

Problemas de salud en la adolescencia



M.A. Salmerón Ruiz, J. Casas Rivero

Unidad de Medicina del Adolescente. Hospital Universitario Infantil La Paz. Madrid

Resumen

Durante la adolescencia, el individuo se desarrolla en todos los aspectos: físico, psicológico, social y emocional. La adolescencia es cuando el sujeto experimenta los mejores índices de salud y vitalidad que le permitirán llevar a cabo las tareas necesarias para alcanzar una vida adulta plena. Sin embargo, esta capacidad vital se halla afectada en un número creciente de jóvenes, debido a múltiples problemas. En España, el adolescente es el gran olvidado en el sistema sanitario, la Medicina del Adolescente está poco desarrollada y no se realiza de forma adecuada la transición del cuidado al modelo adulto. La patología del adolescente es muy variada y requiere un entrenamiento específico del pediatra para realizar una adecuada atención.

Abstract

During adolescence, the individual is developing in all of the physical, psychological, social and emotional aspects. Adolescence is when the subject has the best health and vitality indexes that will make it possible to perform the necessary tasks to reach a full adult life. However, this vital capacity is affected in a growing number of young people because of multiple problems. In Spain, the adolescent is often forgotten in the health care system, Adolescent Medicine is underdeveloped and the transition from care to the adult model is not adequately performed. The pathology of the adolescent vary greater and require specific training by the pediatrician to perform adequate care.

Palabras clave: Adolescencia; Salud.

Key words: Adolescence; Health.

Pediatr Integral 2013; XVII(2): 94-100

Introducción y definiciones

Durante la adolescencia se desarrolla el individuo en todos los aspectos físicos, psicológicos, emocionales y sociales; además, en esta época, los jóvenes se encuentran expuestos a muchos riesgos y adoptan hábitos y conductas de salud que se extenderán a la edad adulta.

La adolescencia es la edad que sucede a la niñez y que transcurre desde la pubertad hasta la edad adulta.

Se suele esquematizar la adolescencia en tres etapas que pueden solaparse entre sí:

- Adolescencia temprana: abarca aproximadamente desde los 10 u 11 años hasta los 14 y se caracteriza, fundamentalmente, por los cambios puberales.
- Adolescencia media: entre los 15 y los 17 años, caracterizada sobre todo por los conflictos familiares debido a la importancia que adquiere el grupo.

- Adolescencia tardía: desde los 18 a los 21 años, caracterizada por la reaceptación de los valores paternos y por asumir las tareas y responsabilidades de la madurez⁽¹⁾.

La etapa de la adolescencia tiene una importancia vital, porque es cuando se produce la estructuración de la personalidad del individuo, a través de intensos cambios en diferentes niveles: físico, psicológico, emocional y social. Es cuando el sujeto experimenta los mejores índices de salud y vitalidad que le

permitirán llevar a cabo las tareas necesarias para alcanzar una vida adulta plena. Sin embargo, esta capacidad vital se halla afectada en un número creciente de jóvenes debido a problemas como: la violencia física, el abandono, el suicidio, el abuso de sustancias psicoactivas, las infecciones sexualmente transmisibles, los trastornos mentales, los problemas escolares, los trastornos de la conducta alimentaria y el embarazo precoz, entre otros⁽¹⁻³⁾. En el caso del adolescente con patología crónica, el reto es aún mayor, al tener que convivir con su enfermedad mientras se hace adulto, presentando problemas específicos como el incumplimiento terapéutico, que provoca descompensación grave de su enfermedad o riesgo de teratogenia en el caso de un embarazo no deseado.

Además, en la adolescencia, los intensos cambios vividos y la búsqueda de la identidad contribuyen a que muchas veces el joven se vea perdido entre una multitud de estímulos internos y externos, entre varias y nuevas alternativas por las que tiene que optar, necesitando ayuda de los adultos. No obstante, muy a menudo sus mensajes y demandas de ayuda, comprensión y orientación, vienen enmascaradas por una conducta agresiva o de introversión, o incluso otras de diferente índole, que despiertan respuestas en su entorno también hostiles, como de desatención. Esta dificultad de comunicación entre adultos y jóvenes también puede verse reflejada en la atención médica prestada a los adolescentes, que a su vez provoca que las principales causas de mortalidad y morbilidad en esa etapa que son, en su mayoría, potencialmente prevenibles, pasen a no recibir la asistencia debida^(3,4).

