



_ X

_ X

GUÍA DE RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN *PERIÓDICA DE SALUD EN ADOLESCENTES*



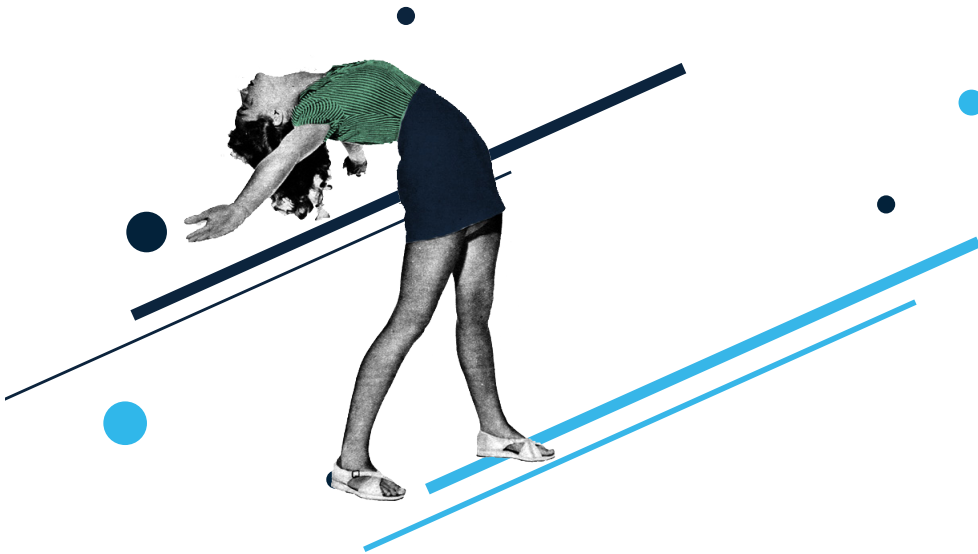
- EDICIÓN 2022 -

SALUD INTEGRAL en
ADOLESCENCIAS

MINISTERIO
DE SALUD

NEUQUÉN
PROVINCIA

JUNTOS
PODEMOS
MÁS



Autoridades

GOBIERNO DE LA PROVINCIA DEL NEUQUÉN

Gobernador de la Provincia del Neuquén
Cdor. Omar Gutiérrez

Viceregobrador de la Provincia del Neuquén
Cdor. Marcos Koopmann

MINISTERIO DE SALUD

Ministra de Salud
Dra. Andrea Peve

Subsecretario de Salud
Dr. Alejandro Ramella

Director Provincial de
Atención Primaria de la Salud
Dr. Matías Neira

Director de Adolescencias
Dr. José Luis Mulatero

GUÍA DE RECOMENDACIONES PARA LA ATENCIÓN **PERIÓDICA DE SALUD EN ADOLESCENTES**

EMISOR: Ministerio de Salud de la Provincia del Neuquén

EDICIÓN: junio de 2022

ÁMBITO DE APLICACIÓN: Provincia del Neuquén

Autores

EQUIPO DE ADOLESCENCIAS

Dr. Mauricio A. Scarpello

Dr. José Luis Mulatero

Lic. Agustina Simonutti

Lic. Paula Giraudó

COLABORADORES

Dra. Belén Manzur, Servicio de Pediatría - Hospital Castro Rendón; **Dra. Florencia Grabois**, Servicio de Pediatría - Hospital Castro Rendón; **Lic. Sonia Sigampa**, Referente Discapacidad e Inclusión - Directora General de Difusión y Educación en protección al Consumidor del Ministerio de Seguridad; **Dra. Gabriela Bastida**, Servicio de Pediatría - Hospital Castro Rendón; **Ing. Daniela Maidana**, Referente de Diversidad - Programa de Salud Sexual y Reproductiva - Dirección de Atención Primaria de la Salud; **Lic. Soledad Soberón**, Programa de Salud Sexual y Reproductiva; **Od. Graciela Perotti**, Programa de Salud Bucal - Dirección de Atención Primaria de la Salud; **Lic. Araceli Gitlein**, Dirección de Inmunizaciones - Dirección de Atención Primaria de la Salud.

Nota aclaratoria

En la presente guía se hace referencia a las personas adolescentes con sexo genético femenino como "XX" y a quienes tengan sexo genético masculino como "XY". Si bien se reconocen otras variabilidades genéticas, se acuña dicho término entendiendo que su abordaje requiere de un tratamiento específico que excede el propósito de la presente guía.

Índice

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 01 | INTRODUCCIÓN | 07 |
| | Alcances de la guía | 08 |
| | Concepto de adolescencia | 08 |
| | Enfoque desde el marco de derechos | 08 |
| | Marco legal | 09 |
| | Las adolescencias, sujetos de derechos y no objetos de tutelaje | 10 |
| | Secreto profesional | 10 |
| | Historia de salud y consentimiento informado | 10 |
| | Responsabilidad parental | 11 |
| 02 | ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD | 13 |
| | Cómo mejorar el acceso a la salud de las adolescencias | 14 |
| | Identificar las barreras | 14 |
| | Propuestas a los equipos de Salud | 14 |
| 03 | EPIDEMIOLOGÍA | 15 |
| | Diagnóstico de situación de las personas adolescentes | 16 |
| | Datos demográficos | 17 |
| 04 | ETAPAS EN LA ADOLESCENCIA | 19 |
| | Adolescencia temprana | 20 |
| | Adolescencia media | 20 |
| | Adolescencia tardía | 21 |
| 05 | GENERACIÓN DE UN ESPACIO INCLUSIVO | 23 |
| 06 | DIVERSIDAD SEXUAL | 25 |
| | ¿Cómo acompañamos a las adolescencias trans en su salud integral? | 27 |
| | Despatologización | 27 |
| 07 | HISTORIA DE SALUD | 29 |
| | Consideraciones generales | 30 |
| | Doble demanda | 30 |
| | Antecedentes personales | 31 |
| | Antecedentes familiares | 31 |
| | Anamnesis ampliada | 31 |
| | Examen físico | 32 |
| | Diagnóstico integral | 33 |
| | Otras consideraciones a tener en cuenta | 33 |
| | Registro en el sistema ANDES | 34 |
| | Frecuencia de las visitas de salud para la atención médica | 34 |
| 08 | SALUD BUCAL | 35 |
| | Acciones recomendadas | 38 |
| 09 | ESTUDIOS DE PESQUISA RECOMENDADOS EN LA ADOLESCENCIA | 39 |
| 10 | INTERNET Y REDES SOCIALES | 41 |
| | Consideraciones generales | 42 |
| | Consultas virtuales | 42 |
| | Redes sociales desde la prevención | 42 |
| 11 | ANEXOS | 43 |
| | Pubertad | 44 |
| | Edades esperadas de pubertad en personas XX y XY | 44 |
| | Aspectos generales de importancia | 45 |

| | |
|--|----|
| Aspectos generales de la pubertad en XX _____ | 44 |
| Aspectos generales de la pubertad en personas XY _____ | 45 |
| Vacunas _____ | 47 |
| Aspectos generales de la vacunación en adolescentes _____ | 47 |
| Vacunas a aplicar a los 11 años según el Calendario Nacional 2020 _____ | 47 |
| Vacunas en personas adultas y jóvenes _____ | 47 |
| Vacunas a considerar en huéspedes con inmunocompromiso _____ | 47 |
| Embarazo adolescente _____ | 48 |
| Pérdida, extravío o imposibilidad de corroborar calendario de vacunas _____ | 48 |
| Sueño _____ | 49 |
| Aspectos salientes para conocer en relación al sueño en la adolescencia _____ | 49 |
| Aspectos a considerar para evaluar el sueño en la adolescencia _____ | 49 |
| Calendario de sueño _____ | 49 |
| Pautas generales de higiene del sueño para brindar a adolescentes _____ | 49 |
| Actividad física en adolescentes _____ | 51 |
| Aspectos generales de la actividad física en la adolescencia _____ | 51 |
| Beneficios de la actividad física en adolescentes _____ | 51 |
| Recomendaciones de la OMS de actividad física para las edades de 5 a 17 años _____ | 51 |
| Prescripción de ejercicio físico _____ | 52 |
| Condición física (aptitud física) _____ | 52 |
| Aspectos que se deben considerar en la prescripción de actividad física _____ | 52 |
| Alimentación saludable _____ | 53 |
| Introducción _____ | 53 |
| Conducta alimentaria en las adolescencias _____ | 53 |
| Requerimientos nutricionales _____ | 54 |
| Evaluación de la ingesta durante la adolescencia _____ | 54 |
| Energía _____ | 55 |
| Proteínas _____ | 55 |
| Grasas _____ | 56 |
| Legumbres y cereales _____ | 56 |
| Verduras y frutas _____ | 56 |
| Calcio _____ | 57 |
| Hierro _____ | 57 |
| Zinc _____ | 57 |
| Sodio _____ | 57 |
| Vitaminas _____ | 57 |
| Calcio y vitamina D: la importancia de la salud ósea en la adolescencia _____ | 57 |
| Azúcar _____ | 58 |
| Ultraprocesados _____ | 58 |
| Agua _____ | 58 |
| Recomendaciones para una alimentación saludable _____ | 59 |
| Métodos anticonceptivos _____ | 62 |
| Anticoncepción en la adolescencia _____ | 62 |
| Aspectos generales a tener en cuenta _____ | 62 |
| Puntos clave _____ | 62 |
| Indicación de método anticonceptivo oral (ACO) _____ | 62 |
| Prescripción de anticonceptivos orales _____ | 63 |
| Anticoncepción hormonal de emergencia _____ | 63 |
| Parches _____ | 64 |
| Anticoncepción inyectable mensual _____ | 64 |
| Anticoncepción inyectable trimestral _____ | 64 |
| Dispositivo implantable (implante subdérmico) _____ | 64 |
| Dispositivo intrauterino (DIU) _____ | 65 |
| Preservativo _____ | 65 |
| Pasatiempos o hobbies _____ | 68 |
| Espacios y lugares para los pasatiempos _____ | 68 |
| Hobbies y la mirada adulta _____ | 69 |
| BIBLIOGRAFÍA _____ | 70 |



INTRODUCCIÓN

SALUD
INTEGRAL
en **ADO**
L&SCE
NCIAS

INTRODUCCIÓN

La presente guía de atención tiene el objetivo de orientar la práctica médica asistencial en materia de salud adolescente.

El propósito es fomentar la accesibilidad a la salud en un marco de derechos que permita una atención integral y de calidad con enfoque desde el crecimiento y desarrollo, la salud y la disminución de la morbilidad adolescente.

ALCANCES DE LA GUÍA

La presente guía de atención está pensada para todos aquellos médicos que realicen atención de adolescentes de 10 a 19 años, que presten atención clínica general para el seguimiento de su salud. También es recomendable su lectura y aplicación por otras profesiones o especialidades que trabajen con adolescentes que quieran complementar o ampliar la mirada de su abordaje.

La aplicación de la presente guía es para todo el territorio de la Provincia de Neuquén.

CONCEPTO DE ADOLESCENCIA

La adolescencia es la etapa de la vida que se encuentra entre los 10 y los 19 años, en tanto la población juvenil transcurre de los 15 a los 24 años (OMS). Las edades de 10 a 19 años para definir adolescencia, desde una mirada asistencial, son adoptadas por la Dirección Nacional de Adolescencias y Juventudes, la Dirección provincial de Adolescencia, Sociedad Argentina de Pediatría (SAP), Sociedad Argentina de Salud Integral del Adolescente (SASIA) y organismos internacionales como la Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica Italia y el Caribe (CODAJIC), la International Association for Adolescent Health (IAAH), entre otras.

El concepto adolescencia proviene de la palabra *adolescere* que significa “crecer o estar creciendo”, muchas veces confundida por la palabra *dolecer* en relación a “padecer o sufrimiento”. Son palabras homónimas muchas veces confundidas.

ENFOQUE DESDE EL MARCO DE DERECHOS

La salud adolescente se enmarca en un amplio marco de derechos, que, según la pirámide jurídica, puede establecerse desde la Convención Internacional de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (NNyA) incorporada a nuestra Constitución Nacional con la reforma del año 1994. En dicho documento, se establece que todo NNyA es cualquier individuo menor a los 18 años gozando todos del mismo derecho. Estos, a su vez, son ampliados en un sinnúmero de leyes nacionales y provinciales.

MARCO LEGAL

El Programa Provincial de Salud Integral en las Adolescencias (PPSIA) del Ministerio de Salud de la Provincia de Neuquén aborda la salud como un derecho humano y social. Enmarca sus acciones en la Convención de los Derechos de NNYA, de rango constitucional, así como en la Ley 26061 de protección integral de sus derechos, que garantiza el derecho a su salud integral (art. 14), la Ley 25673 de Salud Sexual y Procreación Responsable, la Ley 26529 de Derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado, la Ley Provincial 2977 de *Historia Digital de Salud* (HUDS), el nuevo Código Civil y Comercial de la Nación y la Ley provincial 2302 (sancionada en 1999 y reglamentada en 2001), que tiene como objetivo la protección integral de la niñez y adolescencia, entendiendo como tal a toda persona menor de 18 años de edad, calificándola como sujeto de derecho.

La salud adolescente, desde una mirada integral, fue regulada en Argentina por la Ley Nacional 26378 en el año 2006. Es una temática que también adopta la Convención Internacional sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, en su artículo 25 "Derecho a la salud". A nivel provincial, también se creó la Ley 1634 y sus modificatorias, sobre la Protección Integral de las Personas con Discapacidad.

A través de este marco normativo, se promueve y difunde el derecho de las adolescencias para acceder al sistema de salud en forma autónoma, sin obligación de acompañamiento de un/a adulto/a y respetando la confidencialidad.

Para mayor información se puede acceder al documento "Derecho a la Salud de NNYA. Una aproximación desde el Código Civil y Comercial", del Ministerio de Salud de Nación: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/derecho-la-salud-de-nnya-una-aproximacion-desde-el-codigo-civil-y-comercial>



LAS ADOLESCENCIAS, SUJETOS DE DERECHOS Y NO OBJETOS DE TUTELAJE

Es necesario que el personal de salud conozca el marco jurídico que garantiza el derecho a la salud en esta etapa de la vida.

El marco jurídico tiene **tres ejes rectores**:

1. Interés superior de NNyA

Cuando autoridades o adultos/as adopten decisiones con respecto a NNyA deberán hacer aquello que sea mejor para su desarrollo y bienestar. Esto permite, al equipo de Salud, poder intervenir de la mejor manera, incluso en situaciones en donde la necesidad de atención sea una demanda adolescente y no así de sus adultos/as referentes. Debemos recordar que tanto padres como madres tienen la función y el deber de ayudar a las adolescencias a cumplir y ejercer los derechos que aún por inmadurez no pueden ejercer por sí mismos.

2. Autonomía progresiva

El ejercicio de los derechos de adolescentes es progresivo, en virtud del desarrollo de sus facultades. Los padres y madres deben impartir orientación para que puedan ejercerlos. La confidencialidad y el respeto por la autonomía son la llave para el acceso al sistema de salud. Este punto merece un especial tratamiento en grupos socialmente vulnerados en esta etapa de la vida.

3. Confidencialidad

Toda la información relacionada con la consulta es confidencial.

El Código Civil y Comercial establece en el artículo 26:

- ✗ Que a los 16 años o más las personas tienen plena autonomía en las decisiones relativas a su cuerpo.
- Que entre los 13 y los 16 años se presume que tienen aptitud para decidir aquellos tratamientos que no resultan invasivos, ni comprometen su estado de salud o provocan un riesgo grave en su vida o integridad física. En estos casos, las adolescencias deben prestar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores; el conflicto entre ambas partes se resuelve teniendo en cuenta el interés superior, sobre la base de la opinión médica respecto a las consecuencias de la realización o no dicho acto médico.
- ✗ Que a los 13 años o menos se presume capacidad. Revisar caso a caso, asegurar la participación significativa.

SECRETO PROFESIONAL

En la consulta con adolescentes se debe contemplar el secreto profesional, teniendo en cuenta todo lo que transcurra en el diálogo con adolescentes y acompañantes si los hubiere.

- ✗ *“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”.* Artículo 11, Ley 17132, Reglas para el ejercicio de la medicina, odontología y actividad de colaboración de las mismas.
- *“Será reprimido (...) el que, teniendo noticia, por razón de su estado, oficio, empleo, profesión o arte, de un secreto cuya divulgación pueda causar daño, lo revelare sin justa causa”.* Artículo 156 del Código Penal.

HISTORIA DE SALUD Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

- ✗ Ley 26529 sobre los derechos del paciente, historia clínica y consentimiento informado: los/as médicos/as están obligados/as a no revelar a terceros la información que se vea, oiga o descubra directa o indirectamente en el contexto de la relación profesional. Solo puede revelarse con el consentimiento de la persona.

- La intimidad y la privacidad son derechos personalísimos.
- ✗ El quebrar el secreto aleja a NNyA del ejercicio de su derecho a la salud y a la privacidad, afecta la confianza en el sistema, demora la consulta, promueve la automedicación y/o la búsqueda de prestadores no calificados.

RESPONSABILIDAD PARENTAL

“Conjunto de deberes y derechos que corresponden a los progenitores sobre la persona y bienes del hijo, para su protección, desarrollo y formación integral, mientras sea menor de edad y no se haya emancipado”¹.



- ✗ Debe ejercerse en beneficio de NNyA.
- Se complementa con la acción del Estado que también debe proteger a NNyA.
- ✗ El interés superior obliga a que todas las acciones y decisiones que lleven adelante los representantes de NNyA deban ser realizadas en su beneficio (art. 18 CDN).
- A mayor autonomía, disminuye la representación de los progenitores en el ejercicio de los derechos de NNyA.
- ✗ NNyA son titulares de todos los derechos. Además, existen derechos específicos para garantizar su mejor desarrollo y mayor protección.
- Para esto, el nuevo Código Civil impone el tratamiento de NNyA como sujetos de derechos.
- ✗ Padres, madres y tutores/as los/as representan en consonancia con la evolución de sus facultades. Nunca puede suprimir derechos humanos personalísimos. Son responsables de su crianza y educación y de velar por su bienestar.
- El interés superior de NNyA rige toda la actividad relacionada con ellos/as.
- ✗ Las decisiones deben analizarse a la luz de su posible proyección lesiva sobre el interés superior de el/la niño/a.
- Frente a una colisión de derechos o intereses, siempre debe primar el de NNyA.

¹- Concepto de responsabilidad parental según el Código Civil y Comercial (título VII, capítulo 1, art. 638).

Aún si estamos frente a un NNyA con curatela, es decir, que legalmente sus padres, madres, tutores/as o curadores/as son la voz del NNyA, en condiciones en que el NNyA se ve imposibilitado física y mentalmente por razones de salud permanente, de tomar decisiones por sí mismo/a.

- ✗ Los servicios de salud pueden contribuir a la formación de sujetos autónomos, con capacidad para ejercer su ciudadanía con responsabilidad sobre su cuidado y el de las demás personas.
- La mejor decisión es aquella que se toma con base en la información y el conocimiento. Utilizar palabras claras y sencillas. Además de estar adaptadas a la necesidad que presente cada NNyA, en cuanto a la información otorgada en relación a la característica que presente. Se debe disponer de material en braille, audiovisual, en caso de ser necesario disponer de pictogramas, etc.
- ✗ Interés por oírlos/as, por conocer su visión de las situaciones que atraviesan, aprender de sus modos de percibir y valorar.
- Privilegiar la escucha, se deben tener en cuenta las opiniones de NNyA.
- ✗ No sancionar moralmente ni reprochar. El entorno debe ser de confianza y debe compartirse la información.
- Ley 26061, art.7: *“La familia es responsable en forma prioritaria de asegurar a las niñas, niños y adolescentes el disfrute pleno y el efectivo ejercicio de sus derechos y garantías. El padre y la madre tienen responsabilidades y obligaciones comunes e iguales en lo que respecta al cuidado, desarrollo y educación integral de sus hijos”.*
- ✗ Abandona la idea de “patria potestad” como un poder otorgado a los padres y madres para decidir por sus hijos/as y la reemplaza por la responsabilidad parental. Código Civil, artículo 638 – 639.

