
Diagnósticos y actividades preventivas en la población adolescente de un centro de salud

MP. González Rodríguez^a, I. Parra Martínez^b, I. Hidalgo Vicario^b,
M. Agis Brusco^b, JL. Muñoz Alcañiz^c, M. Doñoro^b, N. Fernández de Larrea Baz^d

^aCS Manzanares el Real.

^bCS Barrio del Pilar.

^cCS Marqués de Valdivia.

^dUnidad de Investigación. Hospital Universitario La Paz.
Servicio Madrileño de Salud (Área 5). Madrid.

Rev Pediatr Aten Primaria. 2007;9:397-410

M.^a Paz González Rodríguez, paz.gonzalez@ctv.es

Resumen

Objetivo: describir las actividades realizadas con la población adolescente en un centro de salud.

Pacientes y métodos: estudio descriptivo retrospectivo de la actividad realizada con la población adolescente en un centro de salud durante dos años. Se seleccionaron a 434 pacientes con edades comprendidas entre 11 y 18 años. Se registraron los datos sociodemográficos, el número de visitas, los diagnósticos, los exámenes de salud, consejos acerca del consumo de alcohol, tabaco, drogas, advertencias sobre sexualidad, nutrición y accidentes, petición de pruebas complementarias, consultas a otras especialidades, estado vacunal, rendimiento escolar, relaciones familiares e ingresos hospitalarios.

Resultados: durante el período de estudio acudieron al menos una vez a la consulta 353 adolescentes (el 81% del total de la muestra). El número medio de visitas fue $3,97 \pm 4,6$ (IC 95% = 3,53-4,41) y el número medio de exámenes de salud fue $0,57 \pm 0,64$ (IC 95% = 0,51-0,63). Los diagnósticos más frecuentes fueron infecciones respiratorias de las vías altas, seguidas de enfermedades de la piel, osteoarticulares y ginecológicas. En 212 adolescentes (49%) se realizó al menos un examen de salud durante ese período; la proporción mayor tuvo lugar en el grupo de menores de 16 años.

El 69% de los pacientes recibió consejo de prevención de riesgos (alcohol, tabaco, drogas, educación sexual, nutrición y accidentes). En un 98% de los pacientes las recomendaciones fueron realizadas en las consultas de pediatría.

Conclusiones: la eliminación de barreras favorece la asistencia de los adolescentes al centro de salud y su inclusión en actividades preventivas.

Palabras clave: Adolescente, Promoción de la salud, Atención Primaria, Servicios preventivos de salud.

Los autores declaran no presentar conflictos de intereses en relación con la preparación y publicación de este artículo.

Abstract

Purpose: to examine the adolescents' (age 11-18) utilization of ambulatory care.

Methods: prospective study of the activity in a Primary Care Health Centre over two years. 434 adolescents were included (age 11-18). Visit characteristics consisted of gender, age, country, number of visits, morbidity, health supervision visits, counselling on six selected topics: alcohol consumption, tobacco, and other illicit drugs, diet and exercise, injury prevention, sex advice, other explorations and specialty consultation, immunization status, family relationship and school performance, hospital admissions.

Results: 353 adolescents (81%) attended at least once the physician office during this period. The mean number of visits was 3.97 ± 4.6 (CI 95% = 3.53-4.41) and the mean number of check-ups was 0.57 ± 0.64 (CI 95% = 0.51-0.63). The leading reasons for both male and female visits were respiratory, dermatological and musculoskeletal conditions. 212 adolescents (49%) had at least one check-up during this period, most of them among the group younger than 16. 69% of the adolescents received behavioural counselling regarding drinking, drugs, tobacco use, sexual education and nutrition. 98% of counselling was in the pediatric office.

Conclusions: decreasing barriers to accessing Primary Care increases adolescent visits and their inclusion in preventive activities.

Key words: Adolescent, Health promotion, Primary Care, Preventive health services.

Introducción

Las necesidades de salud de los adolescentes frecuentemente son desatendidas por los profesionales de Atención Primaria, ya que se considera que éste es un grupo sano que raramente consulta¹. Sin embargo, aunque la adolescencia se ha considerado como un período de la vida con un buen estado de salud, los jóvenes inician comportamientos de riesgo que, además de afectar a su salud, son responsables de gran parte de la morbimortalidad en la vida adulta. Entre estos comportamientos se pueden incluir la realización de una dieta inadecuada, el consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias, sufrir accidentes, y relaciones sexuales inseguras^{2,3}.