En mayo de 1999, en el X Congreso de la SEMA (Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia), conjuntamente con la ALAPE (Asociación Latinoamericana de Pediatría), se generó la declaración de Santiago de Compostela, en la que estas Sociedades Científicas se ofrecieron a colaborar en el desarrollo y proyectos relacionados con la adolescencia y la juventud. El primer punto de esta declaración asume como suyo el criterio de la OMS (Organización Mundial de la Salud) y la OPS (Organización Panamericana de Salud), que define la

adolescencia como la segunda década de la vida (de 10 a 19 años). Durante este periodo, el individuo adquiere la capacidad de reproducirse, pasa de los patrones psicológicos de la infancia a los de la edad adulta y consolida su independencia económica. Estos criterios deben aplicarse de forma flexible, pues hay evidencias del comienzo puberal antes de esta edad y de problemas madurativos que no se resuelven antes de los 20. El décimo punto considera prioritaria la asignación de más recursos humanos y de infraestructuras en la pediatría hospitalaria y extrahospitalaria para la atención del adolescente⁽⁵⁾.

La *American Academy of Pediatrics* se pronunció en 1988 recomendando que el pediatra debería de continuar supervisando y atendiendo las necesidades de salud de sus pacientes hasta el final de su maduración, habitualmente alrededor de los 21 años, y distinguía 3 etapas: adolescencia inicial, media y tardía⁽⁵⁾.

La Medicina de la Adolescencia se define como la especialidad pediátrica encargada de la prevención, diagnóstico y tratamiento de los problemas médicos, psicológicos, emocionales y sociales acontecidos en la edad adolescente, comprendida entre los 10 y los 21 años; es decir, la transición de la infancia a la vida adulta. Por otro lado, se encarga de la investigación, divulgación y buena práctica del cuidado de la salud del adolescente.

Datos demográficos de los adolescentes en España

La situación demográfica en España es muy similar a las de otros países con igual desarrollo económico.

- *El número de adolescentes.* En España la población adolescente entre 10 y 21 años según el Instituto Nacional de Estadística a fecha de octubre de 2012 era de 5.286.706 (11,5% de la población total). La población adolescente va disminuyendo lenta y progresivamente desde el año 1988⁽⁶⁾.
- *Mortalidad.* En el año 2011 fallecieron en nuestro país 732 jóvenes entre los 10 y 19 años (227 entre 10 y 14 años y 505 entre 15 y 19 años), lo que representaba el 0,3% de la

mortalidad de la población total. Los accidentes y actos violentos constituyen la principal causa de muerte; van seguidos por los tumores, neoplasias, enfermedades del aparato circulatorio, del respiratorio y del sistema nervioso⁽⁷⁾.

Atención sanitaria a los adolescentes

La Medicina del Adolescente en España está poco desarrollada, provocando que en muchos casos la atención al adolescente sea deficitaria y el paciente se pierda en el sistema.

La realidad de la Medicina del Adolescente (MA) en España es que la mayoría de los adolescentes son atendidos por una variedad de especialistas, excelentes, sin duda, pero que, en ocasiones, tan sólo se ciñen al campo propio de su especialidad, sin considerar el conjunto del paciente y sus múltiples facetas como ser humano; es decir, no hay una atención a su salud integral. Por otro lado, las estrategias preventivas están centradas en las edades extremas de la vida y en la salud materno-infantil, olvidando la adolescencia, que es una de las edades con mayores factores de riesgo y con unas causas de mortalidad que, en su mayoría, son potencialmente evitables.

En Atención Primaria, las consultas suelen estar masificadas, pudiendo dedicar un tiempo muy limitado a cada paciente. El médico de familia tiene a su cargo el cuidado del paciente crónico y pluripatológico de edad avanzada y el pediatra en la mayoría de las comunidades autónomas sólo atiende al paciente hasta los 14 años de edad.

