PROBLEMAS DE SALUD RELACIONADOS CON EL SISTEMA GENITOURINARIO

CAPITULO 13

Documento Derogado

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: → **INFECCION URINARIA** (10% gérmenes/ml orina)

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

- 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

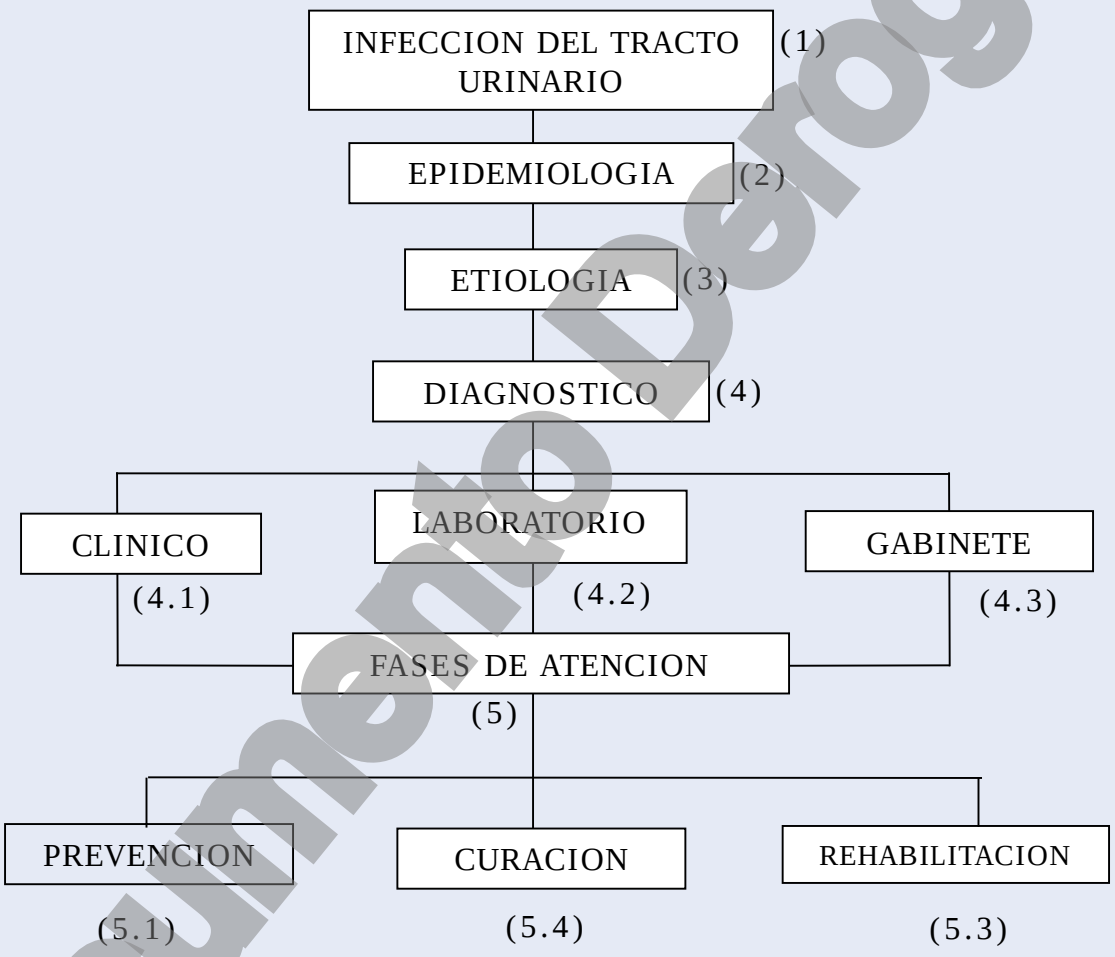
Las personas severamente enfermas con complicación tales como:

- 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.

Documento Derogado

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



Documento Derogado

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 aparecimiento 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.

Documento Prorogado

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 diagnostica.

● 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 cuenten 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

