

La transición del adolescente al médico de familia. Análisis y propuesta de mejora

E. Otero Arévalo. Médico de Familia. Centro de Salud de Estella. Navarra.

Resumen

La adolescencia es una etapa de la vida de transición a la edad adulta, con límites variables y poco definidos. El adolescente es en general un paciente "sano" cuya morbimortalidad es prevenible, y está relacionada con la exposición a riesgos específicos y la adopción de conductas y comportamientos personales que pueden persistir en la edad adulta. No disponemos de una atención protocolizada que nos ayude en su manejo. Además su accesibilidad al sistema sanitario es difícil. En este estudio hemos realizado un análisis de esa transición en tres cupos de adultos de nuestro centro de salud, objetivando una baja captación oportunista para detección de esos riesgos específicos y aportamos nuestra opinión para mejorar la situación.

Palabras clave: *Adolescencia; Salud; Transición; Captación.*

Abstract

Adolescence is a life stage of transition to adulthood, with variable and poorly defined limits. The adolescent is, generally, a "healthy" patient whose morbidity and mortality are preventable, being related to exposure to specific risks and the adoption of personal behaviors that can persist into adulthood. We do not have a protocolized care to help us manage it. In addition, its accessibility to the health system is difficult. In this study we have carried out an analysis of this transition in 3 adult clinics within our health center, objectifying a low opportunistic uptake to detect these specific risks. We provide our opinion to improve the latter situation.

Key words: *Adolescence; Health; Transition; Recruitment.*

"Trata a un ser humano como es y seguirá siendo lo que es, pero trátalo como puede llegar a ser y se convertirá en lo que está llamado a ser".
Goethe.

Introducción

La época de la adolescencia es un reto tanto para el médico de familia como para el pediatra, por varios motivos; por un lado es un paciente con quien la comunicación está mediatizada y debe ser entrenada, respetando su opinión con una escucha activa y aportando la ayuda que "percibimos" que pueden necesitar; por otro lado los médicos de familia no recibimos una preparación específica para el manejo de este paciente, y además, en nuestra comunidad autónoma no contamos con un protocolo específico para esta población.

Según datos del 2016 los adolescentes suponen el 11,6% de la población total y esta cifra disminuye progresivamente desde 1988. Se calcula que en 2016 murieron más de 1,1 millones de adolescentes de entre 10 y 19 años, unos 3.000 al día, en su mayoría por causas prevenibles o tratables⁽¹⁾. Si tenemos en cuenta que nuestra actividad en medicina se basa en modelos coste /efectividad, y que no se mide solo en términos económicos sino también en pérdida de años de calidad de vida, cualquier actuación a este nivel será positiva.

Según datos del 2016 los adolescentes en España suponen el 11,6% de la población total y esta cifra disminuye progresivamente desde 1988

La situación de Atención Primaria es complicada ante la llegada de este nuevo paciente. La masificación de las consultas y la falta de preparación de los médicos para la atención del adolescente es un factor en contra

Estos pacientes están sometidos a nuevos y diferentes riesgos⁽²⁾: alcohol, drogas, sexo sin protección, comportamientos de riesgo tanto en deporte como en seguridad vial, internet y conductas adictivas, ludopatías, nuevos modelos familiares con dinámicas específicas, inmigración, exigencia cada vez mayor en rendimiento académico, la importancia de pertenecer o no al grupo de amigos, los "modelos de adolescentes" que nos muestran los medios de comunicación muchas veces irreales y despersonalizados.

La situación de Atención Primaria es complicada ante la llegada de este nuevo paciente. La masificación de las consultas y la falta de preparación de los médicos para la atención del adolescente es un factor en contra, pero, lo que hagamos hoy servirá para mañana y además probablemente lo veamos porque somos sus médicos de familia.

Nuestros compañeros pediatras hacen una exhaustiva revisión a los 14 años en la que además de los aspectos más somáticos también inciden en esos factores propios de la edad. ¿Pero qué pasa luego? Ante este interrogante nos planteamos investigar la transición desde el paciente adolescente al médico de familia, valorar lo que hacemos y ver qué podemos aportar.

