

SUPERVISION DE SALUD DEL ADOLESCENTE
CAPITULO PEDIATRIA AMBULATORIA
3° EDICION
ARNOLDO QUEZADA –DAVID MARINEZ EDITORES
EDITORIAL MEDITERRANEO 2018
Capítulo 4 pag. 33 - 40

Dra. Lilianette Nagel Beck

INTRODUCCION:

Durante la adolescencia, los efectos relacionados con el desarrollo puberal y del cerebro llevan a la adquisición de nuevas capacidades y comportamientos que influyen en la salud . La madurez biológica precede a la psicosocial. Esto trae implicancias para las políticas y programas de salud por la exploración y experimentación que ocurre en esta etapa. Las características tanto de los individuos como del ambiente influyen los cambios que tienen lugar en la adolescencia, siendo los mas jóvenes los mas vulnerables. Estos cambios tienen consecuencias de salud no solo en la adolescencia sino que en el curso de vida. Esto es de vital importancia pues nos da un mandato explícito para políticas de atención de salud específicas.

Si bien los indicadores de la salud del adolescente han tenido mejorías en el último tiempo, comparado con otros grupos etarios, no han sido suficientes. Generalmente los adolescentes se vinculan con políticas de salud relacionadas con la salud sexual y reproductiva y el VIH/SIDA. Sin embargo ellos requieren el mismo nivel de inclusión en políticas de nutrición, salud mental, uso de sustancias, violencia y prevención de accidentes, así como otras áreas.

Actualmente se abordan los problemas de salud de adolescentes y jóvenes, desde una perspectiva de **curso de vida y de equidad**, permitiendo el acceso oportuno a servicios de calidad. El conocer la situación epidemiológica actual, en que las enfermedades cardiovasculares, cáncer, obesidad, diabetes, HTA, enfermedades mentales (cuadros ansiosos, depresión, dependencia a drogas, entre otras), presentan una prevalencia alarmante. Esta realidad epidemiológica - de no ser abordada - implicará una alta carga de enfermedad, con altos costos para los países en el futuro. Se sabe que las conductas de riesgo que se inician en la adolescencia como conducta sexual de riesgo, consumo de drogas, alcohol y tabaco, sedentarismo, alimentación poco saludable, entre otras, tienen un importante impacto, no sólo, en el presente de la salud y la calidad de vida de adolescentes y jóvenes, sino también, en el estado de salud y la calidad de vida en la etapa adulta.

Todos estos antecedentes, nos permiten tener la certeza que las acciones de salud pública, realizadas en este grupo etario, con enfoque de **determinantes sociales de la salud**, podrán repercutir en el futuro disminuyendo los índices AVISA (años de vida ajustados por discapacidad) y AVPP (años de vida potencial perdidos), por ende, la carga de enfermedad de los adultos y adultos mayores.

El común denominador de esta situación es su relación con el comportamiento y por ende prevenibles, lo que constituye un mandato para los pediatras y profesionales que atienden adolescentes. Además de lo mencionado anteriormente, la adolescencia es un período de formación de identidad, de maduración psicológica, de exploración y realización. El ser parte de este proceso esencial de desarrollo de los adolescentes a través de la educación, el cuidado clínico, el acompañamiento a los padres, etc. es muy gratificante. Es un grupo único con necesidades propias de salud.

Algunos de los avances en medicina del adolescente, han sido por ejemplo el aumento de la cobertura de la vacuna del virus papiloma humano, con disminución de las tasas de este virus; una disminución de tasas de embarazo de adolescentes mundial con la progresiva incorporación de los anticonceptivos de larga duración reversibles, la incorporación de cuidados de salud a aquellos con necesidades especiales en salud y su transición al mundo de los adultos. No menor es el hecho que hoy en día existen en varios países una progresiva especialización en la temática del adolescente, lo que tendrá un alto impacto en su salud.

En lo que no ha habido avances es en relación al consumo de sustancias en los adolescentes, como por ejemplo la marihuana, que en nuestro país se ha visto incrementado en paralelo a la baja percepción del riesgo, pese al incansable trabajo de las sociedades científicas.

CUAL ES LA CLAVE PARA UNA ADECUADA SUPERVISION DE SALUD?

