

2° Congreso Argentino de Discapacidad en Pediatría.

Buenos Aires. 28 de Septiembre 2012

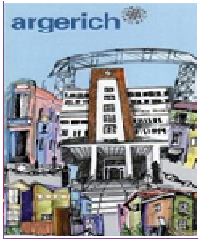
Mesa Redonda:

El adolescente con discapacidades, abordaje integral

**Abordaje de adolescentes con
discapacidades:
Estrategias para una mejor
atención**

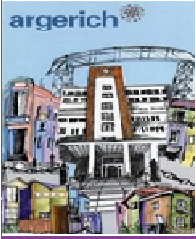
Dra. Andrea Grieco

**Consultorio de Atención integral de Adolescentes con Discapacidades.
Servicio de Adolescencia. Hospital Cosme Argerich**



**CONSULTORIO
DE ATENCION
INTEGRAL DE**

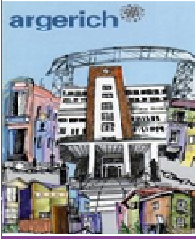
ADOLESCENTES CON DISCAPACIDAD



Situación Actual

**DEBIDO A LOS AVANCES TECNOLÓGICOS, MUCHOS NIÑOS
QUE NO HUBIERAN SOBREVIVIDO A PATOLOGÍAS ANTES
LETALES**

HOY LLEGAN A LA ADOLESCENCIA



Duelos del adolescente

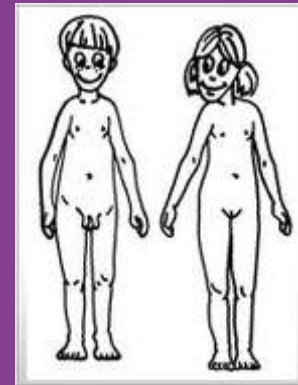
➤ **Por los padres de la infancia**

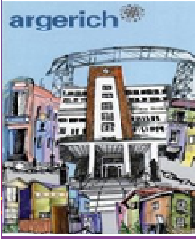


➤ **Por el cuerpo infantil**



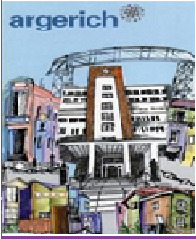
➤ **Por la identidad infantil**





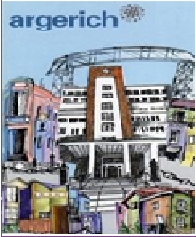
A lo que se suma...

- **Perder a sus referentes médicos**
- **No poder ser atendidos en hospitales pediátricos**
- **No recibir atención integral**



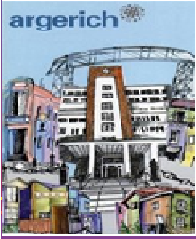
Nos encontramos frente a una población creciente de adolescentes con demandas insatisfechas.





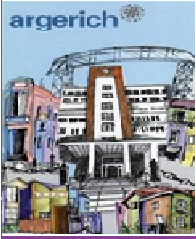
Nuestra Historia.....

- **Desde el año 2005**
- **Atención integral – Médico de cabecera**
- **400 pacientes atendidos**
- **Adolescentes entre 10-20 años fuera del sistema de salud.**



Objetivos iniciales

- **Promover: prevención, rehabilitación y equiparación de oportunidades y habilidades para la vida.**
- **Conformar una red para la atención integral de estos pacientes, con referentes en cada especialidad.**
- **Crear canales de derivación efectivos tanto intra como extrahospitalarios.**



