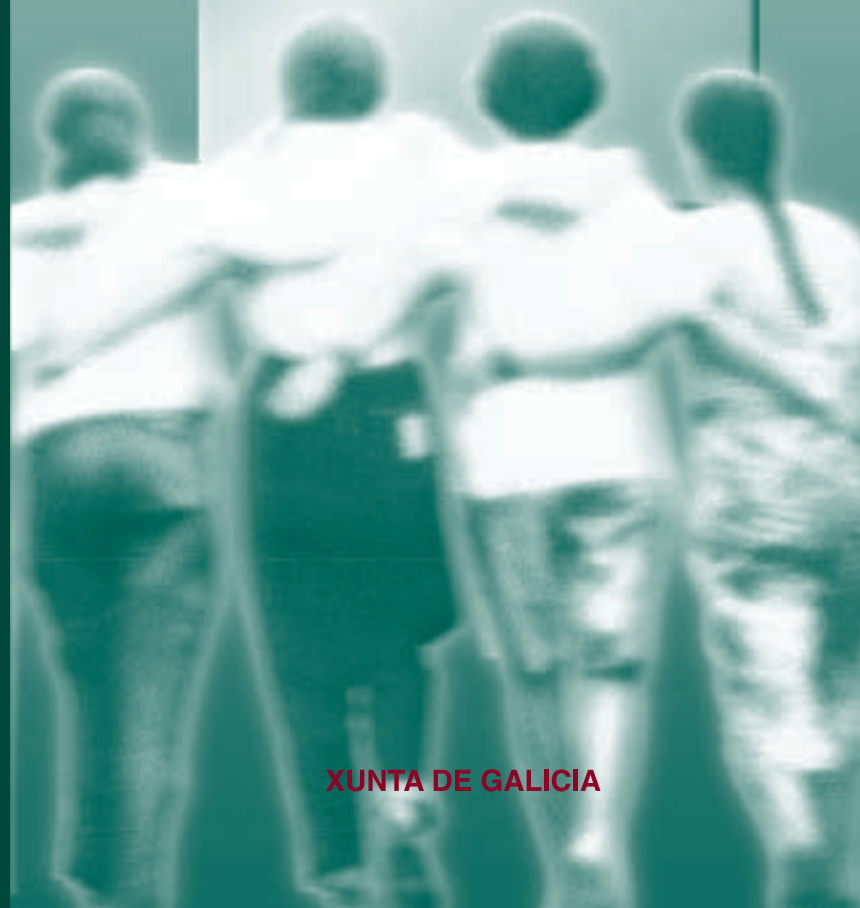


# GUÍA DE ATENCIÓN Á ADOLESCENCIA

GUÍA DE ATENCIÓN Á ADOLESCENCIA



CONSELLERÍA DE SANIDADE

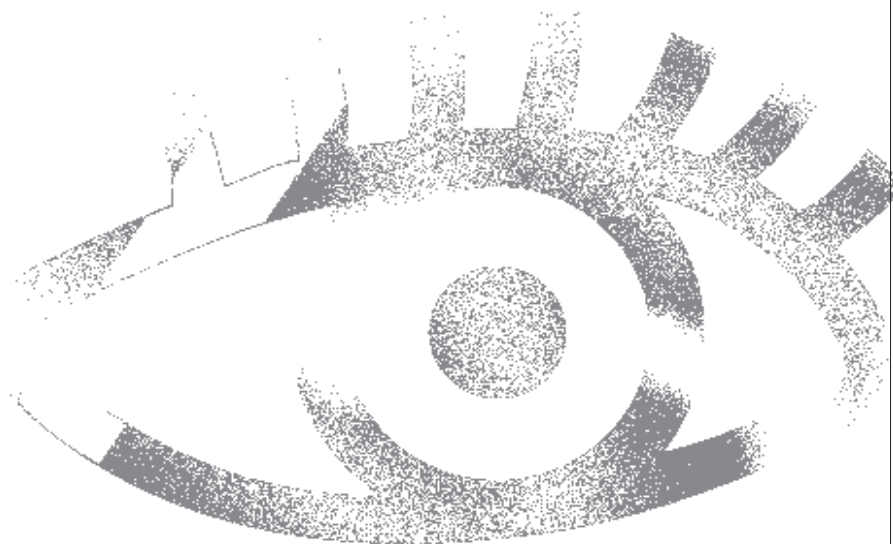


Xerencia de Atención Primaria, Lugo



XUNTA DE GALICIA

# GUÍA DE ATENCIÓN Á ADOLESCENCIA



## **Grupo de traballo - Membros**

---

Nieves Pastor Benavent	Pediatra
Ana Lage Mondelo	Enfermeira
Concepción Luaces Soto	Enfermeira
Nieves Pazos Díaz	Traballadora social
Cecilia Dasilva Jorge	Odontóloga

## **Edita**

---

Servicio Galego de Saúde  
Xerencia de Atención Primaria de Lugo

## **Coordinación técnica:**

---

Xerencia de Atención Primaria de Lugo

## **Deseño e realización:**

---

Artes Gráficas Lucenses

Depósito Legal: LU-379-2001

## **INDICE**

---

Introducción	Páx. 8
Etapas da adolescencia	Páx. 9
Análise da situación	Páx. 12
Estudio dos problemas de saúde na adolescencia	Páx. 15
O embarazo na adolescencia	Páx. 16
Obxectivos	Páx. 17
Poboación diana	Páx. 19
Actividades	Páx. 20
Organización do traballo	Páx. 22
Recursos necesarios	Páx. 24
Avaliación	Páx. 25
Anexos	Páx. 26
Bibliografía	Páx. 61

## Presentación

---

A adolescencia é un período de tránsito dende a infancia ó considerado estado adulto. Desta época da vida, actualmente non hai un acordo dos seus límites; diferentes autores e sociedades científicas clasifican á adolescencia en varias etapas, unha adolescencia temperá (de 10 a 14 anos), unha adolescencia media (de 15 a 17 anos) e unha adolescencia tardía (de 18 a 21 anos).

Durante este tempo prodúcese importantes cambios físicos, psicolóxicos e sociais encamiñados a conseguir a maduración psico-afectiva e intelectual ó final da cal o neno se converterá nun individuo adulto, polo tanto, é un concepto máis amplo có de puberdade, soamente referido a modificacións físicas corporais, valorables obxectivamente.

Pénsase habitualmente que a adolescencia é un período de tempo saudable, no que os individuos se atopan sans, sen embargo isto non é totalmente certo. Aínda que é habitual nesta idade unha baixa morbilidade orgánica, prodúcese un aumento dos problemas psicosomáticos e outros derivados do estilo de vida, incluso unha maior propensión ó desaxuste emocional.

Ante a situación descrita, resulta de un gran interese a realización de traballos como esta Guía da Adolescencia, co obxectivo de establecer unha sistemática para o estudo da saúde nesta etapa da vida, e averiguar se o adolescente, aparentemente san, téñe algún tipo de disfunción a través da entrevista e a exploración.

Estando relacionadas algunhas das principais causas de mortalidade cos hábitos adquiridos na infancia e na adolescencia, é importante nestas idades, promover hábitos saudables e a modificación dos nocivos xa instaurados.

Esta Guía de atención á adolescencia revisa aspectos biomédicos, psicosociais, e proporciona recursos ante problemas non específicos, fundamentalmente co obxectivo de detectar enfermidades asintomáticas e estimular ó adolescente para que se faga responsable da súa propia saúde.

José M.<sup>a</sup> Hernández Cochón  
*Conselleiro de Sanidade e Servizos  
Sociais*

## ETAPAS DA ADOLESCENCIA

### Adolescencia temperá: (10-14 a)

Caracterizada por rápidos cambios físicos coa aparición da puberdade. Estes cambios dan lugar a egocentrismo e inician a loita do adolescente pola súa independencia.

A) - LOITA INDEPENDENCIA - DEPENDENCIA: trátase do cambio que se inicia desde a dependencia dos pais cara a un comportamento independente. Caracterízase por:

- 1.º Menor interese por actividades dos pais e maior receo a aceptacións críticas ou consellos por parte deles.
- 2.º Baleiro emocional creado pola separación dos pais sen a aparición de ningún grupo alternativo. Este baleiro pode crear problemas manifestados frecuentemente nunha diminución do rendimento escolar.
- 3.º Humor variable e comportamento inestable.

B) - PREOCUPACIÓN POLO SEU ASPECTO CORPORAL:

- 1.- Está preocupado polo aspecto do seu corpo.
- 2.- Está inseguro respecto da aparencia e atractivo.
- 3.- Compara frecuentemente o seu corpo co doutros adolescentes.
- 4.- Interese consciente pola anatomía e fisioloxía sexual.

C) - INTEGRACIÓN NO GRUPO DE AMIGOS.

Paralelo ó afastamento da familia, o adolescente pasa a depender cada vez máis dos amigos, caracterizándose esta relación por:

- 1.- Amizades solitarias cun compañeiro do mesmo sexo.
- 2.- Sensacións de tenrura fortemente emocionais cara ós seus iguais que pode levar a sentimentos, medos ou relacións homosexuais.
- 3.- Pode iniciarse algún contacto co sexo oposto, dentro do grupo de amigos.

D) - DESENVOLVEMENTO DA SÚA IDENTIDADE.

Evolución do pensamento concreto ó pensamento abstracto. Durante esta etapa ten lugar:

- 1.- Crecente habilidade para o razoamento abstracto que normalmente se desenvolve interiormente dando lugar a autocriterios e fantasía.
- 2.- Soñar esperto con frecuencia.
- 3.- Establecemento de obxectivos vocacionais irrealis ou ideais.
- 4.- Probas de autoridade. Comportamento común no adolescente ó



## ETAPAS DA ADOLESCENCIA

tratar demente tensión entre o adolescente, a súa familia e os seus educadores. definirse a si mesmos, isto adoita causar frecuente

- 5.- Necesidade dunha maior intimidade.
- 6.- Emerxencia de sentimentos sexuais.
- 7.- Desenvolvemento do propio sistema de valores.
- 8.- Falta de control de impulsos, que pode derivar nun comportamento crispado ou perigoso.
- 9.- Tendencia a esaxera-la propia situación persoal, aínda que os adolescentes senten a miúdo que son o centro de atención, poden tamén convencerse de que se atopan sós e o seus problemas son únicos.

### Adolescencia media: (15-17 a)

Caracterizada por un crecente ámbito e intensidade de sentimentos, así coma a importancia concedida ós valores do grupo de amigos.

A) - LOITA DEPENDENCIA - INDEPENDENCIA: os conflitos prevalecen máis conforme o adolescente mostra menos interese polos pais e dedica unha maior parte do seu tempo ós seus amigos.

B) - PREOCUPACIÓN POLO ASPECTO CORPORAL: están menos preocupados polos seus cambios físicos, pois nesta idade normalmente os cambios físicos xa se produciron case todos e, aínda que hai maior aceptación e comodidade co corpo, pásase tamén máis tempo intentando facelo atractivo.

C) - INTEGRACIÓN NO GRUPO DE AMIGOS: existe un poderoso papel dos grupos de amigos:

- 1.- Intensa integración do adolescente dentro da subcultura do seu amigo.
- 2.- Conformidade do adolescente coas regras, valores, formas de vestir do amigo nun intento de separarse máis da súa familia.
- 3.- Integración crecente en relacións heterosexuais.
- 4.- Integración en clubs, deportes de equipo, cuadrillas e outros grupos.