Estudio, material y métodos

Hemos realizado un estudio retrospectivo, transversal y descriptivo en nuestro centro de salud urbano que atiende a una población de aproximadamente 15.000 pacientes con 10 UBA. Hemos participado en el estudio 3 médicos y 5 residentes de familia. Se incluyeron en el trabajo los pacientes que han pasado a 3 cupos de médico de adulto procedentes de Pediatría en los últimos 6 años. En total 327 con edades de entre 15 y a 20 años. Se nos concedió permiso para acceder a las historias clínicas a través de nuestra unidad docente.

Se recogieron datos de sexo, edad, país de origen, cumplimentación del calendario de vacunaciones y de revisión pediátrica de los 14 años, motivo y fecha de la primera consulta, realización o no de captación oportunista en esa primera consulta, principales motivos de consulta y número de visitas desde los 15 años hasta el momento actual. Para el procesamiento de datos se usó un PC, Windows 7 y los programas Excel y SPSS.

Resultados

La distribución de pacientes por cada cupo se muestra en la Figura 1, siendo similar en los 3 casos. En cuanto al sexo 52,29% mujeres y 47,71% hombres. Los países de origen son, sobre todo, España (74,31%), seguido de Ecuador, Colombia, Marruecos y luego otros muy poco frecuentes (Tabla I). La distribución por edades de los pacientes es homogénea desde los 15 a los 20 años (Figura 2). Realizaron la revisión pediátrica de 14 años un 63% de pacientes, y han completado la vacunación un 81,04%, reflejado en Figuras 3 y 4. Acudieron por primera vez a consulta del Médico de Familia un 75,54% de los pacientes, un 24,46% todavía no lo han hecho al llegar a los 20 años, siendo la edad de primera consulta los 15 años con un 67% de pacientes y el resto de edades en orden decreciente (Figuras 5 y 6). Las enfermedades o procesos respiratorios, musculo-esqueléticos y dermatológicos copan los motivos principales de consulta (Tabla II). Se realizó captación oportunista en un 16,6% de pacientes (Figura 7). Después de la primera visita los pacientes siguieron acudiendo a consulta, haciendo la mayoría de ellos de 1 a 6 visitas médicas (Tabla III). Finalmente un 26,30% de pacientes padecen alguna enfermedad o proceso crónico.

Discusión

El reparto de nuestros pacientes (n=327) por médico es relativamente homogénea en los 3 cupos estudiados. Lo mismo ocurre con la distribución por sexos, no habiendo diferencias apreciables entre mujeres y hombres. La gran mayoría de nuestros pacientes son nacidos en España, y una cuarta parte provienen de otros países, porcentaje habitual en un mundo globalizado, siendo el continente americano el segundo en aportar casos.

El 75% de estos jóvenes han visitado al Médico de Familia antes de cumplir los 21 años, quedando un 25% que finaliza esta etapa sin hacer ninguna visita. Llama la atención la edad temprana en la que acuden por primera vez a nuestra consulta, sucediendo en la mayor parte de los casos a los 15 años (67%),

y un 20% lo hace a los 16 años. Interpretamos esta precoz visita inicial a la adherencia de los pacientes por el Pediatra, que se traslada a la primera visita con su Médico de adulto.

En cuanto a los motivos de consulta, son sobre todo enfermedades respiratorias, seguido de procesos musculoesqueléticos y dermatológicos. Nuestra casuística es similar a las escasas revisiones publicadas hace más de 15 años.

La mayoría de los pacientes (81%) tiene el calendario de vacunaciones cumplimentado, porcentaje similar al resto de Navarra⁽³⁾, y adecuada para la prevención, aunque es nuestra obligación intentar mejorar esta cifra.

Por otro lado y aunque no era un objetivo inicial del estudio, hemos encontrado que la última revisión de Pediatría (14 años) se ha realizado en un 63% de pacientes, quedando un 37% de pacientes sin revisar en esta edad. La voluntariedad de las revisiones, así como la negativa de algunos pacientes a acudir al médico en una época de crecimiento con tantos cambios nos hacen comprender las cifras.

