

**UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR
FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**



TRABAJO DE GRADUACION

TEMA:

**“PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL AL ADOLESCENTE Y SUS
RESULTADOS EN LA TOMA DE CITOLOGIA EN LAS ADOLESCENTES
ENTRE LOS 12 A 19 AÑOS, EN LA UNIDAD DE SALUD EL CONGO EN EL
PERIODO DE ENERO A JUNIO 2007-2008”**

PARA OPTAR AL GRADO DE:

DOCTOR EN MEDICINA

PRESENTADO POR:

**GONZALEZ CASTRO RODOLFO GIOVANNI
LOPEZ FUNES TATIANA GERALDINA
MENDOZA CORTEZ MARIO ALFONSO**

DOCENTE DIRECTOR:

DRA. MARIA ELENA GARCIA DE ROJAS

NOVIEMBRE, 2008

SANTA ANA EL SALVADOR CENTRO AMERICA.

UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR

RECTOR

ING. Y MSC. RUFINO ANTONIO QUEZADA SANCHEZ

VICE-RECTOR ACADEMICO

ARQ. Y MASTER MIGUEL ANGEL PEREZ RAMOS

VICE- RECTOR ADMINISTRATIVO

LICDO. Y MASTER OSCAR NOE NAVARRETE

SECRETARIO GENERAL

LICDO. DOUGLAS VLADIMIR ALFARO CHAVEZ

FISCAL GENERAL

DR. RENE MADECADEL PERLA JIMENEZ

FACULTAD MULTIDISCIPLINARIA DE OCCIDENTE

DECANO

LICDO. JORGE MAURICIO RIVERA

VICE-DECANO

LICDO. Y MASTER ELADIO EFRAIN ZACARIAS ORTEZ

SECRETARIO DE FACULTAD

LICDO. VICTOR HUGO MERINO QUEZADA

JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA

DRA. SANDRA PATRICIA GOMEZ DE SANDOVAL

Damos Gracias y dedicamos este trabajo a **DIOS TODOPODEROSO**, pues es Él quien nos ha guiado y dado día a día la fortaleza para poder conseguir esta meta.

A LA UNIVERSIDAD DE EL SALVADOR por haber abierto sus puertas y darnos la oportunidad de desarrollar intelectualmente y como personas de provecho para la sociedad.

A LA UNIDAD DE SALUD DE EL CONGO por brindarnos la oportunidad de la elaboración de este trabajo de graduación.

A LA DOCTORA MARIA ELENA GARCIA DE ROJAS, por transmitirnos sin reservas sus conocimientos a lo largo de nuestro desarrollo académico y por su apoyo en nuestro proceso de graduación, a quien consideramos seguirá siendo el ejemplo de los valores a seguir como profesionales, que DIOS LA BENDIGA.

A TODOS LOS DOCENTES que influyeron en nuestra formación profesional.

RODOLFO GIOVANNI GONZALEZ CASTRO

TATIANA GERALDINA LOPEZ FUNES

MARIO ALFONSO MENDOZA CORTEZ

A DIOS TODOPODEROSO: por la salud y las fuerzas necesarias para lograr este triunfo.

A MI MADRE BLANCA MARGARITA CASTRO: por la vida, el amor y sus esfuerzos que fueron de vital importancia para la culminación de este triunfo.

A MI PADRE JULIO MELENDEZ: por la vida, el apoyo incondicional y su ejemplo de responsabilidad que represento la base para salir adelante.

A MIS HERMANOS: por estar siempre cuando les necesite.

A MI ABUELA TERESA MARTINEZ: por su amor y apoyo incondicional.

A MIS TIOS Y TIAS: por sus demostraciones de fortaleza y apoyo.

A MI SOBRINOS: por sus demostraciones de cariño y ser fuente de inspiración a seguir adelante.

A MIS COMPAÑEROS TATIANA LOPEZ Y MARIO MENDOZA: por su comprensión, dedicación y los momentos vividos.

A MIS COMPAÑEROS DE ESTUDIO: por su apoyo, por los momentos inolvidables de desvelo, inanición y diversión.

A MIS AMIGOS: por su apoyo, comprensión, enseñanzas y sinceridad en los momentos que más les necesité.

Bendiciones.

RODOLFO GIOVANNI GONZALEZ CASTRO.

LE AGRADEZCO

A DIOS TODOPODEROSO por ser tan misericordioso y especial en mi vida, permitirme ser una mejor persona y en especial a **NUESTRO SEÑOR JESUS** por darme muchas bendiciones a mi vida y finalizar esta etapa de mi vida.

MI PADRE SANTIAGO ALFONSO MENDOZA por ser el pilar fundamental en mi vida, especialmente en el desarrollo como un adulto y profesional; gracias por sus consejos y apoyo.

MI MADRE NERY MARLENE VILLALOBOS DE MENDOZA el cual fue muy valioso y especial durante todo mi carrera universitaria, sin el apoyo de ella no hubiera sido todo esto posible.

A MI FAMILIA gracias por su cariño y sincero apoyo durante esta etapa de mi vida.

A MIS HERMANOS LUIS Y FERNANDO por ser unos hermanos muy especiales, por brindarme mucha comprensión y sinceridad.

A MIS AMIGOS por ser unas grandes personas le agradezco su amistad y sinceridad y apoyo incondicional durante los momentos más difíciles de mi carrera universitaria.

MI AMADA COMPAÑERA TATIANA LOPEZ por ser una persona especial en mi vida te agradezco tu amistad, amor y compañía sin ella no fuera posible ser la persona que soy.

MI COMPAÑERO GIOVANNI el cual fue una fuente de inspiración y liderazgo durante este trabajo.

Bendiciones

MARIO ALFONSO MENDOZA CORTEZ.

DIOS, gracias te doy por haberme iluminado y ayudado a culminar esta etapa tan importante de mi vida, por estar siempre a mi lado en los momentos más difíciles de mi estudio y darme fuerzas. ERES TODO PARA MÍ.

A MIS AMADOS PADRES, EDGARDO LOPEZ, ZOILA DE LOPEZ, gracias por sus oraciones, porque Dios los puso como una guía en mi camino, por su apoyo incondicional en mi vida como estudiante, por ser mis amigos y estar en los momentos difíciles, este logro es de ustedes. LOS AMO!!

MIS ABUELOS, MIGUEL LOPEZ, JULIA V. DE FUNES, gracias por sus oraciones, por ser un pilar en mi vida y su apoyo incondicional. DIOS LOS BENDIGA.

MIS HERMANAS, CAROLINA LILIANA LOPEZ, gracias por sus palabras de apoyo cuando ya no tenía fuerzas para seguir adelante y sus oraciones. LAS QUIERO MUCHO.

MIS HERMANOS Y AMIGOS, por sus oraciones, y sus muestras de apoyo y cariño. GRACIAS.

A GIOVANNI, por ser un gran amigo y por todos los momentos divertidos y especial que pasamos juntos en este trabajo.

A MI AMADO MARIO MENDOZA, por su amor, su apoyo, por ser una de las personas más especiales en mi vida y ayudarme a ser mejor persona. TE QUIERO MUCHO.

TATIANA GERALDINA LOPEZ FUNES.

INDICE

| | |
|---|----|
| RESUMEN..... | 1 |
| INTRODUCCION..... | 2 |
| ANTECEDENTES..... | 3 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 6 |
| OBJETIVOS..... | 7 |
| MARCO CONCEPTUAL | |
| I. CONCEPTO DE ADOLESCENCIA..... | 8 |
| II. CONCEPTO DE SEXO, SEXUALIDAD Y GENERO..... | 8 |
| III. OBJETO DE LA NORMA..... | 9 |
| IV. CARACTERISTICAS DE LOS SERVICIOS DIFERENCIADOS..... | 11 |
| V. COMPONENTE DE SALUD SEXUAL REPRODUCTIVA..... | 11 |
| VI. PROCESO DE ATENCION DEL/LA ADOLESCENTE..... | 12 |
| VII. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA..... | 13 |
| VIII. PRINCIPIOS DE ATENCION EN SALUD DE ADOLESCENTES..... | 15 |
| IX. SITUACION SOCIOECONOMICA DE LA ADOLESCENCIA EN EL SALVADOR..... | 16 |
| X. CONTEXTO DE SALUD ACTUAL EN EL PAIS..... | 17 |
| XI. GINECOLOGIA DE LA ADOLESCENTE..... | 19 |
| XII. HISTORIA DE LA CITOLOGIA..... | 22 |
| XIII. CRITERIOS DE LA TOMA DE CITOLOGIA Y SU INTERPRETACION..... | 24 |
| HIPOTESIS..... | 30 |
| DISEÑO METODOLOGICO..... | 31 |
| ANALISIS DE RESULTADOS..... | 34 |
| DISCUSIÓN..... | 50 |
| CONCLUSIONES..... | 52 |
| RECOMENDACIONES..... | 53 |
| BIBLIOGRAFIA..... | 54 |
| ANEXOS..... | 56 |

| | |
|--------------------------|-----------|
| CRONOGRAMA..... | 72 |
| PRESUPUESTO..... | 73 |
| GLOSARIO..... | 74 |
| ABREVIATURAS..... | 75 |

RESUMEN

La presente investigación es un estudio de tipo retrospectivo, transversal, descriptivo y comparativo, en el cual se exploran los resultados de la toma de citología en las adolescentes de la Unidad de Salud de El Congo, con la introducción de un programa dirigido a esta población en el periodo de Enero a Junio de 2007 - 2008.

Se extrajo información de los expedientes de pacientes de las edades entre 12-19 años mediante un formulario, las cuales no tenían que estar embarazadas pero con vida sexual activa para el año 2007 y que para el 2008 dichas pacientes además tendrían que estar inscritas en el Programa de atención integral al adolescente; así también con diferencias en niveles educativos, condiciones económicas y distinta procedencia geográfica. Al recolectar la información encontramos que para el 2007 se había tomado 45 citologías a este grupo de pacientes, y para el 2008 fueron 55, de acuerdo a nuestras variables dependientes.

El análisis demostró que la implementación del programa tuvo una aceptable cobertura con la captación de edades tempranas, bajo o nulo nivel educativo, área geográfica y un aumento del número de las citologías, en comparación con el periodo que no se aplicaba dicho programa; por lo que respondemos con nuestra hipótesis verdadera nuestra interrogante sobre el problema.

A pesar de un resultado favorable recomendamos mayor promoción del programa por todos los medios disponibles, mayor énfasis sobre esta prueba de tamizaje dentro del componente de salud sexual y reproductiva, que la educación universitaria actualice a sus educandos de los diferentes programas, para que los estudiantes de medicina y egresados sean promotores y educadores de esta problemática, realizar nuevas investigaciones sobre las anomalías cervicales en las adolescentes y el desarrollo precoz de metaplasia y displasia cervical, dado a sus prácticas sexuales.

INTRODUCCION

La adolescencia es un grupo poblacional muy importante en toda sociedad, ya que envuelve toda una gama de acontecimientos que van desde cambios tanto a nivel fisiológico y social, así como las nuevas experiencias que le serán de total trascendencia en el resto de su vida como individuo. Es por eso que como médicos que cuyo desempeño laboral es estar en directo con las morbilidades de este grupo presentamos este trabajo de investigación en la Facultad Multidisciplinaria de Occidente, Universidad de El Salvador.

Conocemos la trascendencia que tiene el inicio de las relaciones sexuales coitales para las mujeres en general, y el incremento del inicio de la vida sexual a temprana edad; por lo que este estudio describirá un esquema completo de nuestro trabajo de investigación, iniciando con antecedentes sobre la problemática, sobre el lugar de donde se tomará la muestra a investigar y del Programa de Atención Integral del Adolescente como una de las bases del estudio a realizar; continuando con nuestros objetivos general y específicos, posteriormente el marco conceptual, nuestra hipótesis, el diseño metodológico, análisis de los resultados con sus respectivos cuadros y graficas, la discusión de los resultados, y por último las conclusiones y sus recomendaciones.

ANTECEDENTES

En nuestro país la población de adolescentes representa un 20.6% (1,4 millones) de la población total, y de esta 51.2% del sexo masculino y en un 48.8 % es del sexo femenino, 55% del área rural y un 45 % del área urbana; y con el afán de darle la importancia debida a las morbilidades de este grupo poblacional desde los años 60 se comenzó a generarse políticas para los adolescentes donde con los años poco a poco se va tomando más importancia a este sector.

En 1993 se crea la primera política de atención al menor de la cual surge el Instituto Salvadoreño de protección al menor y una serie de códigos dirigidos a la niñez y la adolescencia.

En 1995 el Ministerio de Salud y Educación impulsan el programa de escuela saludable para mejorar las condiciones de salud y aprendizaje de la niñez y los adolescentes.

En 1996 el Ministerio con organismos Gubernamentales y no gubernamentales, llevó a cabo proyectos locales dirigidos a la población adolescente.

En 1997 se crea el Instituto Salvadoreño para la mujer, donde surge la primera política nacional de la mujer donde existe un capítulo en lo que concierne a la mujer adolescente.

En 1998 el ministerio de Salud Pública elaboró e inicio la implementación de normas de atención integral a adolescentes en sus establecimientos de salud.¹

De 1999 al 2003 el MSPAS oficializa el plan nacional de Salud reproductiva dirigido a la población adolescente y además ya se ha comenzado a desarrollar estudios como el realizado por la Dra. Marina Padilla de Gil, sobre Salud sexual de los y las adolescentes en El Salvador, el cual fue publicado en la revista de la *“Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la adolescencia en el año 2001”*, en el cual se realizo un estudio de observación analítico, en adolescentes de ambos sexos, estudiantes y desertores escolares, la edad promedio fue 17.3 años, y sus resultados fueron que el 48 % reporto haber

¹ Guía de Atención Integral al Adolescentes. Ministerio Salud Pública y Asistencia Social año 1999.

iniciado vida sexual en promedio a los 14.7 años, el número de parejas sexuales fue de 1.8 para las jóvenes y 4 para los jóvenes, por lo que realza la importancia de crear estrategias para la mejor promoción y conciencia de la toma de Papanicolaou en este grupo de edad, por sus múltiples riesgos.

Con todos estos precedentes, actualmente todas las Unidades de Salud en el país cuentan y deben cumplir con el Programa Integral de Atención al Adolescente.²

ANTECEDENTES DE LA UNIDAD DE SALUD DE EL CONGO.

La Unidad de Salud de El Congo fue inaugurada en el año de 1968 gracias al Comité Social de la Ciudad de El Congo, a partir de esa fecha se atendió a todos los habitantes de esta ciudad así como los habitantes de comunidades cercanas a esta institución. Las personas fueron beneficiadas recibiendo atención médica desde los niños, adultos, embarazadas y adultos mayores. También se inicio el programa de planificación familiar así como la toma de citología a toda mujer que haya iniciado vida sexual, en ese año había tan solo un médico que daba atención a la población, pero gracias a la creciente demanda con los años dicha unidad ha aumentado su personal médico así como paramédico, enfermería y personal administrativo; también la población aumentó, especialmente la joven.

Y así se introdujo en Agosto del año 2007 el Programa de Atención Integral al Adolescente en cuyo componente sobre salud sexual y reproductiva en el ámbito del establecimiento de salud, en el apartado número 17 menciona que el personal debe realizar la toma de citología cervicovaginal y examen ginecológico anual en adolescentes sexualmente activas, por lo que se estimó que el número de citologías con la introducción de este programa aumentaría; pero tuvo muy poco impacto, pues según datos estadísticos de la Unidad de Salud en el año 2007 se realizaron 1005 citologías y que de estas solo 109 fueron tomadas en adolescentes. A partir de Enero del año 2008 se ha

² Publicado en la Revista de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia. REVSOGIA 2001; 8(3):85-94 *Salud sexual de los y las adolescentes en El Salvador* www.bvs.edu.sv/adolec/tc/sexualidAdole21.pdf

reintroducido dicho programa con el que se tiene una mayor expectativa y se espera una mejor cobertura en la toma de la citología y detectar así lesiones pre malignas del cuello de cérvix. Como sabemos la adolescencia no es la edad de su incidencia, pero es de mucha importancia fomentar el hábito de la realización anual de esta prueba en toda mujer, y detectar tempranamente una de las causas de muertes de nuestra población femenina.³

³ Datos de la Unidad de Salud de El Congo 2007

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Nosotros como investigadores a continuación planteamos lo siguiente:

Programa de Atención Integral al Adolescente y sus resultados en la toma de citología en las adolescentes de 12 a 19 años en la Unidad de Salud del Congo en el periodo de enero a junio del año 2007-2008.

Lo que pretendemos es realizar un estudio comparativo en cuanto a los resultados que ha tenido el programa de atención integral al adolescente en la toma de citología en este grupo poblacional, evaluar que tan efectivo ha sido en comparación con el 2007 ya que en ese año no se había implementado dicho programa.

OBJETIVOS

➤ **Objetivo General:**

- Evaluar la influencia que ha tenido el programa de atención integral al adolescente, en la toma de citología en la población femenina entre 12 a 19 años de edad, en el Municipio de El Congo de Enero a Junio del año 2007-2008.

➤ **Objetivos Específicos:**

- Determinar el número de Citologías tomadas en las adolescentes en el periodo de Enero a Junio del año 2007.
- Determinar el número de Citologías tomadas en las adolescentes en el periodo de Enero a Junio del año 2008.
- Comparar el número de citología realizadas en adolescentes de Enero a Junio de los años 2007-2008.

MARCO CONCEPTUAL

I. CONCEPTO DE ADOLESCENCIA.

La Adolescencia es una etapa del ciclo de la vida; que inicia con un proceso biológico: la pubertad, pero que finaliza con un proceso psicosocial, su independencia económica y familiar.

Durante la pubertad niños y niñas experimentan algunos de los mayores cambios físicos de su vida. El cuerpo se desarrolla más rápidamente que en cualquier otro periodo excepto el que ocurre durante la edad de la lactancia.

Las características sexuales secundarias se desarrollan durante un crecimiento repentino impulsado por las hormonas. Al igual que en el desarrollo biológico, la madurez emocional y el proceso de conocimiento o varían grandemente entre adolescentes de la misma edad.

