

Guía de recomendaciones para la
**Atención integral
de adolescentes**
en espacios de salud amigables
y de calidad

Autoridades

Presidenta de la Nación

Dra. Cristina Fernández de Kirchner

Ministro de Salud

Dr. Juan Luis Manzur

Secretario de Promoción y Programas Sanitarios

Dr. Máximo Diosque

Subsecretario de Salud Comunitaria

Dr. Guillermo Pedro González Prieto

Directora de Medicina Comunitaria

Dra. Silvia Baez Rocha

Coordinador del Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia

Dr. Fernando Zingman

Guía de recomendaciones para la

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

Desarrollo de Contenidos:

Dr. Gonzalo Agüero, Dr. Juan Carlos Escobar, Dra. Andrea Franck.

Colaboradores:

Dra. Graciela Morales, Dra. Viviana Medina, Dra. María Jolly.

Coordinación Editorial

Dr. Fernando Zingman

Fotografía

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

Diseño Editorial Integral

DCV Anahí Maroñas

Índice

Inmunizaciones.....	143
Recomendaciones generales	143
Consideraciones particulares.....	143
Vacunas con indicación individual.....	145
Seguimiento y control de la adolescente embarazada	148
Equipamiento para consultorio	154
Técnica de medición de Tensión Arterial.....	156
Tabla de percentilos de Tensión Arterial	157
Circunferencia de cintura.....	159
Tabla para el cálculo de edad decimal	160
Anticonceptivos orales hormonales combinados. Presentación y uso correcto	161
Gráfico de percentilos Talla Niñas.....	165
Gráfico Velocidad de Estatura Niñas	166
IMC Niñas	167
Gráfico de percentilos Talla Niños.....	168
Gráfico Velocidad de Estatura Niños	169
IMC Niños	170
Bibliografía.....	171

Legales

Las vacunas provistas por el Estado son las que se encuentran dentro del Calendario Nacional de Vacunación.

Recomendaciones generales

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

- ✓ **TRIPLE O DOBLE VIRAL:** 2 dosis (intervalo mínimo: 1 mes), según norma (si no recibieron dos dosis luego del año de edad)
- ✓ **DOBLE ADULTOS:** 2 dosis + refuerzo (intervalo mínimo: 0 – 1 – 12 meses)
- ✓ **HEPATITIS B:** 3 dosis (0 – 1 – 6 meses)
- ✓ **OPV:** 3 dosis

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

Consideraciones particulares

Información complementaria al esquema de vacunación del Ministerio de Salud de la Nación.

Vacuna antitetánica - antidiftérica (dT, Doble Adultos)

Se aplicará a las embarazadas con esquema incompleto o desconocido como esquema básico o refuerzo (según corresponda) a partir del quinto mes o cuarenta días antes de la fecha probable del parto.

Se indicará el refuerzo a los 16 años a aquellos adolescentes que hayan cumplido 11 años antes del 2009.

Vacuna triple acelular (dTap)

Vacunación de adolescentes de 11 años (y de aquellos que hayan cumplido 11 años a partir de 2009).

Vacuna antipoliomielítica (VPO – Sabin)

Los esquemas incompletos deben ser actualizados hasta los 18 años.

Contraindicaciones: Embarazo, Adolescentes con algún tipo de inmunocompromiso primario o secundario, Conviviente de pacientes inmunosuprimidos.

En estos casos se aplicará vacuna IPV (Salk)

Vacuna antihepatitis B

- Se recomienda la vacunación sin serología previa, a todo adolescente que no la haya recibido.
- Si presenta esquema incompleto, debe completarse desde la última dosis recibida.
- Toda adolescente embarazada y no vacunada contra la hepatitis B debe realizarse HBsAg al menos una vez en el tercer trimestre. No se contraindica la vacuna en la embarazada susceptible.

Vacuna triple viral (sarampión, rubéola, paperas)

- Aplicar una dosis de vacuna antisarampionosa (doble o triple viral), si no certifican el siguiente esquema de vacunación1:
 - ▶ De 13 meses a 14 años DOS DOSIS de vacuna.
 - ▶ De 15 a 50 años, certificar la aplicación de UNA DOSIS de vacuna durante las campañas de vacunación sarampión-rubéola en adultos (2006 al 2009).
- Alternativamente, la confirmación por laboratorio (anticuerpos Ig G específicos del sarampión) constituye un correlato de protección adecuada.

Contraindicaciones: Embarazo, Inmunodeficiencias.

Vacuna para el HPV

Existen dos vacunas:

- ▶ Vacuna cuadrivalente. Protege contra serotipos 6, 11, 16 y 18.
- ▶ Vacuna bivalente. Protege contra los serotipos 16 y 18.

No ha sido completamente establecida la duración de la protección. Se ha observado eficacia protectora sostenida hasta los 7,3 años luego de la primera dosis. La inmunogenicidad hasta los 8,4 años. Hay estudios a largo plazo para establecer la duración de la protección. Hasta el momento, no ha sido establecida la necesidad de una dosis de refuerzo. Se determinará su

necesidad a largo plazo, de acuerdo a la evidencia que se genere en los próximos años.

La vacuna no tiene efecto terapéutico, no protege de los tipos virales ya adquiridos.

En relación a los varones, estos se benefician, vacunando al 80% de las mujeres; por lo tanto se debe evaluar indicación individual.

Indicaciones

El ministerio de Salud de la Nación incorporó esta vacuna a partir del año 2011 al calendario nacional, indicada para todas las niñas de 11 años .

El esquema recomendado es de 3 dosis conforme a un calendario de 0, 1 y 6 meses después de la primera en el caso del la bivalente y 0, 2 y 6 en el caso de la cuadrivalente



Se debe hacer hincapié en explicar a las pacientes y sus familias que la vacunación no exceptúa la necesidad de realización de Pap de acuerdo a las Normas Nacionales del Ministerio de Salud de la Nación.



Vacunas con indicación individual (No contenidas dentro del calendario nacional de vacunación)

Varicela

Se indica con criterio individual en adolescentes que no hayan tenido varicela (el interrogatorio es válido como antecedente de la misma).

Esquema de administración			
Edad	Dosis	Intervalo	Serología /Prevacunación
1 a 12 años	2 dosis	4 a 8 semanas entre cada dosis	No
>13 años	2 dosis	4 a 8 semanas entre cada dosis	Considerar
Huésped Inmunocomprometido	2 dosis	4 a 8 semanas entre cada dosis HIV: 3 meses entre cada dosis	Sí

Contraindicaciones: Inmunodeficientes (consultar con el especialista el momento adecuado). Pacientes con tratamiento crónico con salicilatos. Embarazo.

Hepatitis A

- Incorporada al calendario nacional, desde el año 2005; al año de edad, única dosis.
- En adolescentes que no hayan cursado la enfermedad, se recomienda realizar serología previa. La indicación es con criterio individual.
- El esquema recomendado es de 2 dosis.

