

El Instituto Aula Magna es un nuevo concepto en Cursos para el Ingreso a las Residencias Médicas en la Argentina.

*Nuestro Instituto nace luego de muchos años de experiencia en diferentes centros de altos estudios, y de la fusión de profesionales médicos y profesores especializados en las más diversas áreas educativas, que decidieron unir sus esfuerzos y **formar una idea.***

Teniendo en cuenta el tiempo otorgado para la preparación de los exámenes de Residencias Médicas, tenemos la necesidad de destacar los conceptos fundamentales que son evaluados año tras año. Es por ello que decidimos realizar este manual con el fin de obtener la información necesaria y actualizada de Pediatría. De esta manera, les brindamos la información para su mejor preparación y conocimiento, y lograr el gran objetivo de ingresar al Sistema de Residencias y Concurrencias Médicas. Nuestra bibliografía siempre está basada en la considerada oficial, y es actualizada todos los años.

*El **Resumen de las Actualizaciones 2022 del Instituto Aula Magna** es la herramienta justa, sumado al resto de nuestros manuales y clases, para preparar adecuadamente el examen Único Médico y de Instituciones Privadas.*

Sabemos lo que necesitas, pasamos por lo mismo que vos, pensamos en el alumno tratando de formar un médico mejor.

Las actualizaciones que no figuran en este apartado se encuentran en nuestros Manuales del Curso de Residencias Médicas y en las clases dictadas durante el mismo.

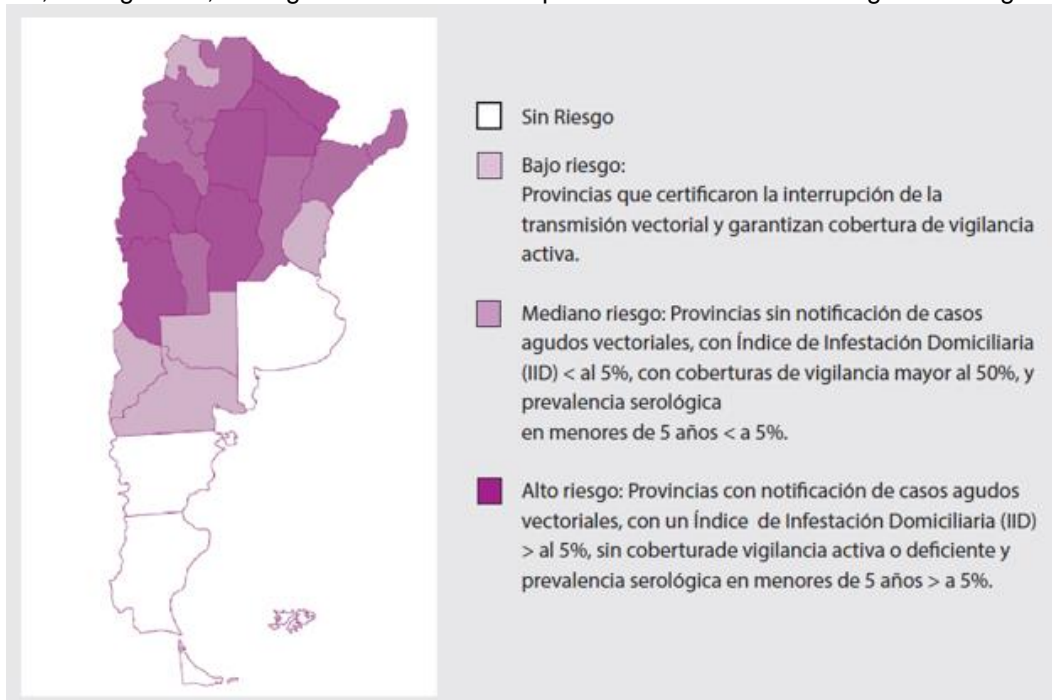
Dr. Guillermo Moscatelli
Médico Especialista en Pediatría
Docente de la Universidad de Buenos Aires
Médico del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez
Investigador de CONICET

CHAGAS

(Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud)

Solo se desarrollan los datos que no están en el Manual de Pediatría

Actualmente, en Argentina, el diagnóstico de situación para la enfermedad de Chagas es el siguiente:

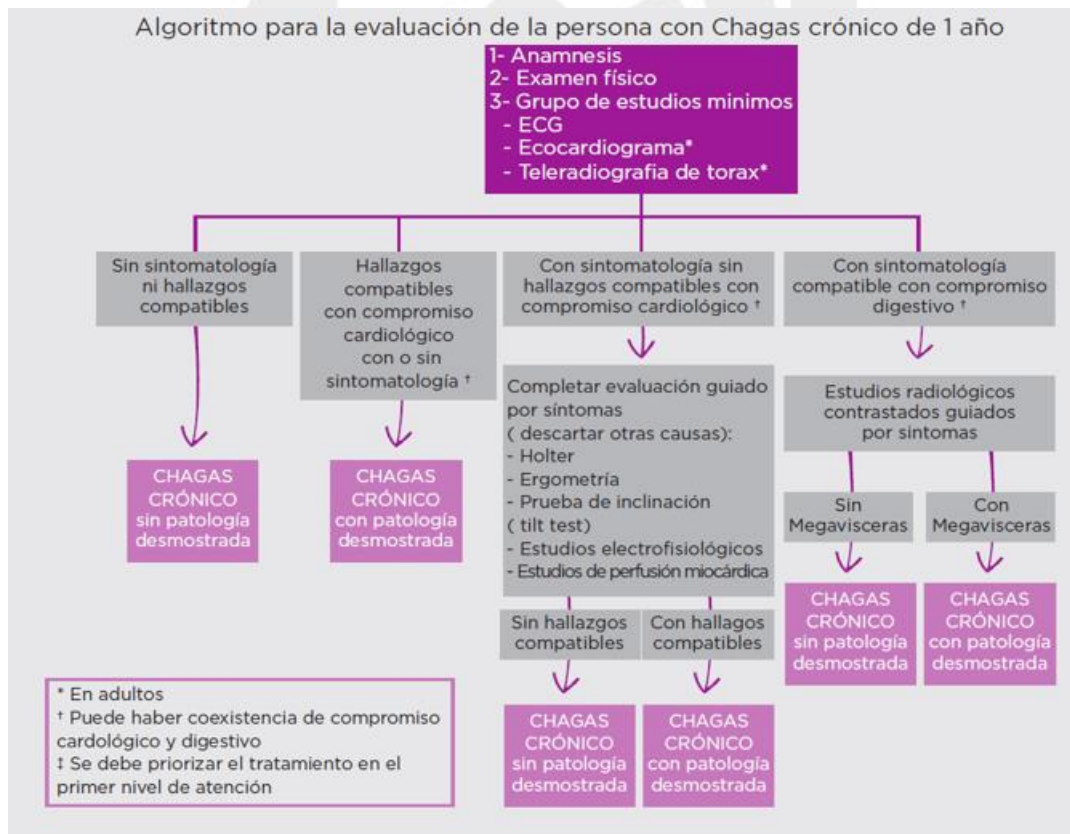
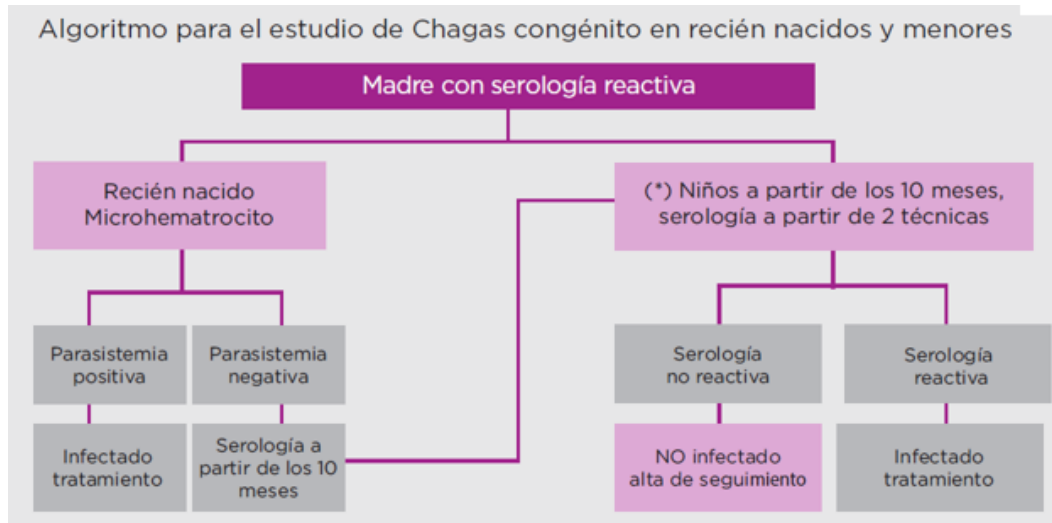


Situación de alto riesgo para la transmisión vectorial: Chaco, Catamarca, Formosa, Santiago del Estero, San Juan y Mendoza presentan una re-emergencia de la transmisión vectorial de Chagas debido a un aumento de la infestación domiciliaria y a una alta seroprevalencia en grupos vulnerables.

Situación de riesgo moderado para la transmisión vectorial: Córdoba, Corrientes, La Rioja, Salta, y Tucumán, muestran una situación de riesgo intermedio con un índice de re-infestación mayor al 5% en algunos departamentos, e insuficiente cobertura de vigilancia en algunos casos.

Situación de bajo riesgo para la transmisión vectorial: en mayo del 2017, la provincia de San Luis logró certificar la interrupción de la transmisión vectorial. En el 2012 lograron certificar las provincias de Misiones y Santa Fe, conjuntamente con 6 departamentos del Sur de Santiago del Estero (Aguirre, Mitre, Rivadavia, Belgrano, Quebracho y Ojo de Agua). Las provincias de Entre Ríos, Jujuy, La Pampa, Neuquén y Río Negro lograron recertificar la interrupción de la transmisión vectorial.

El 98% de los casos nuevos de Chagas ocurren en menores de 15 años y es en ellos que el tratamiento específico resulta más efectivo.



ATENCIÓN DE NIÑAS Y ADOLESCENTES MENORES DE 15 AÑOS EMBARAZADAS

Considerar dos períodos: la adolescencia temprana (de los 10 a los 14 años) y la adolescencia tardía (de los 15 a los 19 años). Esta diferencia cobra particular relevancia al considerar los determinantes del embarazo: entre las NyA de 10 a 14 años se debe considerar más frecuentemente la presencia de situaciones de abuso y coerción y de embarazos y maternidades infantiles forzadas.

En el área de la salud mental, se han observado altas tasas de síntomas de depresión y ansiedad en las adolescentes durante el embarazo y el posparto, que en general son más altas que las de la población adulta.

Cuadro 1. Articulación entre el primer nivel de atención y el nivel de referencia en NyA menores de 15 años embarazadas.



- Las niñas **menores de 13 años** podrán brindar su consentimiento con el acompañamiento de sus progenitores, representantes legales, personas que ejerzan formal o informalmente roles de cuidado, personas “allegadas” o referentes afectivos. Estas/os deberán participar, en conjunto con la niña, en la toma de decisiones y deberán firmar ratificando el consentimiento informado de la niña.
- **A partir de los 13 años**, podrán consentir de manera autónoma, sin acompañamiento, todas las prácticas sanitarias que no pongan en riesgo grave su salud o su vida; esto incluye todos los métodos anticonceptivos reversibles disponibles y la Interrupción Legal del Embarazo en condiciones seguras.

- Se requiere acompañamiento hasta los 16 años para las prácticas que pongan en riesgo grave la salud o la vida de NNYA, a menos que se tratara de prácticas de urgencia y no pudiera obtenerse el consentimiento de forma inmediata.
- **Desde los 16 años**, la/os adolescentes serán considerado/as personas adultas y totalmente autónomas para la toma de decisiones sobre el cuidado de su salud.

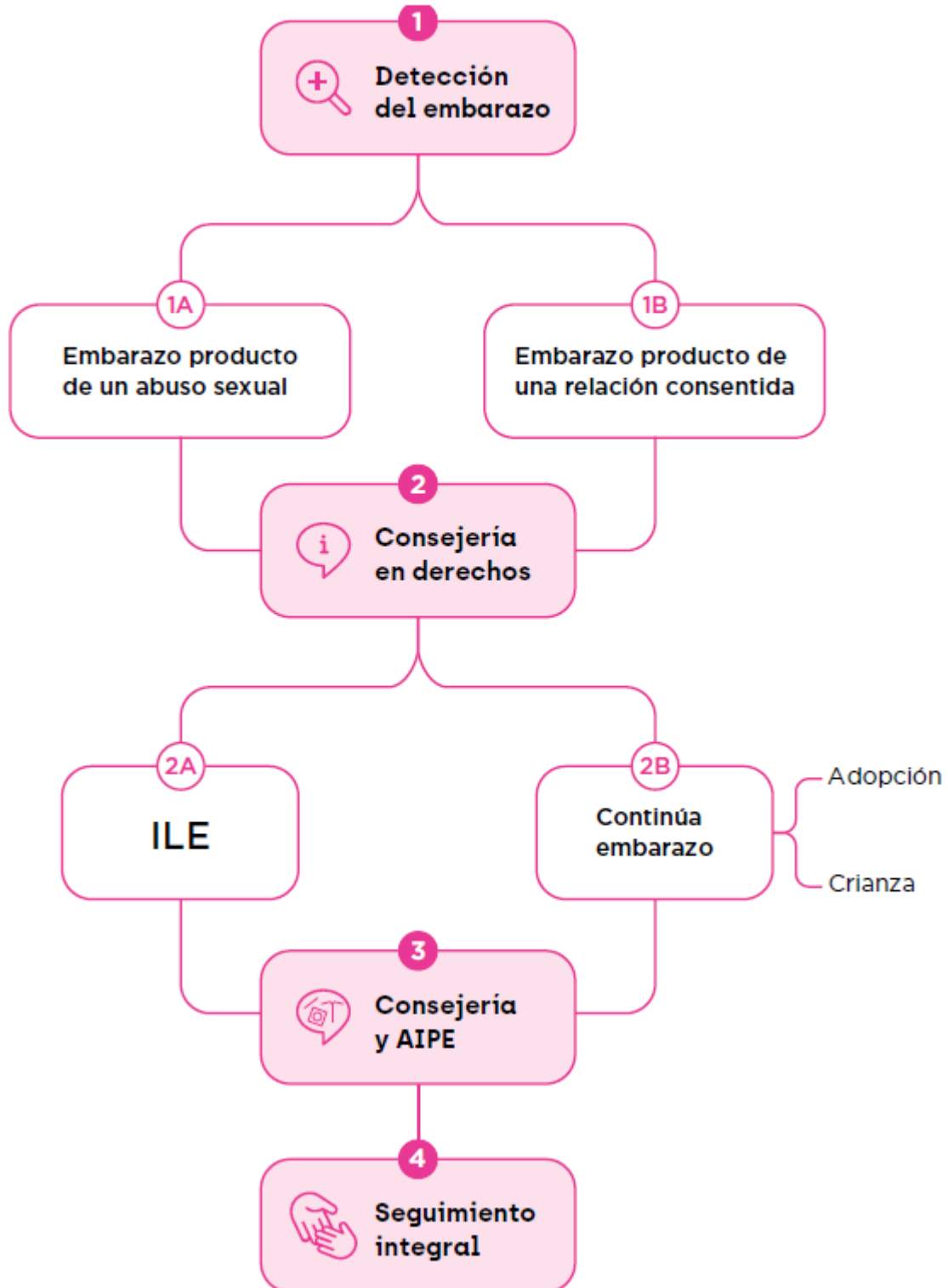
Cuadro 2. Corpus normativo para la atención de NNYA.

CORPUS NORMATIVO	CONTIENE
Convención de los Derechos del Niño.	Se reconoce a NNYA como sujetos plenos de derechos, e impone deberes especiales a progenitores, al Estado y a la comunidad. No se enfoca en actuar sobre los individuos, sino sobre la situación en que se encuentran, para facilitar su desarrollo autónomo y habilitarles, de manera directa, el ejercicio de sus derechos.
Ley N° 26061 de Protección Integral de Niñas, Niños y Adolescentes.	Presenta el marco general de aplicación local de la Convención de los Derechos del Niño y establece tanto los derechos de NNYA, como las obligaciones que corresponden al Estado para su protección.
Ley N° 25673 de Salud Sexual y Procreación Responsable.	Establece el derecho de adolescentes a recibir información sobre reproducción y sexualidad, así como a la anticoncepción.
Ley N° 26150 de Educación Sexual Integral.	Establece la obligación de incorporar, de forma transversal, contenidos sobre sexualidad y reproducción en todos los niveles educativos. Desarrolla el derecho a la información y consejería en materia de sexualidad y reproducción de NNYA.
Ley N° 26485 de Protección Integral para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia contra las Mujeres en los Ámbitos en que Desarrollen sus Relaciones Interpersonales.	Contiene las obligaciones relacionadas con la garantía del derecho de mujeres, niñas y adolescentes a vivir una vida libre de violencia. Establece los tipos de violencia posibles. Dentro de ellos, la violencia institucional, que puede ser ejercida dentro del sistema de salud, y la violencia obstétrica, que la pueden sufrir las mujeres y adolescentes durante el embarazo, el parto y el puerperio.
Ley N° 26529 de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado.	Establece la satisfacción prioritaria de los derechos de NNYA (art. 2, inc. a) sin ningún tipo de menoscabo o discriminación y la autonomía en la toma de decisiones.
Ley N° 25929 de Parto Respetado.	Establece los derechos de las mujeres, niñas y adolescentes referidos al embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto.

CORPUS NORMATIVO	CONTIENE
Ley N° 29994, Código Civil y Comercial de la Nación.	Especialmente el Libro Primero Título I y Libro Segundo Títulos del IV al VII. El Artículo 664 desarrolla especialmente los casos en los que los NNyA continúan la crianza del recién nacido.
Ley N° 25273 de Enseñanza General Básica, Polimodal y Superior no Universitaria.	Crea un Régimen Especial de Inasistencias Justificadas por razones de gravidez para alumnas que cursen los ciclos mencionados, en establecimientos de jurisdicción nacional, provincial o municipal.
Ley N° 25584/02 Nacional de Acciones contra Alumnas Embarazadas.	Prohíbe toda acción que impida el inicio o la continuidad escolar a embarazadas.
Ley Nacional de Educación 26206/06 Art. 81.	Las autoridades deben garantizar la permanencia en la escuela durante el embarazo y la maternidad.
Ley N° 27364 Programa de Acompañamiento para el Egreso de Jóvenes sin Cuidados Parentales.	Crea un Programa de Acompañamiento para la/os adolescentes/jóvenes sin cuidados parentales desde los 13 hasta los 21 años de edad. Además de ofrecer un acompañamiento personal, les brinda una asignación económica mensual.
Ley N° 27455, que establece el abuso sexual infantil como un delito de instancia pública.	Reforma lo establecido por la Ley N°26061. Establece acciones dependientes de instancia privada ante algunos delitos. Pero también afirma: "Sin embargo, se procederá de oficio cuando la víctima fuere menor de 18 años de edad o haya sido declarada incapaz". Por lo cual, el abuso sexual de menores de 18 años es un delito de instancia pública.

Durante 2018 hubo en Argentina 685.394 nacimientos, de los cuales 87.118 fueron de niñas y adolescentes menores de 20 años, cifra que representa el 12,9% del total de los nacimientos de ese año. 2350 correspondieron a NyA con menos de 15 años y 84.768 a adolescentes entre 15 y 19 años. La tasa de fecundidad adolescente fue de 1,4 nacidos por cada 1.000 NyA de entre 10 y 14, lo que significa entre 6 y 7 nacimientos diarios.

Atención de niñas y adolescentes menores de 15 años embarazadas. Hoja de ruta



Resumen de hoja de ruta

	CONSIDERAR	OFRECER
1. Detección del embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • Edad del/de la NNyA • Edad gestacional. • Presencia de violencia sexual. • Red de contención familiar/comunitaria. 	<ul style="list-style-type: none"> • Admisión inmediata – URGENCIA. • Atención integral y escucha empática. Equipo interdisciplinario. • Realización de examen clínico e ITS. • Activación de notificaciones dentro del Sector Salud (Ref./Contra-Referencia entre Niveles de atención). • Comunicación a Oficinas de Protección de derechos de NNyA y denuncia en casos de abuso sexual. • Consejería en derechos.
2. Consejería en derechos	Interrupción Legal del Embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • Según edad gestacional y consideración de cada situación, asesoramiento, información y consentimiento informado (propuesta en Anexo): <ul style="list-style-type: none"> — Procedimiento farmacológico. — Procedimiento instrumental. • Determinar la necesidad de preservar muestras de tejido para estudio de ADN. • Consejería en MAC (de preferencia de larga duración).
	Continúa el embarazo	<ul style="list-style-type: none"> • Deseo/ posibilidad de crianza. • Adopción. • Consejería en MAC durante control prenatal (de preferencia de larga duración).
3. Consejería y anticoncepción inmediata posevento obstétrico (AIPE)	<ul style="list-style-type: none"> • Decisión informada de NyA como proceso. • Factores de riesgo y factores protectivos del regreso al hogar. • Autonomía y consentimiento en el ejercicio de su sexualidad. 	<ul style="list-style-type: none"> • Reforzar consejería e implementación inmediata, atendiendo a la decisión y situación particular de cada niña/adolescente. • Seguimiento para adopción/adherencia a MAC se realiza en el primer nivel de atención.
4. Seguimiento integral	<ul style="list-style-type: none"> • Entorno social y familiar. • Red de contención y apoyo para continuar el seguimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Articular con educación es el primer factor protector. • Seguimiento de equipo integral, con atención psicosocial. • Continuidad del tratamiento de salud mental en las situaciones de violencia.

**FRENTE A LA CONFIRMACIÓN DE UN EMBARAZO,
¿QUÉ NO SE DEBE HACER?**



- Asumir el deseo de maternar de la NyA (por ejemplo, llamarla “mamita”, hablarle de un futuro bebé).
- Asumir una relación sexual consentida (por ejemplo, convocar a la pareja sin conocer los detalles de la relación sexual que produjo el embarazo).
- Convocar a la madre y/o padre de la NyA sin una evaluación de riesgo previa de la NyA, determinar las circunstancias del embarazo y contar con el consentimiento de la NyA.
- Mostrar fotos, videos, sonidos o detalles técnicos al realizar la ecografía, que no son necesarios para ese fin. Por el contrario, estas prácticas se han considerado tratos crueles y degradantes, sobre todo si la niña/adolescente decidió interrumpir el embarazo.

INDICADORES INESPECÍFICOS DE EMBARAZO PRODUCTO DE ABUSOS SEXUALES (PLAN ENIA, 2018)

- Consulta tardía.
- Rechazo del embarazo.
- Ataques de angustia.
- Autolesiones, intento de suicidio, retracción social.
- Ocultamiento, ambigüedad y contradicciones acerca de la identidad del cogestante, tanto por parte de la niña/adolescente como por parte de quienes la acompañan.

La falta de respuesta institucional a los embarazos forzados en NyA menores de 15 años son formas de **violencia institucional** e incumplen las garantías de derechos consagrados por la legislación nacional.

- Se incumple cuando no se da a la niña información para que decida.
- Se incumple cuando no se ofrece la posibilidad de Interrupción Legal del Embarazo y se actúa como si no hubiera otra posibilidad más que continuar con el embarazo.

La **denuncia** es un acto jurídico por medio del cual se informa a las autoridades policiales o judiciales sobre la existencia de un delito. La comunicación administrativa es un acto jurídico por medio del cual se pone en conocimiento de las autoridades administrativas una situación sobre la que tiene competencia.

La **comunicación** sirve para integrar equipos de intervención interinstitucional que permitan abordar de forma integral la atención de la salud de NNYA, en las esferas físicas, psíquicas y sociales, especialmente las últimas.

Tanto la denuncia como la comunicación son obligatorias.

La denuncia ante situaciones de violencia sexual es obligatoria en menores de edad y personas con discapacidad, según las leyes 24417 de protección contra la violencia familiar y 27455, que modifica el artículo 72 del Código Penal.

¿Dónde denunciar?

- Fiscalías especializadas o, en su defecto, fiscalías
- Comisarías de la mujer o de la familia
- Comisarías

En algunas situaciones (por ejemplo, lesiones físicas graves, riesgo para la salud mental o la integridad personal), los profesionales pueden indicar la internación para poder observar y proteger a la NyA, hasta que las autoridades competentes tomen medidas más apropiadas de protección o puedan convocar a personas de confianza de la NyA para que se hagan responsables de su cuidado y protección y así evitar el riesgo.

Evaluación clínica y manejo de ITS

Se deben solicitar los siguientes exámenes:

- | | |
|---|--|
| • Hemograma, función renal y hepatograma: basal, a las 2 y 4 semanas, y VDRL. | • Antígeno/Anticuerpos para hepatitis B, según antecedente de vacunación de la paciente. |
| • Test de ELISA para VIH. | • Anticuerpos para hepatitis C. |

En caso de considerarlo necesario, realizar profilaxis de ITS de acuerdo al siguiente esquema: ceftriaxona 250 mg IM (dosis única) + azitromicina 1 g (dosis única) + metronidazol 2 g (dosis única) 5, o cefixime 400 mg VO (dosis única) + azitromicina 1 g (dosis única), o doxiciclina 100 mg VO (cada 12 horas por 14 días) + metronidazol 2 g (dosis única).

Información sobre procedimiento de ILE propiamente dicho → los métodos son los farmacológicos (misoprostol) y los instrumentales (Aspiración Manual Endouterina, AMEU). En los casos en que la ILE se haya realizado por causal de violación, es conveniente conservar el material para un eventual estudio de ADN.