Aun que están comenzando a desarrollar la capacidad de formar ideas abstractas y hacen planes para el futuro; en su mayoría, los y las adolescentes alcanzan la madurez sexual; antes de llegar a ser emocional y socialmente maduros y/o económicamente independientes.⁴

II. CONCEPTO DE SEXO, SEXUALIDAD Y GÉNERO.

SEXO:

Se refiere a las características biológicas y anatómicas. Se dice que las personas son de sexo masculino o femenino en función de tres conjunto de características: los órganos sexuales externos, los internos y el desarrollo sexual secundario en la pubertad.

⁴ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2007, Guía de Atención Integral de las Principales Morbilidades del Adolescente pagina 16.

SEXUALIDAD:

La sexualidad humana es el resultado de la integración de cuatro potencialidades humana que da origen a los subsistemas sexuales; la reproductividad, el género, el erotismo y la vinculación afectiva interpersonal.

Envuelven la conducta, el pensamiento y los sentimientos de la persona; refleja la propia relación con el mundo y durante la adolescencia se acelera promoviendo la identidad sexual y reproductiva.

La sexualidad también se encuentra determinada por las actitudes y valores que regulan las relaciones humanas.

GENERO:

El género es un complejo de determinaciones y características económicos, sociales, jurídico – política y psicológicos que crean lo que en cada época, sociedad y cultura son los contenidos específicas de ser mujer ó de ser hombre.⁵

III. OBJETIVOS DE LA NORMA DE ATENCION INTEGRAL DEL ADOLESCENTE. Anexo 2.

OBJETO DE LA NORMA.

“Establecer los lineamientos normativos, para la atención integral en salud de adolescentes, que faciliten las intervenciones en las áreas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud con calidad y calidez, a fin de contribuir a mejorar la calidad de vida de los y las adolescente”.⁶

ADOLESCENCIA.

El Ministerio de Salud ha adoptado la definición de la Organización Mundial de la Salud, que la define como: el grupo de población que se encuentra entre los 10 y 19 años.

⁵ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2007, Guía de Atención Integral de las Principales Morbilidades del Adolescente pagina 16.

⁶ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2007. Norma de Atención Integral de Salud de Adolescentes. Disposiciones Generales pagina 10.

Para definir niñez y adolescencia nos remitimos al concepto que establece la Convención sobre los Derechos del Niño en su Artículo 1: "...se entiende por niño todo ser humano menor de dieciocho años de edad, salvo que, en virtud de la Ley que le sea aplicable haya alcanzado antes la mayoría de edad".

En la nueva Política Nacional de Atención Integral, agregamos además, que la niñez abarca de 0 a 10 años, y la adolescencia hasta los 18 años. Además, que son sujetos sociales de derechos y responsabilidades y sujetos sociales de cambio; bio-psicosociales por naturaleza.⁷

ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD.

Es la estrategia para poner al alcance de los individuos y la familia de las comunidades, la atención de la salud indispensable, en forma que resulte aceptable y de acuerdo a los recursos disponibles con la plena participación de la comunidad. Abarca factores sociales y de desarrollo y se trata de llevar la atención de salud lo más cerca posible del lugar donde residen y trabajan las personas.

ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD DE ADOLESCENTES.

Las Normas obedecen al nuevo modelo de salud familiar y a la atención integral en salud de adolescentes considerando este como: Un conjunto de acciones coordinadas de promoción y Atención de la salud dirigido a las adolescentes y al medio en que viven y se desarrollan, especialmente en el ámbito familiar, se tiene en cuenta la vulnerabilidad de la población adolescente, la aplicación del enfoque de género, el fomento de la participación protagónica de los adolescentes, y la promoción de la salud, orientada principalmente hacia el auto cuidado, la creación de redes de apoyo mutuo y la promoción de estilos de vida saludables.

Dentro de la Norma se incluyen cinco componentes principales los cuales son:

- Atención de morbilidades y rehabilitación en adolescentes.
- Crecimiento desarrollo y nutrición.
- Calidad ambiental y saneamiento básico.

⁷ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2007. Norma de Atención Integral de Salud de Adolescentes. Disposiciones Generales pagina 10.

- **Salud sexual y reproductiva.**
- Promoción de la salud.

IV. CARACTERÍSTICAS DE LOS SERVICIOS DIFERENCIADOS:

Dadas las características de los y las adolescentes los servicios deben ubicarse en espacios especiales, donde sea factible y/o ser brindados con una atención diferenciada por parte de los profesionales de la salud, tomando en cuenta las necesidades de los y las adolescentes. Los servicios para adolescentes pueden tener tres diferentes escenarios:

Los establecimientos comunitaria, los educativos y los de salud. Se busca la mayor cobertura de los servicios para lo cual es indispensable, una amplia accesibilidad geográfica, económica y social de los mismos.

Garantizar la capacidad de la atención en los mismos a través de qué:

1. Sean equitativo, oportuno, pertinente, continua, confidenciales, seguros, humanos.
2. Cumplan las normas establecidas por el programa.
3. Reconozcan y atiendan la diversidad de los y las adolescentes y las necesidades específicas de hombres y mujeres.

V. COMPONENTE SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA.

Dentro del componente de Salud sexual y Reproductiva; este es el conjunto de intervenciones de prevención y atención que se realizan con la población adolescente para fomentar el cuidado y el auto cuidado en preservación y recuperación de la Salud Sexual y Reproductiva, así como la rehabilitación de adolescentes para una práctica saludable de su vida sexual y reproductiva.

PROMOCION DE LA SALUD.

Es un proceso mediante el cual los individuos, las comunidades y la sociedad pueden proteger y mejorar su estado de salud.

SALUD.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), “la salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedades”. Es un derecho básico e indispensable del ser humano.⁸

VI. PROCESO DE ATENCION DEL/LA ADOLESCENTE.

1. INSCRIPCION AL PROGRAMA.

Todo niño/a que haya alcanzado los 10 años de edad que consulte a un establecimiento de salud debe ser inscrito al Programa de Adolescentes, en el caso en el cual no se haya inscrito durante este periodo, se debe aprovechar cualquier contacto antes de los 20 años de edad.

2. LLENADO DE LA FICHA DE SALUD DE ADOLESCENTES.

A todo/a adolescente que sea identificado en la comunidad y que no se encuentre inscrito en el establecimiento de salud, se le debe llenar la “ficha de salud de adolescentes”, la cual será completada por el mismo adolescente con supervisión del personal.

3. ELABORACION DE EXPEDIENTE CLINICO.

El personal de archivo debe elaborar, a todo/a adolescente, el expediente clínico, el cual debe estar constituido por:

- Hoja de datos generales.
- Historia de adolescente del CLAP, el cual debe completarse la información relacionada a los datos generales, nombre, domicilio y localidad.
- Historia clínica de evolución del CLAP.
- Formulario complementario de salud sexual reproductiva, en aquellos casos en que el médico consultante lo determine en el proceso de atención del paciente.
- Hoja para exámenes de laboratorio.
- Documentos adjuntos: carne de adolescentes.⁹

⁸ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2007. Norma de Atención Integral de Salud de Adolescentes. Disposiciones Generales pagina 12-14.

VII. SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LOS Y LAS ADOLESCENTES.

Se debe prevenir y detectar oportunamente situación de riesgo y atender los daños a la salud sexual y reproductiva que enfrentan los y las adolescentes en su entorno, en los siguientes ámbitos.

AMBITO FAMILIAR: dentro de este ámbito se debe realizar una visita domiciliar a todo/a adolescente identificado con riesgo en salud sexual y reproductiva, en el cual se desarrollan las siguientes acciones:

- Identificar adolescentes que estas en riesgo en su salud sexual y reproductiva, evaluar la situación del grupo familiar.
- Promoción de prácticas responsables y saludables en las adolescentes (incluye las relativas a la apropiada alimentación, la prevención o postergación del embarazo, la prevención de ITS, evitar el uso de drogas como tabaco, alcohol y otros).
- Consejera específica según factor de riesgo identificado y en temas de alta prioridad tales como la prevención del embarazo, de ITS/VIH/SIDA, métodos anticonceptivos, actividad física y alimentación saludable.
- Información acerca de la prevención del embarazo.

AMBITO COMUNITARIO: debe incentivar la formación de organizaciones comunitarias e intersectoriales y apoyarla para el desarrollo de acciones coordinadas de promoción de la salud sexual y reproductiva.

Se debe de dar la información pertinente a líderes sobre la educación y el acceso a métodos anticonceptivos a los adolescentes sexualmente activos. Este ámbito también enfoca las acciones comunitarias en salud sexual y reproductiva donde se deben dar capacitaciones en temas sobre la salud sexual y reproductiva así como también proporcionar material educativo.

⁹ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2007. Norma de Atención Integral de Salud de Adolescentes. Disposiciones Generales pagina 19-23.

AMBITO EDUCATIVO: se debe desarrollar capacitaciones sobre educación en salud sexual y reproductiva, prevención de ITS/VIH/SIDA, genero desarrollo humano, proyecto de vida, prevención de la violencia sexual.

AMBITO LABORAL: se debe fomentar la creación de espacios para promover la consejería en salud sexual y reproductiva con énfasis en educación sexual y proyectos de vida, maternidad segura y paternidad responsable incluyendo métodos de planificación familiar.

AMBITO ESTABLECIMIENTO DE SALUD.

Debe brindar una atención individualizada en salud sexual y reproductiva, por un equipo multidisciplinario.

- Llenado de historia clínica o de evolución.
- Examen físico completo.
- Evaluación de desarrollo y maduración sexual.
- Consejería sobre los métodos de planificación, acorde con lo establecido por la norma y guía de planificación.
- Toma de citología Cervicovaginal y examen ginecológico anual en adolescentes sexualmente activas.
- Estudio de infecciones de transmisión sexual. etc.

Está última condición lleva implícita el derecho del hombre y la mujer a obtener información y métodos de planificación de la familia, de su elección, así como otros métodos para la regulación de la fecundidad que no esté legalmente prohibido y acceso a métodos seguros, eficaces, accesibles y aceptables.

En el caso de las y los adolescentes, la aplicación del concepto de salud sexual y reproductiva supone principalmente el acompañamiento para la toma de decisiones responsables en función del auto cuidado en ellos destacan la información, comunicación y educación con perspectiva de género y la consejería sobre sexualidad integral.¹⁰

¹⁰Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2007. Norma de Atención Integral de Salud de Adolescentes. Disposiciones Generales pagina 28-33.

VIII. PRINCIPIOS DE ATENCIÓN EN SALUD DE ADOLESCENTES.

Se desarrollan los principios que se regirán en el programa. Los cuales se basan en el derecho que tienen las y los adolescentes de recibir de manera universal, servicios integrales de salud.

UNIVERSALIDAD.

Consiste en garantizar a la población adolescente la accesibilidad a los servicios de salud, según sus necesidades, independientemente de su condición económica, social y cultural.

EQUIDAD.

Reconoce la distribución justas de recursos. La discriminación positiva a manera que los que poseen mayores desventajas tenga mayores oportunidades.

INTEGRIDAD.

Las intervenciones dirigidos a adolescentes deberán basarse en el enfoque holístico, donde se les concibe como sujetos con derechos que tienen un cuerpo físico, una mente y que se encuentran interactuando dentro de un sistema social y ecológico.

EFICACIA.

Caracteriza servicios de salud que aplicados en condiciones ideales producen los resultados deseados, que los beneficios de una intervención, son mayores que los posibles daños o efectos secundarios que estos puedan causar.

EFICIENCIA.

Expresa la relación entre resultados obtenidos en un programa, proyecto o intervención y los esfuerzos realizados en términos de los recursos utilizados. Analiza si los beneficios del programa son suficientes en relación con los costos incurridos.

Es alcanzar el máximo impacto en un resultado con el mínimo de recursos utilizados.

Es el adecuado uso de los recursos. No puede desligarse de la equidad y la calidad.

CALIDAD.

Reconoce a las y los adolescentes como sujetos que merecen recibir una atención oportuna con personal capacitado, con tecnología apropiada y con los insumos necesarios para la promoción, protección y recuperación de su salud.

CALIDEZ.

Reconoce a las y los adolescentes como sujetos que merecen un trato digno, respetuoso y con sensibilidad humana.

RESPECTO.

Les reconoce que como sujetos con derechos, merecen ser escuchados y sus opiniones ser tomados en cuenta.

CONFIDENCIALIDAD.

Se reconoce su derecho a la privacidad. Se basa en los diferentes códigos vigentes en el país: de salud y ética profesional.¹¹

MARCO LEGAL DEL PROGRAMA DEL PROGRAMA DE ATENCION INTEGRAL AL ADOLESCENTE. Ver anexo (1)

IX. SITUACIÓN SOCIOECONOMICA DE LA ADOLESCENCIA EN EL SALVADOR.

Datos proporcionados por la Dirección General de Estadísticas y Censos (DIGESTYC) en el documento “Proyección de la Población Salvadoreña 2025”

¹¹ Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social 2007, Norma de Atención Integral de Salud del Adolescente, El Salvador. Anexo1.

estiman que para el año 2000, la población del rango de 0 a 19 años de edad es de 2,874, 283 (47%) de los cuales 49% son del sexo femenino; y 51% viven en el área urbana .

De acuerdo a la EHPM de 1998, se tiene que el 45.1 de hogares se encuentran en situación de pobreza y de éstos, el 26.2 en pobreza relativa y el 18.9 en extrema pobreza. Asimismo, el 37.9 del total de hogares se encuentran en el área urbana, donde el 24.2 están en pobreza relativa y el 13.7 en pobreza extrema; y el 56.9 del total de hogares del área rural, 29.6 están en pobreza relativa y 27.3 en pobreza extrema.¹²

X. CONTEXTO DE SALUD ACTUAL EN NUESTRO PAIS.

Las principales causas de consulta de la niñez en establecimientos del MSPAS en 1999, son por infecciones diarreicas, parasitismo intestinal y las infecciones agudas de vías respiratorias superiores, este patrón prosigue hasta los 14 años en ambos sexos, pero cambia en las del sexo femenino a partir de los 15 años donde las principales causas de consulta son relacionadas con embarazo y parto.

Las y los adolescentes no conocen apropiadamente los métodos anticonceptivos, de acuerdo al estudio de FESAL 98, su acceso es difícil y su uso es sumamente limitado. Solo un 9.5% de las adolescentes refirió en dicho estudio que había usado algún método en su primera relación sexual.

En 1997, MSPAS registró 43,422 consultas de la población adolescentes por infecciones de transmisión sexual. En 1999, MSPAS registró que el 34% de los partos hospitalarios era de adolescentes. Además, refieren que el 42% de muertes registradas en 1999 por causas relacionadas con embarazo y parto, eran en adolescentes.

“La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el registro mundial de cáncer conocido como GLOBOCAN, plantea estimaciones de 500,000 casos nuevos de cáncer cervical registrados cada año y según la Alianza para la Prevención del Cáncer Cervical (ACCP), en un informe emitido en Ginebra en

¹² Ministerio de Salud y Asistencial Social (2006). *Guía Técnica de Prevención y Control del Cáncer de Cérvix*. El Salvador.pag 1-2.

el año 2004, con base en información recibida por sus organizaciones filiales en diferentes países del mundo, reportó que casi el 80 por ciento de los estimados en el ámbito mundial, se diagnostican en América Latina, África y la India”.

Un motivo importante que explica por qué la incidencia del cáncer cervicouterino es manifiestamente mayor en los países en desarrollo que en los países desarrollados es la falta de programas de tamizaje eficaces, encaminados a detectar afecciones pre cancerosas y tratarlas antes de que progresen a un cáncer invasor. En América Latina la incidencia de cáncer de cérvix es de 21.5 y 40.8 por 100,000 mujeres. En El Salvador según datos de GLOBOCAN 2002, la tasa de incidencia es de 45.6 casos por 100,000 mujeres. Una estimación moderada de la prevalencia mundial, basada en los datos de 2000, indica que hay casi 1,4 millones de casos de cáncer cervicouterino reconocidos clínicamente (el cálculo se basa en el número de pacientes que todavía viven cinco años después del diagnóstico). Este cálculo refleja la acumulación de los casos producidos cada año y el hecho de que pocas mujeres de los países en desarrollo reciben tratamiento. Los conocimientos actuales sobre la historia natural del cáncer cervicouterino indican que el número de mujeres que pueden tener afecciones precursoras de cáncer cervicouterino es de dos a cinco veces mayor que las que pueden tener el cáncer invasor. Por consiguiente, puede haber hasta 7.000.000 de mujeres con displasias de grado alto, que deben ser identificadas y tratadas.

El cáncer cervical mata a más mujeres cada año que las que mueren en parto, y se estima que podría afectar a 750,000 mujeres en el año 2020 y la cifra mundial podría aumentar hasta 1 millón de casos nuevos para el año 2050. En todo el mundo, el cáncer cervicouterino provoca la muerte de 231.000 mujeres por año, y más de 80% de estas defunciones ocurren en los países en desarrollo¹.

En El Salvador según datos de GLOBOCAN 2002, la tasa de mortalidad es de 23.5 muertes por 100,000 mujeres.

En nuestro país la población de adolescentes representa una gran mayoría en comparación a la población total, y de esta casi en un 50 % es del área rural, es por eso que ya se ha comenzado en desarrollar estudios como el realizado por la Dra. Marina Padilla de Gil, sobre Salud sexual de los y las adolescentes en El Salvador, el cual fue publicado en la revista de la “*Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la adolescencia en el año 2001*”. en el cual se realizo un estudio de observación analítico, en adolescentes de ambos sexos, estudiantes y desertores escolares, la edad promedio fue 17.3 años, y sus resultados fueron que el 48 % reporto haber iniciado vida sexual en promedio a los 14.7 años, el número de parejas sexuales fue de 1.8 para las jóvenes y 4 para los jóvenes, por lo que realza la importancia de crear estrategias para la mejor promoción y conciencia de realizarse la prueba de Papanicolaou en este grupo de edad, por sus múltiples riesgos.¹³

XI. GINECOLOGIA DE LA ADOLESCENTE Y FACTORES MICROBIOLÓGICOS RELACIONADOS CON EL CÁNCER DE CERVIX.

ANATOMIA E HISTOLOGIA DEL CUELLO UTERINO.