Para mayor información del marco de derechos, acceder al documento **“Guía sobre derechos de adolescentes para el acceso al sistema de salud”** del Ministerio de Salud de la Nación: <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/guia-sobre-derechos-de-adolescentes-para-el-acceso-al-sistema-de-salud>





ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD

SALUD
INTEGRAL
en **ADO**
L&SCE
NCIAS

ACCESIBILIDAD A LOS SERVICIOS DE SALUD

CÓMO MEJORAR EL ACCESO A LA SALUD DE LAS ADOLESCENCIAS

Muchas veces, las adolescencias no perciben los recursos de salud como accesibles. Otras tantas, son los equipos de Salud o de otras áreas quienes desconocen el marco legal que garantiza el acceso al derecho a la salud en esta etapa de la vida. Es así que se generan barreras al acceso, determinadas por el sistema y por construcciones culturales propias de este grupo.

IDENTIFICAR LAS BARRERAS

- No se garantiza la confidencialidad, privacidad y autonomía.
- No hay lugar de consulta en horarios apropiados para adolescentes.
- Los ámbitos de las consultas carecen de condiciones mínimas de privacidad.
- Los/as profesionales, ante determinadas situaciones, temen denuncias y exigen el acompañamiento de un/a adulto/a como condición para atenderlos/las.
- La actitud de los/as profesionales durante la consulta impacta en las decisiones de las adolescencias.
- Se piensa la adolescencia como edad patológica o como una edad de riesgo.
- Persisten normativas paternalistas o reprimendas morales.
- Las adolescencias no conocen la existencia de espacios para la atención y las ofertas que brindan.
- Adolescentes temen ser vistos.
- Falta de autonomía económica para trasladarse al centro de salud o comprar medicamentos.

PROPUESTAS A LOS EQUIPOS DE SALUD

- ___ Moverse de un paradigma de exclusiva protección a uno de participación con respeto por la autonomía.
- ___ Brindar asistencia siempre (prestaciones médicas, derivaciones e información) con o sin autorización o compañía de un/a adulto/a. Considerarlos/as sujetos de derechos.
- ___ Guardar la confidencialidad.
- ___ Comunicar a la autoridad administrativa de protección de los derechos del NNyA cuando se presenten situaciones que lo ameriten, con eje en su protección.



An astronaut in a white spacesuit with a rainbow-colored visor is floating in space. The background is a vibrant yellow with several blue and white dots and lines. Two human ears are depicted: one is a realistic ear, and the other is a stylized ear with concentric circles around it, suggesting sound or hearing.

OE

EPIDEMIOLOGÍA

SALUD
INTEGRAL
en **ADO**
L&SCE
NOCIAS

EPIDEMIOLÓGÍA

DIAGNÓSTICO DE SITUACIÓN DE LAS PERSONAS ADOLESCENTES - PROVINCIA DE NEUQUÉN

Hoy, en el mundo, 1 de cada 4 personas es adolescente, entre quienes 9 de cada 10 viven en países menos desarrollados. En nuestro país hay 7 millones de adolescentes, que representan el 17% de la población total con variaciones jurisdiccionales. Según los datos del CENSO 2010, el 87% se encuentra escolarizado, el 30% tiene sobrepeso y el 50% es sedentario.

En Argentina, el 45% de las adolescencias tiene cobertura de salud exclusiva del subsector público. En relación a fecundidad adolescente, el 15,2% de los nacidos vivos en el año 2014 fue de madres adolescentes. De estos, el 3% aproximadamente es del grupo de 10 a 14 años. Según datos del Sistema Informático Perinatal (SIP), sabemos que cerca del 68% de dichos embarazos no fueron planificados.

En el año 2014 murieron 3.805 adolescentes. La tasa de mortalidad es de 5,4% para el grupo de 15 a 19 años. Diferenciada por géneros, 7,3 para personas XY y 3,3 para personas XX. En algunas jurisdicciones, el suicidio pasó a ser la segunda causa de muerte de adolescentes. Las causas externas (lesiones no intencionales, suicidios y homicidios) son la principal causa de muerte en este grupo.



La OMS estima que el 70% de las muertes prematuras de la adultez se debe a conductas iniciadas en la adolescencia. Entonces, la adolescencia constituye un momento clave para la incorporación de hábitos que, a futuro, determinarán una adultez más sana. Los cambios que tienen lugar en la adolescencia inciden en todas las enfermedades y comportamientos relacionados con la salud, son los causantes de la transición epidemiológica que se produce de las enfermedades infecciosas a las afecciones no transmisibles en la segunda década de vida. El ciclo de vida ofrece una importante perspectiva para la adopción de medidas de salud pública. Lo que sucede en una etapa de la vida afecta y se ve afectado por lo que sucede en otras. Por eso, este período es un momento único de la vida que requiere una atención distinta de la que hay que prestar en la niñez o adultez.

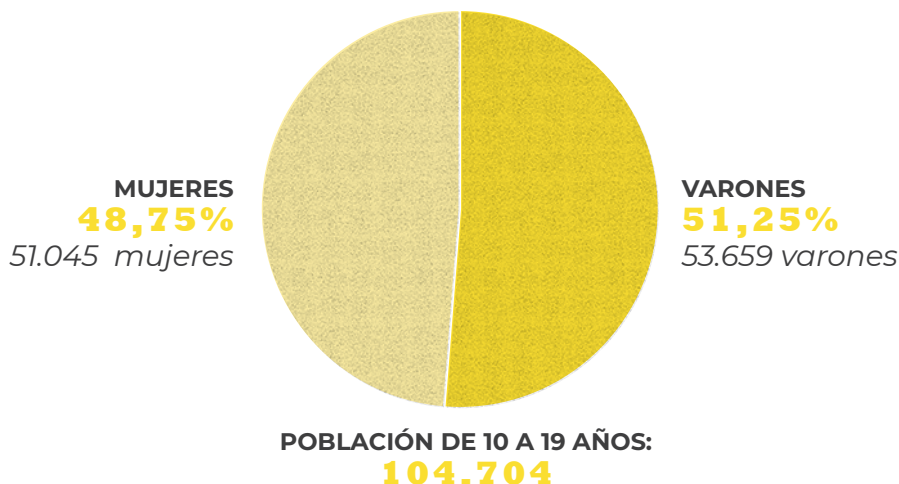
Es por ello, que el Programa Provincial de Salud Integral de las Adolescencias (PPSIA) despliega un abordaje específico, diferenciándolo de aquellos destinados a otras poblaciones. El PPSIA parte de un enfoque de la Salud Integral de las adolescencias y de los determinantes sociales que influyen en ella. Desde esta perspectiva, la salud no se considera solo como un concepto médico, sino también social y cultural. Este enfoque incluye aspectos de la estructura económica social, de la cultura y de las condiciones de vida de la población. Cada adolescente es un ser único, marcado por el contexto histórico y el medio sociocultural en el que está inserto, así como por su pertenencia de clase, etnia y género, entre otros factores.

Así se determinan distintas adolescencias, debiendo comprender las diferencias e inequidades existentes en las mismas. Desde su creación en el año 2011, el PPSIA desarrolla estrategias para garantizar la cobertura y el acceso a la salud de la población adolescente, como el fortalecimiento de la red provincial de referentes de adolescencia., el fortalecimiento y adaptación de los servicios de salud para adolescentes —de acuerdo a los estándares de calidad propuestos por la Organización Mundial de la Salud: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, cobertura efectiva—, el desarrollo de un paquete mínimo de prestaciones de salud destinadas a población adolescente (Programa SUMAR), la capacitación a equipos de Salud y el trabajo intersectorial.

DATOS DEMOGRÁFICOS

PIRÁMIDE POBLACIONAL. PROVINCIA DE NEUQUÉN, POR SEXO Y EDAD, PROYECCIÓN 2021, SEGÚN DATOS DEL CENSO NACIONAL 2001.

Indicadores demográficos de natalidad y mortalidad. Boletín 162 DEIS 2018



NACIDOS VIVOS DE MADRES ADOLESCENTES: 1065
PORCENTAJE DE NACIDOS VIVOS DE MADRES ADOLESCENTES: 10,5%
DEFUNCIONES TOTALES DE ADOLESCENTES: 38
TASA DE MORTALIDAD ADOLESCENTE: 3,6 x 10000
DEFUNCIONES MATERNAS DE ADOLESCENTES: 0

Tasas de fecundidad adolescente, tasa temprana y tasa tardía por cada 1000 mujeres adolescentes. Boletín 162 DEIS 2018

TASA DE FECUNDIDAD ADOLESCENTE: 20,9 x 1000
TASA DE FECUNDIDAD ADOLESCENTE TEMPRANA: 0,9 x 1000
TASA DE FECUNDIDAD ADOLESCENTE TARDÍA: 41,5 x 1000

Defunciones. Boletín 162 DEIS 2018

TOTAL DE DEFUNCIONES (AMBOS SEXOS):

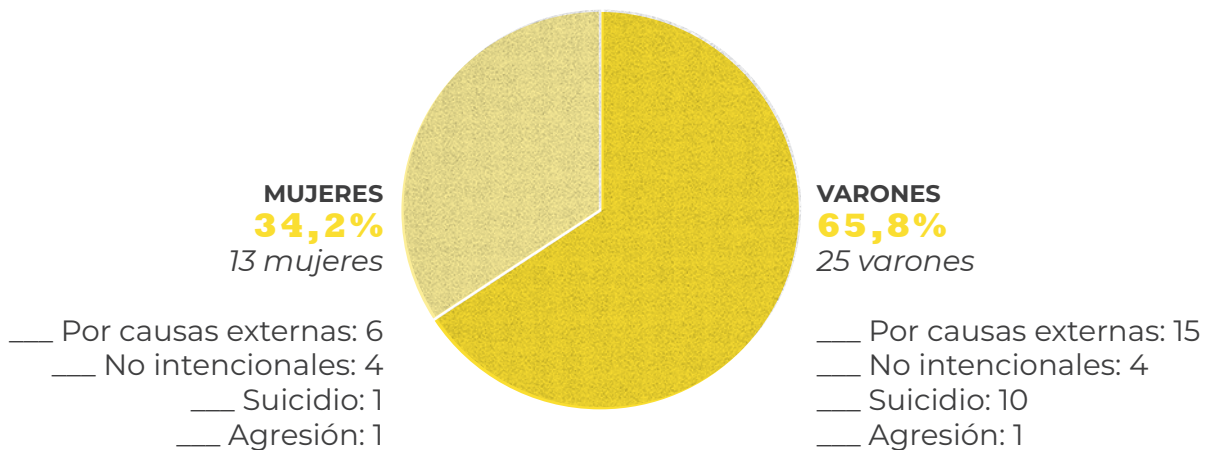
38

POR CAUSAS EXTERNAS: 21

NO INTENCIONALES: 8

SUICIDIO: 11

AGRESIÓN: 2





ETAPAS EN LA ADOLESCENCIA

SALUD
INTEGRAL
en **ADO**
LESC
ENCIAS

ETAPAS EN LA ADOLESCENCIA

La adolescencia tiene diferentes etapas, cada una de ellas con diversas características propias del proceso de su desarrollo. Podemos dividirla entonces de la siguiente manera:

ADOLESCENCIA TEMPRANA

10 A 14 AÑOS

- ✕ Se desarrollan las características biológicas primarias y secundarias.
- Aparecen cambios en el estado de ánimo, tales como irritabilidad, impulsividad, hipersensibilidad a los estímulos, apatía, abulia, fragilidad psíquica e inhibiciones.
- ✕ Presentan intentos de autonomía desafiando la autoridad parental en simultaneidad con conductas infantiles. Según Winnicott, “los adolescentes son desafiantes por momentos y, en otros, muestran una dependencia pueril”.
- Buscan experimentar emociones nuevas, cuestionando las normas de las personas adultas.
- ✕ Es frecuente el aspecto desaliñado y sucio como expresión de rebeldía o desajuste con su nueva imagen corporal.
- Continúan ligados/as a sus amistades de la infancia; prevalece la pertenencia al grupo de pares, generalmente, del mismo sexo.
- ✕ Progresa el área cognitiva. Se va construyendo el pensamiento abstracto, manteniendo, al mismo tiempo, procesos psíquicos que corresponden al pensamiento concreto.
- Se desarrolla paulatinamente la capacidad de introspección y de reflexión.

ADOLESCENCIA MEDIA

14 A 18 AÑOS

- ✕ Aparecen nociones propias sobre un proyecto de futuro.
- Se profundizan los vínculos fraternos y con el grupo de pares. Es de gran importancia la función del amigo/a.
- ✕ A partir de las primeras relaciones de pareja, que suelen ser de corta duración, se debilitan los lazos afectivos con el grupo, sin dejar de ser este el espacio privilegiado durante toda la transición adolescente.
- La pertenencia grupal facilita la transición adolescente.
- ✕ Se agudiza la confrontación con el mundo adulto. Es necesario ese choque generacional, la presencia de la persona adulta sostiene el contraste.

El comportamiento arriesgado no implica siempre un deseo autodestructivo. A veces, expresa la búsqueda de una marca que los/as diferencie. Por ejemplo: piercing, tatuajes, modas y ritos adolescentes son utilizados para diferenciar la propia identidad.

Es necesario diferenciar situaciones propias del proceso adolescente de aquellas que implican comportamientos de riesgo, el pasaje al acto, donde hay riesgo de vida o de la calidad de vida. *Ejemplo: conducir alcoholizado o tirar una bengala en un lugar cerrado.*

**ADOLESCENCIA
TARDIA
MAYORES A
18 AÑOS
Y JUVENTUD**

- ✗ Paulatinamente, se van insertando en el mundo laboral. Hay un pasaje del jugar al trabajar.
- Se afianzan en su independencia y tratan de obtener logros económicos.
- ✗ Pueden aparecer sentimientos de tristeza, desorientación y caos interior. Esta crisis se acentuará si, al terminar el secundario, no pueden desarrollar un proyecto viable y/o tienen que migrar y transculturalizarse, o ante dificultades de asumir el rol adulto.
- Las relaciones con su familia se tornan más adultas.
- ✗ Se tiende a un mayor compromiso afectivo con la pareja.
- La introspección facilita un mejor planeamiento del futuro y del actuar en consecuencia.
- ✗ Hay un mayor reconocimiento de valores y normas básicas.

La **construcción de la identidad adolescente** es diferente dependiendo de:

- ___ Los sistemas de valores en los que se desarrollan.
- ___ El contexto sociocultural (localidad, clase social a la que pertenecen, nivel de educación).
- ___ El contexto familiar (diversidad de roles y vínculos familiares, hábitos, sistemas de creencias).



Todos estos factores determinarán la variabilidad pluriforme identitaria. Por esta razón, se acuña el concepto de las adolescencias. Desde el punto de vista antropológico, podemos decir que cada cultura propone un momento de inicio y de fin de la adolescencia. Los valores culturales influirán en la formación de la subjetividad. Se descubre la precariedad de la vida y la angustia ante la muerte, ante la naturaleza, y la complejidad de la sociedad humana. Hay una *muerte* de la infancia y un *renacimiento* en la adultez. La adolescencia se caracteriza por ser un proceso que culmina con el logro de la sexualidad genital y con la capacidad de trabajar para sostener un proyecto vital autónomo.





GENERACIÓN DE UN ESPACIO INCLUSIVO

SALUD
INTEGRAL
en **ADO**
LESC
NCIAS

GENERACIÓN DE UN ESPACIO INCLUSIVO

En la adolescencia, debemos considerar la importancia del acompañamiento en el cuidado de la salud y el reconocimiento como sujetos de derecho. En este sentido, debemos conocer aspectos básicos de la atención inclusiva orientada a adolescentes con discapacidades.

Cada profesional que atienda adolescentes con discapacidad deberá tener en cuenta cuándo se originó la misma, por ejemplo, de causa genética, por secuela de alguna enfermedad, como consecuencia de algún accidente/incidente, por alguna patología progresiva, entre otras. Esto nos permite contextualizar de la manera en la que se produjo.

Debemos comprender que la discapacidad es la resultante de la interacción con las personas y el ambiente que nos rodea, no un atributo de la misma. Por esto mismo, la adecuación de los obstáculos que pudiesen presentarse en la consulta adolescente deben ser trabajados por el/la profesional para aminorarlos, reducirlos o eliminarlos.

Debemos tener en cuenta que la atención de adolescentes con discapacidad puede generar repercusiones en lo personal y familiar. Pudiendo contribuir a la relación médico/a-paciente, mejorar el vínculo, establecer una conexión firme y profunda o bien generar obstáculos y limitaciones en la atención. El/La profesional tendrá como gran tarea, estar capacitado/a para interactuar con el/la adolescente, más allá de la característica que presente.

Para la atención en discapacidad habrá que tener en cuenta, además, los momentos evolutivos de la adolescencia, la naturaleza de la discapacidad, su edad de inicio, las características (visible o no visible, congénita, adquirida, reversible/irreversible, evolutiva, etc.). También se debe comprender y acompañar en el proceso de adherencia terapéutica, la generación de lazos sociales, fomentar la inclusión y promover la autonomía. Se tendrá que tener en cuenta la familia en aspectos tales como contribuir a comprender la adolescencia y las particularidades propias de la edad, hablar de los miedos o temores, fomentar la autonomía, acompañar y dejar crecer.

Se deberá fomentar la autodeterminación de adolescentes estableciendo metas, toma de decisiones, visualizar opciones, aprender a resolver problemas, hablar o hacerse valer por sí mismos/as, comprender la necesidad de apoyo cuando sea necesaria y evaluar los resultados. Por ello, será importante aprender de las experiencias para permitir poner a prueba sus fortalezas y limitaciones y a identificar metas apropiadas. Los padres, madres, tutores/as o curadores/as son responsables, momentáneamente, en hacer cumplir todos los derechos, como así también obligaciones. Cuando mencionamos derechos, nos encontramos de cara en estos grupos vulnerables socialmente, con el NO acceso al derecho a la sexualidad, el cuidado personal, la información sobre identidad de género, etc. La escucha/comprensión activa de la necesidad que plantea el/la adolescente con discapacidad es aquí el eje de la consulta, y el/la profesional es quien debe empatizar con esa demanda.



DIVERSIDAD SEXUAL

SALUD
INTEGRAL
en **ADO**
LESC
NCIAS

DIVERSIDAD SEXUAL



¿Cómo se vive la diversidad sexual en la infancia y adolescencia?
¿Cuán habilitados/as están para expresar, vivir y disfrutar su
identidad de género? ¿Y su orientación sexual? ¿Qué pasa con
las personas asexuales? ¿Y si una persona no se siente ni mujer
ni varón?

La gran pregunta es: *¿cómo acompañamos desde el sistema de salud a las adolescencias y su diversidad sexual?* “Una sociedad que asume la heterosexualidad como el único modo legítimo de vivir la sexualidad, establece un rígido esquema binario de clasificación de las personas según su sexo/género. Así, quienes experimentan otras orientaciones sexuales y/o identidades de género son pasibles de múltiples violencias y exclusiones. La consolidación institucional, política y cultural del modelo patriarcal, centrado en la dominación masculina, da sostén a un orden aceptado como normal y natural a partir del cual todo lo que se diferencie resulta desvalorizado y excluido del reconocimiento social y del ejercicio efectivo de sus derechos en el acceso a los bienes socioculturales”. (*Guía de Atención Integral de la Salud de Personas LGTBI, Neuquén, 2018*)

La salud integral de las personas debe considerar su sexualidad en todos sus aspectos. Para adquirir mayor información respecto de la atención cuidada y respetada de las personas, recomendamos leer y tener siempre a la mano las guías de atención elaboradas tanto en la provincia de Neuquén como en el Ministerio de Salud de la Nación.