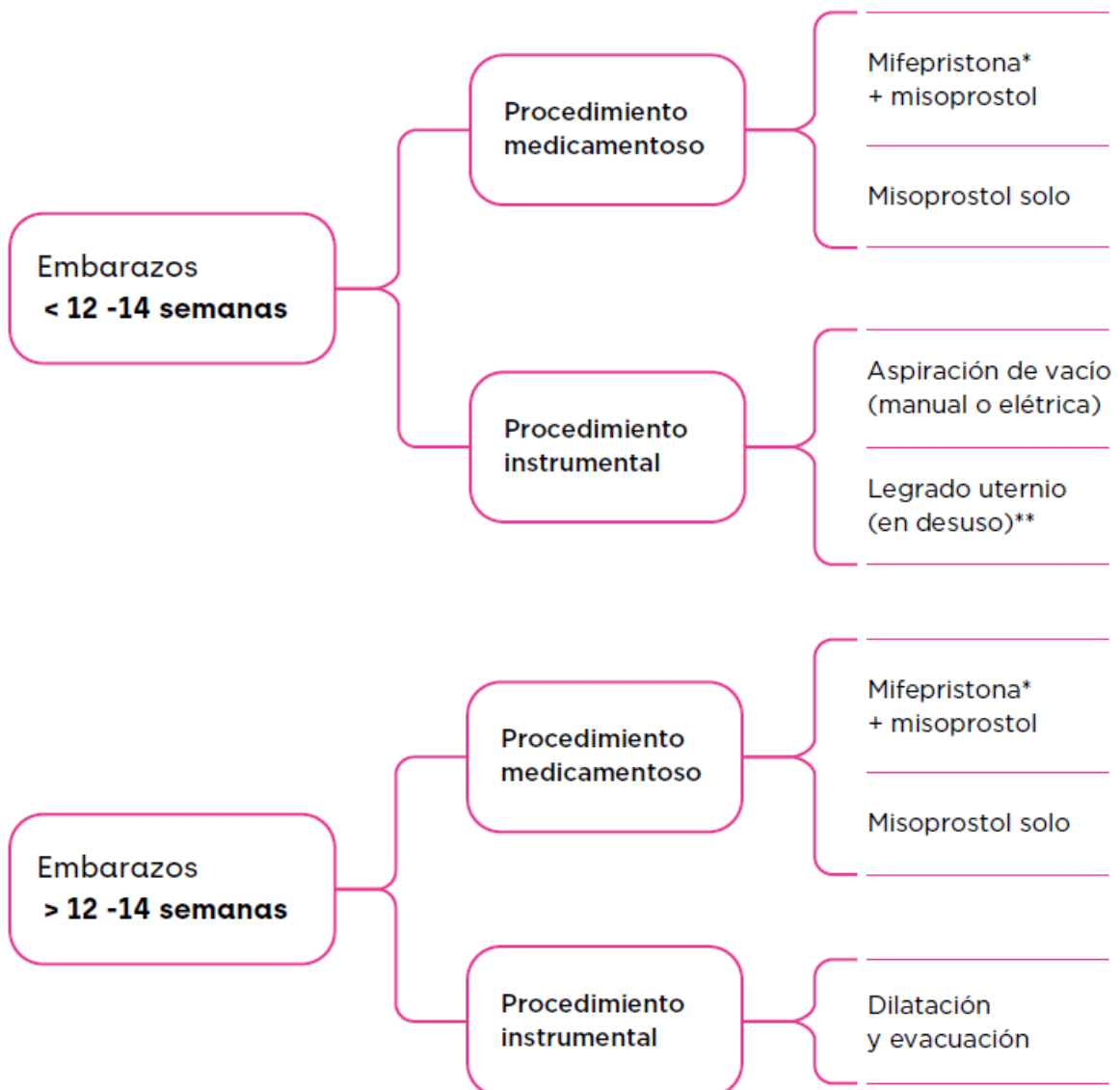
Misoprostol → En la Argentina, en julio de 2018, la ANMAT autorizó la producción de comprimidos vaginales de Misoprostol sin diclofenac, en la concentración de 200 mcg, y resolvió la inscripción en el Registro Nacional de Especialidades Medicinales. La disposición de ANMAT autoriza la venta bajo receta archivada para su uso institucional y hospitalario exclusivo.

Aspiración Manual Endouterina (AMEU) → consiste en la evacuación del contenido uterino a través de una cánula plástica unida a una fuente de vacío. Según sea la forma en que se produce el vacío, la técnica puede ser de aspiración eléctrica, mediante la utilización de una bomba eléctrica, o manual, en la que el vacío se crea utilizando un aspirador plástico sostenido y activado con la mano (AMEU). En la aspiración de vacío se notifican índices de aborto completo de entre el 95% y el 100%, con tasas de complicaciones extremadamente bajas. Se sugiere la utilización de profilaxis antibiótica con única dosis oral antes del procedimiento de 200 mg de doxiciclina o 500 mg de azitromicina o 500 mg de metronidazol. Antes del procedimiento, se sugiere la preparación cervical con la administración de 400 mcg de misoprostol vía sublingual, 1 hora antes del procedimiento, o vía vaginal, 3 horas antes.

Se recomienda que la aspiración por vacío y el aborto con medicamentos sustituyan el
 Legrado Uterino Instrumental (LUI)
SE DEBEN HACER LOS MÁXIMOS ESFUERZOS PARA REEMPLAZAR ESTA PRÁCTICA

La persona puede volver a quedar embarazada muy pronto.
 Todos los métodos anticonceptivos pueden iniciarse inmediatamente después de una AMEU sin complicaciones.

Cuadro 3. Métodos recomendados por la OMS para la interrupción del embarazo (2018).



Cuadro 4. Regímenes con misoprostol.

SOCIEDAD CIENTÍFICA	EDAD GESTACIONAL	DOSIS, VÍA DE ADMINISTRACIÓN Y ESQUEMA
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS, 2018B)	<12 semanas	Misoprostol 800 mcg, vía vaginal o sublingual, y bucal, repetir dosis hasta expulsión.
	>12 semanas	Misoprostol 400 mcg, vía vaginal, sublingual o bucal, cada 3 horas (sin máximo de dosis).
IPAS (2018)	<13 semanas	Misoprostol 800 mcg, vía sublingual o vaginal, cada 3 horas o vaginal.*
	>13 semanas	Misoprostol 400 mcg, vía sublingual o vaginal,* cada 3 horas hasta la expulsión de feto y placenta.

* En mujeres nulíparas, la vía vaginal es más eficaz que la sublingual (Ipas, 2018).



INSTITUTO AULA MAGNA

CURSOS DE RESIDENCIAS MEDICAS

GINECOLOGIA y OBSTETRICIA

CIRUGIA

CLINICA MEDICA

PEDIATRIA

TELEFONO (+5411) 4373 0816

WHATSAPP 15 2826 6629

MAIL informes@amagna.com.ar

FACEBOOK /instituto.aulamagna

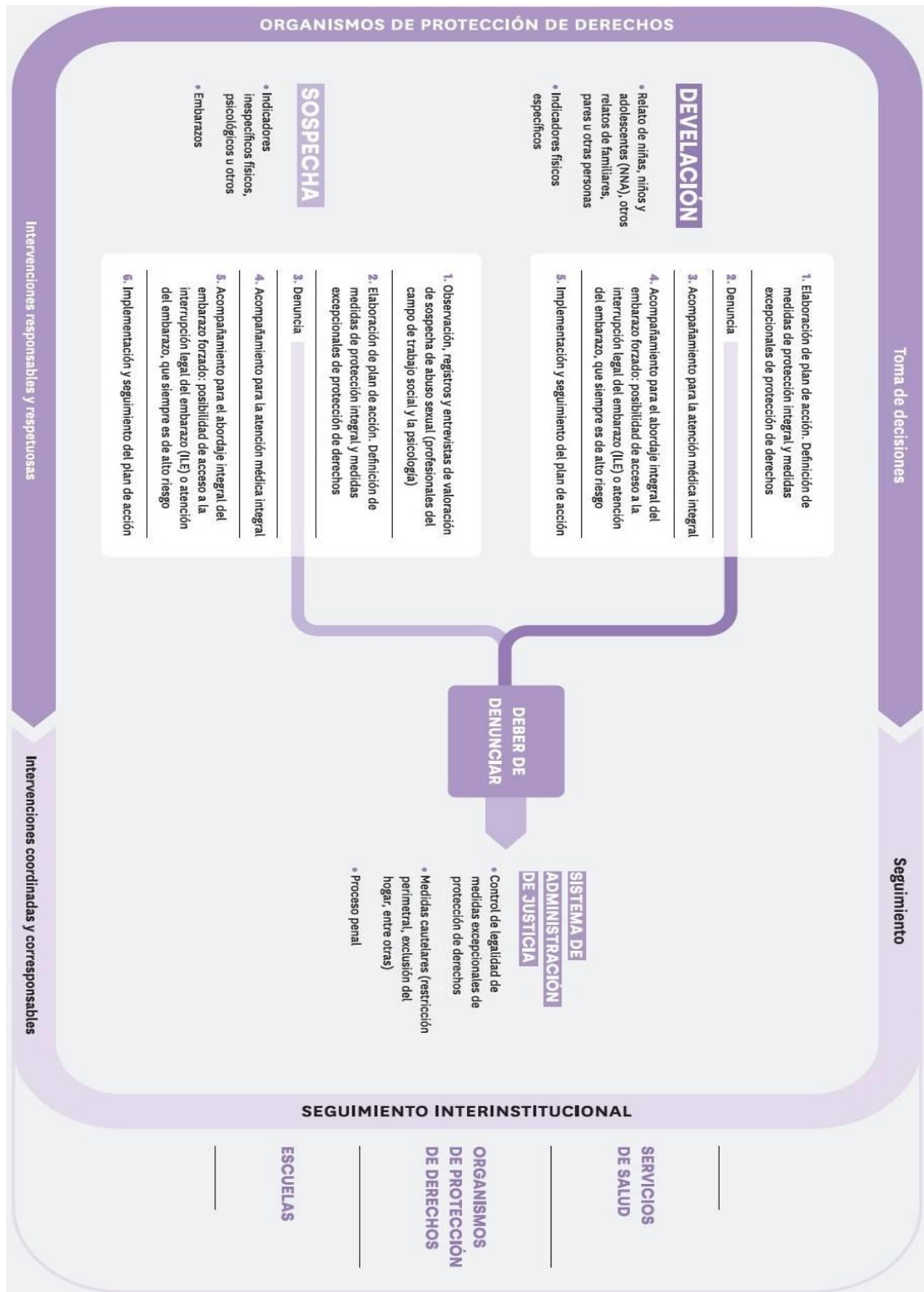
FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE GINECOLOGÍA Y OBSTETRICIA (FIGO, 2017)	<13 semanas	Misoprostol 800 mcg, vía sublingual cada 3 horas o vaginal**/bucal cada 3 a 12 horas (2 a 3 dosis como mínimo).***
	>13 semanas	13 a 24 semanas: Misoprostol 400 mcg, vía vaginal**, sublingual o bucal, cada 3 horas****
FEDERACIÓN LATINOAMERICANA DE SOCIEDADES DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA (FLASOG, 2013)	<12 semanas	Misoprostol 400 a 800mcg sublingual cada 4 hs hasta completar 3 dosis. Misoprostol 400 a 800 mcg, vía vaginal. Si no hay respuesta terapéutica, repetir dosis de 400 mcg cada 6hs hasta completar 3 dosis consecutivas.
	13 a 15 semanas	Misoprostol 400 mcg, vía vaginal. Si no hay respuesta terapéutica, repetir dosis de 400 mcg a las 6-12 hs. Si persiste sin respuesta a las 24 horas, duplicar la dosis inicial y repetir 12 horas después.
	16 a 18 semanas	Misoprostol 200 mcg, vía vaginal. Si no hay respuesta terapéutica, repetir dosis de 200 mcg a las 6-12 horas. Si persiste sin respuesta a las 24 horas, duplicar la dosis inicial y repetir 12 horas después.
	19 a 22 semanas	Misoprostol 100 mcg, vía vaginal. Si no hay respuesta terapéutica, repetir dosis de 100 mcg a las 6 horas. Si persiste sin respuesta a las 24 horas, duplicar la dosis inicial y repetir 12 horas después.

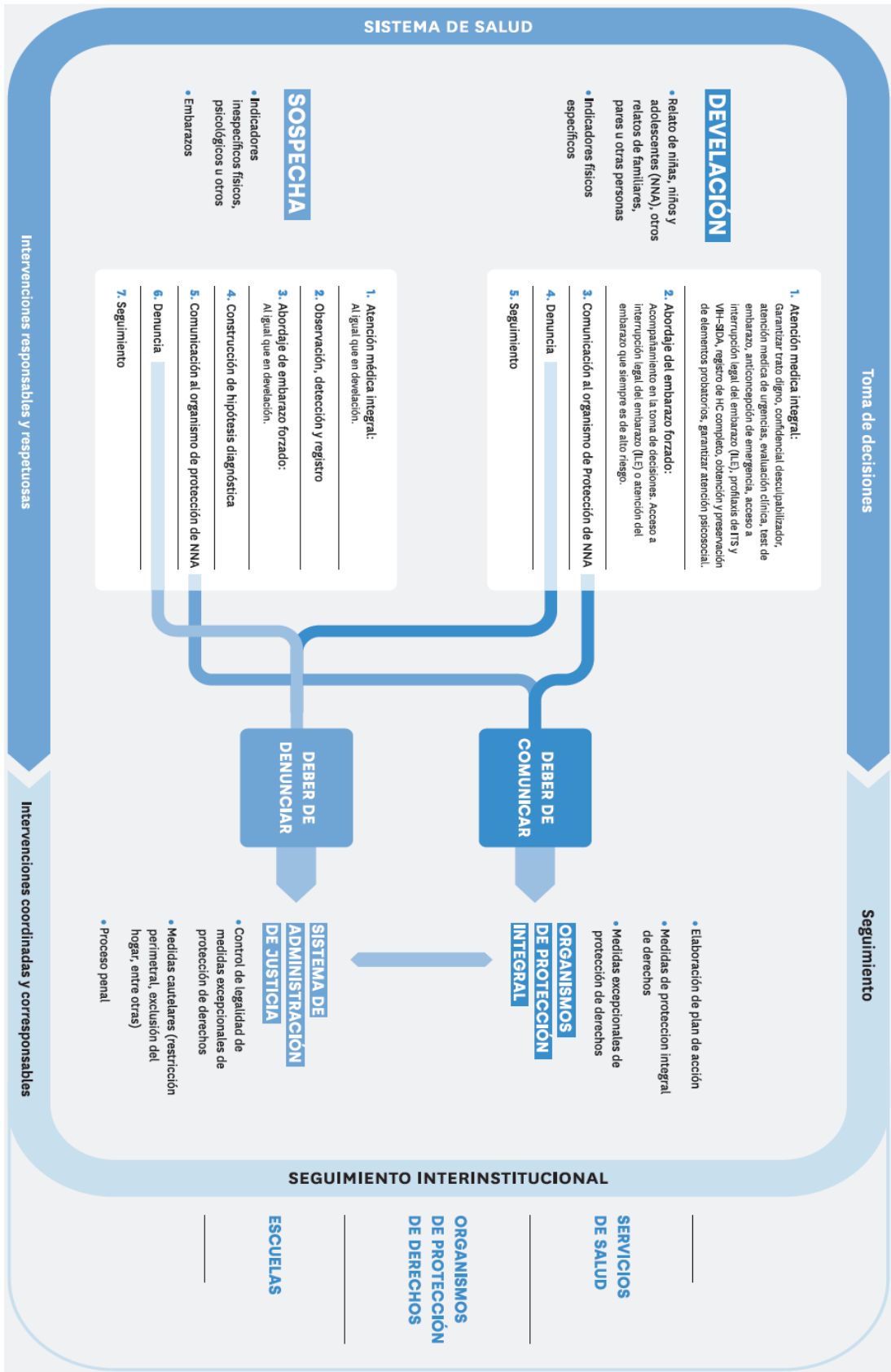


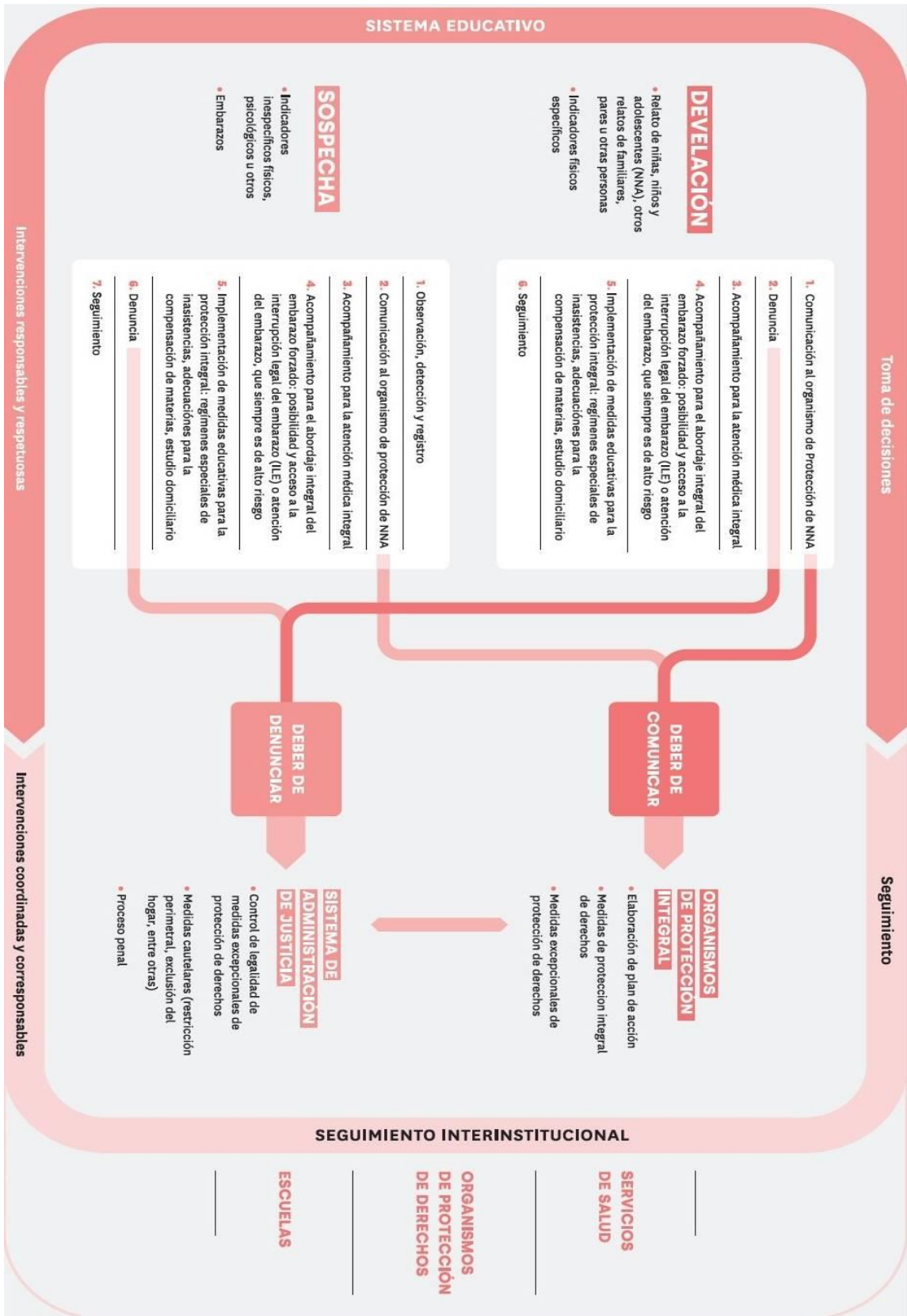
INSTITUTO AULA MAGNA
Formamos Médicos

Curso Online de Residencias Médicas
¡Preparate para rendir sin salir de tu casa!

HOJAS DE RUTA ANTE SITUACIONES DE ABUSO SEXUAL HACIA NIÑAS NIÑOS Y ADOLESCENTES







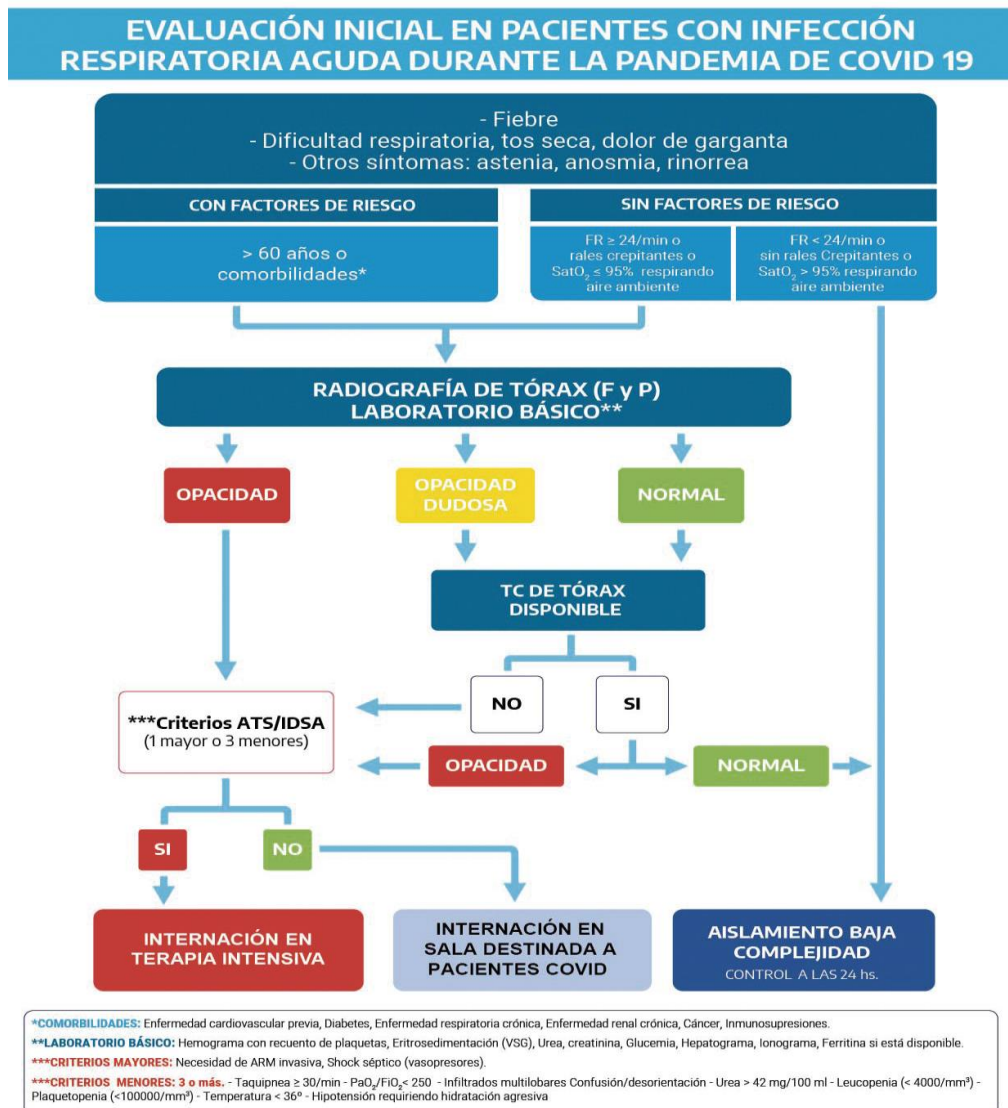
EVALUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA Y DECISIÓN DEL SITIO DE INTERNACIÓN

Se inicia con el triage que puede ser hecho por un médico u otro personal de salud que califica al paciente como caso sospechoso, ya que muchas personas pueden consultar con síntomas y molestias físicas que no ameritan su evaluación como COVID-19.

Luego de esta etapa inicial y una vez que paciente se encuentra aislado en el consultorio designado para tal fin, será evaluado por un médico que definirá la situación del enfermo, lo interrogará, lo examinará, verá los exámenes complementarios del paciente y ordenará los estudios necesarios de acuerdo con el algoritmo.

Una vez definido el caso como sospechoso se realizará hisopado para muestra de PCR.

Mientras se espera el resultado de PCR, hay que considerar al paciente como infectado por SARS-CoV-2 y se deberán tomar todas las precauciones de protección del personal y aislamiento.



PROCEDIMIENTOS EN SALA DE GUARDIA:

A) Medir la frecuencia respiratoria y la saturación de oxígeno respirando aire ambiente en todos los casos, dejando el oxímetro colocado durante 1 a 2 minutos.

B) Realizar radiografía de tórax frente y perfil y laboratorio en presencia de cualquiera de las siguientes situaciones:

- a) Frecuencia respiratoria mayor a 24/ minuto
- b) Pacientes mayores de 60 años,
- c) Presencia de comorbilidades: Enfermedad cardiovascular, Diabetes, Enfermedades respiratorias crónicas, Enfermedad renal crónica, Cáncer, Inmunosupresión
- d) Presencia de rales crepitantes
- e) Saturación de O₂ ≤ 95% (respirando aire ambiente)

Laboratorio: Hemograma, VSG, Hepatograma, Urea y creatinina, Ferritina (si está disponible), ionograma, glucosa. En pacientes con indicación de internación y según la disponibilidad del centro se sugiere el uso de marcadores como: dímero D, CPK, ferritina, LDH, proteína C reactiva, Tiempo de protrombina, gases en sangre en pacientes con SatO₂ ≤ 95%. Realizar directo y cultivo de esputo, junto a dos muestras de hemocultivo en caso de neumonía graveo sospecha de colonización previa por bacterias resistentes.

C) De hallarse disponible y ante la duda de compromiso del parénquima pulmonar, podrá evaluarse tomografía computarizada de tórax, de hallarse disponible, cuando la radiografía no permita definir la presencia o algunas cualidades del infiltrado y eso impacte en toma de decisión de la conducta ulterior.

D) Clasificar gravedad, determinar sitio de atención e indicar tratamiento.

Criterios de gravedad ATS/IDSA

Uno de dos mayores
<ul style="list-style-type: none"> - Necesidad de ARM invasiva - Shock séptico (vasopresores)
o Tres o más menores:
<ul style="list-style-type: none"> - Taquipnea ≥ 30/min. - PaO₂/FiO₂ < 250 - Confusión/desorientación - Infiltrados multilobares - Urea > 42 mg/100 ml. - Leucopenia (< 4000/mm³) - Plaquetopenia (<100000/mm³). - Temperatura <36°C. - Hipotensión requiriendo hidratación agresiva

Severidad Inicial	Definición	Conducta
Enfermedad no complicada	Ausencia de infiltrado radiológico y de factores de riesgo, con auscultación normal y SatO ₂ > 95%	Internación en área de baja complejidad en el hospital o internación intermedia en áreas definidas (Ver Adecuación de grandes espacios en edificios no hospitalarios) Tratamiento sintomático Control diario de signos vitales y saturación de oxígeno
Neumonía leve	Edad < 60 años Ausencia de comorbilidades Ausencia de inmunosupresión Compromiso radiológico unilateral SatO ₂ > 95% Sin criterios ATS/IDSA	Internación en sala destinada a pacientes COVID Tratamiento antimicrobiano empírico
Neumonía moderada	Edad ≥60 años Presencia de una o más comorbilidades Presencia de inmunosupresión Compromiso radiológico bilateral SatO ₂ ≤ 95% Sin criterios ATS/IDSA	Internación en sala destinada a pacientes COVID Tratamiento antimicrobiano empírico
Neumonía grave	Presencia de criterios ATS/IDSA: uno de dos mayores o tres menores.	Evaluación por servicio de terapia intensiva Tratamiento antimicrobiano empírico

E) Evaluar con escala CURB- 65 y consultar recomendaciones sobre tratamiento antiviral

- **C:** compromiso de conciencia: 1 punto
- **U:** uremia, mayor a 42 mg/dl: 1 punto
- **R:** frecuencia respiratoria mayor o igual a 30 por minuto: 1 punto
- **B:** presión arterial: Presión Arterial Sistémica < 90 mmHg: 1 punto. Presión Arterial Diastólica < 60 mmHg 1 punto.
- **65:** Edad > 65 años: 1 punto

F) Evaluar la existencia de factores de potencial evolución desfavorable, para realizar control más frecuente o interconsulta precoz a UTI:

Síntomas clínicos	<p>Empeoramiento de disnea Opresión precordial</p> <p>Deterioro del sensorio o confusión</p>
Antecedentes personales	<p>Edad \geq 60 años Presencia de dos comorbilidades</p> <p>Inmunosupresión</p>
Signos vitales	<p>Frecuencia cardíaca > 100 x'</p> <p>Frecuencia respiratoria > 24 x'</p> <p>Saturación de O₂ < 93% o empeoramiento respecto a valores previos.</p> <p>Inestabilidad hemodinámica: TAS < 90 mmHg tras reposición de fluidos</p>
Alteraciones de laboratorio e imágenes	<p>PO₂ < 60 mmHg respirando a aire ambiente.</p> <p>Progresión radiológica</p> <p>Linfopenia (< 1.000/cc)</p> <p>Hepatograma alterado</p> <p>Hipoalbuminemia < 3,2g/lit.</p> <p>Aumentos de: urea/creatinina, potasemia, CPK, Troponina, LDH, Tiempo de protrombina y Dímero D (de haber disponibilidad).</p> <p>Aumentos de: VSG, Proteína C reactiva, ferritina (si fue solicitado)</p> <p>Disminución de: TSH, C3 y C4 (si fue solicitado)</p>

CONTROL DEL PACIENTE INTERNADO EN SALA DESTINADA A PACIENTES COVID-19:

En pacientes con COVID-19 confirmado se sugiere la internación de cohorte, es decir internar en forma conjunta aquellos pacientes con COVID-19 confirmado por PCR, con una distancia mínima de 2 metros entre cama y cama.