El útero consta de tres regiones anatómicas y funcionales distintas: El cuerpo, el segmento inferior y el cuello.

El cuello del útero se divide en la porción vaginal y en el endocérvix, la porción exocérvical se ve directamente en el examen vaginal, está tapizado por un epitelio escamoso estratificado no queratinizado que se continúa con la bóveda vaginal, este epitelio confluye en el centro en una pequeña abertura llamada orificio externo; inmediatamente por encima del orificio externo esta el endocérvix , que esta tapizado por un epitelio cilíndrico mucoso secretor que al profundizar en el extremo subyacente forma criptas (Glándulas

¹³ Publicado en la Revista de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia. REVSOGIA 2001; 8(3):85-94 *Salud sexual de los y las adolescentes en El Salvador* www.bvs.edu.sv/adolec/tc/sexualidAdole21.pdf

endocervicales). El sitio donde se reúne el epitelio escamoso y el glandular es la unión cilindro escamosa, la localización de esta unión es variable, aunque inicialmente está situada en el orificio cervical, prácticamente en todas las mujeres adultas que han tenido hijos, el endocérvix está evertido, mostrando la unión cilindro escamosa al ojo del observador.

Al combinarse el crecimiento hacia el inferior de la porción escamosa del epitelio (Epidermización) y una diferenciación escamosa intrínseca de las células subcilíndricas de reserva (Metaplasia escamosa), esta región se convierte en un epitelio escamosa y produce la zona de transformación.

Durante la vida reproductiva, la unión cilindro escamosa emigra en dirección cefálica, sobre el borde delantero de la zona de transformación y puede ser invisible a simple vista después de la menopausia.

En esta zona de transformación que abarca la unión cilindro escamosa es donde aparecen los carcinomas epidermoide o las lesiones precancerosas.

Esto se debe a la alta susceptibilidad del epitelio escamoso a los cambios metaplasicos, por lo que la variedad epidermoide representa el 80 al 90 por ciento de todos los cánceres de cuello uterino.¹⁴

AGENTE CAUSAL DEL CANCER DE CUELLO UTERINO.

Koss fue el primero en reconocer en 1,956 los cambios histológicos producidos por el virus del papiloma humano, creando el término de coilocitocis, pero no se reconoció su importancia hasta 20 años después.

El genoma del virus del papiloma humano se ha demostrado en todos los grados de neoplasias intra cervicales. Conforme se vuelven más graves las lesiones los coilocitos desaparecen, porque este virus no es capaz de reproducirse en las células menos diferenciadas, por tanto en la clasificación citológica está incluida dentro de la displasia leve.

Aunque el número de tipos de VPH genitales conocidos excede en la actualidad de 20, sólo ciertos tipos están relacionados con lesiones intra epiteliales, estos son 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56 y 58; sólo los tipos 16 y 18 son más frecuentes en el cáncer de cérvix invasivo.

¹⁴ Ministerio de Salud pública y asistencia social, Guía Técnica para el manejo y el control cáncer invasor de cérvix 2007.

El tipo 16 es el más frecuentes en cáncer invasivo y en las NCI II y III y también es el tipo más frecuente en una citología normal, a pesar de ser frecuente no es específico, porque se encuentra en mujeres con citología normales.

El tipo 18 se encuentra en un 23% en mujeres con cáncer invasivo y 5% en NIC II y III, y menos del 2% en una citología normal, por tanto, es más específico para los tumores invasivos, su existencia en una citología normal es casi nula.¹⁵

FACTORES PREDISPONENTES:

- a) Edad temprana del coito:** Se ha establecido que los oncógenos se introducen durante el coito, a menor edad la respuesta inmune a estos oncógenos es menor. El inicio de relaciones sexuales a una edad cada vez más temprana aumenta la posibilidad de un mayor número de parejas sexuales.
- b) Múltiples parejas sexuales:** A mayor número de parejas sexuales, hay mayor posibilidad de adquirir una enfermedad de transmisión sexual, principalmente del virus del papiloma humano (VPH).
- c) Pareja masculina que ha tenido muchas parejas sexuales anteriormente:** ya que el hombre puede ser un portador del virus del papiloma humano (VPH).
- d) Primer embarazo a edad temprana:** En la etapa del embarazo es más activa la metaplasia por lo que existe más riesgo de una displasia.
- e) Uso de anticonceptivos orales:** Existe cierto aumento del riesgo relacionado a la duración del consumo de los anticonceptivos orales con la actividad sexual. En la actualidad se ha relacionado que las mujeres que utilizan ACO son las que han padecido más de cáncer de cérvix, esto a manera de estadística, no se ha comprobado aún esta teoría.
- f) Historia familiar:** Existe un riesgo mayor cuando existen parientes en primero y segundo grado que han padecido de cáncer de cérvix.
- g) Infecciones genitales asociadas:** El porcentaje de neoplasias atribuidas a infecciones por el virus del papiloma humano se aproxima al

¹⁵ Ministerio de Salud pública y asistencia social, Guía Técnica para el manejo y el control cáncer invasor de cérvix 2007.

90%, otro de los agentes relacionados con el cáncer de cérvix es el virus del Herpes simple de tipo II, cuyo porcentaje es del 2%.

- h) Multiparidad:** Entre más embarazos presente una mujer, mayor número de cambios metaplasicos.
- i) Tabaquismo:** Destruye las células de Langas que son protectoras del cuello uterino, por tanto una mayor tendencia a albergar el virus del papiloma Humano.¹⁶

CLASIFICACIÓN.

Histológicamente el cérvix está constituido por epitelio escamoso estratificado no queratinizado, epitelio cilíndrico muco secretor y estroma, por lo tanto las neoplasias del cérvix se pueden originar de cualquiera de estos 3 tipos de tejido. Así, según el tipo de tejido que le da origen recibirán su nombre, carcinoma epidermoide (epitelio), adenocarcinoma (cilíndrico) y sarcoma (estroma).

XII. HISTORIA DE LA CITOLOGIA.

“El investigador que descubrió la técnica de la Citología, George Nicolás Papanicolaou nació el 13 de mayo de 1883 y luego que llegara a la edad adulta en 1910, obtuvo el grado de Doctor con la tesis que enfocó a la diferenciación y determinación del microorganismo *Daphnia* (un género de crustáceos de agua dulce, llamados popularmente “moscas de agua”). Así sus primeras investigaciones se basan en la toma de muestreos de las descargas vaginales de los conejillos de indias (aun cuando aparentemente parecían flujos sin importancia); al observarlas al microscopio descubrió en ellas diferentes patrones y secuencias citológicas. El hecho de que tales variaciones pudiesen suceder en los humanos (aunque de forma más pausada), lo incitó a realizar la primera citología exfoliativa, teñida con la tinción que llevaría su nombre hasta nuestros días. Los patrones citológicos que Papanicolaou detectó fueron inmediatamente asociados con los cambios en el ciclo ovárico y menstrual. En

¹⁶ Ministerio de Salud pública y asistencia social, Guía Técnica para el manejo y el control cáncer invasor de cérvix 2007.

septiembre de 1917, junto con Charles Stockard, publica los resultados en el *American Journal of Anatomy* bajo el título de “La existencia de un ciclo estral típico en los conejillos de indias, con un estudio de los cambios histológicos y fisiológicos”. Posteriormente para comprobar que este suceso también existía en las mujeres, George procedió a coleccionar citologías exfoliativas no sólo de su esposa, sino de diversas mujeres (embarazadas, niñas, pacientes climatéricas, pos menopáusicas y con otras entidades), y difundió sus conclusiones con el artículo “El ciclo sexual en la hembra humana mostrado por frotis vaginales”, en el *American Journal of Anatomy*”.

“En 1923, en una reunión en Nueva York, George Papanicolaou sugirió el uso de su método para el diagnóstico de cáncer uterino. Sin embargo, James Ewing (uno de sus contemporáneos, célebre por la publicación de “Enfermedades neoplásicas”, en 1919) lo cuestionó respecto a la eficacia del proceso para distinguir entre el carcinoma endometrial y el cervical ya que era mucho más fácil y determinante realizar una biopsia. Esto no desalentó a George, quien continuó sus investigaciones sobre frotis vaginales y cervicales. En febrero de 1925 emprende un estudio sistemático en frotis vaginales con voluntarias y trabajadoras del Hospital de la Mujer en Nueva York. El encontrar neoplasias y adquirir pericia en la diferenciación de los frotis fue para Papanicolaou una de las experiencias más emocionantes de toda su vida. Para confirmar sus observaciones decide explorar a mujeres con diagnósticos de cáncer ya establecidos, y finalmente, en una conferencia en enero de 1928, en Battle Creek, Michigan, revela su hallazgo. Dicho procedimiento prometía ser una excelente herramienta pronóstica para la detección de cáncer en etapas iniciales. En esa charla Papanicolaou describió por primera vez la técnica de tinción que más tarde se conocería sólo por el apellido de su descubridor”.

“George y su equipo comenzaron la investigación en 1939, en el Hospital de Nueva York, donde todas las mujeres del servicio de ginecología eran sometidas a una toma de citología exfoliativa, para ser interpretada por Papanicolaou. Los resultados fueron contundentes, ya que el uso rutinario de este método permitió el diagnóstico de un considerable número de casos asintomáticos de neoplasia cervicouterina, algunos de ellos imperceptibles al

ojo humano y solamente demostrable mediante biopsia, o este procedimiento. Treinta y cuatro años después de haber arribado a los Estados Unidos, George Papanicolaou preside la primera conferencia internacional sobre citología, en Bruselas y con los fondos y el personal necesario, programó iniciar el proyecto de citología más ambicioso del mundo, pero no pudo llevarlo a cabo porque el 19 de febrero de 1962, muere de un infarto cardiaco. Actualmente sus restos descansan en el pueblo de Clinton, New Jersey".¹⁷

XIII. CRITERIO SOBRE LA TOMA DE CITOLOGIA Y SU INTERPRETACION.

DEFINICION.

El término citología se refiere al estudio integral de muestras de células exfoliadas o desprendidas de la superficie del cuello uterino y vagina, la citología cervico vaginal es de gran utilidad en la prevención, diagnóstico y control de la neoplasia cervical, proceso que incluye múltiples factores en su desarrollo entre ellas las infecciones de transmisión sexual, causadas por bacterias, protozoarios, hongos y virus.

El estudio citológico permite:

- 1- Detectar la patología inflamatoria, al observar las alteraciones celulares causadas por diversos factores químicos, físicos y biológicos.
- 2- Detectar lesiones pre malignas del cuello uterino, está es su principal utilidad.
- 3- Conocer el estado hormonal de la paciente basado en el grado de maduración celular, ya que el epitelio vaginal presenta variaciones cíclicas dependientes del nivel de las hormonas ováricas, teniendo gran aplicación en los casos de amenorrea, disfunciones menstruales, entre otras.¹⁸

¹⁷ Publicado en la Revista de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia. REVSOGIA 2001; 8(3):85-94 *Salud sexual de los y las adolescentes en El Salvador* www.bvs.edu.sv/adolec/tc/sexualidAdole21.pdf

¹⁸ Ministerio de Salud pública y asistencia social, Guía técnica para prevención y control de cáncer de cérvix 2007, Aspectos técnicos pagina 11.

INDICACIONES DE LA TOMA DE LA CITOLOGÍA.

- 1- Toda mujer que ha iniciado su actividad sexual.
- 2- Toda mujer que llega a la consulta ginecológica, control prenatal, planificación familiar o sub-especialidad.
- 3- Se debe realizar cada dos años según norma (Octubre - 2007), pero debido a los cumplimientos de metas y a la idiosincrasia de nuestra población (prácticas sexuales) en todo centro de salud se realiza anualmente.

RECOMENDACIONES PREVIAS A LA TOMA DE LA CITOLOGIA.

- 1- Preferentemente será tomada en periodos sin menstruación y sangramiento aunque no es una contraindicación absoluta.
- 2- Posterior al parto a partir de las 8 semanas.
- 3- No deben efectuarse duchas vaginales ni utilizar medicamentos dentro de la vagina en las 24 horas previa a la toma de la muestra.
- 4- El frotis será tomada antes del tacto vaginal y colocación del especulo sin gel.
- 5- No realizar biopsia vaginal, cervical y endometrial.

TÉCNICA DE TOMA DE CITOLOGÍA.

- 1- Previa a la toma de la citología, debe de identificarse la lámina con su nombre, registro de la paciente y código de la unidad de salud.
- 2- Explicar a la paciente paso a paso el procedimiento.
- 3- Colocar a la paciente en posición ginecológica.
- 4- Introducir en la vagina el especulo sin lubricar para exponer el cuello uterino.
- 5- Identificar el cérvix en su totalidad, tomar la muestra del exocérvix con la espátula de Ayre, la endocérvical con el cepillo endocérvical o hisopo humedecido en solución salina.
- 6- Colocar la muestra de la espátula en la laminilla, realizando un extendido de manera rápida en un solo sentido en la mitad externa y la muestra endocérvical en la mitad interna de la lámina del portaobjetos.

- 7- Fijar de inmediato el material extendido con una solución fijadora a base de etanol al 90%, sostener la laminilla y mantener en posición horizontal, mientras se rocía a una distancia de 20 centímetros.

FACTORES QUE PRODUCEN ERROR EN LA MUESTRA.

- 1- Recolección inapropiada de la muestra.
- 2- Transferencia deficiente desde los dispositivos de recolección hacia la laminilla.
- 3- Secado al aire.
- 4- Contaminación con lubricantes.¹⁹

LECTURA.

Existen varios formatos para clasificar esta información uno de los más conocidos es por las clases descritas por Papanicolaou, así:

- I. Es normal.
- II. Cambios inflamatorios.
- III. Lesiones precursoras.
- IV. Positiva para células malignas o carcinoma in situ.
- V. Carcinomas avanzados.

SISTEMA BETHESDA 2001.

En 2001 se modifica el sistema Bethesda, que permite la comunicación entre el médico y el laboratorio, los resultados incluyen información sobre la calidad de la muestra, clasificación general, y diagnóstico descriptivo.

CALIDAD DE LA MUESTRA.

- Satisfactorio para valoración.
- Satisfactorio para evaluación pero limitada.
- Insatisfactoria para valoración.

¹⁹ Ministerio de Salud pública y asistencia social, Guía técnica para prevención y control de cáncer de cérvix 2007, Aspectos técnicos pagina 11-24.

MUESTRA ADECUADA

- Satisfactoria para evaluación (describir presencia o ausencia de componentes de zonas de transformación/endocervical y cualquier otro indicador de calidad, por ej., parcialmente teñido por sangre, inflamación, etc.)
- No satisfactorio para evaluación ... (especificar razón)
- Muestra rechazada/no procesada (especificar razón)
- Muestra procesada y examinada, pero no satisfactoria para evaluación de anormalidad epitelial por ... (especificar razón)

Categorización General (opcional)

- Negativo para lesión intraepitelial o malignidad
- Anormalidad de células epiteliales: Ver interpretación/Resultado (especificar 'escamoso' o 'glandular' como apropiado)
- Otro: Ver interpretación/Resultado (por ej. células endometriales en una mujer ≥ 40 años de edad)²⁰

Revisión Automatizada

Si fue examinado por un aparato automatizado, especificar aparato y resultado.

Pruebas Auxiliares

Proveer de una breve descripción de los métodos y reportes de resultados para que sea fácilmente comprendido por los médicos.

Interpretación/Resultados

Negativo para Lesión Intraepitelial o Malignidad (cuando no exista evidencia celular de neoplasia, estado en la sección del reporte Categorización General y/o Interpretación/Resultados, ya sea o no por organismos u otros hallazgos no neoplásicos)

Organismos:

- *Trichomonas vaginalis*

²⁰ Ministerio de Salud pública y asistencia social, Guía técnica para prevención y control de cáncer de cérvix 2007, diagnóstico y tratamiento.

- Organismos micóticos morfológicamente consistente con *Cándida* spp
- Cambio en la flora sugestivo de vaginosis bacteriana
- Bacterias morfológicamente consistente con *Actinomyces* spp.
- Cambios celulares consistentes con Herpes simplex virus

Otros Hallazgos No Neoplásicos (Opcional para el reporte; lista no incluida):

- Cambios celulares reactivos asociado con
- Inflamación (incluye reparación típica)
- Radiación
- Dispositivo intrauterino contraceptivo (DIU)
- Estado de células glandulares post histerectomía
- Atrofia

Otro

Células endometriales (en una mujer \geq 40 años de edad)
(Específicamente si es negativo para lesión intraepitelial escamosa)

Anormalidades de Células Epiteliales

Células Escamosas

- Células escamosas atípicas (ASC)
- De significado indeterminado (ASC-US)
- No puede excluirse HSIL (ASC-H)
- Lesión intraepitelial escamosa de bajo grado (LSIL) comprendiendo: HPV/displasia leve/CIN 1
- Lesión intraepitelial escamosa de alto grado (HSIL) comprendiendo: displasia moderada y severa, carcinoma in situ (CIS)/CIN 2 y CIN 3
- Con características sospechosas para invasión (si la invasión es sospechada)
- Carcinoma de células escamosas
- Células glandulares atípicas (AGC)
- Células endocervicales (no específico - NOS o especificar en comentarios)
- Células endometriales (NOS o especificar en comentarios)

- Células glandulares (NOS o especificar en comentarios)
- Atípicas
- Células endocervicales, favorece neoplasia
- Células glandulares, favorece neoplasia
- Adenocarcinoma endocervical in situ (AIS)
- Adenocarcinoma
- Endocervical
- Endometrial
- Extrauterino
- No especificado (NOS) ²¹

Otras Neoplasias Malignas: (especificar)

²¹ Ministerio de Salud pública y asistencia social, Guía técnica para prevención y control de cáncer de cérvix 2007, diagnóstico y tratamiento.

HIPOTESIS.

VERDADERA

Con la implementación del programa de atención integral al adolescente se logrará mayor cobertura de la toma de citología en las adolescentes sexualmente activas que consulten en la unidad de salud de El Congo en los meses de enero a junio 2008, en comparación con las consultantes en el mismo periodo del 2007.