Aunque la mortalidad por accidentes en la población general ha disminuido durante los últimos años, en el grupo de edad comprendido entre 15-34 años la principal causa de muerte son los accidentes en la carretera⁴.

Durante los últimos años en nuestro país se ha constatado un aumento del consumo de sustancias y un comienzo cada vez más precoz, como se desprende de los datos del último informe de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas⁵. En la población de 14-18 años la prevalencia de consumo de tabaco en los últimos 30 días fue del 37,4% (frente al 31,1% en 1994); de cannabis, el 25,1% (frente al 12,4% en 1994); y de cocaína, el 3,8% (frente

al 1,1% en 1994). El inicio del consumo de tabaco tiene lugar a los 13 años, y el 90% de los fumadores comienza antes de los 20 años⁶. Uno de cada dos adolescentes que empieza ahora a fumar morirá por causas relacionadas con el tabaco si sigue fumando.

El alcohol es la droga que con más frecuencia utilizan los adolescentes. Su consumo, especialmente durante los fines de semana, se asocia con un aumento de la mortalidad por accidentes. El incremento ha sido mayor en los consumos problemáticos. La prevalencia de haber tenido una borrachera en los últimos 30 días pasó del 20,7% en los jóvenes de 14-18 años en 1994 al 34,8% en 2004. El consumo de riesgo se incrementó de forma progresiva de un 8,6% en 1996 a un 12,3% en 2004.

En las jóvenes entre 15-19 años se ha producido un aumento de abortos durante los últimos años; éstos llegan a constituir hasta el 50% de los embarazos en este grupo de edad⁷.

El cambio de los hábitos alimentarios y de ocio está relacionado con el aumento de la obesidad en la infancia y adolescencia. La prevalencia de sobrepeso y obesidad entre los varones españoles fue del 25% y en las mujeres, del 19%, con una tasa de cambio de prevalencia de sobrepeso y obesidad que va

en aumento⁸. España ocupa el segundo lugar en cuanto a prevalencia de obesidad dentro de la Unión Europea, después de Malta, con un 27% de niños de 12 años con sobrepeso⁹. Entre las estrategias para su prevención ocupan un lugar destacado los profesionales de Atención Primaria^{10,11}.

Por otra parte, el estrés emocional durante este período de la vida puede estar ligado a conductas de riesgo capaces de dañar la salud^{12,13} y producir problemas de salud mental en la adolescencia y edad adulta.

En el sistema sanitario de nuestro país, la prevención y promoción son prioridades en la Atención Primaria. Existen numerosos documentos que establecen recomendaciones¹⁴⁻¹⁷ acerca de qué actividades se deben realizar con los jóvenes, tanto en el asesoramiento como en la detección precoz.

Sin embargo, se ha detectado un bajo cumplimiento de éstas^{18,19}. Por un lado, existen barreras en cuanto a los profesionales, como insuficiente formación, falta de tiempo debido al aumento de la presión asistencial en las consultas, desconocimiento de la investigación que apoya la importancia de la prevención y la detección precoz, y falta de información de los recursos disponibles²⁰; y, por otro, los adolescentes pueden ser rea-

cios a acceder al sistema sanitario tradicional; es más factible que accedan a consultas en los lugares de enseñanza o en los servicios de urgencias²¹.

Hay estudios de la actividad de las consultas de pediatría²² y de medicina de familia²³, pero la adolescencia está repartida entre ambas, debido en parte a que el sistema sanitario establece de forma general la edad de atención por el pediatra hasta los 14 años y posteriormente por el médico general. Debido a ello existen pocas publicaciones que analicen específicamente los diagnósticos y las actividades preventivas en este grupo de edad.

Con el objetivo de conocer la actividad realizada y la utilización del centro de salud (CS) por parte de la población adolescente, se realizó un análisis descriptivo retrospectivo de los diagnósticos y las actividades preventivas realizado durante los años 2000-2002.

Pacientes y métodos

Estudio descriptivo en el que se analizaron retrospectivamente los historiales clínicos de la población joven adscrita al CS Barrio del Pilar (Área 5) de Madrid, localizado en una zona urbana que atiende a una población de 51.816 habitantes. La población incluida en el estudio fue la nacida entre 1984 y 1989,

con edades comprendidas en el momento del estudio entre 11-18 años, con un total de 3.353 adolescentes (6,4% de la población total).