Vacuna Antineumococo

- Esquema básico: 1 dosis de la vacuna de 23 serotipos.
- Se debe administrar a adolescentes con enfermedades crónicas asociadas con alto riesgo de enfermedad neumocócica o sus complicaciones.

Se consideran adolescentes de alto riesgo aquellos con Asplenia funcional o anatómica, Anemia drepanocítica, Síndrome nefrótico, enfermedad renal crónica, fístulas de líquido cefalorraquídeo, Inmunosupresión (incluyendo VIH, Enfermedad de Hodgkin, linfoma, mieloma múltiple), Adolescentes con enfermedad pulmonar o cardíaca crónica, Síndrome de Down.

La revacunación se recomienda en adolescentes con riesgo de padecer infecciones por neumococo graves y aquellos pasibles de experimentar un rápido descenso del nivel de anticuerpos protectores, particularmente, cuando han transcurrido 5 años o más de la administración de la primera dosis. Dicha revacunación es por única vez.

Vacuna Influenza

Se debe indicar anualmente a aquellos adolescentes con condiciones médicas que los exponen a riesgos de complicaciones. La vacuna debe ser aplicada a partir del mes de marzo de cada año con la cepa correspondiente y actualizada al año en curso. Puede realizarse la vacunación durante todo el período invernal, aunque lo ideal es realizarla lo antes posible.

Indicaciones

Embarazadas (vacuna sin timerosal) y Puérperas (incluidas en calendario nacional):

- Embarazadas: en cualquier trimestre de la gestación.
- Puérperas con niños menores de 6 meses de vida

Enfermedades crónicas: respiratorias, cardíacas, inmunodeficiencias, oncohematológicas, Obesos con IMC mayor a 40, Diabéticos, insuficiencia renal crónica en diálisis o con expectativas de ingresar a diálisis en los siguientes 6 meses, retraso madurativo severo en menores de 18 años de vida,

síndromes genéticos, enfermedades neuromusculares con compromiso respiratorio y malformaciones congénitas graves, tratamiento crónico con ácido acetil salicílico en menores de 18 años, convivientes o contactos estrechos de enfermos oncohematológicos, contactos estrechos con niños menores de 6 meses (convivientes, cuidadores en jardines maternas).

Para ampliar conceptos remitirse a Normas Nacionales de Vacunación del Ministerio de Salud de la Nación.



www.msal.gov.ar/htm/site/pdf/Normas08.pdf



Seguimiento y control prenatal de la adolescente embarazada

Frente al diagnóstico de embarazo en una adolescente, se establecerá una estrategia de abordaje basada en el modelo de Atención Integral que contemple no solo los profundos cambios que se producen durante la gestación, sino también los propios de la edad y las eventuales crisis familiares y/o socio-económico-culturales que puedan presentarse a partir de este diagnóstico.

Se recomienda establecer un equipo interdisciplinario de seguimiento acorde al recurso institucional con el que se cuente.



Sensibilizar al grupo de profesionales para el trabajo con adolescentes a fin de evitar la discriminación, el maltrato, el desconocimiento de los derechos de los niños y adolescentes, la desestimación de las consultas o denuncias de abusos por parte de éstos.



La intervención del equipo de adolescencia en el seguimiento de pacientes adolescentes embarazadas tiene como objetivos generales:

- Promover el cuidado temprano del embarazo para evitar o disminuir las causas de morbi mortalidad materno infantil: estado nutricional de la adolescente, anemia, infecciones e hipertensión durante el embarazo, parto y puerperio.
- Abordaje integral de la adolescente embarazada.
- Atender los derechos del padre: conocimiento de su paternidad, poder presenciar el parto y ver a su hijo aunque no continúe con su pareja.
- Aumentar el número de partos hospitalarios.
- Favorecer la atención del parto por personas idóneas para la comprensión de la edad de la madre (aspectos bio-psico-sociales) y sus necesidades.
- Aprovechar el tiempo de internación para establecer un vínculo de confianza con la paciente y acordar futuros encuentros a fin de conversar sobre sexualidad, anticoncepción, lactancia y otras cuestiones relacionadas con su nuevo rol dentro de la familia.
- Seguimiento en equipo de la puérpera y su hijo, su relación con el niño, dando los cuidados y la contención necesarios.

- Promover el trabajo interdisciplinario e intersectorial.
- Dar a conocer los derechos de las adolescentes embarazadas escolarizadas (licencias por maternidad) y los que tienen en el momento del parto (acompañamiento en el parto, derecho a la información).
- Compartir con las adolescentes futuras madres la emoción del advenimiento del bebé.

“ Es muy importante que toda adolescente embarazada pase por un exhaustivo control clínico durante todo el tiempo de gestación. ”

Se recomienda utilizar las historias clínicas del adolescente (SIA) del CLAP y la perinatal (SIP) del CLAP OPS/OMS.

El uso de estos instrumentos permite aplicar el enfoque de riesgo y trazar el perfil de la adolescente embarazada que se está atendiendo.

Se considerará embarazo de alto riesgo cuando se pesquise:

- Adolescente desnutrida
- Edad menor a 15 años
- Talla menor a 1,50 m
- Hemoglobina menor a 11 mg/ml
- Glucemia en ayunas mayor a 105 mg/ml
- Hipertensión
- HIV, SIDA
- Sífilis
- Otras enfermedades concomitantes: diabetes, cardiopatías, enfermedades gástricas que modifiquen la absorción, enfermedades autoinmunes, hepatopatías, coagulopatías, entre otras.

“ La adolescente que está en mayor riesgo es la que lleva adelante un embarazo sola, sin apoyo de su familia, sin pareja o se encuentran en situación de gesta no deseada. ”

A partir de la evaluación de riesgo se definirá el nivel de complejidad requerido para el seguimiento.

- Embarazo de bajo riesgo: seguimiento en primer nivel de complejidad con médicos o parteras entrenadas.
- Embarazo de alto riesgo: seguimiento en centros de mayor complejidad (hospitales de segundo o tercer nivel) acorde a las necesidades de la madre y/o del hijo (Ej.: malformaciones).

Las consultas durante el embarazo y puerperio

Es importante que la adolescente embarazada se sienta contenida y saber que debe volver cada mes, así como los síntomas acorde al trimestre que cursa para la consulta de urgencia.

Respecto a la periodicidad del control prenatal es muy importante acordar con la paciente el siguiente encuentro en función de sus necesidades. Lo ideal es que, a medida que se acerca la fecha de parto, los encuentros sean más seguidos aunque el primer trimestre suele ser el período de mayor conflicto con la familia, pareja, escuela.