El establecimiento de normas de ámbito mundial que promuevan la calidad de los servicios de salud es un modo de reducir al máximo la variabilidad y garantizar un nivel mínimo de calidad que permita proteger la salud de los adolescentes. (Global standards to improve quality of health-care services for adolescents (OMS, figura 1).

CUALES SON LAS RECOMENDACIONES PARA SERVICIOS PREVENTIVOS?

Una de las formas para acceder al cuidado de salud de los adolescentes, en la práctica es la de integrar los servicios preventivos en el control de salud de rutina. Por ejemplo en la evaluación predeportiva, en el manejo de adolescentes con necesidades especiales en salud, consulta por vacunas, etc. Estos encuentros ofrecen la oportunidad de identificación precoz de los comportamientos riesgosos, de ponerse al día en las inmunizaciones, ofreciendo una guía de salud y el apoyar a los padres/cuidadores a través de distintos medios.

El propósito es reducir la morbimortalidad y para cumplir esta meta se pueden dividir en 4 categorías:

- GUIA DE SALUD
- TAMIZAJE
- CONSEJERIA PARA REDUCIR RIESGOS (GUIAS ANTICIPATORIAS)
- INMUNIZACIONES

Hay varias organizaciones que han desarrollado guías al respecto, entre éstas la Academia Americana de Pediatría (Bright Futures).

Un análisis de estas recomendaciones sugiere que hay **consenso** de que se debiera proveer un set básico de inmunizaciones por parte de los clínicos de atención ambulatoria, que estos servicios clínicos debieran incluir un tamizaje de consejería para prevención de accidentes, reducción del riesgo de enfermedades cardiovasculares futuras, tratamiento precoz de hipertensión y dislipidemias, reducción de prácticas sexuales riesgosas y promoción de salud dental.

En Chile existe un Programa de Salud del Adolescente en la Atención Primaria que incluye espacios amigables: **ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA EL CONTROL DE SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES “Control Joven Sano” 2014**. Dicho programa se apoya en la Estrategia Regional OPS/OMS (2010-2018), cuyo énfasis está en respuestas integrales e integradas que a través de acciones preventivas promocionales contribuyan al

fortalecimiento de factores protectores y reducción de los factores de riesgo de la salud a los que están expuestos el grupo de adolescentes y jóvenes. Junto a esto ya existe la progresiva implementación de atención de adolescentes en el nivel secundario, focalizándose en la transición de aquellos con necesidades especiales en salud.

GUIA PARA EL CONTROL DE SALUD DEL ADOLESCENTE

Toda evaluación de salud con adolescentes debe contemplar un enfoque integral bio-psico-social y que los especialistas sugieren que idealmente cada adolescente cuente con al menos uno al año.

Para proveer adecuadamente estos servicios es esencial considerar la etapa del desarrollo del adolescente dadas las diferencias de las distintas fases:

- 1) **Adolescencia temprana o inicial: entre los 10 y 14 años,**
- 2) **Adolescencia media: 15 a 17 años y**
- 3) **Adolescencia tardía, 18 a 21 años.**

Esta actividad debe contemplar una evaluación clínica integral cuyos objetivos son generar un vínculo con el adolescente, realizar el diagnóstico de los problemas de salud, y educarlo y motivarlo a responsabilizarse en forma gradual de su salud.

La consulta de adolescentes es diferente de la consulta pediátrica o de adultos. En ella, el equipo de salud deberá orientar la negociación entre dos personas con distintos grados de autonomía y poder: los adolescentes y sus padres/madres/cuidadores. El adolescente como sujeto de derecho que es, debe contar con las mismas garantías que los adultos durante la consulta. Dos de estos derechos se convierten en pilares fundamentales de la atención: **el consentimiento y la confidencialidad**.

El consentimiento

Obtener el consentimiento implica:

- Explicar claramente a los adolescentes las instancias diagnósticas y las distintas alternativas que existen.
- Explicar claramente a los adolescentes la conveniencia del tratamiento, sus aspectos favorables y desfavorables y otras alternativas.
- Concluidas las etapas de información se deberá obtener la **autorización explícita** sobre las indicaciones y tratamientos sugeridos.

