



FORO PEDIÁTRICO

Publicación informativa de la Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura

Marzo 2001

Número 5

SUMARIO

FORO PEDIÁTRICO ES UNA PUBLICACIÓN TRIMESTRAL DE LA SOCIEDAD DE PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE EXTREMADURA, QUE SE DISTRIBUYE GRATUITAMENTE A TODOS SUS ASOCIADOS, POR CORTESÍA DE

SAT

Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura

Colegio Oficial de Médicos

Avda. Colón 21 Badajoz

www.spapex.org

EDITORIAL

¿Queremos ser AEPap?.....PAG 2

CARTAS A LA SECCIÓN

Federación extremeña de deficientes auditivos PAG 3

Plataforma 10 minutos..... PAG 4

CONSEJOS A LOS PADRES

Gastroenteritis agudas.....PAG 5

GINECOLOGÍA DE LA ADOLESCENCIA

José Alberto Cabañes. Ginecólogo.PAG 6

CURSO DE FORMACIÓN CONTINUADA 2000-01 SECCIÓN DE BADAJOZ

24 de Mayo 2001

Entrevista a la familia. María Isabel Ramos Fuentes. Psicóloga. Profesor Titular de Psicología Médica. UEX

21 de Abril 2001

CURSO PRÁCTICO SOBRE ASMA EN EL NIÑO Y ADOLESCENTE Facultad de Medicina de la Universidad de Extremadura

27-28 de Abril 2001

Badajoz

V Reunión de la Asociación Castellana de Psiquiatría de la Infancia y Adolescencia

EDITORIAL:

¿QUEREMOS SER AEPap?

La pediatría es uno de los servicios de Atención primaria mejor valorados por la población general en este país; hay una demanda creciente por la atención y cuidado de la salud del niño, y también del adolescente, y existe una demanda general para que los niños sean atendidos por pediatras.

Sin embargo, el pediatra de Atención primaria ha permanecido aislado en la estructura sanitaria, tanto dentro de los propios Equipos de Atención Primaria y las Áreas sanitarias, como en el seno de la pediatría “formal” y las organizaciones científicas especializadas.

La atención al niño y adolescente no puede equipararse a la del adulto; requiere una planificación asistencial específica, con tiempos de consulta y recursos distintos, cupos adecuados, programas y servicios propios, . . . En su organización hay que considerar el número de pediatras en cada Centro y en cada Zona, lo que obliga a hacer un esfuerzo imaginativo para conseguir mantener las consultas de pediatría abiertas, sin mermar la calidad asistencial, con sustituciones, y facilitando a su vez la posibilidad de formación continua del pediatra. Sin embargo, no hay pediatras en los órganos de gestión y organización sanitaria.

De otro lado, el pediatra de Atención Primaria, aunque formado en el Hospital, ha aprendido a tomar la iniciativa en todos aquellos temas propios de la atención de primer nivel que afectan a la salud y bienestar del niño y el adolescente, con actividades de prevención, promoción y educación de la salud, atención al niño en su entorno (familiar y comunitario), cuidado integral del niño con patología crónica, . . . , aspectos que la pediatra de ámbito hospitalario olvida comúnmente.

Sin embargo, la Pediatría (con mayúsculas) desconfía de la capacidad formativa y docente del pediatra de Atención Primaria (de calidad científica, profesional y humana bien contrastada), negándole la posibilidad de formar en éste amplio campo de la pediatría al futuro pediatra, el cual tiene muchas posibilidades de convertirse en pediatra de Centro de Salud. Lo mismo ocurre con las Sociedades que dicen representarnos (como la Sociedad de Pediatría Extrahospitalaria) pero que ofrecen pocas oportunidades para tratar sus temas y puntos de vista a los pediatras del primer nivel, en congresos, ponencias o publicaciones, y que han demostrado escasa o nula sensibilidad para abordar problemas asistenciales, profesionales, e incluso laborales en el ámbito de la atención primaria.

Por todo ello, y de manera espontánea, en los últimos años han ido surgiendo colectivos de pediatras de Atención Primaria, en torno a actividades de formación continua o grupos de trabajo, con inquietudes comunes y ganas de trabajar por salir de esta situación de aislamiento. En Extremadura vienen funcionando desde hace más de 6 años, y en Febrero del pasado año quedó constituida la Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura, que sigue creciendo y estructurándose.

