejo de los principales problemas de salud de adolescentes.

## CRECIMIENTO Y DESARROLLO FISICO

### CAPITULO 1

#### CRECIMIENTO Y DESARROLLO FISICO

##### 1. CRECIMIENTO Y DESARROLLO FISICO

La adolescencia corresponde al período de edad donde se presentan cambios rápidos en el crecimiento físico, desarrollo psicosocial y maduración antes de alcanzar la vida adulta.

La Menarquía en las mujeres suele presentarse entre los 9 y 15 años y la Espermarquía se presenta en los hombres entre los 10 y 17 años. Ambos sucesos marcan el inicio de la adolescencia.

La Antropometría durante la adolescencia es importante porque permite la evaluación de los cambios físicos y de maduración; para evaluar dicho crecimiento se utiliza el **Índice de Masa Corporal IMC de Quetelet** (peso en Kg. entre talla en metros al cuadrado x 100) que es el índice de crecimiento físico, el cual se incrementa considerablemente durante la adolescencia; el aumento de peso en esta etapa se debe principalmente a un aumento de tejido muscular en los varones y de tejido adiposo en las niñas.

El índice de masa corporal, es considerado como el mejor indicador del estado nutricional en adolescentes, por su buena correlación con la masa grasa en sus percentiles más altos y por ser sensible a los cambios en la composición corporal con la edad.

##### 2. EVALUACIÓN

La evaluación del crecimiento y desarrollo físico se deberá realizar a través de:

##### 2.1 Evaluación del Crecimiento Físico

Se deberá hacer a través de la gráfica de índice de masa corporal (IMC), tanto para hombres como mujeres. Deberá incluir:

**2.1.1 Historia Clínica:** Investigación de antecedentes familiares como: Obesidad, retardo en talla, antecedentes personales, características previas del crecimiento y desarrollo, historia nutricional, infecciones, uso y abuso de drogas.

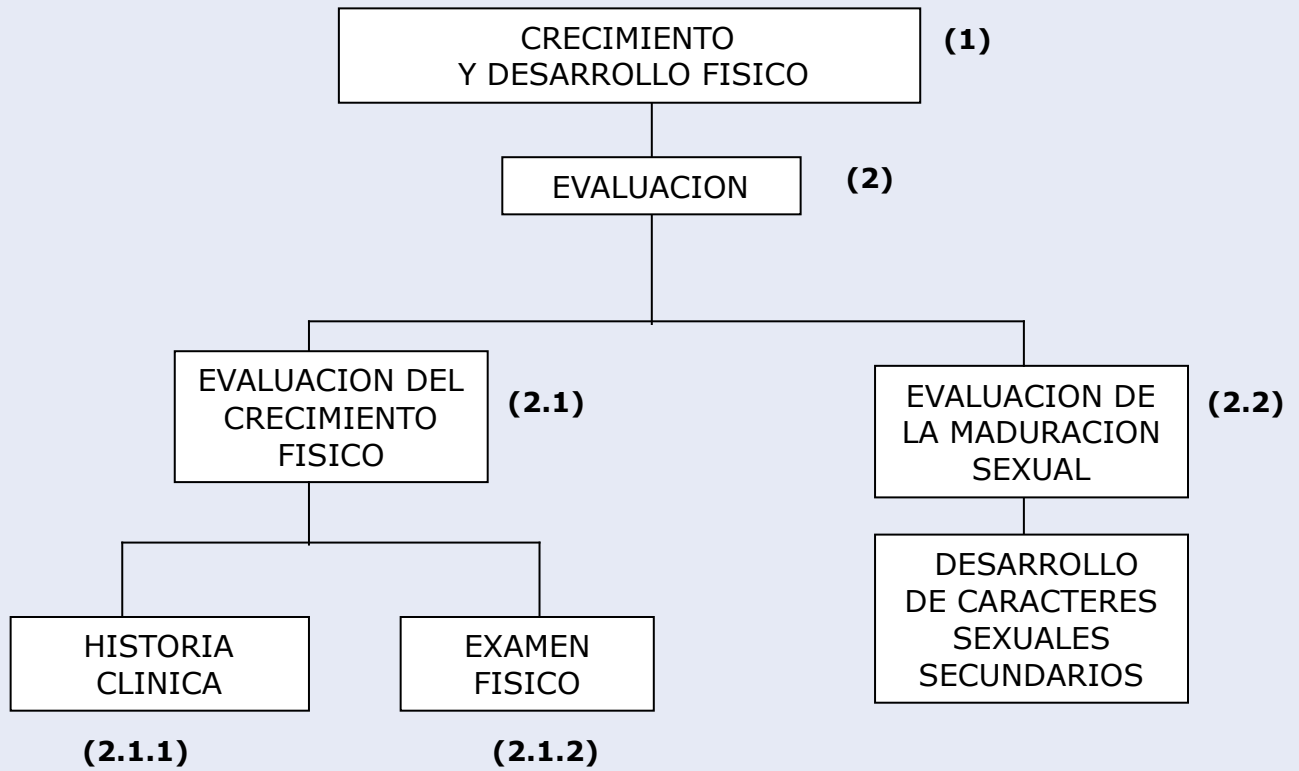
**2.1.2 Examen Físico:** Características del fenotipo en especial las malformaciones, evaluación de la maduración sexual (estadio de Tanner), determinar hipocrecimiento testicular, ginecomastia, examen pélvico y genital.

##### 2.2 Evaluación de la Maduración Sexual

La maduración sexual corresponde al conjunto de cambios morfológicos y fisiológicos que finalizan en la transformación de un cuerpo adulto con capacidad de procrear. La evaluación de la maduración sexual, junto con otras características somáticas permite determinar si el proceso puberal ocurre en forma adecuada en función del sexo y la edad.

La maduración sexual en la mujer se determina por el desarrollo de los senos, la aparición del vello púbico y axilar y la menarquía. El desarrollo mamario y el vello púbico se determinan mediante la observación y comparación con los estadios de Tanner.

La evaluación de la maduración sexual del hombre se basa en la observación del desarrollo de los caracteres sexuales secundarios (genitales externos, vello púbico, axilar y facial y cambio de voz), del desarrollo testicular y de la eyaculación. Al igual que en la adolescente, el desarrollo de los genitales externos y del vello púbico se determina en los estadios de Tanner





## PUBERTAD

### 1. PUBERTAD

Es una etapa de la adolescencia, que se caracteriza por cambios biológicos y somáticos, en la que se produce un crecimiento rápido en todos los tejidos, cambios en la composición corporal, empiezan a desarrollarse los caracteres sexuales secundarios y se adquiere la capacidad reproductora.

Los cambios físicos que acompañan al desarrollo de la pubertad son resultado directo o indirecto de la maduración del hipotálamo, la estimulación de los órganos sexuales y la secreción de los órganos sexuales.

Uno de los elementos para evaluar la pubertad, es la valoración de los caracteres sexuales secundarios, a través de los Estadios de Tanner que toman en consideración el crecimiento de la glándula mamaria en las adolescentes, y el aspecto de los genitales y el vello pubiano para ambos sexos.

En las adolescentes, la primera manifestación de inicio de la pubertad es el incremento en talla y peso seguido de la aparición del botón mamario y luego del vello púbico.

En los adolescentes, el inicio de la pubertad se manifiesta con el aumento testicular.

La pubertad se caracteriza por: **Variabilidad** en su inicio, duración y culminación en individuos del mismo sexo y más aún cuando se compara con el sexo opuesto.

**Predictibilidad**, se refiere a que los eventos siguen una secuencia determinada, en la mayoría de los casos. El ritmo o tiempo de maduración individual determina el tipo de patrón de maduración.

### 2. VARIANTES NORMALES

Se consideran variantes normales las siguientes:

**2.1 Madurador Temprano o Adelanto Constitucional del Crecimiento (ACC)**, caracterizado por talla normal, maduración ósea adelantada en relación con la edad cronológica y que se predice dentro del potencial genético de los padres (PP)

**2.2 Madurador Promedio**, caracterizado por talla normal, maduración ósea normal (edad ósea acorde con la edad cronológica) y que se predice dentro del potencial genético de los padres (PP). La ubicación de los caracteres sexuales secundarios está de acuerdo con la edad promedio en que se inicia.

**2.3 Madurador Tardío o Retardo Constitucional del Crecimiento (RCC)**, caracterizado por talla normal, maduración ósea retardada en relación con la edad cronológica y que se predice dentro del potencial genético de los padres (PP).

### 3. VARIANTES PATOLÓGICAS

Se presentan cuando los caracteres sexuales secundarios aparecen a una edad que sobrepasan dos categorías arriba o por debajo del promedio, caracterizado por una talla adulta final que se predice por fuera del (PP) y la maduración ósea, puede estar dos o tres años más retardada o adelantada a la edad cronológica, se consideran dos categorías:

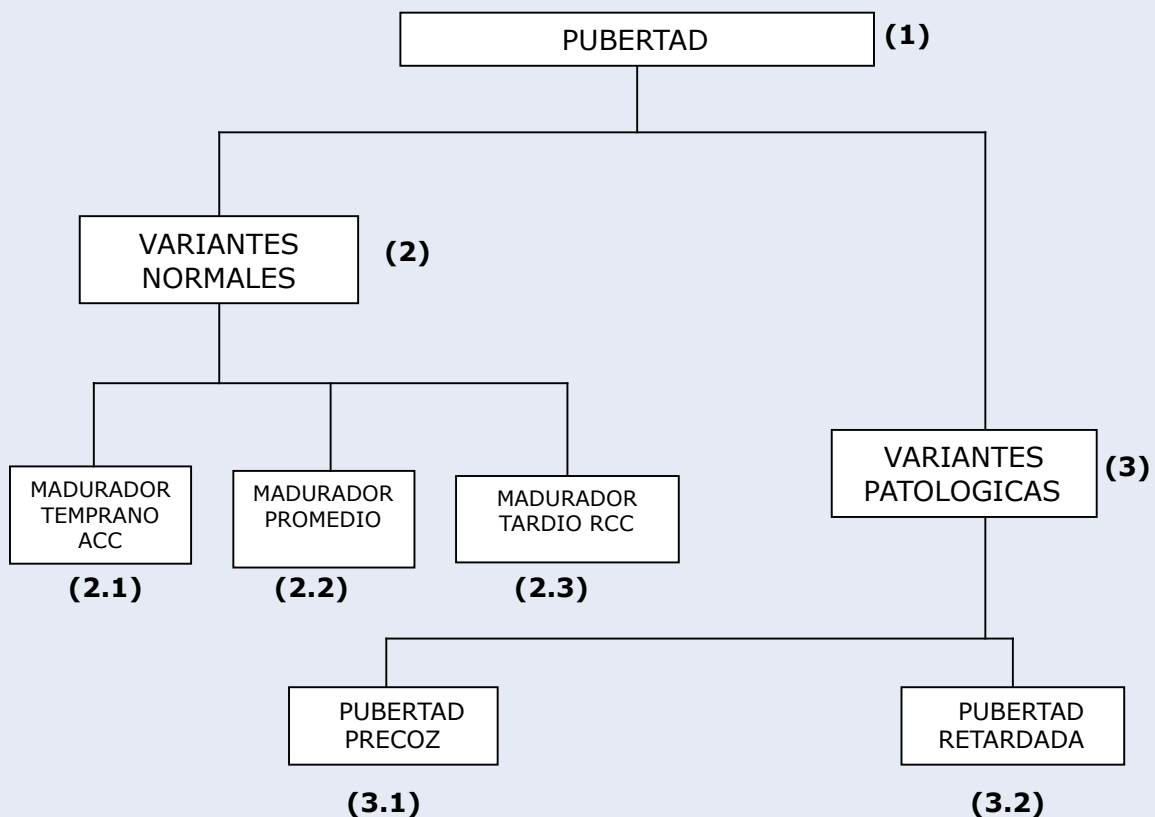
**3.1 Pubertad Precoz**, cuando el proceso puberal se desencadena antes de lo esperado (2.5 desviaciones estándar o más antes de la edad normal), es decir en las niñas antes de los 8 años y en los niños antes de los 9.5 años de edad, ya sea por reactivación central del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal o por reactivación precoz periférica independiente de la estimulación del eje que desencadena el inicio del proceso puberal.

**3.2 Pubertad Retardada o interrumpida,**

Es la ausencia de inicio de la pubertad después de 2.5 desviaciones estándar de la edad considerada como normal; la ausencia de Telarquia a los 13 años de edad o de menarquia a los 16 años, o en las que han pasado cinco años o más desde la iniciación del desarrollo puberal sin que se haya producido la menarquia.

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 menarquia, además de la valoración de la edad ósea.

La Pubertad retardada se produce por alteración del eje hipotálamo-hipófisis y da como resultado una baja producción de gonadotropinas, hipogonadismo hipogonadotrópico; o por falla ovárica con una elevación de gonadotropinas que da como resultado hipogonadismo hipergonadotrópico.



## ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS

## CAPITULO 2

### SHIGELOSIS - PARASITISMO INTESTINAL - AMIBIASIS

#### 1. SHIGELOSIS - PARASITISMO INTESTINAL - AMIBIASIS

Las enfermedades infecciosas y parasitarias constituyen la causa más frecuente de consulta en adolescentes en los diferentes establecimientos de salud. En este capítulo abordaremos la Shigelosis, el parasitismo intestinal y la amibiasis, siendo estas las más frecuentes para este grupo etáreo.

##### 1.1 Shigelosis

Infección bacteriana aguda que afecta el intestino grueso y la porción distal del intestino delgado (ileon).

La enfermedad suele ser de curso limitado y durar en promedio de 4 a 7 días; es endémica en climas tropicales y templados; pueden darse brotes en grupos humanos en condiciones de hacinamiento y deficiencia de higiene personal y sanitaria.

##### 1.2 Parasitismo Intestinal

Es la infección del intestino delgado por helmintos y/o protozoarios por lo general con pocos síntomas o ninguno

##### 1.3 Amibiasis

Es una infección principalmente del intestino producida por especies patógenas de amibas, en particular Entamoeba histolítica. Los procesos infecciosos pueden afectar el hígado y otros órganos en menor frecuencia.

#### 2. EPIDEMIOLOGIA

La Shigelosis causa unas 600.000 defunciones al año en todo el mundo. Las dos terceras partes de los casos y casi todas las defunciones se observan en niños menores de 10 años de edad. Los índices de ataque secundario en núcleos familiares pueden llegar a 40% son comunes los brotes en hombres homosexuales población que vive en condiciones de hacinamiento y en caso de hábitos higiénicos deficientes.

El parasitismo intestinal es frecuente en nuestro país correspondiendo el 10% en las mujeres y el 11% en los varones, según datos del informe: Principales Causas de Consulta Ambulatoria del año 2001.

La amibiasis afecta del 1 al 2 % de la población a nivel mundial; se da más frecuentemente en países tropicales como el nuestro y ataca preferentemente a hombres jóvenes

#### 3. ETIOLOGÍA

La Shigelosis es causada por bacterias gram-negativas: shigella sp. que comprende 4 subgrupos: Shigella dysenteriae, flexneri, boydii y sonnei.

El parasitismo intestinal es causado por Giardia Liambia, tricocéfalos y helmintos.

La amibiasis es causada por la Entamoeba histolítica

##### 3.1 Forma de Transmisión:

La Shigelosis es adquirida por contaminación fecal-oral directa.

Parasitismo Intestinal: Fecal-oral directa o indirectamente de un paciente sintomático o de un portador.

Amibiasis: Ingestión de alimentos o de agua contaminada por heces que contienen quistes amibianos

##### 3.2 Período de Incubación:

**Shigelosis:** Por lo común de 1 a tres días, pero puede variar de 12 a 96 horas, hasta una semana en el caso de Shigella dysenteriae.

**Parasitismo Intestinal:** De 3 a 25 días o más con una mediana de 7 a 10 días.

**Amibiasis:** Varía de uno a varios meses o años, por lo común dura de dos a cuatro semanas.

### 3.3 Período de Transmisibilidad:

**Shigellosis:** Durante la fase aguda de la infección y hasta que ya no esté presente en las heces, el agente infeccioso, lo cual suele ocurrir en un lapso de cuatro semanas después de la enfermedad.

**Parasitismo Intestinal:** Para la helmintiasis puede durar todo el período de la infección que suele ser de meses.

**Amibiasis:** Comprende el lapso en que se expulsan quistes de Entamoeba histolítica que puede durar años.

## 4. DIAGNOSTICO

### 4.1 Clínico:

**Shigellosis:** Se manifiesta por diarrea líquida, fétida, acompañada de fiebre, náusea, vómito, cólico, tenesmo, en los casos típicos, las heces contienen sangre y moco (disentería), calambres abdominales e inferiores

**Parasitismo Intestinal:** Se manifiesta con dolor abdominal así como distensión abdominal, diarrea crónica, puede haber mala absorción de grasas, cólico, prurito anal, cefalea ocasional, náuseas.

**Amibiasis:** Puede manifestarse con disentería aguda y fulminante con fiebre, escalofríos, diarrea sanguinolenta o mucoide, malestar abdominal leve que alterna con período de estreñimiento, pujo, tenesmo y retortijones. **Cuando se trate de mujeres adolescentes descartar embarazo para indicar tratamiento.**

### 4.2 Laboratorio

**Shigellosis:** Aislamiento de la shigella en medios de cultivo como EMB agar A menudo la infección se acompaña de un gran número de polimorfo nucleares que pueden ser visto por estudios microscópicos en una muestra de heces.

**Parasitismo Intestinal:** Se realiza por el hallazgo microscópico de los huevecillos, trofozoitos, y/o quistes del parásito en las heces.

**Amibiasis:** El examen de heces debe ser de una muestra recién obtenida y conservada de manera apropiada, o un frotis del aspirado obtenido por proctoscopia, o aspirado de abscesos hepáticos o cortes del tejido. **Ante sospecha de embarazo indicar gravindex.**

## 5. FASES DE ATENCION

### 5.1 Prevención:

Educación a la población sobre:

- El lavado de manos y recorte de uñas,
- Uso de agua segura (hervida y/o cloración),
- Preparación, manipulación y conservación de alimentos de manera adecuada para evitar la contaminación con heces fecales.
- Evitar el consumo de alimentos crudos sin previa desinfección
- Divulgación de medidas preventivas a nivel institucional
- Disposición correcta de basuras, excretas
- Desparasitación escolar previa coordinación con docentes de las escuelas,
- Promover el uso de sueros orales, si se presentara problemas diarreicos
- Capacitación para evitar contaminación a manipuladores de alimentos con fines comerciales.

### 5.2 Curación:

Valoración del estado de hidratación del paciente, reposición de líquidos y electrolitos si es necesario.

Si procede indicar examen de heces, recolección y conservación de muestra en forma adecuada, definir el tratamiento según diagnóstico clínico y resultados de exámenes laboratorio.

Tratamiento antiparasitario, en base al agente infeccioso causante.

Ver cuadro de tratamiento.

<b>Agente infeccioso</b>	<b>Tratamiento</b>
Helminfos y Oxiuros	Mebendazol 100 mg cada 12 hrs x 3 días O Albendazol 400 mg Dosis Unica Repetir en 15 días.
Shigelosis	Trimetropin Sulfametoxazole 8 a 10 mg/Kg/día dividido en 2 dosis x 7 días.
Amibiasis y Giardiasis	Metronidazol 40 mg/kg/día dividido en 3 dosis por 10 días.
Quistes de amiba o giardia	Furoato de Diloxanida 500 mg 3 veces al día x 10 días.

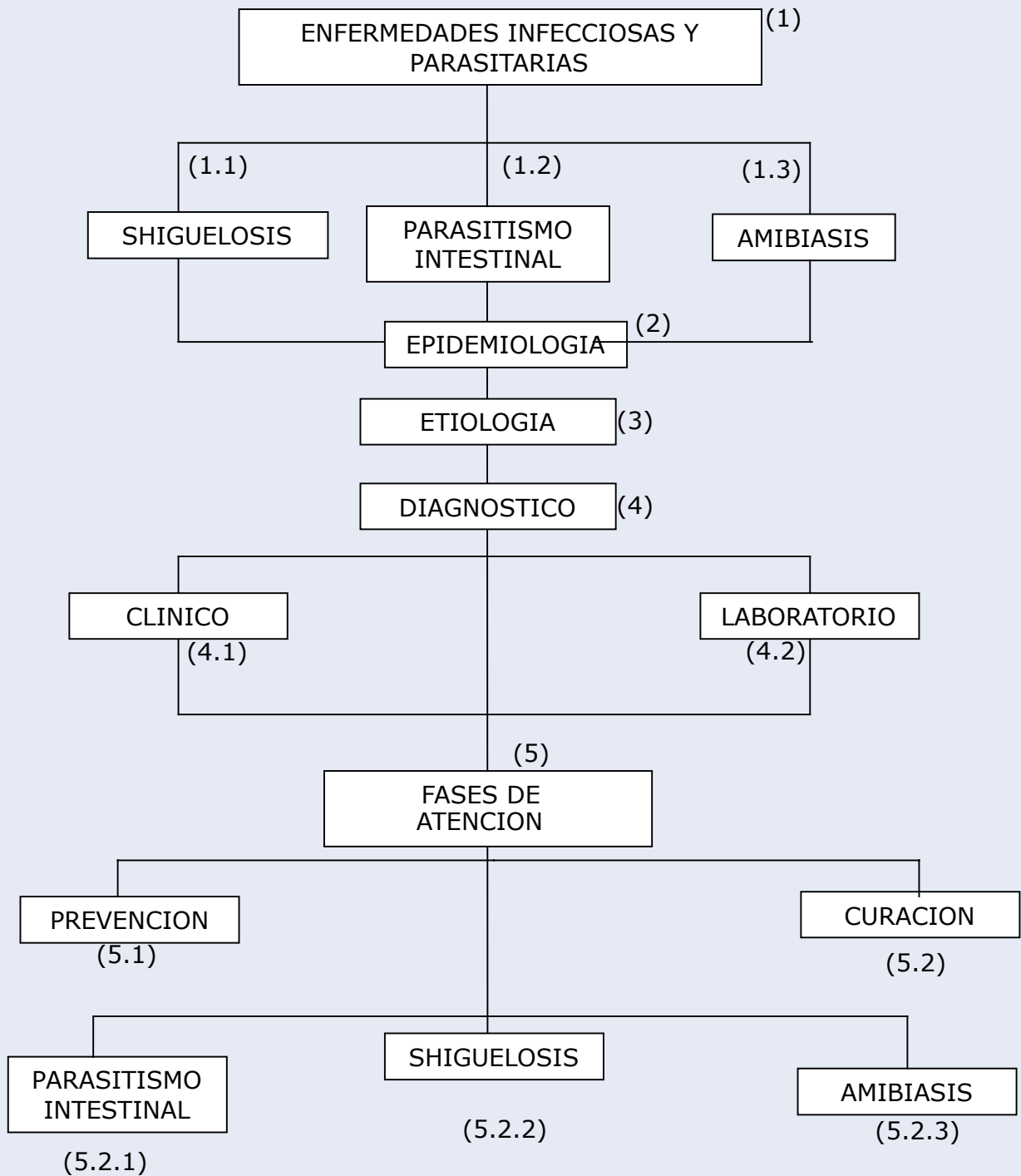
### 5.2.1 Educacion al paciente :

Orientar al paciente y familia sobre la importancia y forma correcta de ingestión de los medicamentos y hacer énfasis en: señales de peligro de deshidratación y/o complicación, en la higiene personal y de los alimentos, intervenciones preventivas a nivel individual, familiar o comunitario hacer demostraciones de la preparación del suero oral

Hacer visita domiciliar, si es necesario, para el seguimiento de condiciones de saneamiento básico a nivel familiar y comunitario,

### 5.2.2 Criterios de Derivación

Referir al segundo nivel de atención en caso de dolor abdominal agudo o cuando, los vómitos sean incontrolables, deshidratación moderada o severa que amerite hidratación parenteral y no haya mejoría de signos y síntomas no obstante el tratamiento adecuado.



## ENFERMEDADES DE LA SANGRE Y DE LOS ORGANOS HEMATOPOYETICOS

### CAPITULO 3

## ANEMIA

### 1. ANEMIA

Es la disminución de la concentración de hemoglobina (Hb) en sangre por debajo del límite normal para la edad, sexo y condición fisiológica normal; en las mujeres es menor a 12 gr. y en hombres menor a 15 gr.

### 2. EPIDEMIOLOGIA:

La anemia ferropriva es la más frecuente en nuestro medio en la población en general y el 23% de diagnósticos de anemia corresponde a adolescentes, con una frecuencia de 67% en las mujeres.

Existen otros tipos de anemias de origen diferente siendo la ferropriva la más frecuente.

### 3. ETIOLOGIA Y FACTORES PREDISPONENTES:

La anemia puede producirse por:

- Disminución en la producción de hematíes (anemia aplástica )
- Aumento en la destrucción de hematíes (anemia hemolítica )
- Pérdida de sangre,
- Hábitos alimentarios inadecuados o deficientes (megaloblástica o ferropriva)
- Sangramientos agudos o crónicos,
- Como consecuencia de condiciones ambientales y socioeconómicas desfavorables.

#### 3.1 Clasificación:

- **Por la concentración de Hb puede ser:** normocrómica e hipocrómica,

- **Por el tamaño de los hematíes:** microcítica, normocítica y macrocítica.

### 4. DIAGNOSTICO

#### 4.1 Clínico

**Historia Clínica:** investigar sobre:

**Antecedentes familiares:** de enfermedades sanguíneas.

**Antecedentes personales:** sangramientos anteriores agudos o crónicos. Artritis reumatoidea. Hipotiroidismo, patologías de vías digestivas, ingesta de anticonceptivos orales o de anticonvulsivantes, enfermedades infecciosas crónicas, déficit de ingesta de hierro y folatos, trastornos menstruales,

**Parasitosis:** Mala absorción intestinal.  
**Hematuria:**(deportistas de alta competencia), hábitos higiénicos tabaquismo.

**Exploración Física:** Palidez cutánea, o Equimosis, sangrado de mucosas (trombocitopenia), Telangiectasias (cirrosis), Adenomegalia, Esplenomegalia (hematopoyesis extramedular, drepanocitosis), Exploración neurológica: para descartar neuropatías (intoxicación con metales pesados o déficit de vitamina B12), y descartar embarazo.

#### 4.2 Laboratorio

**4.2.1 Hemograma:** Hb, hematócrito e indicadores hematínicos; el volumen corpuscular medio (VCM) cuando es mayor al 95 orienta acerca de anemia por déficit de vitamina B12 y folatos.

Si esta entre 85 y 95 se debe descartar una enfermedad crónica o hacer una biopsia



medular (anemia aplásica, infiltración metastásica, otras) si es menor de 80, se debe efectuar una electroforesis de hemoglobina para descartar hemoglobinopatías. Para el diagnóstico confirmatorio de anemia ferropríva es útil la determinación de ferritina sérica y saturación de la transferrina,

#### 4.2.2 Frotis de Sangre:

Si se demuestran alteraciones del glóbulo rojo, se debe descartar causas de hemólisis solicitando reticulocitos y prueba de Coombs, en el frotis se puede detectar anomalías de las plaquetas y de los leucocitos.

#### 4.2.3 Examen de heces:

Investigar parasitosis y sangre oculta en heces

## 5. FASES DE ATENCION

### 5.1 Prevención

Promover el mejoramiento de las condiciones medio ambientales, el consumo de alimentos ricos en hierro y folatos (vísceras, carnes rojas, frijoles, hojas verdes, otros). (Ver guía de alimentación para adolescentes),

Recomendar el consumo de alimentos fortificados con hierro (harinas), realizar campañas de desparasitación, promover el inicio temprano del control prenatal de adolescentes embarazadas, evitar dietas sin supervisión médica, complementar las dietas vegetarianas, vigilar trastornos de la conducta alimentaria como bulimia o anorexia.

### 5.2 Curación

El tratamiento debe ser dietético y corregir la causa subyacente si es que la hay.

Iniciar prueba terapéutica con **suministro de hierro oral, como sulfato ferroso (300mg) 1 tableta 3 veces al día, durante 1 mes,** asociado con la **ingestión de 500 mg de vitamina C,** tres veces al día o jugos de frutas cítricas.

Al mes, repetir un hemograma, se considera una respuesta positiva un aumento de la Hb de más o menos 1gr. por litro y se debe continuar terapia con hierro por al menos tres meses.

### 5.2.1 Educación al paciente

Orientar al adolescente y su familia sobre los hábitos dietéticos saludables y la importancia de continuar el tratamiento a pesar de haber mejorado los niveles de Hb.

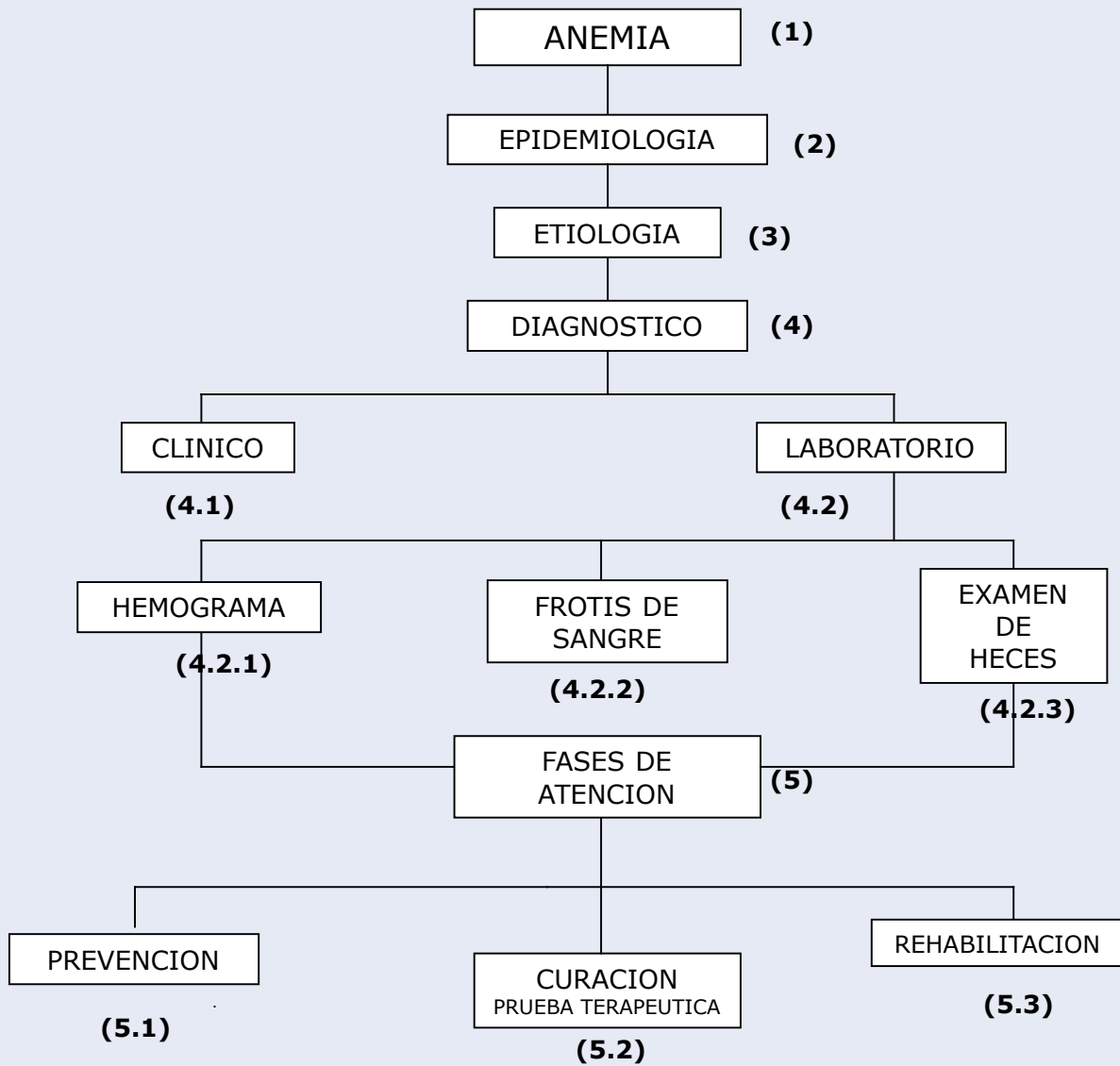
### 5.2.2 Criterios de derivación

Cuando se encuentren anomalías celulares en el frotis de sangre periférica o pruebas de hemólisis (Coombs) o alteraciones en el VCM que orienten a hemoglobinopatías o anemia aplásica.

### 5.3 Rehabilitación

Es recomendable para el tratamiento de anemias ferropénicas durante la adolescencia, la administración de sulfato ferroso (300 mg cada día) durante períodos de 3 a 6 meses; para restaurar los depósitos de hierro. Así mismo debido a las irregularidades menstruales de este período es conveniente la administración de hierro durante los días de la menstruación.





## LEUCEMIA MIELOCITICA CRONICA

### 1. LEUCEMIA MIELOCITICA CRONICA

Es una enfermedad maligna de los órganos hematopoyéticos y se caracteriza por predominio de precursores mieloides inmaduros.

### 2. EPIDEMIOLOGIA

Un 3% de las leucemias de la infancia son Leucemias mielocíticas crónicas (LMC) y el pico de incidencia se produce a los 10 y 12 años de edad.

### 3. ETIOLOGIA

Se desconoce el mecanismo etiológico en el hombre, pero se han investigando causas desencadenantes como exposición a radiaciones ionizantes, virus oncógenos, factores genéticos y congénitos, uso de sustancias químicas.

### 4. DIAGNOSTICO

#### 4.1 Clínico:

Disminución en el número de células hematopoyéticas normales y con invasión de otros órganos por células leucémicas, se ignora porque la hematopoyesis normal está suprimida, pero puede ser debido a sustancias supresoras liberadas por los blastos leucémicos.

**Anemia:** Astenia, palidez, cefalalgia, disnea, angina, edema e insuficiencia cardiaca congestiva, pérdida de peso, anorexia, reducción en la capacidad de ingesta de alimentos.

**Hemorragia:** Las manifestaciones hemorrágicas en pacientes por leucemia aguda recién diagnosticada, por lo común se debe a trombocitopenia (cuando las plaquetas bajan a menos de 20.000), sangramiento de encías, epistaxis, petequias, equimosis, menorragia, melena y pérdida excesiva de sangre, suele haber infiltraciones intracraneales por leucocitos.

### 4.2 Laboratorio

Examen de sangre (hemograma) y de médula ósea muestran un aspecto de granulocitos maduros e inmaduros, similar al observado en la médula normal. Es frecuente el incremento de eosinófilos, basófilos o ambos.

### 5. FASES DE ATENCION

#### 5.1 Prevención:

En prevención primaria en muy poco lo que se puede realizar en este tipo de enfermedades (evitar la radiación o exposición a tóxicos) pero podemos tratar oportunamente sus complicaciones

Orientar a padres y madres sobre síntomas de la enfermedad, importancia de consultar oportunamente al establecimiento, evitar la automedicación, importancia del control de la salud, evitar la exposición a sustancias químicas

#### 5.2 Curación

Proteger al paciente de infecciones sobreagregadas, administración de medicamentos según indicación del médico especialista, realizar los exámenes indicados, controlar y registrar signos vitales, asistir a los procedimientos especiales y transfusiones, evitar flexionar los miembros inferiores, brindar cuidados higiénicos, controlar los líquidos ingeridos y eliminados, brindar atención durante períodos de sangramiento, brindar terapia ocupacional y psicológica

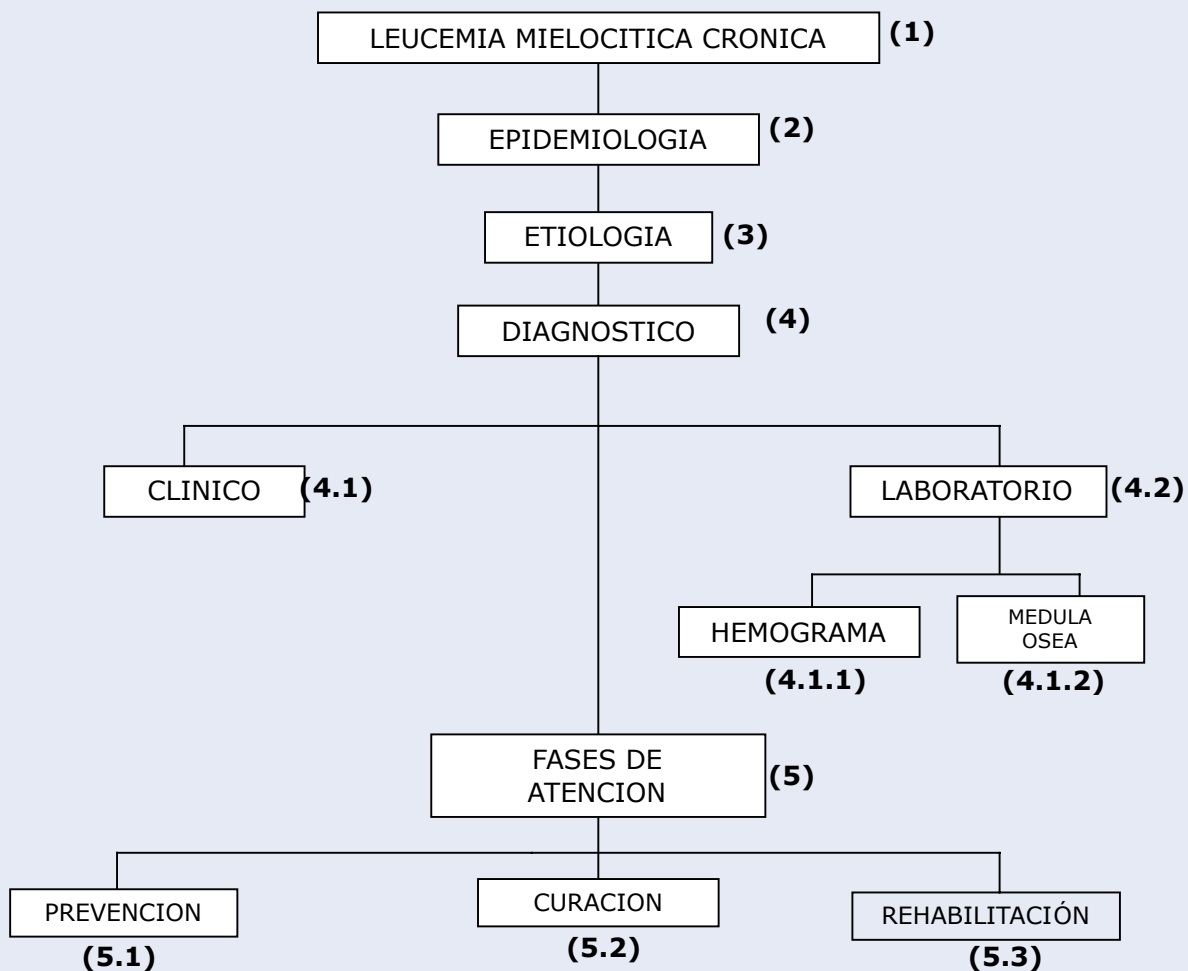
#### 5.2.1 Criterios de derivación

El principal papel del primer y segundo nivel de atención es la vigilancia del cumplimiento de las indicaciones del médico especialista tratante y la detección y tratamiento oportuno de las infecciones cuando el estado general del adolescente indique complicaciones se debe referir al paciente al Hospital de Referencia Nacional.

### 5.3 Rehabilitación

Orientación a padres/ madres de familia sobre:

- Importancia del apoyo al paciente y la participación en el tratamiento, realizar cuidados higiénicos, llevarlo a sus controles médicos,
- Mantenerlo en un ambiente que le disminuye el riesgo a infecciones y accidentes, Discutir signos y síntomas de alarma por los cuales deberá consultar a la Unidad de Salud (fiebre, sangramiento, falta de apetito, vómitos) para primeros auxilios y referencia inmediata a hospital,
- Estimularlos a su autocuidado,
- Asistencia durante la quimioterapia explicando los efectos colaterales, cuidados para recuperación y autoestima, apoyo psicoterapéutico.



## CAPITULO 4

# PROBLEMAS DE SALUD RELACIONADOS CON LA FUNCION ENDOCRINA, NUTRICIONAL Y METABOLICA

## DELGADEZ

### 1. DELGADEZ

Se refiere cuando al evaluar el estado nutricional, el índice de masa corporal (IMC) según edad se encuentra abajo del percentil 5 según gráfica de evaluación del estado nutricional de 10-19 años para mujeres y hombres. (Generalmente un  $IMC < 18$ )

### 2. ETIOLOGIA

Factores condicionantes: Inadecuados hábitos de alimentación, analfabetismo, ambiente insalubre, infecciones a repetición, parasitismo intestinal, bajos ingresos económicos en la familia.

### 3. DIAGNOSTICO

**3.1 Clínico:** Historia de pérdida de peso, hipotrofia muscular, apatía, falta de interés, somnolencia, piel pálida y reseca, resequedad del cabello, uñas quebradizas. Evaluación clínica completa para verificar su estado de salud, evaluar el estado nutricional según IMC, verificar el estado de salud general, indagar enfermedades agregadas.

**3.2 Laboratorio:** Hemograma para verificar si hay anemia, examen general de heces y examen general de orina

### 4. FASES DE ATENCION

#### 4.1 Prevención:

- Evaluar el estado nutricional del o de la adolescente, según gráfica de evaluación (IMC) siempre que consulten por cualquier causa.
- Brindar educación alimentaria y nutricional al o la adolescente y a su familia y felicitar al o la adolescente si el estado de nutrición es normal.

- Informar a los adolescentes y sus padres sobre las consecuencias de la desnutrición en el período de la adolescencia y sobre la importancia de una alimentación adecuada.

- Orientar sobre la importancia del ejercicio físico.

- Educar en la realización de hábitos higiénicos adecuados

#### 4.2 Curación

- Dieta alimentaria balanceada acorde a las deficiencias de su crecimiento y desarrollo y tratamiento de causa específica si es que la hay.

- Brindar soporte nutricional según guía de alimentación de adolescentes.

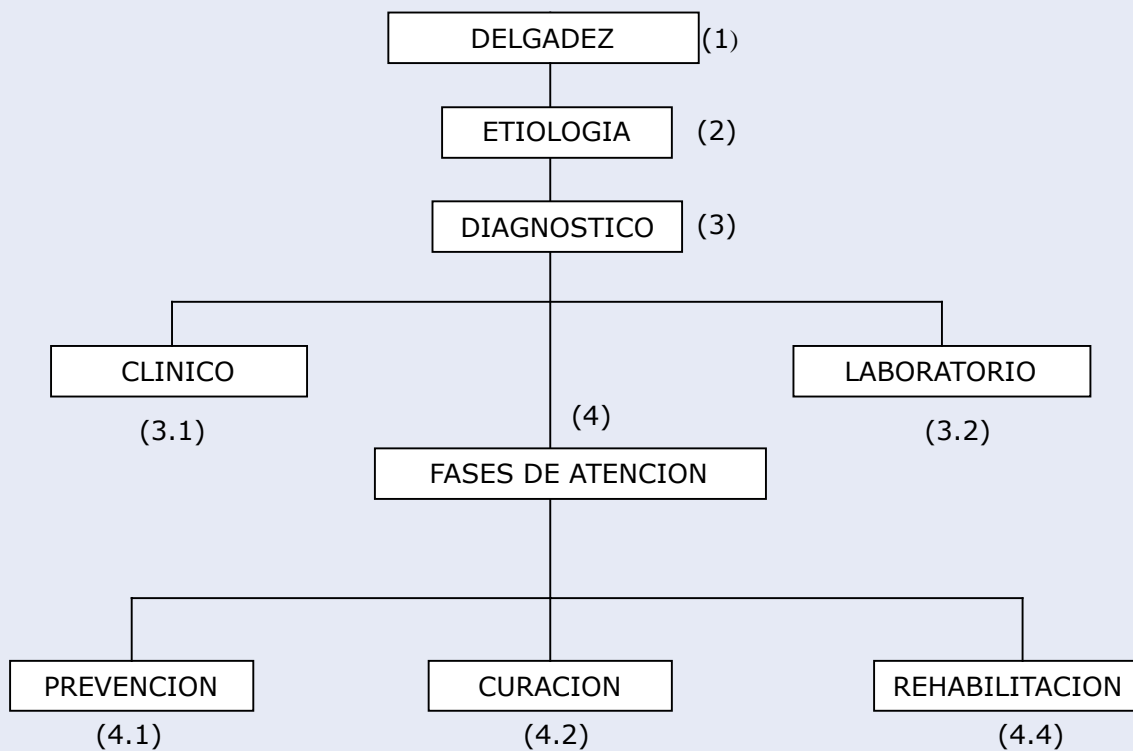
#### 4.2.1 Criterios de Derivación

**Referir del primero al segundo nivel de atención**, si el índice de masa corporal esta por abajo del percentil 5 y además si existe una enfermedad sobreagregada no severa.

**Referir del segundo al tercer nivel de atención**, si persiste estado de delgadez con enfermedad agregada severa, con o sin trastornos del tubo digestivo que dificulta la alimentación.

#### 4.3 Rehabilitación

Seguimiento nutricional individualizado y vigilancia de los cambios en hábitos alimenticios, higiénicos y de actividad física, para lograr superar las deficiencias.



## OBESIDAD

### 1. OBESIDAD

Es el exceso de peso con respecto al valor aceptado según sexo y talla con IMC mayor de percentil 95 según tabla para hombres y mujeres (Generalmente un IMC > 30)

### 2. CRITERIOS

**Antropométricos:** Expresado por: Índice de masa corporal (IMC) mayor de percentil 95

**Anatómicos:** Determinado por un patrón de distribución de grasa corporal (no de grasa corporal excesiva) a nivel troncular abdominal (androide y ginecoide)

### 3. ETIOLOGIA

Se constituyen dos tipos:

#### 3.1 Exógena o Primaria:

Es la más frecuente en los adolescentes, esta relacionada con la ingesta, calidad de dieta y falta de actividad física, representa el 90% de los casos, obedece a una etiología multifactorial (factores hereditarios ambientales, nutricionales, emocionales y psicológicos).

#### 3.2 Andrógena o Secundaria:

Constituye alrededor del 10% de las causas de obesidad, entre estas están: Endocrinas: Hiperinsulinismo secundario a tumor de células Beta del páncreas o lesión hipotalámica.

### 4. DIAGNOSTICO

Comprende la elaboración de una historia clínica, la realización de exámenes clínicos y exploración psicológica

#### 4.1 Clínico:

##### Antecedentes personales:

Edad de aparición de la obesidad, patrón de ganancia de peso, hábitos dietéticos, actividad física, ingesta de medicamentos (glucocorticoides, antihistamínicos psicotrópicos, anticonceptivos

y otros), presencia de trastornos de la conducta alimentaria (picoteo y circunstancia que acompaña la ingesta como el estrés y la ansiedad).

Detección de enfermedades que causan obesidad, características del patrón de maduración sexual puberal y cambios en la composición corporal, trastornos menstruales, afectación de la imagen corporal

##### Antecedentes familiares:

Obesidad familiar, hábitos y consumo de alimentos, actitud ante la comida, autopercepción de la obesidad.

**Examen Físico:** verificar el estado de salud general, indagar posible enfermedades agregadas y/o psicológicas, realizar exámenes de laboratorio orientados a las posibles causas aspecto del paciente, tensión arterial, presencia de estrías, lipodistrofia, acné. Fascies Cushingoide, Hipotiroidismo e hirsutismo.

**Evaluación Antropométrica:** Atención a los indicadores de dimensión corporal, percentil igual o mayor de 95,

**Maduración Esquelética:** Representada por la edad ósea, se evalúa mediante el análisis de una radiografía de mano y muñeca izquierda

#### 4.2 Laboratorio

Realizar los siguientes exámenes de laboratorio: Hemograma completo, orina, heces, glicemia, tolerancia de glucosa, triglicéridos

**4.3 Evaluación Psicológica:** Se examina la recuperación en la imagen corporal, en las relaciones interpersonales y en sus diferentes actividades, autoestima baja, el estrés emocional y la ansiedad

## 5. FASES DE ATENCIÓN

### 5.1 Prevención

Evaluar el estado nutricional a través de la gráfica de IMC e intervenir oportunamente ante cualquier alteración.

Fomentar e incrementar la actividad física y cambios de hábitos de alimentación.

### 5.2 Curación

- Tratar la causa específica en los casos en los que se identifique.
- Indicar una dieta adecuada para que el adolescente pueda alcanzar su peso ideal de acuerdo a lo establecido en el Manual de alimentación para adolescentes.

### 5.2.1 Consejería:

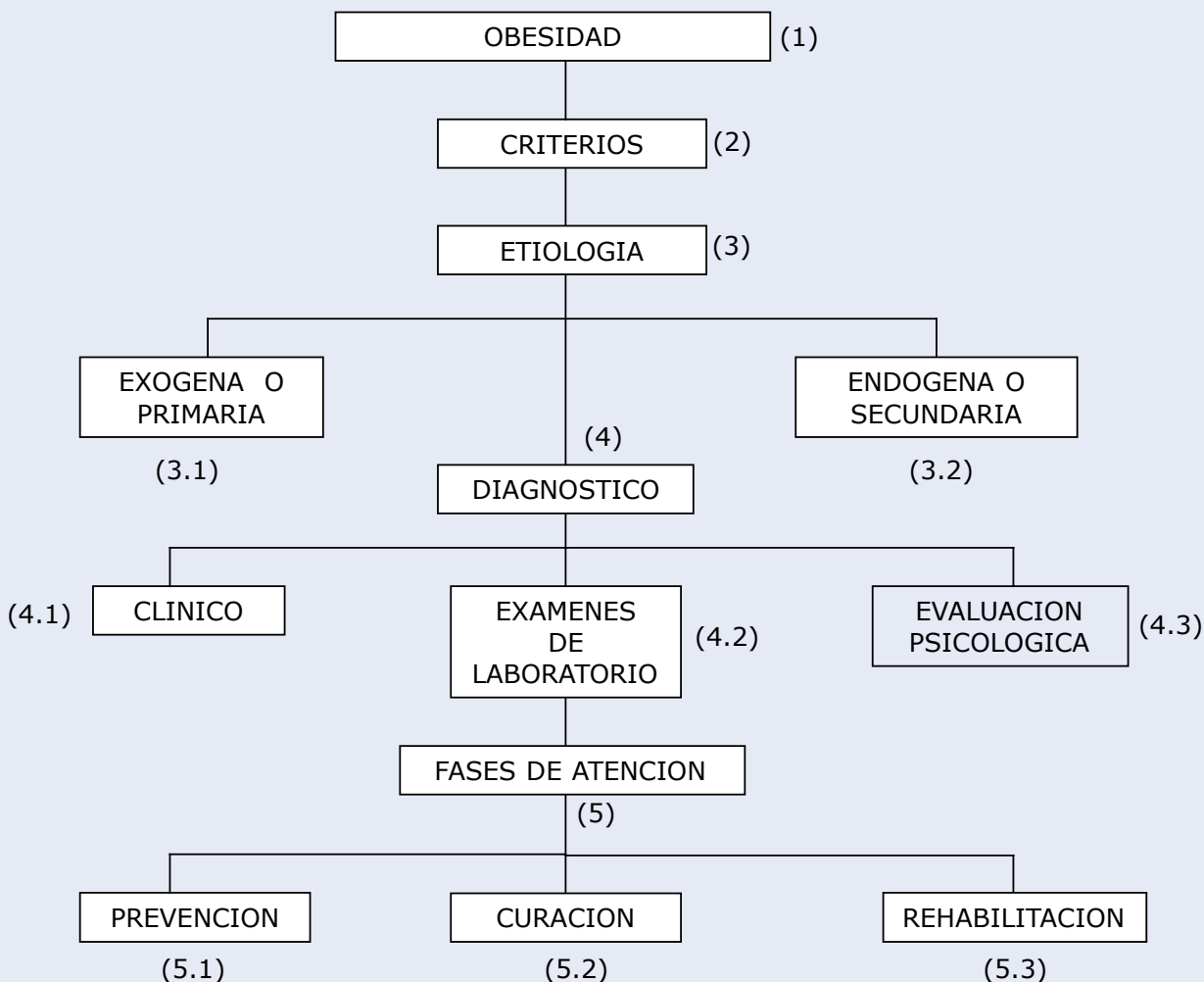
Orientar sobre la importancia de una alimentación adecuada y del ejercicio físico, Orientar sobre el manejo social de la obesidad y las críticas de la familia o de sus pares, tratar de mejorar la autoestima, motivar al estilo de vidas saludables y referir al segundo o tercer nivel de atención para intervención nutricional y apoyo especializado de psicólogo y endocrinólogo.

### 5.2.2 Criterios de Referencia

Referir al segundo o tercer nivel para intervención nutricional y otros apoyos especializados como psicológico y endocrinológico.