Además de lo anteriormente dicho, la mayoría de los pediatras rechazan la atención a los adolescentes, pues no se sienten seguros y capacitados para manejar temas como los trastornos del comportamiento alimentario, psicosociales, relativos a la sexualidad o al abuso de sustancias. Si a la falta de conocimientos se añade la falta de tiempo para dedicarse a ellos, y la dificultad de manejar la intimidad y confidencialidad de los temas entre el paciente, sus padres y el médico, es fácil comprender el porqué estos pacientes no son queridos en casi ninguna práctica médica.

Por otro lado, la formación que se da sobre adolescencia, tanto en la Facultad de Medicina como a los residentes de Pediatría en España es muy limitada, a pesar de que está recogido como objetivo en el programa de Pediatría y sus Áreas Específicas del Ministerio de Sanidad. En el caso de los médicos de familia, la formación es muy reducida, de hecho no consta como objetivo en el programa de formación publicado por la Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.

Esto ayuda a perpetuar el problema actual, ya que, al no haber suficientes facultativos formados en MA, se dispone de menos profesionales y la atención a este colectivo es cada vez más deficitaria. Los residentes de Pediatría que han tenido contacto con la MA se sienten más seguros y capaces de atender, al menos, algunos temas básicos de salud de este grupo de edad.

En España, en 1985, se fundó la Unidad de Medicina del Adolescente en el Hospital Universitario Infantil del Niño Jesús que, en la actualidad, sigue su desarrollo, sobre todo con el crecimiento de la Psiquiatría Infantil y la Unidad de Trastornos del Comportamiento Alimentario (TCA). En 1987 se inició en el Hospital de Móstoles la atención específica a adolescentes dentro del Servicio de Pediatría, como un área más de la atención. En el año 2000, se estructuró la Unidad de Medicina del Adolescente del Hospital Universitario Gregorio Marañón, centrada en psiquiatría. En el año 2007, se inició una consulta monográfica de adolescentes en el Hospital Universitario La Paz, que ha ido creciendo y siendo actualmente una Unidad de Adolescentes atendida por dos pediatras. En la actualidad existen escasos servicios que atiendan a adolescentes en diferentes hospitales de nuestro país.

En España, los Centros Joven se dedican, fundamentalmente, a la atención en salud reproductiva, tanto en la prevención como en el diagnóstico precoz de infecciones de transmisión sexual y el embarazo.

Los pediatras de Atención Primaria atienden la adolescencia temprana hasta los 14 años, siendo un pilar fundamental al tener una buena relación de confianza establecida con los jóvenes

desde la infancia. En algunas comunidades autónomas, como la Comunidad de Madrid, se puede atender a los adolescentes hasta los 16 años a petición del paciente o del pediatra.

Existen una serie de barreras que limitan el acceso del adolescente a los servicios sanitarios⁽¹⁾:

- Burocratización del sistema. Para acudir a la consulta hay que citarse, identificarse y, a veces, contar a varias personas el problema antes de llegar al médico, y esto les provoca vergüenza.
- Falta de una adecuada atención por parte del profesional: falta de tiempo, de capacidad de escucha, de interés, de conocimientos, etc.
- El adolescente no sabe dónde acudir. No tiene o no sabe quién es su médico y tiene falta de confianza (asocia pediatra con infancia y médico general con confidente de sus padres). Por esto, es importante ganarse su confianza en las consultas previas.
- El adolescente niega o infravalora sus problemas. Durante su desarrollo psicológico, con su pensamiento de omnipotencia e inmortalidad piensa que: “a él no le va a pasar”, y por ello se suele retrasar en consultar sus problemas.
- El joven no conoce los recursos sanitarios y, además, existe falta de coordinación entre estos. Existen distintos centros para gente joven que van dirigidos a temas específicos y concretos (drogas, infecciones sexuales, anticoncepción...), pero no están dirigidos a las necesidades reales de salud integral ni hay una verdadera coordinación entre ellos.
- El adolescente necesita una atención multi e interdisciplinar, donde participen diferentes profesionales para poder atender a la complejidad de sus problemas, aunque sea en un profesional en concreto en quien deposite su confianza, el cual debe encargarse de coordinar su atención.