Paralelamente en el ámbito nacional han ido surgiendo asociaciones similares. En Andalucía están organizados desde hace 6 años, la revista Pediatría de Atención Primaria nace hace 2 años con estos mismos argumentos, y en Mayo pasado se gesta la **Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap)** con el objeto de aglutinar todos estos colectivos y aunar esfuerzos. En los 6 últimos meses han surgido Asociaciones regionales de Pediatras de Atención Primaria en Asturias y Madrid, otras se están organizando por toda la geografía nacional; se han puesto en marcha grupos de trabajo, se ha creado una página web, la revista Pediatría de Atención Primaria se ha convertido en su órgano de expresión, se han iniciado demandas concretas en el terreno profesional (cupos máximos de 1.000 niños, cartera de servicios pediátrica, actividad docente, adhesión a la plataforma 10 minutos, . . .). La propia Asociación Española de Pediatría ha tenido que asumir el reconocimiento de este nuevo colectivo como Sección. Y este movimiento sigue creciendo.

La Junta directiva de la Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura, de la que todos vosotros formáis parte, ha decidido que es bueno aunar esfuerzos si se tienen objetivos comunes y, manteniendo nuestra propia

identidad, queremos adherirnos a esta agrupación confederada de colectivos de Pediatras de Atención Primaria que es la AEPap, para lo cual os pediremos vuestro apoyo durante la Asamblea que celebraremos el próximo 10 de Marzo, en el curso del 2º FORO de Pediatría de Atención Primaria en Extremadura.

Juan José Morell Bernabé

Presidente Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura

CARTAS A LA SECCION

Desde FEDAPAS (Federación extremeña de deficientes auditivos, Padres y Amigos del sordo), con la colaboración de ADABA (Asociación de deficientes auditivos de Badajoz) y ASCAPAS (Asociación cacereña de Padres y Amigos del sordo), se está realizando una Campaña de Información y Sensibilización sobre los hipoacúsicos en nuestra Región.

En Extremadura 14 de cada 1000 extremeños padecen deficiencias de audición, es la segunda discapacidad más importante en nuestra región. A lo largo de los años, se han ido creando asociaciones para poder resolver las dificultades que este colectivo ha tenido y tiene.

ADABA es un asociación sin ánimo de lucro. Su ámbito de actuación es la provincia de Badajoz, con sedes en :

BADAJOS : Avda. Antonio Masa Campos, 26 Telf.. : 924 24 26 26 E mail : adaba@jet.es MÉRIDA : C/ Romero Leal, 11 alto Telf.. : 924 31 03 00 DON BENITO : C/ República Argentina, 15

ASCAPAS, su ámbito es la provincia de Cáceres, con sede en PLASENCIA : C/ Fernando Calvo, 2. Edificio Las Asociaciones. Telf.. : 927 41 35 04

Los servicios y actividades que actualmente presta ADABA se encuadran en los siguientes ámbitos de actuación:

Educativo,

- Gabinete de Logopedia y Apoyo Escolar
- Proyecto BEETHOVEN, proyecto de formación de profesiones para la atención del niño sordo
- Videoteca, compuesta por películas subtitradas

Sanitario,

- Colaboración con otorrinos y Centros de Adaptación de Prótesis, para temas de agilización de revisiones audiológicas y adaptaciones protésicas
- Se ha conseguido que se reconozca dentro de la Seguridad Social, el derecho de los niños de 0 a 16 años a recibir una ayuda de 120000 pesetas por audífono y 4000 pesetas para moldes. Esta ayuda es renovable cada 4 años

Social,

- Servicio de Atención y Apoyo a la Familia (SAAF), atendido por 1 Psicóloga, 1 Psicopedagoga, 1 Logopeda, en colaboración con padres miembros de la asociación. Dentro de este servicio se encuadra el "Programa Padre a Padre", programa de acogida a los nuevos padres
- Servicio de Información, Valoración, Orientación y Tramitación de Ayudas. Atendido por una Trabajadora Social

Laboral,

- Proyecto de Integración Laboral (PIL), dirigido a deficientes auditivos y atendido por un buscador de empleo. A lo largo de este proyecto se ha conseguido insertar a 46 personas con discapacidad auditiva
- OPEA, acciones de Orientación Profesional para el empleo y la asistencia par el desempleo. Atendido por una pedagoga. Consiste en tutorías individualizadas don de se trabajan los aspectos de planificación, información,

habilidades y motivación

Club Social,

-Se realizan actividades culturales y de ocio y tiempo libre encaminadas a la integración del sordo con los oyentes.
Se organizan excursiones, campamentos en colaboración de MAPACHE, etc...

Si quieren ampliar la información, se pueden poner en contacto con la Trabajadora Social: Estrella García, llamando al 924 24 26 26.