En los casos sospechosos y hasta confirmar o descartar el diagnóstico, se sugiere la internación en habitaciones de presión negativa y aisladas (si hay disponibilidad de las mismas) o en una habitación de uso individual con baño, con ventilación natural o climatización independiente. La puerta de la habitación deberá permanecer siempre cerrada.

Evaluación diaria por personal de salud con EPP acorde a las recomendaciones y haciendo un uso racional de los mismos.

La radiografía de tórax portátil es suficiente en la mayoría de los casos. Repetir si hay falta de respuesta clínica y/o sospecha de deterioro. Evitar la radiografía diaria de rutina.

La tomografía computada de tórax (TC) no es indispensable para el diagnóstico. Se recomienda minimizar su uso por los riesgos en el aislamiento y transporte del paciente.

Realizar electrocardiograma al ingreso. Ante la presencia de signos y síntomas compatibles con desarrollo de miocardiopatía, realizar ecocardiograma.

Ante la presencia de fiebre se sugiere como tratamiento inicial el uso de paracetamol (en lugar de AINE -ej. ibuprofeno-) como agente antitérmico/antipirético.

Indicar oxigenoterapia con el objetivo de mantener SatO_2 92 a 96% o $\text{PaO}_2 > 75$ mmHg. Iniciar con cánula nasal (no humidificada para reducir el riesgo de aerosolización) 1 a 6 lt por minuto. De requerirse más de 6 lt por minuto utilizar máscara con reservorio.

Si fuera necesario administrar broncodilatadores se recomienda el uso de aerosoles de dosis medida mediante cámara espaciadora para evitar la propagación viral.

No se recomienda el uso de corticoides sistémicos en este nivel de atención.

No se recomienda el uso de ventilación no invasiva o cánula de alto flujo fuera del ámbito de unidades cerradas o cuidados intensivos.

No se recomienda suspender medicamentos antihipertensivos (inhibidores de la ECA o ARA-II).

En caso de constatare **deterioro clínico** solicitar gases en sangre y derivar a UTI ante la presencia de los siguientes signos respiratorios:

- Disnea moderada-grave con signos de trabajo respiratorio y uso de musculatura accesoria o movimiento abdominal paradójico
- Taquipnea mayor de 30 respiraciones por minuto
- $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 200$ (o la necesidad de administrar una FiO_2 superior a 0.4 para conseguir una SatO_2 de al menos 92%). Si no hay disponibles gases en sangre, usar $\text{SatO}_2/\text{FiO}_2 \leq 315$.
- Fallo ventilatorio agudo ($\text{pH} < 7,35$ con $\text{PaCO}_2 > 45$ mmHg).

Repetir el laboratorio según juicio clínico: considerar cada 48 a 72 horas en pacientes internados.

ALTA DEL PACIENTE:

- Ausencia de fiebre por más de 3 días y posterior obtención de dos determinaciones de PCR SARS-CoV-2 negativas separadas por 24 horas de diferencia.
- Adicionalmente deberá contemplarse: Resolución de los síntomas (mejoría de dificultad respiratoria, $\text{SatO}_2 > 95\%$ respirando aire ambiente en ausencia de enfermedad respiratoria crónica, estabilidad de enfermedad de base). Criterio del médico tratante.

LEY N° 25.929. PARTO HUMANIZADO

Establécese que las obras sociales regidas por leyes nacionales y las entidades de medicina prepaga deberán brindar obligatoriamente determinadas prestaciones relacionadas con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, incorporándose las mismas al Programa Médico Obligatorio. Derechos de los padres y de la persona recién nacida.

Toda mujer, en relación con el embarazo, el trabajo de parto, el parto y el postparto, tiene los siguientes derechos:

- a) A ser informada sobre las distintas intervenciones médicas que pudieren tener lugar durante esos procesos de manera que pueda optar libremente cuando existieren diferentes alternativas.
- b) A ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice la intimidad durante todo el proceso asistencial y tenga en consideración sus pautas culturales.
- c) A ser considerada, en su situación respecto del proceso de nacimiento, como persona sana, de modo que se facilite su participación como protagonista de su propio parto.
- d) Al parto natural, respetuoso de los tiempos biológico y psicológico, evitando prácticas invasivas y suministro de medicación que no estén justificados por el estado de salud de la parturienta o de la persona por nacer.
- e) A ser informada sobre la evolución de su parto, el estado de su hijo o hija y, en general, a que se le haga partícipe de las diferentes actuaciones de los profesionales.
- f) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación, salvo consentimiento manifestado por escrito bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.
- g) A estar acompañada, por una persona de su confianza y elección durante el trabajo de parto, parto y postparto.
- h) A tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario, siempre que el recién nacido no requiera de cuidados especiales.
- i) A ser informada, desde el embarazo, sobre los beneficios de la lactancia materna y recibir apoyo para amamantar.
- j) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados de sí misma y del niño o niña.
- k) A ser informada específicamente sobre los efectos adversos del tabaco, el alcohol y las drogas sobre el niño o niña y ella misma.

Toda persona recién nacida tiene derecho:

- a) A ser tratada en forma respetuosa y digna.
- b) A su inequívoca identificación.
- c) A no ser sometida a ningún examen o intervención cuyo propósito sea de investigación o docencia, salvo consentimiento, manifestado por escrito de sus representantes legales, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.
- d) A la internación conjunta con su madre en sala, y a que la misma sea lo más breve posible, teniendo en consideración su estado de salud y el de aquélla.

e) A que sus padres reciban adecuado asesoramiento e información sobre los cuidados para su crecimiento y desarrollo, así como de su plan de vacunación.

El padre y la madre de la persona recién nacida en situación de riesgo tienen los siguientes derechos:

a) A recibir información comprensible, suficiente y continuada, en un ambiente adecuado, sobre el proceso o evolución de la salud de su hijo o hija, incluyendo diagnóstico, pronóstico y tratamiento.

b) A tener acceso continuado a su hijo o hija mientras la situación clínica lo permita, así como a participar en su atención y en la toma de decisiones relacionadas con su asistencia.

c) A prestar su consentimiento manifestado por escrito para cuantos exámenes o intervenciones se quiera someter al niño o niña con fines de investigación, bajo protocolo aprobado por el Comité de Bioética.

d) A que se facilite la lactancia materna de la persona recién nacida siempre que no incida desfavorablemente en su salud.

e) A recibir asesoramiento e información sobre los cuidados especiales del niño o niña.

LEY 27.130. LEY NACIONAL DE PREVENCIÓN DEL SUICIDIO

A los efectos de esta ley se entiende como:

a) Intento de suicidio: a toda acción autoinfligida con el objeto de generarse un daño potencialmente letal;

b) Posvención: a las acciones e intervenciones posteriores a un evento autodestructivo destinadas a trabajar con las personas, familia o instituciones vinculadas a la persona que se quitó la vida.

Asistencia:

ARTÍCULO 8° — Toda persona que realizó un intento de suicidio tiene derecho a ser atendida en el marco de las políticas de salud y la legislación vigente. El equipo de salud debe priorizar la asistencia de los niños, niñas y adolescentes sin ningún tipo de menoscabo o discriminación.

ARTÍCULO 9° — Los efectores de salud deben ofrecer para la atención del paciente con intento de suicidio un equipo interdisciplinario conformado en los términos de la ley 26.657 de Salud Mental, asegurando el acompañamiento del paciente durante todas las etapas del proceso de tratamiento, rehabilitación y reinserción social y promoviendo la integración de los equipos de asistencia con miembros de la familia y la comunidad de pertenencia, por el plazo que aconseje el equipo asistencial especializado.

ARTÍCULO 10. — La autoridad de aplicación, en coordinación con las diferentes jurisdicciones, deberá elaborar y mantener actualizado un protocolo de atención del paciente con riesgo suicida o con intento de suicidio, que contenga la identificación de factores predisponentes, psicofísicos sociodemográficos y ambientales, a los fines de poder definir las estrategias de intervención.

ARTÍCULO 11. — La autoridad de aplicación, en coordinación con las jurisdicciones debe asegurar los recursos necesarios para realizar la vigilancia epidemiológica en la comunidad, a través de la conformación y sostenimiento de servicios para este fin en el nivel de atención primaria de la salud.

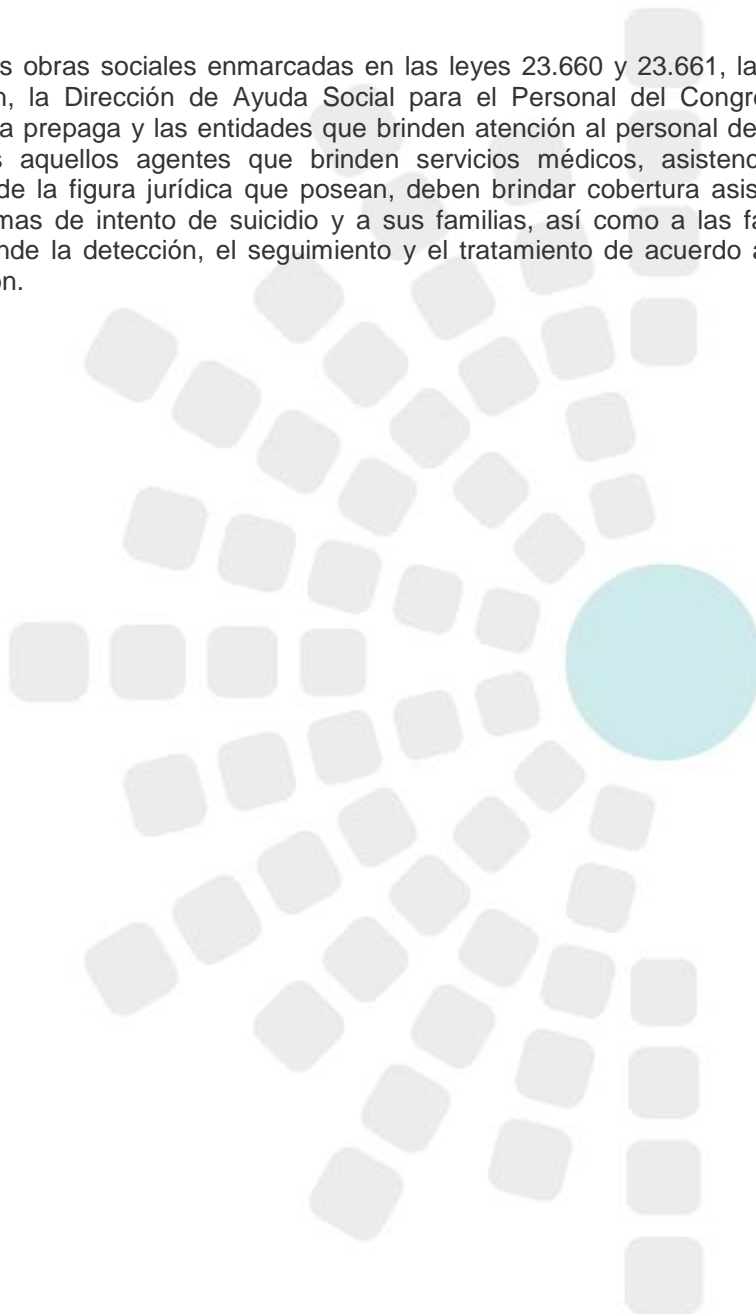
ARTÍCULO 12. — En el caso de tratarse del intento de suicidio de un niño, niña o adolescente, es obligatoria la comunicación, no denuncia, a la Secretaría Nacional de Niñez, Adolescencia y Familia o la autoridad administrativa de protección de derechos del niño que corresponda en el ámbito local, a los

efectos de solicitar medidas de protección integral de derechos que se estimen convenientes.

ARTÍCULO 13. — Todas las personas que, en el marco de la asistencia y el tratamiento de un paciente que haya intentado suicidarse, hayan tomado contacto o conocimiento del mismo, estarán obligadas a la confidencialidad de la información.

Cobertura:

ARTÍCULO 16. — Las obras sociales enmarcadas en las leyes 23.660 y 23.661, la obra social del Poder Judicial de la Nación, la Dirección de Ayuda Social para el Personal del Congreso de la Nación, las entidades de medicina prepaga y las entidades que brinden atención al personal de las universidades, así como también todos aquellos agentes que brinden servicios médicos, asistenciales, a sus afiliados independientemente de la figura jurídica que posean, deben brindar cobertura asistencial a las personas que hayan sido víctimas de intento de suicidio y a sus familias, así como a las familias de víctimas de suicidio, que comprende la detección, el seguimiento y el tratamiento de acuerdo a lo establecido por la autoridad de aplicación.



ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD (OMS)

La APS es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas. (OMS y UNICEF. A vision for primary health care in the 21st century: Towards UHC and the SDGs)

La APS comprende tres componentes interrelacionados y sinérgicos: servicios de salud coordinados y completos, en los que se incluyen, como piezas centrales, la atención primaria y funciones y bienes de salud pública; acciones y políticas multisectoriales en el ámbito de los determinantes de la salud más extendidos y de carácter general, y el establecimiento de un diálogo con personas, familias y comunidades, y su empoderamiento, para aumentar la participación social y mejorar la autoasistencia y la autosuficiencia en la salud.

Las raíces de la APS se encuentran en el compromiso con la **justicia social, la equidad, la solidaridad y la participación**. Se basa en el reconocimiento de que el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

Para que la cobertura sanitaria universal (CSU) sea verdaderamente universal, los sistemas de salud deben pasar de su actual diseño basado en las enfermedades y las instituciones a uno basado en las personas y realizado con su ayuda. La APS requiere que los gobiernos de todos los niveles subrayen la importancia de tomar medidas más allá del sector de la salud con miras a que se aplique una metodología pangubernamental de la salud en la que se incluya a esta en todas las políticas, se preste una especial atención a la equidad y se realicen intervenciones que abarquen todo el curso de la vida.

En la APS la atención se centra en los aspectos generales e interrelacionados de la salud física, la salud mental, la salud social y el bienestar. Con ella se ofrece una atención integral para las necesidades de salud a lo largo del curso de la vida y no solo para una serie concreta de enfermedades. La atención primaria de salud garantiza a las personas una atención integral de calidad —desde la promoción y la prevención hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos— lo más cerca posible de sus lugares habituales.

¿Por qué es importante la atención primaria de salud?

Los Estados Miembros se han comprometido a renovar y ampliar la atención primaria de salud como piedra angular de un sistema de salud sostenible que permita lograr la CSU, los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud (ODS) y la seguridad sanitaria. La APS es el «motor programático» para lograr la CSU, los ODS relacionados con la salud y la seguridad sanitaria.

La APS es el enfoque más inclusivo, equitativo, costo eficaz y efectivo para mejorar la salud física y mental de las personas, así como su bienestar social. Cada vez son más las pruebas en el mundo del amplio efecto que tiene invertir en la APS, particularmente en tiempos de crisis como los de la actual pandemia de COVID-19.

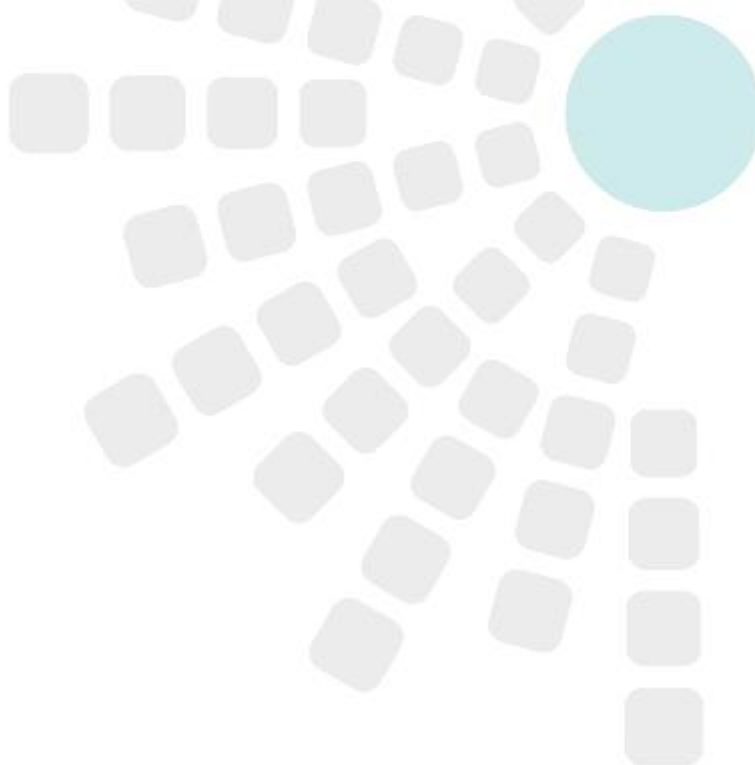
A nivel mundial, las inversiones en APS mejoran la equidad y el acceso en relación con los servicios de salud, el desempeño de la atención médica, la rendición de cuentas de los sistemas sanitarios y los resultados de salud. La APS también es fundamental para que los sistemas de salud sean más resistentes en situaciones de crisis, sean más dinámicos en la detección de los primeros signos de epidemias y estén más preparados para actuar de forma temprana en respuesta a los aumentos en la demanda de servicios. .

La OMS ha definido tres esferas estratégicas de trabajo para fortalecer la APS en todo el mundo:

Proporcionar un servicio de apoyo de ventanilla única a los Estados Miembros para la aplicación de la APS en función de su contexto y prioridades. Eso implica poner en marcha el marco operacional para la APS y aprovechar las oportunidades de inversión de la respuesta a la pandemia de COVID-19, aplicando el principio de reconstruir para mejorar los sistemas de salud basados en la APS durante las labores de recuperación. Esa función central se basa en el trabajo y las experiencias realizados por los países y regiones de todo el mundo.

Generar soluciones innovadoras y datos probatorios sobre la APS, prestando una mayor atención a las personas que se quedan atrás. Este trabajo se basa en datos probatorios y soluciones de aplicación, orientaciones de mejores prácticas, experiencias positivas de países y literatura publicada sobre el tema. Entre los productos finales más importantes figuran la orientación sobre el seguimiento y la medición para evaluar los avances de la APS en los países y, seguidamente, un informe mundial sobre esos avances, así como labores de fomento de la capacidad innovadora organizadas por la Academia de la OMS.

Promover la renovación de la APS mediante el liderazgo en políticas, la promoción y las asociaciones estratégicas con gobiernos, organizaciones no gubernamentales, organizaciones de la sociedad civil, asociados para el desarrollo, organismos hermanos de las Naciones Unidas, donantes y otras partes interesadas a nivel mundial, regional y de país. Entre otras iniciativas, se establecerá un Grupo Asesor Estratégico externo sobre la APS para asesorar a la OMS sobre la renovación de la APS en todo el mundo, se creará un premio APS para reconocer la excelencia en ese ámbito a nivel mundial y se promoverá nuevas asociaciones y redes de colaboración en la materia para integrar a nuevas partes interesadas, como jóvenes líderes de la salud, parlamentarios y agentes de la sociedad civil en general.



PAUTAS Y HERRAMIENTAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL (PHAI) FRENTE AL CONSUMO EXCESIVO DE SUSTANCIAS, EN PARTICULAR EN ALCOHOL

En nuestro país, el consumo problemático de bebidas con alcohol y de otras sustancias psicoactivas constituye un grave problema social y de salud pública, presentándose como una de las principales causas de carga de morbilidad y constituyendo un factor de riesgo de homicidios, accidentes de tránsito, suicidios, conductas violentas, etc. Los cambios en los patrones de consumo de alcohol (entre otros, edades de inicio de ingesta alcohólica cada vez menores y aumento de consumo en mujeres) lo establecen como uno de los principales temas de agenda de la salud pública nacional e internacional.

Según el Informe de Egresos Hospitalarios por Trastornos Mentales y del Comportamiento de 2011, fueron 14.478 las internaciones debidas al consumo de sustancias psicotrópicas, representando el 32,9% de las internaciones totales por motivos de salud mental. A su vez la relación entre sexos por este diagnóstico fue aproximadamente de cinco hombres por cada mujer; siendo el grupo etario de mayor proporción de internaciones el de 15 a 24 años. Los egresos por consumo de sustancias psicotrópicas en ambos sexos se debieron principalmente al uso de alcohol (74,4% en hombres y 68,8% en mujeres).

Según la Encuesta Mundial de Salud Escolar, el 70,5% de los estudiantes bebió alguna vez alcohol en su vida; de éstos, el 75,9% lo hizo por primera vez antes de los 14 años. Este porcentaje fue mayor en varones (78,7%) que en mujeres (73,3%). La mitad de los estudiantes encuestados declaró haber bebido alcohol al menos un día del último mes, siendo este porcentaje mayor en los estudiantes de más edad. Tanto el abuso como el consumo episódico excesivo de bebidas alcohólicas son significativamente superiores en fin de semana.

¿Dónde se puede aplicar el PHAI?

- En el Primer Nivel de Atención (CAPS, CICs, Postas Sanitarias, otros) por constituirse en espacios cercanos y de contacto directo con las personas, las familias y la comunidad en su conjunto. “Es la puerta de entrada al Sistema de Salud”.
- En el Segundo Nivel de Atención para amplificar la capacidad prestacional (Salud Mental, Adolescencia, Clínica Médica, Guardias y otros). Reciben la demanda de mayor complejidad, en mérito de poseer más recursos y diversificación profesional que en el primer nivel.

¿Cuándo aplicar el PHAI?

- En toda consulta clínica de control, seguimiento y/o evaluación del estado de salud.
- Cuando se detectan demandas directas e indirectas en relación a la temática y/o demandas expresadas por amigos, referentes y/o familiares de personas con consumo de riesgo, con CEEA, con consumo problemático o consumo dependencia, o por otros problemas asociados (trastornos de conducta, comorbilidad, accidentes, etc.).
- Cuando hay intoxicación aguda y luego de su cobertura en la referencia y contra referencia de la misma.
- Luego de detectar consumo del alcohol en los controles realizados por seguridad vial en la vía pública.
- En la atención de urgencia en todos los casos que puedan asociarse a consumo de sustancias (accidentes, hechos de violencia y enfermedades asociadas).

Las **sustancias psicoactivas** son básicamente de tres tipos biológicos: a) alucinógenos, b) depresoras (el alcohol forma parte de este grupo) y c) estimulantes (el sexual forma parte de este otro grupo).

¿A QUÉ LLAMAMOS CONSUMO SIN RIESGO?

Al consumo de sustancia aleatorio que no ha generado riesgos para sí mismo, para su entorno ni para la comunidad. Si la persona no consume o tiene un consumo sin riesgo, se recomienda continuar dentro de esos límites. A las mujeres embarazadas y en período de lactancia, a los menores de 18 años de edad y a toda persona en situación de conducir un vehículo se debe sugerir **no consumir en ninguna ocasión**.

Pautas orientadoras de la Intervención: acciones de Sensibilización, informar y comunicar los riesgos y consecuencias en las personas y el entorno cuando se consume alcohol y otras sustancias psicoactivas.

Herramientas/facilitadores: CReA, Consejería, Técnicas Lúdicas.

Aclaración: uso sin riesgo no incluye a sustancias psicoactivas ilegales según la normativa vigente, las que obligarían a no consumirlas bajo ninguna circunstancia.

¿A QUÉ DENOMINAMOS CONSUMO EPISÓDICO EXCESIVO DE ALCOHOL (CEEA)?

Se define como la ingesta de alcohol de más de 5 unidades en hombres y de más de 3 unidades en mujeres, en una sola ocasión o en un período de pocas horas.



1 unidad estándar de bebida alcohólica es equivalente a: 1 botella o lata individual de cerveza (300 a 350 cc), 1 vaso de vino (aproximadamente 150 cc); 1 trago (80 /100 cc) de destiladas (ron, whisky, vodka, fernet, etc.).

El carácter eventual del consumo complejiza el abordaje. El paciente con problemas de CEEA puede tomar contacto con el sistema de salud por Consultorios externos, por Guardia u otro servicio o ámbito de atención pudiendo ingresar por ambas vías (intoxicado o no). Cuando está intoxicado es prioritaria la atención emergentológica, siendo derivado de inmediato a la Guardia para su atención. En todos los casos (si está intoxicado, luego de su atención) debe realizarse la evaluación posterior.

Pautas orientadoras de la intervención: acciones de Sensibilización, informar y comunicar los riesgos y consecuencias en las personas y el entorno cuando se consume alcohol y otras sustancias psicoactivas.

Herramientas/facilitadores: CReA, Consejería, Técnicas Lúdicas.

Si se detecta riesgo, problema y/o dependencia: Grupo de Referentes, Psicoterapia, Continuidad de Cuidado, Tratamiento Farmacológico, G.I.A. De acuerdo al diagnóstico integral y las acciones de seguimiento a implementar.

CONSUMO DE RIESGO

Cuando el patrón de consumo de alcohol o sustancias psicoactivas es tal que si persiste en el tiempo hay probabilidad de consecuencias adversas, sea por la aparición de daños en la salud y/o de otro tipo de consecuencias negativas sociales, jurídicas, etcétera. En relación al consumo de alcohol, **el consumo de riesgo** se establece cuando la ingesta es en la mujer de más de un (1) vaso de vino (150 cm³) o cerveza (330 cm³) o medidas de bebida blanca por día y en el varón más de dos (2).

Pautas orientadoras de la intervención para evaluar el riesgo:

- Motivación para el consumo (con quién, cuándo, dónde, si es habitual, si lo hace sólo o con amigos, si ocurre en salidas, etc.).
- Patrón de Consumo múltiple de alcohol y otras sustancias psicoactivas.
- Ausencia o no de cuidados previos durante la ingesta de alcohol (inclusión de comidas, jugos, agua).
- Conducción de maquinaria (vehículos) bajo consumo de alcohol.
- Frecuencia de caídas, lesiones, peleas asociadas al consumo.
- Frecuencia de relaciones sexuales no protegidas luego de la ingesta de alcohol, percepción de riesgos vinculados a la transmisión de enfermedades infecciosas y embarazos no deseados.
- Consumo de alcohol durante el embarazo.

En todos los casos detectar y registrar:

- Black-outs: episodios de amnesia parcial (transitoria o permanente) que ocurren post-estado de intoxicación.
- Ingresos reiterados al sistema de salud relacionados a ingesta de alcohol.
- Riesgo de suicidio (antecedentes, ideación e intención suicida, etc.).
- Embarazo.
- Detección del consumo de riesgo en consultorios externos: pacientes con gastritis, cefalea, mialgia, hepatopatías, politraumatismos o que hayan sufrido un accidente recientemente.

Pautas orientadoras de la intervención: identificar el grado de vulnerabilidad con la finalidad de desarrollar una intervención integral que minimice los daños producidos por el uso nocivo de la sustancia e impedir o retardar el desarrollo de complicaciones cuando existen factores de riesgo.

Herramientas/facilitadores: CReA, Consejería, Orientador Psico Social; Técnicas Lúdicas.

¿CUÁNDO SE DETECTA EL CONSUMO PROBLEMÁTICO?

Cuando el tipo de vínculo establecido con la sustancia directa o indirectamente produce consecuencias negativas para el individuo o para terceros. Puede o no tener una frecuencia sistemática, incluye el Consumo Episódico Excesivo de Alcohol (CEEA).