Un 26,30% de pacientes son crónicos (definidos por tratamiento crónico o seguimiento periódico en Atención Especializada), que puntualmente acuden a su médico de familia, aunque nuestra población diana original era el adolescente "sano", puesto que entendemos que el crónico está muy ligado a la atención hospitalaria.

En cuanto a la "captación oportunista", tema clave en nuestro estudio, entendemos por ella como cualquier actividad preventiva que podamos realizar en la primera consulta de un paciente nuevo, desde explorar al paciente, solicitar una analítica hasta cualquier consejo sobre medidas preventivas de factores de riesgo adolescente (sexo, alcohol, tabaco, drogas, alimentación, internet, social, familiar, seguridad vial, etc.).

La captación se realizó en 41 de 247 pacientes (16,6%) de las primeras consultas. Y se hizo de manera bastante incompleta en la mayoría de los pacientes. Este nos parece un dato muy importante y desde nuestro punto de vista "muy mejorable", puesto que estamos centrándonos en una población cuya alta morbimortalidad es prevenible^(2,4); por tanto es ahí donde debe situarse nuestra labor de prevención de riesgos y promoción de hábitos saludables. Todo lo que hagamos a este nivel repercutirá en la salud de ese paciente en el futuro⁽⁵⁾; por tanto consideramos que debemos incluir en nuestra práctica clínica habitual la captación oportunista, aprovechando esa consulta de proceso agudo para consensuar con nuestro paciente otra consulta diferida en la que conocerle, preguntarle y explorar los factores de riesgo propios de esa edad, incluyendo los factores de riesgo cardiovascular. Hablamos de consulta diferida porque la sobrecarga asistencial diaria nos impide a veces escuchar al paciente de forma adecuada, tema importante y difícil en el adolescente, tanto por sus características intrínsecas como por nuestra limitación a la hora de comunicarnos con él; debemos hablar menos y escuchar más⁽⁶⁾.

Como no disponemos de ninguna herramienta específica para el abordaje de este grupo etario⁽²⁾, pensamos que sería conveniente introducir una pestaña específica para esta edad en el protocolo de prevención de Actividades Preventivas de personas adultas en Atenea, nuestro programa informático de Atención Primaria en Navarra, que incluyese exploración física, analítica, factores de riesgo y consejos sobre los riesgos detectados. También habría que plantearse establecer un protocolo específico para esta etapa, pues aunque lo importante es la relación médico/paciente, una guía siempre nos ayudará en el camino. Estas inquietudes las transmitiremos al Servicio Navarro de Salud, que pensamos está sensibilizado con nuestras necesidades.

Ya que la edad más frecuente de primera consulta es a los 15-16 años, proponemos hacer una captación activa con citación a esa edad en los pacientes que no han realizado la revisión pediátrica de 14 años, y hacerla a los 16-17 años en el resto de pacientes. Además pensamos que sería importante contar con Enfermería⁽⁷⁾ para compartir con el Médico de Familia esa primera entrevista, implicándose también en las labores de prevención y promoción de la salud con este nuevo grupo de pacientes.

Por otro lado, pensamos que en la revisión de los 14 años se podría aprovechar para informar al adolescente y familia de la "transición al médico de familia", de los recursos existentes (educadora sexual, servicios sociales), y podríamos pactar así una consulta de despedida-presentación. Además, podemos intentar que a partir de los 16 años el paciente acuda solo a la consulta, eliminando de esta manera sesgos en la recogida de información y fomentando la autonomía⁽⁸⁾, independencia y capacidad del joven, facilitándole la accesibilidad al sistema y la entrada en el mismo como paciente adulto al que vamos a acompañar mientras podamos y lo precise.