Sin más, se despide atentamente

FEDAPAS

fedapas@lettera.net

Presidente: Ignacio RAMÍREZ LÓPEZ

PLATAFORMA 10 MINUTOS

Plataforma 10 minutos, qué menos o 15 si son pequeños

PLATAFORMA POR: La calidad asistencial, La dignidad del profesional Y el consenso

Desde hace unos años, la Atención Primaria de salud esta siendo relegada a un segundo plano en presupuestos, capacidad resolutive y calidad asistencial, sufriendo sus profesionales una perdida de dignidad en sus condiciones laborales.

Este importante error lleva a despilfarrar la capacidad resolutive de un nivel asistencial que puede y debe resolver problemas de los pacientes y de una forma mas eficaz y eficiente (mejor y a menos coste).

Desde hace unos meses un grupo de compañeros de prácticamente todas las comunidades autónomas, estamos luchando para conseguir que la A.P de este país , sea mas resolutive con los problemas de sus pacientes ,dotándoles de mayor calidad asistencial sin que sus profesionales se quemem , preservando su dignidad personal y profesional.

Los OBJETIVOS inmediatos a conseguir serían:

- ◆ Pretendemos preservar un tiempo de la jornada habitual a tareas propias de la A.P, como la prevención, educación sanitaria, formación, docencia, investigación organización.. , que últimamente estaban siendo absorbidas por una alta presión asistencial.
- ◆ Marcar unos topes máximos de asistencia y dotar a cada consulta un tiempo de media suficiente: 10 minutos de media, ¡ qué menos!. 15 en Pediatría
- ◆ Para conseguir esto hay muchas medidas que se podrían adoptar, entre ellas:
 - Disminución del número de pacientes por médico. Implicaría aumento de plantilla.
 - Disminuir el papeleo.
 - Mejora de la organización.
 - Coordinación con la especializada.
 - ETC.

¡PARTICIPAR!

Os invitamos a que os pongáis en contacto con nosotros, a que participéis (tanto profesionales como pacientes),

buscando el consenso de todos: sindicatos, sociedades científicas, Colegios de médicos, asociaciones de consumidores, asociaciones de vecinos... .

El día 28 de marzo, tenemos una cita:

“La jornada de 10 minutos”. Paro simbólico de 10 minutos en todos los centros de salud.

En la que juntos, profesionales, organizaciones y pacientes defenderemos la calidad y la dignidad de la A.P

¡ No perdamos esta oportunidad!

Direcciones de contacto: rpablog@papps.org

CONSEJOS A LOS PADRES

Recomendaciones para :

Gastroenteritis agudas

CONSIDERACIONES GENERALES:

La gastroenteritis aguda es una enfermedad que cursa con el aumento del número de deposiciones diarias y/o con la disminución de la consistencia de las heces, pudiendo estar acompañada o no de otros síntomas como vómitos, dolor abdominal y fiebre. En la inmensa mayoría de las ocasiones está producida por virus y se cura sin necesidad de **antibióticos** ni otros medicamentos. En casos importantes, pueden producir como complicación la **deshidratación**; esta se evitará reponiendo las pérdidas de agua y sales minerales.

TRATAMIENTO:

- Si el bebé sólo toma lactancia materna, continúe poniéndolo al pecho con más frecuencia. Si los vómitos o las deposiciones son muy abundantes, puede ofrecerle agua y soluciones de rehidratación oral (como “*Sueroral Hiposódico*” o “*Miltina Electrolit*”).
- Si el niño ya toma cereales, sustitúyalos por crema de arroz.
- Si toma papilla de frutas, prepárelas sólo con plátano y manzana.
- Los purés de verdura sólo deben contener patata, zanahoria y arroz. Puede añadirle pollo si el niño toma ya carne.
- Si el niño toma alimentos sólidos, puede comer arroz hervido, pollo y pescados blancos cocidos o a la plancha, yogurt natural, manzana, plátano, patata cocida, pan tostado.
- Ofrézcale soluciones de rehidratación oral entre tomas (tipo “*Sueroral Hiposódico*”, “*Miltina Electrolit*”). En niños mayorcitos es válida también la “limonada alcalina”, que se prepara añadiendo a un litro de agua (hervida o mineral) el zumo de 2 limones, 2 cucharadas soperas de azúcar y la punta de un cuchillo de sal y de bicarbonato; si al niño no le gusta, endúlcela con sacarina.
- Si el niño vomita los alimentos sólidos dele solamente líquidos (los anteriormente citados) en pequeñas cantidades y frecuentemente. Tras 4 a 6 horas de tolerancia a los líquidos, comience de nuevo con los alimentos sólidos permitidos (poco a poco y sin forzar al niño).