Si presenta un consumo problemático se puede realizar una intervención breve de consejería recomendando dejar de consumir y derivación al equipo de salud mental para realizar evaluación integral y tratamiento. Se realiza una continuidad de cuidados y derivación al segundo nivel de atención de la salud donde se abordará la dependencia. Además se realiza un plan individualizado de tratamiento ambulatorio.

Herramientas/facilitadores: Orientador Psico Social, Grupo de Referentes, Psicoterapia (individual o Grupal), Continuidad de Cuidado, Tratamiento Farmacológico, G.I.A.. Luego retomar el CReA y Consejería.

CONSUMO DEPENDENCIA

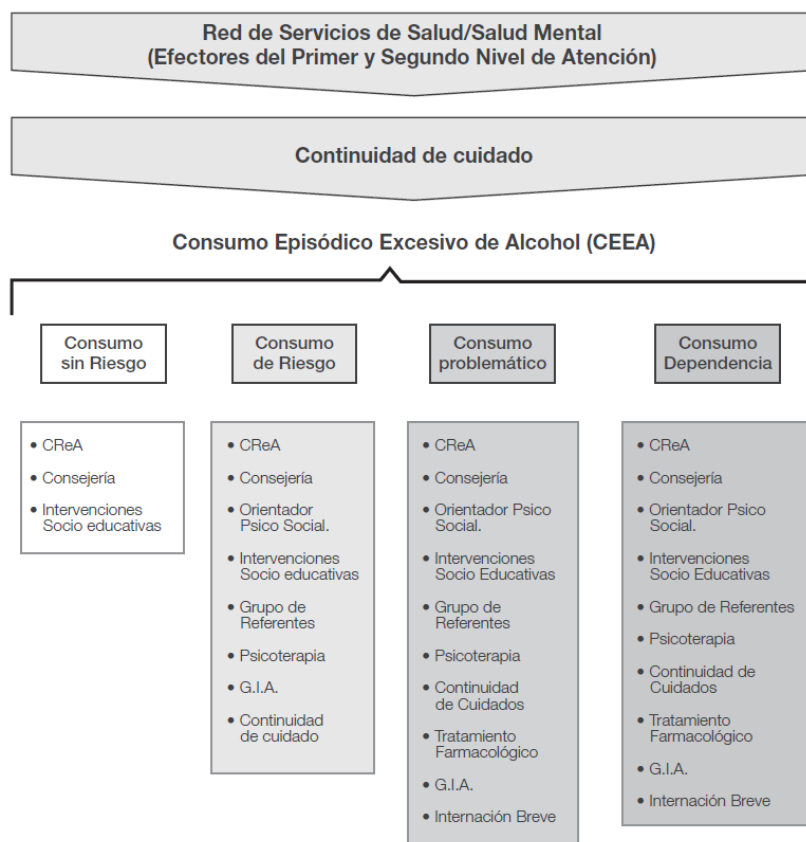
Las manifestaciones características de la dependencia son: el deseo imperioso (compulsión o “craving”) de ingerir la sustancia, la incapacidad de detenerse luego de iniciado el suministro, los síntomas psicofísicos de abstinencia cuando la sustancia se abandona, y el fenómeno de tolerancia (disminución del efecto con la cronificación del consumo, es decir aumento progresivo de la cantidad para el mismo efecto). Implica tanto dependencia física (el cuerpo expresa malestares frente a la falta de ingesta), como dependencia psíquica (displacer que produce la carencia de la ingesta).

Pautas orientadoras de la Intervención: establecer un plan de tratamiento personalizado, orientado a obtener la moderación o la supresión del consumo como medio para el mejoramiento de las condiciones generales de salud/salud mental. Se recomienda priorizar aquellos tratamientos que sean lo menos restrictivos posibles, fomentando la participación de las personas usuarias de sustancias psicoactivas en su entorno social, permitiendo realimentar su conexión y contacto con el medio, evitando su aislamiento. Además, se sugiere reservar la medicación psicofarmacológica para aquellos casos que así lo ameriten, estableciendo el criterio de limitación al tiempo adecuado, teniendo presente el riesgo de potenciar la morbilidad cuando no están adecuadamente indicados y administrados.

La **internación** en una institución polivalente se indica **cuando existe riesgo de vida** por un cuadro de abstinencia o intoxicación grave. Cuando la situación aguda ha alterado las escenas de vida de la persona, de tal forma, que conlleva riesgo cierto o inminente. Se necesita así resguardar a la persona, su entorno y ciertos plazos hasta que se establezca su situación.

Pautas y Herramientas: Orientador Psico Social, Grupo de Referentes, Psicoterapia (grupal o individual), Continuidad de Cuidado, Tratamiento Farmacológico, G.I.A. Luego retomar el CReA y Consejería.

ABORDAJE INTEGRAL



CUESTIONARIO PARA EL RECONOCIMIENTO DEL CONSUMO PROBLEMÁTICO DE ALCOHOL (CReA)

En los últimos doce (12) meses:

1) ¿CUÁNTAS UNIDADES* DE ALCOHOL SUELE TOMAR EN UN DÍA TÍPICO?

- 0 = Hasta 2 unidades (se aclara en instructivo que esta respuesta es negativo)
- 1 = Tres o más unidades (positivo)

**Unidades estándar: una unidad estándar de bebida alcohólica es equivalente a: 1 botella o lata individual de cerveza (300 a 350 cc) o 1 vaso de vino (aproximadamente 150 cc), o 1 trago de licor solo o combinado (45 cc de licor.). Considere fernet, pisco, ron, whisky, vodka u otros similares.*

2) ¿CON QUÉ FRECUENCIA TOMA MÁS DE 5 UNIDADES (MÁS DE 3 SI ES MUJER) EN UN SÓLO DÍA?

- 0 = Menos seguido que una vez por mes (negativo)
- 1 = Mensualmente o más seguido (o sea una vez por mes ya puntúa positivo).

3) ¿ALGUNA VEZ NO PUDO CUMPLIR CON ALGUNA DE SUS RESPONSABILIDADES (COMO ESTUDIAR PARA UN EXAMEN, LLEGAR AL TRABAJO U OTRA CITA) A CAUSA DE LA BEBIDA?

- 0 = No (negativo)
- 1 = Sí (positivo)

Aclarar que si contesta positivo alguna de las preguntas se estima un modo de consumo de riesgo y si contesta las 3 positivas es un modo de CONSUMO PROBLEMÁTICO.

ÁREA	ÁREA	PONDERACIÓN			
		Sin Riesgo	De Riesgo	Problemático	Dependencia
VÍNCULOS BÁSICOS	Figura contenedora	<p>Presencia estable/Figura querible/disponible/confiable que cuida, protege y enseña.</p> <p>Desarrolla vínculos saludables.</p>	<p>Existe Vínculo oscilante entre alejamiento y cercanía.</p> <p>La empatía surge ante los problemas.</p>	<p>Existe, pero con importantes dificultades contenedoras. La capacidad de protección no es efectiva.</p> <p>Escasa empatía. Se centra en sus propias necesidades.</p>	<p>Hoy no existe. Antes hubo abandono y negligencia. Sin capacidad de protección y contención. Lo expusieron a situaciones dolorosas, estresantes y crónicas.</p> <p>Figura insensible, peligrosa e impredecible.</p>
	Familia	<p>Estructurada y flexible, el poder es compartido, jerarquías claras. Cercanía e intimidad. Imagen congruente con la realidad.</p> <p>Comunicación receptiva y acogedora.</p>	<p>Estructurada y rígida. Hay dificultad para establecer roles, límites y funciones. Relaciones de dominancia y sumisión.</p> <p>Roles estereotipados, comunicación rígida y/o cerrada.</p> <p>Relaciones con desconfianza Trastornos de conducta de algún miembro.</p>	<p>Parentalidad disfuncional/Pérdida de roles de las figuras de autoridad/Ausencia de límites y normas claras/Falta de reconocimientos de logros/Aislamiento de algún miembro/Abandono afectivo/Castigo como estrategia de crianza/Lazos débiles o distantes/algunos contactos con la familia extensa.</p> <p>Hay recursos para beneficiarse de ayuda profesional y/o redes institucionales. Presencia de algunas enfermedades graves.</p>	<p>Estructura caótica, parentalidad. Maltrato como pauta relacional/Ausencia de contención. Promiscuidad, simbiosis e identidades poco claras/Relaciones de desconfianza.</p> <p>Desvinculación de redes institucionales. Abandono afectivo y/o material.</p> <p>Presencia de trastornos graves y crónicos.</p>

<p>VÍNCULOS BÁSICOS</p>	<p>Recursos Personales</p>	<p>Sentirse persona querible, capaz, aceptada y protegida.</p> <p>Se vincula, confía e intercambia. Empatiza, espera, conversa. Verbaliza sentimientos, pensamientos y necesidades.</p>	<p>Tendencia a desconfiar de sí mismo o de los demás/Siente dudas de ser querido.</p> <p>Responde positivamente ante vínculos-protectores/Hay cierta ambivalencia en lo emocional.</p>	<p>Vivencia de maltrato y violencia/ Experiencias de abandono/ Traumatización por abusos o maltratos.</p> <p>Tendencia a fusionarse en las relaciones, a inhibirse y/o agredir sin motivos claros.</p>	<p>Contextos de violencia física y caos/ Ambientes cambiantes, inestables/ Sufre Amenazas/ Politraumatización por experiencias repetidas de abuso o maltrato intra y/o extra familiar.</p> <p>Naturalización de que "la vida es así". Patología del abandono. Desconfianza y temor a relaciones nuevas. Actuaciones sin expresión de los sufrimientos.</p>
<p>VÍNCULOS SECUNDARIOS</p>	<p>Socialización</p>	<p>Manejo adecuado de pautas sociales y culturales.</p>	<p>Introversión que dificulta la integración a los Grupos Sociales y de Pares. Dificultad en el manejo de las Pautas Sociales y Culturales.</p>	<p>Importante dificultad en la adquisición de habilidades sociales y manejo de Pautas Sociales.</p>	<p>Falta de habilidades sociales/ Alto nivel de Violencia y Maltrato</p>
	<p>Conductas Transgresoras</p>	<p>Si hay transgresión, es exploratoria y ligada al proceso de desarrollo que no genera conflicto y logra ser modulada por el entorno.</p>	<p>Trasgresión ligada al desarrollo que genera crisis familiares/ Dificultad del entorno para el manejo de estas situaciones.</p>	<p>Hay en el hogar y en entornos significativos / Tendencia al conflicto relacional/ Dificultad en la internalización de límites y normas/ Actitud provocadora y de desafío a la autoridad. Hurtos ocasionales. Individuación a través de la transgresión.</p>	<p>Presentes en forma permanente con desafíos, agresiones y provocaciones intra y extra familiar y social. Delitos en forma reiteradas y/o con violencia física. Daños a terceros. y propiedad privada. Inserto en el circuito de transgresión a la ley.</p>

VÍNCULOS SECUNDARIOS	En la Calle	Escasa permanencia. Ocio creativo y con Pares en lugares apropiados.	Más permanencia, ociosa y con Pares.	Permanencia diaria y creciente incumplimientos en trabajo/escuela/ Cambio de grupos de referencia.	Permanencia gran parte o todo el día. Descuido permanente de los vínculos primarios. Abandono del trabajo/escuela Importantes dificultades conductuales. Estigmatización y abandono.
	En Estudios ó Trabajos	Adecuada integración a la Institución y/o Empresa.	Ciertas dificultades de rendimiento que una vez detectadas pueden ser manejadas.	Mal rendimiento, repitencias, suspensiones, cambios de lugares laborales reiterados en corto tiempo. Conserva motivación para estudiar o trabajar.	Deserción escolar o laboral . Estigmatización y abandono. Importantes dificultades conductuales.
	Con Grupo de Pares	Participación y adecuada integración al grupo de pares acorde a su edad.	Dificultades transitorias. y reactivas a situaciones puntuales. Sin conductas disociales.	Aislamiento e inserción en grupos de alto riesgo. Dificultades conductuales/ Uso de sustancias psicoactivas y violencia/Pérdida de referentes.	Aislado/a. Pertenencia a grupo con conductas disociales.
	En su Comunidad	Participación en grupos validados en su comunidad.	Ocasionalmente participa en grupos.	Sabotea las actividades comunitarias. Problemas de integración, inclusión social.	Indiferencia y apatía. Problemas de integración e inclusión social/ Retirada de lo social.
	Recreación	Logra armonizar tiempos de laborales con los de ocio y tiempo libre en actividades adecuadas a su desarrollo.	Incremento del tiempo libre sin finalidad de ocio genuino.	Cierta pérdida de la planificación y libertad en la elección de las actividades recreativas. No están totalmente condicionadas por el consumo.	Actividades de ocio sin planificación. Solo dedicado al consumo y /o delito Alto riesgo social.

VÍNCULOS CON LA SUSTANCIA	Edad de Inicio		Adultos	Adolescentes	Infancia
	Frecuencia Actual		Ocasionalmente los fines de semana en espacios.	Habitualmente todos los fines de semana. Ya hay ritual.	Diariamente y/o en cualquier momento.
	Ciclos de Uso		Experimental, esporádico, en grupo, hay elección.	Uso con fin determinado, aumenta la frecuencia, en grupo y/o solo, hay elección con aumento de condicionamiento.	Abuso y/o dependencia, hay cotidianidad en el uso. Tendencia al uso solitario. No hay elección.
	Consecuencias de la Intensidad del Uso		No hay alteración cognitiva. Inestabilidad afectiva. Sin evidencias clínicas de conductas agresivas para si o para terceros. Malestares físicos, tensiones familiares. Ausencias esporádicas en lo laboral o educativo. Advertencias legales.	Con alteraciones cognitivas. Labilidad afectiva. Agresiones para si o terceros. Ingresos a guardias esporádicos. Irritabilidad. Descompensaciones físicas esporádicas. Conflictos familiares. Tendencia a no sostener compromisos laborales o educacionales. Consecuencias legales aisladas.	Alteraciones de las funciones intelectuales básicas (atención, percepción y memoria). Hipo afectividad. Conductas agresivas para si y para terceros reiteradas. Ingresos a guardias hospitalarias recurrentes. Conducta intoleroante; querellantes paranoide, aislamiento. Enfermedades físicas recurrentes y trastornos varios. Ruptura con vínculos básicos. Pérdida y exclusión de los ámbitos escolares y laborales. Consecuencias y conflictos legales recurrentes.

TÉCNICAS LÚDICAS

Se implementan en espacios comunitarios y diversos ámbitos socio sanitarios y educativos. En caso de realizar intervenciones socioeducativas deben ser complementarios a los contenidos de Educación para la Salud.

ELEMENTOS

Juego del Tablero “Consumo-cuidado”

El kit está compuesto por:

- Tablero de Juego
- Dado de 3 colores para calar y armar
- Tarjetas “Verdadero o Falso”
- Tarjetas de “Situaciones”
- Tarjetas de “Prendas”
- Instructivo

Pueden jugar dos personas o dos grupos. El tablero tiene un punto de salida y uno de llegada. Cada grupo o persona tira el dado por turnos. Según el color que salga en el dado el participante o grupo deberá contestar verdadero o falso (color rojo), hacer una prenda (verdes) o actuar situaciones (azul).

PRENDAS

Quien tenga que hacer la prenda saca una tarjeta. Para realizarla se coloca unos anteojos con unas 90 dioptrías los cuales simulan el efecto de estar alcoholizado y deberá hacer dibujos, recortar figuras, jugar a la payana, a la bolita o chocar palmas.

En caso de que alguno o ambos de nuestros jugadores sea menores de edad debemos aclarar que no corresponde que ingiera alcohol antes de los 18 años por no estar preparado su organismo para los efectos que dicho consumo genera, además de que no deberían venderle y que quien lo hace está violando la Ley Nacional N° 24.788 (prohibición de venta de bebidas con alcohol a menores de 18 años).

SITUACIONES

El participante saca una tarjeta y debe reunir a un pequeños grupo de 3 a 5 personas que lo ayude y seleccionan una tarjeta que tiene las leyendas boca abajo que dicen “boliche”, “casa de familiar/amigo”, “recital”, “moto”, “situación embarazosa”, “paz y amor”.

Una vez que los participantes se hayan caracterizados, los jugadores deben elegir a uno/una del grupo como el alcoholizado/a. Se describe la situación y se la guía haciendo preguntas: ¿Qué hacemos si...?”. Y da lugar a distintas respuestas entre los participantes orientando a las que sean correctas de las que no. Para ello puede ayudarse con los materiales gráficos del PNPA.

VERDADERO O FALSO

El participante elige las tarjetas una por turno y debe responder sobre cuestiones referidas al consumo de alcohol y embarazo, sobre el consumo en hombres y mujeres, el inicio del consumo y el alcohol al manejar.

La **CONSEJERÍA** es un proceso de intercambio entre el prestador y el usuario en el que se proporciona orientación, información y conocimiento al consultante, usuario o familiar del servicio de salud mental. Es parte de la atención integral. Es una intervención más en el proceso de atención. Es una prestación más dentro de los equipos de salud mental. Los objetivos principales son: desnaturalización del modo en que se vincula con la sustancia (teniendo en cuenta que las adicciones se constituyen también como aficción

compulsiva a distintas sustancias, tanto legales como ilegales, pero también a conductas, como por ejemplo el juego o incluso personas); distinguir las prácticas de consumo; instalar la percepción del riesgo y reducir daños futuros.

La consejería consiste en una serie de entrevistas semi-dirigidas a realizar en un ambiente de privacidad/intimidad, disponiendo del tiempo necesario para generar una relación de confianza

Los **objetivos** de la **consejería** son:

- 1) Informar, desnaturalizar el consumo excesivo de alcohol y/o otras conductas observadas, distinguir y diferenciar las prácticas de consumo del paciente.
- 2) Promover una auto percepción del problema y reflexión sobre los riesgos.
- 3) Empoderar prácticas y hábitos de vida saludable.
- 4) Instalar como actividad Preventiva y para la continuidad del abordaje.
- 5) Incrementar así la receptividad de la atención por Guardia.

ABORDAJE CLÍNICO POR INTOXICACIÓN AGUDA:

Se realiza en el Servicio de Guardia del Hospital General. En casos de intoxicación leve y de acuerdo a los recursos del efector puede intervenir el primer nivel.

Realizar los siguientes diagnósticos diferenciales:

- ✓ Coma hipoglucémico.
- ✓ Cetoacidosis diabética.
- ✓ Encefalopatía hepática.
- ✓ Intoxicación por otras drogas de abuso.
- ✓ Patología estructural del Sistema Nervioso Central (SNC).
- ✓ Traumatismo craneo - encefálico.

INTOXICACIÓN INICIAL O LEVE

Cuando el paciente presenta síntomas de euforia, distimia, verbosidad, desinhibición, halitosis enólica, rubicundez facial, inyección conjuntival y/o vómitos.

¿Qué hacer?

- **Medidas generales:** corrección de hipoglucemia, Corrección de acidosis y Vitamina B1.
- **Rescate del tóxico:** vómito provocado y lavado gástrico.
- **Antídotos/Antagonistas:** se puede utilizar Nalaxona.
- **Favorecer la eliminación:** forzar diuresis alcalina/Purgantes Salinos.
- **Es importante abrigar al paciente ya que la pérdida de calor es significativa.**
- **Criterios de internación:** descompensación clínica o metabólica, aparición de síndrome de abstinencia.
- **Cuidados intensivos:** coma con acidosis, depresión respiratoria, potenciación con otras drogas.

INTOXICACIÓN MODERADA O GRAVE

Cuando el paciente presenta signos de agresividad, impulsividad, deterioro de la atención, juicio alterado, torpeza en los movimientos, ataxia, somnolencia, alteraciones sensoriales, nistagmus, diplopía, hipotonía, hiporreflexia, miosis, hipotermia, hiponatremia, hipoglucemia, convulsiones y/o coma.

¿Qué hacer?

- 1) Utilizar protocolo de emergencia. Asegurar vía aérea permeable, ventilación y oxigenación adecuadas. Si hay hipotensión expandir con cristaloides.
- 2) Colocar sonda nasogástrica con protección de la vía aérea para evitar aspiración.
- 3) Examen físico. Control de temperatura y tensión arterial, exploración neurológica.
- 4) Buscar evidencia de Traumatismo craneoencefálico (TCE), otros traumatismos y broncoaspiración.

- 5) Administrar suero Glucosado Hipertónico al 25 % IV lento (Dosis 2-4 ml/kg/dosis). A excepción de considerar riesgo de cetoacidosis.
- 6) Solicitar, en caso de ser posible, Hemograma, Hematocrito, Hepatograma con gama GT, Glucemia, Ionograma, Ca – Mg, Gasometría, Creatinina, Rx. Tórax.
- 7) Se complementará con Alcoholemia, Dosaje de Drogas de Abuso en orina (no menos de 50 cc).
- 8) Se realizarán los exámenes necesarios para descartar comorbilidades. (TAC, Ecografía).
- 9) En caso de ser posible, monitoreo cardíaco/ECG para descartar arritmia.
- 10) Compensación del medio interno. Si presenta convulsiones el tratamiento específico de elección es lorazepam, fenitoína, etcétera.
- 11) Descartar, prevenir y tratar complicaciones:
 - Hipotermia: (< 35 °C) responde al calentamiento externo por medios físicos.
 - Agitación psicomotriz: Haloperidol 5-10 mg IM.
 - Síndrome de Wernicke – Korsakoff: en paciente alcohólico crónico o desnutrido. Tiamina 50 – 100 mg IV y proseguir con 50 mg IM por día hasta que el paciente pueda incorporar una dieta apropiada.
 - Rabdomiólisis (Mioglobulinuria positiva, CPK aumentada). Provocar diuresis alcalina.

Pautas a tener en cuenta con un paciente intoxicado agudo:

1. Confiabilidad de la anamnesis directa puede verse afectada.
2. Se requiere ambiente de total seguridad con restricciones claras.
3. Controles seriados y permanentes.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

La integran los neurolépticos o antipsicóticos, ansiolíticos o tranquilizantes, antidepresivos (IRSS, IMAO y otros), psicoestimulantes, hipnóticos, antiepilépticos, antirrecurrentes (moderadores del ánimo), antiparkinsonianos e hipnoanalgésicos.

Se suministra tratamiento psicofarmacológico cuando El/la Médico/a del Equipo evalúa conductas de riesgo, disruptivas y síntomas positivos que interfieren significativamente con el funcionamiento y el desarrollo de la integración al medio.

Hasta que haya ausencias de las mismas y mayor desarrollo con posibilidades de elección por parte de la persona.

En otras oportunidades los psicofármacos se administran por mayor tiempo luego de que los síntomas desaparecen para evitar recaídas y reincidencias en el consumo.

GLOSARIO

Abuso: el consumo es habitual y establecido en tiempo y espacio (regularidad diaria, semanal o asociada a una circunstancia) con diversas dosis.

Asistencial: conjunto de servicios que se proporcionan al individuo, con el fin de promover, proteger y restaurar su salud. 1) Se considera como asistencia sanitaria a la prevención, tratamiento y manejo de la enfermedad y la preservación del bienestar mental y físico a través de los servicios ofrecidos por los equipos de salud. 2) Según la Organización Mundial de la Salud, la asistencia sanitaria abarca todos los bienes y servicios diseñados para promover la salud, incluyendo “intervenciones preventivas, curativas y paliativas, ya sean dirigidas a individuos o a poblaciones”. 3) La provisión organizada de tales servicios puede constituir un sistema de asistencia sanitaria.

Adicción: es la total entrega de la persona a la actividad que le absorbe todas sus actividades diarias y potenciales. La vida gira en torno a dicho consumo, afectando los vínculos sociales, es decir vive para.

Alcohol: el alcohol etílico o etanol es una Sustancia Psicoactiva (SPA), presente en bebidas, perfumes y algunos productos de uso doméstico o industrial, depresora del Sistema Nervioso Central (SNC), que

produce tolerancia, dependencia psíquica y física y un importante síndrome de abstinencia, que en los casos graves puede llevar a la muerte del paciente.

La intoxicación aguda puede ir desde una ligera embriaguez hasta el coma, siempre en relación con la alcoholemia. La alcoholemia es la cantidad de alcohol etílico encontrado en la sangre humana, se mide en gramos por litro y es utilizada en pericias judiciales.

El síndrome de abstinencia aparece luego de 48 a 72 horas de la interrupción de la ingesta con temblores, fiebre, midriasis, cefalea, hipertensión arterial, etc. El cuadro más grave de abstinencia se denomina clásicamente Delirium Tremens y puede evolucionar fatalmente si el paciente no recibe el tratamiento adecuado.

CReA: es un cuestionario de reconocimiento para identificar el riesgo y la detección y puede ser utilizado como sensibilizador. Contiene tres preguntas que nos muestra el nivel de riesgo que tiene el consumo de alcohol en una persona, esto nos ayuda a decidir qué tipo de intervención es conveniente.

Consumo PROBLEMÁTICO: cuando el tipo de vínculo establecido con la sustancia directa o indirectamente produce consecuencias negativas para el individuo o para terceros. Puede o no tener una frecuencia sistemática, incluye el Consumo Episódico Excesivo de Alcohol (CEEAA).

Demanda: solicitud, requerimiento, reclamo, petición, consulta, pedido.

Dependencia Física: estado de adaptación del organismo que se caracteriza por la reiteración del consumo para evitar malestares físicos ocasionados por la falta de ella en el organismo.

Dependencia Psíquica: es la compulsión a repetir el consumo de una SPA para sentir placer o evitar el displacer que produce la carencia de la SPA y aquello que pretende controlar con ese consumo.

Promoción: promover tiene el significado de dar impulso a: fomentar, originar, generar. Promoción de la salud se define, tradicionalmente, de manera más amplia que prevención, pues se refiere a medidas que no se dirigen a una determinada enfermedad o desorden, pero sirven para aumentar la salud y el bienestar generales. Las estrategias de promoción enfatizan la transformación de las condiciones de vida y de trabajo que conforman la estructura subyacente a los problemas de salud, demandando un abordaje intersectorial.

Riesgo: la combinación de la probabilidad de que se produzca un evento y sus consecuencias negativas.

Síndrome de Abstinencia: es el conjunto de signos y síntomas que aparecen relacionados con la brusca supresión de la administración de una SPA. Es un cuadro similar en todos los casos, característico para cada SPA y que presenta las variaciones individuales de cada paciente.

Sustancias Psicoactivas: sustancias que tienen la propiedad de modificar la conciencia, el ánimo, los procesos cognitivos y volitivos en el individuo, pues actúan sobre los mecanismos cerebrales que los sustentan y generan cambios psicofisiológicos que determinan una apetencia imperiosa y una conducta de dependencia por la sustancia, fundamentalmente a nivel del Sistema Nervioso Central.

Tolerancia: es la adaptación del organismo por la cual se produce la necesidad de aumentar la dosis consumida para conseguir el efecto buscado. Esta tolerancia está en relación con la dependencia psicofísica y el síndrome de abstinencia.

Uso: es el consumo esporádico y circunstancial de una sustancia psicoactiva. El mismo no afecta la vida cotidiana

.....