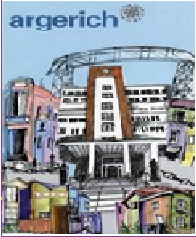
Modalidad de Atención

derivados
espontánea

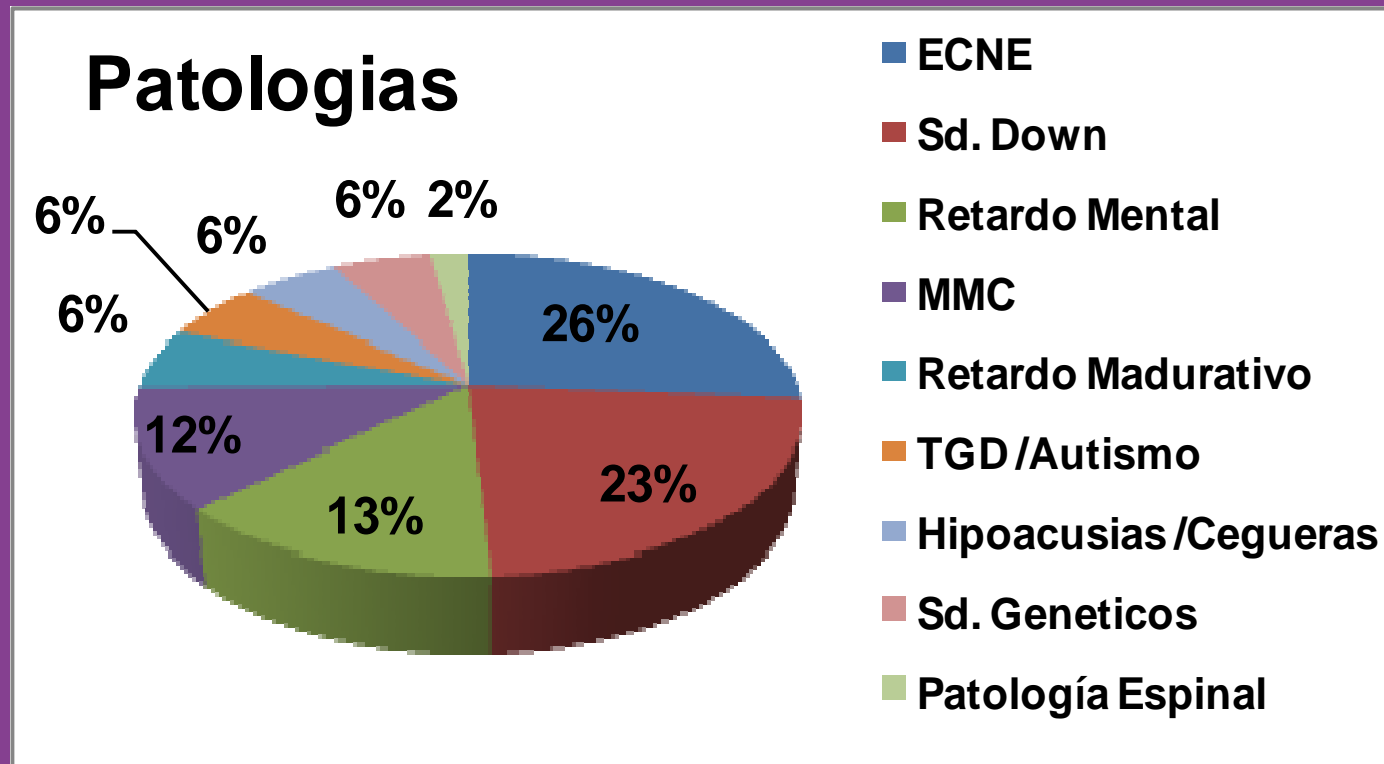
turnos

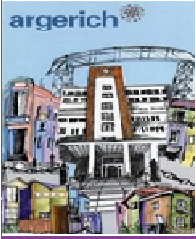
Sala de espera





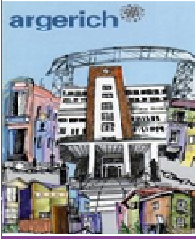
En qué situación llegan...