NULA

Con la implementación del programa de atención integral al adolescente no se logrará mayor cobertura de la toma de citología en las adolescentes sexualmente activas que consulten en la unidad de salud de El Congo en los meses de enero a junio 2008, en comparación con las consultantes en el mismo periodo del 2007.

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO: RETROSPECTIVO – TRANSVERSAL – DESCRIPTIVO, COMPARATIVO.

La Metodología del trabajo se realizó en un estudio de tipo Retrospectivo ya que son investigaciones en las que algún fenómeno en curso se vincula con otros ocurridos antes del inicio del estudio como es el caso de la Introducción de una norma para mejorar la atención a una población. Además se hará un estudio de tipo transversal y estos implican la obtención de datos en un momento específico y los fenómenos por investigar se captan, según se manifiestan durante un periodo de colecta de datos; como en el caso de nuestro estudio se hizo un corte en el tiempo y se compararon y evaluaron datos de dos periodos distintos antes y después de la implementación de la norma. Se describirá si con la introducción del Programa se ha aumentado la toma de Citología.

Para la realización de este estudio se plantearon dos hipótesis una verdadera y otra nula para dar una respuesta inicial a nuestra problemática.

PERIODO DE EJECUCIÓN:

Periodo comprendido entre el 1° de Enero al 30 de Junio de los años 2007 y 2008. Se realizara un estudio comparativo del número de citologías tomadas del año 2007 cuando no se había implementado la norma y el año 2008 cuando se introdujo la norma.

UNIVERSO Y MUESTRA:

Las adolescentes de las edades de 12 a 19 años del Municipio de El Congo que asisten a la Unidad de Salud, cuya cantidad es de 1899 tanto en el área rural como urbano, y de estas se tomaran una muestra con las siguientes características:

- Adolescentes entre las edades de 12 a 19 años de edad.
- Inscritas en el Programa de Atención Integral al Adolescente.
- Adolescentes Sexualmente activas.

- Adolescentes no embarazadas.

Por lo tanto de 1899 adolescentes, la muestra total de nuestro estudio para el año 2008 incluyendo las características anteriormente mencionadas es de 55 adolescentes.

Así se comparara también con la muestra para el año del 2007 y en este caso no se tomaran en cuenta aquellas que no estaban inscritas ya que en ese año no se había implementado el programa. El total de la muestra del año 2007 es de 45 adolescentes.

¿QUIÉN LO HARÁ? :

Será realizado por 3 estudiantes de año social de la carrera de Doctorado de Medicina y una Asesora metodológica.

UBICACIÓN:

El estudio se llevará a cabo en la Unidad de Salud de El Congo.

INSTRUMENTOS:

El instrumento que se ha utilizado es la Recolección de Datos de los expedientes por medio de un formulario (Anexo 3), y que según nuestra muestra serán aquellos que cumplan nuestras variables dependientes como edad entre 12 a 19 años, que este inscrita en el programa (para el 2008 y no para el 2007), que no esté embarazada, y que sea sexualmente activa, y luego aquellos datos que nos darán variables no dependientes como la dirección, el estado civil, la ocupación, el grado de escolaridad, y otros de índole gineco-obstétrico.

QUE SE BUSCA:

Se tratara de indagar la aceptación que han tenido las adolescentes, al Programa de Atención Integral al Adolescente en la toma de Citología en dicha población tratando de evaluar el componente Salud Sexual Reproductiva.

FORMA DE PROCESAR LA INFORMACIÓN:

La información se procesará a través de tablas de distribución de frecuencia y gráficos.

DISTRIBUCIÓN DEL TIEMPO:

Se realiza las recolecciones de datos según el diagrama de Gant y se procesara y evaluara los datos.

QUE SE ESPERA OBTENER:

Según nuestra hipótesis verdadera esperamos que con el programa exista una mayor cantidad de Citologías tomadas en las Adolescentes.

PRODUCTOS ESPERADOS:

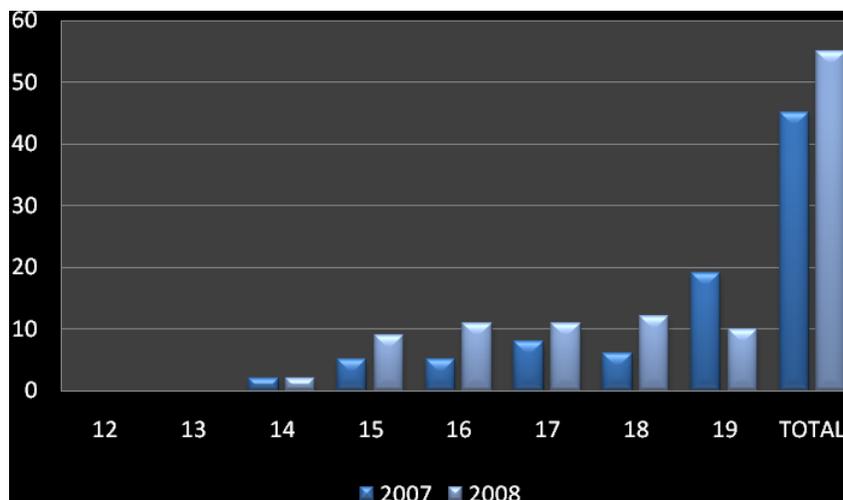
Mayor cobertura en la toma de Citología en las Adolescentes.

ANALISIS DE LOS RESULTADOS

• **TABLA 1 EDAD**

| EDAD | 2007 | 2008 |
|--------------|-----------|-----------|
| 12 | 0 | 0 |
| 13 | 0 | 0 |
| 14 | 2 | 2 |
| 15 | 5 | 9 |
| 16 | 5 | 11 |
| 17 | 8 | 11 |
| 18 | 6 | 12 |
| 19 | 19 | 10 |
| TOTAL | 45 | 55 |

• **GRAFICA 1 EDAD**



Fuente: formulario de recoleccion de datos de los expedientes de la Unidad de Salud en El Congo.

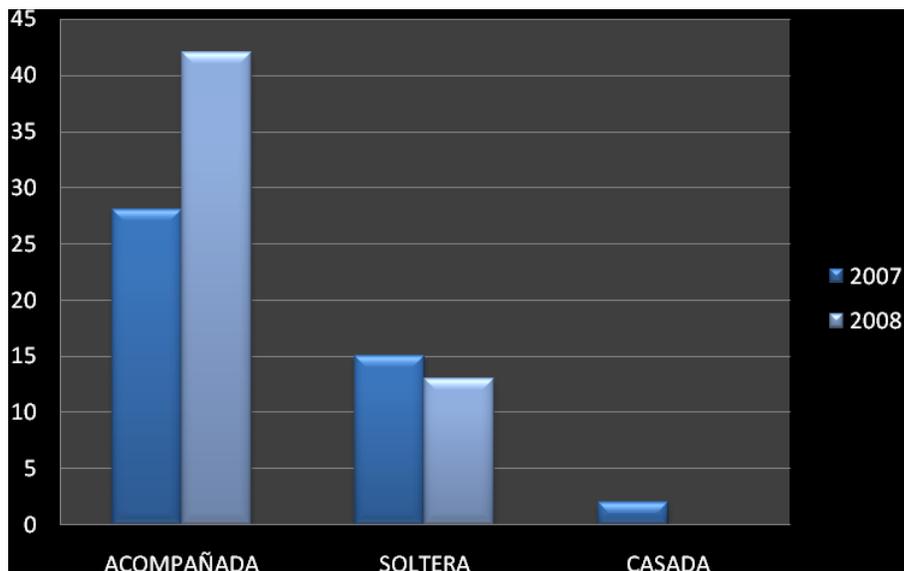
ANALISIS:

Las adolescentes de la muestra de estudio se encuentran entre los 14 y 19 años para ambos periodos, para el 2007 el 42% son de 19 años y para el 2008, el 40% entre los 16 y 17 años.

• **TABLA 2 ESTADO CIVIL**

| ESTADO CIVIL | 2007 | 2008 |
|--------------|------|------|
| ACOMPAÑADA | 28 | 42 |
| SOLTERA | 15 | 13 |
| CASADA | 2 | 0 |
| TOTAL | 45 | 55 |

• **GRAFICA 2 ESTADO CIVIL**



Fuente: formulario de recoleccion de datos de los expedientes de la Unidad de Salud en El Congo.

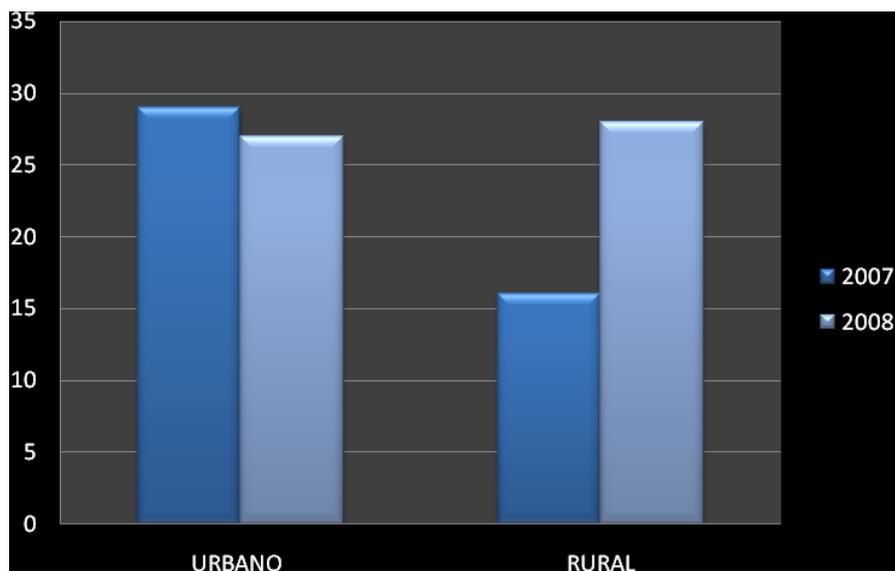
ANALISIS:

Se puede identificar que el 62.2 % de las adolescentes se encontraban acompañadas para el 2007 y para el 2008 se mantuvo la tendencia que el 76.4 % de la muestra de este periodo está acompañada.

• **TABLA 3 PROCEDENCIA GEOGRAFICA.**

| PROCEDENCIA | 2007 | 2008 |
|-------------|------|------|
| URBANO | 29 | 27 |
| RURAL | 16 | 28 |
| TOTAL | 45 | 55 |

• **GRAFICA 3 PROCEDENCIA GEOGRAFICA.**



Fuente: formulario de recoleccion de datos de los expedientes de la Unidad de Salud en El Congo.

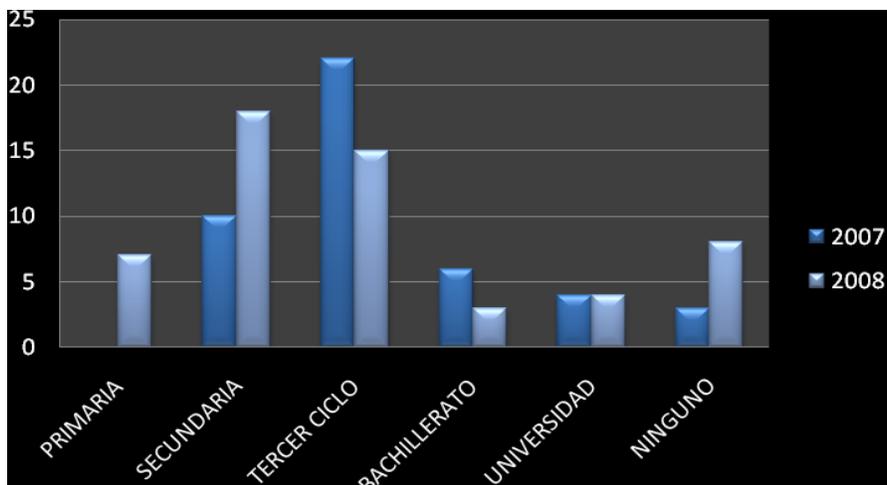
ANALISIS:

Para el 2007 la cobertura de las citologías fue más en el área urbana con un 64.4 % y un 35.5 % para el área rural; Mientras que para el 2008 la cobertura del área urbana fue del 49% y superó la del área rural con el 50.9 % de la muestra, en comparación con el periodo anterior.

• **TABLA 4 GRADO DE ESCOLARIDAD**

| GRADO ESCOLARIDAD | 2007 | 2008 |
|-------------------|------|------|
| PRIMARIA | 0 | 7 |
| SECUNDARIA | 10 | 18 |
| TERCER CICLO | 22 | 15 |
| BACHILLERATO | 6 | 3 |
| UNIVERSIDAD | 4 | 4 |
| NINGUNO | 3 | 8 |
| TOTAL | 45 | 55 |

• **GRAFICA 4 GRADO DE ESCOLARIDAD.**



Fuente: formulario de recoleccion de datos de los expedientes de la Unidad de Salud en El Congo.

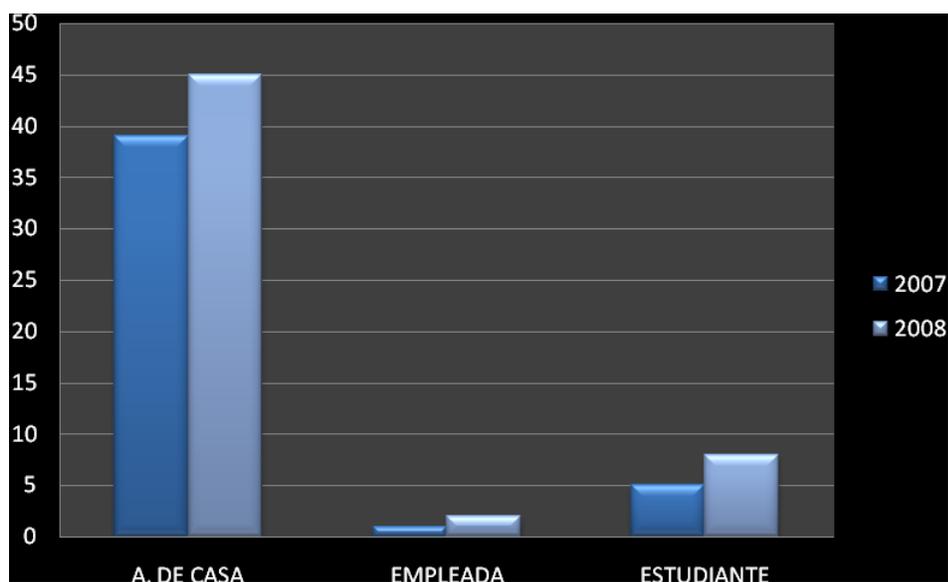
ANALISIS:

En esta gráfica se observa que en el 2007, la mayoría de citologías se realizaron en adolescentes con un nivel de estudio de terciaria (48.8%), seguido por las de secundaria (22.2 %) y con poca cobertura en las que no habían realizado ningún tipo de estudio (6.67 %); Caso contrario para el 2008, en el que su mayoría fue para las que tenían secundaria (32.7 %), seguidas de las de tercer ciclo (27.3 %) y con un número mayor que en el 2007 de aquellas que no tienen ningún tipo de estudio académico (14.5 %).

• **TABLA 5 OCUPACION.**

| OCUPACION | 2007 | 2008 |
|------------|------|------|
| A. DE CASA | 39 | 45 |
| EMPLEADA | 1 | 2 |
| ESTUDIANTE | 5 | 8 |
| TOTAL | 45 | 55 |

• **GRAFICA 5 OCUPACION.**



Fuente: formulario de recoleccion de datos de los expedientes del la Unidad de Salud en El Congo.

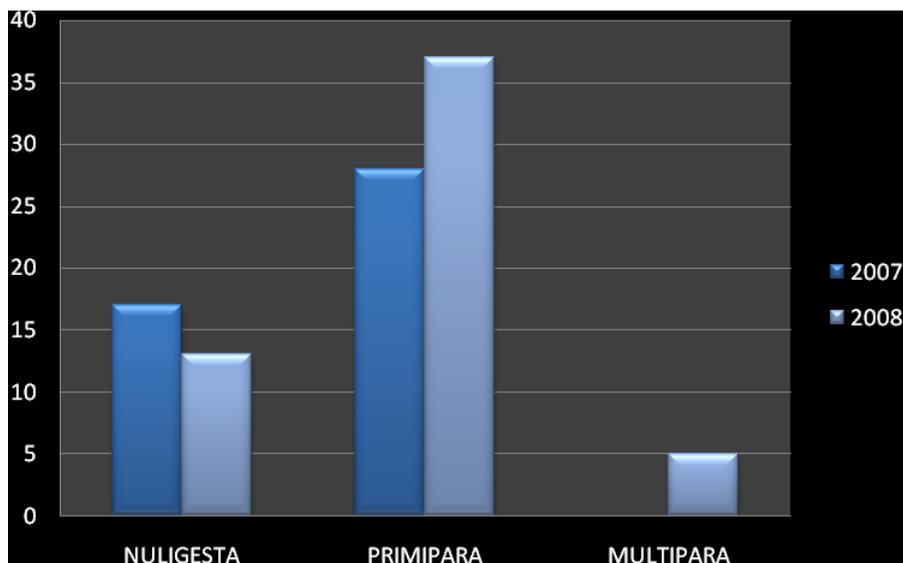
ANALISIS:

De toda la muestra de adolescentes, en su mayoría son Ama de casa tanto para el año 2007 (86.7 %) como para el 2008 (81.8 %).

• **TABLA 6 FORMULA OBSTETRICA**

| FORMULA OBSTETRICA | 2007 | 2008 |
|--------------------|------|------|
| NULIGESTA | 17 | 13 |
| PRIMIPARA | 28 | 37 |
| MULTIPARA | 0 | 5 |
| TOTAL | 45 | 55 |

• **GRAFICA 6 FORMULA OBSTETRICA.**



Fuente: formulario de recoleccion de datos de los expedientes de la Unidad de Salud en El Congo.