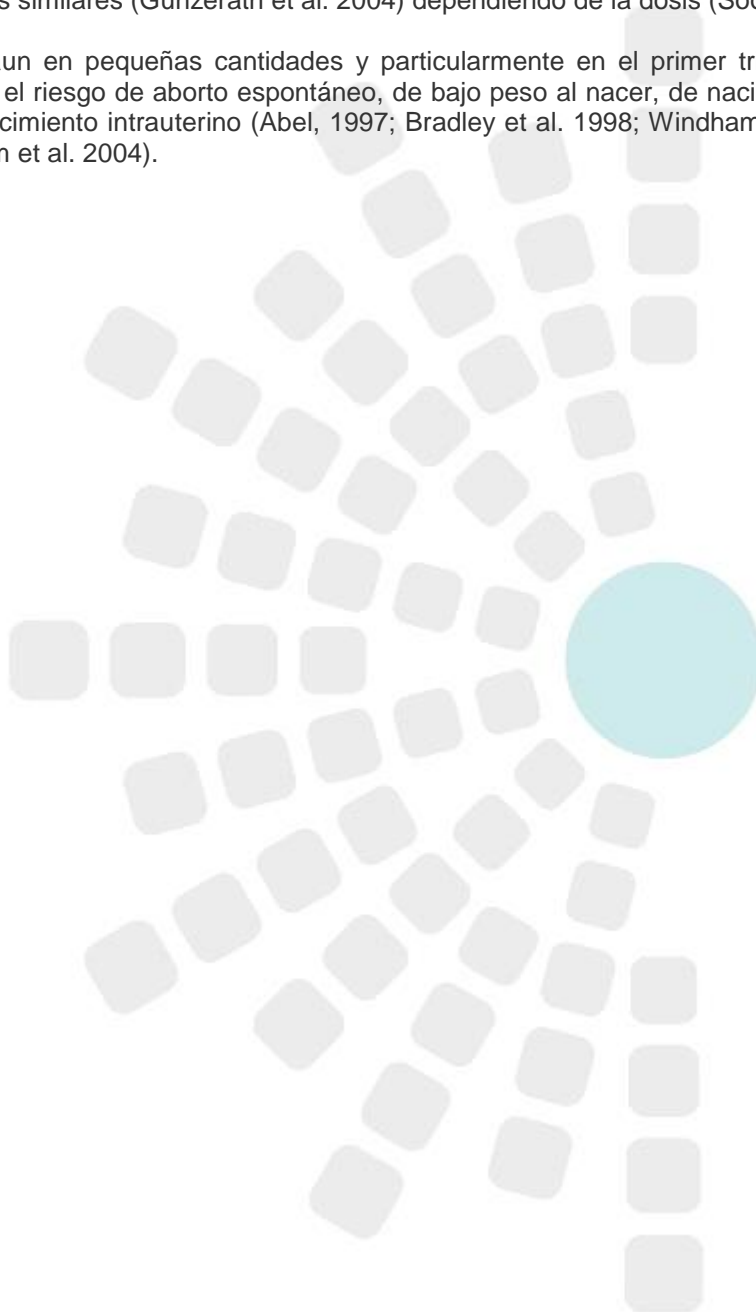
CONSUMO EXCESIVO DE ALCOHOL: EFECTOS E IMPLICANCIAS

- El alcohol te deshidrata, por eso es importante tomar agua al mismo tiempo. Si la última vuelta es de agua o jugo, mejor (ayuda a tener menos resaca).
- No mezclar Alcohol con éxtasis (aumenta el riesgo cardíaco y de deshidratación).
- No mezclar Alcohol con Viagra.
- Tener en cuenta que el alcohol reduce la potencia sexual.
- Si existen problemas de diabetes, hepatitis, asma, recibe medicación o se sufre del corazón, no consumir alcohol.
- Las embarazadas no deben consumir alcohol.
- Quiénes estén cuidando niños, ancianos, discapacitados y/o personas enfermas tampoco deben consumir alcohol.

Evidencias científicas asociadas al consumo de ALCOHOL:

- ✓ Alcohol y deficiencia cognitiva: el consumo excesivo de alcohol acelera la contracción del cerebro, lo que a su vez conduce a una disminución de la capacidad cognitiva (Rourke y Loberg, 1996; Oscar-Berman y Marinkovic, 2003).
- ✓ Durante la adolescencia, el alcohol puede llegar a producir cambios estructurales en el hipocampo, parte activa del cerebro en el proceso de aprendizaje (De Bellis et al. 2000), y dañar permanentemente el desarrollo cerebral (Spear, 2002).
- ✓ HOL y problemas reproductivos: el consumo de alcohol durante los primeros años de la adolescencia puede suprimir la secreción de ciertas hormonas reproductivas femeninas, retrasando la pubertad y afectando adversamente la maduración del sistema reproductivo (Dees et al. 2001).
- ✓ Se ha comprobado que luego de la pubertad el alcohol perturba los ciclos normales de la menstruación y afecta la fertilidad (Emanuele et al. 2002).
- ✓ El uso de alcohol afecta las glándulas endócrinas y las hormonas de la reproducción masculina y puede reducir la fertilidad a causa de disfunción sexual y la producción deficiente de espermias (Emanuele y Emanuele, 2001).
- ✓ Alcohol y embarazo: el alcohol revela toxicidad a nivel reproductivo.
- ✓ Consumir alcohol durante el embarazo puede estar directamente asociado con un patrón distintivo de déficit intelectual que se manifestará más tarde, durante la niñez, incluyendo una disminución general del rendimiento intelectual y de las capacidades académicas, así como también un déficit en el aprendizaje del habla, en la memoria espacial y el razonamiento, el tiempo de reacción, el equilibrio y otras habilidades cognitivas y motoras (Mattson et al. 2001; Chen et al. 2003; Koditowakko et al. 2003).

- ✓ Algunos déficits, como problemas de socialización, parecen empeorar cuando los individuos llegan a la adolescencia y la adultez, lo que posiblemente conduce a un mayor índice de trastornos mentales (Jacobson y Jacobson, 2002).
- ✓ Aunque estos déficit son muy severos y están extensamente documentados en niños con Síndrome Alcohólico Fetal (SAF), los niños que se vieron expuestos a menores niveles de consumo pueden exhibir problemas similares (Gunzerath et al. 2004) dependiendo de la dosis (Sood et al. 2001). }
- ✓ Beber alcohol, aun en pequeñas cantidades y particularmente en el primer trimestre del embarazo, puede aumentar el riesgo de aborto espontáneo, de bajo peso al nacer, de nacimiento prematuro o de retardo en el crecimiento intrauterino (Abel, 1997; Bradley et al. 1998; Windham et al. 1997; Albertsen et al. 2004; Rehm et al. 2004).



SALUD Y ADOLESCENCIAS LGBTI

Herramientas para el abordaje integral para equipos de salud

Es importante que como equipos de salud reflexionemos sobre lo que creemos, sentimos y hacemos para evitar que nuestros propios prejuicios afecten la atención. **LGBTI significa: lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersex.**

Las categorías que las personas utilizan para presentarse ante el mundo poco nos hablan de lo que realmente practican, fantasean o sienten. El deseo se construye permanentemente y, por tanto, es imprevisible. Si un adolescente se auto percibe heterosexual, no implica necesariamente que no mantiene ni mantendrá prácticas sexuales con personas del mismo sexo/género. No hay prácticas y deseos más válidos que otros. Como equipos de salud debemos acompañar a todos los adolescentes con respeto, creando lazos de confianza y brindando información fidedigna.

No todas las personas que nacen con pene serán varones ni todas las personas que nacen con vagina serán mujeres. En este sentido, las travestis, las masculinidades trans (también denominados varones trans) y las feminidades trans (también llamadas mujeres trans) ponen en jaque la relación directa entre sexo y género y advierten la necesidad de comenzar a pensar en términos de identidad y expresión de género.

Sexo→ en su acepción tradicional remite a la genitalidad que presenta un cuerpo, a un plano biológico. Sin embargo, el sexo también es una construcción histórica, política y cultural.

Género→ este concepto destaca que las diversas prácticas, roles y capacidades promovidas y esperadas de forma diferencial a partir del sexo asignado al nacer no son atributos naturales e individuales sino productos de una relación social de poder construida históricamente, y por ende plausible de ser desafiada y modificada. Las diferencias de género normativizan y ordenan los vínculos sociales a partir de las nociones de masculinidad y feminidad, que impactan tanto en la percepción que las personas tienen de sí mismas (y de los otros) como en la organización social y cultural en general, en aspectos tales como el trabajo, la economía, la política, el parentesco y la sexualidad

Identidad de género→ refiere a la vivencia interna e individual del género tal como cada persona la siente profundamente y no se deriva del sexo que a cada persona le asignaron al nacer.

Expresión de género→ refiere a la vivencia personal del cuerpo y a cómo las personas expresan su identidad a través de modales, vestimenta, modos de hablar, modificaciones de la apariencia del cuerpo (quirúrgicas y/o “trucadas”).

El concepto “**cis**” comprende a aquellas personas que se identifican con el género asignado al momento de nacer. Mientras, el término “**trans**” refiere a aquellas que a lo largo de sus vidas no se identifican o auto perciben con el género asignado en el nacimiento.

Asumir y/o expresar una identidad de género en el medio en el que vivimos no dice nada de nuestra orientación sexual ni de qué o a quién deseamos. La forma en que vivimos nuestra identidad de género y la expresamos no está vinculada con quién nos seduce o a quién deseamos. Una mujer cis puede verse atraída por otra mujer cis, por un varón cis, por una trans, por ninguna de estas opciones, o inclusive por todas ellas a la vez. Es importante destacar que tener prácticas sexuales con personas de una u otra genitalidad no implica necesariamente definirse como heterosexual, lesbiana, gay o bisexual.

Orientación sexual→ remite a un patrón de atracción emocional, romántica, sexual y/o afectiva hacia otros. Algunas de las orientaciones sexuales posibles son: la heterosexualidad, la homosexualidad y la bisexualidad. Las personas pueden identificarse con una misma orientación sexual toda su vida o puede ir variando su identificación.

La intersección entre el plano natural y cultural se visibiliza claramente en los cuerpos que nacen con una genitalidad que nuestra cultura entiende como “ambigua”, ya que no responde a los parámetros esperados para el sexo femenino o masculino. Algunas características de estos cuerpos son la presencia de micro penes o clítoris híper desarrollados al momento de nacer. Estos niños/as son denominados **intersexuales**. Se ignora que la intersexualidad **no es una patología**, sino que representa variaciones respecto de los promedios corporales femeninos y masculinos.

La discriminación por orientación sexual, expresión e identidad de género no responde a cuestiones individuales sino a una construcción histórica, política y cultural que rechaza, excluye y estigmatiza las orientaciones sexuales no heterosexuales, las expresiones de género no normativas y las identidades de género trans, vulnerando los derechos humanos.

Los y las adolescentes LGBTI no tienen, por el mero hecho de serlo, ningún tipo de enfermedad física o mental.

El denominado “estrés de las minorías” está vinculado a los procesos de minorización de identidades que son percibidas fuera de las normas sociales y la cultura hegemónicas. Estos procesos sirven como sustento de diversas formas de discriminación, estigmatización, invisibilización, subordinación y violencia.

El estrés de la minorización está configurado por:

- 1) Factores externos vinculados a condiciones y eventos cuya hostilidad puede resultar objetivamente estresantes tales como la discriminación, el prejuicio, la exclusión, la ridiculización y la invisibilización.
- 2) Estados de expectación y auto vigilancia ante la posibilidad de que esas condiciones y eventos sucedan, lo que aumenta el riesgo de estados depresivos y de ansiedad.
- 3) Procesos de internalización del rechazo social traducido en vergüenza, discriminación internalizada y autocensura.

Las **formas de violencia** contra lesbianas, gays, bisexuales y trans con mayor prevalencia en nuestra región son: la violencia verbal, la física y la exclusión, perpetradas generalmente por los grupos de pares, pero también por el personal educativo

La detección de ideación y/o conductas suicidas se puede dar en cualquier momento de la atención o por fuera de ella (escuela, centros comunitarios, clubes, entre otros). En este sentido, resulta fundamental el trabajo interdisciplinario e intersectorial para detectar estas situaciones, reaccionar a tiempo y ofrecer la atención adecuada.

El **derecho a la salud** implica libertades y derechos (OMS, 2015): entre las libertades se incluye el derecho de las personas a controlar su salud y su cuerpo sin injerencias de ningún tipo, como la violencia física, psíquica o simbólica. Los derechos incluyen el acceso a un sistema de protección de la salud que ofrezca a todas las personas las mismas oportunidades de disfrutar del grado máximo de salud que se pueda alcanzar.

BARRERAS GENERALES EN LA ATENCIÓN A ADOLESCENTES LGBTI DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD: NEUTRALIZACIÓN, EVITACIÓN, SEGREGACIÓN Y EXOTIZACIÓN:

NEUTRALIZACIÓN→ por una parte, implica considerar que la orientación sexual y/o la identidad de género de los y las adolescentes son irrelevantes en la provisión de servicios de salud; por otra parte, se relativiza también la importancia que para los integrantes de los equipos de salud tiene, en términos emocionales y actitudinales, el hecho de atender a personas LGBTI. Lejos de ser cuestiones privadas o personales, la orientación sexual y la identidad y expresión de género son variables fundamentales a tener en cuenta en el abordaje de la salud de forma integral. Asimismo, la incidencia de nuestros propios temores o prejuicios no debe llevarnos a alegar “igualdad” en la atención. Al hacerlo, en realidad, estamos recurriendo al criterio de neutralidad, que niega e invisibiliza las especificidades de la atención en salud de las personas LGBTI, vulnerando sus derechos.

EVITACIÓN→ muchas veces queda en evidencia que el abordaje de la orientación sexual y las identidades y expresiones de género no se lleva a cabo desde una perspectiva inclusiva. En muchas ocasiones, como integrantes de equipos de salud podemos sentirnos desinformados o que no contamos con herramientas teóricas y prácticas pertinentes. Las conductas de evitación surgen frente al temor de no saber cómo abordar la especificidad LGBTI y del miedo a nombrar, incomodar, ofender o discriminar. Como resultado de los mecanismos de evitación en la atención en salud, es posible que se eluda abordar cuestiones relativas a la sexualidad o al género, vulnerando entonces el derecho a la salud de los y las adolescentes LGBTI.

SEGREGACIÓN→ a diferencia de las conductas de neutralización, las conductas de segregación reconocen la especificidad de la diversidad sexual y de las identidades de género. Pero lo hacen partiendo de procesos de identificación de las personas LGBTI con una serie de estereotipos y prejuicios que las sitúan como personas “enfermas” o como personas peligrosas, poco confiables, inestables mentalmente, promiscuas, potencialmente adictas o como un grupo de alto riesgo. Estas consideraciones subyacen a una homogeneización estigmatizante en la que deberíamos evitar incurrir. Como ya hemos mencionado, es importante centrarnos en sus conductas, percepciones y prácticas sexuales individuales y no en su “condición”.

EXOTIZACIÓN→ las conductas de exotización parten de una suerte de “caricaturización” de las personas LGBTI, producto de estereotipos y prejuicios muchas veces influidos por los medios masivos de comunicación que mercantilizan la imagen de las personas LGBTI considerándolas alegres, raras, frívolas, excepcionales, liberales, artistas, etc. La consecuencia de este proceso, aparentemente irrelevante, es que puede llevar a tomar la diversidad sexual, la identidad o expresión de género como objeto de broma, risa o frivolidad en público o durante la consulta y generar resistencias o desavenencias en la relación médico-paciente y abonar la adopción de conductas de neutralización y evitación ya mencionadas.

La OMS define la salud sexual como un estado de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, que requiere la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de toda coacción, discriminación y violencia, la ausencia de sentimientos de vergüenza, culpabilidad, de creencias infundadas y otros factores psicológicos que inhiban la actividad sexual o perturben las relaciones sexuales. Es recomendable que, aunque sea un tema cargado de mucha susceptibilidad, construyamos una relación de respeto, confianza y empatía para poder hablar sobre la salida del **closet** y de la visibilidad de la orientación sexual, expresión e identidad de género de los y las adolescentes en sus diferentes contextos sociales. **Salir del closet** implica aceptarse y asumirse como lesbiana, gay, bisexual, trans y/o intersex. Es “encontrarse con uno mismo [...], es un proceso liberador”.

Recomendaciones generales para equipos de salud

01

El primer paso es reconocer que **todas las personas hemos sido educadas en un sistema binario de dos sexos-géneros que plantea la heterosexualidad como norma**. Reflexionar sobre nuestros prejuicios individualmente y al interior de los equipos de salud en espacios de ateneos y discusión institucional es indispensable para poder ofrecer una atención de calidad y libre de discriminación.

02

Es importante que tengamos en cuenta que es posible y comprensible que, debido a la histórica exclusión de la población LGBTI de los sistemas de salud, nos encontremos con **actitudes defensivas o elusivas por parte de ellxs, durante las consultas**.



03

Quizá seamos **la primera o única persona que ofrezca a lxs adolescentes LGBTI un espacio seguro** y que brinde la contención que pueden no encontrar en su ámbito familiar, escolar y social.

04

El personal administrativo es generalmente el primer contacto que lxs adolescentes tienen con el sistema de salud. Por ello, es importante que, para brindar una atención integral, lxs consideremos como parte del equipo de salud y, por tanto, compartamos este material con ellxs.

05

Evitemos referirnos a las personas, sus conductas o deseos con palabras como “normal” y “natural”: **normal y natural es la diversidad humana**.

06

El lenguaje es importante: evitemos expresiones como “trollo”, “maricón”, “puto”, “torta”, “trava”, etc. Pueden resultar ofensivas para las personas LGBTI, y reducir la accesibilidad a las consultas.



07

Conozcamos los estereotipos y el contexto social y cultural: hay muchas formas de ser adolescente y muchas maneras de ser heterosexual, gay, bisexual, trans e intersex y todas han de ser reconocidas y respetadas. **Utilizar los plurales** (heterosexualidades, homosexualidades, etc.) puede ser una buena estrategia.



08

Demos el ejemplo: hacer que los espacios de salud sean accesibles y seguros es una tarea de todas las personas involucradas (desde lxs administrativxs, enfermerxs, personal de farmacia, medicxs, etc).

Ante comentarios y actitudes que puedan vulnerar derechos, es importante intervenir siempre.

09

Informemos a lxs adolescentes LGBTI sobre sus **derechos**, respetémoslxs y ofrezcámosles información sobre los organismos públicos y/u organizaciones de la sociedad civil que pueden intervenir en caso de discriminación.

10

Creemos espacios **acogedores**: colgando posters referidos a la diversidad sexual, símbolos que la representen (la bandera del arcoíris) y declaraciones en contra de todo tipo de discriminación, etc.

11

Consideremos la posibilidad **de hacer que los baños sean inclusivos** y no exclusivos para hombres o para mujeres cis. Esto puede ayudar a que las personas trans se sientan más cómodas durante su visita al centro de salud.

12

Revisemos que **los materiales informativos y gráficos que se ofrecen en nuestros centros** sean respetuosos de la diversidad sexual, familiar y de identidad o expresión de género.

13

Es posible que haya **personas LGBTI dentro de nuestros equipos de salud**. En caso de ser visibles dentro del equipo, su conocimiento y experiencia puede resultar de mucha ayuda. Si aún no se han visibilizado como LGBTI, que todo el equipo de salud siga estas recomendaciones puede ayudar a que las personas LGBTI dentro de nuestros equipos se sientan más cómodas para visibilizarse.

14

No dudemos en solicitar el **apoyo y asesoramiento** de organizaciones de la sociedad civil y referentes de la comunidad LGBTI.

15

Impliquemos a **toda la comunidad de salud** compartiendo este y otros materiales que contengan información, recursos y experiencias.

16

Realicemos **actividades** por el día del Orgullo LGBTI, el día de la mujer, contra la discriminación, contra la patologización de las identidades trans, y contra la violencia de género.

17

Anunciemos nuestros servicios en páginas de internet o perfiles en redes sociales utilizados por las comunidades LGBTI locales para **favorecer la accesibilidad a la salud de lxs adolescentes LGBTI**.

SEXO ANAL → Hablar de sexo anal con los y las adolescentes implica librarse de prejuicios, de juicios de valor ético-morales y de toda creencia que genere distancia y dificultad para hablar sin tapujos. Se debe explicar que es una forma de expresar su sexualidad sanamente, que no debe sentirse avergonzado/a por ello, y que solo se hablará del tema para asegurar el cuidado y el disfrute de su sexualidad.

El ano y la primera parte del recto no son áreas lubricadas naturalmente, por lo que la penetración puede ser dificultosa y dolorosa. Se recomienda lubricar previamente la zona con lubricantes de base acuosa. Desaconsejamos los de base oleosa ya que produce más fricción por liberación de calor, lo que puede generar malestar y romper el preservativo.

Se aconseja una previa evacuación e higienización de la zona para evitar malestar; si bien los enemas son muy populares, se desaconseja su uso sistemático ya que pueden producir lesiones en la mucosa anorrectal y favorecer la transmisión de ITS. En caso de una práctica sexual que incluya penetración anal y luego vaginal, se recomienda cambiar el preservativo entre un contacto y otro, para evitar el riesgo de contaminación con flora intestinal.

La zona perianal y anal es una zona ricamente innervada, se la suele estimular con las manos y/o con la boca (sexo anal-oral). En este último caso, puede ocurrir la transmisión de infecciones (como la hepatitis A). Para disminuir el riesgo, se aconseja una correcta higienización previa o la utilización de campo de látex.

PAP anal: la realización de toma de muestra de la región anal para rastreo de lesiones con la técnica de Papanicolau está recomendada para personas con VIH; con lesiones por Virus del Papiloma Humano (VPH) en vulva, vagina o cuello uterino; en personas que practican el sexo anal receptivo; y en personas con inmunosupresión. La recomendación ministerial es realizarlo anualmente en dichos casos.

POSIBILIDADES DE TRANSMISIÓN DE ITS SEGÚN DISTINTAS PRÁCTICAS:

- El VPH, que puede transmitirse a través del contacto piel con piel, es común durante relaciones sexuales que implican contacto vulva con vulva.
- La transmisión sexual de VHS 1 y 2 y sífilis puede ocurrir en prácticas oral-vaginales.
- La infección por *C. trachomatis* en prácticas vulva-vulva podría ser frecuente.
- Aunque es infrecuente la transmisión de VIH en relaciones entre varones trans, mujeres cis lesbianas y bisexuales, puede ocurrir. Esto puede deberse a la presencia de sangre menstrual, flujo vaginal y ciertas prácticas sexuales que puedan causar hemorragia accidental o deliberadamente.
- La hepatitis B se transmite por intercambio de sangre y otros fluidos corporales. Se necesita muy poca sangre o fluido para transmitir la infección.
- La hepatitis C se transmite principalmente a través del contacto con sangre infectada y la transmisión sexual es relativamente rara.
- El riesgo de contraer o transmitir el VIH a través del sexo oral es bajo.
- Los campos de látex y el TARV reducen aún más el riesgo de contraer el VIH mediante el sexo oral. Se debe evitar la eyaculación en la boca sin método de barrera.
- Las relaciones sexuales anales son la práctica sexual de mayor riesgo en cuanto a la transmisión del VIH. La pareja receptiva tiene un riesgo trece veces mayor. También se pueden exponer a otras ITS y a hepatitis A, B y C, parásitos como giardia y amebas intestinales, bacterias como shigella, salmonella, campylobacter, y *E. coli*. que se transmiten a través de la materia fecal.

JUGUETES SEXUALES:

- Se recomienda utilizar juguetes libres de PVC o ecológicos.
- Se deben higienizar cuidadosamente con agua caliente y jabón neutro después de comprarlo, antes y después de usarlos en cada práctica sexual.
- Si se va a utilizar un juguete sexual con más de una persona, se recomienda utilizarlo con preservativo (no utilizar el mismo preservativo con diferentes personas).
- Si un juguete sexual se utiliza en ano y posteriormente en vagina o boca, se recomienda no realizar el contacto directo sin usar un preservativo entre un contacto y otro o, en su defecto, higienizar el juguete sexual entre ambos contactos.
- En caso de utilizar lubricantes, se recomiendan aquellos que sean compatibles con el material del que esté hecho cada juguete sexual. En términos generales, se sugiere utilizar lubricantes de base acuosa, ya que son generalmente compatibles con todo tipo de materiales.
- Se recomienda guardar los juguetes sexuales completamente secos en un lugar fresco y seco.

LEY 27.610. ESTÁNDARES LEGALES PARA LA ATENCIÓN DE LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO

- La Ley 27.610 es de orden público y de aplicación obligatoria en todo el país.
- Tanto los efectores públicos, las obras sociales, como las empresas y entidades de medicina prepaga deben garantizar el cumplimiento de la Ley 27.610.

Las mujeres y otras personas con capacidad de gestar, según el artículo 2 de la Ley 27.610, tienen derecho a:

- a) Decidir la interrupción del embarazo;
- b) Requerir y acceder a la atención de la interrupción del embarazo en los servicios del sistema de salud;
- c) Requerir y recibir atención post aborto en los servicios del sistema de salud, independientemente de que la decisión de abortar hubiera sido contraria a los casos legalmente habilitados en la ley;
- d) Prevenir los embarazos no intencionales mediante el acceso a información, educación sexual integral y métodos anticonceptivos eficaces.

De acuerdo con el artículo 4 de la Ley 27.610, las mujeres y otras personas con capacidad de gestar **tienen derecho a decidir y acceder a la interrupción voluntaria de su embarazo hasta la semana catorce (14)**, inclusive, del proceso gestacional (IVE). Además, tienen derecho a decidir y acceder a la interrupción legal de su embarazo en las siguientes situaciones (ILE):

- Si el embarazo fuere resultado de una violación, con el requerimiento y la declaración jurada pertinente de la persona gestante ante el personal de salud interviniente.
- Si estuviera en peligro la vida o la salud de la persona gestante.

Interrupción voluntaria del embarazo (IVE): Para el acceso a la IVE, de cualquier persona hasta la semana 14 inclusive de gestación, se requiere únicamente su consentimiento informado. Es decir, que la mujer o persona gestante no tiene que explicitar ningún motivo para el acceso a la práctica. El personal de la salud debe constatar la edad gestacional de manera inmediata por los medios más expeditos disponibles (fecha de última menstruación -FUM-, examen bimanual o ecografía según disponibilidad), de forma que se puedan garantizar oportunamente los derechos contemplados en la ley y el acceso a la práctica solicitada.

Interrupción legal del embarazo (ILE): Para el acceso a la ILE es necesario que se encuadre en las causales peligro para la vida o salud de la persona o que el embarazo sea producto de violencia sexual. **Para la realización de una ILE nunca es exigible la denuncia policial o judicial de la violación.**

Consentimiento informado de niñas/os y adolescentes:

- Todas las personas de 16 años o más son consideradas por la legislación argentina como adultas en lo referente al cuidado del propio cuerpo. Por ello, pueden otorgar por sí mismas su consentimiento informado en todos los casos tanto de IVE como de ILE y realizar personalmente y firmar la declaración jurada requerida para la interrupción de un embarazo producto de una violación (en caso de que corresponda) sin que se requiera asistencia de ninguna persona.
- Todas las personas adolescentes de entre 13 y 16 años:
 - Pueden brindar su consentimiento en forma autónoma si se trata de prácticas que no representen un riesgo grave para su vida o su salud.
 - En los casos que deba utilizarse para la práctica un procedimiento que implique un riesgo grave para la salud o la vida de la adolescente será necesario, además de su consentimiento, la asistencia de sus progenitores, representantes legales, personas que ejerzan formal o informalmente roles de cuidado, personas allegadas o referentes afectivos.
- Todas las niñas y personas con capacidad de gestar menores de 13 años podrán brindar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores, representantes legales, personas que ejerzan formal o informalmente roles de cuidado, personas allegadas o referentes afectivos.

Las **personas con discapacidad** tienen derecho a solicitar y acceder a las interrupciones del embarazo reguladas en la Ley 27.610 por sí mismas, así como a negarse a que se les practique un aborto sin su consentimiento, en igualdad de condiciones que el resto de las personas con capacidad de gestar.