___ Guía de Atención Integral de la Salud de Personas LGTBI (Neuquén, 2018) https://www.saludneuquen.gov.ar/wp-content/uploads/2020/09/Ministerio-Salud-Neuqu%C3%A9n_Salud-Sexual-y-Reproductiva-Atencion-a-Personas-LGTBI.pdf

___ Guía básica sobre diversidad sexual (Argentina, 2016) <https://bancos.salud.gov.ar/recurso/guia-basica-sobre-diversidad-sexual>

___ Guía de Atención Integral de Salud de Personas Trans (Neuquén, 2018) <https://www.saludneuquen.gov.ar/wp-content/uploads/2018/11/Atencion-a-Personas-Trans.pdf>



¿CÓMO ACOMPAÑAMOS A LAS ADOLESCENCIAS TRANS EN SU SALUD INTEGRAL?

Si hablamos de personas y su diversidad sexual, debemos destacar como población históricamente vulnerada a las personas trans.

Desde el Ministerio de Salud de la Nación, se lanzó en el 2021 una serie de recomendaciones que nos van a orientar en estos acompañamientos.

___ Recomendaciones para la Atención Integral de la Salud de Niñeces y Adolescencias Trans, Travestis y No Binaries (Argentina, 2021). <https://bancos.salud.gov.ar/sites/default/files/2021-06/2021-06-24-recomendaciones-para-la-atencion-integral-de-la-salud-de-nineces-adolescencias-ttnb.pdf>

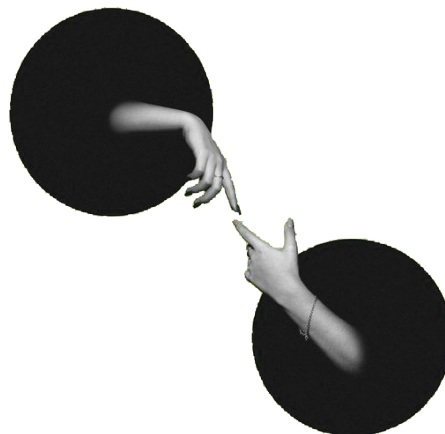
DESPATOLOGIZACIÓN

Es habitual encontrarse con una mirada de la adolescencia desde la enfermedad o patologización. Por ello, debemos tener en cuenta los puntos que se detallan a continuación (tomado del consenso de despatologización y desmedicalización de adolescentes y jóvenes de la Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica Italia y el Caribe –CODAJIC– en conjunto con diversas Sociedades Científicas y Universidades).

1. Propiciar el involucramiento de todos/as los/as profesionales, independientemente de la disciplina, en la desmedicalización y despatologización incluyendo a niños, niñas, adolescentes y sus familias.
2. Crear grupos multidisciplinarios alternativos a la visión biomédica predominante.
3. Propiciar que los diferentes enfoques de la atención de salud no se polaricen.
4. Promover la formación de nuevos/as profesionales responsables de la atención, prevención y promoción de salud integral en niños/as y adolescentes.

Incluir, en la formación de pregrado y posgrado, una mirada de salud integral que incluya la desmedicalización y despatologización, el enfoque de género y en clave de derechos.

- 5.** Atendiendo a la falta de datos, es necesario impulsar investigaciones sobre el tema.
- 6.** Fomentar la participación y organización de niños/as y adolescentes, el encuentro y educación entre pares, conocer y reconocer sus miradas.
- 7.** Impulsar servicios de salud amigables que propicien confianza y apertura.
- 8.** Implementar la formación y educación a familiares y adultos/as referentes de confianza.
- 9.** Elaborar una guía de recursos, nacional o regional, que esté disponible en las redes sociales más utilizadas por niños/as y adolescentes.
- 10.** Optimizar el uso de redes sociales para una adecuada comunicación con adolescentes y jóvenes en el intercambio sobre temas de salud, acceso, prevención, estilo de vida y otros temas.
- 11.** Pensar en otros espacios donde adolescentes y jóvenes se animen a hablar, a interactuar con otros, que no sea un/a profesional. Por ejemplo, en los centros educativos.
- 12.** Es importante promover y desarrollar políticas públicas que contemplen la salud para todos/as, que no sea un privilegio de algunos/as. En los países que ya existen, generar mecanismos para verificar su cumplimiento y para que las personas puedan denunciar su incumplimiento, obteniendo una respuesta a su reclamo.
- 13.** Concientizar a los/as médicos/as en que, cuando recetan medicación, deben informárselo directamente a la persona que lo va a consumir, en este caso al niño/a o adolescente y no solo al tutor/a. Tratar de explicarle en sus palabras, contarle qué va a tomar y por cuánto tiempo. Tener ese consentimiento entre todos/as. Lo mismo cuando van los/as adolescentes solos/as a una consulta.
- 14.** Replicar instancias de reflexión, como este conversatorio, con especialistas de otras áreas, educadores/as, filósofos/as, antropólogos/as, sociólogos/as. Esto ofrece una oportunidad de intercambio que no se produce solo entre profesionales de la salud. Tratándose de la salud, esto se vuelve indispensable hoy día.
- 15.** Problematizar conceptos como riesgo y prevención desde la niñez y su relación con el impacto en la construcción identitaria de niños/as y adolescentes.
- 16.** Si entendemos que la salud y, por tanto, los problemas de salud son multidimensionales, también tendrían que serlo los abordajes terapéuticos. El uso exclusivo de psicofármacos es una vulneración de derechos, ya que, aunque la indicación médica esté justificada, la omisión y ausencia de otros espacios de tratamiento representa un daño.





07

HISTORIA DE SALUD

SALUD
INTEGRAL
en **ADO**
LESC
NCIAS

HISTORIA DE SALUD

CONSIDERACIONES GENERALES

La historia clínica adolescente tiene aspectos que la hacen diferente a las realizadas en la niñez o adultez, pero comparte algunas similitudes. Para poder realizarla en forma completa, se debe estimar un tiempo aproximado de 30 minutos, dependiendo de cada adolescente o de cómo se desarrolle la consulta.

Antes que nada, el/la profesional debe presentarse y encuadrar la forma en la que se trabajará. Considerando siempre que la atención de adolescentes puede contemplar una instancia conjunta con sus padres, madres o acompañantes, pero que también existirá un momento en el cual el/la médico/a estará a solas conversando otros temas. Debe recordarse que todo lo conversado a solas será en un marco confidencial y bajo secreto médico, el cual solo se romperá ante situaciones graves (por ejemplo, riesgo para la vida de el/la adolescente o de un tercero, orden judicial o ante una urgencia y no se pueda contar con la autorización de el/la adolescente) que atenten la salud adolescente.



Ejemplo de presentación: *“Hola!, Soy el Dr. Julián Gómez soy médico general. La consulta de adolescencia es diferente a otras, en un primer momento podés estar acompañado/a por tu mamá (suponiendo que sea la situación), pero después estaremos a solas, ahí podrás contarme todo lo que quieras, incluyendo cosas íntimas o personales. Todo lo que me cuentes quedará entre nosotros y no le diré a nadie excepto que corra riesgo tu vida, igualmente lo conversaríamos. Para revistarte, podes estar solo/a o si preferís puede pasar tu acompañante”.*



DOBLE DEMANDA

Es habitual en adolescencia diferenciar los motivos de consulta de el/la adolescente y de el/la acompañante. Esto es importante para saber qué priorizar. Siempre, en todos los casos, se debe atender a la demanda adolescente. Si fuese llevado a la consulta y, por lo tanto, no hay demanda adolescente tendrá que optimizar la misma en función de los emergentes que surjan en la entrevista.

Es recomendable poner en motivo de consulta el relato literal de el/la adolescente o acompañante, dado que las palabras empleadas pueden ser determinantes de necesidades o subjetividades que puedan trabajarse en el futuro.

Ejemplos de motivos de consulta de adolescentes: *“Me trajeron”, “Vengo porque dicen que soy violento”, “Quiero ser vegetariana”, etc.*

Ejemplos de motivos de consulta de acompañantes: “Lo traigo porque no soporto su actitud”, “Vinimos para el control anual”, “Ya no me come como antes”, etc.

ANTECEDENTES PERSONALES

En relación a los antecedentes deben constar todos aquellos de importancia que puedan impactar en la salud presente y futura. Es habitual que, en una primera consulta, no puedan completarse todos los antecedentes, o bien que, porque el motivo de consulta es urgente, deba atenderse otra demanda. Si bien es recomendable completar los antecedentes desde la primera consulta, podrá diferirse para la siguiente. No hay que completar los antecedentes en todas las consultas que el/la adolescente realice, debe hacerse solo en una oportunidad y luego considerar actualizarlo.

Antecedentes personales a considerar: perinatales, crecimiento y desarrollo, alergias, esquema de vacunación, enfermedades crónicas y seguimiento, interconsultas a otras especialidades, discapacidad, enfermedades infectocontagiosas, accidentes, intoxicaciones, hospitalizaciones y cirugías, uso de medicamentos, abordajes psicosociales, antecedentes de violencia, judiciales, otros.

ANTECEDENTES FAMILIARES

En este punto, deben considerarse antecedentes familiares que puedan ser de interés para nuestro paciente, como la diabetes, obesidad, enfermedades cardiovasculares, alergias, infecciones, cáncer, salud mental y psicosocial, consumo de alcohol y otras drogas, violencia intrafamiliar, madre y/o padre adolescente, judiciales, otros.

También podrán considerarse otros **aspectos de interés en relación a la familia**, por ejemplo:

- Vivienda: vive en soledad, en la casa, situación de calle, institución protectora, otro. Servicios básicos, hacinamiento, etc.
- Con quién convive: padre, madre, hermanos/as, otros/as familiares, pareja, colecho, etc.
- Nivel de instrucción y trabajo: estudios de padre, madre o adulto/a referente, trabajo/ocupación, desempleo, apoyo social/subsidios, etc.
- Diagrama familiar (familiograma): podrá especificar nombre y vínculos de los integrantes de la familia u otros datos que considere de interés detallar.

ANAMNESIS AMPLIADA

La anamnesis ampliada está en relación a múltiples aspectos de interés que queremos conocer de nuestro/a paciente para poder comprender su contexto, necesidades, gustos e intereses. Así mismo, es un punto fundamental de la consulta para considerar factores de riesgo y protectores. Es importante que en este apartado se establezca un diálogo fluido, sin que termine siendo un interrogatorio. Debemos priorizar la escucha, evitar hacer apreciaciones subjetivas personales, comentarios o chistes que puedan distanciar el vínculo con nuestro/a paciente. En el diálogo, no se debe realizar comentarios de valor o discriminatorios, tampoco interrumpir los relatos para dar recomendaciones. Luego de hacer un recorrido por toda la anamnesis y haber escuchado atentamente deberá priorizar los aspectos fundamentales que desee acompañar, modificar, sugerir cambios u otras propuestas que crea conveniente.

En la anamnesis ampliada debemos considerar múltiples aspectos que hacen a la salud. Resulta útil emplear acrónimos, por ejemplo, **FACTORES: Familia, Amistades, Colegio, Tóxicos, Objetivos, Riesgos, Estima, Sexualidad.**

Acorde a lo sugerido por la Organización Panamericana de la Salud, algunos

aspectos que podemos considerar en la anamnesis ampliada son los que se detallan a continuación.

- × **Educación:** nivel de escolarización, grado/curso, años aprobados, repitencia (y sus causas), problemas en la escuela, violencia escolar, deserción o exclusión, educación no formal.
- **Trabajo:** motivo por el que trabaja, tipo de actividad, edad de inicio del trabajo, horas al día, condiciones de trabajo, etc.
- × **Vida social:** aceptación (*¿hay aceptación?, ¿discriminación?, ¿rechazo?, etc.*), pareja (*edad de la pareja, tiempo de noviazgo, características del noviazgo, por ejemplo, la existencia de violencia*), amigos/as (*edades de los amigos/as, intereses, prácticas que realizan, etc.*), actividad física (*tipo de actividad física, horas por semana, historia deportiva, consumo de suplementos, motivo por el que realiza actividad física, etc.*), pantallas (*utilización de diversos dispositivos, exceso de su uso, analizar dificultades que pueda haber en el vínculo social, etc.*), otras actividades (*idiomas, música, iglesia, grupos juveniles, actividades sociales, etc.*).
- **Hábitos y consumos:** sueño (*horas de sueño, horarios para acostarse y levantarse, siesta, pesadillas, insomnio, etc.*), alimentación (*distribución de las comidas, calidad alimentaria, ingesta de líquidos, restricciones alimentarias, quién cocina, con quién se alimenta, etc.*), hobbies o pasatiempos (*tipos de hobbies, momento en el que lo practica, hobbies diurnos o nocturnos, etc.*), consumos (*tabaco, alcohol, drogas; edad de inicio, tipo de consumo: experimental, problemático, abusivo, habitual, sistemático etc.; internaciones u observación en guardia por consumo, conciencia de riesgo, etc.*).
- × **Uroginecología:** menarca/espermarca, fecha de última menstruación, tipo de ciclos, dismenorrea, flujo/secreción peneana, infecciones de transmisión sexual, embarazos, hijos/as, abortos, etc.
- **Sexualidad y salud sexual:** orientación sexual, edad de inicio de relaciones sexuales, pareja sexual (*única, múltiples, ocasionales*), coerción sexual, abusos, dificultades en las relaciones sexuales, métodos anticonceptivos y de barrera, utilización de anticoncepción de emergencia, asesorías en salud sexual.
- × **Situación psicoemocional:** imagen corporal, estado de ánimo, referente adulto/a, proyecto de vida, redes de apoyo, etc.

EXAMEN FÍSICO

El examen físico tendrá que ser completo y con énfasis en el crecimiento adolescente, pudiendo objetivar variables propias como posturales, oftalmológicas, Tanner, entre otras.

Se puede considerar un examen físico mínimo consistente en registro de peso, talla, índice de masa corporal (IMC) y tensión arterial en situaciones especiales, quedando para un segundo encuentro completar el examen físico.

La evaluación genital no es una urgencia que deba ser realizada inicialmente. Podrá diferirse para una siguiente consulta, tendrá que considerarse una adecuada explicación y en qué consiste. Así mismo, consultar a el/la adolescente si prefiere o no la presencia de un tercero y si quiere que la misma sea realizada por un profesional de distinto género.

En el examen físico podemos considerar los puntos que se detallan a continuación.

- × **Aspecto general:** hábito, proporciones corporales/dismorfias.
- **Antropometría:** peso, talla, IMC, circunferencia de cintura, envergadura, talla sentado, etc.
- × **Signos vitales:** frecuencia cardíaca, respiratoria, tensión arterial, temperatura.
- **Piel, faneras y mucosas.**
- × **Cabeza, cuello y tiroides.**

- Agudeza visual y auditiva.**
- Salud bucal.**
- Tórax y mamas.**
- Salud cardiopulmonar.**
- Abdomen.**
- Sistema urogenital.**
- Evaluación del estadio Tanner.**
- Columna.**
- Extremidades.**
- Evaluación neurológica.**

El examen físico adolescente requiere que la evaluación antropométrica sea con la utilización de percentilos, dado que aún se encuentran en etapa de crecimiento. Para lo cual se pueden utilizar los referidos por la Sociedad Argentina de Pediatría: <https://www.sap.org.ar/area-profesional/contenidos/13/curvas-de-crecimiento.html>.

En el período de aceleración de la velocidad de crecimiento, es conveniente al menos una evaluación semestral. Aunque si consideramos que tiene talla límite (baja o alta) podrá realizarse con mayor periodicidad y eventual interconsulta según criterio clínico. Al momento del examen físico es frecuente que el/la adolescente se muestre con pudor, que no quiera quitarse la ropa, etc. Se tendrá que tener en cuenta explicar en qué consiste el examen físico, ir de a poco, respetar las decisiones, priorizar aspectos del examen físico que considere de interés, diferir lo que no sea urgente, de ser necesario.

Deben tenerse en cuenta hallazgos del examen físico, como tatuajes y piercings, cortes o heridas, lesiones dentarias, emaciación o adelgazamiento, alopecia, queilitis, signo de Rusell, hiperplasia parotídea, hematomas u otros que puedan reflejar aspectos del estado emocional del adolescente.

Es habitual o frecuente hallar en el examen físico adolescente obesidad o delgadez, baja talla, talla alta, extremidades largas, pies o manos proporcionalmente grandes, sudoración y olor, acné, ginecomastia, desvíos posturales, vicios de refracción, descuido de la salud bucal, estrías en la piel, caspa, xerosis en piel, varicocele, fimosis, adherencia balanoprepucial, testículos en ascensor, adherencia de labios menores, etc.

DIAGNÓSTICO INTEGRAL

El diagnóstico integral en adolescencia debe abarcar las esferas físicas, psicológicas y sociales. Tendrá que priorizarse aquella considerada como la más relevante, pero sin dejar de considerar las otras.

Algunos diagnósticos clínicos habituales en adolescencia son los trastornos de la conducta alimentaria, vigorexia, vegetarianismo, obesidad, desnutrición, baja talla, talla alta, cefalea, sudoración, acné, ginecomastia, flujo, dismenorrea, embarazo, infecciones de transmisión sexual, mononucleosis, angustia, intentos de suicidio, consumo de alcohol y otras drogas, violencia familiar, abuso sexual, etc.

OTRAS CONSIDERACIONES A TENER EN CUENTA

La historia clínica pretende fomentar, no solo la atención clínica, sino una escucha amplia, una historia clínica que incluya hábitos saludables y aspectos psicosociales de interés. Se debe tener en cuenta para su realización, poder estar a solas con el/la adolescente sobre todo al momento de abordar temas que puedan ser sensibles. Considerar los posibles riesgos que puedan surgir de la historia clínica y trabajarlos de a poco desde aquellos aspectos que puedan ser de mayor a menor riesgo, pudiéndose apoyar en los factores protectores, adultos/as referentes y redes interinstitucionales.

No pretender trabajar todo al mismo tiempo o solucionar todos los problemas en un solo encuentro, es un proceso que tomará tiempo y debe realizarse paso a paso.

REGISTRO EN EL SISTEMA ANDES

Para lograr un adecuado registro de las visitas periódicas de salud, es necesario sistematizar un registro, el cual podrá tener fines estadísticos.



Las visitas regulares de salud, en las que se incluyen los chequeos, aptos físicos, completar fichas o simplemente la oportunidad de tomar una consulta por patología como oportunidad de visita periódica, deberán registrarse en la molécula **CONSULTA DE ADOLESCENTE SANO**. Dicha molécula incluye aspectos de la anamnesis y examen físico, aspectos psicosociales y la salud bucal. Además, podrá agregar todos los conceptos que considere necesarios. Al cierre, debe poner como diagnóstico principal la consulta de adolescente sano, dado que esto permite estimar estadísticas futuras.