Los problemas de salud del adolescente

La obtención de datos globales es compleja y en España existen datos parciales.

Actualmente, no existen datos rigurosos acerca de los problemas de salud de los adolescentes a nivel mundial; la OMS, en su documento: “Orientaciones estratégicas para mejorar la salud y el desarrollo de los niños y los adolescentes”, hace especial énfasis en la dificultad de obtener datos veraces para cuantificar los comportamientos y los problemas de los adolescentes relacionados con la salud, y para identificar los principales riesgos y los factores protectores, al ser dicha información inadecuada e insuficiente en la mayoría de los países.

Para corregirlo, la OMS trabaja en la identificación de indicadores específicos para la edad, con el fin de estandarizar la obtención de información acerca del estado de salud del adolescente, elaborar evidencias epidemiológicas sobre las necesidades sanitarias y reunir evidencias sobre intervenciones eficaces.

A pesar de los escasos datos, la OMS afirma que existen dos áreas fundamentales que requieren especial atención en la salud del adolescente por el impacto que tiene sobre el paciente, su familia y la sociedad: la salud mental, especialmente la depresión y el suicidio; y la salud sexual y reproductiva.

En España existen datos acerca de los factores de riesgo y causas de mortalidad en los adolescentes, pero la información es muy escasa acerca de los motivos de consulta reales de los adolescentes⁽⁸⁾.

En 1995, McFarlene describe los problemas de salud más prevalentes en la adolescencia⁽⁵⁾:

- Causa de mortalidad: accidentes, neoplasias y enfermedades del sistema nervioso.
- Motivos de ingreso hospitalario: en chicas el aborto y el parto y, en chicos, los traumatismos.
- Patología “menor” prevalente: tos, catarro de vías altas, fiebre, enfermedades dermatológicas y asma.
- Motivos de consulta más prevalentes en Atención Primaria: enfermedades respiratorias, infecciones, parasitosis, alteraciones neurológicas y problemas dermatológicos.
- Problemas “mayores” a largo plazo: tabaquismo, consumo de drogas y alcohol, actividad sexual precoz y alteraciones psicopatológicas.

Prevención y conductas de riesgo en el adolescente

No existen programas preventivos en España específicos para adolescentes a partir de los 14 años. El principal factor de riesgo es la obesidad y el sedentarismo, seguido de los accidentes, consumo de alcohol y consumo de tabaco y de hachís.

En general, los adolescentes son sanos y no tienen percepción de que sus conductas de riesgo lo son, por lo que no acuden a los servicios sanitarios salvo que los necesiten verdaderamente; por ello, cualquier consulta debe ser aprovechada al máximo y, aunque inicialmente se atiende su demanda, debe ser aprovechada como consulta preventiva.

En la promoción y prevención de la salud del adolescente se debe incluir, según la OMS⁽⁸⁾:

- Promoción de un desarrollo y modo de vida saludables, incluidos una alimentación adecuada, ejercicio regular, una buena higiene bucodental, higiene del sueño y la postergación de la iniciación sexual.
- Prevención de los comportamientos de riesgo para la salud, incluidos el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias, y las prácticas sexuales de riesgo.
- Acceso a servicios de salud apropiados y diseñados para los adolescentes relativos a la salud sexual y reproductiva: planificación familiar, prevención de embarazos no deseados y nacimientos, la prevención y atención de las ITS y el VIH.
- Prevención de carencias nutricionales, sobrepeso y obesidad.
- Prevención de los traumatismos.
- Prevención de los problemas de salud mental.
- Fomento de la capacidad de los adultos, inclusive dentro de la familia, para establecer relaciones afectuosas y responsables con los adolescentes.
- Promoción de entornos escolares sanos que faciliten el bienestar físico y psicosocial de los adolescentes.
- Oportunidades para establecer relaciones sanas con la familia.
- Oportunidades para participar de forma activa en actividades sociales en la comunidad.

- Oportunidades para proseguir la educación o formación vocacional en entornos (docentes) sanos.
- Protección contra las prácticas culturales nocivas, incluidas la mutilación genital femenina y el matrimonio antes de la madurez social y biológica.
- Prevención y protección específica para las TIC (tecnologías de la información y la comunicación) y nuevas tecnologías.