Plazos: “[t]oda persona gestante tiene derecho a acceder a la interrupción de su embarazo en los servicios del sistema de salud o con su asistencia, en un plazo máximo de **diez (10) días corridos** desde su requerimiento y en las condiciones que se establecen en la Ley 27.610 y en las Leyes 26.485, 26.529 y concordantes”.

El o la profesional de salud que deba intervenir de manera directa en la interrupción del embarazo tiene derecho a ejercer la **objeción de conciencia**. El marco para el ejercicio de la objeción de conciencia es el de la no obstaculización y la buena fe. A los fines del ejercicio de la objeción, el/la profesional debe:

- Mantener su decisión en todos los ámbitos, público, de la seguridad social o privado, en los que ejerza su profesión.
- Derivar de buena fe a la gestante para que sea atendida por otro u otra profesional dispuesto y disponible en forma temporánea y oportuna, sin dilaciones.
- Cumplir con el resto de sus deberes profesionales y obligaciones jurídicas. La objeción de conciencia es siempre individual. La Ley 27.610 no permite la objeción de conciencia institucional

Responsabilidad profesional: se considera personal de salud a todas/os quienes trabajan en un servicio de salud, se trate de los/as profesionales (médicas/os, enfermeras/os, trabajadoras/es sociales, psicólogas/os, obstétricas/os, etc.) o de quienes se ocupan del servicio hospitalario, administrativo, seguridad o maestranza. Es importante tener en cuenta sus responsabilidades profesionales y las sanciones que les puedan corresponder en caso de no cumplir con sus obligaciones. Podrán ser responsables civil, penal y/o administrativamente por el incumplimiento de sus obligaciones en el ejercicio de su profesión cuando, de forma injustificada, realicen maniobras dilatorias durante el proceso, suministren información falsa, incumplan el deber de secreto profesional y el deber de confidencialidad o cuando prevalezca en ellos una negativa injustificada a practicar el aborto.

Responsabilidad institucional: Tal y como lo establece el artículo 12 de la Ley 27.610, el sector público de la salud, las obras sociales, las entidades de medicina prepaga y todos los agentes y organizaciones que brinden servicios médico-asistenciales, independientemente de la figura jurídica que posean, deben incorporar la cobertura integral y gratuita de la interrupción del embarazo en todas las formas que la OMS recomienda, con una cobertura integral de la práctica, junto con las prestaciones de diagnóstico, medicamentos y terapias de apoyo.

EL LIBRO “PEDIATRÍA EN RED” DE REICHENBACH (CAPÍTULO 7)

- La atención sanitaria en zonas rurales es un tema que a menudo se pasa por alto, pero es fundamental para garantizar el derecho a la salud de todas las personas, incluidas las que viven en áreas remotas.
- El perfil epidemiológico de la salud en la actualidad está centrado en enfermedades crónicas no transmisibles, que también afectan a poblaciones rurales, aunque las condiciones socioeconómicas y culturales sean diferentes.
- Los episodios coronarios y cerebro vasculares en la población rural, muchas veces conducen a la muerte antes de que pueda brindarse atención médica.
- La accesibilidad a los servicios de salud en áreas rurales es un desafío constante debido a las distancias, las condiciones climáticas y la falta de infraestructura. La falta de accesibilidad dificulta tanto la llegada del paciente como la del médico al centro de salud.
- Otro determinante que pone en riesgo la salud de la población rural es el uso de pesticidas como el glifosato.
- La atención primaria en el ámbito rural es esencial para abordar las necesidades de salud específicas de estas poblaciones y garantizar una atención integral e intersectorial.
- Las brechas y las inequidades en el acceso a la atención médica siguen siendo asignaturas pendientes, tanto en entornos urbanos como rurales.
- Es fundamental conocer el perfil socioepidemiológico de las áreas rurales para diseñar estrategias sanitarias adecuadas y garantizar una atención médica de calidad.
- La falta de servicios básicos, como el agua potable y el saneamiento, en áreas rurales influye en la salud de la población y debe abordarse de manera integral.
- Para mejorar la atención médica en áreas rurales, es necesario adaptar las políticas de estado, integrar sectores como salud, educación y vialidad, y humanizar las prácticas profesionales, poniendo especial atención en las poblaciones más vulnerables.

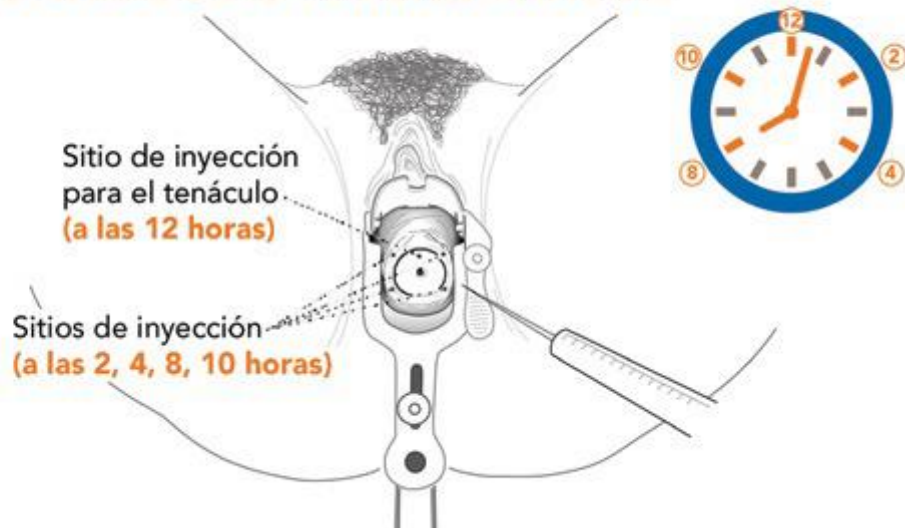
ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA (AMEU)

La aspiración por vacío, así como el aborto con medicamentos se consideran procedimientos de primera elección para evacuar el contenido del útero antes de las 13 semanas de gestación. Las dos técnicas están recomendadas por la OMS y la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO).

La AMEU tiene éxito en el 98% de los casos y reduce significativamente el riesgo de complicaciones, la pérdida de sangre, el dolor y las secuelas asociadas con el legrado.

Preparación previa: ATB una hora antes del procedimiento (doxiciclina, azitromicina o metronidazol), preparación cervical (considerar Misoprostol sublingual dos horas antes) y manejo del dolor (el bloqueo paracervical con anestesia local es un método eficaz para el manejo del dolor y debe ser parte de todos los procedimientos de aspiración por vacío).

TÉCNICA DE BLOQUEO PARACERVICAL



Preparación del equipo AMEU: oprimir los botones del aspirador hacia adentro y hacia adelante hasta que se siente que encajan en su lugar. Luego cargar el aspirador tirando del émbolo hacia atrás hasta que los brazos se abran automáticamente hacia afuera y se enganchen en los lados anchos de la base del cilindro. Una vez que los brazos del émbolo se encuentren en esta posición, el émbolo no se moverá hacia adelante y se conservará el vacío. Nunca sujete el aspirador por los brazos del émbolo. Introducir suavemente la cánula en el cérvix y desplazarla lentamente hacia dentro de la cavidad uterina hasta que toque el fondo del útero y después retirarla levemente. Unir el aspirador de vacío (con el vacío ya creado, la válvula cerrada y los botones de la válvula oprimidos hacia adentro y adelante) con la cánula, sosteniendo la cánula y nunca empujando con el aspirador para unirlos; sostener el tenáculo y el extremo de la cánula en una mano y el aspirador en la otra mano. Liberar el vacío oprimiendo los botones y la aspiración comenzará de inmediato. Iniciar la succión cuando la punta de la cánula esté en la porción media del útero. Evacuar el contenido del útero girando cuidadosa y lentamente la cánula a 180° en cada dirección. No retirar la abertura de la cánula más allá del orificio cervical, porque la succión se perderá.

Se debe permanecer alerta durante todo el procedimiento a los signos que puedan indicar la presencia de una perforación y detener la aspiración de inmediato si se presentan.

Los siguientes signos indican que el útero está vacío:

- Aparece espuma de color rojo o rosa y no se ve pasar más tejido a través de la cánula.
- Se percibe una sensación arenosa o áspera cuando la cánula pasa a lo largo de la superficie del útero evacuado.
- El útero se contrae alrededor de la cánula, lo que hace más difícil su movimiento.

- La persona siente que los cólicos o el dolor se intensifican, lo que indica que el útero se contrae.

Final de la aspiración: retirar la cánula suavemente. Si la paciente ha decidido la colocación de DIU, proceder a colocarlo y recortar los hilos a 15-20 mm del OCE

La persona puede volver a quedar embarazada muy pronto. Todos los métodos anticonceptivos pueden iniciarse inmediatamente después de una AMEU sin complicaciones.

Métodos anticonceptivos disponibles:

- Dispositivo intrauterino: El DIU con cobre y el DIU con levonorgestrel pueden insertarse inmediatamente después de un AMEU sin complicaciones. La colocación inmediata post evacuación está contraindicada en los casos en que se haya presentado una complicación infecciosa (aborto séptico).
- Anticonceptivos hormonales combinados: Esta categoría incluye anticonceptivos combinados orales, inyectables mensuales, anillos vaginales y parches. Puede iniciarse su uso de inmediato luego de un procedimiento de AMEU.
- Anticonceptivos hormonales solo de progestágenos: En esta categoría se incluyen los comprimidos de desogestrel, el acetato de medroxiprogesterona de depósito (AMPD) inyectable y el implante. Puede iniciarse su uso de inmediato luego de un procedimiento de AMEU.
- Preservativos: No hay restricciones para su uso. Es el único método que protege contra el VIH y otras ITS.
- Anticoncepción quirúrgica: Esta categoría incluye la ligadura tubaria. En los casos de abortos producidos en el primer trimestre de embarazo, la ligadura tubaria es similar a un procedimiento de intervalo; y en el segundo trimestre, a un procedimiento post parto. Puede efectuarse inmediatamente después del tratamiento.

GUÍA SOBRE FERTILIDAD PARA EQUIPOS DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Se estima que el 35% de los casos de infertilidad se deben a alteraciones seminales, denominadas en el campo de la medicina como “factor masculino”. Otro 35% se refiere al denominado “factor femenino”, siendo los más frecuentes el factor ovulatorio y el factor tubo-peritoneal, 20% se debe a causas “mixtas” en que existen alteraciones en ambas personas, y hay un 10% restante en que no se identifican sus causas, denominándose esterilidad sin causa aparente (ESCA).

Factor endócrino-ovárico u ovulatorio: incluye aquellos trastornos de causa funcional u orgánica que producen alteraciones de la ovulación, incluso la anovulación. Puede deberse a alteraciones endocrinológicas, como hiperprolactinemia o alteraciones tiroideas; hipogonadismo-hipogonadotrópico (amenorrea primaria de causa estructural o congénita o anorexia) o hipergonadotrópico (falla ovárica precoz); síndrome de ovarios poliquísticos, endometriosis o por edad avanzada.

Factor tubo-peritoneal: comprende las alteraciones en la estructura y la función de las Trompas de Falopio y su entorno. Pueden ser consecuencia de intervenciones quirúrgicas realizadas como parte del abordaje de distintos procesos clínicos (apendicitis, peritonitis, embarazo ectópico, abortos, entre otros), o asociarse a enfermedad pelviana inflamatoria, oclusión tubaria, endometriosis o adherencias pelvianas.

Factor uterino: puede deberse a sinequias uterinas, malformaciones (como tabiques uterinos, útero didelfo o bicorne), miomas uterinos (principalmente aquellos de localización submucosa o intramurales con prolongación submucosa que deforman la cavidad endometrial) y/o pólipos endometriales.

Factor cervical: comprende las alteraciones del moco cervical que puedan afectar la interacción con los espermatozoides, ciertas infecciones de transmisión sexual, pólipos o miomas cervicales, desgarros importantes producidos en partos previos, estenosis u oclusión cervical.

Factor seminal o espermático: puede tratarse de defectos morfológicos de los espermatozoides, alteración de su cantidad o movilidad producto de disfunciones o alteraciones eyaculatorias; ausencia de eyaculación, eyaculación retrograda (expulsión del esperma hacia el interior de la vejiga en lugar de ser expulsado a través del pene), varicocele (en aquellos casos en que afecta la generación de espermatozoides y su motilidad), infecciones de transmisión sexual que llevan a obstrucciones de los conductos seminales, exposición a calor o radiaciones, alteraciones a nivel testicular o idiopáticas.

Existen otros factores que inciden negativamente sobre la fertilidad, entre ellos:

- Tabaquismo, abuso en el consumo de alcohol, cafeína, anfetaminas, cocaína, marihuana, LSD, éxtasis, entre otras sustancias.
 - Alimentación pobre o excesiva.
 - Obesidad o peso extremadamente bajo.
 - Falta de ejercicio físico o ejercicio físico extremo
 - Diabetes mellitus, enfermedades suprarrenales, hepáticas o renales.
 - Estrés, ansiedad y otros factores emocionales.
 - Algunas medicaciones que pueden alterar el eje hormonal (antipsicóticos, neurolepticos, tratamientos hormonales, anabolizantes, finasteride, opiáceos, medicación gastrointestinal, entre otros).
-
- ✓ Es importante que el equipo de salud informe a las mujeres sobre el declive de la fertilidad, tomando siempre en cuenta las expectativas y la situación particular de cada una.
 - ✓ Se recomienda realizar una orientación nutricional a las mujeres con un IMC menor a 19 o mayor a 25, especialmente en los casos en que presenten oligomenorrea.
 - ✓ Se recomienda preguntar a las personas que consultan por cuestiones vinculadas a la fertilidad si fuman, si alguna vez lo hicieron o si son fumadoras pasivas. Dejar de fumar puede resultar muy complejo, y puede que las personas se desalienten por no poder lograrlo rápidamente, ya que los cambios en las conductas requieren cierto tiempo y un acompañamiento apropiado. En la mayoría de

los casos dejar de fumar requiere varios intentos. Es fundamental que la persona este lo suficientemente motivada y que comprenda cuales son los beneficios de dejar de fumar. Mejorar la fertilidad o la búsqueda de un embarazo pueden resultar fuertes motivadores.

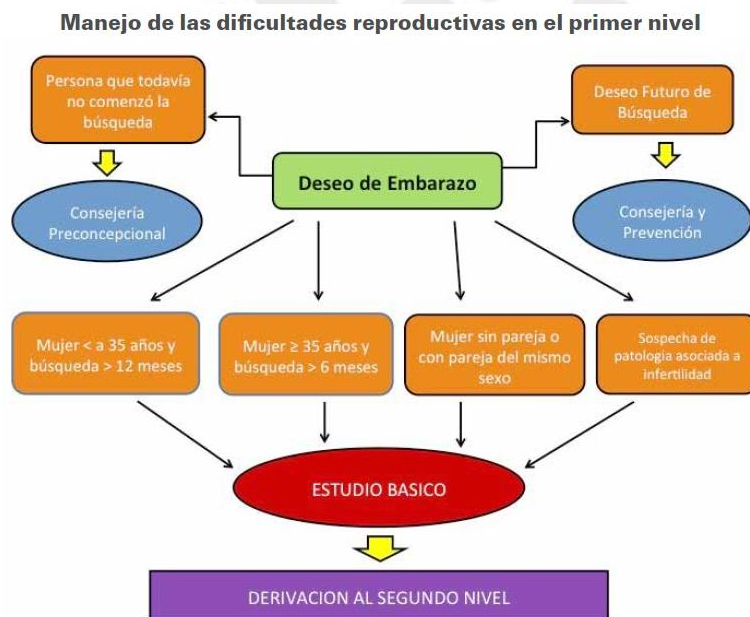
- ✓ Anticoncepción hormonal de emergencia (AHE): **no genera infertilidad** sin importar cuantas veces se utilice.

Los equipos de salud, especialmente los que trabajan en el primer nivel de atención, desempeñan un papel fundamental en la prevención y tratamiento de las ITS, que se basan en las siguientes estrategias:

- Diagnosticar y tratar oportunamente patologías como la chlamydia y/o EPI, ya que son las que más incidencia tienen en las dificultades reproductivas a futuro.
- Ofrecer el testeo para VIH, hepatitis A y B y sífilis y brindar asesoramiento antes y después de las pruebas.
- Asesorar sobre prácticas de cuidado.
- Indicar la vacunación para Hepatitis B y VPH de acuerdo a la normativa vigente.
- Ofrecer preservativos y gel en cada consulta.
- Diagnosticar, tratar y asesorar a las personas infectadas y a las parejas sexuales previas al diagnóstico.

Evaluación preconcepcional:

- Anamnesis: edad, hábitos nutricionales, ejercicio, tabaquismo, consumos de alcohol y drogas y riesgo laboral, antecedentes clínicos (enfermedades, medicaciones), antecedentes quirúrgicos, especialmente cirugías abdominales o ginecológicas, antecedentes tocoginecológicos: características del ciclo, presencia de síntomas de ovulación (dolor en hipogastrio, tensión mamaria, goteo menstrual mesocíclico, aumento del moco cervical), presencia de dolor durante las relaciones sexuales o durante la menstruación; embarazos previos, resultados y complicaciones; uso de métodos anticonceptivos; antecedente de infertilidad o abortos; antecedentes de ITS (herpes, sífilis, clamidia, gonococo, por ejemplo) o infecciones pelvianas (EPI). Antecedentes de enfermedades infecciosas: rubeola, toxoplasmosis, hepatitis B, VIH, Chagas, infecciones abdominales como apendicitis o peritonitis. Antecedentes familiares. Vacunación.
- Análisis de laboratorio: hemoglobina y hematocrito, Grupo y factor RH, glucemia, función renal: urea y creatinina, proteinuria, hepatograma, sedimento de orina, serología (Rubeola, toxoplasmosis, HIV, VHB, AgHVs (en personas no vacunadas), HCV, VDRL, Chagas).
- En aquellos casos en que la pareja está presente, es recomendable solicitarle serología para VIH, Hepatitis B y C, VDRL y Grupo y Factor Rh.



Estudio básico de la infertilidad:

MUJER:

- Primer ciclo: Perfil hormonal (entre 2 y 4 días del ciclo; a las 8 de la mañana; ayuno de 8 hs.) que incluya: FSH, LH, Estradiol, TSH y Prolactina. Evaluación de ovulación con: Progesterona sérica y/o monitoreo ecográfico transvaginal. Ecografía TV con recuento folicular (día 2 o 3 del ciclo) Cultivo de flujo endo y exocervical para germen comunes (aerobios, anaerobios), ureaplasma, mycoplasma, chlamydia y gonococo.
- Segundo ciclo: Histerosalpingografía con Prueba de Cotte (postmenstrual, entre el día 6 y 11 del ciclo).

VARÓN: Espermograma con morfología estricta (abstinencia sexual de 2 a 5 días previos).

Técnicas de reproducción medicamente asistida:

Inducción o estimulación de la ovulación: es la administración de medicación (citrato de clomifeno y gonadotrofinas) para estimular el crecimiento del folículo y la ovulación de manera controlada. El momento para administrar la medicación es la denominada descarga ovulatoria. En aquellas parejas en las que el varón no presenta patología seminal se puede intentar el coito vaginal programado o dirigido. Si se presenta patología seminal se realiza la inseminación uterina.

Coito dirigido o programado: se procede a realizar la estimulación de la ovulación y se determina la fecha ovulatoria mediante ecografía. Se aconseja, mantener coitos vaginales sin protección en los días previos a la misma.

Inseminación Intrauterina (IIU): consiste en la colocación de espermatozoides previamente capacitados en la cavidad uterina mediante la utilización de una cánula con el fin de lograr un embarazo. Luego de las 36 horas posteriores a la inducción, se realiza la inseminación. Puede realizarse con el semen de la pareja (homóloga) o con semen de donante (heteróloga). La mayoría de los embarazos se consigue en los tres primeros ciclos, después de lo cual la efectividad disminuye. Si después de 3 o 4 ciclos realizados en óptimas condiciones no se logra la gestación, se recomienda evaluar las técnicas de alta complejidad.

Las indicaciones para realizar inseminación intrauterina son:

- Defectos leves a moderados de la calidad espermática.
- Defectos en la calidad del moco cervical.
- Factor coital.
- ESCA.
- Paternidad diferida (con semen homólogo criopreservado).
- Mujeres sin pareja o con pareja del mismo sexo.
- Parejas que requieren de inseminación con semen de donante.
- Parejas en las que el varón vive con VIH.

Otras indicaciones en las que la IIU no necesariamente es la terapéutica inicial:

- Anovulación normogonadotrófica: amenorrea, oligomenorrea, PCO.
- Defectos de fase lútea (DFL).
- Endometriosis.
- Obstrucción tubaria unilateral.

Las condiciones necesarias para realizar una IIU son:

- Capacidad de ovulación espontánea o mediante tratamiento.
- Integridad de al menos una de las dos trompas de Falopio.
- Cavidad uterina normal.
- Concentración de espermatozoides post capacitación de al menos 5×10^6 translativos rápidos. La morfología estricta debe ser mayor de 4%.

Las contraindicaciones para realizar una IIU son:

- Obstrucción tubaria bilateral.

- Anormalidades severas del semen.
- Factores coitales como vaginismo.
- Patología tubaria bilateral.
- Infecciones del tracto genital.
- Anormalidades severas del semen.

Técnicas de reproducción asistida de ALTA Complejidad: Fecundación in vitro (FIV) e Inyección intracitoplasmática (ICSI)

INDICACIONES FIV	INDICACIONES ICSI
<ul style="list-style-type: none"> • Obstrucción o ausencia de ambas trompas de Falopio. • Endometriosis severa. • Factor espermático moderado/severo. • ESCA (esterilidad sin causa aparente.) • Antecedentes de inseminaciones intrauterinas fallidas. • Alteraciones de la ovulación que no pueden resolverse con otros tratamientos. • Disminución de la reserva ovárica. • Parejas en las que el varón vive con VIH. 	<ul style="list-style-type: none"> • Frente a espermogramas muy alterados: por bajo recuento espermático (oligospermia, menos de 1 millón de espermatozoides recuperados en el Percoll), alteraciones morfológicas muy significativas (teratospermia), movilidad espermática muy disminuida (astenospermia) y combinación de todas estas alteraciones (oligoastenoteratospermia). • Fallas de fertilización en procedimientos previos.

DOCUMENTO DE CONSENSO DE ENFERMEDAD CELÍACA 2017

Serología: Combinación serológica inicial más recomendada para el diagnóstico de acuerdo a disponibilidad:

- 1) a-tTG (Anti transglutaminasa) IgA y IgA total (**es la primera opción**)
- 2) a-tTG IgA y DPG (antipéptidos desaminados de gliadina) IgG
- 1) a-tTG IgA
- 2) Anticuerpos **antigliadina IgA e IgG clásicos NO son recomendados** para el diagnóstico.

El anticuerpo antitransglutaminasa tisular de tipo IgA (a-tTG) es universalmente aceptado como el indicador serológico más importante. Los sujetos que presentan síntomas sugestivos de EC y títulos elevados de anticuerpos a-tTG (> 10 veces su VN), tienen alta probabilidad de presentar atrofia vellositaria severa (alta especificidad). Un título positivo bajo de a-tTG IgA, en paciente sintomático, debe ser derivado para realizar biopsia endoscópica.

En niños menores de 2 años la sensibilidad de la a-tTG IgA así como también del EMA puede ser ligeramente menor. En casos de alta sospecha clínica con a-tTG IgA negativa se recomienda efectuar Anti- endomisio (EMA) IgA o a-DGP IgG.

Recomendación: utilizar a- DGP IgG en caso de deficiencia de IgA o como segundo test diagnóstico.

Estudio genético: La utilización de HLA DQ2 / DQ8 en diagnóstico de enfermedad celiaca debe ser RESORTE DEL ESPECIALISTA. NO debe ser usado rutinariamente en el diagnóstico inicial de enfermedad celiaca. Se utiliza en el síndrome de Down. No define enfermedad celiaca por sí mismo. El principal rol diagnóstico de la tipificación del HLA es de excluir la enfermedad.

Biopsia de duodeno: se debe confirmar el diagnóstico definitivo de EC mediante la biopsia intestinal tanto en niños como en adultos. El paciente debe estar consumiendo gluten. Se requieren como mínimo 4 biopsias de la segunda porción del duodeno y 2 del bulbo duodenal, colocadas en frascos separados debidamente identificados con los datos del paciente y sitio de la toma. Son compatibles con EC el tipo 3a, 3b, 3c.

Clasificación de Marsh-Oberhuber modificada

TIPO	ARQUITECTURA	LIES/100 ENTEROCITOS	CRIPTAS
0	Normal	< 25	Normales
1	Normal	≥ 25	Normales
2	Normal	≥ 25	Hiperplásicas
3a	Atrofia vellositaria parcial, vellosidades acortadas, romas relación vellosidad: cripta 1:1	≥ 25	Hiperplásicas
3b	Atrofia vellositaria subtotal vellosidades atróficas pero separadas y todavía reconocibles	≥ 25	Hiperplásicas
3c	Atrofia vellositaria total vellosidades rudimentarias o ausentes mucosa parece mucosa colónica	≥ 25	Hiperplásicas

Grupos de riesgo: DMT1, síndrome de Down.

Formas clínicas:

EC		SÍNTOMAS	ANTICUERPOS	HLA DQ2/8	BIOPSIA MARSH $\geq 3a$
Sintomática clásica		++	+	+	+
Sintomática no clásica	Con síntomas digestivos inespecíficos	+	+	+	+
	Con síntomas extradigestivos	+	+	+	+
Asintomática		-	+	+	+
Potencial		+/-	+	+	-
Refractaria		++	+/-	+	+

La **forma clásica** de presentación es más frecuente en niños menores de 2 años que en los adultos e incluye síntomas relacionados predominantemente con la lesión intestinal severa que se produce. Los síntomas destacados son: diarrea crónica y/o malabsortiva, distensión abdominal, pérdida de peso, desnutrición. Existe una presentación grave que es la llamada crisis celíaca caracterizada por una diarrea muy severa, hipoproteinemia, hipoalbuminemia, hiporexia, edemas de miembros inferiores, hipocalcemia y/o tetania e hipocalcemia con repercusión electrocardiográfica. Este cuadro requiere internación y corrección hidroelectrolítica, aporte de minerales y micronutrientes (zinc y vitaminas).

La forma refractaria se diagnostica cuando los síntomas persisten o recurren a pesar de realizar una dieta estricta libre de gluten por al menos 12 meses con persistencia de atrofia de las vellosidades. Esto puede ocurrir en la presentación inicial (primaria), o después de que ya hubiera una respuesta inicial a una dieta libre de gluten (secundaria). Existen dos tipos: I y II. La tipo II es una forma de linfoma intraepitelial de bajo grado, es la forma más grave y se asocia con una alta tasa de mortalidad.

<p>SINTOMÁTICA NO CLÁSICA CON SÍNTOMAS DIGESTIVOS INESPECÍFICOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Diarrea esporádica - Epigastralgia - Reflujo gastroesofágico - Vómitos - Pérdida del apetito - Dolor abdominal - Constipación <p>Alteración del hepatograma: Transaminasas elevadas</p>
<p>SINTOMÁTICA NO CLÁSICA CON SÍNTOMAS EXTRA DIGESTIVOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Palidez Anemia - Aftas orales - Baja estatura - Trastornos del esmalte dental - Caída de cabello, uñas quebradizas - Abortos a repetición, Menarca tardía, menopausia precoz - Parestesias, tetania, calambres - Osteoporosis y Fracturas óseas con traumas mínimos - Cefalea, depresión - Convulsiones con calcificaciones occipitales - Ataxia

Tratamiento: Si bien hay una gran cantidad de alimentos que por su composición son naturalmente “libres de gluten” (sin TACC), éstos pueden contaminarse durante el proceso de industrialización, en cualquiera de sus etapas, a través de superficies, aire, equipos, entre otros. Por tal motivo, es recomendable que se consuman únicamente aquellos alimentos industrializados que estén autorizados expresamente como libres de gluten (sin TACC) e incluidos en el Listado Integrado de Alimentos Libres de Gluten publicado por la ANMAT. Los pacientes celíacos deben seguir una dieta estricta libre de proteínas tóxicas **de por vida**.