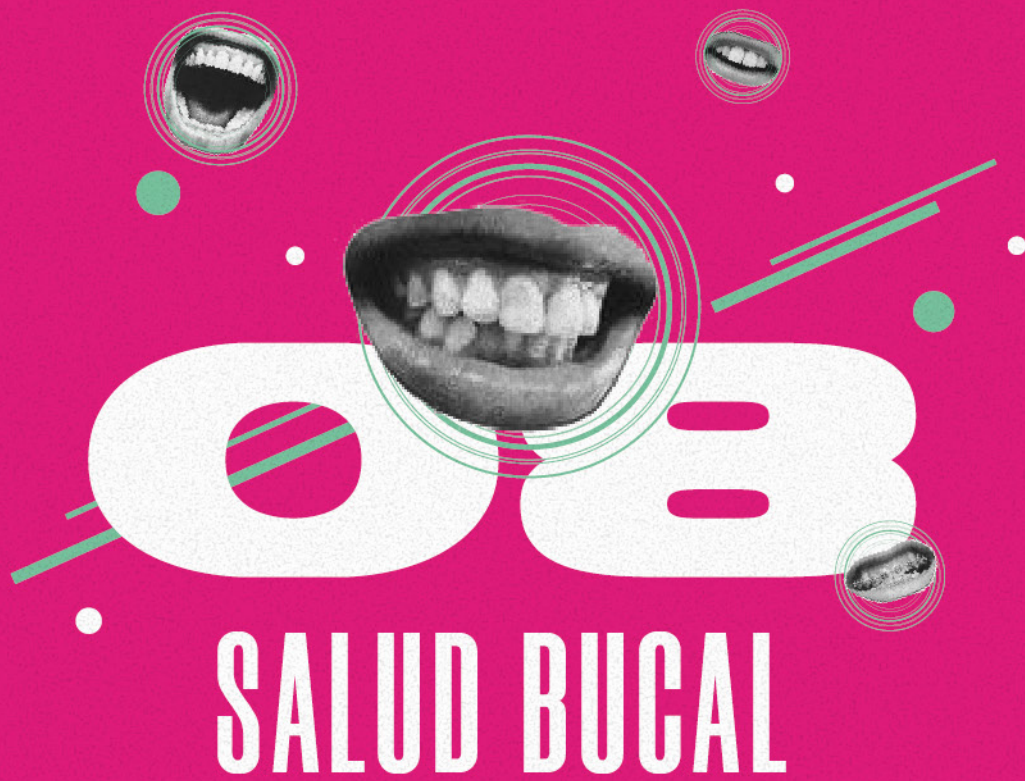
Para el ítem **ANTECEDENTES PERSONALES Y FAMILIARES**, puede seleccionar **SECCIÓN CORRESPONDIENTE A ANTECEDENTES PERSONALES** y **SECCIÓN CORRESPONDIENTE A ANTECEDENTES FAMILIARES**. El apartado de familiograma puede dejarlo escrito en **LEGAJO FAMILIAR**. Tenga en cuenta, igualmente, que existen conceptos por patología o de importancia que, por su relevancia, puede incluir en la historia clínica.

FRECUENCIA DE LAS VISITAS DE SALUD PARA LA ATENCIÓN MÉDICA

Las consultas serán anuales, exceptuando los momentos de aceleración del crecimiento y en momentos que puedan existir cambios psicosociales de importancia.

Desde un enfoque físico, la propuesta mínima de visitas de salud es la siguiente: 10 años, 11 años, 12 años, 12 y 6 meses, 13 años, 13 y 6 meses, 14 años, 15 años, 16 años, 17 años, 18 años y 19 años. Luego control anual regular.

Las consultas podrán ser más frecuentes según los emergentes que puedan surgir, quedando además a criterio de cada profesional. Se tendrá que considerar recitar a adolescentes para dialogar en momentos de cambios, como inicio del colegio secundario, en algún proyecto de vida en particular, para fomentar adherencia a los hábitos saludables, entre otros, a criterio de cada profesional. Esto fomentará la relación médico/a-paciente y el acompañamiento integral de su salud.



008

SALUD BUCAL

SALUD
INTEGRAL
en **ADO**
L&SCE
NOCIAS

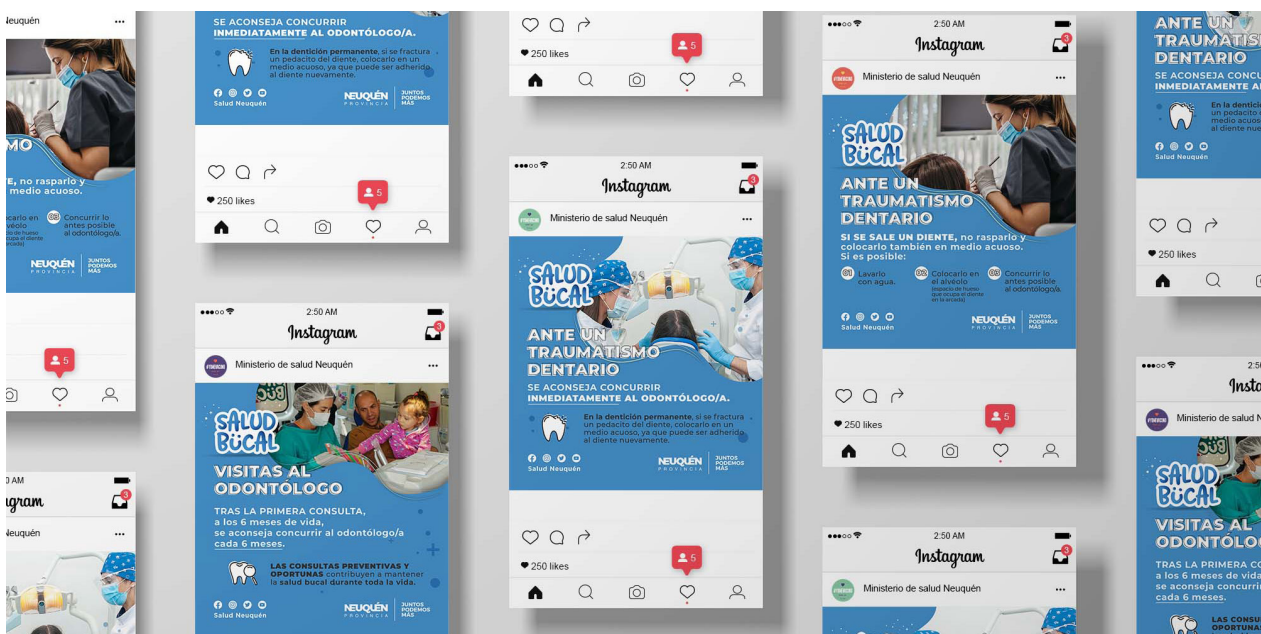
SALUD BUCAL

Durante la adolescencia, ocurren las principales **variaciones dentomaxilares** y se consolida la identidad que definirá una actitud hacia la salud bucal del futuro.

En este periodo hay un aumento en el riesgo de afecciones bucales, ya que sucede una serie de cambios hormonales, cambio de denticiones, el crecimiento maxilar que puede llevar a maloclusiones. También pueden incorporarse malos hábitos alimentarios y, en ocasiones, pueden aparecer trastornos alimentarios u otros malos hábitos como el consumo de productos nocivos como alcohol y el tabaco. Las adolescencias pueden seguir ciertas modas, como la colocación de piercings en la cavidad oral y llevar una incorrecta higiene bucal.

En esta etapa de la vida, las características de crecimiento y su impacto psicosocial son muy importantes. La madurez biológica en aspectos dentofaciales y la consolidación de hábitos de higiene saludables se reflejan sobre el aspecto físico de el/la adolescente, área muy valorada por ellos/as y que repercute de manera directa sobre su autoestima y posterior interacción social. Las maloclusiones algunas veces ocasionan problemas de autoestima.

Durante la adolescencia, las tensiones y el estrés pueden ocasionar reacciones como apretar los dientes, originando bruxismo y problemas de la articulación, que pueden llegar a causar fuertes dolores y deterioro de los órganos dentarios. Además, es una edad en la que suelen incrementar las actividades y deportes al aire libre, por lo que se incrementa la posibilidad de sufrir traumatismos dentales. El trauma bucodental se presenta con mayor frecuencia en las dos primeras décadas de la vida. En la actualidad, ha aumentado por las prácticas deportivas de alto y mediano riesgo en población cada vez más joven.



Asimismo, es frecuente que en esta etapa aumenten las caries dentales y la periodontitis juvenil. La salud bucal es parte de la atención integral de la salud de el/la adolescente; es por ello, que adquirir buenos hábitos bucales repercutirá en una vida sana. Los dientes en su conjunto tienen funciones múltiples, como participar en la masticación, en el habla, en la expresión facial y tienen implicación en la estética; por lo que su ausencia puede afectar la nutrición y autoestima. El autocuidado, el control periódico y los programas de promoción y prevención son de fundamental importancia durante la adolescencia, y deben promoverse de manera sistemática.

El uso de piercings se relaciona con la moda y es un aspecto que puede hacer más comunes los traumatismos en la cavidad bucal, debido a que tejidos como labios, lengua, dientes, úvula o frenillos y las vías respiratorias pueden verse afectados. Además, se suman condiciones como reacciones alérgicas al metal, sangrado, recesiones gingivales, incremento en el fluido salival, infecciones sistémicas o dolor. Las complicaciones que surgen del uso de piercings orales pueden ocurrir durante o después del procedimiento.



___ **Complicaciones durante la colocación:** dolor, lesión nerviosa, edema, hemorragia, enfermedades transmisibles (como *hepatitis*, *VIH*, entre otras).

___ **Complicaciones inmediatas a la colocación:** inflamación local, infección localizada, trauma en mucosa, bacteriemia, angina Ludwig.

___ **Complicaciones tardías:** hiperplasia tisular, desgaste del esmalte, fractura dentaria, recesión gingival, aspiración o ingestión, hipersensibilidad, hipersalivación, formación de cálculo en piercing, halitosis, reacciones adversas, alteraciones en la fonación, deglución y masticación.

Para los/as adolescentes, proponemos actividades relacionadas con la **prevención y tratamiento de las patologías bucales** más frecuentes, instaurando patrones de conductas positivas.

Durante la adolescencia se van modelando las conductas que dañan o favorecen la salud, por lo que esta etapa de la vida es la más adecuada para tratar de potenciar la responsabilidad del cuidado de uno/a mismo/a y los buenos hábitos.

ACCIONES RECOMENDADAS

- Controles periódicos cada 6 meses.
- ✗ Realizar enseñanza de técnica de cepillado.
- Asesoramiento dietético.
- ✗ Aplicación de flúor cada 3 o 6 meses, de acuerdo a riesgo cariogénico.
- Tratamiento de patología existente para llegar a obtener salud bucal.
- ✗ Asesoramiento sobre uso de piercing y tatuajes en la cavidad oral.
- Asesoramiento sobre consumo de alcohol y tabaco, y su relación con diferentes patologías, por ejemplo, el cáncer bucal.
- ✗ Trabajo en conjunto con Equipos de Adolescencia.
- Tener una mirada integral de la salud en la adolescencia.
- ✗ Participación en charlas para adolescentes en ámbito escolar y diferentes dispositivos de encuentro tanto en escuelas primarias como en secundarias.
- Prevención de traumatismos.
- ✗ Accesibilidad priorizada a la consulta odontológica en los diferentes Servicios de Odontología de la Provincia.





ESTUDIOS DE PESQUISA RECOMENDADOS EN LA ADOLESCENCIA

SALUD
INTEGRAL
en **ADO**
LESC
NCIAS

ESTUDIOS DE PESQUISA RECOMENDADOS EN LA ADOLESCENCIA

| | |
|----|---|
| ✓✓ | Hemoglobina: se recomienda su dosaje luego de la menarca. |
| ✓✓ | Perfil lipídico (<i>colesterol total, HDL, LDL, TG</i>): evaluación al menos 1 vez en la adolescencia para pesquisa de dislipemia familiar. |
| ✓✓ | Serologías para infecciones de transmisión sexual , incluido HIV: se recomienda en todo adolescente que inició relaciones sexuales en forma regular según los cuidados tomados en su salud sexual. |
| ✓✓ | ECG: es recomendable realizar al menos un ECG en toda la adolescencia, como evaluación de pesquisa de riesgo para muerte súbita. |

Nota: otros exámenes complementarios quedan a criterio del profesional según los hallazgos clínicos o motivos de consulta adolescente.





10

INTERNET Y REDES SOCIALES

SALUD
INTEGRAL
en **ADO**
L&SCE
NCIAS

INTERNET Y REDES SOCIALES

CONSIDERACIONES GENERALES

Con el avance de la tecnología, es necesario considerar herramientas que puedan mejorar el acceso a la salud. Para ello, debemos estar atentos a las nuevas tecnologías, sus usos y aplicaciones, sus ventajas y desventajas. Recordemos que atender a la población adolescente nos demanda estar atentos a los avances tecnológicos que a su vez nos permitan tener distintas maneras de llegar a esta población.

CONSULTAS VIRTUALES

Las consultas virtuales también conocidas en el ámbito médico como telemedicina es una estrategia alternativa de consulta que puede ser posible para situaciones particulares, teniendo en cuenta las limitaciones de la misma. Para ello, es necesario contar con las herramientas necesarias y tener buena conectividad.

Para más detalles, puede consultar las siguientes recomendaciones para el abordaje de la población adolescente realizado por la Dirección de adolescencia en el contexto de contingencia COVID-19: https://www.saludneuquen.gov.ar/wp-content/uploads/2020/05/MSaludNQN-COVID-19-Recomendaciones-poblaci%C3%B3n-adolescente_nueva-version.pdf.

REDES SOCIALES DESDE LA PREVENCIÓN

Actualmente, la accesibilidad a medios tecnológicos ha hecho que muchos/as adolescentes puedan utilizarlos con diversos fines. Desde el ámbito de salud, debemos proponer un uso adecuado y responsable del mismo. Así mismo, podrán recomendarse páginas web, aplicaciones, videos de YouTube que podamos considerar útiles como soportes o complementos de la atención o actividades/tareas que puedan realizar en sus casas como, por ejemplo, actividad física, alimentación saludable, videos que promuevan la reflexión, ejercicios de relajación, entre otros.





ANEXOS

SALUD
INTEGRAL
en **ADO**
L&SCE
NCIAS

ANEXOS



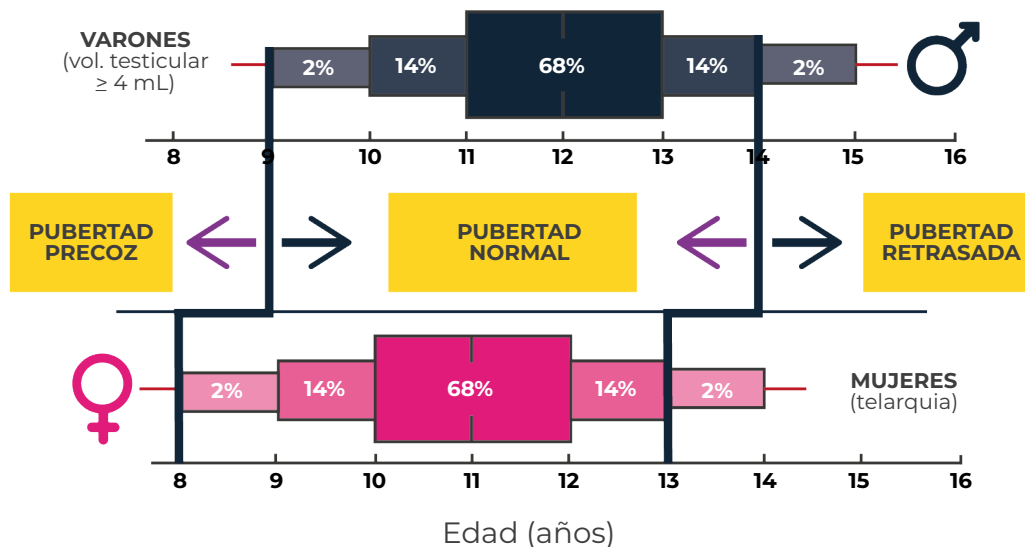
En el presente apartado se desarrollan algunos temas que pueden ser de interés, puntualizando aspectos salientes e importantes. No son un desarrollo completo y acabado de los temas, por lo que se recomienda ampliar la lectura en las bibliografías recomendadas.

PUBERTAD

EDADES ESPERADAS DE PUBERTAD EN PERSONAS XX Y XY



Observación: tanto la pubertad precoz como la pubertad retrasada deben ser estudiadas. Así mismo, habrá que considerar el detenimiento puberal y la aceleración de etapas puberales.



ASPECTOS GENERALES DE IMPORTANCIA

- La regulación puberal depende de factores: hormonales, genéticos, esqueléticos, estado de salud/patologías previas, nutricionales, emocionales y socioambientales.
- ✗ Secuencia general de crecimiento: 1° manos y pies, 2° extremidades, 3° tronco.

ASPECTOS GENERALES DE LA PUBERTAD EN XX

- Crecen entre 20 y 25 cm.
- ✗ Aumenta la mineralización ósea en un 45%.
- Distribución de grasa corporal. Requiriendo 17% para menstruar y 22% para ovular y tener ciclos regulares.
- ✗ Modelación ósea – caderas.
- Pico de velocidad de peso: 6-9 meses después del pico de velocidad de talla.

- ✗ Pico de velocidad de crecimiento: 12 años (9 cm/año), después de telarca y antes de menarca.
- Menarca ocurre en Tanner III - IV.
- ✗ Telarca: entre los 10 y 11 años (edad promedio 10,8 años), rango 8,3 a 13,3 años.
- Puede tener crecimiento dispar y puede provocar molestias. Junto con la telarca, o un poco después, aparece la pubarca.
- ✗ Secuencia esperada: 1° telarca, 2° pubarca, 3° menarca.
- Menarca aparece 2 años después del botón mamario a una edad media de 12,5 años (rango 9 a 16 años), estadio 3-4 de Tanner.
- ✗ El crecimiento finaliza aproximadamente a los 2 años postmenarca (7 cm, rango de 3 a 10 cm post menarca).
- Desde la telarca, hasta completar desarrollo puberal: 4 años.
- ✗ Las curvas femeninas suelen aparecer en la menarca o poco después.
- Leucorrea fisiológica (flujo blanquecino) próximos a la menarca.
- ✗ Primeros ciclos irregulares. Luego de 2 años de edad ginecológica se regularizan a intervalos de 28 ± 7 días, rango 21 a 35 días.

- Signos ecográficos de pubertad en XX
 - ___ Longitud uterina mayor a 3,5 cm.
 - ___ Volumen uterino mayor a 2,5ml.
 - ___ Volumen ovárico mayor a 2 cc, o presencia de 2-3 folículos.
 - ___ Presencia de línea endometrial.
 - ___ Relación cuerpo/cuello: 3/1 o 2/1 (3/1, estadio adulto).

- ✗ Ciclo menstrual generalidades
 - ___ El ciclo menstrual es el período comprendido entre el comienzo de una menstruación y el inicio de la siguiente.
 - ___ Duración promedio 28 días (fase folicular 1-14/ fase lútea 15-28).
 - ___ Ciclo menstrual normal: 21 a 35 días.
 - ___ Sangrado menstrual: 2-7 días.
 - ___ Sangrado normal: 50 y 120 ml.
 - ___ En el primer año de edad ginecológica varía entre 21 a 45 días. Pueden producirse ciclos de <20 y >45 días.
 - ___ Regularidad a partir de los 2 años de edad ginecológica aproximadamente.

Tabla: características generales del ciclo menstrual

| ALTERACIONES | | INTERVALO | DURACIÓN | CANTIDAD |
|--------------|----------------------|--------------|------------|-------------|
| RITMO | Polimenorrea | <21 días | 2 - 7 días | 50 - 120 ml |
| | Oligomenorrea | 35-90 días | 2 - 7 días | 50 - 120 ml |
| | Amenorrea secundaria | >90 días | ----- | ----- |
| CANTIDAD | Hipermenorrea | 25 - 35 días | ≥7 días | >120 ml |
| | Hipomenorrea | 25 - 35 días | <2 días | <50 ml |




Observación: recuerde ante polimenorrea/hipermenorrea valorar los signos vitales para considerar estabilidad hemodinámica, al igual que laboratorios para verificar hematocrito, entre otros estudios a criterio profesional.