Tener en cuenta lo siguiente:

- Hacer participar al adulto acompañante siempre que la paciente lo desee, ya que muchas veces es el único referente con el que cuenta.
- Claridad y sencillez en las explicaciones.
- No dar nada por entendido, repreguntar.
- En cada consulta repasar los signos de alarma acorde con la edad gestacional.
- Es importante que en cada visita se le “pregunte explícitamente” acerca de posibles signos de alarma: pérdida de sangre o líquido (según el período del embarazo en que se encuentre), disuria, contracciones, si el bebe se mueve, si tiene flujo mal oliente, etc.
- Preguntar en cada consulta si continúa con la misma pareja
- Pensar en la “familia adolescente”.
- Incluir a la pareja
- Relación médico-paciente adecuada.

Seguimiento estipulado por trimestre ¹	
Tiempo de gestación	Estudios solicitados
Primer trimestre	<p>Anamnesis.</p> <p>Peso, talla, tensión arterial, examen del abdomen, puño percusión bilateral.</p> <p>Examen mamario.</p> <p>Observación de genitales externos (no es necesario un tacto de rutina y menos en la primera entrevista).</p> <p>Toma de PAP y colposcopia si no las realizaron dentro de los 6 meses anteriores.</p> <p>Si la paciente tiene antecedentes de HPV, se realizará una por trimestre y preparto.</p> <p>Solicitud de estudios: rutina de sangre y orina, grupo y factor Rh.</p> <p>Solicitud de estudios para enfermedades de transmisión sexual. Cultivo de flujo.</p> <p>Cultivo de orina (a esta edad las infecciones urinarias pueden no manifestarse con dolor).</p> <p>Ver calendario de vacunas.</p> <p>Interconsulta con el dentista.</p> <p>Estudios especiales según síntomas asociados.</p> <p>Ecografía obstétrica.</p> <p>Vacunas estacionales (cambiarán acorde con la realidad de salud del momento).</p> <p>Indicación de ácido fólico, nutrición correcta y, si es necesario, vitaminas.</p>
Segundo trimestre	<p>Otros estudios, si fueran necesarios, acorde con los antecedentes de la paciente.</p> <p>Preguntar si continúa con la misma pareja, si hubo cambios o problemas en su casa, cómo va en el colegio.</p> <p>Peso, tensión arterial, examen y medición del abdomen, puño percusión bilateral.</p> <p>Auscultación de latidos fetales y altura uterina.</p> <p>Solicitud de estudios: rutina de sangre y orina.</p> <p>Y de estudios para enfermedades de transmisión sexual.</p> <p>Curva de glucosa (P75), sobre todo con antecedentes familiares.</p> <p>Test de tiroides si hay antecedentes familiares.</p> <p>Ecografía obstétrica.</p> <p>Vacunación: doble adultos (tétanos/difteria).</p> <p>Continúa con hierro.</p> <p>Estudios especiales según síntomas asociados.</p>
Tercer trimestre	<p>Preguntar si continúa con la misma pareja, si hubo cambios o problemas en su casa, qué ocurre con el colegio, etc.</p> <p>Peso, tensión arterial, examen y medición del abdomen, puño percusión bilateral.</p> <p>Solicitud de estudios: rutina de sangre y orina.</p> <p>Y de estudios para enfermedades de transmisión sexual.</p> <p>Estudios especiales según síntomas asociados:</p> <ul style="list-style-type: none"> Cultivo de flujo. Estreptococo β hemolítico (35 semanas). Cultivo de orina. Ecografía obstétrica. Monitoreos fetales (36 semanas). <p>Curso parto.</p> <p>Continúa con hierro.</p>

Laboratorio

En el primer trimestre solicitar hemograma, glucemia, hepatograma, orina completa, urocultivo, cultivo de flujo, grupo y factor Rh.

Repetir trimestralmente.

Enfermedades infecciosas

Realizar serologías para HIV, sífilis, hepatitis B, Toxoplasmosis, Chagas. En el tercer trimestre repetir serologías para HIV y sífilis así como cultivo para estreptococo β hemolítico.

Si la situación lo permite, citar a la pareja y solicitarle el HIV.

Alimentación

Hacer un buen interrogatorio nutricional e indicar una dieta equilibrada y las cantidades de minerales, vitaminas y proteínas necesarias.

Es recomendable la interconsulta con nutrición, sobre todo si presenta antecedentes de TCA.

Curso de preparación para el parto

La actividad grupal en el curso de preparación para el parto favorece la comunicación con el equipo de salud, brinda contención al compartir con pares las vivencias y problemáticas que surgen con el embarazo y ayuda a la comprensión de las indicaciones dadas por el equipo de salud.

Durante el curso, no sólo se les da información en relación a los distintos momentos de gestación sino también, se explica qué ocurrirá en cada etapa del parto o cesárea. Se supervisa la concurrencia a los controles médicos y se refuerzan las indicaciones correspondientes.

Se realizan ejercicios y simulacros de parto con la persona que ellas elijan que las acompañe en ese momento.

El Parto

Convenientemente se realizará en el hospital, con la mayor contención y con el acompañante que la paciente elija para ese momento.

De no haber complicaciones, permanecerá internada dos o tres días. Previo al alta se entregará un método anticonceptivo seguro no contraindicado en la lactancia y se retomará la relación con el consultorio de adolescencia citando a control con turno.

1- Modificado de (Giurgiovich, A.; Raffa,s; Peña,m y col.: "Adolescencia y embarazo. una mirada integral de la maternidad y paternidad"). Ascune. 2010.



Es deseable, destinar un espacio diferenciado para la internación de madres adolescentes.



Puerperio

Es importante propiciar un encuentro posterior al parto donde la paciente pueda expresar su vivencia sobre el nacimiento, la experiencia vivida, sus temores, sus alegrías. Para facilitar esta consulta programar el turno con anterioridad o permitiendo que la paciente concurra sin turno.

El primer control posparto de la madre y el niño suele realizarse a la semana o a los diez días, si el embarazo finalizó en cesárea. Combinar otra cita a los quince días, al mes y a los tres meses.

Las visitas escalonadas permiten evaluar cómo se adapta a la maternidad y cómo es la relación madre hijo, con su pareja y familia.

Se evalúa también:

- Si se está alimentando bien.
- Si se está cuidando efectivamente con anticonceptivos.

Debe incluir:

- La atención de la díada madre-hijo.
- El acompañamiento en la maternidad y paternidad (cuidar al cuidador)
- El trabajo con la familia y el fortalecimiento de sus vínculos.
- La prevención de un segundo embarazo no buscado.
- La prevención de abuso y relaciones sexuales bajo coerción.
- El desarrollo de habilidades para la vida y de autocuidado.
- Apoyo para los proyectos más allá de la maternidad e inserción en el futuro social y laboral en su comunidad. La promoción de la permanencia o reinserción escolar se encuentra enmarcada por la Ley Nacional 25.584 de 2002 por la que se prohíbe toda acción institucional en los establecimientos de educación pública del país, de cualquier nivel, ciclo y modalidad, que impida el inicio o continuidad del ciclo escolar a cualquier alumna embarazada. También, prohíbe que las alumnas embarazadas sean marginadas, estigmatizadas o humilladas.