Si bien la avena no resulta tóxica para el 95% de las personas con EC, sí ocasiona daño en el porcentaje restante. Por otra parte, en Argentina no se cuenta con avena pura debido a la rotación de cultivos y a que el almacenamiento de la misma se realiza en los mismos silos que el resto de los cereales por lo tanto la misma resulta contaminada y debe prohibirse siempre su consumo. Cabe aclarar que algunos países cuentan con avena pura.

Es esperable mejoría de los síntomas al mes del tratamiento. En caso de falta de respuesta a la dieta libre de gluten (sin TACC) se debe derivar el paciente al gastroenterólogo.

Seguimiento: Evaluación Clínica, nutricional inicial y capacitación dietética deben ser realizadas por Gastroenterólogo y Nutricionista entrenados. Se define como método serológico para el seguimiento la determinación cuantitativa de anti-tTG IgA. Número mínimo de controles: al diagnóstico, al mes, a los 3 meses, a los 6 meses y anuales. En los grupos de riesgo asintomático se debe pedir test serológicos cada 2 a 3 años. El punto clave a evaluar en cada seguimiento es la ausencia de síntomas.

ALIMENTOS LIBRE DE GLUTEN	
Leche	Leche fluida y en polvo: elegir entre las marcas publicadas en el Listado Integrado de ALG.
Queso	Elegir entre las marcas publicadas en el Listado Integrado de ALG.
Huevos	Los huevos frescos son naturalmente libres de gluten.
Carnes	Carne fresca de vaca, de ave, de pescado, de cerdo y otras: todas son naturalmente libres de gluten. Mariscos frescos: todos son naturalmente libres de gluten. Fiambres, embutidos y conservas: elegir entre las marcas publicadas en el Listado Integrado de ALG.
Verduras	Verduras y hortalizas frescas: todas son naturalmente libres de gluten. Verduras y hortalizas congeladas, enlatadas o que hayan sufrido algún otro proceso de industrialización: elegir entre las marcas publicadas en el Listado Integrado de ALG.
Frutas	Frutas frescas: todas son naturalmente libres de gluten. Frutas enlatadas, congeladas o que hayan sufrido algún otro proceso de industrialización: elegir entre las marcas publicadas en el Listado Integrado de ALG. Frutas secas: se recomienda adquirirlas con cáscara para evitar la contaminación cruzada, o bien, en el caso de optar por frutas secas envasadas, elegir entre las marcas publicadas en el Listado Integrado de ALG. Frutas desecadas: elegir entre las marcas publicadas en el Listado Integrado de ALG.
Cereales	Deberán indicarse granos, harinas, féculas y almidones libres de gluten: maíz, arroz, amaranto, alforfón (también llamado trigo sarraceno), harina de porotos, harina de garbanzos, fécula de papa, harina de soja, fécula de mandioca. Todos deberán encontrarse en el Listado Integrado de ALG. No se recomienda la adquisición a granel por el riesgo de contaminación. Panes y galletitas: deberán estar elaborados a base de las harinas permitidas. Se deberá elegir entre aquellas marcas publicadas en el Listado Integrado de ALG. Pastas: deberán estar elaborados a base de las harinas permitidas. Se deberá elegir entre aquellas marcas publicadas en el Listado Integrado de ALG.

ALIMENTOS LIBRE DE GLUTEN	
Legumbres	Elegir entre las marcas publicadas en el Listado Integrado de ALG.
Azúcar	Elegir entre las marcas publicadas en el Listado Integrado de ALG.
Dulces	Mermeladas y jaleas: elegir entre las marcas publicadas en el Listado Integrado de ALG. Dulces compactos: elegir entre las marcas publicadas en el Listado Integrado de ALG. Miel: elegir entre las marcas publicadas en el Listado Integrado de ALG.
Aceite	Elegir entre las marcas publicadas en el Listado Integrado de ALG.
Manteca	Elegir entre las marcas publicadas en el Listado Integrado de ALG.
Crema de leche	Elegir entre las marcas publicadas en el Listado Integrado de ALG.
Golosinas	Elegir entre las marcas publicadas en el Listado Integrado de ALG.
Bebidas	Agua mineral: elegir entre las marcas publicadas en el Listado Integrado de ALG. Jugos de fruta envasados: elegir entre las marcas publicadas en el Listado Integrado de ALG. Gaseosas, aguas saborizadas y otras bebidas sin alcohol: elegir entre las marcas publicadas en el Listado Integrado de ALG.
Infusiones	Café en grano, molido o instantáneo: elegir entre las marcas publicadas en el Listado Integrado de ALG. Té e infusiones de hierbas: elegir entre las marcas publicadas en el Listado Integrado de ALG. Yerba mate y mate cocido: elegir entre las marcas publicadas en el Listado Integrado de ALG.
Condimentos	Hierbas aromáticas frescas: son naturalmente libres de gluten. Ejemplos: albahaca, perejil, menta, etc. Condimentos envasados: elegir entre las marcas publicadas en el Listado Integrado de ALG.

No se requieren controles de biopsia de forma rutinaria en pacientes con buena respuesta a la dieta. La realización de una nueva biopsia puede ser necesaria en caso de falta de respuesta a la dieta libre de gluten. También puede plantearse el desafío en niños muy pequeños en quienes son comunes otras enteropatías, y por último si la serología es negativa en pacientes con persistencia de síntomas bajo estricta DLG.

La **adherencia a la dieta evaluada por un Nutricionista** entrenado sobre la base de una entrevista con un registro/frecuencia de alimentos, en conjunto con la evaluación clínica y serológica de un médico entrenado en EC. Este es el mejor método ya que tiene un aceptable costo y es no invasivo.

GUÍA AIPEO: ANTICONCEPCIÓN INMEDIATA POS EVENTO OBSTÉTRICO

Es un modelo de calidad de atención que beneficia a las mujeres y a las personas con capacidad de gestar (PCG) al entregar y/o colocarle un método anticonceptivo (MAC) previo al alta institucional, con el objetivo de evitar la pérdida de oportunidad en salud. Su pilar esencial es la consejería en salud sexual y reproductiva (SSR), la cual debe ser oportuna, clara, precisa y con perspectiva de derechos y género. En la Argentina, el 59.3 % de los embarazos son no intencionales y de estos el 72.2 % de las mujeres y PCG no utilizaba ningún MAC.

Pautas para el consentimiento informado de niñas y adolescentes

La atención autónoma de NNA se realizará en base a las siguientes pautas:

- **Niñas/es/os hasta los 13 años:** pueden brindar su consentimiento con asistencia de sus progenitores, representantes legales, personas que ejerzan formal o informalmente tareas de cuidado, personas allegadas o referentes afectivos. Se debe considerar el interés superior y la autonomía progresiva.
- **Adolescentes de 13 a 16 años:** pueden consentir toda práctica que no implique un riesgo grave para su salud o su vida.
- **Adolescentes a partir de los 16 años:** tienen capacidad plena para la toma de decisiones sobre el cuidado del propio cuerpo como una persona adulta.

Las niñas/os/es y adolescentes con discapacidad tienen los mismos derechos que las demás personas a decidir y acceder a servicios, insumos y prácticas de salud, incluyendo la anticoncepción.

El consentimiento informado **es verbal** por regla general, con excepción de la internación, intervención quirúrgica, procedimientos invasivos y procedimientos que implican riesgos graves o cuando la regulación particular así lo determine. Por tanto, en general, la anticoncepción transitoria no requiere consentimiento por escrito en ningún caso. De todas formas, deberá dejarse constancia en la historia clínica de la voluntad de la persona titular del derecho y de la asistencia de las personas que ejerzan roles formales o informales de cuidado que la acompañe en casos de personas menores de 13 años de edad.

- Todas las personas de 16 años o más son consideradas por la legislación argentina como adultas en lo referente al cuidado del propio cuerpo. Por ello, pueden otorgar por sí mismas su consentimiento informado en todos los casos.
- Todas las personas adolescentes de entre 13 y 16 años pueden brindar su consentimiento en forma autónoma si se trata de prácticas que no representen un riesgo grave para su vida o su salud. La Res. 65/2015 indica que las prácticas de salud reproductiva incluyendo anticoncepción transitoria no son de riesgo y no pueden considerarse invasivas, por tanto, pueden ser consentidas por las personas desde los 13 años de edad si necesidad de asistencia de otras personas.
- Todas las niñas y personas con capacidad de gestar menores de 13 años pueden brindar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores, representantes legales, personas que ejerzan formal o informalmente roles de cuidado, personas allegadas o referentes afectivos. Estas/os deben participar en conjunto con la niña en la toma de decisiones y deben firmar también el consentimiento informado. El principio de autonomía progresiva debe guiar el accionar del equipo de salud y de las personas que la acompañan.

En relación con la anticoncepción quirúrgica, la Ley 26.130 que en su artículo 3 dispone que:

- Todas las personas con discapacidad, sin excepción, tienen derecho a brindar su consentimiento informado para acceder a intervenciones de contracepción quirúrgica, por sí mismas y en igualdad de condiciones con las demás personas, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 2° de la presente ley.
- En ningún caso se requiere autorización judicial.
- Las personas con discapacidad tienen derecho a recibir información sobre las prácticas reguladas en esta ley en medios y formatos accesibles y a solicitar sistemas de apoyo y ajustes razonables que les permitan consentir en forma autónoma. Deben adoptarse salvaguardas para evitar la sustitución en la toma de decisiones.
- Si se tratara de persona con capacidad restringida por sentencia judicial y la misma no refiere al ejercicio del derecho que otorga la presente ley, ella debe prestar su consentimiento informado sin ningún impedimento. Si la sentencia de restricción a la capacidad designa apoyo para el ejercicio del derecho previsto en la presente ley, el consentimiento informado debe ser prestado por la persona con discapacidad con la asistencia prevista por el sistema de apoyos del artículo 32 del Código Civil y Comercial.

Se debe preguntar a las mujeres o PCG si han recibido consejos anticonceptivos antes del parto y, si es así, el método que han elegido debe confirmarse y luego proporcionarse a menos que haya complicaciones.

La consejería debe llevarse a cabo en los servicios de atención para garantizar que cada mujer y PCG acceda al MAC inmediatamente, de esta manera se evitan demoras innecesarias y barreras que puedan interferir en el futuro para iniciar la anticoncepción.

Un enfoque de atención centrada en las mujeres y PCG:

- Significa que cada persona que presta servicios debe:
- Identificar sus creencias y valores personales acerca de los servicios relacionados con el aborto y otros factores afines tales como el género, la edad y la sexualidad.
- Separar sus creencias y valores de los de sus pacientes y centrarse en las necesidades de las mismas.
- Mostrar respeto a todas las mujeres, sin importar su edad, estado civil y comportamientos y decisiones de salud sexual y reproductiva.
- Tratar a las mujeres con empatía, comprendiendo sus sentimientos y perspectivas, y comunicándoles dicho entendimiento.

Criterios de elegibilidad de la OMS Anticonceptivos posparto		ACO, ACI, Anillos y Parches	AOPS Implante	AMPD	DIU-Cu
Lactancia Exclusiva	Hasta las 6 semanas posparto	4	2	3	
	6 semanas a 6 meses posparto (con lactancia exclusiva)	3	1	1	
	6 meses posparto o más	2	1	1	
Posparto no amamantando	Menor a 21 días	3/4*	1	1	
	Entre 21 y 42 días	2/3**	1	1	
	Mayor a 42 días	1	1	1	
Posparto amamantando o no, incluido poscesárea	Menor a 48 horas				1
	Entre 48 horas y 4 semanas				3
	Mayor a 4 semanas				1

Categorías de acuerdo a las condiciones que presenta la persona

Categorías	Condiciones
1	Una condición para la que no hay restricción en cuanto al uso del método anticonceptivo.
2	Una condición en donde las ventajas del uso del método generalmente superan los riesgos teóricos o probados.
3	Una condición donde los riesgos teóricos o probados generalmente superan las ventajas del uso del método.
4	Una condición que representa un riesgo de salud inadmisibles si se utiliza el método anticonceptivo.

Criterios de elegibilidad de la OMS para el inicio y continuación del uso de métodos anticonceptivos		ACO	ACI	AOPS	AMPD	IMPLANTE	DIU Cu	DIU Lng	
Características personales e historia reproductiva	Edad	Desde la menarca a los 18 años	1	1	1	2	1	2	2
		Desde los 18 a los 39 años	1	1	1	1	1	1 ^I	1 ^I
		Desde los 40 años y más	2	2	1	1/2 ^{II}	1	1	1
	Nulíparas		1	1	1	1	1	2	2
	Lactancia	Hasta 6 semanas posparto	4	4	2	3 ^{III}	2	*	*
		6 semanas hasta 6 meses posparto	3	3	1	1	1	*	*
		6 meses post parto a más	2	2	1	1	1	*	*
	Posparto no amamantando	Menor a 21 días	3/4 ^{IV}	3/4 ^{IV}	1	1	1	*	*
		Entre 21 días y 42 días	2/3 ^V	2/3 ^V	1	1	1	*	*
		Mayor a 42 días	1	1	1	1	1	*	*
	Posparto amamantando o no, incluido post cesárea	Menor a 48 hs	**	**	**	**	**	1	1/2 ^{VI}
		Entre 48 hs y 4 semanas	**	**	**	**	**	3	3
		Mayor a 4 semanas	**	**	**	**	**	1	1
	Posaborto	Sepsis Puerperal	**	**	**	**	**	4	4
		Primer trimestre	1	1	1	1	1	1	1
		Segundo trimestre	1	1	1	1	1	2	2
	Trastornos venosos superficiales	Inmediatamente después de un aborto séptico	1	1	1	1	1	4	4
		Várices	1	1	1	1	1	1	1
		Trombosis venosa superficial	2	2	1	1	1	1	1
	Tabaquismo	Edad menor a 35 años	2	2	1	1	1	1	1
Edad mayor o igual a 35 años y consume MENOS de 15 cigarrillos día		3	2	1	1	1	1	1	
Edad mayor o igual a 35 años y consume MÁS de 15 cigarrillos día.		4	3	1	1	1	1	1	
Obesidad (IMC mayor a 30 kg/m ²)		2	1	1	1	1	1	1	

Método de larga duración	Duración	Tasa de falla
Dispositivo intrauterino liberador de Cu (DIU-Cu)	5-10 Años	uso típico 0.8 %
		uso perfecto 0.6 %
Dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel 52mg (DIU-LNG)	5 Años	uso típico y uso perfecto 0.2 %
Dispositivo intrauterino liberador de levonorgestrel 13.5 mg	3 Años	uso típico y uso perfecto 0.33 %
Implante subdérmico de etenogestrel	3 Años	uso típico y uso perfecto 0.05 %

Los **métodos anticonceptivos reversibles de larga duración (MALD** por sus siglas en español o **LARC** por sus siglas en inglés –long acting reversible contraception–), son métodos anticonceptivos reversibles ya que al suspender su uso se logra el retorno de la fertilidad rápidamente, y consideran de larga duración debido a que una vez colocados puede durar entre 3 y 10 años según el método elegido.

¿Cuáles son los LARC?



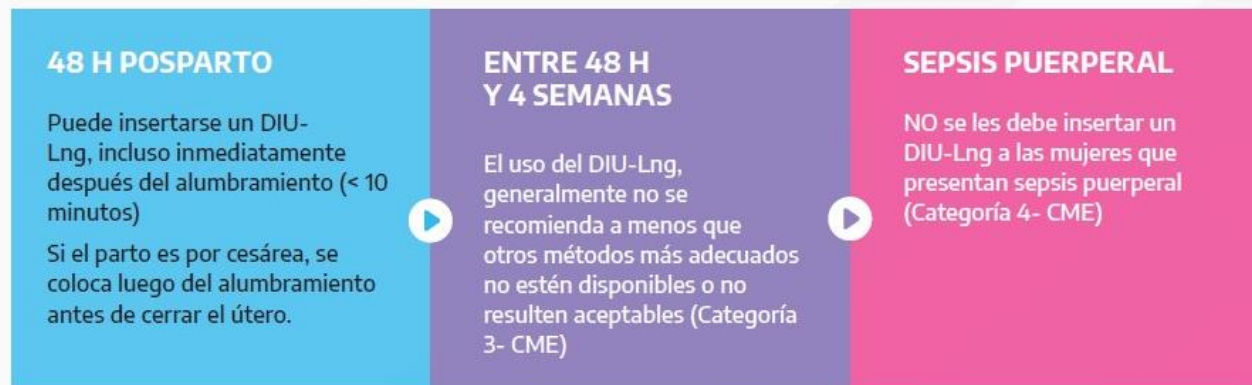
Tanto el **DIU-Cu** como el **DIU-Lng** pueden insertarse de manera segura en el período posparto inmediato. No se recomienda administrar profilaxis antibiótica en la inserción de un DIU. Las **contraindicaciones** son: rotura de membranas de más de 18 horas, signos de corioamnionitis, hemorragia posparto no resuelta,

traumatismo genital extenso cuya reparación se interrumpiría con la colocación del DIU. Si se realiza la inserción del DIU-Lng a partir de los 45 años con indicación anticonceptiva, se puede continuar su uso hasta 7 años.

Con el uso correcto: menos de 1 embarazo cada 100 mujeres o PCG por año de uso (6 embarazos cada 1.000 mujeres o PCG).

Con el uso habitual: menos de 1 embarazo cada 100 mujeres o PCG por año de uso (8 embarazos cada 1.000 mujeres o PCG).

Mujeres en el puerperio inmediato y menos de 4 semanas posevento:



Con el uso del **implante subdérmico** se produce menos de 1 embarazo cada 100 personas usuarias (5 cada 10.000 en un año). El implante subdérmico puede colocarse el mismo día en que se inicia la interrupción del embarazo con comprimidos de misoprostol o el día en que se realiza un AMEU.

Si bien en la AIPEO lo ideal es realizar consejería en LARC, en algunas circunstancias, cuando la persona lo desee o bien si no existe disponibilidad, es necesario realizar la consejería en SARC (métodos de corta duración) y mejorar su adherencia.

SARC (Short Acting Reversible Contraception, por sus siglas en inglés). Métodos de corta duración

COMPOSICIÓN HORMONAL	TIPO	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	PRINCIPAL MECANISMO DE ACCIÓN	¿SE PUEDE UTILIZAR PUERPERIO?	¿SE PUEDE UTILIZAR EN POSABORTO?
Estrógeno + Progestágeno	Anticonceptivos hormonales combinados (AHC)	Anticonceptivos combinados orales (ACO) Anticonceptivo combinado inyectable mensual (ACI) Anillos vaginales* Parches dérmicos	Anovulación	Luego de 21 días posparto y solo si la mujer o PCG no desea amamantar	Si inmediatamente posevacuación o al día siguiente. Válido para el aborto de primer o segundo trimestre

COMPOSICIÓN HORMONAL	TIPO	VÍA DE ADMINISTRACIÓN	PRINCIPAL MECANISMO DE ACCIÓN	¿SE PUEDE UTILIZAR PUERPERIO?	¿SE PUEDE UTILIZAR EN POSABORTO?
Progestágeno	Anticonceptivos hormonales sólo de progestágenos	Oral (levonorgestrel/linestrenol) **	Alteración moco cervical	Sí, si se inicia 21 días después incluso Indicado en mujeres o PCG que desean mamantar	Sí, inmediatamente posevación o al día siguiente, aunque debido a la disminución de la eficacia por los olvidos se recomiendan los AHC si estos no presentan contraindicaciones. Válido para el aborto de primer o segundo trimestre.
		Oral (desogestrel***, drospirenona)	Anovulación	Sí, si se inicia 21 días después incluso Indicado en mujeres o PCG que desean mamantar	
		Inyectable trimestral (AMPD)****	Anovulación	Según la OMS es categoría 3 para aplicarlo antes del alta. Según criterios del Reino Unido (2016) y CDC (2016) categoría 2. Se debe evaluar la situación de cada paciente en particular, ventajas y desventajas del método.	

Los **preservativos y geles lubricantes** deben entregarse a quien los solicite, sin distinción de edad, género ni ninguna otra condición. Con el uso de cualquier MAC, debe reforzarse la utilidad del doble método para la prevención de infecciones de transmisión sexual. Hacer fundamental hincapié en la población adolescente. Junto a los preservativos puede ofrecerse anticoncepción hormonal de emergencia, también sin distinción de edad o género, para que la persona pueda disponer rápidamente de ella ante cualquier urgencia.

Es importante asesorar a la persona que está usando **MELA (método de lactancia y amenorrea)** para que decida el método alternativo con el que va a seguir si alguna de estas condiciones cambia. Realizar la recomendación sobre cómo iniciar el nuevo método, e incluso tener prevista la entrega antes de que lo necesite, contribuirá a disminuir la posibilidad de un embarazo no intencional. Si se está amamantando, con el fin de aumentar la eficacia del MELA y garantizar una anticoncepción más segura, se recomienda combinar este con otros métodos.

Anticoncepción hormonal de emergencia (AHE):

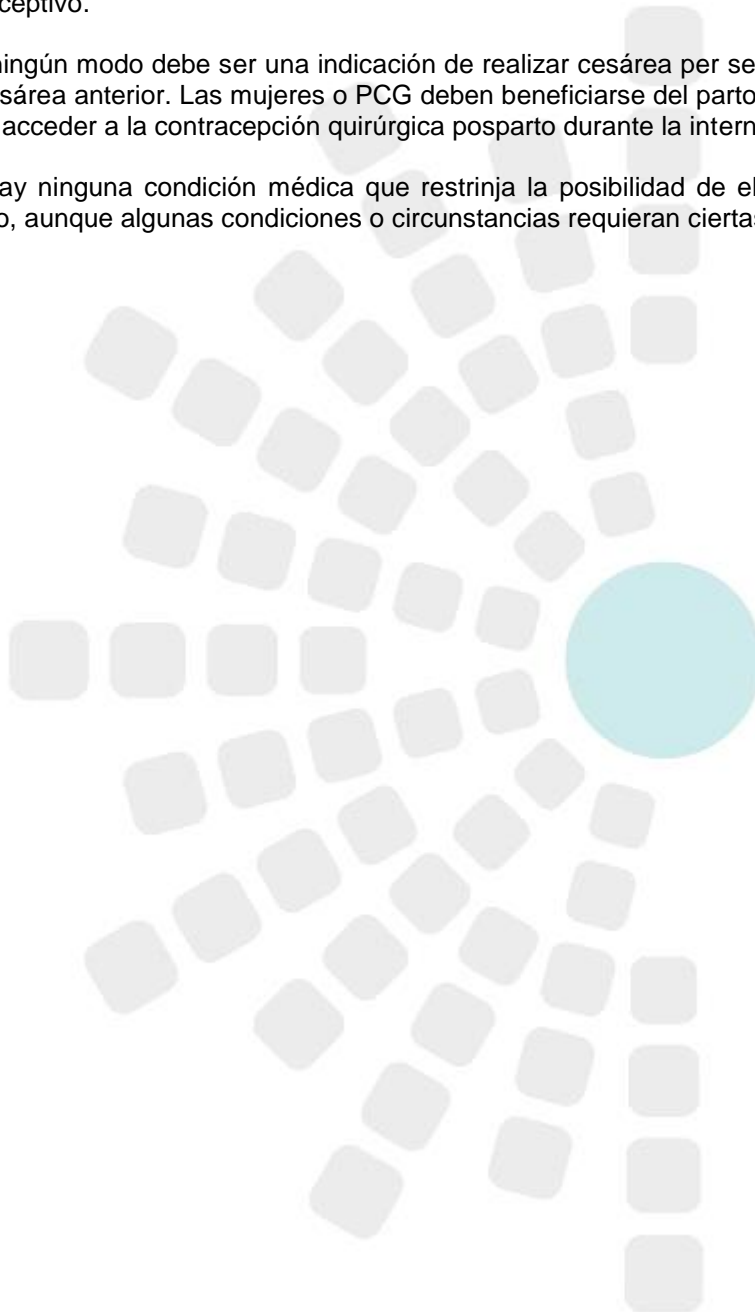
- La anticoncepción hormonal de emergencia puede ser usada sin problemas durante todo el puerperio, con y sin lactancia. No tiene ninguna contraindicación.
- En todas las circunstancias, debe facilitarse la entrega de la AHE.
- Es una buena práctica brindar asesoramiento sobre AHE en la consejería antes y después del parto y durante el puerperio.
- Brindar información sobre la forma de uso y proveer de AHE al alta del parto, en los controles del puerperio o de niñas/es/os, contribuye a evitar un embarazo no intencional.

Contracepción quirúrgica (CQ) posevento obstétrico inmediato: La Ley Nacional 26.130 de contracepción quirúrgica, sancionada en el año 2006, plantea que **toda persona “mayor de edad” (16 años o más)** puede acceder a la ligadura tubaria (LT) o a la vasectomía de manera gratuita, luego de prestar por escrito su consentimiento informado.

Es un método anticonceptivo permanente y altamente efectivo para personas con capacidad de gestar. En general, no es reversible. No hay ninguna condición médica que restrinja la posibilidad de elección de la LT como método anticonceptivo.

El deseo de LTB de ningún modo debe ser una indicación de realizar cesárea per se, tampoco si la mujer o PCG presenta una cesárea anterior. Las mujeres o PCG deben beneficiarse del parto vaginal si el mismo no está contraindicado y acceder a la contracepción quirúrgica posparto durante la internación.

Según la OMS, no hay ninguna condición médica que restrinja la posibilidad de elección de la LT como método anticonceptivo, aunque algunas condiciones o circunstancias requieran ciertas precauciones.