LO QUE NO DEBE HACER:

- No le administre remedios caseros ni bebidas de cola.
- No le dé alimentos muy azucarados o zumos de frutas.

- No son recomendables los medicamentos para cortar los vómitos o la diarrea.
- Por lo general, los antibióticos no son efectivos e incluso pueden empeorar la diarrea.
- No deje al niño sin ingerir alimentos durante mucho tiempo, ofrézcale líquidos y los alimentos permitidos.

ACUDA A SU MÉDICO SI:

- El bebé es muy pequeño y rechaza las tomas o lo encuentra decaído.
- Si existe fiebre, decaimiento y deposiciones o vómitos muy numerosos.
- Si las deposiciones tienen restos de moco o sangre.
- Si a pesar de la alimentación correcta y las soluciones de rehidratación, la diarrea o los vómitos persisten.

GINECOLOGÍA DE LA ADOLESCENCIA

José Alberto Cabañes. Ginecólogo. Badajoz

Definición de adolescencia:

Periodo de cambios profundos entre la infancia y la edad adulta. Es la fase de la vida en la que se desarrollan los caracteres sexuales secundarios hasta lograr el fenotipo femenino adulto, se produce el impulso del desarrollo de la pubertad, se alcanza la fertilidad y se acompaña de grandes modificaciones psíquicas.

Temas:

- Ø 1.- Dolor menstrual.
- Ø 2.- Alteraciones hemorrágicas.
- Ø 3.- Anticoncepción en la adolescencia.
- Ø 4.- Embarazo en la adolescencia.

DISMENORREA:

Es el síntoma ginecológico más frecuente en las adolescentes y adultas jóvenes. Menstruación dolorosa. Dolor cólico en hipogonadas, relacionado con la menstruación. Puede acompañarse de náuseas, vómitos, diarrea, cefalalgia

De los diversos informes publicados, podemos deducir que el 60-73 % de las adolescentes padecen Dismenorrea. De ellas el 56 % tiene actividad cotidiana disminuida y el 14% de ellas falta a las actividades escolares.

Distinguimos tres niveles la gravedad de este proceso:

- Dismenorrea Leve: - Tienen dolor el primer día.
 - No existen o son pocos, los síntomas concomitantes
- Dismenorrea Moderada:
 - Tienen dolor 2-3 días.
 - Pocos síntomas acompañantes.
 - Ocasionalmente altera la actividad cotidiana.
- Dismenorrea Grave: - Tienen dolor 3-7 días.

- Síntomas acompañantes graves.
- Interfiere de forma importante la actividad cotidiana.

Según su etiología se clasifica en:

-- Dismenorrea primaria:

- No se relaciona con enfermedad pélvica específica.
- Se inicia a los 2-3 años de la menarquia (con ciclos ovulatorios).
- Cede o mejora con AINES y/o Anovulatorios.

Su origen está en el incremento de la Pgf2alfa y de la PGE2, que inducen un incremento del tono de las contracciones uterinas y el nº de las mismas produciendo isquemia uterina y por tanto dolor.

-- Dismenorrea Secundaria: Se relaciona con enfermedad pélvica específica y las causas más frecuentes son:

- E.P.I
- Endometriosis.
- Adenomiosis.
- Alteraciones obstructivas de las vías genitales.
- Malformaciones congénitas.
- Tumores benignos y/o malignos de los genitales.
- DIU.

Los procesos obstructivos y las malformaciones suelen dar Dismenorrea intensa desde el primer periodo menstrual. Cuando existe una Dismenorrea intensa en un periodo aislado, pensar en proceso agudo (salpingitis, complicaciones de Embarazo etc.). Si una Dismenorrea es progresiva, grave, se inició después de 3 años de la menarquia, pensar en Adenomiosis o Endometriosis. Los factores psicológicos han perdido peso como origen de Dismenorrea secundaria y solo en casos aislados un problema psicosocial subyacente, contribuye a disminuir la tolerancia al dolor y al incremento de la dismenorrea.

-- Valoración y diagnóstico:

Requerirá la realización de:

- Hª clínica con investigación de las características del dolor (cuando se inicia, localización, duración, síntomas concomitantes etc.), verificación del grado de alteración de la actividad cotidiana, eficacia de los tratamientos realizados. Investigar actividad sexual.

- Exploración física que no requerirá siempre exploración pélvica completa y dependerá de si son sexualmente activas o no.