### 5.3 Rehabilitación

Intervención psicológica, seguimiento nutricional individualizado y de patologías en proceso de tratamiento.





## PUBERTAD PRECOZ

### 1. PUBERTAD PRECOZ

Es el inicio del proceso de maduración sexual antes del tiempo considerado como normal (2.5 o más desviaciones estándar antes o generalmente abajo de los 8 años de edad en las niñas y menor de 9 años en los niños) y que cumple con los criterios siguientes:

- Edad ósea adelantada con respecto a la edad cronológica (en ambos sexos),
- Aumento de la velocidad de crecimiento (en ambos sexos) que finaliza con el cierre epifisiario,
- Talla adulta final baja por cierre epifisiario prematuro.

### 2. EVALUACION DIAGNOSTICA

#### 2.1 Clínico

Historia Clínica. Se debe investigar:

- El patrón de maduración puberal de los familiares,
- Fuente exógena de esteroides (tópico o por vía oral),
- Edad del inicio del botón mamario, vello pubiano, aumento testicular, acné, vello axilar, brote de crecimiento y pico de velocidad máxima (PVM)
- Enfermedades intercurrentes

Examen Físico:

Clasificación de Estadío de Tanner, descartar las formas aisladas de telarquía y adrenarquía precoz, detectar signos de alteración neurológica y virilización.

#### 2.2 De Laboratorio

El perfil hormonal contemplado incluye: LH, FSH, estradiol, testosterona, gonadotropina coriónica.

### 3. VARIANTE NORMAL

Es el adelanto constitucional del crecimiento (ACC) o patrón de maduración temprano. Es un diagnóstico de exclusión, se caracteriza por antecedentes de patrón de maduración puberal temprano en los padres y durante su infancia, edad ósea adelantada con predicción normal para el potencial genético de los padres (pp)

### 4. VARIANTES PATOLOGICAS

Se consideran dos categorías:

- La pubertad precoz central completa (PPC)
- La pubertad precoz periférica incompleta (PPP) o pseudopubertad

**4.1 Pubertad Precoz Central o Completa:** conocida también como Pubertad Precoz Verdadera y es la activación temprana del eje hipotálamo-hipófisis-gonadal.

#### 4.2 Pubertad Precoz Periferica Incompleta (PPP)

Pseudopubertad precoz: Es la activación precoz de una fuente productora de esteroides gonadales, adrenales o de Gonadotropinas independiente de la estimulación de eje hipotálamo-hipófisis que desencadena el inicio de uno o varios eventos del proceso puberal sin que este sea completado .

Se manifiesta con signos de virilización o feminización.

Las formas más comunes benignas son

- **Telarquía prematura:** Aumento de la glándula mamaria uni o bilateral, sin otros signos de maduración sexual.
- **Adrenarquía Prematura:** Es la producción precoz y aislada de andrógenos por la corteza adrenal en respuesta a la hormona ACTH, que se manifiesta por la aparición del vello púbico, vello axilar y acné.



● **Menarquía Prematura:** Es el inicio de la menstruación antes de los 9 años de edad, sin otros signos de desarrollo puberal, los cuales se presentan en la edad establecida.

cronológicas de apareamiento, a fin de poder identificar anomalías y solicitar atención oportuna.

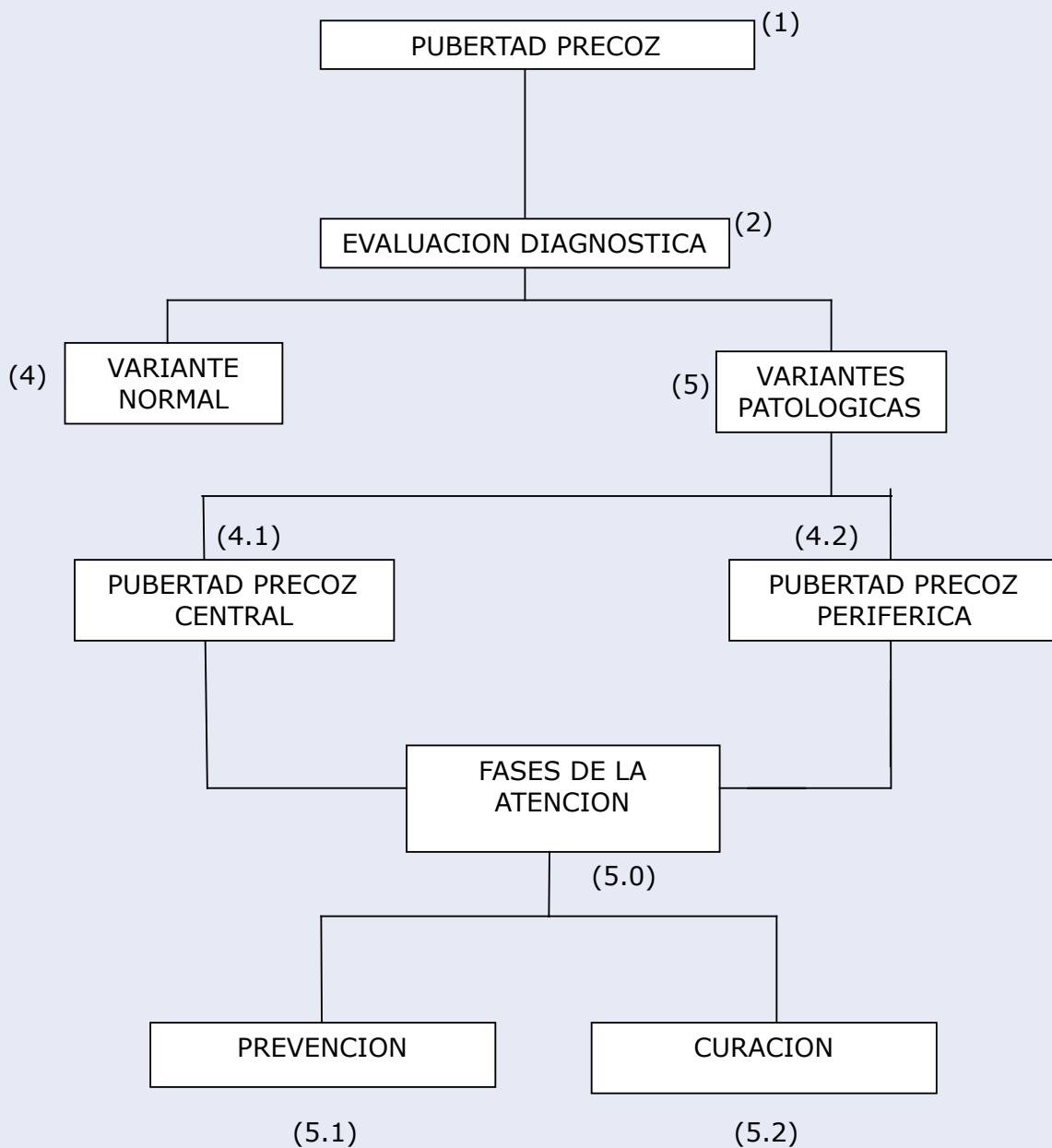
## 5. FASES DE ATENCION

### 5.1 PREVENCION

informar a los padres y a los adolescentes de los cambios somáticos y biológicos que ocurren en la adolescencia así como el orden y edades

### 5.2 CURACION

En general estos casos requieren de evaluación clínica y de laboratorio especializados por lo que hay que derivarlos al Hospital de Referencia Nacional para el tratamiento adecuado.



## PUBERTAD RETARDADA

### 1. PUBERTAD RETARDADA

La ausencia de inicio de la pubertad, después de 2.5 desviaciones estándar de la edad normal, presentándose la falta de desarrollo mamario en la mujer, pasados los 13 años y falta de crecimiento testicular en el hombre pasados los 14 años.

O si transcurren más de 4 años entre el primer signo puberal (telarquía) y la menarquía en la mujer y más de 5 años en alcanzar el completo desarrollo genital en el hombre.

### 2. CLASIFICACION

La Pubertad Retardada de causa endocrinológica puede ser de dos tipos:

#### 2.1 Hipogonadismo Hipergonadotrófico

Caracterizado por falla gonadal que puede ser congénito y adquirido. Se manifiestan con infantilismo sexual, niveles elevados de gonadotropinas y esteroides sexuales en niveles prepuberales

##### 2.1.1 Congénito

Alteraciones enzimáticas:

- Deficiencia de la 17beta-hidroxilasa produce falla en la producción de todos los glucocorticoides y de esteroides sexuales (Hiperplasia suprarrenal congénita)

Se presentan con un fenotipo femenino, el cariotipo puede ser XX o XY, infantilismo sexual o pseudohermafroditismo, hipocalemia, hipertensión arterial secundaria a los niveles elevados de desoxicortisterona y hormona adrenocorticotrófica (ACTH).

- Defecto de 5 alfa- reductasa, genitales externos ambiguos, con cariotipo XY, falta de la enzima que convierte la testosterona en dehidrotestosterona lo que ocasiona la ambigüedad sexual o un fenotipo femenino pero con amenorrea primaria o pubertad retardada.

##### 2.1.2 Adquiridos

**Infeciosas:** Orquitis viral, oforitis viral, uso de agentes citotóxicos (ciclosfosfamida) Radioterapia, Quimioterapia puede causar insuficiencia testicular y ovárica primaria, trastornos autoinmune, tiroiditis, diabetes mellitus, enfermedad de Addison

### 2.2 Hipogonadismo Hipogonadotrófico

Estado caracterizado por una alteración a nivel del sistema nervioso central, hipotálamo o hipófisis de carácter congénito o adquirido; parcial o completo que ocasiona niveles bajos de FSH y LH (hipogonadotrófico) y niveles bajos de estrógeno y testosterona.(hipogonadismo)

#### 2.2.1 Congénito

Síndrome de Kallman, se presenta con deficiencia aislada de gonadotropinas y anosmia, trastorno ligado al cromosoma X con herencia autosómica dominante aunque puede presentarse en forma recesiva

#### 2.2.2 Adquirido

Frecuentemente es debido a tumores del sistema nervioso central o su tratamiento con radioterapia y quimioterapia, caracterizado por síntomas y signos visuales, los derivados del aumento de la presión intracraneana y debidos a deficiencias de hormonas pituitarias.

## 3. DIAGNOSTICO

### 3.1 Clínico:

#### Historia Clínica:

- Evaluar el patrón de crecimiento durante la infancia y los años puberales.
- Evaluación Cronológica y progresión de los eventos puberales.
- Historia nutricional deficiente;

- Determinar si hay historia de pubertad retardada en otro miembro de la familia, Edad de la menarquia de la madre y hermanas, talla de los padres, hermanos y abuelos.

- Drogas: investigar ingesta de Agentes citotóxicos, esteroides, marihuana.

**Antecedentes de Enfermedades Crónicas:**

Gastrointestinal, renal, tiroidea y de sistema nervioso central

**Rendimiento Escolar:** Descartar retardo mental, investigar hipotiroidismo, trastornos cromosómicos.

**3.2 Examen Físico:** Evaluación antropométrica, valoración de la maduración sexual y otros eventos puberales como la velocidad del crecimiento (diferencia de estatura entre 2 mediciones / tiempo transcurrido entre las mediciones) y su relación con los estadios de Tanner, exploración de la glándula tiroidea (bocio, descartar hipotiroidismo)

**Tórax:** Buscar evidencia de enfermedad crónica cardiopulmonar (fibrosis quística, asma, cardiopatías congénita)

**Genitales:** Examen físico completo, para explorar integridad de las estructuras internas

y externas, buscar signos de estrogenización como clitoromegalia y vaginometría (mediante un hisopo), por ginecólogo, previo consentimiento de la adolescente y sus padres.

**Hormonal:** En el hombre medición de volumen testicular, ausencia testicular o genitales ambiguos, vello púbico, examen neurológico, buscar alteraciones del nervio olfatorio (anosmia, hiposmia), alteración del campo visual

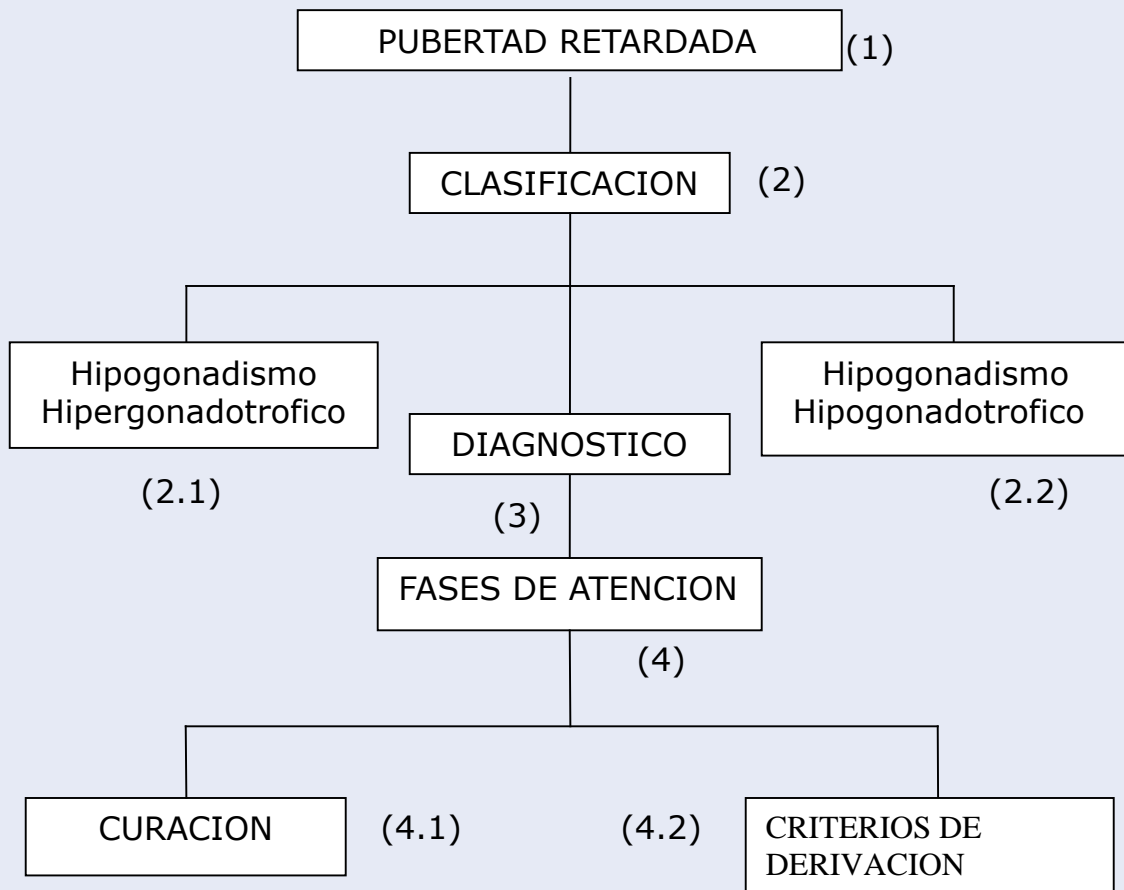
## 4. FASES DE ATENCION

### 4.1 CURACION

En el caso de presentar una enfermedad crónica, brindar el tratamiento específico si lo hay y sobretodo orientar e informar a los padres y al adolescente respecto a las repercusiones de su enfermedad en el desarrollo de la pubertad para tratar de disminuir la ansiedad de los mismos.

### 4.2 CRITERIOS DE DERIVACION

La pubertad retardada necesita de un abordaje con exámenes de laboratorio y gabinete altamente especializados por lo que debe ser derivada a los Hospitales de Referencia Nacional al endocrinólogo o ginecólogo.



## GINECOMASTIA

### 1. GINECOMASTIA

Es el aumento de la glándula mamaria en los varones, secundario al incremento de estrógeno y del tejido glandular, debido a un desbalance en la proporción de andrógenos/estrógenos, asociado a una hipersensibilidad del tejido mamario a los estrógenos circulantes, puede ser bilateral y unilateral.

Existen 2 tipos de la misma:

**Tipo 1 el desarrollo mamario** en el varón ocurre en **forma transitoria** (botón mamario subareolar doloroso).

**Tipo 2 el desarrollo mamario** es marcadamente femenino **y no ocurre regresión** pudiendo requerir de corrección quirúrgica.

### 2. EPIDEMIOLOGIA

Ocurre aproximadamente en el 20% de los varones alrededor de los 10 años con una mayor prevalencia (64%) a los 14 años y coincidiendo con el estadio G2 y G3 de Tanner.

### 3. ETIOLOGIA

La mayoría de las Ginecomastias aparecen durante el estadio II de Tanner y son idiopáticas.

El uso de marihuana o de algunos medicamentos (dilatantes, digitálicos, ketoconazole, cimetidina, isoniacida, clorpromazina) está asociado al desarrollo de ginecomastia.

### 4. DIAGNOSTICO

#### 4.1 Clínico

Se deberá investigar los siguientes aspectos: edad de inicio, duración, dolor, cambios en la libido, ingestión de drogas (esteroides, ketoconazole, cimetidina, metronidazole) enfermedades sistémicas, hiper o hipotiroidismo, cirrosis hepática, insuficiencia renal crónica.

**4.2 Examen Físico:** Examen de las mamas para diferenciar el tejido glandular del tejido adiposo, mediante maniobra de pinzamiento, realizar un examen físico completo incluyendo genitales Ultrasonografía de mama.

### 5. FASES DE ATENCION

#### 5.1 Prevención

Detección temprana de la patología mediante la relación de los estadios de Tanner y evaluaciones periódicas del desarrollo del adolescente.

#### 5.2 Curación

Si encontramos posibles causas como la ingesta de medicamentos u otras sustancias o enfermedades tiroideas indicar el tratamiento específico para las mismas o suspender el uso de los medicamentos u otras sustancias.

En general la ginecomastia Tipo 1 (botón mamario) desaparece en menos de 1 año por lo que es prudente que ante la ausencia de otro hallazgo al examen físico esperar ese tiempo .

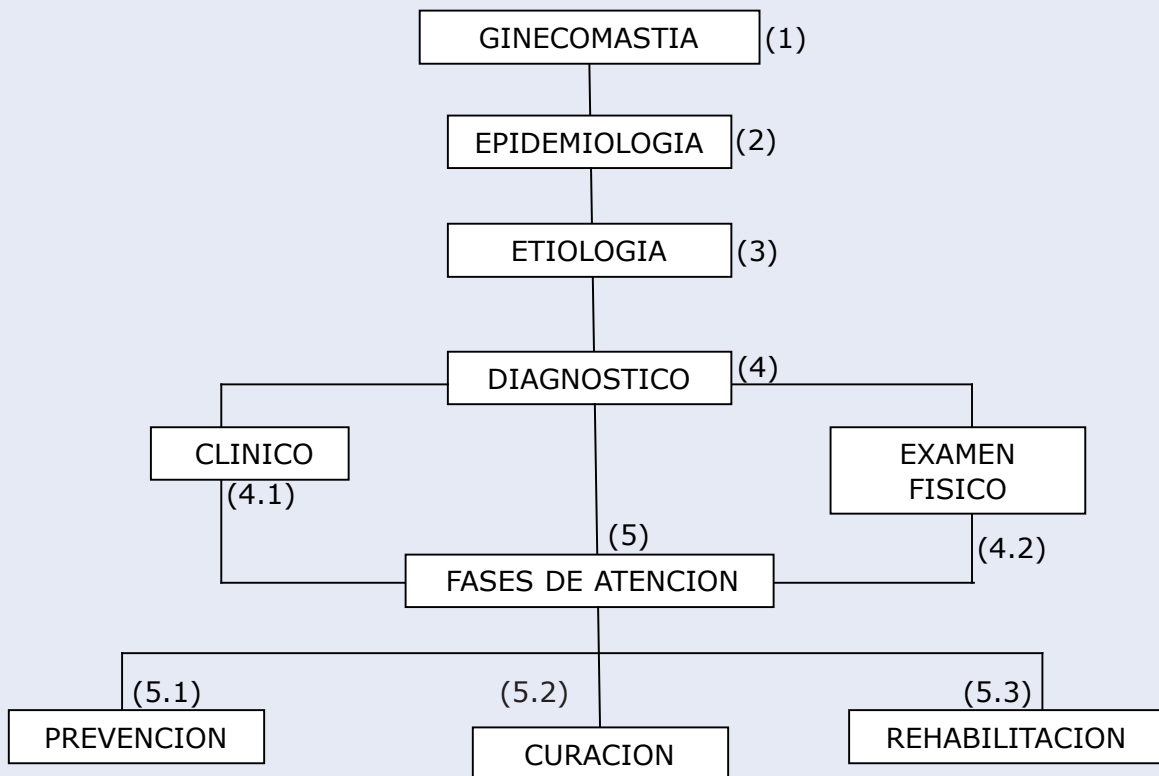
**Referir para consejería:** al adolescente puesto que este síntoma puede tener repercusiones graves a nivel psicológico en el muchacho por lo que es necesario tranquilizarlo.

Si se encuentra Ginecomastia unilateral de tipo 2 (pecho femenino) se necesita de corrección quirúrgica si el adolescente así lo desea, por médico cirujano en el Segundo o Tercer nivel de atención.

Si se trata de Ginecomastia bilateral, derivar al Hospital de Referencia Nacional para estudio por Endocrinólogo para investigar posibles causas ya que necesita de estudios hormonales especializados (FSH, LH y cariotipo).

### 5.3 Rehabilitación

Educar al adolescente y sus padres sobre el desarrollo normal de la pubertad, brindar apoyo psicológico al adolescente e identificar posibles cuadros depresivos o de ansiedad para su tratamiento oportuno y seguimiento del caso en forma integral.



## DIABETES MELLITUS TIPO 1

### 1. DIABETES MELLITUS TIPO 1

Es una enfermedad metabólica multisistémica crónica, debido a una deficiencia absoluta de la secreción de insulina por el páncreas, provocando alteración en metabolismo de la glucosa

### 2. EPIDEMIOLOGIA

La Unidad de Epidemiología del MSPAS para el año 2002 reporta un total de 267 casos de diabetes Mellitus en los y las adolescentes con una tasa de 1.9 por 10.000 habitantes

### 3. ETIOLOGIA

Ausencia de insulina circulante asociada a una destrucción selectiva auto inmune de los Islotes de células beta del páncreas, situación asociada con infecciones virales y componentes genéticos.

### 4. DIAGNOSTICO

#### 1.1 Criterios Clínicos

**Historia Familiar:** En general los antecedentes familiares de diabetes son negativos en la diabetes tipo 1

**Durante el periodo agudo los parámetros clínicos son:**

polidipsia, poliuria, polifagia, pérdida de peso, enuresis, mareos, fatiga, infecciones a repetición (IVU), adinamia.

Aproximadamente el 60% de los pacientes presentan signos y síntomas de cetoacidosis como: deshidratación, disnea, respiración acidótica, (Kusmaull) vómitos, aliento cetónico, dolor abdominal, deterioro del estado de conciencia los cuales deben ser reconocidos como signos de alarma por el adolescente, su familia y el personal de salud de primer nivel de atención.

#### 4.2 Criterios de Laboratorio

Exámenes de laboratorio	Niveles de glucosa
Glucosa en ayunas	> o igual a 126 mg/dl
Glucosa al azar	> o igual a 200 mg/dl
Test de tolerancia a la glucosa	> o igual a 200 mg/dl

Además: Hemoglobina, electrolitos, nitrógeno ureico, creatinina y examen gral. de orina.

## 5. FASES DE ATENCION

### 5.1 Prevención

Evitar las complicaciones más frecuentes de la enfermedad mediante:

- Evaluación el estado nutricional del o la adolescente,
- Proporcionar orientación sobre las causas de la Diabetes Mellitus y sus consecuencias,
- Proporcionar educación nutricional al adolescente y a su grupo familiar, así como hábitos de higiene personal y la importancia del ejercicio físico,

### 5.2 Curación

- El tratamiento debe tener un enfoque terapéutico, mantener los niveles normales de glucosa en la sangre para así tratar de evitar las complicaciones a corto y largo plazo.
- Es de suma importancia la adecuada alimentación con una dieta balanceada e individualizada.
- Cumplimiento estricto de las dosis y horarios de aplicación de insulina.
- **Tratamiento Farmacológico:**
  - Administración de insulina exógena, de acuerdo a requerimientos de cada paciente.
  - Monitoreo del control glicémico,
  - Evaluar estado nutricional según IMC,
  - Control de signos vitales según necesidad,
  - Vigilar signos y síntomas de alarma.

### 5.2.1 Consejería

El tratamiento del adolescente diabético es sumamente difícil puesto que se trata de una enfermedad crónica que se presenta en una etapa crítica de la vida, por lo que debe involucrarse en el mismo a la familia puesto que es una carga muy pesada si se deja solo al adolescente.

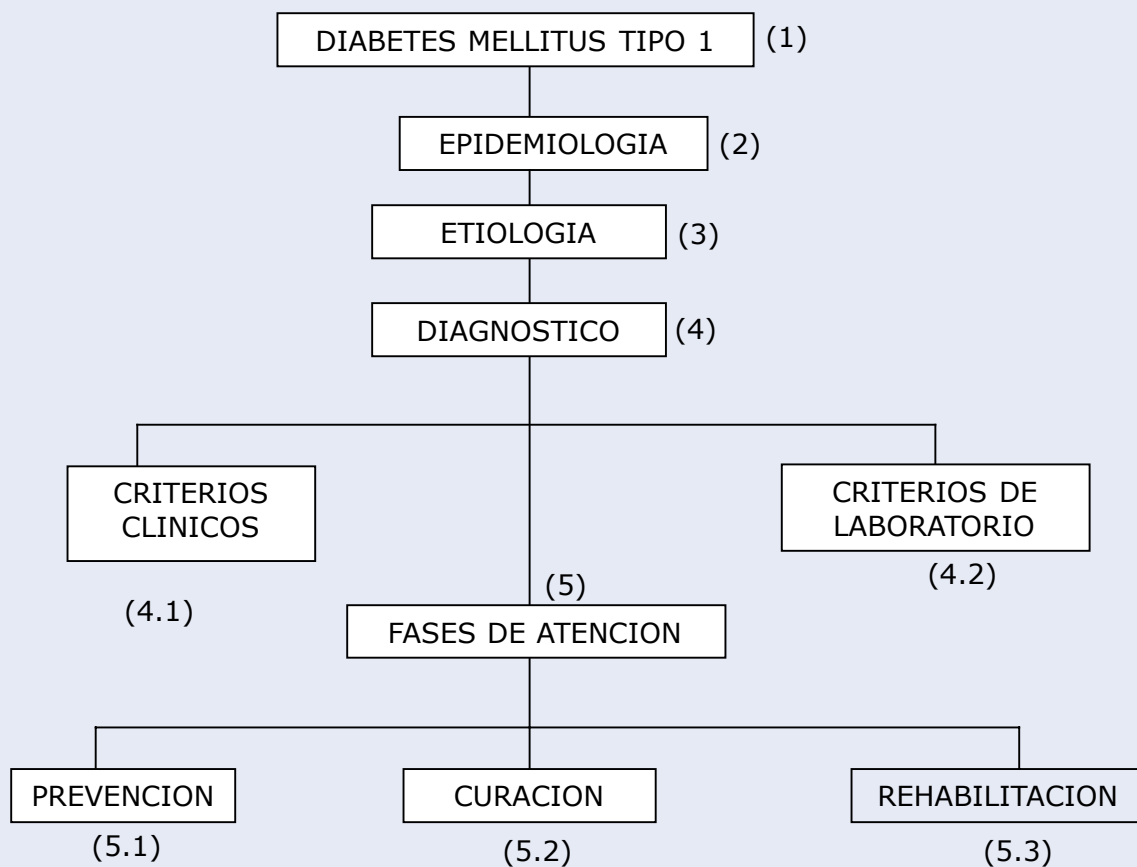
Es importante adiestrarlos respecto a la forma adecuada de administrar el medicamento, los síntomas de hipo o hiperglicemia o de infecciones y donde y cuando consultar ante los mismos, se debe enfatizar la importancia del control de la dieta, el ejercicio, hábitos higiénicos adecuados; brindar apoyo psicológico para adaptarse de la mejor manera a su enfermedad y asumir con responsabilidad el automonitoreo de signos de alarma y acciones inmediatas para la atención de los mismos.

Recomendar el uso de tacones en los adolescentes (tacón 3cm de ancho), no utilizar talcos o cremas interdigitales en pies, cuidado de uñas y corte adecuado, fomentar el ejercicio físico .

### 5.3 Rehabilitación

- Fomentar la formación y el involucramiento de grupos de apoyo comunitarios, clubes de diabéticos, proporcionar apoyo psicológico al usuario y familia.
- Automonitoreo
- Monitoreo de exámenes de: glucosa, orina, hemoglobina glucosilada.
- Evaluación oftalmológica cada año.





## CAPITULO 5

# PROBLEMAS DE SALUD RELACIONADOS CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO

## TRASTORNOS DE ANSIEDAD

### 1. TRASTORNOS DE ANSIEDAD

Estado en el que el individuo experimenta sentimientos de inquietud (aprensión) y activación del sistema nervioso autónomo como respuesta a amenazas vagas o inespecíficas

### 2. EPIDEMIOLOGIA

Los trastornos de ansiedad se puede observar en personas relativamente jóvenes y su diagnóstico se da con mayor frecuencia en mujeres que en hombres y presentan un patrón familiar primario.

Según estadísticas del MSPAS, esta patología se encuentra entre las cinco primeras causas de consulta ambulatoria del año 2002, se reportan 4321 que corresponde a una tasa de 31.2 por 10,000 habitantes para el grupo de adolescentes

### 3. ETIOLOGIA

Puede atribuirse a la interacción de factores biopsicosociales y situaciones ambientales.

### 4. DIAGNOSTICO

#### 4.1 Clínico

Se manifiesta con síntomas en tres categorías psicológicas, emocionales y cognoscitivas y varían según el nivel de ansiedad y son:

- Sudoración, palpitación, temblor, dificultad respiratoria, sensación de ahogamiento, dolor torácico, náuseas o malestar abdominal, mareo o vértigo,.
- Desrealización (sensación de irrealidad) despersonalización (sensación de estar fuera de su propio cuerpo).

⟨ Temor a la muerte, parestesia (sensación de entumecimiento u hormigueo), escalofríos u oleadas de calor.

La persona que sufre ansiedad desconoce el objeto, o la situación específica que le ocasiona este trastorno, y esta puede ser externa o interna.

El ataque ocurre en reacción ante una situación inespecífica o se presenta sin motivo, por lo general dura de 5 a 30 minutos.

### 5. FASES DE ATENCION

#### 5.1 Prevención

- Educar al adolescente y su familia para poder identificar trastornos de ansiedad (temores a la alimentación, a beber, hablar, vivir junto a otras personas, evitar utilizar baños públicos, entre otros) y a identificar otros problemas como pánico y temor persistente a un objeto o situaciones determinadas (estímulo fóbico).
- Fortalecer las relaciones familiares y redes sociales.
- Desarrollar programas con temática sobre habilidades para la vida, proyecto de vida, entre otros.
- Recomendar la redacción de un diario personal que le permita identificar todas aquellas situaciones que le generan ansiedad para poder así facilitar su manejo.
- Demostrar interés en sus problemas y generar un ambiente de comprensión.

### 5.2 Curación

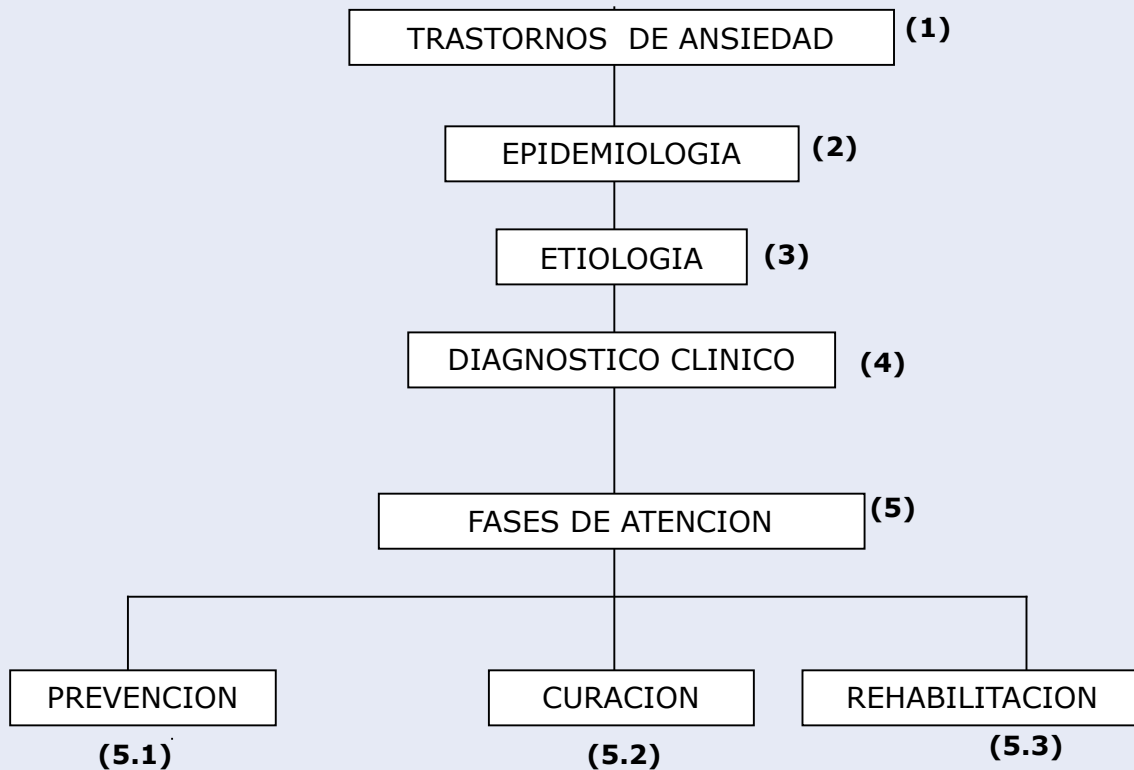
- Descartar un problema orgánico diferente.
- Identificación precoz de síntomas relacionados con la ansiedad.
- Proporcionar seguridad y bienestar ante la presencia de signos de ansiedad.
- Realizar diagnóstico correcto de ansiedad debido a que el pánico y las fobias son totalmente diferentes y por lo tanto el tratamiento no es igual que el de ansiedad.
- Tratamiento psicoterapéutico de los trastornos de ansiedad, combinar elementos de terapia cognoscitiva, terapia conductual y apoyo.

- Enseñar técnicas de relajación encaminada a reducir la ansiedad general, a través de ejercicios de respiración, técnicas de relajación y de reflexión interna.

- Ayudar al paciente a identificar respuestas racionales a pensamientos ansiosos que se presentan con mayor frecuencia.

### 5.3 Rehabilitación

Educar al adolescente y familia sobre: Tratamiento del problema específico, fomentar distracción y recreación, así como la actividad física y la participación en grupos juveniles a nivel comunitario, motivar a desarrollo de proyectos de vida, dar apoyo de seguridad emocional y confianza en si mismo, control médico según indicaciones, visita domiciliar por personal de salud para apoyo y seguimiento al adolescente y familia



## TRASTORNOS DEPRESIVOS

### 1. TRASTORNOS DEPRESIVOS

La Depresión es una enfermedad caracterizada por alteraciones en el estado de ánimo, con reducción de su energía y disminución de su actividad, la depresión puede ser clasificada como: leve, moderado o grave, según la cantidad y la gravedad de sus síntomas.

### 2. EPIDEMIOLOGIA

La prevalencia mundial es de 121 millones de habitantes que adolecen de esta enfermedad. Con una incidencia del 10% en adolescentes. En nuestro país para el año 2002, se reportan 614 casos con un tasa 4.4 por 10.000 habitantes en población adolescente (10-19)

### 3. ETIOLOGIA

Factores hereditarios, bioquímicos, ambientales, psicológicos

### 4. DIAGNOSTICO

#### 4.1 Clínico

- Disminución de la atención y concentración,
- Pérdida de la confianza en si mismo, sentimientos de inferioridad, baja autoestima,
- Ideas de culpa, minusvalía y desesperanza,
- Pensamientos o expresiones suicidas,
- Trastornos de sueño y del apetito,

- Perdidas de interés en actividades o del disfrute por los mismo,
- Aislamiento social, sensibilidad extrema al rechazo y al fracaso, dificultad para relacionarse,
- Uso y abuso de drogas.

#### 4.2 Laboratorio y Gabinete

No se necesita de ninguno y se recomienda el uso de las escalas de depresión y ansiedad de Hamilton, Montgomery, Zung , las cuales pueden ser evaluadas por psicólogo en el establecimiento de salud mas cercano que cuente con dicho recurso.

### 5. FASES DE TRATAMIENTO

#### 5.1 Prevención

- Identificación de factores de riesgo.
- Desarrollo de Programas que fortalezcan la salud mental.
- Promover la integración de los jóvenes a grupos de proyección social
- Fomento de la comunicación intrafamiliar.
- Formación de grupos de auto apoyo.
- Coordinación con directores de centros educativos a nivel local para las actividades de Información Educación y Comunicación (IEC).

## 5.2 Curación

### Primer Nivel de atención

Medicamento	Dosis
Amitriptilina(tab. de 25 mg)	25 a 50 mg al día
Imipramina (tab. de 25 mg)	25 a 50 mg al día

### Segundo Nivel de atención

Medicamento	Dosis
Amitriptilina	25 a 50 mg/día
Imipramina	25 a 50 mg/día
Sertralina( tab. de 50mg)	50 a 100 mg/día

**5.2.1 Consejería:** igual en primer y segundo nivel.

Brindar terapia de apoyo individual, motivar al adolescente a pertenecer y permanecer en grupos de adolescentes, a realizar actividades físicas, comunitarias.

Motivarlos para la formación de proyectos de vida y brindar a la vez orientación familiar para mejorar la comunicación y las relaciones dentro de la misma.

### 5.2.2 Criterios de Derivación

#### Del primer al Segundo Nivel:

- Depresión mas embarazo
- Intento de suicidio,
- Hipersensibilidad al fármaco,
- Falta de capacidad instalada en el establecimiento de primer nivel: ausencia de recurso humano capacitado, ausencia de fármaco,
- Depresión psicótica,
- Depresión mas patología médica asociada que conlleve a un riesgo mayor,

- Resistencia farmacológica

#### Del Segundo al Tercer Nivel

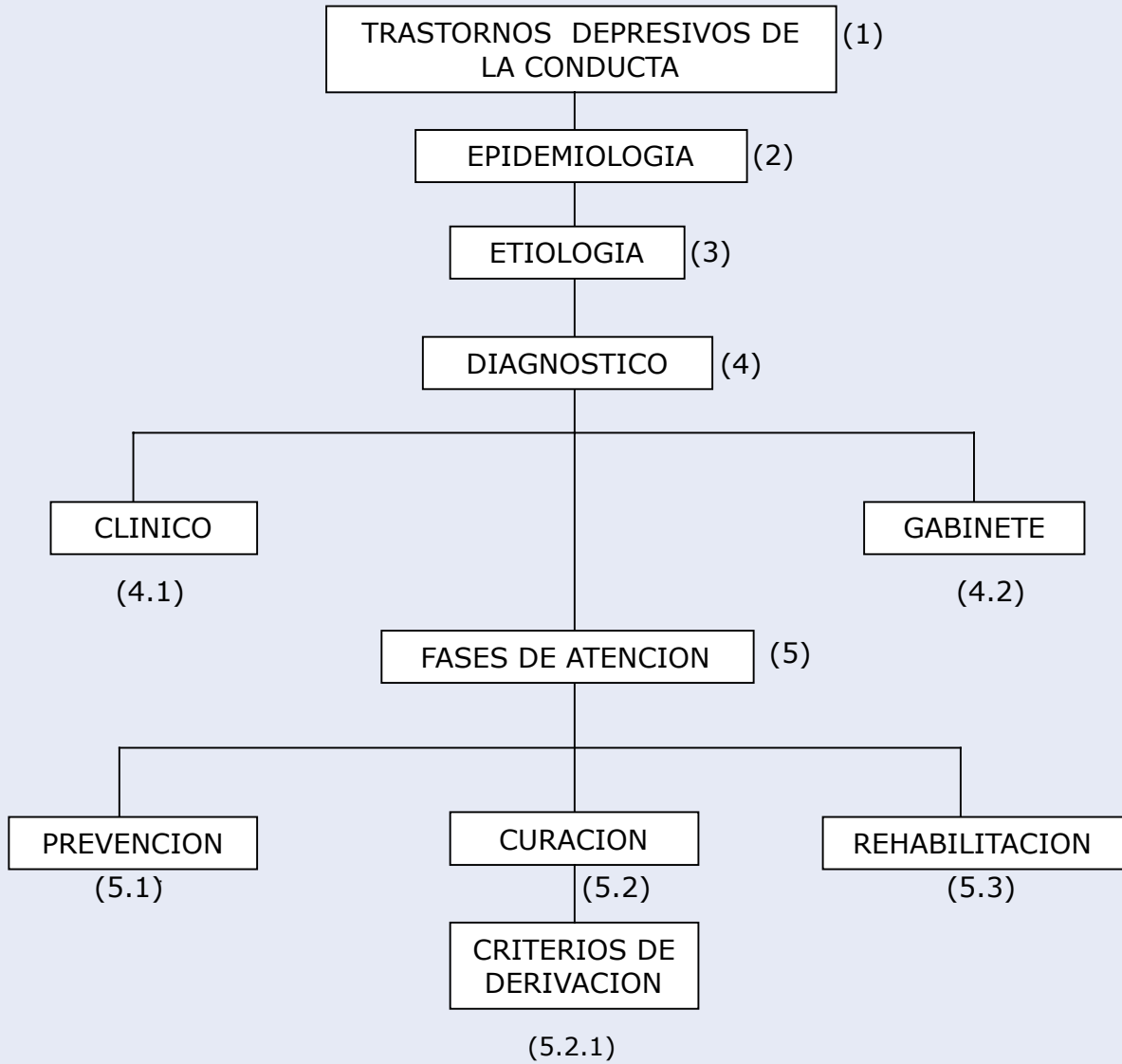
- Aplicación de terapia electroconvulsiva,
- Alto riesgo suicida,
- Hipersensibilidad al fármaco,
- Depresión mas patología médica que conlleve a un riesgo mayor

### 5.2.3 Criterios de Curación /Alta:

- De acuerdo a puntaje obtenido en escalas de Depresión.
- Disminución de los síntomas clínicos: aumentos de la autoestima, mejoría del ciclo vigilia-sueño, mejoría de los hábitos alimenticios
- Disminución en la dosis de los fármacos.

## 5.3 Rehabilitación

Formación y permanencia en clubes de adolescentes, incluir al adolescente en actividades comunitarias (celebración del día del niño, del adulto mayor, madres), participación en actividades recreativas, artísticas, culturales y ocupacionales no olvidar involucrar a la familia en el seguimiento del joven.



## INTENTO DE SUICIDIO

### 1. INTENTO DE SUICIDIO

El suicidio es un problema trágico y potencialmente prevenible y generalmente tiene relación con el consumo de sustancias nocivas como drogas venenos e insecticidas.

### 2. EPIDEMIOLOGIA

En todo el mundo, cada año al menos 4 millones de adolescentes, intentan suicidarse, al menos 100.000 lo logran. Las investigaciones indican que muchos factores pueden ser responsables: incluida la falta de estabilidad emocional, socioeconómica, la facilidad de acceso a: venenos, sustancias tóxicas, el consumo de alcohol o armas.

### 3. ETIOLOGIA

Factores hereditarios, psicológicos, sociales, culturales, ambientales. Es frecuente que la causa en el grupo de adolescentes se relacione a trastornos depresivos.

### 4. DIAGNOSTICO:

#### 4.1 Clínico:

- Cambios en los hábitos alimenticios y de sueño
- Aislamiento de amigos, familiares o de sus actividades regulares
- Acciones violentas, conducta rebelde o fuga de la casa
- Descuido inusual en la apariencia personal.
- Cambios marcados de la personalidad.
- Aburrimiento persistente.
- Quejas frecuentes de síntomas físicos.
- Pérdida de interés en actividades agradables
- Intolerancia a los halagos o recompensas,

- Quejarse de que es mala persona o de que se siente mal,

- Mostrar señales de psicosis, y cuadros depresivos.

No se necesita de exámenes de laboratorio ni gabinete.

### 5. FASES DE ATENCION

#### 5.1 Prevención

Identificar factores de riesgo, fomentar y desarrollar programas que fortalezcan la salud mental, integrar al adolescente a grupos de participación comunitaria, mejorar la comunicación intrafamiliar, diagnóstico temprano y el tratamiento de la depresión, limitar el acceso de los jóvenes a agentes letales (armas de fuego y sustancias tóxicas), formación de club de adolescentes, coordinar actividades con educación y referencia oportuna al segundo nivel en casos necesarios.

#### 5.2 Curación

##### Primer Nivel

**“El intento suicida constituye una verdadera emergencia psiquiátrica y debe realizarse una intervención inmediata.”**

Hay que proporcionar apoyo psicológico al adolescente y familiares, previa evaluación cuidadosa del caso manejo ambulatorio con controles periódicos, psicoterapia individual, psicoterapia familiar.

Referencia al segundo nivel en casos de no contar con recurso humano capacitado o medicamentos necesarios.

El primer nivel debe realizar el monitoreo del cumplimiento de algunas actividades indicadas por el segundo nivel, así como la consejería a familiares.

**Segundo Nivel:**

Seguimiento del caso, apoyo familiar, consejería.

- Falta de apoyo familiar,
- No mejoría de los síntomas,
- Que el intento se haya presentado en mas de dos ocasiones.

**5.2.1 Consejería:**

Orientar a la familia y al adolescente respecto a la patología, los principales signos de alarma y la importancia de continuar el tratamiento farmacológico (si es necesario) y de psicoterapia, recomendar no dejar solo al adolescente y si hay un apoyo familiar adecuado mejorar la comunicación

**5.2.3 Criterios de Curación / Alta:**

- Mejoría de los síntomas clínicos.
- Mejoría clínica de morbilidades asociadas.

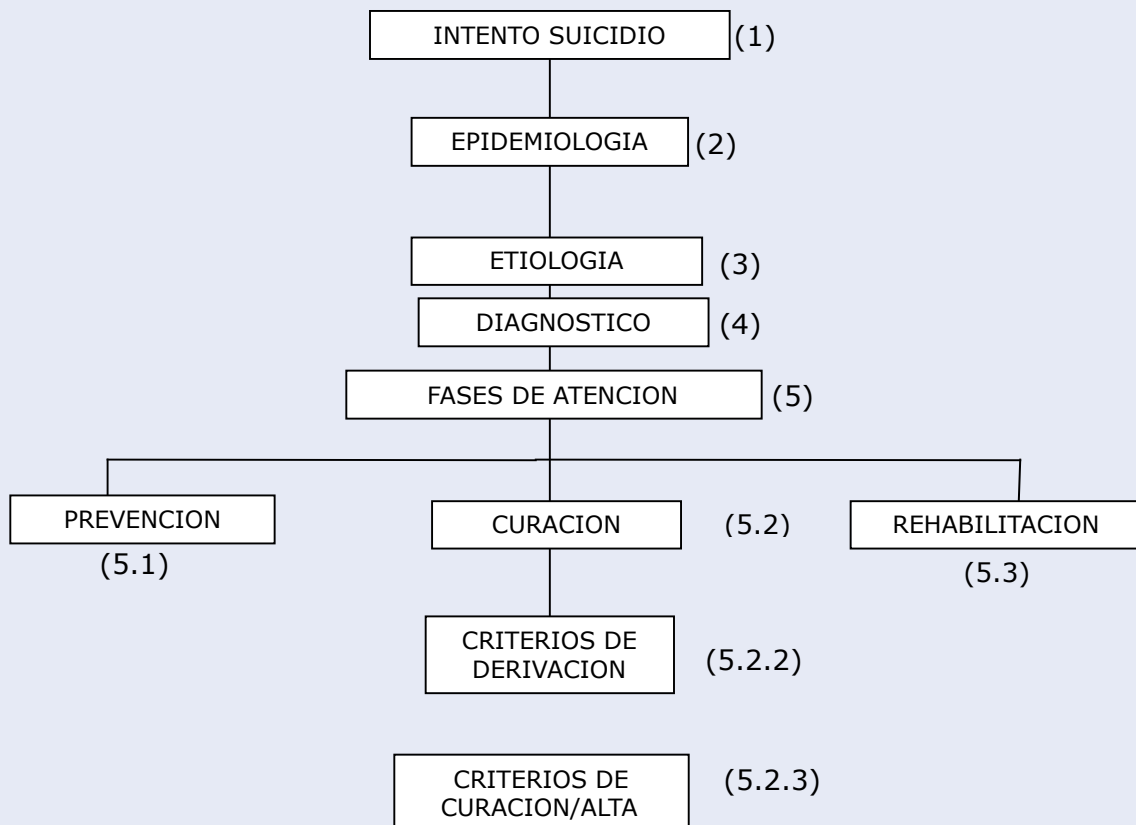
**5.2.2 Criterios de Derivación**

Del Segundo al Tercer Nivel:

- Falta de capacidad instalada,
- Evaluación de terapia electroconvulsiva,
- Intento suicida más morbilidad,

**5.3 Rehabilitación**

Apoyo familiar, controles subsecuentes, integración en club de adolescentes y otros programas sociorecreativos, ayuda en el desarrollo y cumplimiento de proyectos de vida y habilidades para el futuro





## ANOREXIA NERVIOSA

### 1. ANOREXIA NERVIOSA

Pérdida de peso o falta de ganancia de peso en niñas y adolescentes que conducen a un peso corporal de al menos 15% por debajo del peso normal esperado para la edad y talla correspondiente, que es autoinducida evitando alimentos que “engordan”, acompañada de una distorsión de la imagen corporal psicológica.

### 2. EPIDEMIOLOGIA:

Más de 5 millones de adolescentes son afectados por desórdenes alimenticios cada año a nivel internacional.

### 3. ETIOLOGIA

En su etiología predominan los factores psicológicos tales como:

- Trastornos depresivos compulsivos o dismórficos
- Fobia social.
- **Trastornos médicos** como: enfermedades gastrointestinales, neoplasias, VIH y factores nutricionales.
- **Factores socioculturales:** trastornos de la conducta alimentaria (que se ven con mayor frecuencia en adolescentes y jóvenes del sexo femenino) en las sociedades industrializadas, en las que abundan las comidas rápidas y en las que estar delgado está ligado estrechamente con el atractivo del cuerpo, delgado significa belleza.

### 4. DIAGNOSTICO

#### 4.1 Clínico:

- Pérdida de peso o falta de ganancia del mismo que conduce a un peso corporal de al menos 15% por debajo del normal.
- La pérdida de peso es autoinducida.

- Distorsión específica de la imagen corporal psicológica
- Miedo intenso y persistente a la obesidad
- Negación de la gravedad de la pérdida de peso
- Amenorrea (ver guía de amenorrea) o en el hombre por pérdida de interés o impotencia sexual.

Los siguientes síntomas apoyan el diagnóstico: vómitos autoinducidos, ingesta de laxantes, ejercicio excesivo, consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos

#### 4.2 Laboratorio y Gabinete

La provocación del vómito, la ingesta excesiva de laxantes y diuréticos y el uso de enemas pueden provocar trastornos que conducen a resultados de laboratorio anormales:

- Hemograma: anemia leve y Leucopenia
- Bioquímica: uremia, hipercolesterolemia, hipertrigliceridemia, hipomagnesemia, hipocalcemia e hipoglicemia, hipofosfatemia e hipotasemia, hiperamilasemia T3, T4, disminuidas, niveles bajos de estrógenos y testosterona.
- (E.K.G) Electrocardiograma Bradicardia sinusal y rara vez arritmia.
- (E.E.G) Electroencefalograma, anomalías difusas (encefalopatía metabólica)
- TAC cerebral: Aumento del volumen ventricular.
- Visualización de úlceras esofágicas o gástricas por endoscopia.

## 5. FASES DE ATENCIÓN

### 5.1 Prevención:

Incluir en los programas dirigidos a los adolescentes temas como: Anorexia y Bulimia, coordinar con Educación, programas de prevención en centros educativos, coordinar con Medios de Comunicación la prevención de dichas patologías, desarrollo de estos temas en clubes de adolescentes.

Orientación a los y las adolescentes así como sus familias para una alimentación adecuada (**ver guía de alimentación para adolescentes**)

### 5.2 Curación

#### Primer Nivel

Historia clínica completa, exámenes de laboratorio y gabinete si están disponibles.

Programas que incluyan talleres de autoestima para adolescentes, charlas para mejorar la comunicación familiar, formación de redes socio-sanitarias para la detección temprana de casos, promoción de estilos de vida saludables, charlas nutricionales, y de formación de proyectos de vida.