ASPECTOS GENERALES DE LA PUBERTAD EN PERSONAS XY

- ✗ Incrementan el 50% de su peso y de su masa esquelética.
- Aumentan el 20% de su altura.
- ✗ Aumenta el requerimiento calórico, proteico, de calcio, hierro y zinc.
- Crecen entre 25-30 cm.
- ✗ Pico de velocidad de peso: coincide con el aumento de talla.
- Pico de velocidad de crecimiento: 14 años (10 cm/año), estadio 4 de Tanner.
- ✗ Aumenta masa magra y disminuye masa grasa un 12%.
- Inicia pubertad con tamaño testicular a 4 cm³ o 2,5 cm (11,8 años rango 8,9 – 14,7 años). Edad ósea, 13 años.
- Posteriormente, aumenta el tamaño del pene y aparece el vello pubiano (6 meses luego de gonarca).
- ✗ Se considera desarrollo puberal completo con volumen testicular 15 cm³ – 17 cm³ promedio, y el niño no crece más.
- Tiempo total del proceso puberal: 2 a 5 años (promedio 3 años).
- ✗ Estirón puberal: velocidad de crecimiento 10,5 ± 2 cm/año. Incremento en talla de 25 cm, el crecimiento cesa a los 21,2 años aproximadamente.
- Primera eyaculación: 12,5 - 16,5 años (por masturbación, emisión nocturna, contacto sexual o fantasías sexuales).
- ✗ No pueden realizar actividad de fuerza máxima hasta Tanner 5 por riesgo de traumatismos de cartílagos de crecimiento y desgarros.

Cuándo se debe estudiar la ginecomastia

- Ginecomastia prepuberal.
- ✗ Tamaño testicular discordante con el grado de virilización (ej. tumor testicular).
- Antecedentes compatibles con trastornos de la diferenciación sexual, como criptorquidia o hipospadia.
- ✗ Antecedentes compatibles con daño testicular potencial (torsión de testículo, orquitis, traumatismos, antecedentes de tratamiento quimioterápico o radioterápico).
- Crecimiento mamario exagerado o ginecomastia postpuberal.
- ✗ Enfermedades crónicas (insuficiencia renal crónica, insuficiencia hepática, fibrosis quística, hipertiroidismo), incluida la desnutrición, es frecuente la aparición de ginecomastia durante el período de renutrición.



Para ver la secuencia de eventos puberales, tablas de talla, IMC y estadios de Tanner, puede consultar la información provista por la Sociedad Argentina de Pediatría en su libro de Crecimiento y Desarrollo: <https://www.sap.org.ar/area-profesional/contenidos/13/curvas-de-crecimiento.html>.

VACUNAS

ASPECTOS GENERALES DE LA VACUNACIÓN EN ADOLESCENTES

A continuación, se realiza un breve resumen de algunos aspectos de importancia en relación a la vacunación de adolescentes.

En el caso de esquemas incompletos, debe considerarse completar las dosis faltantes de vacunas o completar esquema, según corresponda.

Vacunas a aplicar a **los 11 años** según el Calendario Nacional 2020

___ VPH (virus del papiloma humano): aplicar 2 dosis separadas por un intervalo de 6 meses.
 ___ Meningocócica cuadrivalente: única dosis.
 ___ Triple bacteriana acelular (DPTa): única dosis.
 ___ Además, debe verificar: hepatitis B (3 dosis), triple viral (2 dosis). Antigripal, si tiene factor de riesgo y acorde a campaña. Considerar fiebre amarilla si viaja a zona endémica.

Vacunas en **personas adultas y jóvenes**

___ Doble bacteriana: una dosis cada 10 años.
 ___ Doble o triple viral: debe acreditar 2 dosis.
 ___ Hepatitis B: Debe estar acreditada (3 dosis). Desde el 2012 es obligatoria para personas de cualquier edad.
 ___ Antigripal: si tiene factor de riesgo y según temporada de campaña.

Vacunas a considerar en **huéspedes con inmunocompromiso**

Nos regimos por el Lineamiento Técnico de Huéspedes Especiales 2014.

Antes de indicar las vacunas, corroborar estado inmunitario adecuado. En VIH, recuento de CD4 >200 (<15%). En pacientes que realizaron tratamiento quimioterápico, interconsultar con infectología.

___ Antineumocócica: aplicar 1 dosis de vacuna antineumocócica 13 valente y a las 8 semanas aplicar como segunda dosis vacuna antineumocócica 23 valente.
 ___ Hepatitis B: 0-1-6 meses
 ___ Hepatitis A: si no acredita anticuerpos, aplicar 2 dosis separadas por 1 año.
 ___ Antimeningocócica: única dosis.
 ___ Antigripal: dosis estacional.
 ___ DPTa: única dosis y, cada 10 años, continuar con doble adultos DTa.
 ___ Antivaricela: si no acredita anticuerpos, 2 dosis separadas por 4 a 8 semanas. Considerar intervalo de 3 meses en VIH.
 ___ Vacuna IPV (SALK): en caso que no acredite vacunación anterior para poliomeilitis.
 ___ Triple viral: 2 dosis separadas por 1 mes.
 ___ HPV: aplicar a los 0 y 6 meses.

**Embarazo
adolescente**

- ___ Triple bacteriana acelular (DPTa): a partir de la semana 20 de gestación.
- ___ Antigripal.
- ___ Hepatitis B: debe acreditar 3 dosis.

**Pérdida, extravío
o imposibilidad
de corroborar
calendario de
vacunas**

En esta situación debe reiniciar esquema de vacunación de la siguiente manera:

- ___ BCG: no indicada en adolescentes.
- ___ Hepatitis B: 0-1-6 meses.
- ___ Hepatitis A: si no acredita anticuerpos, aplicar 2 dosis separadas por 1 año. Para nacidos/as a partir de enero 2004.
- ___ IPV: 3 dosis separadas por 1 mes cada una (0-1-2). Indicar Vacuna IPV (SALK) en caso de mayores de 18 años no vacunados/as.
- ___ DPTa: única dosis y, cada 10 años, continuar con doble adultos (DTa).
- ___ Antineumocócica: aplicar 1 dosis de vacuna antineumocócica 13 valente y, a las 8 semanas, aplicar como segunda dosis vacuna antineumocócica 23 valente. Para nacidos/as a partir de enero 2012.
- ___ Antimeningocócica: única dosis.
- ___ Antigripal: dosis estacional, según criterio.
- ___ Antivaricela: única dosis para nacidos/as a partir de octubre 2013.
- ___ Triple viral: 2 dosis separadas por 1 mes.
- ___ HPV: aplicar a los 0 y 6 meses. Si el comienzo de esquema es a partir de los 14 años, el esquema es 0-2-6.



SUEÑO

ASPECTOS SALIENTES PARA CONOCER EN RELACIÓN AL SUEÑO EN LA ADOLESCENCIA

- La cantidad de horas de sueño nocturno recomendada es de **9 horas**.
- El tiempo recomendado de siesta puede ser de hasta 1 hora.
- Es importante el descanso nocturno en la adolescencia por su correlación con el crecimiento y la secreción de la hormona de crecimiento.
- Puede producirse un retraso de fase de sueño en época de empuje puberal, el cual puede revertirse modificando hábitos.
- Tener en cuenta en las adolescencias con alguna discapacidad que, por su diagnóstico, quizás deba tomar medicación para lograr conciliar horas de sueño; por ejemplo, en el autismo. También, considerar adolescentes que presenten alguna EPoF (enfermedades poco frecuentes) y también deban recurrir a medicación para inducir el sueño. Saber qué tipo de medicación en cada caso y los posibles efectos adversos de la ingesta a largo plazo, considerar adecuaciones para cada caso.

ASPECTOS A CONSIDERAR PARA EVALUAR EL SUEÑO EN LA ADOLESCENCIA

- Anamnesis para evaluar causas médicas de alteración del sueño: alergias, medicación concomitante, enfermedades crónicas, drogas, etc.
- Historia del desarrollo en la infancia y hábitos del sueño en la niñez.
- Actividades cotidianas, siesta, estados de ánimo, pesadillas, etc.

CALENDARIO DE SUEÑO

El calendario de sueño puede ser de utilidad para que las adolescencias hagan una valoración de este hábito con el fin de un trabajo conjunto con el/la profesional para poder mejorarlo, de ser necesario. Este puede incluir:

| | | | |
|---|----|----|---------|
| Hora de cena. | | | |
| Hora para acostarse. | | | |
| Hora estimada de sueño. | | | |
| Cantidad de horas. | | | |
| Pesadillas. | si | no | |
| Sueño interrumpido (<i>despertares</i>) | si | no | |
| Hora en la que se despierta. | | | |
| Se despierta cansado | si | no | un poco |

PAUTAS GENERALES DE HIGIENE DEL SUEÑO PARA BRINDAR A ADOLESCENTES

- 01** ___ Salir a la calle todos los días. La exposición a la luz del sol ayuda a que el ritmo circadiano funcione mejor.
- 02** ___ Hacer ejercicio con regularidad. El ejercicio ayuda a dormir y hace que el sueño sea más profundo.
- 03** ___ Utilizar la cama solo para dormir. No estudiar, leer, escuchar música, ver televisión allí.

- 04** ___ Hacer que los 30-60 min anteriores a acostarse sean tranquilos. Realizar actividades relajantes y calmadas, como leer un libro o escuchar música tranquila, esto ayuda a que cuerpo y mente se tranquilicen lo suficiente para poder dormir. Justo antes de ir a la cama, no estudiar, no ver películas de miedo/ acción, no hacer ejercicio y no realizar actividades que requieran mucha energía.
- 05** ___ Hacer las comidas con regularidad y no ir a la cama con hambre. Un pequeño refrigerio antes de irse a la cama es una buena idea, hacer una comida completa durante la hora previa a irse a la cama, no lo es.
- 06** ___ Evitar comer o beber productos con cafeína después de la hora de cenar. Esto incluye refrescos con cafeína, café, té y chocolate.
- 07** ___ No beber alcohol, produce alteraciones del sueño.
- 08** ___ Fumar también altera el sueño. No fumar al menos una hora antes de ir a la cama (y en lo posible no fumar).
- 09** ___ No tomar pastillas para dormir. Pueden ser peligrosas y los problemas suelen reaparecer cuando se dejan de tomar.



ACTIVIDAD FÍSICA EN ADOLESCENTES

ASPECTOS GENERALES DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN LA ADOLESCENCIA

La actividad física es un hábito saludable a desarrollar durante la adolescencia.



Es, así mismo, una recomendación de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Plan de acción mundial sobre actividad física 2018- 2030 (OMS): “*Más personas activas para un mundo más sano*”.

- La OMS reconoce a la inactividad física como un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades crónicas no transmisibles.
- La mayor parte de los NNyA del mundo, no cumplen con las recomendaciones de actividad física de la OMS.
- La OMS (2015) considera la actividad física como uno de los principales factores que intervienen en el estado de salud de las personas y la principal estrategia en la prevención de la obesidad.
- Los comportamientos activos adquiridos durante la infancia, que persisten en la adolescencia, tienden a permanecer en la edad adulta.
- Actividad física*: cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que produzca un gasto energético mayor al existente en reposo.
- Deporte*: introduce a las reglas de juego, por ejemplo, con límites espacio-temporales, en el caso del fútbol.

BENEFICIOS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA EN ADOLESCENTES

- ___ Mejora la capacidad cardiorrespiratoria.
- ___ Fortalece los huesos y los músculos.
- ___ Aumenta la fuerza muscular.
- ___ Incrementa la densidad mineral ósea.
- ___ Disminuye el riesgo de enfermedades cardiovasculares y metabólicas.
- ___ Mejora el perfil lipídico.
- ___ Disminuye la resistencia a la insulina.
- ___ Reduce la grasa corporal.
- ___ Ayuda a alcanzar y mantener un peso saludable.
- ___ Disminuye el estrés, la ansiedad y la depresión.
- ___ Aumenta la autoestima.
- ___ Mejora la percepción de la imagen corporal.
- ___ Mejora el rendimiento académico.
- ___ Mejora la sensación general de bienestar.



RECOMENDACIONES DE LA OMS DE ACTIVIDAD FÍSICA PARA LAS EDADES DE 5 A 17 AÑOS

- ___ Acumular un mínimo de 1 hora diaria de actividad física de moderada a vigorosa.
- ___ Actividades de fuerza como mínimo 3 veces por semana.
- ___ La actividad física mayor a 1 hora diaria tendrá un beneficio aún mayor para la salud.
- ___ Asesoramiento, guía y supervisión de personal idóneo.
- ___ Priorizar la técnica correcta principalmente en los ejercicios de fuerza.
- ___ Adhesión a las normas de seguridad.

PRESCRIPCIÓN DE EJERCICIO FÍSICO

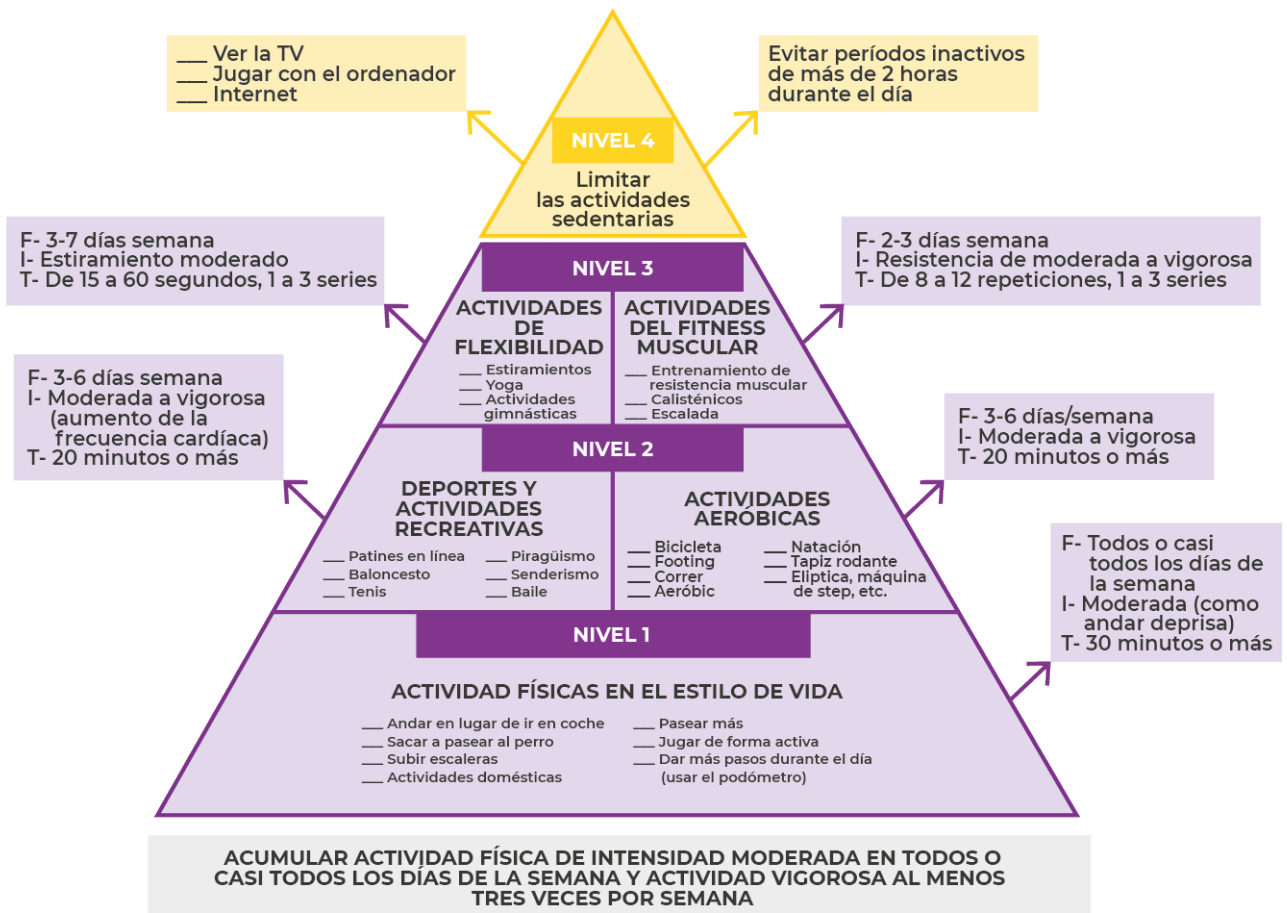
Recomendar la forma individualizada de la práctica de ejercicio físico, según las necesidades y preferencias de la persona adolescente, con el fin de obtener el máximo beneficio para la salud, con los menores riesgos.

CONDICIÓN FÍSICA (APTITUD FÍSICA)

Es el estado fisiológico que proporciona la base para las tareas de la vida cotidiana, brinda protección frente a enfermedades crónicas y forma parte del fundamento de las actividades deportivas.

ASPECTOS QUE SE DEBEN CONSIDERAR EN LA PRESCRIPCIÓN DE ACTIVIDAD FÍSICA

- Frecuencia (*cantidad de veces*).
- Volumen (*duración o tiempo*).
- Intensidad (*nivel de esfuerzo: leve, moderado o vigoroso*).
- Tipo de ejercicio.
- Ritmo de progresión.



ALIMENTACIÓN SALUDABLE

INTRODUCCIÓN

Una alimentación saludable es aquella que aporta todos los nutrientes esenciales y la energía necesaria para que cada persona pueda llevar adelante las actividades diarias y mantenerse sana. En la adolescencia, una alimentación saludable también debe permitir un adecuado crecimiento y desarrollo.

La alimentación debe respetar los gustos y también la cultura de las adolescencias, así como de su grupo familiar.

Muchos hábitos alimentarios de la adolescencia persisten en la adultez. Por este motivo, consideramos a la adolescencia como una ventana de oportunidad para promover una alimentación saludable y sostenible en el tiempo.

La adolescencia es un período de rápido crecimiento y desarrollo, con mayor síntesis de tejidos, cambios en la composición corporal y aumento de todos los requerimientos nutricionales. Las tasas de crecimiento físico, el momento de la aceleración del crecimiento y la maduración fisiológica de cada individuo determinan las necesidades nutricionales.

En las personas XY, el crecimiento de talla, el desarrollo muscular y el aumento del volumen sanguíneo (volemia) suelen suceder en forma simultánea. A pesar de tener menor proporción de masa grasa que las personas XX, suelen tener un mayor índice de masa corporal (IMC), por el mayor peso de la masa magra.

En las personas XX, en cambio, se produce inicialmente el máximo de crecimiento de talla y, luego, aumentan los tejidos blandos y la volemia. Con el mismo IMC, estas tienen más tejido adiposo que las personas XY.

Deben tenerse en cuenta situaciones especiales, como el embarazo, las enfermedades crónicas, trastornos de la conducta alimentaria o bien el entrenamiento deportivo de alto rendimiento. Estos casos requieren indicaciones nutricionales específicas, por lo que se sugiere la consulta oportuna al especialista en Nutrición.

CONDUCTA ALIMENTARIA EN LAS ADOLESCENCIAS

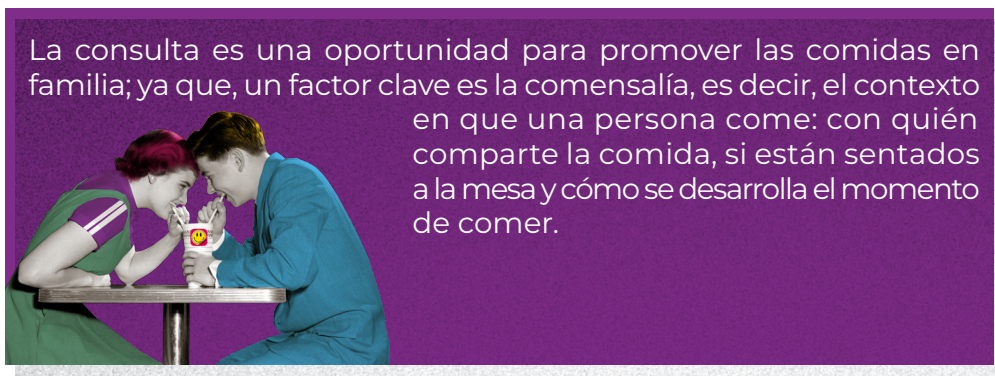
La conducta alimentaria durante esta etapa se encuentra influenciada por la interacción con el entorno, las actividades diarias que se realizan con mayor autonomía, los gustos propios y los de sus pares. También, las redes sociales, las dietas de moda, o los patrones de “modo de vida adolescente”, y las tendencias socioculturales y religiosas ejercen influencia sobre las elecciones de las adolescencias en su alimentación.