La confidencialidad

La confidencialidad o privacidad es un elemento fundamental para atender a las necesidades de salud de adolescentes en la consulta ya que busca establecer una relación de confianza entre el adolescente y el profesional de salud. Una vez establecido el vínculo aumenta la posibilidad de que los adolescentes expongan sus necesidades, preocupaciones y pedidos de ayuda para enfrentar problemas de salud, situaciones de riesgo o dificultades en el enfrentamiento de dificultades sociopersonales.

Los siguientes procedimientos se recomiendan con el fin de garantizar al adolescente una atención con confidencialidad:

- Las normas deben ser claras tanto para los adolescentes, como para padres y madres.
- Debe garantizarse que **al menos una parte de la entrevista se lleve a cabo a solas con el adolescente, si éste así lo desea.**
- Aclarar que **el compromiso de confidencialidad no es recíproco**, sino que es solo obligación del equipo de salud. Debe alentarse al adolescente a discutir los temas o situaciones que le preocupan y que fueron tratados en la consulta con su familia, a fin de obtener apoyo. Se le deben señalar las excepciones, particularmente la primera mencionada.

Excepciones de mantener confidencialidad:

- Situación de riesgo de vida inminente para el adolescente o para terceros. Por ejemplo, intentos de suicidio y depresión severa, entre otros.
- Enfermedad mental que implique pérdida del sentido de la realidad.
- Dependencia a drogas
- Déficit intelectual importante
- Otras situaciones condicionadas por normas legales vigentes en cada comunidad o país.

En caso de necesidad de informar a los padres o adultos responsables, se recomienda lo siguiente:

- Postergar por un plazo definido la información a los padres o adultos responsables para lograr el consentimiento del adolescente.
- Comunicar al adolescente la necesidad y conveniencia de informar a un adulto responsable de su cuidado sobre una determinada situación, y acordar la forma de hacerlo.
- Ofrecer un contacto previo con otro adulto referente, a elección del adolescente.
 - Tratar de hacerlo en presencia del adolescente, si este consiente, e incluso si es posible involucrarlo en la comunicación
 - Realizar el seguimiento correspondiente, particularmente en los casos cuando se presuma una reacción familiar violenta.

La entrevista al adolescente

El adolescente puede consultar solo o acompañado. Cuando está acompañado y los motivos de consulta no coinciden, será necesario escuchar atentamente a todos y respetar las distintas percepciones del problema, a fin de satisfacer la demanda de ambos e inclinándose siempre por el interés superior, el del adolescente. La anamnesis se realiza en base a tres fuentes principales de información:

- lo que relata el adolescente;
- lo que relata su padre/ madre/cuidador y
- la interacción entre ambos.

En la consulta de adolescentes, la diferencia con la consulta pediátrica aparece desde el inicio, no sólo en el **entorno físico** en que ésta se inserta, sino en el tipo **de relación** que se genera entre consultante y profesional. En la consulta pediátrica, el paciente y sus padres conforman una unidad, es decir la atención se realiza siempre en presencia de los padres, son ellos los que relatan la historia clínica, reciben las explicaciones y las indicaciones de tratamiento. Es también diferente de la consulta del adulto, caso en el que poseen total

autonomía para la toma de decisiones, incluyendo la económica para asumir sus necesidades de salud.

La historia clínica

Todos los datos aportados tienen como finalidad **detectar los riesgos, factores de protección y los daños existentes**. Hay distintos modelos de historia clínica, Por ejemplo la FICHA CLAP, como instrumento de registro del control de salud integral; que entrega información que permite sustentar políticas públicas preventivas, que asegure la continuidad de un desarrollo adecuado, facilitando el abordaje temprano de los problemas de salud. Sin embargo, cada equipo de salud puede adoptar un modelo propio.