Salud Integral de los/las adolescentes

Es la construcción del bienestar psicofísico y social de los adolescentes, simultáneamente con su **desarrollo educativo** y adecuada participación en las **actividades de la comunidad**, acorde a su cultura y el **desarrollo de su máxima potencialidad**. (OMS)



Atención integral

Propósito:

- Preservar la salud
- Detectar riesgos
- Visualizar factores protectores
- Promover el desarrollo al **máximo de sus capacidades.**

Elsa Moreno

PREVENCIÓN
PRIMARIA

Vacunas
Examen Físico
Esofalaridad
Sexualidad

PREVENCIÓN
SECUNDARIA

IC a
Especialistas
Medicación

PREVENCIÓN
TERCIARIA

Kinesioterapia
Mucioterapia
Terapia
Ocupacional
Fonoaudiología
Equinoterapia

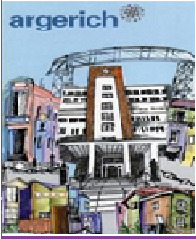
SERVICIO DE ADOLESCENCIA
ATENCIÓN INTEGRAL
CAPACIDADES DIFERENTES

AUTONOMÍA

INCLUSIÓN

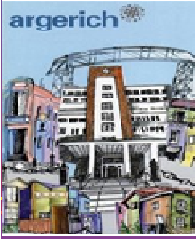
ASESORA-
MIENTO
LEGAL

HABILIDADES
PARA LA
VIDA



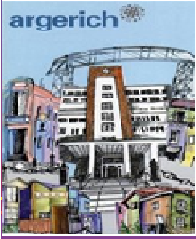
Pilares de la atención

- **Fortalecer la Autonomía.**
- **Fomentar la Inclusión.**
- **Brindar Asesoramiento Legal**
- **Promover habilidades para la vida.**



Intervenciones...

- **Evaluación clínica y estadio puberal**
- **Diagnóstico de patología de base**
- **Inmunizaciones**
- **Inserción escolar**
- **Educación sexual**
- **Orientación psicológica familiar**
- **Autonomía**
- **Asesoramiento legal, certificado de discapacidad**



Historia Clínica

- **Sistema informático del Adolescente (SIA) realizada por el CLAP/ SMR y avalada por OPS/OMS**
- **Mejor calidad de la atención / visión integral.**
- **Utilizada en forma complementaria por todos los profesionales.**
- **Análisis de la información como base para la planificación de intervenciones preventivas**

