Guía de recomendaciones para la

Atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad

unicef

Sociedad Argentina de Pediatría

Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia

COBERTURA UNIVERSAL de SALUD

Ministerio de Salud
Presidencia de la Nación

Autores
Los lineamientos generales de este documento fueron elaborados por un grupo de expertos convocados por el Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia (PNSIA) del Ministerio de Salud de la Nación y el Comité de Estudios Permanentes de Adolescencia (CEPA*) de la Sociedad Argentina de Pediatría en los meses de Noviembre y Diciembre de 2010 en el marco del Proyecto para el desarrollo de Servicios Amigables para la Atención de Adolescentes , Convenio firmado por el Ministerio de Salud de la Nación, la Sociedad Argentina de Pediatría y Unicef Argentina
Coordinadores del proyecto: Dra. Patricia Goddard ; Dr. Enrique Berner (SAP)

Expertos Redactores: A.M.A.D.A, Lourdes Bascary, Fernanda Bellusci, Nilda Calandra, Fernanda Cohen, Juan Carlos Escobar, Andrea Julieta Franck, Alejandra Giurgiovich, Patricia Goddard, Gabriela Mayanski, Laura Milgram, Valeria Mulli, Nina Zamberlin, Carolina Szames.
El documento final fue compilado por la Dra. Patricia Goddard (SAP), la Dra. Andrea Franck (MSAL), el Dr. Fernando Zingman (MSAL) y el Dr Juan Carlos Escobar (MSAL).

Expertos Revisores: Enrique Berner, Viviana Medina, Graciela Morales, Zulma Ortiz.

Colaboradores: Gonzalo Agüero, Mirta Garategaray, María del Carmen Hiebra, Teresa D´Orsi, Fernanda Rava, Paula Real, Eduardo Rubinstein, Silvana Spatafora.

Corrección de Estilo
Susana Drimer

Fotografía
Agostina Chiodi. Bien al Sur Fotografía.

Las imágenes pertenecen a los encuentros de Adolescentes y Salud "Nada sobre nosotr@s sin nosotr@s" realizados durante 2011 en Jujuy y Santiago del Estero, Argentina.

Diseño Interior
DCV Anahí Maroñas para Willay Estudio

Diseño de Tapa
DG Eugenia Mas de Willay Estudio

***CEPA**

Secretaria: Patricia Goddard

Pro Secretaria: Graciela Morales

Vocales: Viviana Medina, Mirta Garategaray, Valeria Mulli, Silvana Spatafora, Teresa D`Orsi, Enrique Berner.

Índice

Introducción 5

Fundamentos para la atención integral de adolescentes. 7

Espacios para la atención de adolescentes: amigables y de calidad..... 10

Los derechos en juego en la consulta con adolescentes..... 20

La consulta con adolescentes: 34

a) Entrevista

b) Examen Físico

Consultas frecuentes a tener en cuenta 57

a) Ginecomastia Fisiológica

b) Consultas relacionadas con el ciclo menstrual

Botiquín de anticonceptivos para adolescentes (recomendaciones de uso). 66

Inclusión de la práctica del Test rápido de embarazo en la consulta de adolescentes 74

Talleres en sala de espera: un espacio de comunicación 77

Bibliografía..... 85

Anexos 89

Introducción

El mundo enfrenta hoy la generación más numerosa de adolescentes registrada en la historia, más de 1.200 millones, cuyas necesidades de atención no pueden ser postergadas.[1]

También en Argentina, la cantidad de adolescentes es la más nutrida que el país haya tenido hasta el presente y será mayor en el futuro inmediato. Actualmente, representan el 16,9% de la población total. La franja entre 10 y 19 años, constituye un importante recurso para el desarrollo.

La baja mortalidad de este grupo etáreo, motivó su postergación en las políticas públicas y en la agenda del sector salud. Los hábitos nocivos adquiridos durante estos años, y las conductas de riesgo, determinarán manifestaciones de morbi-mortalidad futura. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que 70% de las muertes prematuras en el adulto se deben a conductas iniciadas en la adolescencia [2], durante la cual las acciones en salud tienen posibilidad de generar cambios sostenidos en el tiempo.

El hábito de fumar, el abuso de alcohol (con la inclusión de sus efectos sobre los accidentes de tránsito), los embarazos no esperados de adolescentes, el VIH, el sobrepeso, la obesidad y el aumento de las complicaciones asociadas a la malnutrición, plantean desafíos para las políticas sobre juventud. [3]

Los siguientes datos ilustran algunos de los problemas sanitarios planteados: de cada 100 egresos hospitalarios por partos en menores de 20 años, 17 corresponden a abortos. Del total de las interrupciones de embarazos del país, el 16,3% corresponden a menores de 20 años[4]. En relación al consumo de alcohol encuestas realizadas por SEDRONAR muestran una prevalencia mensual de consumo del último mes de 59,8%. De este porcentaje, el 52,8% declaró haber consumido aunque sea una sola vez 5 tragos o más en una misma ocasión (denominado consumo de riesgo), durante los 15 días previos a la encuesta.[5]

1-"El Estado de la población mundial 2003. Valorizar a 1.000 millones de adolescentes: inversiones en su salud y sus derechos". UNFPA 2003. www.unfpa.org.pe-publicaciones-publicaciones. Peru-EPM2003.pdf

2- MADDALENO, M; MORELLO, P; INFANTE-ESPINOLA,F: "Salud y Desarrollo de Adolescentes y Jóvenes en Latinoamérica y el Caribe": Desafíos para la próxima década". Salud Pública Mex 2003; 45 supl 1:S132-S139.

3- Banco Mundial. "Los jóvenes de hoy: un recurso latente para el desarrollo" 2008.

4- "Egresos de establecimientos oficiales por diagnóstico". Ministerio de Salud de la Nación Argentina. Dirección de Estadísticas e información de salud, 2007.

5- SEDRONAR, Observatorio Argentino de drogas. "Encuesta Nacional sobre consume de sustancias psicoactivas en estudiantes del nivel medio", 2007.

El grupo adolescencia, no percibe los recursos de salud como accesibles, por barreras al acceso a los servicios existentes, entre otras cosas, determinadas tanto por el sistema como por construcciones culturales propias de este grupo.[6]

Entre dichas barreras es importante considerar:

- **Sus propias características:** desinformación sobre su estado de salud o enfermedad, omnipotencia, temor a ser visto por algún conocido, sobre todo al consultar sobre salud sexual y reproductiva (SS. y R.)
- **Factores económicos:** falta de dinero para transporte, compra de medicamentos.
- Desconocimiento acerca de la existencia de espacios para la atención integral de adolescentes y de la oferta que brindan.
- Horarios no apropiados y/o insuficientes.
- Capacitación inadecuada de los profesionales.
- Desconocimiento de los derechos de los adolescentes, falta de garantía para el ejercicio del secreto profesional y el respeto a la confidencialidad.
- Ámbitos no diferenciados para adolescentes.

Al ser encuestados varones de nueve países, expresaron su voluntad de tener servicios de calidad, con espacios dedicados específicamente para ellos, que les garanticen confidencialidad, privacidad y que no sean condescendientes[7].

En Argentina, son pocos los lugares donde se han podido desarrollar servicios o centros con estándares de calidad en atención integral, así como las competencias y habilidades profesionales necesarias.

El Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia del Ministerio de Salud de la Nación, el Comité de Estudios Permanentes de Adolescencia de la Sociedad Argentina de Pediatría y Unicef Argentina adoptan y promueven el modelo de Atención Integral e Interdisciplinaria basada en derechos y con enfoque de riesgo, como herramienta para garantizar el derecho a la salud integral de los/ las adolescentes. Se adopta como estrategia, la promoción del modelo de Servicio Amigable y de Calidad para los/las Adolescentes.

La presente Guía fue desarrollada en el marco de un convenio de colaboración entre estas Instituciones. Su objeto es colaborar en mejorar el acceso de esta población a servicios de salud de calidad. Brinda herramientas para la

6- CEJAS, OLAVIAGA y STECHINA: "¿Qué piensan los jóvenes sobre la salud, las instituciones y sus derechos?" Políticas Públicas/ Análisis N°59, CIPPEC, 2008

Disponible en: http://cippec.net/nuevo/files/bv_410.pdf

7- BLOOM, D; WILLIAMSON, J: "Demographic transitions and economic miracles in emerging Asia". Cambridge (MA): Harvard Institute for International Development, Universidad de Harvard, 1998.

instalación de nuevos espacios de atención así como para la adecuación de los puntos de contacto que ya tienen en el sistema sanitario.

Finalmente, es nuestro deseo que los/las adolescentes encuentren cada vez menos rechazos y obstáculos para acceder a los recursos sanitarios que proveen los Estados Nacional y Provinciales.

Fundamentos para la atención integral de adolescentes

Marco legal

En 1994, Argentina incluye en su Constitución tratados internacionales previamente ratificados. Este es el caso de la Convención sobre los Derechos del Niño (en adelante, CDN) y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW).

El Estado Nacional sanciona leyes vinculadas que enmarcan el enfoque de atención integral de la salud. En 2006, se sanciona la **Ley Nacional Nº 26.061** de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes. Esta norma rige en todo el territorio nacional e impone la obligación de respetar su condición de sujeto de derecho, y tener en cuenta su edad, grado de madurez, capacidad de discernimiento y demás condiciones personales (art. 3 incisos a y d). En su Art. 14 garantiza el derecho a su salud integral, indicando en el decreto reglamentario que: *"El derecho a la atención integral de la salud del adolescente incluye el abordaje de su salud sexual y reproductiva previsto en la Ley Nº 25.673, que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable."* (art. 14 Decreto Reglamentario Nº 415/06).

Marco de atención de la salud

Un Espacio de Salud para adolescentes debe tener un **enfoque integral**, para la vigilancia de su crecimiento y desarrollo. Esto se refiere a la amplitud con que debe abordarse su atención en los factores biológicos y psicosociales: el estilo de vida, el ambiente físico y cultural, la familia, la interacción con sus pares, entre otros. El **propósito de este enfoque** es la **preservación de la salud**, estimulando la **detección de riesgos y la visualización de factores protectores**, poniendo en marcha, actividades anticipatorias (Moreno, E. 1995).

Hoy, se agrega el propósito de **promover el desarrollo** de las personas.

De las características multidimensionales de la consulta, se desprende la necesidad de asegurar **el trabajo interdisciplinario e intersectorial**, conformando equipos con diversas profesiones.

A nivel de la red de servicios es preciso desarrollar un **sistema jerarquizado** que asegure el acceso a los diferentes niveles de complejidad.

Se debe promover una activa **participación social** en todo el proceso de gestión. Los jóvenes, las familias, y las instituciones deben intervenir en la identificación de los problemas, en el diseño y puesta en práctica de las propuestas de solución.

Este tipo de **cogestión** debe darse como respuesta al interés y compromiso que asuman los/ las adolescentes como individuos o en grupo, las familias y las instituciones o sectores sociales (escuelas, colegios, clubes, etc.) en el desarrollo de las actividades.

Conceptos fundamentales a tener en cuenta

- **Salud integral:** Comprende el bienestar físico, mental y social de los jóvenes simultáneamente con su desarrollo educativo y la adecuada participación en las actividades de la comunidad, acorde a su cultura y el desarrollo de su máxima potencialidad (OMS).
- **Atención Interdisciplinaria:** "Interacción de profesionales de distintas áreas de la Salud que, con un objetivo común y compromiso personal, enfocan desde diferentes ópticas un problema complejo"[1].
- **Intersectorialidad:** Articulación de varios sectores, de una planificación estratégica e instrumentos compartidos con educación, trabajo, justicia, deportes, etc., para lograr la atención integral.
- **Enfoque de riesgo:** Estrategias utilizadas para determinar las necesidades en los grupos de población, las prioridades de salud y las acciones que promuevan los efectos de factores protectores y disminuyan los de riesgo.

Aparecen nuevos conceptos como:

- **Vulnerabilidad:** posibilidad que se produzca un riesgo o daño
- **Factor de riesgo:** cualquier circunstancia de naturaleza biológica, psicológica o social detectable en un individuo, familia, o comunidad que "señala" una mayor probabilidad de sufrir un daño.

1- KORIN, D. El por qué de la interdisciplina en los equipos de salud. Educación a Distancia en Salud del Adolescente. Buenos Aires: EDISA, 1997, 7: 79-97

  - **Factores protectores:** características de un individuo, familia, o comunidad que favorecen el desarrollo humano, mantener la salud o recuperarla contrarrestando sus posibles efectos
  - **Comportamientos de riesgo:** alteraciones de la conducta o actuaciones repetidas que pueden comprometer el desarrollo bio-psico-social de los individuos.
- **Oportunidad perdida:** "Toda circunstancia en que una persona tiene contacto o acude a un establecimiento de salud y no recibe las acciones integrales de salud que le corresponden de acuerdo a las normas vigentes, según grupo etáreo, género y/o condiciones de riesgo". (OMS).

Espacios para la atención de adolescentes: amigables y de calidad

Objetivos del capítulo

El presente capítulo tiene por objeto describir estos espacios de atención, sus principios, modalidades y componentes. Se proponen herramientas que faciliten su puesta en marcha.

Definición

Servicio: Aquel espacio de atención reconocido y adecuado a las características físicas de la institución seleccionada, con reconocimiento en la estructura del ámbito donde se desarrolle la actividad.

> **Servicios amigables para adolescentes (Ops/Unfpa):** servicios donde los/las adolescentes encuentran oportunidades de salud cualquiera sea la demanda, siendo agradables a los adolescentes y a sus familias por el vínculo que se establece entre ellos y el equipode salud, y por la calidad de sus intervenciones.

Características indispensables[1] de un espacio amigable para la atención de adolescentes

Equitativo: El espacio ofrece a cada adolescente una oportunidad justa de atención para promover su potencial bio-psico-social

1-Quality assesment guidebook: a guide to assessing health services for adolescent clients. World Health Organization, 2009. www.whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598859_eng.pdf

Accesible: Está pensado y organizado para que los/las adolescentes puedan obtener los servicios ofrecidos.
Aceptable: Están dotados de manera que satisfagan las expectativas de los usuarios.
Apropiado: Los servicios ofrecidos son aquellos que los/ las adolescentes demandan y necesitan.
Efectivo: La atención es provista adecuadamente para contribuir al estado de salud de los/ las adolescentes.

Modalidades de servicios

Se han identificado cuatro modalidades básicas de organización amigable de servicios de salud para la atención de adolescentes:

- **Centro amigable de salud para adolescentes:** Es un espacio físico independiente. Está diseñado para atender a adolescentes, jóvenes y sus acompañantes adaptados a su cultura, gustos y preferencias. Los horarios se acomodan estable y permanentemente a la disponibilidad del tiempo de jóvenes, garantizando así su acceso. Ofrecen posibilidades para potenciar desarrollos psicosociales y formativos, que son reconocidos como procesos de promoción de la salud. Por ejemplo, talleres en sala de espera, consejería, actividades culturales[2].
- **Servicio Diferenciado para la atención de adolescentes:** Comparte la infraestructura con otros servicios de salud pero cuenta con ambientes exclusivos para adolescentes, con un horario diferenciado y una señalización adecuada para orientarlos en su acceso. Los profesionales, que atienden en forma interdisciplinaria, están capacitados para esta tarea, la que realizan en forma exclusiva en el horario asignado.
- **Consultorio diferenciado:** Uno o más profesionales ofrecen atención integral de salud, dentro de su programación de consultas diarias en un consultorio adaptado a tal fin.
- **Consultorio no diferenciado:** Uno o más profesionales brindan sus servicios a adolescentes en los mismos días y horarios que a otros grupos poblacionales.

Las cuatro modalidades pueden ser entendidas como una forma progresiva de organizar la prestación de servicios, que incorpora gradualmente acciones, de acuerdo con las necesidades de la población joven y los recursos disponibles de la institución o región.

2- QUINTANA S. Alicia e HIDALGO H., Catalina.: "Acortando distancias entre proveedores de salud, adolescentes y jóvenes, Servicios de Salud Amigables en Bolivia, Perú y Ecuador"

Publicación realizada en el marco del proyecto "Acceso joven", llevado a cabo por el Instituto de Educación y Salud – IES, en Bolivia, Ecuador y Perú, con el apoyo de Advocates for Youth en alianza con Pathfinder Internacional Bolivia y la Red Internacional de Adolescencia y Juventudes de Ecuador, entre 2001 y 2003.

Instalación

¿Dónde instalarlo?

La elección del lugar, requiere una tarea de programación previa para identificar regionalmente las áreas de mayor población adolescente con problemas y menor posibilidad de acceso al sistema, En lo posible, de fácil acceso.

¿Qué se necesita para su instalación?

Privacidad y acceso: características comunes a todas las modalidades

Espacio físico: El espacio de atención debe estar separado de otras áreas de atención, respetando condiciones mínimas de privacidad (separación de los consultorios entre sí por material o durlock, no por biombos. Con puertas en los consultorios, no cortinas).

Señalización: en la entrada de la institución debe anunciarse claramente la existencia del espacio y los horarios de atención. La ruta de acceso debe estar correctamente señalizada. En la sala de espera debe figurar información clara y fehaciente de los servicios ofrecidos: atención integral en salud, control del adolescente sano, asesoramiento, consejería; explicitando la política de confidencialidad y derechos, la posibilidad de consultar solos o acompañados y los límites en la edad de atención.

Programación horaria y gestión de turnos: los horarios y turnos, se organizan a fin de facilitar la atención. Pensando en aquéllos que trabajan y /o estudian, se promueven horarios vespertinos y atención los días sábados.

Programación de turnos: la oferta asistencial está dividida en dos opciones: los turnos por demanda espontánea y los turnos programados. De esta manera, se facilita la consulta urgente, y se organizan mejor las consultas de seguimiento, evitando sobrecargar al equipo de salud. Cada institución evalúa cuántos turnos espontáneos y cuántos programados ofrece al sistema, dependiendo de las características de los usuarios y sus necesidades.

Características específicas según modalidad

Centro o Servicio

Es deseable que cuenten con la siguiente infraestructura y recurso humano.

Infraestructura

- **Área de recepción:** con condiciones mínimas de privacidad y entrenamiento del personal administrativo a tal fin.
- **Sala de espera** para que los usuarios y acompañantes esperen su turno de atención. En este lugar se pueden llevar a cabo talleres, para aprovechar el tiempo inerte, con contenidos de derechos, promoción de la salud u otros, a fin de fortalecer los criterios de servicio amigable, confiable y que respeta el secreto profesional. El espacio puede estar enriquecido por materiales de Educación para la Salud colocado en las paredes y folletería accesible, así como todo recurso que sirva para el logro de estos fines.
- **Consultorios** para la atención individual de los pacientes que permitan privacidad y confidencialidad en la consulta. Es deseable contar con espacio suficiente para permitir la participación de familiares o acompañantes y de aquellos adolescentes que concurren en silla de ruedas. Su equipamiento debe adecuarse al tipo de atención brindada. (Ver anexo: Equipamiento para consultorio)
- **Sala para reuniones** del equipo interdisciplinario, con biblioteca y acceso a equipo de computación.
- **Espacio para reuniones grupales con los/ las adolescentes, terapias familiares.**
- **Buzón de sugerencias.**
- **Sanitarios cercanos.**

Recursos Humanos

Los Centros deben estar integrados por equipos interdisciplinarios. Recomendamos considerar las siguientes áreas:

- Administrativa
- Médica
- Enfermería
- Salud Mental
- Trabajo Social
- Psicopedagogía

Las diferentes áreas trabajan en un espacio físico común, compartiendo la sala de espera, los lugares de reunión y horarios de atención.

Un consultorio de atención diferenciada y uno no diferenciada deben tener las siguientes características:

Infraestructura edilicia:

Debe reunir condiciones que permitan privacidad y confidencialidad en la consulta. Su equipamiento debe adecuarse al tipo de atención brindada (Ver anexo: Equipamiento para consultorio).

Recursos humanos:

El profesional a cargo debe contar con conocimientos básicos sobre crecimiento y desarrollo bio-psico-social del adolescente, capacidad para la resolución de los motivos de consulta más frecuentes, pudiendo realizar la clasificación del riesgo y la referencia correspondiente al caso, así como conocimiento de la legislación vigente para la atención de esta población.

Recuerde

La falta de infraestructura no puede ser un limitante para la instalación de un espacio de atención amigable para adolescentes. En estos casos, un consultorio en un sector del hospital y/o centro de salud que cuente con las condiciones descriptas de privacidad servirá para iniciar la atención.

Así mismo la falta de profesionales de distintas disciplinas no implica un obstáculo para un abordaje interdisciplinario. Ésta es una actitud del profesional que trabaja con adolescentes, *"debe estar en su cabeza."*

En estos casos, es de suma utilidad conformar una red de atención ágil con profesionales de otras especialidades y disciplinas aunque no compartan el mismo ambiente físico. Para ello, sugerimos comenzar por identificar aquellos especialistas dentro de su red de salud con afinidad y establecer un espacio de encuentro entre los responsables de los mismos con una frecuencia mínima (por ejemplo mensual o bimensual).

Funciones de los espacios de atención según complejidad

1. **Programar y gerenciar** el conjunto de actividades con los sectores involucrados.
2. **Identificar los problemas de salud** describiendo enfermedades de la población a ser atendida, los recursos disponibles, y las condiciones del medio. Dicha descripción debe ser realizada a partir de elementos demográficos, socioeconómicos y geográficos.
3. Tener un **programa escrito** con metas cuali y cuantitativas de las actividades de atención que responda al punto anterior.
4. Contar con **normas escritas** y disponibles de prevención, diagnóstico y tratamiento de los problemas prevalentes.
5. Organizar **un equipo mínimo** de profesionales de diferentes especialidades y disciplinas ya sea en un mismo espacio físico, o mediante una red de derivación.
6. Brindar **capacitación específica y continua** en Adolescencia al equipo de trabajo y a la red en la cual funcionen.

7. **Establecer un horario común de reunión del equipo.**
8. Implementar la **historia clínica SIA (Salud Integral del Adolescente)** del CLAP/Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud para el registro interdisciplinario de la consulta;
9. **Garantizar la red de derivaciones. La derivación** a especialistas, centros de mayor complejidad, o cualquier otra prestación por fuera del centro, unidad o consulta, deberán realizarse en forma escrita y con turno asignado a otros efectores de salud articulados entre sí.
10. **Organizar un sistema de seguimiento de casos de riesgo** que permita la citación de pacientes que abandonan tratamiento.
11. **Promover y participar en actividades comunitarias** en la zona de influencia, convocando a escuelas, clubes, parroquias, organizaciones juveniles, con adultos responsables y adolescentes voluntarios.
    - Es prioritaria la **participación de los/las adolescentes** en la programación, ejecución y evaluación de los programas de salud.
    - Formación de adolescentes como **promotores de salud**.
    - Diseñar y coordinar actividades de **educación para la salud** destinado a los/ las adolescentes, sus familias y la comunidad.
12. **Realizar tareas de promoción de las actividades** del servicio en la comunidad y en la institución.
13. **Garantizar un espacio de integración** salud/educación.

Funciones de los integrantes del equipo

La consulta a cualquier miembro del equipo independientemente de su función específica debe asegurar al adolescente un ámbito de confiabilidad (confianza en los profesionales, centros de salud y/o institución), confidencialidad (acorde al secreto médico) y privacidad, informando de las excepciones cuando la responsabilidad deba ser compartida con sus padres o representantes.

> **Es deseable que cada adolescente contacte al sistema de salud acompañado por un adulto de confianza, de preferencia sus padres. Sin embargo, cuando esto no es posible, es función de los integrantes del equipo de salud asegurarle las condiciones para acceder al ejercicio pleno de su derecho a la salud.**

Las funciones son:

- Promover la **autonomía** en el adolescente, participando junto a él en el proceso de toma de decisiones libres y responsables en relación a su salud.