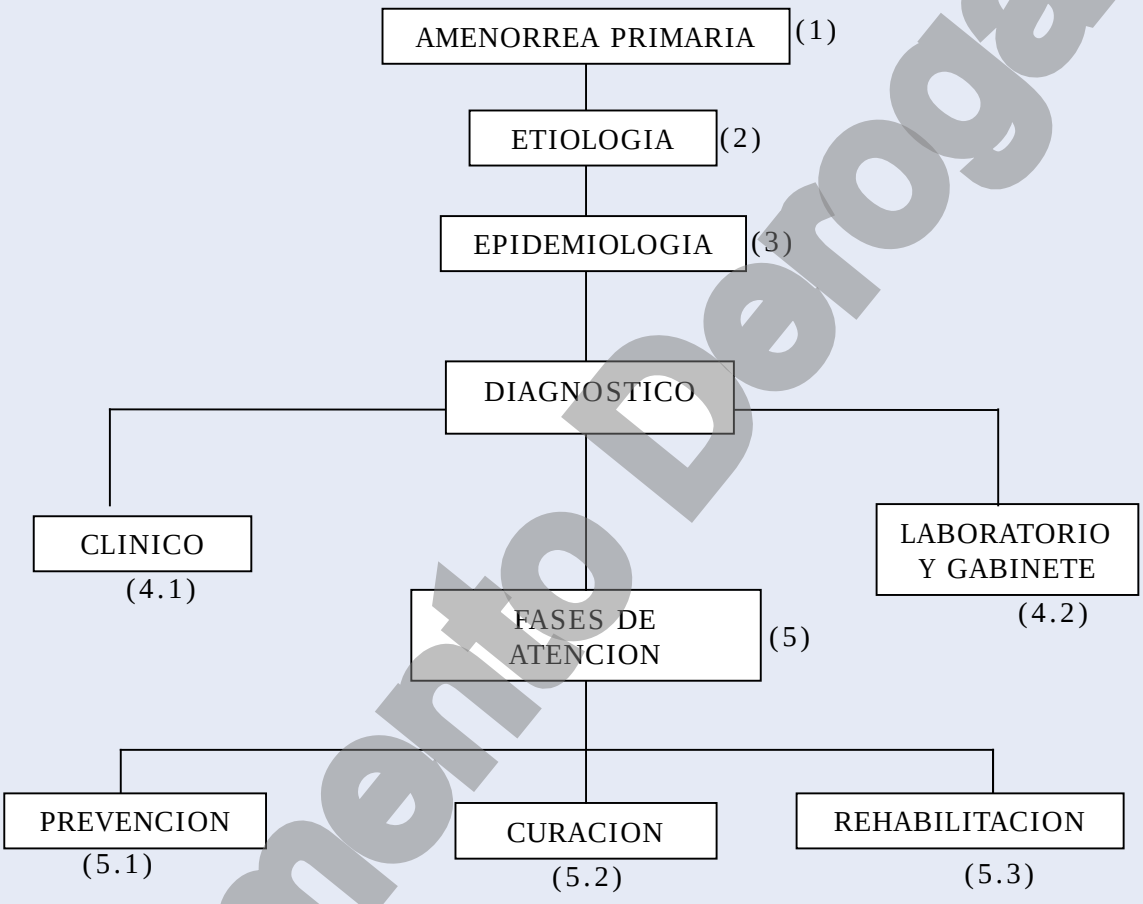
5.2 Curación

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

Documento Derogado



Documento Derogado

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

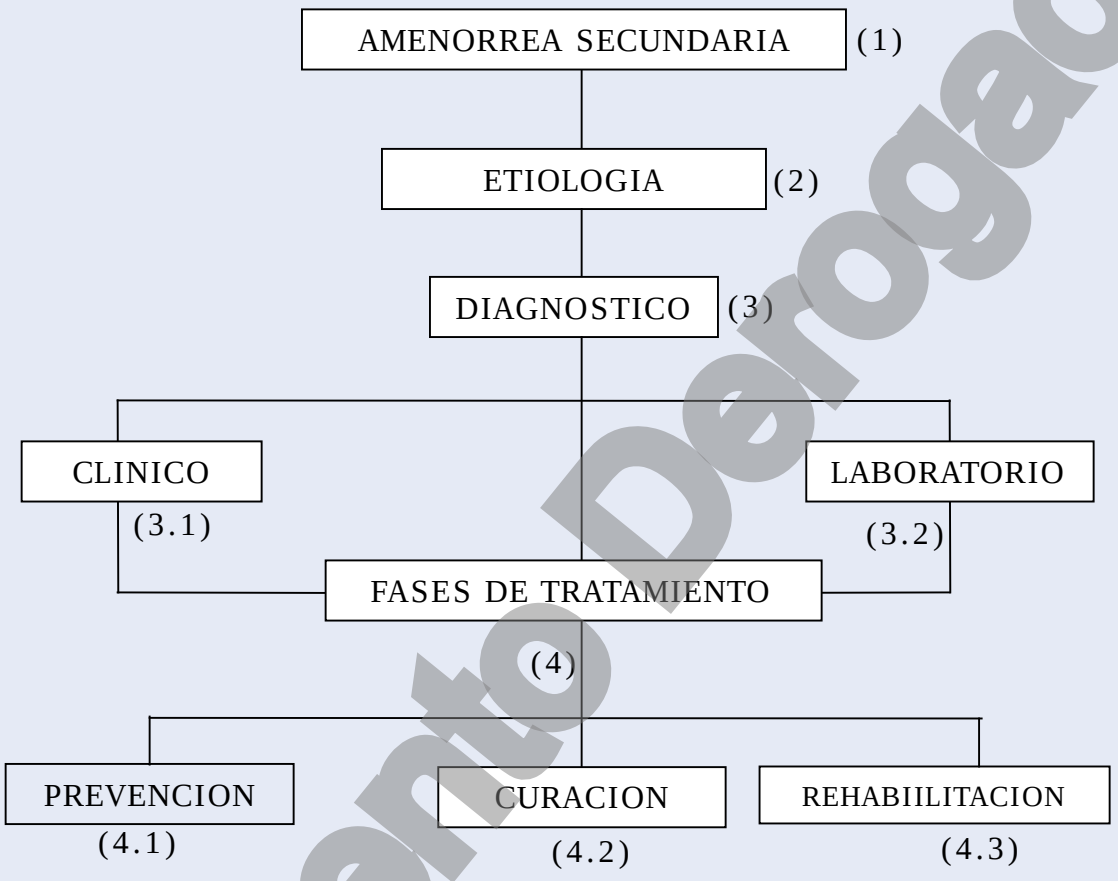
Realizar un examen físico completo: Tomar signos vitales, medidas antropométricas de maduración sexual, historia menstrual previa.
Conocer si hay vida sexual activa, uso inadecuado de anticonceptivos y descartar embarazo.

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

Documento Borrador



Documento Derogado

DISMENORREA

1. DISMENORREA

Es el aparecimiento 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.