#### Segundo Nivel

- Evaluación por equipo multidisciplinario (médico internista, psiquiatra, endocrinólogo, nutricionista, psicólogo, trabajo social y otros),
- Psicoterapia comportamental y familiar.
- Consejería familiar y nutricional.
- Elección de fármacos según criterio médico, manejo integral

#### 5.2.1 Consejería:

Es de vital importancia la consejería familiar y nutricional de adolescentes con desórdenes de la alimentación, ellos deben conocer la enfermedad, los principales signos de

empeoramiento y las medidas terapéuticas que se les aplicarán al adolescente y las medidas nutricionales.

Además como son parte del problema en muchos casos, deben involucrarse activamente en las diferentes etapas del tratamiento.

#### 5.2.2 Criterios de Derivación

##### Del Primer al Segundo Nivel:

- Falta de apoyo familiar,
- Presencia de morbilidad sobre agregada
- Ejercicios excesivos,
- Consumo de fármacos anorexígenos o diuréticos,

##### Del Segundo al Tercer Nivel:

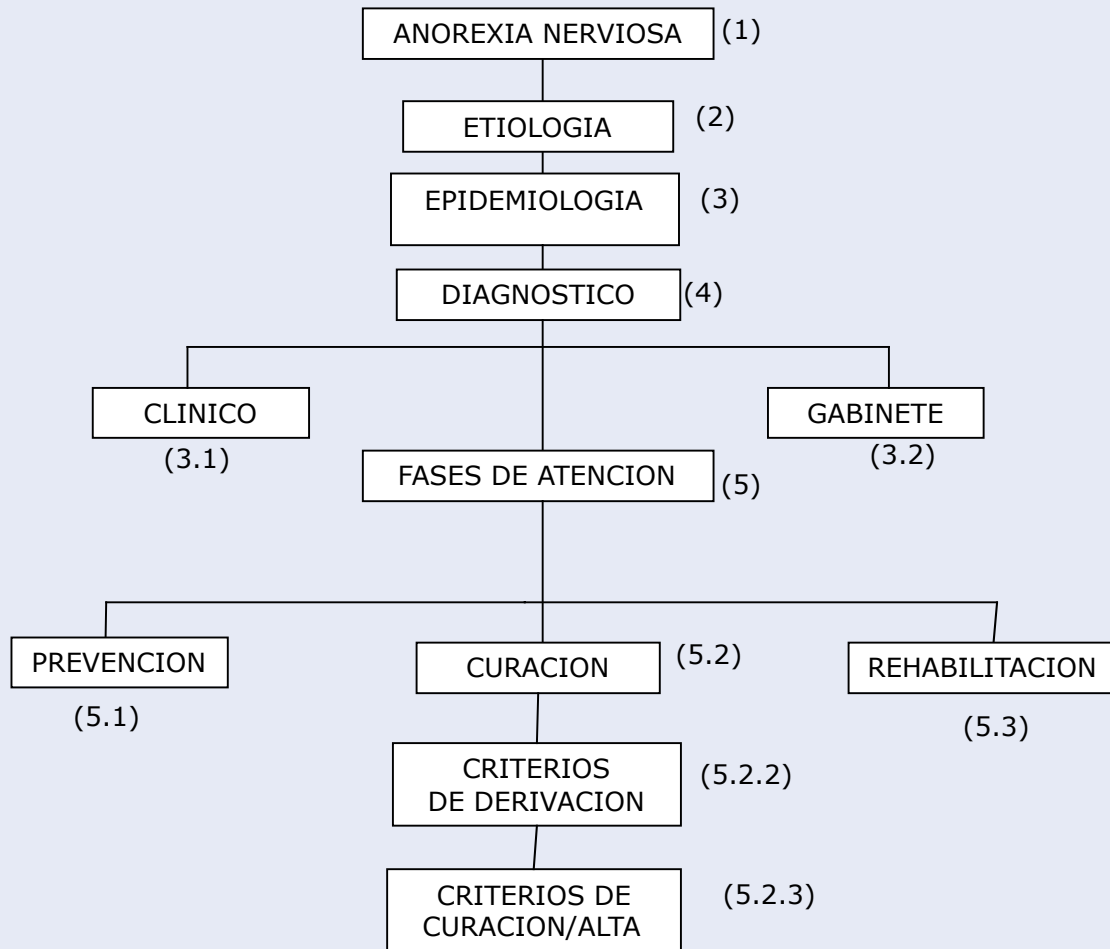
- Deterioro de la estabilidad psíquica o psicosocial,
- Fracaso farmacológico o psicoterapéutico,
- Trastornos endocrinos generalizados,
- Necesidad de evaluación por equipo multidisciplinario

#### 5.2.3 Criterios de Curación / Alta

- Aumento gradual de peso,
- Presencia de autocrítica,
- Estabilidad psíquica o psicosocial
- Retiro de fármacos,
- Exámenes de laboratorio en límites normales

### 5.3 Rehabilitación

Continuar terapia psicológica, manejo integral, orientar sobre la continuidad de alimentación adecuada, incorporarlo a los grupos de adolescentes para recibir temas educativos sobre salud y proyectos de vida.



## BULIMIA NERVIOSA

### 1. BULIMIA NERVIOSA

Es un síndrome caracterizado por episodios de ingesta excesiva de alimentos en un período generalmente inferior a 2 horas y por medidas compensatorias, orientadas a prevenir el aumento de peso tal como: vómito inducido, uso inapropiado de diuréticos, laxantes, etc.

### 2. EPIDEMIOLOGIA

La prevalencia en mujeres adolescentes y adultos jóvenes es de 1-3%, se estima que del 3-5% de las mujeres entre 15 y 25 años, padecen grados variables de bulimia, el problema generalmente se inicia en la adolescencia, parece ser mas frecuente en las clases altas y educadas y está aumentando en las últimas décadas, la duración es indeterminada.

### 3. ETIOLOGIA

Esta relacionado genéticamente con las personas que padecen trastornos afectivos. Existen además, teorías relacionadas con cambios en la serotonina y otras sustancias de liberación cerebral.

Las familias han sido descritas como desorganizadas, conflictivas y con inadecuados patrones de alimentación, deficiente comunicación familiar, inseguridad, falta de afecto.

En resumen, la adolescente biológicamente predispuesta a inestabilidad anímica en una familia inestable y desorganizada, con tendencia a logros elevados, tiene dificultades en competir adecuadamente, trata por medio de la dieta, lograr aprobación, cayendo así en un círculo vicioso difícil de romper.

### 3.1 Factores predisponentes:

- Factores biopsicosociales.
- Perdidas afectivas.

### 4. FASES DE ATENCION

#### 4.1 Prevención:

Las mismas actividades que en Anorexia nerviosa (ver guía)

#### 4.2 Curación

##### Primer Nivel:

Ver guía de Anorexia.

##### Segundo Nivel

Ingreso si fuese necesario e igual manejo de anorexia nerviosa.

#### 4.2.1 Criterios de Derivación Del Primer al Segundo Nivel

Ver guía de anorexia

#### Del Segundo al Tercer Nivel

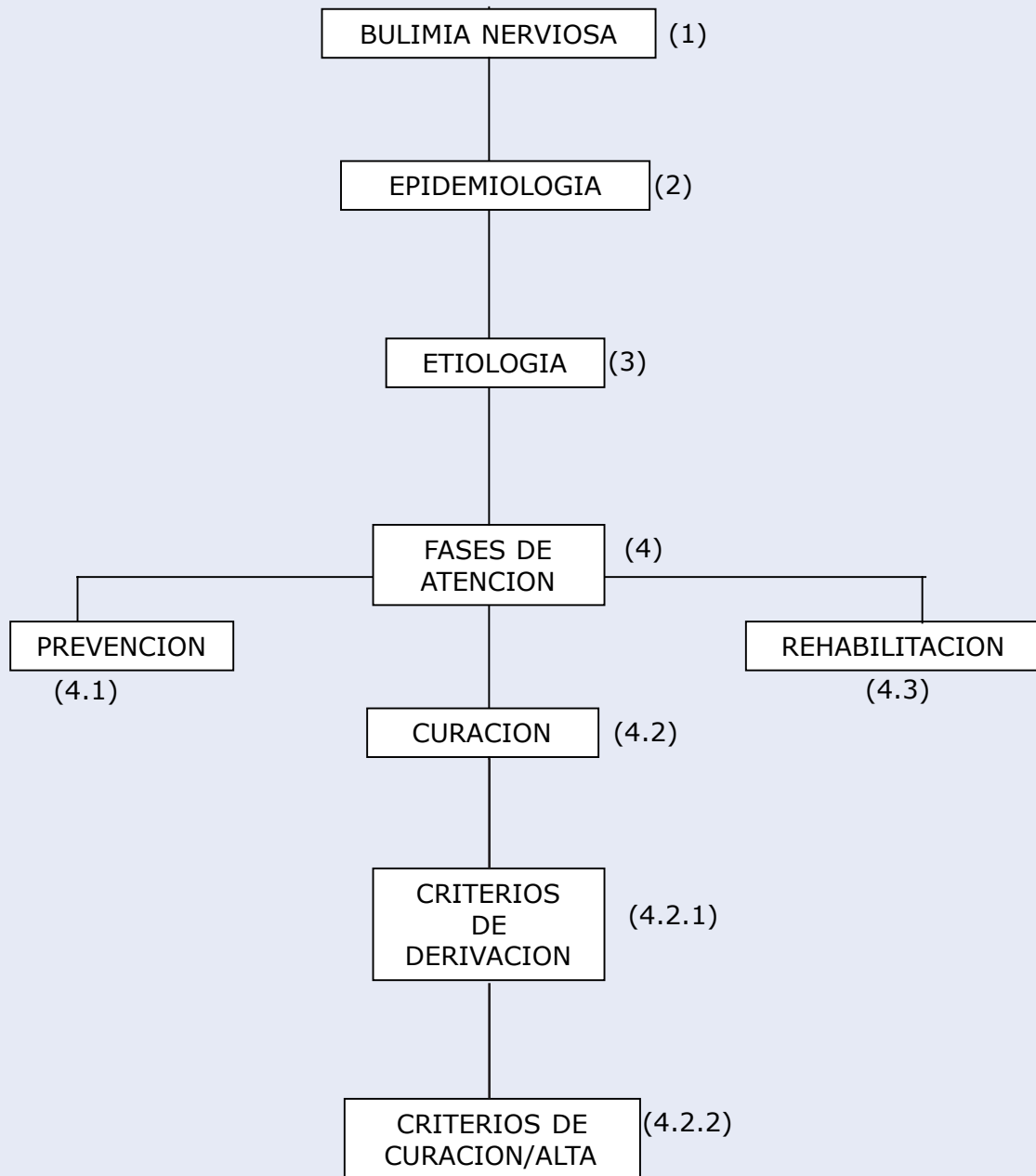
- Deterioro nutricional,
- Deterioro de la estabilidad psíquica,
- Falta de apoyo familiar,
- Enfermedades físicas oportunistas.

#### 4.2.2 Criterios de Curación/ Alta

- Fortalecimiento de la personalidad,
- Disciplina en la dieta,
- Vida social normal, aumento gradual de peso

#### 4.3 Rehabilitación

Ver guía de Anorexia y continuar terapia psicológica si fuera necesario.



## CAPITULO 6

# ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO

## CEFALEA TENSIONAL

### 1. CEFALEA TENSIONAL

Dolor occipital, resultado de una sobrecarga o tensión emocional que impiden la relajación y el descanso.

### 2. EPIDEMIOLOGIA

Es un problema común en adolescentes, aumentando su frecuencia a partir de los 7 hasta los 15 años, es mas frecuente en mujeres después de los 12 años

### 3. ETIOLOGIA

Esta asociada al stress, tensión emocional, contractura muscular, migraña

#### 3.1 Factores Predisponentes:

Sexo femenino, edad, factores étnicos y culturales

### 4. DIAGNOSTICO

#### 4.1 Clínico

- El dolor es de comienzo variable pero generalmente inicia por la tarde,
- Localizado en el área occipital, bilateral frontal o como una banda alrededor de toda la cabeza
- El dolor se caracteriza por presentar una sensación de presión sostenida, sorda que puede durar de horas a días.

La percepción del dolor, esta vinculado a la etapa del crecimiento, la forma de expresarse ante al dolor es distinta según la edad, mientras que en el pre-púber aumenta su agresividad, aislamiento y descontrol emocional, el adolescente en etapa intermedia (15-17 años) se deprime, se aísla y a menudo no cumple con las indicaciones médicas.

Realizar historia clínica con énfasis en antecedentes familiares, edad de comienzo y circunstancias, tipo dolor, duración, localización, frecuencia, horario, factores desencadenantes, síntomas asociados, actitud frente al dolor, uso de medicamentos para su control.

#### 4.1.2 Examen Físico:

Debe realizarse un examen físico completo con especial énfasis en cabeza, examen neurológico y presión arterial, administrar medicamentos según corresponda, terapia de relajación, orientar sobre los diferentes alimentos que debe consumir, referencia al segundo nivel de atención, si requiere atención de mayor complejidad

### 4.2 Laboratorio

Hemograma

## 5. FASES DE ATENCION

### 5.1 Prevención

Educar al adolescentes y a la familia sobre: Evitar situaciones de stress, procurar el descanso necesario, recreación, ejercicios de relajación, alimentación adecuada, según guía de alimentación para adolescentes

### 5.2 Curación

Medidas Generales:

- Explicar al adolescente la posible etiología.
- Apoyo social y psicológico en los casos indicados.

Terapia Medicamentosa:

- De ser posible evitar el uso de medicamentos,

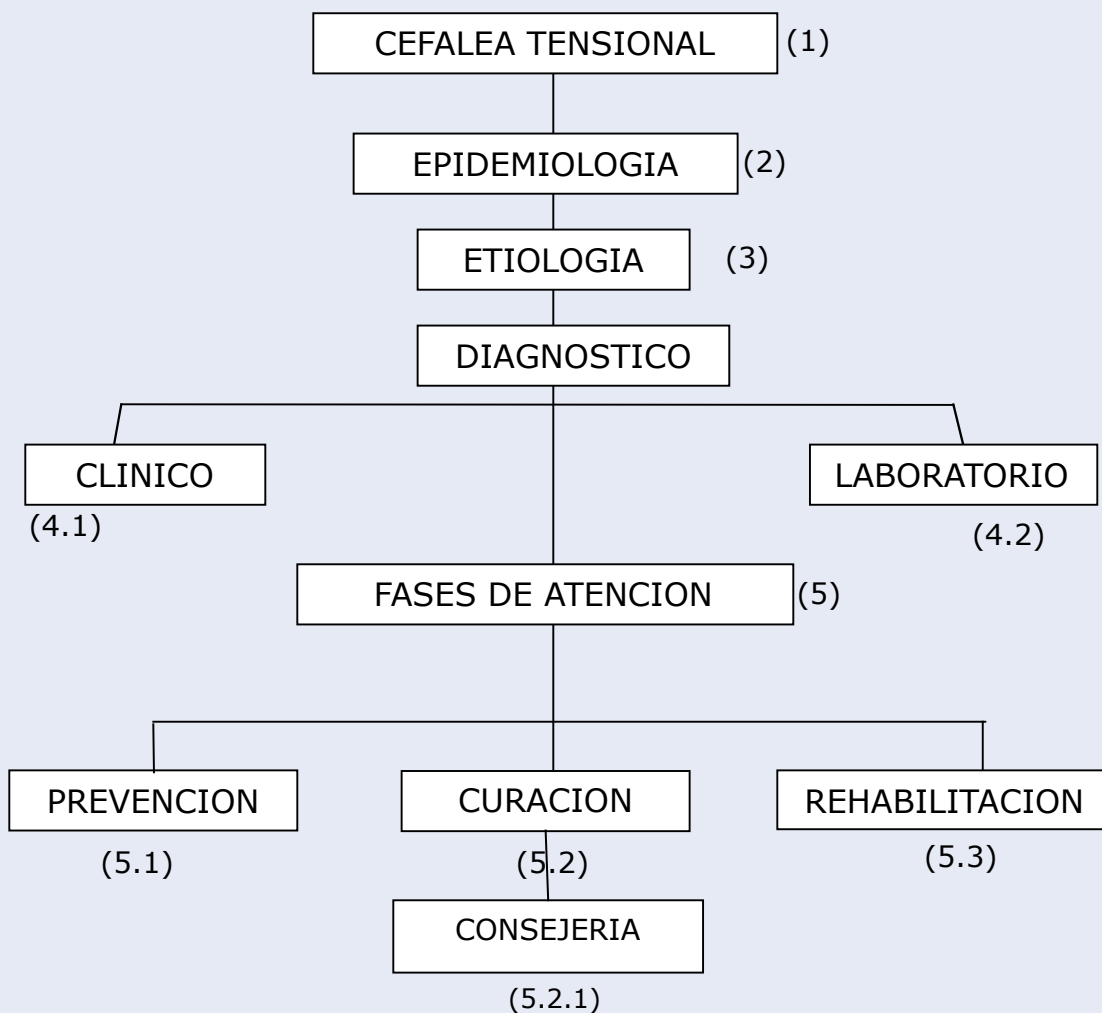
- Las técnicas de relajación son muy efectivas

**5.2.1 Consejería:**

Recalcar la importancia de cumplir las indicaciones terapéuticas y asistir a los controles de seguimiento.

**5.3 Rehabilitación**

Seguimiento al caso, vigilar el cumplimiento del tratamiento médico, indicar ejercicio físico adecuado, apoyo emocional y terapia psicológica en casos indicados por psicólogos o médico especialista



**CAPITULO 7**

**ENFERMEDADES DEL OJO Y SUS ANEXOS**

**CONJUNTIVITIS**

**1. CONJUNTIVITIS**

Es la inflamación conjuntival causada por bacterias, virus, alérgenos o factores ambientales

**2. ETIOLOGIA**

Es causada por bacterias, virus, alérgenos o factores ambientales  
 Forma de Transmisión: Cuerpos extraños oculares, manipulación de ojos con manos sucias

**3. DIAGNOSTICO**

**3.1 Clínico**

Secreción ocular purulenta, prurito, ardor, inflamación conjuntival (quemosis), lagrimeo, hiperemia conjuntival (ojo rojo) sensación de cuerpo extraño ocular.

**3.2 Laboratorio**

Examen microscópico directo de secreción, cultivo de secreción (según disponibilidad o si el usuario lo amerita)

**4. FASES DE ATENCION**

**4.1 Prevención**

Evitar tocarse ojos con las manos sucias así como no entrar en contacto con polvo y otras sustancias que puedan irritar o contaminar los ojos.  
 Limpiarse los ojos con paños limpios.

**4.2 Curación :**

- Limpieza ocular en forma correcta.
- Proporcionar tratamiento adecuado para disminuir y/o eliminar los signos y síntomas.
- Examen microscópico de la secreción si es necesario
- Orientar al usuario en los cuidados de limpieza ocular
- Iniciar tratamiento con antibióticos oculares de amplio espectro: Cloranfenicol O Sulfacetamida
- Controlar al paciente a los 5 a 7 días

**4.2.1 Tratamiento:**

**Primer Nivel**

Tratamiento farmacológico	Dosis
Cloranfenicol	1 gota cada 4-6 horas ambos ojos por 7 a 10 días.
Sulfacetamida	1 gota cada 4 -6 horas cada ojo por 7 días



## Segundo Nivel

Tratamiento Farmacológico	Dosis
Tobramicina 0.3%	1 gota cada 4-6 horas cada ojo por 7 a 10 días
Ciprofloxacina 0.3%	1 gota cada 4-6 horas ambos ojos por 7 a 10 días

### 4.2.2 Consejería:

Al usuario y a la familia sobre: lavado de manos antes y después de manipularse los ojos, limpieza ocular con agua hervida a temperatura ambiente, secado ocular con tela limpia y /o pañuelo, no automedicarse, hábitos de higiene ambiental.

### 4.2.3 Criterios de Derivación

Del Primer al Segundo Nivel

- No mejoría del cuadro de conjuntivitis con tratamiento de 10 días,
- No existencia de antibióticos idóneos según el antibiograma del cultivo,
- Compromiso de la agudeza visual

Del Segundo al Tercer Nivel

- Aparición de complicaciones:
- Úlcera corneal

- Celulitis orbitaria o preseptal

### 4.2.4 Criterios de Curación / Alta de la Conjuntivitis

#### Primer Nivel:

- Desaparición de signos y síntomas

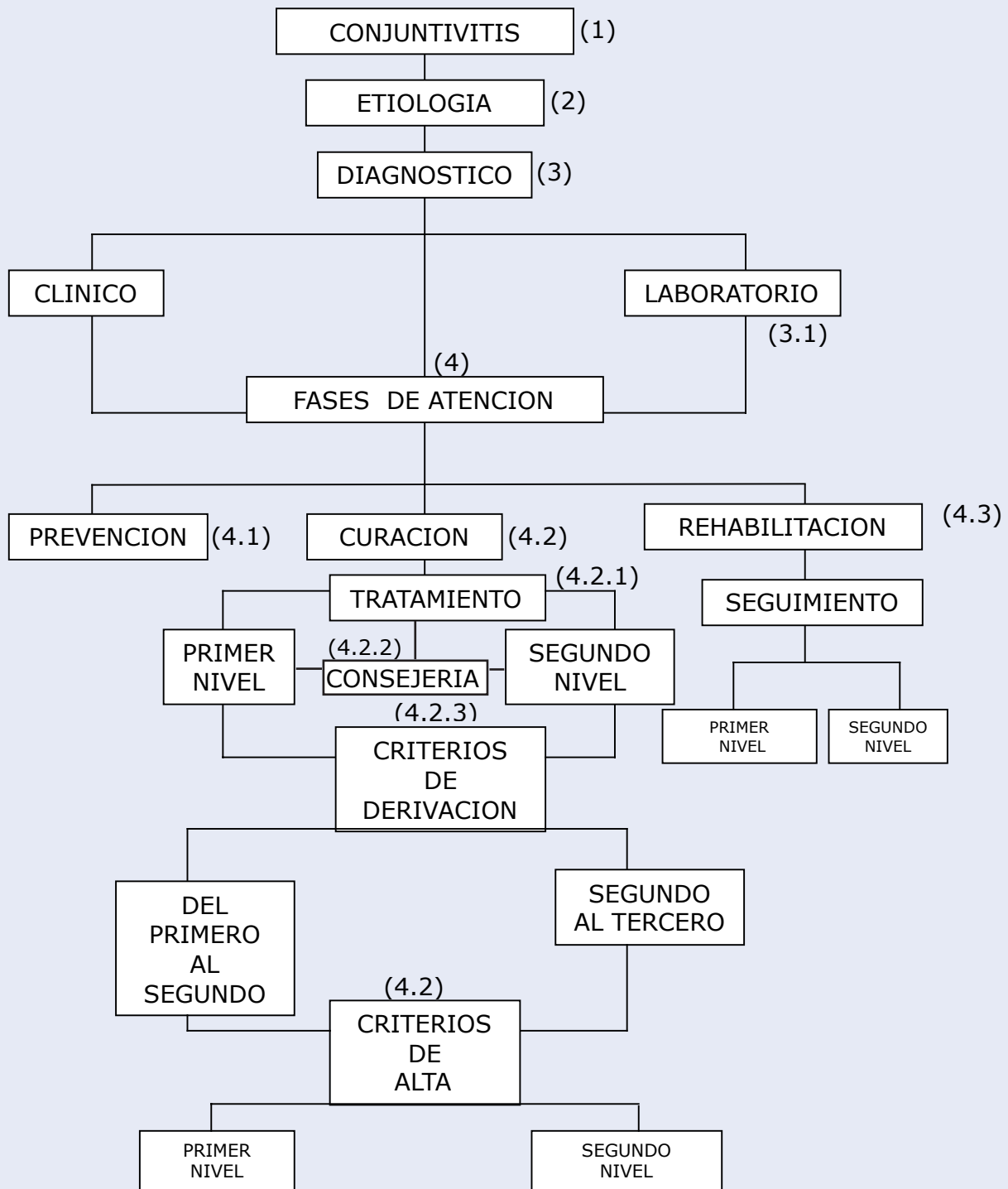
#### Segundo Nivel

- Desaparición de secreción ocular, quemosis e hiperemia,

### 4.3 Rehabilitación:

Orientar al usuario y la familia sobre:

- Continuar cuidados de limpieza ocular
- Apoyo emocional
- Hábitos de higiene ambiental



## BLEFARITIS

### 1. BLEFARITIS

Es una enfermedad inflamatoria de los bordes palpebrales que afecta folículos y glándulas de los párpados

### 2. ETIOLOGIA

La Blefaritis, puede deberse a una infección bacteriana o a psoriasis, seborrea o una respuesta alérgica

### 3. DIAGNOSTICO

#### 3.1 Clínico

Inflamación o edema, del borde palpebral, prurito palpebral, caspa en pestañas, sensación de cuerpo extraño ocular, ojo rojo, lagrimeo, visión borrosa

### 4. FASES DE ATENCIÓN

#### 4.1 Prevención

Lavado de manos con agua y jabón, limpieza palpebral (mezcla de shampoo para bebe y agua) cada día, secado de cara con paños limpios

#### 4.2 Curación

Limpieza palpebral 2-3 veces al día por 1 mes (con mezcla de shampoo de bebe mas agua) y secado con paños limpios.

#### 4.2.1 Farmacológico:

Tratamiento	Dosis
Cloranfenicol más hidrocortisona (ungüento)	Aplicar 3 veces al día en borde de párpados por 1 mes
Lágrimas artificiales	1 gota en ambos ojos cada 6 horas (mientras dure sensación de cuerpo extraño)

#### 4.2.2 Criterios de Derivación

Del Primer al Segundo Nivel

- Si cuadro no mejora con tratamiento establecido,
- Si hay aparición de orzuelos a repetición

Del Segundo al Tercer Nivel

- Si el paciente no mejora o
- Si se sospecha que Etiología pueda ser alérgica o por psoriasis
- Si se necesita evaluación por alergista o dermatólogo,
- Si se complica con chalazión a repetición
- Si hay necesidad de drenaje quirúrgico

**4.2.3 Criterios de Alta:**

**Primer Nivel**

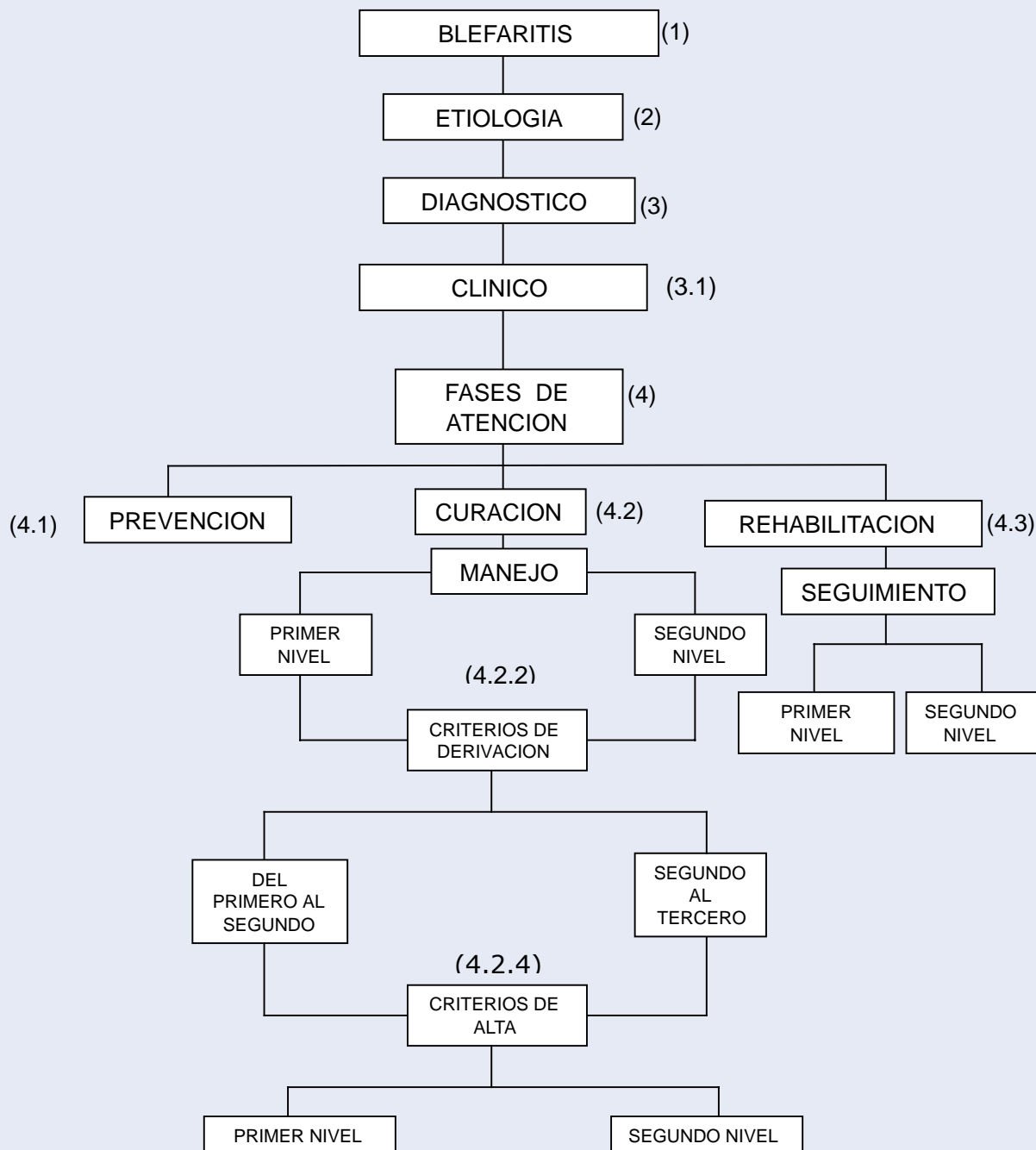
- Desaparición de caspa y edema de borde palpebral, no prurito palpebral

**Segundo Nivel:**

- Desaparición de signos y síntomas antes descritos
- Resolución de orzuelos a repetición

**4.3 Rehabilitación**

Control cada 2 semanas, evaluar si se esta cumpliendo tratamiento establecido, limpieza palpebral una vez al día por 3 meses



## QUEMADURAS QUIMICAS

### 1. QUEMADURAS QUIMICAS

Quemadura de córnea, conjuntiva o esclerótica del ojo por contacto con sustancias químicas

### 2. ETIOLOGIA

Contacto con sustancias químicas como:

- Ácidos: ácido de bacteria, ácido acético, ácido sulfúrico
- Alcalinos: lejía, cal, cemento, herbicidas, detergentes, soda cáustica

### 3. DIAGNOSTICO

#### 3.1 Clínico:

- Antecedente del contacto ocular con químicos,
- Edema palpebral, espasmo palpebral,
- Ojo rojo,
- Inflamación conjuntival,
- Lagrimeo,
- Disminución de visión,
- Fotofobia

### 4. FASES DE TRATAMIENTO

#### 4.1 Prevención

Adiestrar a personas que manipulan sustancias químicas sobre: Usar gafas de protección al manipular químicos, si hay contacto ocular lavar ojos con abundante agua limpia, no automedicarse, consultar en establecimiento de Salud mas cercano inmediatamente

#### 4.2 Curación

Primer Nivel

- Lavado continuo con abundante agua de grifo o solución salina normal (2 litros),
- Colocar antibiótico ocular en ungüento y parche ocular,
- Traslado a hospital de segundo nivel (si cuenta con oftalmólogo) sino a hospital de tercer nivel inmediatamente

Segundo Nivel

- En sala de emergencia continuar lavado de ojos con 2 litros de solución salina normal por lo menos 1 hora,
- Usar anestésico tópico ocular (tetracaina) para contrarrestar espasmo palpebral,
- Evitar presión directa sobre el globo ocular al efectuar el lavado,
- Colocar ungüento antibiótico ocular y parche de ojo (si no hay perforación ocular),
- Interconsulta con oftalmólogo, referir a hospital de tercer nivel si amerita

#### 4.2.1 Criterios de Derivación

##### Del Primer Nivel al Segundo Nivel

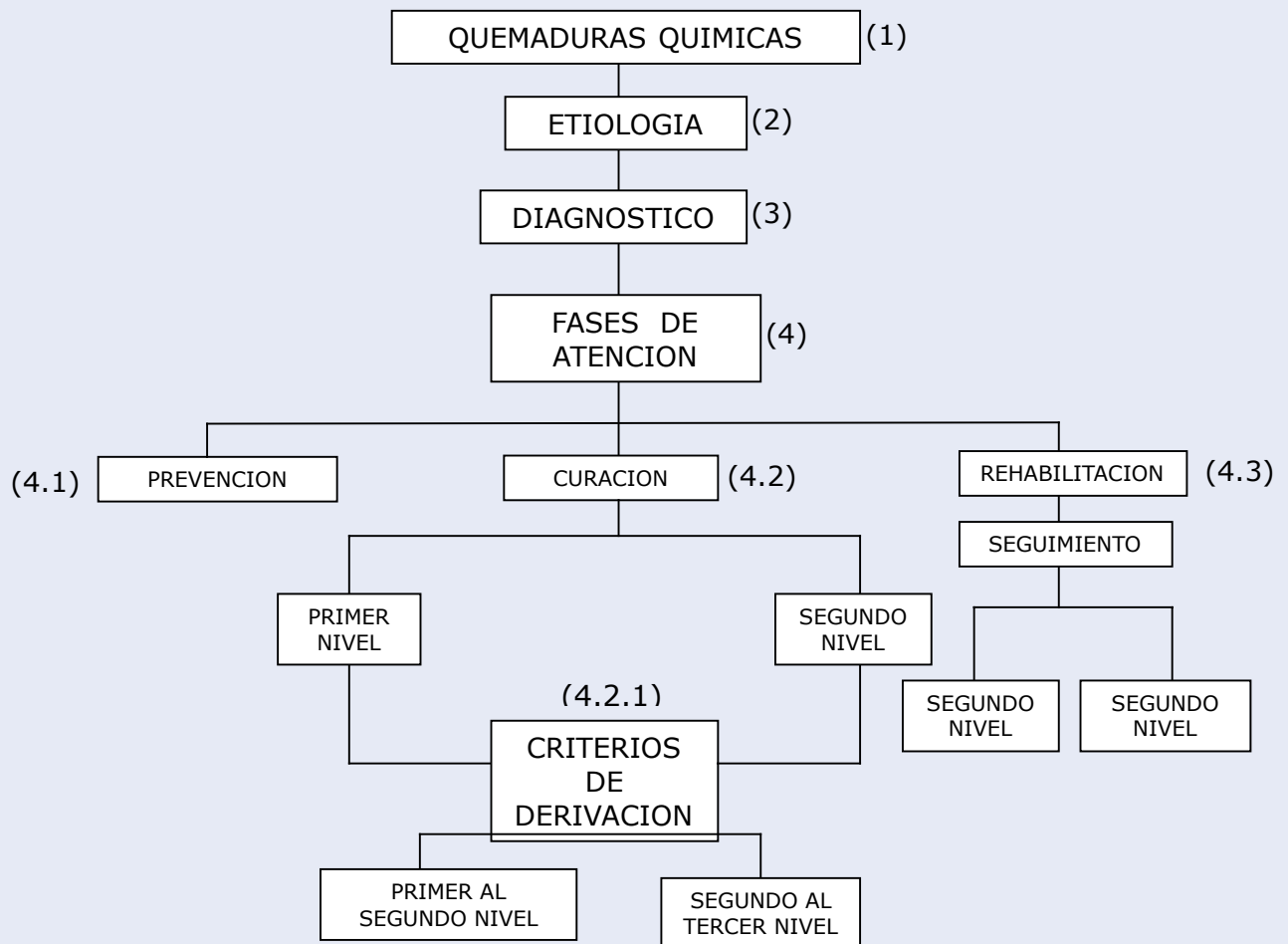
Referir a todo paciente con quemadura química previa aplicación de tratamiento ya establecido anteriormente

##### Del Segundo al Tercer Nivel

- Si no cuenta con oftalmólogo permanente en hospital,
- Si se sospecha inminente perforación del ojo o se encuentra perforado al momento de examinarlo
- Si no se cuenta con equipo o material idóneo para cirugía

#### 4.3 Rehabilitación

Control médico según indicación, Medidas que ayuden a que el adolescente pueda superar la deficiencia transitoria mientras se alcanza la recuperación completa y recomendaciones para evitar accidentes futuros.



## ENFERMEDADES DEL OIDO

### CAPITULO 8

## OTITIS

### 1. OTITIS

La otitis u oído del nadador es el resultado de la infección del conducto auditivo interno, habitualmente esta asociada con períodos de excesiva humedad o sequedad en el conducto, puede ser consecutiva al exceso de limpieza o retirada de cerumen protector.

### 2. EPIDEMIOLOGIA

Es una de las patologías mas frecuentes en los adolescentes, independiente de grupo social, status económico

### 3. ETIOLOGIA

**Otitis Externa:** Exposición a agua contaminada o trauma mecánico, puede ser causada por bacilos Gram negativos (pseudomonas, proteus u hongos: aspergillus)

### 4. DIAGNOSTICO

#### 4.1 Clínico:

#### Manifestaciones Clínicas:

- Mareos
- Dolor

### 5.2 Curación

#### 5.2.1 Tratamiento Específico

Tratamiento antibacteriano	Dosis
Amoxicilina 500 mg	1 tableta cada 8 horas por 7 a 10 días
Trimetropin Sulfametoxazole 160/800	1 tableta cada 12 horas por 7 a 10 días
Eritromicina 500 mg	1 tableta cada 6 horas por 7 a 10 días.

#### Otras Medidas Terapéuticas:

- Descongestionantes nasales (cuando exista patología respiratoria de vías superiores)
- Antiinflamatorios (orales o intramusculares)
- Aplicar gotas óticas de Sulfato de Neomicina o Polimixina B más hidrocortisona 1 gota en cada oído cada 6 horas.

- Prurito
- Supuración
- Otorragia
- Proceso Febril (No necesario)
- Pérdida de la audición.

#### Examen Físico:

- Inflamación
- Rubor
- Vértigo
- Parálisis Facial
- Desorientación (casos severos)
- Eritema y edema del canal auditivo
- Edema de ganglios retroauriculares

### 4.2 Laboratorio

Cultivo de secreción del oído en casos complicados

## 5. FASES DE ATENCION

### 5.1 Prevención

Charlas educativas sobre medidas preventivas, explicar medidas sobre el cuidado de los oídos, no nadar en sitios que no cuenten con los métodos de desinfección adecuada como aguas estancadas, suspender la natación en caso de otitis, cuidados del baño, no tocar o manipular el oído

- Analgésicos orales en casos de dolor intenso

### 5.2.2 Educacion al paciente.

Orientar al adolescente y su familia sobre: cuidados de limpieza, continuar con el tratamiento indicado, control médico en el establecimiento de salud de primer nivel.

### 5.2.3 Criterios de Derivación

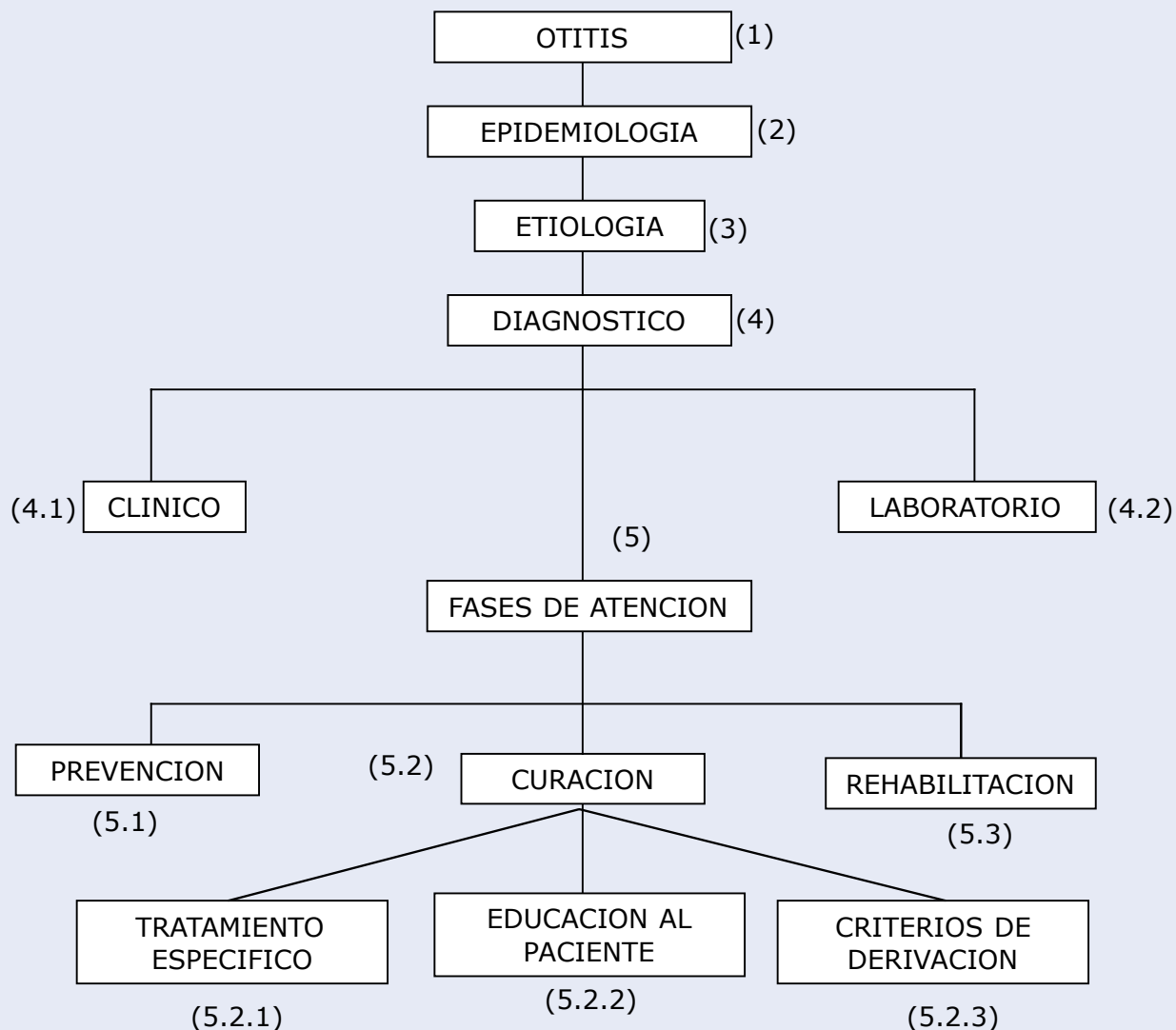
#### Del Primer al Segundo Nivel:

- Patología previa del oído (independientemente de la severidad del caso)
- Hipoacusia persistente,

- Inflamación o persistencia de los síntomas a pesar del tratamiento pertinente.

### 5.3 Rehabilitación

- En caso de pérdida de audición, considerar terapia auditiva con especialista.
- Entrenamiento para mejorar comunicación.





## PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL SISTEMA CIRCULATORIO

## CAPITULO 9

### HIPERTENSIÓN ARTERIAL

#### 1. HIPERTENSION ARTERIAL

Definida como una presión arterial sistólica (PS) y/o diastólica (PD) igual o mayor al percentil 95, para peso, talla, edad y sexo (ver tabla 1) en tres medidas consecutivas.

**Tabla 1** Valores normales de presión arterial.

GRUPO DE EDAD	HOMBRES		MUJERES	
	PS	PD	PS	PD
Menor o igual a 2 años	110	66	110	66
10-12 años	128	80	130	80
13-15 años	136	82	132	80
16-18 años	140	84	134	80
Mayor de 18 años	140	90	140	90

PS: Presión sistólica

PD: Presión diastólica

#### 2. EPIDEMIOLOGIA

A nivel internacional la prevalencia varía de 0.4% al 12.2% entre los adolescentes. Los casos de hipertensión arterial en adolescentes según el informe epidemiológico del MSPAS son de 255 que corresponde a una tasa de 1.8 por 10,000 habitantes, en el grupo de edad de 10-19 años, lo que amerita intervenciones oportunas de promoción de la salud para la práctica de estilos de vida saludables y seguimiento de estos casos.

#### 3. ETIOLOGIA

Entre el 45 a 55% de las causas de la hipertensión son de origen primario o esencial.

##### 3.1 Factores predisponentes:

- Sobrepeso,
- Historia familiar de hipertensión o de muerte prematura cardiovascular,
- Aumento de colesterol y triglicéridos,
- Diabetes mellitus o enfermedad renal,
- Aumento de la ingesta de sal,
- Uso de drogas (tabaco y alcohol),
- Hipertiroidismo,
- Enfermedades genéticas y
- Síndromes endocrinológicos.

La obesidad ejerce mecanismos facilitadores de hipertensión arterial: por retención de sodio (hiperaldosteronismo e hiperinsulinismo), aumento de volumen sanguíneo con aumento de resistencia vascular periférica, incremento de actividad del sistema nervioso simpático.

### 3.2 Clasificación:

En adolescentes existen dos tipos de hipertensión arterial:

**Secundaria** con causa identificable, curable en el 90% de los casos, en alto porcentaje es de origen renal, la interacción del eje renina angiotensina - aldosterona es el factor predominante en la etiopatogenia.

**Primaria o esencial** es de origen multifactorial 10% relacionada con autorregulación e interacción del factor ambiental, obesidad, ingesta de sodio, estrés y predisposición genética (herencia)

## 4. DIAGNOSTICO

### 4.1 Clínico

Generalmente es asintomático, por lo que la medición de la tensión arterial debe ser parte del examen físico del adolescente.

Las manifestaciones clínicas pueden corresponder a enfermedades subyacentes, sin embargo pueden cursar con: cefalea, mareos, epistaxis, alteraciones visuales y convulsiones

#### 4.1.1 Historia Clínica evalúa:

**Antecedentes familiares de:** HTA o enfermedad coronaria, accidente cerebro vascular, insuficiencia renal, riñón poliquístico, feocromocitoma, obesidad, diabetes, talla alta genética familiar, trastornos de la conducta alimentaria.

**Antecedentes personales:** Cateterización umbilical en periodo neonatal, estado nutricional, hábitos alimentarios, ingesta calórica y de sodio.

Tipos de medicamentos utilizados incluyendo anticonceptivos orales, drogas ilícitas. Problemas renales: poliuria, disuria, hematuria, enuresis, palpitaciones, sudoración, dolor abdominal, trastornos menstruales, estreñimiento, cefalea, mareos, epistaxis, artralgias, calambres, estrés, personalidad tipo A.

### 4.1.2 Examen Físico:

Toma de tensión arterial en miembros superiores e inferiores. Evaluación antropométrica nutricional, inspección general; aspecto, fenotipo, manchas café con leche, palidez, presencia de edema.

Palpación y comparación de pulsos periféricos (características), palpación torácica, punto máximo de impulso cardíaco. Características del ápex. Frémito.

Palpación abdominal (búsqueda de tumoraciones), auscultación cardiaca, presencia de IV ruido izquierdo, soplo epigástrico o en grandes vasos, fondo de ojo (cruces arterio-venosos exudados o hemorragias).

Evidencia de estado emocional (estrés, temores, ansiedad)

#### Técnica de toma de tensión arterial:

El brazalete debe cubrir 2/3 del brazo, el paciente debe estar sentado y tranquilo,. Se deben obtener tres tomas el mismo día y repetir las mediciones en tres oportunidades en un lapso no mayor de 15 días.

Posteriormente sacar un promedio de los datos de la segunda y tercera medición consecutiva.

El primer ruido ( fase I Korotkoff) se tomará como presión sistólica y como presión diastólica la fase IV de Korotkoff, (cuando hay cambio en la tonalidad y no cuando desaparece por completo) para los menores de 13 años y la fase V ( desaparición de sonidos) para los mayores de 13 años.

### 4.2 Laboratorio

Hemograma, examen general de orina, urocultivo, nitrógeno ureico y creatinina, ácido úrico, electrolitos

## 5. FASES DE ATENCION

### 5.1 Prevención

Incorporar al adolescente a grupos o clubes de autoayuda, evitar ingesta de alcohol y otras drogas, practicar ejercicios con supervisión médica, practicar hábitos alimentarios nutricionales, en caso de sobrepeso u obesidad, cumplir indicaciones del nutricionista.

### 5.2 Curación

Si la Tensión Arterial está en valores < del percentil 90 para talla, peso y edad continuar la atención sanitaria y medidas preventivas.

Si con la evaluación se concluye que la presión arterial esta normal alta (entre el percentil 90 y 95):

- Hacer vigilancia médica evaluando peso y talla
- Medidas no farmacológicas como: control de peso, disminuir la ingesta de sodio, ejercicios físicos.
- Evitar el uso de drogas como alcohol o tabaco
- Monitoreo de la tensión arterial.

### 5.2.1 Tratamiento Farmacológico:

**Hipertensión Arterial:** (presión sistólica y/o diastólica por encima del percentil 95) Considerar el Tratamiento Farmacológico en conjunto con médico especialista se recomienda en general: Diuréticos, beta-bloqueadores como el Propanolol, bloqueadores de los canales de calcio.

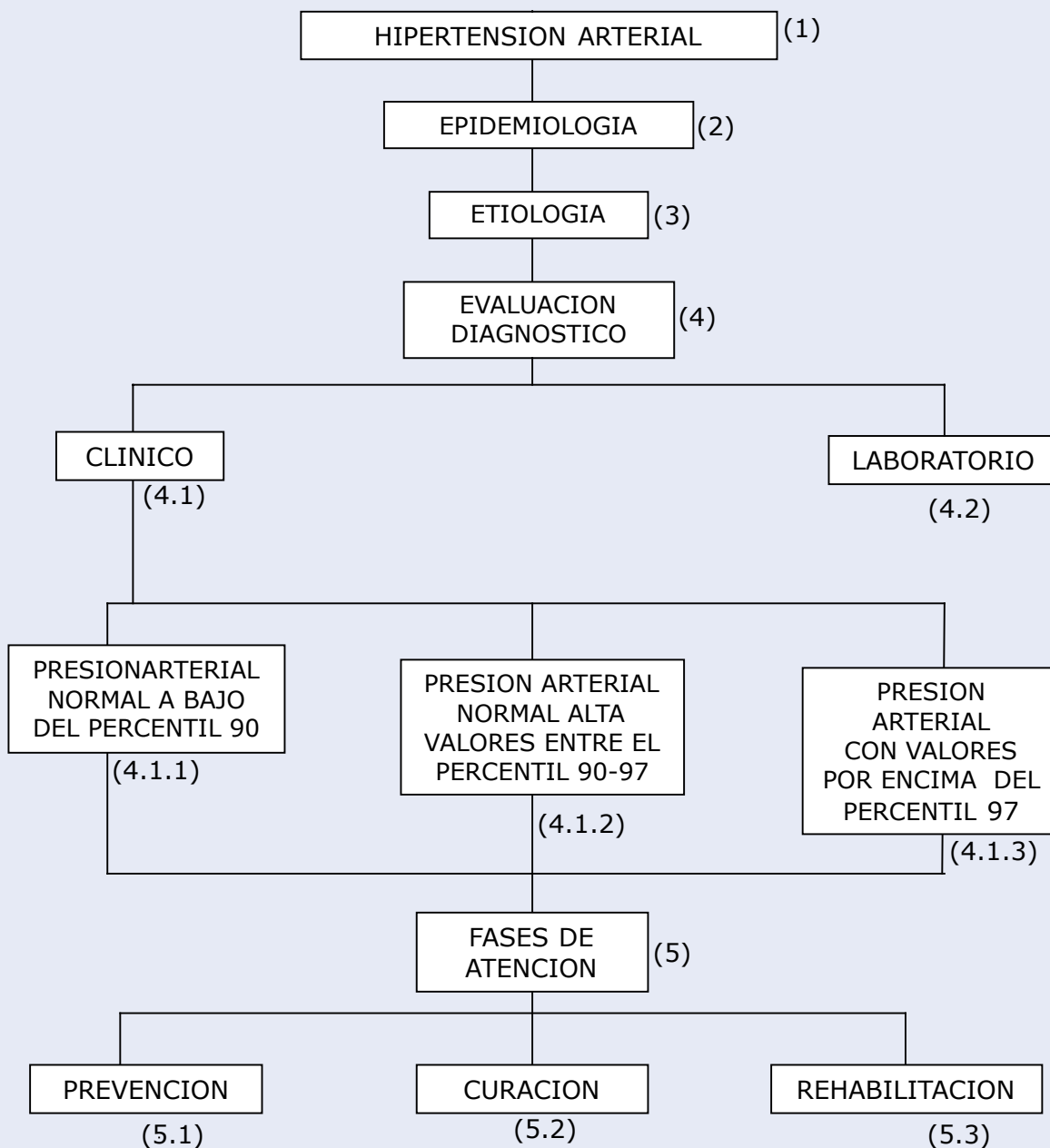
Aquellos establecimientos que no cuenten con médico internista, el adolescente debe ser referido donde si lo haya, para completar estudio y tratamiento.