## ETAPAS DA ADOLESCENCIA

### D) - DESENVOLVEMENTO DA IDENTIDADE.

Incrementáanse as habilidades para a abstracción e o razoamento, así coma o sentido da individualidade. O desenvolvemento do ego caracterízase por:

- 1.- Ampliación do ámbito e apertura dos sentimentos, con capacidade para examina-los sentimentos do outro.
- 2.- Aumento da capacidade intelectual e creativa.
- 3.- Menos aspiracións vocacionais idealistas.
- 4.- Sentimento de onnipotencia e de inmortalidade que os leva a conductas arriscadas.

### Adolescencia tardía: (18-21 a)

É a última fase da loita pola súa identidade e separación.

A) - LOITA INDEPENDENCIA - DEPENDENCIA: é un período de menor axitación e crecente integración. O adolescente converteuse nunha entidade independente da súa familia e agora é capaz de apreciar mellor o valor de seus pais, ata o punto de permitírle-la súa axuda como compañeiros por iso o cariño paterno quizais se busca e acepta de novo.

B) - PREOCUPACIÓN POLO ASPECTO CORPORAL: o desenvolvemento e o crecemento da puberdade normalmente completouse a menos que exista algunha anomalía.

C) - INTEGRACIÓN NO GRUPO DE AMIGOS: os valores do grupo de amigos vólvense menos importantes nesta etapa, xa que se atopan máis a gusto cos seus propios valores e identidade. Ocúpase moito tempo na relación cunha persoa. Estas relacións implican menos explotación e experimentación e compártese máis, coa selección dun compañeiro baseada máis na comprensión mutua e a diversión que na aceptación dos seus semellantes.

D) - DESENVOLVEMENTO DA IDENTIDADE: o desenvolvemento do ego nesta etapa caracterízase por:

- 1.- Desenvolvemento dunha conciencia racional e realista
- 2.- A ampliación do sentido da perspectiva, con capacidades para demorar, comprometerse e establecer límites.
- 3.- O desenvolvemento dos obxectivos vocacionais e o comezo dunha independencia económica.
- 4.- Perfilación máis concreta dos valores morais, relixiosos e sexuais.

## ANÁLISE DA SITUACIÓN

Na zona que abrangue o noso centro de Atención Primaria, cunha poboación total de 22.830 persoas, temos un 16% de persoas-segundo o padrón de 1996 - comprendidas entre os 10 e os 21 anos, o que constitúe un grupo de idade con representación importante.

A poboación de 10-21 anos que hai que atender é de 3.582 persoas, das cales 1.828 son homes e 1.754 son mulleres.

Se considerámo-las diferentes etapas da adolescencia teremos 1.226 persoas que pertencen ó grupo de adolescencia temperá, dos cales 627 son homes e 599 son mulleres; 957 persoas pertencen ó grupo de adolescencia media, con 480 homes e 477 mulleres; e 1.399 persoas pertencen ó grupo de adolescencia tardía, no que 721 son homes e 678 son mulleres.

Referiremos unha pequena análise de indicadores económicos, de saúde, educativos e laborais dos adolescentes e familias do concello de Lugo, co fin de enmarca-lo medio no que viven os adolescentes da nosa zona de saúde e de identifica-los problemas de saúde deste grupo de idade:

### • Nivel de instrución dos pais

Consideramos que a idade dos pais dos adolescentes está comprendida entre os 25 e 54 anos.

Neste grupo de idade as taxas de analfabetismo son do 0,5%; estiveron escolarizados pero non acadaron ningunha titulación académica o 12,8%; posúen graduado escolar o 28,2%; EXB, FP-1, ou equivalente, o 20,8%; BUP, FP-II, ou equivalente o 16,9% e estudos universitarios o 16% deste grupo de idade.

### • Nivel de escolarización

Colleremos para poder analiza-la escolarización dos adolescentes o grupo de idade de 10 a 24 anos por motivos estatísticos.

O total de poboación comprendido entre 10 e 24 anos no concello de Lugo é de 18.854, atopándose cursando algún tipo de estudos 15.515 rapaces, é dicir, o 82,3% da poboación destas idades.

A poboación ocupada supón o 29,3%, o que supón 1.610 rapaces, e a poboación en paro ascende a 703 persoas que corresponde ó 12,8% desta poboación.

Estes datos indicánnos que unha porcentaxe importante de demandantes de emprego e xoves que accederon ó mercado laboral segue cursando algún



## ANÁLISE DA SITUACIÓN

tipo de estudos.

*FONTE: Censos de Poboación e Vivendas. 1991. I.N.E.*

Na zona de referencia do Centro de Saúde Illas Canarias están situados os seguintes centros escolares:

- Colexio público de Paradai
- C.P. Luis Pimentel (A Piringalla)
- C.P. As Gándaras
- C.P. Albeiros
- Centro concertado Colexio Cervantes
- Instituto de F.P. da Piringalla
- Instituto Anxel Fole

A poboación escolarizada a partir de 10 anos nestes centros é de 2.024 alumnos/as adolescentes, que corresponden á nosa área de saúde.

### • Nivel ocupacional

A poboación activa do concello de Lugo presenta un total de 28.870 traballadores, sendo o 38% mulleres e o 62% homes.

O sector servicios representa a actividade económica principal para os dous sexos, ocupando ó 68,7% da poboación activa, seguido do sector industrial co 12% onde o nivel de ocupación dos homes triplica ó das mulleres; en terceiro lugar está a agricultura con case o 10% de ocupación, sendo a distribución por sexos igualitaria, e en derradeiro lugar atópase a construción co 9,2% de ocupación totalmente masculina.

As taxas de paro no concello de Lugo sitúanse no 12,2% da poboación masculina e o 19,27% da feminina, supoñendo o 15,04% do total da poboación activa.

*FONTE: I.N.E. Censos de Poboación e Vivendas. 1991.*

### • Nivel económico

Os estudos realizados sobre a pobreza en Galicia desde o ano 92 e 96 poñen de manifesto que o 13,8% dos fogares atópase en situación de pobreza relativa, unha vez analizada a renda media neta dispoñible “per cápita”.

Na Comunidade Galega o 2,4% dos fogares está por debaixo do limiar mínimo de subsistencia (\*).

O índice de renda familiar dispoñible por habitante e ano en 1996 no concello de Lugo sitúase no nivel 4 (de 1.125.000 a 1.250.000 pts.), sendo o nivel medio da renda familiar en España de nivel 5 (entre 1.250.000 e 1.400.000



## ANÁLISE DA SITUACIÓN

pts.).

Neste estudio defínense 10 niveis de renda que van desde o nivel 1 con rendas de ata 900.000 pts. por habitante e ano, ata o nivel 10 con rendas superiores ós 2.200.000 pts.

Pódese considerar, polo tanto, que o concello de Lugo se atopa nun nivel intermedio de renda, aínda que máis empobrecido cá media nacional.

Se se analiza a cota de mercado do ano 1996 atopamos que o concello de Lugo está dentro dos niveis máis baixos en relación cos demais concellos estatais, cuns valores inferiores ó 1% do total nacional. A cota de mercado é un índice que expresa a capacidade de consumo comparativa dos municipios trala análise das seguintes variables: poboación, número de teléfonos, automóviles, camións, oficinas bancarias e actividades comerciais polo miúdo. É dicir, expresa a capacidade de consumo dun concello en función da importancia da poboación e do seu poder adquisitivo.

*FONTE: “La Caixa”. Anuario Comercial de España. 1998.*

*(\*) Dirección Xeral de Servicios Sociais “Memoria da D.X. de Servicios Sociais” - Bienio 1995-1996*

## ESTUDIO DOS PROBLEMAS DE SAÚDE NA ADOLESCENCIA

A patoloxía dos adolescentes é moi variada. Os problemas que se presentan con máis frecuencia podemos dividilos en:

### A. ORGÁNICOS:

- Nutricional
  - *Sobrepeso-obesidade*
  - *Delgadeza (embarazo, dietas especiais)*
  - *Subcarencia (anemia ferropénica)*
- Escoliose
- Cifose
- Enf. Osgood Slatter
- Xinecomastia puberal
- Tumores (Fibro adenoma)
- Dismenorrea
- Síndrome premenstrual
- Defectos visuais
- Hipoacusia
- Maloclusión dental
- Enf. periodontais
- Caries

### B. PSICOPATOLOXÍA

- Adicción ó tabaco, alcohol e outras substancias
- Conducta suicida, accidentes, violencia...
- Actividade sexual ¿de risco? (Abusos, embarazos, SIDA...)
- Trastornos do comportamento alimentario (anorexia, bulimia)
- Depresión
- Trastornos psicossomáticos
- Fracaso escolar
- Trastornos de axuste da adolescencia
- Ansiedade
- Trazos obsesivo compulsivos.

A patoloxía observada por orde de frecuencia en 1995 no Hospital del Niño Jesús en Madrid, reflicte como grupo máis numeroso o de patoloxía psicossomática seguido de patoloxía respiratoria, das cales a asma foi a máis frecuente. As enfermidades infecciosas ocupan o 3.º lugar, seguidas de afeccións do aparello dixestivo, sistema nervioso e procesos oncohematolóxicos.

Os intentos de suicidio e outras enfermidades psiquiátricas, que forman parte importante da patoloxía dos adolescentes, están menos representadas por que non ingresan na Unidade de Adolescencia senón na de Psiquiatría.

## O EMBARAZO NA ADOLESCENCIA

Facemos mención especial do embarazo na adolescencia por consideralo un problema de saúde prioritario neste grupo de idade.

Aínda que sempre se falou de riscos físicos asociado ós embarazados e partos nas adolescentes, hoxe dispónse de datos que indican que unha xestación a estas idades, atendida axeitadamente, non presenta diferencias significativas con respecto a mulleres de máis idade (Vizcaino e cols. 1991; Toro 1992; Stevens e cols. 1992), parecen se-los riscos psíquicos e sociais os máis relevantes neste grupo de mulleres.

Ter un fillo/a a estas idades pode supor unha serie de cambios importantes para os que non tódalas adolescentes están suficientemente preparadas e que, ademais, poden condiciona-lo seu futuro e o dos/as seus fillos/as.

En moitos casos significa, interrompe-los estudos o que hipoteca de xeito directo o futuro persoal, profesional e económico das adolescentes.

A xestación na adolescencia adoita supoñer unha carga económica para a familia dos adolescentes. Por outra parte, ese/a fillo/a pode xerar sentimentos de incapacidade, ansiedade, responsabilidade excesiva, resentimento por perda da liberdade e dos/as amigos/as e dependencia dos maiores.

A taxa de embarazo de menores de 15 anos na provincia de Lugo no ano 1994 non era significativa, de 15 a 19 anos supón o 6,5% do total de embarazos de mulleres en idade fértil que levaron a termo o embarazo.

Ademais dos problemas xa expostos, no noso medio hoxe, o embarazo fóra do matrimonio supón unha forte reprobación social, e outra opción que se lle presenta a adolescentes é decidir se ter ese fillo. Esta decisión é difícil de tomar por diferentes motivos: desaprobación social e moral do aborto, temor a seren descubertas, vergoña, culpa...

Na provincia de Lugo non existen estudos da incidencia de IVE na adolescencia, pero extrapolando os resultados de estudos realizados polos COF da provincia de Ourense no ano 1992 pódese deducir que o 12,7% das adolescentes que quedan embarazadas deciden abortar. Aínda que é unha pequena porcentaxe, non por iso deixa de ser importante.

Das adolescentes que optaron por realizar unha IVE todas quedaron embarazadas sen desexalo. A maioría (77,8%) por non utilizar ningún método anticonceptivo ou por usar coitus interruptus.

FONTE: *Aborto na adolescencia. Estudio dos COF de Ourense e Universidade de Vigo*



## OBXECTIVOS

### Obxectivo xeral

Mellora-la saúde dos nosos adolescentes mediante accións de promoción da saúde, prevención dos distintos modos de enfermidade e asistencia ó adolescente, encamiñado ó diagnóstico precoz e tratamento do adolescente enfermo, tanto desde o punto de vista orgánico como psíquico ou social.