Por su parte, la Ley Nacional 25.808, de 2003, amplía lo dispuesto por la ley 25.584 al incluir a los establecimientos privados de educación pública de todo el país.

Equipamiento para consultorio

EQUIPAMIENTO PERMANENTE

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

MATERIAL DE CONSUMO Y DESCARTABLES	CLINICA
	<ul style="list-style-type: none"> Camilleros de papel Guantes descartables Antisépticos varios Test de embarazo Botiquín de métodos anticonceptivos recomendados y de distribución gratuita Baja lenguas Gasa esterilizada Gasa de taponaje Torundas de algodón e hisopos Tubos con medio de transporte para cultivo Jeringas y agujas descartables Espéculos descartables (varios tamaños)
	Específicos para GINECO/OBSTETRICIA <ul style="list-style-type: none"> Espátulas de Ayre Cepillo de Endobrusch Portaobjetos Lápiz de diamante Solución de Lugol Solución de ácido acético al 3 % Solución de ácido tricloroacético al 50 % Solución de Podofilina en aceite al 25 % Solución de Violeta de Genciana al 5 % Frascos con solución de Formol al 10 % para tomas de biopsias Fijador para citología o spray
PAPELERÍA	
<ul style="list-style-type: none"> Formularios de Historia Clínica del Adolescente CLAP/SMR -OPS/OMS Formularios de Historia Perinatal Base Fichas para control de pacientes de riesgo Tablas de Peso, Talla, IMC y Velocidad de Crecimiento para mujeres y varones Tablas de Tanner para evaluación del estadio puberal. Material de Educación para la Salud (folletería) referido a diversos temas Láminas de fisiología de reproducción Regímenes impresos para varias patologías Recetarios Lápices negros y de color, goma, clips, bolígrafos 	

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



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

Técnica de medición de TA

El paciente debe estar cómodamente sentado y tranquilo, con el brazo apoyado y la arteria sobre la cual se efectuará la medición, a la altura del corazón. El método a utilizar es el auscultatorio. Los manguitos de presión deben cubrir 2/3 del largo del brazo desde el olécranon hasta el hombro y la vejiga inflable debe abarcar el 80% de la circunferencia. Es por eso que se debe contar con manguitos de distintas medidas. La campana del estetoscopio debe colocarse sobre la fosa antecubital sin presionar ni cubrirla con el manguito. Éste debe ser inflado a 20 mm Hg por encima del nivel en el cual desaparece el pulso radial y luego desinflado a un promedio de 2 a 3 mm Hg por latido, ya que el desinflado rápido puede dar lecturas erróneas. Se considerará tensión arterial sistólica a la aparición del primer ruido de Korotkoff y tensión arterial diastólica a la desaparición de los ruidos (5to ruido de Korotkoff), y tomar el 4to ruido cuando el 5to se escuche hasta el final. El manómetro debe estar a la altura de los ojos del operador.

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

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

Tablas de percentilos de Presión Arterial

Mujeres por percentilos de edad en años y talla

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

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

Varones por percentilos de edad en años y talla

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

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

Circunferencia de Cintura

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

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

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

Tabla para el cálculo de edad decimal

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

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

Anticonceptivos orales hormonales combinados: Presentación y uso correcto

Presentación: Envases con 21 comprimidos activos (con hormonas)

Envases con 28 comprimidos:

21 comprimidos activos + 7 placebos (inactivos)

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

Envases de 21 comprimidos

Uso correcto

D	L	M	M	J	V	S
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30				

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

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

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

¿Cuándo iniciar la toma?

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

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

Errores más frecuentes cometidos durante el uso de AOC

- Olvido de toma: no tomar el comprimido en la hora habitual, o no tomarlo ese día.

- Modificar el intervalo de días de descanso entre el último comprimido de una caja y el primer comprimido de la siguiente.
- Efectuar “descansos” en la toma, es decir, dejar pasar uno o varios meses sin tomar anticonceptivos.
- Abandonar el método sin cambiar por otro método igualmente eficaz.

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

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

Olvido de toma

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

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

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

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

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

Olvido en la primera semana

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

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

Olvido en la segunda semana

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

Olvido en la tercera semana

Para envases con 21 comprimidos: Tomar la píldora olvidada aunque signifique

tomar dos comprimidos juntos e iniciar otro envase sin hacer el descanso de los 7 días. Si se toma esta conducta no se producirá el sangrado en la fecha esperada, pero puede aparecer alguna mancha o sangrado en el transcurso de la toma del segundo envase.

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

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

Recomendaciones

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

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

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

Vómitos

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

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

Diarrea

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

¿Cómo cambiar de un anticonceptivo a otro?

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

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

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

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

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

Efectos colaterales

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

Interacciones medicamentosas de los anticonceptivos hormonales combinados

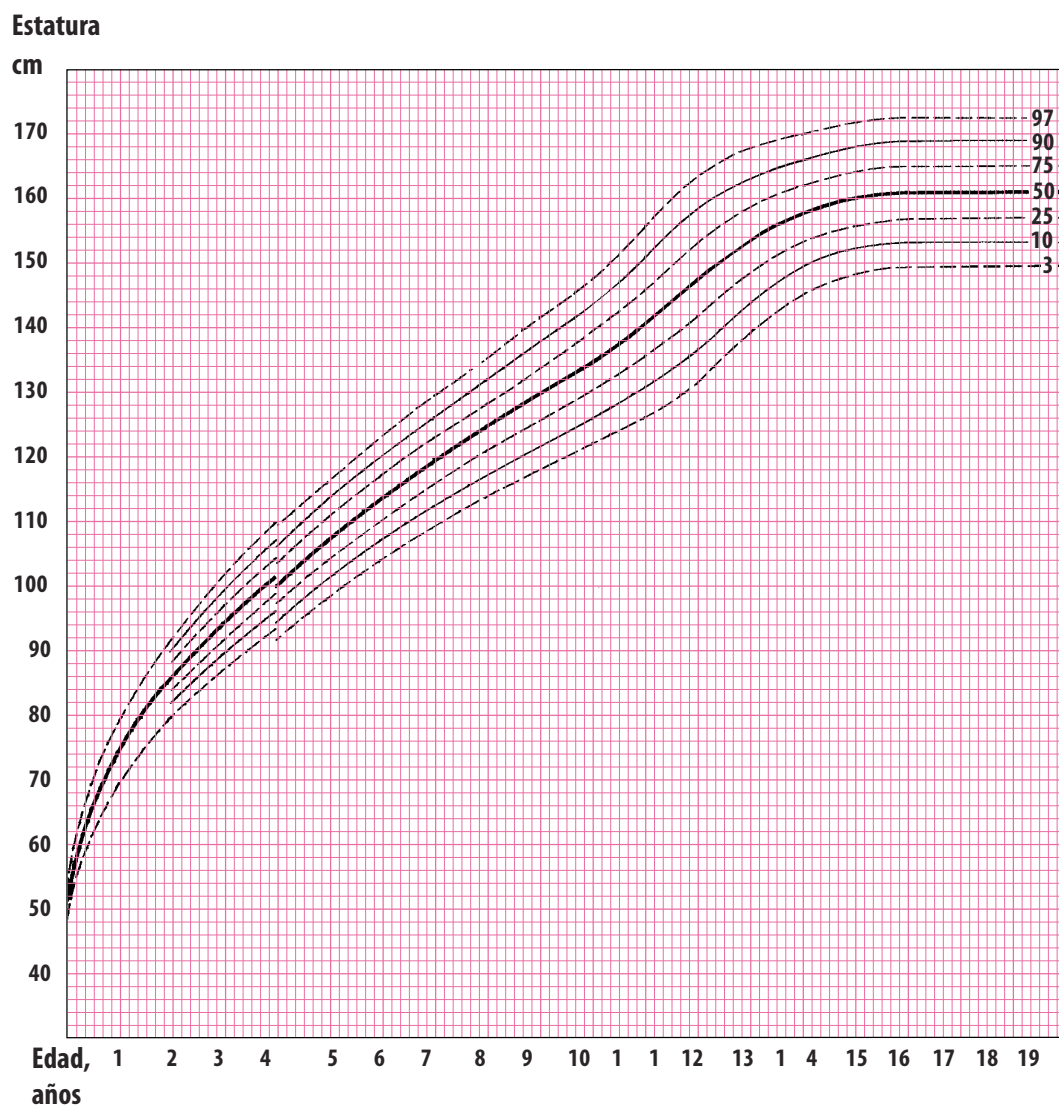
- Las interacciones de mayor relevancia clínica son las relacionadas con el metabolismo hepático.
- Antibióticos de amplio espectro: no afectan la efectividad de los anticonceptivos orales combinados (categoría 1 de los criterios de elegibilidad OMS)