- Brindar la **información completa, veraz y oportuna** -en forma verbal y/o escrita- en un lenguaje comprensible para el adolescente y su familia y/o acompañante, que permita la toma de decisiones.
- Obtener su **consentimiento** para toda intervención y/o tratamiento.
- Mantener una **posición respetuosa** y flexible frente a sus actitudes y expresiones, de acuerdo a sus tiempos.
- Responder al motivo de consulta con criterio de **integralidad y oportunidad** para recibir la atención.
- Hacer el abordaje en su **contexto de vida**: escuela, trabajo, tiempo libre, inserción social, y comunitaria.
- Promover **acciones anticipatorias**, identificando los factores protectores y de riesgo.
- Dedicar el **tiempo necesario para escuchar** al adolescente, su familia y/o acompañante

Recomendamos remitirse a los Lineamientos Normativos para la Atención Integral en Adolescentes- Resolución 542/1997- de la Dirección de Calidad de los Servicios de Salud, Ministerio de Salud de la Nación, para ampliar las funciones específicas de cada integrante del equipo.

http://msal.gov.ar/pngcam/resoluciones/msres542_1997.pdf

Procedimientos

Recorrido del adolescente que consulta

Sugerimos examinar la ruta del adolescente y analizar en cada una de sus instancias la existencia de obstáculos al acceso y a la confidencialidad. A partir de esta evaluación, se podrán realizar los ajustes necesarios para la mejora del Servicio.

Descripción de la ruta en una institución con Unidad de Adolescencia

Ingreso y recepción: Primer contacto del adolescente con la Institución. Brinda información acerca del funcionamiento, horarios y cualquier consulta que sea requerida. Otorga turnos programados y para demanda espontánea. Debe contar con señalética que oriente hacia donde debe ir para ser atendido (por ejemplo: Servicio de Adolescencia PB).

Administración y gestión de la consulta: Espacio y momento de la apertura de la Historia Clínica. Consigna los datos de filiación y adjudica número para su archivo. Entrega al adolescente un carnet de citaciones Realiza contacto con el equipo profesional encargado de la atención.

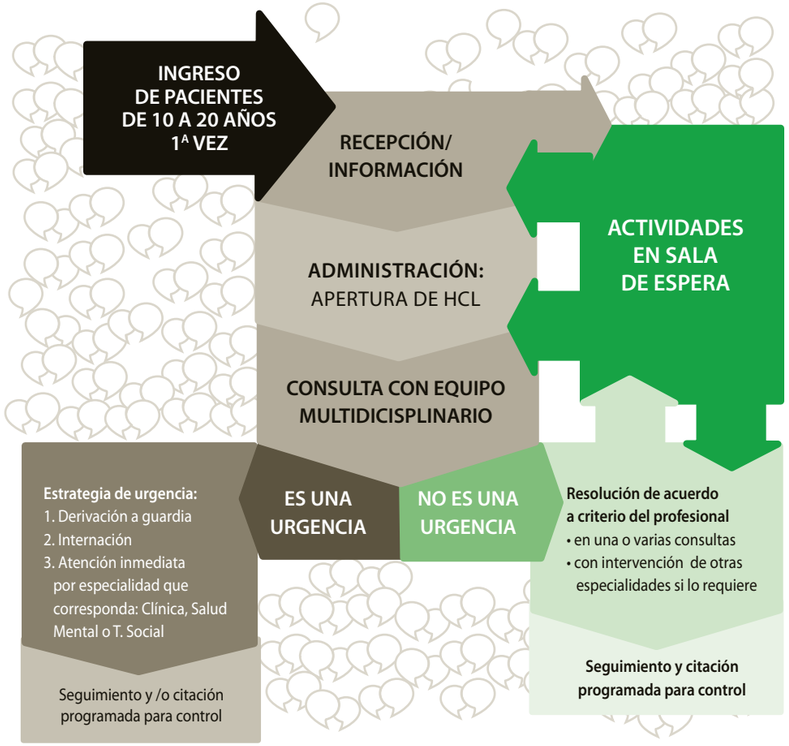
Sala de Espera: Actividades de promoción y protección de la salud. Momento muy importante ya que es el primer contacto con el servicio. Expone la "amigabilidad" puertas afuera del consultorio y facilita el contacto posterior con el profesional.

Consulta con equipo multi/interdisciplinario: La consulta de primera vez debe orientar al adolescente de acuerdo a su demanda. Puede ser realizada por cualquier profesional del equipo, de preferencia el o la médica con orientación clínica general (pediatra, generalista, clínico), que se convierte en su médico/a de cabecera. Se debe tener en cuenta el motivo de consulta manifiesto del paciente, el motivo de consulta del acompañante, si lo hubiera, y siempre debe contemplarse el concepto de oportunidad perdida.

1. Si se considera una urgencia[3], se programa una estrategia de urgencia inmediata.
2. Si no se trata de una urgencia, el profesional a cargo del programa decidirá la estrategia de resolución que considere más conveniente pudiendo requerir otras consultas con turno programado.
3. Si el paciente ingresa por algún motivo de consulta que no es estrictamente del ámbito médico, se le debe dar la oportunidad de realizar el control de Salud Integral en ese momento o con citación programada.
4. Los/ las adolescentes que lo requieran, se derivarán con una orden escrita y con turno asignado, a otros miembros del equipo u otros efectores de salud con la especialidad e infraestructura necesaria a fin de garantizar respuesta al motivo de consulta.

Referencia-Contrarreferencia: Debe hacerse por escrito o en los casos que se considere conveniente con acompañamiento de personal del equipo admisor.

Citación para control: Los pacientes de riesgo deberán ser consignados de manera tal, que de no concurrir nuevamente al control, sean citados por el médico de cabecera. En segunda instancia, se implementará la citación a través de la institución.



Participación social y comunitaria

La salud es un proceso dinámico que se relaciona con distintos actores. En el caso de los/ las adolescentes, los vínculos con la familia, las instituciones, la comunidad y la escuela, constituyen oportunidades de accionar en forma directa sobre determinantes de la salud.

Cuando son reconocidos como sujetos de derechos, con capacidad para tomar decisiones, se sienten motivados y se convierten en valiosos aliados para los servicios de salud. Con su apoyo es posible planear mejor el servicio, ofrecerlo con estándares de calidad y evaluarlo de manera crítica y permanente. Contribuyen a la difusión de los servicios ofrecidos y se garantiza que éstos sean más acordes a sus necesidades y expectativas.

3- Las consultas consideradas de urgencia pueden ser de diferentes índoles: Consultas por anticoncepción y dudas del estado de embarazo. Consejería. y orientación en opciones frente a un embarazo no planificado/ Ideación, e intento de suicidio. Conductas agresivas; crisis de angustia; ataque de pánico Episodio psicótico agudo (alteración de la sensopercepción, ideación delirante). Situaciones de violencia y/o sospecha de abuso sexual. Intoxicación aguda por sustancias (alcohol y drogas). Metrorragia y cualquier otra consulta por patología orgánica aguda de urgencia

Algunas acciones para efectivizar la participación social son:

- Armado de mesas de gestión.
- Establecimiento de vínculos con las escuelas.
- Generación de actividades comunitarias.

Difusión institucional del espacio de atención

Dirigida al personal de la institución

Para difundir la existencia de las leyes, su reglamentación, normas y decretos relativos a la Atención Integral de adolescentes; difundir los derechos y obligaciones del personal y de los usuarios; dar respaldo a la jerarquía técnica institucional del servicio.

Dirigida a los usuarios

Para difundir los derechos y la existencia de los servicios y promover su utilización, se utilizarán los medios disponibles en cada institución: blogs, web, cartelería, folletería, comunicaciones institucionales, ateneos.

Monitoreo y Evaluación del Servicio

En la implementación de servicios de salud amigables y de calidad para adolescentes, la evaluación es fundamental y, por tanto, se reafirma la necesidad de considerarla como parte de las acciones rutinarias del equipo.

Examinar la ruta del adolescente y analizar en cada una de sus instancias la existencia de obstáculos al acceso y a la confidencialidad. Así se podrán realizar los ajustes necesarios para la mejora continua del Servicio.

Se debe brindar a todos los actores la libertad de generar indicadores acordes a la modalidad de prestación de servicios elegido o posible. Se sugiere considerar el uso de los siguientes indicadores:

- Número de consultas.
- Porcentaje de consultas de primera vez.
- Porcentaje de reconsultas.
- Encuestas de satisfacción de los usuarios.

Para la evaluación de la "Amigabilidad" de su servicio y prestaciones, se recomienda utilizar las guías de OPS diseñadas a tal fin. *Quality assesment guidebook: a guide to assessing health services for adolescent clients. World Health Organization, 2009.*

www.whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598859_eng.pdf

Los derechos en juego en la consulta con adolescentes

El presente capítulo tiene por objeto señalar las principales cuestiones acerca de los deberes y derechos que se ponen en juego toda vez que un adolescente se presenta solicitando atención en salud.

Derecho a la Salud de Niños y Adolescentes

Las estructuras institucionales y la justicia entienden por salud no sólo la ausencia de enfermedad, sino el nivel más elevado de bienestar físico, mental y social (OMS).

El derecho a la salud es fundamental para la República Argentina. En 1994, la reforma de la Constitución Nacional, lo incorpora de manera explícita a través de diversos tratados de derechos humanos.[1] Lo mismo ocurre con los vinculados con su disfrute: derecho a la vida, a la libertad y la seguridad personales, a la integridad física y psíquica, a la dignidad, a la privacidad, a la libertad de conciencia y pensamiento, a la igualdad y a la educación.[2] Todos son esenciales para la autonomía personal ya que protegen bienes indispensables para hacer realidad la elección y materialización de su plan de vida, siendo éste un valor contenido en nuestra Constitución Nacional desde 1853.

El derecho a la salud, en tanto implica determinaciones que hacen a la autonomía, la privacidad y el decidir sobre el propio cuerpo es de carácter personalísimo; su ejercicio no es objeto de representación. Esto requiere adecuar las modalidades de comunicación con el joven que solicita asistencia.

Los niños poseen los derechos que corresponden a todos los seres humanos, menores y adultos, y tienen además derechos especiales derivados de su condición, a los que corresponden deberes específicos de la familia, la sociedad y el Estado (Corte Interamericana de Derechos Humanos, Opinión Consultiva 17/2002, sobre la Condición Jurídica y Derechos Humanos de los Niños, párr.54. (Considerando 32).

La **Convención de los Derechos del Niño** (CDN), de rango constitucional, ratificada por la Argentina a través de la **Ley 23.849**, contempla que los niños (toda persona menor de los 18 años) tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud y de servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación (Art. 24).

Está claro que este derecho implica necesariamente otros, tales como:

- Gozar del más alto nivel de desarrollo (art.6);
- Formarse un juicio propio para expresar libremente su opinión (Art. 12);
- Ejercer plenamente la libertad de conciencia, de religión y de pensamiento (Art. 14);
- El derecho a un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico, mental, espiritual, moral y social (Art. 27); y,
- El derecho a la educación (Art.28).

Éstos deben garantizarse siguiendo el criterio de *"interés superior del niño"* como consideración primordial, conforme lo establece el Art. 3 de la Convención, en su primer párrafo.

Nuestra legislación a través de la **Ley N° 26.061** de Protección Integral de los Derechos de los Niños y Adolescentes, reconoce en su artículo 14 que los Organismos del Estado deben garantizar "el acceso a servicios de salud, respetando las pautas familiares y culturales reconocidas por la familia y la comunidad a la que pertenecen siempre que no constituyan peligro para su vida e integridad" y afirma que "las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la atención integral de su salud, a recibir la asistencia médica necesaria y a acceder en igualdad de oportunidades a los servicios y acciones de prevención, promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud".[4]

Una de las últimas leyes en materia de salud, la **Ley N° 26.529** (Ley de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado) establece que existe, hacia todo paciente, pero prioritariamente para con los niños y adolescentes un deber de asistencia (Art. 2 inc. a) sin ningún tipo de menoscabo o discriminación.

Derecho a la Autonomía Personal

El artículo 19 de la Constitución Nacional establece que las acciones privadas de las personas que no perjudican a otros sujetos pertenecen a su sólo ámbito y están exentas de la autoridad estatal. Así mismo establece que ningún habitante de la Nación será obligado a hacer lo que no manda la ley, ni privado de lo que ella no prohíbe. Es decir, recoge el **derecho a la intimidad** en primer lugar y luego el **derecho a la libertad**, del cual se desprende el **derecho a la autonomía**.

La autonomía, significa tomar propias decisiones sin injerencias de los demás.

En un niño comprende el progresivo conocimiento de sí mismo, la referencia que tendrá a través de este conocimiento, y la capacidad o habilidad para utilizar los recursos que disponga en cada momento de su desarrollo. Los niños han de poder reconocer sus necesidades y progresivamente poner a prueba sus posibilidades de satisfacerlas.

De esta forma, se reconoce un marco de libre decisión sobre la propia vida y el propio cuerpo, que impide al Estado –y a otros sujetos- interferir negativamente con sus decisiones y acciones libremente adoptadas.

La CDN recepta este espíritu consagrando en el art. 16 el derecho del niño o adolescente a la protección contra las *"injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia"*.

¿Los/ las adolescentes son autónomos respecto a las decisiones que hacen a su salud?

El Código Civil, vincula la posibilidad de ejercer los derechos personalísimos con la capacidad de tener discernimiento, fijándola en los 14 años. Sin embargo, la misma tiende a construirse de una manera más individual o subjetiva -"empírica"-, ya que se refiere claramente a análisis relativos a las competencias de cada persona.

Es importante aclarar las diferencias conceptuales entre Capacidad y Competencia.[5]

La **Capacidad** es una noción usada en el ámbito de los contratos; por ello y por razones de seguridad jurídica, las leyes establecen una edad determinada, a partir de la cual se alcanza la mayoría de edad.

La **Competencia** pertenece al área del ejercicio de los derechos personalísimos; no se alcanza en un momento preciso, sino que se va formando, requiere una evolución. Bajo esta denominación, se analiza si el sujeto puede, o no, entender aquello que se le dice, cuáles son los alcances de la comprensión, si puede comunicarse, si puede razonar sobre las alternativas y si tiene valores para poder juzgar.[6]

La CDN toma como principio rector *"el interés superior del niño"* y reconoce su autonomía progresiva, introduciendo la idea de "competencia" de los niños para la toma de decisiones relativas a su cuerpo y su salud; los niños son sujetos plenos de derechos y van adquiriendo cada vez mayor capacidad para el ejercicio de los mismos (autonomía progresiva). En este contexto, las facultades de representación otorgadas a los padres son dadas en función del deber de brindarles las herramientas que permitan el ejercicio pleno de sus derechos reconocidos (CDN, a**rtículo 5**) En el **artículo 12**, se establece que *"(los) Estados Partes garantizarán al niño que esté en condiciones de formarse un juicio propio el derecho de expresar su opinión libremente en todos los asuntos que (lo) afectan…, teniéndose debidamente en cuenta las opiniones del niño, en función de la edad y madurez …"*.

La **Ley 26.061**, establece que siempre debe considerarse la edad, grado de madurez, discernimiento y demás condiciones personales del niño, y del adolescente a la hora de evaluar si puede o no consentir sobre materias que

le conciernen (art. 3). El **Comité de los Derechos del Niños** (organismo de interpretación y de supervisión de la CDN) en su Observación General Nº 4, referida a la Salud y el Desarrollo del Niño y el Adolescente ha señalado que *"antes que los padres den su consentimiento, es necesario que aquéllos tengan oportunidad de exponer sus opiniones libremente y sean debidamente tenidas en cuenta, de conformidad con el artículo 12 de la Convención. Sin embargo, si el adolescente es suficientemente maduro, deberá obtenerse el consentimiento fundamentado del propio adolescente y se informará, al mismo tiempo a los padres de que se trata del "interés superior del niño"* (punto 32).

En esa línea se inscribe la **Ley 26.529** reconociendo el derecho de los niños de intervenir a los fines de tomar decisiones sobre terapias o tratamientos que involucren su vida y su salud (art. 2 inc. e).

> **"El ejercicio de un derecho que implica la atención básica en salud, sea ésta una decisión referida a información sobre el propio cuerpo (solicitarla y recibirla), métodos anticonceptivos y su aprovechamiento, prestaciones y servicios de salud, son hechos lícitos o actos no negociables y no actos jurídicos. Su concreción se vincula a la posibilidad de expresión de la voluntad, previa comprensión del acto médico y de sus consecuencias para la vida y la salud."**

En el camino de su evolución, habrá distintos momentos en los que podrán ejercitar sus derechos -sobre todo aquellos de carácter personalísimo- por sí mismos en tanto tengan la competencia para hacerlo. En el marco de la consulta, es tarea del equipo de salud reconocer cuándo existe esta competencia. Vale aclarar que los niños tienen una mayor capacidad de demostrar su comprensión de las situaciones en contextos que les resultan familiares, y su capacidad de asumir responsabilidades o demostrar su madurez es muy sensible a la metodología empleada.[7]

¿Existen límites a la autonomía personal en el caso de los niños y adolescentes?

Limitar la autonomía personal debe ser una situación excepcional, sólo ante un **riesgo cierto** del paciente, de su familia o de la comunidad. El art. 9 de la **Ley 26.529** prevé dos casos ante los cuales puede prescindirse de consentimiento informado de la persona:

- Cuando mediare grave peligro para la salud pública.
- Cuando mediare una situación de emergencia, con grave peligro para la salud o vida del paciente, y no pudiera dar el consentimiento por sí o a través de sus representantes legales.

Se deben interpretar ambos casos en forma restrictiva y analizarlos para verificar que dichos supuestos se están suscitando en la realidad. Toda decisión que prescinda del consentimiento informado del niño, y por ende, sea involuntaria, es excepcional, debiendo considerarse como último recurso.

Si bien la Ley 26.529 se refiere a la existencia de **peligro**, la **Ley 26.657** de Salud Mental dispone que las internaciones involuntarias sólo pueden proceder al verificarse la existencia de **riesgo** cierto e inminente para sí o para terceros y la imposibilidad de un abordaje ambulatorio (art. 20).

¿Pueden los padres (o los tutores, curadores, guardadores) oponerse a la provisión de información y/o tratamiento médico a sus hijos menores de edad cuando sea necesario?

No

El art. 264 del Código Civil define la patria potestad como el conjunto de deberes y derechos que corresponden a los padres sobre las personas y bienes de los hijos, para su protección y formación integral, desde la concepción de éstos, mientras sean menores de edad y no se hayan emancipado.

La autoridad que el Código Civil reconoce a los padres no es un fin en sí misma. El objetivo es proteger los derechos de los niños y adolescentes, y promover su formación integral.[8] La patria potestad requiere que los niños y adolescentes sean titulares de todos los derechos personalísimos.

> **Esta idea está presente en el Caso Liga Amas de Casa vs. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, resuelto por el Superior Tribunal de la Ciudad de Buenos Aires. En el voto del mencionado fallo, la Vocal Dra. Russo, establece: *"El ejercicio de la patria potestad encuentra sus limitaciones en cualquier práctica por parte de los padres que vulnere los derechos que establece la CDN, toda vez que tiene en mira- en referencia la educación del niño- que "deberá estar encaminada a preparar al niño para asumir una vida responsable en una sociedad libre…"* (art. 29, inc. d.)** [9]

El conjunto de derechos y obligaciones que surgen de la patria potestad, debemos situarlos en el entorno familiar y comunitario en el que los niños se desarrollan. El rol de la comunidad es esencial para garantizarles el disfrute del derecho a la salud. La **Ley 26.061** establece que:
"la Comunidad, por motivos de solidaridad y en ejercicio de la democracia participativa, debe y tiene derecho a ser parte activa en el logro de la vigencia plena y efectiva de los derechos y garantías de las niñas, niños y adolescentes." (art. 6)

El Comité de Derechos del Niños ha sostenido que "la salud y el desarrollo de los/las adolescentes están fuertemente condicionados por el entorno en que viven. La creación de un entorno seguro y propicio supone abordar las actitudes y actividades tanto del entorno inmediato de los/ las adolescentes -la familia, los otros adolescentes, las escuelas y los servicios- como del entorno más amplio formado por, entre otros elementos, la comunidad, los dirigentes religiosos, los medios de comunicación y las políticas y leyes nacionales y locales" (punto 14 Obs. Gen. Nº 4)

El ejercicio de los derechos por sus protagonistas

La **Convención de los Derechos del Niño**, no fija edad para el ejercicio de sus enunciados; tampoco lo hace la **Ley 26.061.**

De acuerdo con el tratado internacional, un niño tiene discernimiento y titulariza derechos que se relacionan directamente con su autonomía personal;[10] por lo mismo, tiene reconocimiento y protección constitucional, si recurre a un establecimiento público a fin de asesorarse sobre temas de salud sexual y reproductiva o cualquier otra cuestión.

> **En este caso, más allá de la edad que tenga, el interés superior del niño habilita a resolver a favor del acceso, en tanto es la única forma de interpretar armónicamente todo el marco normativo vigente y sobre todo, garantizar la protección y acceso al derecho a la salud que detenta.**

La patria potestad (o la tutela, curatela o guarda) no puede ser validada como obstáculo para la protección y formación integral de los hijos, incluso en estos casos.

La Ley 26.061, introduce una regla de interpretación "a favor del niño" para el caso de la existencia de conflicto de derechos entre niños y adolescentes frente a otros derechos y/o intereses igualmente legítimos, prevaleciendo siempre los primeros por sobre los segundos (art. 3 in fine).

Derecho a la privacidad e intimidad. Confidencialidad en la consulta

La Ley 17.132 del Ejercicio de la Medicina lo establece en su art. 11:

"Todo aquello que llegare a conocimiento de las personas cuya actividad se reglamenta en la presente ley, con motivo o en razón de su ejercicio, no podrá darse a conocer —salvo los casos que otras leyes así lo determinen o cuando se trate de evitar un mal mayor y sin perjuicio de lo previsto en el Código Penal—, sino a instituciones, sociedades, revistas o publicaciones científicas, prohibiéndose facilitarlo o utilizarlo con fines de propaganda, publicidad, lucro o beneficio personal."

La **Ley 26.529** reconoce como esencial el derecho a la intimidad y a la confidencialidad. En su art. 2 inc. d) establece:

"El paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente".

¿ El deber de confidencialidad médico encuentra su límite en la edad del paciente ..... No ?

Por todo lo dicho anteriormente, en especial como consecuencia del juego entre el interés superior del niño y el reconocimiento de la autonomía progresiva, aparece claro el deber de no limitar el ejercicio de un derecho fundamental a un niño o adolescente sino esforzarse porque el mismo se vea concretado, tal vez haciendo un mayor esfuerzo de usar explicaciones y expresiones adaptadas y adecuadas a la capacidad de comprensión del paciente.

En concreto, se debe cumplir con el deber de confidencialidad. En el caso que deba ser acompañado para compartir responsabilidades, intentar que sea él mismo quien elija cómo y con quién hacerlo.

Con respecto a la **confidencialidad** el Comité de Derechos del Niño señala que "los trabajadores de la salud tienen obligación de asegurar la confidencialidad de la información médica relativa a las adolescentes, teniendo en cuenta principios básicos de la Convención. Esa información sólo puede divulgarse con consentimiento del adolescente o sujeta a los mismos requisitos que se aplican en el caso de la confidencialidad de los adultos. Los adolescentes a quienes se considere suficientemente maduros para recibir asesoramiento fuera de la presencia de los padres o de otras personas, tienen derecho a la intimidad y pueden solicitar servicios confidenciales, e incluso tratamiento confidencial" (pto 11 Obs. Gen. Nº4)

El Código Penal criminaliza revelar el secreto profesional. El art. 156 establece como delito a la acción de quien, teniendo noticia de un secreto - por razón de su estado, oficio, profesión o arte- y cuya divulgación pueda causar daño, lo revelare sin justa causa.

> **Son pocas las circunstancias en las cuales el equipo de salud está exceptuado de respetar el deber de confidencialidad. Entre éstas figuran situaciones de riesgo inminente para la propia vida del adolescente o en el caso de mediar orden judicial solicitando la historia clínica.**

Derecho a recibir información y decidir: deber de informar

La **Ley 26.061** expresa en su art. 14 el derecho de niños y adolescentes a acceder en igualdad de oportunidades a los servicios y acciones de prevención, promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud.

El Comité de Derechos del Niño ha expresado que "*Los adolescentes tienen derecho a acceder a información adecuada que sea esencial para su salud y desarrollo así como para su capacidad de tener una participación significativa en la sociedad... Debería incluir información sobre el uso y abuso del tabaco, el alcohol y otras sustancias, los comportamientos sociales y sexuales sanos y respetuosos, las dietas y las actividades físicas. Al objeto de actuar adecuadamente sobre la base de la información, los adolescentes necesitan desarrollar las aptitudes necesarias, con inclusión de las dedicadas a su propio cuidado como son la forma de planificar y preparar comidas nutricionalmente equilibradas y de adoptar hábitos higiénicos y personales adecuados, así como las aptitudes para hacer frente a situaciones sociales especiales tales como la comunicación interpersonal, la adopción de decisiones, la lucha contra las tensiones y los conflictos…*" (Puntos 26 y 27 Obs. Gen. Nº 4).