La asistencia estaba a cargo de 6 pediatras y 23 médicos generales. Existen, además, 29 consultas de enfermería, de las que 6 son consultas de enfermería de pediatría. Los pediatras atienden hasta los 14 años. A partir de entonces, los pacientes son asignados a las consultas de medicina general; no obstante, cuando a éstos y a sus familias se les ofrece la posibilidad de continuar en la consulta de pediatría, muchos de ellos optan por seguir asistiendo a ellas.

Se registró la actividad realizada durante dos años, en el período comprendido entre el 1 de junio de 2000 y el 31 de mayo de 2002. Se registraron los datos de edad, sexo y país de origen, número de visitas, diagnósticos realizados durante el período de estudio y en años previos, número de exámenes de salud, consejo en cuanto a consumo de alcohol, tabaco, drogas, sexualidad, nutrición y accidentes, petición de pruebas complementarias, consultas con otras especialidades, vacunaciones, rendimiento escolar, relaciones familiares, riesgo psicosocial, ingresos y cirugía.

Los datos se extrajeron de la historia clínica, lo que fue facilitado por la inclu-

sión de una hoja de registro en la que se anotaban los resultados de los exámenes de salud, así como las actividades preventivas realizadas en ellos.

Para la clasificación de las enfermedades se realizó un pilotaje previo al inicio del estudio, en el que se seleccionaron 80 historias clínicas de forma aleatoria. Se registraron los diagnósticos más frecuentes que figuraban en ellas. Éstos fueron 67, que se agruparon finalmente en 50. En patología digestiva se incluyeron: dispepsias, reflujo gastroesofágico, dolor abdominal, estreñimiento, gastroenteritis y patología hepática; en ginecológica: dismenorrea, dolor pélvico, anticoncepción, embarazo, alteraciones de la regla e infecciones; en psiquiátrica: depresión, ansiedad, trastornos psicóticos; en ortopédica: dorsalgia, lumbalgia, dolor cervical, escoliosis y otras alteraciones de la alineación de la espalda, y traumatismos, incluyendo esguinces y fracturas; en enfermedades de la piel: infecciones, acné y todas las consultas por lesiones cutáneas.

Del total de la población diana se seleccionó una muestra de 350 adolescentes. Tras la estimación en la fase de pilotaje de un 20% de pérdidas (es decir, que no hubiesen acudido durante los dos años del estudio), el número total seleccionado fue de 434. Si no existía ningún registro en la historia clínica

en los siete años previos, se consideró que el paciente no estaba recibiendo asistencia en el CS y no se incluyó la historia en el estudio. La selección se hizo de forma aleatoria, siguiendo un muestreo sistemático.

Se registraron los diagnósticos realizados durante los dos años del período de estudio y los efectuados en períodos anteriores. Cada diagnóstico se registró una vez, aunque existiesen visitas sucesivas con el mismo diagnóstico. Se registraron la petición de análisis y estudios complementarios, así como las consultas realizadas a otras especialidades. Se anotó de forma separada si se había dado consejo acerca de la prevención de riesgos (alcohol, tabaco, drogas, educación sexual, nutrición y accidentes). Se consideró que la vacunación era correcta si en el registro de la historia figuraba que había recibido las vacunas incluidas en el calendario vacunal vigente en la Comunidad de Madrid durante ese período.

Metodología: el análisis estadístico de las variables cualitativas se hizo mediante chi al cuadrado y el de las cuantitativas mediante ANOVA®. En la comparación del número de revisiones se utilizó el test no paramétrico de Kruskal-Wallis. Para el análisis de los datos se usó el programa estadístico informático SPSS®.

Resultados

De los 434 pacientes seleccionados vinieron al menos una vez a la consulta 353 (81%), de los cuales 189 (54%) fueron hombres y 164 (46%) mujeres. Catorce (3%) procedían de otros países, especialmente de América Latina. No hubo diferencias en cuanto al número de pacientes entre los diferentes años de nacimiento.

El número medio de visitas durante el período de los dos años estudiado fue de $3,97 + 4,6$ (intervalo de confianza del 95% [IC 95%] = 3,53-4,41). La diferencia entre los distintos grupos de edad no fue significativa ($p = 0,295$). Los diagnósticos principales figuran en la tabla I.