### 5.2.2 Consejería:

Orientar al adolescente y su familia para el cumplimiento estricto de las indicaciones médicas, tanto farmacológicas como de cambio en sus hábitos.

### 5.3 Rehabilitación

Orientar al adolescente y su familia en los beneficios del cumplimiento de su control médico periódico, cumplimiento estricto de los medicamentos prescritos y demás indicaciones complementarias para mantener controlada su tensión arterial.



## FIEBRE REUMÁTICA

### 1. FIEBRE REUMÁTICA

Es una complicación sistémica, tardía y prevenible de la faringoamigdalitis aguda producida por el estreptococo Beta-hemolítico del grupo A.

Afecta principalmente el corazón, las articulaciones y el sistema Nervioso Central, pero solo la inflamación cardiaca es capaz de dejar secuelas como la cardiopatía valvular.

### 2. EPIDEMIOLOGIA

Se observa con mayor frecuencia en el grupo de edad escolar y grupos de personas en confinamiento como internos y militares. Las infecciones por estreptococo son más frecuentes en el grupo de 5 a 15 años y en los grupos socioeconómicos desfavorecidos. La incidencia a nivel mundial varía de 5 a 100 casos por 100, 000 habitantes.

### 3. ETIOLOGÍA

Casi todos los serotipos de Estreptococos del grupo A.

La forma de transmisión es de persona a persona, a través de secreciones purulentas buco faríngeas.

#### 3.1 Factores Predisponentes:

- Hacinamiento,
- Escasa ventilación e iluminación
- Características propias del huésped como: estado nutricional deficiente, susceptibilidad, estado inmunológico deficiente.

#### 3.2 Período de incubación:

Tiene una fase de latencia de 1 a 3 semanas desde la infección faríngea y el inicio de síntomas de la fiebre reumática.

#### 3.3 Período de transmisibilidad:

Oscila entre 10 a 21 días, en los casos no tratados y sin complicaciones, cuando existen secreciones purulentas, puede tardar de semanas a meses disminuyendo el grado de contagiosidad de 2 a 3 semanas posterior al inicio.

### 4. DIAGNOSTICO

#### 4.1 Clínico

- Fiebre de inicio repentino
- Dolor de garganta,
- Amigdalitis a faringitis exudativa y adenomegalia cervical anterior dolorosa.
- La faringe, los pilares amigdalinos y paladar blando, pueden mostrar congestión y edema.
- En ocasiones los síntomas son mínimos o no aparecen

El Diagnóstico definitivo de Fiebre Reumática se realiza en base a la **CLASIFICACIÓN DE JONES**, la cual define: criterios principales y criterios secundarios.

#### Criterios principales se encuentran:

- Carditis,
- Poliartritis migratoria,
- Eritema marginado,
- Corea de Sydenham y
- Nódulos subcutáneos

#### Criterios secundarios incluyen:

- Fiebre,
- Elevación de los reactantes de la fase aguda (velocidad de eritrosedimentación globular y proteína c reactiva)
- Prolongación del intervalo **PR**, en el electrocardiograma.

El Diagnóstico se afina con el cumplimiento de 2 criterios principales o un criterio principal y 2 secundarios más la prueba de infección previa con estreptococos del grupo A, (cultivo, detección rápida de antígeno, aumento del título o títulos crecientes de anticuerpos)

#### 4.2 Laboratorio

Prueba de infección faríngea: cultivo, velocidad de eritrosedimentación globular, proteína reactiva, electrocardiograma

para grupos de niños y jóvenes confinados o aislados (orfanatorios, internados, cárceles, cuarteles)

### 5. FASES DE ATENCION

#### 5.1 Prevención

Mantener adecuadas condiciones de ventilación, iluminación y aseo en instalaciones

#### 5.2 Curación:

Se distinguen 3 aspectos:

5.2.1 Tratar la infección por Estreptococo del grupo A en todo paciente con fiebre reumática

Tratamiento	dosis
Penicilina Benzatínica	1.2 millones de Unidades I.M. dosis única en quienes pesan mas de 27 Kg o 600,000 Unidades I.M. dosis única en < de 27 Kg.
Eritromicina (en caso de alergia a la Penicilina)	40 mg/Kg./día dividido cada 8 horas por 10 días
Azitromicina	12 mg/Kg./día por 5 días.

#### 5.2.2 Tratar las manifestaciones generales:

- **Fiebre reumática aguda sin carditis** : Ácido Acetil salicílico 90-120mg/Kg./día dividido en 4 dosis por 21 días.
- **Fiebre reumática aguda con Carditis:** Prednisona 2.5 mg/Kg./día dividida en 2 dosis por 2 a 3 semanas retirarla disminuyendo la dosis paulatinamente.
- En ambos casos indicar reposo.

5.2.3 Tratar las complicaciones como Insuficiencia cardíaca congestiva, corea de Sydemhan por especialista.

#### 5.2.4 Profilaxis secundaria con:

TRATAMIENTO	DOSIS
Penicilina Benzatinica	1.2 millones de U I.M. cada 3 a 4 semanas hasta los 21 años ó
Fenoximetilpenicilina 250 mg	1 tableta 2 veces al día ó
Eritromicina 250 mg	1 tableta 2 veces al día.

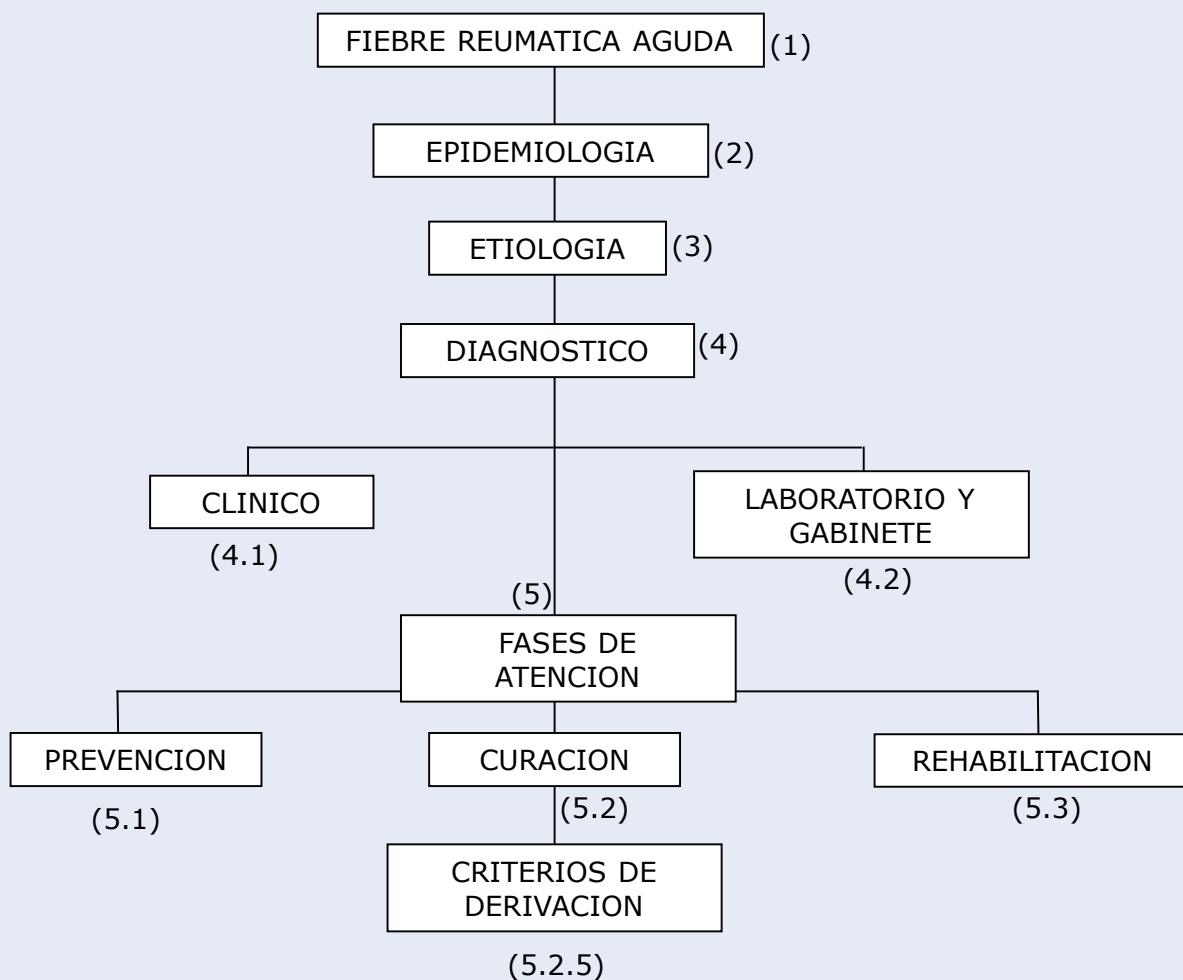
#### 5.2.5 Criterios de Derivación

La fiebre reumática es una enfermedad que debe ser sospechada y diagnosticada en el primer nivel y ser referida siempre al segundo nivel, el hospital de segundo nivel deberá pedir la evaluación por cardiólogo al tercer nivel, el paciente restablecido de la crisis aguda y con un plan de tratamiento prescrito debe ser referido al primer nivel para su seguimiento en los casos que no presente complicaciones.

**5.3 Rehabilitación:**

Cumplir con tratamiento completo indicado en la fase aguda, continuar con el tratamiento farmacológico y medidas generales indicadas.

Continuar con los controles periódicos en el nivel de atención indicado por el médico





## ENFERMEDAD DE CHAGAS

### 1. ENFERMEDAD DE CHAGAS (Tripanosomiasis Americana)

Es una zoonosis producida por un parásito protozoario y hemoflagelado *Tripanosoma cruzi*, transmitido por hemípteros hematófagos.

La enfermedad aguda, generalmente se observa en niños, en tanto que las manifestaciones crónicas se presentan por lo común en la edad adulta.

Se trata de un proceso infeccioso que en su fase crónica afecta principalmente el corazón, colon y esófago

### 2. EPIDEMIOLOGIA

La enfermedad está limitada al continente americano donde alrededor de 10 a 20 millones de personas están infectadas, con una distribución geográfica amplia en las zonas rurales de México, América Central y del Sur.

### 3. ETIOLOGIA

*Tripanosoma Cruzi*, un protozoario que en el ser humano, se presenta como hemoflagelado y también como parásito intracelular. Actúan como reservorios, los seres humanos y más de 150 especies de animales domésticos y salvajes, entre ellos: perros, gatos, ratas y otros animales domésticos,

La forma de transmisión es a través de los vectores infectados que son especies hematófagas, principalmente los géneros *Triatoma* y *Rhodnius*, las cuales excretan las tripanosomas en sus heces. Los insectos defecan durante la succión de sangre y penetran en el organismo por la conjuntivas, membranas mucosas, abrasiones o heridas en la piel (incluido el sitio de la picadura) además puede ocurrir a través de la vía sanguínea por transfusión, por vía transplacentaria y trasplante de órganos de donantes chagásicos.

El período de incubación es de aproximadamente 5 a 14 días posterior a la

picadura y en casos producidos por la vía transfusional puede ser de 30 a 40 días, la transmisión puede darse durante toda la vida del vector infectado (puede vivir 2 años).

Los microorganismos aparecen en la sangre en la etapa aguda y pueden persistir en números muy bajos durante toda la vida de las personas sintomáticas y asintomáticas

### 4. DIAGNOSTICO

#### 4.1 Clínico

Es necesario realizar una adecuada historia clínica, investigar procedencia de áreas endémicas.

La enfermedad se presenta en forma aguda y crónica en los niños.

La forma aguda puede ser asintomática, se asocia a una enfermedad febril caracterizada por: malestar general, edema facial y linfadenopatías, puede presentar signos locales de inflamación en el lugar de entrada del parásito (chagoma), aproximadamente el 50% se presenta con el signo de Romaña (inflamación unilateral indolora de ambos párpados) conjuntivitis y linfadenitis, además puede presentar fatiga y cefalea.

La fiebre puede durar de 4-5 semanas. En la fase crónica, el corazón es el órgano afectado principalmente y puede manifestarse con insuficiencia cardiaca congestiva, arritmias y accidentes tromboembólicos, puede presentarse bloqueo auriculo ventricular parcial o completo y bloqueo de rama derecha.

Las manifestaciones gastrointestinales pueden aparecer en el 8 al 10% de los pacientes con manifestaciones crónicas y los principales son: megacolon, mega-esófago, presentando odinofagia, disfagia y tos.

#### 4.2 Laboratorio

En la fase aguda, la enfermedad de Chagas se confirma al demostrar la presencia del



microorganismo en la sangre, por estudio directo de frotis de sangre periférica o por cultivo o xenodiagnóstico)

## 5. FASES DE ATENCION

### 5.1 Prevención

- Mantener libre de insectos (chinchas), las viviendas y sus alrededores (bodegas, gallineros, chiqueros etc.)
- Evitar que los animales domésticos habiten dentro de la vivienda (dormitorios)
- Evitar la construcción de viviendas con materiales como paja, varas de madera y en caso de paredes de bahareque, cubrir los huecos con materiales como: barro o cemento
- Evitar dormir en camas construidas con materiales como madera, hule, correas de cuero y en caso de ser así realizar aseo semanal, eliminando las chinchas
- Utilizar mosquitero para proteger a los niños durante la noche
- Consultar al establecimiento de salud más cercano, al presentar signos y síntomas sospechosos de picadura de chinchas, a fin de disminuir cronicidad de la enfermedad.
- Fumigación de viviendas con insecticidas de acción residual.

### 5.2 Curación

#### 5.2.1 Nifurtimox :

- De 1 a 10 años : 15 mg a 20 mg/Kg./24 horas, dividido en 4 dosis durante 90 días.
- De 11 a 16 años 12.5-15 mg/Kg./24 horas, dividido en 4 dosis durante 90 días.
- Mayores de 16 años 8-10 mg/Kg./24 horas en 3 o 4 dosis durante 90 A 120 días.

#### 5.2.2 En casos graves, utilizar:

##### ● Benzonidazol:

- En menores de 12 años 10 mg /Kg./día dividido en 2 dosis por 60 días
- En Mayores de 12 años 5 a 7 mg/Kg./24 horas, dividido en 2 dosis durante 60 días.

#### 5.2.3 Criterios de Derivación

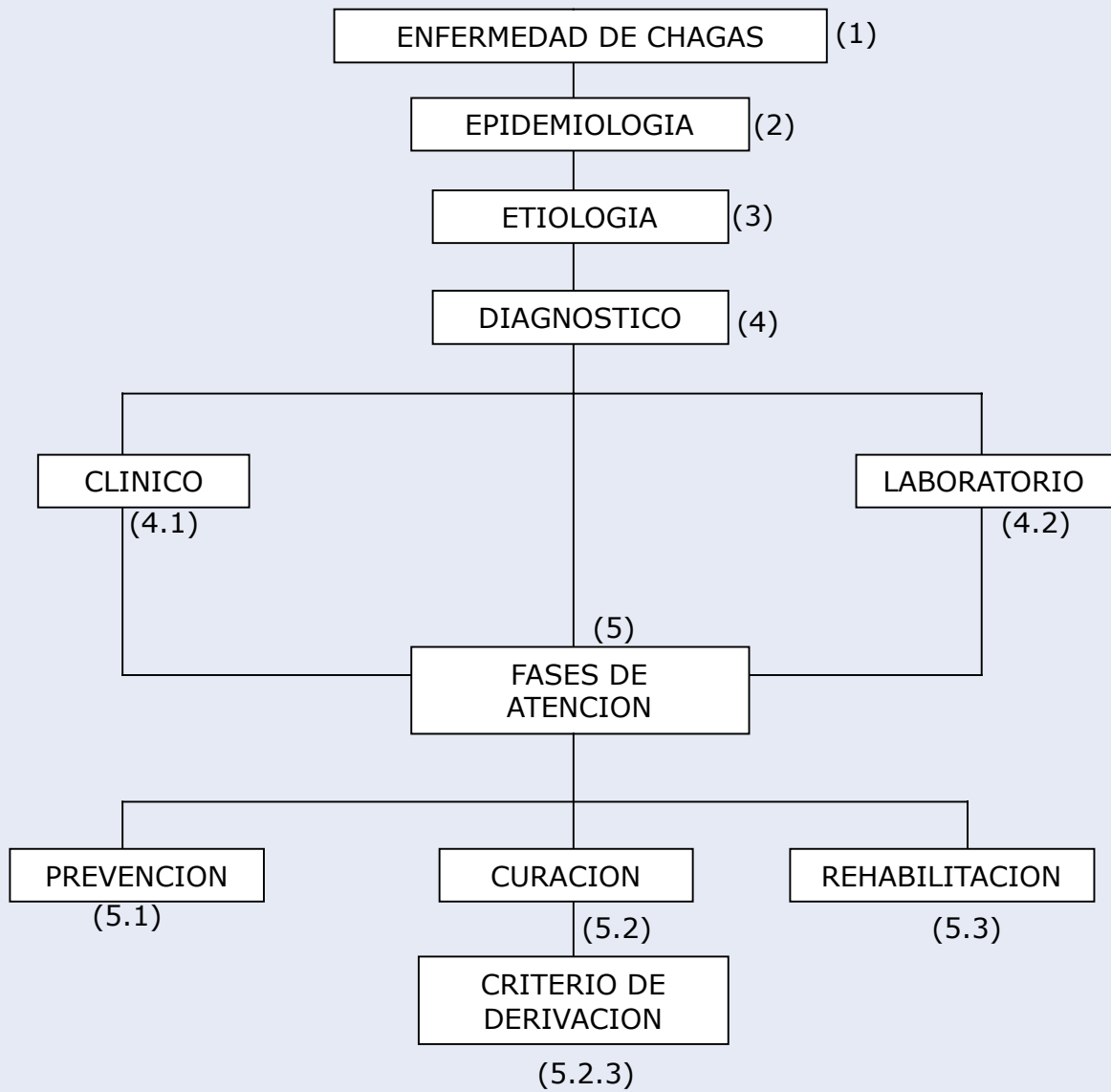
La enfermedad de Chagas debe ser sospechada y diagnosticada en primer nivel de atención y ser referida al segundo nivel para su tratamiento.

El Chagas crónico y las manifestaciones de miocardiopatías y mega -esófago son de abordaje de tercer nivel

### 5.3 Rehabilitación

Debe orientarse al adolescente y a la familia sobre la importancia de:

- Ingesta de medicamentos según indicación médica.
- Continuidad de aplicación de medidas preventivas.
- Asistir a sus controles médicos según lo indicado.
- Visita por el personal de salud para ratificar el cumplimiento de medidas preventivas y tratamiento médico.



## PROBLEMAS DE SALUD RELACIONADOS CON EL SISTEMA RESPIRATORIO

### CAPITULO 10

#### SINUSITIS

##### 1. SINUSITIS

Es la inflamación de uno o más senos paranasales.

Se define como sinusitis aguda, cuando dura menos de 30 días y crónica, cuando dura más de 30 días. (Esta puede persistir como una infección secundaria o latente o manera de brote supurativo agudo)

##### 2. EPIDEMIOLOGIA

La incidencia de los procesos infecciosos agudos y crónicos de los senos paranasales, aumentan al final de la niñez, presentando el mayor número de casos entre los 6 y 10 años de edad.

##### 3. ETIOLOGIA

La sinusitis puede ser de tipo bacteriana, por streptococcus pneumonie, haemophilus, staphylococo aureus, anaeróbicos y pseudomonas aeruginosa, puede haber hongos en caso de pacientes inmune comprometidos.

Otros tipos de Rinitis son: ocupacional, vasomotora, alérgica, medicamentosa, pólipos nasales, inmunodeficiencia, herencia, atopia, fibrosis quística, tumores.

##### 4. DIAGNOSTICO

###### 4.1 Clínico

**En la Historia clínica investigar:**

- Secreción nasal profusa purulenta,
- Dolor facial o dental,
- Cefalea frontal/parietal,
- Goteo nasal o congestión nasal,
- Tos seca o húmeda,
- Hiposmia.

**Signos al Examen Físico:**

- Sensibilidad dolorosa a la presión de los senos para nasales
- Edema de mucosa nasal,
- Secreción nasal,
- Secreción en pared posterior y faringe,
- Edema orbitario

**4.2 Gabinete:** Radiografía de senos paranasales (SPN), es indispensable para establecer parámetros para evaluar mejoría.

##### 5. FASES DE ATENCION

###### 5.1 Prevención

- Educacion al adolescente y su familia sobre: mantener higiene nasal y bucal, evitar exposición a alergenosen caso de sospechar procesos alergicos, ingerir una dieta adecuada, ejercicios, evitar contacto con personas infectadas de vías respiratorias .

## 5.2 Curación

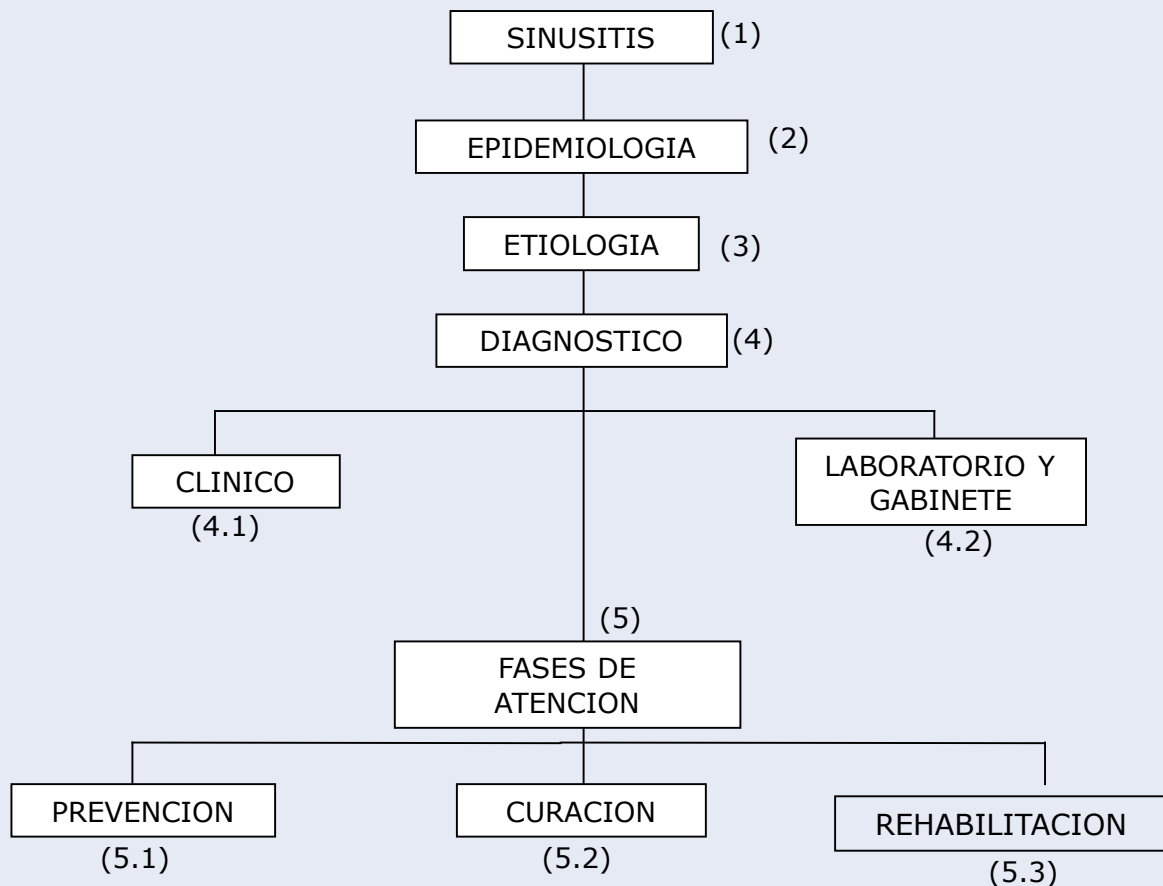
### 5.2.1 Tratamiento específico.

Antibiótico	Dosis
Trimetropin Sulfametoxazole 160/800 mg	1 tableta cada 12 horas V.O. por 21 días ó
Amoxicilina 500 mg	1 tableta cada 8 horas V.O. por 21 días ó
En caso de de resistencia bacteriana:	
Amoxicilina más Acido Clavulánico	1 gramo cada 12 horas por 14 días
Claritromicina de 250 a 500 mg o Cefalosporinas de segunda o tercera generación	1 tableta cada 12 horas V.O. por 14 días
Otros medicamentos:	
Glucocorticoides Inhalados (spray) En rinitis alérgicas	Aplicar en cada fosa nasal 2 -3 veces al día tiempo prolongado

Es necesario enfatizar en el adolescente la importancia de completar el tratamiento.

### 5.2.2 Criterios de Derivación

Si persisten los síntomas a pesar del tratamiento adecuado, referir al alergista,. Neumólogo o al otorrinolaringólogo en el segundo o tercer nivel, según sea necesario.



## ASMA BRONQUIAL

### 1. ASMA BRONQUIAL

Es una enfermedad pulmonar obstructiva y difusa con hiperreactividad de la vía respiratoria frente a diversos estímulos y un alto grado de diversibilidad del proceso obstructivo, que puede producirse espontáneamente o como resultado del tratamiento.

### 2. EPIDEMIOLOGIA

El asma puede iniciarse a cualquier edad y su evolución es difícil de predecir aunque la mitad queda libre de síntomas a los 10-20 años. En la niñez existe predominio en hombres en una relación de 2 a 1 sobre las mujeres y al final de la adolescencia se invierte de 1 a 2.

### 3. ETIOLOGIA

Es una enfermedad compleja en la que intervienen diferentes factores autónomos, inmunitarios, infecciosos, endocrinológicos y psicológicos, cuya intensidad varía en cada persona.

### 4. DIAGNOSTICO

#### 4.1 Clínico

##### Historia y examen físico:

Tos de sonido espástica y no productiva al comienzo del ataque, sibilancias taquipnea, espiración prolongada, uso de músculos accesorios de la respiración, cianosis, hiperinsuflación del tórax, taquicardia y pulso paradójico.

Los episodios recurrentes de tos y sibilancias, especialmente si se agravan o desencadenan con el ejercicio, una infección viral o inhalación de alérgenos, sugieren la presencia de asma.

#### 4.1 Laboratorio y Gabinete

- Hemograma
- Baciloscopía
- Radiografía de tórax (para excluir posibles complicaciones u otras patologías)

- Radiografía de senos paranasales
- Pruebas de función pulmonar: FLUJO ESPIRATORIO MÁXIMO( PEF )
- Espirometría (En Tercer Nivel).

### 5. FASES DE ATENCION

#### 5.1 Prevención

Se sustenta en evitar la exposición a alérgenos como el humo de tabaco, cocina de leña, queroseno, pintura fresca, desinfectante, evitar bebidas frías, cambio bruscos de temperatura y humedad, polvo, animales, ácaros, etc. Se evaluará la aplicación de inmunoterapia.

#### 5.2 Curación

##### Tratamiento farmacológico Medicamentos de rescate

##### 5.2.1 Crisis Leve a Moderada

PEF del 50-80%

Tos, disnea, sibilancia, opresión torácica, disminución de la capacidad de realizar actividades habituales.

Tratamiento:

##### Salbutamol 5 mg/ml.

**Nebulización 1 gota por cada 2 kg de peso en 2 c.c. de s.s.n. cada 20 minutos en # de 3. (mínimo 5 gotas, máximo 10 ), Con espaciador de volumen: 2 a 4 inhalaciones cada 20 minutos #3. Si mejora, continuar con salbutamol con espaciador 2 inhalaciones cada 4 horas por 1 a 2 días , y luego cada 6 horas. Si no hay aerosol usar vía oral .**

Agregar Prednisona 1 mg x kg día vía oral cada 12 horas por 5 a 7 días.

**Si no mejora:**

Referirlo al hospital de zona

Continuar manejo como crisis severa: salbutamol cada hora mientras se traslada.

**5.2.2 Crisis Severa**

PEF menor de 50%

Sibilancias marcadas o acortamiento de la respiración, cianosis, dificultad para caminar o hablar, uso de músculos accesorios y retracciones supraesternales.

<i>Medicamento</i>	<i>Dosis</i>	<i>Comentario</i>
Salbutamol (5 mg/ml) Nebulización	1 gota por 1kg de peso en 2 cc de solución salina normal ( dosis mínima 2.5 ml o 10 gotas, máxima 20 gotas o 5 mg. No.3	Nebulizar con Oxígeno
Inhaladores de dosis medida (Spray) de Salbutamol.	4 a 8 inhalaciones cada 20 minutos No.3, luego cada uno a 4 horas, según necesidad.	Son tan efectivos como nebulización si se usan adecuadamente, y con espaciador de volumen.
Bromuro de Ipratropium (250 mcg/ml)	1 ml c/20 en 2 cc de snn, cada 20 minutos #3. Luego cada 2 a 4 horas.	No debe ser usado como terapia de primera línea. Debe ser usado con salbutamol y no alternarlos.
Esteroides Metilprednisolona  Prednisolona o Prednisona	1 mg/kg/cada 6 horas (IM o IV).  Luego continuar con: 1 mg/kg/día por 5 a 7 días.	

- Referir urgentemente al Hospital de su SIBASI.

Manejo A Largo Plazo.

El manejo del paciente asmático se basa en la clasificación del asma.

**Clasificación del Asma**

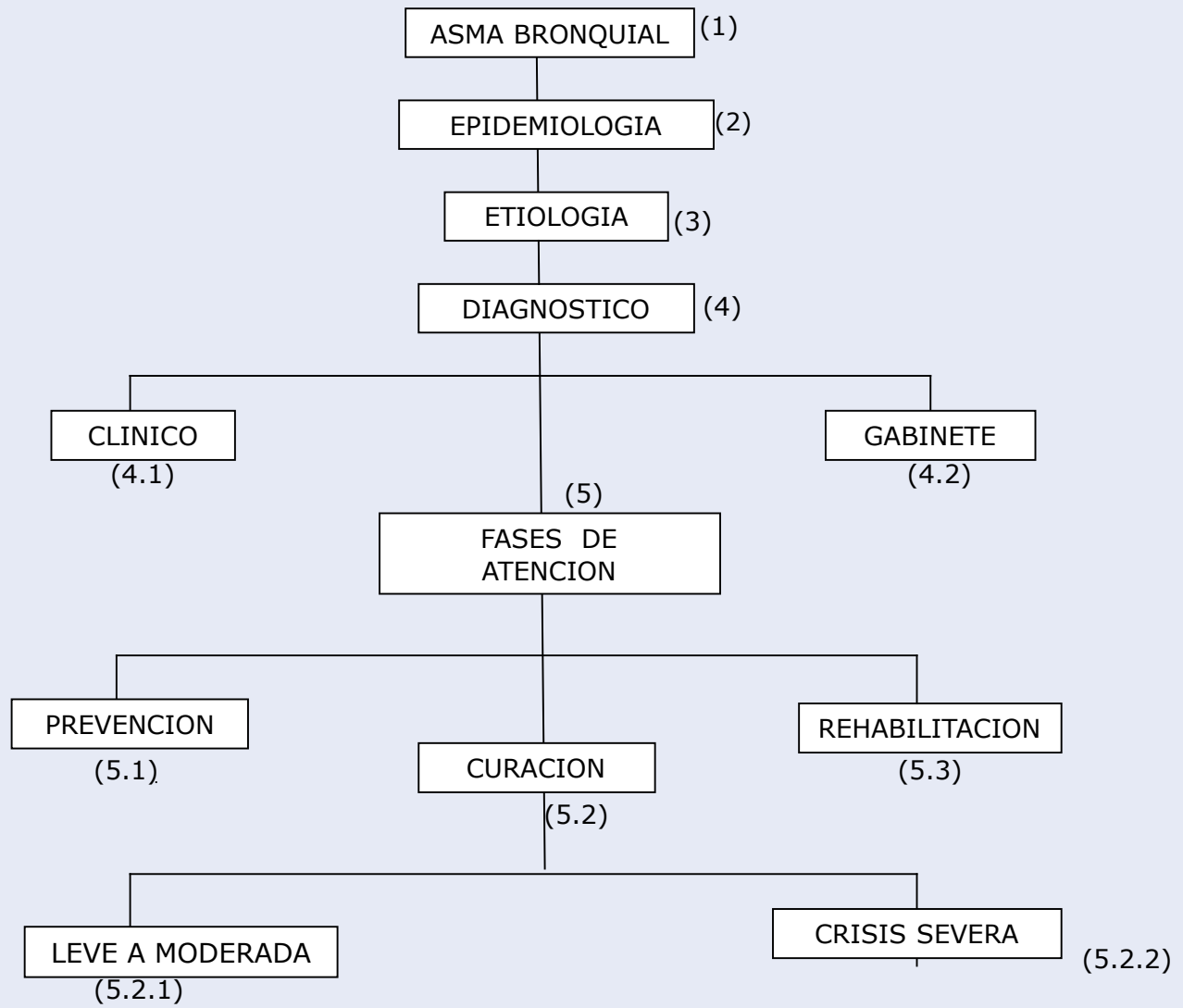
TIPO	SINTOMAS	SINTOMAS NOCTURNOS	FUNCION PULMONAR
Leve intermitente	Síntomas hasta 2 veces por semana. Asintomático y PEF normal entre crisis. Las crisis pueden durar de horas a pocos días.	Hasta 2 veces al mes	PEF mayor o igual a 80% Variabilidad de PEF menor del 20%
Leve persistente	Síntomas mayor o igual a 2 veces por semana y menos de una vez al día	Más de dos veces por mes los síntomas nocturnos.	PEF mayor o igual al 80% Variabilidad entre 20% -30%
Moderada persistente	Síntomas diarios afección de la actividad crisis mayores de 2 veces a la semana, Beta 2 aerosol diario.	Más de 1 vez a la semana	PEF mayor de 60 y menor de 80% Variabilidad mayor 30%.
Severa persistente	Síntomas continuos actividad física limitada crisis frecuentes.	Frecuentes	PEF menor o igual a 60%. Variabilidad mayor del 30%.

- Las formas leves intermitentes deben ser manejadas en el 1er. nivel de atención.
- Generalmente no necesitan medicamentos de uso permanente y se trataran las crisis y con Beta 2 de acción corta.
- Las formas persistentes deben ser referidas al segundo nivel para su estudio y tratamiento.
- El médico del hospital del 2º. Nivel referirá las formas moderadas y severas persistentes para ser evaluados por el Neumólogo, quien indicará un plan de manejo.

**5.2 Rehabilitación del paciente:**

**Parámetros que deben mantener el adolescente , su familia y el medico tratante:**

- Minimizar o eliminar los síntomas del asma
- Obtener la mejor función pulmonar
- Prevenir las crisis
- Realizar la actividad física normal
- Utilizar la menor cantidad de medicamento





## BRONQUITIS AGUDA

### 1. BRONQUITIS AGUDA

Es una infección aguda bronquial manifestada por tos de menos de 3 semanas con o sin expectoración

### 2. EPIDEMIOLOGIA

El 90-95% de los casos de bronquitis aguda no complicada es de Etiología viral: principalmente influenza A y B; para- influenza B y Virus Sincitial respiratorio.

Las infecciones bacterianas pueden ser ocasionadas por: estreptococos, pneumoníe, moraxela catharralis.

### 3. ETIOLOGIA

La bronquitis puede ser de origen:

- Infeccioso (viral o bacteriana),
- Alérgica y
- Química.

### 4. DIAGNOSTICO

#### 4.1 Clínico

Realizar una historia clínica cuidadosa. Tomar y registrar signos vitales, y una evaluación diagnóstica principalmente orientada a recavar los siguientes síntomas y signos:

- Síntomas de mas o menos 3 semanas de evolución,
- Respiración forzada a veces roncus o sibilancias difusas
- Dolores torácicos y en ocasiones disnea,
- Tos con o sin expectoración

#### 4.2 Laboratorio y Gabinete

Radiografía de Tórax antero-posterior usualmente de apariencia normal, caso contrario pensar en otros diagnósticos. Hemograma completo.

### 5.FASES DE ATENCION

#### 5.1 Prevención

Orientación y educación familiar sobre:

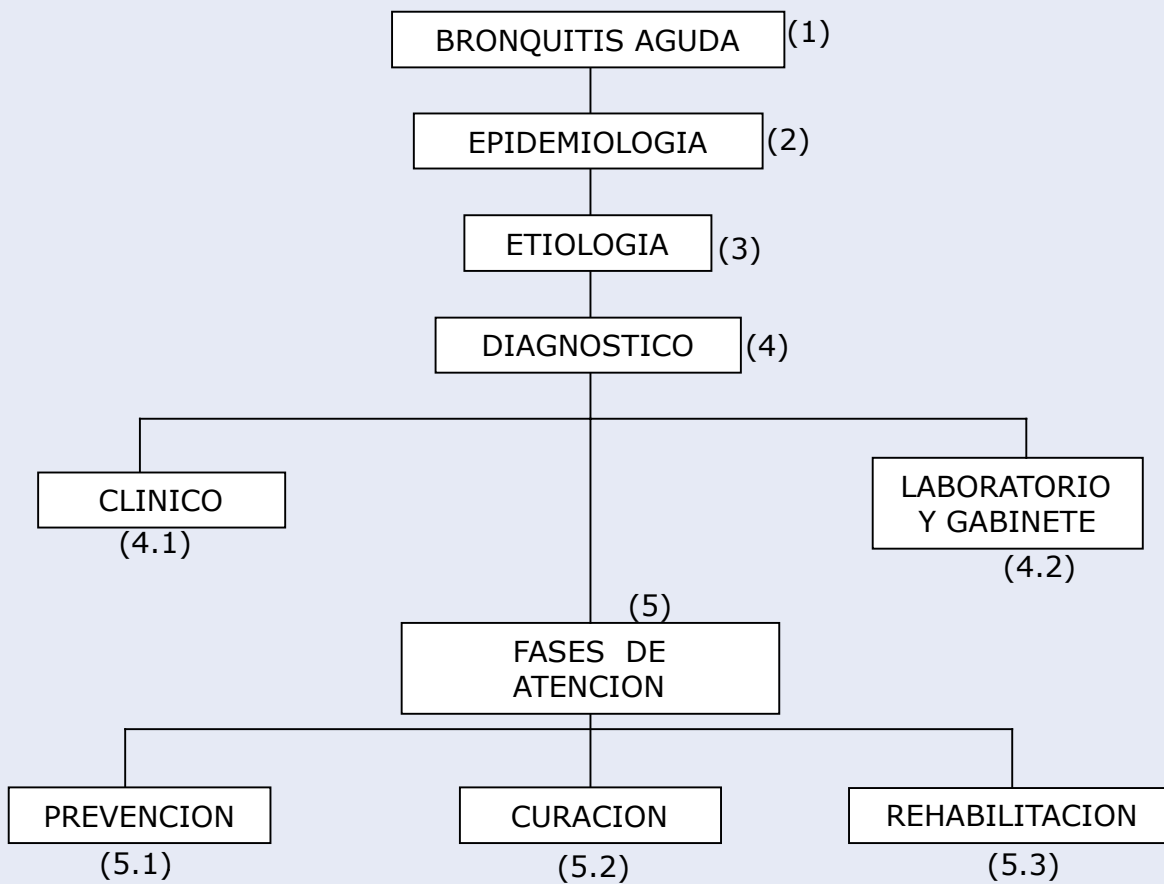
- Evitar exposición al humo, al polvo de cigarrillos y otros químicos,
- Ingerir una dieta adecuada,
- Evitar contacto con personas con procesos respiratorios infecciosos,
- Ingesta de líquidos orales abundantes,
- Uso de medicamentos inocuos para la tos,
- Alimentación adecuada. ( ver norma de alimentación en adolescentes)

#### 5.2 Curación

- Reposo físico,
- Tratamiento sintomático; fiebre: acetaminofén por 3 días, 250-500 mg, vía oral c/6 horas,
- Tratamientos antibióticos: no uso de antibióticos a menos que se sospeche etiología bacteriana, que sucede en el 5-10% de los casos.
- Se recomienda macrólidos: claritromicina 250-500 mg cada 12 horas por 7-10 días, no se recomienda el uso de antitusígenos

#### 5.3 Rehabilitación:

Alimentación adecuada y aplicación de medidas preventivas



## NEUMONIA

### 1. NEUMONIA

Es una inflamación del parénquima pulmonar, provocada por microorganismos infecciosos que si son adquiridos en la comunidad se llama Neumonía Comunitaria.(NAC)

### 2. EPIDEMIOLOGIA

Es una enfermedad endémica, predomina en niños y ancianos, frecuente en grupos socioeconómicos desfavorecidos, mayor incidencia en invierno

### 3. ETIOLOGIA

La neumonía puede ser causada por bacterias, virus, hongos, parásitos o rickettsias. El agente etiológico mas frecuente de los NAC es el estreptococos pneumoniae

#### Forma de Transmisibilidad

Aérea por microgotitas del contenido oro y nasofaríngeo

#### Factores Predisponentes considerados de riesgo:

- Alcoholismo, tabaquismo,
- Enfermedades crónicas como la Diabetes
- Rinosinusitis, bronquiectasias,
- Inmunosupresión,
- Alteraciones de la conciencia: convulsiones.

### 4. DIAGNOSTICO

#### 4.1 Clínico

- Tos productiva o expectoración purulenta,
- Fiebre mayor de 38°C o Hipotérmica menor de 36°C grados ,
- Dolor en punta de costado,
- Disnea de grado variable o no,
- Taquipnea o no,
- Evolución aguda (menor de 2 semanas) usualmente es de 3-5 días

Los signos y síntomas anteriores deben ser considerados como signos de alarma cuando se presentan durante la evolución de una enfermedad de vías respiratorias superiores.

#### Examen Físico:

- Se encuentra submatidez o matidez localizada
- Vibraciones vocales aumentadas o no,
- Presencia de crepitancias inspiratorias localizadas,
- Pectoriloquia áfona,
- Egofonía, broncofonía, soplo tubario,
- Trastornos del sensorio

### 4.2 Laboratorio y Gabinete

#### Primer Nivel

Hemograma, si está disponible, todo adolescente con fiebre, tos, dolor, sin factor de riesgo debe clasificarse como leve.

#### Segundo Nivel

Hemograma, Tinción de Gram para Bacilos Acido Alcohol Resistente ( Baar y no Baar) para todos los sintomáticos respiratorios. Radiografía de Tórax lateral y postero -anterior.

### 5. FASES DE ATENCION

#### 5.1 Prevención

Evitar: el hacinamiento en salas y dormitorios siempre que sea factible, alimentación adecuada según disponibilidad de alimentos, ingesta de líquidos orales abundantes, uso de medicamentos, inocuos para la tos (agua, miel, te de manzanilla), evitar la automedicación, evitar exposición al polvo y otros medicamentos, orientar sobre signos y síntomas de alarma por los que debe consultar oportunamente

#### 5.2 Curación

##### Primer Nivel (NAC Leves)

Manejo ambulatorio, en pacientes sin factores de riesgo con distres respiratorio leve e hidratación adecuada.

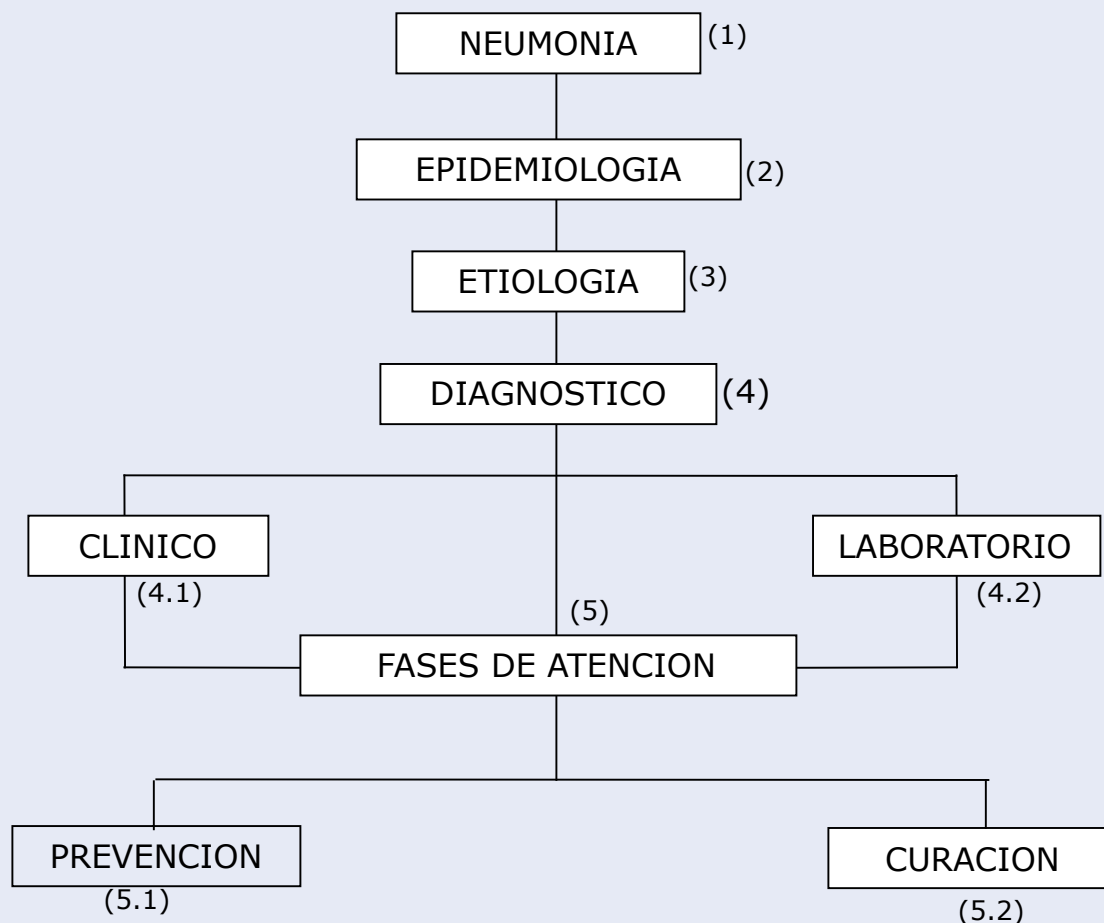
ANTIBIOTICO	DOSIS
Claritromicina 250 a 500 mg	1 tableta V.O. cada 12 horas por 10 días ó
Eritromicina 500 mg	1 tableta v.o. cada 6 horas por 10 días ó
Penicilina Procaínica	800,000 Unidades IM cada 12 horas por 10 días
Amoxicilina + Ácido Clavulánico 500 mg	1 tableta v.o. cada 8 horas por 10 días
Ampicilina Sulbactam 375 mg	1 tableta v.o. cada 12 horas por 10 días.

Evaluación en 48 horas. Si hay mejoría clínica referirlo al hospital de segundo nivel.

### 5.3 Rehabilitación

Educar a la familia y al adolescente sobre:

Continuar tratamiento en casa, alimentación adecuada según disponibilidad, evitar exposición al humo, polvo y otros contaminantes, educar sobre ejercicios respiratorios, evitar la ingesta de alcohol, evitar el tabaco, incorporación gradual a sus actividades, consulta inmediata a la reaparición de signos de peligro



## ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO

### CAPITULO 11

### DOLOR ABDOMINAL AGUDO

#### 1. DOLOR ABDOMINAL AGUDO

Dolor de aparición brusca y/o progresiva en un lapso menor de 48 horas, localizado o no, de intensidad variable, puede ser de origen infeccioso, inflamatorio, vascular, obstructivo, traumático o metabólico

#### 2. CLASIFICACION:

De acuerdo a la intensidad del dolor se tiene la siguiente clasificación:

**2.1 Leve:** Pacientes cuyo dolor apenas interfiere en las actividades cotidianas. Se asocia con procesos benignos autolimitados como cuadros de diarrea, parasitosis, indigestión, estreñimiento.

En muchos casos no se logra identificar la causa, catalogándose como inespecífica. En otros tiene origen psicosomático pero este tipo de dolor tiende a comportarse como crónico.

#### 2.2 Moderado

Es un dolor que interfiere con la rutina diaria. Puede acompañarse de signos de infección, enfermedad sistémica o de un proceso localizado:

- **Infeccioso:** Hepatitis, neumonía del lóbulo inferior (dolor reflejo por irritación del diafragma) enteritis bacteriana, faringitis por *S. piogenes*, enfermedad inflamatoria intestinal o pélvica.

- **Sistémico:** Síndrome hemolítico urémico (hematuria, síndrome disentérico, anemia e insuficiencia renal) neoplasias, drepanocitosis, traumatismo abdominal, fibrosis quística.

- **Localizado:** Como en la Enfermedad Ulcero-péptica o en la Esofagitis ( dolor epigástrico, urente ), otro ejemplo es la Adenitis Mesentérica.

**2.3 Grave:** El dolor cursa con compromiso del estado general y signos de peritonitis, puede ser de manejo médico o quirúrgico:

#### 3. DIAGNOSTICO

##### 3.1 Clínico:

- Pancreatitis aguda: caracterizada por dolor en banda irradiado a espalda, náuseas, vómitos, amilasas elevadas, leucocitosis y velocidad de sedimentación aumentada,

- Colecistitis o colangitis: dolor tipo cólico localizado en hipocondrio derecho relacionado con la ingesta de grasa,

- Litiasis Renal: Dolor intenso irradiado a región inguinocrural, hematuria.

##### 3.2 Quirúrgico:

- Apendicitis, absceso apendicular,
- Vólvulo: cursa con dolor abdominal, vómitos, distensión abdominal, heces sanguinolentas, masa abdominal palpable.

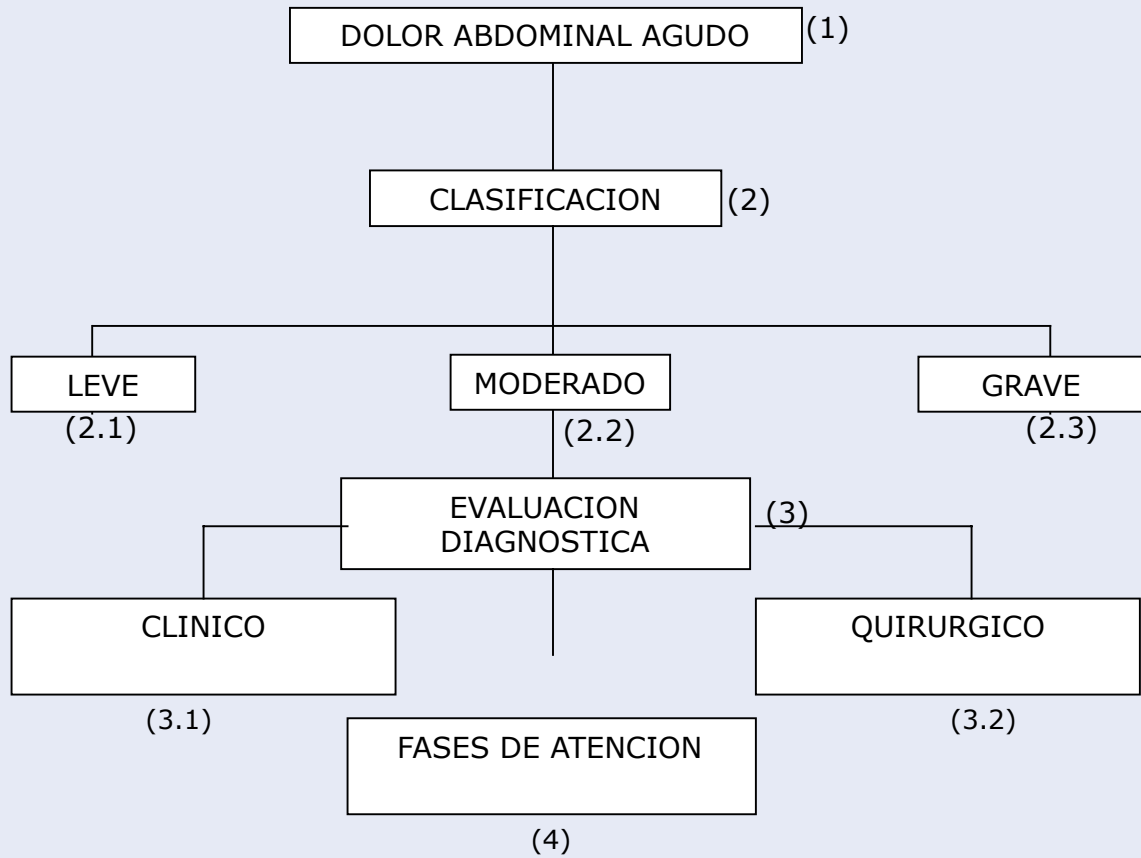
#### 4. FASES DE ATENCION

##### 4.1 Curativo

El manejo del dolor abdominal dependerá de la causa por lo que hay precisar de la mejor manera el diagnostico más probable y por lo tanto el tratamiento más adecuado.