La **Ley 26.529**, establece que *"el paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud, por escrito, a fin de obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud"* (artículo 2.f.).

Esta idea ya estaba reconocida en la Ley 25.673, que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. La misma identifica como uno de los objetivos más importantes del Programa *"garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable".*

Casos

Caso 1

Derecho a la privacidad y a la confidencialidad

Situación

Una adolescente de 14 años consulta, sin acompañamiento de un adulto por temer un embarazo. Ante la confirmación mediante el test de detección rápida, manifiesta dudas sobre la continuación del mismo; solicitando que no se brinde información a ningún familiar

¿Qué actitud debe tomarse?

En primera instancia, realizar el examen físico completo y un cuidadoso diagnóstico de situación. ¿Por qué la paciente no quiere incluir a su familia en la consulta? ¿Hay pareja acompañante? ¿Existe la posibilidad de abuso? ¿Tiene la joven un trastorno mental?

Si se trata de una adolescente **sana física y mentalmente y no se sospecha una situación de abuso o riesgo inminente**, se la orienta con toda la información científica disponible para evitar que ponga en riesgo su vida e integridad física. (Derecho a la información)

Por el deber de respetar el secreto profesional, se deberá asegurar la asistencia y acompañamiento de la paciente, preservando la confidencialidad y el interés superior de la joven. De no respetar la confidencialidad pedida es muy probable que no regrese a la consulta pudiendo incurrir en conductas que pongan en riesgo su vida. Por tratarse de una situación compleja, como estrategia de abordaje, es importante organizar una red de contención que pueda ayudarla y sostenerla a hacer ejercicio de su derecho a la salud y a la autonomía. En primera instancia, será conveniente generar un equipo (clínico o ginecólogo junto a un profesional de la salud mental o trabajador social). Y, en una segunda, buscar la red social.

Ante esta situación, se recomienda:

- Comunicar a la adolescente la necesidad y conveniencia de informar a un adulto responsable de su cuidado sobre la situación, y acordar con ella la forma de hacerlo (contexto, lugar, momento, etc).
- Postergar la comunicación al adulto hasta lograr el consentimiento de la adolescente de no mediar emergencias médicas, legales, sociales y/o de salud mental.

- Ofrecer un contacto previo con otro adulto referente, a elección de la adolescente.
- Realizar el seguimiento, especialmente en los casos en que se presuma una reacción familiar violenta.[11]

Con respecto a la comunicación a los padres hay que tener en cuenta que el Comité de Derechos del Niño, en su Observación General Nº 4, referida a la Salud y el Desarrollo del niño, habla de: "la importancia del entorno familiar, que incluye a los miembros de la familia ampliada y de la comunidad así como a otras personas legalmente responsables de los niños o adolescentes (arts. 5 y 18). Si bien la mayoría de los adolescentes crecen en entornos familiares que funcionan debidamente, para algunos la familia no constituye un medio seguro y propicio:" (punto 15).

En este sentido es imprescindible *"proporcionar información adecuada y apoyo a los padres para facilitar el establecimiento de una relación de confianza y seguridad en las que las cuestiones relativas, por ejemplo, a la sexualidad, el comportamiento sexual y los estilos de vida peligrosos, puedan discutirse abiertamente y encontrarse soluciones aceptables que respeten los derechos de los adolescentes"* (punto 16).

Frente a un caso en que se sospeche la **existencia de violación o amenaza en el ejercicio de los derechos de la joven** y no se cuente con entorno continente, (no necesariamente familiar sino sin adulto de confianza) habrá que dar intervención a las Oficinas locales de Protección de Derechos de cada distrito o ciudad, conforme lo manda el art. 30 y 31 de la **Ley 26.061** y el art. 31 de su decreto reglamentario (415/2006). La CDN establece que deberán adoptarse todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo (art. 19).

Caso 2

Derecho a la autonomía y consentimiento informado

Situación

Un adolescente de 16 años manifiesta haber incurrido en prácticas sexuales de riesgo y expresa su deseo de hacerse un test de VIH.

¿Cómo se reacciona ante este pedido?

Teniendo en cuenta nuestro marco normativo debemos brindarle com-

pleta asistencia, sin exigirle autorización previa de adulto responsable. En todos los casos, debe solicitarse el consentimiento informado firmado por el adolescente.[12]

Caso 3

Derecho a la salud, derecho a la privacidad, secreto profesional y confidencialidad

Situación

Una adolescente llega a la consulta manifestando que quiere iniciar vida sexual con su novio y quiere saber cómo cuidarse.

¿Se le provee del método anticonceptivo de su elección?

El padre de la joven enterado que su hija ha concurrido al servicio reclama saber qué sucedió.

¿Cómo se enfrenta esta situación? ¿Por qué?

En cumplimiento de la **Ley 26.061** y su artículo 3 y 14, antes citados, se debe dar asistencia completa tal como lo solicita la adolescente De hecho, su decreto reglamentario, N° 415/06 en su artículo 14, sostiene que el derecho a la atención integral de la salud incluye el abordaje de su salud sexual y reproductiva según lo establece la ley que da forma al Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable (**Ley N° 25.673**)[13]. Incluso, la misma hace expresa su intención (art. 4) de zanjar las cuestiones observadas respecto de la patria potestad. A saber:

"…En todos los casos se considerará primordial la satisfacción del interés superior del niño en el pleno goce de sus derechos y garantías consagrados en la Convención Internacional por los Derechos del Niño" (Ley 23.849) y detalla las acciones que el Poder Ejecutivo deberá implementar a través del Programa. En sus fundamentos, se exalta la intención de dar cumplimiento con los derechos reconocidos en distintos tratados internacionales de derechos humanos, en especial de la CDN.

Frente al padre, lo más correcto es explicarle que el deber profesional (incluyendo el secreto profesional) es para con su hija, que está ejerciendo su derecho a la salud. Como lo expresa el Comité por los Derechos del Niño, en su Observación General Nº 4, referida a la Salud y el Desarrollo, en relación a la comunicación a los padres es imprescindible *"proporcionar información adecuada y apoyo a los padres para facilitar el establecimiento de una relación de confianza y seguridad en las que las cuestiones relativas, por ejemplo, a la sexualidad, el comportamiento sexual y los estilos de vida peligrosos puedan discutirse abiertamente y encontrar soluciones aceptables que respeten los derechos de los adolescentes"* (punto 16).

En todos los casos debemos generar un vínculo de confianza para que ese o esa adolescente regrese a la consulta, ya que ello garantiza poder trabajar sobre lo que le pase y sobre la posibilidad de que haya otro que lo acompañe, ya sean los padres o un adulto de confianza.

Caso 4

Situación

Un adolescente de 17 años concurre a la consulta. Se rescata de la anamnesis situaciones repetidas de consumo de alcohol, y en ocasiones haber conducido vehículos bajo sus efectos. No quiere que se avise a los padres de dichas situaciones.

¿Qué debe hacerse?

En este caso se plantea la duda que el joven continúe conduciendo bajo los efectos del alcohol, con el correspondiente riesgo para su vida y la de terceros.

Para decidir si se debe romper la confidencialidad se evalúa el riesgo. **¿Es un riesgo concreto o es un riesgo potencial?**

Es un riesgo potencial, porque no se sabe si el paciente va a volver a manejar alcoholizado.

¿Estaríamos obligados a denunciarlo? No, no hay obligación alguna de denuncia.

La ley reconoce que la obligación de denunciar puede entrar en conflicto con el deber de confidencialidad. Si lo hubiere, prevalece el deber de confidencialidad.[13]

En este punto se abren dos instancias de trabajo para el equipo:

- Nivel individual con el joven para modificar las conductas de riesgo y construir un acceso a los adultos de confianza.
- Nivel comunitario hacer gestiones tendientes a trabajar preventivamente y de forma anónima y general: por ejemplo, haciendo una comunicación oficial a la autoridad encargada de controlar la venta de alcohol o de realizar controles.

1-"Convención Americana sobre Derechos Humanos, (Pacto de San José de Costa Rica), Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y su Protocolo Facultativo, Convención sobre la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio, Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las formas de Discriminación Racial, Convención sobre la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra de la Mujer. Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, Convención sobre los Derechos del Niño". Así mismo mediante el mecanismo establecido en el artículo 75 inciso 22 de la Constitución Nacional, también adquirieron jerarquía constitucional la "Convención Interamericana sobre la Desaparición Forzada de Personas (ley 24820) y la Convención sobre Imprescriptibilidad de de los Crímenes de Guerra y de los Crímenes de Lesa Humanidad (ley 25778)". Si bien desde el derecho internacional pueden señalarse diferencias entre un pacto, un tratado y una convención, en este trabajo utilizaremos los términos en forma indistinta.

2- "El Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales" reconoce en su artículo 12 el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental y el derecho a la educación (art.13). El "Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos" (PIDCP) reconoce el derecho a la vida (art. 6), a la integridad personal (art. 7), la libertad y seguridad personal (Art. 9), a la privacidad (art. 17) el derecho a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión (art. 18) y el derecho a la igualdad (art. 26). Prevé que los Estados aseguren igualdad en el goce de derechos entre varones y mujeres (art. 3). Entre los instrumentos regionales de protección de derechos humanos, "la Convención Americana de Derechos Humanos" (CADH) se refiere también el derecho a la vida (art. 4), a la integridad personal (art. 5) a la libertad y seguridad personal (art. 7), a la dignidad y respeto de su privacidad (art. 11) a la libertad de conciencia y religión (art. 12), y a la libertad de pensamiento (art. 13) y a la privacidad (art. 17). Incluso las dos declaraciones de derechos que cuentan con jerarquía constitucional también hacen mención directa del derecho a la salud ("Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre", Artículo XI y "Declaración Universal de Derechos Humanos", Artículo 25.1). A través de la "Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer" (CEDAW, por sus siglas en inglés), por ejemplo, el Estado Argentino asume el deber de adoptar medidas tendientes a asegurar el derecho a la salud en especial de las mujeres, a través de los derechos reconocidos en múltiples artículos, haciendo un especial reconocimiento de los derechos sexuales y derechos reproductivos

3- El decreto reglamentario de esta ley, Decreto N° 415/06 en su artículo 14, por su parte, hace referencia a la Ley N° 25.673 (Ley de creación del Programa Nacional de Salud Sexual y procreación responsable), sosteniendo con claridad que el derecho a la atención integral de la salud incluye el abordaje de su salud sexual y reproductiva.

4- KEMELMAJER de CARLUCCI, Aída: "El derecho del menor a su propio cuerpo", en "LA PERSONA HUMANA", p. 249 y ss. Ed. La Ley. Bs. As., 2001. Así mismo, esta es la idea que se presenta en HIGTON, Elena y WIERZBZ, Sandra: LA RELACIÓN MÉDICO PACIENTE. EL CONSENTIMIENTO INFORMADO, 2da edición, Buenos Aires, Ad-Hoc, 2003, pág. 104 y ss.

5- KEMMELMAJER de CARLUCCI, Aída: "El derecho del menor a su propio cuerpo", en: LA PERSONA HUMANA , p. 249 y ss. Ed. La Ley. Bs. As., 2001

6- LANSDOWN, Gerison: "La evolución de las facultades del niño." Op. cit. pág 43. En el que se explican varios estudios relacionados con la evaluación de las competencias de los menores en diferentes contextos.

7- LLOVERAS Nora: Conferencia"Código Civil y normas complementarias" dirigido por Bueres, Alberto y coordinado por Highton, Elena, t.I, p.1197, citado en el fallo Liga de Amas de Casa, Consumidores y Usuarios de la República Argentina y otros v. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Lexis Nº 70014586.

8- Tribunal Superior de la Ciudad de Buenos Aires, Liga de Amas de Casa, Consumidores y Usuarios de la República Argentina y otros v. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Lexis Nº 70014586.

9- La Ley 25.673, establece entre sus objetivos a) Alcanzar para la población el nivel más elevado de salud sexual y procreación responsable con el fin de que pueda adoptar decisiones libres de discriminación, coacciones o violencia; b) Disminuir la morbimortalidad materno-infantil; c) Prevenir embarazos no deseados; d) Promover la salud sexual de los adolescentes; e) Contribuir a la prevención y detección precoz de enfermedades de transmisión sexual, de vih/sida y patologías genital y mamarias; f) Garantizar a toda la población el acceso a la información, orientación, métodos y prestaciones de servicios referidos a la salud sexual y procreación responsable; g) Potenciar la participación femenina en la toma de decisiones relativas a su salud sexual y procreación responsable.

10-La comunicación a los padres del Comité de los Derechos del Niño, en su Observación General Nº 4, referida a la Salud y el Desarrollo del Niño dice: " la importancia del entorno familiar, que incluye a los miembros de la familia ampliada y de la comunidad así como a otras personas legalmente responsables de los niños o adolescentes (arts. 5 y 18). Si bien la mayoría de los adolescentes crece en entornos familiares que funcionan debidamente, para algunos la familia no constituye un medio seguro y propicio:" (punto 15).

Es imprescindible "proporcionar información adecuada y apoyo a los padres para facilitar el establecimiento de una relación de confianza y seguridad en las que las cuestiones relativas, por ejemplo, a la sexualidad, el comportamiento sexual y los estilos de vida peligrosos puedan discutirse abiertamente y encontrarse soluciones aceptables que respeten los derechos de los adolescentes" (punto 16).

11- La Ley N° 23.798 de Lucha contra el SIDA, impone al Poder Ejecutivo (Ministerio de Salud) la obligación de llevar a conocimiento de la población las características del SIDA, las posibles causas o medios de transmisión y contagio, las medidas aconsejables de prevención y los tratamientos adecuados para su curación, en forma tal que se evite la difusión inescrupulosa de noticias interesadas. Y, en especial en lo que se refiere a la obligación de los profesionales (art.6) que ante la presencia de una persona perteneciente a un grupo de riesgo (hoy entendido como personas que han incurrido en conductas de riesgo) están obligados a prescribir las pruebas diagnósticas adecuadas para la detección directa o indirecta de la infección. Incluso, la Ley N° 25.543 impone la obligación de ofrecer el test de VIH a las mujeres embarazadas.

El Comité de Derechos del Niño, en la Observación Gral. Nº 4 "La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención de los Derechos del Niño", apartado 28, señaló que "a la luz de los artículos 3, 17 y 24 de la Convención, los Estados Partes deberían facilitar a los adolescentes acceso a información sexual y reproductiva, con inclusión de la planificación familiar y de los contraceptivos, los peligros de un embarazo precoz, la prevención del VIH/SIDA y la prevención y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual (ETS). Además, los Estados Partes deberían garantizar el acceso a información adecuada, independientemente de su estado civil y de que tengan o no el consentimiento de sus padres o tutores".

12-ARTICULO 14: En relación al derecho a la atención integral de la salud se reconoce la potestad primaria de las autoridades sanitarias Provinciales y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires de diseñar los planes, programas y definir las prestaciones esenciales a otorgar a sus habitantes.

Se convoca a las autoridades establecidas en la Ley Nº 22.373 a que consensen los programas, planes y prestaciones esenciales a los fines de garantizar el derecho a la salud de los niños y adolescentes.

A los fines del presente artículo se entiende por "toda institución de salud" a aquéllas cuyas especialidades médicas incluyan la atención de niños, adolescentes y embarazadas; y el derecho al abordaje de su salud sexual y reproductiva previsto en la Ley Nº 25.673, que crea el Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable.

13-El art. 177 del Código Procesal Penal establece que los médicos, parteras, farmacéuticos y demás personas que ejercen cualquier rama del arte de curar, tendrán obligación de denunciar delitos contra la vida y la integridad física que conozcan al prestar los servicios de su profesión, salvo que los hechos conocidos respondan al secreto profesional.

La consulta con adolescentes

> **Es recomendable que todo adolescente tenga una evaluación integral de su salud al menos 1 vez por año. En período de empuje puberal, y hasta un año posterior al mismo, cada 6 meses.**

La consulta con adolescentes es diferente de la consulta pediátrica: puede presentarse solo o acompañado. En ambos casos, el equipo debe garantizar el acceso al sistema, respetando el derecho a la salud, a la autonomía y a la confidencialidad del joven. El adolescente, como sujeto de derechos, cuenta con las mismas garantías que los niños y los adultos durante la consulta.

Los siguientes procedimientos se recomiendan con el fin de garantizarle una adecuada atención:

- Iniciar la consulta con la presentación mutua del profesional, el paciente y sus acompañantes, si los hubiere. Preguntarle cómo quiere ser llamado y su edad. Si hubiere acompañante/s, en calidad de qué se presentan (progenitor, pareja, persona de confianza).
- Informar acerca de los derechos que asisten al paciente. Explicitar el derecho a la confidencialidad. Ello puede distender la consulta y reforzar la confianza entre el profesional y el paciente.
- Aclarar que el compromiso de confidencialidad no es recíproco, que sólo es obligación del trabajador de la salud.
- Los autores de esta Guía sugieren el uso de la siguiente notificación de confidencialidad durante la consulta.

"Es importante que sepas que por la legislación vigente todo lo que conversemos durante la consulta está incluido dentro de las obligaciones del Secreto Médico. Esto significa que no podré contarle a nadie, fuera del ámbito salud, lo que aquí hablemos. Vos sí podrás comunicar todo lo que ocurra durante la consulta.

Existen pocas excepciones al Secreto Médico y están relacionadas, entre otras, a que tu integridad se encuentre en riesgo grave e inminente.

En estos casos excepcionales agotaré las posibilidades para que seas vos quien se comunique con tu adulto de confianza, de no poder ser así deberé hacerlo yo. "

Fuentes: Convención de los derechos del Niño/ Ley 26061 / Ley Derechos del paciente 26529

- Las normas deben ser claras tanto para los/ las adolescentes, como para sus padres.
- Debe garantizarse que al menos una parte de la entrevista se lleve a cabo a solas con el adolescente, si éste así lo desea.

- Recordar que el protagonista de la consulta es el adolescente, por lo que debe estar al tanto de lo hablado con los padres.
- Propiciar el diálogo entre el adolescente y su familia; la participación activa de los/ las adolescentes no excluye a los padres. La buena comunicación entre el adolescente y su familia es parte de su salud integral.

Si durante una consulta usted pesquisara situación de riesgo de vida inminente para el adolescente deberá buscar la estrategia más conveniente para dar intervención a los padres o adultos responsables teniendo siempre presente el interés superior del joven.

Ante esta situación, se recomienda

- Comunicar al adolescente la conveniencia de informar a un adulto responsable de su cuidado acerca de la problemática, y acordar la forma de hacerlo (con la participación del trabajador de salud o sin él, el contexto, lugar, momento, etc)
- Postergar la información a los padres o adultos responsables hasta lograr el consentimiento del adolescente, siempre y cuando las circunstancias lo permitieran.
- Ofrecer un contacto previo con otro adulto referente, a elección del adolescente.
- Realizar el seguimiento correspondiente, particularmente en los casos en que se presuma una reacción familiar violenta.

En relación al diagnóstico y tratamiento:

- Explicarle claramente las instancias diagnósticas.
- La conveniencia del tratamiento, sus aspectos favorables y desfavorables y otras alternativas.
- Promover la participación del adolescente en la toma de decisiones teniendo en cuenta el interés superior del mismo y la autonomía creciente.

La historia clínica

Los datos recogidos deben consignarse en la historia clínica que es propiedad del paciente. Se recomienda utilizar el instrumento Sistema Informático del Adolescente (SIA) desarrollado por el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP OPS/OMS) para el abordaje integral con enfoque de riesgo, que permite registrar los factores de riesgo y los factores de protección.

Historia Clínica: Entrevista

Objetivos

- Identificar el o los motivos de consulta: área biológica, área psicológica, área social, etc.
- Identificar quién solicita la consulta: el adolescente, los padres, los hermanos, la escuela.
- Establecer cómo el adolescente está manejando la situación que genera la consulta.
- Identificar los apoyos con los que cuenta en su entorno.

La anamnesis se realiza en base a tres fuentes principales de información: lo que relata el adolescente, lo que relata su padre, madre/acompañante y la interacción entre ambos.

Cuando los motivos de consulta no coincidan, será necesario escuchar a todos y respetar las distintas percepciones, pero sin perder de vista que el paciente es el adolescente y que el deber de asistencia y confidencialidad del profesional es para con él.

La entrevista con el adolescente

- Es necesario respetar su voluntad si quiere hacer la entrevista a solas o acompañado. De ser negativa, se promoverá el encuentro profesionales/padres.

La entrevista con los padres

- Si los padres concurrieron a la consulta es importante incluirlos en algún momento previa autorización del adolescente.
- Puede ser el momento de recabar los antecedentes familiares.
- El aporte de antecedentes personales y familiares y la historia psicosocial del adolescente que traen los padres, facilita el enfoque evolutivo y la visión del entorno.

La entrevista con el adolescente y sus padres

- La interacción adolescente-padre/madre es un importante aporte diagnóstico y pronóstico.

> **A continuación se presentan algunas preguntas orientativas basadas en la Historia Clínica SIA. Cada profesional evaluará la pertinencia, el momento y modo de realizarlas, teniendo en cuenta que no es necesario recabar toda la información en la primera entrevista.**

Antecedentes Familiares

Estructura familiar. Diagrama familiar.

- Incluir tres generaciones y nuevas parejas de los padres.
- ¿Cómo está compuesta la familia?
- ¿Con quién convive? ¿Dónde?

Nivel socioeconómico de la familia

- Tipo de vivienda (¿Cómo es la casa donde vive?, ¿De qué son los techos, los pisos?)
- Hacinamiento (¿Cuántos cuartos tiene?, ¿Cuántas personas viven en la casa?)
- Provisión de agua y eliminación de excretas.
- Tipo de empleo de los padres. Ingreso familiar.
- Nivel educativo de los padres.

Percepción del adolescente de su relación familiar

- ¿Se siente escuchado, protegido, acompañado, aceptado?
- ¿Se siente rechazado, ignorado?
- ¿Cómo es la relación con su familia la mayor parte del tiempo?, ¿Cómo lo tratan?
- ¿Cómo trata a los demás?

Antecedentes de salud de la familia

- Problemas psicosociales o clínicos que hayan requerido tratamiento.
- ¿Hay problemas de salud crónicos, por ejemplo, hipertensión, diabetes o tuberculosis?, ¿Cirugías?
- ¿Causa de muerte de los familiares más directos?
- ¿Alguien en su familia ha tenido problemas por consumo de alcohol y/o drogas, psicofármacos, violencia, problemas legales? ¿Hay antecedentes de suicidios o intentos de suicidio?

Antecedentes Personales

- Presencia de enfermedades en la niñez.
- Antecedentes de cirugías y/o traumatismos.
- Presencia de patologías crónicas.
- Uso de medicación (actual o anteriormente)
- Constancia de Inmunizaciones.

Inmunizaciones

Los/ las adolescentes que no han recibido vacunación alguna o los que han perdido la constancia de las inmunizaciones deben ser considerados susceptibles y deben recibir:

- **TRIPLE O DOBLE VIRAL: 2 dosis (intervalo mínimo: 1 mes)**
- **DOBLE ADULTOS: 2 dosis + refuerzo (intervalo mínimo: 0 – 1 – 12 meses)**
- **HEPATITIS B: 3 dosis**
- **OPV: 3 dosis**

Los esquemas incompletos se continúan a partir de la última dosis recibida, nunca se reinician. Lo importante es el número total de dosis recibidas y no el intervalo transcurrido entre ellas. No hay intervalos máximos, pero sí mínimos entre vacunas.

- ANTITETÁNICA - ANTIDIFTÉRICA (DT, DOBLE ADULTOS): **Se aplicará a las embarazadas con esquema incompleto o desconocido como esquema básico o refuerzo (según corresponda) a partir del quinto mes o cuarenta días antes de la fecha probable del parto.**
  Se indicará el resfuerzo a los 16 años a aquellos adolescentes que hayan cumplido 11 años antes del 2009.
- VACUNA TRIPLE ACELULAR (DTAP): **Vacunación de adolescentes de 11 años (y de aquellos que hayan cumplido 11 años a partir de 2009).**
- VACUNA TRIPLE VIRAL (SARAMPIÓN, RUBÉOLA, PAPERAS): **1 dosis de vacuna antisarampionosa (doble o triple viral), si no certifican el siguiente esquema de vacunación1:**
  De 13 meses a 14 años DOS DOSIS de vacuna.
  De 15 a 50 años, certificar la aplicación de UNA DOSIS de vacuna durante las campañas de vacunación sarampión-rubéola en adultos (2006 al 2009).