### Obxectivos específicos

- 1.- Fomentar coñecementos e hábitos sans entre os adolescentes.
- 2.- Incrementa-lo número de adolescentes correctamente vacinados segundo o calendario vacinal vixente.
- 3.- Mellora-la detección do crecemento, maduración física, psicolóxica e intelectual e a correcta adaptación ó medio.
- 4.- Diminuí-la patoloxía psíquica, física e social:
  - Fracaso escolar, desaxuste social.
  - Familias desestructuradas, perda de apoio familiar.
  - Deportes de competición.
  - Actividade sexual, relacións co sexo oposto, homosexualidade.
  - Adiccións a tabaco, alcohol e outras drogas.
  - Pertenza a grupos, asociacións e sectas.
- 5.- Mellora-la saúde bucodental da poboación adolescente da zona.

### Metas

Sempre referidas ós adolescentes pertencentes ó CAP.

- 1.- Capta-lo 10% dos adolescentes pertencentes ó centro de saúde cada ano. Facer control de saúde ó 65% da poboación captada.
- 2.- Vacina-lo 95% dos adolescentes captados con calendario vacinal incorrecto.
- 3.- Seguimento do 95% dos adolescentes con desviacións de peso e talla, alteracións no desenvolvemento de caracteres sexuais secundarios, incorrecta adaptación ó medio social, fracaso escolar, ou nos que se aprecien factores de risco para padecer algunha enfermidade.
- 4.- Orientación sobre a aptitude física ó 95% da poboación captada.
- 5.- Remitir ó odontólogo ó 100% dos adolescentes captados ós que se

lles aprecie patoloxía bucodental.

- 6.- Dar alomenos 1 charla anual sobre E.S. nos centros adscritos ó centro.
- 7.- Dar alomenos 1 charla anual sobre prevención de drogas nos centros adscritos.
- 8.- Realizar Mantoux ó 80% dos adolescentes nas idades citadas no programa.
- 9.- Realizar controis de T.A. no 90% dos adolescentes nas idades citadas no programa.
- 10.- Estudia-la A.V. e o estado auditivo ó 90% dos adolescentes no programa.
- 11.- Realización de hematimetría, colesterol e DRAS no 80% dos adolescentes nas idades citadas no programa.
- 12.- Seguimento do 60% dos nenos con problemas psicosociais.

## POBOACIÓN DIANA

A poboación á que vai dirixido este programa comprende as idades de 10 a 21 anos. Na nosa zona de saúde este grupo de poboación supón 3.582 persoas das que 1.828 son homes e 1.754 son mulleres.

Se considerámo-las diferentes etapas da adolescencia teremos 1.226 persoas pertencentes á adolescencia temperá, das que 627 son homes e 599 son mulleres; 957 persoas pertencentes ó grupo de adolescencia media, dos que 480 son homes e 477 mulleres e 1399 persoas pertencen ó grupo de adolescencia tardía, dos que 721 son homes e 678 mulleres.

A poboación escolar dos centros escolares adscritos á nosa zona a partir de 10 anos é de 2.856 escolarizados: en educación primaria 395 alumnos/as; en educación secundaria (ESO) 437 escolares; en BUP son 771 e en FP-I son 1.254 alumnos/as.

## ACTIVIDADES

### Obx. 1

- 1.- Educación sanitaria grupal na escola sobre sexualidade, ETS e profilaxe bucodental.
- 2.- Educación sanitaria en consulta individualizada sobre:
  - Alimentación
  - Drogas, tabaco e alcohol
  - Accidentes
  - Prevención de caries e enfermidades periodontais. (Anexo 1 - Protocolo, Educación sanitaria).

### Obx. 2

- 1.- Revisión das cartillas de vacinación.
- 2.- Vacinación segundo o calendario ós adolescentes que non o estean.
- 3.- Vacinación ata os 14 anos segundo o programa de vacinas do C. de S. Illas Canarias.
- 4.- Práctica da proba de tuberculina a toda a poboación de 14 e de 20 anos.

### Obx. 3

- A.-
  - a) Enquisa alimentaria
  - b) Enquisa sobre estudos que realiza ou actividade laboral.
  - c) Relacións con pais e irmáns.
  - d) Preguntas sobre a súa actividade sexual (relacións co sexo oposto, homosexualidade, masturbación). Métodos de protección contra E.T.S.; técnicas de prevención de embarazo.
  - e) Preguntas sobre adicción a drogas: tabaco, alcohol, opiáceos,...
  - f) Preguntas sobre pertenza a grupos, sectas, asociacións.
  - g) Preguntas sobre prácticas deportivas.
  - h) Preguntas sobre hobbies: cine, lectura, TV, música, baile,...
- B.- Recoñecemento en saúde ás idades de 10, 12, 14, 16, 18, 20 anos no C.A.P., levando a cabo as seguintes exploracións:
  - Antropométricas (Anexos...)
  - Tensión arterial (Anexo X)
  - Bucodental (Anexo VII)
  - Ocular (Anexo V)
  - Auditivo (Anexo VI)
  - Da pel e adenopatías
  - Do tiroide (Anexo VIII)



## ACTIVIDADES

---

- Do tiroide (Anexo VIII)
- Abdominal
- Aparello locomotor (Anexo IX)
- Aparello xenitourinario
- Cardiorrespiratorio
- Área orofarínxea e ótica

### Obx. 4

- 1.- Control e tratamento dos trastornos alimentarios.
- 2.- Tratamento e control das enfermidades infectocontaxiosas e derivación se procede ó nivel secundario de atención.
- 3.- Detección de fracaso escolar, descartar patoloxía orgánica, demanda de información ó centro escolar e derivación se procede ós recursos sociosanitarios da zona.
- 4.- Coordinación do servizo de pediatría do Centro co de Traballo Social para elaboración de plan dun conxunto ante problemáticas sociais.
- 5.- Detección, información e terapia de apoio e derivación se procede ós recursos sociosanitarios da zona ante problemáticas afectivosexuais dos/as adolescentes.
- 6.- Detección das drogodependencias e derivación ós recursos sociosanitarios existentes:
  - Tabaquismo *Programa de deshabitación tabáquica da Univ. de Santiago.*
  - Alcoholismo *U.A. da Cruz Vermella  
U. Alcoholismo do SERGAS*
  - Drogodependencia *U.A. da Cruz Vermella  
Proxecto Home*
- 7.- Coordinación e derivación ó programa de profilaxe buco-dental do Centro de Saúde Illas Canarias de tódolos adolescentes.
- 8.- Control e seguimento na consulta polo pediatra ou médico xeral, de forma integrada, daqueles pacientes nos que se detecte algún problema, en colaboración co traballador social, enfermeira, psicólogo e/ou médico especialista, se o require.

## ORGANIZACIÓN DO TRABALLO

Os recoñecementos dos adolescentes serán levados nas idades fixadas no programa dunha forma individualizada no centro de atención primaria, realizándose sempre que sexa posible respectando a CONFIDENCIALIDADE do adolescente.

Nos centros educativos (grupos escolares, institutos, centros de FP) levaríanse a cabo as charlas, a nivel colectivo, que se seleccionaran en conxunto co consello escolar do centro.

### -Persoal e funcións:

#### 1. Coordinador ou xefe de servizo:

- Responsable do programa
- Garanti-la participación no programa
- Xestionar perante o servizo de Saúde a dotación de recursos para a realización do programa.
- Garanti-la coordinación do programa co resto das actividades do centro.
- Representa-lo CAP nas actividades de información á poboación, comunidade escolar... relacionadas co desenvolvemento do programa.
- Asegura-la participación de tódolos profesionais que interveñen na súa realización e coordina-lo traballo en equipo.
- Garanti-lo axeitado desenvolvemento das actividades do programa.
- Participar nas tarefas que lle corresponde executar como membro do CAP na realización do programa.
- Coordina-la recollida de información dos profesionais e responsabilizarse da súa avaliación final.

#### 2. Médicos:

- Garanti-la participación no programa de saúde do adolescente.
- Realiza-los exames de saúde ós adolescentes de acordo cos protocolos establecidos.
- Cubri-los modelos de información establecidos.
- Intervir en situación de abrochos epidémicos que afecten á comunidade escolar.
- Colaborar co resto de CAP nas accións informativas e de educación para a saúde.
- Realizar co resto do CAP a avaliación anual do programa.

#### 3. Persoal de enfermería

- Garanti-la participación no programa de saúde do adolescente.



## ORGANIZACIÓN DO TRABALLO

---

### 3. Persoal de enfermería

- Garanti-la participación no programa de saúde do adolescente.
- Colaborar nos exames en saúde segundo os protocolos establecidos.
- Revisa-lo estado vacinal da poboación comprendida entre 10 e 21 anos segundo o calendario vacinal.
- Cubri-los modelos informativos establecidos.
- Colaborar na supervisión dos problemas detectados.
- Colaborar nas charlas de educación sanitaria a nivel colectivo (en centros escolares) así coma na educación sanitaria individualizada nos controis de saúde.

### 4. Administrativos

- Cubrir impresos dirixidos a pais e profesores para citación a reunións.
- Facilita-las historias clínicas e familiares (se se precisaran) dos nenos que se citen no centro.

### 5. Rol da traballadora social

- Participar nas actividades de elaboración, execución e avaliación do programa da adolescencia.
- Captación e potenciación da participación dos adolescentes no programa.
- Dar a coñece-lo programa na comunidade.
- Servir de nexos entre o centro de saúde e a comunidade (asociacións xuvenís, APA, escola).
- Participar nas actividades de promoción da saúde e educación sanitaria, dentro e fóra do centro e coordina-las que se realicen fóra do centro.
- Coordinación coas estruturas sociais relacionadas coa saúde na adolescencia.
- Elaborar protocolo de derivación de problemáticas sociais desde as consultas de pediatría á da traballadora social (dentro do programa do neno san).
- Información de recursos sociosanitarios dirixidos a este sector de poboación (bolsas, campamentos, cursos, carné xove, acceso ó 1.º emprego, asociacionismo).
- Intervención en conflitos familiares nos que as características desta idade sexan as provocadoras ou mantedoras dos ditos conflitos.

## RECURSOS NECESARIOS

### A) MATERIAIS:

- Báscula
- Tallímetro
- Esfingomanómetro
- Fonendoscopio
- Lanterna e depresores linguais
- Otoscopio
- Cinta métrica
- Diapasón
- Optotipo
- Podoscopio
- Material impreso
- Chumbada
- Medidor panículo adiposo "Skinfold"

### B) FÍSICOS:

- Material audiovisual
- Local axeitado no CAP
- Escola

### C) HUMANOS:

- Pediatras
- Médicos xerais
- Enfermeiros
- Traballador social
- Odontólogo
- Administrativos

## AVALIACIÓN

A avaliación do programa realizarase de xeito anual a través da revisión de historias pediátricas (de nenos/as con idades entre 10 e 14 anos), historias de medicina xeral (de 15 a 19 anos) e historias de odontoloxía.

Valoraranse os seguintes parámetros mediante auditoría interna:

- N.º total de adolescentes incluídos no programa.
- N.º de adolescentes con calendario vacinal incorrecto que foron vacinados.
- N.º de adolescentes con calendario correcto que foron vacinados.
- N.º de adolescentes revisados pola odontóloga do C. de S.
- N.º de charlas impartidas en colexios da zona de saúde.
- N.º de probas de Mantoux realizadas nestas idades.
- N.º de adolescentes con control de T.A.
- N.º de adolescentes nos que figure na historia control de agudeza visual e estado auditivo.
- N.º de adolescentes atendidos pola traballadora social.