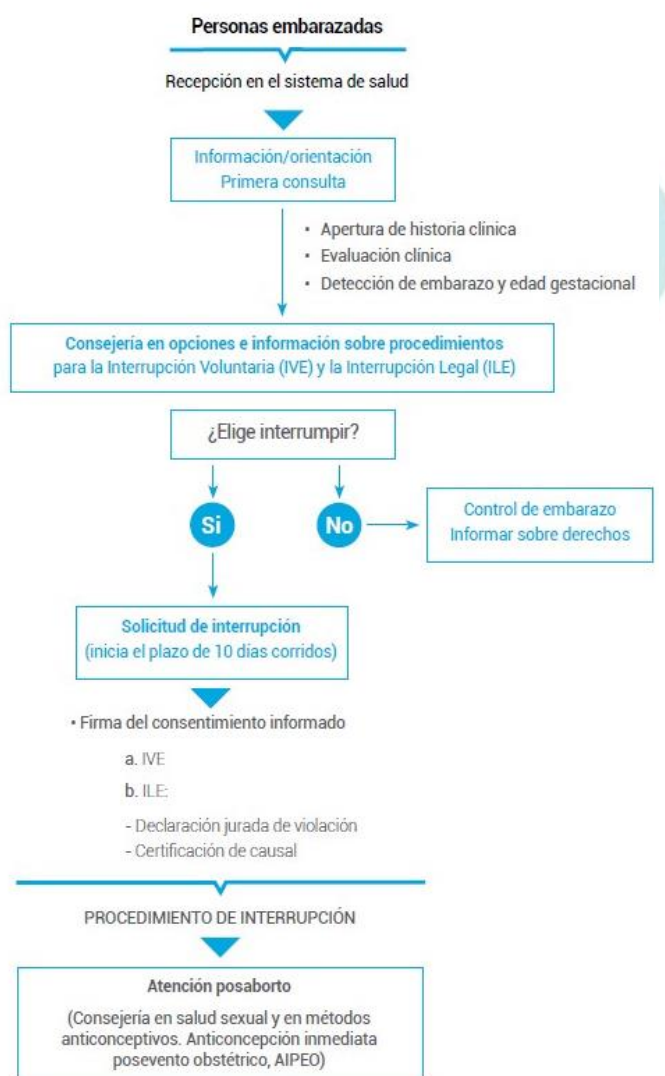


PROTOCOLO PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LAS PERSONAS CON DERECHO A LA INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA Y LEGAL DEL EMBARAZO (IVE/ILE) (Actualización 2022)

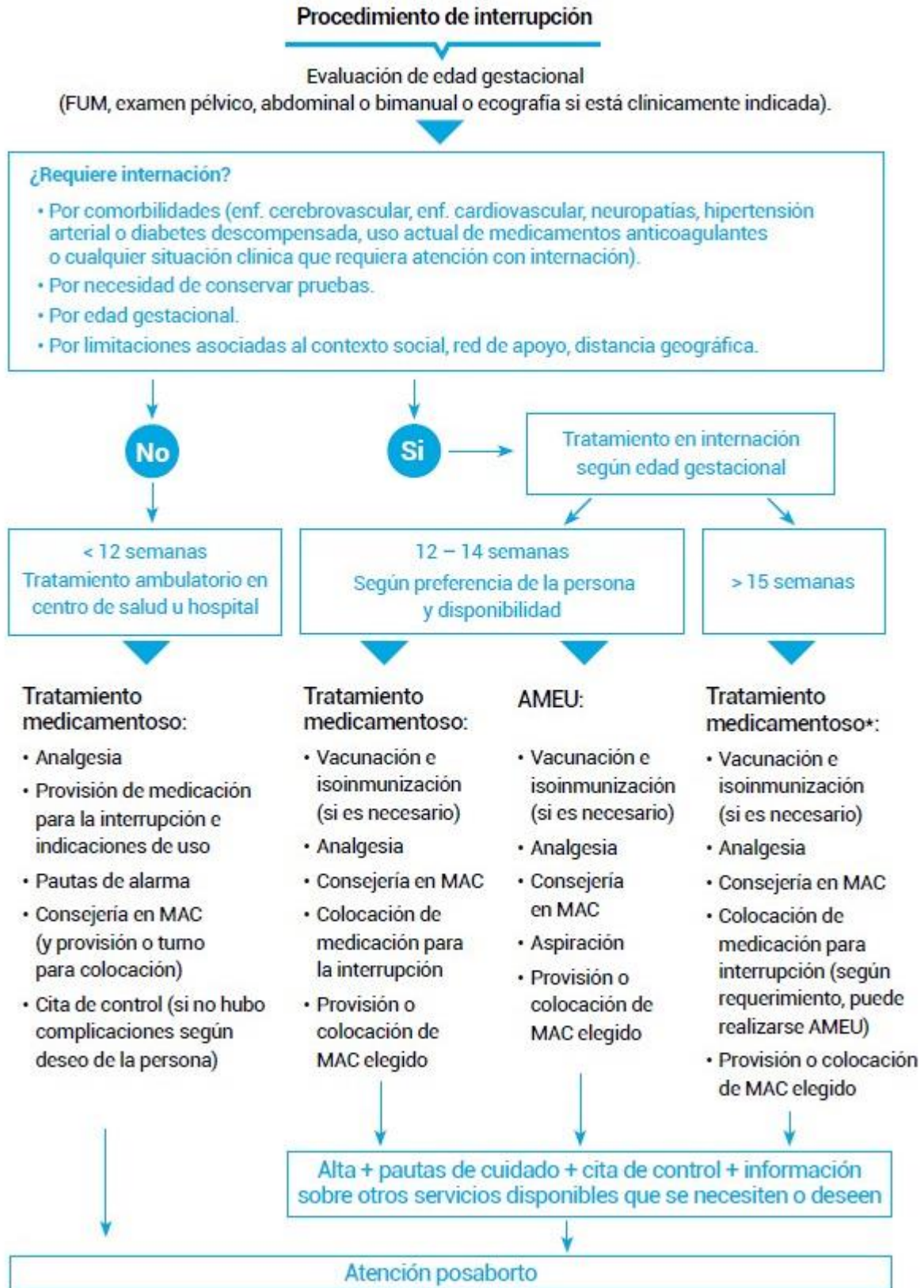
La Ley 27.610 se sancionó el 30 de diciembre de 2020 y se promulgó el 14 de enero de 2021, momento en el que entró en vigencia en todo el país por ser una norma de orden público.

Todas las personas que son niñas/es/os menores de 13 años: pueden brindar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores, representantes legales, personas que ejerzan formal o informalmente roles de cuidado, personas allegadas o referentas/es afectivos. Estas personas deben participar en conjunto con la niña/e/o en la toma de decisiones y deben firmar también el consentimiento informado. El principio de autonomía progresiva debe guiar el accionar del equipo de salud y de las personas que acompañan. Respecto a la declaración jurada de violación, como la ley considera que siempre una relación sexual con una niña o cualquier persona menor de 13 años es una violación, esta no es necesaria (art.4, Ley 27.610).

Cuadro 1: Flujograma de modelo de atención para interrupción del embarazo IVE/ILE



Cuadro 2: Flujograma del proceso de interrupción en situaciones de IVE/ILE



Cuadro 3. Métodos recomendados para la interrupción del embarazo



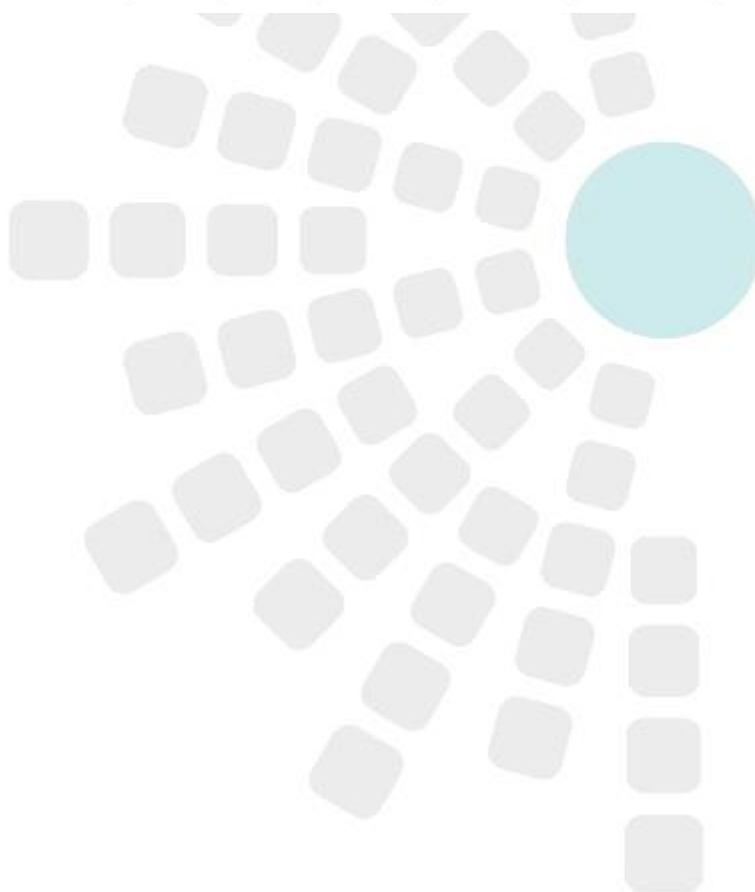
El **uso de rutina de antibióticos** al momento del procedimiento quirúrgico disminuye el riesgo de infecciones posteriores. Se recomienda el uso de profilaxis antibiótica antes del aborto quirúrgico; sin embargo, no se debe negar la interrupción cuando no se dispone de los mismos (OMS, 2022; Ipas, 2021).

Tabla 6: Uso de las categorías de criterios médicos de elegibilidad de anticonceptivos para la práctica diaria

Categorías	Con criterio clínico	Con criterio clínico limitado
1	Use el método en cualquier circunstancia.	SI usar el método.
2	En general, use el método. Las ventajas de utilizar el método superan a los riesgos demostrados.	
3	El método generalmente no se recomienda, a menos que otros métodos más adecuados no estén disponibles o no sean aceptados o haya serias dificultades para la adherencia. Los riesgos teóricos o demostrados superan las ventajas de utilizar el método.	NO usar el método.
4	No debe usarse el método. El uso del método constituye un riesgo inaceptable para la salud.	

Tabla 7: Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos posaborto

Situación	ACO	ACI	AOPS	AMPD	Implante	DIU-Cu/DIU-LNG
Posaborto de primer trimestre	1	1	1	1	1	1
Posaborto de segundo trimestre	1	1	1	1	1	2
Inmediatamente después de aborto séptico	1	1	1	1	1	4



METODOS ANTICONCEPTIVOS
GUIA PRACTICA PARA PROFESIONALES DE LA SALUD
(Actualización 2019)

En este caso vamos a modificar LO QUE CAMBIA de acuerdo a esta Guía actualizada en relación a lo escrito en el manual de Tocoginecología de nuestro Instituto. Los cambios los ponemos en **COLOR ROJO** para no confundir.

Página 16 del Manual de Tocogineco del Instituto Aula Magna dice: “Eficacia: 14 embarazos por cada 100 mujeres en el primer año de uso (1 en cada 8). Los fracasos se deben más a problemas en su colocación o de escurrimiento del semen que a la posibilidad de ruptura. Si su uso es correcto y consistente desciende a **3 embarazos** por cada 100 mujeres en el primer año de uso (1 en cada 33)”.

Guía MAC 2019: cambia a **“2 embarazos”**.

Página 17 y 18 del Manual de Tocogineco del Instituto Aula Magna: los cuadros de “Recomendación de profilaxis...”

Guía MAC 2019: no están más. Eso no significa que no se haga profilaxis (se discute en clase ese tema).

Página 19 del Manual de Tocogineco del Instituto Aula Magna: cuando habla del diafragma vaginal, “Con el uso habitual: **20 embarazos** por cada 100 mujeres por año”.

Guía MAC 2019: cambia a **“12 embarazos”**.

Página 20 del Manual de Tocogineco del Instituto Aula Magna: cuando habla de la eficacia del DIU, “Con el uso habitual: **entre 1 y 3 embarazos** cada 100 mujeres por año de uso”.

Guía MAC 2019: cambia a **“<1 embarazo”**.

Página 23 del Manual de Tocogineco del Instituto Aula Magna dice: “Eficacia con el uso habitual: se producen cerca de **8 embarazos** cada 100 mujeres que utilizan ACO en el correr del primer año.”

Guía MAC 2019: cambia a **“9 embarazos”**.

Página 28 del Manual de Tocogineco del Instituto Aula Magna: cuando habla del inyectable trimestral, “Eficacia con el uso habitual: **3 embarazos** cada 100 mujeres por año de uso.”

Guía MAC 2019: cambia a **“6 embarazos”**.

Página 29 del Manual de Tocogineco del Instituto Aula Magna dice: “Para su realización, **SÓLO** se requiere ser **mayor de edad, capaz**, recibir una consejería adecuada a fin de firmar un consentimiento informado.”

Guía MAC 2019: cambia a **“mayor de 16 años”**.

Página 29 del Manual de Tocogineco del Instituto Aula Magna: cuando habla de métodos químicos, “Eficacia: son de baja eficacia. Con el uso correcto: 18 embarazos cada 100 mujeres durante el primer año de uso. Con el uso común: **29 embarazos** cada 100 mujeres durante el primer año de uso.”

Guía MAC 2019: cambia a “**28 embarazos**”.

Página 31 del Manual de Tocogineco del Instituto Aula Magna dice: “A partir de los **14 años** las personas pueden acceder solas/os a la consulta y se les debe proveer del método anticonceptivo que elijan: anticonceptivos orales, para la lactancia, inyectables, DIU, anticoncepción de emergencia y preservativos. No hace falta consentimiento ni autorización de los padres para estas prácticas. A partir de los **18 años** también tiene derecho a acceder a la ligadura o vasectomía.”

Guía MAC 2019: cambia a “**13 años (reemplaza 14 años) y 16 años (reemplaza 18 años)**”.

Página 31 del Manual de Tocogineco del Instituto Aula Magna dice: “Para adolescentes de **13 años y menos** se procurará en la asistencia de los padres u otro adulto de referencia. La ley establece el acceso sin restricciones a la información sobre métodos anticonceptivos y el derecho a que se les prescriban preferentemente métodos de barrera, en particular el preservativo. En caso de considerarse necesario también es posible la prescripción de otros métodos autorizados por el ANMAT (anticonceptivos orales, para la lactancia, inyectables, DIU, anticoncepción de emergencia y preservativos). Según el Código Civil, los menores de **14 años** tienen discernimiento, y esta es la regla utilizada por los médicos pediatras y generalistas en la atención médica.”

Guía MAC 2019: cambia a “**hasta 13 años (reemplaza 13 años y menos) y 13 años (reemplaza 14 años)**”.

GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA (GPC) NACIONAL DE PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL VERSIÓN BREVE PARA EL EQUIPO DE SALUD 2019

En la **clasificación de HTA** (la guía de la SAC, no la guía que me pasaste usa otros valores).

Categoría	Sistólica (mmHg)		Diastólica (mmHg)
PA normal	< 130	y/o	< 85
PA limitrofe	130-139	y/o	85-89
Hipertensión			
HTA nivel 1	140-159	y/o	90-99
HTA nivel 2	160-179	y/o	100-109
HTA nivel 3	≥ 180	y/o	≥ 110
HTA sistólica aislada	≥ 140	Y	< 90

Sin tomar fármacos antihipertensivos y sin enfermedad aguda. Cuando las presiones sistólica y diastólica califican en categorías diferentes, se debe elegir la más alta, basados en el promedio de dos mediciones obtenidas en dos o más visitas luego del examen inicial.

En cuanto al tratamiento NO FARMACOLOGICO: en el manual está bien. Pero vamos a resumirlo:

- 1) Realizar al menos 150 minutos semanales de actividad física de intensidad moderada, en sesiones de al menos 30 minutos.
- 2) Adherir a un plan de alimentación saludable reducido en sal: 5 gramos de sal, que equivale a 2 gramos de sodio por día.
- 3) De forma práctica se aconseja como objetivo la reducción del 5 al 10% del peso cada 6 a 12 meses respecto al peso inicial de cada persona, hasta alcanzar meta.
- 4) Cese tabáquico.
- 5) Limitar el consumo de alcohol en no más de una medida estándar por día en mujeres y dos medidas estándar por día en hombres. Considerar los factores psicosociales como el estrés, ansiedad y depresión, como posibles factores de riesgo independiente, tanto de HTA como de eventos cardiovasculares.

La GUIA AGREGA lo siguiente:

OBESIDAD: IMC, circunferencia de cintura, reducción del 5% al 10% de 6 a 12 meses es lo que se aconseja.

TABAQUISMO: agrega que el cigarrillo electrónico **no** es una medida para dejar de fumar.

¿A QUIENES Y CADA CUANTO CONTROLAR?

- 1) 18 y 40 años sin factores de riesgo y PA igual o menor a 130/80 mmHg: al menos 1 vez cada 3 a 5 años.
- 2) En mayores de 40 años o en presencia de factores de riesgo o valores de presión arterial sistólica (PAS) 130 a 139 mmHg y/o presión arterial diastólica (PAD) 80 a 89 mmHg: al menos 1 vez al año.
- 3) **AGREGA EL CONCEPTO DE HIPERTENSION ARTERIAL OCULTA (COMO SOSPECHA DE ERRORES DIAGNOSTICOS JUNTO CON LA HTA DE BATA BLANCA):** presencia de valores normales de presión arterial en consultorio, pero con cifras elevadas de presión arterial fuera del mismo. En personas con presión arterial normal en consultorio que presenten daño de órgano blanco, sospechar HTA oculta.

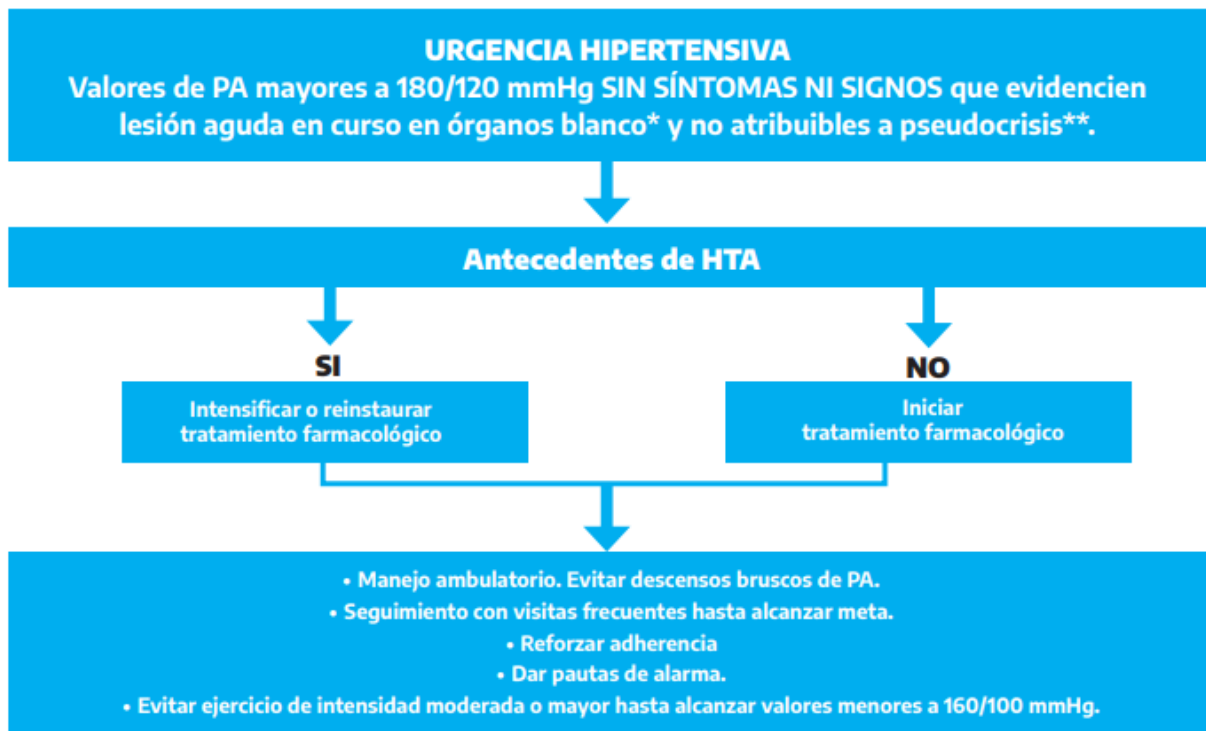
DISTINTAS METAS DEL TRATAMIENTO:

- 1) 18 y 79 años: < 140/90 mmHg como objetivo terapéutico primario.
- 2) **Metas más exigentes:** valores cercanos a 130/80 mmHg en quienes presenten:
 - alto riesgo cardiovascular (ej. daño de órgano blanco, múltiples factores de riesgo y/o comorbilidades, antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular precoz o eventos cardiovasculares previos)
 - bajo riesgo de efectos adversos (ej. jóvenes, sin historia de efectos adversos por fármacos, sin signos de fragilidad).
- 3) 80 años y más: < 150/90 mmHg.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

- **Iniciar con dosis media de: IECA, ARA II, antagonistas del calcio, Tiazidas, BB.**
- ***Sí un mes después con buena adherencia, no logra los objetivos:*** Asociar un segundo fármaco a dosis baja o media.
- **Dos fármacos a dosis baja o media con buena adherencia, no logra objetivos:**
 - 1) Adicionar un tercer fármaco.
 - 2) Aplicar la dosis de alguno de los dos fármacos (IECA, ARA II, BB).
- ***Tres fármacos a dosis bajas o medias, no alcancen la meta: intensifica el tratamiento, controles mensuales***

AGREGA URGENCIA HIPERTENSIVA:



- TA > 180/120 sin signos o síntomas de lesión de órgano en pacientes con HTA.
- Clasificación:
- 1) **Urgencia hipertensiva: sin síntomas**
- 2) **Emergencia hipertensiva: con síntomas de DOB. Requiere manejo inmediato.**

Abreviaturas de fármacos: IECA: Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (ej. enalapril), ARAII: antagonistas de receptores de angiotensina (ej. losartán), AC-D: antagonistas cálcicos del grupo dihidropiridinas (ej. amlodipina), TZ-STZ: diuréticos del grupo tiazida o simil tiazida (ej. hidroclorotiazida, clortalidona, indapamida), BB: betabloqueantes (ej. atenolol)

AGREGA POBLACIONES ESPECIALES:

EDAD FERTIL: No usar IECA o ARAII y, en quienes los reciben, suspender su uso si se constata embarazo para evitar efectos adversos graves en el feto.

DBT (CON O SIN ENFERMEDAD RENAL):

- Opciones a dosis media: - IECA (ejemplo: enalapril 10 mg c/12hs) o ARAII (ejemplo: losartán 50 mg/día).
- Asociar: en quienes tengan buena adherencia al tratamiento y no alcancen la meta de control de PA al mes: IECA + AC-D, IECA + diurético (TZ/STZ), ARAII + AC-D, ARAII + diurético (TZ/STZ).
- Metas: son las mismas que para la población sin diabetes, es decir, menor a 140/90 mmHg y en quienes presenten bajo riesgo de efectos adversos, se pueden plantear metas más exigentes con valores cercanos a 130/80 mmHg.

ERC no diabética con (TFG < 60 con o sin albuminuria): IECA o ARAII como terapia de inicio y mantenerla en la intensificación para el control de la PA, la reducción de eventos cardiovasculares mayores y muerte, con el beneficio adicional en reducción de albuminuria/proteinuria, caída del filtrado glomerular y evolución a ERC en etapa terminal.

DAÑO DE ORGANOS BLANCO (AGREGA NUEVOS CONCEPTOS):

Definición: se refiere principalmente a: hipertrofia ventricular izquierda (HVI), fibrilación auricular (FA), dilatación de aurícula izquierda (AI), deterioro de la función renal y albuminuria.

El daño de órgano blanco detectado por cualquier método se asocia a incremento de eventos cardiovasculares mayores (IAM, angina de pecho, ACV, insuficiencia cardíaca) y muerte.

PRIMER CONCEPTO IMPORTANTE: realizar dentro del año de diagnóstico, para valorar la presencia de daño de órgano blanco: ECG, filtrado glomerular, índice albúmina/creatinina en muestra de orina aislada matinal. De encontrarse disponible, la realización de un ecocardiograma podría mejorar la sensibilidad para detectar HVI, dilatación auricular y dilatación de raíz aórtica (NO LO RECOMIENDA, SOLO SI SE ENCUENTRA DISPONIBLE).

ECG: alta especificidad y es de bajo costo. A su vez, brinda información sobre trastornos eléctricos, principalmente FA, una de las principales condiciones de riesgo para ACV.

Enfermedad renal crónica:

Estratificación de ERC por categorías, pronóstico y referencia al nefrólogo

Pronóstico combinado de la ERC (mortalidad global, cardiovascular, progresión a diálisis o trasplante y evento de injuria renal aguda)			CATEGORÍA DE ALBUMINURIA (RAC en mg/g)		
			A1	A2	A3
			< 30	30-300	> 300
CATEGORÍA POR FILTRADO GLOMERULAR (FG en ml/min/1,73m ²)	G1	> 90			REFERENCIA
	G2	60 - 89			REFERENCIA
	G3a	45 - 59			REFERENCIA
	G3b	30 - 44	REFERENCIA	REFERENCIA	REFERENCIA
	G4	15 - 29	REFERENCIA	REFERENCIA	REFERENCIA
	G5	< 15	REFERENCIA	REFERENCIA	REFERENCIA

ERC: enfermedad renal crónica. RAC: Relación albúmina/creatinina en orina.
Color **verde**: no hay enfermedad renal si no existen otros marcadores definitorios; **amarillo**, riesgo moderado; **naranja**, riesgo alto; **rojo**, riesgo muy alto.

SEGUNDO CONCEPTO: HTA que al diagnóstico o durante el seguimiento, presenten alguna de las siguientes alteraciones: albuminuria igual o mayor a 30 mg/g (dos determinaciones), deterioro del filtrado glomerular (IFGe) por debajo de 60 ml/min/1,73m², ECG que sugiere daño de órgano blanco: hipertrofia ventricular izquierda, fibrilación auricular, dilatación de aurícula izquierda, se recomienda realizar un **ecocardiograma** para aumentar la precisión diagnóstica y cuantificar el daño. La presencia de fibrilación auricular (FA) requiere derivación precoz para valoración y asesoramiento a fin de comenzar la anticoagulación oral y disminuir el riesgo de ACV embólico.

TECER CONCEPTO: daño de órgano blanco, se recomienda:

- Ajustar el tratamiento antihipertensivo con metas más estrictas cercanas a 130/80 mmHg.
- Repetir ECG, IFGe e índice albúmina/creatinina en muestra de orina aislada 1 vez al año.
- Realizar ecocardiograma cada 2 a 3 años.
- **En ausencia de daño de órgano blanco, se sugiere:** repetir ECG, IFGe e índice albúmina/creatinina en muestra de orina aislada, cada 1 a 3 años.

CUARTO CONCEPTO: HTA (sin diabetes mellitus ni alteraciones visuales)

- No realizar fondo de ojo para detección de retinopatía hipertensiva en forma rutinaria ya que no tiene un tratamiento específico más allá del control de la presión arterial y no aporta información adicional a la brindada por las pruebas para detectar daño de órgano blanco a nivel cardiaco y renal.

QUINTO CONCEPTO: algunos test no son de utilidad en el abordaje de la HTA:

- No realizar ergometría para diagnóstico de HTA, ni para guiar el tratamiento antihipertensivo ya que no se ha podido establecer clara asociación entre la respuesta hipertensiva al ejercicio y la ocurrencia de eventos cardiovasculares mayores.
- No realizar ecodoppler de vasos de cuello para evaluar daño de órgano blanco de la HTA ya que la medición del espesor íntima media carotídeo muy probablemente no mejore la predicción del riesgo cardiovascular respecto de la evaluación basada en los factores de riesgo cardiovasculares.

PRÁCTICAS	DENTRO DEL AÑO DE DIAGNÓSTICO	SEGUIMIENTO	
		Sin daño de órgano blanco (sin DOB)	Con daño de órgano blanco (con DOB)
Electrocardiograma	X	1 a 3 años	Anual
Orina: índice albúmina/creatinina	X	1 a 3 años	Anual*
Creatininemia e IFGe	X	1 a 3 años	Anual*
Ecocardiograma	Ante signos de DOB en ECG y/o estudios de función renal	-----	2 a 3 años
Ionograma plasmático ante uso de AC-D o BB	X	1 a 3 años	
Ionograma plasmático ante uso de diuréticos TZ-STZ, IECA o ARAII	X	Anual	
Glucemia plasmática en ayunas**	X	ante glucemia normal: 3 a 5 años o más frecuente según criterio médico	
Colesterol total, HDL y TG	X	1 a 3 años	



INSTITUTO AULA MAGNA **CURSOS DE RESIDENCIAS MEDICAS**

GINECOLOGIA y OBSTETRICIA **CIRURGI** **CLINICA MEDICA** **PEDIATRIA**

TELEFONO (+5411) 4373 0816 | WHATSAPP 15 2826 6629 | MAIL informes@amagna.com.ar | FACEBOOK /instituto.aulamagna