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

Estatura

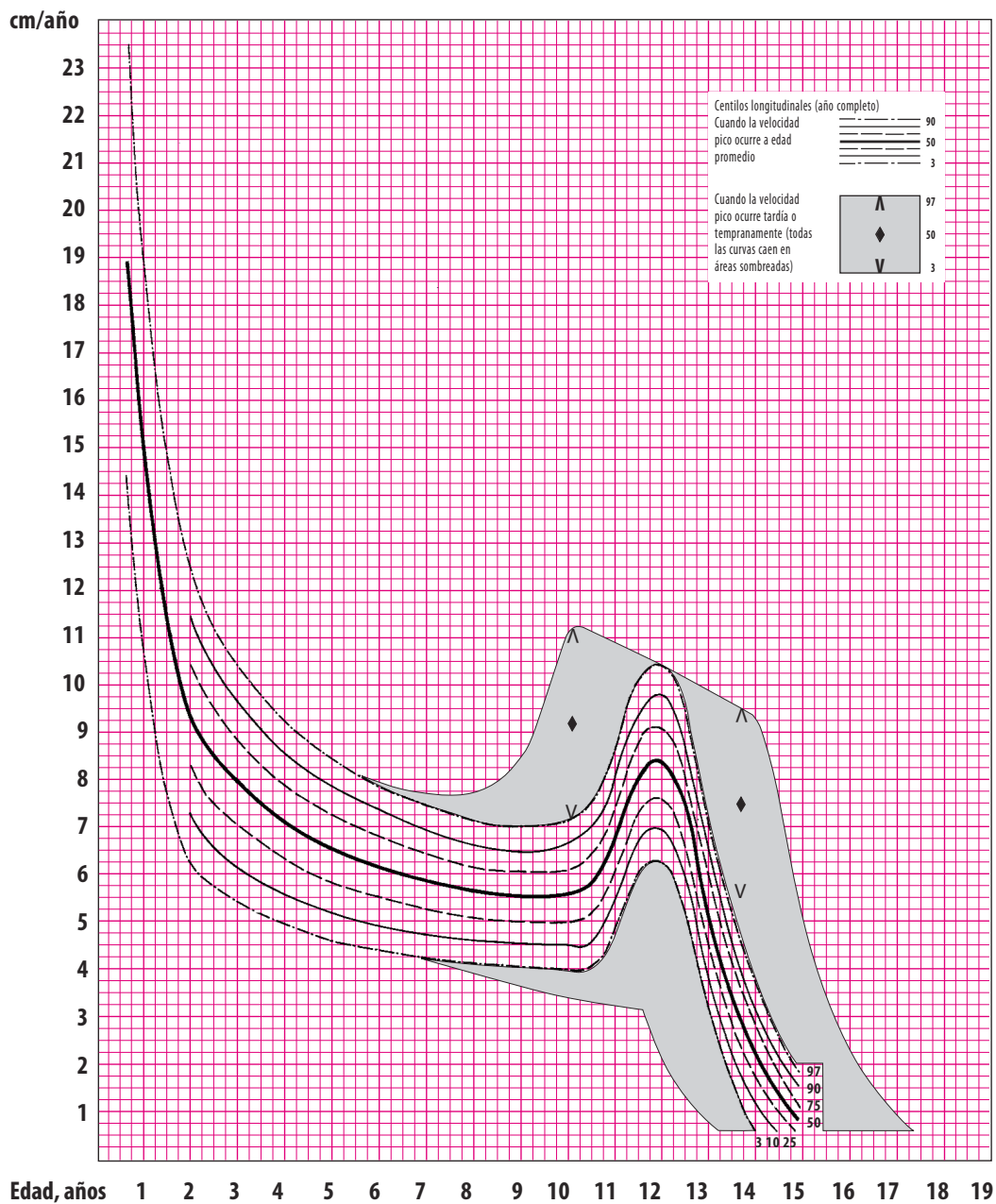
Nacimiento a 19 años



Gráficos preparados por Lejarraga H y Orfila J. Arch.argent.pediatr 1987; 85:209-222.