## ANEXOS

### ANEXO I

#### Recomendacións para nenos maiores de sete anos non vacinados:

-Primeira visita: Td - Polio (1) + T.V. (2).

-2 meses despois: Td - Polio.

-6-12 meses despois da 1.ª visita: Td + Polio (repetir cada 10 anos Td).

*(1) A vacina polio oral está indicada en todo adolescente menor de 18 anos non vacinado.*

*A vacina polio inxectable está indicada en maiores de 18 anos non inmunizados e con risco de exposición (persoal sanitario, persoal de laboratorio, viaxeiros, etc...).*



## **ANEXO II**

### **Proba da tuberculina** (Intradermorreacción de Mantoux)

A proba da tuberculina ten como obxectivo distinguir-las persoas infectadas polo bacilo de Koch, das non infectadas.

#### • MATERIAL

- Tuberculina (0.1 ml. de PPD-RT 23 2 UT con TWEEN 80)
- Gasas estériles
- Desinfectante
- Xiringa de 1 ml. Graduada
- Agulla, calibre, 25 g e 10 mm
- Regra transparente e milimetrada
- Rotulador
- Adrenalina 1: 1000 (por se anafilaxia)

#### • TÉCNICA

- 1.- Explica-lo procedemento ó paciente e explicarlle que unha vez inoculado non se molle nin fregue a zona, para non altera-lo resultado.
- 2.- Elixi-la zona de inoculación, preferiblemente na cara anterior do antebrazo na súa parte central, sempre que non se puñera antes nesa zona a tuberculina.
- 3.- Desinfecta-la zona pel. Esperar a que seque o desinfectante.
- 4.- Coa man esquerda estira-la pel na zona de punción.
- 5.- Coa man dereita suxeta-la xiringa coa agulla posta e dirixi-lo bisel da agulla cara a arriba.
- 6.- Introduci-la agulla na derme, seguindo o plano paralelo ó eixe do brazo e inxectar lentamente, irase levantando unha vesícula, de diámetro entre 5-10 mm.
- 7.- Retira-la agulla e a xiringa, e non comprimir sobre a vesícula.
- 8.- Marcar cun rotulador un círculo de 5 cm arredor da vesícula.
- 9.- A lectura do test efectuarase as 48-72 horas posteriores á inxección. Medirase o diámetro da induración, non eritema, e expresarase en milímetros.
- 10.- O resultado será:
  - a) **NEGATIVO**: se a reacción é menor de 5 mm.
  - b) Se a induración é maior ou igual a 5 mm, é positivo se:



- 1.- Estivo en contacto cun enfermo.
- 2.- Se ten SIDA, ou está inmunodeprimido.
- 3.- Se ten *síndromes clínicas* ou Rx de TB.

c) Se a induración é maior ou igual a 10 mm é positivo se:

- 1.- É menor de catros anos.
- 2.- Se ten un factor de risco.
- 3.- Malnutrición.
- 4.- Se estivo en contacto co enfermo que padece tuberculose.

d) Se a induración é maior ou igual a 15 mm é sempre **POSITIVO**.

A VACINA DA BCG PODE POSITIVA-LA PROBA (induración entre 10-15 mm)

### **ANEXO III**

#### **Antropometría. Técnicas de medición e de peso**

##### • PESO

Convén dispoñer dunha balanza de perfecto equilibrio, ó mais sensible e exacta posible. Débese comprobar con frecuencia a súa exactitude.

O escolar debe estar espido ou coa menor cantidade de roupa posible, descalzo e quieto para conseguir unha pesada exacta.

##### • TALLE

Débese utilizar un tallímetro sensible e exacto. O máis recomendado é o de Holtain, que consta dunha táboa vertical fixada a unha táboa horizontal cun medidor de rodas dentadas en catro aros con díxitos que expresan a medida en milímetros e que escorren ó longo da táboa vertical.

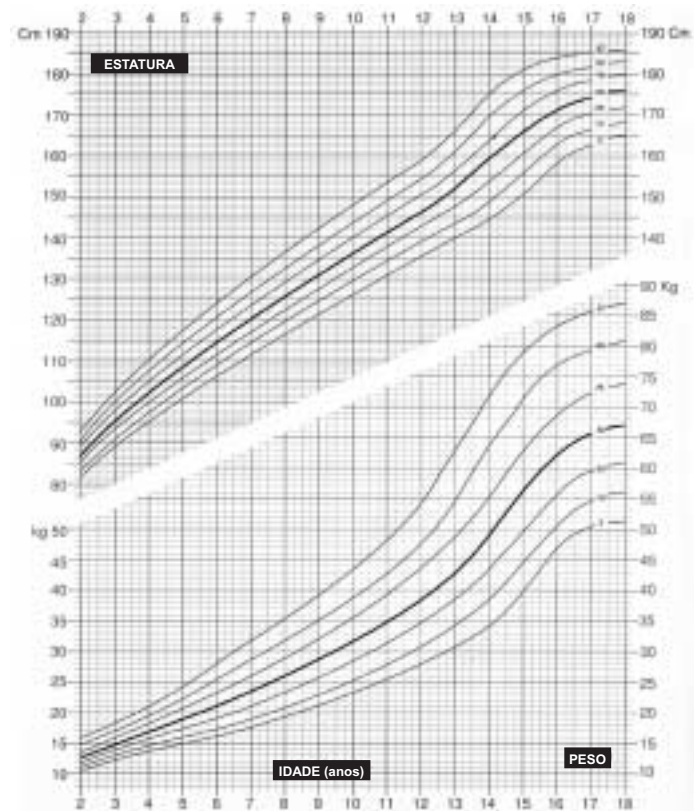
O neno colócase no tallímetro en posición erecta e firme, cos pés xuntos e descalzos, co occipucio, parte superior das costas, nádegas e calcañares apoiados na táboa vertical e coa cabeza colocada seguindo o plano de Frankfurt, dirixindo a mirada á fronte de maneira que as beiras infraorbitarias formen un plano horizontal cos orificios dos conductores auditivos externos. Para isto tírase lixeiramente de ámbolos mastoides en dirección vertical ascendente.

A seguir descéndese a táboa horizontal ata apoiala sobre a cabeza do neno, observando no contador a medida indicativa do talle, que se expresa en centímetros.

### **ANEXO IV**

#### **Gráficas de medición antropométrica**

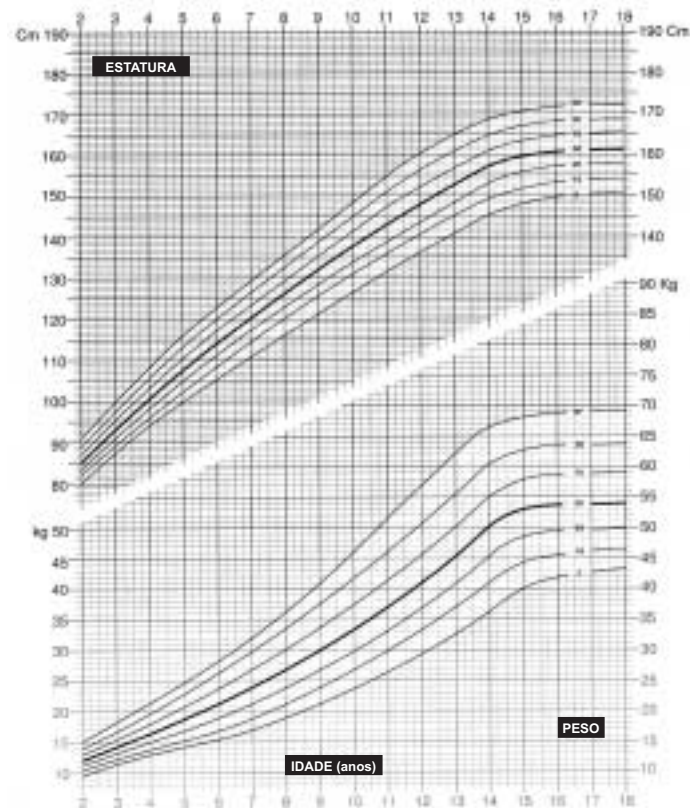
NENOS: 2 a 18  
anos



ESTUDIO LONXITUDINAL DE CRECEMENTO. CURVAS DE 0 A 18 ANOS.  
M. Hernández • J. Castellet • J. L. Narvaiza • J. M. Rincón • I. Ruiz

INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SOBRE CRECEMENTO E DESENVOLVEMENTO  
FUNDACIÓN F. ORBEGOZO. María Díaz de Haro, 10 bis, 48013 BILBAO  
Realización Gráfica: Garsi Editorial - Londres, 17 - 28028 MADRID

NENAS: 2 a 18  
anos



ESTUDIO LONXITUDINAL DE CRECEMENTO. CURVAS DE 0 A 18 ANOS.

M. Hernández • J. Castellet • J. L. Narvaiza • J. M. Rincón • I. Ruiz

INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN SOBRE CRECEMENTO E DESENVOLVEMENTO  
FUNDACIÓN F. ORBEGOZO. María Díaz de Haro, 10 bis, 48013 BILBAO  
Realización Gráfica: Garsi Editorial - Londres, 17 - 28028 MADRID

## **ANEXO V**

### **Estudio de agudeza visual**

Usarémo-lo optotipo de Márquez, que consiste nunha serie de cadrados cun lado aberto, colocado en liñas de maneira que o tamaño diminúa progresivamente. Cada unha das liñas corresponde a unha agudeza visual determinada.

O optotipo debe colocarse a 5 m do suxeito que se examina nun cuarto medianamente iluminado. Os pacientes que usen lentes farán a proba con elas postas. Primeiro mandarémolle tapa-lo ollo esquerdo coa palma da man (para evitar que se comprima o globo ocular ou que vexan entre os dedos) e, sinalando un dos cadrados máis grandes, preguntaremos por onde está aberto. Se non é capaz de velo a súa agudeza visual é menor de 0,1 (hai que estar seguros de que o paciente comprendeu esta exploración). Non fai falta repeti-los cadrados da mesma liña se a resposta é correcta.

No momento no que non vexa a abertura, conteste de xeito erróneo ou dubide na resposta, insistiremos noutros cadrados da mesma liña. Se falla dous seguidos ou máis de dous na mesma liña considérase que non ve. A agudeza visual será en consecuencia a que corresponde á última liña que foi capaz de ver. Na parte dereita desta liña está impresa en números grandes o grao de agudeza visual.

A proba repétese co ollo esquerdo, tapando o dereito.

Considérase unha A.V. diminuída se:

- En suxeitos de 6-10 anos non chega ó 0,8 (8/10) de visión.
- En suxeitos de 10-14 anos non chega a 0,9 (9/10) de visión.
- En suxeitos de 15 anos ou máis non chega a 1,0 (10/10) de visión.



**ANEXO VI****Técnicas de exploración auditiva**

- Grao de capacidade auditiva (escolar).

Utilizar tódolos diapasons da caixa.

128 c/s } Golpea-lo mango coa palma da man sen toca-  
256 c/s } los seus brazos

512 c/s en diante (1024, 2048, 4016): golpea-lo mango nunha superficie de madeira.

Posteriormente co diapason vibrando situámo-los seus brazos a 2 cm do conducto auditivo externo, de maneira que queden en liña con este.

Advertímoslle ó neno que nos indique cando deixa de percibi-lo son.

Se somos normoacústicos, e non oímos o diapason cando o neno avisa, a audición do neno está dentro dos límites normais; se o oímos existe unha perda de audición para a frecuencia que emitiu o diapason que será tanto maior canto máis tempo esteamos percibindo o son. Se a diferenza en segundos (tempo de audición diferencial) desde que o neno deixa de oír-lo diapason ata que o deixa de oír-lo examinador é superior a 10 segundos, con toda probabilidade, existe unha hipoacusia.