La facilidad para el acceso a alimentos menos saludables como snacks, gaseosas, jugos o golosinas (los cuales son muchas veces más económicos y accesibles que aquellos más nutritivos, como los lácteos, por ejemplo) son factores que, en muchos casos, condicionan las elecciones de las adolescencias en situaciones de la vida cotidiana.

Otros factores relacionados con las conductas y elecciones alimentarias son:

- El aumento de los requerimientos nutricionales con el consiguiente aumento del apetito.
- Los cambios en el esquema corporal.
- La modificación del patrón de actividad física.
- La presión social por ser delgados/as o musculosos/as (algunos deportes u ocupaciones requieren de un determinado peso o tamaño corporal).

- ✗ La disminución de la actividad física espontánea: juegan menos en forma activa y permanecen más tiempo sentados/as, muchas veces, frente a pantallas.
- Más oportunidades de comer fuera de casa o solos/as.
- ✗ El manejo de más dinero, en la medida en que son más independientes.



REQUERIMIENTOS NUTRICIONALES

Las adolescencias crecen y se desarrollan a un ritmo diferente que la niñez y tienen necesidades nutricionales únicas. Se debe valorar, con especial atención, que pueden tener ingestas insuficientes de calcio, hierro y vitaminas A y C.

EVALUACIÓN DE LA INGESTA DURANTE LA ADOLESCENCIA

Se sugiere realizar la anamnesis nutricional durante la consulta, en todos los casos, con el fin de poder evaluar la ingesta, se debe considerar:

- El acceso a una alimentación saludable y agua segura.
- ✗ Si realiza al menos cuatro comidas diarias: la omisión del desayuno se asocia con mayor probabilidad de ingerir más tarde alimentos menos saludables, situación que puede interferir con el almuerzo y generar desorden de comidas el resto del día. Por otro lado, períodos largos de ayuno pueden impactar negativamente en el desempeño escolar.
- Si están presentes todos los grupos de alimentos. Estimar que estén cubiertos los requerimientos a través de una alimentación completa y variada.
- ✗ La comensalía.
- La conducta alimentaria: el grado de conformidad con su cuerpo, si hay distorsión de la imagen corporal y conductas de riesgo (purgas, restricciones, entre otras).
- ✗ Se deben también detectar los potenciales riesgos (tanto de déficits como excesos). Las conductas selectivas, como saltarse comidas, no son un método efectivo para bajar de peso; por el contrario, las conductas no saludables para intentar regular el peso en la pubertad (saltar comidas, restricciones alimentarias indicadas o no por profesionales de la salud, conductas purgativas, entre otras) se encuentran asociadas con un mayor riesgo de obesidad y trastornos alimentarios en la adolescencia tardía y adultez.
- El nivel de actividad física tanto espontánea como programada.
- ✗ El consumo de bebidas alcohólicas: se sugiere educar a las adolescencias en relación con el tipo de bebidas alcohólicas y sus efectos a corto y largo plazo.

En situaciones especiales, como embarazo, enfermedades crónicas y entrenamiento físico competitivo, los requerimientos nutricionales aumentan.

Los trastornos de la conducta alimentaria y la obesidad se asocian con una ingesta de nutrientes insuficiente o excesiva. En estos casos, se sugiere la consulta al especialista en Nutrición.

ENERGÍA

La ingesta de energía apropiada para cada adolescente es aquella que permite que su crecimiento y desarrollo estén dentro de parámetros adecuados. Las necesidades reales de las adolescencias varían con los niveles de actividad física y la etapa de maduración (ver tabla).

| Tabla: REQUERIMIENTO ENERGÉTICO EN ADOLESCENTES FAO/OMS 2001. | | |
|--|----------------------|----------------------|
| Edad | Personas XX kcal/día | Personas XY kcal/día |
| 10 a 11 años | 2000 | 2150 |
| 11 a 12 años | 2150 | 2340 |
| 12 a 13 años | 2276 | 2548 |
| 13 a 14 años | 2379 | 2770 |
| 14 a 15 años | 2449 | 2990 |
| 15 a 16 años | 2491 | 3178 |
| 16 a 17 años | 2503 | 3322 |
| 17 a 18 años | 2503 | 3410 |

PROTEÍNAS

Durante la adolescencia, las necesidades de proteínas, como las de la energía, se correlacionan mejor con el patrón de crecimiento que con la edad cronológica. Las recomendaciones de proteínas para la población sana son de 1 g/kg/día, como promedio.

Las proteínas deben ser de valor biológico alto: carnes de vaca, pollo, cordero, chivo, cerdo, pescado, huevo. Se sugiere el consumo de carnes de producción local, accesibles y asequibles. Se debe retirar la grasa visible antes de la cocción.

Es importante combinar este grupo de alimentos con verduras crudas o cocidas.



GRASAS

Deben aportar el 30% del valor calórico total, cuidando la calidad de estas. Se recomienda disminuir el consumo de grasas saturadas y limitar al máximo posible las grasas trans de origen industrial. El aceite crudo, los frutos secos y las semillas aportan ácidos grasos esenciales: omega 3 y omega 6, ácidos grasos insaturados y no contienen colesterol.



Recomendación diaria: 2 cucharadas soperas de aceite al día o 1 cucharada soperas de semillas o 1 puñado de frutos secos.

LEGUMBRES Y CEREALES

Se recomienda el consumo de legumbres y cereales, preferentemente integrales. Este grupo de alimentos brinda saciedad y es económico. Aportan energía, vitaminas, minerales y fibras, estas últimas, principalmente, en su forma integral.

| Tabla: FIBRA EN CEREALES | |
|---|--|
| Más fibra | Nula cantidad de Fibra |
| Arroz integral, cebada, centeno, trigo, trigo sarraceno, choclo, quinoa, amaranto, mijo, avena arrollada, trigo partido/burgol, salvado de avena, salvado de trigo. | Harina de trigo, harina de maíz (polenta), panes, pasta y galletas a base de harina común, pan de hamburguesa, pan lactal envasado sin salvado, pionon o, almidón de maíz (maicena). |

Tomada de las Guías Alimentarias para la Población Argentina (Manual GAPA).

VERDURAS Y FRUTAS

Se recomienda el consumo de 5 porciones diarias de frutas y verduras de distintos colores, según la estación del año y la región. Preferentemente de origen agroecológico, sin usos de pesticidas ni fertilizantes de síntesis química elaborados por pequeños productores, unidades familiares o cooperativas locales.



Se recomienda el consumo de frutas y verduras con cáscara y frescas.

| Tabla: CANTIDADES RECOMENDADAS DE FRUTAS Y VERDURAS | | | |
|---|--|---|--|
| Desayuno o a media mañana | Almuerzo | Merienda | Cena |
| Cantidad mínima recomendada a lo largo del día | | | |
| 1 fruta o 1 taza de frutas cortadas | ½ plato plato de verduras crudas o de diferentes colores. 1 fruta | 1 fruta o 1 taza de frutas cortadas. 1 vaso de licuado de frutas | ½ plato plato de verduras cocidas de diferentes colores. |

| Tabla: CANTIDADES RECOMENDADAS DE FRUTAS Y VERDURAS | | | |
|---|--|--|--|
| Desayuno o a media mañana | Almuerzo | Merienda | Cena |
| Sugerencia cantidad ideal recomendada a lo largo del día | | | |
| 1 fruta o 1 taza de frutas cortadas | 1 plato playo de verduras crudas o de diferentes colores. 1 fruta | 1 fruta o 1 taza de frutas cortadas. 1 vaso de licuado de frutas o verduras | 1 plato playo de verduras cocidas de diferentes colores. 1 fruta. |

Tomada de las Guías Alimentarias para la Población Argentina (Manual GAPA).

CALCIO

Debido a la aceleración del crecimiento muscular y esquelético, las necesidades de calcio son mayores durante la pubertad y la adolescencia.

Se recomiendan 1.300 mg de calcio diarios, a partir de los 11 años, para ambos sexos.

HIERRO

Su requerimiento aumenta en la adolescencia por la gran síntesis de masa magra y el aumento de la síntesis de hemoglobina. En las personas XX, los ciclos menstruales aumentan los requerimientos.

**Dosis recomendada:
11 mg/día en personas XY
15 mg/día en personas XX**

ZINC

El zinc es esencial para la maduración sexual y el crecimiento. La principal fuente alimentaria de zinc son las carnes y las proteínas animales en general.

**Dosis recomendada:
11 mg/día en personas XY
9 mg/día en personas XX**

SODIO

Se recomienda que la cantidad de sodio ingerida sea menor de 2.200 o 2.400 mg diarios.

**Dosis recomendada:
menor de 2.200 o 2.400 mg diarios.**

VITAMINAS

Como el resto de los nutrientes, debe aumentarse el aporte de todas las vitaminas en la alimentación habitual.

Algunas situaciones especiales, como el embarazo, el entrenamiento deportivo de alto rendimiento y algunas enfermedades crónicas aumentan, aún más, la necesidad de macro y micronutrientes.

CALCIO Y VITAMINA D: LA IMPORTANCIA DE LA SALUD ÓSEA EN LA ADOLESCENCIA

El aporte adecuado de calcio, vitamina D y la actividad física regular son factores protectores de la salud ósea. Aunque también depende de la carga genética, hormonal, el ejercicio y el estado nutricional.

El Manual GAPA recomienda que las personas adolescentes consuman 3 porciones de lácteos por día. Se recomienda también que los lácteos sean descremados.

La adolescencia es un período crítico para el adecuado crecimiento óseo. La máxima acreción de calcio es a los 12,5 años en personas XX y a los 14 años en personas XY. La mayoría de los adolescentes no recibe la cantidad diaria de calcio recomendada (1.300 g/día).

Esto se debe, en gran medida, a la disminución general del consumo de lácteos a esta edad. Otras fuentes de calcio son los vegetales de hojas verdes que no son ricos en oxalatos, como el brócoli.

TABLA: Contenido de calcio en algunos alimentos
Consumir 3 porciones al día

1 porción equivale a:

- 1 taza de leche líquida (200-250 cc.)
- 3 cucharadas soperas al ras de leche en polvo.
- 1 vaso de yogur (200 g.)
- 1 porción de queso fresco (tamaño cajita de fósforo).
- 3 fetas de queso de máquina.
- 6 cucharadas al ras soperas de queso untable.
- 3 cucharadas al ras de queso de rallar.
- 4 cucharadas al ras de ricota.

Tomada de las Guías Alimentarias para la Población Argentina (Manual GAPA).

AZÚCAR

El consumo de azúcar agregada debe representar menos del 10% de las calorías totales.

Se recomienda beber mate amargo. Se puede recomendar el uso de jugos sin azúcar para infusiones como el tereré.

Evitar el consumo de azúcar tanto en infusiones como en jugos y gaseosas.

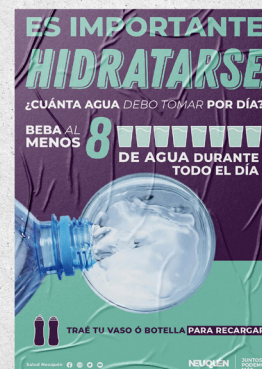
ULTRAPROCESADOS

Son productos alimentarios obtenidos de la combinación de ingredientes procesados. Incluyen la adición de ingredientes industriales con alto contenido de sal, azúcar, grasa, así como aditivos alimentarios (colorantes, saborizantes).

Se recomienda limitar el uso o evitar su consumo.

AGUA

Se recomienda el consumo de 8 vasos de agua segura por día.



RECOMENDACIONES PARA UNA ALIMENTACIÓN SALUDABLE

- ___ Realizar la mayor cantidad de comidas en familia, ya que esto se asocia con una mejor calidad nutricional (*más fibras, vitaminas, calcio, hierro y menos grasas totales, grasas trans y sodio*), menos desórdenes alimentarios y más conductas saludables en general.
- ___ Incorporar a diario la ingesta de todos los grupos alimentarios, en conjunto con la práctica de actividad física.
- ___ Consumir agua segura.
- ___ Consumir a diario frutas y verduras en variedad de tipos y colores.
- ___ Reducir el consumo de sal y alimentos con alto contenido en sodio.
- ___ Limitar el consumo de bebidas azucaradas y de alimentos de elevado contenido de grasas, azúcar y sal.
- ___ Consumir diariamente leche, yogur o queso, preferentemente descremados.
- ___ Al consumir carnes, quitarles la grasa visible, aumentar el consumo de pescado e incluir huevo.
- ___ Consumir legumbres y cereales preferentemente integrales.
- ___ Consumir verduras ricas en hidratos de carbono, como papa, batata, choclo y mandioca.
- ___ Consumir aceite crudo como condimento, frutas secas o semillas.

Distribución por grupos de alimentos



Gráfica de alimentación diaria (Manual GAPA).



Grupo 1: Verduras y Frutas.

Fuente principal de vitamina A y C, fibra, agua y de minerales, como el potasio y el magnesio. Incluye a todas las verduras y frutas comestibles. La intención es resaltar la importancia de aumentar el consumo de estos alimentos en la alimentación diaria, eligiendo variedad de ellos.

Es saludable consumir al menos 5 porciones por día:

1 porción equivale: a ½ plato plato de verduras o 1 fruta mediana o 1 taza. No se incluyen en este grupo papa, batata, choclo y mandioca.



Grupo 2: Legumbres, cereales, papa, pan y pastas

Fuente principal de hidratos de carbono complejos, fibra (en el caso de las legumbres y los cereales en sus variedades integrales) y vitaminas del complejo B. Se busca promover el consumo de legumbres (porotos, garbanzos, lentejas, soja, habas, etc.) y optar por cereales (arroz, avena, quinoa, cebada, etc.) y derivados integrales que son los más ricos en fibra. La papa, batata, el choclo o la mandioca (vegetales feculentos) se incluyen en este grupo porque la composición nutricional de estas verduras es más similar de los cereales que a las hortalizas.

Es saludable consumir 4 porciones por día:

1 Porción equivale: a 60 g de pan (1 mignón) o 125 g en cocido de legumbres o cereales (½ taza), pastas (½ taza), 1 papa mediana o ½ choclo o ½ mandioca chica).



Grupo 3: Leche, Yogur y queso

Fuente principal de calcio, aportan proteínas de alto valor biológico, vitaminas A y D. Se intenta promover la elección preferentemente, de versiones con menor aporte de grasa (descremado o parcialmente descremado).

Es saludable promover el consumo de 3 porciones por día:

1 porción equivale: a 1 taza de leche líquida o 1 vaso de yogur o 1 rodaja de queso cremoso del tamaño de un mazo de cartas o 1 cucharada tipo postre de queso crema.



Grupo 4: Carnes y Huevos.

Fuente principal de hierro, aportan proteínas de alto valor biológico (de buena calidad nutricional), Zinc y vitamina B 12. Incluye a todas las carnes comestibles rojas o blancas. Se busca resaltar la importancia de incorporar pescado y huevo en la alimentación y que las carnes sean magras.

Es saludable consumir 1 porción por día.

1 porción equivale: Al tamaño de la palma de la mano de cualquier tipo de carne (pollo, vaca, pescado, cerdo, otras) o 1 huevo.



Grupo 5: Aceites, frutas secas y semillas.

Fuente principal de vitamina E y antioxidantes. El aceite y las semillas tienen grasas de buena calidad que aportan ácidos grasos esenciales. Se busca privilegiar el consumo moderado y preferentemente crudo, en el caso del aceite y sin el agregado de sal en frutas secas y semillas. Evitar frituras, y si se elige ese tipo de cocción, que sea no más de una vez a la semana.

Es saludable consumir 2 porciones por día:

1 porción equivale: A 1 cucharada sopera de aceite o 1 puñado (puño cerrado) de frutas secas o 1 cucharada sopera de semillas.



Grupo 6: Alimentos de consumo opcional.

Los alimentos de este grupo no deberían formar parte de la alimentación diaria, ya que su consumo en exceso daña nuestra salud -aumentando el riesgo de padecer sobrepeso, obesidad, diabetes, hipertensión, entre otras enfermedades-. Tienen excesivas cantidades de grasas, azúcares y/o sal, además de conservantes, aditivos, colorantes. Su alta disponibilidad y publicidad en el entorno, alimentan al sobreconsumo. Ejemplos de estos productos alimenticios son: galletitas dulces, saladas, amasados de pastelerías (pastelitos fritos, churros, medialunas, bizcochos de grasa, facturas, otros), golosinas, bebidas azucaradas como gaseosas, aguas saborizadas, jugos industrializados y jugos en polvo (para diluir), productos de copetín (maní salado, palitos salados, papas, mandioca y/o batatas fritas, chizitos, otros), embutidos y chacinados (salchichas, chorizo, morcilla, otros), fiambres, achuras, carnes procesadas (preformados de carne o pollo, hamburguesas, bastones de pescados, otros), helados, manteca, margarina, dulce de leche, mermeladas (industrializadas), aderezos tales como mayonesa, ketchup, mostaza, salsa golf, salsa de soja, otros.



MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

ANTICONCEPCIÓN EN LA ADOLESCENCIA

En este apartado, se pretende dar a conocer aspectos mínimos en relación al acceso a métodos anticonceptivos. En primer lugar, hay que mencionar que toda persona adolescente debe tener acceso tanto a estos como a una asesoría sobre los distintos métodos con sus pros y contras, para que pueda elegir.

La indicación de métodos anticonceptivos es una oportunidad para brindar calidad a la salud en diferentes aspectos, por lo cual debe considerarse en toda consulta adolescente. Será de importancia recordar la utilización del preservativo o campo de látex y su adecuada utilización, como forma de prevenir embarazos no planificados y como prevención de infecciones de transmisión sexual.

ASPECTOS GENERALES A TENER EN CUENTA

- Siempre utilizar doble método.
- Siempre informar sobre la Anticoncepción Hormonal de Emergencia (AHE).
- A partir de los 13 años, no se necesita del consentimiento de una persona adulta para recetar anticonceptivos.
- No son necesarios exámenes complementarios.
- Siempre recomendar el uso de preservativos (PSV).
- La edad no es un impedimento para usar anticonceptivos orales (ACO), se recomienda haber comenzado a menstruar.
- La consulta por anticoncepción es considerada urgencia en adolescencia.
- Se recomienda utilizar formulaciones que contengan no menos de 30 ug de etinilestradiol (EE). Para alcanzar una masa ósea adecuada, en caso de no disponer, se puede utilizar menor dosis.
- El DIU puede utilizarse en nulíparas.

PUNTOS CLAVE

- ___ El método anticonceptivo (MAC) ideal será aquel que mejor se adapte a las necesidades de cada adolescente.
- ___ La elección del método debe ser libre y personal. El equipo de salud tiene que respetar la decisión de el/la adolescente, sin criticar ni prejuizar.
- ___ Es importante brindar información sobre los métodos anticonceptivos (incluidos los de larga duración -LARC-) y sus beneficios.
- ___ Un aspecto a trabajar en la consejería con adolescentes es el uso del preservativo asociado a otro método como "doble protección".
- ___ Es conveniente aprovechar la oportunidad para informar sobre la anticoncepción hormonal de emergencia (AHE), dónde y cómo adquirirla, y entregarla preventivamente para cualquier emergencia.

INDICACIÓN DE MÉTODO ANTICONCEPTIVO ORAL (ACO)

Existen múltiples presentaciones de anticonceptivos orales. Entre ellos pueden utilizarse:

- Etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0.15 mg.
- Etinilestradiol 0,03 mg + drospirenona 3 mg (*no disponible en salud pública*).
- Etinilestradiol 0,035 mg + ciproterona 2 mg.
- Levonorgestrel 0,03 mg.

Se prefiere la utilización de aquellos con estrógenos altos en adolescencia para

favorecer la mineralización ósea. La presentación con levonorgestrel es útil para período de lactancia.