Velocidad de Estatura

Nacimiento a 19 años



IMC para la edad

5 a 19 años

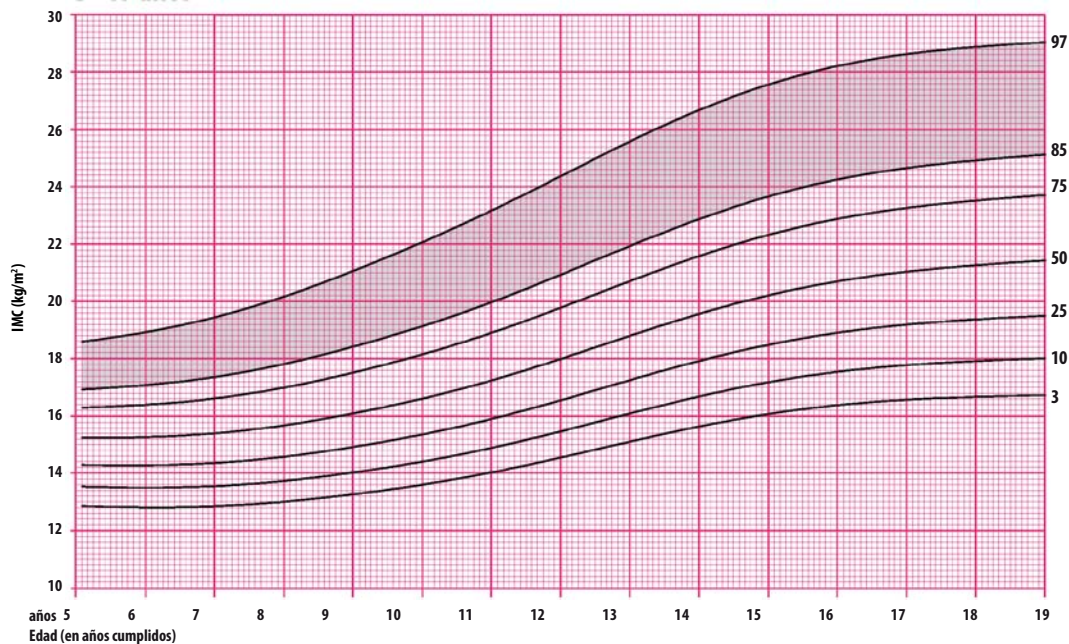
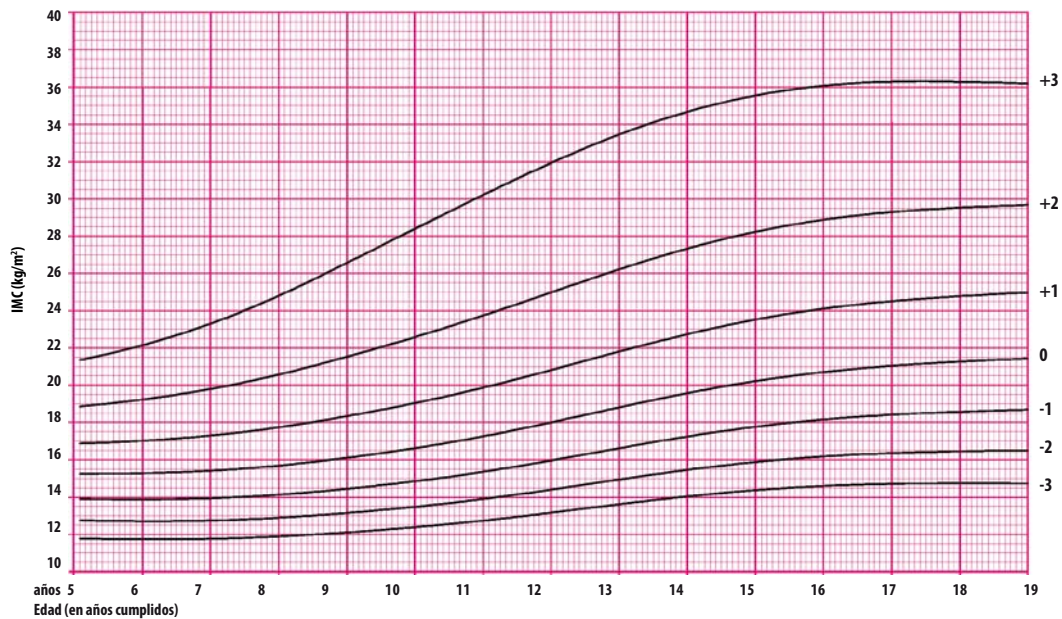