Se o observador padece unha hipoacusia sempre se pode recorrer a unha persoa de audición normal.

A proba farase cos dous oídos e con tódolos diapasons.

O grao de hipoacusia en cada frecuencia vén dado pola diferenza de tempo en segundos que o examinador oe máis có examinado.

Exprésase co termo de "Tempo de audición diferencial" e sería igual ó número de segundos que oe o examinador menos o número de segundos que oe o neno.

	Frecuencias c/s			
	128	256	512	1024
Tempo de audición diferencial				

**P. de Rinne**

Usamos diapasons de 128 e 256 c/s aínda que tamén podería usarse o de 512 c/s:

- Despois de facer vibra-lo diapason apoiámo-lo mango na apófise mastoide do lado que se vai explorar, procurando non toca-lo pavillón auricular.
- Pídeselle ó neno que nos diga cando deixa de oír-lo son e inmediatamente sitúanse os brazos do diapason a 2 c. do meato auditivo externo. No oído normal o diapason escoitarase durante un longo período de tempo, aproximadamente dúas veces maior por condución aérea que polas de tipo óseo.

Se o neno oe o diapason no meato auditivo menos tempo do considerado normal en relación ó da apófise mastoide estamos ante unha hipoacusia de transmisión (causa de hipoacusia en oído medio).

Se non volve a oír-lo diapason a través do oído despois de deixar de percibi-lo apoiado na mastoide, estaremos tamén diante dunha hipoacusia de transmisión.

Se non oe ou oe pouco tempo o diapason colocado na apófise mastoide, pero óeo mellor e máis tempo no conducto auditivo externo, estaremos ante unha xordeira de percepción (dano en conducto auditivo interno ou no nervio auditivo).

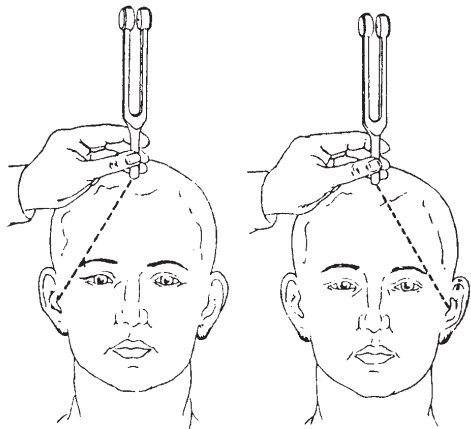
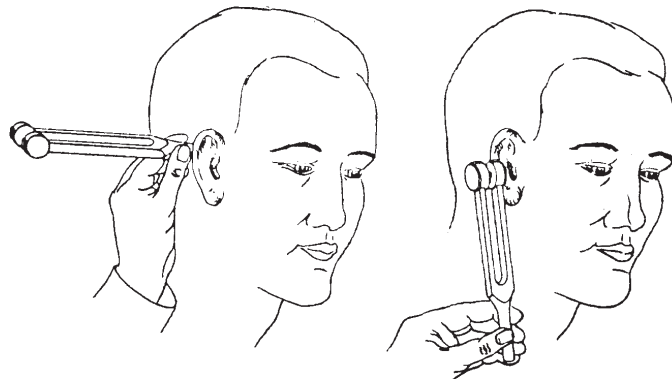
**Proba de Weber**

Nesta proba facemos chega-lo son do diapason por vía ósea a ámbolos dous oídos, ó mesmo tempo. Para iso despois de face-lo vibrar apoiámo-lo no vértice ou centro da fronte (como se aprecia nas figuras).

Se o suxeito é normoacústico ou ten unha hipoacusia bilateral e simétrica, oír-lo son con igual intensidade polos dous lados.

Se hai unha hipoacusia unilateral o son lateralízase oíndoo con máis intensidade ou unicamente por un dos oídos.

Cando a hipoacusia é de percepción (oído interno ou nervio auditivo) oe polo oído san. Pola contra, se é de transmisión (oído medio) óeo polo oído enfermo.



a

b

TÉCNICAS PARA A VALORACIÓN DA XORDEIRA DE TRANSMISIÓN E NERVIOSA  
A (Proba de Rinne)

## **ANEXO VII**

### **Carie: Técnicas de exploración**

Utilizáremo-lo índice CAO.

C = N.º de dentes cariados.

*Se nun dente hai máis dunha carie só contabilizaremos como unha carie para efectos estatísticos.*

A= N.º de dentes ausentes por carie.

O= N.º de dentes obturados (empastes).

### **Programa de revisión bucodental de mozos dos 10 ós 21 anos**

- As afeccións bucodentais fundamentalmente as caries e as periodontopatías constitúen un gran problema sanitario no noso país.
- Os resultados da Enquisa Pathfinder nacional realizada en 1994 indican unha prevalencia do 88% en carie para a poboación adolescente de 15 anos, sendo a carie a partir desa idade un fenómeno universal na poboación adulta española. Respecto á enfermidade periodontal, só un 25% da poboación de 15 anos representa ausencia dalgún signo de periodontopatía reducíndose a cifras insignificantes na poboación adulta.

### **Actividades de promoción da saúde bucodental**

A promoción da saúde, tal e como se define na Carta de Otawa (1986) consiste en proporcionarlles ós individuos os medios necesarios para mellora-la súa saúde e exercer un maior control desta. Do conxunto de ferramentas utilizadas na promoción da saúde destaca no ámbito sanitario a educación para a saúde.

A educación para a saúde defínese como calquera combinación de experiencias de aprendizaxe deseñadas para facilitar adaptacións voluntarias de conducta dirixidas cara á saúde.

O estado de saúde bucodental vén dado sobre todo pola existencia de hábitos bucodentais saudables tanto de hixiene oral como de consumo de alimentos azucrados. O coñecemento destas medidas hixiénico-dietéticas non só por parte dos mozos, senón tamén coa implicación de pediatras médicos xerais, mellorará as expectativas de saúde oral a medio e longo prazo.



O ámbito idóneo para a realización das actividades de educación para a saúde é a consulta de odontoloxía con todo o equipo médico e enfermería do noso centro de saúde. O contido deberá basearse na hixiene oral e en medidas dietéticas.

### Actividades

#### 1.1 HIXIENE DENTAL

A medida máis importante é o cepillo dental con dentrífico fluorado tanto para a prevención da carie, como para o control da placa bacteriana causante das periodontopatías.

Poden resultar útiles o uso do fio dental e de pastillas reveladoras de placa mediante ensino individualizado na consulta de odontoloxía.

#### 1.2 MEDIDAS DIETÉTICAS

Numerosos estudos correlacionan a incidencia de carie cos niveis de consumo de azucre.

Debemos realizar recomendacións para a substitución de alimentos carióxénicos azucrados por outros que non o son.

### Obxectivos

Con este programa pretendemos que o neno que pertence ó programa preventivo existente (6-14 anos) siga acudindo cada 6 meses a revisión ata os 21 anos. Ós mozos que acudan por primeira vez hai que intentar motivalos cara a unha correcta hixiene bucodental, procurando así mellora-las expectativas de saúde oral a medio e longo prazo.



### **ANEXO VIII**

#### **Bocio: Técnicas de exploración**

Enténdese por bocio o aumento da glándula tiroide.

O bocio é definido coma unha glándula tiroide que ten os lóbulos laterais de maior tamaño cá última falanxe do dedo polgar do neno ó que se está examinando.

O explorador colocárase detrás do examinado e apalpará con ámbalas dúas mans o colo para delimita-lo tamaño da glándula tiroide. É conveniente mandarlle tragar saliva ou beber auga naqueles casos nos que non se delimita ben a glándula, pois a tiroide desprázase coa traquea na deglución.

Clasificación da OMS para valora-lo grao de bocio:

Grao 0-A: Tiroide non palpable ou palpable de menor tamaño que a falanxe distal do dedo polgar do individuo explorado.  
**NON SE CONSIDERA BOCIO.**

Grao 0-B: Bocio palpable pero non visible nin sequera co colo en extensión.

Grao I: Bocio visible co colo en extensión.

Grao II: Bocio visible co colo en posición normal.

Grao III: Bocio moi grande que se pode recoñecer a distancia.

O grao I inclúe tamén calquera tiroide na que aparecen nódulos aínda que o seu tamaño sexa pequeno. Cando hai dúbida dos graos anótase sempre o máis baixo.

**ANEXO IX**

Cifose e lordose

Cifose é a curva do raque de convexidade posterior e lordose é a curva do raque de convidade posterior.

Normalmente a columna presenta unha cifose dorsal e unha lordose lumbar máis ou menos acentuadas dependendo da idade (acentúase cos anos) e das características constitucionais da persoa.

Examinando ó paciente de perfil en bipedestación obsérvanse lateralmente as posibles anomalías das curvaturas saxitais.

Podémolas clasificar en:

**1.- Reductibles ou funcionais:**

- Cifose
- Lordose
- Lordo-cifose

É frecuente atopar nos nenos en idade escolar este tipo de desviacións por hipotonía muscular e hiperlaxitude ligamentosa: aprécianse aumentadas a cifose dorsal, a lordose lumbar fisiolóxica e existe unha prominencia do abdome por insuficiencia de musculatura abdominal, escápulas aladas ou prominente e tórax deprimido (laxitude postural).

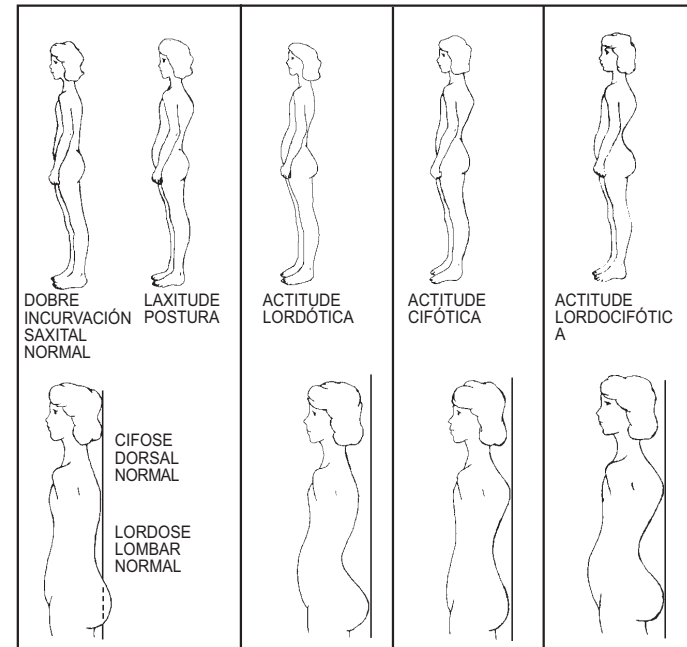
O aumento localizado das curvas raquídeas normais determina as denominadas:

- Actitude lordótica: cando se aprecia fundamentalmente unha lordose lumbar.*
- Actitude cifótica: cando está máis acentuada a cifose dorsal.*
- Actitude lordocifótica: cando se combinan aumentadas unha cifose dorsal cunha lordose lumbar.*

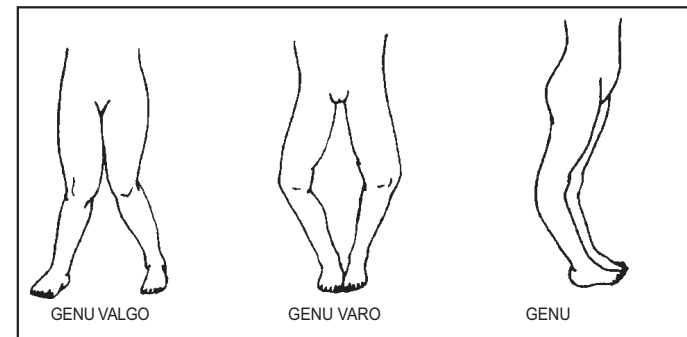
**2.- Irreductibles ou estruturais:**

Non se modifican cos cambios posturais nin se corríxen por manobras incruentas e en moitos casos son dolorosas.