##### 4.2 Criterios de Derivación:

A nivel primario se manejaran los dolores abdominales leves; deberán referirse al segundo nivel los dolores abdominales moderados o severos así como los que se consideren de manejo quirúrgico.



## APENDICITIS AGUDA

### 1. APENDICITIS AGUDA

Inflamación del apéndice cecal vermiforme, generalmente aguda, que si no se diagnostica oportunamente evoluciona rápidamente hacia la perforación y la peritonitis

### 2. EPIDEMIOLOGIA

La apendicitis es la causa más común de dolor en el cuadrante inferior derecho.

En promedio un 7% de la población sufre de apendicitis en algún momento de su vida, afecta preferentemente a adolescentes y a adultos jóvenes y es más frecuente en el varón, ocurre con mayor frecuencia entre los 10 y 30 años de edad.

### 3. FISIOPATOLOGIA

El apéndice es un órgano pequeño y digitiforme de unos 10 cms, de longitud que se continúa con el ciego en sentido distal a la válvula ileocecal.

Se llena de materia fecal y se vacía con regularidad en el ciego. Debido a que a veces su vaciamiento es ineficaz porque su calibre interior es pequeño, el apéndice se obstruye con facilidad y es vulnerable a la infección.

### 4. DIAGNOSTICO

#### 4.1 Clínico:

Se debe investigar inicio, frecuencia, tipo y localización del dolor.

Interrogar síntomas asociados con dismenorrea, vías urinarias, gastrointestinales y otros órganos. descartar embarazo ectópico

- Valorar estado general,
- Signos vitales,
- Localización del dolor y sus características,
- Signos de irritación peritoneal, como: rigidez del íleo psoas, dolor a la rotación externa del muslo, dolor a la palpación superficial y profunda y a la descompresión brusca.

- Signos de obstrucción intestinal como: distensión abdominal, disminución de ruido, vómitos o ausencia de evacuaciones

En la apendicitis los principales hallazgos consisten en dolor abdominal que comienza como calambres en la región periumbilical por la estimulación de las fibras del dolor visceral, al aumentar la inflamación, el dolor se localiza en el área subyacente al apéndice.

Entre los síntomas asociados están: fiebre, taquicardia, vómitos, pérdida del apetito, dolor directo de la palpación, signo de Mc Burney, signo de Bloomer y el signo de Blumberg o de rebote.

### 4.2 Laboratorio

- Hematología completa ( elevación de leucocitos >10,000 a predominio de neutrófilos 75% o más )
- Examen general de orina, heces y cultivos,
- Velocidad de sedimentación globular (VSG),
- Amilasa, bilirrubina, transaminasas, glicemia, urea, creatinina.
- En adolescentes sexualmente activas practicar prueba de embarazo (para descartar embarazo ectópico)

### 4.3 Gabinete

El diagnóstico es eminentemente clínico y no están indicados los estudios de gabinete, salvo en caso de duda razonable y podría ayudar una radiografía abdominal o Ultrasonografía.

## 5. FASES DE ATENCIÓN

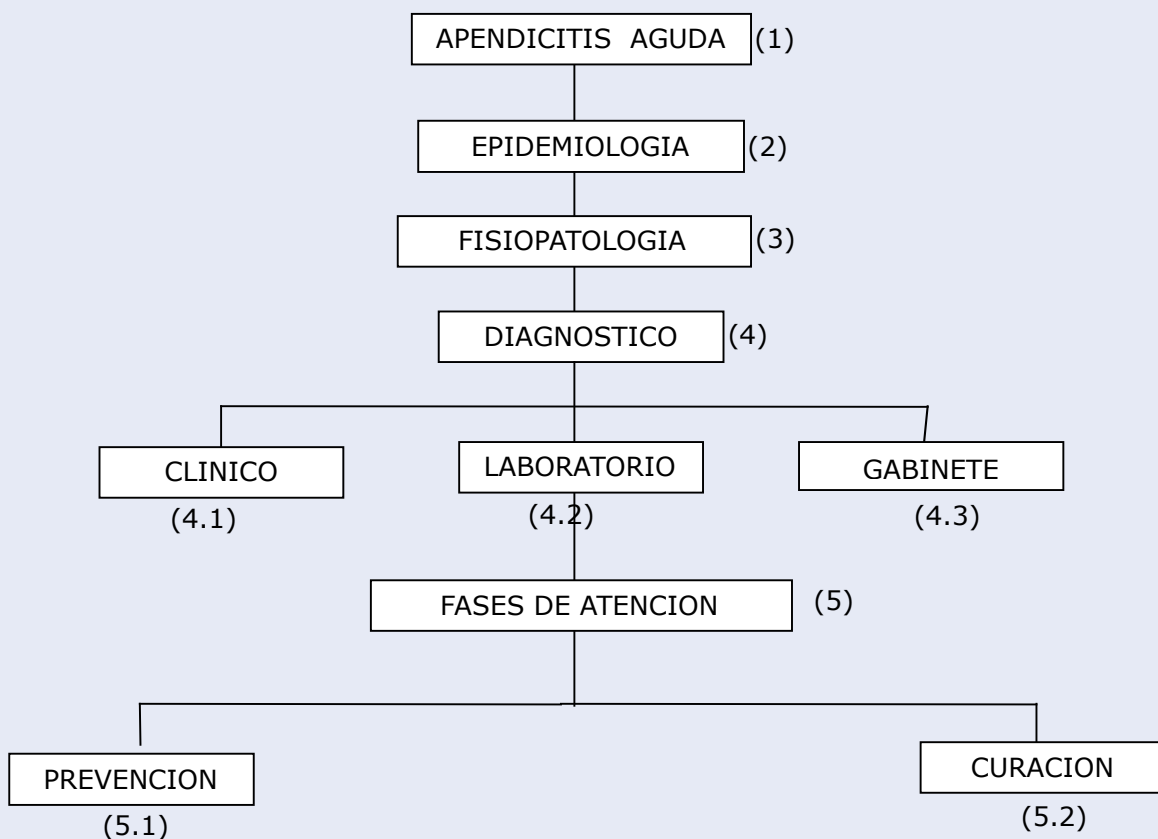
### 5.1 Prevención

Educar al usuario (a) y familia sobre: Obligatoriedad de asistir al hospital al presentarse cuadro clínico, suspender la vía oral al iniciar dolor y seguir indicaciones médicas y brindar apoyo emocional.

## 5.2 Curación

Al diagnosticar apendicitis referir de inmediato para manejo hospitalario.

La Apendicectomía se lleva a cabo tan pronto como sea posible para reducir el riesgo de perforación, se puede realizar bajo anestesia general o epidural con incisión en la parte inferior del abdomen o por laparoscopia





## DOLOR ABDOMINAL CRONICO O RECIDIVANTE

### 1. DOLOR ABDOMINAL CRONICO O RECIDIVANTE

Serie de episodios agudos de dolor que ocurren al menos una vez al mes durante tres meses.

### 2. ETIOLOGIA

Su origen puede ser orgánico, disfuncional o psicógeno con influencia de múltiples causas que interactúan agravando el cuadro, como:

- Tipo de personalidad,
- Emociones,
- Rutina y
- Hábitos de vida,
- El estrés.

Otras causas pueden ser:

● **Procesos infecciosos** o inflamatorios: enfermedades inflamatorias intestinal, úlcera péptica, pancreatitis recidivante, enfermedad hepatobiliar.

● **Procesos sistémicos:** neoplasias, infección de tracto urinario (pielonefritis), litiasis renal.

**Otros procesos como** reflujo gastroesofágico, fibrosis quística, epilepsia abdominal, drepanocitosis, porfiria, parasitosis intestinal, patología ginecológica.

### 3. CLASIFICACION

De acuerdo con la intensidad y el grado de afectación, se clasifica:

- Leve,
- Moderado y
- Severo

#### 3.1 Leve

Presencia de dolor que puede interferir en las actividades habituales, pero no es incapacitante.

Puede presentar los siguientes signos de **Alteraciones Disfuncionales:**

- Diarrea y/o estreñimiento,
- Calambres o cólicos.,
- Flatulencia, respiración bucal,
- La distensión colónica que produce el espasmo intestinal le ocasiona dolor referido a región periumbilical e hipogastrio.

**Generalmente es debido a estreñimiento** y si lo hay descartar sus posibles causas: hipotiroidismo, uso de fármacos, dieta inadecuada.

Tratarlo mediante cambios en la dieta, ingesta abundante de agua o medicamentos si persiste valorar posibles causas psicógenas.

**Otra posible causa es la Intolerancia a la lactosa** por lo que hay que evaluar antecedentes de cólicos infantiles, flatulencia y diarrea que aparecen inmediatamente después de ingerir productos lácteos.

Si se tienen antecedentes familiares positivos, realizar pruebas de tolerancia a la lactosa.

**Causas Psicógenas:** Casos en los cuales no se presentan signos de alteración disfuncional generalmente son pacientes con autoestima baja, personalidad variable, pocos amigos, con incapacidad y dificultad para adaptarse a los cambios y con problemas escolares.

#### 3.2 Moderado

Dolor que interfiere sus actividades habituales,

#### 3.3 Severo

Dolor incapacitante que impide la deambulaci3n,

Los pacientes pueden presentar signos de:

- Obstrucci3n intestinal intermitente.

- Pancreatitis recidivante o pseudoquistes, pancreático,
- Obstrucción intestinal parcial,
- Perforación de úlcera péptica, enfermedad inflamatoria intestinal,
- Neoplasias malignas,
- Patología gineco-obstétrica,
- Bidas post operatorias.

#### 4. DIAGNOSTICO

##### 4.1 Clínico

- Investigar sobre el comienzo la frecuencia, intensidad, el patrón y la localización del dolor,
- Identificar manifestaciones gastrointestinales asociadas: cólicos en la infancia, intolerancia a la lactosa, cuadros diarreicos, evacuaciones explosivas, flatulencia, estreñimiento
- Extraintestinales como: fiebre, exantema, pérdida de peso, artritis hematuria, polaquiuria, disuria.
- Establecer si el dolor se acompaña de síntomas vegetativos inespecíficos (cefalea, dolor en extremidades, palidez, sudoración) asociados a litiasis renal o vesicular.
- Determinar interferencia con el nivel funcional de afectividad y ansiedad
- Determinar si hay relación con enfermedad ácido-péptica, migraña, enfermedad familiar metabólica, diabetes, fibrosis quística del páncreas.

##### 4.1.1 Examen físico

Debe evaluarse crecimiento y desarrollo, estado nutricional y realizar una evaluación abdominal detallada.

Buscar signos de enfermedad crónica, alteraciones psicoafectivas

##### 4.2 Laboratorio y Gabinete

De acuerdo a la sospecha clínica: Practicar los siguientes exámenes:

- Hematología completa, VSG (velocidad de sedimentación globular), glicemia, creatinina, bilirrubina, transaminasas amilasas,
- Examen general de orina y urocultivo,
- Análisis coproparasitológicos, sangre oculta en heces.
- Según la condición específica: RX de abdomen simple de pie, Rx contrastada, ecografía abdominal TAC, RMN (resonancia magnética nuclear), endoscopia y en casos necesarios, laparoscopia diagnóstica.
- En las adolescentes con vida sexual, debe efectuarse prueba de embarazo y descartar enfermedades de transmisión sexual que predisponen a enfermedad inflamatoria pélvica

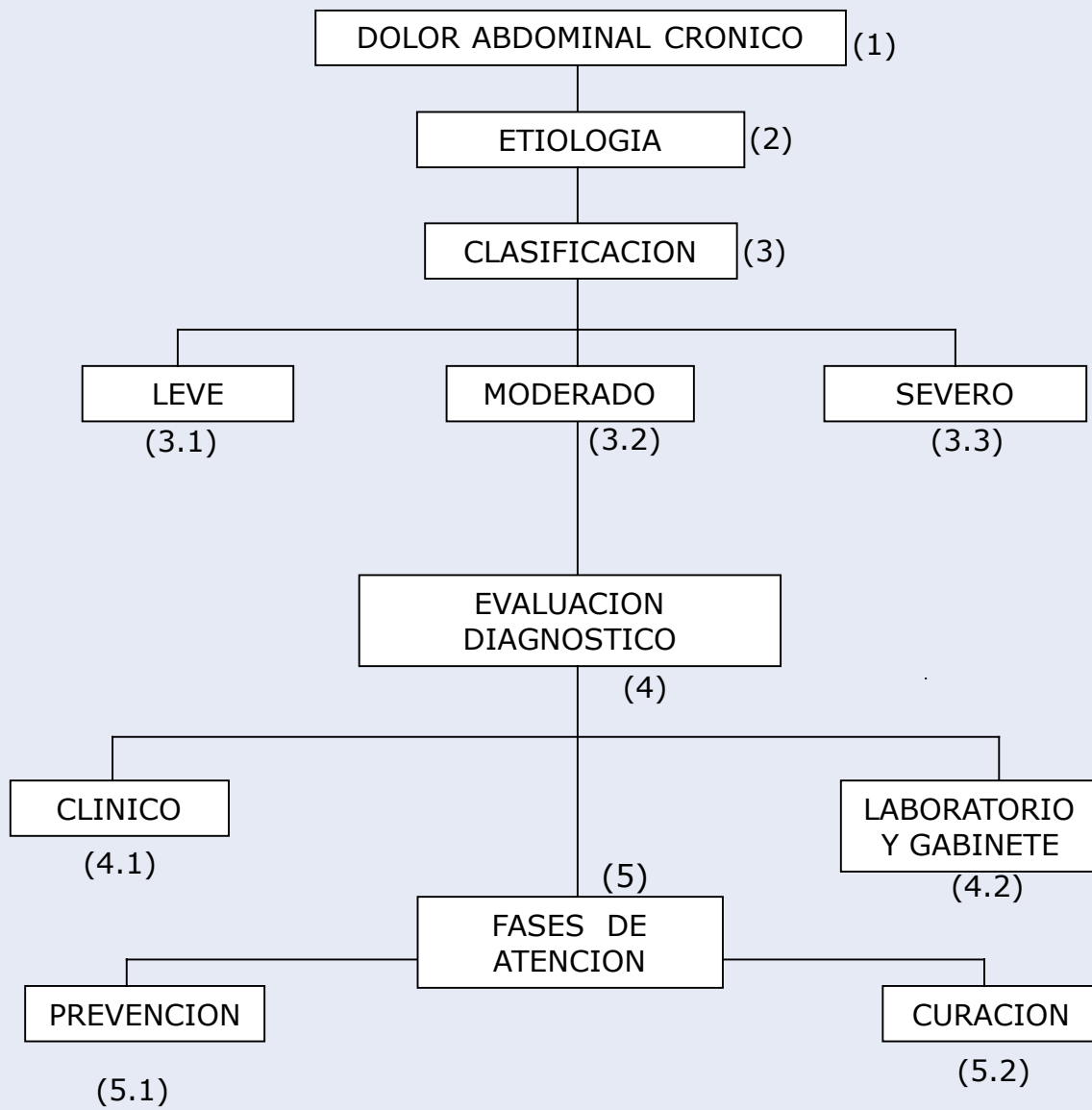
#### 5. FASES DE ATENCION

##### 5.1 Prevención

Cambio en los hábitos de vida y de alimentación, apoyo emocional, referencia al especialista cuando se descubra etiología orgánica que requiera un nivel de mayor complejidad.

##### 5.2 Curación

Referencia a Hospitales de Segundo y/o de Referencia Nacional para tratamiento médico y/o quirúrgico de acuerdo a la etiología diagnosticada.



## HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL

### 1. HERNIAS DE LA PARED ABDOMINAL

Es una prociencia anormal del tejido intraabdominal de toda una víscera hueca o de una parte de la misma a través de un defecto o abertura de la aponeurosis.

### 2. EPIDEMIOLOGIA

75% de las hernias ocurren en la región inguinal (inguinal directa, inguinal indirecta y femoral), 10% son incisionales o ventrales., 3% de tipo umbilical y el 12% a otro tipo de Hernias

### 3. ETIOLOGÍA

Una masa herniaria está compuesta por lo general de tejidos de cubierta (piel, tejido subcutáneo, etc), un saco peritoneal y cualquier víscera contenida.

Todas las hernias de la pared abdominal consisten en un saco peritoneal que sale a través de un defecto o una debilidad de las capas musculares del abdomen. El defecto puede ser congénito o adquirido.

Casi todas las hernias inguinales en lactantes, niños, adolescentes y adultos jóvenes son del tipo inguinales indirectas que ocurren en un saco preformado congénito. Como contraste, las hernias inguinales directas se adquieren como resultado de una debilidad desarrollada de la aponeurosis del músculo transverso en la zona de Hesselbach.

### 4. CLASIFICACION

- Hernias inguinales indirectas y directas.
- Hernia inguinal por desplazamiento.
- Hernia femoral.
- Hernia umbilical.
- Hernia epigástrica.
- Hernia incisional (ventral).
- Hernia de Littré.
- Hernia de Spiegel.

- Hernia lumbar o dorsal.

### 5. DIAGNOSTICO

#### 5.1 Antecedentes

● La mayoría de las hernias no producen síntomas o si existen son mínimos, hasta que la persona nota una masa o hinchazón sobre alguna área de la pared abdominal. Frecuentemente las hernias son detectadas en el curso del examen físico sistemático.

● A medida una hernia se agranda, es más probable que produzca una sensación de malestar o de dolor y la persona considera que debe acostarse para reducir manualmente su hernia.

● En general, las hernias inguinales directas producen menos síntomas graves que las indirectas y es menos probable que se incarceren o estrangulen.

● La hernia umbilical será evidente como una masa a ese nivel, generalmente produce pocas molestias al igual que las epigástricas.

● Las hernias femorales son notablemente asintomáticas hasta que ocurre incarceramiento o estrangulación. Inclusive en presencia de complicaciones la persona percibe más molestias en el abdomen que en la región inguinal misma.

● La mayoría de las hernias epigástricas no causan dolor y se encuentran en un examen abdominal usual, y se reconoce como una prociencia a través de la línea alba por arriba del ombligo. Cuando hay síntomas varían desde el dolor epigástrico leve e hipersensibilidad hasta el dolor epigástrico profundo ardoroso, con irradiación a espalda o a los cuadrantes inferiores del abdomen.

Puede presentarse meteorismo abdominal.

### 5.2 Clínico

El examen de la ingle muestra una masa que puede reducirse o no. Es necesario explorar el área con el paciente en decúbito dorsal y de pie, solicitando que haga esfuerzo o simule una tos, ya que quizá sea difícil demostrar hernias pequeñas.

**La hernia femoral:** puede presentar toda una gama de formas, si es pequeña y no complicada, se presenta como una pequeña protuberancia en la parte alta medial del muslo, justo por debajo del ligamento inguinal.

**La hernia umbilical:** se evidencia como una masa en el arco superior del anillo. A menudo tiene aspecto lobulado.

**La hernia epigástrica:** la masa es palpable, a menudo puede confirmarse por cualquier maniobra que aumente la presión intraabdominal y que provoque que la masa herniaria haga prociencia anteriormente. Es difícil hacer el diagnóstico en presencia de un abdomen obeso, que impida la palpación de la masa.

**La hernia incisional:** se identifica por la presencia de una cicatriz asociada.

### 5.3 Laboratorio y gabinete

No hay estudios diseñados para tal fin y en casos difíciles probablemente solo se realicen para descartar patologías del diagnóstico diferencial, no existe una indicación precisa para la herniografía. Estos estudios se requieren únicamente como requisitos preoperatorios una vez se ha establecido el diagnóstico preciso.

## 6. FASES DE ATENCIÓN

### 6.1 Prevención

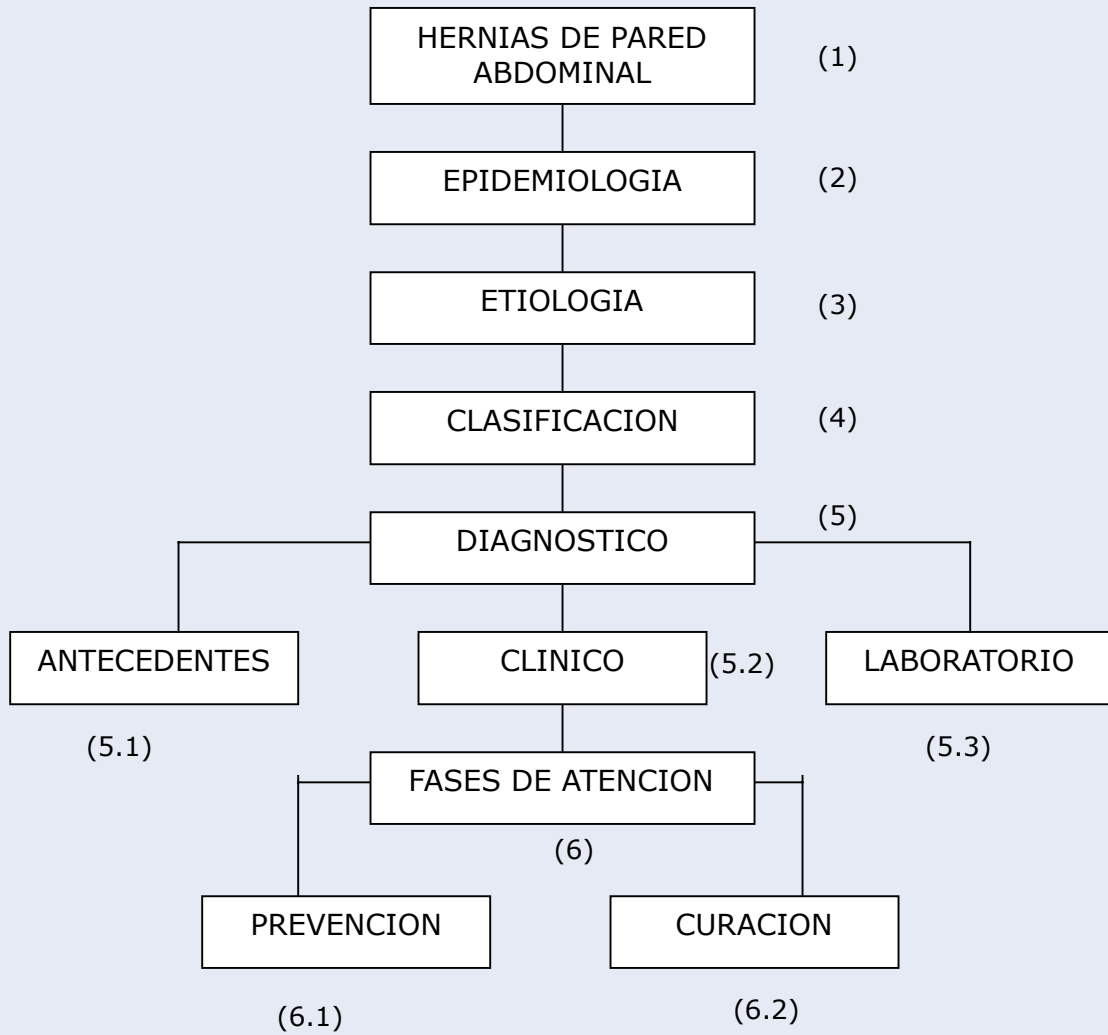
El objetivo principal del tratamiento quirúrgico es evitar la aparición de complicaciones como:

- Incarceración.
- Estrangulación.
- Perforación intestinal.
- Peritonitis secundaria, etc.

### 6.2 Curación

El tratamiento quirúrgico está plenamente indicado en todos los pacientes a quienes se les diagnóstica una hernia y debería hacerse sin retardo.

La excepción es la hernia umbilical, que se interviene quirúrgicamente, después de los cinco años de edad, dándole oportunidad de cierre espontáneo.



## PROBLEMAS DE SALUD RELACIONADAS CON LA PIEL Y EL TEJIDO SUBCUTANEO

### CAPITULO 12

#### ACNE

##### 1. ACNE

Enfermedad inflamatoria crónica de la unidad pilo sebácea, que afecta la piel de la cara, tronco y espalda

##### 2. EPIDEMIOLOGIA

Es una infección frecuente en los/as adolescentes

##### 3. ETIOLOGIA

Es de origen multifactorial, debido a la producción de sebo por acción hormonal androgénica, queratinización anormal, proliferación del *propionibacterium acnes* y organismos anaeróbicos.

Puede también presentarse posterior a procesos inflamatorios debido a la liberación de mediadores proinflamatorios o después de administrar vitaminas del complejo B parenterales u orales.

##### 4. CLASIFICACION

**4.1 Leve:** Acné no inflamatorio, comedones (puntos negros o blancos), hasta 10 lesiones, piel grasosa.

**4.2 Moderado:** Acné inflamatorio, se encuentran comedones pápulas y pústulas ocasionales: presencia de 10 a 12 lesiones en un lado de la cara.

**4.3 Severo:** Acné inflamatorio nódulo quístico.

##### 5. DIAGNOSTICO

###### 5.1 Clínico

**En la historia Clínica investigar:**

- Antecedentes familiares de acné,

- Antecedentes personales de acné, momento de aparición y su relación con la pubertad.

- Antecedentes personales de acné neonatal,

- Hábitos higiénicos,

- Producción excesiva de sebo, seborrea de cuero cabelludo,

- Uso de productos acondicionantes del cabello que favorecen la producción de grasa,

- Ingesta de medicamentos,

- Exposición excesiva al sol, radiaciones,

- Tipo de trabajo por el contacto con irritantes químicos como los compuestos hidrocarbónicos (gasolineras),

- Antecedentes de enfermedades y estrés,

- Investigar afectación de su imagen corporal y su repercusión psicosocial.

##### 5.2 Laboratorio

Esta indicado solamente en mujeres con signos de hiperandrogenismo, hirsutismo, distribución anormal del vello corporal, irregularidades en el ciclo menstrual, ovario poliquístico, en algunos de los casos de obesidad.

##### 6. FASES DE ATENCION

###### 6.1 Prevención:

- Investigar antecedentes o presencia de acné en los padres,

- Promover medidas higiénicas como aseo facial dos veces al día con jabones suaves sin frotar para no causar irritación.

- Usar toallas de uso personal limpias y suaves para el secado de la cara, usar sobrefundas limpias.
- Evitar el contacto de las manos con la cara.
- Evitar el uso permanente de gorras y productos favorecedores de la producción de grasa del cuero cabelludo, evitar cosméticos comedogénicos.
- Educación acerca del manejo del estrés ( ver guía de salud mental).

## 6.2 Curación

TRATAMIENTO	DOSIS
Tetraciclina 500 mg	1 cápsula vía oral 2 veces al día
Vitamina A	50,000 Unidades vía oral cada día
Jabón antiseborreico	Lavado de cara 2 veces al día
Loción de resorcina 3% (formula magistral), o	Aplicar por la noche en el área afectada a dosis respuesta
Loción de Eritromicina al 2%	

### 6.2.1 Consejería

Es muy importante promover una alimentación adecuada, explicar al paciente y a la familia acerca del acné como una condición crónica que puede persistir por muchos años y que puede tener repercusión psicológica.

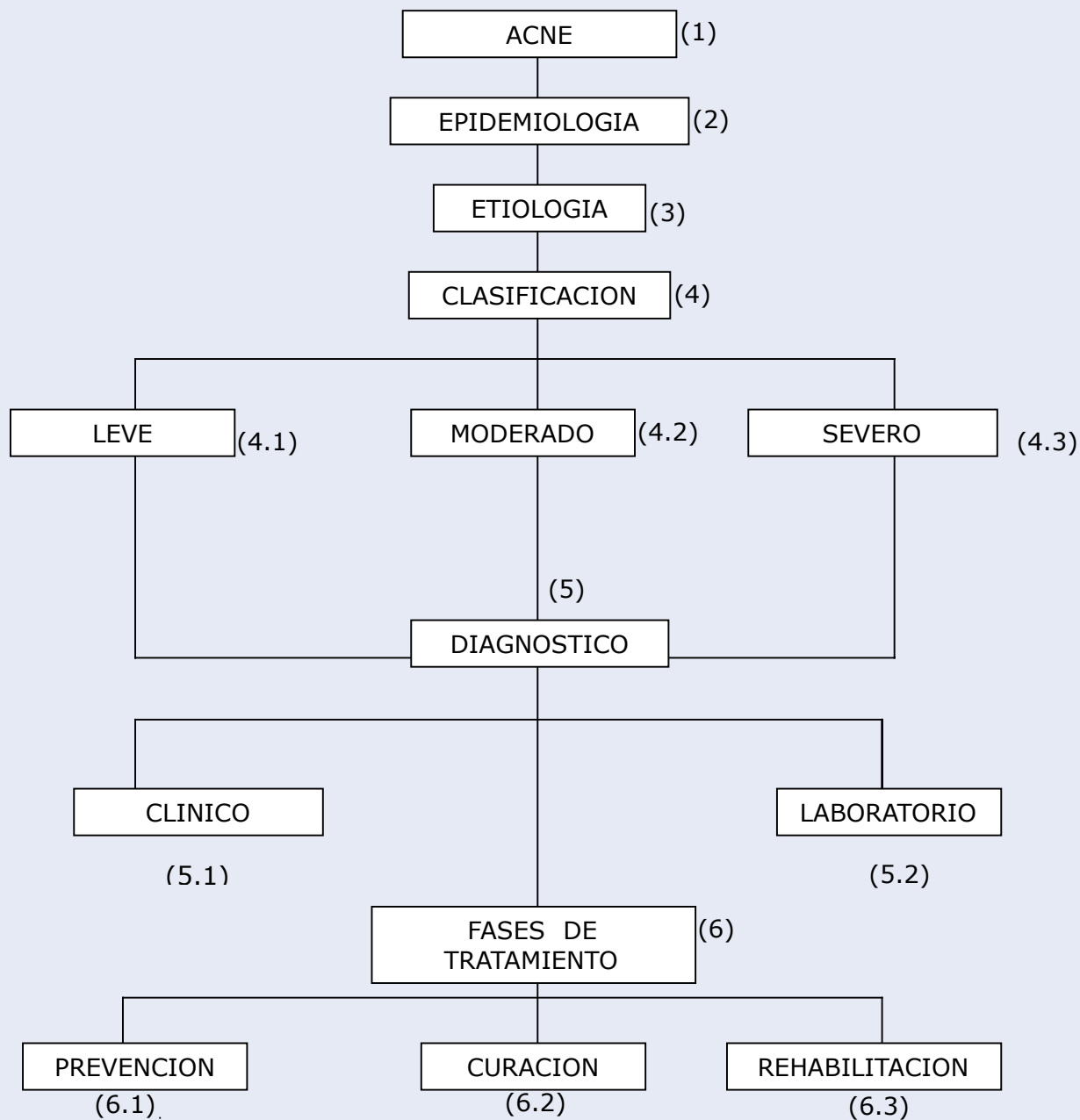
Se debe explicar muy bien el tratamiento, los efectos secundarios y la duración del mismo que puede durar hasta un año y que se puede requerir cambiar el medicamento, enfatizar la individualidad del tratamiento y que la respuesta no es igual para todos.

Es importante reafirmar las medidas higiénicas de la piel de la cara, usar jabones antiseborreico, alimentación adecuada, evitar estreñimiento, apoyo psicológico, control del stress.

## 6.3. Rehabilitación

Seguimiento del usuario mantener medidas higiénicas y de alimentación.





## MICOSIS SUPERFICIAL

### 1. MICOSIS SUPERFICIALES

Cualquier enfermedad producida por hongos que afectan la piel y sus apéndices (uñas y pelos), la mas común es la tiña que afecta cabeza, región inguinal, pies y uñas. Los hongos habitan en la queratina de la uñas, de la piel y pelos.

### 2. EPIDEMIOLOGIA

Según la literatura mundial la dermatofitosis es más frecuente en adultos con una incidencia similar para ambos sexos, aunque según la práctica clínica es mayor en el sexo masculino.

En los datos del MSPAS se da con mayor frecuencia en el grupo de 10 a 14 años y se encuentra entre las cinco primeras causas de consulta ambulatoria para el año 2001., es común en todos los rangos y estratos sociales.

### 3. ETIOLOGIA

Infecciones producidas por hongos, de la especie pitiriasis versicolor, que es la forma micelial del pitiriosporum orbiculares, dermatofitosis por dermatofitos de los géneros microsporum, epidermophyton, trichophyton y las candidiasis.

#### 3.1 Forma de Transmisión:

Por contacto directo de la piel infectada, a piel sana más común entre deportistas por ejemplo en la pitiriasis versicolor y en la dermatofitosis se da por contacto con superficie contaminada, uso de calzado contaminado, así como prendas de vestir.

#### 3.2 Período de Incubación:

En la pitiriasis versicolor se da entre 2 a 4 días, manifestándose al exponerse a radiación ultravioleta y para la dermatofitosis de inmediato.

### 4. DIAGNOSTICO

#### 4.1 Clínico

Se realiza mediante observación del tipo de lesión:

#### 4.1.1 Pitiriasis versicolor:

- Maculas hipocrómicas con límites bien definidos de diferente forma y tamaño,
- Las lesiones se encuentran localizadas en su inicio en áreas de sudoración como en la parte superior del tórax, espalda, cara, cuello, axilas y extremidades
- Es asintomático, a la iluminación con la luz de wood las lesiones se observan de color anaranjado amarillento.

#### 4.1.2 Dermatofitosis:

- Presentan prurito, excoiación de la zona afectada, eczema agudo y sub- agudo e hiperqueratosis.
- Lesiones redondeadas y ovaladas policíclicas, escamosas con bordes inflamados, circinados, la zona central de la lesión se observa aparentemente sana.
- En los pies producen pequeñas vesículas que con frecuencia se contaminan secundariamente con bacterias produciendo picor y descamación y maceración interdigital; conocido como pie de atleta

### 4.2 Laboratorio

Examen o estudio micológico de la lesión más examen directo micológico con hidróxido de potasio (KOH) y cultivo micológico

### 5. FASES DE ATENCION

#### 5.1 Prevención:

- Orientar al adolescentes y su familia sobre: hábitos de higiene de calzado adecuados, mantener secos los pies y el calzado.
- Uso de antitranspirantes, uso de ropa de algodón, uso de ropa holgada y cambio diario, aseoleado de calzado especialmente en su interior (horario 12 m a 2 PM).

- Mantener secas las superficies corporales, uso personal de utensilios cosméticos.

- No intercambiar prendas de vestir, lavado de ropa separada del resto de la ropa de familia, uso de zapatos ventilados y de cuero

## 6.2 Curación

Realizar historia clínica, tomar signos vitales, llenado de ficha de situación de salud.

### 6.2.1 Para dermatomicosis:

- Cremas antimicóticas por 15 días como: clotrimazol, miconazol, Terbinafina o ketoconazol 2 veces al día.

- Antihistamínico de corta acción: clorferamina 4 mg 1tableta tres veces al día

- Aseo con agua y jabón

- Recomendar: Asolear todo calzado haciendo énfasis en su interior.

- Tratamiento sistémico es necesario en las tiñas del cuero cabelludo, de uñas o muy

diseminadas en el cuerpo. Griseofulvina 500mg diarios, Ketoconazol 200mg diarios, Itraconazol 100mg diarios, Fluconazol 150 mg cada semana. La duración es a dosis respuesta.

### 6.2.2 Tratamiento para Pitiriasis Versicolor:

Tópico:

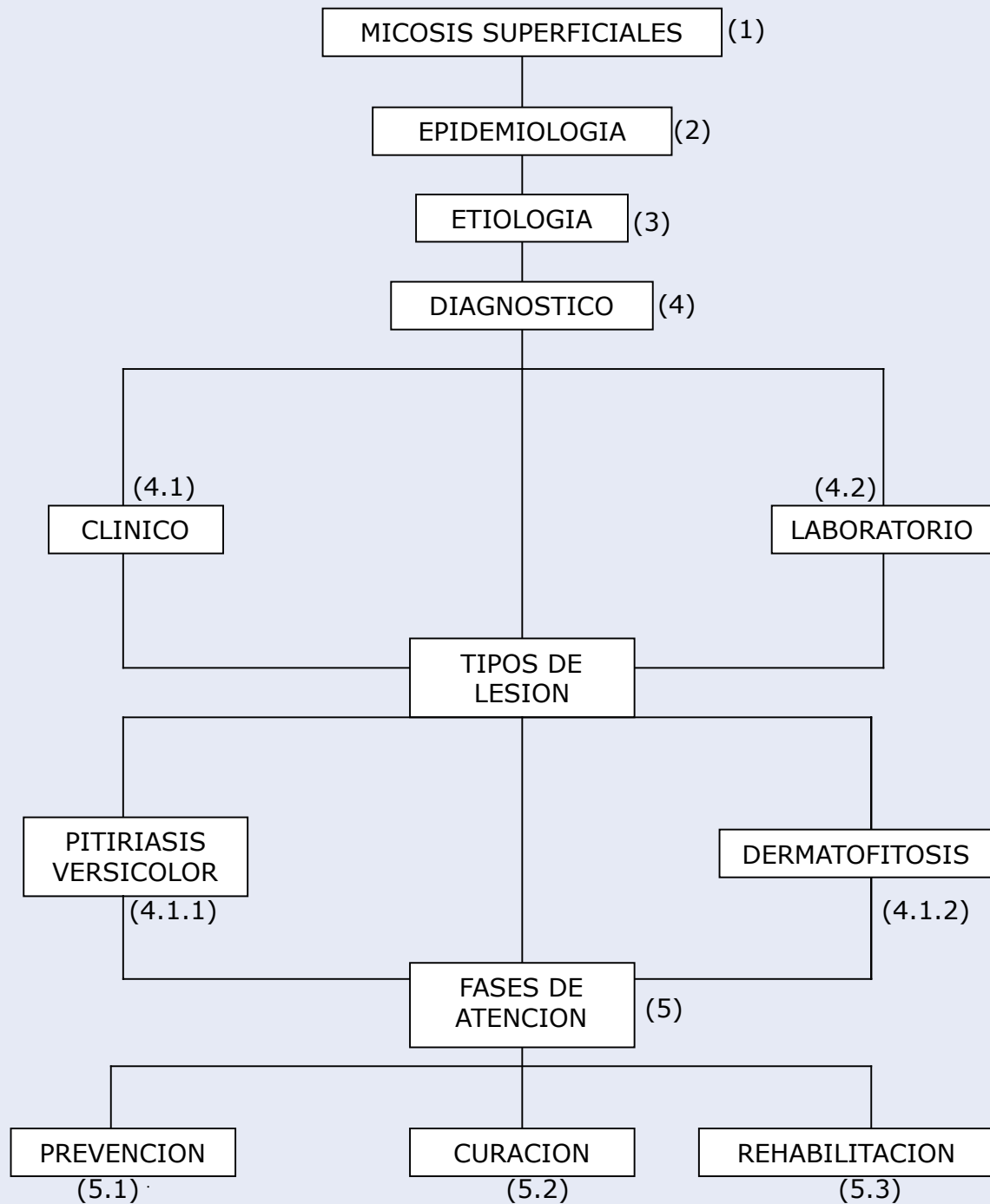
- Solución Saturada de Hiposulfuro de Sodio por la noche (formula magistral),

- Tintura de Whitfield (formula magistral) por la mañana después del baño diario,

- Recomendar baño diario con shampoo de ketoconazol

## 6.3 Rehabilitación

Hacer énfasis en hábitos de higiene personal, uso adecuado de calzado, tomar pruebas hepáticas a los 3 meses de tratamiento, control a las cuatro u ocho semanas según el caso, identificación y manejo de contactos



## ESCABIOSIS

### 1. ESCABIOSIS

Infestación parasitaria de la piel

### 2. EPIDEMIOLOGIA

La Escabiosis es endémica en muchos países en desarrollo afecta a personas de todos los niveles socioeconómicos, sin distinción de raza o normas de higiene personal, aunque la atribuyen a la pobreza y hacinamiento

### 3. ETIOLOGIA

Es producida por *Sarcoptes Scabiei* un ácaro conocido como piojo del cuerpo

**3.1 Modo de Transmisión:** Se hace por contacto directo con la piel infestada, también puede adquirirse durante las relaciones sexuales, por la ropa interior y de cama contaminada.

**3.2 Período de Incubación:** De 2 a 6 semanas antes de la aparición de prurito en las personas sin exposición previa al ácaro, las personas que han estado infestadas, anteriormente manifiestan síntomas de uno a cuatro días después de la nueva exposición.

**3.3 Período de Transmisibilidad:** Persiste mientras no se destruyan los ácaros y los huevos por medidas adecuadas.

### 4. DIAGNOSTICO

#### 4.1 Clínico:

- Pápulas decapitadas usualmente en áreas como axilas, caderas peri umbilical, inguinocrural, muñecas interfalanges y área mamaria,
- frecuentemente habrá otro miembro de la familia infestado y con los mismos síntomas.
- Se presenta prurito y algunas veces las lesiones se impetiginizan

#### 4.2 Laboratorio

Hemograma, Raspado de lesión para la observación directa del ácaro al microscopio de luz.

### 5. FASES DE ATENCION

#### 5.1 Prevención:

Educar a la población y comunidad sobre modo de transmisión, asistencia médica oportuna, hacer énfasis en la higiene personal diaria, evitar contacto con animales domésticos, baño con agua fría, evitar contacto con personas infectadas, fumigación de todas las áreas de la casa: paredes, piso, cama, otros.

#### 5.2 Curación

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO	DOSIS
Clorfeniramina 4mg	1 tableta v.o. 3 veces al día
Benzoato de Benzilo o Crotamitón al 10 o 20%	Aplicar en todo el cuerpo excepto cabeza y cara por 4 noches continuas, suspender por 8 días y repetir otras 4 noches.

#### Educación al paciente:

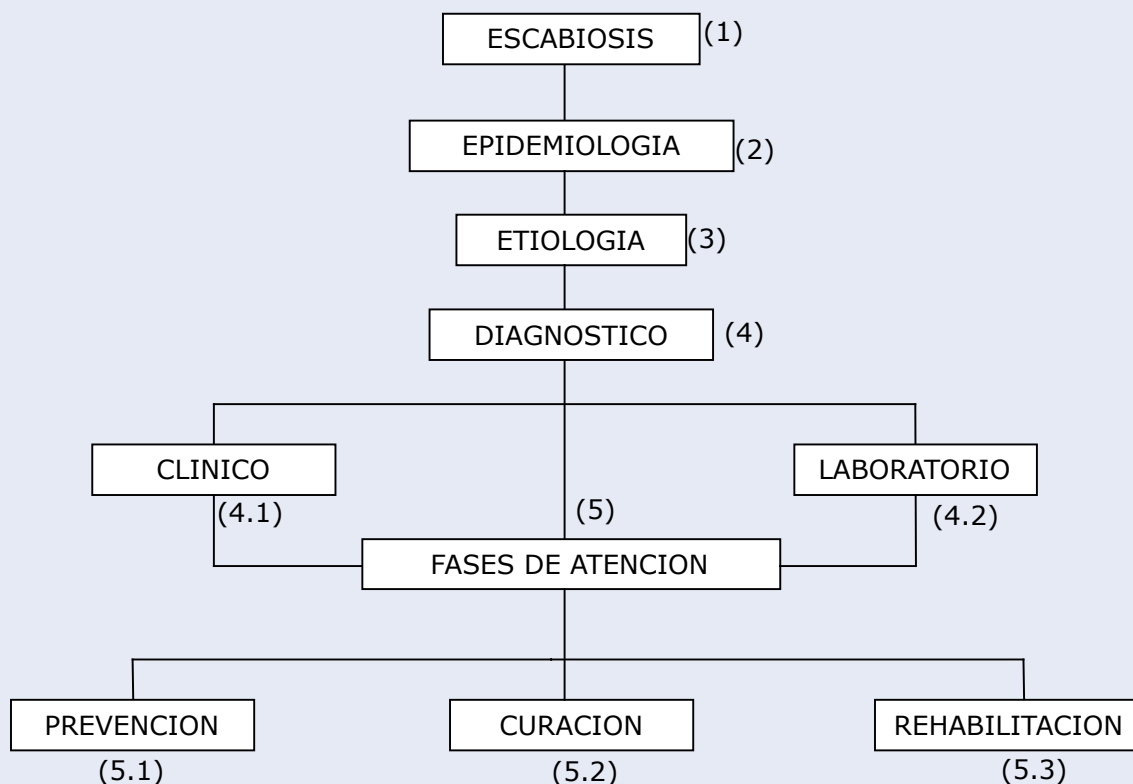
Debe recomendarse

- Usar para el baño jabones azufrados,
- Hidrocortisona 1% en áreas de lesiones 2 veces al día (cuando no se esté usando la loción acaricida)
- Hervir diariamente prendas de vestir y ropa de cama,

- No rascarse la piel,
- Corte completo de uñas,
- Identificar contactos y aislamiento durante 24 horas después del comienzo,
- Notificación a las autoridades de salud,
- Aislamiento: debe excluirse de las escuelas y sitios laborales

### 5.3 Rehabilitación:

Orientar al adolescente y familia sobre: forma de transmisión de la escabiosis, lavado de ropa separada del resto de la familia, práctica de hábitos higiénicos: baño diario, cambio de ropa, otros, visita familiar por trabajadores de salud



## DERMATITIS

### 1. DERMATITIS

Es un trastorno inflamatorio de la piel

### 2. EPIDEMIOLOGIA

Se da en cualquier grupo etáreo, muy frecuente en adolescentes y en ambos sexos

### 3. ETIOLOGIA

Puede producirse por un alérgeno, una enfermedad, parasitismo

### 4. DIAGNOSTICO

#### 4.1 Clínico:

- Eritema,
- Dolor
- Prurito
- Vesículas,
- Descamación
- Edema.

#### 4.2 Laboratorio

Biopsia y estudio histopatológico, prueba cutáneas, hemogramas

### 5. FASES DE ATENCION

#### 5.1 Prevención

Orientar a la familia y a adolescentes sobre: Higiene personal adecuada, lavado de zona expuesta con agua y jabón de preferencia neutro, baño diario y cambio de ropa, no automedicarse

#### 5.2 Curación:

Realizar historia clínica, toma de signos vitales, llenado de ficha de salud

#### Primer Nivel:

- Administrar un antihistamínico de corta acción: clorferinamina 4 mg cada 8 horas por 3 días dosis repuestas, crema de hidrocortisona al 1% cada 12 horas por 3 a 8 días dosis repuesta,

- Medidas Generales: Investigar contactos de la fuente que generó la dermatitis.

- Se recomienda el baño diario y cambio de ropa,

- Brindar consejería sobre hábitos higiénicos e importancia de cumplir el tratamiento.

#### Segundo Nivel:

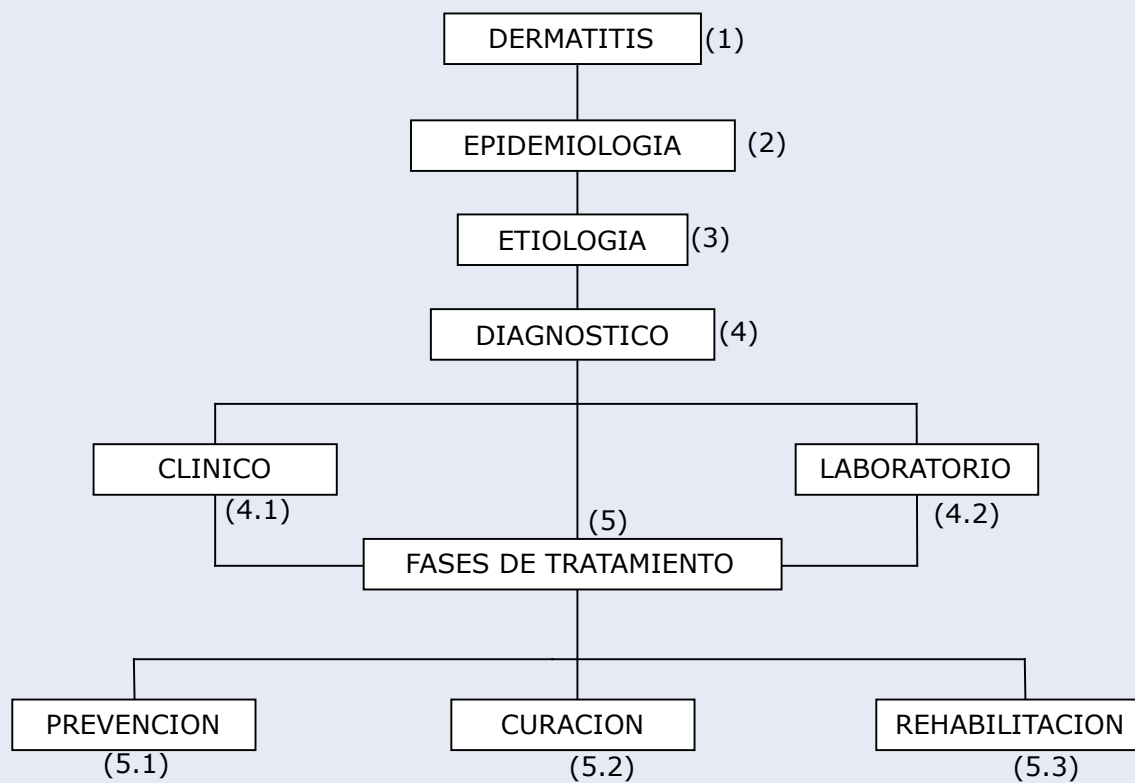
- Antihistamínicos: **Clorferamina 4 mg cada 8 horas ó Loratadina 10mg cada día**

- Esteroides vía oral: **Prednisona 5 mg cada 6 horas por 5 a 10 días,**

- Si no hay respuesta adecuada al tratamiento referirlo a tercer nivel

#### 5.3 Rehabilitación:

Orientar a adolescente y a la familia sobre: Hábitos de higiene adecuada (baño diario, cambio de ropa etc.), identificar la causa que provocó la dermatitis y evitar nuevos contactos, cumplimiento del tratamiento médico, no automedicarse





## PROBLEMAS DE SALUD RELACIONADOS CON EL SISTEMA GENITOURINARIO

### CAPITULO 13

#### INFECCION DEL TRACTO URINARIO

##### 1. INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO

Es la infección o proceso infeccioso de una o mas estructuras del tracto urinario.

Procesos inflamatorios e infecciosos que pueden ser de vías urinarias altas o bajas:

- **Alta:** generalmente afecta riñón, y sistema colector (abscesos renales o pielonefritis)
- **Baja:** afecta vejiga y uretra. (cistitis o uretritis).

##### 2. EPIDEMIOLOGÍA

Las infecciones de vías urinarias son más frecuentes en mujeres que en hombres y principalmente en adolescentes sexualmente activos, quienes presentan riesgo más alto que los que no han iniciado actividad sexual.

En el MSPAS para el año 2002 fue la 8ª causa de consultas en el grupo de 10-19 años

##### 3. ETIOLOGIA

El organismo que con mayor frecuencia afecta el tracto urinario humano es la E. coli, seguida de Klebsiella, Enterobacter, Proteus mirabilis, pseudomona y enterococo

##### 3.1 Factores Predisponentes:

- Mujeres sexualmente activas
- Personas inmunodeprimidas
- Sonda vesical permanente
- Embarazo
- Reflujo vesicoureteral
- Uropatía obstructiva
- Cálculos
- Diabetes mellitus
- Vejiga neurogénica
- Trastorno estructural renal o del tracto urinario
- Mala higiene perineal.

investigar →

##### INFECCION URINARIA

(10% gérmenes/ml orina)

Si se trata de un niño varón  
o de infecciones recurrentes

## 4. DIAGNOSTICO

### 4.1 Clínico

Indagar factores predisponentes y detectar los signos y síntomas característicos como son:

- Disuria,
- Polaquiuria,
- Enuresis,
- Dolor a la micción,
- Orina de mal olor o turbia,
- Síntomas asociados de fiebre, escalofríos, náuseas, vómitos, secreción peneana o vaginal,
- Malestar general y cefalea entre otros,
- En casos de infección grave: sangre y pus visible en la orina

Tomar signos vitales, valoración física, tensión arterial y fondo de ojos, verificar presencia de exudado uretral o vulvo vaginitis, detectar dolor suprapúbico o en flancos.

### 4.2 Laboratorio

- Examen general de orina para evaluación microscópica para detectar leucocitos, piocitos y bacterias,
- Urocultivo y antibiograma.

### 4.3 Gabinete

Estudios radiológicos y ultrasonográficos, si se presentan episodios frecuentes de infecciones urinarias

## 5. FASES DE ATENCION

### 5.1 Prevención

Orientar al adolescente y familia sobre: Ingesta suficiente de líquidos, medidas higiénicas, baño diario y cambio de ropa y alimentación adecuada

A los adolescentes sexualmente activos orientarlos en las prácticas sexuales responsables y saludables.