CLAP/SMR-OPS/OMS HISTORIA DEL ADOLESCENTE				ESTABLECIMIENTO				H.C. N°																																																															
APELLIDOS Y NOMBRES _____								N° Identidad																																																															
DOMICILIO _____										FECHA DE NACIMIENTO																																																													
LOCALIDAD _____ Código										<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td> día</td> <td> mes</td> <td> año</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>		día	mes	año																																																									
día	mes	año																																																																					
LUGAR DE NACIMIENTO _____								TEL: _____		domicilio <input type="checkbox"/> mensaje <input type="checkbox"/>																																																													
COBERTURA Y/O PROTECCIÓN SOCIAL <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Celular: _____								Email _____		SEXO f <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/>																																																													
CONSULTA PRINCIPAL				FECHA		EDAD		ESTADO CIVIL		ETNIA																																																													
Consulta espontánea		Derivado		Trasido		años meses		casado soltero		blanca mestiza																																																													
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				unido separado		indígena negra																																																													
										otra																																																													
Motivos de consulta según adolescente:				Motivos de consulta según acompañante:																																																																			
1				1																																																																			
2				2																																																																			
3				3																																																																			
Descripción de motivo de consulta																																																																							
ANTECEDENTES PERSONALES			PERINATALES normales		CRECIMIENTO normal		DESARROLLO normal		ALERGIA		VACUNAS COMPLETAS		ENFERMEDADES CRONICAS		DISCAPACIDAD		ENFERMEDADES INFECCIOSAS																																																						
ACCIDENTES			INTOXICACIONES		QUIRURGIA HOSPITALIZAC.		USO DE MEDICAMENTOS		PROBLEMAS PSICOLÓGICOS		VIOLENCIA		EDUCACION PREESCOLAR		JUDICIALES		OTROS																																																						
no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>																																																						
Observaciones																																																																							
ANTECEDENTES FAMILIARES			CARDIOVASC. (HTA cardiopatie, etc.)		ALERGIA		INFECCIONES		CANCER		PROBLEMAS PSICOLÓGICOS		ALCOHOL DROGAS Y OTROS		VIOLENCIA INTRAFAMILIAR		MADRE Y/O PADRE ADOLESCENTE		JUDICIALES		OTROS																																																		
DIABETES			OBESIDAD		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>		no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/>																																																		
Observaciones																																																																							
FAMILIA			NIVEL DE INSTRUCCIÓN						DIAGRAMA FAMILIAR						VIVIENDA																																																								
VIVE			Padre o sustituto		Madre o sustituto		Pareja		<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="6">ENERGIA ELECTRICA</td> </tr> <tr> <td colspan="3">en la casa</td> <td colspan="3">fuera del hogar</td> </tr> <tr> <td colspan="6">AGUA</td> </tr> <tr> <td colspan="3">en el hogar</td> <td colspan="3">fuera del hogar</td> </tr> <tr> <td colspan="6">EXCRETAS</td> </tr> <tr> <td colspan="3">en el hogar</td> <td colspan="3">fuera del hogar</td> </tr> <tr> <td colspan="6">HACINAMIENTO</td> </tr> <tr> <td colspan="3">si</td> <td colspan="3">no</td> </tr> <tr> <td colspan="6">Observaciones</td> </tr> </table>						ENERGIA ELECTRICA						en la casa			fuera del hogar			AGUA						en el hogar			fuera del hogar			EXCRETAS						en el hogar			fuera del hogar			HACINAMIENTO						si			no			Observaciones						si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>		
ENERGIA ELECTRICA																																																																							
en la casa			fuera del hogar																																																																				
AGUA																																																																							
en el hogar			fuera del hogar																																																																				
EXCRETAS																																																																							
en el hogar			fuera del hogar																																																																				
HACINAMIENTO																																																																							
si			no																																																																				
Observaciones																																																																							
en la casa			ninguno		ninguno		ninguno								en el hogar																																																								
en la calle			primaria		primaria		primaria								fuera del hogar																																																								
en instituc. privado de libertad			secund. univers.		secund. univers.		secund. univers.																																																																
CONVIVE CON			años en el mayor nivel		años en el mayor nivel		años en el mayor nivel																																																																
madre			Padre o sustituto		Madre o sustituto		Pareja																																																																
padre			ninguno		ninguno		ninguno																																																																
madrastra			no estable		estable		estable																																																																
padrastro			ocupación		ocupación		ocupación																																																																
hermanos			Padre o sustituto		Madre o sustituto		Pareja																																																																
pareja			no estable		estable		estable																																																																
hijo			Apoyo social o subsidio		no		si																																																																
otros			Buena		Regular		Mala		No hay relación																																																														
Observaciones																																																																							

Este color significa ALERGA

HO/SMA- (2.0)

EDUCACION	NIVEL <input type="checkbox"/> No escolariz. <input type="checkbox"/>	GRADO CURSO	AÑOS APROBADOS	PROBLEMAS EN LA ESCUELA	AÑOS REPETIDOS <input type="checkbox"/>	VIOLENCIA ESCOLAR	DESERCIÓN/EXCLUSIÓN <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	EDUCACIÓN NO FORMAL <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ESTUDIA <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Prim. <input type="checkbox"/> Técnico <input type="checkbox"/> Sec. <input type="checkbox"/> Univ. <input type="checkbox"/>			no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Causa _____	no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Causa _____	Cuál? _____
Centro al que concurre _____								

Observaciones _____

TRABAJO	ACTIVIDAD	EDAD INICIO TRABAJO años	TRABAJO horas por semana	TRAB. JUVENIL de ante de ante precario <input type="checkbox"/>	HORARIO DE TRABAJO mañana <input type="checkbox"/> todo el día <input type="checkbox"/>	RAZÓN DE TRABAJO <input type="checkbox"/> económica <input type="checkbox"/> autonomía <input type="checkbox"/> no gusta <input type="checkbox"/> otra <input type="checkbox"/>	TRABAJO LEGALIZADO <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	TRABAJO IN SALUBRE <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	TIPO DE TRABAJO
<input type="checkbox"/> trabajo <input type="checkbox"/> busca 1ª vez <input type="checkbox"/> no y no busca	<input type="checkbox"/> pasante <input type="checkbox"/> desocupado <input type="checkbox"/> no trabaja y no estudia			peores formas de trabajo <input type="checkbox"/>	tarde <input type="checkbox"/> fin de semana <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>				
Observaciones _____									