En la Comunidad de Madrid, publicado en el Boletín epidemiológico de junio de 2012, el 40,9% de las chicas y el 8,9% de los chicos no realizan al menos 3 días a la semana **actividades físicas** vigorosas. El **consumo de alimentos** mantiene un patrón con bajo consumo de fruta y verduras y exceso de productos cárnicos, bollería y chucherías saladas: un 55,6% no consume al menos dos raciones de fruta al día y un 37,6% no consume al menos una de verdura; el 66,7% consumen dos o más raciones diarias de cárnicos, y el 20,5% dos o más raciones de galletas o productos de bollería. El índice de masa corporal, estimado con los datos de peso y talla aportados por los propios jóvenes muestra que un 19,0% de los chicos y el 10,3% de las chicas tienen **sobrepeso u obesidad**.

El 9,8% fuman diariamente, siendo, por primera vez desde los primeros datos registrados por el SIVFRENT-J en 1996, muy similar en chicas (9,9%) y chicos (9,6%). La proporción de bebedores de riesgo en función de la cantidad de alcohol ingerida es un 5,3%. Este consumo se realiza principalmente en fines de semana, lo que da lugar a ingestas excesivas agudas: el 30,8% ha realizado algún consumo excesivo en una misma ocasión en los últimos 30 días (*patrón binge drinking*) y el 19,5% afirma que se ha emborrachado durante este periodo.

La droga de comercio ilegal de uso más frecuente es el hachís, con un 16% de consumidores en los últimos 12 meses. El 20,1% refieren que le han ofrecido drogas en los últimos 12 meses y el 8,4% en los últimos 30 días.

El 31,1% de los jóvenes han tenido relaciones sexuales con penetración, de los cuales un 13,1% no han utilizado durante la última relación métodos de prevención del embarazo eficaces.

Un 16,8% han tenido algún accidente en los últimos 12 meses, siendo casi tres veces más frecuente en chicos (24,7%) que en chicas (8,6%). La utilización del casco en moto continúa siendo baja, ya que el 42,6% de los jóvenes que utilizan este vehículo no emplea siempre esta protección.

Las tendencias entre 1996 y 2011 muestran un importante avance en algunos de los indicadores estudiados, siendo especialmente reseñable por su magnitud la disminución del consumo de tabaco (sobre todo en las chicas) y de drogas de comercio ilegal, así como el incremento de las prácticas preventivas de seguridad vial. También hay que destacar, aunque en menor medida, el consumo de alcohol, ya que, si bien ha disminuido la cantidad de consumo, los cambios han sido menores en los indicadores relacionados con las ingestas agudas de riesgo. Por el contrario, se observa un incremento sistemático del sobrepeso y obesidad que afecta a hombres y a mujeres⁽⁹⁾.

La patología aguda del adolescente

Las patologías agudas del adolescente varían según el nivel de atención: Atención Primaria, Centro Joven o ingresos hospitalarios.

La patología aguda del adolescente es muy diversa (véase Tabla I) y en la mayoría de los casos son las causas que hacen que acudan a una consulta médica.

Los datos de los motivos de consulta de los adolescentes por patología aguda son escasos tanto en Atención Primaria como en urgencias hospitalarias, consultas de especialistas o motivos de ingreso. La obtención de estos datos es compleja debido a:

- La "agenda oculta" del adolescente: la diferencia del motivo de consulta por el que dice el adolescente consultar y el motivo real por el que consultan. Pueden venir por un problema y realmente les preocupa otro.
- Elevado índice de patología psicosomática que dificulta enormemente el diagnóstico, siendo la historia clínica la herramienta fundamental.
- Las diferencias según el tipo de centro en el que consultan: en el Centro