  Contraindicaciones: Embarazo, Inmunodeficiencias.
- VACUNA BIVALENTE VPH: **El Ministerio de Salud de la Nación incorporó esta vacuna a partir del año 2011 al calendario nacional. Indicada para todas las niñas de 11 años: 3 dosis conforme a un calendario de 0, 1 y 6 meses.**

Para ampliar conceptos remitirse a Normas Nacionales de Vacunación del Ministerio de Salud de la Nación.
www.msal.gov.ar/htm/site/pdf/Normas08.pdf

Aspecto Psicológico

Autonomía

- Capacidad de tomar decisiones, asumir responsabilidades, independencia de los padres y de mantener vínculos extrafamiliares.
- Observación del comportamiento durante la consulta (autonomía, autodeterminación, suficiencia, etc.)
- ¿Qué decisiones toma solo?, ¿Qué decisiones le gustaría tomar y sus padres aún no lo dejan?
- Identificación de referentes y confidentes.

Capacidad de influir sobre el resultado de alguna situación

- Identificación de la capacidad de percibir si son parte del problema o por el contrario, todo se debe a factores externos. Cómo actúa frente a un problema.

Autoconocimiento, autoestima y autopercepción

Identificación de autoconcepto y autovalorización

- ¿Cómo se siente frente a los demás?
- ¿Cómo se define a sí mismo, teniendo en cuenta sus habilidades en el estudio, sociales, deportivas, artísticas?

Educación

Rendimiento escolar

- ¿Va a la escuela?
- ¿Cómo le está yendo?, ¿Asiste regularmente?
- ¿Cursa el año que le corresponde para su edad?, ¿Repitió algún curso?, ¿cuándo?
- ¿Qué dificultades tiene?
- ¿Pretende continuar estudiando o no?

Vínculos en la escuela

- ¿Cómo es la relación con los compañeros y/o docentes?
- ¿Se siente aceptado, querido, rechazado, ignorado?

Satisfacción escolar

- ¿Le gusta la escuela? ¿Le gusta o no ir?
- ¿Qué es lo que no le gusta de la escuela?

Trabajo

- ¿A qué edad empezó a trabajar?
- ¿Qué horario tiene? Características y seguridad en el trabajo.
- ¿Grado de cumplimiento?
- ¿Cómo se relaciona con sus compañeros y jefes?
- ¿Se siente aceptado, querido, rechazado, ignorado?, ¿Le gusta lo que hace o no?

INDICADORES DE RIESGO

- Precocidad en la edad de inicio.
- Horario que interfiere con actividades sociales y educativas.
- Falta de condiciones legales y/o condiciones de bioseguridad.

Red social

Actividades e integración social

- Qué hace en su tiempo libre?
- ¿Practica deportes, va a fiestas, bailes, actividades artísticas o culturales, o alguna otra fuera de la escuela?
- ¿Tiene algún tipo de práctica religiosa?, ¿Participa de algún voluntariado?
- ¿Con quién se relaciona bien?, ¿Con quién se relaciona mal?

Reconocimiento social

- ¿Cómo es la relación con sus compañeros?,
- ¿Se siente aceptado, querido, rechazado, ignorado?
- ¿Tiene algún chico/a con quien sale o se siente atraído/a?
- ¿Tiene algún amigo a quien le cuenta sus cosas?

Referente adulto

- ¿Tiene algún adulto con quien comparte sus alegrías y problemas?

INDICADORES DE RIESGO

- Aislamiento excesivo y ausencia de relaciones íntimas pueden ser indicadores de depresión.

Sexualidad

Relaciones sexuales: Si/ No (vaginales, anales, orales)

- Edad de inicio.
- Tipo de relaciones sexuales (hetero, homo, ambas.)
- Número de parejas sexuales.
- Relaciones bajo coerción, situaciones de abuso.
- Dificultades en las relaciones sexuales (dispareunia, disfunciones sexuales, etc.)

RECOMENDACIÓN GENERAL

- Al preguntar no de por supuesta la orientación sexual del adolescente, por ej: aconsejamos preguntar ¿tenés pareja? y no ¿tenés novia? en el caso de un varón.

Uso de métodos anticonceptivos (cuáles, uso correcto, uso en todas las relaciones.)

Necesidad de consejería.

Anamnesis alimentaria

Hábitos alimentarios

- ¿Cómo se alimenta?
- ¿Cuántas comidas realiza por día? ¿Cuántas en familia?
- Características de las ingestas, ¿Están presentes todos los grupos de alimentos? ¿Refiere restricciones y/o excesos?
- Comensalidad: cómo comen, dónde, con quién, en qué contexto.

RECOMENDACIONES GENERALES

- Favorecer las comidas en familia.
- Confeccionar un esquema ordenado de comidas adaptado a los horarios del adolescente.
- Promover el consumo de agua como bebida principal.
- Priorizar el consumo de frutas y verduras diariamente, lo ideal es entre 3 y 5 porciones al día.
- Indicar al menos 3 porciones de lácteos por día.
- Al menos 1 vez al día deberían consumir un alimento proteico de alto valor biológico y de hierro (ej: carnes magras o legumbres).
- Favorecer el consumo de panes y cereales integrales.
- Promover la actividad física aeróbica

Imagen corporal

La imagen corporal es un aspecto complejo y central del desarrollo de la identidad. Es definida como la imagen que se tiene de uno mismo y el sentimiento que despierta el cuerpo en un sujeto en particular. En esta imagen influye, toda la historia previa y, también, las actitudes familiares y culturales.

Introducir el tema en la consulta preguntando

- ¿Qué opinas de tu apariencia física y de tu cuerpo?
- ¿Tenés alguna pregunta acerca de tu apariencia o tu cuerpo?
- ¿Estás conforme con tu apariencia?
- ¿Tenés algún plan de ejercicios? ¿Para qué?
- ¿Estás realizando algún tipo de dietas? ¿Usás algún suplemento dietario?

CUANDO UN ADOLESCENTE EXPRESA DISGUSTO CON SU ASPECTO CORPORAL ES NECESARIO DIFERENCIAR NORMALIDAD DE ENFERMEDAD

- Mostrar los percentilos en el cual se halla su peso y estatura a través de las tablas.
- Hablar del concepto de peso adecuado según sexo, edad y talla.
- Señalar la importancia de un estilo de vida saludable, que incluye hábitos de sueño, de alimentación y de actividad física adecuados.

Si hubiere algún indicio de distorsión de la imagen corporal, se deberá profundizar en la evaluación a fin de detectar algún trastorno de la conducta alimentaria.

Detección de Trastornos de la Conducta Alimentaria

Comprenden un grupo heterogéneo de enfermedades psiquiátricas caracterizadas por alteraciones en los hábitos de alimentación y/o en comportamientos relacionados con el control del peso, que comprenden tres categorías: anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN) y trastornos de la conducta alimentarias no especificada (TANE).

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE ANOREXIA NERVIOSA

- Rechazo a mantener el peso corporal igual o por encima del valor mínimo normal considerando la edad y la talla (p. ej., pérdida de peso que da lugar a un peso inferior al 85 % del esperable, o fracaso en conseguir el aumento de peso normal durante el período de crecimiento, dando como resultado un peso corporal inferior al 85 % del peso esperable).
- Miedo intenso a ganar peso o a convertirse en obeso/a, incluso estando por debajo del peso normal.
- Alteración de la percepción del peso o la silueta corporales, exageración de su importancia en la autoevaluación o negación del peligro que comporta el bajo peso corporal.
- En las mujeres pospuberales, presencia de amenorrea.
- Especificar el tipo
  - **Tipo restrictivo:** durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo no recurre regularmente a atracones o a purgas; sino que restringe la ingesta calórica.
  - **Tipo compulsivo/purgativo:** durante el episodio de anorexia nerviosa, el individuo recurre regularmente a atracones o purgas (p. ej., provocación del vómito o uso excesivo de laxantes, diuréticos o enemas).

CRITERIOS PARA EL DIAGNÓSTICO DE BULIMIA NERVIOSA

- Presencia de atracones recurrentes. Un atracón se caracteriza por:
  - ingesta de alimento en un corto espacio de tiempo (p. ej., en un período de 2 horas) en cantidad superior a la que la mayoría de las personas ingerirían en un período de tiempo similar y en las mismas circunstancias sensación de pérdida de control sobre la ingesta del alimento
  - (p. ej., sensación de no poder parar de comer o no poder controlar el tipo o la cantidad de comida que se está ingiriendo)
- Conductas compensatorias inapropiadas, de manera repetida, con el fin de no ganar peso, como son provocación del vómito; uso excesivo de laxantes, diuréticos, enemas u otros fármacos; ayuno, y ejercicio excesivo.
- Los atracones y las conductas compensatorias inapropiadas tienen lugar, como promedio, dos veces a la semana durante un período de 3 meses.
- La autoevaluación está exageradamente influida por el peso y la silueta corporales.
- La alteración no aparece exclusivamente en el transcurso de la anorexia nerviosa.

TRASTORNO DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA NO ESPECIFICADO (TANE)

La categoría trastorno de la conducta alimentaria no especificada se refiere a aquéllos que no cumplen los criterios para ningún trastorno de la conducta alimentaria específica. Es un diagnóstico realizado con frecuencia en adolescentes.
Pueden ser:

- Dietantes crónicos.
- Empleo regular de medidas compensatorias.
- Trastorno por atracón
- Masticar y expulsar.

Hábitos de Consumo

- La entrevista debe ser dirigida, con escucha activa y no recriminatoria, ofreciendo un espacio de confianza, y evitando términos científicos.
- Evaluar si consume alguna sustancia.
- Características del consumo:
  - Sustancia/s.
  - Momento de inicio.
  - Motivación para el consumo.
  - Frecuencia de consumo, cantidad y vía de administración. Frecuencia de consumo en exceso.
  - Necesidad de aumentar dosis, necesidad de pagar parar adquirir sustancia, intentos de dejar.
  - Conductas de riesgo relacionadas al consumo de la sustancia (lesiones, conducción de vehículos bajo efectos del consumo, relaciones sexuales sin protección, etc.).

Consumo de alcohol

- ¿Bebe?, ¿A qué edad comenzó?
- ¿Qué tipo de bebida alcohólica consume?
- ¿Qué cantidad? ¿Con qué frecuencia?
  ¿Frecuencia de consumo en exceso?
- ¿Condujo algún vehículo bajo consumo de alcohol?

Consumo de sustancias psicoactivas

- ¿Consume o ha consumido alguna vez algún tipo de sustancia psicoactiva? ¿Cuáles?
- ¿Hay consumo de sustancias en la escuela?
- ¿Qué piensa sobre su uso?
- ¿Qué hacen él o ella y sus amigos al respecto? ¿Le parece un problema?
- Evaluar si el consumo ha producido cambios en los siguientes aspectos: hábitos personales, vínculos con sus pares y familia, estados de ánimo, rendimiento académico (problemas de conducta, materias reprobadas, problemas con profesores, suspensiones, expulsiones).

CAMBIOS DE CONDUCTA

- Apatía prolongada, ausencia de proyectos
- Mentiras reiteradas
- Intolerancia a la frustración
- Fracasos escolares / laborales
- Problemas legales / robos
- Promiscuidad

SIGNOS CLÍNICOS ASOCIADOS AL CONSUMO, SEGÚN TIPO DE SUSTANCIAS

- Disminución de peso: cocaína, anfetaminas, MDMA (éxtasis)
- Hipertensión arterial: cocaína, anfetaminas, MDMA
- Ojo rojo, inyección conjuntival: marihuana
- Miosis: Benzodiacepinas, alcohol, opioides
- Midriasis: cocaína, anfetaminas, MDMA, atropina y alucinógenos
- Dolor torácico: cocaína y derivados anfetamínicos, hidrocarburos
- Hemoptisis: pasta base e inhalantes
- Sibilancias: pasta base e inhalantes
- Huellas de punción: uso endovenoso de sustancias

Hábito de fumar

- ¿Fuma? ¿Cuánto fuma?
- ¿A qué edad comenzó?

Consejo conductual breve para cesación tabáquica

Una vez identificado el fumador, el simple consejo de dejar de fumar, incrementa las tasas de cesación, constituyéndose en una estrategia muy sencilla que demanda poco tiempo.

Intervenciones en los fumadores que no están listos para dejar de fumar

- Proveer información sobre buenas razones para dejar de fumar e intentar conectarlas con los síntomas que presenta el paciente.
- Resaltar aquellos riesgos relevantes para el fumador; se debe Informar sobre el riesgo agudo y en el largo plazo; el riesgo para el medioambiente y para los convivientes.
- Señalar los beneficios del cese de tabaquismo, jerarquizando las prioridades del paciente.
- Evaluar los obstáculos para abandonar, ofreciendo respuestas y alternativas de solución al temor al fracaso, al exceso de peso, a la pérdida del placer de fumar, etc.
- Indagar sobre intentos anteriores de cesación y causas de fracaso.

Intervenciones en los fumadores que están listos para dejar de fumar

- La intervención psico-social (al menos en un formato breve) es eficaz para la cesación y debe ofrecerse al 100% de los fumadores listos para dejar de fumar.
- Puede ser brindada por cualquier profesional de la salud.
- Demandan poco tiempo de la práctica clínica asistencial: 3 a 5 minutos por consulta.
- Puede utilizarse con toda la población fumadora independientemente del sexo, edad y nivel de adicción a la nicotina.
- Están constituidas por 5 componentes:
  - Conocer el estatus de fumador, registrarlo y actualizarlo en cada consulta.
  - Realizar consejo antitabáquico claro.
  - Evaluar el nivel de motivación (o etapa de cambio de la dependencia).
  - Elaborar un programa de tratamiento
    - Fecha de abandono
    - Intervención psicosocial
  - Elaborar un plan de seguimiento
- La adolescencia es una contraindicación para la intervención farmacológica.

Guía Nacional de Tratamiento de la Adicción al Tabaco. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación.

Historia Clínica: Examen físico

Al igual que con la entrevista, el orden y la amplitud con que se explore cada sistema deben ser modificados según las circunstancias y el motivo de consulta.

a) Aspecto general

Deberá observarse:

- **Biotipo.**
- **Piel y mucosas:** palidez, acné, manchas hipo o hipercrómicas, infecciones, presencia de cicatrices, piercings y tatuajes.
- **Vello:** distribución, características.

b) Crecimiento

La evaluación del crecimiento se realiza mediante la valoración del peso, talla, índice de masa corporal y velocidad de crecimiento, con sus respectivos percentilos. Se utilizarán como referencia los gráficos de percentilos elaborados por el Comité Nacional de Crecimiento y Desarrollo de la Sociedad Argentina de Pediatría.

http://www.sap.org.ar/prof-percentilos.php

Peso

Evaluación en balanza con pesas, con el/la adolescente descalzo, y con la menor cantidad de ropa posible (tener en cuenta el pudor de algunos adolescentes).

Talla

Evaluación con el adolescente descalzo, con pies juntos, erguido y de espaldas al estadiómetro, con los hombros relajados y en inspiración profunda.

Velocidad de crecimiento de talla

Se medirá en dos consultas sucesivas con intervalo no menor de 3 meses y no mayor de 18 meses.

Se calcula según la fórmula: **V = e / t**

Donde:

V: velocidad de crecimiento expresado en cm/año.

e: diferencia de cm entre dos estaturas correspondientes a dos mediciones separadas por un intervalo igual o mayor a tres meses.

t: intervalo de tiempo transcurrido entre dos mediciones, calculado en términos de decimales de año.

La velocidad de crecimiento se considera normal cuando se ubica entre los percentilos 10 y 90 de las tablas de referencia.

> **A través de ella se observa un rápido crecimiento en los primeros años de vida, luego un crecimiento más lento desde los 4 años hasta el empuje puberal, en que vuelve a acelerarse el crecimiento para luego ir disminuyendo hasta llegar a la estatura final.**

Ejemplo:
Paciente varón que nació el 14/ 09/ 90.
Primera medición del 5 de diciembre de 2.004 = 152,5 cm.
Segunda medición del 27de junio de 2005 = 156,5 cm.

La edad decimal se calcula restando la fecha decimal del día de nacimiento a la fecha decimal del día de control. A partir del año 2.000, los años se denominan 2.000 = 100; 2.001 = 101; los años anteriores al 2.000, para simplificar los cálculos, se denominan por sus últimas dos cifras, esto es 1.998 = 98. Para obtener las fechas decimales se usa como número entero el año calendario correspondiente y, como fracción de año, las cifras del cuadro adjunto correspondientes al mes y día considerados. (Ver Anexo)

Edad de la primera medición expresada en términos decimales de año = 2.004,926 – 1.990,701 = 14,225 años (o bien: 104,926 – 90,701)

Edad de la segunda medición = 2.005,425 – 1990,701 = 14,724 años.

El tiempo transcurrido entre ambas mediciones es de 0,499 año.

La diferencia entre ambas mediciones es de 4 cm.

Como V = 4 / 0,499, la velocidad de crecimiento es de 8,01 cm/ año.

Esta velocidad de crecimiento debe graficarse en la tabla correspondiente en la edad central respecto de las dos mediciones, esto es 14,47 años.

Si el valor de la talla del adolescente coincide con su carril genético, y de la clínica no surgen datos positivos que obliguen a estudiar otros aspectos, su crecimiento se evaluará como normal.

Baja Talla

Se define así cuando el valor de la Talla/Edad se encuentra por debajo de -2DS o <percentilo 3, de la media para edad y sexo. Existen variantes normales: Talla Baja Familiar y Retardo Constitucional del Crecimiento. Será patológico cuando el valor de la Talla/Edad sea -3DS de la media.

Variantes Normales

- **Baja Talla Familiar**
  - Antecedentes familiares de talla baja.
  - Adolescente sano, con proporciones armónicas.
  - Talla normal al nacimiento.
  - Velocidad de crecimiento: en niveles bajos hasta los 3 años, y luego normal.
  - Edad Osea acorde con Edad Cronológica (EO=EC).
  - Inicio de la pubertad a edad normal
  - Talla final baja, consistente con la talla de los padres (Talla genética).
- **Retardo Constitucional del Crecimiento**
  - Antecedentes familiares de retardo de crecimiento y pubertad tardía en los padres, más frecuente en los varones.
  - Talla normal al nacimiento.
  - Retardo del crecimiento longitudinal hasta los 2 años, luego normal bordeando los -2DS de la media.
  - Velocidad de crecimiento normal durante la infancia.
  - Retardo en la maduración ósea (EO<EC) y dental.
  - Inicio tardío de la pubertad (mayor a 13 años en mujeres, y 14 en varones).
  - Alcanza una talla adulta a edad tardía, en la mayoría de casos normal, con retraso de 2-4 años respecto a la media.

Índice de masa corporal (IMC): IMC = peso (kg) / altura2 (m)

Circunferencia de cintura

Es una medida indirecta de adiposidad de distribución central. Se debe medir toda vez que el Pc de IMC sea igual o mayor a 85. Para su medición se debe contar con cinta métrica inextensible y flexible.

Técnica de medición: El paciente se debe encontrar con el torso desnudo, de pie y con los brazos relajados al costado del cuerpo. El médico se ubicará frente al paciente y lo rodeará con la cinta métrica a nivel del borde superior de cresta ilíaca, obteniendo el resultado en centímetros.

El resultado se cotejará con las tablas de percentilos que se adjuntan en Anexos.

Utilidad:

- Evaluar respuesta terapéutica al tratamiento de la obesidad en adolescentes conjuntamente con el peso corporal.
- Evaluar el riesgo de síndrome metabólico.

Bajo Peso: se define así cuando el percentilo de IMC es <10.
Sobrepeso: cuando el percentilo del IMC se encuentra entre 85 y 94.
Obesidad: cuando el percentilo de IMC es >95.

c) Desarrollo puberal

> **La pubertad es el proceso en que los niños se transforman en personas sexualmente maduras, capaces de reproducirse. Comienza con los primeros cambios puberales y finaliza con la adquisición de la capacidad de reproducirse y con el cese del crecimiento somático.**

Existe una gran variabilidad en el inicio, duración y culminación de los eventos, sin embargo, la secuencia de los mismos sigue un patrón común.

PUBERTAD EN LAS MUJERES

- Ocurre entre los 8 y 16 años aproximadamente.
- Primer hito: aparición del botón mamario (M 2 de Tanner)
- Luego y/o al mismo tiempo, el vello pubiano (VP 2 de Tanner.)
- Aceleración del crecimiento (Tanner M 2). Pico máximo de crecimiento alrededor de los 12 años (intervalo: 10-14 años) precediendo a la menarca en 6 meses.
- Menarca Tanner M 3- 4 (Promedio: 12,5) o a los 2 después de la telarca.
- Desaceleración del crecimiento (Tanner M 4). Luego de la menarca pueden crecer entre 3 y 7 cm más en los tres años subsiguientes.

Para que la menarca tenga lugar, las mujeres necesitan que un 17% de su peso corporal este constituido por masa grasa y, para una ovulación adecuada, necesitan un 22% de grasa corporal. Es importante conocer este dato para no fomentar dietas a adolescentes que no las necesitan.

PUBERTAD EN LOS VARONES

- Ocurre entre los 9 y los 17 años aproximadamente.
- Primer hito: Aumento del volumen testicular (≥4cc) (Tanner G 2) (entre los 9,5 y 13,5 años. Promedio: 11,5).
- Luego crece el pene y aparece el vello pubiano (VP 2 de Tanner).
- Sigue la primera eyaculación (espermarca) (Tanner G 3-4) (entre los 12 y 16 años aproximadamente).
- La aceleración del crecimiento coincide con Tanner G 4.

Información para los y las adolescentes

- Tranquilizar a la/el adolescente en cuanto a la normalidad de de los eventos puberales que presenta.
- Brindar información acerca de los cambios psicológicos y sociales que acompañan los cambios puberales,
- Explicar en qué momento del desarrollo está y la normalidad de los cambios observados
- Anticipar los cambios que faltan para completar el desarrollo.
- Señalar que no todas las personas crecen ni se desarrollan a la misma edad ni al mismo ritmo, por lo cual las diferencias en la talla y aspecto físico deben interpretarse de acuerdo al momento del desarrollo en el que se encuentra cada uno y su genética.
- Brindar oportunidad de formular preguntas.
- Recomendar la continuidad de los controles. Si se han detectado alteraciones se le explicará la necesidad realizar una evaluación adicional y en qué consiste la misma.

Evaluación: Estadios de Tanner

Para cada sexo se evalúa por separado mamas (M) y vello púbico (VP) en las mujeres, y genitales (G) y vello púbico (VP) en los varones.

Tabla 1. **Estadios de Tanner en mujeres**

Estadio	Vello pubiano (VP)	Mamas (M)
I	Preadolescente. No hay vello púbico.	Preadolescente. No hay mama.
II	**Pubarca:** aparece vello escaso, ligeramente pigmentado, lacio, en el margen medio de los labios mayores.	**Telarca:** aparece el **botón mamario***; areola y pezón se elevan ligeramente. **Inicio de pubertad en mujeres.**
III	Vello más oscuro, comienza a rizarse, aumenta en cantidad y grosor.	La mama y la areola crecen, no existe separación de contornos.
IV	Burdo, rizado, pigmentado, abundante, no llega hasta cara interna de muslos.	Areola y pezón forman una elevación secundaria con respecto al resto de la mama.
V	Triángulo femenino de adultas, límite superior horizontal, lateralmente llega hasta raíz de miembros inferiores.	Mamas adultas. La areola integra el contorno de la mama, el pezón se proyecta sobre la mama.

Modificado de referencia 5 Chipkevitch E. Clinical assessment of sexual maturation in adolescents. J Pediatr (Rio J) 2001; 77 (Supl. 2): S135-S142.