VIDA SOCIAL	PAREJA <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	AMIGOS <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	ACTIVIDAD GRUPAL <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	ACTIVIDAD FÍSICA <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	TV <input type="checkbox"/> horas por semana	COMPUTADORA <input type="checkbox"/> horas por día	JUEGOS Y REDES SOCIALES <input type="checkbox"/>	OTRAS ACTIVIDADES <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	Cuáles? _____
ACEPTACIÓN <input type="checkbox"/> aceptado <input type="checkbox"/> ignorado <input type="checkbox"/>	edad de la pareja años <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/>			horas por semana <input type="checkbox"/>					
Observaciones _____									

HABITOS	ALIMENTACIÓN ADECUADA <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	COMIDAS POR DÍA CON FAMILIA <input type="checkbox"/>	TABACO <input type="checkbox"/> frecuente <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	ALCOHOL <input type="checkbox"/> frecuente <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	OTRA SUSTANCIA <input type="checkbox"/> frecuente <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	CONDUCE VEHICULO <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>
SUEÑO NORMAL <input type="checkbox"/> horas <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	COMIDAS POR DÍA <input type="checkbox"/>		Edad de inicio años <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/>	Edad de inicio años <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/>	Edad de inicio años <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/>	Cuál? _____
Observaciones _____						

GINECO-UROLOGICO	FECHA DE ULTIMA MENSTRUACION <input type="checkbox"/> No conoce <input type="checkbox"/> no corresp.	CICLOS REGULARES <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	DISMENORREA <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	FLUJO PATOLOGICO/ SECRECIÓN PENEANA <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	INFECCIONES <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	EMBARAZOS <input type="checkbox"/>
MENARCA/ESPERMARCA años <input type="checkbox"/> meses <input type="checkbox"/>	dia <input type="checkbox"/> mes <input type="checkbox"/> año <input type="checkbox"/>				Cuál? _____	HIJOS <input type="checkbox"/>
Observaciones _____						

SEXUALIDAD	PAREJA SEXUAL <input type="checkbox"/> pareja única <input type="checkbox"/> varias parejas <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	EDAD INICIO REL. SEX. años <input type="checkbox"/> bajo coerción <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	DIFICULTADES EN REL. SEX. <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> n/c <input type="checkbox"/>	ANTICONCEPCIÓN <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	Consejería <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	ACO de Emergencia <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
RELACIONES SEXUALES <input type="checkbox"/> no hetero <input type="checkbox"/> homo <input type="checkbox"/> ambas <input type="checkbox"/>				condón <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	ACO "píldora" <input type="checkbox"/> inyectable <input type="checkbox"/> implante <input type="checkbox"/>	ACO de Emergencia <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Observaciones _____						

SITUACIÓN PSICO-EMOCIONAL	IMAGEN CORPORAL <input type="checkbox"/> conforme <input type="checkbox"/> crea preocupación <input type="checkbox"/> impide relación con demás <input type="checkbox"/>	ESTADO DE ANIMO <input type="checkbox"/> otro <input type="checkbox"/> alegre <input type="checkbox"/> triste <input type="checkbox"/> retraído <input type="checkbox"/>	REFERENTE ADULTO <input type="checkbox"/> madre <input type="checkbox"/> padre <input type="checkbox"/> fuera del hogar <input type="checkbox"/>	VIDA CON PROYECTO <input type="checkbox"/> diario <input type="checkbox"/> confuso <input type="checkbox"/> ausente <input type="checkbox"/>	REDES SOCIALES DE APOYO <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> sí <input type="checkbox"/>	REFERENTE ADULTO Cel. _____ Tel. _____
Observaciones _____						