Documento Derogado

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 laparoscopía

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.

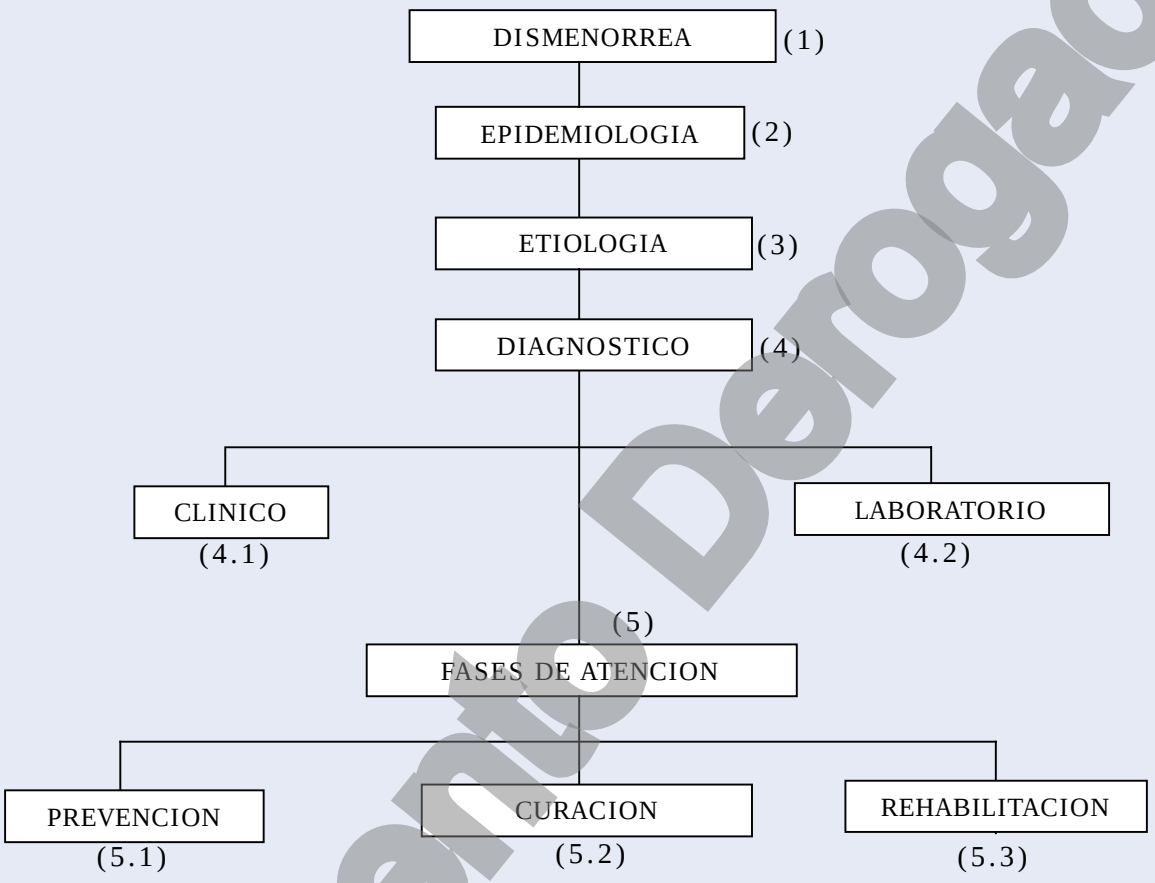
El tratamiento médico **inicia**l puede comprender **analgésicos como aspirina y acetaminofem,** si ambas **no son eficaces**, proceder al uso de **antiinflamatorios no esterorideos vía oral pre e intramenstrual** (3 días antes de regla y primer y segundo día de menstruación todos los meses), referir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

Documento Derogado



Documento Derogado

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.

● **Polimenorrrea**: 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.

Documento Derogado

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.

Documento Derogado

4.2.3 Polimenorrea, menometrorragia y sangrado intermenstrual:

- Anticonceptivos orales combinados de baja dosis en forma cíclica.