DESVIACIÓNS SAXITAIS



XEONLLO





## **ANEXO X**

### **Alteracións na extremidade inferior**

Valoraremos:

- Marcha
- Distancia entre xeonllos
- Distancia entre maléolos

As alteracións principais serán “genu valgo, genu varo e genu recurvato”.

### **Alteracións dos pés**

Observa-lo aliñamento do eixe do retropé (calcaño) co eixe da perna. O desaliñamento do eixe do retropé co da perna determina o “valgo” do calcaño cando ambos eixes forman un ángulo obtuso aberto cara a fóra e o “varo” cando o citado ángulo se abre cara a dentro. Para facer esta exploración o paciente explórase descalzo, camiñando sobre unha superficie plana e observado por detrás do paciente.

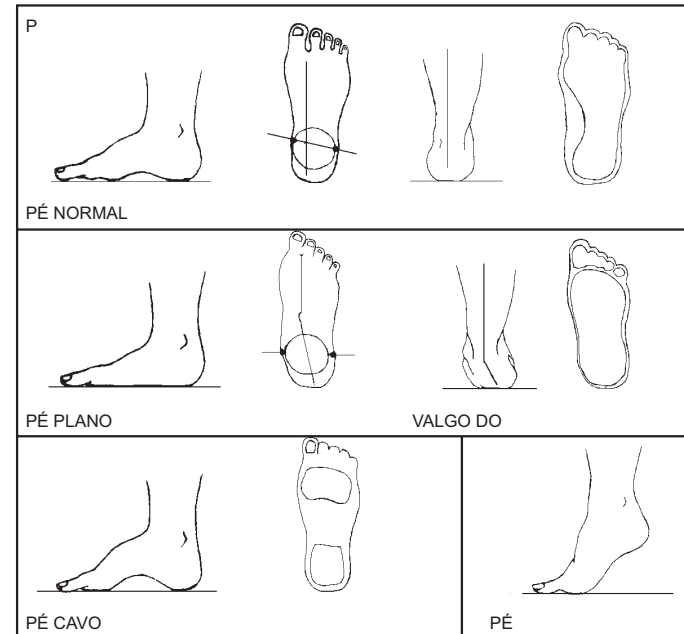
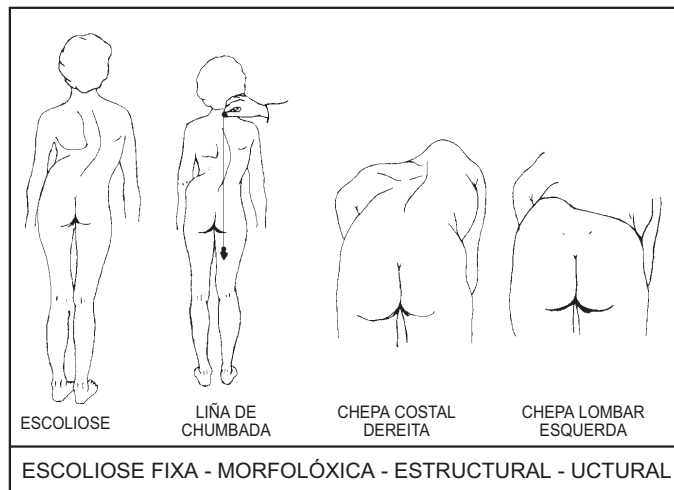
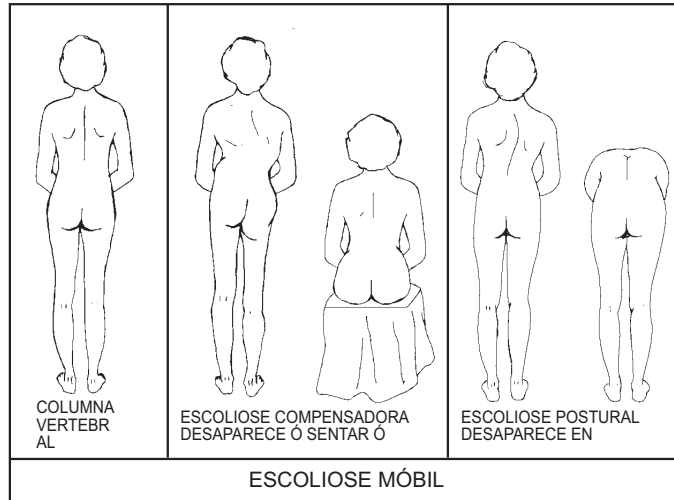
Exploración da bóveda plantar cun podoscopio valorando as pegadas plantares.

As alteracións principais son:

- pé plano
- pé cavo
- pé equino

DESVIACIÓNS DO RAQUE

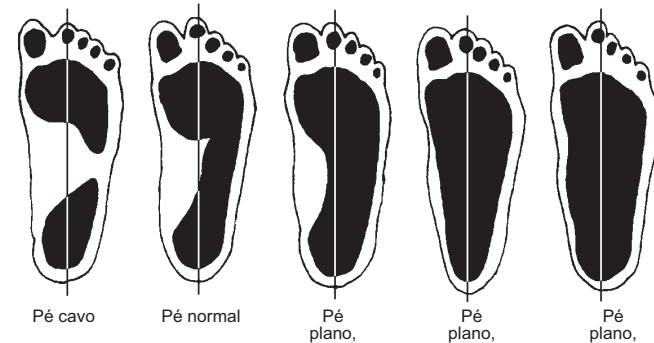
DESVIACIÓNS



ALTERACIÓNS MORFOLÓXICAS DO PÉ

PODOGRAMA DIFERENTES TIPOS DE PEGADAS PLANTARES.  
EXPECIÓN DO ESTADO DA ESTÁTICA DO PÉ.

ESTÁTICA DO PÉ



Diferentes tipos de pegadas plantares

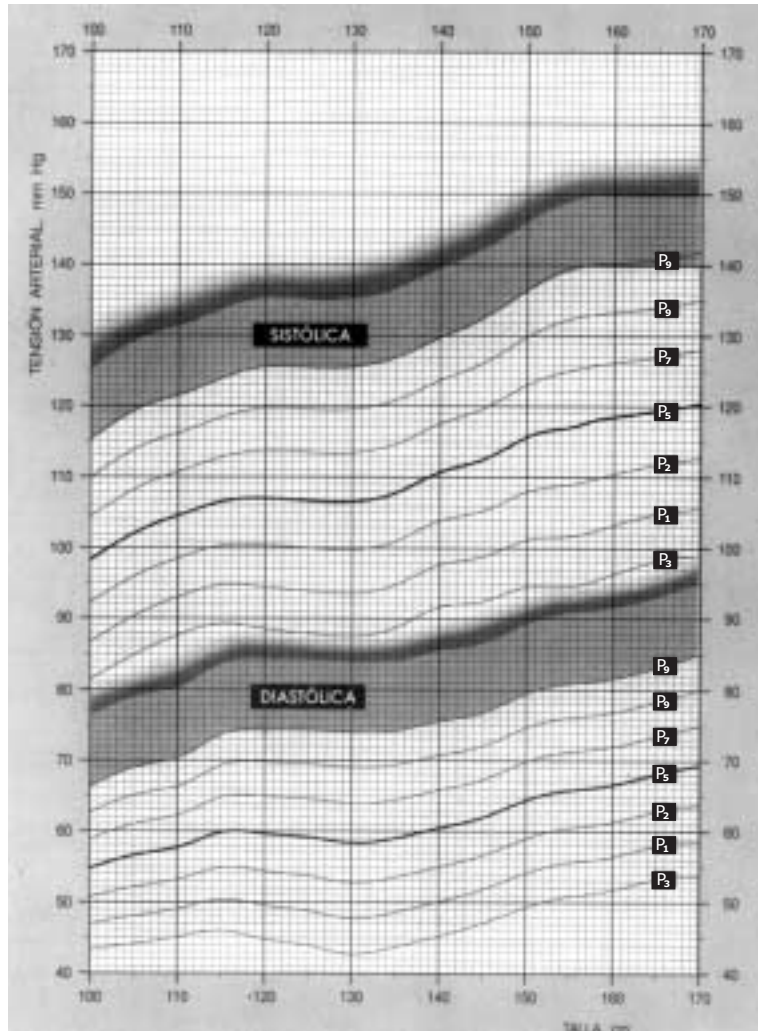
O estudio das pegadas dos pés pode facerse cun podoscopio ou, máis sinxelamente, examinando a pegada de transpiración do pé no chan, ou ben a pegada que deixa o pé recuberto de talco nun papel escuro.



**ANEXO XI**

Gráficas de normalidade de tensión

NENAS  
PRESIÓN ARTERIAL  
ESTATURA



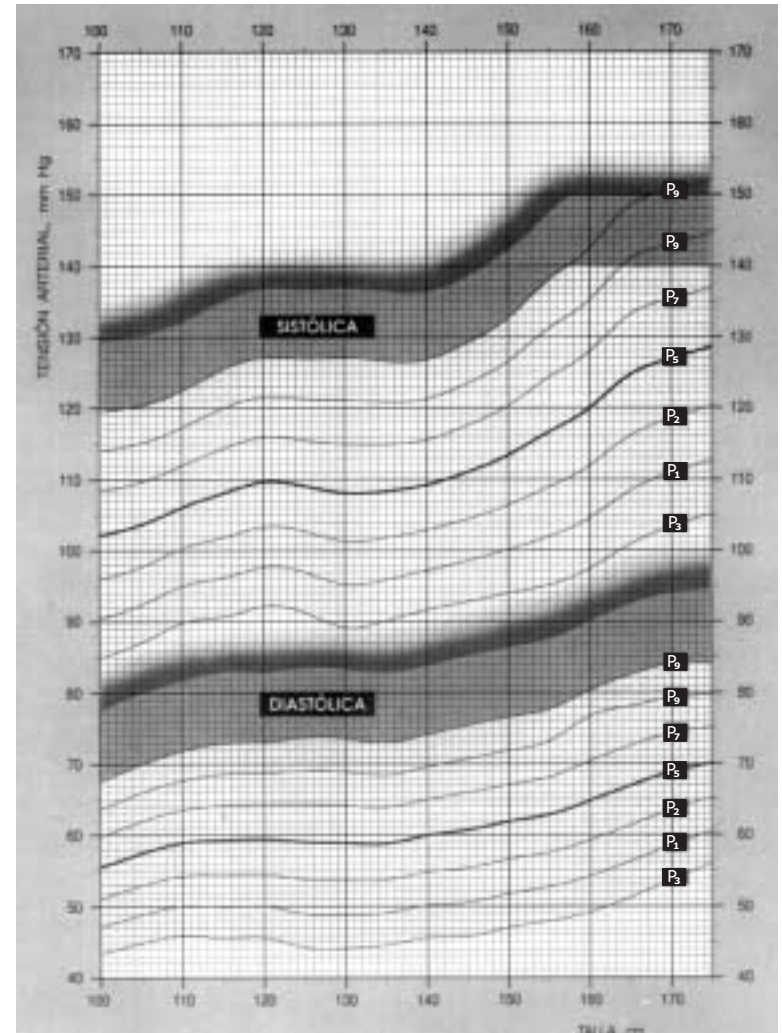
Presión arterial sistólica e diastólica segundo talla en nenas.  
Tomada de R. Elcarte, J. Villa y J. Sada



**ANEXO XI**

Gráficas de normalidade de tensión

NENOS  
PRESIÓN ARTERIAL  
ESTATURA



Presión arterial sistólica e diastólica segundo talla en nenos.  
Tomada de R. Elcarte, J. Villa y J. Sada

**ANEXO XII**¿Como face-lo control de saúde?

Control 16, 18, 20 anos. Data .....