EXAMEN FÍSICO	PESO (Kg) <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	Centil peso/edad <input type="checkbox"/>	IMC <input type="checkbox"/>	PIEL, FANERAS Y MUCOSA <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	CABEZA <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	AGUDEZA VISUAL <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	AGUDEZA AUDITIVA <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	BOCA Y DIENTES <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	CUELLO Y TIROIDES <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>
ASPECTO GENERAL <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	TALLA (mm) <input type="checkbox"/>	Centil talla/edad <input type="checkbox"/>	Centil IMC <input type="checkbox"/>						
Observaciones _____									

TORAX Y MAMAS <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	CARDIO-PULMONAR <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	PRESIÓN ARTERIAL <input type="checkbox"/>	Centil PA <input type="checkbox"/>	ABDOMEN <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	GENITO-URINARIO <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	TANNER <input type="checkbox"/> mamas <input type="checkbox"/> vello pub. <input type="checkbox"/> genitales <input type="checkbox"/>	COLUMNA <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	EXTREMIDADES <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>	NEUROLOGICO <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> anormal <input type="checkbox"/>
		FRECUENCIA CARDIACA latidos/min <input type="checkbox"/>							
Observaciones _____									

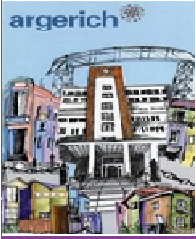
IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA INTEGRAL

INDICACIONES E INTERCONSULTAS

Responsable	Fecha próxima visita	dia	mes	año

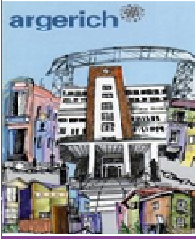
Este color significa ALERTA

H042527W-08/09



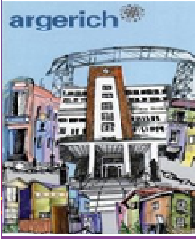
Diagnóstico de patología de base

- **Confirmado**
- **No confirmado**
- **Conocido**
- **Desconocido**



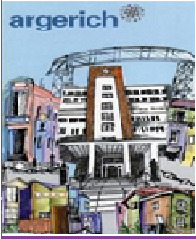
Evaluación Clínica

- **Semiológica**
- **Antropométrica**
- **Desarrollo puberal**



Inmunizaciones

- **Vacunas obligatorias : Esquema oficial**
- **Vacunas optativas :
Recomendadas por la patología de base o circunstancias especiales**



Orientación familiar

- **Médico de Cabecera**
- **Sostén familiar / Psicoterapia**
- **Vínculo con hermanos**
- **Autonomía**