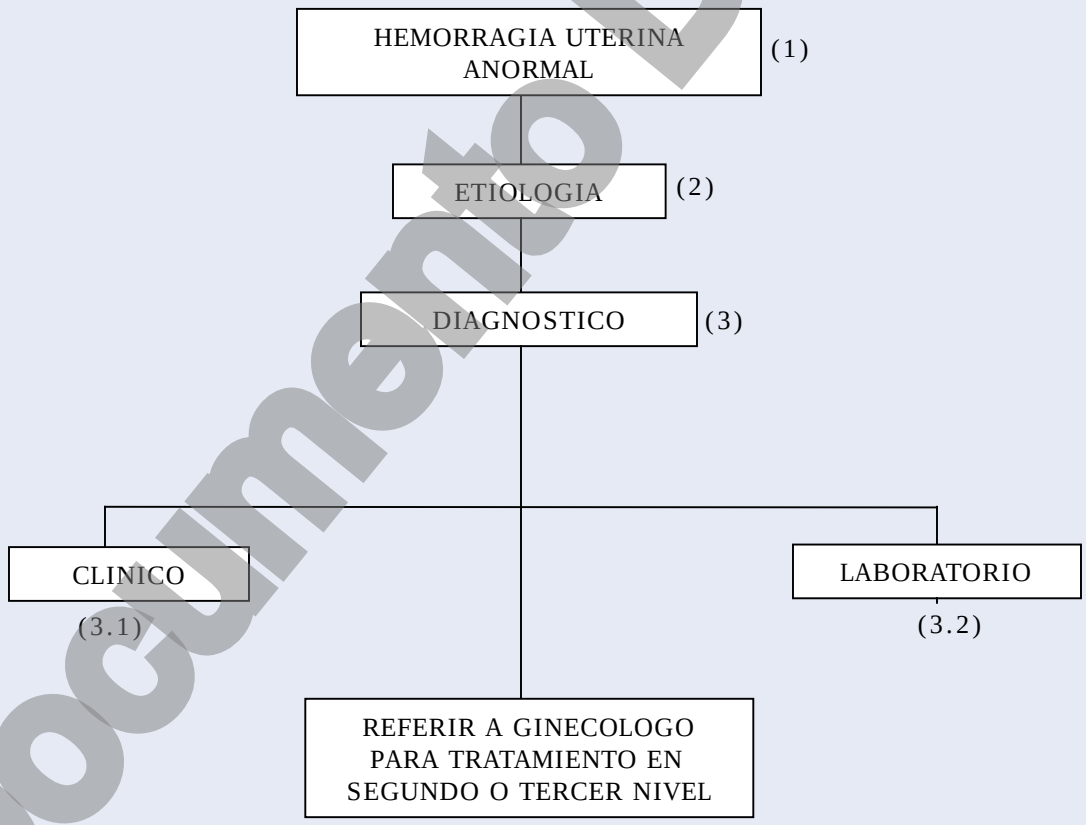
Toda adolescente con trastornos menstruales que no pueda ser tratada en primer nivel deberá ser referida al nivel de mayor complejidad, apoyo psicológico a la adolescente y su familia

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



Documento Derogado

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 progestacionales 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 esta 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).

Documento Borrador

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.

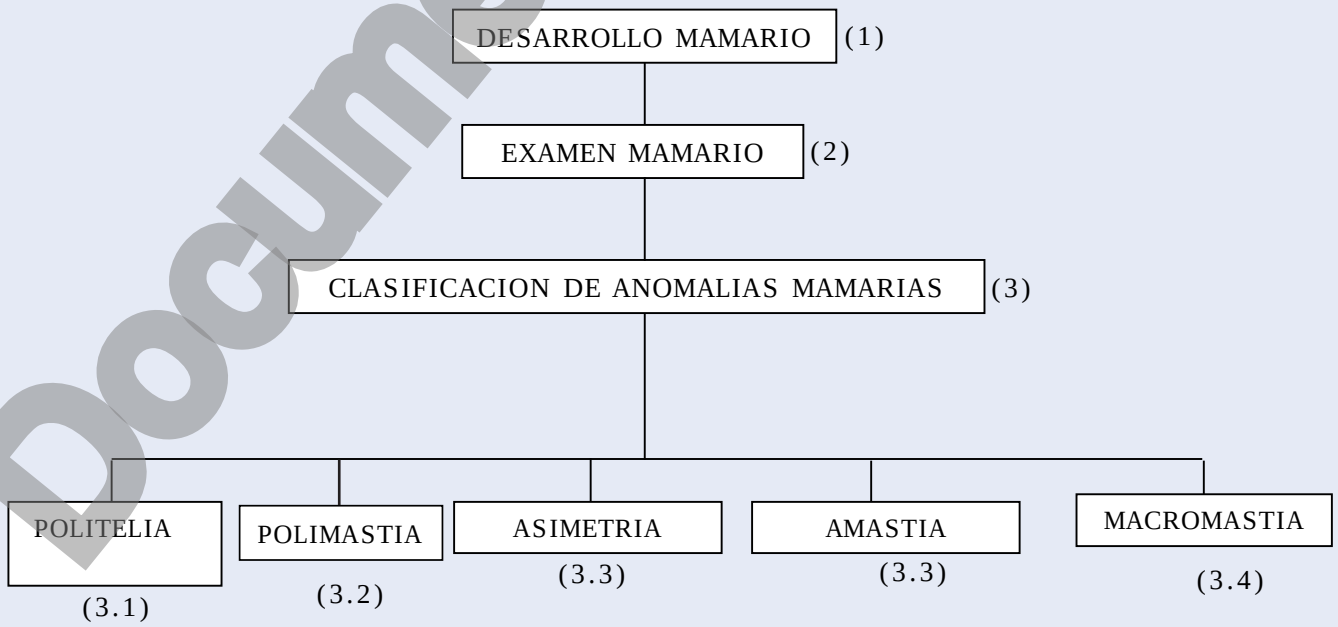
3.5 Anomalías del Tamaño de la mama:

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



Documento Personal

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 parlodel.

- La macrosmastia tambien 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 mas 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 triciclícos, 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.

Documento Derogado

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 estafilocóccica y el tratamiento consiste en la administración de antibióticos de amplio espectro, en caso que la lesión se haga fluctuante y no se