Exploración: (E) P ..... T ..... vel. crec. .... T.A. ....

Puls ..... Resp. .... T.<sup>a</sup> .....

•Rendemento escolar .....

¿Que é o que máis che gusta do colexio?

¿Que é o que menos che gusta do colexio?

•¿Traballas?.....¿Onde?.....

¿Que é o que máis che gusta do teu traballo?

¿Que é o que menos?

¿Houbo algún cambio na saúde túa ou na dalgún membro da túa familia?

¿Cal? .....

¿Es sexualmente activo/a?..... ¿Con persoas do teu mesmo sexo?..... ¿Con persoas de diferente sexo? .....

¿Empregas algún método anticonceptivo? .....

*Esta primeira parte é probable que sexa interesante que sexa recollida por un cuestionario que traería cuberto o paciente de xeito confidencial ó seu control en saúde.*

EXPLORACIÓN COMPLETA..... Atención a:

- Estadios Tanner (Anotar se hai ausencia de desenvolvemento de testes/mamas)
- Pel (acné, sarna, verrugas, micose)
- Dentes e enxivias (CAD, hixiene, xinxivite, enfermidade peridontal).
- Visión (optotipo)
- Audición
- Colo (tiromegalia, masas, adenopatías)
- Cardiopulmonar (sopros, fremitos)
- Abdome (esplenomegalia)
- Musculoesquelético (escoliose)
- Peito (quistes, xinecomastia)
- Neurolóxico (reflexos, coordinación)



- Xenitais
  - Home (testículos, hernias)
  - Muller (exploración de xenitais externos)

Exame pelve só se a adolescente o solicita ou en clínicas cunha dor pelviana, secreción vaginal, historia de intercambio sexual, serias desordes, recoméndase un exame fisiolóxico anual se a muller é sexualmente activa.

## GUÍA (E - M)

- Vacinas: comprobar inmunización correcta segundo o calendario vacinal actualizado. Registrar na h<sup>a</sup> se non están rexistradas.
- PPD: Un alomenos entre os 16 e os 21 anos. En zonas de alto risco farase anual .
- Probos de Hb e Heto: ós 14 a - 21 a.
- Colesterol (obligatorio se h<sup>a</sup> familiar de hipercolesterolemia)
- DRAS (14 a, 21)
- Urocultivo (só se piúria anormal)

## MULLERES SEXUALMENTE ACTIVAS (anualmente)

- Derivaranse a centros de referencia os 2 primeiros anos, previamente informadas e despois ós 3 anos).
- Cultivos de gonorrea cervical
- Screening de Chlamydia
- Seroloxía de sífilis
- Citoloxía vaginal (anatomopatólogo-material).

## HOMES SEXUALMENTE ACTIVOS (anualmente)

- Seroloxía de sífilis
- Cultivo uretral de gonorrea
- Screening de Chlamydia - Seroloxía Chlamydia
- Screening mucoplasma (uretrite)

## HOMOSEXUAIS HOMES (anualmente)

- Seroloxía de sífilis
- Cultivos uretral, rectal e faríngeo para gonorrea
- Screening de Chlamydia
- Seroloxía Hep. B. (Ag de superficie e Ac)



Con respecto ó screening de Clamydia o cultivo é o máis sensible pero é máis caro. O inmunoensaio de encimas (clamidiazina) ou ben unha proba directa de inmunofluorescencia son máis rápidos e menos caros pero a súa sensibilidade está entre 50-90% (Neinstein: páx. 60).

Risco de infección por clamydias: moitos compañeiros sexuais ou compañeiro/-a con numerosos contactos sexuais.

#### Educación para a saúde

- Hábitos alimentarios (asegurar achega de calcio, equilibrio calorías, ferro, colesterol, sodio).
- Exercicio (recomendable polo menos unha hora de exercicio - camiñar - ó día).
- Sono (asegurar horario de sono regular e número de horas axeitado, non inferior a 7).
- Afeccións: (lectura, música, T.V., cinema,...)
- Drogas (alcohol, tabaco, marihuana, colas, drogas sintéticas, depresivos). Información se ADV acerca de compartir/usar agullas e xiringas non esterilizadas).
- Cinto de seguridade, casco na moto e bicicleta.
- Anticoncepción / Profilaxe de ETS.
- Recordar exploración de mamas e testes.
- Revisión de "aptitude para o deporte".
- Saúde dental (cepillado, fío dental de seda, visitas regulares ó dentista). Suplementos fluor (Fl<0,7 p.p.m).
- Protección da pel dos raios U.V.

### **ANEXO XIII**

#### **FOLLA DE CONTROL DE SAÚDE**

Control 16, 18, 20 anos. Data .....

Exploración: (E) P .....T.....vel. crec.....T.A. ....

Puls.....Resp. ....T.<sup>a</sup> .....

•Rendemento escolar .....

¿Que é o que máis che gusta do colexio?

¿Que é o que menos che gusta do colexio?

•¿Traballas?.....¿Onde?.....

¿Que é o que máis che gusta do teu traballo?

¿Que é o que menos?

¿Houbo algún cambio na saúde túa ou na dalgún membro da túa familia?

¿Cal? .....

¿Es sexualmente activo/a? ..¿Con persoas do teu mesmo sexo?

¿Con persoas de diferente sexo? .....

¿Empregas algún método anticonceptivo? .....

**EXPLORACIÓN COMPLETA..... Atención a:**

-Estadios Tanner (Anotar se hai ausencia de desenvolvemento de testes/mamas)

-Pel (acné, sarna, verrugas, micose)

-Dentes e enxivias (CAD, hixiene, xinxivite, enfermidade peridontal).

-Visión (optotipo)

-Audición

-Colo (tiromegalia, masas, adenopatías)

-Cardiopulmonar (sopros, fremitos)

-Abdome (esplenomegalia)

-Musculoesquelético (escoliose)

-Peito (quistes, xinecomastía)

-Neurolóxico (reflexos, coordinación)

-Xenitais • Home (testículos, hernias)

• Muller (exploración de xenitais externos)

Exame pelve só se a adolescente o solicita



ou en clínicas cunha dor pelviana, secreción vaxinal, historia de intercambio sexual, serias desordes, recoméndase un exame fisiolóxico anual se a muller é sexualmente activa.

#### GUÍA (E - M)

- Vacinas: comprobar inmunización correcta segundo o calendario vacinal actualizado. Rexistrar na hª se non están rexistradas.
- PPD:
- Probas de Hb e Heto: ós 14 a - 21 a.
- Colesterol (obligatorio se hª familiar de hipercolesterolemia)
- DRAS (14 a, 21)
- Urocultivo (só se piúria anormal)

#### MULLERES SEXUALMENTE ACTIVAS (anualmente)

- Derivaranse a centros de referencia os 2 primeiros anos, previamente informadas e despois ós 3 anos.
- Cultivos de gonorrea cervical
- Screening de Clamydia
- Seroloxía de sífilis
- Citoloxía vaxinal (anatomopatólogo-material).

#### HOMES SEXUALMENTE ACTIVOS (anualmente)

- Derivaranse a uroloxía (opcional)
- Seroloxía de sífilis
- Cultivo uretral de gonorrea
- Screening de Clamydia - Seroloxía Clamydia
- Screening mucoplasma (uretrite)

#### HOMOSEXUAIS HOMES (anualmente)

- Seroloxía de sífilis
- Cultivos uretral, rectal e farínxeo para gonorrea
- Screening de Clamydia
- Seroloxía Hep. B. (Ag de superficie e Ac)



#### Educación para a saúde

- Hábitos alimentarios (asegurar achega de calcio, equilibrio calorías, ferro, colesterol, sodio).
- Exercicio (recomendable polo menos unha hora de exercicio - camiñar - ó día).
- Sono (asegurar horario de sono regular e número de horas axeitado, non inferior a 7).
- Afeccións: (lectura, música, T.V., cinema,...)
- Drogas (alcohol, tabaco, marihuana, colas, drogas sintéticas, depresivos). Información se ADV acerca de compartir/usar agullas e xiringas non esterilizadas).
- Cinto de seguridade, casco na moto e bicicleta.
- Anticoncepción / Profilaxe de ETS.
- Recordar exploración de mamas e testes.
- Revisión de "aptitude para o deporte".
- Saúde dental (cepillado, fio dental de seda, visitas regulares ó dentista). Suplementos fluor (F1<0,7 p.p.m).
- Protección da pel dos raios U.V.

**ANEXO XIV****ENQUISA Ó DOENTE**

Nome .....

Data .....

De seguido inclúense algunhas preguntas sobre as que moita xente pensa, pero que son difíciles de realizar. Quizais che sería máis doado marcar simplemente cun X aquilo sobre o que che interesaría preguntar ou estar informado. Podes deixar en branco algunhas preguntas do cuestionario se o desexas. Este cuestionario non vai formar parte do teu historial médico permanente.

## 1.- Cres que algo vai mal no teu / na túa:

-altura	-nariz	-pel (erupción, acne)
-peso	-boca, dentes	-órganos sexuais
-cabeza	-pescozo	-brazos, pernas
-ollos	-peito, seos	-lombo e costas
-aspecto (aparencia)	-corazón, respiración	-mente (pensamento)
-orellas	-estómago (dores, vómitos)	

## 2.- Tes algunha pregunta sobre:

-menstruación	-masturbación	-hábitos
-concepción	-violación/abuso sexual	-traballos
-embarazo	-enfermidade venérea	-fumar
-sexo	-drogas/alcohol	-o teu futuro
-control de natalidade	-dietas/comidas	
-citas	-morte	

## 3.- Tes problemas con:

-amigos	-outras persoas do colexio	-control do xenio
-non tes amigos	-notas escolares	-desocupación
-irmáns/irmás	-profesores	-pensamentos sobre
-pais/familia	-capacidade de aprender	suicidio
-membros da familia	-intimidade	-sono

que beban moito alcohol.

4.- ¿Gustaríache ver a alguén do Centro de Saúde do Adolescente para comentar calquera tipo de preocupación persoal (relacións, familia, colexio, drogas, alcohol, sexualidade, etc.)? Si  Non.



## 5.- ¿Gústaste a ti mesmo? (Sinala un número cun círculo)

1	2	3	4	5
Si, moito	Xeralmente	Ás veces	Non moito	Case nunca

## 6.- ¿Cres que estás san? (Sinala un cun círculo)

Si, moito	Xeralmente	Ás veces	Normalmente non	Non
-----------	------------	----------	-----------------	-----

## 7.- Outras preguntas ou problemas que queiras comentar:



## **ANEXO XV**

### **ORIENTACIÓN SOBRE A ADOLESCENCIA**

Poderíamos dicir que a adolescencia constitúe a fase de conexión entre a nenez e a idade adulta.

Con grandes variacións individuais e tendo en conta condicionantes sociais e culturais, situamos este período, sen límites precisos, entre os 11-12 e os 19-20 anos.