### 5.2 Curación

TRATAMIENTO	DOSIS
<b>Trimetropin Sulfametoxazol 160/800 mg</b>	<b>1 tableta cada 12 horas por 5 a 7 días si es infección de vías urinarias baja.</b>
<b>Trimetropin Sulfametoxazol 160/800 mg</b>	<b>1 tableta v.o. cada 12 horas por 10 a 14 días si es infección de vías urinarias alta.</b>
<b>Amoxicilina 500 mg</b>	<b>1 tableta cada 8 horas por 7 días.</b>

- El tratamiento dependerá del grado de evolución de la enfermedad, los pacientes con síntomas de leve a moderado sin deshidratación y con una buena tolerancia oral, pueden recibir antibióticos orales y manejarse en forma ambulatoria
- Administrar analgésicos de vías urinarias: Fenazopiridina 1 tableta cada 8 horas por 3 días
- Al tener resultado de Cultivo y Antibiograma evaluar necesidad de cambio de antibiótico según respuesta clínica y antibiograma.

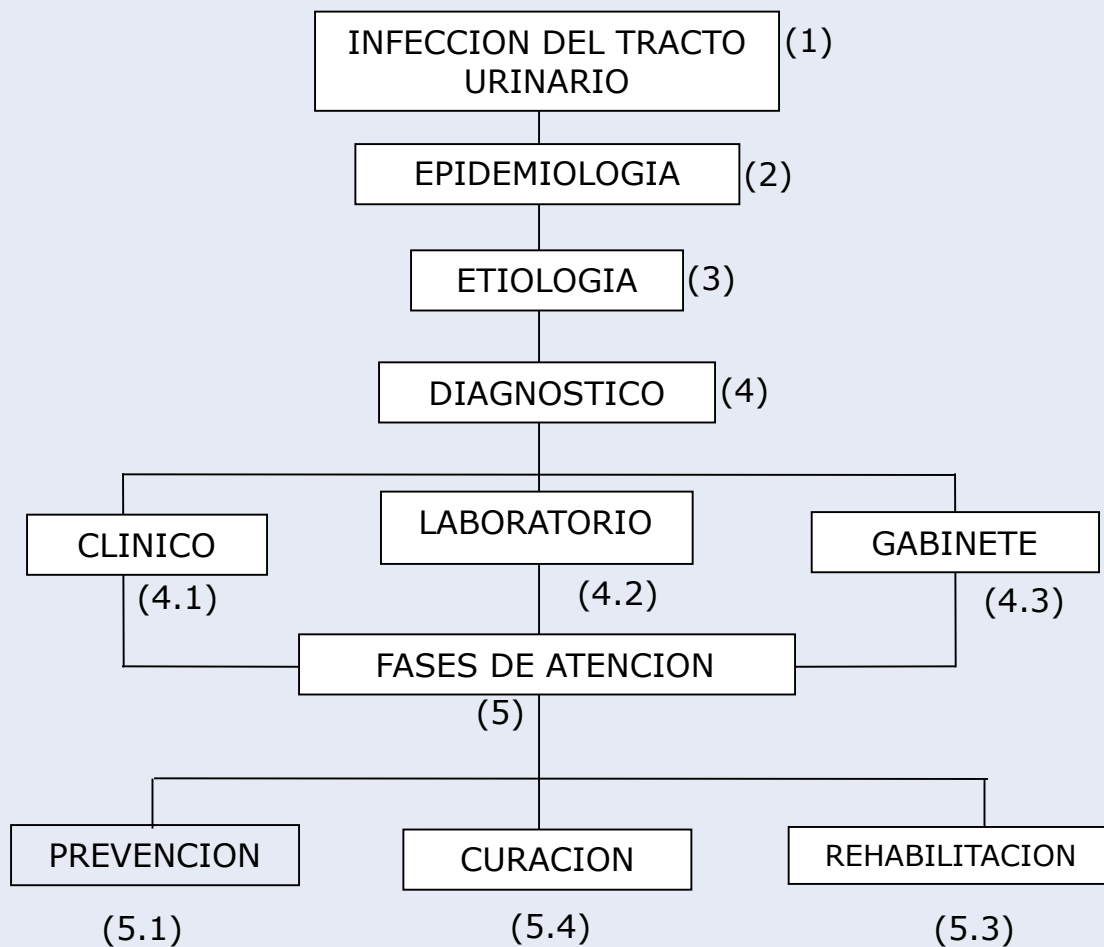
#### 5.2.1 Criterios de Derivación

Las personas severamente enfermas con complicación tales como:

- Obstrucción,
- Cálculos urinarios y
- Falla renal,
- Inmuno suprimidos deben ser tratados en forma endovenosa, para lo cual debe ser referido al hospital que cuente con médico especialista.

### 5.3 Rehabilitación

Orientar al adolescente y familia sobre: Cumplimiento del tratamiento médico, control médico según indicación, ingesta suficiente de líquidos, medidas higiénicas, alimentación adecuada



## AMENORREA PRIMARIA

### 1. AMENORREA PRIMARIA

Es cuando una mujer nunca ha presentado menstruación.

Para las adolescentes amenorrea primaria es:

- La ausencia de menarquia después de los 16 años de edad con presencia del desarrollo de caracteres sexuales secundarios.
- La ausencia de menarquia después de los 14 años de edad y sin desarrollo de los caracteres sexuales secundarios.

### 2. ETIOLOGIA

Las causas más frecuentes están relacionadas con:

- Anomalías congénitas: Defectos del conducto de Müller (Himen imperforado, ausencia de 1/3 distal de vagina, ausencia de útero)
- Alteraciones cromosómicas ( síndrome de Turner)
- Trastornos endocrinos (enfermedades tiroideas, hiperprolactinemia)
- Anorexia nerviosa,
- Fibrosis quística del páncreas

### 3. EPIDEMIOLOGIA

Se trata de una patología sumamente rara del 0.1 al 2.5% de la población a nivel mundial.

### 4. DIAGNOSTICO

#### 4.1 Clínico

- El dato principal es la ausencia de menarquia luego de 5 años del inicio del botón mamario.

- Hay que investigar acerca de tiempo, distribución y el apareamiento o no de otros caracteres sexuales secundario como: vello púbico y axilar, acné marcado.

- Determinar si hay vida sexual activa o no y si hay problemas relacionados con dicha vida sexual.

- Historia Familiar de menarquia.

### 4.2 Laboratorio y Gabinete

La amenorrea primaria constituye una patología sumamente compleja con problemas en diferentes compartimientos relacionados con la fisiología del ciclo menstrual, por lo que necesita de apoyo de exámenes de laboratorio y gabinete en ocasiones no disponibles en todos los establecimientos de salud por lo que es preferible referirla al Tercer nivel.

#### 4.2.1 Perfil hormonal

- Prueba de embarazo
- T3, t4, TSH, FSH, LH,
- Estradiol , prolactina, testosterona,
- Radiografía de la silla turca, TAC o Resonancia Magnética cerebral.
- Ultrasonografía pélvica y pielograma endovenoso.

Existen pruebas clínicas sencillas en el primer y segundo nivel que nos permitirán aproximarnos a un posible diagnóstico y se realizan para tratar de evaluar los 4 compartimientos que participan en la regulación del ciclo menstrual normal que son:

- **COMPARTIMIENTO I:**

Útero y Canal Vaginal

- **COMPARTIMIENTO II :** Ovarios

- **COMPARTIMIENTO III :** Hipófisis

- **COMPARTIMIENTO IV:** SNC o hipotálamo.

**PRUEBA DE PROGESTERONA:** Se aplica una dosis única de 100mg de progesterona IM y se espera 14 días para verificar la presencia o no de sangrado menstrual, así como titulación de TSH y Prolactina

- Si hay sangrado indica que útero, vagina e himen son normales y que se trata de un problema de ovario (anovulación).

- Si no hay sangrado el problema puede ser ovárico o del útero o de tracto vaginal (hay que realizar obligatoriamente ultrasonografía para determinar presencia de útero y examen físico para descartar himen imperforado o saco vaginal ciego) por lo que hay que realizar una segunda prueba diagnóstica.

- TSH elevada: hipertiroidismo, TSH baja: hipotiroidismo, tratarlo adecuadamente referir con endocrinólogo.

- Prolactina > 20 ng/ml tratar la hiperprolactinemia; prolactina > 100ng/ml probable adenoma hipofisiario. Y es obligatorio el TAC cerebral cada año así como tratamiento adecuado.

Ya que no es posible realizar la titulación de hormonas tiroideas ni prolactina en todos los establecimientos de primer nivel, hay que referirlas al segundo o tercer nivel o a aquellos establecimientos de primer nivel que si cuentan con dichos métodos diagnósticos.

### **PRUEBA DE ESTROGENOS Y PROGESTAGENOS:**

Se administran Anticonceptivos orales de dosis intermedia como (Lofemenal, perla, nordette) 1 tableta 3 veces al día por 7 días y luego se suspende y se espera menstruación.

- Si hay sangrado nos confirma que no hay producción hormonal a nivel ovárico y que puede ser por un problema ovárico propiamente dicho (Síndrome de Turner) o un problema a nivel hipotalámico y hay necesidad de tomar FSH, LH, prolactina, T3,T4,TSH.

- Si no hay sangrado se confirma que el problema es de útero o de tracto vaginal. En general estas son pruebas sencillas que antes de referir a un segundo o tercer nivel de atención pueden ser realizadas por el médico del primer nivel para tener una mejor orientación diagnóstica.

**COMPARTIMIENTO III y IV** se evalúan por la titulación de FSH Y LH y sirve para determinar si el problema es ovárico o hipofisiario.

Si FSH Y LH están elevados (>30IU/L Y >40UI/L respectivamente) el problema es ovárico.

Si son normales es hiposifiario o hipotalámico.

## **5. FASES DE ATENCION**

### **5.1 Prevención**

Orientación nutricional para evitar dietas estrictas, atención psicológica, fomentar buenos hábitos de vida, chequeo médico al menos 1 vez al año, consejería en salud reproductiva, elaboración del calendario menstrual, higiene personal

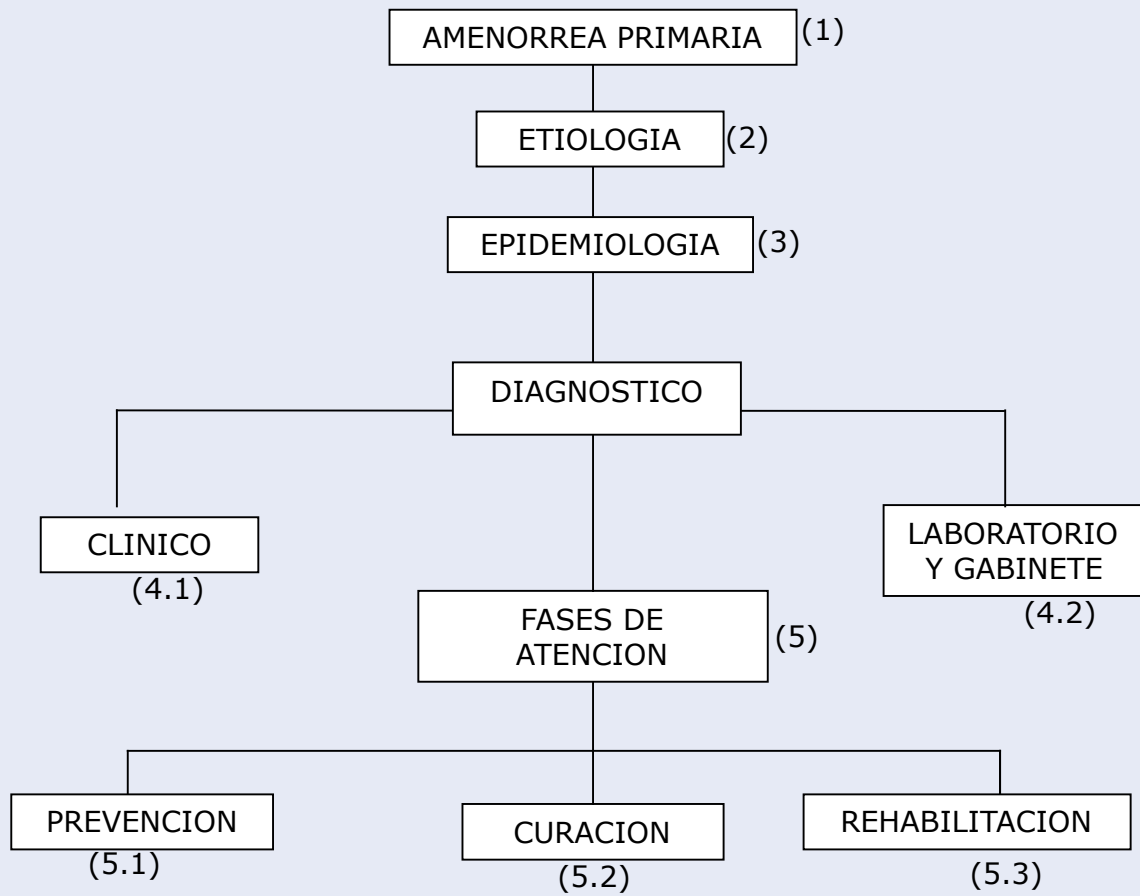
### **5.2 Curación**

Tratamiento orientado a la patología o problema identificado, apoyo psicológico, consejería según corresponda.

Referir a nivel de atención de mayor complejidad para confirmar diagnóstico, a través de perfil hormonal, ultrasonografía u otros exámenes de Gabinete.

### **5.3 Rehabilitación**

Visitas periódicas al médico para dar seguimiento, continuar apoyo psicológico a paciente o familia, continuar consejería nutricional, higiene personal



## AMENORREA SECUNDARIA

### 1. AMENORREA SECUNDARIA

Es la ausencia de menstruación por 6 meses o más en una mujer que ha tenido con anterioridad menstruación normal, o la falta de menstruación durante tres intervalos menstruales característicos en una mujer oligomenorreica.

En general para poder catalogar a una adolescente como una amenorrea secundaria es necesario esperar que los ciclos menstruales se produzcan en forma regular y cíclica, lo que se presenta luego de alcanzar la maduración del eje hipotálamo-hipofisiario que puede tomar hasta 18 meses después de la menarquia.

### 2. ETIOLOGIA

Las causas pueden ser orgánicas, funcionales o por embarazo

### 3. DIAGNOSTICO

#### 3.1 Clínico

Se debe investigar:

- La edad de la menarquia,
- Las características del ciclo menstrual (regularidad, duración, presencia de dismenorrea, cantidad de sangrado),
- Actividad sexual, mal uso de métodos anticonceptivos
- Descartar embarazo,
- Enfermedades sistémicas, hipotiroidismo, hiperplasia suprarrenal tardía.
- Galactorrea , cefalea,
- Historia nutricional, cambios en el patrón alimenticio, ganancia o pérdida brusca de peso.
- Anorexia o prácticas deportivas intensas.

#### 3.2 Laboratorio

- Hemograma completo,
- Prueba de embarazo,
- T3, T4 TSH, prolactina, FSH, LH, t testosterona.
- Ultrasonografía pélvica
- Rx de la silla turca o TAC cerebral.

### 4. FASES DE ATENCION

#### 4.1 Prevención

Educación a la adolescente y su familia para estar alerta en cuanto a alteraciones en su ciclo menstrual y consultar al médico oportunamente.

#### 4.2 Curación

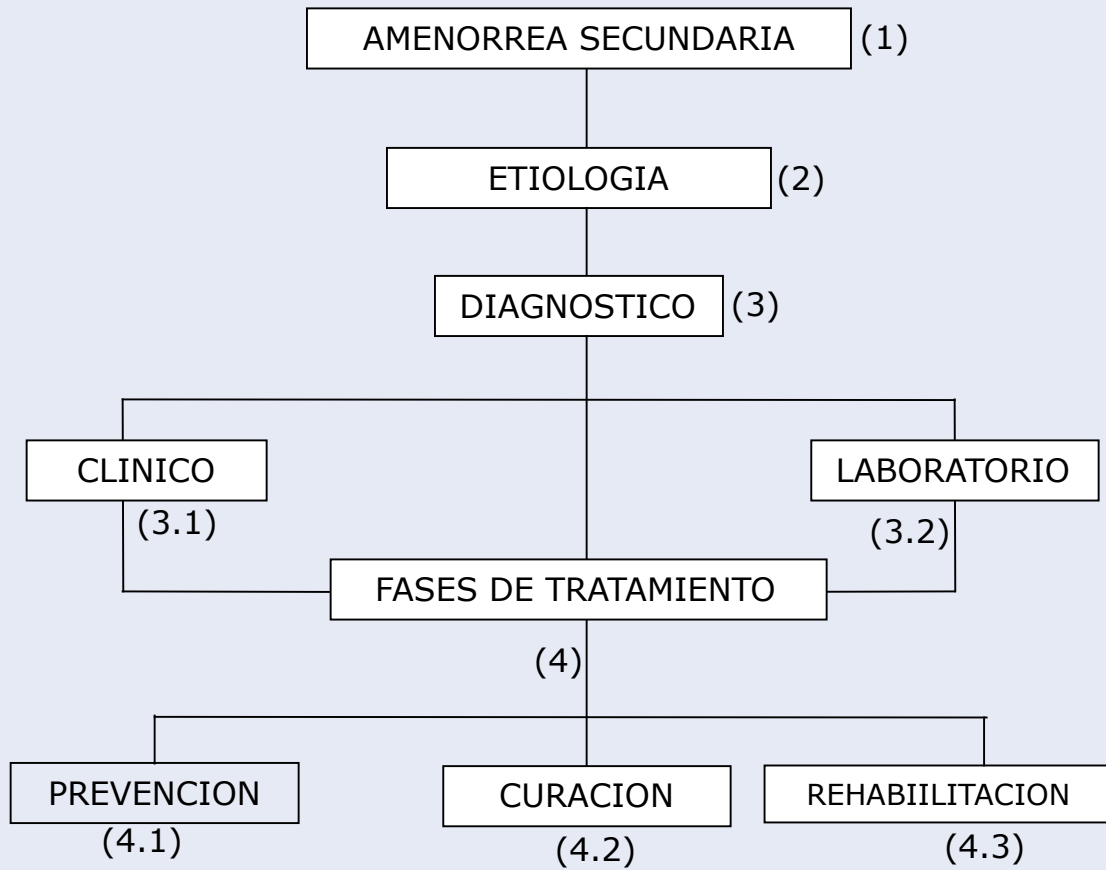
Realizar un examen físico completo: Tomar signos vitales, medidas antropométricas de maduración sexual, historia menstrual previa.

Conocer si hay vida sexual activa, uso inadecuado de anticonceptivos y descartar embarazo.

Si descartamos embarazo se puede proceder a las pruebas diagnósticas que nos permitan evaluar los diferentes compartimientos descritos en la Amenorrea Primaria. (Ver amenorrea Primaria)

#### 4.3 Rehabilitación

Orientar a la adolescente y familia para cumplir con el tratamiento médico, asistir a controles subsecuentes, seguir las indicaciones de alimentación adecuada, dar apoyo emocional, higiene personal





## DISMENORREA

### 1. DISMENORREA

Es el apareamiento de cólicos dolorosos en la parte baja del abdomen durante la menstruación o justo antes del inicio de la misma.

La dismenorrea puede ser primaria o secundaria.

La **dismenorrea primaria**, es aquella en que las pacientes, presentan menstruaciones dolorosas en ausencia de patología ginecológica.

La **dismenorrea secundaria** es aquella en la que hay patología subyacente.

### 2. EPIDEMIOLOGIA

Esta se presenta hasta en un 75% de las mujeres y es la patología ginecológica más frecuente a nivel mundial.

Es el problema ginecológico más común en las adolescentes. La mayor incidencia se observa entre los 14 y 25 años, se advierte una tendencia familiar a la dismenorrea. Las mujeres cuya madre ha tenido dismenorrea tienen mayor probabilidad de sufrirla.

### 3. ETIOLOGIA

La dismenorrea primaria, está asociada a las contracciones uterinas producidas por prostaglandinas de origen endometrial.

La dismenorrea secundaria es causada por una lesión pélvica definida, endometriosis y/o secuelas de la enfermedad inflamatoria pélvica

### 4. DIAGNOSTICO

#### 4.1 Clínico

**Historia clínica investigar sobre:**

- Características de la menstruación: intervalos menstruales, duración de la menstruación, cantidad de sangrado.

- Establecer el momento de la aparición del dolor y su relación con los ciclos menstruales regulares.

- Antecedentes de actividad sexual.

- Características del dolor abdominal, si generan interferencia con las actividades diarias y el nivel de intensidad; si es leve, moderado o severo.

**Antecedentes personales y familiares:** investigar si hay familiares con el mismo problema y su estado de ánimo particular, así como la actitud ante la menstruación.

Antecedentes de procesos infecciosos o quirúrgicos ginecológicos previos, o de infecciones de transmisión sexual.

**Examen físico general,** evaluar sangrados en otras áreas del cuerpo por otras vías: sangrado asociado a examen vaginal y/o rectal.

Palpación bimanual del útero y anexos, dolor a la movilización del cuello uterino, valorar integridad y permeabilidad del tracto vaginal y descartar tumor o masa anexial.

#### 4.1.1 Dismenorrea Primaria:

- Coincide con el establecimiento de los ciclos ovulatorios, el dolor comienza antes o después del inicio del sangrado menstrual, dura 48 o 72 horas.

- El dolor se percibe en la región suprapúbica y lumbar; puede ser penetrante, contractivo, cólico o sordo,

- A menudo se acompaña de sensación de plétora o pujo y puede irradiar a la cara interna de los muslos o al área lumbosacra.

- Algunas mujeres sienten náuseas/vómitos, cefalea, fatiga, mareos, lipotimia, diarrea o inestabilidad emocional o fiebre.

#### 4.1.2 Dismenorrea Secundaria

Se sospecha cuando hay:

- Evidencia de hallazgos patológicos,
- Dependiendo de la causa, puede presentarse con la menarquía (defecto congénito) o después,
- El dolor comienza 1 o 2 días antes de la menstruación y aumenta de intensidad progresivamente hasta el final del sangrado menstrual.

Descartar:

- Defectos congénitos,
- Endometriosis,
- Enfermedad pélvica inflamatoria,
- Adherencias pélvicas por secuelas quirúrgicas, infecciosas, ginecológica u otro,
- Pólipo uterino, quiste de ovario, estenosis cervical, entre otros.

#### 4.2 Laboratorio y Gabinete:

Hemograma completo, Ultrasonografía y laparoscopia

### 5. FASES DE ATENCION

#### 5.1 Prevención

Informar y educar a la adolescente acerca de la causa de dismenorrea y la importancia de elaborar un calendario con las fechas de la menstruación, utilización de técnicas de relajación, orientar sobre la alimentación adecuada, orientar sobre hábitos de higiene personal, fomentar su autoestima.

#### 5.2 Curación

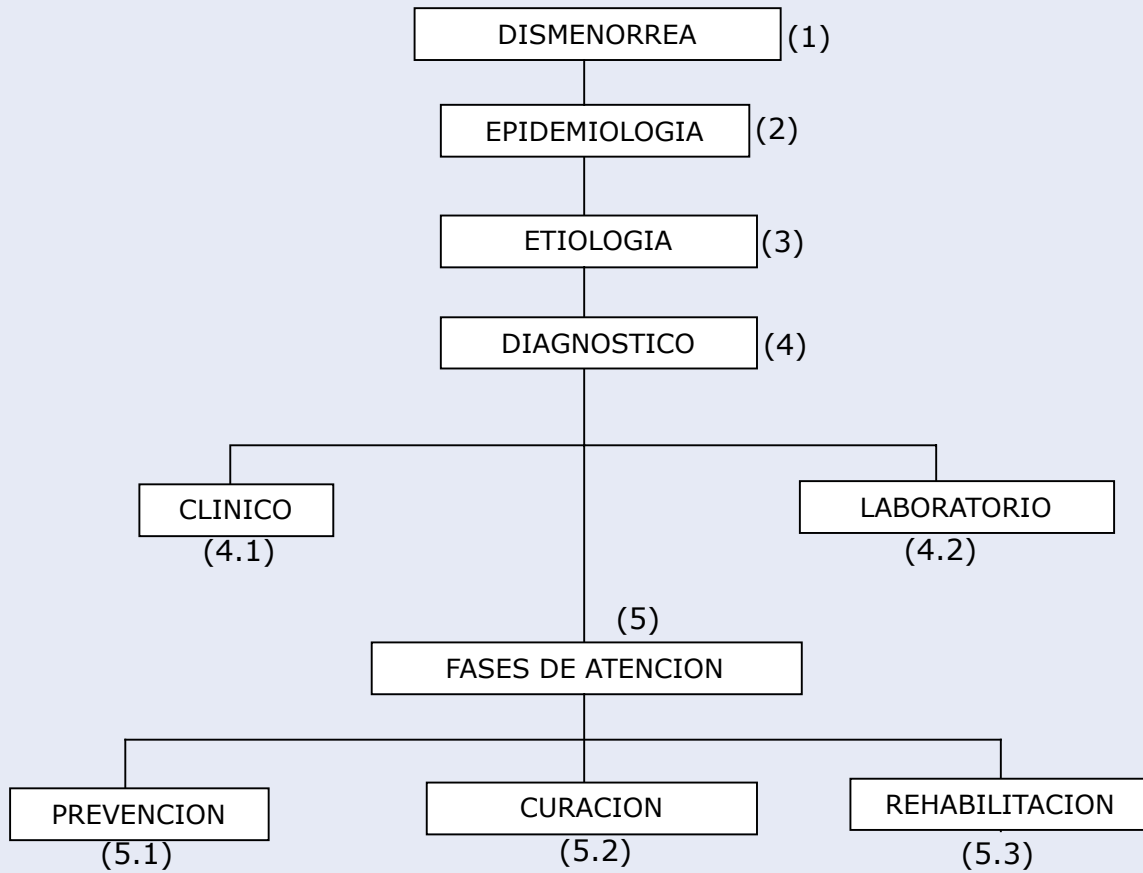
Orientar a la adolescente sobre las causas de dismenorrea y elaborar un calendario menstrual.

El tratamiento médico **inicial** puede comprender **analgésicos como aspirina y acetaminofem**, si ambas **no son eficaces**, proceder al uso de **antiinflamatorios no esteroides vía oral pre e intramenstrual** (3 días antes de regla y primer y segundo día de menstruación todos los meses), referir a especialista en caso necesario.

Si sospecha dismenorrea secundaria, referir al especialista de segundo o tercer nivel

#### 5.3 Rehabilitación

Educar a las adolescentes sobre: Importancia del ejercicio físico, alimentación adecuada, cumplimiento del tratamiento indicado, continuar con prácticas de higiene personal, llevar control de su ciclo menstrual.



## HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL

### 1. HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL (HUA)

Todo aquel sangramiento transvaginal que para una paciente particular no cumple con las características de intervalos, duración y cantidad normal.

Esta se divide en:

- **Hemorragia uterina Disfuncional:** (HUD) es un trastorno funcional de los ciclos menstruales donde no hay una causa anatómica aparente, se considera una disfunción ovárica.

- **Hemorragia Uterina Anatómica u orgánica:** secundaria a una patología, ej. Discrasias sanguíneas, leiomiomas, pólipos endometriales, adenomiosis, Ca endometrial, etc .

Para poder establecer de una mejor manera las alteraciones al ciclo menstrual se utilizan las siguientes definiciones:

- **Menstruación:** La menstruación normal es aquel sangrado que se produce con una frecuencia regular, generalmente a intervalos de 21 a 35 días con una duración de 2 a 7 días y con una cantidad de sangrado estimada de 20 a 80 ml.

- **Oligomenorrea:** son sangrados que se producen a intervalos irregulares o variables generalmente mayores a 35 días, con duración variable y en cantidad escasa.

- **Polimenorrea:** son sangrados frecuentes a intervalos < de 21 días, de duración variable y cantidad escasa.

- **Menorragia:** Son sangrados abundantes que se producen a intervalos regulares predecibles que coinciden con la menstruación normal y de duración prolongada.

- **Metrorragia:** son sangrados en general en cantidad normal, prolongados y a intervalos irregulares.

- **Menometrorragia:** sangrados en duración y cantidad mayor a lo normal a intervalos irregulares.

- **Sangrado intermenstrual:** aquel de duración variable que se presenta entre dos menstruaciones normales.

### 2. ETIOLOGIA

- Puede ser fisiológico en los primeros 2 años, después de la menarquia.

- Trastornos relacionados con anovulación: ejercicio físico excesivo, abuso de alcohol y otras sustancias, estrés.

- Trastornos nutricionales: dieta (anorexia o bulimia), anemia,

- Trastornos endocrinológicos (hipo o hipertiroidismo, diabetes, síndrome de ovarios poliquísticos, hiperandrogenismo ovárico funcional, hiperplasia suprarrenal congénita)

- Factores ambientales

- Trastornos de coagulación especialmente en la adolescencia (púrpuras, coagulopatías, etc.)

- Problemas anatómicos de ovario o útero (quistes funcionales de ovario, fibromas, pólipos, tabiques vaginales, útero didelfo, etc.)

- Hemorragias relacionadas al embarazo: aborto espontáneo, embarazo ectópico, mola.

- Utilización de hormonas exógenas.

- Infecciones: cervicitis por Chlamydia, enfermedad pélvica inflamatoria.

### 3. DIAGNOSTICO

#### 3.1 Clínico:

- Historia clínica completa incluyendo la historia menstrual y sexual.

- Ante toda paciente con vida sexual activa debe descartarse problemas relacionados con embarazo y explorar sobre uso inadecuado de métodos de planificación familiar.

- Especialmente en la adolescente debe investigarse sobre otro tipo de problema hemorrágico (encías, equimosis, etc.)

- Examen Físico: Valoración física completa debe incluir examen ginecológico en toda paciente que ha tenido relaciones sexuales, previo consentimiento de la adolescente

#### 3.2 Laboratorio y Gabinete:

- Hemograma
- Pruebas de coagulación incluyendo plaquetas
- Prueba de Embarazo.

- Pruebas tiroideas (según la disponibilidad)
- Cultivo de gonorrea.
- Ultrasonografía pélvica o abdominal.

### 4. FASES DE ATENCION

#### 4.1 Prevención:

- Orientar a la adolescente y familia sobre: nutrición adecuada, control de adolescentes sanos , higiene personal

- Técnicas para manejo del estrés,

- Evitar cambios bruscos en la dieta o

- Ejercicio intenso.

#### 4.2 Curación

Si la evaluación clínica y exámenes de laboratorio no establecen una causa aparente de la Hemorragia Uterina Anormal manejarla como una Hemorragia Uterina Disfuncional y dar tratamiento Hormonal con anticonceptivos orales.

#### 4.2.1 Metrorragia o hipermenorrea:

Tratamiento	Dosis
Ovral o Neogynon (50 µg estrógenos)	1 tableta cada 8 horas por 7 días y luego 1 tableta cada día por 21 días más
Lofemenal (30 a 35 µg de estrógenos)	2 tabletas cada 8 horas por 7 días y luego 1 tableta cada día por 21 días más
Ranitidina 150 mg	1 tableta cada 12 horas por 7 días (para mejorar tolerancia de los anticonceptivos)
Hidróxido de Aluminio	1 cucharada cada 6 horas por 7 días. (para mejorar tolerancia de los anticonceptivos)

#### 4.2.2 Oligomenorrea:

Toda adolescente con ciclos menstruales > a 35 días debe recibir tratamiento con:

- Provera 10 mg al día por 10 días, iniciando el día 12 contando a partir del 1° día de la menstruación, y repetirlo cada mes.

- Además investigar probable anovulación y si se confirma referirla a Tercer Nivel.

**4.2.3 Polimenorrea, menometrorragia y sangrado intermenstrual:**

- Anticonceptivos orales combinados de baja dosis en forma cíclica.

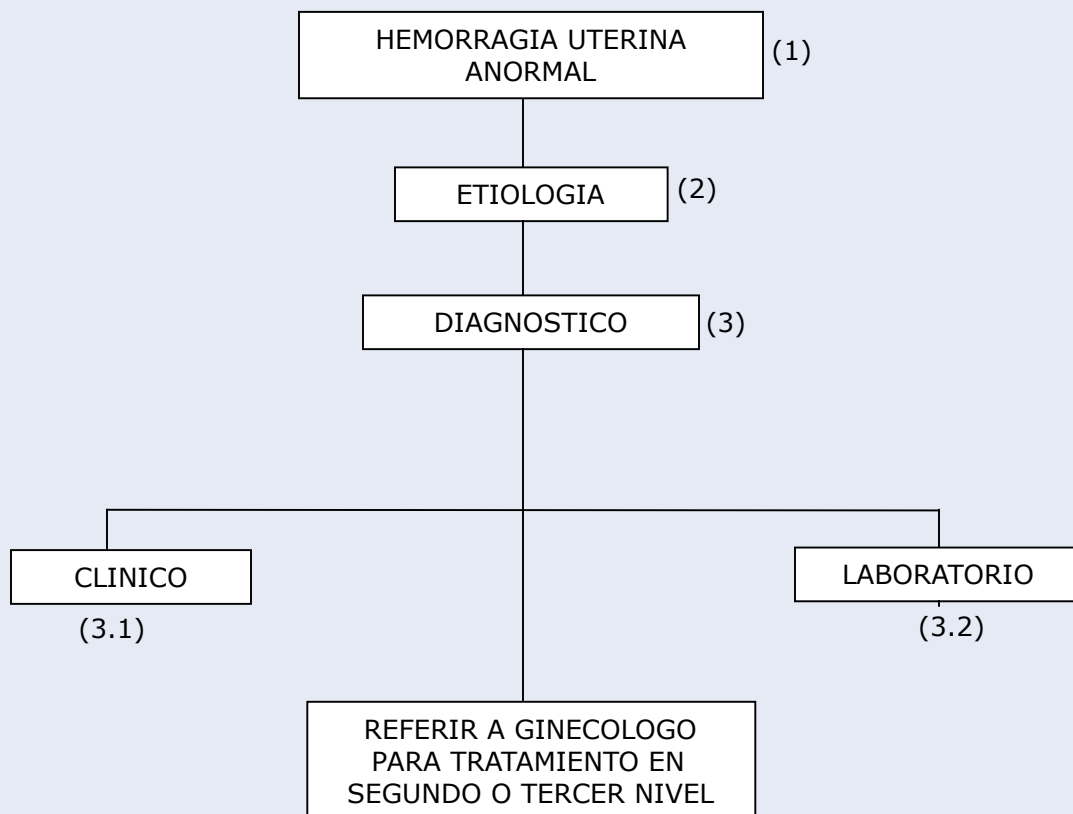
Toda adolescente con trastornos menstruales que no pueda ser tratada en primer nivel deberá ser referida al nivel de mayor complejidad, apoyo psicológico a la adolescente y su familia

**4.2.4 Consejería:**

Si la causa es fisiológica proporcionar consejería según el caso, tratando de tranquilizarla así como a su familia y recordar que hasta en un máximo de 2 años los ciclos menstruales se normalizaran.

**4.3 Rehabilitación**

Visitas periódicas al médico para seguimiento del caso, apoyo psicológico a paciente y familia



## DESARROLLO MAMARIO

### 1. DESARROLLO MAMARIO

La mama es un órgano simple compuesto por alvéolos lácteos o lobulillos y por conductos, los cuales están sostenidos y separados entre sí por tejido graso y conectivo.

En la vida embrionaria se desarrollan de 6 a 10 pares de esbozos mamarios como en los otros animales mamíferos, sin embargo estos sufren regresión en dicho período por lo que al nacimiento en general solo se encuentran 2 y esta formada solo por la areola y conductos.

La mama posee receptores estrogénicos y progesteronales los cuales durante la pubertad son estimulados principalmente por los estrógenos y así comienza el desarrollo de los alvéolos o lobulillos y la maduración de los conductos. Frecuentemente para muchas mujeres la primera manifestación de la pubertad es el oscurecimiento de la areola y pezón y luego la formación de un botón mamario.

El botón mamario tiene características particulares y puede presentarse en ambos sexos.(ver ginecomastia) Es una masa discretamente dolorosa y de ubicación concéntrica bajo el pezón.

Algunas veces puede aparecer a edades muy tempranas (7-8 años), lo que puede llevar a los padres a la consulta bajo la sospecha de un tumor pero se trata de una glándula mamaria completamente normal en crecimiento por lo que ningún estudio está indicado Solo cuando la masa inicial se encuentra en situación excéntrica con respecto al pezón debe investigarse su origen.

El desarrollo mamario con frecuencia es unilateral en su comienzo. La identificación de las variaciones de crecimiento, las malformaciones, la patología mamaria deben formar parte del conocimiento clínico del médico

### 2. EXAMEN MAMARIO

Es importante realizar el examen mamario tanto con la paciente sentada como acostada y con los brazos extendidos hacia arriba y hacia abajo, ya que estas distintas posiciones aumentan la posibilidad de detectar masas y retracciones.

El examen de la axila debe recibir adecuada atención, dado que la mama se extiende hasta esa región.

El área supraclavicular debe ser también examinada en busca de adenopatías, además, se debe proceder a la expresión del pezón. El examen debe concluir instruyendo a la paciente respecto a como examinar sus propias mamas

Cuando se crea que existe una nodulación anormal se debe explorar cuidadosamente la mama contralateral en busca de dicha masa (si se encuentra en la misma posición es tejido mamario normal) recordar que normalmente siempre hay una mama más grande que la otra y que probablemente el tejido mamario se perciba mas en una mama que en la otra.

### 3. Clasificación de Anomalías del Desarrollo Mamario

#### 3.1 Politelia:

- La **politelia** ocurre en el 1% de todas las mujeres (pezones accesorios)
- Se trata de una patología congénita que en general no tiene ninguna repercusión pero esta asociada a malformaciones renales en algunos casos.
- Caracterizada por la presencia de pequeñas prominencias de color perlado o pigmentadas que se ubican en la línea mamaria o lateralmente a esta, generalmente, por debajo del sitio normal del pezón (línea Láctea).



**3.2 Polimastia:**

- Es la presencia de glándulas mamarias ubicadas en la línea láctea especialmente en la axila.
- La polimastia en ocasiones puede ser confundida con un tumor.

**3.3 Asimetría Marcada:**

No es inusual que una mama se desarrolle antes que la otra y tampoco que alcance un volumen mayor. Por este motivo es difícil juzgar cuál es el nivel de asimetría que constituye la razón suficiente para considerarla anormal.

Toda paciente que consulte por asimetría debe ser controlada hasta que se complete el desarrollo mamario, lo que generalmente ocurre dos años después de la menarquia.

**3.4 Amastia:**

**Es la ausencia congénita de Mamas; patología sumamente rara.**

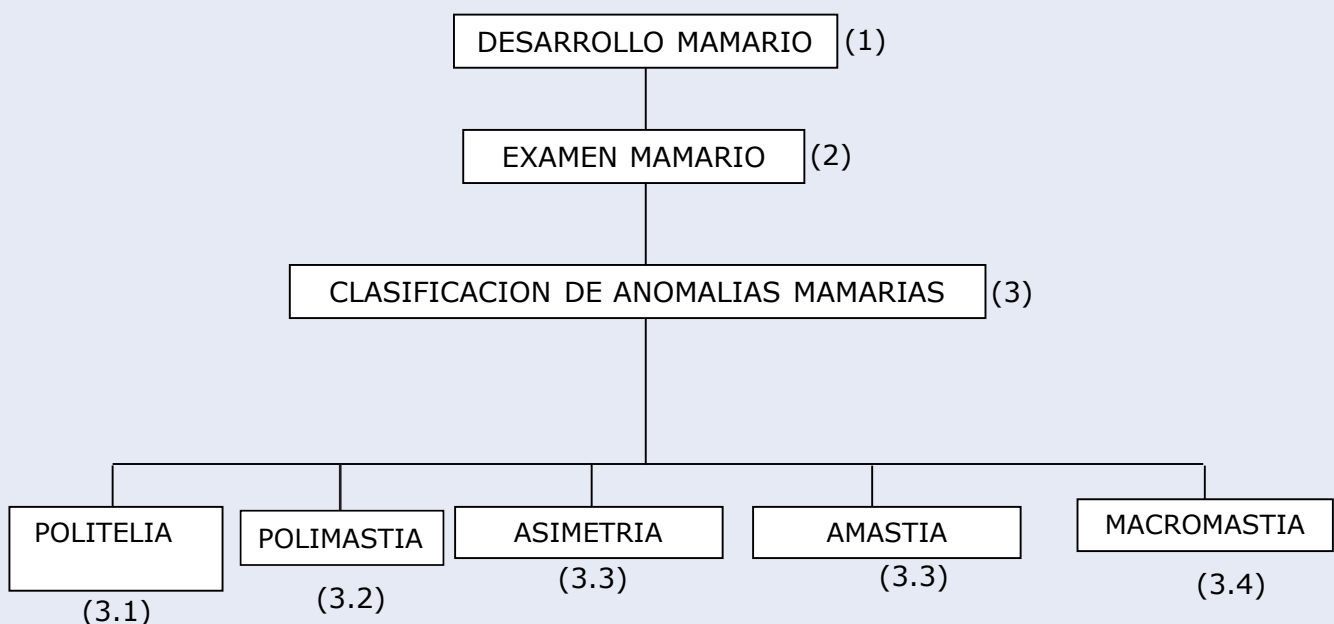
**3.5 Anomalías del Tamaño de la mama:**

En general la hiper como la hipotrofia mamaria solo pueden ser tratadas con cirugía y para la adolescente debe esperarse a que se complete el desarrollo mamario antes de decidir si se les mandará con el cirujano plástico.

La macromastia no es en si patología. El problema mas serio que produce es el aislamiento social por temor a las bromas y a las humillaciones. Muchas adolescentes con macromastia rehusan concurrir a fiestas o intervenir en actividades que son parte de su desarrollo social (por ejemplo, actividades físicas, deportes, recreación). En casos extremos el aislamiento puede desembocar en un cuadro depresivo.

Puede hacerse necesaria la corrección, el procedimiento consiste en una mastectomía parcial, seguida de la remoción del pezón y de su reimplante central.

La desventaja de esta técnica es que imposibilita la lactancia en el futuro. Sin embargo, puede resultar en un cambio dramático en la apariencia, autoestima y vida social de la adolescente





## PATOLOGIA MAMARIA

### 1. PATOLOGIA MAMARIA

#### 1.1 Mastodinia

El dolor mamario es un frecuente motivo de consulta y a menudo su tratamiento es difícil.

Se clasifica en cíclica y Acíclica.

- La cíclica resulta de la distensión mamaria secundaria a cambios hormonales que se producen durante el ciclo menstrual.
- El dolor puede aliviarse mediante el uso de un sostén adecuado para la mama, incluyendo el uso nocturno, compresas de agua helada y el uso de algunos medicamentos como: AINES o parlodol.
- La macrosmastia también puede causar mastodinia.
- La acíclica es la que no tiene relación con los periodos menstruales se tiene que identificar la presencia de otras patologías mamarias u osteo articulares

#### 1.2 Secreción del Pezón

La obtención de material proveniente del pezón puede ser espontáneo o provocado a través de expresión de la areola.

Esta maniobra debe ser efectuada en toda paciente en forma rutinaria, ya que la secreción puede ponerse de manifiesto sin haber sido notada anteriormente.

Las características de dicha secreción son variables. Pueden ser lácteas, marrones, sanguinolentas, etc.

Si la secreción es sanguinolenta, el diagnóstico más **probable es el papiloma ductal**. Ello puede comprobarse mediante la expresión radial de la areola hasta hallar el lugar donde se produce la salida del material sanguíneo.

Los papilomas pueden ser, a su vez únicos o múltiples.

#### 1.2.1 Ectasia Ductal

Se trata de una patología donde hay un proceso inflamatorio e infeccioso del conducto donde se produce secreción verdosa, achocolatada o serosa de un conducto y se puede apreciar al momento de la expresión del pezón.

Es una patología benigna de la mama que debe recibir tratamiento con antibióticos de amplio espectro y antiinflamatorios por un período de 14 a 21 días.

#### 1.2.2 Galactorrea

Se define como la obtención de leche, ya sea en forma espontánea o a partir de la expresión de una o ambas mamas.

La causa más frecuente de galactorrea en la adolescente es el embarazo, siguiéndole en orden de importancia el uso de anticonceptivos orales.

En el caso de estos últimos, la galactorrea aparece durante el primer año de comenzado su uso o bien inmediatamente después de su interrupción.

Otros medicamentos, como fenotiazina, reserpina, antidepresivos tricíclicos, desencadenan la galactorrea

La galactorrea también puede ser causada por la activación del arco neural sensorial aferente. Los juegos eróticos prolongados y repetidos (succión) pueden desencadenar secreción láctea.

Otras causas que pueden estimular las aferencias nerviosas son el Herpes zoster y la toracotomía.

Finalmente, la etiología mas grave, pero poco frecuente, es el tumor hipofisiario. La galactorrea puede ser la primera manifestación de un prolactinoma.

Debido a ello, es que recomendamos determinar la prolactina plasmática en toda paciente que presente galactorrea. Valores menores de 20 ng se consideran normales, mientras que valores mayores de 100 ng, sugieren la presencia de un prolactinoma, haciendo necesario un estudio más completo (tomografía, etc.)

Debe tenerse en cuenta también que el hipotiroidismo puede ser acompañado de hiperprolactinemia

### 1.3 Mastitis

- Clínicamente, la infección se manifiesta con signos y síntomas locales como: dolor, rubefacción cutánea, tumor, calor y en ocasiones, secreción del pezón.
- También puede producir signos y síntomas generales, tales como fiebre y leucocitosis.
- La causa mas frecuente es la infección durante la lactancia y el post parto.

### 1.4 Fibroadenoma

Es el tumor mas frecuente en las adolescentes. Se presenta como una masa bien delimitada generalmente ovalada y móvil.

Estos tumores pueden ser múltiples y la transformación maligna no existe. El tratamiento consiste en el seguimiento de la paciente. En algunos casos estos tumores pueden tener resolución espontánea, mientras que en otros su crecimiento se estaciona para luego calcificarse en la edad adulta

### 1.5. Tumor Filoides

El cistosarcoma Filoides es un tumor conocido

también como fibroadenoma juvenil, fibroadenoma gigante, etc.

Se presenta como un tumor de crecimiento rápido y alcanza un gran tamaño. Puede ser único o múltiple. En este último caso da recurrencias luego de la extirpación.

Pueden ocurrir casos de transformación maligna, así como metástasis a partir de este tumor especialmente en los casos de tumores recidivantes por lo que en dichas situaciones se recomienda la mastectomía.

## 2. FASES DE ATENCION

### 2.1 Prevención:

- Evitar la ingesta de alimentos o bebidas que contengan xantinas (café, chocolate, preservantes amarillos).
- Mantener adecuados hábitos higiénicos durante embarazo y lactancia,
- Evitar traumas,
- Uso adecuado del sostén, informar y educar.
- Asistir al establecimiento de salud al inicio de signos y síntomas y seguir las indicaciones medicas para Diagnostico y Tratamiento
- Realizar el autoexamen de mama cada mes, 1 semana después de la menstruación.

### 2.2 Curación

La evaluación clínica y sospecha diagnostica debe hacerse en primer nivel de atención. Para tratamiento, generalmente deben referirse a pacientes para segundo o tercer nivel con especialista en ginecología.

#### 2.2.1 Mastitis

La etiología es generalmente estafilocócica y el tratamiento consiste en la administración de antibióticos de amplio espectro, en caso que la lesión se haga fluctuante y no se

resolviera con el tratamiento Antibiótico debe ser referida para un segundo nivel de atención

### 2.2.2 Fibroadenoma

Generalmente basta con la observación del tumor sin embargo es recomendable que cuando son > a 1 cm. se realice una citología por aspiración con aguja fina (CAAF) o una biopsia con pistola de aire para corroborar el diagnóstico.

Si se confirma el diagnóstico solo vigilar crecimiento rápido o molestias en la paciente.

Si se produce un crecimiento rápido, mayor a 6 cm. o si la presencia del tumor despierta mucha ansiedad en la paciente o en su familia, puede ser extirpado sin mayores complicaciones, ya que se trata de un tumor encapsulado.

Es importante solicitar al cirujano que use la técnica de incisión periareolar, dicho procedimiento puede extirpar el fibroadenoma

dejando solo una pequeña cicatriz. Otro tipo de incisión con cicatriz vertical o transversal es inaceptable para la paciente adolescente porque es deformante

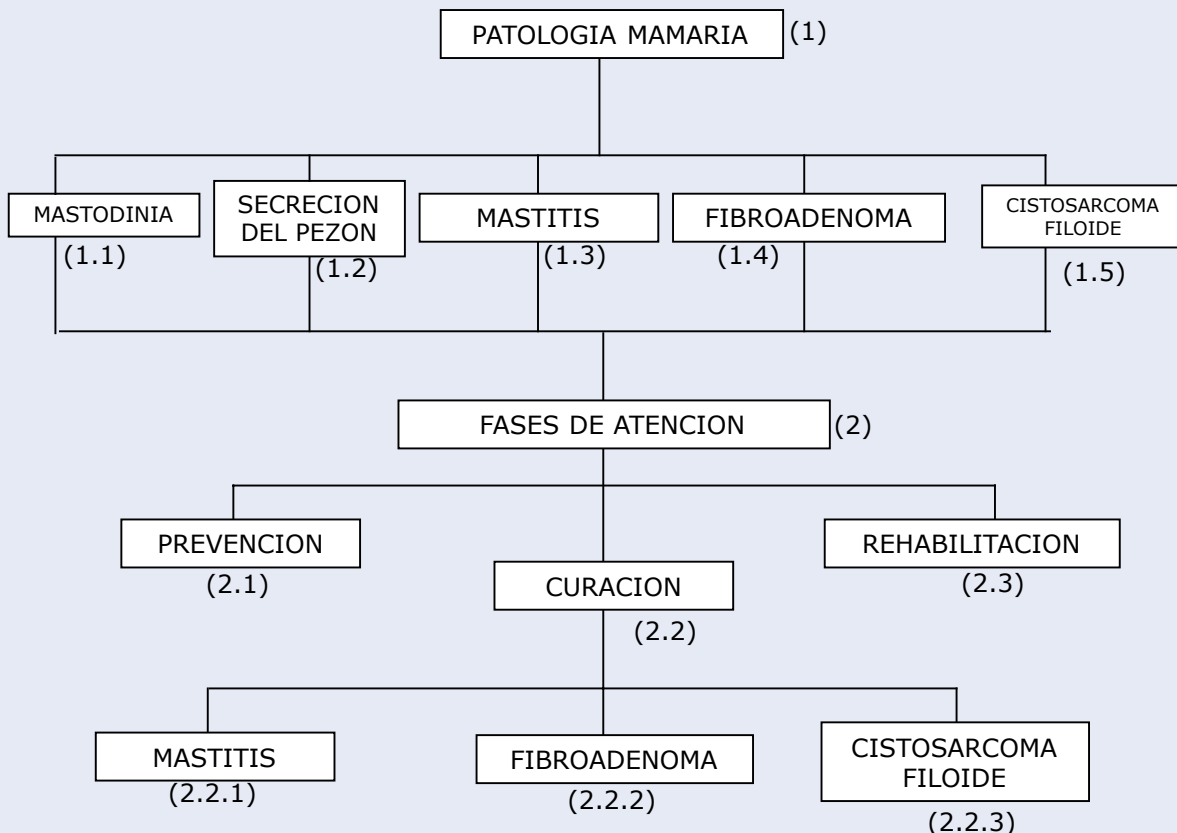
### 2.2.3 Cistosarcoma Filoides

El tratamiento es siempre quirúrgico, consistiendo en la extirpación del tumor, sin dejar remanente, tratando de preservar la mayor parte posible del tejido mamario.

La mastectomía no se justifica a menos que el estudio histológico efectuado demuestra transformación maligna

### 2.3 Rehabilitación

Acudir a controle médicos y psicológicos en los casos indicados, mantener medidas higiénicas, cumplir tratamientos médicos y otras medidas recomendadas



## TORSIÓN DE TESTICULO

### 1. TORSION DE TESTICULO.

Dolor agudo del escroto y edema testicular el cual es una urgencia que requiere atención inmediata.

### 2. EPIDEMIOLOGIA

Es la primera causa de dolor escrotal agudo, la máxima prevalencia ocurre entre los 12 y 18 años.

### 3. ETIOLOGIA

Se ve mas frecuentemente favorecido por la presencia de testículos no descendidos y por el aumento de peso testicular durante la pubertad.

### 4. DIAGNOSTICO

Dolor agudo del escroto con irradiación hacia el abdomen, edema e isquemia testicular, el testículo inflamado se encuentra más elevado que el contralateral.

### 5. FASES DE ATENCION

#### 5.1 Prevención

Recomendar la utilización de ropa interior que mantengan los testículos en elevación adecuada y la realización de auto examen genital para verificar el descenso testicular adecuado.