Documento Derogado

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

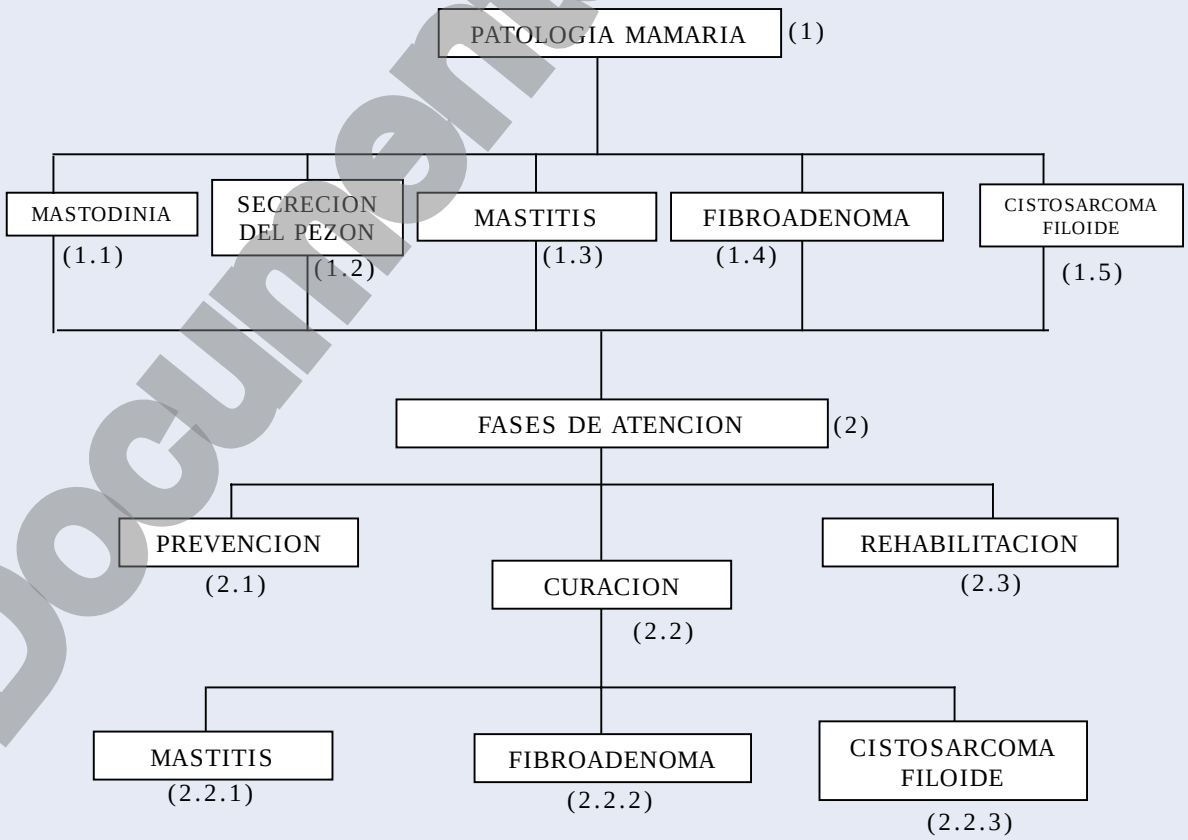
2.2.3 Cistosarcoma Filoides

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



Documento Derogado

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

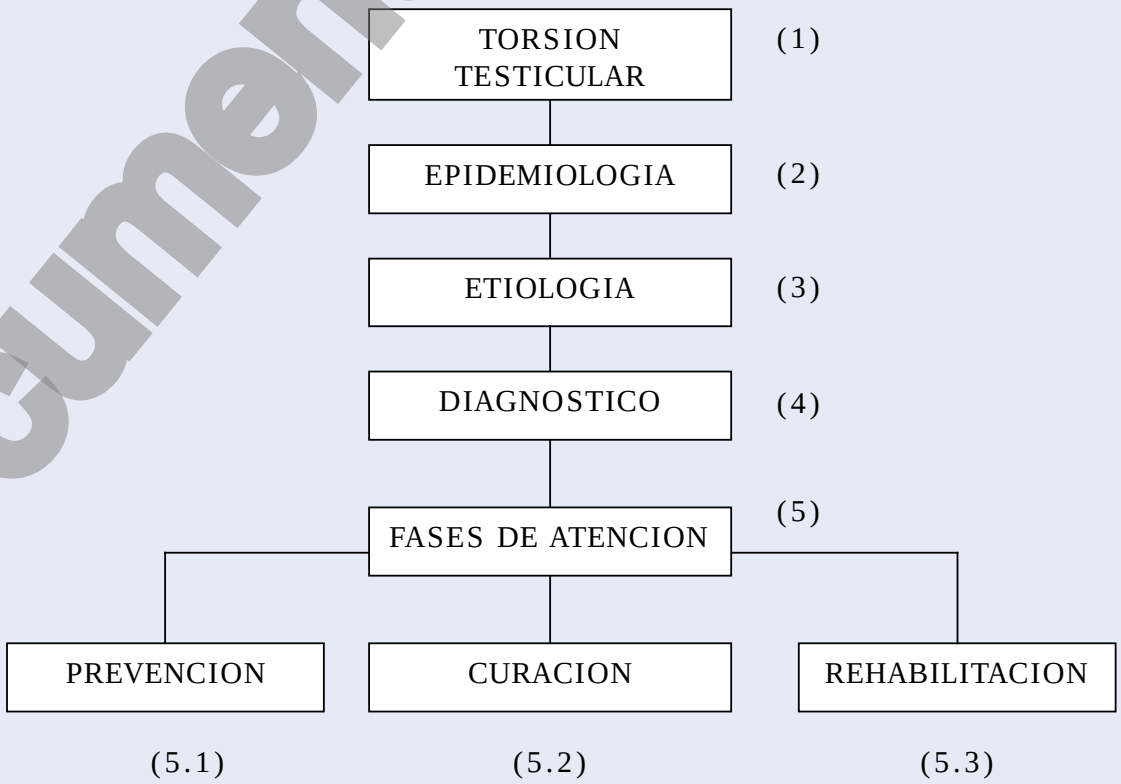
Recomendar la utilización de ropa interior que mantengan los testículos en elevación adecuada y la realización de auto examen genital para verificar el descenso testicular adecuado.
Ante la presencia de sintomatología sugestiva consultar inmediatamente.