Esquema de una Control de Salud

- **A. Prioridades de la visita**
- **B. Contexto según etapa de la adolescencia**
- **C. Supervisión de salud**

- Historia

Observación de la interacción padre/madre/cuidador -joven

- Supervisión del desarrollo
- Examen Físico

- Evaluación del crecimiento: peso, talla, índice de masa corporal (IMC)
- Componentes importantes de acuerdo a la edad

- Mapeo o tamizaje

- Mapeo universal
- Mapeo selectivo
 - Evaluación de riesgo
 - Acción si la evaluación del riesgo es positiva

- **D. Guía anticipatoria**

- Preguntas de promoción de salud para las 5 prioridades de la visita
- Guía anticipatoria para los padres y el joven

- **E. Inmunizaciones**

1. Control de Salud en Adolescencia

A. Prioridades de la Visita

La primera prioridad de una visita es hacerse cargo de las preocupaciones y necesidades del adolescente y de sus padres. Estas no siempre coinciden y se requiere ser muy cuidadoso en la forma de priorizar e interpretar el objetivo de la atención. Además, hay temas prioritarios clásicos en los que debiera incluirse (el orden en que se tratan debe ir de aquellos menos difíciles para manejar por el adolescente a los mas difíciles):

- **Crecimiento físico y desarrollo** (salud física y oral, imagen corporal, alimentación saludable, actividad física)

- **Competencia social y académica** (vínculos con la familia, pares, y comunidad; relaciones interpersonales, desempeño escolar).
- **Bienestar emocional** (superación y estabilidad del ánimo, salud mental y sexualidad.)
- **Reducción de riesgos** (tabaco, alcohol y otras drogas; embarazo; infecciones de transmisión sexual).
- **Prevención de violencias y accidentes** (uso de cinturón de seguridad, cascos, conducción en bicicleta, ir de pasajero en vehículo, acceso a armas de fuego, violencia interpersonal (peleas), bullying (acoso entre pares)).

B. Contexto y desarrollo

Con la pubertad la adolescencia comienza. Se inician los cambios físicos y la reestructuración de su imagen corporal con ajustes a los emergentes cambios sexuales. Va apareciendo capacidad para el pensamiento abstracto e idealista. Hay necesidad de pertenencia a grupo de pares y deseos de independencia. Se experimenta con mayor fuerza la presión de pares. Se empieza a cuestionar a los padres y éstos pueden empezar a tener aprehensiones por la sexualidad. Considerar en el contexto cambios que pudieran existir, como separación de padres, cambios de ciudad o colegios, etc. Es una etapa de múltiples cambios simultáneos – físicos, cognitivos, emocionales y sociales. El colegio constituye uno de sus principales focos, y es la oportunidad de fortalecer las habilidades para la vida y hábitos positivos, al mismo tiempo que se encuentran con comportamientos exploratorios que pueden llegar a ser riesgosos, siendo los pares una importante fuente de información y referencia. Las redes sociales- importante fuente de aprendizaje- pueden transformarse en factores de riesgo sin un monitoreo adecuado. La apariencia física es un tema importantísimo, con las preocupaciones en la autoimagen y un mal manejo puede facilitar la emergencia de alteraciones en los patrones alimentarios. En esta etapa, hay un deseo de afirmar el atractivo sexual y social, así como explorar las capacidades personales. Hay interés por nuevas actividades y diferenciación del grupo familiar. Los adolescentes entran al período de mas alto riesgo de alteraciones en salud mental (desórdenes del ánimo), alteraciones del aprendizaje y déficit atencional, y trastornos conductuales.

El soporte es crítico en esta etapa para el adolescente y su familia, cuando hay preocupaciones en el ámbito escolar y/o en la etapa de desarrollo. El profesional de salud debe estar atento y referir para evaluación neuropsicológica en caso necesario.

Muchos adolescentes experimentan con comportamientos de riesgo (drogas, sexo no seguro, los adolescentes con necesidades especiales se cuestionan sus medicamentos, etc.) Esta etapa de desarrollo, puede ser particularmente compleja para aquellos con dudas en su orientación sexual. Se debe crear un ambiente que sea abierto a temas sensibles.

C. Supervisión de salud

- Historia

Al joven: preguntarle acerca de preocupaciones, problemas, conflictos interpersonales, o preguntas que pudiera tener.

A los padres: preocupaciones en torno a la salud física, desarrollo puberal, salud emocional, comportamiento, conductas de riesgo, sentimientos del joven o aprendizaje.

- Observación de la interacción padre/madre/cuidador -hijo

Lo habitual es que a esta edad, el adolescente venga acompañado. Es la oportunidad para observar interacciones, como lo confortable que estén, quién pregunta o contesta la mayor parte de las veces. Preguntar a él directamente, en lo posible con preguntas abiertas.