1.- En las que no han iniciado actividad sexual, la dismenorrea es leve y con caracteres de primaria, puede establecerse una actitud terapéutica de prueba, sin examinar las vías genitales.

2.- En jóvenes sin actividad sexual con Dismenorrea moderada o grave se requerirá de exploración pélvica, se realizará la valoración con exploración recto-abdominal y no es necesario ver el cuello del útero.

3.- En las dismenorreicas sexualmente activas realizaremos exploración completa con toma de muestras del cuello del útero etc.

4.- En todas las dismenorreas secundarias se requerirá exploración pélvica

completa (E.B.A. si es preciso).

- E. Complementarios:

- Analítica de Sangre: Hematológico y VSG en busca de infección.

- Ecografía transvaginal/rectal o abdominal según proceda.

- Laparoscopia.

-- Tratamiento:

a.- Dismenorrea primaria: La base del tratamiento son los Aines ya que disminuyen la producción de prostaglandinas en el endometrio y liquido menstrual al inhibir la síntesis de las prostaglandinas. Si no es suficiente con este tratamiento, son muy efectivos los Anticonceptivos hormonales orales pues inducen una menor secreción de prostaglandinas y secundariamente un descenso del dolor.

Existen tratamientos alternativos que pueden ser útiles para casos aislados: Antagonistas del calcio (nifedipina, verapamilo), técnicas de relajación, acupuntura etc.

Si a pesar del tratamiento no mejora, realizar Laparoscopia para descartar endometriosis.

b.- Dismenorrea secundaria: Tratamiento según etiología. La endometriosis/adenomiosis puede tratarse quirúrgicamente (laparoscopia), con tratamiento farmacológico posterior. La EPI se tratara con antibióticos/antiinflamatorios y los cuadros obstructivos y las malformaciones con cirugía.

HEMORRAGIA UTERINA DISFUNCIONAL

Hemorragia uterina, irregular, indolora, a menudo excesiva, para la que no se ha encontrado causa orgánica específica.

Casi siempre se presenta como un sangrado menstrual excesivo, irregular, prolongado, indoloro, sin patrón definido.

Aunque es muy difícil de valorar deberemos considerarla cuando una joven presente:

- Sangrado de más de seis compresas (bien empapadas) al día.
- Presencia de coágulos.
- Menstruaciones de más de 7 días de duración.
- Ciclos de menos de 21 días.

Es el proceso ginecológico que con más frecuencia lleva a las jóvenes a la consulta. El 95 % de las adolescentes que acudieron a la consulta ambulatoria ginecológica por alteraciones menstruales presentaron una H.U.D. En cambio de cada 100 jóvenes que ingresaron en un hospital por un proceso de hemorragia uterina grave, solo el 75% presentaron H.U.D., 19 % fueron diagnosticadas de Alteraciones de la coagulación y 6-7 % de otras alteraciones orgánicas y ginecológicas.

Etiología:

La causa de la H.U.D. está en la anovulación que presenta el ovario durante los primeros años de funcionamiento. La FSH hace que los folículos ováricos maduren y produzcan estrógenos, estos inducen un crecimiento del endometrio, que no es transformado porque al no ovular no hay progesterona. El crecimiento continuo del endometrio no puede mantenerse y se inicia una descamación que después se incrementa y se hace irregular por la regresión espontánea de los folículos, que originara un déficit estrogénico.

VALORACIÓN Y DIAGNOSTICO:

Hª Clínica:

Valorar caracteres del sangrado:

- Tº. de aparición (edad ginecológica < 2 años).
- Cantidad.
- Ritmo.
- Duración
- Ciclos etc.

Valorar síntomas acompañantes:

- Dolor.
- Náuseas.
- Petequias, equimosis etc.

Valorar actividad sexual, posibilidad de embarazo.

Valorar medicación intercurrente:

- Aspirina u otros.
- Anticonceptivos.

Exploración:

General completa :

- T.A., Pulso.
- Valoración de tiroides.
- Despistaje de masas abdominales.
- Evaluación de signos de coagulopatía.

Ginecológica:

Salvo en las que no tienen actividad sexual y presentan una HUD leve, en todas debe realizarse una evaluación de sus genitales muy completa, con valoración citológica y microbiológica, tacto combinado etc.

Pruebas complementarias:

- Hematológico con test de coagulación.
- Ecografía transvaginal/rectal o abdominal según proceda.
- Analítica hormonal tiroidea si procede.
- Resto según hallazgos de Hª y exploración.