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.



Documento Derogado

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

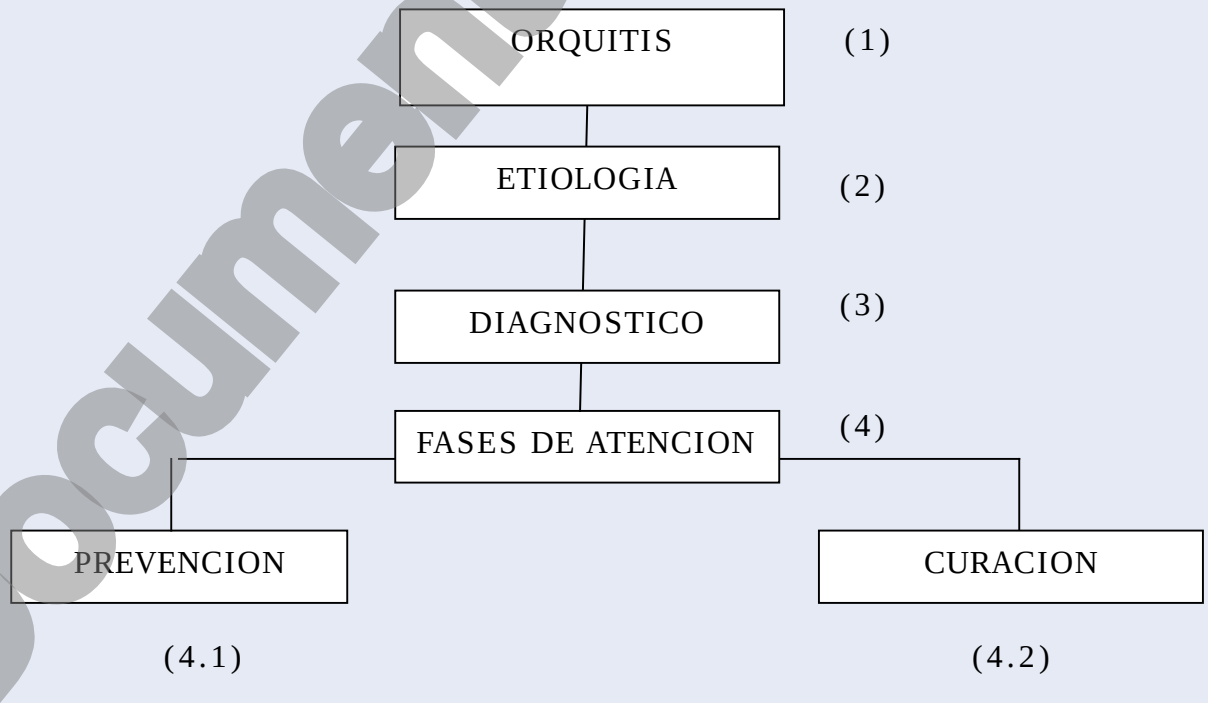
Orientar al adolescente sobre prácticas sexuales saludables y prevención de enfermedades asociadas.

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.



Documento Derogado

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 gonorrheae*.

5. FASES DE ATENCION

5.1 Prevención

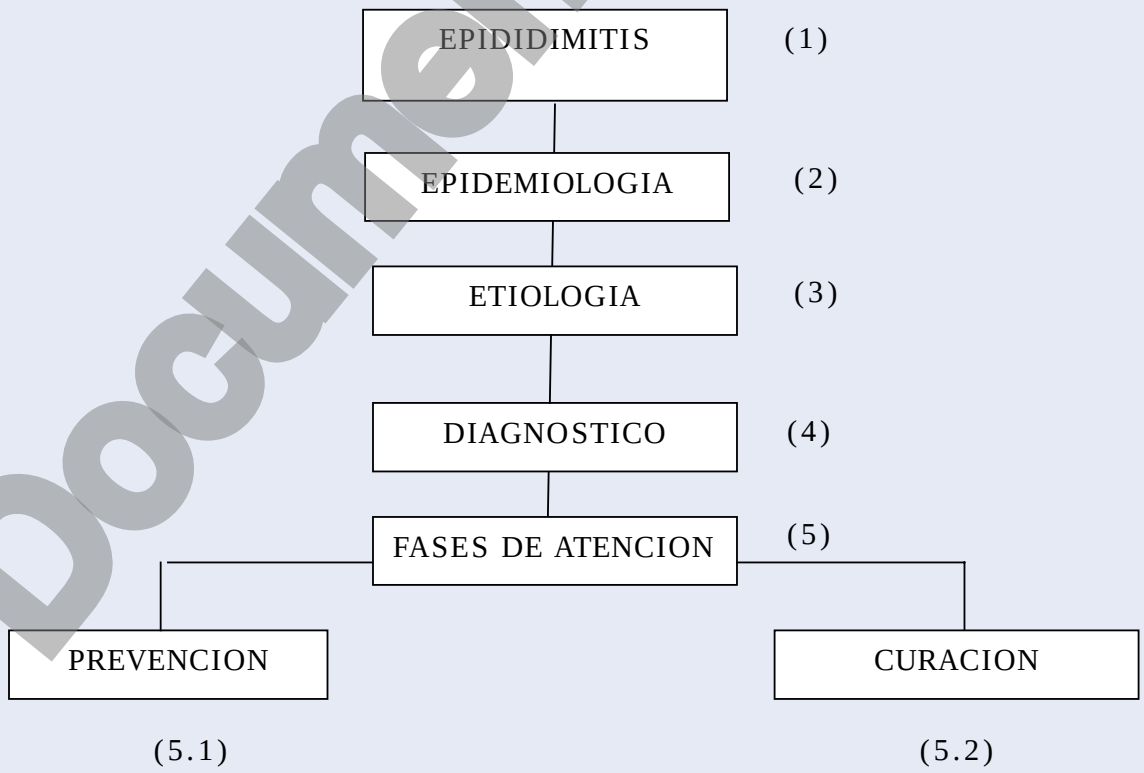
Orientar al adolescente sobre prácticas sexuales saludables y prevención de enfermedades asociadas.