Entre los más frecuentes se encontraron las infecciones de las vías respiratorias en 160 pacientes (45,3%), enfermedades de la piel en 112 (31,6%) y patología ortopédica en 105 (27,5%). Hubo 34 diagnósticos de trastornos ginecológicos (20,7% de los diagnósticos de las chicas). Los diagnósticos más frecuentes realizados en los años previos al estudio fueron alergias en 55 (15,6%), enfermedades de la vista en 40 (11,3%) y asma en 33 (9,3%) (tabla II).

El diagnóstico de trastornos psiquiátricos y problemas familiares y escolares se hizo en 33 (10,7%).

En cuanto a la petición de pruebas complementarias, se llevó a cabo alguna

Tabla I. Diagnósticos más frecuentes de la población que acudió a la consulta durante el período de estudio ($n = 353$). Número de diagnósticos y porcentaje

Infecciones de las vías altas	160 (45,3%)
Enfermedades de la piel	112 (31,6%)
Problemas ortopédicos	111 (31,5%)
Problemas digestivos	32 (9%)
Alergias (rinitis y conjuntivitis)	27 (7,6%)
Gastroenteritis	27 (7,6%)
Administración*	26 (7,3%)
Consulta de enfermería	22 (6,2%)
Trastornos psiquiátricos	15 (5,6%)
Patología ginecológica**	34 (20,7%)
Obesidad	19 (5,3%)
Cefalea	17 (4,8%)
Patología ocular	17 (4,8%)
Asma	13 (3,7%)
Problemas familiares o escolares	18 (5,1%)

* Emisión de recetas, informes y certificados.

** Referido a las 164 chicas que consultaron.

Tabla II. Diagnósticos realizados en los años previos al estudio (n = 434). Número de diagnósticos y porcentaje

Alergia	55 (15,6%)
Enfermedades oftalmológicas	40 (11,3%)
Asma	33 (9,3%)
Patología ortopédica	37 (10,5%)
Enfermedades de la piel	20 (5,7%)
Obesidad	28 (8%)
Talla baja	11 (3,1%)
Patología neurológica (cefaleas, convulsiones, TDAH ¹)	15 (4,2%)

¹TDAH: trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

en 194 (44,6%): analítica de sangre en el 25,5%, orina en el 7,1% y estudio radiológico en el 10%. En 152 (35%) se realizó alguna consulta con otra especialidad, con un total de 230 consultas, que se distribuyeron entre las siguientes especialidades: 21% traumatología, 11% oftalmología, 10,4% dermatología, 7,8% odontología y 6,5% alergia (tabla III). Durante ese período hubo 21 ingresos hospitalarios (4,8%). Requirieron cirugía 20 pacientes (5,7%).

El rendimiento escolar estaba registrado en 249 (57%), de los que en el 76% era bueno; en el 13%, regular; y en el 11%, malo. La relación familiar estaba registrada en 248 (57%), de los que en el 83% era buena; en el 15%, regular; y en el 2%, mala. En 22 (5,1%) figuraba la existencia de riesgo psicosocial.

En 330 (75,9%) constaba que estaban bien vacunados y en 105 el regis-

tro del calendario vacunal era incompleto o no constaba. En este grupo se consultó la ficha vacunal, y se comprobó que 87 (82%) estaban bien vacunados.

Se llevó a cabo al menos un examen de salud en 212 (49%), y dos exámenes en 28 (6,4%). Fueron realizados 235 en las consultas de pediatría y enfermería de pediatría. La media de exámenes de salud fue de $0,57 + 0,64$ (IC 95% = $0,51-0,63$) (tabla IV). En el grupo de 13-15 años (nacidos en 1987) fue de $0,86 + 0,7$ y en el de 11-13 años (nacidos en 1989) fue de $0,76 + 0,6$. El grupo con menor número de exámenes de salud fue el de 16-18 años (nacidos en 1984) con $0,28 + 0,5$.

Se realizaron actividades de promoción de la salud en relación con la prevención de riesgos en 299 jóvenes (68,9%); de éstos, en el 52,1% tuvie-

Tabla III. Consultas a otras especialidades. Número de consultas y porcentaje

Traumatología y ortopedia	50 (21%)
Oftalmología	26 (11%)
Dermatología	24 (10,4%)
Odontología	18 (7,8%)
Alergia	15 (6,5%)
Neurología	13 (5,6%)
Cardiología	13 (5,6%)
Ginecología	11 (4,8%)