La "captación oportunista", es una actividad preventiva que podemos realizar en la primera consulta de un paciente nuevo, desde explorar al paciente, solicitar una analítica hasta cualquier consejo sobre medidas preventivas de factores de riesgo adolescente

Ya que la edad más frecuente de primera consulta es a los 15-16 años, proponemos hacer una captación activa con citación a esa edad en los pacientes que no han realizado la revisión pediátrica de 14 años, y hacerla a los 16-17 años en el resto de pacientes

Conclusiones

- La gran mayoría de nuestros adolescentes son españoles y acuden en los dos primeros años al Médico de Familia.
- Los principales motivos de consulta son procesos respiratorios, musculo-esqueléticos y dermatológicos. Después de la primera consulta, la mayoría siguen acudiendo asiduamente. Una cuarta parte de los pacientes sufren algún proceso crónico.
- Hacemos muy baja “captación oportunista” de nuestros pacientes jóvenes, privándoles de una información muy valiosa que podría disminuir o contener la elevada morbimortalidad propia de esta edad.
- Sería conveniente pactar con Pediatría algún tipo de “acto de transferencia”, consulta conjunta o presentación programada para encaminar a los adolescentes hacia el Médico de Familia. Contamos también para ello con Enfermería y Trabajadoras Sociales.
- Echamos en falta la existencia de una atención programada y un protocolo específico para esta edad. Esto podría concretarse en un apartado específico de Actividades Preventivas de personas adultas en nuestra herramienta informática de trabajo. Estamos seguros de que entonces la “captación oportunista” aumentaría de forma notable, contribuyendo a mejorar la vida de nuestros pacientes.

Tablas y figuras

Tabla I. Países de origen de los pacientes estudiados

		Frecuencia	Porcentaje
Válido	España	243	74,3
	Ecuador	31	9,
	Marruecos	10	3,1
	Colombia	10	3,1
	Venezuela	3	,9
	Argelia	2	,6
	Angola	1	,3
	Panamá	1	,3
	Suiza	1	,3
	Egipto	2	,6
	Honduras	2	,6
	Rumanía	5	1,5
	Bulgaria	1	,3
	Italia	3	,9
	Nicaragua	4	1,2
	Rusia	2	,6
	Afganistán	1	,3
	El Salvador	1	,3
	Perú	1	,3
	Bolivia	2	,6
	Ucrania	1	,3
	TOTAL	327	100

Tabla II. Motivos por los que acude el paciente a la primera consulta con el Médico de Familia

	Frecuencia	Porcentaje
Respiratorio	68	27,5
Dermatológico	45	18,2
Músculo-esquelético	45	18,2
Mental	7	2,8
Genito-urinario	17	6,9
Digestivo	18	7,3
Neurológico	9	3,6
Dental	1	,4
Oftalmológico	4	1,6
Agresión física	1	,4
A. preventivas	9	3,6
Endocrino	1	,4
Alergia	7	2,8
Hematología	2	,8
Otros	13	5,3
TOTAL	247	100

Tabla III. Número de visitas que hacen los pacientes entre los 15 y los 20 años a la consulta del Médico de Familia

	Frecuencia	Porcentaje
1-3 consultas	113	45,7
4-6 consultas	53	21,5
7-10 consultas	37	15,0
11-20 consultas	35	14,2
21-40 consultas	8	3,2
>40 consultas	1	,4
TOTAL	247	100