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.



Documento Derogado

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: antinflamatorios 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.

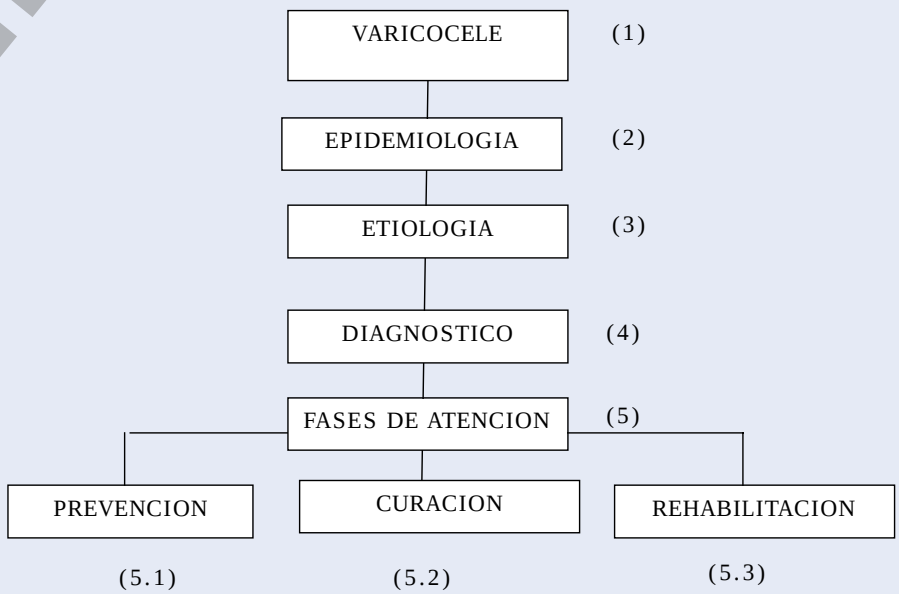
5.3 Rehabilitación:

● 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.



Documento Derogado

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

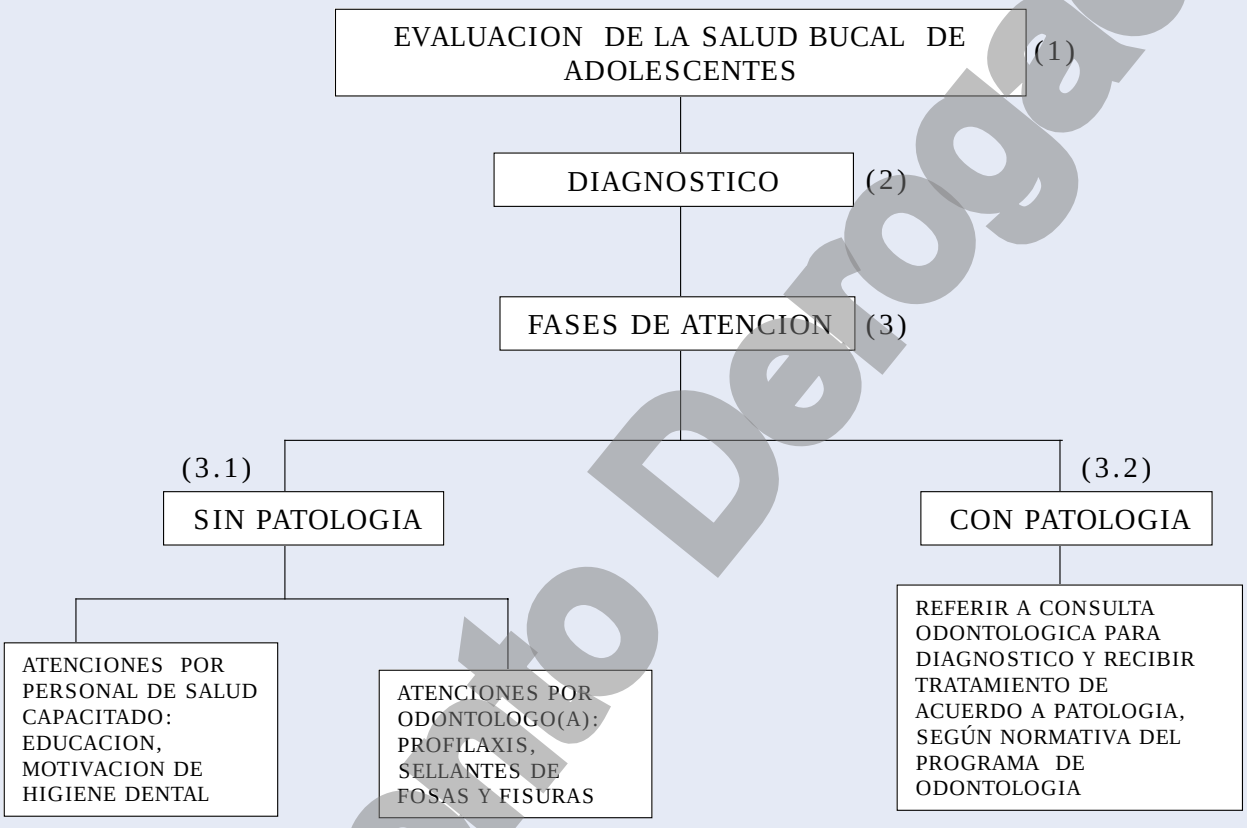
3.1 Prevención.