A primeira etapa ou primeira adolescencia coincide coa PUBERTADE, período que leva asociadas modificacións biolóxicas (entre elas desenvolvemento dos órganos sexuais e reprodutores) e que terá importantes repercusións psicolóxicas e sociais. Os cambios da puberdade realízanse nun proceso normal entre as idades de 11 a 15 anos. Nas nenas, a altura aumenta rapidamente, comeza a evolución dos peitos, aparece o pelo púbico, as coxas redondéanse, transfórmanse os contornos da cara e aparece a primeira menstruación ou menarquia. Os nenos empezan os seus cambios corporais cun atraso aproximado de dous anos con respecto ás nenas, ou sexa, ós 13 anos, producíndose un aumento rápido da altura, alargamento de ombros, desenvolvemento dos xenitais, aparición do pelo púbico, primeiras ereccións con exaculación, certa maduración da voz e o primeiro bosquexo do bigote. A miúdo en ámbolos dous sexos fai a súa aparición o coñecido acné xuvenil.

#### Son caracteres psicolóxicos típicos e normais na puberdade:

Vivencias de inseguridade e incerteza acerca do propio estatuto, como liña dominante do comportamento; nin é neno nin é adulto. Sentimento de preocupación por temor a que o seu desenvolvemento corporal non sexa normal. Interese e atracción dirixidos a si mesmos. Conflictos cos pais e persoas investidas de autoridade (profesores, educadores, etc.). Rexeitamento dos valores ata entón admirados. Comezo da busca da independencia fronte ós seus pais. Arrefriamento das relacións entre irmáns e irmás. Busca de protección e apoio a través de grupos de amigos e cuadrillas. Escasa concentración no estudo coa conseguinte diminución do rendemento escolar. Exploración e experimentación sexual. Tendencia ó idealismo. Preocupación constante pola imaxe que os demais posúen del. Tendencia a considera-las súas experiencias como únicas e incomprensibles por outras persoas.

Existen neste período conductas ou situacións que requiren especial atención, e que, se ben, na maioría dos casos non chegan a significar ningunha anomalía e son pasaxeiras, noutros puideran ser indicativas dun posible trastorno da personalidade. Entre elas poderíamos sinalar: conductas violentas



ningunha anomalía e son pasaxeiras, noutros puideran ser indicativas dun posible trastorno da personalidade. Entre elas poderíamos sinalar: conductas violentas repetitivas, perda duradeira da fame, obesidade, fugas, uso de drogas, conductas autolesivas, roubos, conductas sexuais desviadas.

#### Actitudes positivas co fillo adolescente

- 1.- Crear un ambiente familiar potenciador do DIÁLOGO, o AMOR e a SOLIDARIEDADE. Dedicarlle TEMPO. ESCOITALO. Ter en conta as súas opinións para establecer normas, como: a hora de chegada a casa, límite de gastos, etc.
- 2.- Axudalo a que vaia formando a súa propia maneira de ser e inculcar INDEPENDENCIA e RESPONSABILIDADE para consigo mesmo e para cos demais. Evitar situacións de abandono e/ou sobreprotección. Infundirlle CONFIANZA en si mesmo. Non ridiculizalo. Darlle mostras de eloxio e recoñecemento das súas habilidades e afeccións saudables. Respecta-la súa INTIMIDADE (cuarto, cuarto de baño, chamadas telefónicas, correo, etc.).
- 3.- Prestar atención á DIETA e procurar SONO SUFICIENTE. Fomentar actividades DEPORTIVAS e de TEMPO LIBRE.
- 4.- Tomar parte na súa EDUCACIÓN SEXUAL en función da súa etapa de desenvolvemento.
- 5.- DAR EXEMPLO, con actitudes sas e por suposto de cara ó non consumo de alcohol, tabaco e outras drogas. Se hai sospeita de consumo de drogas, falar con el sen alarmismos e sen dramatizar. Non facer va a situación, nin se refuxie na ignorancia. ASESÓRESE.
- 6.- Favorece-la conexión e colaboración co COLEXIO para a súa educación.

En definitiva, é aconsellable desenvolver actitudes dirixidas á súa EDUCACIÓN PARA A SAÚDE.



## **ANEXO XVI**

### **USO CORRECTO DO CONDÓN**

- 1.- Os condóns deberán ser gardados en lugar fresco e sen luz directa. Por isto non deben colocarse no garda luvas do automóbil ou na carteira (o látex deteríorase cos cambios de temperatura).
- 2.- Debe observarse a data de caducidade, xa que o látex tamén se deteriora coa idade.
- 3.- Debe mirarse o condón para verificar que non está descolorido, pegañento ou danado.
- 4.- Hai que empregar un novo condón en cada acto sexual.
- 5.- Debe colocarse sobre o pene erecto antes de tocar á parella.
- 6.- Se o pene non está circunciso, debe retraerse o prepucio antes de coloca-lo condón.
- 7.- Ó coloca-lo condón, hai que deixar unha pequena parte libre sobre o glande e desenrolalo sobre o pene erecto.
- 8.- Se o condón rompe, retirar o pene de inmediato e colocar outro condón antes de concluí-lo coito. Outra consideración é empregar axiña un espermicida e incluso consultar sobre a conveniencia das píldoras poscoitais.
- 9.- Utilizar exclusivamente lubricantes con base de auga. Os lubricantes con bases de aceite (xelea de petróleo, crema para mans,...) non se deben empregar nunca xa que favorecen a rotura do condón.
- 10.- Despois da exaculación, estando o pene aínda erecto, debe retirarse o pene suxeitando firmemente a beira do condón para evitar derrama-lo seme no interior da parella.



## **ANEXO XVII**

### **PREVENCIÓN DE ACCIDENTES**

- ACCIDENTES DE TRÁFICO
  - Evita-lo consumo de alcohol e drogas ilícitas se se vai conducir.
  - Evitar subir a un vehículo se o conductor estivo bebendo alcohol ou consumindo drogas.
  - Usar responsablemente o casco e o cinto de seguridade dentro e fóra da cidade.
  - Se se conducen motos é recomendable o emprego de luvas e botas por riba do nocello.
- AFOGAMENTOS
  - É interesante aprender a nadar.
  - Non se debe nadar a soas.
  - É perigoso beber alcohol se se vai nadar ou navegar.
- MONOPATÍNS
  - É conveniente o uso do casco, un acolchado protector e zapatos antiesvarantes.
- BICICLETAS
  - Revisa-las normas de tráfico.
  - É aconsellable utilizar unha bicicleta adecuada ó tamaño da persoa.
  - Non é recomendable circular en bicicleta de noite.
  - Non se debe levar a ninguén na bicicleta, nin practicar ciclocross.
  - É aconsellable o casco protector.
- LESIÓNS DEPORTIVAS
  - É conveniente un certificado médico que permita a súa participación deportiva.
  - É importante a aprendizaxe das técnicas deportivas.
  - É recomendable o emprego dun equipo protector.
  - É recomendable facer deporte en lugares axeitados e unicamente se as condicións son aceptables.
  - O equipo debe estar organizado segundo o talle e a destreza deportiva e non pola idade cronolóxica.



**ANEXO XVIII**

**PAUTAS DIETÉTICAS**

- Comer alimentos variados sen exclusión de ningún grupo.
- Tomar ó redor de 1.000 c.c. de leite ou derivados lácteos.
- Escoller unha dieta pobre en graxa saturada e colesterol: evita-lo consumo esaxerado de hamburguesas, salchichas, pizzas e productos de bolería.
- Evita-lo consumo de alcohol.
- Non beber asiduamente refrescos con gas ou colas.
- Evitar petiscos.



**ANEXO XIX**

**FOLLA DE REXISTRO DE CONTROL DE SAÚDE**

.....

IDADE															
DATA															
ALIMENTACIÓN															
PESO															
TALLE															
T.A.															
CRÁNIO/F.A.															
PEL															
OLLOS															
ORL															
PESCOZO															
TÓRAX															
ABDOME															
CARDIOCIRC.															
XENITOURIN.															
NEUROMUSC.															
LOCOMOTOR															
FUMA															
BEBE															
DROGAS ILEGAIS															
ACT. SEXUAL															
MANTOUX															
DRAS/UROCULTIVO															
FLÚOR															
VACINAS															
EDUCACIÓN SANITARIA															
CARIES/MALOCCLUSIÓN															
DERIV. ODONTÓLOGO															
DERIV. XINECÓLOGO															

## BIBLIOGRAFÍA

1. - *Programa del Escolar. Centro de Saúde da Milagrosa. Lugo. Ano 1990.*
2. - *"El pediatra ante la adolescencia". G. Galdo Muñoz. Anales Esp. De Pediatría, suplemento Oct. 1996: 48-67.*
3. - *"Control de Salud en la población adolescente". S. García Tornel, J. Gaspa. Pediatría integral. Vol. 2, n.º 3, 1997: 285-295*
4. - *"Enfermedades de transmisión sexual" J. Cornellá. Pediat. Integral, Vol. 2, n.º 3, 1997: 227-236.*
5. - *"Embarazo en la adolescencia" T. De Santos y Cols. Pediat. Integral, Vol 2, n.º 3, 1997: 237-242.*
6. - *"Atención del pediatra al adolescente". P. Brasigo. Pediat. Integral, Vol. 2, n.º 3, 1997: 207-216.*
7. - *"Patología psiquiátrica en la adolescencia". P. Castells. Pediat. Integral, Vol. 2, n.º 3, 1997: 217-226.*
8. - *"Actividad físico deportiva en niños y adolescentes". F. Gómez y Cols. Pediat. Integral, Vol. 2, n.º 3, 1997: 296-308.*
9. - *"Consumo-abuso de drogas en la adolescencia". J. Rodríguez-Sacristán y cols. Pediat. Integral, Vol. 2, n.º 3, 1997: 261-671.*
10. - *"Fracaso escolar en el adolescente". N. Bolufer. Pediat. Integral, Vol. 2, n.º 3, 1997: 272-284.*
11. - *"La iniciación sexual de los adolescentes". T. J. Silber. Anales Esp. Pediat. Supl. 91. Abril 97.*
12. - *"La demanda (explícita o implícita) del adolescente en situaciones conflictivas de su sexualidad". R. Ros Rahola. An. Esp. Ped. Supl. 91. Abril 97: 22-15.*
13. - *"La atención directa al adolescente con demandas psicosexuales". A. Jimeno, an. Esp. Ped. Supl. 91. Abril 1997: 26-*
14. - *"Lectura y jóvenes de hoy". R. Acín. An. Esp. Ped. Supl. 91-Abril 1997: 21-30.*
15. - *"Importancia de la música en la edad adolescente". G. Sopena. An. Esp. Ped. Supl. 91-Abril, 1997: 31.*
16. - *"Prevención de la patología del adulto durante la adolescencia. Las seis "CES": calcio, colesterol, cigarrillos, cinturón de seguridad, cascos protectores y condones". T. J. Silber. An. Esp. Ped. Supl. 91. Abril 1997: 39-43.*
17. - *"Actividades preventivas en la infancia y la adolescencia". G. Bustos Lozano. Formación media continuada. Vol. 2. Supl. 1. Mayo 1995.*
18. - *"Consideraciones generales de los cuidados de la salud del adolescente". Lawrence S. Neinstein y cols. Salud del Adolescente. J. R. Prom Editores. 1991: 3-110.*
19. - *"Consumo de drogas". Lawrence Neinstein y cols. J. R. Prom Editores. 1991: 745-820.*
20. - *"Atención Primaria: concepto, organización y práctica clínica". A. Martín Zurro. 1984. Pág. 812.*
21. - *"Medicina escolar". Manual de reconocimiento médico escolar. Dr. R. Tojo Sierra. 1985.*
22. - *"Psicopediatría del adolescente". Aspectos preventivos y psicosociales. J. Sasot Llevadot y F.A. Moraga Llop. Prons Science. 1998.*
23. - *"Guía de vacunación en el adulto". Guía de trabajo de vacunación en el adulto. Sociedad Española de Medicina Preventiva. Salud Pública e Higiene. 1995. Pág. 72.*