**Se detecta inicialmente solo por palpación.*

Tabla 2. **Estadios de Tanner en varones**

Estadio	Vello pubiano (VP)	Genitales (G)
I	Preadolescente. No hay vello púbico.	Preadolescente
II	**Pubarca:** aparece vello escaso, ligeramente pigmentado, lacio, en la base del pene.	**Gonarca: testículos** aumentan de tamaño **(volumen >4ml)*,** escroto rosado (por aumento de vascularización), inicio de aspecto rugoso. **Inicio de pubertad en varones.** **Pene:** similar a estadio prepuberal.
III	Vello más oscuro, comienza a rizarse, aumenta en cantidad y grosor.	**Escroto** aumenta rugosidad, comienza pigmentación (oscurecimiento de la piel escrotal). Aumento testicular. **Pene:** aumenta de tamaño a predomino de su longitud
IV	Burdo, rizado, pigmentado, abundante, no llega hasta cara interna de muslos.	Aumenta aún más la rugosidad y pigmentación del escroto. **Aumento testicular.** **Pene:** el tamaño aumenta en diámetro, se desarrolla el glande.
V	Distribución tipo adulto, lateralmente llega hasta raíz de miembros inferiores.	Desarrollo completo de genitales, apariencia adulta.

Modificado de referencia 5 Chipkevitch E. Clinical assessment of sexual maturation in adolescents. J Pediatr (Rio J) 2001; 77 (Supl. 2): S135-S142.

**Se detecta inicialmente solo por palpación.*

Volumen testicular

Se utilizará el orquidómetro de Prader que permite comparar el volumen en centímetros cúbicos, con un modelo de madera u otro material. El volumen testicular se utiliza para evaluar maduración sexual en varones (es complementario al EMS de Tanner) y para diagnóstico o control en pacientes con patología testicular, por ejemplo: varicocele, tumor testicular, orquidopexia. Se deben medir ambos testículos. Cuando no se dispone de orquidómetro se puede realizar medición con regla del eje mayor del testículo. En la Tabla 3 se muestran la relación entre EMS, volumen testicular y medición de eje mayor del testículo.

Tabla 3. Correlación entre Estadios de Maduración Sexual (EMS), volumen testicular y medición del eje mayor de los testículos en varones.

EMS	Volumen testicular	Medición de eje mayor de los testículos
G I	< 4 ml. Estadio prepuberal	< 2 cm
G II	4-6 ml. **4 ml = inicio de pubertad en varones**	**≥ 2,5 cm = inicio de pubertad en varones**
G III	> 6 y < 10 ml	≥ 3 cm
G IV	> 10 y < 15 ml	≥ 4 cm
G V	> 15 ml	≥ 5 cm

Modifica referncia 7- IMAN Servicios: Normas de Atención de Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes. Integración del Manejo de Adolescentes y sus Necesidades. Capítulo: Formularios y Tablas: 194-209. Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2005.

En los casos en que se sospeche alteración del desarrollo puberal se completará la evaluación inicial con la solicitud de Edad ósea.

Alteraciones del desarrollo puberal

PUBERTAD TARDÍA EN MUJERES

- Ausencia de botón mamario (Tanner 2) en una adolescente mayor de 13.3 años.
- Ausencia de menarca a los 16 años.
- Luego de 5 años de iniciados, los cambios puberales no se han completado.

PUBERTAD TARDÍA EN VARONES

- Ausencia de crecimiento testicular (Tanner 2) en varón mayor de 13,5 años.
- Luego de 5 años de iniciados los cambios puberales no se completan.

PUBERTAD PRECOZ

- Desarrollo de las características sexuales secundarias antes de los 8 años de edad en la mujer y antes de los 9 años en el varón.

d) Cabeza, boca y cuello

Bucodental: Estado de encías y piezas dentarias, implantación dentaria, maloclusión, tipo de respiración.

Palpación de la tiroides, cadenas ganglionares de cuello y supraclavicular.

e) Ojos y oídos

VALORACIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL MEDIANTE LA PRUEBA DE SNELLEN (LETRAS Y NÚMEROS)

- El paciente debe estar sentado a 3 metros de distancia de la tabla. Si usa anteojos debe ser evaluado con ellos. Se debe asegurar la oclusión total del ojo no evaluado por medio de un parche o sostenido por el examinador. Se considera correcto si nombra cuatro de seis símbolos de cada línea.
- Se considera normal una agudeza visual de 9-10/10 en ambos ojos. Si la visión es menor en alguno de ellos o existe 2/10 de diferencia entre ambos, se deber derivar al oftalmólogo.

Fondo de ojo, en los casos que esté indicado.

Valoración de la agudeza auditiva. Otoscopía.

f) Tórax y abdomen

Ap. Respiratorio.

Ap. Cardiovascular: Detección de arritmias, soplos, desdoblamiento del 2R, presencia de III R o clicks; palpación de pulsos radiales y femorales; medición de la tensión arterial y percentilado de resultados.

Es conveniente tomar la TA en ambos brazos en la primera entrevista. En caso que no se pudiera medir en el brazo derecho se aconseja dejar constancia para volver a repetir la medición y no subdiagnosticar coartación de aorta.[2]

Para el percentilado se utilizan las tablas que correlacionan sexo, edad y TA de la Academia Estadounidense de Pediatría (Task Force), basadas en la medición de TA en niños sanos.

SE RECOMIENDA QUE LOS ADOLESCENTES CUYOS VALORES DE **TA** SEAN MAYORES O IGUALES A 120/80 MM HG SE CONSIDEREN PREHIPERTENSOS.

- **Normotensión:** cuando el promedio de TA sistólica y/o diastólica es menor al percentilo 90 para edad, sexo y talla.
- **Hipertensión arterial:** cuando el promedio de tensión arterial (TA) sistólica y/o diastólica es mayor o igual al percentilo 95 para edad, sexo y talla en 3 ocasiones o más.
- **Prehipertensión:** cuando el promedio de TA sistólica y/o diastólica es mayor o igual al percentilo 90 y menor al percentilo 95 para edad, sexo y talla en 3 oportunidades o más.

Abdomen inspección, palpación y auscultación

Columna

PESQUISA DE ESCOLIOSIS

- Visualizar simetría escapular y de la talla.
- Maniobra de Adams: paciente de espaldas en bipedestación, realiza una flexión del tronco hacia delante, a nivel de las caderas, con las rodillas extendidas y los miembros superiores relajados. Se evalúa la aparición de una giba dorsal o asimetría lumbar (rotación de cuerpos vertebrales).
- Prestar especial atención en el período de aceleración de la talla.
- Evaluar vicios posturales.

g) Extremidades

Examen de las articulaciones: Dolores en los sitios de inserción tendinosa, estabilidad de la rodilla

Trastornos de apoyo de extremidades inferiores.

Pesquisar asimetrías de miembros y alteraciones de los ejes.

h) Neurológico

Examen neurológico completo

i) Examen genital

Cuando no sea estrictamente necesario para establecer un diagnóstico y/o el adolescente se encuentre reticente para su realización y/o no se cuente con el personal médico capacitado, se puede postergar su realización a una consulta posterior hasta lograr las condiciones ideales. Es necesario buscar un delicado equilibrio entre la no-agresión y la pérdida de oportunidad para el diagnóstico y tratamiento de riesgos para la salud.

- Explicar a los y las adolescentes el por qué del examen y cada aspecto del mismo.
- Cubrirlos. No es preciso que estén totalmente desvestidos.
- Usar guantes.
- Cerciorarse de tener a mano todos los elementos necesarios.
- Realizar el examen con suavidad, respetando su pudor y sus tiempos.

En las mujeres, luego de generadas las condiciones adecuadas de confianza y privacidad, se debe realizar la inspección genital. La posición mejor aceptada es la supina, con rodillas flexionadas. Tener en cuenta:

- Analizar el aspecto general de la vulva, cuál es su higiene, presencia de esmegma, hipertrofias de labios menores o asimetrías, signos de inflamación vulvar o flujo anormal.

- Observar el himen, y sus características normales.
- En casos de molestias vulvares e infecciones, en adolescentes que no iniciaron actividad sexual, no es habitualmente necesario el examen con espéculo.
- Una vez iniciada la actividad sexual, el examen ginecológico debe ser completado con especuloscopía si el motivo de consulta lo amerita. Esta práctica podrá realizarla el médico adecuadamente entrenado o deberá derivarse a ginecología.

En los varones además de realizar la inspección de genitales externos se debe recordar realizar palpación testicular y de los epididimos y cordones espermáticos, momento oportuno para explicar el autoexamen.

Pruebas de laboratorio

Las pruebas de laboratorio que se deben solicitar a los y las adolescentes en el contexto de un control en salud son mínimas.

Se sugiere realizar dosaje de hemoglobina o hematocrito (Hb o Htc) dada la frecuencia de anemia debido al rápido crecimiento, pobre nutrición y los sangrados menstruales.

La solicitud de otros laboratorios debe estar guiada por la presencia de síntomas o factores de riesgo (antecedentes familiares de dislipemias, trastornos tiroideos, etc).

Cribado de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS)

El cribado de ITS consiste en:

- Solicitud de serología para sífilis.
- Prueba de Elisa para VIH previo consentimiento informado.
- Solicitud de otros estudios de acuerdo a etiología sospechada.

El mismo deberá solicitarse ante:

- Relaciones sexuales vaginales, anales u orales hetero u homosexuales sin protección
- Transfusión u otro contacto con sangre o hemoderivados no controlados.
- Uso compartido de jeringas o cualquier otro elemento cortante o punzante.
- Sospecha de transmisión vertical
- Presencia de signos y síntomas sugestivos de alguna ITS o sus complicaciones
- Solicitud del paciente

Para consulta en relación al manejo sindromático y diagnóstico etiológico por patología remitirse a la Guia de manejo de las ITS elaboradas por la Dirección de SIDA e ITS del Ministerio de Salud de la Nación Argentina.

www.msal.gov.ar/sida/pdf/info-equipos-salud/Guia-de-manejo-de-las-ITS.pdf

Historia Clínica: Diagnósticos

- Se debe realizar un planteo diagnostico integral jerarquizando el diagnostico principal. Recordar no sólo las enfermedades físicas, sino también, los problemas hallados en el área psíquica, familiar, social, del aprendizaje y del comportamiento.
- En la creación del plan de acción es necesario evaluar los factores y comportamientos de riesgo que aparecen como cuadros amarillos en la historia clínica del adolescente
- Puede ocurrir que los diagnósticos no se relacionen con el motivo de consulta. En ocasiones surgen del relato del adolescente, acompañantes y del examen físico.
- Cuando esto ocurre es fundamental, no sólo medicar u orientar en relación al diagnóstico principal, sino dar respuesta al motivo de consulta original del adolescente y/o del acompañante.

Cierre de la consulta

- Pregunte sobre dudas previas o que hayan surgido a lo largo de la consulta.
- Escriba las recomendaciones.
- Resalte la importancia de los controles periódicos como un lugar de escucha, orientación y de promoción de la salud. El objetivo es que el/la adolescente identifique este espacio como un recurso propio al que puede recurrir siempre que lo desee o necesite.
- En el caso de requerir una interconsulta con otro profesional establezca el contacto para asegurar el acceso a la misma y, en lo posible, realice una derivación personalizada.
- Brinde información sobre accesibilidad a la atención, forma de comunicación personalizada y la oportunidad del próximo encuentro.

RECUERDE

Escuchar con atención y dar todo el tiempo que sea necesario para cada adolescente.

Orientar sobre todo lo que crea conveniente y no creer que los/ las adolescentes saben todo o no saben nada. No prejuzgue sobre el grado de conocimiento.

Consultas frecuentes a tener en cuenta

Ginecomastia fisiológica

> **Es el aumento de la glándula mamaria (uni o bilateral) en el adolescente varón, por el incremento del estroma y del tejido glandular secundario a un desbalance entre andrógenos y estrógenos y a una mayor sensibilidad del tejido mamario.**

Incidencia: alta. Supera el 20% de los adolescentes.

Pico de prevalencia: 14 años. Coincide con los estadíos III/IV de Tanner, Vol. Testicular de 12 ml, y con el momento de mayor velocidad de crecimiento. Remite espontáneamente 12 a 18 meses posteriores a su aparición.

Examen físico

Debe incluir el examen testicular.

Diagnósticos diferenciales

Seudoginecomastia: Agrandamiento de la región mamaria en los adolescentes obesos.

Ginecomastia patológica (Secundaria)

- Tumores (linfangioma, lipoma, cáncer).
- Alteraciones cromosómicas.
- Falla o falta testicular.
- Enfermedades hepáticas crónicas.
- Ingesta de fármacos (dilantin, ketoconazol, cimetidina, isoniacida) o drogas (marihuana).

Exámenes complementarios

Se deberán solicitar laboratorios y/o imágenes cuando:

- No remita espontáneamente 12 a 18 meses posteriores a su aparición.
- Se trate de ginecomastias mayores a 4 cm.
- Se trate de ginecomastias que aparecen en estadíos prepuberales o luego de haber completado su desarrollo puberal.

Se solicitarán de acuerdo a la clínica y sospecha diagnóstica:

- Estudios hormonales
- Rutina de laboratorio
- Rx de silla turca
- Cariotipo
- Ecografía testicular, etc.

Información para los adolescentes

- **Lo fundamental es tranquilizar al adolescente, reafirmando su normalidad.**
- **Explicar que es un proceso normal del desarrollo del varón y que tiende a desaparecer en 18 meses, aproximadamente.**
- **No significa que vaya a tener ningún problema en su vida sexual actual o futura.**
- **Explicar que se debe a cambios hormonales (ginecomastia) o a un aumento del tejido graso (seudoginecomastia) según corresponda.**
- **Aconsejar la realización de controles cada seis meses para ver la evolución.**
- **El ejercicio y el cuidado del peso pueden mejorarlo cuando se trata de una seudoginecomastia.**

Si no evoluciona en la forma y el tiempo esperados, orientar al adolescente con respecto a los tratamientos disponibles.

Consultas relacionadas con el ciclo menstrual

Hemorragia uterina disfuncional (HUD): Hemorragia uterina anormal, por lo general, asociada a ciclos menstruales anovulatorios por inmadurez del eje hipotálamo- hipofisario- gonadal.

- Se caracteriza por sangrados prolongados , irregulares (con momentos de pérdidas excesivas y escasas)e indoloros.
- No tiene causa local o sistémica que la genere, es funcional.
- Se presenta en los primeros 2 años después de la menarca, tiene tendencia a la recidiva, y curación espontánea al alcanzar la madurez del eje.
- Es un diagnóstico de exclusión y siempre deben descartarse otras causas.

Diagnóstico

Interrogatorio, con el acompañante y luego a solas:

- Edad de menarca, ritmo menstrual, características del sangrado, acompañado de síntomas.
- Antecedentes personales de enfermedades sistémicas, endócrinas, medicamentos, uso de anticonceptivos, etc.
- Antecedentes familiares de coagulopatías, Síndrome de poliquistosis ovárica, Hiperplasia Suprarrenal Congénita, enfermedad tiroidea, etc.
- Estrés físico, social o familiar, cambios de peso, uso de sustancias, cefaleas, alteraciones visuales.
- Inicio de relaciones sexuales, número de parejas sexuales, método anticonceptivo utilizado, presencia de flujo. Pesquisar presencia de factores de riesgo y/o síntomas de infecciones de transmisión sexual, antecedentes obstétricos: embarazos y abortos, situaciones de abuso sexual.

Examen físico

- Frecuencia Cardíaca, tensión arterial, coloración de mucosas, presencia de otros signos de sangrado.
- Peso, Talla, BMI, grado de desarrollo sexual con grados de Tanner, signos de estrogenización de mamas.
- Palpación de tiroides.
- Presencia de signos de hiperandrogenismo (acné, hirsutismo, etc.)
- Estrías, acantosis nigricans, distribución de la grasa.
- Examen abdominal y de genitales externos.
- Presencia de galactorrea.

Exámenes complementarios

- Hemograma con plaquetas.
- Coagulograma completo.
- Ecografía pelviana ginecológica.
- Si ha tenido relaciones sexuales: test rápido de embarazo si aplica. Según evaluación, cultivos (para gonococo y chlamydia).
- Si hay signos físicos de endocrinopatías, dosajes hormonales.
- Si hay antecedentes familiares de enfermedad tiroidea, TSH, T4 total y T4 libre (aún en ausencia de síntomas).
- De acuerdo a historia clínica, función hepática.

Diagnósticos diferenciales

Relación entre características clínicas y diagnósticos

- Sangrado con antecedente de retraso menstrual e inicio de relaciones sexuales: Complicaciones del embarazo: embarazo ectópico, mola, amenaza de aborto, aborto.
- Infecciones: Enfermedad Pélvica Inflamatoria (EPI), HPV.
- Sangrado importante desde la menarca, con o sin petequias, equimosis, epistaxis o sangrado de encías: coagulopatías (frecuencia 20%): PTI, enf. de Von Willebrand.
- Historia de traumatismo genital, lesión coital, abuso, aborto inseguro: traumatismo o lesión genital.

- Sangrado con ingesta de AAS, AINE, anticoagulantes, hormonas: sangrado por medicamentos.
- Presencia de tumoración uterina, cervical, en vagina o vulva en el examen físico o ecografía: tumor benigno o maligno de genitales internos o externos.
- Sangrado con presencia de tiroides palpable, hirsutismo, acné, estrías, galactorrea. Trastornos endócrinos: PCO (poliquistosis ovárica).
- Hiperprolactinemia; hipo/hipertiroidismo, Hiperplasia suprarrenal congénita, Enfermedad de Cushing.
- Sangrado con antecedentes de estrés, alteraciones nutricionales y alimentarias: Inhibición hipotálamo-hipofisaria.

Una vez descartadas otras causas de sangrado, se podrá diagnosticar HUD.

Tratamiento inicial y de mantenimiento según la intensidad de la hemorragia

Leve o Grupo I: Irregularidad menstrual sin sangrado excesivo, con Hb >12 g%:

- Prevenir anemia. Reforzar dieta y prescribir actividad física normal.
- Valorar calendario de menstruaciones.
- De no producirse nueva hemorragia, control en 3 a 6 meses.
- Si se repite el episodio instituir **tratamiento hormonal regulador**:
  - Acetato de medroxiprogesterona 10 mg/d o Acetato de noretisterona 5 mg/d desde el día 14 del ciclo durante los últimos 10 días, de 3 meses a 6 meses.
  - Si tiene vida sexual activa optar por anticonceptivos orales combinados con dosis de Etinil Estradiol de 0,03.

Moderada o Grupo II, irregularidad menstrual con pérdidas abundantes y prolongadas con Hb entre 10 y 12 g%

Frenar metrorragia con Primosistón comprimidos (2mg de acetato de noretisterona + 0,01mg de etinilestradiol), vía oral, 1 comprimido cada 6 hs hasta que ceda el sangrado, luego 1 comprimido cada 8 hs durante 2 días y posteriormente 2 diarios hasta completar 21 días.

Seguimiento con tratamiento hormonal regulador

- Acetato de medroxiprogesterona 10 mg, Acetato de Noretisterona 5 mg o Progesterona micronizada 100mg desde el día 5 del ciclo durante 20 días, o desde el día 14 del ciclo, los últimos 10 días durante 6 meses, para madurar el endometrio.
- Si tiene vida sexual activa optar por anticonceptivos orales combinados con dosis de Etinil Estradiol de 0,03.
- En pacientes con coagulopatías, dar anovulatorios (asociación de levonorgestrel 0,15 mg y etinil-estradiol 0,03 mg) vía oral durante 6 ciclos, asociado al tratamiento hematológico especifico.

Grave o Grupo III, sangrado severo con Hb <10 g% o cambios ortostáticos.

Si requiere hospitalización

- Evaluar compensación hemodinámica con hidratación EV o transfusiones
- Indicar Primosistón IM (250 mg de caproato de 17 alfa-hidroxiprogesterona + 10 mg de benzoato de estradiol), hasta que ceda la hemorragia.
- Antieméticos.
- Rotar a Primosistón vía oral (2 mg de acetato de noretisterona + 0,01 mg de etinilestradiol) cuando se logre tolerancia oral siguiendo el esquema antes descripto.

Si no requiere hospitalización

Frenar metrorragia con Primosistón comprimidos (2mg de acetato de noretisterona + 0,01mg de etinilestradiol), vía oral, 1 comprimido cada 6 hs hasta que ceda el sangrado, luego 1 comprimido cada 8 hs durante 2 días y, posteriormente, 2 por día hasta completar 21 días.

Otras opciones son:

Anticonceptivos orales combinados con dosis de Etinil Estradiol de 0,03 mg 4 comprimidos durante 3 días; 3 durante 3 días; 2 durante 3 días hasta completar 1 comprimido / día durante 21 días con antiemético.

Acetato de Noretisterona 1 comprimido cada 4 hs hasta que ceda y luego 1 comprimido cada 6 hs durante 4 días; 1 cada 8 hs durante 3 días ; 1 cada 12 hs durante 2 días y 1 comprimido hasta completar 21 días sin sangrado.

Este grupo requiere hierro desde el inicio del tratamiento hormonal hasta 3 meses de regularizado el cuadro.

Tratamiento hormonal regulador

Durante 6 meses con progesterona desde el día 5 del ciclo durante 20 días durante 3 meses y, luego desde el día 14 del ciclo, los últimos 10 días durante 3 meses más.

Otra opción si tiene vida sexual activa: anticonceptivos orales combinados con 0,03 de Etinil Estradiol.

En pacientes con coagulopatías, dar anovulatorios (asociación de levonorgestrel 0,15 mg yetinil-estradiol 0,03 mg) vía oral durante 6 ciclos, asociado al tratamiento hematológico especifico.

Ferroterapia dosis profilaxis o tratamiento.

De existir la posibilidad de una consulta ginecológica, es conveniente aconsejarla.

Amenorrea: Ausencia de flujo menstrual.

Amenorrea Primaria
Debe considerarse amenorrea primaria cuando • Una adolescente que llegó a los 16 años no menstruó nunca. • Una adolescente de 14 años no menstruó y carece de caracteres sexuales secundarios. • Una adolescente no presenta menarca un año después de haber alcanzado un Tanner mamario 5. • Una adolescente no presenta menarca 5 años después de haber iniciado el desarrollo mamario.
Amenorrea Secundaria
Se considera cuando hay: • Ausencia de menstruación por tres meses o más en una adolescente con ciclos regulares. • Ausencia de menstruación por seis meses en una adolescente con ciclos irregulares, ambos casos en ausencia de embarazo.

Anamnesis

- Historia familiar de crecimiento y desarrollo sexual (edades de la menarca de la madre, abuela, tías, hermanas).
- Historia del desarrollo de los caracteres sexuales secundarios de la paciente.
- Historia menstrual de la paciente.
- Síntomas de embarazo.
- Historia de adelgazamiento marcado, trastornos alimentarios (bulimia, anorexia).
- Excesivo nivel de actividad física (atletismo, competencias de alto nivel).
- Alteraciones emocionales (estrés). Cualquier tipo de estrés físico, psíquico y emocional.
- Uso de medicación y/o sustancias psicoactivas: (uso de hormonas, anticonceptivos, glucocorticoides, antipsicóticos, etc).
- Síntomas y signos asociados: cefaleas, trastornos visuales, palpitaciones, taquicardia, aumento del vello corporal, acantosis nigricans, estrías, galactorrea.

El examen físico (EF) es el que aporta la máxima cantidad de información

- Evaluar el hábito corporal global, altura, peso, BMI, contextura física.
- Percentilar.
- Estadios de Tanner.
- Olfato.
- Descartar embarazo.
- Examen genital. Buscar malformaciones del aparato genital (agenesia de útero o vagina, himen imperforado).
- En mamas, buscar galactorrea.
- Elementos de virilización.

- Adelgazamiento u obesidad extrema.
- Signos físicos de hipotiroidismo.
- Signos físicos compatibles con Síndrome de Turner.

Exámenes complementarios

- Estarán orientados por los hallazgos del examen físico y del interrogatorio.
- Descartado el embarazo o la imperforación himeneal, se solicitará (si se dispone) en el primer nivel, de los siguientes exámenes: LH, FSH, prolactina, TSH, y ecografía.
- Según resultados y examen físico se puede requerir de un cariotipo para diagnosticar disgenesia gonadal.
- Ante la incapacidad de efectuar los exámenes indicados, y con evaluación clínica normal, se puede realizar la prueba de progesterona, que orientará sobre ubicación de falla o lesión: nivel hipotálamo-hipofisiario, gonadal o uterino.

Prueba de progesterona

Indicar Acetato de medroxiprogesterona 10 mg/d durante 10 días (VO) ó **Acetato de norestisterona** 5 mg/día durante 10 días; ó 100-200 mg/d de **Progesterona micronizada** 5 días y esperar la respuesta para evaluar como positiva o negativa la prueba.