- Supervisión del desarrollo

- Pesquisar si demuestra competencias físicas, cognitivas, emocionales y morales.
- Si engancha en comportamientos que promuevan bienestar.
- Si forma vínculos con su familia, otros adultos y pares.
- Si participa en forma positiva en la vida de la comunidad.
- Si demuestra autoestima, resiliencia , etc.

- Examen físico

Debe efectuarse teniendo presente que se trata de un período de edad en se tiene una especial sensibilidad y vulnerabilidad en relación al cuerpo. (Respetar pudor)

Medición de presión arterial,

Peso, talla, cálculo del índice de masa corporal.

Piel: acné, acantosis nigricans, nevos atípicos, tatuajes, piercings, signos de abuso o lesión autoinferida.

Columna, si hay desviaciones.

Mamas: en niñas evaluar desarrollo; en varones evaluar ginecomastia.

Genitales: inspección para evaluar maduración sexual (Tanner), En niñas, examen pélvico si hay problemas específicos. En varones, examen de testículos (volumen testicular) para pesquisa de varicocele, masas, hernias, hidrocele.

- Tamizaje

Mapeo universal: chequeo preventivo oftalmológico.

Mapeo selectivo cuando hay factores de riesgo.

- Audición: audiometría
- Anemia: hemoglobina o hematocrito.
- Dislipidemia: perfil lipídico.
- ITS: test para Chlamidia, Gonorrea, Sífilis, HIV.
- Embarazo: hCG en orina a sexualmente activas, sin anticoncepción, atraso menstrual o amenorrea.
- HTA
- Obesidad y trastornos alimentarios

- TBC
- Abuso
- Problemas de aprendizaje
- Uso de sustancias
- Riesgo de embarazo no deseado e ITS

D. GUIA ANTICIPATORIA

Constituida por temas educativos a tratar sobre el desarrollo físico, competencias académicas y sociales, el bienestar emocional, el riesgo y los accidentes o violencias. Debiera ser para padres e hijos, en forma de conversación o materiales educativos. Debiera ser por lo menos una vez en cada etapa de la adolescencia. A través de esto, los proveedores de salud pueden ayudar a que los jóvenes tengan una mejor comprensión de su crecimiento físico, desarrollo psicosocial y psicosexual y la importancia de comprometerse en forma activa en las decisiones concernientes a su salud. Además debieran recibir consejería en relación a hábitos saludables y reducción de riesgos.

El compromiso parental y actitud afecta el comportamiento del adolescente y su salud. Los padres debieran poder adaptar sus prácticas a las cambiantes necesidades de sus hijos adolescentes.

Estudios demuestran que la conexión familiar (calidez, amor y protección) es un factor protector contra cada comportamiento de riesgo(distress emocional, suicidalidad, violencia, uso de tabaco, alcohol y marihuana, etc.).

Crecimiento y desarrollo

Salud oral: visita anual al dentista, cepillado dental dos veces al día.

Apoyo de autoconfianza, alabando actividades y logros, y no la apariencia física.

Fomento de alimentación saludable, como frutas y vegetales, (5 al día), lácteos bajos en grasa, 3 porciones al día, etc. (Ver figura 2).

Recomendar actividad física .

Higiene del sueño (horas de sueño)

Limitar TV, computador o videojuegos, normas de uso redes sociales (establecer consenso para el monitoreo por los riesgos asociados).

Competencias académicas y sociales

Vínculos con la familia, que los padres pasen tiempo con su hijo adolescente considerando también compartir sus intereses, límites parentales, vínculos con pares y comunidad; conocimiento de los amigos del hijo; orientar su juicio crítico.

Promoción de responsabilidad, alabar los logros, supervisión del desempeño escolar. Involucramiento parental de los eventuales problemas en el colegio. Fomento del respeto de derechos de otros.

Bienestar emocional

Superación de la adversidad, manejo del stress. Fomento al joven que tenga algún adulto empático a quién contarle sus problemas.

Conversar con el o la joven acerca de los cambios puberales.
Que los padres discutan con sus hijos sobre sus expectativas en torno a andar o pololear.
Fomento de sexualidad sana. Respeto de la diversidad.