Para indicar ACO no se requieren estudios previos, aunque se debe consultar por antecedentes personales de trombofilias, hipertensión y migrañas. En cuyo caso, se recomienda considerar interconsulta con Ginecología. También sería importante la toma de la tensión arterial antes de la prescripción, corroborar los antecedentes mencionados y la ingesta de otros medicamentos.

Se puede iniciar la toma de anticonceptivos desde la menarca, en caso de ser necesario.

Tabla: PRÁCTICAS Y NIVEL DE RECOMENDACIÓN PARA EL USO DE MAC

Tomada de “Métodos anticonceptivos”, Guía para profesionales de la salud, Ministerio de Salud de la Nación, 2012.

| Método anticonceptivo | Anticonceptivos hormonales combinados | Anticonceptivos orales sólo de progestágenos | AMPD | Implante | DIU-Lng | DIU-Cu | Métodos de barrera |
|----------------------------------|---------------------------------------|--|------|----------|---------|--------|--------------------|
| Examen ginecológico | C | C | C | C | A | A | C |
| Examen mamario | C | C | C | C | C | C | C |
| Citología cervical - colposcopia | C | C | C | C | C | C | C |
| Laboratorio de rutina | C | C | C | C | C | C | C |
| Pesquisa de ITS | C | C | C | C | B | B | C |
| Tensión arterial | + | + | + | + | + | C | C |
| Consejería | A | A | A | A | A | A | A |

+ Se aconseja tomar la presión arterial antes de comenzar a usar el método. Sin embargo, en algunas circunstancias, no es posible medir la presión arterial. En muchos de estos casos, los riesgos de morbilidad relacionados con el embarazo son altos, y los métodos hormonales se encuentran entre los pocos métodos ampliamente disponibles. En tales situaciones, no se debe negar el uso de métodos hormonales a las mujeres simplemente porque no se les puede tomar la presión arterial.

Fuente: Adaptado de Recomendaciones sobre prácticas seleccionadas para el uso de anticonceptivos. 3ª edición (OMS, 2018)

PRESCRIPCIÓN DE ANTICONCEPTIVOS ORALES

- Iniciar a tomar el ACO el primer día de la menstruación. Aunque, en caso de ser necesario, puede iniciarlo en cualquier momento del ciclo.
- ✗ Si la presentación es de 21 comprimidos, deberá tomar uno por día y luego realizar 7 días de descanso, sin ingerirlo, (en dicho período menstruará). Al día 8 reinicia la toma. En el caso de las presentaciones de 28 comprimidos, nunca suspende.
- Debe considerar que, en caso de olvidos mayores a 12 horas, no tendrá protección anticonceptiva por los siguientes 7 días. De igual manera, hay que considerar la presencia de diarrea o vómitos.

Se recomienda el uso de doble método al menos los primeros 7 días de iniciado el tratamiento hormonal.

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL DE EMERGENCIA

No es considerado un método anticonceptivo en sí mismo, sino un método de emergencia para la prevención del embarazo. Puede prescribirse en cualquier momento del ciclo, las veces que sea necesario. No hay limitante en relación a la edad de su utilización. No tiene efectos adversos de importancia.

Su presentación es en comprimidos de 1,5 mg o 0,75 mg. Se debe administrar 1,5 mg de levonorgestrel en única dosis (o 2 comprimidos de 0.75 juntos o separados por no más de 12 horas de diferencia) luego de una relación sexual con riesgo de embarazo. Puede utilizarse hasta 5 días luego de la relación sexual, sin embargo, se recomienda que su prescripción sea dentro de las 12 horas post coito para mejorar su efectividad. Se espera que a los 3-5 días posteriores pueda deprivar. Se recomienda asesoramiento posterior para continuar con método anticonceptivo y realización de serologías.

Tabla: **CONDUCTA ANTE EL OLVIDO DE LA TOMA DE 2 COMPRIMIDOS O MÁS.**
Tomada de “Métodos anticonceptivos”, Guía para profesionales de la salud, Ministerio de Salud de la Nación, 2012.

| Semana de la toma en la que se produjo el olvido | | Conducta recomendada |
|--|---|--|
| 1ª semana | ... y tuvo relaciones sin otra protección en los últimos 5 a 7 días | <i>Es necesario realizarlas todas:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Usar AHE, • Tomar la última pastilla olvidada lo antes posible, aunque signifique tomar dos juntas, y continuar las siguientes en el horario habitual, • Agregar un método de respaldo (preservativo) durante 7 días. |
| | ... y no tuvo relaciones en los últimos 5 a 7 días. | <i>Es necesario realizarlas todas:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar la última pastilla olvidada lo antes posible, aunque signifique tomar dos juntas y continuar con las siguientes en el horario habitual, • y agregar un método de respaldo durante 7 días. |
| 2ª semana | | Tomar la última pastilla olvidada lo antes posible, aunque signifique tomar dos juntas y continuar con las siguientes en el horario habitual. Agregar un método de respaldo (preservativo) durante 7 días. |
| 3ª semana | Para envases con 21 comprimidos | <i>Es necesario realizarlas todas:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar la última pastilla olvidada, aunque signifique tomar dos juntas. • Iniciar otro envase al día siguiente sin hacer la semana de no toma. No se producirá el sangrado en la fecha esperada, pero puede aparecer manchado o sangrado en el transcurso de la toma del segundo envase. • Agregar un método de respaldo (preservativo) durante 7 días. |
| | Para envases con 28 comprimidos | <i>Es necesario realizarlas todas:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Tomar la última pastilla olvidada, aunque signifique tomar dos juntas. • No tomar los comprimidos inactivos e iniciar otro envase al día siguiente. No se producirá el sangrado en la fecha esperada pero puede aparecer manchado o sangrado en el transcurso de la toma del siguiente envase. • Agregar un método de respaldo (preservativo) durante 7 días. |
| 4ª semana (en el caso de tener un blíster con 28 comprimidos, son los comprimidos inactivos) | | No hay ningún problema porque son comprimidos inactivos; de todos modos es conveniente tomar la pastilla olvidada junto a la del día siguiente para no perder el control del ritmo. |

PARCHES

Se propone la utilización de norelgestromina 6 mg / etinilestradiol 600 ug de 20 cm2. Se coloca 1 parche por semana por 3 semanas (distinta localización) y luego 1 semana de descanso. Es una alternativa para evitar el paso hepático. No está disponible en salud pública actualmente.

ANTICONCEPCIÓN INYECTABLE MENSUAL

El anticonceptivo mensual está compuesto por 5 mg de valerato de estradiol y 50 mg de enantato de noretisterona (AMP 50/5 mg). Se indica IM en forma mensual. Puede adelantarse o retrasarse hasta 48 horas. Si se aplica después, no habrá protección y la persona deberá cuidarse. Se inicia el primer día del ciclo.

ANTICONCEPCIÓN INYECTABLE TRIMESTRAL

Esta modalidad de inyectable solo contiene progestágeno, por lo cual no es beneficioso en la mineralización ósea producto de los estrógenos en adolescencia. Se desaconseja en menores de 21 años. Está compuesto por medroxiprogesterona AMP 150 mg/ml.

DISPOSITIVO IMPLANTABLE (IMPLANTE SUBDÉRMICO)

Está compuesto con etonorgestrel 68 mg y tiene una duración de 3 años.

Son pequeños cilindros o cápsulas flexibles que se colocan debajo de la piel en la cara interna de la parte superior del brazo de una persona XX. Brindan protección contra embarazo a largo plazo. Su acción es reversible cuando se extrae.

Una vez colocados, no requieren que la persona haga nada.

La marca que se utiliza es Implanon, que consta de una cápsula que contiene 68 mg de etonorgestrel. Dura 3 años y es el único disponible en Argentina.

Su función principal es inhibir la ovulación y producir espesamiento del moco cervical. Brinda una seguridad en la anticoncepción de un 99.5%. Al retirarlo, la persona recupera la fertilidad. No protege contra ITS.

Al no contener estrógenos, puede ser utilizado por personas XX que amamantan y por las que no pueden utilizar estrógenos.

Modo de administración: se produce una incisión en la parte superior interna del brazo con anestesia local y se coloca en región subdérmica.

DISPOSITIVO INTRAUTERINO (DIU)

El DIU es un método que puede utilizarse en adolescentes de manera segura, incluso si son nulíparas. En el cuadro 14.1 se presentan los criterios médicos de elegibilidad de la OMS para el uso del DIU. Forma parte de los métodos anticonceptivos de larga duración (LARC) que tienen como ventaja no requerir de la acción cotidiana de la persona que lo utiliza. Destacar que el DIU brinda seguridad, alta eficacia y confort al no exigir otra motivación más allá de la relacionada con su inserción desvinculada del coito. Es de uso permanente y continuo y demanda un seguimiento relativamente espaciado.

Puede ser elegido cuando hay dificultades para la adherencia a otros métodos o existen contraindicaciones a otros MAC. Ofrecerlo como anticoncepción post evento obstétrico es una opción para quienes no desean un embarazo y contribuye a disminuir la tasa del segundo embarazo en la adolescencia y reducir asimismo el periodo intergenésico.

El equipo de salud debe tener en cuenta que existen estudios que indican que adolescentes de 14 a 19 años pueden tener más posibilidades de expulsar el DIU porque su útero es más pequeño, aunque esto no representa una contraindicación. No es requerimiento realizar una ecografía para evaluar el tamaño uterino previo a la colocación de DIU, pero, si durante la misma se constata una histerometría menor a 6 cm, debe optarse por un DIU de menor tamaño que el habitual u otro MAC.

Tabla: **CRITERIOS MÉDICOS DE ELEGIBILIDAD DE LA OMS PARA EL USO DE DIU**
Tomada de “Métodos anticonceptivos”, Guía para profesionales de la salud, Ministerio de Salud de la Nación, 2012.

| Dispositivos intrauterinos (DIU) | | |
|----------------------------------|-----------|---------|
| Condición | Categoría | |
| | DIU-Cu | DIU-LNG |
| Edad | | |
| Menarca < de 20 años | 2 | 2 |
| > de 20 años | 1 | 1 |
| Nulíparas | 2 | 2 |
| Paridad | 1 | 1 |

PRESERVATIVO

No hay ninguna restricción para su uso. El preservativo es el único método que protege contra el VIH y otras ITS, a la vez que evita el embarazo.

EL PRESERVATIVO EN LA CONSEJERÍA CON ADOLESCENTES

- ___ No dar por sentado que conocen su uso correcto. Se puede hacer una demostración y ensayar en una maqueta la técnica correcta, solicitándole a la/el adolescente que la explique como si le enseñara a otra persona.
- ___ Entregar preservativos en la consulta. Informar sobre los lugares en donde pueden retirarse o adquirirse.
- ___ En cada consulta es importante reforzar el uso adecuado, incentivar su uso en las siguientes relaciones, dar oportunidad para hablar de los posibles problemas que esté teniendo para negociar el uso y brindar nuevas herramientas o técnicas para facilitar su uso.
- ___ Dar información sobre el uso correcto de lubricantes y sobre el campo de látex.

Tabla: COMPARATIVO DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS MÉTODOS DE LA CANASTA DE INSUMOS DSSYR.

Tomado de "Métodos anticonceptivos", Guía para profesionales de la salud, Ministerio de Salud de la Nación, 2012.

| | Preservativo | Anticonceptivos Combinados Orales (ACO) | Anticonceptivos orales sólo de Progestágenos anovulatorios (Desogestrel) | Anticonceptivos orales solo de progestágenos no anovulatorios (levonorgestrel/ linestrol) | Anticonceptivos combinados mensuales (ACI) |
|--|---|---|--|--|---|
| Principal mecanismo de acción | Impide el encuentro de óvulos con espermatozoides. | Anovulación. | Anovulación. | Alteración del moco cervical. | Anovulación. |
| Cómo se utiliza | Se coloca en el pene erecto antes del coito. | Pastilla que se toma vía oral. | Pastilla que se toma vía oral. | Pastilla que se toma vía oral. | Inyección intramuscular profunda en cadera, parte superior de brazo o nalgas. |
| Frecuencia de uso | En cada práctica sexual. | Todos los días a la misma hora. En las presentaciones de 21 comprimidos, se hace una semana de no toma antes de comenzar el siguiente blister. | Todos los días a la misma hora. Sin pausa entre blísters. | Todos los días a la misma hora. Sin pausa entre blísters. | Mensual. Inyección en la misma fecha calendario (mismo número de día) cada mes. |
| Eficacia | Depende del uso. Si se usa correctamente es muy alta. | Depende del uso. Si se usa correctamente es muy alta. | Depende del uso. Si se usa correctamente es muy alta. | Depende del uso. Si se usa correctamente es muy alta. | Alta. Menos dependiente de la persona usuaria que los MAC de toma diaria. |
| Tiempo para que sea efectivo | Inmediatamente. | 7 días de adecuada toma de comprimidos con hormonas. Indicar método de respaldo por este tiempo si no se comienza el 1° día del ciclo. | 7 días de adecuada toma. Indicar método de respaldo por este tiempo si no se comienza el 1° día del ciclo. | 2 días de adecuada toma. Indicar método de respaldo por este tiempo si no se comienza el 1° día del ciclo. | 7 días de aplicada. Indicar método de respaldo por este tiempo si no se comienza el 1° día del ciclo. |
| Margen de seguridad de la toma/ aplicación | (no corresponde) | 24 horas. | 12 horas. | Bajo: solo 3 horas. Enfatizar la importancia de tomarla en horario. | Puede aplicarse hasta 7 días antes o después de la fecha exacta (3 días de margen es de mayor cuidado). |
| Prácticas a realizar con nivel de recomendación A antes de iniciar el método | Consejería. | Consejería y control de tensión arterial. | Consejería y control de la tensión arterial. | Consejería y control de la tensión arterial. | Consejería y control de tensión arterial. |
| Patrones de sangrado | No los cambia. | El sangrado coincide con la semana de no toma (blister de 21) o de toma de comprimidos sin hormonas (blister de 28) y es más escaso. Puede existir sangrado irregular los primeros meses. | Irregularidades en el sangrado e incluso amenorrea. | Irregularidades en el sangrado e incluso amenorrea. | Al principio puede haber sangrado irregular. Luego el sangrado se regulariza. Puede generar amenorrea. |
| Privacidad | Requiere adherencia de los integrantes de la relación sexual. | No existen signos físicos del uso, pero alguien puede encontrar las pastillas. | No existen signos físicos del uso, pero alguien puede encontrar las pastillas. | No existen signos físicos del uso, pero alguien puede encontrar las pastillas. | No existen signos físicos de su uso. |
| Uso durante la lactancia | Se puede usar sin problema. | No se recomienda durante el período de lactancia. | Se pueden usar sin problemas. | Se pueden usar sin problemas. | No se recomienda durante el período de lactancia. |
| Uso ante contraindicación de estrógenos | Se puede usar sin problema. | No usar. | En general, se pueden usar. | En general, se pueden usar. | No usar. |
| Recuperación de la fertilidad | (no corresponde) | Rápidamente al suspender la toma. | Rápidamente al suspender la toma. | Rápidamente al suspender la toma. | Rápidamente al suspender la toma. |
| Protección contra ITS | Alta. | Ninguna. | Ninguna. | Ninguna. | Ninguna. |

| Anticonceptivos inyectables solo de progestágeno (AMPD) | DIU de cobre | DIU LNG | Implante | Anticoncepción hormonal de emergencia (AHE) |
|--|---|--|---|--|
| Anovulación. | Reacción inflamatoria estéril local que es tóxica sobre los espermatozoides. | Alteración del moco cervical y alteración del endometrio. | Anovulación y alteración del endometrio. | Anovulación en un alto porcentaje. |
| Inyección intramuscular profunda en cadera, parte superior de brazo o nalgas. | Dispositivo que se coloca dentro del útero. | Dispositivo que se coloca dentro del útero. | Varilla que se coloca debajo de la piel de la parte superior e interna del brazo. | Pastilla/s que se toma/h vía oral. |
| Trimestral. Cada 90 días o 13 semanas. | Luego de colocado dura hasta 10 años, según el modelo. | Luego de colocado dura 5 años. | Luego de colocado dura 3 años. | Cada vez, luego de la relación sexual con penetración pene-vagina en que no se usó método o falló. |
| Alta. Menos dependiente de la persona usuaria que otros MAC de toma diaria. | Muy alta. No depende de la persona usuaria. | Muy alta. No depende de la persona usuaria. | Muy alta. No depende de la persona usuaria. | Es más efectiva cuanto antes se tome. Dentro de las primeras 12 horas después de la relación sexual tiene 95% de eficacia. |
| 7 días de aplicada. Indicar método de respaldo por este tiempo si no se comienza el 1° día del ciclo. | Inmediatamente luego de colocado. Se recomienda método de respaldo hasta control de que esté en cavidad. | 7 días de colocado. Se recomienda método de respaldo por 7 días y hasta que se controle que esté en cavidad. | 7 días de colocado. Indicar método de respaldo por este tiempo si no se comienza el 1° día del ciclo. | Sirve para esa situación. No es efectiva como método habitual |
| Puede darse hasta 2 semanas antes o 4 después de la fecha indicada (para mayor cuidado no pasarse de 2 semanas). | (no corresponde) | (no corresponde) | (no corresponde) | Puede tomarse hasta el 5° día sin embargo su efectividad va disminuyendo con los días. |
| Consejería y control de tensión arterial | Consejería y examen ginecológico. | Consejería, examen ginecológico y control de la tensión arterial. | Consejería y control de la tensión arterial. | Facilitar el acceso inmediato, sin turno ni otros requisitos. |
| Irregularidades del sangrado los primeros meses y luego ausencia de sangrado o sangrado infrecuente. | Puede causar menstruaciones más abundantes y prolongadas. También sangrado irregular y más dolor durante la menstruación. | Irregularidades en el sangrado los primeros meses y luego ausencia de sangrado o sangrado infrecuente. | Irregularidades en el sangrado especialmente en los primeros meses y luego ausencia de sangrado o sangrado infrecuente o irregular. | Puede modificar el sangrado menstrual, adelantándolo o retrasándolo una semana. |
| No existen signos físicos de su uso. | Una vez colocado solo la persona usuaria sabe que lo tiene. | Una vez colocado solo la persona usuaria sabe que lo tiene. | Una vez colocado solo la persona usuaria sabe que lo tiene. | No existen signos físicos de uso. |
| Se puede usar sin problema. No es de primera elección antes de las 6 semanas post parto. | Se puede usar sin problema. Colocación post parto: <a 48 hs o a partir de las 4 semanas. | Se puede usar sin problema. Colocación post parto: <a 48 hs o a partir de las 4 semanas. | Se puede usar sin problema. | Se puede usar sin problema. |
| En general, se pueden usar. | Se puede usar. | Se puede usar. | En general, se puede usar. | Se puede usar. |
| Puede haber una demora. | Rápidamente al retirar el dispositivo. | Rápidamente al retirar el dispositivo. | Rápidamente al retirar el implante. | Sólo protege o disminuye la posibilidad de embarazo en esa relación sexual sin protección o en la que el método falló. |
| Ninguna. | Ninguna. | Ninguna. | Ninguna. | Ninguna. |

Tabla: REEMPLAZO DE UN MAC POR OTRO

Tomada de “Métodos anticonceptivos”, Guía para profesionales de la salud, Ministerio de Salud de la Nación, 2012.