- Prueba de la progesterona sangrado positivo
  - Útero y vagina normales.
  - Ovarios que producen estrógenos.
  - ¿Falla inicial de la ovulación?
  - ¿Poliquistosis ovárica? Etapa inicial.
- Prueba de progesterona sangrado negativo
  - Agenesia uterina o alteración del tracto de salida.
  - Insuficiencia ovárica.
  - Falla hipotalámica.
  - Falla hipofisaria.

Con la excepción de embarazo o de enfermedades médicas tratables en el primer nivel, se derivará a la adolescente al especialista correspondiente.

Cuando la amenorrea es prolongada, hay mayor riesgo de descalcificación para la adolescente. Es importante indicar una dieta rica en calcio y vitamina D, estimular los ejercicios y continuar el seguimiento con especialistas.

Oligomenorrea: Es una causa frecuente de consulta, y se caracteriza por la aparición de la menstruación cada 45 a 90 días (el ciclo menstrual normal está entre 25 y 34 días). En algunas adolescentes representa un motivo de preocupación.

Causas y diagnósticos diferenciales
Disfunción fisiológica del eje hipotalámico-hipofisiario-gonadal, frecuente en los primeros 2-3 años posteriores a la menarca. Etapa inicial de la poliquistosis ovárica. Falla ovárica prematura. Otras alteraciones endócrinas (tiroideas, diabetes). Gran pérdida o aumento de peso. Desequilibrios emocionales. Situaciones de estrés o cambios importantes. Actividad física aumentada
Conducta
Siempre debe descartarse el diagnóstico de embarazo. Cuando la oligomenorrea persiste después de dos años, la evaluación y el tratamiento son semejantes a los de la amenorrea.

Dismenorrea: Es el dolor que se produce durante las menstruaciones; motivo habitual de consulta y su frecuencia va aumentando a medida que transcurren los meses, luego de la menarca.

El interrogatorio y el examen estarán destinados a identificar si se trata de una dismenorrea primaria o secundaria, ya que el tratamiento es diferente en cada una de ellas.

Dismenorrea primaria
Es el tipo más común en adolescentes, y coincide con el inicio de los ciclos ovulatorios y regulares que, en general; son más frecuentes después de dos años de la menarca. **Características del dolor de la dismenorrea primaria** • Premenstrual e intramenstrual, difuso, bilateral y de corta duración. • Puede acompañarse de cefaleas, tensión mamaria, náuseas, vómitos y diarrea. **Causas** • No bien determinadas pero están relacionadas a la acción de las prostaglandinas.
Dismenorrea secundaria
Es causada por una patología específica como enfermedad inflamatoria pelviana, malformaciones congénitas, endometriosis, quistes ováricos; o menos frecuente por várices pélvicas, tumores, adenomiosis, pólipos, miomas, uso de DIU o estenosis cervical. **Características del dolor de la dismenorrea secundaria** • Dolor progresivo, que no siempre tiene relación con la menstruación. Puede ser después de la menstruación. • Puede acompañarse de dispareunia.

Diagnóstico

La anamnesis y el examen físico pueden ser suficientes, eventualmente ecografía ginecológica.

En caso de dudas diagnósticas o de falta de respuesta al tratamiento, hacer interconsulta con especialista.

Tratamiento

Tratamiento sintomático, dirigido a calmar el dolor		
Ibuprofeno	800 mg (VO)	400 mg (VO) c/8 hs.
Naproxeno sódico	550 mg (VO)	275 mg (VO) c/6 hs.
Ácido mefenámico	500 mg (VO)	250 mg (VO) c/6 hs.

Lo mejor es comenzar el tratamiento ante la primera señal de la menstruación o premenstruo.

Medidas recomendadas

- No ingerir xantinas (café, chocolates, etc) y realizar ejercicios físicos.
- A veces mejoran con antiespasmódicos.
- Si la dismenorrea no mejora con AINE, se pueden indicar anticonceptivos orales combinados, como tratamiento de segunda línea.

Tratamiento etiológico

- Dependerá de la patología de base; en caso de enfermedad inflamatoria pelviana, intentar tratamiento en el primer nivel con antibióticos y anti-inflamatorios.
- En las otras circunstancias, derivar a un especialista.

Información para la adolescente

- **Si es una dismenorrea primaria, explicarle que es un fenómeno habitual producido en el comienzo de los ciclos ovulatorios. Debe informársele que la evolución tiende a la mejoría espontánea; que no se verá alterada su sexualidad ni su fertilidad.**
- **Orientar acerca de la necesidad de volver a consultar, si no hay respuesta favorable al tratamiento indicado.**
- **En caso de dismenorrea secundaria, los mensajes se ajustarán en función de la etiología.**
- **En todos los casos, se deberá informar claramente acerca del tratamiento a realizar, dosis, duración y efectos indeseables.**

Botiquín de anticonceptivos para adolescentes. Recomendaciones de uso

Ante un/a adolescente que no desea embarazarse la anticoncepción es una respuesta adecuada y teóricamente simple.

Las siguientes recomendaciones se refieren a los métodos anticonceptivos más utilizados por las adolescentes del país. Para ampliar la información referida a otros métodos puede consultar la página.

www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/AHE_guia_profesionales%5B2%5D.pdf

www.msal.gov.ar/saludsexual/downloads/guia_de_metodos_anticonceptivos.pdf

Métodos Anticonceptivos. Guía para un acceso sin barreras. Nueva edición.

Consideraciones generales

- Los/ las adolescentes en general no tienen contraindicaciones para utilizar cualquier método anticonceptivo y deben tener acceso a una variedad de opciones. La edad por sí misma no constituye una razón médica para no otorgar métodos a una adolescente.
- Las inquietudes con relación a algunos métodos deben ser comparados contra las ventajas de evitar un embarazo.
- Los criterios utilizados para mujeres adultas, referentes a patologías, se aplican también a mujeres jóvenes.
- Los factores sociales y de comportamiento constituyen aspectos importantes a considerar en la elección del método.
- No existe un método anticonceptivo ideal, sino grupos ideales de adolescentes para un determinado método anticonceptivo.
- La elección del método debe ser libre e individual.

La consulta por anticoncepción en la adolescencia es una urgencia, por lo que debemos siempre dar una respuesta anticonceptiva.

En la entrevista se deberá evaluar

- Conocimiento/uso de anticonceptivos y el grado de motivación.
- Si tiene o no pareja estable y su actitud ante la anticoncepción.
- Frecuencia de relaciones sexuales y conducta sexual (edad de inicio de relaciones sexuales, número de parejas, edad de la pareja).

- Conductas de riesgo (actitud, grado de exposición a ITS, adicciones, alcoholismo, drogas).
- Pautas culturales, hábitos de vida.
- Actitud de la familia frente a la sexualidad de sus hijos.
- Antecedentes clínicos y toco ginecológicos.
- Antecedentes familiares.

Recuerde

La abstinencia periódica no es un método recomendable para este grupo etario. Los ciclos menstruales irregulares, frecuentes en este grupo, determinan su baja eficacia. Este método no protege contra las ITS ni contra el VIH.

Métodos recomendados

a) Preservativo masculino

- Es necesario instruirlas/os para un uso correcto del mismo.
- Se debe concientizar a los/ las adolescentes acerca de la necesidad del preservativo y de su derecho a exigirlo.
- Se debe informar sobre la anticoncepción de emergencia (AHE) como método de respaldo cuando el preservativo se rompe o se desliza. Recomendamos entregarla junto con el preservativo.

Preservativo Masculino	
VENTAJAS	**DESVENTAJAS**
Bajo costo	Alta motivación
Fácil acceso	Aceptación de la pareja
Protege de las ITS/VIH	Edad de la pareja
No requiere de la participación del médico	Interfiere en el coito
	Poco confiable en las primeras relaciones sexuales
	Alergia al látex (tanto de la mujer como del hombre)

Uso correcto

Los preservativos masculinos están enrollados sobre sí mismos y diseñados para aplicarse desde la punta del glande y desenrollarse a lo largo del pene erecto hasta cubrirlo completamente.

Los pasos a seguir son:

- Observar la fecha de vencimiento.
- Abrir el envase con los dedos y no con los dientes porque se puede dañar el preservativo.
- Colocarlo en el pene inmediatamente después de alcanzar la erección y antes de cualquier contacto con la vagina o el ano de la pareja.
- Al colocarlo, es importante apretar la punta para que no quede aire y se pueda contener ahí el semen eyaculado.
- El pene se debe retirar después de la eyaculación, cuando todavía está erecto. Debe sostenerse el preservativo por su base para que éste no se salga (el preservativo queda grande cuando el pene se va desentumeciendo), tratando de que no se derrame esperma.
- Hacer un nudo al preservativo y estirarlo para corroborar que no se haya roto.
- Los preservativos son desechables, no se deben volver a usar.

b) Anticoncepción Hormonal

Los anticonceptivos hormonales orales combinados constituyen junto con el preservativo uno de los métodos más utilizados por las/ los adolescentes.

- Se los llama "hormonales" porque están compuestos por derivados de las hormonas femeninas: estrógeno y/o progesterona.
- El mecanismo de acción fundamental es la inhibición de la ovulación. Si no hay óvulos, no hay fecundación y por lo tanto no hay embarazo.
- Son altamente eficaces en la prevención de un embarazo.
- Son reversibles, al suspenderlo, se recupera la fertilidad en forma inmediata.
- No protegen contra el VIH/SIDA y otras Infecciones de Transmisión Sexual.
- Para comenzar a utilizar un método hormonal, la OMS sólo recomienda realizar una historia clínica y control de tensión arterial. No hace falta ningún estudio adicional.

Por el riesgo y vulnerabilidad que presentan las/ los adolescentes frente a las ITS y dado que el condón es el único método que puede brindar protección se recomienda el uso del "doble método" (anticonceptivo hormonal + preservativo).

Controversias en el uso de métodos anticonceptivos hormonales

- **Edad ginecológica mínima para su indicación.** No hay trabajos en la bibliografía que apoyen la existencia de un probable perjuicio. No obstante con un criterio flexible se considera su indicación preferentemente a partir del 2 año de edad ginecológica.

- **Talla:** Los anticonceptivos hormonales utilizados actualmente no interfieren en el crecimiento.

> **"Una adecuada consejería ayudará a la utilización correcta del método y a una mayor adhesión al mismo."**

Consejería

- Orientar sobre el uso correcto
- Explicar qué hacer en caso de omitir una dosis
- Anticipar posibles efectos secundarios (cambios en las características de sangrado menstrual, mastalgia)

Las contraindicaciones absolutas y relativas del método no difieren de las que presentan las mujeres adultas (ver Criterios de elegibilidad de la OMS)

www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9789241563888/en/index.html

En este grupo etáreo se sugiere realizar un seguimiento que excede las necesidades reales del método:

El primer control se realizaría al mes, para evaluar su uso correcto y conocer las posibles dificultades y/o efectos colaterales. Con criterio flexible, espaciar estos controles a lapsos de 3 – 6 meses.

Clasificación Anticonceptivos Hormonales según la vía de administración

Orales

- Anticonceptivos orales combinados (AOC)
- Anticonceptivos orales sólo de progestágenos
- Anticoncepción de emergencia

Inyectables

- Combinados
- Sólo de progestágenos

Implantes

Transdérmicos (parches)

Anillos vaginales

Sistema intrauterino liberador de levonorgestrel (SIU)

> **"Los más utilizados en adolescencia son los métodos hormonales orales e inyectables."**

b.1) Anticonceptivos orales combinados (AOC) (pastillas anticonceptivas)

Anticonceptivos orales combinados (AOC) (pastillas anticonceptivas)	
VENTAJAS	**DESVENTAJAS**
Altamente eficaz	Obligatoriedad de la toma diaria
Menstruaciones regulares y confortables	No protege de las ITS
Desvinculado del coito	Spotting
	Mastalgia

En la actualidad, se indican los anticonceptivos denominados de baja dosis, con concentraciones de Etinilestradiol (EE) que varían entre 35, 30, 20 o 15 microgramos (µg). Las dosis más utilizadas en adolescentes son las de 30 o 20 µg. Se prefiere la dosis de 30 µg. para protección de la masa ósea.[1]

Las nuevas formulaciones, minimizan la dosis de estrógeno e incorporan nuevos gestágenos que permiten ir alejando en el "consenso popular" muchos temores asociados a su uso como el aumento de peso, del vello y del acné. (Ver recomendaciones de uso en Anexo)

b.2) Anticonceptivos orales sólo de prostágenos

Indicaciones

- Cuando exista contraindicación para el uso de estrógenos (trombofilias, lactancia, etc.)
- Ante la imposibilidad de instrumentar otros métodos anticonceptivos satisfactoriamente.

Son más estrictos con el margen de olvido (no mayor a 2 hs); deben tomarse todos los días a la misma hora. Al principio, generan sangrados irregulares y con el tiempo, falta de sangrados.

b.3) Anticoncepción hormonal de emergencia (AHE)

- Método anticonceptivo que se utiliza posteriormente a una relación sexual sin protección o cuando falló el método que estaba usando.
- Última alternativa anticonceptiva para evitar un embarazo. Por eso se llama de emergencia.

1- Masa Ósea: El potencial impacto que los anticonceptivos hormonales podrían ejercer en esta etapa crítica del desarrollo de la masa ósea, es controvertido, debiendo discriminarse entre los anticonceptivos hormonales combinados en sus diferentes formulaciones y los anticonceptivos hormonales conteniendo sólo progestágenos.

Al finalizar la adolescencia la densidad de la masa ósea alcanza a un 90%, el 10% restante se completaría durante la tercera década de la vida. Por ello la importancia de la interferencia que podrían jugar en este proceso los anticonceptivos hormonales sobre la calidad final de la masa ósea.

- Es un método seguro, efectivo y simple de utilizar.
- En caso que el embarazo ya se haya producido, la AHE no lo interrumpe, es decir que no provoca un aborto.
- Si la mujer ya está embarazada, la AHE no afecta al embrión en formación.
- Pueden ser eficaces si se las toma hasta cinco días después del acto sexual sin protección. Deben comenzar a usarse lo antes posible; mientras más pronto mayor es su eficacia
- Cualquier mujer puede tomar la AHE sin riesgos, incluso aquéllas que no pueden utilizar métodos hormonales de manera constante, ya que la dosis de hormonas es pequeña y se utiliza por un corto tiempo.
- No es necesario realizar examen físico ni análisis de laboratorio previamente.

Indicaciones

- Aquella adolescente que haya tenido una relación sexual no protegida dentro de los 3 días previos.
- Ante un uso incorrecto o accidente con otro método anticonceptivos.[2]
- Ante una violación, si la adolescente no está usando algún método regularmente.
- Ante sospecha de embarazo sin posibilidad de realizar una prueba para confirmarlo. No hay pruebas de que causen daño a la mujer ni a un embarazo existente.

Mecanismo de acción

- Impide o retrasa la ovulación.
- Provoca espesamiento del moco del cuello del útero, lo que dificulta el ascenso del esperma a las trompas de Falopio, sitio donde se produce la fecundación.

Estos dos mecanismos intentan evitar el encuentro óvulo- espermatozoide, evitando así el embarazo.

Criterio de elegibilidad: 1 (no tiene contraindicaciones). .

b.4) Anticonceptivos Inyectables combinados

Las ampollas de los anticonceptivos inyectables tienen la dosis exacta por lo que, al purgar la jeringa, es muy importante no perder medicamento. La aplicación debe ser intramuscular profunda.

2- La mujer omitió 3 o más píldoras anticonceptivas orales combinadas, o comenzó un nuevo paquete con 3 o más días de demora.

El DIU se salió de sitio.

La mujer tiene 2 semanas o más de demora en la inyección de repetición que contiene sólo progestágeno, o más de 7 días de demora en la inyección de repetición mensual.

Normas de Administración

Aplicar la primera dosis entre el primero y el quinto día de la menstruación. Luego, UNA vez cada treinta días. Recordar el día en que se aplicó la primera inyección, y en los meses sucesivos, aplicar las siguientes en esa misma fecha. Tener en cuenta la fecha calendario, y no cuando viene la menstruación.

Se puede adelantar o retrasar la inyección hasta 3 días, pero es mejor tratar de hacerlo siempre el mismo día.

El sangrado menstrual suele suceder entre los 15 y 20 días posteriores a la aplicación de la inyección. El sangrado posterior a la primera aplicación (que debe realizarse preferentemente el primer día de menstruación) se adelantará.

Efectos adversos

- Cambios en los patrones de sangrado: los primeros 3 meses sangrado irregular o prolongado y al año ausencia de menstruación o sangrado infrecuente.
- Aumento de peso
- Cefaleas
- Mareos
- Mastalgia (Dolor mamario)

Riesgos y Beneficios

Similares a los que proporcionan los AOC.

b.5) Inyectable sólo de progestágeno

- Contiene acetato de medroxiprogesterona.
- Es de uso trimestral.
- Tendría un impacto negativo en la formación de masa ósea.

c) Dispositivo Intrauterino (DIU)

Método que puede utilizarse en adolescentes nuligestas, debiéndose siempre realizar la consejería.

Se recomienda su uso en:

- Adolescentes expuestas a un embarazo no buscado,
- Adolescentes que no se adaptan a otros métodos o presentan contraindicaciones a los mismos.

2- Si se utilizó incorrectamente el condón, éste se salió, deslizó o rompió.

Si se desplazó el diafragma

La pareja utilizó incorrectamente un método natural de control de la fertilidad (por ejemplo, omitió abstenerse o usar otro método durante los días fértiles).

El hombre no se retiró, como estaba previsto, antes de eyacular.

- Adolescentes con antecedentes obstétricos (gestas previas).
- Adolescentes discapacitadas mentales.

El DIU brinda seguridad, alta eficacia y confort al no exigir otra motivación mas allá de la relacionada con su inserción desvinculada del coito. Es de uso permanente y continuo, y demanda un seguimiento relativamente espaciado.

Criterios de elegibilidad de los anticonceptivos OMS

La OMS crea los criterios de elegibilidad:

- Considerando la inclusión de las condiciones de salud relevantes.
- Evaluando las condiciones basadas en la evidencia científica.
- Incluyendo las etapas de la vida que pueden afectar la elección del anticonceptivo.
- Incluyendo los aspectos relacionados con los servicios necesarios.

La elegibilidad médica para cada método anticonceptivo, con excepción de la esterilización quirúrgica femenina y masculina (ligadura tubaria y vasectomía), se clasificó según las cuatro categorías siguientes:

- **1=** una condición para la que no hay restricción en cuanto al uso del método anticonceptivos
- **2=** una condición 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 inadmisible si se utiliza el método anticonceptivo.

Las dos primeras categorías pueden ser manejadas por personal no médico.

Para ubicar a una persona en estas categorías es esencial realizar una completa y cuidadosa historia clínica.

Para obtener más información y todo el material buscar:
http://whqlibdoc.who.int/hq/2009/WHO_RHR_08.19_spa.pdf

Sugerimos tenerla en forma accesible para ser utilizada durante la consulta.

Inclusión de la práctica del test de embarazo rápido en la consulta de adolescentes

Fundamentos:

La realización del test de embarazo rápido en la consulta de adolescentes aumenta la posibilidad de un diagnóstico temprano. Habilita la contención y seguimiento adecuados y tiene como objetivo final incidir sobre las causas evitables de muerte materna y neonatal.

Consultas ante las cuales se deberá realizar test rápido de embarazo

- Atraso menstrual.
- Sangrado irregular: escaso, marrón, a destiempo de su ciclo.
- Pérdida hemática por genitales externos.
- Falla del método usado: ruptura del preservativo, o utilización de coito interruptus o Billings, olvido de toma del anticonceptivo oral, o habiendo tenido vómitos o diarrea, toma del anticonceptivo de emergencia a destiempo luego de las 72 hs.
- Cualquier duda expresada en relación a un posible estado de gravidez.
- Toda vez que el profesional sospeche posible estado de embarazo, aún cuando la paciente no lo haya traído como motivo de consulta (no manifiesto) y aún si refiriera no haber iniciado relaciones sexuales.

En todos los casos se deberá ofrecer la prestación a la paciente sin ejercer ningún tipo de presión y asegurando total confidencialidad.

En la práctica se debe tener en cuenta que:

- La adolescente tiene derecho a la confidencialidad de la misma manera que una mujer adulta. No obstante es importante explorar las redes de apoyo familiares, sociales e institucionales que le puedan ofrecer contención, acompañamiento y protección.
- Los servicios de salud donde requiera atención un adolescente, deben garantizar el acceso a los recursos y acciones de carácter promocional, preventivo, asistencial, y de rehabilitación de acuerdo a su grado de desarrollo, sin requerir obligatoriamente la autorización o la compañía de un adulto, la que se debe propiciar pero nunca exigir (contemplado en las Leyes Nº 26.529 y Nº 26.061)
- La generación de un buen vínculo entre el profesional de la salud y la usuaria es de vital importancia.

- En la consulta se debe notificar el derecho de la adolescente a la confidencialidad.
- Evitar expresar valoraciones personales o morales.
- Brindar información en lenguaje claro y sencillo.
- Mostrar una actitud abierta y de escucha comprensiva que le brinde confianza y seguridad de consultar frente a cualquier tipo de problemática vinculada al embarazo.
- Explorar los sentimientos de la joven respecto a un posible embarazo antes de la administración del test.
- Detectar y evaluar factores de riesgo como situaciones de violencia, consumo problemático de sustancias, patologías médicas o psicológicas.
- Evaluar el contexto en el que se dieron las relaciones sexuales (especialmente si se trata de una menor de 15 años) teniendo en cuenta que puede tratarse de relaciones no consentidas. De evaluarse situación de abuso sexual debe procederse de acuerdo al protocolo de abordaje y seguimiento del Ministerio de Salud de la Nación (Abuso Sexual InfantoJuvenil (ASIJ) Protocolo de abordaje y seguimiento para los equipos de salud).
- Observar las reacciones de la usuaria con su pareja, con el entorno familiar y afectivo así como su realidad socioeconómica.
- Indagar acerca de la postura de la pareja o co-gestante respecto al embarazo, si está enterado o no, si apoya, impone su decisión o se desentiende.
- Indagar acerca del uso previo de métodos anticonceptivos.

Frente a un test de embarazo negativo

- Indagar acerca del voluntad/deseo de un embarazo.
- Brindar información sobre métodos anticonceptivos incluyendo la anticoncepción de emergencia (AHE).
- Ofrecer/entregar un método anticonceptivo a elección de la usuaria e incorporarla al Programa de Salud Reproductiva cuando no exista deseo/voluntad de un embarazo.

Frente a un test de embarazo positivo y reacción de aceptación

- Derivación para seguimiento y control prenatal. Consejería.
- Estimular participación de la pareja y familia en el cuidado prenatal.
- Promover la continuidad educativa de la adolescente embarazada.
- Indagar sobre consumo tabáquico y otras drogas. Aconsejar el cese en caso de consumo actual.
- Solicitud de grupo y factor.
- Consejería en anticoncepción.

Frente a un test de embarazo positivo y reacción de no aceptación

- Indagar acerca de las causas que motivan la no aceptación del embarazo.
- Plantear la conveniencia de incluir a la pareja/familia en la reflexión, siempre aclarando que la decisión última corresponderá autónomamente a la adolescente, libre de presiones de terceros.

- Evaluar el caso en el marco del art. 86 del Código Penal que establece las situaciones de aborto no punibles. Si el caso se inscribe dentro sus causales, se dará una respuesta institucional de acuerdo a la "Guía de Atención Integral de los Abortos no Punibles desarrollada por el Ministerio de Salud de la Nación"

(www.msal.gov.ar/saludsexual/pdf/Guia-tecnica-web.pdf)

- Brindar asesoramiento en todas las opciones que la paciente puede llegar a considerar, para disminuir cualquier tipo de riesgo en situación de embarazo no deseado, incluyendo la adopción, aceptación del embarazo o su interrupción, entendiendo que no se trata de decisiones sencillas y que requieren meditación y análisis. Son frecuentes los sentimientos encontrados, la incertidumbre, la duda, la culpa y el temor. El asesoramiento no debe ser disciplinante para la mujer sino que debe habilitarla para la toma de decisiones autónomas informadas.
- En caso de aceptación del embarazo se deben explorar las posibles redes de apoyo familiar e institucional para acompañar a la adolescente.
- En caso de optar por adopción, se debe articular con áreas de trabajo social y salud mental para brindar información y acompañamiento durante el embarazo y luego del parto.
- En caso de que exprese su decisión de interrumpir la gestación, el equipo de salud debe mantener su actitud de no juzgar y ofrecer una escucha objetiva, priorizando la reducción de riesgos y daños, contribuyendo a evitar que recurra a métodos que pongan en riesgo su vida.
- Indagar acerca de la información con que cuenta la paciente y brindarle la orientación necesaria para que decida con responsabilidad, con el mayor conocimiento, evitando y/o minimizando conductas de riesgo.
- Comunicar que, aunque existen obstáculos legales para llevar adelante su decisión, el equipo de salud está dispuesto a cuidarla y atenderla independientemente de la decisión que adopte. El equipo tiene obligación de brindar información y asesoramiento pero en ningún caso puede indicar un método o conducta. Esta consejería se enmarca en el derecho a recibir información científicamente respaldada y de dominio público, el derecho a la salud y a la autonomía de las personas.
- Se evaluará cada caso de acuerdo a los siguientes parámetros:
  - Examen clínico general, ginecológico y de laboratorio en busca de factores de riesgo que aumenten las posibilidades de complicaciones.
  - Estudio ecográfico para diagnóstico de edad gestacional, normoimplantación y descartar patología embriofetal (embarazo ectópico, huevo muerto, etc).
  - Determinación de factor Rh para informar sobre la necesidad de la inmunoprofilaxis en caso de ser Rh negativa.
- Ofrecer seguimiento y anticoncepción en el caso de una interrupción respetando la confidencialidad de la usuaria.