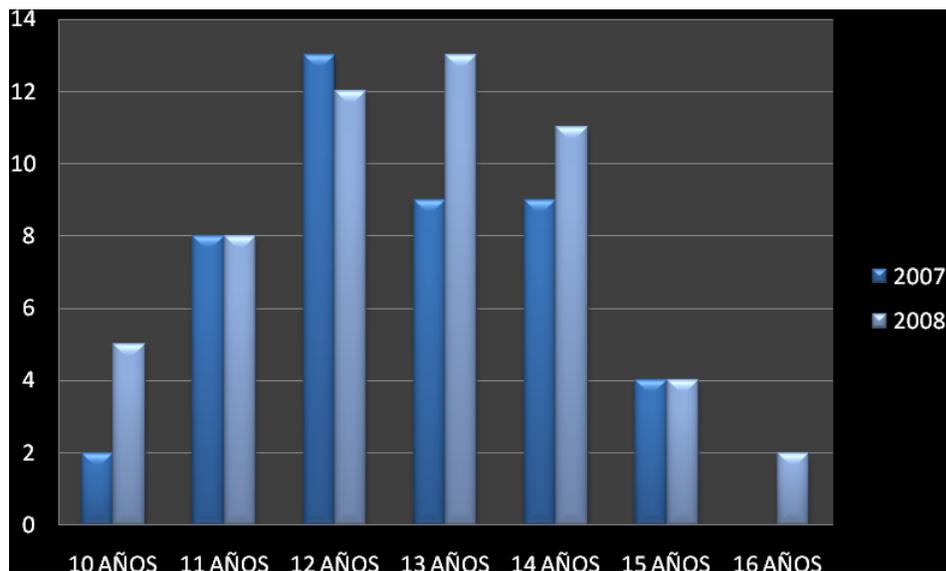
ANALISIS:

Que de las citologías tomadas en adolescentes en el 2007 en un 62.2 % fueron primíparas y solo en un 37.8 % nuligestas, y de igual forma para el 2008, ya que el 67.3 % fueron primíparas y un 23.6 % nuligestas.

• **TABLA 7 EDAD DE MENARQUIA.**

| EDAD DE MENARQUIA | 2007 | 2008 |
|-------------------|-----------|-----------|
| 10 AÑOS | 2 | 5 |
| 11 AÑOS | 8 | 8 |
| 12 AÑOS | 13 | 12 |
| 13 AÑOS | 9 | 13 |
| 14 AÑOS | 9 | 11 |
| 15 AÑOS | 4 | 4 |
| 16 AÑOS | 0 | 2 |
| TOTAL | 45 | 55 |

• **GRAFICA 7 EDAD DE MENARQUIA.**



Fuente: formulario de recoleccion de datos de los expedientes del la Unidad de Salud en El Congo.

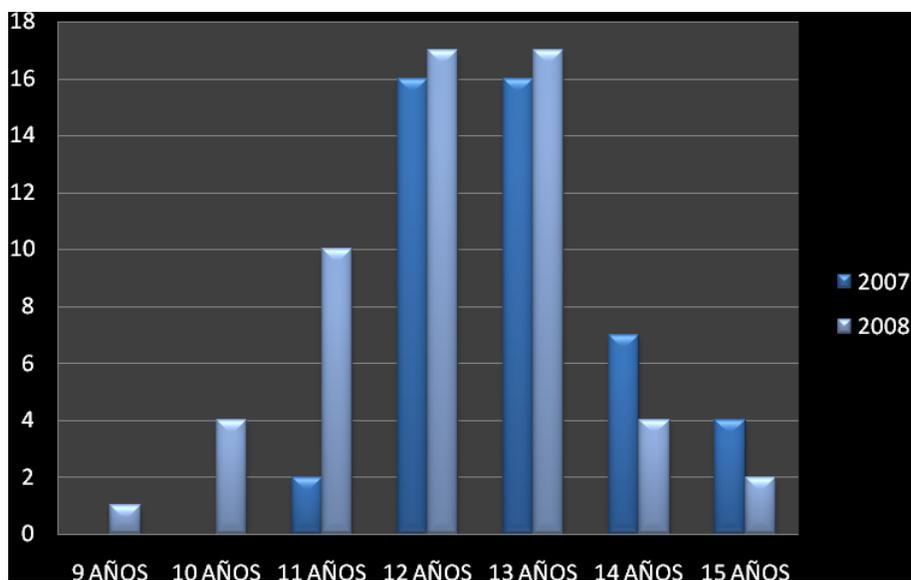
ANALISIS:

De las adolescentes que consultaron para su citología en el 2007, el 26.7 % que representa la mayoría de la muestra, tuvo su menarquía a los 12 años y de las que se captaron con el programa en el 2008, la mayoría fue a los 13 años, el 23.6 % de la muestra.

• **TABLA 8 EDAD DE TELARQUIA**

| TELARQUIA | 2007 | 2008 |
|--------------|-----------|-----------|
| 9 AÑOS | 0 | 1 |
| 10 AÑOS | 0 | 4 |
| 11 AÑOS | 2 | 10 |
| 12 AÑOS | 16 | 17 |
| 13 AÑOS | 16 | 17 |
| 14 AÑOS | 7 | 4 |
| 15 AÑOS | 4 | 2 |
| TOTAL | 45 | 55 |

• **GRAFICA 8 EDAD DE TELARQUIA**



Fuente: formulario de recoleccion de datos de los expedientes del la Unidad de Salud en El Congo.

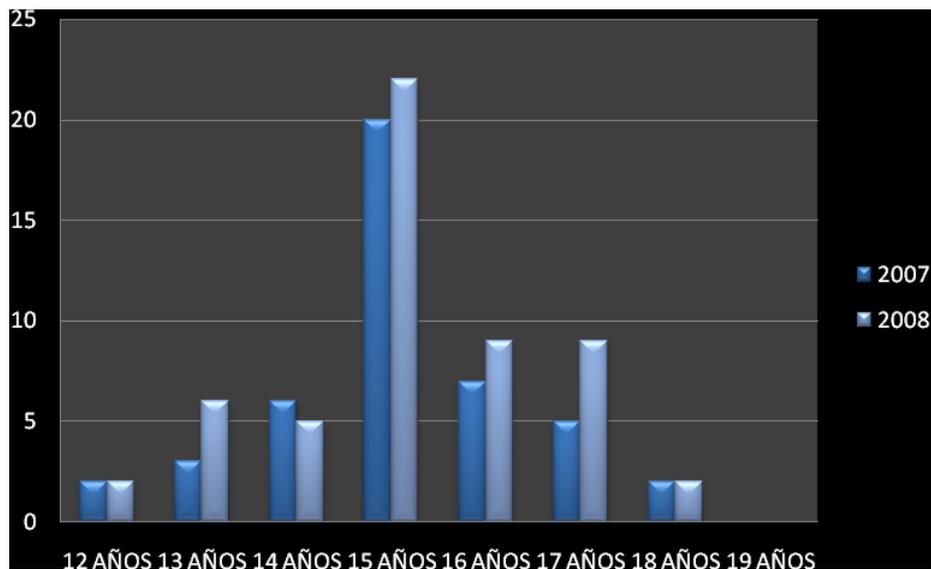
ANALISIS:

La Telarquia para las adolescentes consultantes en el 2007 se presentó en su mayoría entre los 12 y 13 años con un 71.1 %, y para las inscritas en el programa en el 2008 se presentó en el mismo periodo de edad y con un 61.8 % de la muestra.

• **TABLA 9 EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES.**

| EDAD | 2007 | 2008 |
|---------|------|------|
| 12 AÑOS | 2 | 2 |
| 13 AÑOS | 3 | 6 |
| 14 AÑOS | 6 | 5 |
| 15 AÑOS | 20 | 22 |
| 16 AÑOS | 7 | 9 |
| 17 AÑOS | 5 | 9 |
| 18 AÑOS | 2 | 2 |
| 19 AÑOS | 0 | 0 |
| TOTAL | 45 | 55 |

• **GRAFICA 9 EDAD DE INICIO DE RELACIONES SEXUALES.**



Fuente: formulario de recoleccion de datos de los expedientes del la Unidad de Salud en El Congo.

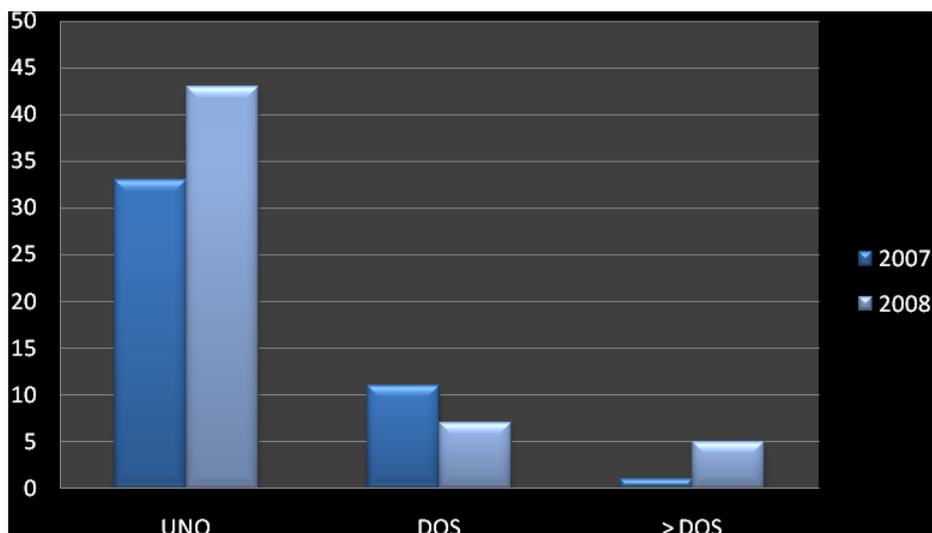
ANALISIS:

La mayoría de adolescentes que se realizaron citología en el 2007 el inicio de la vida sexual fue a los 15 años con un 44.4 % de la muestra y de las inscritas en el programa en el 2008, también su mayoría fue a los 15 años con un 40 % de la muestra.

• **TABLA 10 NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES.**

| COMPAÑEROS SEXUALES | 2007 | 2008 |
|---------------------|-----------|-----------|
| UNO | 33 | 43 |
| DOS | 11 | 7 |
| > DOS | 1 | 5 |
| TOTAL | 45 | 55 |

• **GRAFICA 10 NUMERO DE COMPAÑEROS SEXUALES.**



Fuente: formulario de recoleccion de datos de los expedientes de la Unidad de Salud en El Congo.

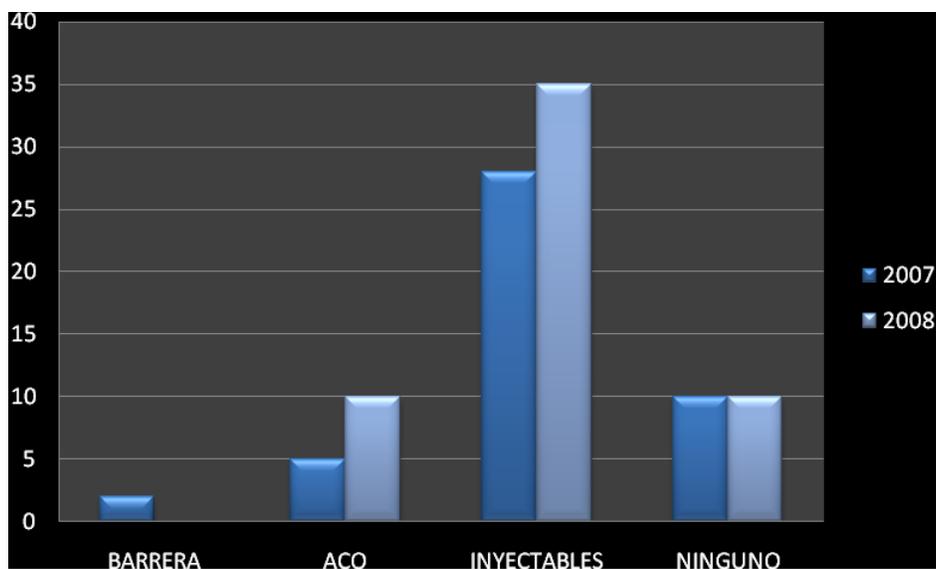
ANALISIS:

De las adolescentes captadas en el 2007, el 73.3 % tuvo un compañero sexual, el 24.4 % tuvo dos y 2.2 % tuvo más de dos; Y las inscritas en el programa en el 2008 el 78.2 % tuvo solo un compañero sexual, 12.7 % tuvo dos y un 9.1 % tenía más de dos.

• **TABLA 11 USO DE METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR.**

| USO DE METODOS DE PF | 2007 | 2008 |
|----------------------|------|------|
| BARRERA | 2 | 0 |
| ACO | 5 | 10 |
| INYECTABLES | 28 | 35 |
| NINGUNO | 10 | 10 |
| TOTAL | 45 | 55 |

• **GRAFICA 11 USO DE METODO DE PLANIFICACION FAMILIAR.**



Fuente: formulario de recoleccion de datos de los expedientes de la Unidad de Salud en El Congo.

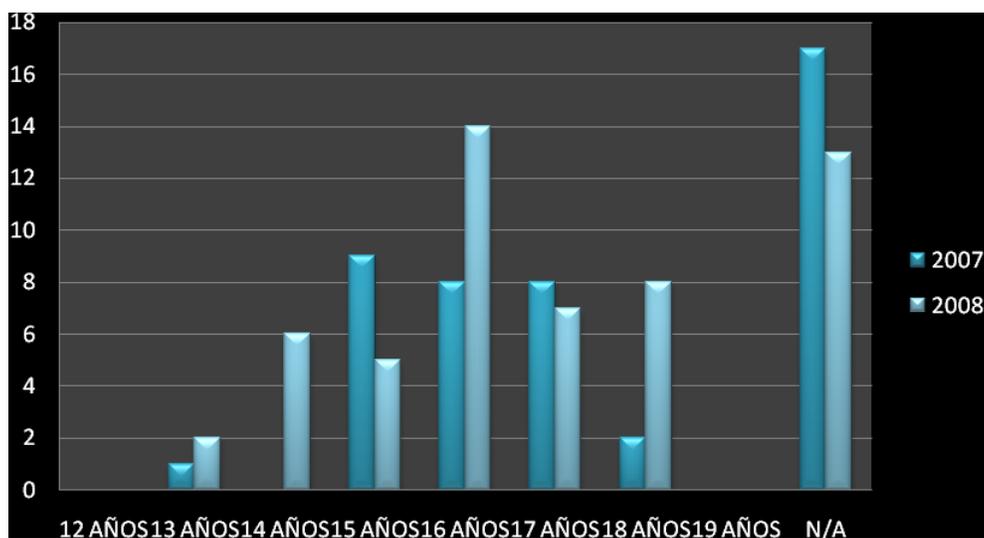
ANALISIS:

En esta gráfica se puede observar que para el año 2007, las adolescentes que se realizaron su citología, usaban en su mayoría métodos inyectables con un 62.2 % de la muestra y un 11.1 % usaba anticonceptivos orales; Y que las inscritas en el programa en el 2008 también en su mayoría 63.6 % usa inyectables y 18.2 % usa ACO como método anticonceptivo.

• **TABLA 12 EDAD DEL PRIMER PARTO.**

| EDAD 1er PARTO | 2007 | 2008 |
|----------------|-----------|-----------|
| 12 AÑOS | 0 | 0 |
| 13 AÑOS | 1 | 2 |
| 14 AÑOS | 0 | 6 |
| 15 AÑOS | 9 | 5 |
| 16 AÑOS | 8 | 14 |
| 17 AÑOS | 8 | 7 |
| 18 AÑOS | 2 | 8 |
| 19 AÑOS | 0 | 0 |
| N/A | 17 | 13 |
| TOTAL | 45 | 55 |

• **GRAFICA 12 EDAD DEL PRIMER PARTO.**



Fuente: formulario de recoleccion de datos de los expedientes de la Unidad de Salud en El Congo.

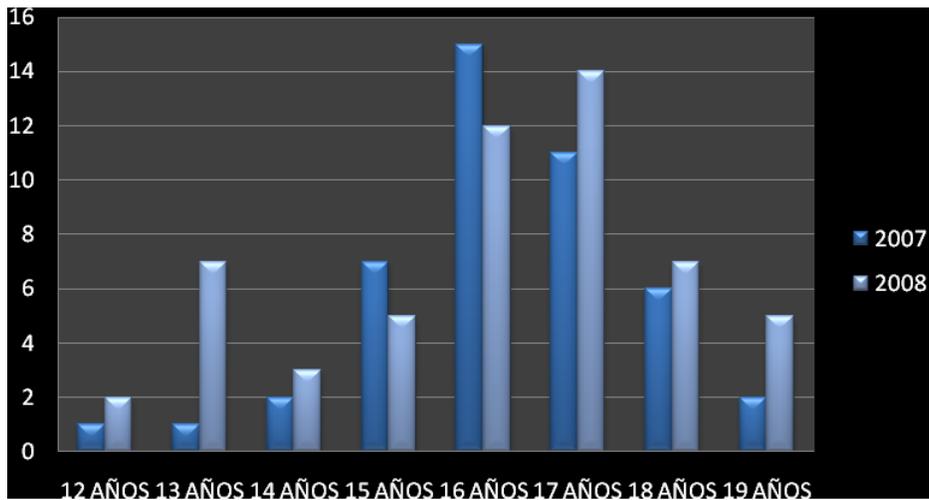
ANALISIS:

Para esta gráfica se tomaron en cuenta aquellas que dentro de la muestra para ambos años eran nulígestas (no aplica para la edad del primer parto), y que representan el 37.8 % para el 2007 y el 23.6 % para el 2008; El resto de las adolescentes en su mayoría el primer parto fue entre los 16 y 17 años para el 2007 y a los 16 años para el 2008.

• **TABLA 13 CITOLOGIA DE PRIMERA VEZ.**

| EDAD PAP 1a VEZ | 2007 | 2008 |
|-----------------|------|------|
| 12 AÑOS | 1 | 2 |
| 13 AÑOS | 1 | 7 |
| 14 AÑOS | 2 | 3 |
| 15 AÑOS | 7 | 5 |
| 16 AÑOS | 15 | 12 |
| 17 AÑOS | 11 | 14 |
| 18 AÑOS | 6 | 7 |
| 19 AÑOS | 2 | 5 |
| TOTAL | 45 | 55 |

• **GRAFICA 13 EDAD DE LA PRIMERA CITOLOGIA**



Fuente: formulario de recoleccion de datos de los expedientes de la Unidad de Salud en El Congo.