| Métodos | ACO | ACI | AMPD |
|--------------------------------|---|---|--|
| ACO | Reemplazo de un ACO por otro con otra composición con dosis menor de estrógeno (E: 30 µg (E) a 20 µg (E)). Iniciar la toma de las nuevas pastillas al día siguiente de la toma del último comprimido activo del ACO, es decir sin hacer la semana de pastillas inactivas o no toma. Es probable que durante ese mes no se produzca sangrado. Se hace para garantizar la eficacia anticonceptiva. / Si inicia las nuevas pastillas luego de terminar el blister completo de 28 comprimidos, o luego de la semana de no toma con blister de 21 comprimidos, se recomienda usar un método de respaldo (como preservativo) durante la primera semana. Reemplazo por un ACO por otra composición pero con una dosis igual o mayor de estrógeno: se continúa como si se tratara del mismo ACO. | Reemplazo de ACO por ACI: Inmediatamente si usó el ACO de manera correcta y consistente. No precisa esperar hasta el próximo sangrado. No hay necesidad de método de respaldo. Si el cambio se produce en la primer semana de toma de ACO, usar método de respaldo por 7 días. | Reemplazo de ACO por AMPD: Inmediatamente si usó el ACO de manera correcta y consistente. No precisa esperar hasta el próximo sangrado. No hay necesidad de método de respaldo. Si el cambio se produce en la primer semana de toma de ACO, usar método de respaldo por 7 días. |
| ACI | Reemplazo de ACI por ACO: Comenzar la toma de ACO cuando correspondiera la siguiente aplicación del inyectable. No es necesario método de respaldo. | | Reemplazo de ACI por AMPD: aplicar el AMPD cuando correspondiera la aplicación de ACI. No hay necesidad de método de respaldo. |
| AMPD | Reemplazo de AMPD por ACO: Puede iniciarse cuando le correspondiera la aplicación de AMPD. Si se comienza hasta 15 semanas después de la última inyección de AMPD, no hay necesidad de método de respaldo. | Reemplazo de AMPD por ACI: Aplicar ACI cuando le correspondiera recibir el que utilizaba. No hay necesidad de método de respaldo. | |
| Implante | Reemplazo de implante por ACO: Comenzar la toma de las pastillas cuando se realiza la extracción del implante subdérmico. No hay necesidad de método de respaldo. | Reemplazo de implante por ACI: Aplicar el ACI cuando se realiza la extracción del implante subdérmico. No hay necesidad de método de respaldo. | Reemplazo de implante por AMPD: Aplicar la AMPD cuando se realiza la extracción del implante. No hay necesidad de método de respaldo. |
| AOPS (Minipildora/Desogestrel) | Reemplazo de AOPS por ACO: Comenzar la toma de las pastillas de ACO cuando se desee y suspender ese mismo día la toma del AOPS (pasar de una a otra sin interrupción). Si la AOPS era minipildora, durante los primeros 7 días de toma de ACO, hay que utilizar, además, un método anticonceptivo de respaldo, por ejemplo el preservativo. | Reemplazo de AOPS por ACI: Comenzar la aplicación del inyectable cuando se desee y suspender ese mismo día la toma del AOPS (pasar de una a otra sin interrupción). Si la AOPS era minipildora, durante los primeros 7 días de aplicada la inyección, hay que utilizar, además, un método anticonceptivo de respaldo, por ejemplo el preservativo. | Reemplazo de AOPS por AMPD: Comenzar la aplicación del inyectable cuando se desee y suspender ese mismo día la toma del AOPS (pasar de una a otra sin interrupción). Si la AOPS era minipildora, durante los primeros 7 días de aplicada la inyección, hay que utilizar, además, un método anticonceptivo de respaldo, por ejemplo el preservativo. |
| DIU Cu / DIU LNG | Reemplazo de DIU por ACO: • En un plazo de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual: puede iniciarse el uso de ACO. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional. El DIU puede retirarse en ese momento. • Más de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual: puede iniciarse el uso de ACO, si se tiene la certeza razonable de que no hay embarazo. – Con actividad sexual durante el ciclo menstrual actual: se recomienda que el DIU se retire al momento del siguiente sangrado. – Sin actividad sexual durante el ciclo menstrual actual: deberá abstenerse de tener relaciones sexuales pene-vagina o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días o bien retirar el DIU en el siguiente sangrado. | Reemplazo de DIU por ACI: • En un plazo de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual: puede iniciarse el uso de ACI. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional. El DIU puede retirarse en ese momento. • Más de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual: puede iniciarse el uso de ACI, si se tiene la certeza razonable de que no hay embarazo. – Con actividad sexual durante el ciclo menstrual actual: se recomienda que el DIU se retire al momento de la siguiente menstruación. – Sin actividad sexual durante el ciclo menstrual actual: deberá abstenerse de tener relaciones sexuales pene-vagina o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días o bien retirar el DIU en el siguiente sangrado. | Reemplazo de DIU por AMPD: • En un plazo de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual: puede iniciarse el uso de AMPD. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional. El DIU puede retirarse en ese momento. • Más de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual: puede iniciarse el uso de AMPD, si se tiene la certeza razonable de que no hay embarazo. – Con actividad sexual durante el ciclo menstrual actual: se recomienda que el DIU se retire al momento de la siguiente menstruación. – Sin actividad sexual durante el ciclo menstrual actual: deberá abstenerse de tener relaciones sexuales pene-vagina o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días o bien retirar el DIU en el siguiente sangrado. |

| Implante | AOPS (Minipildora/Desogestrel) | DIU Cu / DIU LNG |
|---|--|--|
| Reemplazo de ACO por implante: Puede insertarse inmediatamente si usó ACO de manera correcta y consistente. No es necesario esperar hasta el próximo sangrado. No hay necesidad de método de respaldo. Si el cambio se produce en la primer semana de toma de ACO, usar método de respaldo por 7 días. | Reemplazo de ACO por AOPS: Iniciar las pastillas al día siguiente de la toma del último comprimido activo del ACO, sin tomar las pastillas inactivas o sin hacer la semana de no toma. Es probable que durante ese mes no se produzca el sangrado. No hay necesidad de método de respaldo. | Reemplazo de ACO por DIU Cu / DIU LNG: Inmediatamente, si ha estado utilizando el método de manera correcta o si, de otro modo, existe razonable certeza de que no hay embarazo. No necesita esperar al siguiente sangrado. Utilizar preservativo hasta verificar con un control que el DIU se encuentra en cavidad. |
| Reemplazo de ACI por implante: insertar el implante en el momento en que debería repetirse la inyección. No es necesario método de respaldo. (También se puede colocar el implante algunos días o semanas antes de la fecha en que debía aplicarse el inyectable, para no perder la oportunidad). | Reemplazo de ACI por AOPS: comenzar la toma de las pastillas cuando correspondiera la aplicación del ACI. No hay necesidad de método de respaldo. | Reemplazo de ACI por DIU Cu / LNG: Inmediatamente, si ha estado utilizando el método de manera correcta o si, de otro modo, existe razonable certeza de que no hay embarazo. No necesita esperar al sangrado. Utilizar preservativo hasta verificar con un control que el DIU se encuentra en cavidad. |
| Reemplazo de AMPD por implante: el implante debe insertarse en el momento en que debería repetirse la inyección. Si se coloca hasta 15 semanas después de la última inyección de AMPD, no es necesario método de respaldo. | Reemplazo de AMPD por AOPS: comenzar la toma de las pastillas cuando correspondiera la siguiente aplicación. Si se comienza hasta 15 semanas después de la última inyección de AMPD, no hay necesidad de método de respaldo. | Reemplazo de AMPD por DIU Cu / LNG: Inmediatamente, si ha estado utilizando el método de manera correcta o si, de otro modo, existe razonable certeza de que no hay embarazo. No necesita esperar al sangrado. Utilizar preservativo hasta verificar con un control que el DIU se encuentra en cavidad. |
| | Reemplazo del implante por AOPS: Comenzar la toma de las pastillas cuando se realiza la extracción del implante. No hay necesidad de método de respaldo. | Reemplazo de implante por DIU Cu / LNG: Inmediatamente, si ha estado utilizando el método de manera correcta o si, de otro modo, existe razonable certeza de que no haya embarazo. No necesita esperar al siguiente sangrado. Utilizar preservativo hasta verificar con un control que el DIU se encuentra en cavidad. |
| Reemplazo de AOPS por implante: Colocar el implante cuando se desee y suspender ese mismo día la toma del AOPS (pasar de una a otra sin interrupción). Durante los primeros 7 días de colocado el implante hay que utilizar, además, un método anticonceptivo de respaldo, por ejemplo el preservativo. | Reemplazo de AOSP de levonorgestrel o linestrenol por desogestrel 0,075 mg: Comenzar la toma de las pastillas de desogestrel cuando se desee y suspender ese mismo día la toma del AOSP de levonorgestrel o linestrenol que se estaba usando (pasar de una a otra sin interrupción). Es necesario utilizar protección adicional por 7 días. | Reemplazo de AOPS por DIU Cu / LNG: Inmediatamente, si ha estado utilizando el método de manera correcta o si, de otro modo, existe razonable certeza de que no está embarazada. No necesita esperar al siguiente sangrado. Utilizar preservativo hasta verificar con un control que el DIU se encuentra en cavidad. |
| Reemplazo de DIU por Implante Subdérmico: • En un plazo de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual: puede colocarse el implante subdérmico. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional. El DIU puede retirarse en ese momento. • Más de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual: puede colocarse el implante subdérmico, si se tiene la certeza razonable de que no hay embarazo. – Con actividad sexual durante el ciclo menstrual actual: se recomienda que el DIU se retire al momento de la siguiente menstruación. – Sin actividad sexual durante el ciclo menstrual actual: deberá abstenerse de tener relaciones sexuales pene-vagina o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días o bien retirar el DIU en el siguiente sangrado. | Reemplazo de DIU por AOPS: • En un plazo de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual: puede iniciarse la toma. No es necesario proporcionar protección anticonceptiva adicional. El DIU puede retirarse en ese momento. • Más de cinco días desde el inicio del sangrado menstrual: puede iniciarse la toma, si se tiene la certeza razonable de que la mujer no está embarazada. – Con actividad sexual durante el ciclo menstrual actual: se recomienda que el DIU se retire al momento de la siguiente menstruación. – Sin actividad sexual durante el ciclo menstrual actual: deberá abstenerse de tener relaciones sexuales pene-vagina o tendrá que usar protección anticonceptiva adicional durante los siguientes siete días o bien retirar el DIU en el siguiente sangrado. | Reemplazo de DIU Cu / LNG por otro DIU Cu / LNG: Una vez cumplido el tiempo de vida útil del dispositivo, si la mujer desea continuar con el método, puede colocarse un nuevo DIU. Se sugiere que la extracción y la colocación se realicen en el mismo procedimiento. Utilizar preservativo hasta verificar con un control que el DIU se encuentra en cavidad. |

PASATIEMPOS O HOBBIES

Muchas veces, en el ámbito asistencial, suele resultarnos habitual observar signos de aburrimiento o dificultad para encontrar actividades de esparcimiento en adolescentes y jóvenes. Podríamos afirmar que aburrirse no es lo mismo que no hacer nada, es decir, podemos desear de vez en cuando no hacer nada, pero nadie desea aburrirse. Por esto, es importante considerar, durante la consulta, si la decisión de la persona adolescente de hacer algo es para no aburrirse, ya que la acción sería una definición de lo que se desea por negativo.

Las actividades que se practican por gusto y de forma recreativa en el tiempo libre son conocidas con el nombre de pasatiempos o hobbies. Es importante enfatizar en un uso provechoso, ya que son de utilidad en la prevención de riesgos, como conductas violentas, consumo de alcohol y drogas, entre otros. Elegir actividades que contribuyan al bienestar de la persona adolescente, fomentando la creatividad y desarrollando habilidades. En este aspecto, cabe preguntarnos si todos los pasatiempos son saludables, es importante tener en cuenta que algunos son impuestos por el marketing, la mirada adulta, la mirada social, etc.

ESPACIOS Y LUGARES PARA LOS PASATIEMPOS

Otras consideraciones a tener en cuenta en el desarrollo de pasatiempos es el lugar en donde se llevan a cabo, estos pueden ser:

- ✕ **Espacios compartidos**, en los que, habitualmente, cuentan con algún tipo de orden, disciplina o normas generadas habitualmente por personas adultas. Podríamos considerar como ejemplos a la vivienda familiar, clubes y polideportivos, espacios extraescolares, bibliotecas, etc. Son espacios donde adolescentes y jóvenes tienden a mimetizarse con el mundo adulto.
- **Espacios autónomos** o propios que adolescentes y jóvenes eligen. Son flexibles, desregulados (o regulados por pares), apartados de la mirada adulta, normatizados y gestionados por adolescentes. La significancia del espacio es a criterio de adolescentes. Brinda protagonismo y pertenencia, refleja expresiones propias. Son espacios que implican la necesidad de independencia del mundo adulto. Algunos espacios como ejemplo pueden ser: la vereda, la plaza, el parque, rincones, ríos/lagos u otros espacios públicos en general.

Por lo anteriormente comentado, podemos pensar el rol de las personas adultas o la invasión en los espacios de adolescentes y jóvenes, pero también la presencia para recordar aspectos generales de convivencia, respeto y cuidados.

Debemos promover la autonomía de la gestión de los hobbies a las personas adolescentes, permitir que los grupos de jóvenes puedan encontrar y construir su espacio, establecer aspectos de frecuencia de encuentros, tiempo, actividades, etc. Son formas de promover la espontaneidad, naturalidad y creatividad de esta etapa de la vida.



HOBBIES Y LA MIRADA ADULTA

Podríamos tener en cuenta también la mirada adultocéntrica en el desarrollo de pasatiempos. Es habitual observar que los impuestos por personas adultas tienen actividades asociadas a obligatoriedad, disciplina, compromiso, etc. Se puede observar, además, una relación de poder, dominio o jerarquía donde tutoriza, enseña o acompaña el desarrollo del pasatiempo. En este caso, el grupo de adolescentes se arma según el criterio adulto: quiénes, dónde, cuántos, qué edades, etc; también deciden sobre otros aspectos, como la distribución y el lugar de trabajo, por ejemplo.

Según las personas adolescentes, la participación de las personas adultas en su tiempo libre supone que estas puedan imponer sus decisiones, control y poder, y, por eso, evitan relacionarse con ellas en los momentos de ocio.



BIBLIOGRAFÍA

Comité Nacional de Crecimiento y Desarrollo (2013). Guía para la evaluación del crecimiento físico. Sociedad Argentina de Pediatría. https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/libro_verde_sap_2013.pdf

Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Organización Mundial de la Salud. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44441/9789243599977_spa.pdf

Guía sobre el derecho adolescente al acceso a la salud. Ministerio de Salud Argentina, 2018. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/guia_sobre_derechos_de_adolescentes_para_el_acceso_al_sistema_de_salud.pdf

Guía de recomendaciones para la atención integral de adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad. Ministerio de Salud Argentina, 2011. <http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento108.pdf>

Diana Pasqualini y Alfredo Llorens (2016). Manual de adolescencia y salud. Un abordaje integral. Ed. Journal.

Nelson. Tratado de pediatría. 17° edición (2005). Ed. Saunders.

M.I. Hidalgo Vicario et al. (2012). Medicina de la adolescencia. Atención integral, 2° edición. Ed. Ergon.

PRONAP (2016). Adolescencia. Temas de actualización. Capítulo: Examen físico y aparato locomotor. Módulo 2.

PRONAP (2016). Adolescencia. Temas de actualización. Capítulo: La entrevista clínica al adolescente y actividad física durante la adolescencia. Módulo 1.

PRONAP (2018). Adolescencia. Temas de actualización. Capítulo: Marco legal en la atención del adolescente. Módulo 4.

Confederación de Adolescencia y Juventud de Iberoamérica Italia y el Caribe (CODAJIC). Consenso de despatologización. <https://codajic.org>

Métodos anticonceptivos. Guía práctica para profesionales de la salud. Ministerio de Salud Argentina. <http://www.ms.gba.gov.ar/sitios/tocoginecologia/files/2014/02/M%C3%A9todos-Anticonceptivos.-Guia-Pr%C3%A1ctica-para-Profesionales-de-la-Salud.pdf>

Manual para la aplicación de las guías alimentarias para la población argentina. Ministerio de Salud Argentina. https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-08/guias-alimentarias-para-la-poblacion-argentina_manual-de-aplicacion_0.pdf

Calendario Nacional de Vacunas. Ministerio de Salud Argentina. <https://www.argentina.gob.ar/salud/vacunas>

Comité Nacional de Hematología, Oncología y Medicina Transfusional y Comité Nacional de Nutrición. Deficiencia de hierro y anemia ferropénica. Guía para su prevención, diagnóstico y tratamiento. Sociedad Argentina de Pediatría. https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/consensos_deficiencia-de-hierro-y-anemia-ferropenica-guia-para-su-prevencion-diagnostico-y-tratamiento--71.pdf

Sociedad Argentina de Cardiología (SAC) y Sociedad Argentina de Pediatría. Consenso de prevención cardiovascular en la infancia y la adolescencia. Versión resumida. Recomendaciones. https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/consensos_consenso-de-prevencion-cardiovascular-en-la-infancia-y-la-adolescencia-version-resumida-recomendaciones-90.pdf

Sociedad Argentina de Pediatría. Comité Nacional de Infectología. Actualización sobre vacunas: recomendaciones de 2018. https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/consensos_actualizacion-sobre-vacunas-recomendaciones-de-2018-84.pdf

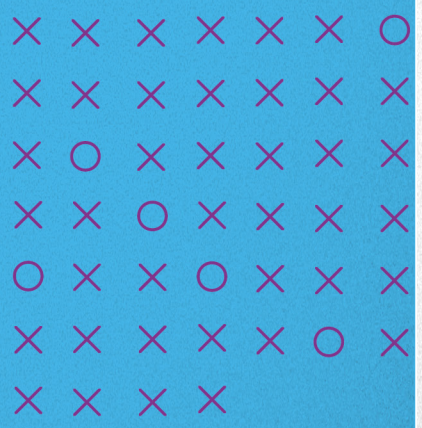
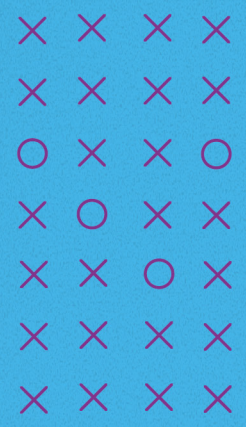
Sociedad Argentina de Pediatría. Dra. Laura Krynskia, Dra. Silvina Ghersinb, Dr. Miguel Del Vallec y Dr. Gustavo Cardignid. Comunicación a través de medios electrónicos en pediatría. Recomendaciones de uso. https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/consensos_comunicacion-a-traves-de-medios-electronicos-en-pediatria-recomendaciones-de-uso-86.pdf

Sociedad Argentina de Pediatría. Comité Nacional de Medicina del Deporte Infantojuvenil. Entrenamiento de la fuerza en niños y adolescentes: beneficios, riesgos y recomendaciones. https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/consensos_entrenamiento-de-la-fuerza-en-ninos-y-adolescentes-beneficios-riesgos-y-recomendaciones-80.pdf

Sociedad Argentina de Pediatría. Actualización del consenso sobre constancia de salud del niño y del adolescente para la realización de actividades físicas y/o deportivas. https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/consensos_actualizacion-del-consenso-sobre-constancia-de-salud-del-nino-y-del-adolescente-para-la-realizacion-de-actividades-fisicas-yo-deportivas-73.pdf

Sociedad Argentina de Pediatría. Comité Nacional de Endocrinología. Enfoque práctico del manejo de la ginecomastia. Seis preguntas que debe responderse el pediatra ante un paciente con ginecomastia. <https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/enfoque-pr-aacutectico-del-manejo-de-la-ginecomastia-seis-preguntas-que-deba-responder-el-pediatra-ante-un-paciente-con-ginecomastia.pdf>

Sociedad Argentina de Pediatría. Comité Nacional de Endocrinología. Trastornos del ciclo menstrual en la adolescencia. <https://www.sap.org.ar/uploads/consensos/trastornos-del-ciclo-menstrual-en-la-adolescencia.pdf>



SALUD
INTEGRAL
en **ADO**
L&SCE
NCIAS

MINISTERIO DE SALUD

NEUQUÉN
PROVINCIA

**JUNTOS
PODEMOS
MÁS**