Tabla I. Patología frecuente del adolescente

<p>Aparato digestivo</p> <ul style="list-style-type: none"> – Dolor abdominal recurrente – Síndrome de colon irritable – Dispepsia no ulcerosa – Aparato respiratorio – Neumonía viral y bacteriana – Asma 	<p>Ginecología</p> <ul style="list-style-type: none"> – Menarquia – Dismenorrea – Embarazo no deseado – Abortos – Enfermedad Inflamatoria pélvica – Neoplasia intraepitelial cervical
<p>Patología infecciosa</p> <ul style="list-style-type: none"> – Mononucleosis infecciosa – Enfermedades “infantiles” – Enfermedades “importadas” – Infecciones de transmisión sexual 	<p>Mama</p> <ul style="list-style-type: none"> – Ginecomastia – Botón mamario
<p>Aparato cardiovascular</p> <ul style="list-style-type: none"> – Muerte súbita – Factores de riesgo cardiovascular – Hipertensión 	<p>Aparato locomotor</p> <ul style="list-style-type: none"> – Escoliosis – Dolor por crecimiento – Epifisiolisis femoral – Osgood-Schlatter – Epifisitis vertebral – Condromalacia rotuliana – Lesiones tendinosas, musculares u óseas por accidentes
<p>Patología endocrinológica</p> <ul style="list-style-type: none"> – Diabetes mellitus – Disfunción tiroidea – Pubertad precoz y retrasada – Talla baja y alta 	<p>Patología oncológica</p> <ul style="list-style-type: none"> – Leucemias – Enfermedad de Hodgkin – Linfomas no Hodgkin – Tumores óseos – Tumores encefálicos – Tumores de células germinales
<p>Nutrición</p> <ul style="list-style-type: none"> – Obesidad – Deficiencias nutricionales (Fe, vitamina D) 	<p>Fatiga crónica</p>
<p>Trastorno del comportamiento alimentario</p> <ul style="list-style-type: none"> – Bulimia nerviosa – Trastornos no especificados – Anorexia nerviosa 	<p>Problemas escolares</p> <ul style="list-style-type: none"> – Rechazo escolar – Fracaso escolar – TDAH – Acoso escolar
<p>Sistema nervioso</p> <ul style="list-style-type: none"> – Cefalea – Síncope – Epilepsia 	<p>Problemas psicosociales</p> <ul style="list-style-type: none"> – Tabaquismo – Abuso de alcohol – Uso de drogas – Estrés psicosocial – Conducta antisocial – Depresión – Ansiedad – Somatización – Desórdenes psiconeuróticos
<p>Piel</p> <ul style="list-style-type: none"> – Acné – Hirsutismo 	<p>Nuevas tecnologías</p> <ul style="list-style-type: none"> – Adicciones a pantallas – Ciberacoso
<p>Dientes</p> <ul style="list-style-type: none"> – Caries – Enfermedad periodontal – Gingivitis – Maloclusiones – Ortodoncia 	
<p>Órganos de los sentidos</p> <ul style="list-style-type: none"> – Trastornos de refracción visual – Hipoacusia 	

Joven la mayoría de las consultas están relacionadas con la sexualidad y el embarazo no deseado.

En un estudio reciente sobre los motivos de consulta de los jóvenes en un centro de salud se obtuvo, por orden de mayor a menor frecuencia: infecciones ORL (45,3%), problemas de piel (24%), traumatismos (15,3%), alergias (7,6%) y GEA (7,6%). La consulta por

temas de sexualidad, drogas o problemas personales era muy baja⁽¹⁰⁾.

Las causas más frecuentes de **ingreso hospitalario** en adolescentes de 15 a 24 años son, en **hombres**, en orden de mayor a menor frecuencia: **lesiones y envenenamientos (18,1%)**, problemas del aparato digestivo (17,2%), aparato locomotor y tejido conectivo (15,1%) y afecciones del aparato respiratorio

(11,6%). En **mujeres: complicaciones del embarazo, parto y puerperio (50,6%)**, aparato digestivo (10,2%), aparato respiratorio (5,5%) y lesiones y envenenamientos (3,5%)⁽¹¹⁾.

Respecto a las Interrupciones Voluntarias del Embarazo (IVE), en 2011 se registró en la Comunidad de Madrid una tasa de 14,09 por mil, en mujeres en edad fértil; ligeramente superior a la observada en 2010. Este leve ascenso se produce a expensas de la tasa de mujeres nacidas en España, ya que la tasa en foráneas apenas se modificó⁽¹²⁾.