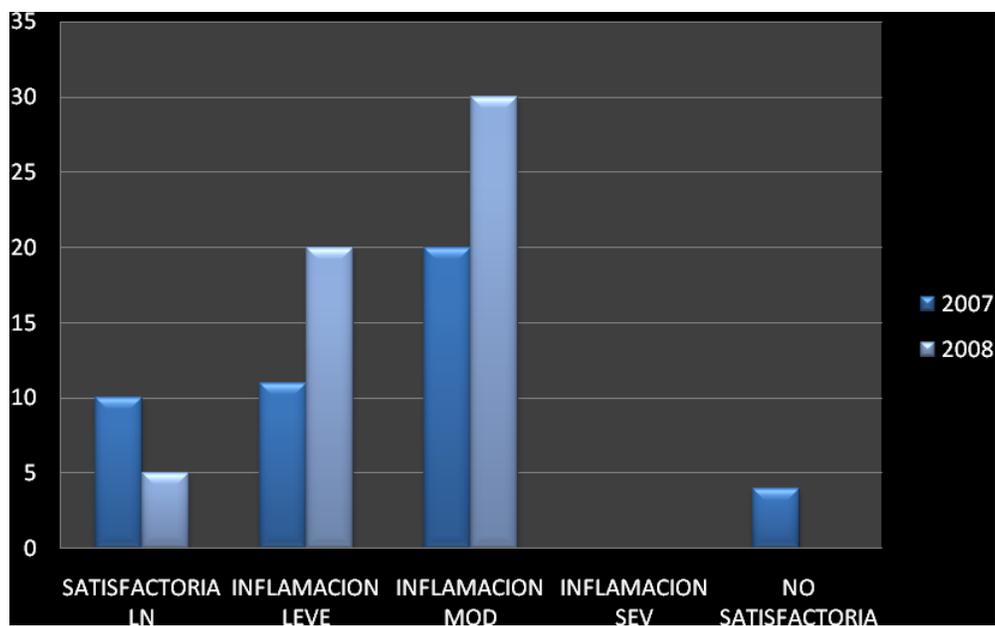
ANALISIS:

En esta gráfica se puede observar que las citologías de primera vez tomadas en el 2007 la mayoría fue a los 16 años con un 33.3 % de la muestra y que para el 2008 con la introducción del programa se mantuvo la edad de 16 años con un 21.8 % en su mayoría.

• **TABLA 14 RESULTADO DE PAP DE PRIMERA VEZ.**

| RESULTADO 1er PAP | 2007 | 2008 |
|-------------------|------|------|
| SATISFACTORIA LN | 10 | 5 |
| INFLAMACION LEVE | 11 | 20 |
| INFLAMACION MOD | 20 | 30 |
| INFLAMACION SEV | 0 | 0 |
| NO SATISFACTORIA | 4 | 0 |
| TOTAL | 45 | 55 |

• **GRAFICA 14 RESULTADO DE PAP DE PRIMERA VEZ.**



Fuente: formulario de recoleccion de datos de los expedientes de la Unidad de Salud en El Congo.

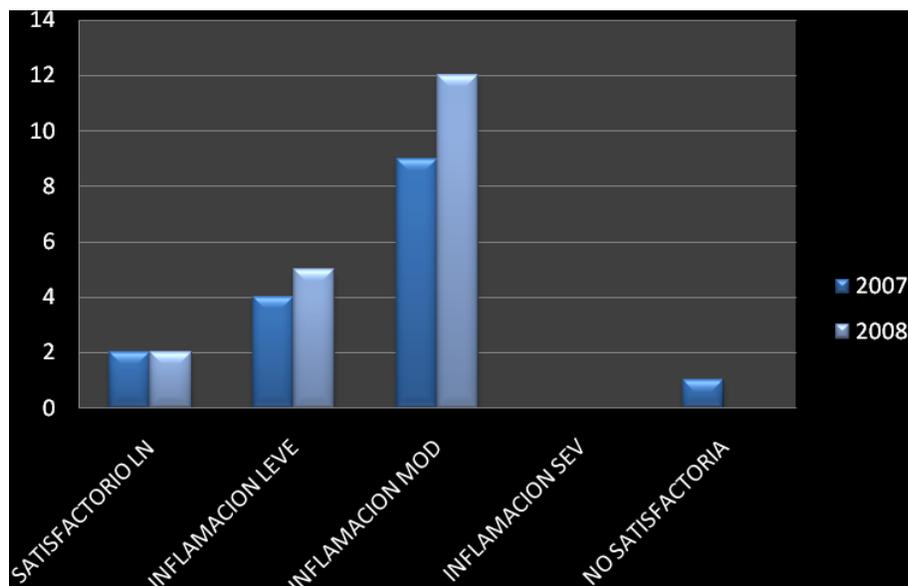
ANALISIS:

Para las citologías de primera vez tomadas en el 2007 el resultado que mas prevaleció fue el de Inflamación moderada con un 44.4 % de la muestra, y para las realizadas con el programa en el 2008, también la inflamación moderada fue el principal resultado con un 54.5 % del total.

• **TABLA 15 RESULTADO DEL PAP SUBSECUENTE.**

| RESULTADO PAPSUBSECUENTE | 2007 | 2008 |
|--------------------------|------|------|
| SATISFACTORIO LN | 2 | 2 |
| INFLAMACION LEVE | 4 | 5 |
| INFLAMACION MOD | 9 | 12 |
| INFLAMACION SEV | 0 | 0 |
| NO SATISFACTORIA | 1 | 0 |
| TOTAL | 16 | 19 |

• **GRAFICA 15 RESULTADO DEL PAP SUBSECUENTE.**



Fuente: formulario de recoleccion de datos de los expedientes de la Unidad de Salud en El Congo.

ANALISIS:

De los resultados obtenidos de las Citologías subsecuentes que el 63.1% son inflamaciones moderadas en el año 2008 y 56.2% para el año 2007.

DISCUSIÓN.

Según de los datos obtenidos a través del formulario podemos interpretar que la mayoría de las adolescentes en el año 2007 tenían 19 años, en cambio en el año 2008 hubo una mayor captación entre las edades 16 a 18 años generando una mayor cobertura a edades más tempranas con la introducción del programa; Resultando positivo ya que el inicio de las relaciones sexuales coitales a edades tempranas es un factor de riesgo para Ca de Cérvix.

Ahora con el estado civil la tendencia es a mantenerse en unión libre (acompañada) para los dos periodos algo que favorece el hecho de no tener múltiples parejas sexuales.

En cuanto a la ubicación geográfica para el año 2007 la balanza de la cobertura se inclino hacia el área urbana con un 64.4%, todo lo contrario en el año 2008 con la introducción del programa en el que se obtuvo un balance equitativo con inclinación hacia el área rural, con un aumento del 15 % para esta ultima en comparación del 2007, beneficiando a sectores con nivel socioeconómico bajo.

Ahora referente al nivel educativo en el año 2008 hubo una mayor cobertura especialmente aquellas adolescentes con bajo o nulo nivel académico, cumpliendo así con llevar el componente de salud sexual y reproductiva a sectores con bajo nivel académico, como uno de los objetivos del programa.

Con respecto a la ocupación de las adolescentes hubo una tendencia equitativa para ambos periodos, al permanecer en sus hogares como ama de casa y el sector laboral no se modificó, ya que consultan otros sistemas de salud como lo privado o el ISSS.

En cuanto a su formula obstétrica la norma no capto aquellas adolescentes nuligestas en comparación del año 2007. Con su inicio de relaciones sexuales en ambos años la mayoría fue a los 15 años con la

diferencia de una mayor captación a las edades 16 a 18 años para el 2008 (grafico 1) incentivando a la adolescente a su toma de citología.

Ahora con su número de compañeros sexuales tanto para el 2007 y el 2008 la tendencia fue a tener un compañero sexual, pero con la diferencia que con la introducción del programa hubo una mayor captación en las adolescentes con más de 2 compañeros sexuales.

Con el uso de anticonceptivos se lograron captar una cantidad mínima del uso de los anticonceptivos orales en las adolescentes para ambos periodos de estudio, pues en su mayoría usan inyectables.

Referente a la edad del primer parto en el año 2007 la edad promedio fue de 16 años, pero no se logro captar pacientes de las diferentes edades, al contrario en el 2008 el promedio fue a los 16 y 17 años pero gracias al programa tuvo una mayor cobertura en las diferentes edades.

En cuanto a la citología por primera vez no hubo mayores cambios ya que el promedio de la realización de este examen fue a los 16 años para ambos periodos, pero en el 2008 se logro tomar citologías en las diferentes edades.

Y por último sobre los resultados de citología por primera vez y subsecuente la tendencia fue la inflamación moderada en su mayoría, situación que aunque no es parte de nuestra investigación es necesario mencionarlo ya que de ser persistente o recidivante, es riesgo de sufrir metaplasia en el epitelio cervical y de no descubrirse a tiempo y por lo tanto no tratarla, evolucionaría a cáncer de cérvix en este grupo poblacional.

CONCLUSIONES

- Con nuestros resultados en el 2007 concluimos que para este periodo se tomaron 45 citologías en adolescentes entre los 14 y 19 años de edad según nuestras variables dependientes, teniendo poca cobertura en rubros como el sector rural, aquellas con bajo o nulo nivel educativo y en las que tenían más de un compañero sexual.
- De acuerdo con datos obtenidos, con la introducción del programa, se realizaron 55 citologías en adolescentes entre los 14 y 19 años de edad, logrando tener mayor cobertura en el área rural y urbana; así también en aquellas adolescentes con bajo o nulo nivel educativo y en las que han tenido más de dos compañeros sexuales.
- Al comparar datos logramos determinar que con la introducción del programa se logró un aumento de la cobertura de grupos de adolescentes consideradas con factores de riesgo para desarrollar cáncer de cérvix.
- El programa es un instrumento valioso para la promoción de esta prueba de tamizaje, que no solo significó un dato cuantitativo, sino también cualitativo, ya que la mayoría de citologías realizadas tanto de primera vez como subsecuente resultaron con inflamación moderada y de ser persistente puede desarrollar un ca. de cérvix.
- Dado a nuestros resultados podemos responder a la interrogante inicial de nuestra problemática con nuestra hipótesis verdadera, ya que con la implementación del programa se incrementó el número de citologías, y que de acuerdo a nuestras variables dependientes fue de un 22 %, siendo un resultado aceptable tomando en cuenta el poco tiempo de introducción del programa.

RECOMENDACIONES

Según nuestros resultados podemos señalar que la norma ha generado cierto impacto en la comunidad de adolescentes pero se necesita ir mejorando aspectos como:

- Darle mayor promoción por todos los medios disponibles al programa para aumentar la cobertura.
- Que se plantee con mayor énfasis en el componente de salud sexual y reproductiva la educación, promoción y toma de citología en adolescentes sexualmente activas.
- Es indispensable que en el centro de salud existan personal capacitado, recursos (espéculos) e infraestructura adecuada para educar y realizar una buena técnica en la toma de citología en este grupo poblacional.
- Implementar acercamiento a los grupos o líderes de adolescentes para educarlos acerca de los beneficios de la medicina preventiva como lo es la citología cérvico vaginal anual.
- Que la educación superior se comprometa a la actualización de los diferentes programas de salud pública, a través de la atención comunitaria; para que los estudiantes de medicina y médicos sean entes educadores y promotores de salud sexual y reproductiva.
- Es importante realizar investigaciones sobre la prevalencia de las enfermedades cérvico vaginales en las adolescentes, y el posible desarrollo a temprana edad de cambios asociados a metaplasia y displasia cervicales.

BIBLIOGRAFIA

- Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guía Metodológica para el uso del personal de salud: Circulo educativos para adolescentes, primera edición, impreso graficolor, El Salvador Octubre 2007. Sección 8 enfermedad de transmisión sexual y su prevención pág. 55-58.
- Ministerio de Salud y Asistencia Social: Guía de monitoreo y evaluación del programa de atención integral de salud de adolescente, primera edición, impreso graficolor, El Salvador octubre 2007. Sección 2 Antecedentes del programa Nacional de Adolescentes pág. 2-7, Sección 3 Seguimiento evaluación del programa de adolescente pág. 8-13.
- Ministerio de Salud y Asistencia Social: Norma de Atención Integral de Salud de Adolescentes, primera edición, impreso graficolor, El Salvador Octubre 2007. Título I Disposiciones generales pág. 10-18. Título II Proceso de Atención de Adolescente pág. 19-22. Título III Desarrollo de la norma por componentes pág. 28- 35.
- Ministerio de Salud y Asistencia Social: Guía para la Consejería en la atención de adolescentes. Primera edición, impreso graficolor, El Salvador Octubre 2007. Aplicación de la Consejería en temas específicos, Infecciones de transmisión sexual VIH SIDA pág. 30-32. Sexualidad y afectividad pág. 33-34.
- Ministerio de Salud y Asistencia Social: Guía técnica para el manejo y control de Cáncer invasor del Cérvix. Primera edición, impreso graficolor, El Salvador Octubre 2007. Aspectos técnicos del cáncer invasivo del cérvix pág. 9-22.
- Ministerio de Salud y Asistencia Social: Guía técnica de prevención y control del Cáncer de Cérvix, segunda edición, impreso graficolor, El

Salvador, Marzo 2007, Capitulo 2, Aspectos Técnicos pág. 11-24, Anexo III pág. 50.

- Secretaria Nacional de la Familia. Fundamento Normativo y Jurídico. Política Nacional de Atención Integral a la niñez y Adolescencia. 1ª.ed. El Salvador 2006. pág. 5, 6,7.
- Roberto Hernández Sampieri, Carlos Hernández Follado, Metodología de la Investigación, tercera edición, McGraw-Hill, México Df 2003. Capitulo 1 página 3-25. Capitulo 2 pagina 42-55, Capitulo 4 63-110.
- Alvarado Ruiz Morales, Luis Enrique Murillo Zarate. Epidemiologia Clínica, Investigación Clínica Aplicada. Primera edición, Editorial Medica panamericana Colombia 2004. Sección Segunda, Capitulo 4, Protocolo de investigación p 67-85. Sección Cuarta, Capitulo 8, población y muestreo p 129.
- Doctora Carmen Figueroa Hernández, Factores Socioculturales que condicionan la toma de Citología en mujeres de 15 a 49 años en la unidad de salud de El Congo Mayo- Agosto 2004. Editorial UES, El Salvador, Septiembre 2004. Capitulo 1 Marco teórico pág. 10-20.
- Doctoras Karla Mario Valle, Milderd Guadalupe Lara. Evaluación del programa de atención integral del adolescente del ministerio de salud pública y asistencia social en la unidad de salud Barrio Lourdes y Hábitat Confien del Departamento de San Salvador en el periodo Julio-Septiembre 2002. Editorial UES, El Salvador, Septiembre 2002. Marco teórico pág. 8-17.
- Doctora Marina Padilla de Gil. Revista de la Sociedad Chilena de Obstetricia y Ginecología Infantil y de la Adolescencia. REVSOGIA 2001; *Salud sexual de los y las adolescentes en El Salvador* 8(3):85-94 www.bvs.edu.sv/adolec/tc/sexualidAdole21.pdf.



ANEXO 1

MARCO DE LEGISLACIÓN NACIONAL.

Este programa tiene por marco legal la Constitución de la República:

(Art. 65) La salud de los habitantes de la República constituye un bien público. El estado y las personas están obligados a velar por su conservación y restablecimiento.

El estado determinará la política nacional de salud, controlará y supervisará su aplicación.

(Art. 3) Todas las personas son iguales ante la ley.

(Art. 34) Todo menor tiene derecho a vivir en condiciones familiares y ambientales que les permitan un desarrollo integral.

(Art. 35) El estado protegerá la salud física, mental y moral de los menores y garantizará el derecho de estos a la educación y la asistencia.

(Art. 144) Establece que los tratados internacionales ratificados por el país constituyen leyes de la República, por lo tanto, cuando el país ratifica en 1990 la convención internacional de los derechos del niño reconoce a niñas, niños y adolescentes como sujetos de derecho y que ante toda obligación que se asuma, debe tomarse en cuenta el "interés superior" o atención primordial del cumplimiento de los derechos ante el grupo poblacional. (Art. 3), así como el derecho a ser tratado sin discriminación de ningún tipo (Art. 2), el derecho a la supervivencia y al desarrollo integral (Art. 6), el derecho a participación y que sus opiniones sean tomadas en cuenta (Art. 12) y el derecho a la salud y al bienestar básico (Art. 6, 23 – 26, 31, 33 y 39), entre otros, recordando el principio de indivisibilidad de los derechos, donde la violación de uno de los derechos, afectará al resto.

En cuanto a lo relacionado con el *código de trabajo*, el país ha ratificado los siguientes convenios con la organización internacional del trabajo:

Convenio 29

Relacionado con el trabajo forzoso u obligatorio.

Convenio 77 y 78

Referente a un examen médico y de aptitudes para el empleo.

Convenio 138

Sobre la prohibición de trabajo en menores de 14 años.

Convenio 142

Referente a orientación y formación vocacional.

Convenio 182

Sobre la prohibición de las peores formas de trabajo infantil y la acción inmediata para su eliminación.

CODIGO DE FAMILIA.

Determina que el Estado es promotor del bienestar de las y los hijos (Art. 241, 351, 369, 370 y 372).

Además refiere lo siguiente:

Todos los hijos / as tienen derecho a comunicarse directamente con sus padres, familiares, maestras y tutores y a ser escuchados por ellos.

Tan bien tienen derecho a expresarse libremente y de manera respetuosa en todos los asuntos que les afecten y que se les tenga en cuenta en las decisiones que se tomen.

Los hijos / as tienen derecho a ser protegidos contra todo abuso físico – mental y moral, a no ser explotados económicamente ni ser expuestos a trabajos peligrosos o nocivos para su salud.

No deben ser obligados ni estimulados a cualquier actividad sexual, ni al uso y distribución de drogas.

CODIGO DE SALUD.