Familia autogestiva

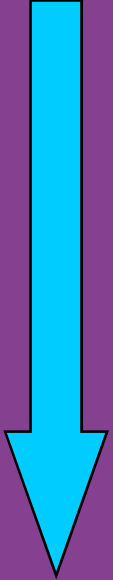
Legal

Social

Fortalecimiento

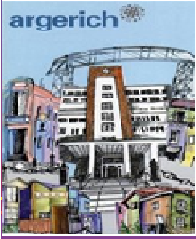
Psicológico

Salud



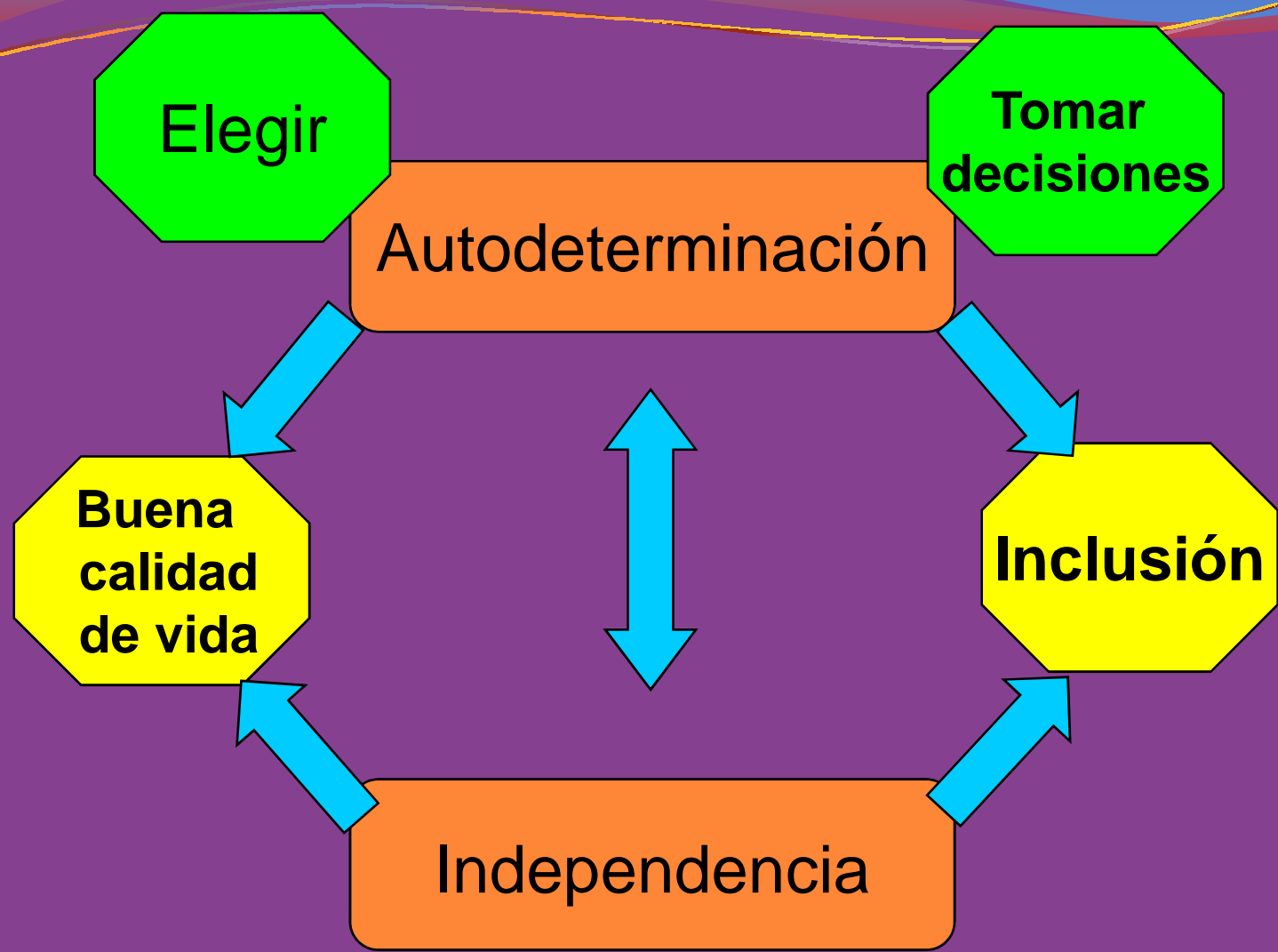
Paciente autónomo

Fortalecer Autonomía



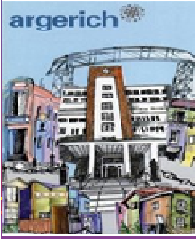
Familias Autogestivas

- **Psicológica**: fracaso del ideal; impacto en el propio narcisismo. Trabajar desde el déficit las potencialidades.
- **Legal**: conocimiento de los recursos.
- **Salud**: equipos interdisciplinarios capacitados y comprometidos.
- **Social**: inclusión en espacios grupales de reflexión.



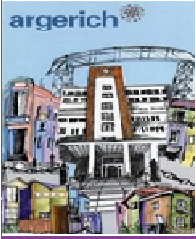
Pacientes Autodeterminados

Montes Aguilar, M.E. & Hernández Sánchez, E.



Inserción escolar

- **Acción interdisciplinaria con Trabajadora Social**
- **Orientación de acuerdo a Patología de base y acceso a cobertura de salud**

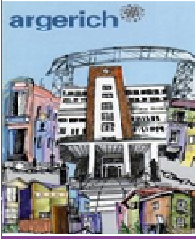


Integración escolar

Ley Federal de Educación n° 24195/93. Da respuesta a las necesidades especiales según las problemáticas, con alternativas educativas.