Sigue siendo alto el porcentaje de IVE en extranjeras (59,2%) y, aunque la tendencia de los últimos años, ligeramente descendente, parece consolidarse, la magnitud del porcentaje exige el esfuerzo de intervención específica hacia esta población. Sin perder de vista que, pese a ser mucho menor, la tasa aumenta paulatinamente en las españolas⁽¹²⁾.

La patología crónica del adolescente y la transición a la vida adulta

El paciente crónico, al llegar a la adolescencia, tiene un alto riesgo de complicaciones potencialmente graves de su enfermedad por factores de riesgo específicos; el periodo más crítico es la transferencia del cuidado a la vida adulta.

El adolescente con patología crónica

Con el avance de los nuevos tratamientos de los pacientes con enfermedades crónicas, tales como la fibrosis quística (FQ) o las cardiopatías congénitas, cada vez más niños y adolescentes sobreviven y llegan a la vida adulta. Hace 70 años, los pacientes con FQ tenían una esperanza de vida de cinco años y actualmente es superior a los 30 años de edad. El aumento de la supervivencia ha provocado nuevas morbilidades y problemas psicosociales con repercusiones en la vida adulta. La prevalencia de niños afectados por enfermedades crónicas varía, pero se calcula que está entre el 10 y el 20%^(13,14).

La labor del pediatra en el paciente crónico va más allá del tratamiento de la enfermedad o sus complicaciones, es, además, cuidar y acompañar durante la adolescencia para que el paciente llegue a la vida adulta con la mejor calidad de vida posible, con el menor número

En el informe de la Academia Estadounidense de Pediatría sobre este tema (*Health care transition*), se diseñó un algoritmo conformado por varias etapas para lograr materializar una transición adecuada⁽¹⁷⁾.

Las áreas de transición son varias, involucran no solo la atención médica, sino la esfera de la escuela y el trabajo, y de la diada dependencia-autonomía. Por eso, es muy importante evaluar las capacidades psicosociales de cada paciente, trabajar en ellas durante la etapa de preparación y, en el caso de adolescentes con discapacidad mental, trabajar junto al familiar o tutor que lo acompañará en este proceso. Respecto al área de la atención médica, la meta durante la transición es asegurar el cuidado médico de alta calidad, apropiado para cada etapa del desarrollo y su continuación, de forma ininterrumpida, mientras el individuo va transitando de la adolescencia hacia la adultez.

La realidad muestra que, en muchos casos, la calidad de la atención médica de los pacientes con enfermedades crónicas declina una vez que pasan a los servicios de adultos, se pierde el seguimiento y también aumenta el número de ingresos.

Resultados de programas implementados

En los países donde ya se han implementado los programas de transición, existe la necesidad de realizar una evaluación de los resultados. Uno de los objetivos es evaluar la satisfacción de los jóvenes con la atención recibida durante el período de transición. En un estudio realizado en el Reino Unido, en un grupo de jóvenes con artritis idiopática juvenil, se observó que la calidad de atención, percibida por ellos y sus padres, fue peor de la que hubiesen deseado⁽¹⁸⁾. No obstante, cuando se evaluó el impacto de programas coordinados y se midió la calidad de vida relacionada con la salud como indicador, se observó

que muchos adolescentes mejoraban su calidad de vida. Los factores predictivos de esta “mejor calidad de vida” estaban directamente relacionados con pautas de autonomía y autosuficiencia (manejo de la medicación, consultas médicas sin acompañantes, etc.) y no con la edad cronológica ni el grado de actividad de la enfermedad⁽¹⁹⁾.

Bibliografía

Los asteriscos reflejan el interés del artículo a juicio del autor.