Reducción de riesgo

Fomentar que los padres conozcan las amistades de sus hijos; que conversen con sus hijos las expectativas que ellos tienen de sus hijos. Hablar con los hijos sobre el tabaco, alcohol, marihuana u otras drogas. Que los padres sean ejemplo.
Hablar con los jóvenes sobre el fomento de una sexualidad responsable de acuerdo a la edad.

Prevención de violencias y accidentes

Uso de cinturón de seguridad al andar en vehículo y casco al andar en bicicleta. Protectores requeridos en los distintos deportes (ej. casco, coderas, etc. en skateboard). No subirse al vehículo de alguien que está conduciendo bajo efectos del alcohol.

Violencia interpersonal (peleas), manejo de la rabia, resolución de conflictos de manera no violenta.

Presencia de armas en casa. Erradicarlas.

Preguntar sobre acoso entre pares, si es molestado por alguien. Personalmente o a través de un medio tecnológico de comunicación. (ciberbullying, sexting, grooming, etc.) . Preguntar sobre acoso sexual.

E. INMUNIZACIONES:

Las inmunizaciones son una importante y efectiva estrategia para prevenir morbilidad y mortalidad en adolescentes.

Los adolescentes pueden estar susceptibles por no haber tenido la enfermedad, carecer de las vacunas recomendadas, haberlas recibido a edades demasiado tempranas o con esquemas incompletos o haber carecido de respuesta.

Algunas organizaciones han propuesto, para países desarrollados, estrategias para la protección de este grupo etario. La administración de vacunas debe ser integrada a otros servicios preventivos y considerar la edad del paciente y sus factores de riesgo. No hay una norma nacional al respecto. Las recomendaciones OPS son:

Tresvírica MMR: Las campañas se utilizan cuando existe acumulación de susceptibles.

Triple Dtpa (Difteria –Tétanos-Coqueluche acelular) : el último refuerzo como parte del PNI se coloca en 8° básico .

Hepatitis B: Recomendación a los nacidos antes del 2005 no inmunizados (3 dosis). (0, 1 y 6 meses).

Hepatitis A: Recomendación a todos los no inmunizados (0 y 6 meses).

Alternativa: Hepatitis A y B juntas: 2 dosis en < de 16 años y 3 dosis en mayores).

En la práctica, a los nacidos antes del 2005 se indicarán las 2 hepatitis ya que se incorporó al plan nacional la Hepatitis B ese año.

Varicela: En el que no haya sido inmunizado o no haya tenido la enfermedad : 2 dosis. Refuerzo de una dosis si fue inmunizado.

Papiloma virus: Prevención de cáncer cervicouterino: En la actualidad se coloca la vacuna cuadrivalente en los colegios con los serotipos 6,11, 16 y 18. (Proximamente saldrá la nonavalente, que ya está en otros países). Esta inmunización se aplica en Chile desde el año 2014 para niñas en cuarto básico la primera dosis y en quinto básico la segunda dosis. El 2015 se puso la primera dosis a sexto básico y séptimo, que recibirán su segunda dosis este año.

También están en el plan los niños y niñas mayores de 9 años VIH + o víctimas de abuso sexual.

Para los que no fueron vacunados en el plan se recomienda tanto para hombres como mujeres hasta 14 años dos dosis y desde los 14 años, tres dosis. (Cáncer orofaríngeo y genital y rectal)

Meningitis: A, C y W135. En Chile la inmunización contra esta meningitis forma parte del PNI y se coloca al año de edad, pues en Chile el Meningococo afecta en su mayor proporción a los menores de 5 años. En la mayor parte de los otros países, especialmente en el hemisferio norte afecta a los adolescentes y se coloca los 12 años de edad.

REFLEXIONES FINALES:

En la medida que la medicina del Adolescente vaya expandiéndose deberíamos ver cambios significativos en la salud de este grupo. Lo que sucede en la primera década de la vida tiene importantes repercusiones en muchos aspectos de la salud y desarrollo del adolescente: el impacto acumulativo de los determinantes sociales, el efecto a largo plazo de estresores durante la niñez: violencia, abuso, enfermedades, malnutrición. Todo esto afecta el crecimiento y desarrollo de los adolescentes.