D. DIFERENCIAL:

Para poder etiquetar un sangrado genital en la adolescencia como HUD, debemos descartar los procesos más frecuentes:

Procesos infecciosos y EPI.
Trastornos endocrinos: E. Tiroidea, SOP, Alt. Suprarrenal etc.
Trastornos sanguíneos: Trombocitopenias, Alt. Coagulación etc.
Alt. Cervicales: Pólipos, carcinoma.
Pat. Uterina: A. Congénitas, pólipos endometrio etc.
Endometriosis.
Traumatismo genital.
Pat. Ovárica: Quistes, tumores.
Cuerpo extraño vaginal.
Medicación intercurrente: AHO, anticoagulantes etc.

Tratamiento:

Depende de la gravedad de la Hemorragia y valorando este parámetro se clasifica en:

Leve: Metrorragia leve prolongada.

Ciclo menstrual acortado.

Hemoglobina y Hto. Normales.

Moderada: Metrorragia copiosa prolongada.

Ciclo menstrual acortado.

Anemia leve (mas de 10 grs. de Hb).

Grave: Metrorragia copiosa prolongada.

Ciclo acortado e irregular.

Anemia grave (menos de 9 grs. de Hb).

T. HUD Leve:

Conducta expectante.

Los AINE pueden disminuir el proceso.

Controles cada 3 meses.

Se normalizará a lo largo de 12-24 meses.

T. HUD Moderada:

El tratamiento debe conseguir tres objetivos

1.- Control del proceso hemorrágico:

Estroprogestagenos con Levonorgestrel:

1 comprimido / 6 horas durante 3-4 días.

1 comprimido / 8 horas durante 2-3 días.

1 comprimido / 12 horas 7 días.

1 comprimido / 24 horas durante 14-21 días

2.- Control de las recidivas:

Medroxiprogesterona 10 mgrs./día del 13 al 25 día del ciclo.

3.- Tratamiento de la anemia:

Hierro oral.

T. de la HUD Grave:

1.- Medidas para controlar el Shock:

Reponer volemia.

Transfusión de sangre si es imprescindible etc.

2.- Hemostasia hormonal:

Estrógenos conjugados equinos: 20 mgrs / 6 horas i.v. hasta 6 dosis.

Añadir progesterona al ceder el sangrado y mantener 20-25 días.

Después seis meses con Anticonceptivos hormonales orales de baja dosis.

Finalmente control con progesterona en segunda mitad de ciclo.

3- Tratamiento para la anemia:

Hierro oral.

4.- Durante el tratamiento con estrógenos es posible que precise antieméticos.

Anticoncepción en la adolescencia

Los adolescentes representan la sexta parte de la población española y la edad media de inicio de relaciones sexuales es a los 17 años y esta bajando. Esto hace de ellos un grupo de riesgo para END, ETS, SIDA.

El dilema de la adolescencia esta en la discrepancia entre madurez física y cognoscitiva. Los adolescentes tienen dificultad para percibir las consecuencias negativas de la actividad sexual. Suelen ser monógamos seriados y la mayoría de sus problemas se evitarían si se abstuviesen de conductas sexuales arriesgadas. Como ellos no van a hacer caso de esta recomendación, los médicos estamos para ayudarles a evitar sus problemas y la mejor manera de hacerlo es proporcionarles anticoncepción si está indicado.

Hay un concepto en anticoncepción que denominamos Tiempo de riesgo y que definimos como el tiempo transcurrido entre el comienzo de las relaciones coitales y la utilización de un método anticonceptivo seguro. Este tiempo esta en relación con la probabilidad percibida de embarazo.

- 3 meses ----- 50% de los jóvenes
- 12 meses ----- 21% de los jóvenes
- >12 meses ----- 29% de los jóvenes

Cuando realizamos una consulta de Anticoncepción a jóvenes debemos establecer varias diferencias:

- 1ª.- Dado que es de las pocas veces que van a tener la opinión de un profesional, debemos dedicar tiempo suficiente para escuchar sus necesidades, temores, inquietudes etc.
- 2º.- Información de los métodos adaptada, incrementando los efectos positivos sobre los negativos y aprovechando para dar información sobre ETS, embarazos no deseados, drogas, actitudes sexuales etc.
- 3º.- Dejar elegir libremente el método. De esto dependerá el cumplimiento del método elegido.

Requisitos para la anticoncepción en adolescentes

- Reversible.
- No interferir en el crecimiento.
- Fácil de realizar.
- Adecuada a la actividad sexual.
- Fácil de realizar.
- Adecuada a la actividad sexual.

Procedimientos anticonceptivos Recomendables Anticonceptivos Hormonales Orales. Preservativo.