Figura 1. Distribución de los pacientes por cupo de Médico de Familia

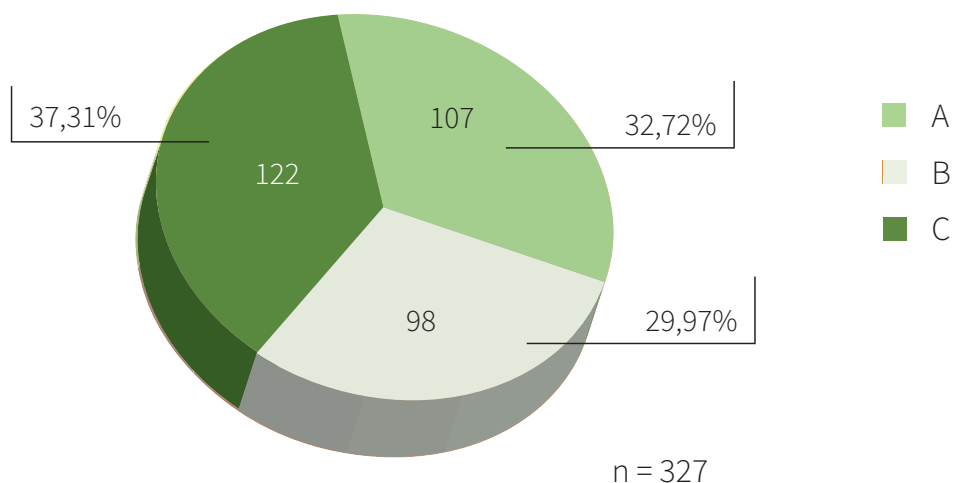


Figura 2. Distribución de los pacientes del estudio por edades

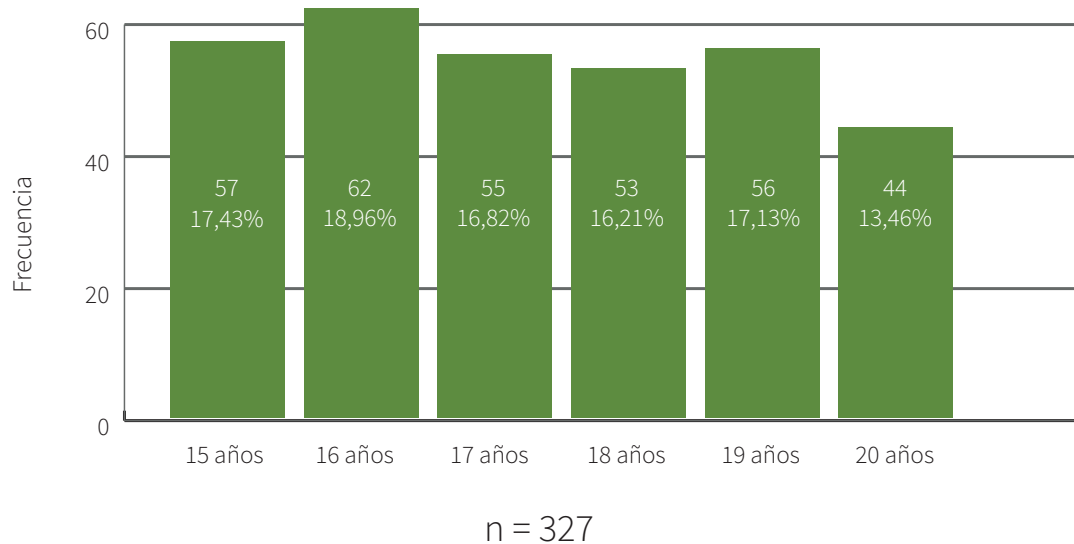


Figura 3. Revisión de los 14 años en la población estudiada (realizada o no)

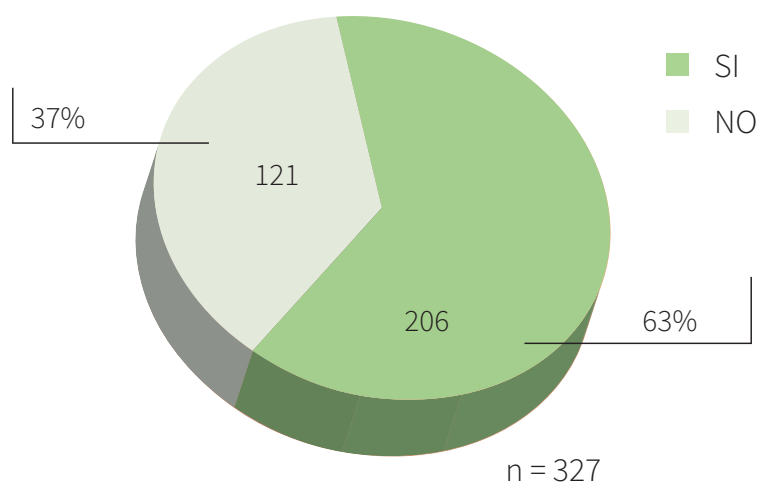


Figura 4. Análisis de la vacunación en los pacientes (vacunación completa)