Talleres en sala de espera: un espacio de comunicación

El objetivo de este capítulo es acercar a los profesionales que estén en contacto con adolescentes en centros asistenciales, algunas herramientas prácticas y sencillas orientadas a la promoción y prevención de la salud.

La actividad en sala de espera busca que el primer contacto del adolescente con el sistema de salud, condicione positivamente su relación con la misma, tratando de relativizar las posibles aprensiones de la consulta médica.

Así, se transforma en un espacio de comunicación grupal no tradicional de intervención, donde profesionales y pacientes se encuentran para plantear temáticas referidas a la salud, en este caso a la salud sexual y reproductiva, incluyendo la perspectiva de género y la apropiación de derechos, que si no son suficientemente cuidados por los profesionales, pueden generar barreras al acceso.

Objetivos generales de las actividades

- Aprovechar el tiempo de la espera transformándolo en un tiempo activo, de participación grupal para realizar acciones de promoción y prevención de la salud
- Proponer actitudes y conductas preventivas en salud y principalmente en salud sexual y reproductiva
- Generar inquietudes sobre la salud que favorezcan la consulta médica.
- Facilitar la comunicación entre los adolescentes y la intergeneracional.
- Favorecer la apropiación de derechos a la salud.
- Visualizar herramientas de cuidado que pueden ser usadas por los jóvenes.
- Mejorar el vínculo con el sistema sanitario.

El espacio que se crea en la sala de espera busca

- Fortalecer la autonomía.
- Promover el ejercicio de los derechos y la apropiación de los recursos propios e institucionales.
- Visualizar las inequidades de género.
- Informar a los adolescentes acerca de su sexualidad e intentar prevenir las relaciones sexuales de riesgo.

- Promover el compromiso de los varones en la prevención de infecciones de transmisión sexual, de embarazos no buscados, así como su responsabilidad frente a la paternidad.
- Asegurar la confidencialidad de la consulta.

La sala de espera es un espacio apropiado para hablar con adolescentes porque:

- Se habilita la palabra de los participantes, comenzando a dialogar a partir de una situación disparadora.
- Se promueve escuchar al otro, sea un adulto o un adolescente. Esto favorece el diálogo intergeneracional.
- Se visualizan los recursos propios e institucionales, tendiendo así a la reducción de riesgos y daños.
- Se tiende a la igualdad entre los géneros dentro de las diferencias propias de cada sexo.
- Se trabaja sobre el reconocimiento de los derechos y el desarrollo de la autonomía.
- Se involucra a los varones en la temática de la salud reproductiva.
- Se puede hablar libremente sobre temas difíciles de abordar en otros ámbitos e incluso en la propia familia: anticoncepción, abuso sexual, violación, sexo/sexualidad, aborto, discriminación.

¿Por qué talleres?

- El taller es una forma de enseñar y sobre todo de aprender mediante una actividad en conjunto; es un aprender haciendo en grupo.
- Sensibiliza y motiva para que se decida por sí mismo.
- Hace que los planteos prácticos se transformen en reflexión teórica.
- Tiende a que el participante se haga responsable de su aprendizaje.
- Busca que la palabra y el movimiento comprometan emocionalmente a quien participa.

Los talleres en sala de espera no son convencionales

- Se realizan en un espacio abierto y público como es la sala de espera de un centro asistencial por donde puede circular gente hacia otros ámbitos. Se remarcan estas características espaciales porque no es necesario un lugar con características determinadas, muchas veces difícil de conseguir en una institución pública.

- Hay un grupo nuevo en cada taller, que son los adolescentes que concurren ese día. No se conocen entre sí y es poco probable que vuelvan a encontrarse.
- El motivo que los ha acercado es distinto de la actividad que se les está proponiendo que intervengan.
- Cada encuentro es único y quizá ese adolescente no participe de otros talleres.
- La población es móvil. Muchos que comienzan el taller no están al finalizar, ya que fueron llamados a la consulta pero se han incorporado otros que recién llegaron.
- El tiempo de duración es variable, dependiendo del clima de trabajo que se logre en cada encuentro y de condiciones externas cambiantes.
- Ni los talleristas ni los asistentes, saben con anterioridad cuál será el tema a hablar,
- El grupo se caracteriza por su heterogeneidad, (mujeres, varones; púberes, adolescentes, adultos acompañantes; diversidad de estratos sociales; escolarizados/los que han abandonado la escuela).

Los talleres en sala de espera se caracterizan por:

- Ser un espacio para plantear problemas reales y discutir/disentir las posibles soluciones.
- Constituir un lugar donde se trabaja "en grupo" con la palabra, el cuerpo, las emociones, bajo la supervisión de un coordinador.
- Favorecer la acción-reflexión de los participantes, ya que nunca se presentan como un conjunto de respuestas definitivas.
- Más que buscar consenso, incentivar la confrontación y el disenso, valorando el aporte de miradas diferentes.
- Sensibilizar y motivar la toma de decisiones, contribuyendo a reforzar la autonomía.
- Hacerlo con los valores del grupo con que se trabaja y considerando su diversidad.

Ya que el grupo de concurrentes a un centro asistencial es variable, cada encuentro de taller debe ser una unidad en sí misma, abordando los contenidos básicos propuestos previamente por el equipo: prevención de embarazo e infecciones de transmisión sexual (ITS), métodos anticonceptivos (MAC), anticoncepción de emergencia (AE), uso del preservativo, estereotipos de género en relación a sexualidad, etc.

Pautas para la coordinación de talleres

Es aconsejable, que cada taller sea coordinado por dos personas del equipo, lo que facilita el interjuego entre las mismas durante la actividad; manteniendo una mirada atenta sobre el grupo para detectar gestos, movimientos, que pueden incorporarse a la dinámica. Hay que tratar que los profesionales sean de disciplinas diferentes (médico, psicólogos, trabajador social) ya que aporta riqueza a las intervenciones.

Los coordinadores de un taller deben:

- Tener claro desde el comienzo qué se quiere lograr y cuáles son los objetivos.
- Plantearse un disparador inicial (recurso verbal, fotos, láminas, etc.), que pueda ser reemplazado si la circunstancia lo requiere.
- No tener esquemas rígidos sino la plasticidad necesaria para cambiar técnicas que logren el objetivo. No olvidar que las técnicas nunca son un fin en sí mismo sino un camino para lograr la reflexión y asimilación de un contenido.
- Motivar a los participantes para que intervengan, piensen y razonen favoreciendo el diálogo.
- Proporcionar información o corregirla cuando sea errada.
- Tratar de evitar que los participantes hagan planteos personalísimos que los exponga ante el grupo.
- Apoyarse en quienes más aportan con la palabra pero sin dejar de lado a los más callados.
- Contemporizar los saberes eruditos con los populares, sin desvalorizar estos últimos.
- Socializar el conocimiento y lo trabajado con todo el grupo.

Momentos del taller

Un taller tiene tres etapas: Inicio, desarrollo y cierre

Inicio

- Salida de coordinadores a la Sala de Espera. Este es un momento que sorprende a quienes aguardan pasivamente para ser atendidos y produce cierto extrañamiento que se les proponga participar en una actividad desconocida. Para quien coordina es un equivalente a "salir a escena". Se crea un momento de tensión ya que en ese espacio los profesionales no suelen participar, es un territorio propio de los pacientes.
- Presentación de coordinadores y encuadre del trabajo.
- Organización espacial de la Sala, conformando un círculo con los asientos, con la ayuda de los participantes. Tener que levantarse, cambiar de lugar y ayudar a conformar dicho espacio, moviliza corporalmente, convirtiéndolos en actores de la dinámica propuesta.
- Presentación de cada uno de los participantes usando alguna técnica lúdica que sirva como "precalentamiento" ("romper el cubito").
- Si alguien se encuentra enfermo, por lo que no puede participar del taller y necesita atención en corto tiempo, explicitarlo y, luego, facilitar su acceso.

Desarrollo

- Se imparte una consigna para trabajar con el grupo. Es importante que cada equipo elabore la propia teniendo en cuenta: los materiales de que dispongan, el lugar físico y el tiempo asignado a la tarea. Como orientación, algunas pueden ser:
  - Responder por escrito, en forma anónima, preguntas respecto de un problema y la posterior lectura de aquéllas. Materiales: papeles y lapiceras
  - Abrir el diálogo a partir de láminas en las que estén planteadas diversas situaciones. Material: láminas con situaciones relacionadas al tema que se quiere abordar, provistas por la coordinación.
- Repartir para su lectura tarjetones con:
  - Oraciones dichas y recopiladas en talleres anteriores y abrir el intercambio de opiniones a partir de las mismas.
  - Oraciones inconclusas acerca de situaciones conflictivas para un adolescente y que el grupo concluya la historia.
  - Oraciones cuyas respuestas sean "verdaderas" o "falsas", de acuerdo a normas establecidas por la sociedad y abrir la discusión a partir de ellas.
  - Otras consignas que cada equipo vaya elaborando en el devenir del trabajo, tendientes a que los participantes reflexionen sobre ellas.
- Se analizan los temas que aparecen, insistiendo en el diálogo y la confrontación de ideas entre los asistentes. Esta participación con la palabra lleva implícito un componente emocional, importante para la apropiación de los contenidos. La coordinación debe privilegiar las opiniones de los adolescentes, en un espacio que se les torne confiable, donde sus palabras y las de los mayores sean posibles de ser dichas y escuchadas pero sin que los adultos impongan las suyas. Se pueden crear momentos de tensión intergeneracional, que es la propuesta buscada: que los adolescentes puedan reflexionar por sí mismo, y permitirse otros pensamientos. Sólo así empezarán a recorrer el camino de la autonomía.

> **"Tolerar los momentos de tensión y diferencia de opinión favorecerá que se recuerden y se fortalezcan las opiniones de los jóvenes."**

- La coordinación debe proponer temas que no hubieren surgido, para ampliar el debate. Aclaración de lo percibido como preocupaciones.

Cierre

- La coordinación, resume lo que ha surgido en el transcurso del taller haciendo hincapié en que, si se ha podido hablar de sexualidad sin inconvenientes en un espacio abierto y entre personas que no se conocen entre sí, también es posible hacerlo en otros ámbitos como la familia o la escuela.
- Encuesta anónima autoadministrada donde cada participante escribe sus impresiones sobre el taller. Es una instancia que no debe obviarse ya que, además de permitir conocer la vivencia que han tenido, refuerza la autoestima de participantes, al sentirse interpelados para opinar sobre lo acontecido.
- La entrega de folletería o algún otro material relacionado con las temáticas tratadas, refuerza y sostiene lo incorporado.

Evaluación de la Coordinación

Finalizado cada taller, la coordinación hace una evaluación por escrito sobre las condiciones en que se desarrolló el mismo, si hubo participación, si las dinámicas utilizadas fueron las adecuadas, si hubo actores facilitadores o se presentaron obstáculos. Esto permitirá saber, entre otras cosas, a cuántos adolescentes se ha llegado, el interés que despertó la actividad, las temáticas que más han importado.

Lograr que los/ las adolescentes hablen en un espacio público; reflexionen junto a sus pares y adultos mayores; trabajen los prejuicios y los mitos que van surgiendo a lo largo del taller, se convierte en un verdadero desafío para la coordinación. Esta forma de trabajo da la certeza que, más allá de los contenidos abordados, el hecho de poder hablar de salud, violencia, discriminación, sexualidad en este espacio, facilita poder hacerlo en otros ámbitos, como el consultorio médico, ampliando la consulta a la temática de la prevención en salud y sexualidad. Éste es el motivo por el que los talleres en sala de espera pueden considerarse como el primer eslabón de la consulta.

Abordaje de la temática sobre los derechos de los adolescentes

Deben explicitarse las leyes existentes que enmarcan la atención integral de adolescentes así como los derechos que los asisten. Durante el taller es conveniente que circulen versiones impresas de las principales leyes vigentes

(26.061, 26.529, 25.673). Se refuerza el derecho a decidir sobre el propio cuerpo y a que cuando se dice "no" es "no". Las adolescentes son las más comprometidas cuando se vulneran los derechos sexuales y reproductivos.

Se trabaja para que se apropien de los recursos de que disponen; los que existen en las instituciones y que hagan valer sus derechos para que se cumplan.

Abordaje de temática de género

Preguntas orientadoras

- ¿Qué hace el varón frente al embarazo de su pareja?, esta pregunta es respondida habitualmente como: "el varón se borra". Teniendo en cuenta que la práctica ha puesto la responsabilidad de la prevención del embarazo en la mujer, esta respuesta abre un espacio para el abordaje preventivo con perspectiva de género.
- ¿Qué se piensa de la mujer que lleva un preservativo en la cartera? Plantearlo en términos de "mujer prevenida" y no de "mujer ligera" (expresión que utilizan los jóvenes), hace que se replanteen el tema.
- ¿Por qué la mujer acepta tener relaciones sexuales sin preservativo? las respuestas sobre "el amor" o "el estar enamorada", son las más frecuentes y prevalecen sobre la prevención y el poder decir "no sin preservativo". El uso del preservativo, la doble protección y el análisis de la resistencia del varón a su uso, son temas que se afrontan con un enfoque basado en la diferencia de género.

Abordaje de temática interrupción de embarazos

Puede suceder que algún participante, se encuentre con dificultad de abordar temas como la temática del aborto, considerando su actual ilegalidad. Esta autocensura impide hablar sobre un problema que con frecuencia es llevado al seno del taller, generalmente como conducta de alguna amiga o como inquietud. Dado que es una práctica cada vez más conocida y llevada a cabo por las jóvenes, es importante que no se soslaye el tema sino que se lo aborde proponiendo escuchar todas las opiniones.

> **"Cuidar que los participantes no hagan referencias personales para no quedar expuestos en público. Siempre se puede hablar de la experiencia de "un amigo o amiga".**

Es recomendable que se genere un espacio de reflexión dentro del equipo y con los profesionales del servicio, sobre la forma de tratar temáticas que se expresan como prácticas frecuentes, como es la interrupción de embarazos. Se deben adoptar criterios, coherentes más allá de las posiciones personales.

En el taller se trata que los participantes aprendan de las experiencias de otros. Por tal motivo, el equipo de salud debe favorecer la circulación de temas aportando información para preservar la integridad de los participantes.

Dejar que circule la palabra alrededor del aborto o cualquier otro tema dentro del taller permite hablar sobre los contextos actuales de ilegalidad, los datos epidemiológicos, los riesgos asociados a la inequidad social, la necesidad de consejería en opciones, reducción de riesgo y daño, principalmente, de la práctica anticonceptiva.

La experiencia demuestra que hay ciertos planteos que favorecen el intercambio de ideas entre participantes y coordinación, como por ejemplo: ¿que creen que tendría que hacer una mujer frente a la decisión de interrumpir un embarazo, o después de haberlo hecho?, la respuesta casi unánime es: "Consultar al médico". Al repreguntar si esto ocurre, las respuestas son negativas, por el temor al reproche o al castigo.

No se consulta: "porque es ilegal", "por miedo a la denuncia", "porque te tratan mal", "porque no te pueden solucionar el problema". Frente a esta realidad, se abre el camino para hablar de la confidencialidad dentro de la consulta, del secreto médico y también de la posible violación de estos códigos.

Bibliografía

Capítulo Servicios Amigables

BERNER E. y col. ADOLESCENCIA: UN SERVICIO AMIGABLE PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA SALUD. Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich.Ciudad de Buenos Aires, Argentina. Junio de 2009.

OPS/OMS :*" Lineamientos para la Programación de la Salud Integral del Adolescente y Módulos de atención"*. 1996.

"Norma técnica para la Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Adolescente" . Perú

Ministerio de la Protección Social & Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) Colombia. *"Servicios amigables en salud para adolescentes y jóvenes. Un modelo para adecuar las respuestas de los servicios de salud a las necesidades de adolescentes y jóvenes de Colombia".* Bogotá, DC: Taller Creativo de Aleida Sánchez B. Ltda; 2007.

"*Modelos de Servicios de Salud Amigables para adolescentes y jóvenes"* (UNFPA Colombia 2007) www.unfpacolombia.org/home/unfpacol/public-htmlfile/PDF/modelos amigables2.pdf.

MUCARSEL, LEILA: SERVICIOS AMIGABLES PARA ADOLESCENTES Y JÓVENES. Compendio de publicaciones y recursos disponibles en español. Oficina Argentina UNFPA.

"Guías para implementar servicios de atención a la salud sexual y salud reproductiva en las instituciones prestadoras de salud. Ministerio de Salud Pública". Uruguay. 2010.

Capítulo Derechos

Constitución de la Nación Argentina (sancionada en 1853 con las reformas de los años 1860, 1866, 1898, 1957 y 1994).

Convención sobre los Derechos del Niño. Asamblea General de las Naciones Unidas. Adoptada y abierta a la firma y ratificación por la Asamblea General en su resolución 44/25, de 20 de noviembre de 1989. Entrada en vigor: 2 de septiembre de 1990.

Código Penal de la Nación Argentina. Ley 11.179 (T.O. 1984 actualizado).

Código Procesal Penal de de la Nación Argentina. Ley N° 23.984. Sancionada: 21 de agosto de 1991. Promulgada: 4 de setiembre de 1991.

Ley 17.132. Régimen Legal del Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades Auxiliares de las Mismas. Sancionada: 24 de Enero de 1967. Promulgada: 31 de Enero de 1967.

Ley Nº 26.061. Ley de Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes. Argentina. Sancionada: Septiembre 28 de 2005. Promulgada de Hecho: Octubre 21 de 2005. Disponible en www.derhuman.jus.gov.ar/normativa/pdf/LEY_26061.pdf

Ley Nº 25. 673. Salud Sexual y Procreación Responsable. Ministerio de Salud

de la Nación. Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Disponible en www.rimaweb.com.ar/biblio_legal/leyes_nac/25673_salud_sexual.html

Ley Nº 23.798 de Lucha contra el Sida y Decreto Reglamentario Nº 1.244/91. Disponible en www.rimaweb.com.ar/biblio_legal/leyes_nac/23798_sida.html

Ley Nº 26.529. Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado. Argentina. Sancionada: Octubre 21 de 2009. Promulgada de Hecho: Noviembre 19 de 2009.

Ley Nº 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. Argentina. Sancionada: Noviembre 25 de 2010. Promulgada: Diciembre 2 de 2010.

Observación General Nº 4. La salud y el desarrollo de los adolescentes en el contexto de la Convención sobre los Derechos del Niño. Comité de los Derechos del Niño. 33º período de sesiones, 19 de mayo a 6 de junio de 2003.

Observación General Nº 12. El derecho del niño a ser escuchado. Comité de los Derechos del Niño. 51º período de sesiones, Ginebra, 25 de mayo a 12 de junio de 2009.

Ley 13298 (Pcia. Bs. As.). Promoción y Protección Integral de los Derechos de los Niños. Promulgación: Decreto 66/05 del 14 de Enero de 2005. Publicación: 27 de Enero de 2005 B.O. Nº 25090.

Decreto 300/05 reglamentario de la Ley 13.298. Promulgación: 7 de Marzo de 2005. Publicación: 23 de Marzo de 2005

Capítulo Entrevista/ Examen Físico / Vacunas/ Crecimiento y desarrollo

Lineamientos normativos para la Atención Integral en Adolescentes. Resolución 542/1997. Ministerio de Salud de la Nación Argentina.

IMAN Servicios: *Normas de Atención de Salud Sexual y Reproductiva de Adolescentes. Integración del Manejo de Adolescentes y sus Necesidades.* Capítulo: *"La consulta con las y los adolescentes"*, paginas 29 – 46. Organización Panamericana de la Salud (OPS), 2005.

DiNello KJ, Thobaben M. T*ips for Working With Adolescents.* Home Health Care Management Practice 2004; 16; 141-143.

Wilkes MK. A primary care approach to adolescent health care. West J Med 2000; 172: 177–182.

Pasqualini D, Llorens A, Pasqualini T. Capítulo 3. Cambios físicos: crecimiento y desarrollo: 44-54. Salud y Bienestar de Adolescentes y Jóvenes: Una Mirada Integral. OPS/OMS-Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires (2010).

FANO V. Déficit de talla, capítulo 3: 85-125. Programa Nacional de Actualización Pediátrica (PRONAP), Sociedad Argentina de Pediatría (2004).

CAVANAUGH RM. *Control ginecológico de la adolescente en la consulta del pediatra: escuche y mire.* Pediatrics in Review, en español 2008; 29 (5): 163-173.

CAVANAUGH RM. *Pesquisa de anomalías genitourinarias en varones adolescentes*. Pediatrics in Review, en español 2009; 30: 431-438.

PASQUALINI D. Capítulo 14. La consulta con el adolescente: 135-137. Salud y Bienestar de Adolescentes y Jóvenes: Una Mirada Integral. OPS/OMS-Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires (2010).

PASQUALINI D. Capítulo 15. Historia clínica y examen físico: 142-153. Salud y Bienestar de Adolescentes y Jóvenes: Una Mirada Integral. OPS/OMS-Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires (2010).

PASQUALINI D. Capítulo 16.Los múltiples diagnósticos y las estrategias terapéuticas: 154- 165. Salud y Bienestar de Adolescentes y Jóvenes: Una Mirada Integral. OPS/OMS-Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires (2010).

PASQUALINI D. Capítulo 19. Consultas de mujeres, relacionadas con el desarrollo: 173-178. Salud y Bienestar de Adolescentes y Jóvenes: Una Mirada Integral. OPS/OMS-Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires (2010).

PASQUALINI D. Capítulo 20. Consultas de varones, relacionadas con el desarrollo: 178-191. Salud y Bienestar de Adolescentes y Jóvenes: Una Mirada Integral. OPS/OMS-Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires (2010).

The fourth report on the Diagnosis, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure in Children and Adolescents (2004, Revised may 2005). U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute. Página 4: "Definition of Hypertension".

Consenso sobre factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en pediatría. Hipertensión arterial en el niño y el adolescente. Grupo de Hipertensión, Sociedad Argentina de Pediatría. Arch Argent Pediatr 2005; 103(4): 348-366.

Anemia ferropénica. Guía de diagnóstico y tratamiento. Comité Nacional de Hematología, Sociedad Argentina de Pediatría. Arch Argent Pediatr 2009; 107(4): 353-361.

Hipercolesterolemia. Grupo Hipercolesterolemia, Sociedad Argentina de Pediatría. Arch Argent Pediatr 2005; 103(4): 348-366.

Poggione N, Milgram L, Spiner S, Posternak P y Pasqualini D. Recomendaciones nutricionales para los adolescentes. Página para pacientes. Arch Argent Pediatr 2003; 101 (5): 515-516.

Stewuart DG, Skagges DL. Escoliosis idiopática del adolescente. Pediatrics In Review, en español 2006; 27 (8): 299-306.

Problemas traumatológicos: Escoliosis: 111-114. Protocolos de Atención Integral del Adolescente. Proceso de Normatización del Sistema Nacional de Salud, Subcomisión de Prestaciones del Sistema Nacional de Salud, Área de Salud de la Adolescencia. República de Ecuador (2009).

Problemas de salud especiales en la adolescencia. Métodos de detección selectiva. Capítulo 100.2: 645. Tratado de Pediatría, Nelson

GAMIO S. *Problemas visuales. Su pesquisa.* Anexo: 441-445. Manual para la supervisión de salud de niños, niñas y adolescentes (2010). Comité Nacional de Pediatría General Ambulatoria, Sociedad Argentina de Pediatría.