La mayor parte de la morbimortalidad de este grupo etario está relacionada con comportamientos, lo que hace que se pueda prevenir. Los clínicos tienen un importante rol en la identificación precoz de los riesgos, en la consejería para reducirlos y de proveer una guía anticipatoria, además de inmunizaciones. (FIGURA 3) Debemos avanzar más allá de los mitos, más allá de la mortalidad, más allá de la concentración en un solo problema, más allá de las medidas adoptadas habitualmente, teniendo en la segunda década una segunda oportunidad. Los esfuerzos de los equipos de salud y de los que hacen las políticas de Salud son esenciales para producir el impacto deseado.

REFERENCIAS

1. ORIENTACIONES TÉCNICAS PARA EL CONTROL DE SALUD INTEGRAL DE ADOLESCENTES “Control Joven Sano” 2014. Minsal.
<http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/2014CONTROLSALUDADOLESCENTE.pdf>
2. Zubarew T., Correa L. El Adolescente de 10 a 19 años. En : Valenzuela P. y Moore R, editoras. Pediatría ambulatoria. Un enfoque integral. Ediciones UC. 2011. Pp 169-190.
3. Bright futures: guidelines for health supervision of infants, children, and adolescents. Arlington, VA: National Center for Education in Maternal and Child Health, 2008
<http://brightfutures.org/bf2/pdf/pdf/AD.pdf>
4. Luengo X. La entrevista a un adolescente. Rev. SOGIA; 4(2): 21-23
5. Sistema Informático del Adolescente, Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP OPS/OMS) 2000
6. Guía práctica de Supervisión de Salud del Adolescente Unidad de Adolescencia Clínica Alemana Documento interno. Nagel L. ; Robledo P. ; Trautmann A. ; Salas F.
7. Elster AB, Kuznets NJ. AMA Guidelines for Adolescent Preventive Services (GAPS): Recommendations and Rationale. Williams & Wilkins, Baltimore 1994.
8. www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/public-health/promoting-healthy-lifestyles/adolescent-health/guidelines-adolescent-preventive-services.page(Accessed on November 08, 2011).
9. Guide to Clinical Preventive Services, 2010-2011. Recommendations of the United States Preventive Services Task Force.
10. Nair M et al. (2015). Improving the quality of health care services for adolescents globally: a standards-driven approach. J Adol Health. 57:288-98.
11. OMS (2014). Salud para los adolescentes del mundo: una segunda oportunidad en la segunda década. Ginebra. Organización Mundial de la Salud.
(http://apps.who.int/adolescent/second-decade/les/WHO_FWC_MCA_14.05_spa.pdf (Resumen en español).[http:// apps.who.int/adolescent/second-decade](http://apps.who.int/adolescent/second-decade) (Documento íntegro en inglés).
12. OMS/ONUSIDA (2015). Global standards for quality health-care services for adolescents: a guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health-care services for adolescents. Ginebra. Organización Mundial de la Salud.

FIGURA 1

Cuadro 1. Normas mundiales para mejorar la calidad de los servicios de salud destinados a los adolescentes

Norma 1	Conocimientos sanitarios de los adolescentes	Los establecimientos de salud implantarán sistemas que garanticen que los adolescentes estén bien informados acerca de las cuestiones que afecten a su salud, y que sepan dónde y cuándo acceder a los servicios sanitarios.
Norma 2	Apoyo de la comunidad	Los establecimientos de salud implantarán sistemas para que los progenitores, tutores y otros miembros de la comunidad y las organizaciones comunitarias sean conscientes de la importancia de la prestación de servicios de salud orientados a los adolescentes, y apoyen esa iniciativa y el uso de esos servicios por este grupo de población.
Norma 3	Conjunto de servicios adecuado	Los establecimientos de salud ofrecerán un conjunto de servicios de información, orientación, diagnóstico, tratamiento y atención, que respondan a las necesidades de todos los adolescentes. Esos servicios se ofrecerán en los centros de salud, los centros de derivación y los programas de proximidad.
Norma 4	Competencias de los proveedores	Los proveedores de asistencia sanitaria demostrarán que cuentan con la competencia técnica necesaria para prestar servicios de salud eficientes a la población adolescente. Los proveedores de atención sanitaria y el personal auxiliar respetarán, protegerán y harán valer los derechos de los adolescentes a la información, la intimidad y la confidencialidad, a no ser discriminados, a que se les trate sin prejuicios y a ser respetados.
Norma 5	Características de los establecimientos	Los establecimientos de salud tendrán un horario de apertura adecuado, un entorno acogedor y limpio, y respetarán la intimidad y la confidencialidad del paciente. Dispondrán de los equipos, medicamentos, suministros y tecnología necesarios para garantizar la prestación eficaz de servicios sanitarios a los adolescentes.
Norma 6	Equidad y no discriminación	El establecimiento de salud prestará servicios de calidad a todos los adolescentes, con independencia de su capacidad de pago, edad, sexo, estado civil, nivel educativo, origen étnico, orientación sexual u otras características.
Norma 7	Datos y mejora de la calidad	El establecimiento de salud recopilará, analizará y utilizará datos relativos al uso de los servicios y la calidad de la atención prestada, desglosados por edad y sexo, a fin de facilitar la mejora de la calidad. El personal de los establecimientos de salud recibirá apoyo para participar en la mejora continua de la calidad.
Norma 8	Participación de los adolescentes	Los adolescentes participarán en la planificación, el seguimiento y la evaluación de los servicios de salud y en las decisiones relacionadas con la atención que reciban, así como en determinados aspectos de la prestación del servicio, si procede.