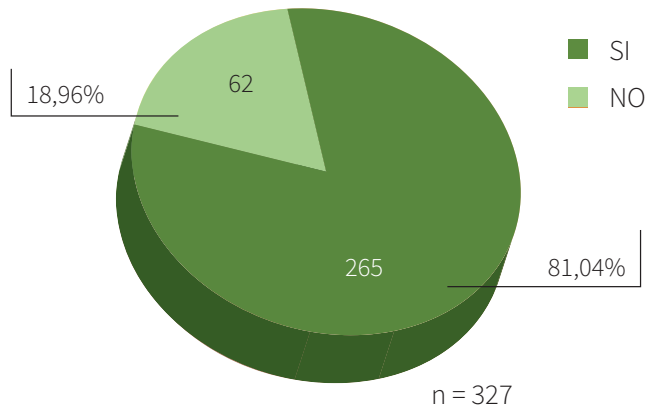


Figura 5. Pacientes que han acudido al menos una vez al Médico de Familia en los pacientes estudiados

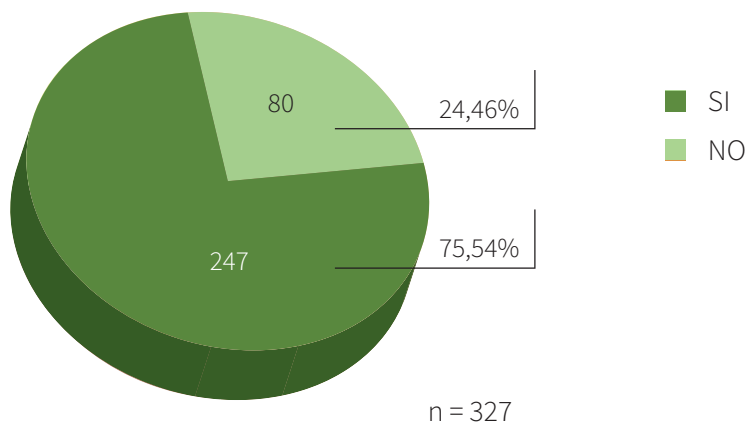


Figura 6. Edad a la que los pacientes acuden por primera vez a consulta al Médico de Familia

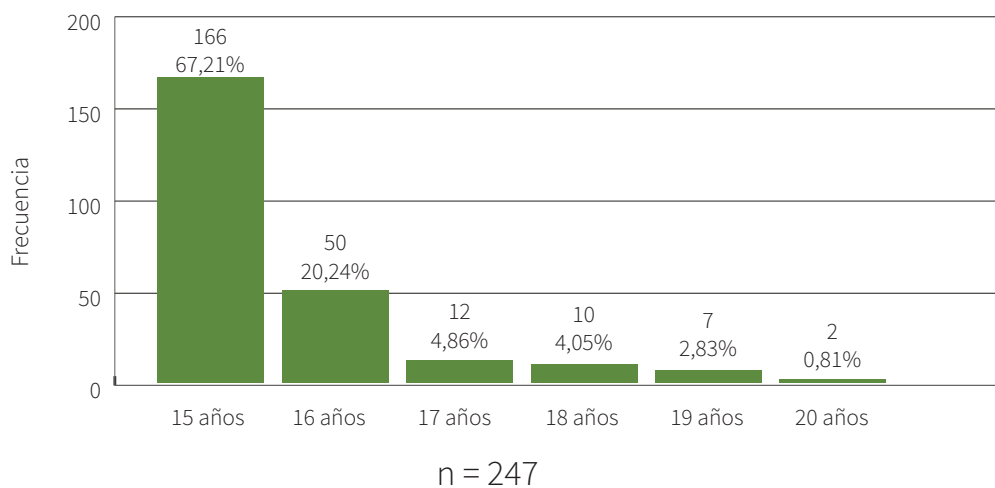
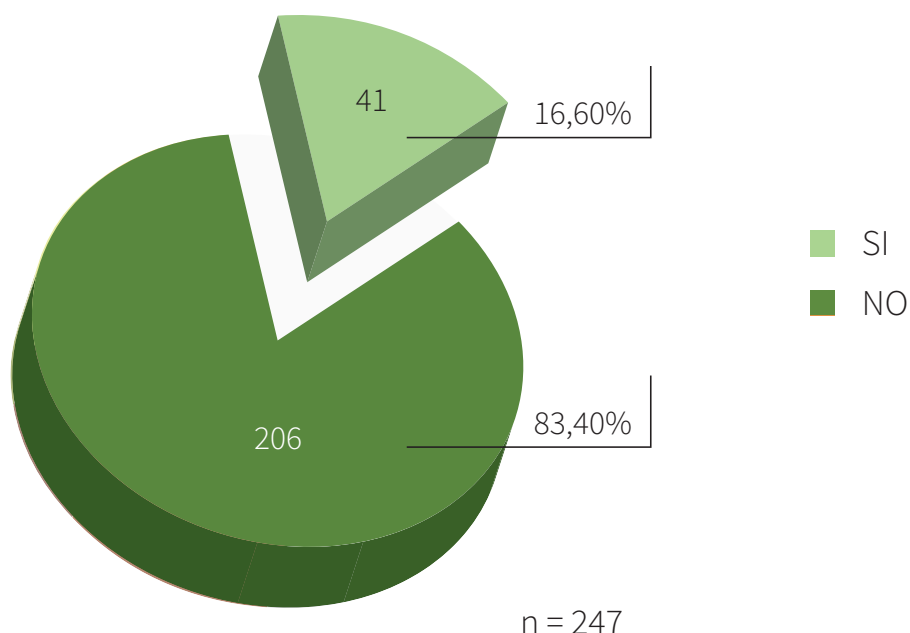