Aceptables Anticonceptivos inyectables.

Diafragma.

Esponjas.

Espermicidas.

Poco aceptables DIU.

Métodos naturales

Contracepción quirúrgica.

De emergencia

Anticoncepción postcoital

	A.H.O.	Preservativo	A.H.I.	Diafragmas Esponjas
Ventajas	Elev. eficacia Independ. Coito Protección EIP	Protección ETS. No efec. Secund. No control médico No efec. sistémicos	Administración sencilla Elevada eficacia No motivación	Inocuidad Protección ETS
Inconvenientes	Ef. Secundarios Alta motivación Efectos largo plazo ¿?	Interrup. relación Disminución placer	Alterac. menstruales Retraso de la fertilidad	Difícil colocación Buena motivación

ANTICONCEPTIVOS HORMONALES ORALES:

Desde cuando Se pueden usar una vez transcurridos dos años desde que se regularizan las menstruaciones.

Cuanto tiempo: Existe mucha discusión al respecto del uso continuado a largo plazo de AHO e jóvenes. No existen evidencia suficientes para desaconsejarlo.

Prescripción de AHO: Criterios generales.

- Se deben prescribir los de dosis más baja que garantice su eficacia.
- Los AHO que contienen Etinilestradiol y Gestodeno o Desogestrel son los más apropiados para jóvenes.
- Requieren control medico previo con Hª Clínica y anamnesis.
- La Exploración ginecológica y la analítica son recomendables pero no imprescindibles.

- Ofrecer amplia información dirigida fundamentalmente a garantizar el cumplimiento correcto del tratamiento.

Normas de uso:

- Igual que las mujeres de otras edades (tabaco, alcohol, otras drogas etc.).
- Balancear efectos secundarios menores (cefaleas, mastalgia etc.) con beneficios (mejoría de acné, control ciclo, disminución del dolor menstrual etc.)

Controles sucesivos:

- Realizar una visita al año del inicio del tratamiento: Evaluar tolerancia, aclarar dudas, reforzar cumplimiento.
- Controles médicos sucesivos cada dos años con exploración, citología, analítica.
- Controles intermedios por personal sanitario no medico, para reforzar cumplimiento y solucionar dudas.

Descansos periódicos:

- Si la tolerancia es buena y los controles normales, no existen motivos par realizar descansos periódicos.
- Atender siempre al deseo de la joven para realizarlos.

Cumplimiento del tratamiento:

El 20 % de las jóvenes usuarias incumplen el tratamiento y esto conduce a un número importante de fallos. Normalmente existen olvidos, periodos inadecuados de descanso entre envases etc.

Para que esto no suceda debemos :

- Asesorar adecuadamente.
- Utilizar envases de 28 comprimidos.
- Investigar y erradicar temores sobre los AHO.
- Indicar trucos que eviten olvidos.
- Facilitar el contacto en caso de dudas o situaciones no previstas (consulta telefónica u otras).

Anticoncepción de emergencia:

Es la que se realiza por rotura de preservativo o coito no protegido.

Habitualmente es suficiente con dosis de 50 microgramos de Etinil estradiol con 250-500 microgramos de Levonorgestrel, administrados en dos dosis con doce horas de intervalo, dentro de las 72 horas siguientes al coito.

Si ya han pasado más de las 72 horas y menos de 5 días puede insertarse un DIU.

Doble protección:

Consiste en el uso de A.H.O. por la mujer y de preservativo por el hombre. Aúna las ventajas de ambos y junto a una alta eficacia anticonceptiva tiene una muy buena protección contra las ETS.

Seguramente deberemos insistir en el futuro en este procedimiento.

Embarazo en adolescentes

Consideramos embarazo en la adolescencia a aquellos que ocurren antes de los 17 años. Distinguimos los de la adolescencia precoz como los ocurridos antes de los 15 años y en estos son más frecuentes e importantes todas las complicaciones.

Las consecuencias que un END tiene, no se limitan a la adolescente, sino que se extienden a su pareja, al hijo (si es que nace), a la familia de ambos y a la sociedad en general.

La adolescente se verá afectada desde el primer momento con consecuencias orgánicas, psicológicas y socioeconómicas. Su escolaridad, el trabajo, los ingresos económicos se verán afectados y se incrementaran las posibilidades de vivir en condiciones de pobreza y marginación si no tienen un gran apoyo social.