OMS/ONUSIDA (2015). Global standards for quality health-care services for adolescents: a guide to implement a standards-driven approach to improve the quality of health-care services for adolescents. Ginebra. Organización Mundial de la Salud.

FIGURA 2

GUIA DE ALIMENTACIÓN DEL ADOLESCENTE 11-18 AÑOS*

Alimento	Cantidad	Frecuencia	1 porción es igual a:
Lácteos descremados <i>Aportan proteínas, calcio, vitaminas A y B</i>	3 porciones	Diaria	<ul style="list-style-type: none"> • 1 taza de leche descremada • 1 yogur bajo en calorías • 1 rebanada de queso blanco • 1 trozo de quesillo 3X3 cm • 1 lámina de queso mantecoso
Pescado <i>Aportan proteínas, hierro, zinc y cobre</i>	1 porción	2 veces por semana	<ul style="list-style-type: none"> • 1 presa de pescado
Legumbres <i>Aportan proteínas, hierro, zinc y cobre</i>	1 porción	2 veces por semana	<ul style="list-style-type: none"> • 1 taza de legumbres
Carnes y huevo <i>Aportan proteínas, hierro, zinc y cobre</i>	1 porción	3 veces por semana	<ul style="list-style-type: none"> • 1 presa de pollo o pavo sin piel • 1 bistec chico a la plancha o asado (carne magra) • 1 huevo
Verduras <i>Vitaminas A, C, antioxidantes y fibra dietética</i>	3 porciones	Diaria	<ul style="list-style-type: none"> • 1 plato de lechuga, repollo, coliflor, apio o brócoli • 1 tomate regular • ½ taza de acelgas, espinacas, zanahorias, betarragas o zapallos
Frutas <i>Vitaminas A, C, antioxidantes y fibra dietética</i>	2 porciones	Diaria	<ul style="list-style-type: none"> • 1 naranja, manzana, pera o membrillo • 2 duraznos, kiwis o tuna • 2 damascos o ciruelas • 1 rebanada de melón • 1 taza uvas o cerezas
Cereales y papas <i>Aportan Calorías, Hidratos de Carbono, fibra dietética y proteínas</i>	2 porciones	Diaria	<ul style="list-style-type: none"> • 1 taza de arroz, fideos o papas cocidas • 1 taza de choclos, habas o arvejas frescas
Pan, galletas de agua o soda <i>Aportan Calorías, Hidratos de Carbono, fibra dietética y proteínas</i>	1 porción	Diaria	<ul style="list-style-type: none"> • ½ hallulla o marraqueta • 1 rebanada de pan integral • 2 rebanadas de pan molde • 6 galletas de agua o soda
Agua	1.5-2 lt	Diaria	<ul style="list-style-type: none"> • 6-8 vasos

Este plan de alimentación incluye la pequeña cantidad de aceite que se agrega a las ensaladas / Podría incluir una pequeña cantidad de sal y azúcar/ La cantidad de agua incluye la contenida en la leche y otros alimentos.

*Adaptado de: INTA, Universidad de Chile, 2015.

FIGURA 3