Vigente, en su título II correspondiente al MSPAS, en su capítulo único, determina que este ministerio es el encargado de planificar y ejecutar la Política Nacional de Salud, dictar las normas, organizar, coordinar y evaluar la ejecución de actividades pertinentes a la salud. Así mismo, en el Art. 48,

determina la obligación ineludible del estado de promover, proteger y recuperar la salud de la madre y el niño, prestando atención preventiva y curativa durante el embarazo, parto y puerperio, lo mismo que al niño desde su concepción hasta el fin de su edad escolar.

Desde 1999, se encuentra en discusión un anteproyecto de un nuevo código de salud. El cual en un artículo del capítulo III, determina que el sector salud, las familias y la sociedad tienen responsabilidad en el desarrollo integral de los mismos; Enfatizando la promoción de valores, de la comunicación, de la educación sexual y reproductiva y los factores, así como la prevención de los desordenes emocionales, del uso y abuso de sustancias capaces de producir hábitos y dependencia.

ANEXO 2

OBJETIVOS DEL PROGRAMA DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL AL ADOLESCENTE

OBJETIVO GENERAL.

- ✚ Mejorar el nivel de salud de las y los adolescentes salvadoreños, a través de intervenciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, mediante un esfuerzo interinstitucional e intersectorial.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- ✚ Fomentar el crecimiento, desarrollo y nutrición de adolescentes.
- ✚ Promover estilos de vida saludables entre adolescentes.
- ✚ Prevenir y proteger la salud sexual y reproductiva de adolescentes.
- ✚ Contribuir a la recuperación de la salud física y mental de adolescentes
- ✚ Apoyar la preservación y recuperación de ambientes saludables.

ANEXO 3
HOJA DE RECOLECCION DE DATOS
FORMULARIO.

✚ DATOS GENERALES.

- 1) EDAD:
- 2) ESTADO CIVIL:
- 3) DIRECCION:
- 4) GRADO DE ESCOLARIDAD:
- 5) # DE EXPEDIENTE.:
- 6) OCUPACION.:

✚ DATOS GINECOLOGICOS.

- 7) FORMULA OBSTETRICA.:
- 8) MENARQUIA:
- 9) TELARQUIA.:
- 10) EDAD DE INICIO DE LAS RELACIONES SEXUALES:
- 11) # COMPAÑEROS SEXUALES.:
- 12) METODO DE PLANIFICACION.:
- 13) EDAD DEL 1º PARTO.:
- 14) PAP 1º VEZ.:
- 15) PAP SUBSECUENTE.:
- 16) PAP VIGENTE.:

ANEXO 4
SISTEMA BETHESDA 2001

| SISTEMA BETHESDA | CONDUCTA A SEGUIR |
|--|--|
| Insatisfactoria para evaluación por calidad de muestra | Repetir PAP inmediatamente* |
| Satisfactoria para evaluación/ Negativa para lesión intraepitelial o malignidad | Repetir PAP en dos años |
| Tres satisfactorias para evaluación/ Negativa para lesión intraepitelial o malignidad en forma consecutiva | Repetir PAP en tres años |
| Satisfactoria para evaluación /Negativa para lesión intraepitelial o malignidad con cambios asociados a Inflamación | Dar tratamiento según el caso, repetir PAP en 1 año. |
| Satisfactoria para evaluación/ Negativa para lesión intraepitelial o malignidad con presencia de microorganismos | Tratamiento específico según normas de ITS y repetir PAP en dos años |
| Células escamosas atípicas de significado No determinado(ASC-US) | Referir a Colposcopia |
| Células escamosas atípicas donde no se puede descartar lesión de alto grado.(ASC-H) | Referir a Colposcopia |
| Células glandulares atípicas de significado No determinado(Todas las categorías) | Colposcopia y legrado diagnóstico. |
| LEI de Bajo Grado | Referir a Colposcopia. |
| LEI de Alto Grado | Referir a Colposcopia |
| Carcinoma de células escamosas | Referir a Colposcopia |
| Adenocarcinoma (Todas las categorías) | Referir a colposcopia |

ANEXO 5

HOJA DE SOLICITUD DE CITOLOGIA



PROGRAMA NACIONAL DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE CÁNCER CERVICO UTERINO
EL SALVADOR, C.A.
SOLICITUD Y REPORTE DE CITOLOGÍA CERVICO VAGINAL



NIP _____

NOMBRE DEL ESTABLECIMIENTO _____

DUI _____

PRIMER APELLIDO _____ SEGUNDO APELLIDO _____ NOMBRES _____

URBANO RURAL OTRO _____

DIRECCION _____

FECHA DE NACIMIENTO ____/____/____ EDAD _____ No. EXPEDIENTE _____ No. CITOLOGIA _____ FECHA TOMA MUESTRA ____/____/____

DATOS CLINICOS

G ____ P ____ A ____ V ____ FUR ____/____/____ FUP ____/____/____

LACTANCIA SI NO ANTICONCEPTIVOS SI NO TIPO AOC INY DIU OTRO

LEUCORREA SI NO SANGRADO SI NO CERVICITIS SI NO

Tto.: CRIO LEEP CONO HISTERECTOMIA RADIACION HORMONAL

FECHA ____/____/____

BIOPSIA SI NO FECHA ____/____/____

RESULTADO _____

FIRMA Y SELLO RESPONSABLE TOMA PAP: _____

PAP PREVIO SI NO NUMERO _____ FECHA ____/____/____

RESULTADO _____

PAP 1ª VEZ

PAP SUBSECUENTE VIGENTE

PAP SUBSECUENTE ATRASADO

| | | |
|--|--|---|
| <p>CALIDAD DE LA MUESTRA</p> <p><input type="checkbox"/> SATISFACTORIA PARA EVALUACION</p> <p><input type="checkbox"/> INSATISFACTORIA PARA EVALUACION (ESPECIFICAR) PROCESADA <input type="checkbox"/> NO PROCESADA POR: _____</p> | <p><input type="checkbox"/> CELULARIDAD ADECUADA</p> <p><input type="checkbox"/> FIJACION O PRESERVACION INADECUADA</p> <p><input type="checkbox"/> MATERIAL EXTRAÑO</p> | <p><input type="checkbox"/> INFLAMACION SANGRE</p> <p><input type="checkbox"/> CITOLISIS</p> |
| <p><input type="checkbox"/> NEGATIVA PARA LESION INTRAPITELIAL O MALIGNIDAD</p> | <p>ORGANISMOS</p> <p><input type="checkbox"/> TRICHOMONAS VAGINALES</p> <p><input type="checkbox"/> MICROORGANISMOS MICOTICOS CONSISTENTES CON CANDIDA SP</p> <p><input type="checkbox"/> MICROORGANISMOS MICOTICOS CONSISTENTES CON TORULOPSIS SP</p> <p><input type="checkbox"/> CAMBIOS EN LA FLORA SUGESTIVOS DE VAGINOSIS BACTERIANA</p> <p><input type="checkbox"/> CAMBIOS CELULARES ASOCIADOS A HERPES SIMPLEX</p> <p><input type="checkbox"/> OTROS _____</p> | <p>CAMBIOS CELULARES REACTIVOS ASOCIADOS A</p> <p><input type="checkbox"/> RADIACION</p> <p><input type="checkbox"/> INFLAMACION</p> <p><input type="checkbox"/> DIU</p> |
| <p>ANORMALIDADES DE LA CELULA ESCAMOSA</p> <p>CELULAS ESCAMOSAS ATIPICAS <input type="checkbox"/> ASC - US <input type="checkbox"/> ASC - H</p> <p><input type="checkbox"/> LEI DE BAJO GRADO</p> <p><input type="checkbox"/> LEI DE ALTO GRADO</p> <p><input type="checkbox"/> CON HALLAZGOS SOSPECHOSOS DE INVASION</p> <p><input type="checkbox"/> CARCINOMA DE CELULAS ESCAMOSAS</p> <p>OTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS _____</p> | <p>ANORMALIDADES DE LA CELULA GLANDULAR</p> <p>CELULAS GLANDULARES ATIPICAS <input type="checkbox"/> ENDOCERVICALES <input type="checkbox"/> ENDOMETRIALES <input type="checkbox"/> ORIGEN NO DETERMINADO <input type="checkbox"/> ENDOCERVICALES FAVORECEN NEOPLASIA <input type="checkbox"/> GLANDULARES FAVORECEN NEOPLASIA</p> <p><input type="checkbox"/> ADENOCARCINOMA ENDOCERVICAL IN SITU</p> <p>ADENOCARCINOMA <input type="checkbox"/> ENDOCERVICAL <input type="checkbox"/> EXTRAUTERINO <input type="checkbox"/> ENDOMETRIAL <input type="checkbox"/> SIN ESPECIFICAR</p> <p>OTRAS NEOPLASIAS MALIGNAS _____</p> | <p>OTROS</p> <p><input type="checkbox"/> ATROFIA</p> <p><input type="checkbox"/> CELULAS GLANDULARES POST HISTERECTOMIA</p> <p><input type="checkbox"/> CELULAS ENDOMETRIALES EN IGUAL O MAYOR A 40 AÑOS</p> |

OBSERVACIONES _____

FIRMA Y SELLO CITOTECNOLOGA _____ FIRMA Y SELLO CONTROL DE CALIDAD _____ SELLO LABORATORIO _____

FECHA RECEPCION ____/____/____ FECHA REPORTE ____/____/____

ANEXO 6

HOJA DE ATENCION A LA ADOLECENTES

**Ministerio de Salud Pública
y Asistencia Social**

PROGRAMA DE ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD DE LOS ADOLESCENTES

FICHA DE SALUD DEL ADOLESCENTE

Establecimiento _____

Nombre Completo _____

No. de expediente _____ Fecha _____

Fecha de Nacimiento _____

Edad _____ Sexo _____

Estado Civil: Casada(o) _____ Soltera(o) _____ Acompañada(o) _____
otro _____

Dirección _____

Teléfono _____ Religión _____

Usted vive con:

Papá _____ Mamá _____ Ambos _____ Solo _____ Otro familiar _____

Otro _____ especifique _____ cuantos viven con usted _____

Datos de la Madre/Padre o Acompañante

Nombre: _____

Edad: _____

Estado Civil: Casado _____ Soltero _____ acompañada/o _____ Otro _____

Lee: Si _____ No _____ Escribe: Si _____ No _____

Estudios Realizados: Primaria _____ Tercer ciclo _____ Bachillerato _____

Universidad _____ Otros especifique _____

Trabaja: Si _____ No _____ Donde _____ Tipo de trabajo _____



ANEXO 7

HOJA DE ATENCION A LA ADOLESCENTES

Datos Personales del Adolescente:

Estudia: Si _____ No _____ Ha estudiado _____

Marque con una X el nivel de estudios que estudia o que ha estudiado

Primaria _____ Tercer ciclo _____ Bachillerato _____ Universidad _____ Otro _____

Tiene dificultades en el aprendizaje Si _____ No _____

Tiene problemas con Maestros _____ Compañeros _____ Otros _____

Trabaja: Si _____ No _____ Donde _____ Tipo de trabajo _____

Alimentación: (Que alimentos consume en)

Desayuno _____

Almuerzo _____

Cena _____

Cuando consume sus alimentos lo hace: Solo _____ Acompañado de _____

Hace Dieta: Si _____ No _____

Pertenece a un grupo, organización juvenil: Si _____ No _____ Que tipo especifique _____

¿Qué hace en su tiempo libre?

Lee _____ Ve Televisión _____ Practica Actividad Fisica: Si _____ No _____ Que tipo _____

Otras actividades describir _____

Marque con una X el tipo de relación que tiene con su familia

| Relación | Buena | Muy buena | Regular | Mala |
|----------------------|-------|-----------|---------|------|
| Padre | | | | |
| Madre | | | | |
| Hermanos | | | | |
| Otros Especifique | | | | |

Ha sufrido maltrato en su familia: Físico _____ Verbal _____ De parte de quien _____

ANEXO 8

HOJA DE ATENCION A LA ADOLESCENTES

DATOS DE SALUD SEXUAL

Ha que edad se le presento la primera menstruación? _____
 ¿Cuántos Días dura la menstruación? _____
 ¿Cuál es su ultima fecha de la menstruación? _____
 Ha presentado Flujo Vaginal: Si__ No__ Color _____ Olor _____
 Ha tenido relaciones sexo coitales? Si _____ No _____ A que
 edad _____
 Cuantos compañeros/as sexuales has tenido? _____
 Ha utilizado algún método anticonceptivo? Si__ No__ Que tipo _____
 Usa métodos anticonceptivos actualmente Si__ No__ Que tipo _____
 ¿Dónde o quien le ha proporcionado el método anticonceptivo? _____
 Ha sido víctima de abuso Sexual? Si__ No__ Lo ha denunciado _____
 Ha tenido flujo uretral _____
 Edad de la primera eyaculación _____
 Ha estado embarazada _____
 Has embarazado a una chica _____

ANTECEDENTES

Marque con una X si ha padecido o padece de alguna o algunos de los problemas de salud descritos

| | | |
|------------------------|--|--|
| Desnutrición | Infección de vías urinarias | |
| Obesidad | Infecciones de transmisión sexual | |
| Anemia | Embarazo | |
| Dolor de cabeza | Aborto | |
| Depresión | VIH-SIDA | |
| Discapacidades | Diabetes | |
| Alcoholismo | Hipertensión arterial | |
| Tabaquismo | Asma | |
| Otras drogas | Intoxicaciones | |
| Accidentes | Cirugía | |

ANEXO 8

HOJA DE ATENCION A LA ADOLECENTES

| | | | | | | | | | |
|---|---|--|---|---|---|--|---|---|--|
| EDUCACIÓN | NIVEL No asociado <input type="checkbox"/> Prim. <input type="checkbox"/> Sec. <input type="checkbox"/> Univ. <input type="checkbox"/> | GRADO CURSO <input type="text"/> | AÑOS APROBADOS <input type="text"/> | PROBLEMAS EN LA ESCUELA no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> | AÑOS REPETIDOS Cuenta <input type="text"/> | DESERCIÓN EXCLUSIÓN no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> Cuenta <input type="text"/> | EDUCACIÓN NO FORMAL no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> Cuál? <input type="text"/> | | |
| Observaciones | | | | | | | | | |
| TRABAJO | ACTIVIDAD trabaja <input type="checkbox"/> busca 1a. vez <input type="checkbox"/> no y no busca <input type="checkbox"/> desocupado <input type="checkbox"/> | EDAD INICIO TRABAJO <input type="text"/> | TRABAJO <input type="text"/> | HORARIO DE TRABAJO mañana <input type="checkbox"/> tarde <input type="checkbox"/> noche <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/> todas el día <input type="checkbox"/> horas por semana <input type="text"/> | RAZÓN DE TRABAJO económica <input type="checkbox"/> autonomía <input type="checkbox"/> me gusta <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/> | TRABAJO LEGALIZADO sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/> | TRABAJO INLEGALIZADO sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/> | TIPO DE TRABAJO <input type="text"/> | |
| Observaciones | | | | | | | | | |
| VIDA SOCIAL | ACEPTACIÓN aceptado <input type="checkbox"/> ignorado <input type="checkbox"/> rechazado <input type="checkbox"/> no sabe <input type="checkbox"/> | NOVIOS sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | AMIGOS sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | ACTIVIDAD GRUPAL sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | DEPORTE <input type="text"/> | OTRAS ACTIVIDADES sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Cuentas? <input type="text"/> | TV <input type="text"/> | | |
| Observaciones | | | | | | | | | |
| HABITOS | ALIMENTACIÓN ADECUADA sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | COMIDAS POR DIA <input type="text"/> | COMIDAS POR DIA CON FAMILIA <input type="text"/> | TABACO <input type="text"/> | EDAD INICIO TABACO años <input type="text"/> | ALCOHOL <input type="text"/> | EDAD INICIO ALCOHOL años <input type="text"/> | OTRO TÓXICO sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Frecuencia y tipo <input type="text"/> | CONDUCE VEHICULO no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> Cuál? <input type="text"/> |
| Observaciones | | | | | | | | | |
| GINECO-URIDLOGICO | FECHA DE ULTIMA MENSTRUACIÓN años <input type="text"/> meses <input type="text"/> día <input type="text"/> | CICLOS REGULARES sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/> | DISMENORREA sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/> | FLUJO FISIOLOGICO SECRETION PENEAMA no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> | ENFERMEDADES DE TRANSMISIÓN SEXUAL no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> Cuál? <input type="text"/> | EMBARAZOS <input type="text"/> | NUCOS <input type="text"/> | ABORTOS <input type="text"/> | |
| Observaciones | | | | | | | | | |
| SEXUALIDAD | RELACIONES SEXUALES sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Necesita información <input type="checkbox"/> | PARERIA pareja única <input type="checkbox"/> varias parejas <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/> | EDAD INICIO REL. SEX. años <input type="text"/> | PROBLEMAS EN REL. SEX. no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/> | ANTICONCEPCIÓN siempre <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/> | CONDÓN siempre <input type="checkbox"/> nunca <input type="checkbox"/> a veces <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/> | ABUSO SEXUAL no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> | | |
| Observaciones | | | | | | | | | |
| SITUACIÓN PSICOEMOCIONAL | IMAGEN CORPORAL confirme <input type="checkbox"/> crea preocupación <input type="checkbox"/> impide relación con sus demás <input type="checkbox"/> | AUTO PERCEPCIÓN basta <input type="checkbox"/> suficiente <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | REFERENTE ADULTO madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> hermano <input type="checkbox"/> abuelo <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> | PROYECTOS DE VIDA claro <input type="checkbox"/> confuso <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/> | | | | | |
| Observaciones | | | | | | | | | |
| EXAMEN FISICO | ASPECTO GENERAL normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/> | PESOS(Kg) Cant. peso ideal <input type="text"/> | TALLA(m) Cant. altura <input type="text"/> | PIEL Y FANERAS normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/> | CABEZA normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/> | AGUDEZA VISUAL normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/> | AGUDEZA AUDITIVA normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/> | BOCA Y DIENTES normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/> | CUELLO Y TIROIDES normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/> |
| TORAX Y MAMAS | CARDIO PULMONAR normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/> | FRECUENCIA CARDIACA normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/> | ABDOMEN normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/> | GENITO-URINARIO normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/> | TANER masculino <input type="checkbox"/> femenino <input type="checkbox"/> | VOLUMEN TESTICULAR normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/> | COLUMNA normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/> | EXTREMIDADES normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/> | NEUROLOGICO normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/> |
| Observaciones | | | | | | | | | |
| IMPRESIÓN DIAGNOSTICA INTEGRAL | | | | | | | | | |
| INDICACIONES E INTERCONSULTAS | | | | | | | | | |
| Responsable <input type="text"/> | | | | | | | | | |
| Fecha próxima visita <input type="text"/> | | | | | | | | | |