- Hidalgo Vicario MI. Atención Integral del adolescente. Revisión crítica. XVIII Congreso nacional de la Sociedad Española de Pediatría Extrahospitalaria y Atención Primaria. *Pediatr Integral*. 2004; 7(especial): 76-84.
- Walker Z, Townsend J. Promoting adolescent mental health in primary care: A review of the literature. *J Adolesc*. 1998; 21: 621-34.
- WHO (World Health Organization). Programming for Adolescent Health and Development Report. 1999: 886-99.
- Ziv A, Boulet J.R, Slap G.B. Utilization of physician offices by adolescents in the United States. *Pediatrics* 1999; 104:35-42.
- Casas Rivero J, Redondo Romero A, Jurado Palomo J. Problemática y patología en la adolescencia. En: Muñoz Calvo MT, Hidalgo Vicario MI, Clemente Pollán J, eds. *Pediatría Extrahospitalaria*. Madrid: Ergon; 2008. p. 791-8.
- Instituto Nacional de Estadística. Censo de población de 1998. Tomo 1. Resultados Nacionales. Características generales de la población. Madrid; 2001.
- Instituto Nacional de Estadística. Censo de población de 2011. Tomo 1. Resultados Nacionales. Características generales de la población. Madrid, 2012.
- WHO (World Health Organization). Orientaciones estratégicas para mejorar la salud y el desarrollo de los niños y los adolescentes; 2003.
- Díez-Gañán L. Hábitos de salud en la población juvenil de la Comunidad de Madrid, 2011. *Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid*. 2012; 18(6): 7-40.
- Menéndez Suso JJ, Hidalgo Vicario MI, González Rodríguez MP, Parra Martínez MI, et al. Motivos de consulta de los adoles-

centes en un centro de Atención Primaria. Comunicación presentada en el XV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Medicina del Adolescente. Granada; 2003.

- Díez-Gañán L. Morbilidad hospitalaria, Comunidad de Madrid, 2008. *Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid*. 2009; 15(10): 26-7.
- Díez-Gañán L. Interrupciones voluntarias del embarazo notificadas en la Comunidad de Madrid en 2011. *Boletín epidemiológico de la Comunidad de Madrid*. 2012; 18(5): 38.
- * De Cunto CL. Transición en la atención médica, de la pediatría a la medicina del adulto. *Arch Argent Pediatr*. 2012; 110(4): 341-7.
- Turkel S, Pao M. Late Consequences of Pediatric Chronic Illness. *Psychiatr Clin North Am*. 2007; 30(4): 819-35.
- White P. Destination known: planning the transition of youth with special health care needs to adult health care. *Adolescent Health*. 2009; 21(3): 1-8.
- White P. Transition: a future promise for children and adolescents with special health care needs and disabilities. *Rheum Dis Clin North Am*. 2002; 28(3): 687-703.
- * American Academy of Pediatrics, American Academy of Family Physicians and American College of Physicians, Transitions Clinical Report Authoring Group. Clinical report-Supporting the health care transition from adolescence to adulthood in the medical home. *Pediatrics*. 2011; 128(1): 182-200.
- Shaw KL, Southwood TR, McDonagh JE. Young people's satisfaction of transitional care in adolescent rheumatology in the UK. *Child Care Health Dev*. 2006; 33(4): 368-79.
- McDonagh JE, Southwood TR, Shaw KL. The impact of a coordinated transitional care programme on adolescents with juvenile idiopathic arthritis. *Rheumatology*. 2007; 46: 161-8.

Bibliografía recomendada

- American Academy of Pediatrics, American Academy of Family Physicians and American College of Physicians, Transitions Clinical Report Authoring Group. Clinical report-Supporting the health care transition from adolescence to adulthood in the medical home. *Pediatrics*. 2011; 128(1): 182-200.
- Protocolo de planificación y organización de un programa de transición, explicando minuciosamente las peculiaridades de cada una de las etapas.

Caso clínico

Varón de 17 años de edad remitido a la consulta de adolescentes por su médico de familia por coeficiente intelectual límite, retraso psicomotor y trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), insomnio de conciliación y rituales obsesivos. Ha sido derivado previamente a Psiquiatría y Neurología de adultos sin conseguir un manejo adecuado

y ha sido retirado el metilfenidato, con gran aumento de la impulsividad. En el último año llora con frecuencia cuando llega del colegio y no quiere salir a la calle.

Antecedentes personales: anoxia perinatal. Diagnosticado a los 9 años de TDAH en seguimiento en la consulta de Neurología Infantil hasta los 14 años. Antecedentes familiares sin interés.