CONSECUENCIAS PARA LA ADOLESCENTE

	Iniciales	Corto plazo Abortan	Corto plazo No abortan	Medio y largo plazo
Orgánicas		Infección Hemorragia Etc.	Anemias Complicación Parto y posparto	
Psicológicas	Estrés Ansiedad Miedo	Tristeza Pérdida Culpabilidad	Estrés Depresión Baja autoestima	Baja autoestima Sentimiento de fracaso

Sociales Económicas Educativas		Rechazo social Si se conoce el hecho	Rechazo social Matrimonio forzado Abandono escolar Inestabilidad Económica	Fracaso matrimonio Fracaso escolar Penuria económica Repetición embarazo
---	--	---	---	---

Muchas de estas consecuencias negativas las vivirá también el chico y más cuanto mayor sea su implicación.

Para la mayoría de las familias el END de un adolescente, es un trauma importante. Es uno de los 3 problemas más importantes que un padre se plantea en relación con sus hijos.

La sociedad, a pesar de que los servicios que ofrece son pocos, paga un alto precio por los END de adolescentes.

Las consecuencias negativas para el hijo son seguramente las más importantes y se prolongarán hasta la adolescencia.

CONSECUENCIAS PARA EL HIJO

	Iniciales	Infancia	Adolescencia
Orgánicas	Prematuridad Bajo peso Aumento mortalidad	Prob. de salud Maltrato físico	
Psicológicas	Menos cuidados Físico- psicológicos	Alt. Vínculos Afectivos Maltrato Negligencia Abuso sexual Alt. Conducta	Rel. Coital temprana Conducta antisocial Embarazo no deseado
Sociales Económicas Educativas	Pocos recursos Rechazo social	Falta de recursos Fracaso escolar	Conducta antisocial Problemas con la ley

La mejor manera de prevenir esto sería que los jóvenes no se implicasen en conductas sexuales de riesgo de END y si eso falla conseguir que el diagnóstico sea muy precoz para poder ofrecer todas las alternativas. Si la decisión final es seguir el embarazo, un adecuado control prenatal y una atención personalizada al parto y posparto, junto a el apoyo decidido de padres y sociedad hará que se mitiguen en lo posible los efectos no deseados que hemos descrito.

Cuando atendamos a una gestante adolescente debemos realizar una exhaustiva:

- 1º.- Evaluación socioeconómica: Muy importante para realizar una adecuada terapia de orientación etc.
- 2º.- Evaluación psicológica e investigación de su actitud ante la maternidad. Hemos de conseguir que no se produzca el hundimiento de su personalidad y el establecimiento del Síndrome del Fracaso, que se caracteriza por la imposibilidad de completar las funciones de la adolescencia (terminar la educación escolar, establecer una familia estable, independencia económica etc.).
- 3º.- Evaluación ginecológica como en cualquier embarazo de riesgo pero con Valoración del estado nutricional y despistaje de ETS.
- Complicaciones Obstétricas más frecuentes :
- 1º.- Parto pretérmino: Sin duda en relación con la disminución del nivel socio-económico y de los cuidados

médicos. La profilaxis se conseguirá con una adecuada atención médica con vigilancia y control de las infecciones cervico-vaginales, control de las bacteriurias asintomáticas, educación materna para valorar contracciones uterinas prematuras y control cardiotocográfico ambulatorio e ingreso hospitalario si precisa.

- 2º.- Crecimiento intrauterino retardado: Factores ligados al déficit del desarrollo uterino, carencias nutricionales, hábitos tóxicos diversos etc. Juegan un papel importante para la aparición de este cuadro. La corrección de hábitos tóxicos, una adecuada nutrición y la corrección de la anemia conseguirán disminuir la incidencia. La ecografía seriada servirá para realizar un diagnóstico precoz y poder establecer el tratamiento.
- 3º.- Trastornos hipertensivos: El 23.5 de las gestantes de menos de 15 años desarrollará una HIE, frente a un 12 % de las de edad superior. Un adecuado control dietético y un riguroso control prenatal pueden y deben disminuir esta elevada incidencia.
- 4º.- Como consecuencia de las complicaciones obstétricas producidas, unas veces por la inmadurez orgánica y otras por el bajo nivel socioeconómico o el déficit de atención médica, la mortalidad materna y perinatal esta elevada. Solo el adecuado control y vigilancia durante el embarazo, conseguirán disminuirla.

RECOMENDACIONES:

Solo la atención proporcionada por un equipo multidisciplinar integrado por Pediatras, Ginecólogos, Psicólogos, Trabajadores sociales y educadores, conseguirá disminuir el impacto y las complicaciones sociales, psicológicas y obstétricas del embarazo en la adolescencia.