ANEXO 9

HOJA DE ATENCION A LA ADOLESCENTES

| CLAP-OPS/OMS H&A - FORMULARIO COMPLEMENTARIO DE SALUD REPRODUCTIVA | | ESTABLECIMIENTO | | H.C.N° | | |
|---|--|--|---|--|--|---|
| APELLIDO Y NOMBRE | | | | | SEXO <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> femenino | |
| N° Consulta de Salud Reproductiva | | EDAD | | Fecha de última consulta principal | | |
| FECHA | | Referido por: | | ACTIVIDAD TRABAJO | | |
| trabaja <input type="checkbox"/> busca <input type="checkbox"/> no, y no <input type="checkbox"/> trabaja <input type="checkbox"/> no, y no <input type="checkbox"/> busca <input type="checkbox"/> desocupado <input type="checkbox"/> | | ESTADO CIVIL | | Fecha última menstruación | | |
| soltero <input type="checkbox"/> unión estable <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/> | | no <input type="checkbox"/> conoce <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> corresponde <input type="checkbox"/> | | trabaja <input type="checkbox"/> horas por semana | | |
| Motivos de consulta: | | | | | | |
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| DESARROLLO PUBERAL MUJER | | | HOMBRE | | | |
| TELARQUIA <input type="checkbox"/> años | PUBARQUIA <input type="checkbox"/> años | VELLO AXILAR <input type="checkbox"/> años | MENARQUIA <input type="checkbox"/> años | PUBARQUIA <input type="checkbox"/> años | VELLO AXILAR <input type="checkbox"/> años | |
| RITMO MENSTRUAL | | CANTIDAD | | COAGULOS | | |
| escaso <input type="checkbox"/> abundante <input type="checkbox"/> regular <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/> | | si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | | Observaciones: | | |
| DOLOR MENSTRUAL | | premenstrual <input type="checkbox"/> menstrual <input type="checkbox"/> postmenstrual <input type="checkbox"/> | | MASTODINIA <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> | | |
| Otras molestias: | | | | | | |
| SEXUALIDAD Fuente de información: <input type="checkbox"/> Suficiente <input type="checkbox"/> Insuficiente <input type="checkbox"/> ninguna | | | | | | |
| PAREJA ACTUAL <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> | TIEMPO DE RELACION <input type="checkbox"/> años <input type="checkbox"/> meses | EDAD PAREJA <input type="checkbox"/> años | ACTIVIDAD DE LA PAREJA <input type="checkbox"/> trabaja <input type="checkbox"/> busca <input type="checkbox"/> no, y no <input type="checkbox"/> trabaja <input type="checkbox"/> no, y no <input type="checkbox"/> busca <input type="checkbox"/> desocupado <input type="checkbox"/> | TRABAJO DE LA PAREJA <input type="checkbox"/> horas por semana | ESTADO CIVIL DE LA PAREJA <input type="checkbox"/> soltero <input type="checkbox"/> unión estable <input type="checkbox"/> separado <input type="checkbox"/> | NIVEL DE EDUCACION DE LA PAREJA <input type="checkbox"/> no escolariz. <input type="checkbox"/> secundario <input type="checkbox"/> primero <input type="checkbox"/> universitario <input type="checkbox"/> |
| EDAD INICIO <input type="checkbox"/> años | TIPO EXPERIENCIA SEXUAL <input type="checkbox"/> vaginal <input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> anal | NIVEL ACTIVIDAD SEXUAL (pareja actual) <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> Petting <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V | FRECUENCIA COITAL (pareja actual) <input type="checkbox"/> veces / <input type="checkbox"/> día <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> mes | NIVEL ACTIVIDAD SEXUAL (parejas pasadas) <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> Petting <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V | NUMERO DE PAREJAS SEXUALES (petting IV) <input type="checkbox"/> | |
| MASTURBACION <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> años (inicio) <input type="checkbox"/> veces / <input type="checkbox"/> día <input type="checkbox"/> semana <input type="checkbox"/> mes | | | | | | |
| Observaciones: | | | | | | |
| ABUSO SEXUAL | | | | | | |
| Abuso sexual <input type="checkbox"/> único <input type="checkbox"/> reiterado <input type="checkbox"/> | | Tipo de abuso <input type="checkbox"/> ¿Quién? | | Edad agresor <input type="checkbox"/> años | | |
| Denuncia <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> ¿Dónde? | | Cantidad de agresores <input type="checkbox"/> | | Edad inicio del abuso <input type="checkbox"/> años | | |
| Observaciones: | | Tiempo <input type="checkbox"/> años | | TRATAMIENTO <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En curso <input type="checkbox"/> Cumplido <input type="checkbox"/> | | |
| METODOS ANTICONCEPTIVOS | | | | | | |
| EMBARAZO CON USO de METODOS ANTICONCEPTIVOS <input type="checkbox"/> no corresponde <input type="checkbox"/> no sabe <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> ¿CUÁL? | | CONOCE M.A.C. <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | | HA USADO ANTES <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> siempre <input type="checkbox"/> a veces | | |
| Coito interrumpido | | USO ACTUAL <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> a veces | | FRACASO <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | | |
| Ogino-Knauss (Calendario) | | TEMORAL USO <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no | | INDICADO POR: <input type="checkbox"/> médico <input type="checkbox"/> amigo <input type="checkbox"/> otro | | |
| Temperatura basal | | OTROS: | | | | |
| Billings | | Razón de su NO uso en adolescentes con experiencia sexual: | | | | |
| Condón | | | | | | |
| Diafragma | | | | | | |
| Espermicidas | | | | | | |
| Horm. Oral (píldora) | | | | | | |
| Horm. iny. depósito | | | | | | |
| Horm. iny. manuales | | | | | | |
| Horm. subcutáneos | | | | | | |
| Píldora día siguiente | | | | | | |
| D.I.U. | | | | | | |
| Esterilización fem. | | | | | | |
| Esterilización masc. | | | | | | |
| Lavado vaginal | | | | | | |

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

ANEXO 10

HOJA DE ATENCION A LA ADOLESCENTE

Este color significa ALERTA

| | | | | | | | | | |
|---|--|---|--|--|---------------|--|--|----------------------|--|
| E.T.S. | | ¿Tiene alguna? | | ¿Ha tenido alguna? | | Tratamiento | | | |
| ¿Conoce alguna? | | no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> ¿cuál? | | no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> ¿cuál? | | no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> ¿cuál? | | | |
| no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> ¿cuáles? | | Pareja actual ¿tiene alguna? | | Pareja actual ¿ha tenido alguna? | | Tratamiento | | | |
| | | no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> ¿cuál? | | no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> ¿cuál? | | no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> ¿cuál? | | | |
| Observaciones: | | | | | | | | | |
| FECUNDIDAD | | | | | | | | | |
| EMBARAZOS | | aborts = <input type="text"/> + <input type="text"/> + <input type="text"/> | | Esp. provocados emb. ectópico | | Patología en embarazo | | | |
| EMBARAZO ACTUAL | | nacimientos nac. vivos nac. muertos | | Edad 1er. embarazo años | | Hospitalizaciones | | | |
| Lactancia actual | | Lactancia pasada | | Máxima lactancia meses | | Mínima lactancia meses | | | |
| | | | | | | Regulación menstrual | | | |
| | | | | | | PESO | | | |
| | | | | | | 1er R.N. | | | |
| | | | | | | 2do R.N. | | | |
| | | | | | | 3er R.N. | | | |
| | | | | | | 4to R.N. | | | |
| Observaciones: | | | | | | | | | |
| EXAMEN FISICO | | PATRON DE VELLO CORPORAL | | Completar el examen físico en el formulario HSA - Consulta Principal | | | | | |
| Actual | | MOLESTIAS | | SECRECIÓN URETRAL | | Actual | | MOLESTIAS | |
| FLUJO VAGINAL | | antes | | antes | | antes | | antes | |
| COLOR | | DURACIÓN | | COLOR | | DURACIÓN | | TRATAMIENTO | |
| TANNER | | VULVA | | CLITORIS | | HIMEN | | VAGINA | |
| mamas | | normal | | normal | | normal | | normal | |
| vellos | | anormal | | anormal | | anormal | | anormal | |
| CUELLO UTERINO | | CUERPO UTERINO | | TACTO VAGINAL | | TACTO RECTAL | | ANEXO IZQ. | |
| normal | | normal | | normal | | normal | | normal | |
| anormal | | anormal | | anormal | | anormal | | anormal | |
| EXAMEN GENITAL MASCULINO | | SECRECIÓN | | ESCROTO | | TESTICULO DERECHO | | TESTICULO IZQUIERDO | |
| TANNER | | PENE CUERPO | | GLANDE | | PREPUCIO | | EXAMEN MAMARIO | |
| genitales | | normal | | normal | | normal | | normal | |
| vello | | anormal | | anormal | | anormal | | anormal | |
| Inspección y palpación detectando varicocele, hidrocele, criptorquidia o tumores. | | | | | | | | | |
| EXAMENES COMPLEMENTARIOS | | | | | | | | | |
| Hamograma | | Ureult y antibiogr | | Nitrogeno ureico | | HIV | | Examen fujó vaginal | |
| Sedimento urinario | | Uremia | | Perfil lipídico | | Papancolau | | Cultivo fujó vaginal | |
| Químico de orina | | Glicemia | | VDRL u otros | | Test de Schiller | | Perfil hormonal | |
| Radiografía | | Ecografía | | Colposcopia | | | | | |
| Diagnósticos | | | | | Tratamientos: | | | | |
| 1 | | | | | 1 | | | | |
| 2 | | | | | 2 | | | | |
| 3 | | | | | 3 | | | | |
| Observaciones, indicaciones e interconsultas | | | | | | | | | |
| Responsable | | | | | | | | | |
| Fecha próxima visita | | | | | | | | | |

ANEXO 11 HOJA DE ATENCION A LA ADOLESCENTE

| CLAP-OPS/OMS HISTORIA DEL ADOLESCENTE-EVOLUCIÓN | | | | | | | | | | | | ESTABLECIMIENTO | | H. C. No. | | | | | | | | | | | |
|---|--|--|-----------------|--|--|---|--|--|------------------|--|--|--|--|-----------------------|-----------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------|--------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|--------------------------------|--|--|
| EVOLUCIÓN No. | | | EDAD | | | ACOMPAÑANTE | | | | ESTADO CIVIL | | FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN | | | | | | | | | | | | | |
| FECHA | | | años meses | | | solo <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> ambos <input type="checkbox"/> | | | | soltero <input type="checkbox"/> | | No conoce <input type="checkbox"/> No corresponde <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | |
| dia mes año | | | años meses | | | pareja <input type="checkbox"/> amiga/o <input type="checkbox"/> pariente <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/> | | | | unión estable <input type="checkbox"/> | | dia mes año | | | | | | | | | | | | | |
| PESO (Kg) | | | Centí peso/edad | | | TALLA (cm) | | | Centí talla/edad | | | Centí peso/talla | | | PRESIÓN ARTERIAL mmHg | | FRECUENCIA CARDIACA latidos/min | | TANNER mamas | | vello pub. genitales | | VOLUMEN TESTICULAR Der Cms lts | | |
| Motivos de consulta según adolescente: | | | 1 | | | Motivos de consulta según acompañante: | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CAMBIOS RELEVANTES/OBSERVACIONES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DIAGNOSTICO INTEGRAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INDICACIONES E INTERCONSULTAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Responsable | | | | | | | | | | | | Fecha próxima visita | | | dia mes año | | | | | | | | | | |
| EVOLUCIÓN No. | | | EDAD | | | ACOMPAÑANTE | | | | ESTADO CIVIL | | FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN | | | | | | | | | | | | | |
| FECHA | | | años meses | | | solo <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> ambos <input type="checkbox"/> | | | | soltero <input type="checkbox"/> | | No conoce <input type="checkbox"/> No corresponde <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | |
| dia mes año | | | años meses | | | pareja <input type="checkbox"/> amiga/o <input type="checkbox"/> pariente <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/> | | | | unión estable <input type="checkbox"/> | | dia mes año | | | | | | | | | | | | | |
| PESO (Kg) | | | Centí peso/edad | | | TALLA (cm) | | | Centí talla/edad | | | Centí peso/talla | | PRESIÓN ARTERIAL mmHg | | FRECUENCIA CARDIACA latidos/min | | TANNER mamas | | vello pub. genitales | | VOLUMEN TESTICULAR Der Cms lts | | | |
| Motivos de consulta según adolescente: | | | 1 | | | Motivos de consulta según acompañante: | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CAMBIOS RELEVANTES/OBSERVACIONES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DIAGNOSTICO INTEGRAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INDICACIONES E INTERCONSULTAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Responsable | | | | | | | | | | | | Fecha próxima visita | | | dia mes año | | | | | | | | | | |
| EVOLUCIÓN No. | | | EDAD | | | ACOMPAÑANTE | | | | ESTADO CIVIL | | FECHA DE ÚLTIMA MENSTRUACIÓN | | | | | | | | | | | | | |
| FECHA | | | años meses | | | solo <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> ambos <input type="checkbox"/> | | | | soltero <input type="checkbox"/> | | No conoce <input type="checkbox"/> No corresponde <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | |
| dia mes año | | | años meses | | | pareja <input type="checkbox"/> amiga/o <input type="checkbox"/> pariente <input type="checkbox"/> otros <input type="checkbox"/> | | | | unión estable <input type="checkbox"/> | | dia mes año | | | | | | | | | | | | | |
| PESO (Kg) | | | Centí peso/edad | | | TALLA (cm) | | | Centí talla/edad | | | Centí peso/talla | | PRESIÓN ARTERIAL mmHg | | FRECUENCIA CARDIACA latidos/min | | TANNER mamas | | vello pub. genitales | | VOLUMEN TESTICULAR Der Cms lts | | | |
| Motivos de consulta según adolescente: | | | 1 | | | Motivos de consulta según acompañante: | | | 1 | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | 2 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CAMBIOS RELEVANTES/OBSERVACIONES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DIAGNOSTICO INTEGRAL | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INDICACIONES E INTERCONSULTAS | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Responsable | | | | | | | | | | | | Fecha próxima visita | | | dia mes año | | | | | | | | | | |

PRESUPUESTO

| Reuniones de grupo y asesor metodológico | unitario | |
|---|-----------------|-------------------|
| total | | |
| Transporte..... | \$ 10.00 | \$ 100.00 |
| Horas de uso de computadora..... | \$ 0.70 | \$ 70.00 |
| Horas de uso de internet..... | \$ 1.00 | \$ 150.00 |
| Copias..... | \$ 0.03 | \$ 40.00 |
| Reportes de borrador y definitivos | | |
| Impresiones..... | \$ 0.05 | \$ 175.00 |
| Pagina..... | \$ 0.03 | \$ 15.00 |
| Anillados..... | \$ 1.75 | \$ 8.75 |
| Empastados..... | \$ 9.00 | \$ 27.00 |
| Fotocopias..... | \$ 2.00 | \$ 14.00 |
| Desarrollo del estudio | | |
| Horas de trabajo en recolección de información..... | \$ 3.29 | \$ 110.00 |
| Impresiones de formularios..... | \$ 0.10 | \$ 8.00 |
| Horas de organización, graficar y análisis de datos.... | \$ 3.29 | \$ 100.00 |
| Depreciación de equipos computarizados..... | \$ 500 | \$ 500.00 |
| Defensa del reporte final | | |
| Tintorería de trajes de expositores..... | \$ 7.00 | \$ 21.00 |
| Gastos en trajes..... | \$ 110.00 | \$ 650.00 |
| Refrigerio..... | \$ 50.00 | \$ 50.00 |
| Alquiler de equipo audiovisual..... | \$ 100 | \$ 200.00 |
| Recurso humano..... | \$ 40 | \$ 80.00 |
| | TOTAL | \$ 2318.75 |

GLOSARIO.

ADOLESCENCIA: periodo del desarrollo entre el comienzo de la pubertad y la edad adulta. Suele empezar entre los 11 y los 13 años de edad, con la aparición de los caracteres sexuales secundarios, y termina a los 18-20 años, con la adquisición de la forma adulta totalmente desarrollada. Durante este periodo, el sujeto sufre grandes cambios físicos, psicológicos, emocionales y de personalidad.

ADOLESCENTE: persona que se encuentra en el periodo de la adolescencia.

CITOLOGIA: estudio de la célula, incluyendo su formación, origen, estructura, función, actividades bioquímicas y patológicas. En su aspecto medico se divide en diferentes ramas.

MENARQUIA: primera menstruación, que marca el comienzo de la función menstrual cíclica. Suele producirse entre los 9 y los 17 años de edad.

TELARQUIA: comienzo del desarrollo de la mamas en la pubertad femenina. Suele preceder ligeramente al comienzo de la pubertad propiamente dicha, iniciándose en el periodo de crecimiento rápido que tiene lugar entre los 9 y los 13 años. Se habla de telarquia prematura; cuando esta no se acompaña de otros signos de maduración sexual.

PUBERTAD: periodo de la vida en el que comienza la capacidad de reproducción.

PUBARQUIA: comienzo de la pubertad, que esta marcado por la aparición de los caracteres sexuales secundarios.

PAPANICOLAU: igual al examen de la citología.

ABREVIATURAS

OMS: ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD.

ITS: INFECCION DE TRANSMISION SEXUAL.

PAP: EXAMEN DE PAPANICOLAU.

MSPAS: MINISMINISTERIO DE SALUD PUBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL.

CLAP: FICHA DE LLENADO DEL ADOLESCENTE.

VIH: VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA.

SIDA: SINDROME DE LA INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA.

ACCP: ALIANZA PARA LA PREVENCION DEL CANCER CERVICAL.