Tabla IV. Número de visitas y de exámenes de salud durante el período estudiado

Años de nacimiento	Número de adolescentes	Media del número de visitas*	Media del número de revisiones*
1984	82	3,8 (5,1)	0,26 (0,5)
1985	83	3,6 (4,2)	0,35 (0,5)
1986	59	3,7 (4,1)	0,71 (0,6)
1987	73	4,6 (5,9)	0,86 (0,7)
1988	61	3,0 (3,3)	0,58 (0,6)
1989	76	4,6 (4,4)	0,76 (0,6)
Total	434	3,9 (4,6)	0,57 (0,6)

* La desviación estándar se muestra entre paréntesis.

ron lugar durante el período de estudio y en el 16,8%, anteriormente. En el grupo de los nacidos en 1984 el porcentaje de actividades preventivas fue menor (46,6%) que en los otros grupos, y fue mayor en los nacidos en 1987 (82,2%).

Se realizó prevención de consumo de alcohol en 271 (62,3%), de tabaco en el 63%, de drogas en el 56,8%, sobre sexualidad en 196 (45%), sobre nutrición en 300 (69%) y sobre accidentes en 278 (63,9%).

Discusión

El 81% de los pacientes acudió al menos alguna vez al CS durante el período estudiado, con una frecuentación media de dos visitas anuales, lo que contrasta con la baja utilización de los servicios sanitarios descrita por otros autores²⁴. Esta frecuencia no varió en los grupos de edad de forma significativa, aunque hubo un mayor número de consultas entre los nacidos en 1989 y 1987, con una edad durante el período de estudio entre 11-13 años y 13-15 años, respec-

tivamente. Esto puede ser debido a que dentro del programa de salud infantil y adolescente hay una visita establecida a los 11 años y otra a los 14.

Entre los factores que favorecen que los jóvenes acudan al CS se encuentran la accesibilidad, ya que no existen barreras geográficas; la difusión de la información acerca de los servicios disponibles; la flexibilidad horaria, pues pueden tener médico asignado tanto por la mañana como por la tarde; la buena relación con los profesionales y la gratuidad de la asistencia con una prestación de la atención sanitaria de forma universal. Aunque no existía registro de si vinieron solos o acompañados por algún adulto, de forma general se les garantiza la confidencialidad y en los exámenes de salud una parte transcurre con el adolescente solo. En encuestas realizadas, los adolescentes que acuden al pediatra prefieren ser visitados sin la presencia de sus padres y de manera confidencial²⁵. Sin embargo, existen barreras para que los profesionales accedan a visitar a adolescentes que no vayan acompañados por adultos que pueden mejorar con el asesoramiento en aspectos médico-legales²⁶.

Entre los diagnósticos realizados, el hallazgo de las infecciones respiratorias como diagnóstico más frecuente coincide

con lo descrito en las consultas de pediatría²⁷. Al llegar la adolescencia, los siguientes diagnósticos incluyen patología osteoarticular (traumatismos y accidentes), dermatológica y ginecológica. Conocer los motivos de consulta de la población joven es de gran utilidad para orientar la formación de los profesionales que los atienden, tanto pre- como postgrado. Aunque en el estudio realizado no se han registrado los diagnósticos según la CIAP (Clasificación Internacional de Enfermedades en Atención Primaria), los diagnósticos tras el estudio piloto efectuado al inicio coinciden con los de la clasificación internacional.

En el 69% de los adolescentes se realizaron actividades preventivas en la consulta acerca del consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias, sobre la prevención de accidentes, consejos nutricionales y sobre relaciones sexuales. El número de exámenes de salud y consejos de prevención fue mayor en los grupos de menor edad y edades intermedias, y disminuyó hacia los 17-18 años. En estudios realizados mediante encuestas en otros países, se observan menos consejos en los de menor edad^{28,29}, lo que resulta muy desafortunado, dado que la mayoría de conductas de riesgo comienza a edades muy tempranas. El énfasis sobre la prevención del consumo de alcohol es particularmen-

te importante³⁰ ya que sirve de llave a otros consumos más graves y se puede establecer firmemente de forma temprana como un estilo de vida. El consejo sobre consumo de tabaco en el 63% de los adolescentes y sobre sexualidad en el 45% contrasta con la baja frecuencia de otras publicaciones, donde el consejo sobre el consumo de tabaco alcanza únicamente el 13%³¹.