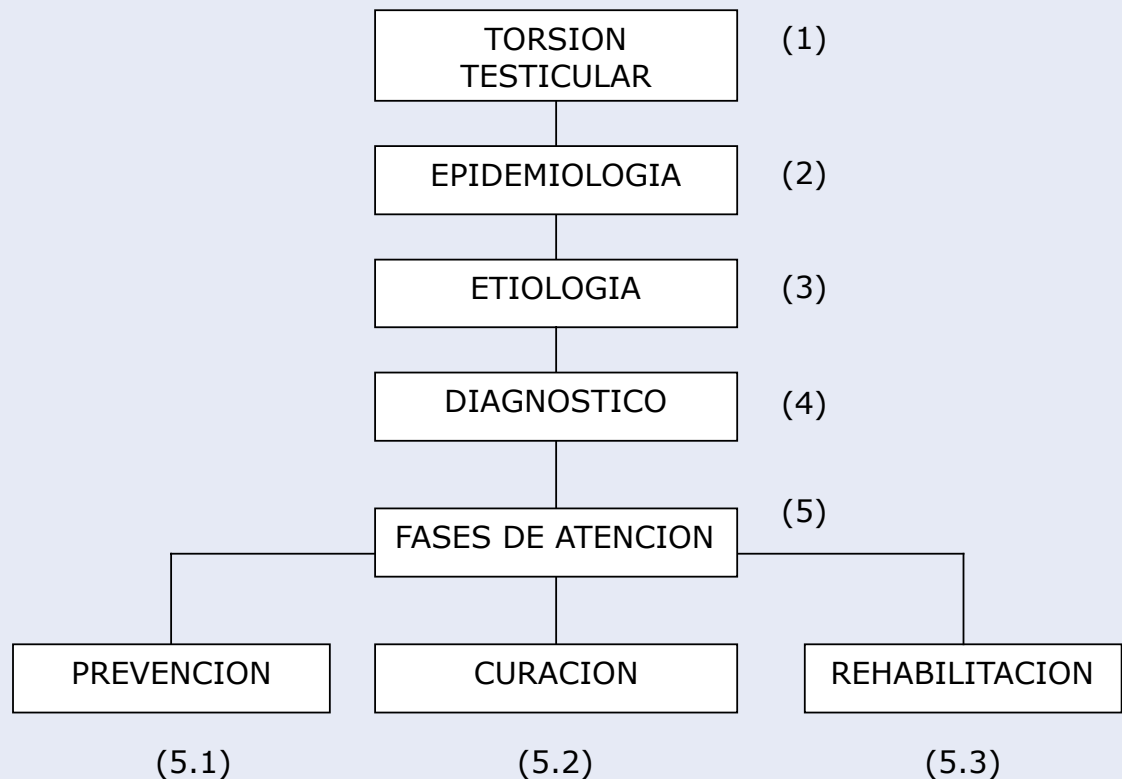
Ante la presencia de sintomatología sugestiva consultar inmediatamente.

#### 5.2 Curación

De acuerdo a evaluación por urólogo, realizar cirugía dentro de las 12 horas siguientes de la torsión.

#### 5.3 Rehabilitación

Brindar apoyo afectivo al adolescente y a la familia para la rehabilitación del paciente.



## ORQUITIS

### 1. ORQUITIS

Es la inflamación de uno o ambos testículos caracterizada por tumefacción y dolor.

### 2. EPIDEMIOLOGIA

Se encuentra asociado con frecuencia al padecimiento de paperas, sífilis o tuberculosis.

### 3. DIAGNOSTICO

Inflamación, tumefacción, dolor testicular, fiebre, náuseas y vómitos.

### 4. FASES DE ATENCION

#### 4.1 Prevención

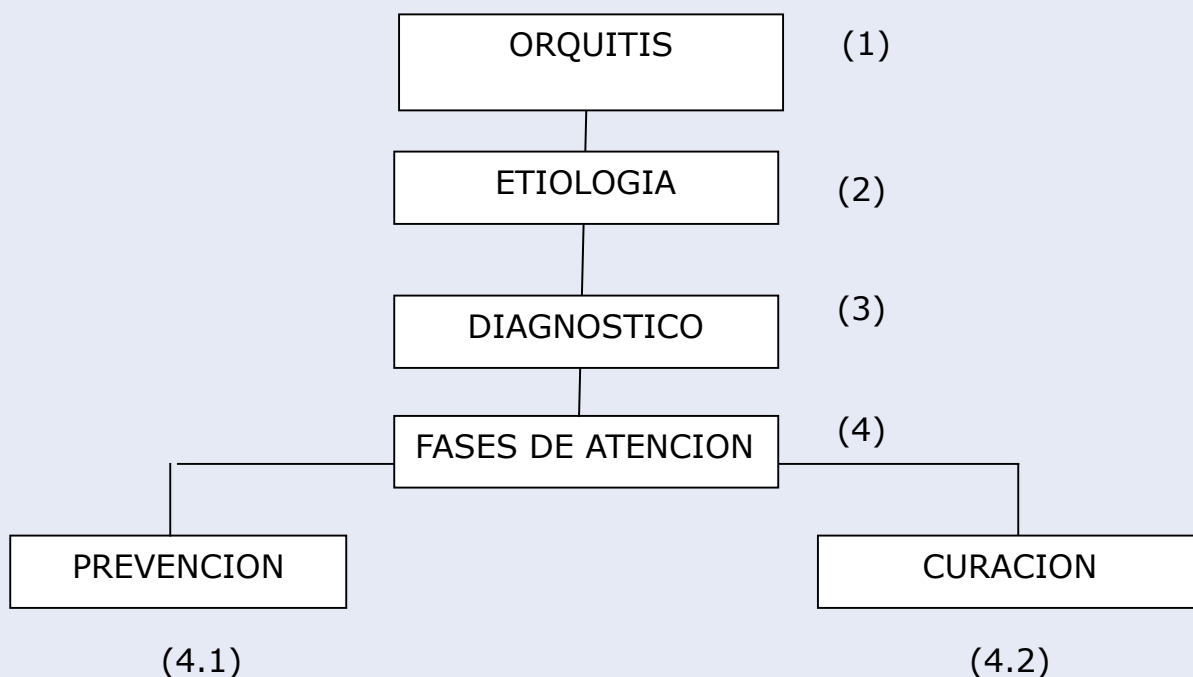
Orientar al adolescente sobre prácticas sexuales saludables y prevención de enfermedades asociadas.

#### 4.2 Curación

- Realizar sujeción y elevación del escroto.
- Aplicar compresas frías y administrar analgésicos.

##### 4.2.1 Consejería

- Orientar al adolescente sobre la enfermedad y su tratamiento.
- Explicar los cuidados que debe de guardar.
- Brindar apoyo emocional al adolescente y la familia.



## EPIDIDIMITIS

### 1. EPIDIDIMITIS

Es la inflamación aguda o crónica del epidídimo.

### 2. EPIDEMIOLOGIA

Es la tercera causa de masa escrotal dolorosa.

### 3. ETIOLOGÍA

Existe asociación con padecimiento de Infecciones de Transmisión Sexual, infección urinaria o una prostatitis.

### 4. DIAGNOSTICO

#### 4.1 Clínico

Fiebre, escalofríos, dolor inguinal, hinchazón e hipersensibilidad del epidídimo, historia de síntomas uretrales, secreción uretral, disuria, piuria.

#### 4.2 Laboratorio

- Examen general de orina.
- Tinción de Gram para secreción uretral.
- Cultivo para *Chlamydia trachomatis* y *Neisseria gonorrhoeae*.

### 5. FASES DE ATENCION

#### 5.1 Prevención

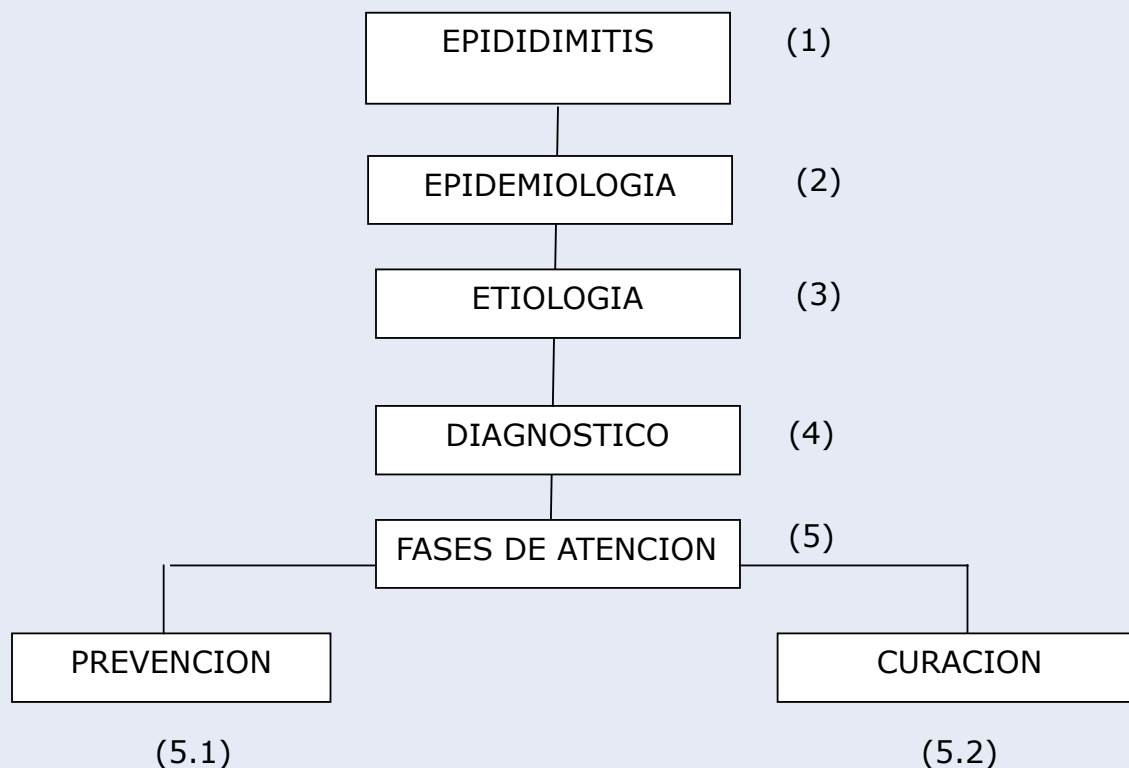
Orientar al adolescente sobre prácticas sexuales saludables y prevención de enfermedades asociadas.

#### 5.2 Curación

- Realizar sujeción y elevación del escroto.
- Aplicar compresas frías y administrar analgésicos y antibióticos.

##### 5.2.1 Consejería

- Orientar al adolescente sobre la enfermedad y su tratamiento.
- Explicar los cuidados que debe de guardar.
- Brindar apoyo emocional al adolescente y la familia.



## VARICOCELE

### 1. VARICOCELE

Es la dilatación patológica del plexo venoso pampiniforme del cordón espermático.

### 2. EPIDEMIOLOGIA

Frecuente durante la adolescencia, 85% de los casos es unilateral izquierdo.

### 3. ETIOLOGÍA

Se da como resultado del aumento de la presión venosa en las venas espermáticas.

### 4. DIAGNOSTICO

#### 4.1 Clínico

- Es asintomático, se descubre por chequeo médico de rutina o por autoexamen testicular.
- Los cordones venosos dilatados y tortuosos aumentan o se hacen visibles con la maniobra de Vansalva.
- Presencia de masa escrotal “signo de saco de gusanos”, casi siempre sobre el testículo izquierdo y disminuye en el decúbito. Se evalúa de acuerdo con el grado: grado 3, fácilmente visible y palpable, grado 2 palpable no fácil de visualizar, grado 1, visible solo con maniobra de Vansalva.
- Transiluminación negativa.

#### 1.1 Diagnóstico diferencial:

Hidrocele, hernias, hematomas.

### 5. FASES DE ATENCION

#### 5.1 Prevención

Recomendar la utilización de ropa interior que mantengan los testículos en elevación adecuada y la realización de auto examen genital

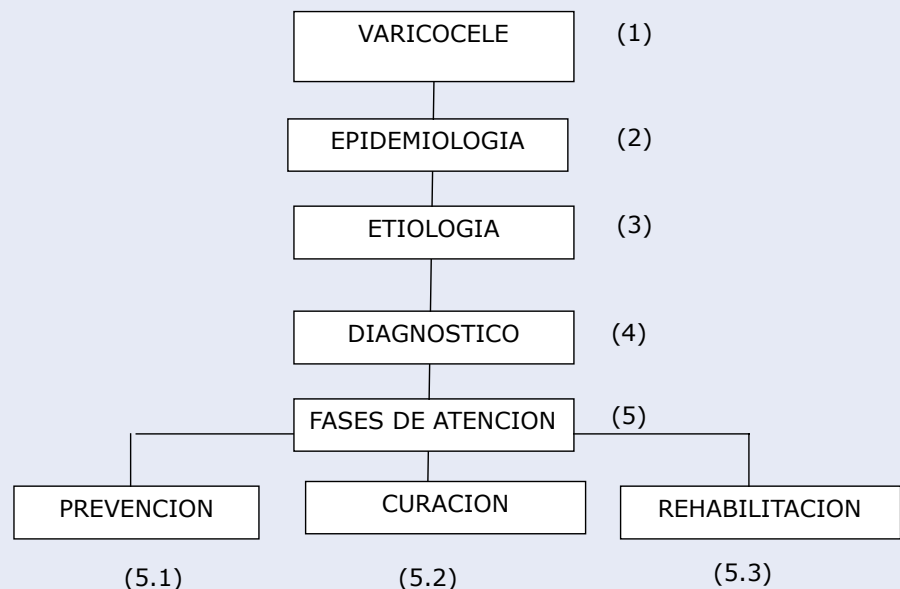
#### 5.2 Curación

● Tratamiento sintomático: antiinflamatorios en casos agudos.

● Tratamiento quirúrgico si existe cuadro a repetición o afecta la salud reproductiva. En estos casos aclarar las posibilidades futuras de riesgo reproductivo o problemas estéticos.

#### 5.3 Rehabilitación:

- Orientar al adolescente sobre la enfermedad y su tratamiento.
- Explicar los cuidados que debe de guardar.
- Brindar apoyo emocional al adolescente y la familia.
- En caso de presentarse una secuela post quirúrgica proceder a medidas de rehabilitación de acuerdo a cada situación.





## CAPITULO 14

## SALUD BUCAL

### 1. EVALUACION DE LA SALUD BUCAL

La prevención de caries, periodontopatías y mala oclusión en el y la adolescente es el resultado de las acciones de promoción y prevención en la salud buco dental en la infancia, la cual debe ser promovida y vigilada por personal multidisciplinario encargado de velar por el cumplimiento de los diferentes programas de salud con el objeto de disminuir los problemas en la adolescencia y la adultez.

La salud buco dental, es el estado normal de la función orgánica del aparato estomatognático. Esta puede revelar mucho acerca del estado de salud general y la nutrición de adolescentes.

Durante la adolescencia temprana, la dentición se encuentra en transición de las piezas dentales temporales a las permanentes.

La mayoría de las lesiones del aparato estomatognático no pone en peligro la vida, pero pueden convertirse en un factor limitante; éstas pueden causar dolor, alteraciones estéticas, valoración de la auto estima, dificultades en la fonación, masticación, degustación y deglución y también pueden contribuir a problemas sistémicos de salud.

La elevada frecuencia con que estas lesiones aparecen en las piezas y estructuras dentales pueden provocar graves mutilaciones del aparato estomatognático antes de los 30 años de edad, tales condiciones se pueden reflejar en ausentismo escolar y laboral.

Los factores que predisponen a las y los adolescentes, a las enfermedades buco dentales resultan de la combinación de conductas, actitudes y actividades que marcan la transición de la infancia a la vida adulta y a factores genéticos como la forma, tamaño de las piezas dentales y la malposición dentaria.

### 2. DIAGNOSTICO

Para el diagnostico de las lesiones relacionados con la salud buco dental se requiere efectuar una evaluación completa que incluya historia medica y odontológica anterior y actual, examen clínico para identificar si existen o no patologías y apoyo diagnostico según el caso.

### 3. FASES DE ATENCION

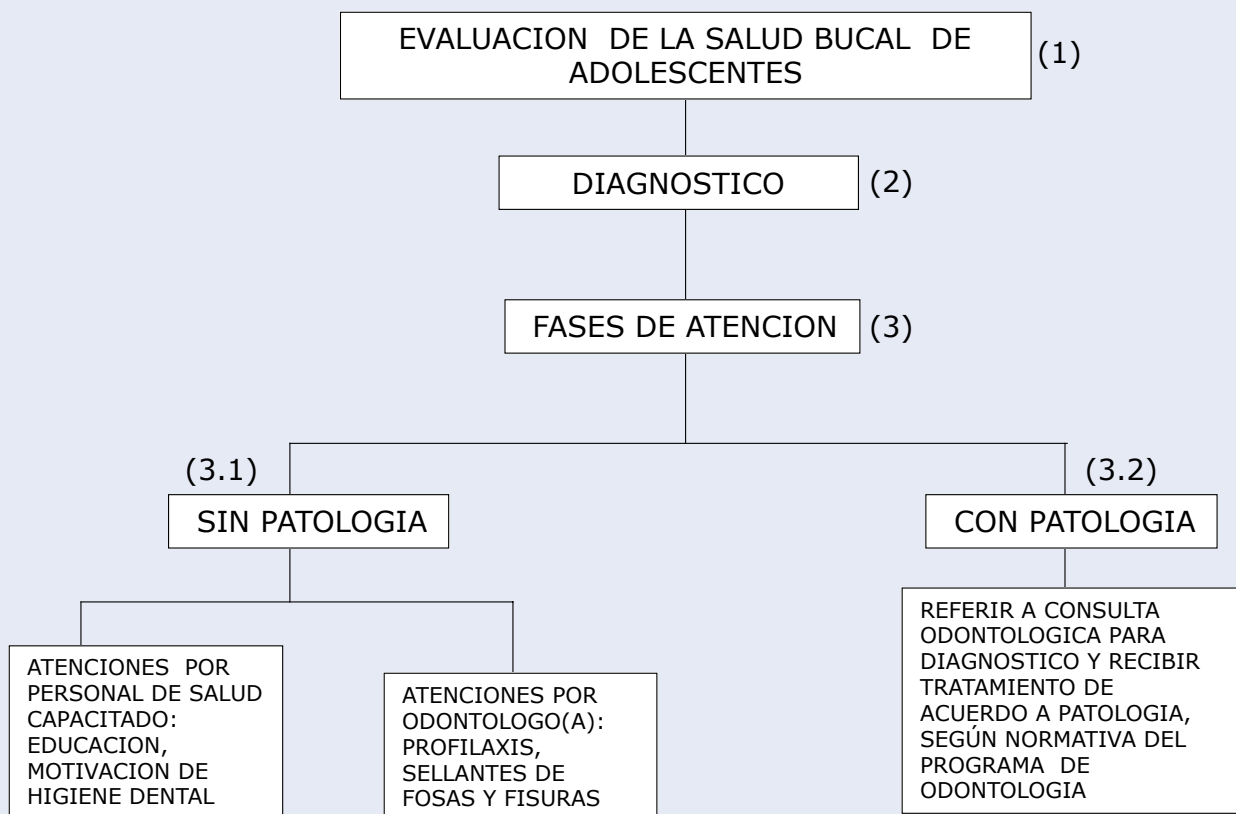
#### 3.1 Prevención.

Si no hay patologías se brindará al o la adolescente: educación y motivación en higiene bucal, profilaxis y sellantes de fosas y fisuras.

#### 3.2 Curación.

Si se encuentran patologías como caries dental, gingivitis y / o periodontitis, u otras, se deberá indicar el tratamiento específico y cumplir los procedimientos necesarios y el tratamiento farmacológico a seguir, así como el seguimiento de cada uno de los casos de acuerdo a las "Guías Clínicas de Atención Odontoestomatológicas", elaboradas por el Programa de Odontología.





## CAPITULO 15

### VIOLACION SEXUAL

#### 1. VIOLACION SEXUAL

Es el acceso carnal por vía vaginal o anal, empleando violencia o Intimidación o coherción física o psicológica.

#### 2. EPIDEMIOLOGIA

Según datos del reporte epidemiológico del Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social se reporta:

AÑOS	VIOLACION SEXUAL	VIOLACIONES ADOLESCENTES 10-19	TOTAL VIOLACIONES	PORCENTAJE
2000	Por familiares,	37	132	28.03
	Por no Familiares	66	164	40.24
2001	Por familiares,	22	93	23.66
	Por no Familiares	66	35.68	35.68
2002	Por Familiares	29	158	18.35
	Por no Familiares	46	162	28.40

Fuente: Reporte Epidemiológico Semanal

Como puede observarse en el cuadro, el mayor porcentaje de casos se da en el sexo femenino

#### 3. EVALUACION

Todo o toda adolescente agredida tendrá que ser evaluada por equipo multidisciplinario teniendo en cuenta:

- Atención médica
- Atención Psicológica
- Atención Jurídica ( o Legal)

##### 3.1 Atención médica:

Esta evaluación comprende:

Historia Médica, Anamnesis, examen físico, examen psicológico, examen vaginal y rectal, examen de laboratorio y/o gabinete, tratamiento adecuado

### 3.2 Atención Psicológica y/o Psiquiátrica:

El médico/a debe ayudar al o la adolescente a recuperarse de su victimización, deberá referirse con psicólogo o de ser necesario con un especialista en Psiquiatría, ya que este tipo de agresión está en el grupo de "Reacción a estrés grave y trastornos de adaptación"

El abuso físico y sexual, interfieren con el desarrollo psicológico del adolescente, ellos podrán presentar posteriormente síntomas físicos y psicosomáticos.

Preguntas o cuestionarios sobre circunstancias estresantes deben ser un aspecto primordial en este tipo de agresiones para poder evaluar el estado psíquico de la persona.

Este trauma es una experiencia que nadie espera confrontar, los casos de abuso sexual afectan la personalidad con mucha severidad, de acuerdo a la evaluación así se hará el abordaje psicoterapéutico y su seguimiento.

### 3.3 Atención Jurídica (o Legal):

Es necesario recomendar la búsqueda de instancias legales por parte del adolescente y su familia así como establecer los mecanismos adecuados para lograr la ayuda de diferentes grupos profesionales que trabajan proporcionando apoyo psicológico y legal a los y las adolescentes víctimas de violación.

Todo ello hace que la atención médica sea más efectiva y que la recuperación del adolescente sea adecuada.

En los casos de violación de adolescentes a menudo es un agresor desconocido, a diferencia de el abuso infantil donde generalmente es un miembro de la familia o alguien conocido sin embargo en ocasiones el agresor del adolescente puede ser un miembro de la familia o alguien conocido por la víctima.

La mayoría de los casos de violación incluyen violencia física y agresión psicológica.

En el caso de adolescentes masculinos violados suelen ser lastimados severamente

y rara vez denuncian las violaciones a las instancias legales o buscan atención médica.

## 4. DIAGNOSTICO CLINICO

### 4.1 Elaboración de Historia Clínica:

- Escuchar el relato de la víctima en un clima de tranquilidad y contención
- Investigar sobre: Como ocurrió el evento, tipo de asalto, número de agresores, registrando por escrito y de manera textual las palabras del adolescente.
- Establecer si después del incidente, se cambió de ropa, se practicó duchas vaginales, baños, si orinó, evacuó.
- Respecto a la ropa que usaba al momento de sufrir la agresión: si estaba desgarrada, con manchas de sangre, semen, pelos u otros.
- Uso anticonceptivos por parte de la víctima
- Fecha de ultima menstruación
- Síntomas músculo-esqueléticos, genitourinarios
- El médico debe tener paciencia para obtener los datos correctos, ya que la o el paciente violado tiene dificultad para confiar en otros, aún cuando sea médico

### 4.2. EXAMEN FISICO GENERAL

- Tomar signos vitales, cardiopulmonar abdominal, músculo-esquelético, neurológico,
- El examen general puede revelar que la violación ocurrió.
- Puede que no se encuentre evidencia genital a menos que el asalto implique violencia extrema, la paciente tenga un introito vaginal estrecho o músculos pubo-coccígeos muy fuertes,
- Explorar cara, cuello, manos y extremidades inferiores para buscar indicios de violencia como contusiones, luxaciones, equimosis,

hematomas, marcas de mordiscos, fracturas, quemaduras y otros.

- Puede haber evidencia de lesiones antiguas como quemaduras de cigarrillo, viejas fracturas, marcas de cincho, mutilaciones, lesiones de piel no tratados,
- Un trauma mayor puede provocar un abdomen agudo por ruptura visceral, daño neurológico por hematomas o hemorragias subdural y hasta la Muerte.
- Recolectar cualquier fluido que parezca semen, vello pubiano de abdomen y muslo, revisar y coleccionar material de uñas si hubo pelea,
- La ropa debe guardarse en bolsa plástica.

#### **EVALUACION PSICOLOGICA:**

- Evaluar el estado psíquico general del paciente.
- Identificar trastornos psiquiátricos, orientación en tiempo, espacio, lugar y persona.
- Observar lenguaje, vestido, contacto visual y grado de colaboración
- Descartar ideación suicida, alucinaciones.

#### **4.3. EXAMEN GINECOLOGICO**

Examen pélvico es difícil de realizar en las adolescentes violadas, especialmente si nunca antes había sido examinada.

Debe prepararse a los pacientes explicando los detalles del examen a realizar, o si el caso lo amerita, realizarlo bajo anestesia general.

El examen se hace en presencia de otra persona de sexo femenino (enfermera, trabajadora social, preferiblemente que no sea la madre).

Explorar periné y cara interna de los muslos desgarrados, hematomas, equimosis.

Describir lesiones de himen; cuando hay penetración del pene, los desgarrados ocurren entre los 4 y 8, siendo las 6 lo mas frecuente, eritema en horquilla posterior, laceraciones vaginales, signos de ITS, semen.

Las lesiones cervicales y de vagina superior son raras e indican de un asalto vicioso perpetrado con un objeto, si el abuso es crónico se aprecia lipoatrofia del subcutáneo, micro desgarrados en veto, desgarrados himenales múltiples, sinequias, laceraciones de la horquilla, neovascularización, introito amplio e hiperpigmentación peri-anal, incontinencia fecal, habilidad para relajar los músculos pubococcigeos relajación del esfínter anal, laxitud de músculo vaginal

En una violación, la posibilidad de un embarazo, las ITS, Hepatitis B y el VIH, constituyen un riesgo alto que deben ser considerado.

#### **4.4 EXAMEN DE LABORATORIO**

- Cultivo para Gonococo ( según disponibilidad)
- Serología para VDRL en el momento del evento y 4-6 días después.
- Prueba de embarazo de Sangre u Orina,
- Prueba de VIH y Hepatitis "B",
- Grupo Sanguíneo y RH,
- Niveles de Alcohol y otras Drogas en sangre

#### **4.5 EXAMEN DE GABINETE**

RX de Tórax, Ultrasonografía en caso Necesario

### **5. FASES DE ATENCION**

#### **5.1 PREVENCION**

- Charlas educativas sobre prevención de los abusos sexuales y Salud Sexual y Reproductiva.

- Charlas informativas de aspectos jurídicos-legales respecto al abuso sexual.
- Consejería en salud sexual y reproductiva.
- Mecanismos para mejorar la comunicación familiar,
- Fortalecer la autoestima, práctica de las habilidades para la vida,

- Formación de grupos de auto ayuda,

## 5.2 Curación

### 5.2.1 Primer Nivel

Atención a las lesiones y laceraciones de acuerdo con la gravedad de las mismas, no olvidar aplicar toxoide tetánico o antitoxina tetánica de acuerdo a esquema de vacunación.

## Profilaxis Con Antibióticos Que Cubran Neisseria Gonorrhoeae, Chlamydia Trachomatis, Treponema Pallidium y tricomonadas.

TRATAMIENTO	DOSIS
Penicilina Benzatinica	2.4 millones U IM dosis única
Doxiciclina 100 mg	1 tableta cada 12 horas por 10 días.
Metronidazole 500 mg	2 gramos dosis única

- Si la paciente no estaba previamente embarazada, administrar anticoncepción de emergencia (**Ovral o Neogynon** 2 tabletas cada 12 horas # 2 dosis ) dentro de las primeras 72 horas después del incidente.
- Repetir la prueba de embarazo después de un mes, si aún no a visto menstruación.
- Gammaglobulina hiper-inmune para hepatitis B (según disponibilidad) e iniciar la vacunación si la paciente es susceptible,
- Considerar tratamiento preventivo contra VIH,
- Es necesario comprender que la victima de violación al igual que su familia, debe tener apoyo de tratamiento por un equipo interdisciplinario especialmente con apoyo psicológico y seguimiento.

### 5.2.2 Segundo Nivel

Básicamente igual al primer nivel.

### 5.2.3 CRITERIOS DE DERIVACION

#### Del Primer al Segundo Nivel

- Que no exista el recurso humano capacitado para la atención,

- Que en laboratorio clínico no exista capacidad para realizar todos los exámenes,
- Que existan riesgos para la vida de las personas agredidas,
- Que exista franca alteración psíquica del adolescente agredido

#### Del segundo al tercer nivel

- Que no exista el recurso humano capacitado para la atención,
- Que exista riesgo para la vida de la persona agredida

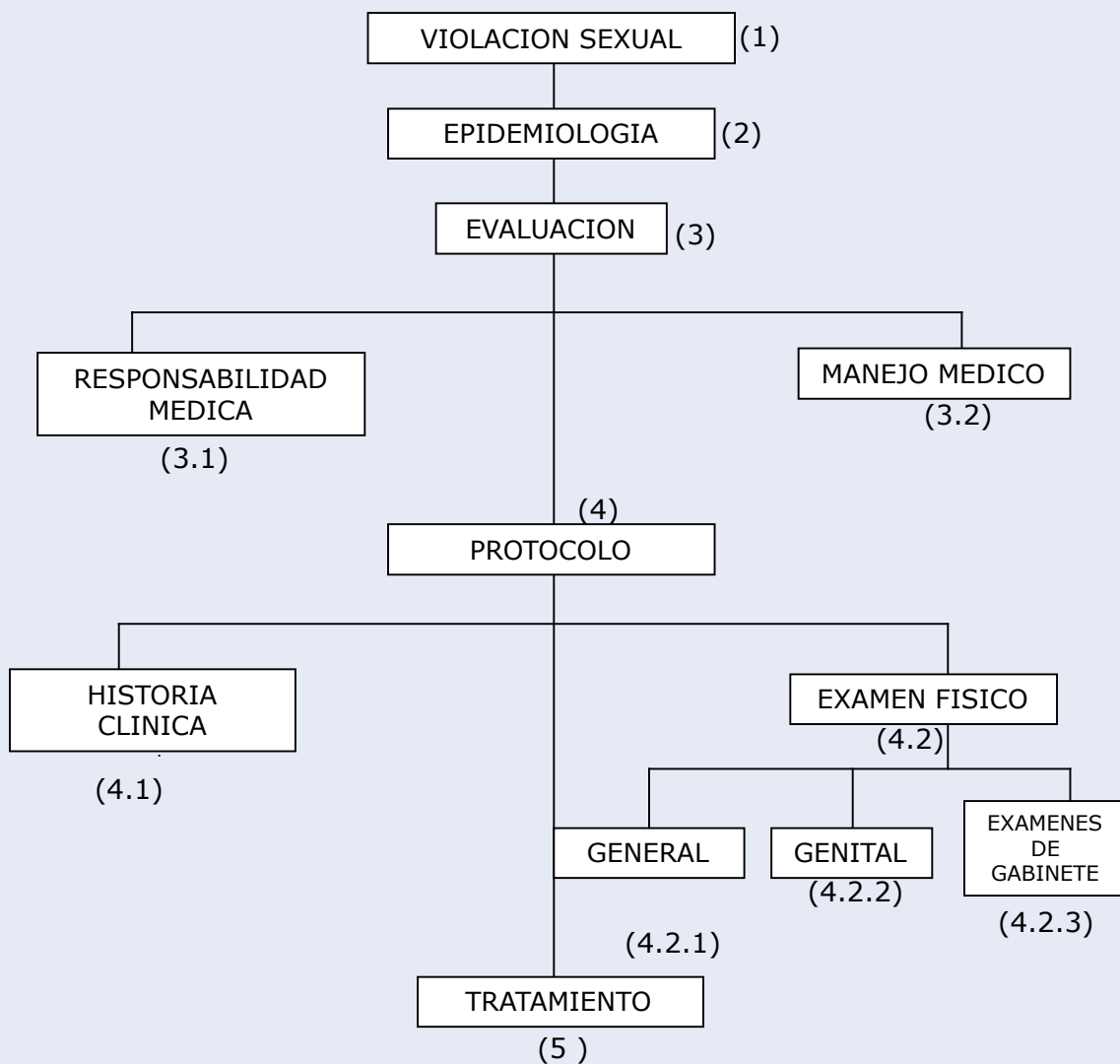
### 5.2.4 Criterios de Curacion/alta

- Estabilidad física ( que no existe riesgo de embarazo, ITS),
- Estabilidad psíquica: que no exista depresión, ideación suicida, fuga disociativa,
- Que exista un franco apoyo familiar,
- Que forme parte de grupos de autoayuda.

### 5.3 Rehabilitación

Tanto en **primero como segundo nivel** hacer el seguimiento correspondiente, considerando lo siguiente:

- control de exámenes de laboratorio: VDRL, VIH, embarazo y otros.
- Elevar la autoestima y fortalecer redes sociales.
- Consejería en salud Sexual y Reproductiva.
- Seguimiento y Control Psico-social



## INTOXICACIONES POR PLAGUICIDAS

### 1. INTOXICACIONES POR PLAGUICIDAS

En este capítulo, trataremos sobre Generalidades de los problemas de salud producidas por intoxicación por plaguicidas: órgano fosforado, carbamatos, herbicidas y fumigantes debido a que la intoxicación con estas sustancias es una de los principales causas de morbimortalidad en este grupo poblacional.

**Tóxico:** Es una sustancia que al entrar en contacto con el cuerpo en suficiente cantidad puede causar daño temporal o permanente, las sustancias pueden ser inhaladas, absorbidas por la piel o la mucosa. Una vez en el cuerpo los venenos pueden abrirse paso hacia la corriente sanguínea y rápidamente ser transportadas a todos los tejidos del cuerpo.

### CLASIFICACIÓN DE PLAGUICIDAS

#### CARBAMATOS

Propoxu (baygón)  
Benimil (benlate)  
  
Carbofurano (furater)  
Metomil (lannate)  
sevin (sevin)  
temir (temir)

#### ORGANO FOSFORADOS

Metil paratión (folidol)  
metamidofos (tamarón)  
clorpirifos (losaban)  
fenamifos (malation)  
malation (malation)  
Diaziron (basudin)  
foxin (volaton)

#### HERBICIDAS

Paraquat  
Paraquet-Diquiat  
Diquat

#### FUMIGANTES

Fosfaminas  
Detia Gas, Phostoxinagasthion  
Gramoxone-angloxone-gramoxil  
Ramuron-x-irbarom  
Renglone

### 2. EPIDEMIOLOGIA

Entre los grupos de edad mas afectados están 20 a 59 años 69% y 10-19 años 25.3%. De la totalidad de los casos el 76% proceden del área rural. El plaguicida que tiene la mayor tasa de letalidad, es la fosfamina 33.6% para el año 2002 y en cuanto a las causas o modos de adquirir la intoxicación esta el intento de suicidio 45% laboral 28% y accidental 26%

### 3. ETIOLOGIA

Puede deberse principalmente a:

**Exposición laboral:** el paciente se intoxica con su trabajo aplicando plaguicidas, fumigando, envasando, distribuyendo, manipulando las sustancias.

**Accidental:** cuando el paciente fue intoxicado al consumir o exponerse aun plaguicida del cual no tenía conocimientos.

**Intento de Suicidio:** El paciente conoce el efecto mortal del plaguicida y lo ingiere o se expone con la intención de quitarse la vida.



**Homicidio:** El paciente recibe el tóxico con engaños de otra persona con intención de quitarle la vida

#### 4. PRINCIPALES PLAGUICIDAS QUE PRODUCEN CUADROS DE INTOXICACION

##### 4.1 Intoxicación por Organos Fosforados y Carbamatos (Inhibidores de la Colinesterasa)

Aunque los órganos fosforados y carbamatos pertenecen a diferentes grupos químicos, presentan el mismo mecanismo de acción dado por inhibición de la actividad de la enzima acetilcolinesterasa, encargada de la degradación del neurotransmisor acetil colina. La acumulación de este ocasiona potenciación de los efectos colinérgicos

###### 4.1.1 Manifestaciones Clínicas:

**Leve:** Debilidad, cefalea, visión borrosa u oscura, salivación

**Moderada:** Súbita debilidad generalizada, cefalea

**Grave:** Temblores súbitos, convulsiones generalizadas, trastornos psíquicos, cianosis intensa, edema pulmonar, muerte por fallo cardio respiratorio

##### 4.2 Intoxicación por Herbicidas-Bipiridilos

Altamente tóxico e irritante de las membranas mucosas, después de un periodo de latencia de 7 a 14 días, provoca cambios proliferativos irreversibles en el epitelio de pulmones, riñones, además de daño hepático.

###### 4.2.1 Manifestaciones Clínicas:

Según la vía de entrada, se produce irritación de tejidos, conjuntivitis, malestar general, debilidad, ulceración del tracto digestivo, dolor abdominal, falla respiratoria, sangrado, disfunción pulmonar, renal y hepática

##### 4.3 Intoxicación de Fumigantes

Los fumigantes son gases o líquidos muy volátiles, utilizados para controlar insectos en productos almacenados en el ser humano, producen intoxicaciones agudas y la exposición en mayor o menor grado al tóxico depende de factores como: Tiempo de exposición, susceptibilidad, estado nutricional, aspectos educativos y culturales y en general las condiciones socio-económico de la población

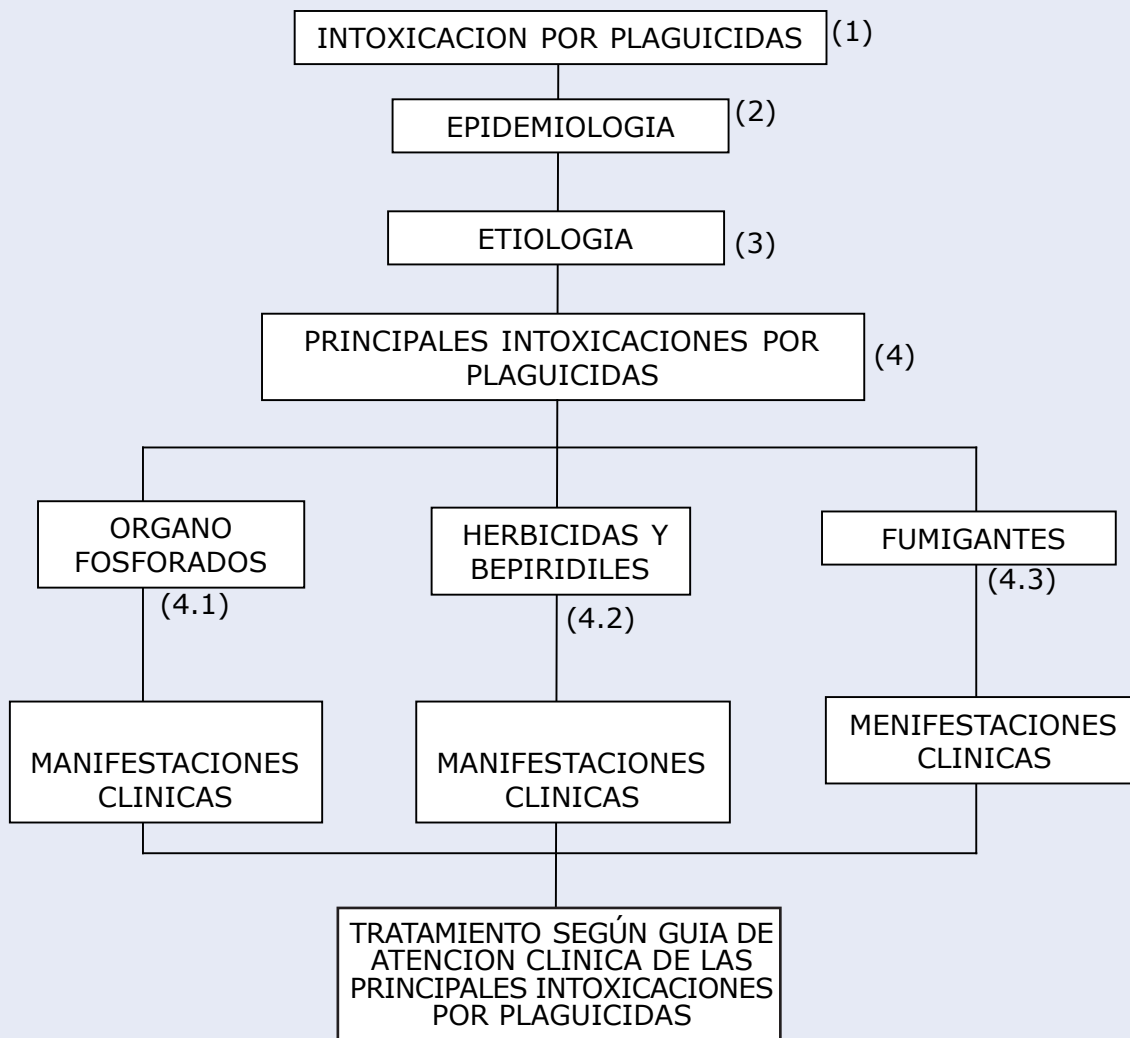
###### 4.3.1 Manifestaciones Clínicas

**Dérmica:** Dermatitis, quemadura, epistaxis, conjuntivitis, daño corneal, irritación de la mucosa tranqueal oral y esofágica, vómitos, malestar abdominal y diarrea

**Sistémicas:** Es hepato y nefrotóxico, provoca disfunción del sistema nervioso central y fibrosis, ardor sub esternal y abdominal, disminución de la cantidad de orina (oliguria), coloración amarillenta de la piel y mucosas (ictericia) signos de insuficiencia respiratoria con disnea y cianosis

Para el tratamiento de pacientes con signos y síntomas que hagan sospechar intoxicación con plaguicidas, aplicar procedimientos descritos en la Guía de Atención Clínica de las Principales Intoxicaciones por Plaguicidas.





## DEFINICIONES

### A

**ALERGENICO:** Que provoca reacciones alérgicas

**ANEMIA:** Trastornos caracterizado por un descenso de la hemoglobina sanguínea hasta unos niveles por debajo del rango normal

**ANDROIDE:** Relativo a algo típicamente masculino, o propio del hombre

**ATOPIA:** Equivale a atopico y es relativo o concerniente a una tendencia hereditaria a desarrollar reacciones alérgicas inmediatas como asma, Dermatitis atopica, o rinitis vasomotora, debido a la presencia de un anticuerpo en la piel y a veces en el torrente sanguíneo

### B

**BRONCOFONIA:** Transmisión anormal de los sonidos de la voz que se escuchan sobre el pulmón consolidado o sobre una capa delgada del líquido pleural

**BRONQUIECTASIA:** Es la enfermedad del árbol bronquial caracterizada por dilatación irreversible y destrucción de las paredes bronquiales. Esta afección es a veces congénita, pero a menudo es el resultado de una infección bronquial o de una obstrucción por un tumor o un cuerpo extraño aspirado

### C

**CHALAZION:** Infección de las glándulas de Meibomio

**CIRCINADO:** Con bordes en forma de Anillo; anular

**COGNOSCITIVO:** Se dice de lo que es capaz de conocer

**CONGENITO:** Presente al nacimiento, como un defecto o anomalía congénita

**CELULITIS:** Infección cutánea caracterizada generalmente por calor local enrojecimiento, dolor e inflamación y en ocasiones por fiebre, malestar, escalofríos. Si no se administran antibióticos suelen originarse abscesos y destrucción tisular

**CELULITIS ORBITARIA:** Infección del contenido orbitario

**CELULITIS PRESEPTAL:** Tumefacción o infección de los tejidos palpebrales, situados delante del septum orbital, que no afecta el contenido orbitario ni del globo ocular

**COREA DE SYDENHAM:** Forma de corea asociada a fiebre reumática que habitualmente se produce durante la infancia, la causa es una infección estreptocócica de los tejidos vasculares y perivascular del cerebro

### D

**DISTIMIA:** Forma de depresión unipolar crónica que tiende a producirse en personas ancianas con procesos físicos debilitantes, carencia interpersonal múltiple

**DREPANOSITOSIS:** Es el desarrollo de eritrocitos en forma de hoz o en forma de media luna que contiene hemoglobina S, como la anemia de células falciformes

### E

**EGOFONIA:** Cambio en el sonido de la voz a la auscultación de un paciente con un derrame pleural

**ENCOPRESIS:** Incontinencia fecal

**ENFERMEDAD DE ADDISON:** Trastorno que produce un riesgo para la vida y que esta producido por una insuficiencia parcial o completa de la función corticosuprarrenal, a menudo se produce como consecuencia de procesos autoinmune, de infecciones, neoplasias o de la hemorragia de las glándulas.

Se pierden las tres funciones generales de la corteza suprarrenal: Glucocorticoide, mineralcorticoide y androgenesica

**EQUIMOSIS:** Alteración de la coloración de una zona de la piel o mucosa producida por la extravación de sangre en el tejido subcutáneo, como consecuencia de un traumatismo de los vasos sanguíneos subyacentes o de la fragilidad de las paredes vasculares

**ENFERMEDAD DE CUSHING:** Trastorno metabólico caracterizado por una secreción excesiva de esteroides adrenocorticales producidos por un aumento de la secreción hipofisarios de hormona adrenocorticotropa (ACTH), como en los adenomas hipofisarios

**ESPIROMETRIA:** Es la evaluación de laboratorio de la capacidad aérea de los pulmones, mediante un espirómetro

**EPISTAXIS:** Hemorragia procedente de la nariz, producida por la irritación local de la mucosa, por un estornudo violento, por la fragilidad de la mucosa o de las redes arteriales, infección crónica, hipertensión, leucemia, defectos de vitamina K o lo mas frecuente, después de sonarse la nariz

## F

**FLUOROMETRIA:** Medida de la fluorescencia que emiten los compuestos cuando se exponen a la energía ultra violeta u otras energías radiantes intensas. La fluorometria se utiliza para determinar los estrógenos urinarios

**FOTOFOBIA:** Sensibilidad natural a la luz, especialmente en los ojos. Este trastorno es prevalente en el albinismo, glaucoma Congénito

## G

**GINECOIDE:** Relativo a algo típicamente femenino, o propio de la mujer

## H

**HEMATOPOYETICO:** Relacionado con el proceso de formación y desarrollo de los diferentes tipos de células sanguíneas

**HIPOTIROIDISMO:** Enfermedad caracterizada por la disminución de la actividad de la glándula tiroidea. Se produce por la extirpación quirúrgica de todo a parte de la glándula, por sobre dosis con tratamiento antitiroideo, por disminución del efecto de la hormona liberadora de tiroxina(TSH) segregada por el hipotálamo; por función propia de la glándula tiroidea. Ejemplo: (Tiroide crónica)

**HIPERQUERATOSIS:** Crecimiento de la capa cornea de la piel

**HIPEREMIA CONJUNTIVAL:** Dilatación de los vasos conjuntivales causados por irritación, inflamación, alergia o infección

**HEMATIES:** Glóbulos rojos de la sangre

**HEMOGLOBINOPATIA:** Grupo de enfermedades hereditarias caracterizadas por variaciones en la estructura de la molécula de hemoglobina, algunos tipos de hemoglobinopatias son: Anemia drepanocítica, enfermedad de la hemoglobina C y enfermedad de la hemoglobina S-C

## I

**IDIOPATICA:** De causa desconocida. Dicese de una infección que existe independiente de cualquier otro estado morbozo, enfermedad de origen espontáneo o desconocido

**INDICE DE MASA CORPORAL:** Es el índice de crecimiento que se incrementa considerablemente durante la adolescencia. Se obtiene dividiendo el peso de una persona en kilogramos entre la talla en metros al cuadrado en relación a la edad

**INMUNOTERAPIA:** Es el tratamiento especial de las respuestas alérgicas mediante la administración de dosis crecientes de las

alergias causales, con el fin de desarrollar gradualmente inmunidad frente a ellos

## L

### **LEUCEMIA MIELOCITICA CRONICA(LMC):**

Neoplasia maligna del tejido formador de la sangre, caracterizada por la proliferación de granulocitos y con frecuencia de megacariocitos, se caracteriza por malestar, fatiga, intolerancia al calor, hemorragia gingival, purpura, lesiones cutáneas, pérdida de peso, hiperuricemia, molestias abdominales y esplenomegalia masiva

## M

**MELENA:** Heces negras, como alquitrán, se observan en patologías, que contienen sangre digerida. Normalmente se producen como consecuencia de un sangrado del tracto Gastro Intestinal superior, y con frecuencia son un signo de úlcera péptica o de alteración del intestino delgado

## O

**ONCOGEN(ONCOGENE):** Gen potencialmente inductor de cáncer en condiciones normales, dichos genes participan en el crecimiento y en la proliferación de las células, pero cuando se alteran de alguna forma por un agente carcinogenico, pueden provocar una transformación maligna de la célula

**ONCOGENESIS:** Proceso que inicia y facilita el desarrollo de la neoplasia mediante la acción de agentes biológicos, químicos o físicos

**ORZUELO:** Infección de las glándulas de Moll y de Zeiss

## P

**PECTORILOQUIA:** Es el fenómeno por el cual los sonidos vocales, y también el cuchicheo, son transmitidos claramente a través de las estructuras pulmonares, siendo claramente audibles a través del estetoscopio. Con frecuencia es un signo de consolidación pulmonar

**PERSONALIDAD TIPO "A":** Patrón de conducta que se asocia a individuos muy competitivos y que trabajan compulsivamente para conseguir sus objetivos. Esta conducta se asocia con una incidencia mayor de lo normal de la cardiopatía coronaria

**PSICOTROPICOS:** Que ejerce un efecto sobre la mente o modifica la actividad mental

**PETEQUIAS:** Manchas diminutas de color violáceo o rojo que aparecen en la piel como consecuencia de mínimas hemorragias en la dermis o en la submucosa

**PRECURSORES:** Características o rasgos pronóstico de los datos sobre la salud de un paciente, como un hallazgo radiológico o de laboratorio que se asocia a un mayor o menor riesgo de muerte

**PRECURSORES LINFOIDES:** Son los elementos celulares en la médula ósea de donde se originan los linfocitos

**PRIMER NIVEL DE ATENCION:** Es la organización y utilización adecuada de los medios, recursos humanos, materiales financieros y prácticas orientadas a la promoción y conservación de la salud, prevención del daño y sus complicaciones y el tratamiento oportuno de las enfermedades mas frecuentes de una población adscrita, brindada con equidad, calidad y calidez, utilizando tecnología apropiada y en responsabilidad con la comunidad y los diferentes actores sociales.

Esta conformado por: la persona y la familia en el hogar, los agentes de salud(parteras, promotores, voluntarios, lideres), equipos institucionales comunitarios de salud estructurados (Médicos, auxiliar, enfermera, inspector de saneamiento, promotor de salud, Casas y Unidades de Promoción de la Salud, Clínicas Comunales y Unidades Medicas del Instituto Salvadoreño del Seguro Social(ISSS)

**PROTOZOARIO:** Se dice de los animales protozoarios, animal microscópico, perteneciente a una división del reino animal

**PURPURA DE HENOCH-SCHONLEIN:**

Vasculitis de hipersensibilidad autolimitada, que aparece fundamentalmente en niños, caracterizada por lesiones cutáneas púrpuras que aparecen sobre todo en la región inferior del abdomen, en las nalgas y piernas y que se asocia habitualmente a dolor en rodillas y tobillos

**Q**

**QUEMOSIS:** Edema de la conjuntiva que acompaña a inflamaciones, infecciosas y procesos alérgicos

**QUERATINA:** Proteína fibrosa, contiene azufre, principal componente de la epidermis el pelo, las uñas, el esmalte dentario y el tejido corneo de los animales

**QUERATINIZACION:** Proceso por el que las células epiteliales expuestas al medio ambiente pierden su humedad y son reemplazadas por tejido corneo.