Figura 7. Estudio de la “captación oportunista” en los pacientes que han acudido por primera vez al Médico de Familia



Bibliografía

1. *Adolescents: health risks and solutions*. WHO. En: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescents-health-risks-and-solutions>. December 2018.
2. Salmerón Ruiz M. A, Casas Rivero J, Guerrero Alzola F. Problemas de salud en la adolescencia. Patología crónica y transición. *Pediatr Integral* 2017; XXI (4): 245-253.
3. *Diagnóstico Social de la Situación de la Familia, la Infancia, la Adolescencia y del Sistema de Protección a la Infancia de la Comunidad Foral de Navarra*. Agencia Navarra de Autonomía y desarrollo de las Personas. Departamento de Derechos Sociales. Gobierno de Navarra. Mayo 2017.
4. Salmerón Ruiz M. A., Casas Rivero J. Problemas de salud en la adolescencia. *Pediatr Integral* 2013; XVII(2): 94-100.
5. Stroud C, Walker LR, Davis M. Investing in the health and well-being of young adults. *J Adolesc Health*. 2015; 56(2):127-9.
6. Vázquez Fernández M.E., Sanz Almazán M. Guía para trabajar con adolescentes. *Form Act Pediatr Aten Prim*. 2014;7(3):144-152.
7. Lestishock L, Daley AM, White P. Pediatric Nurse Practitioners. Perspectives on Health Care Transition From Pediatric to Adult Care. *Pediatr Health Care*. 2018 ;32(3):263-272.
8. Ley Foral 17/2010 de 8 de noviembre, De Derechos y Deberes de las personas en materia de salud de la Comunidad Foral de Navarra. BON nº 139. 15/11/2010.

PREGUNTAS TIPO TEST

- 1. En este estudio, la edad en la que acuden por primera vez los adolescentes a la consulta del médico de familia de atención primaria es:**
 - a) A los 21 años.
 - b) A los 16 años.
 - c) A los 15 años.
 - d) A los 19 años.

- 2. La “transición al médico de familia” del adolescente según este estudio, se podría hacer:**
 - a) En la revisión de los 14 años para informar al adolescente y a su familia.
 - b) Informando de los recursos existentes (educadora sexual, servicios sociales).
 - c) Intentando que a partir de los 16 años el paciente acuda solo a la consulta.
 - d) Todas son correctas.

- 3. El motivo de consulta más frecuente al médico de familia entre los adolescentes, según este estudio es:**
 - a) Procesos musculo-esqueléticos.
 - b) Enfermedades respiratorias.
 - c) Problemas dermatológicos.
 - d) Enfermedades cardíacas.

Respuestas en la página 166