Gráfico elaborado a partir de datos 2007 de la OMS y NCHS

IMC para la edad

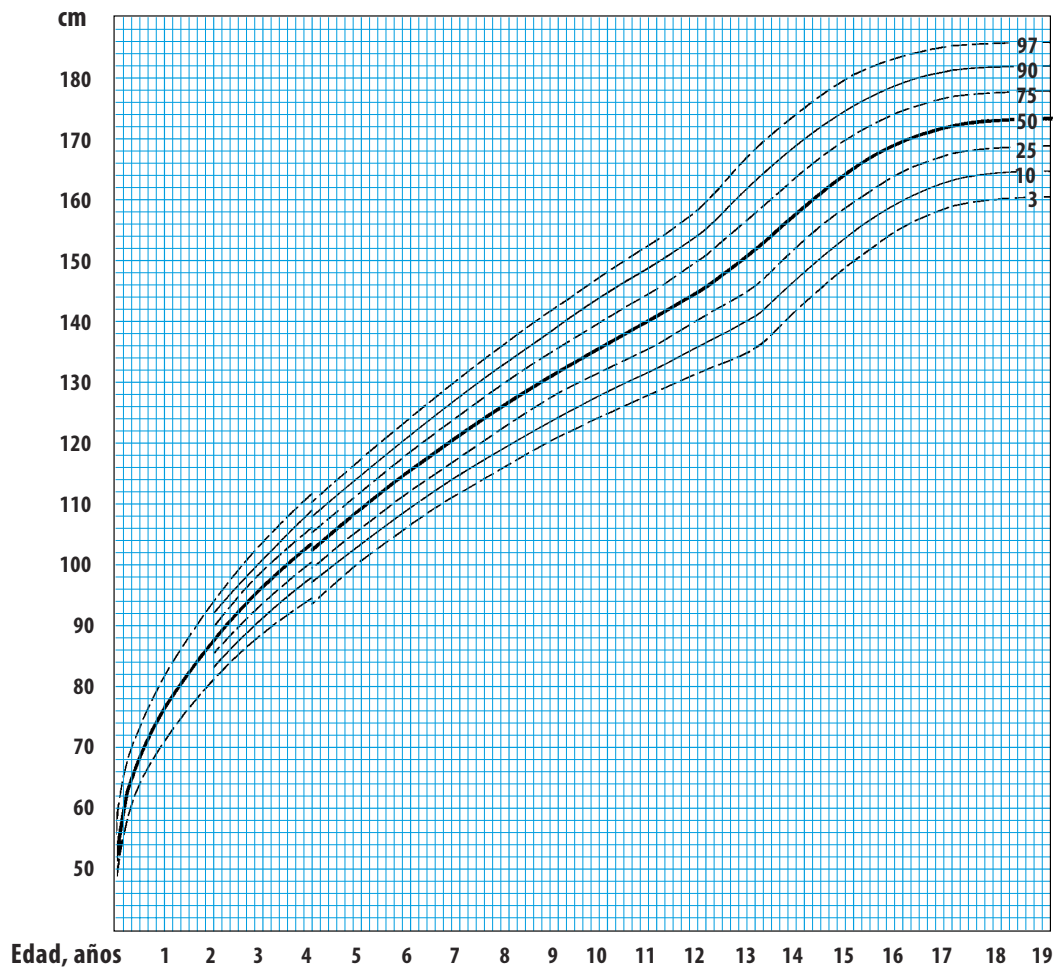
5 a 19 años



Niños

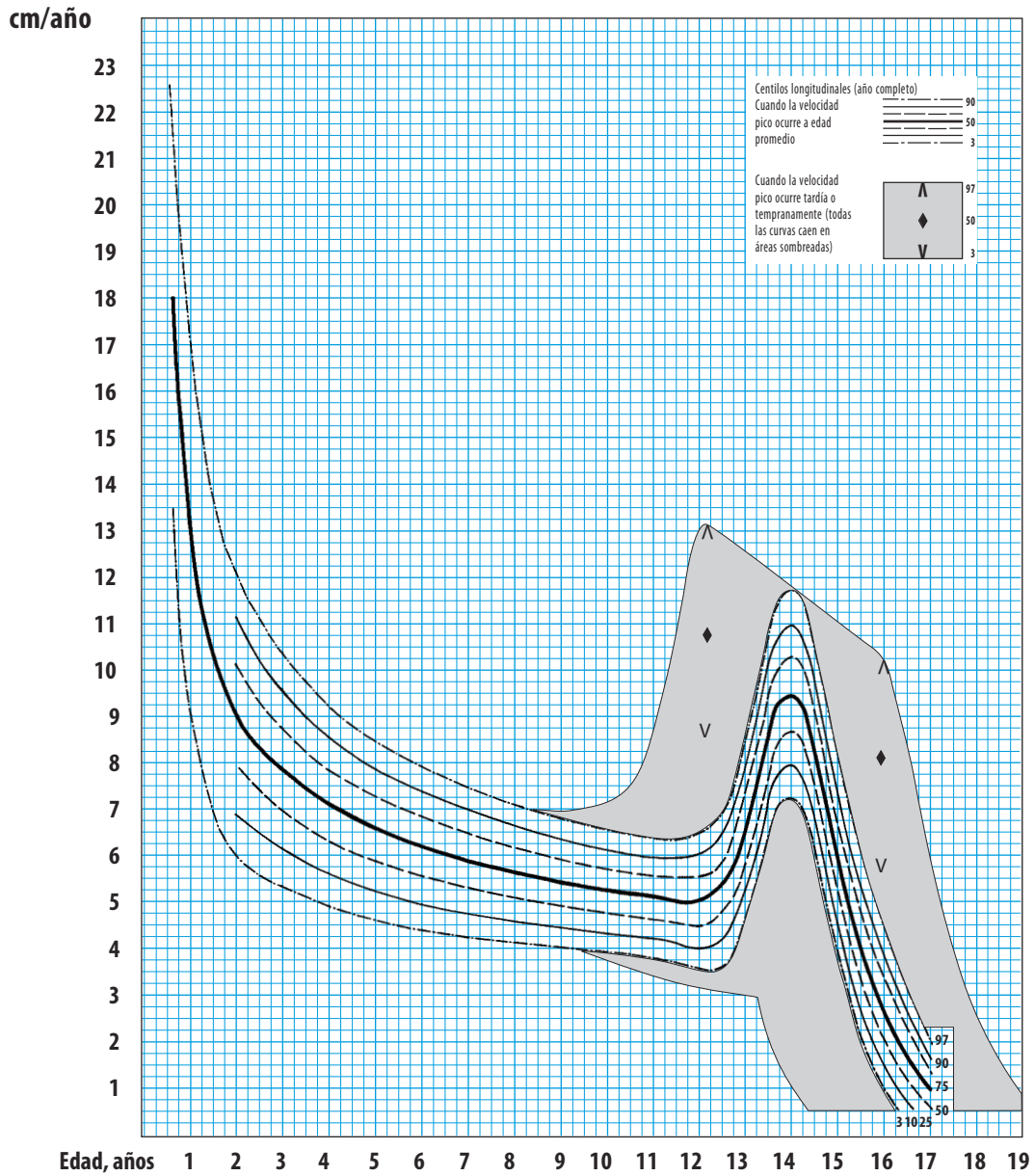
Estatura

Nacimiento a 19 años



Gráficos preparados por Lejarraga H y Orfila J. Arch.argent.pediatr 1987; 85:209-222.

Nacimiento a 19 años



Tanner JM, Whitehouse RH, Takaishi N. Arch Dis Child 1966; 41:454 (parte I) y 1966; 41:613 (parte II).