**R**

**RESERVORIO:** Fuente continua de enfermedad infecciosa, las personas, los animales o las plantas pueden actuar como reservorios de una infección

**S**

**SEGUNDO NIVEL DE ATENCION:**

Organización de mediana complejidad, orientada a brindar servicios permanentes e integrales de tipo ambulatorio, emergencia e internamiento en las especialidades básicas y algunas sub-especialistas de Gineco-Obstetricia, Medicina Interna, Cirugía, Pediatría y Rehabilitación, de acuerdo al perfil epidemiológico y sus factores determinantes. Provee servicios a uno o varios SIBASIS, de acuerdo a criterios de acceso, volumen y características de la población a atender. Esta conformado por: Hospitales Nacionales Generales

**SINDROME DE KALLMANN:** Trastornos caracterizado por hipogonadismo secundario a la ausencia de LHRH y por la ausencia del sentido del olfato debido a agenesia de los bulbos olfatorios

**T**

**TERCER NIVEL DE ATENCION:** Organización de alta competencia orientada a brindar servicios ambulatorios, de emergencias e internamiento para dar respuesta oportuna y efectiva a la referencia especializada de grupos específicos de población de todos los SIBASI de la red nacional de servicios de salud, de acuerdo a los criterios, normas, mecanismos e instrumentos establecidos con carácter permanente y enfoque integral. Esta conformado por Centros Especializados de Referencia Nacionales, Hospital Nacional de Maternidad, Hospital Nacional de Niños "Benjamín Bloom", Hospital Nacional Rosales, Hospital Nacional Dr. José Antonio Saldaña, en su área de atención neumológico Hospital Nacional de Soyapango en su área de atención psiquiátrica.

**TROMBOEMBOLISMO:** Es el trastorno en el que un vaso sanguíneo esta bloqueado por un embolo que se ha desplazado desde el punto de formación del coágulo

**U**

**ULCERA CORNEAL:** Pérdida parcial o total de la sustancia corneal producida por infecciones, distrofias, degeneraciones, traumas, toxinas y agentes químicos

**V**

**VIRILIZACION:** Proceso en el cual una mujer adquiere características sexuales secundarias masculinas, habitualmente a consecuencia de una disfunción suprarrenal o de un tratamiento farmacológico hormonal

**VOLUMEN CORPUSCULAR MEDIO.(VCM):** Estimación del volumen medio de cada eritrocito, se obtiene dividiendo el hematocrito entre el número total de hemáties

**Z**

**ZOONOSIS:** Enfermedad de los animales, transmisibles al ser humano, desde su huésped animal primario

## SIGLAS

<b>ACC:</b>	Adelanto Constitucional del Crecimiento
<b>ACTH:</b>	Hormona Adreno Cortico Tropica
<b>BAAR:</b>	Bacilos Acido-Alcohol Resistentes
<b>DIU:</b>	Dispositivo Intrauterino
<b>FTA:</b>	Prueba de Anticuerpos Treponemicos Fluorescentes. Se realiza en La Sífilis como antígeno, se utiliza Treponema Pallidum Virulento
<b>FSH:</b>	Hormona Folículo Estimulante
<b>HT:</b>	Hipertensión Arterial
<b>IMC:</b>	Indice de Masa Corporal
<b>LH:</b>	Hormona Luteinizante
<b>NAC:</b>	Neumonía Adquirida en la Comunidad
<b>NCHS:</b>	Centro Nacional de Estadísticas de Salud
<b>PA:</b>	Postero Anterior
<b>PPC:</b>	Pubertad Precoz Central
<b>PD:</b>	Presión Arterial Diastólica
<b>PP:</b>	Potencial Genético de los Padres
<b>PPP:</b>	Pubertad Precoz Periférica
<b>PS:</b>	Presión Arterial Sistólica
<b>RM:</b>	Resonancia Magnética
<b>SPN:</b>	Senos Paranasales

**PARTICIPANTES EN EL PROCESO DE ELABORACION DE LAS  
"GUIAS DE TRATAMIENTO DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS  
DE SALUD DE ADOLESCENTES"**

**COORDINADORA GENERAL:**

**DRA. MARIA ELENA AVALOS ARAGON**  
GERENTE DE ATENCION INTEGRAL  
EN SALUD DE ADOLESCENTES

**EQUIPO TECNICO**

**LICDA. CANDIDA ESTER GUANDIQUE DE ELÍAS**  
ENFERMERA COLABORADORA TECNICA

**LICDA. CONCEPCION CLAROS DE FLORES**  
NUTRICIONISTA COLABORADORA TECNICA

**LICDA. CONSUELO CARINA MORENO TORRES**  
COMUNICADORA SOCIAL

**LICDA. ROXANA YANETT LAZO VILLATORO**  
COMUNICADORA SOCIAL



## **INSTITUCIONES PARTICIPANTES**

### **ANES**

Licda. Ana Dina Chavéz de Saravia  
Enfermera

### **ASOGOES**

Dra. Marina Padilla de Gil  
Ginecóloga

### **ASOGIA**

Dra. Mirían Oliva de Navarrete  
Ginecóloga

### **COMANDO DE SANIDAD MILITAR/FUERZA ARMADA**

Dr. Alfredo Calderón  
Internista/Intensivista  
Hospital Militar Central

Dr. José Antonio Ramos Menjivar  
Dermatólogo  
Hospital Militar Central

Dra. Lorena Zelaya de Mena  
Neuróloga  
Hospital Militar Central

### **INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL**

Dra. Marina Padilla de Gil  
Ginecóloga

Dr. Víctor Guillermo González  
Psiquiatra

### **SOCIEDAD DENTAL DE EL SALVADOR**

Dra. Dina Ticas de Guardado  
Odontóloga

### **AGENCIAS DE COOPERACION**

#### **UNFPA**

Dr. Mario Antonio Morales Velado  
Gineco-Obstetra  
Dra. Hilda Gladys Navarrete Marín  
Ginecóloga/Consultora en Salud Reproductiva

#### **USAID/PRIME**

Dr. Mario Ernesto Soriano  
Médico

#### **OPS/OMS**

Dra. Matilde Maddaleno  
Asesora Regional de Adolescencia  
OPS, Washington  
Proyecto IMAN: Integración del Manejo  
de Adolescentes y sus Necesidades OPS/OMS  
Dra. Enriqueta Sileo  
Consultora



**PERSONAL TECNICO DEL MINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL PARTICIPANTES EN LA ELABORACION DE LAS "GUIAS DE TRATAMIENTO DE LOS PRINCIPALES PROBLEMAS DE SALUD DE ADOLESCENTES"**

**SECRETARIA DE ESTADO**

Dra. Sara Virginia Guzmán de Bonilla  
Coordinadora Nacional de Salud Bucal  
Odontóloga

Dra. Orbelina Hernández de Palma  
Colaboradora Técnica Unidad de Epidemiología  
Epidemióloga

Dra. Silvia de García  
Colaboradora Técnica  
Unidad de Epidemiología

**EQUIPO TECNICO DE ZONA CENTRAL**

Dra. Mirna Rojas  
Asesora en Salud Mental  
Médica /Psiquiatra

**EQUIPO TECNICO DE ZONA METROPOLITANA**

Dr. Hazel Valdez  
Asesor en Salud Mental  
Médico /Psiquiatra

**HOSPITAL NACIONAL DE NIÑOS BENJAMIN BLOOM**

Dra. Lisseth Sánchez de Hernández  
Pediatra/Nutrióloga

Dr. Alfonso Ernesto Escobar Amaya  
Pediatra/Cardiólogo

**HOSPITAL DE MATERNIDAD**

Dr. Jorge Cruz González  
Gineco-Obstetra

Dra. Gina Elizabeth Cañas  
Gineco-Obstetra

**HOSPITAL NACIONAL ROSALES**

Dra. Elisa Concepción Gómez  
Dermatóloga

Dr. Juan Carlos Rodríguez Jovel  
Oftalmólogo

Dr. Juan Antonio Tobar Rivas  
Jefe Unidad de Emergencia  
Médico/Cirujano

Dr. Salvador Mauricio Ramírez  
Ortopeda

Dr. Alvaro Palacios  
Oncólogo

Dr. Rafael Orellana Cornejo  
Endocrinólogo

Licda. Doris Elizabeth Serpas  
Nutricionista

Dr. José Antonio Ramos Menjivar  
Dermatólogo

**HOSPITAL NACIONAL SALDAÑA**

Dra. Silvia Marengo  
Neumólogo

Dr. Claudio Rafael Salazar Martínez  
Neumólogo

**HOSPITAL NACIONAL SAN RAFAEL**

Dr. Omar Orozco  
Médico

Dr. Pedro Gutiérrez Alas  
Otorrinolaringologo

**HOSPITAL SANTA TERESA, ZACATECOLUCA**

Dr. Joaquín Vivas Aparicio  
Médico

**HOSPITAL GENERAL DE SOYAPANGO**

Dra. Carol Del Rosario Zelaya de López  
Pediatra

**HOSPITAL NACIONAL DE SONSONATE**

Dra. Maritza Ivette Tejada  
Ginecóloga

**HOSPITAL NACIONAL DE ZACAMIL**

Licda. Sara Emilia de Ruiz  
Psicóloga

Licda. Maritza Méndez  
Enfermera

**UNIDAD DE SALUD DE SAN MARTIN**

Licda. Sofía Esperanza de Rivas  
Enfermera

**UNIDAD DE SALUD DE APOPA**

Dra. Guadalupe Jeaneth Torres  
Médica

**UNIDAD DE SALUD SAN FERNANDO/SOYAPANGO**

Licda. Berta Maribel Rivas  
Psicóloga

**UNIDAD DE SALUD BARRIOS**

Dra. Sandra Noemí González Castillo  
Médica

## BIBLIOGRAFIA

- § Andrew Damonkos. Tratado de Dermatología. Salcat Editores S.A.
- § Bereck, Jonathan S. MD. Ginecología de Novak 12 edición, 1997 Mcgraw Hill, Interamericana Editores
- § Behrman Nelson, Manual de Pediatría 1ª edición 1995, Tratado de Pediatría, 15 Edición Volumen I y II 1997., MCGRAW-HILL, Interamericana Editores S.A de C.V. Tratado de Pediatría 16ª edición Volumen I y II 2001
- § Compendio de Patología, Editorial El Manual Moderno, S.A. de C. V. México D.F. 1era edición en Español, sección 31 Cavidad Bucal y Glándulas Salivales año 1995
- § Clínicas Dermatológicas de Centroamérica, Micología Cutánea, Volumen II, año 1996
- § Clínicas Dermatológica de Norte América. Micología Cutánea, Volumen 11, año 1996
- § Diccionario MOSBY, Medicina, Enfermería y Ciencias de la Salud, Orientación Harcourt, año 2000
- § Fitzpatrick M.D. Thomas, Dermatología en Medicina General. Editorial medica Panamericana, Impresión 1997
- § Gerencia de Atención Integral de Salud de Adolescencia El Salvador, año 2001. Manual de Educación para la Vida, Guía para facilitadores (as) de 15 a 19 años
- § Guidelines for the management of adults with community acquired Pneumonia ATS march 2001. AMI Respiratory, Vol. 163
- § Grinder E. Robert. Adolescencia, Universidad Estatal de Arizona, Amistades y Relaciones Heterosexuales, México 1996 Editorial Limesa S.A. de C.V.
- § Harris, Jay, Breast Diseases 3ª edición 1995 J.B Lippincott Company Philadelphia Lawrence M. Tierney, Jr Et. Al: Diagnóstico Clínico y Tratamiento El Manual Moderno
- § Horacio Serrano, Primera Edición. Diccionario de Términos Oftalmológicos
- § Harris, Jay Diseases, 3ª edición 1995 J.B. Lippincott company Philadelphia
- § James Chin, Editor Décima Séptima edición Whashington 2001, Informe Oficial de la Asociación Estado Unidense de Salud Pública OPS
- § J. Sue Cook, En Eda. Karen Lee Fontane. RN, MSN. 2ª edición año 1993 Mcgrawhill/Interamericana, España
- § Lawrence M. Tierney, Jr. Stephen J. Mcphee. Maxine A. Ppadakis, 3ª edición año 2000
- § Lawrence M. Tierney Jr. Diagnóstico Clínico y Tratamiento. 33ª edición año 2000
- § Levinson W. Medical, Microbiology y Immunology 4ª edición 1997 Appleton y Lange Connecticut,

- § L. J. Corpenito McGraw Hill Interamericana. Manual de Diagnóstico de Enfermería 5ª edición, año 1997
- § Modernización Institucional 2001. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
- § Niswander, Hennh R. MD. Manual de Obstetricia, Diagnóstico y Tratamiento 3ª edición 1994 Salvat Editores
- § Reeder Martín, Décima Sexta Edición México 1995, Enfermería Materno Infantil, la familia el neonato y el cuidado de la salud de la mujer
- § Recomendaciones para la Atención Integral de Salud de las u los Adolescentes con énfasis en Salud Sexual y Reproductiva, Centros de Estudio de la Población (CENEP) con colaboradores del Programa Materno Infantil, subprograma de salud integral de adolescente. Ministerio de Salud de Buenos Aires Argentina serie OPS/FNUAP No. 2 año 2000
- § Sproff Leon. Clinical Gynecologic Endocrinology and Infértil 5ª edición 1999, Williams y Wilkins. Baltimas
- § Silver, J. Tomas Dr. , Mabel M. Manist. Manual de Medicina de la Adolescencia, Serie Paltex; para ejecutores de Programas de Salud
- § Sileo Enriqueta, Thais Cabrera González Milán. Editorial ATEPROCA C.A. Caracas Venezuela, año 1998
- § Tratado de Medicina Interna de Cecil, 18ª edición Nueva Editorial Interamericana S.A. de C.V. año 1991
- § Unidad Nacional de Epidemiología de El Salvador. Enfermedades de Adolescentes año 2002, consolidado reporte epidemiológico
- § Unidad de Información año 2002. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, El Salvador. Diez Primeras Causas de Egreso Hospitalario por sexo
- § Unidad de Enfermería, Protocolos de Enfermería para el primero y segundo nivel de atención de salud, El Salvador C.A. año 2002
- § Way LW. Diagnóstico y Tratamiento Quirúrgico, 6ª edición 1989. El Manual Moderno.

# Anexo

---

**CLAP-OPS/OMS HISTORIA DEL ADOLESCENTE**

ESTABLECIMIENTO

H.C. No.

APELLIDO Y NOMBRE \_\_\_\_\_

FECHA DE NACIMIENTO

DOMICILIO \_\_\_\_\_

día	mes	año

LOCALIDAD \_\_\_\_\_ Código \_\_\_\_\_ TEL: \_\_\_\_\_ domicilio

LUGAR DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_ ESCUELA \_\_\_\_\_ mensaje

SEXO f  m

**CONSULTA PRINCIPAL**

No  Sí

FECHA  

día	mes	año

EDAD años meses  

años	meses

**ACOMPAÑANTE**

solo  madre  padre  ambos   
 pareja  amigo/a  pariente  otros

**ESTADO CIVIL**

soltero   
 unión estable   
 separado

Motivo de consulta según adolescente:

Motivo de consulta según acompañante:

1 

--	--	--	--

1 

--	--	--	--

2 

--	--	--	--

2 

--	--	--	--

3 

--	--	--	--

3 

--	--	--	--

Observaciones relevantes:

**ANTECEDENTES PERSONALES**

<b>PERINATALES</b> normales Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>CRECIMIENTO</b> normal Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>DESARROLLO</b> normal Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>VACUNAS</b> COMPLETAS Si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>ENFERMEDADES</b> CRONICAS no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	<b>ENFERMEDADES</b> INFECTO CONTAGIOSAS no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	<b>ACCIDENTES</b> INTOXICACION no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	<b>CIRUGIA</b> HOSPITALIZAC. no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	<b>USO DE</b> MEDICINA O SUSTANCIAS no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	<b>TRASTORNOS</b> PSICOLOGICOS no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	<b>MALTRATO</b> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	<b>JUDICIALES</b> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	<b>OTROS</b> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>
--	--	---	---	--	--	--	--	--	--	--	--	---

Observaciones

**ANTECEDENTES FAMILIARES**

<b>DIABETES</b> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	<b>OBESIDAD</b> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	<b>CARDIOVASC.</b> (HTA, cardiopatía, etc.) no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	<b>ALERGIA</b> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	<b>INFECCIONES</b> (TBC, VIH, etc.) no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	<b>TRASTORNOS</b> PSICOLOGICOS no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	<b>ALCOHOL</b> DROGAS no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	<b>VIOLENCIA</b> INTRAFAMILIAR no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	<b>MADRE</b> ADOLESC. no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	<b>JUDICIALES</b> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	<b>OTROS</b> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>
--	--	---	---	---	--	---	--	---	--	---

Observaciones

**FAMILIA**

**CONVIVE CON**

	No	En la casa	en el cuarto
madre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
padre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
madrastra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
padrastra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hermanos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pareja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hijo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
otros	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**NIVEL DE INSTRUCCION**

Padre o sustituto	Madre o sustituto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	analfabeto <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	prim. incomp. <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	primario <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	secund./técnico <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	univ./terciario <input type="checkbox"/>

**TIPO DE TRABAJO**

Padre o sustituto	Madre o sustituto
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	ninguno <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	no estable <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	estable <input type="checkbox"/>

**DIAGRAMA FAMILIAR**

**VIVIENDA**

Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
ENERGIA ELECTRICA
en el hogar <input type="checkbox"/> fuera del hogar <input type="checkbox"/>
AGUA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
EXCRETAS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
NUMERO DE CUARTOS <input type="text"/>

**VIVE**

	no	sí
en instituc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
en la calle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
solo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COMPARTE LA CAMA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**OCCUPACION:**

**PERCEPCION FAMILIAR POR EL ADOLESCENTE**  
 Buena  Regular  Mala  No hay relación

Observaciones



Este color significa ALERTA

<b>EDUCACION</b>	<b>NIVEL</b> No escolariz. <input type="checkbox"/> Prim. <input type="checkbox"/> Sec. <input type="checkbox"/> Univ. <input type="checkbox"/>	<b>GRADO CURSO</b> [ ][ ]	<b>AÑOS APROBADOS</b> [ ][ ]	<b>PROBLEMAS EN LA ESCUELA</b> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	<b>AÑOS REPETIDOS</b> <input type="checkbox"/> Causa _____	<b>DESERCION/ EXCLUSION</b> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Causa _____	<b>EDUCACION NO FORMAL</b> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Cual? _____
------------------	--	------------------------------	---------------------------------	---	---	--	---

Observaciones

<b>TRABAJO</b>	<b>ACTIVIDAD</b> <input type="checkbox"/> trabaja <input type="checkbox"/> busca 1a. vez <input type="checkbox"/> no y no busca <input type="checkbox"/> desocupado	<b>EDAD INICIO TRABAJO</b> años [ ][ ]	<b>TRABAJO</b> [ ][ ] horas por semana	<b>HORARIO DE TRABAJO</b> mañana <input type="checkbox"/> todo el día <input type="checkbox"/> tarde <input type="checkbox"/> noche <input type="checkbox"/> fin de semana <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	<b>RAZON DE TRABAJO</b> <input type="checkbox"/> económica <input type="checkbox"/> autonomía <input type="checkbox"/> me gusta otra <input type="checkbox"/> n/c	<b>TRABAJO LEGALIZADO</b> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	<b>TRABAJO INSALUBRE</b> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	<b>TIPO DE TRABAJO</b> _____ _____
----------------	---	---	---	---	---	---	--	--

Observaciones

<b>VIDA SOCIAL</b>	<b>ACEPTACION</b> aceptado <input type="checkbox"/> ignorado <input type="checkbox"/> rechazado <input type="checkbox"/> no sabe <input type="checkbox"/>	<b>NOVI/OA</b> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> <b>AMIGOS</b> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<b>ACTIVIDAD GRUPAL</b> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<b>DEPORTE</b> [ ][ ] horas por semana <b>TV</b> [ ][ ] horas por día	<b>OTRAS ACTIVIDADES</b> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Cuáles? _____
--------------------	---	---	--	--	--

Observaciones

<b>HABITOS</b>	<b>ALIMENTACION ADECUADA</b> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	<b>COMIDAS POR DIA</b> [ ][ ]	<b>COMIDAS POR DIA CON FAMILIA</b> [ ][ ]	<b>TABACO</b> [ ][ ] Cigarrillos por día	<b>EDAD INICIO TABACO</b> años [ ][ ]	<b>ALCOHOL</b> [ ][ ] equivalente a litros de cerveza por semana	<b>EDAD INICIO ALCOHOL</b> años [ ][ ]	<b>OTRO TOXICO</b> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Frecuencia y tipo _____	<b>CONDUCE VEHICULO</b> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Cuál? _____
----------------	---	----------------------------------	--	---	--	---	---	--	--

Observaciones

<b>GINECO-UROLOGICO</b>	<b>FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION</b> [ ][ ] No conoce <input type="checkbox"/> no corresp. <input type="checkbox"/> día [ ][ ] mes [ ][ ] año [ ][ ]	<b>CICLOS REGULARES</b> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	<b>DISMENORREA</b> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	<b>FLUJO PATOLOGICO/ SECRECION PENEANA</b> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	<b>ENFERMEDADES DE TRANSMISION SEXUAL</b> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> Cuál? _____	<b>EMBARAZOS</b> <input type="checkbox"/> <b>HIJOS</b> <input type="checkbox"/> <b>ABORTOS</b> <input type="checkbox"/>
-------------------------	---	---	--	---	--	---

Observaciones

<b>SEXUALIDAD</b>	<b>RELACIONES SEXUALES</b> no <input type="checkbox"/> hetero <input type="checkbox"/> homo <input type="checkbox"/> ambas <input type="checkbox"/>	<b>PAREJA</b> <input type="checkbox"/> pareja única <input type="checkbox"/> varias parejas <input type="checkbox"/> n/c	<b>EDAD INICIO REL. SEX.</b> años [ ][ ]	<b>PROBLEMAS EN REL. SEX.</b> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	<b>ANTICONCEPCION</b> <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> n/c	<b>CONDON</b> <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> n/c	<b>ABUSO SEXUAL</b> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>
-------------------	--	--	---	---	---	---	--

Observaciones

<b>SITUACION PSICOEMOCIONAL</b>	<b>IMAGEN CORPORAL</b> <input type="checkbox"/> conforme <input type="checkbox"/> crea preocupación <input type="checkbox"/> impide relación con los demás	<b>AUTO PERCEPCION</b> <input type="checkbox"/> alegre <input type="checkbox"/> triste <input type="checkbox"/> nervioso <input type="checkbox"/> muy tímido <input type="checkbox"/> otro	<b>REFERENTE ADULTO</b> <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> otro fam. <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> fuera del hogar <input type="checkbox"/> ninguno	<b>PROYECTOS DE VIDA</b> <input type="checkbox"/> confuso <input type="checkbox"/> claro <input type="checkbox"/> ausente
---------------------------------	--	--	--	---

Observaciones

<b>EXAMEN FISICO</b>	<b>PESO (Kg)</b> [ ][ ][ ] Centil peso/edad [ ][ ]	<b>TALLA (mm)</b> [ ][ ][ ] Centil talla/edad [ ][ ]	<b>PIEL Y FANERAS</b> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	<b>CABEZA</b> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	<b>AGUDEZA VISUAL</b> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	<b>AGUDEZA AUDITIVA</b> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	<b>BOCA Y DIENTES</b> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	<b>CUELLO Y TIROIDES</b> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	
<b>TORAX Y MAMAS</b> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	<b>CARDIO-PULMONAR</b> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	<b>PRESION ARTERIAL</b> [ ][ ]/[ ][ ] FRECUCENCIA CARDIACA [ ][ ] latidos/min.	<b>ABDOMEN</b> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	<b>GENITO-URINARIO</b> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	<b>TANNER</b> mamas <input type="checkbox"/> vello pub. <input type="checkbox"/> genitales <input type="checkbox"/>	<b>VOLUMEN TESTICULAR</b> Der. cm <sup>3</sup> [ ][ ] lzzg. [ ][ ]	<b>COLUMNA</b> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	<b>EXTREMIDADES</b> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	<b>NEUROLOGICO</b> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>

Observaciones

<b>IMPRESION DIAGNOSTICA INTEGRAL</b>	[ ][ ][ ]
	[ ][ ][ ]

<b>INDICACIONES E INTERCONSULTAS</b>	[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]	[ ][ ][ ]
Responsable	[ ][ ][ ]	Fecha próxima visita	[ ][ ][ ] día [ ][ ] mes [ ][ ] año

**APELLIDO Y NOMBRE** \_\_\_\_\_ SEXO masculino  femenino   
**N° Consulta de Salud Reproductiva** \_\_\_\_\_ **EDAD** años \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ **Fecha de última consulta principal** día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_  
**FECHA** día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_ **Referido por:** \_\_\_\_\_  
**ACTIVIDAD** trabaja  busca 1ª vez  no, y no busca  desocupado  **TRABAJO** horas por semana \_\_\_\_\_ **ESTADO CIVIL** soltero  unión estable  separado   
**Fecha última menstruación**  no conoce  no corresponde día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año \_\_\_\_\_

**Motivos de consulta:**  
 1 \_\_\_\_\_  
 2 \_\_\_\_\_  
 3 \_\_\_\_\_

**DESARROLLO PUBERAL** **MUJER** **HOMBRE**  
**TELARQUIA** años \_\_\_\_\_ no  **PUBARQUIA** años \_\_\_\_\_ no  **VELLO AXILAR** años \_\_\_\_\_ no  **MENARQUIA** años \_\_\_\_\_ no  **PUBARQUIA** años \_\_\_\_\_ no  **VELLO AXILAR** años \_\_\_\_\_ no  **POLUCION desde** años \_\_\_\_\_ no   
**RITMO MENSTRUAL** días \_\_\_\_\_ **CANTIDAD** escaso  abundante  regular  n/c  **COAGULOS** si  no   
**DOLOR MENSTRUAL** no  s'  premenstrual  menstrual  postmenstrual  **no MASTODINA** s'   
**Otras molestias:** \_\_\_\_\_

**SEXUALIDAD** Fuente de información: \_\_\_\_\_ Calidad de la información:  Suficiente  Insuficiente  Ninguna  
**PAREJA ACTUAL** no  si  **TIEMPO DE RELACION** años \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ **EDAD PAREJA** años \_\_\_\_\_ **ACTIVIDAD DE LA PAREJA** trabaja  busca 1ª vez  no, y no busca  desocupado  **TRABAJO DE LA PAREJA** horas por semana \_\_\_\_\_ **ESTADO CIVIL DE LA PAREJA** soltero  unión estable  separado  **NIVEL DE EDUCACION DE LA PAREJA** no escolariz.  secundario  primario  universitario   
**EDAD INICIO** Pareja no sexual años \_\_\_\_\_ Pareja sexual años \_\_\_\_\_ **TIPO EXPERIENCIA SEXUAL** no  vaginal  oral  anal  **NIVEL ACTIVIDAD SEXUAL (pareja actual)** no  I  II  III  IV  V  Petting  **FRECUENCIA COITAL (pareja actual)** veces \_\_\_\_\_ día \_\_\_\_\_ semana \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ **NIVEL ACTIVIDAD SEXUAL (parejas pasadas)** no  I  II  III  IV  V  Petting  **NUMERO DE PAREJAS SEXUALES (petting IV)** \_\_\_\_\_  
**MASTURBACION** no  si  años (inicio) \_\_\_\_\_ veces \_\_\_\_\_ día \_\_\_\_\_ semana \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ **Observaciones:** \_\_\_\_\_

**ABUSO SEXUAL** **Abuso sexual** no  único  reiterado  **Tipo de abuso** \_\_\_\_\_ **¿Quién?** \_\_\_\_\_ **Edad agresor** años \_\_\_\_\_ **Cantidad de agresores** \_\_\_\_\_ **Edad inicio del abuso** años \_\_\_\_\_ **Tiempo** años \_\_\_\_\_ meses \_\_\_\_\_ semanas \_\_\_\_\_ **TRATAMIENTO** No  En curso  Cumplido   
**Denuncia n/c del abuso** no  si  **¿Dónde?** \_\_\_\_\_ **Observaciones:** \_\_\_\_\_

MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS	CONOCE M.A.C.		HA USADO ANTES		USO ACTUAL		FRACASO		TEMOR AL USO		INDICADO POR:			
	si	no	no	siempre a veces	si	no a veces	si (embarazo)	no	si	no	médico	autoindicado	amigo/a	otro
EMBARAZO CON USO de MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS														
Coito Interrumpido														
Ogino-Knauss (Calendario)														
Temperatura basal														
Bililings														
Condón														
Diafragma														
Espermicidas														
Horm. Oral (píldora)														
Horm. iny. depósito														
Horm. iny. mensuales														
Horm. subcutáneos														
Píldora día siguiente														
D.I.U.														
Esterilización fem.														
Esterilización masc.														
Lavado vaginal														
¿CUAL? _____														
OTROS:														

Razón de su NO usq en adolescentes con experiencia sexual: \_\_\_\_\_

Este color significa ALERTA

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

<b>E.T.S.</b>	¿Tiene alguna?	¿Ha tenido alguna?	Tratamiento
	¿Conoce alguna? no <input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/> ¿cuales? _____ _____	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> ¿cuál? _____ Pareja actual ¿tiene alguna? n/c <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/> ¿cuál? _____	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> ¿cuál? _____ n/c <input type="checkbox"/> Pareja actual ¿ha tenido alguna? n/c <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> ¿cuál? _____

Observaciones:

<b>FECUNDIDAD</b>		Patología en embarazo	PESO
EMBARAZOS <input type="checkbox"/> = <input type="checkbox"/> abortos + <input type="checkbox"/> esp. + <input type="checkbox"/> provocados + <input type="checkbox"/> emb. ectópico EMBARAZO ACTUAL <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/> no nacimientos <input type="checkbox"/> nac. vivos + <input type="checkbox"/> nac. muertos	Edad 1er. embarazo <input type="text"/> años Edad 1er. parto <input type="text"/> años	no <input type="checkbox"/> si <input checked="" type="checkbox"/> ¿Cuál? _____ Hospitalizaciones <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> si Infecciones <input type="checkbox"/> no <input checked="" type="checkbox"/> si	1er R.N. <input type="text"/> g 2do R.N. <input type="text"/> g 3er R.N. <input type="text"/> g 4to R.N. <input type="text"/> g
Lactancia actual <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/> no	Lactancia pasada <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/> no	Máxima lactancia <input type="text"/> meses	Mínima lactancia <input type="text"/> meses
		Regulación menstrual <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	n/c = no corresponde

Observaciones:

<b>EXAMEN FISICO</b>	PATRON DE VELLO CORPORAL normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>		Completar el examen fisico en el formulario HdA - Consulta Principal	
<b>GENITO-URINARIO</b>	Actual	MOLESTIAS	SECRECION URETRAL	Actual
FLUJO VAGINAL antes no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> OLOR no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> COLOR _____	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> escaso <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> abundante <input type="checkbox"/> n/c DURACION <input type="text"/> días	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> prurito <input type="checkbox"/> ardor TRATAMIENTO <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si	antes no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> OLOR no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> COLOR _____	<input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> escaso <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> abundante <input type="checkbox"/> n/c DURACION <input type="text"/> días MOLESTIAS <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> prurito <input checked="" type="checkbox"/> ardor TRATAMIENTO <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si

<b>EXAMEN GINECOLOGICO</b>										Toma de muestras	
TANNER	VULVA	CLITORIS	HIMEN	VAGINA	CUELLO UTERINO	CUERPO UTERINO	TACTO VAGINAL	TACTO RECTAL	ANEXO IZQ.	ANEXO DER.	EXAMEN MAMARIO
mamas <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/>
vello <input type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>	no se hizo <input type="checkbox"/>	no se hizo <input type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>

<b>EXAMEN GENITAL MASCULINO</b>							Observaciones:	
TANNER	PENE CUERPO	GLANDE	PREPUCIO	SECRECION	ESCROTO	TESTICULO DERECHO	TESTICULO IZQUIERDO	EXAMEN MAMARIO
genitales <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/>	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/>	normal <input type="checkbox"/>
vello <input type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>		anormal <input type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>	anormal <input type="checkbox"/>

Inspección y palpación detectando varicocele, hidrocele, criptorquidia o tumores:

<b>EXAMENES COMPLEMENTARIOS</b>											
Hemograma	Urocult. y antibiogr.	Nitrógeno ureico	HIV	Examen flujo vaginal	Radiografía						
Sedimento urinario	Uremia	Perfil lipídico	Papanicolaou	Cultivo flujo vaginal	Ecografía						
Químico de orina	Glicemia	VDRL u otro	Test. de Schiller	Perfil hormonal	Colposcopia						
pedido	pedido	pedido	pedido	pedido	pedido						
res. adj.	resultado adjunto	resultado adjunto	resultado adjunto	resultado adjunto	resultado adjunto						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Diagnósticos	Tratamientos:										
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						

Observaciones, indicaciones e interconsultas

Responsable \_\_\_\_\_ Fecha Próxima visita \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ día \_\_\_\_\_ mes \_\_\_\_\_ año

Este color significa ALERTA



**CLAP-OPS/OMS HISTORIA DEL ADOLESCENTE - EVOLUCION** ESTABLECIMIENTO \_\_\_\_\_ H C N° \_\_\_\_\_

<b>EVOLUCION</b> N° _____		<b>EDAD</b> años _____ meses _____		<b>ACOMPAÑANTE</b> solo <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> ambos <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> amigo/a <input type="checkbox"/> pariente <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>				<b>ESTADO CIVIL</b> soltero <input type="checkbox"/> unión estable <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/>		<b>FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION</b> <input type="checkbox"/> No conoce <input type="checkbox"/> no corresponde. dia _____ mes _____ año _____		
FECHA dia _____ 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 Der. _____ cm <sup>3</sup> Izq. _____	
Motivos de consulta según adolescente:				Motivos de consulta según acompañante:								
1 _____				1 _____								
2 _____				2 _____								
3 _____				3 _____								
CAMBIOS RELEVANTES/OBSERVACIONES												
DIAGNOSTICO INTEGRAL												
INDICACIONES E INTERCONSULTAS												
Responsable _____										Fecha próxima visita _____		

<b>EVOLUCION</b> N° _____		<b>EDAD</b> años _____ meses _____		<b>ACOMPAÑANTE</b> solo <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> ambos <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> amigo/a <input type="checkbox"/> pariente <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>				<b>ESTADO CIVIL</b> soltero <input type="checkbox"/> unión estable <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/>		<b>FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION</b> <input type="checkbox"/> No conoce <input type="checkbox"/> no corresponde. dia _____ mes _____ año _____		
FECHA dia _____ 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 Der. _____ cm <sup>3</sup> Izq. _____	
Motivos de consulta según adolescente:				Motivos de consulta según acompañante:								
1 _____				1 _____								
2 _____				2 _____								
3 _____				3 _____								
CAMBIOS RELEVANTES/OBSERVACIONES												
DIAGNOSTICO INTEGRAL												
INDICACIONES E INTERCONSULTAS												
Responsable _____										Fecha próxima visita _____		

<b>EVOLUCION</b> N° _____		<b>EDAD</b> años _____ meses _____		<b>ACOMPAÑANTE</b> solo <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> ambos <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> amigo/a <input type="checkbox"/> pariente <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>				<b>ESTADO CIVIL</b> soltero <input type="checkbox"/> unión estable <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/>		<b>FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION</b> <input type="checkbox"/> No conoce <input type="checkbox"/> no corresponde. dia _____ mes _____ año _____		
FECHA dia _____ 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 Der. _____ cm <sup>3</sup> Izq. _____	
Motivos de consulta según adolescente:				Motivos de consulta según acompañante:								
1 _____				1 _____								
2 _____				2 _____								
3 _____				3 _____								
CAMBIOS RELEVANTES/OBSERVACIONES												
DIAGNOSTICO INTEGRAL												
INDICACIONES E INTERCONSULTAS												
Responsable _____										Fecha próxima visita _____		

CLP96020-A

**CLAP-OPS/OMS HISTORIA DEL ADOLESCENTE - EVOLUCION** ESTABLECIMIENTO: \_\_\_\_\_ H. C. Nº: \_\_\_\_\_

<b>EVOLUCION</b> Nº: _____		<b>EDAD</b> años: _____ meses: _____		<b>ACOMPAÑANTE</b> solo <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> ambos <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> amigo/a <input type="checkbox"/> pariente <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>				<b>ESTADO CIVIL</b> soltero <input type="checkbox"/> unión estable <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/>			<b>FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION</b> <input type="checkbox"/> No conoce <input type="checkbox"/> no corresponde. dia: _____ mes: _____ año: _____						
FECHA: dia _____ 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: _____ Der: _____ cm <sup>3</sup> Izq: _____	
Motivos de consulta según adolescente:								Motivos de consulta según acompañante:									
1 _____								1 _____									
2 _____								2 _____									
3 _____								3 _____									
CAMBIOS RELEVANTES/OBSERVACIONES																	
DIAGNOSTICO INTEGRAL																	
INDICACIONES E INTERCONSULTAS																	
Responsable: _____															Fecha próxima visita: _____		

<b>EVOLUCION</b> Nº: _____		<b>EDAD</b> años: _____ meses: _____		<b>ACOMPAÑANTE</b> solo <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> ambos <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> amigo/a <input type="checkbox"/> pariente <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>				<b>ESTADO CIVIL</b> soltero <input type="checkbox"/> unión estable <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/>			<b>FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION</b> <input type="checkbox"/> No conoce <input type="checkbox"/> no corresponde. dia: _____ mes: _____ año: _____						
FECHA: dia _____ 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: _____ Der: _____ cm <sup>3</sup> Izq: _____	
Motivos de consulta según adolescente:								Motivos de consulta según acompañante:									
1 _____								1 _____									
2 _____								2 _____									
3 _____								3 _____									
CAMBIOS RELEVANTES/OBSERVACIONES																	
DIAGNOSTICO INTEGRAL																	
INDICACIONES E INTERCONSULTAS																	
Responsable: _____															Fecha próxima visita: _____		

<b>EVOLUCION</b> Nº: _____		<b>EDAD</b> años: _____ meses: _____		<b>ACOMPAÑANTE</b> solo <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> ambos <input type="checkbox"/> pareja <input type="checkbox"/> amigo/a <input type="checkbox"/> pariente <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/>				<b>ESTADO CIVIL</b> soltero <input type="checkbox"/> unión estable <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/>			<b>FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION</b> <input type="checkbox"/> No conoce <input type="checkbox"/> no corresponde. dia: _____ mes: _____ año: _____						
FECHA: dia _____ 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: _____ Der: _____ cm <sup>3</sup> Izq: _____	
Motivos de consulta según adolescente:								Motivos de consulta según acompañante:									
1 _____								1 _____									
2 _____								2 _____									
3 _____								3 _____									
CAMBIOS RELEVANTES/OBSERVACIONES																	
DIAGNOSTICO INTEGRAL																	
INDICACIONES E INTERCONSULTAS																	
Responsable: _____															Fecha próxima visita: _____		

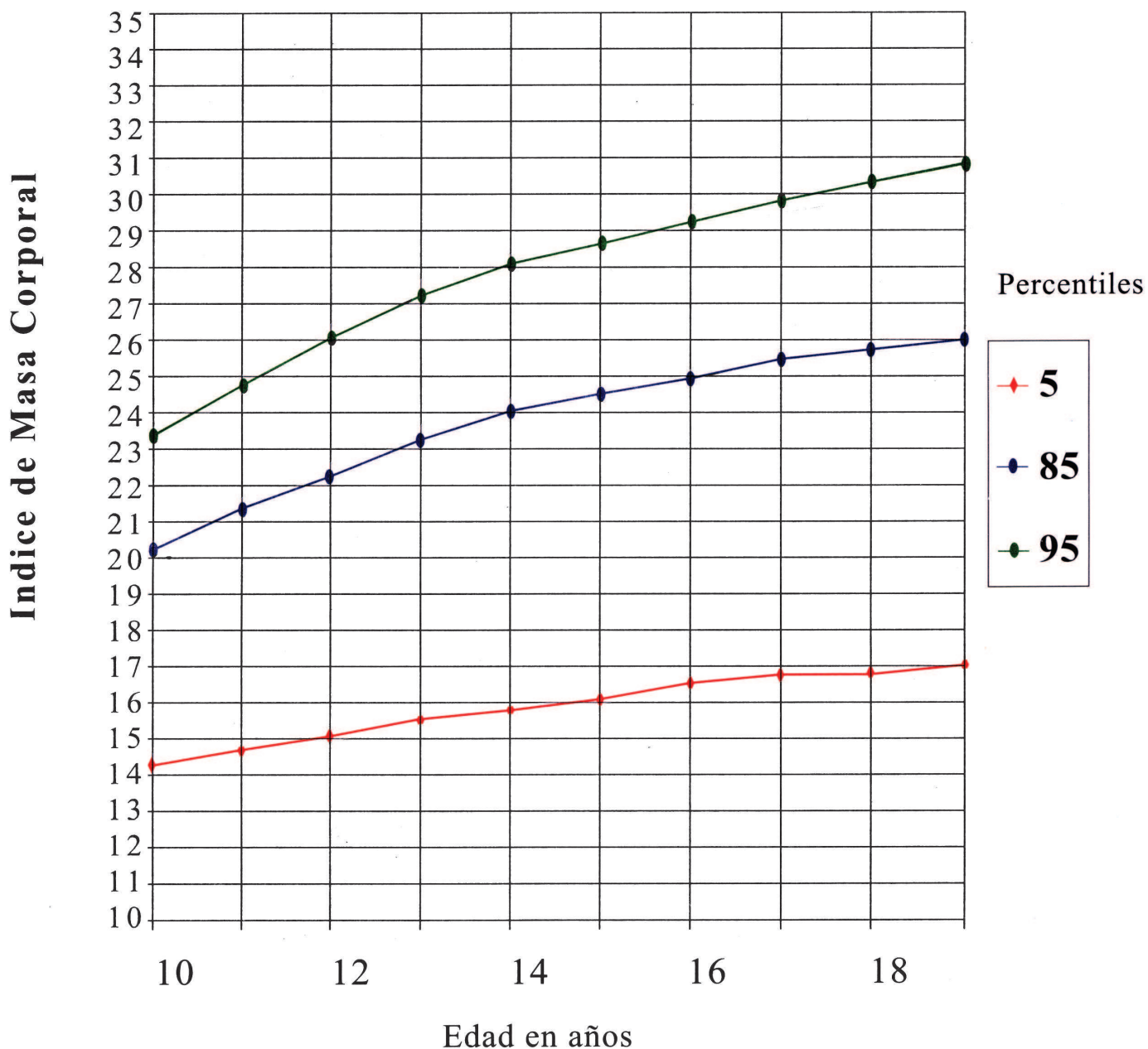
CLP/98/020-A



GERENCIA DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD DE ADOLESCENTES

Evaluación del Estado Nutricional Según Índice de Masa Corporal  
Mujeres de 10-19 años

Nombre: \_\_\_\_\_ No de expediente \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Establecimiento \_\_\_\_\_  
Fecha de Primera Consulta: \_\_\_\_\_



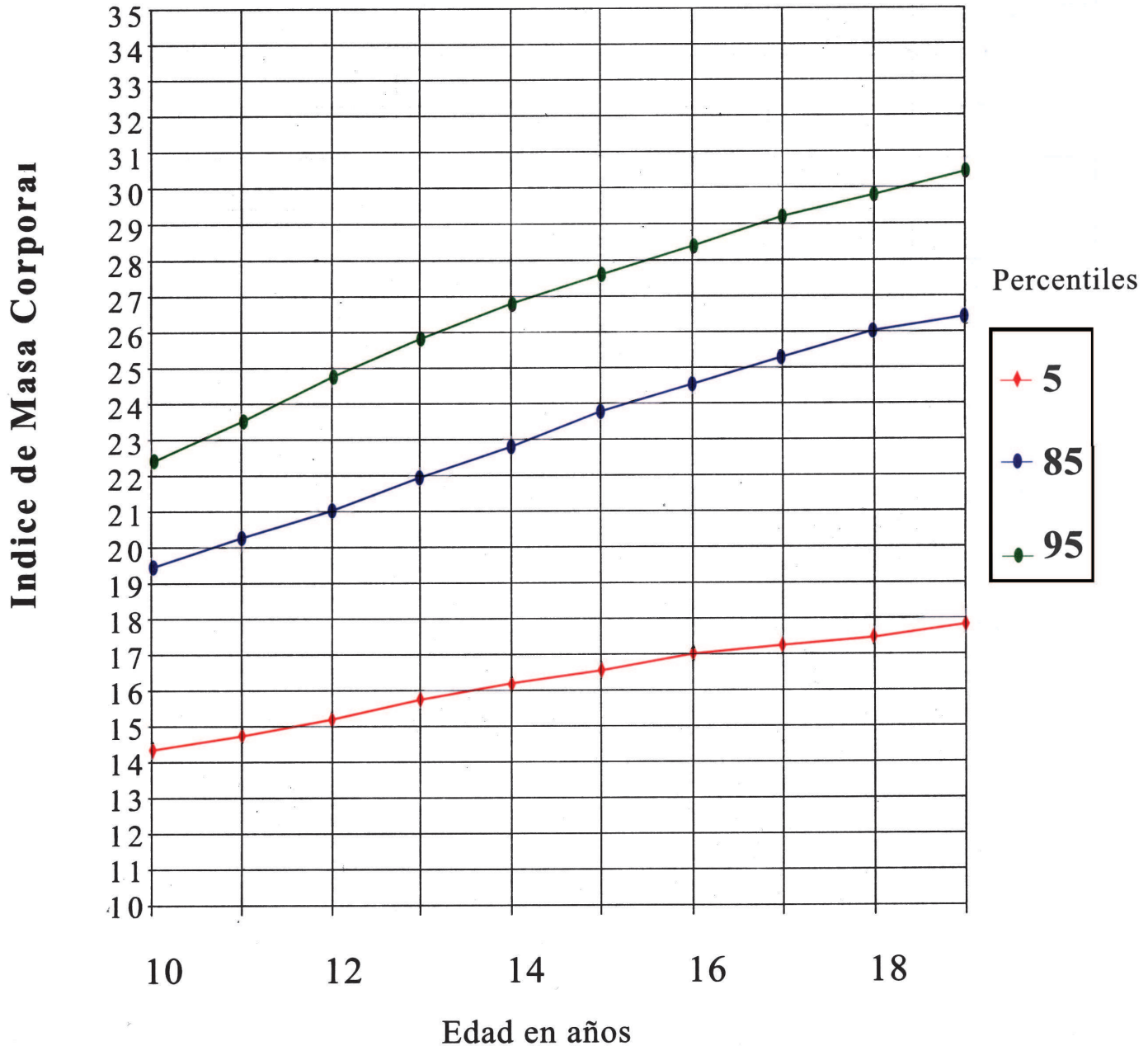




GERENCIA DE ATENCION INTEGRAL EN SALUD DE ADOLESCENTES

Evaluación del Estado Nutricional Según Índice de Masa Corporal  
Hombres de 10-19 años

Nombre: \_\_\_\_\_ No de expediente \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Establecimiento \_\_\_\_\_  
Fecha de Primera Consulta: \_\_\_\_\_



Fuente: Must et al, Am J Clin Nutr, 1991; 54:773,

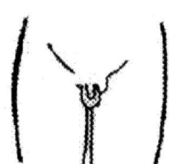
Basado en NCHS (NHANES I), 1973



# TABLA DE DESARROLLO

(Adaptado de Tanner, J., Growth at adolescence)

## MASCULINO



Aspecto infantil



Vello escaso, lacio, poco pigmentado, localizado en la base del pene E.P.: 13.4.



Vello escaso, poco rizado, más pigmentado, grueso, extendido lateralmente E.P.: 13.9



Vello pubiano tipo adulto, oscuro, rizado grueso y abundante, pero limitado al pubis E.P.: 14.1.



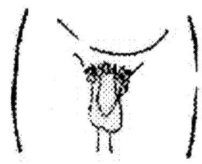
Vello pubiano tipo adulto con distribución romboidal, que se extiende hasta la cara de los muslos E.P.:15.2



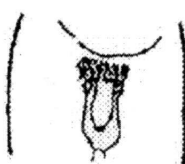
Aspecto infantil



Volumen testicular, mayor 3 ml; cambios en la textura y la cooperación del escroto. E.P.: 11.6



Pene aumentado en longitud, con poco aumento en grosor del mismo. Escroto y testículos aumentados de tamaño. Piel escrotal más oscura, gruesa y rugosa. E.P.: 12.8.



Pene aduentado en longitud como en grosor; desarrollo del glande; continúa crecimiento de testículo y escroto, con aumento de pigmentación en este último E.P.:13.7

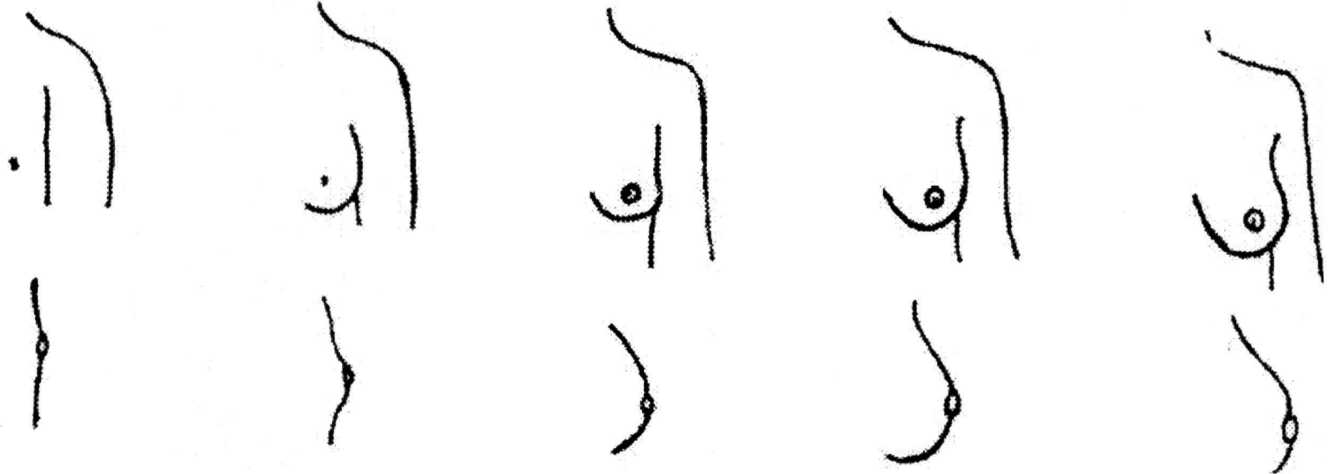


Genitales con características de adulto. E.P.: 14.9



# TABLA DE DESARROLLO (Adaptado de Tanner, J., Growth at adolescence)

## FEMENINO



Aspecto infantil

Brote mamario; areola aumentada de diámetro y pigmentado; ésta y el pezón elevado forman un montículo.

Continúa el crecimiento con elevación de mama y areola de un mismo plano; aspecto similar a la mama adulta pero más pequeña.

Continúa el crecimiento; la areola y el pezón sobresalen del resto de la pirámide mamaria como una segunda elevación.

Mama de configuración adulta, no hay separación de la areola del resto de la pirámide mamaria que está en un mismo plano sólo se proyecta el pezón.

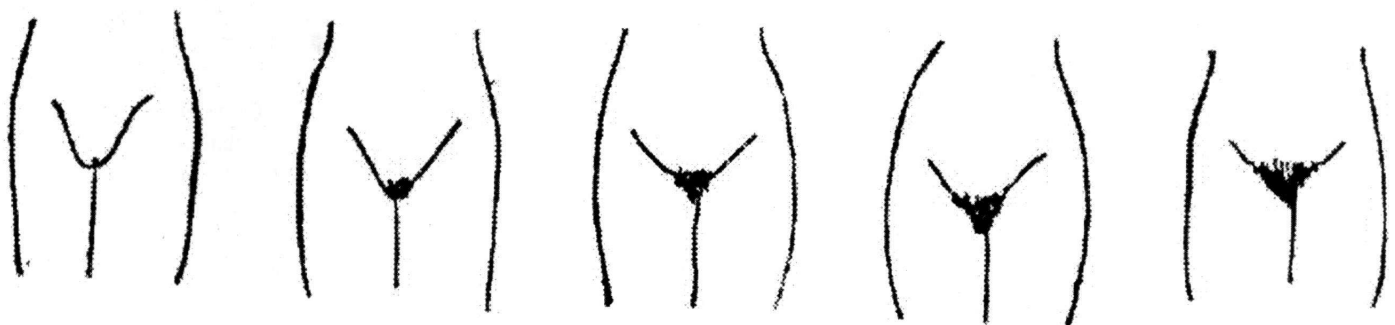
Edad promedia:

11.5

12.5

14.14

15.4



Vello escaso, lacio. Poco pigmentado, localizado en la base de los labios mayores.

Vello escaso, poco rizado, más pigmentado, grueso, esparcido hacia el pubis.

Vello tipo adulto obscuro, rizado, grueso y abundante, pero limitado al pubis

Vello pubiano tipo adulto, con distribución triangular que se extiende hasta la cara interna de los muslos.

E.P. Edad Promedio