Ley del Sistema Único de Prestaciones básicas para personas con Discapacidad n° 24901/97. Garantiza la integración escolar mediante el pago del módulo correspondiente a “Apoyo a la Integración escolar”.

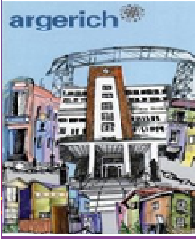
Escuelas especial de recuperación o sistema de integración a la escuela común con apoyo de maestro integrador.



Inserción laboral:

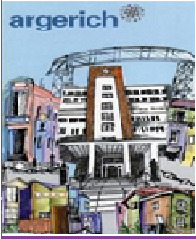
Ley 24013 Art. 87 : Los empleadores que dan trabajo a discapacitados son eximidos del 50% de las contribuciones patronales.

Ley 22431 : Los empleadores que dan trabajo a discapacitados reciben una deducción especial del impuesto a las ganancias.



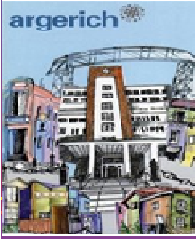
Educación sexual

Cada individuo, no importa cuál sea su discapacidad, tiene derecho al libre acceso a la información necesaria sobre la sexualidad , y lo que es más importante, cada persona tiene derecho a la expresión de su sexualidad



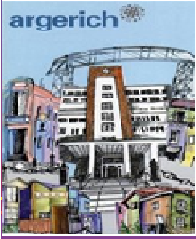
Asesoramiento Legal

- **Certificado de discapacidad**
- **Solicitud de Terapias requeridas – Insumos - Ortesis, etc.**



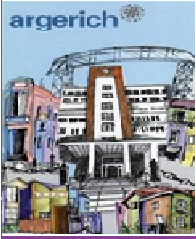
Certificado de Discapacidad

Documento público que se otorga a toda persona que tenga una alteración parcial o total , y/o limitación funcional , permanente o transitoria , física, sensorial o mental , que implique desventajas considerables en su desarrollo.



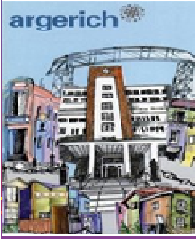
Permite acceder a derechos:

- **Cobertura integral de rehabilitación y habilitación.**
- **Cobertura integral de medicación.**
- **Pase libre en transporte público.**
- **Libre transito y estacionamiento.**
- **Reserva de estacionamiento en domicilio.**
- **Franquicias para compra de automóviles.**
- **Solicitar empleo en la administración pública.**
- **Exención de impuestos.**
- **Otros.**



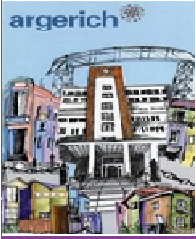
Fortalezas

- **Construcción de un espacio integral, amigable y de calidad para la atención de adolescentes con discapacidad.**
- **Implementación de la referencia y contra referencia con las distintas especialidades.**
- **Armado de una red intra y extra hospitalaria con referentes de cada especialidad.**

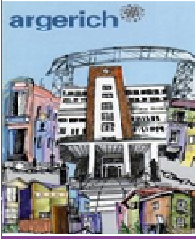


Debilidades

- **Falta de un hospital de día para optimizar la solicitud de análisis e interconsultas de los pacientes con dificultad para la movilización.**
- **Ausencia de un equipo clínico de adultos para el seguimiento de estos pacientes con el concepto de médico de cabecera.**



Es necesario replicar este modelo de atención integral en otros espacios de salud que atienden adolescentes. La sobrecarga de los mismos, hace imprescindible que equipos que cuidan la salud de los adultos puedan abordarlos en forma holística.



Consultorio de Atención Integral de Adolescentes con Capacidades Diferentes

**Servicio de Adolescencia
Hospital Cosme Argerich**



Muchas Gracias