IMC para la edad

5 a 19 años

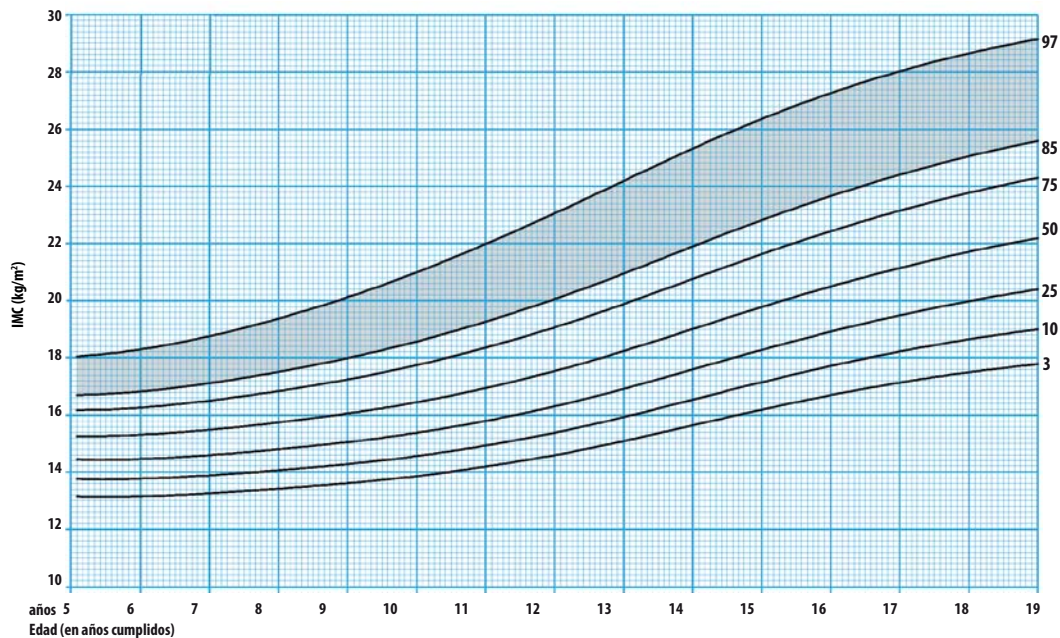


Gráfico elaborado a partir de datos 2007 de la OMS y NCHS

IMC para la edad

5 a 19 años

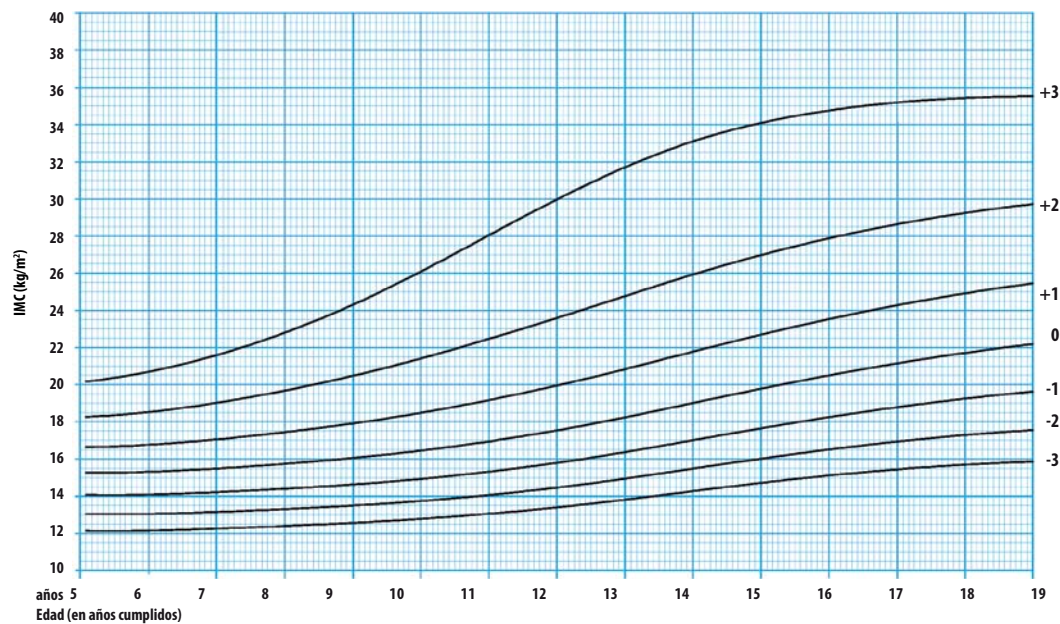


Gráfico elaborado a partir de datos 2007 de la OMS y NCHS

Bibliografía

Capítulo Servicios Amigables

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

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

“*Norma técnica para la Atención Integral de Salud en la Etapa de Vida Adolescente*”. Perú

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

“*Modelos de Servicios de Salud Amigables para adolescentes y jóvenes*” (UNFPA Colombia 2007) [www.unfpacolombia.org/home/unfpacol/public-htmlfile/PDF/modelos amigables2.pdf](http://www.unfpacolombia.org/home/unfpacol/public-htmlfile/PDF/modelos%20amigables2.pdf).

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

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

Capítulo Derechos

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

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

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

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

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

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

Ley Nº 25. 673. Salud Sexual y Procreación Responsable. Ministerio de Salud de la Nación. Creación del Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Disponible en www.rimaweb.com.ar/biblio_legal/leyes_nac/25673_salud_sexual.html

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

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

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

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

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

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

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

Capítulo Entrevista/ Examen Físico / Vacunas/ Crecimiento y desarrollo

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

CALABRESE A. *Alcohol, un peligro infravalorado. Encrucijadas N° 44: Adicciones ¡quiero más!* (2010), Revista de la Universidad de Buenos Aires (UBA). www.uba.ar/encrucijadas/44/sumario/enc44-peligroinfravalorado.php

Capítulo Trastornos Menstruales

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

Capítulo Anticoncepción

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

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

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

Manual de uso de métodos anticonceptivos

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

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

Capítulo Sala de Espera

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

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

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

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

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

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

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

Capítulo Anemia

Durán P. *"Anemia por deficiencia de hierro: estrategias disponibles y controversias por resolver"*. Arch Argent Pediatr 2007; 105 (6): 488-490.

"Prevención de la anemia en niños y embarazadas en la Argentina. Actualización para equipos de salud". Dirección Nacional de Salud Materno Infantil Juvenil, Ministerio de Salud de la Nación, Argentina Año 2005: 1-31.

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

Capítulo Asma Bronquial

"Consenso de Asma Bronquial". 2007. 1ª parte. Comité Nacional de Neumología, Comité Nacional de Alergia, Comité Nacional de Familia y Salud Mental y Comité Nacional de Medicina Interna, Sociedad Argentina de Pediatría. Arch Argent Pediatr 2008; 106(1):61-68.

"Consenso de Asma Bronquial". 2007. 2ª parte. Comité Nacional de Neumología, Comité Nacional de Alergia, Comité Nacional de Familia y Salud Mental y Comité Nacional de Medicina Interna, Sociedad Argentina de Pediatría. Arch Argent Pediatr 2008; 106(2):162-175.

Merino Hernández M et al. "Guía de práctica clínica sobre asma (1ª parte)". An Pediatr (Barc). 2006; 64(6):557-72.

Merino Hernández M. et al. "Guía de práctica clínica sobre asma (2ª parte)". An Pediatr (Barc). 2006;65(1):51-66

"Consenso sobre tratamiento del asma en pediatría". Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria (AEPap), Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP), Sociedad Española de Neumología Pediátrica (SENP), Sociedad Española de Inmunología Clínica y Alergia Pediátrica (SEICAP), Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y de Atención Primaria (SEPEAP). An Pediatr (Barc). 2007; 67 (3): 253-73.

"Medicina del Adolescente"; 2002.Mc. Anarney, Kreipe, Orr, Comerci

Castro Rodríguez JA. "Tratamiento de la crisis asmática en pediatría". An Pediatr (Barc). 2007; 67(4): 390-400.

"Terapia inhalatoria del asma", capítulo 6: 55-64. Módulo asma y enfermedades bronco-obstructivas. Atención Integrada de la Enfermedades Prevalentes de la infancia (AIEPI), OPS (2007).

Capítulo Sobrepeso y Obesidad

"Encuesta Nacional de Nutrición y Salud". Dirección Nacional de Salud Materno Infantil, Plan Federal de Salud, Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación (2007).

"Sumario Ejecutivo: conclusiones". Encuesta mundial de salud escolar. Resultados Argentina (2007).

"Consenso sobre factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en pediatría. Obesidad". Subcomisión de Epidemiología y Comité de Nutrición. Sociedad Argentina de Pediatría. Arch Argent Pediatr 2005; 103 (3): 262-281.

"Consenso sobre factores de riesgo de enfermedad cardiovascular en pediatría. Sedentarismo". Comité Nacional de Medicina del Deporte Infanto-Juvenil,

Subcomisión de Epidemiología. Sociedad Argentina de Pediatría. Arch Argent Pediatr 2005; 103 (5): 450-475.

"Niveles de actividad física para la salud recomendados a la población". Capítulo 4: 15-32. Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud, Organización Mundial de la Salud (2010).

Capítulo Anticoncepción

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

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

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

"Manual de uso de métodos anticonceptivos". Programa Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Asociación Médica Argentina de Anticoncepción. En imprenta

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

Capítulo Técnica Medición de TA

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

“

*Tus derechos
son mis derechos,
pidamos que se respeten
y se cumplan
todos por igual!!!*

”

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