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.

Documento Derogado



Documento Derogado

CAPITULO 15

VIOLACION SEXUAL

Documento Derogado

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, Por no Familiares	37 66	132 164	28.03 40.24
2001	Por familiares, Por no Familiares	22 66	93 35. 68	23.66 35.68
2002	Por Familiares Por no Familiares	29 46	158 162	18.35 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:

Él 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: sí 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,

Documento Delegado

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 colectar 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 desgarros, hematomas, equimosis. Describir lesiones de himen; cuando hay penetración del pene, los desgarres 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 desgarros en veto, desgarros himenales múltiples, sinequias, laceraciones de la horquilla, neovascularización, introito amplio e hiperpigmegtación 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.

Documento Personal

● 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,

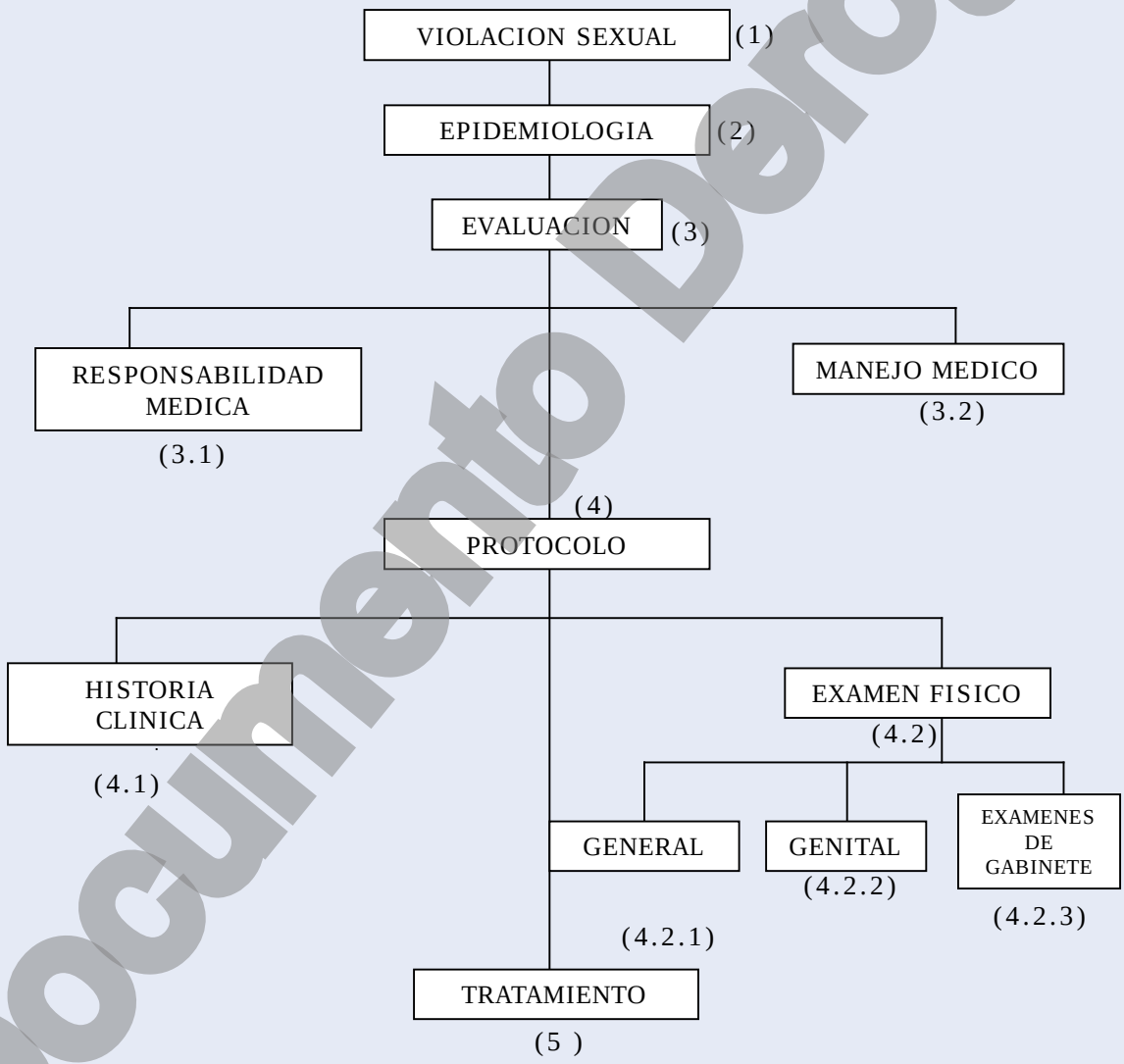
●Que forme parte de grupos de autoayuda.

Documento Borrador

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



Documento Derogado