Experiencias en la prevención y control del consumo de alcohol. Programa Nacional de Prevención y Lucha contra el Consumo Excesivo de Alcohol. Ministerio de Salud de la Nación, Ciudad de Buenos Aires, Argentina; 2006: 1 – 91.

WAYLEN A, WOLKE D. *Sex'n'drugs'n'rock'n'roll: the meaning and social consequences of pubertal timing.* Europ J Endocrinol 2004; 151: U151-U159.

CALABRESE A. *Alcohol, un peligro infravalorado. Encrucijadas Nº 44: Adicciones ¡quiero más!* (2010), Revista de la Universidad de Buenos Aires (UBA). www.uba.ar/encrucijadas/44/sumario/enc44-peligroinfravalorado.php

Capítulo Trastornos Menstruales

PASQUALINI D. Capítulo 19. *Consultas de mujeres, relacionadas con el desarrollo:* 173-178. Salud y Bienestar de Adolescentes y Jóvenes: Una Mirada Integral. OPS/OMS-Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires (2010).

Capítulo Anticoncepción

Manual de Ginecología Infanto juvenil. Editorial Ascune SA. Sociedad Argentina de Ginecología Infanto Juvenil AÑO 2002

Anticoncepción del Siglo XXI. Editorial Ascune SA. Asociación Médica Argentina de Anticoncepción AÑO 2006.

Salud y Bienestar de los adolescentes y jóvenes: Una mirada integral. Pasqualini Diana, Llorens Alfredo. OPS/OMS- Facultad de Medicina//Universidad de Buenos Aires. 8/2010

Manual de uso de métodos anticonceptivos

Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Asociación Médica Argentina de Anticoncepción. En imprenta

OMS Criterios de elegibilidad http://apps.who.int/rhl/fertility/contraception/mec_story/es/index.html

Capítulo Sala de Espera

ANDER-EGG, E. *"El taller, una alternativa para la renovación pedagógica"*. Magisterio del Río de la Plata. Bs.As.-1993

BERNER E. Y COL. "*Adolescencia-Un servicio amigable para la prevención de la salud"*. 2ª parte- Prácticas innovadoras, cap. IIIb-Talleres en sala de espera. Ed. FUSA 2000-IPPF. Bs. As. 2009

ECHEVERRY V. Y COL. *"Espacio no convencional para hablar de sexualidad. Talleres en sala de espera"* Rev. Campo Grupal. Año 8 Nº 72 -2005.

FAUR ELEONOR. *"¿Escrito en el cuerpo? Género y derechos humanos en la adolescencia"* en: Género, sexualidad y derechos reproductivos en la adolescencia. Comp.: Checa Susana . Paidós. Bs. As. 2003

"Nuestros Derechos Nuestras Vidas" Guía de Técnicas participativas. Coord. FISHER L. – *Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes del GABA*. -2005.

"*Sexualidad y salud en la adolescencia"* Manual de capacitación. UNIFEM-FEIM Bs. As. 2003

ZINGMAN F. *"Monitoreo y Evaluación de las intervenciones en salud reproductiva. Repercusión en adolescentes que participaron en talleres en sala de espera de un hospital público.* Informe final beca Carrillo-Oñativia. CONAPRIS. Ministerio de Salud de la Nación -2004

Anexos

Equipamiento para consultorio

EQUIPAMIENTO PERMANENTE	Mesa con cuatro sillas Armario para guardar material Camilla para examen clínico que pueda ser transformada en ginecológica Biombo para que el adolescente pueda cambiarse, con banquito y/o perchero para su ropa Balanza y altímetro, fijo a la pared Termómetro clínico Estetoscopio Oto – oftalmoscopio Tensiómetro Martillo de reflejos Cinta métrica Orquidómetro de Prader Pene de madera Kit para demostración de método anticonceptivos: preservativos, píldoras, dispositivos intrauterinos, etc. Vademécum básico Kit para comparaciones de edades óseas Tambor para gasas esterilizadas Tambor para algodón Pinza porta algodones Caja de ginecología con: pinza erina, pinzas de curaciones (varias) histerómetro, pinza para biopsia de cuello y curetas pequeñas para raspado endocervical. Tecnología apropiada para uso obstétrico, estetoscopio de Pinard y/o detector ultrasónico de latidos fetales, cinta obstétrica, neonatal, gestograma y partograma Colposcopio Sistema informático perinatal Recipiente para residuos que puedan cumplir con normas de bioseguridad

MATERIAL DE CONSUMO Y DESCARTABLES	CLINICA	Camilleros de papel Guantes descartables Antisépticos varios Test de embarazo Botiquín de métodos anticonceptivos recomendados y de distribución gratuita Baja lenguas Gasa esterilizada Gasa de taponaje Torundas de algodón e hisopos Tubos con medio de trasporte para cultivo Jeringas y agujas descartables Espéculos descartables (varios tamaños)
	Específicos para GINECO/OBSTETRICIA	Espátulas de Ayre Cepillo de Endobrusch Portaobjetos Lápiz de diamante Solución de Lugol Solución de ácido acético al 3 % Solución de ácido tricloroacético al 50 5 Solución de Podofilina en aceite al 25 % Solución de Violeta de Genciana al 5 % Frascos con solución de Formol al 10 % para tomas de biopsias Fijador para citología o spray
	PAPELERÍA	Formularios de Historia Clínica del Adolescente CLAP/SMR -OPS/OMS Formularios de Historia Perinatal Base Fichas para control de pacientes de riesgo Tablas de Peso, Talla, IMC y Velocidad de Crecimiento para mujeres y varones Tablas de Tanner para evaluación del estadio puberal. Material de Educación para la Salud (folletería) referido a diversos temas Láminas de fisiología de reproducción Regímenes impresos para varias patologías Recetarios Lápices negros y de color, goma, clips, bolígraf**os**

Fuente: Adaptado de Lineamientos normativos para la atención integral en adolescentes- Resolución 542/1997- de la Dirección de Calidad de los Servicios de Salud, Ministerio de Salud de la Nación, para ampliar las funciones específicas de cada integrante del equipo.

www.msal.gov.ar-pngcam-resoluciones-msres542_1997.pdf

Tabla de percentilos de presión arterial

Mujeres

Tabla I Niveles de presión arterial para mujeres por percentilos de talla y edad en años

Edad	Percentilo de TA	TA sistólica(mmHg) Percentilo de estatura 5th	10th	25th	50th	75th	90th	95th	TA diastólica(mmHg) Percentilo de estatura 5th	10th	25th	50th	75th	90th	95th
10	50th	98	99	100	102	103	104	105	59	59	59	60	61	62	62
	90th	112	112	114	115	116	118	118	73	73	73	74	75	76	76
	95th	116	116	117	119	120	121	122	77	77	77	78	79	80	80
	99th	123	123	125	126	127	129	129	84	84	85	86	86	87	88
11	50th	100	101	102	103	105	106	107	60	60	60	61	62	63	63
	90th	114	114	116	117	118	119	120	74	74	74	75	76	77	77
	95th	118	118	119	121	122	123	124	78	78	78	79	80	81	81
	99th	125	125	126	128	129	130	131	85	85	86	87	87	88	89
12	50th	102	103	104	105	107	108	109	61	61	61	62	63	64	64
	90th	116	116	117	119	120	121	122	75	75	75	76	77	78	78
	95th	119	120	121	123	124	125	126	79	79	79	80	81	82	82
	99th	127	127	128	130	131	132	133	86	86	87	88	88	89	90
13	50th	104	105	106	107	109	110	110	62	62	62	63	64	65	65
	90th	117	118	119	121	122	123	124	76	76	76	77	78	79	79
	95th	121	122	123	124	126	127	128	80	80	80	81	82	83	83
	99th	128	129	130	132	133	134	135	87	87	88	89	89	90	91
14	50th	106	106	107	109	110	111	112	63	63	63	64	65	66	66
	90th	119	120	121	122	124	125	125	77	77	77	78	79	80	80
	95th	123	123	125	126	127	129	129	81	81	81	82	83	84	84
	99th	130	131	132	133	135	136	136	88	88	89	90	90	91	92
15	50th	107	108	109	110	111	113	113	64	64	64	65	66	67	67
	90th	120	121	122	123	125	126	127	78	78	78	79	80	81	81
	95th	124	125	126	127	129	130	131	82	82	82	83	84	85	85
	99th	131	132	133	134	136	137	138	89	89	90	91	91	92	93
16	50th	108	108	110	111	112	114	114	64	64	65	66	66	67	68
	90th	121	122	123	124	126	127	128	78	78	79	80	81	81	82
	95th	125	126	127	128	130	131	132	82	82	83	84	85	85	86
	99th	132	133	134	135	137	138	139	90	90	90	91	92	93	93
17	50th	108	109	110	111	113	114	115	64	65	65	66	67	67	68
	90th	122	122	123	125	126	127	128	78	79	79	80	81	81	82
	95th	125	126	127	129	130	131	132	82	83	83	84	85	85	86
	99th	133	133	134	136	137	138	139	90	90	91	91	92	93	93

El percentilo 90 está a 1,28 DS, el 95th a 1,645 DS y el 99th a 2,326 DS sobre la media

Varones

Tabla II Niveles de presión arterial para varones por percentilos de talla y edad en años

Edad (años)	Percentilo de TA	TA sistólica(mmHg) Percentilo de estatura 5th	10th	25th	50th	75th	90th	95th	TA diastólica(mmHg) Percentilo de estatura 5th	10th	25th	50th	75th	90th	95th
10	50th	97	98	100	102	103	105	106	58	59	60	61	61	62	63
	90th	111	112	114	115	117	119	119	73	73	74	75	76	77	78
	95th	115	116	117	119	121	122	123	77	78	79	80	81	81	82
	99th	122	123	125	127	128	130	130	85	86	86	88	88	89	90
11	50th	99	100	102	104	105	107	107	59	59	60	61	62	63	63
	90th	113	114	115	117	119	120	121	74	74	75	76	77	78	78
	95th	117	118	119	121	123	124	125	78	78	79	80	81	82	82
	99th	124	125	127	129	130	132	132	86	86	87	88	89	90	90
12	50th	101	102	104	106	108	109	110	59	60	61	62	63	63	64
	90th	115	116	118	120	121	123	123	74	75	75	76	77	78	79
	95th	119	120	122	123	125	127	127	78	79	80	81	82	82	83
	99th	126	127	129	131	133	134	135	86	87	88	89	90	90	91
13	50th	104	105	106	108	110	111	112	60	60	61	62	63	64	64
	90th	117	118	120	122	124	125	126	75	75	76	77	78	79	79
	95th	121	122	124	126	128	129	130	79	79	80	81	82	83	83
	99th	128	130	131	133	135	136	137	87	87	88	89	90	91	91
14	50th	106	107	109	111	113	114	115	60	61	62	63	64	65	65
	90th	120	121	123	125	126	128	128	75	76	77	78	79	79	80
	95th	124	125	127	128	130	132	132	80	80	81	82	83	84	84
	99th	131	132	134	136	138	139	140	87	88	89	90	91	92	92
15	50th	109	110	112	113	115	117	117	61	62	63	64	65	66	66
	90th	122	124	125	127	129	130	131	76	77	78	79	80	80	81
	95th	126	127	129	131	133	134	135	81	81	82	83	84	85	85
	99th	134	135	136	138	140	142	142	88	89	90	91	92	93	93
16	50th	111	112	114	116	118	119	120	63	63	64	65	66	67	67
	90th	125	126	128	130	131	133	134	78	78	79	80	81	82	82
	95th	129	130	132	134	135	137	137	82	83	83	84	85	86	87
	99th	136	137	139	141	143	144	145	90	90	91	92	93	94	94
17	50th	114	115	116	118	120	121	122	65	66	66	67	68	69	70
	90th	127	128	130	132	134	135	136	80	80	81	82	83	84	84
	95th	131	132	134	136	138	139	140	84	85	86	87	87	88	89
	99th	139	140	141	143	145	146	147	92	93	93	94	95	96	97

El percentilo 90 está a 1,28 DS, el 95th a 1,645 DS y el 99th a 2,326 DS sobre la media

Circunferencia de Cintura

Se recomienda utilizar la siguiente referencia, para lo cual se deberá medir la circunferencia de cintura en borde superior de cresta ilíaca.

	Varones	Varones	Mujeres	Mujeres
Edad	Pc 50	Pc 90	Pc 50	Pc 90
10 años	63,3 cm	78 cm	62,8 cm	76,6 cm
11	65,4	81,4	64,8	79,7
12	67,4	84,8	66,7	82,7
13	69,5	88,2	68,7	85,8
14	71,5	91,6	70,6	88,8
15	73,5	95	72,6	91,9
16	75,6	98,4	74,6	94,6
17	77,6	101,8	76,5	98
18	79,6	105,2	78,5	101

Fuente: Adaptado de Fernandez JR, Redden DT, Pietrobelli A, Allison DB. Waist circumference percentiles n nationally representative samples of African-American, European-American and Mexican-American children and adolescentes. J. Pediatr 2004; 145 (4) : 439-44 Arch.argent.pediatr 2011; 109 (3) / Guía de Práctica Clínica para la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la obesidad. Comité Nacional de Nutrición.

Tabla para el cálculo de edad decimal

	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC
1	000	085	162	247	329	414	496	581	666	748	833	915
2	003	088	164	249	332	416	499	584	668	751	836	918
3	005	090	167	252	334	419	501	586	671	753	838	921
4	008	093	170	255	337	422	504	589	674	756	841	923
5	011	096	173	258	340	425	507	592	677	759	844	926
6	014	099	175	260	342	427	510	595	679	762	847	929
7	016	101	178	263	345	430	512	597	682	764	849	932
8	019	104	181	266	348	433	515	600	685	767	852	934
9	022	107	184	268	351	436	518	603	688	770	855	937
10	025	110	186	271	353	438	521	605	690	773	858	940
11	027	112	189	274	356	441	523	608	693	775	860	942
12	030	115	192	277	359	444	526	611	696	778	863	945
13	033	118	195	279	362	447	529	614	699	781	866	948
14	036	121	197	282	364	449	532	616	701	784	868	951
15	038	123	200	285	367	452	534	619	704	786	871	953
16	041	126	203	288	370	455	537	622	707	789	874	956
17	044	129	205	290	373	458	540	625	710	792	877	959
18	047	132	208	293	375	460	542	627	712	795	879	962
19	049	134	211	296	378	463	545	630	715	797	882	964
20	052	137	214	299	381	466	548	633	718	800	885	967
21	055	140	216	301	384	468	551	636	721	803	888	970
22	058	142	219	304	386	471	553	638	723	805	890	973
23	060	145	222	307	389	474	556	641	726	808	893	975
24	063	148	225	310	392	477	559	644	729	811	896	978
25	066	151	227	312	395	479	562	647	731	814	899	981
26	068	153	230	315	397	482	564	649	734	816	901	984
27	071	156	233	318	400	485	567	652	737	819	904	986
28	074	159	236	321	403	488	570	655	740	822	907	989
29	077		238	323	405	490	573	658	742	825	910	992
30	079		241	326	408	493	575	660	745	827	912	995
31	082		244		411		578	663		830		997
	ENE	FEB	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO	SEP	OCT	NOV	DIC

Fte: Sociedad Argentina de Pediatría. Guías para la Evaluación del Crecimiento - 2da Edición 2001 Elaboradas por el Comité Nacional de Crecimiento y Desarrollo Cuadro de decimales del año.

Anticonceptivos orales hormonales combinados: Presentación y uso correcto

Presentación: Envases con 21 comprimidos activos (con hormonas)

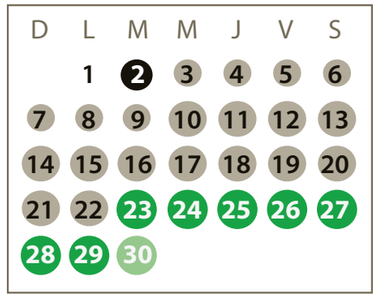
Envases con 28 comprimidos:

21 comprimidos activos + 7 placebos (inactivos)

24 comprimidos activos + 4 placebos (inactivos) Forma de administración

Envases de 21 comprimidos

Uso correcto



- Si la menstruación comenzó el **día 2** de este mes, ese mismo día comenzará a tomar la **primera caja**.
- Tomará pastillas por 3 semanas, 1 comprimido por día.
- Luego viene la **semana sin pastillas** en la que además comenzará la menstruación.
- Al 8° día sin pastillas comenzará la **nueva caja**

Envases de 28 comprimidos (21 comprimidos activos y 7 comprimidos placebo): Tomar un comprimido por día, siempre en el mismo horario. Terminado el envase reiniciar uno nuevo sin intervalo libre. El sangrado aparecerá durante la semana en la que se toman los comprimidos placebo (generalmente comprimidos de distinto color).

Envases de 28 comprimidos (24 pastillas activas y 4 placebos). Mismas recomendaciones: Se toma un comprimido por día y un envase tras otro sin descansar. El sangrado puede aparecer con la toma de los comprimidos placebo o al iniciar la siguiente caja.

¿Cuándo iniciar la toma?

Se recomienda iniciar la caja el primer día de la menstruación (primer día del ciclo). De esta manera, las pastillas son efectivas desde el primer día de uso y se logra la máxima eficacia anticonceptiva.

En caso de iniciar otro día del ciclo, la usuaria deberá cuidarse con otro método (por ejemplo preservativo) durante 7 días. Recién a partir de la octava pastilla estará protegida.

Errores más frecuentes cometidos durante el uso de AOC

- Olvido de toma: no tomar el comprimido en la hora habitual, o no tomarlo ese día.
- Modificar el intervalo de días de descanso entre el último comprimido de una caja y el primer comprimido de la siguiente.
- Efectuar "descansos" en la toma, es decir, dejar pasar uno o varios meses sin tomar anticonceptivos.
- Abandonar el método sin cambiar por otro método igualmente eficaz.

La idea de interrumpir por uno o varios meses la toma de anticonceptivos para "descansar" es una creencia popular carente de fundamento científico y puede llevar a un embarazo no buscado.

Muchas veces la causa del abandono de los anticonceptivos es el temor a supuestos efectos adversos del método que no son los reales.

Olvido de toma

Si pasaron menos de 12 horas desde la hora en que debería haberla tomado:

Tomar la píldora inmediatamente y luego continuar con la píldora siguiente a la hora habitual. En este caso, la eficacia está garantizada.

Si pasaron más de 12 horas desde la hora en que debería haberla tomado:

Tomar la píldora olvidada y continuar con el tratamiento a la hora habitual o tomar las dos píldoras juntas. Esto reducirá pequeños sangrados que pueden aparecer por motivo del olvido. La eficacia anticonceptiva puede estar disminuida.

- Si la mujer tiene relaciones sexuales debe utilizar otros métodos anticonceptivos complementarios como por ejemplo el preservativo, durante 7 días después del olvido.
- Si olvida tomar un comprimido placebo, no debe generar ninguna preocupación, no afectan a la eficacia anticonceptiva.
- Se debe tener en cuenta si la píldora olvidada fue de la primera, segunda o tercer semana de toma.
- El riesgo de embarazo aumenta con el número de pastillas olvidadas, y es mayor en la primera y última semanas.
- Recuerde reforzar siempre el hábito del uso del preservativo.

Olvido en la primera semana

Con relaciones sexuales en los últimos 5 a 7 días: utilizar anticoncepción de emergencia.

Sin relaciones sexuales en los últimos 5 a 7 días: Tomar la píldora olvidada aunque signifique tomar dos comprimidos juntos y utilizar un método de barrera como el preservativo en los 7 días siguientes.

Olvido en la segunda semana

Tomar la píldora olvidada inmediatamente aunque signifique tomar dos pastillas juntas. La eficacia anticonceptiva no se altera y no es necesario utilizar otro método anticonceptivo.

Olvido en la tercera semana

Para envases con 21 comprimidos: Tomar la píldora olvidada aunque signifique tomar dos comprimidos juntos e iniciar otro envase sin hacer el descanso de los 7 días. Si se toma esta conducta no se producirá el sangrado en la fecha esperada, pero puede aparecer alguna mancha o sangrado en el transcurso de la toma del segundo envase.

Otra opción es no tomar más las pastillas, descansar 7 días y reiniciar otro envase.

Para envases con 28 comprimidos: Tomar la píldora olvidada, no tomar las pastillas placebo (se deben saltear) e iniciar otro envase, o no tomar más pastillas, hacer el descanso de 7 días y reiniciar otro envase.

Recomendaciones

Para evitar el olvido de toma es conveniente recomendar a la usuaria, establecer algún comportamiento rutinario:

- Asociar la toma a un acto cotidiano como cepillarse los dientes, ajustar el despertador, desayunar, etc.
- Tomar la pastilla siempre a la misma hora.
- Involucrar a la pareja en la rutina.
- Tener la píldora en un lugar visible.
- Mantener los comprimidos en el envase original hasta el momento de la toma, ya que los números o días impresos en el envase ayudarán a no olvidarla.
- Colocar un recordatorio en la agenda del celular.

¿Cómo manejar los AOC ante la presencia de vómitos y/o diarrea?

Vómitos

Si el vómito es dentro de las 4 horas posteriores a la toma, consumir otra pastilla antes de pasadas las 12 horas y luego continuar con la toma diaria. (El envase se terminará un día antes de lo previsto y el próximo se iniciará un día antes).

En caso de no tomarla en ese lapso, debe considerarse como un olvido.

Diarrea

Usar método adicional (preservativo) durante los síntomas y los siguientes 7 días. Si dura más que las pastillas con hormonas (comprimidos activos), omitir semana de descanso o placebo y comenzar directamente con siguiente caja. En este caso, puede ser que no haya menstruación.

¿Cómo cambiar de un anticonceptivo a otro?

Pasar de un preparado a otro con menor dosis de estrógeno (Ej: 30 µg EE a 20 µg EE): Iniciar con el preparado de menor dosis a continuación del último comprimido de mayor dosis, no dejar el intervalo de siete días entre una caja y la siguiente. Es probable que la menstruación aparezca luego de finalizada la segunda caja, pero se garantizará la eficacia anticonceptiva.

Pasar de un preparado a otro con mayor o igual dosis de estrógeno: (Ej. 20 µg EE a 30 µg EE o 30 µg EE a 30 µg EE). Iniciar la toma del de mayor dosis luego de los siete días sin comprimidos (al octavo día, contado desde el último comprimido del preparado anterior).

Pasar de método inyectable a AOC: Iniciar el uso de AOC en la fecha que se habría suministrado la próxima inyección. No es necesaria protección anticonceptiva adicional.

Si utiliza DIU: Comenzar a tomar AOC el primer día del ciclo y planear la extracción del mismo.

Si utiliza anillo o parche: Comenzar inmediatamente de retirado el mismo. No tendrá el sangrado habitual hasta terminar el envase de lo AOC.

Efectos colaterales

- Anticipar los posibles efectos colaterales y las alteraciones del patrón de sangrado que puedan aparecer en los primeros meses de toma.
- Explicar que los efectos colaterales no son signos de enfermedad, la mayoría de ellos disminuye o desaparece en los primeros meses de usar AOC.
- Si bien son comunes, algunas mujeres no los presentan nunca.
- Sangrado irregular: Tanto sangrado en momentos inesperados como cambios en el patrón (sangrado más leve y de menos días de duración, sangrado irregular, sangrado infrecuente o falta de menstruación).
- Cefaleas
- Mareos
- Náuseas
- Mastalgia (Dolor mamario)
- Cambios de peso(leves)
- Cambios de humor.
- Acné (puede mejorar o empeorar, pero, en general mejora).
- Otros cambios físicos posibles: Incremento de unos pocos puntos en la presión arterial (mm Hg). Cuando el incremento de la presión se debe al AOC, cae rápidamente al interrumpir su uso.

Interacciones medicamentosas de los anticonceptivos hormonales combinados

- Las interacciones de mayor relevancia clínica son las relacionadas con el metabolismo hepático.
- Antibióticos de amplio espectro: no afectan la efectividad de los anticonceptivos orales combinados (categoría 1 de los criterios de elegibilidad OMS)

☞ www.who.int/reproductivehealth/publications/family_planning/9789241563888/en/index.html

Leyenda extraída de los encuentros de Adolescentes y Salud "Nada sobre nosotr@s sin nosotr@s" realizados durante 2011 en Jujuy y Santiago del Estero, Argentina.