El abuso de sustancias es un problema de salud pública, y los pediatras están en un lugar privilegiado para apoyar a sus pacientes y familias en cuanto a su prevención, detección y tratamiento³²⁻³⁴. Por lo tanto, la discusión acerca del abuso de sustancias debería estar incluida en la práctica diaria de la atención sanitaria³⁵. Además, es necesario que los profesionales sanitarios conozcan la prevalencia, el tipo de consumo, las consecuencias para la salud del abuso de sustancias, los recursos de la comunidad³⁶, la detección de signos y síntomas asociados con el consumo y la asociación con otras conductas de riesgo, así como la patología dual al asociarse con alteraciones mentales³⁷.

En esta revisión no se realizó un análisis de las características del consejo, ni si se desglosaba en detección precoz y asesoramiento. En las consultas de los CS se siguen las recomendaciones refle-

jadas en el programa de actividades preventivas en la infancia y adolescencia¹⁴, así como en los documentos que componen la cartera de servicios del niño y el joven. Las recomendaciones en cuanto a las actividades de cribado y las actividades de promoción y prevención de la salud están ampliamente descritas en documentos de sociedades científicas y en guías de práctica clínica³⁸⁻⁴¹; existe consenso en cuanto a la necesidad de desarrollar programas que abarquen una asistencia integral al adolescente⁴².

Los exámenes de salud se realizaron principalmente en las consultas de pediatría y de enfermería de pediatría. Ambos profesionales participan en todos los exámenes de salud. La consulta de enfermería contribuye por su preparación y sensibilización con los problemas de la infancia y adolescencia a mejorar la calidad de la atención.

La mayor participación del área de pediatría coincide con otras publicaciones²⁹ en las que se observa que el pediatra realiza más actividades de prevención y promoción con los jóvenes que el médico de adultos. Esto podría estar favorecido por el acceso privilegiado que tienen los pediatras al entorno del joven, debido a la relación establecida con él y su familia desde edades tempranas.

Entre las limitaciones de esta revisión encontramos que, al ser un estudio retrospectivo, los datos recogidos de la historia pueden no reflejar en su totalidad la actividad realizada.

La no utilización de la CIAP puede llevar a falta de uniformidad con los registros de morbilidad de otras publicaciones, aunque los principales diagnósticos de la población estudiada están incluidos en dicha clasificación. La progresiva informatización de las consultas será de gran utilidad para la realización de estudios que analicen la actividad realizada.

En la actualidad existen numerosas barreras que dificultan el acceso de los jóvenes al sistema sanitario. Dentro de las propuestas para mejorar esta situación se encuentran la inclusión de las actividades a realizar con los jóvenes en las cartera de servicios de Atención Primaria de todas las comunidades autónomas⁴³, la mejora de la formación de los profesionales, la adaptación de las consultas en cuanto a accesibilidad, la garantía de la confidencialidad, la disminución de la presión asistencial y la mejora de información en cuanto a los ser-

vicios disponibles. Todo esto conllevaría una mejora de la asistencia, lo que sin duda contribuirá a mejorar la salud durante esta etapa y posteriormente en la vida adulta. Es importante que el adolescente establezca una buena relación con los servicios de salud, que conozca el centro al que dirigirse donde se sienta cómodo y se le asegure la confidencialidad. Es necesaria una mayor dedicación y atención por parte del personal sanitario en el marco de la Atención Primaria, ya que las intervenciones con los adolescentes con contenidos que incluyen examen físico y orientación sobre conductas de riesgo son bien aceptadas por ellos y contribuyen a desarrollar estilos de vida saludables^{44,45}.

Otras alternativas dirigidas a favorecer la accesibilidad de los jóvenes al sistema sanitario incluyen consultas jóvenes ubicadas en los centros educativos y la participación de los profesionales en actividades de educación para la salud en la escuela.

Son necesarios más estudios que analicen los motivos por los cuales los adolescentes acuden a las consultas, así como las causas por las que no lo hacen.

Bibliografía

1. McPherson A. Adolescents in primary care. *BMJ*. 2005;330:465-7.
2. Hidalgo I, Garrido G, Hernández M. Health status and risk behaviour of adolescents in the North of Madrid, Spain. *J Adolescent Health*. 2000;27:351-60.
3. Center for disease control and prevention: CDC surveillance summaries. Youth Risk Behavior Surveillance. United States, 1997. *MMWR*. 1998; 47(SS-3):1-89.
4. Ministerio de Sanidad y Consumo. Principales indicadores de salud. [Consultado el 19/07/2006]. Disponible en www.msc.es/estadEstudios/estadisticas/inforRecopilaciones/indicadoresSalud.htm#mortalidad
5. Observatorio Español sobre Drogas. Informe 2004. Situación y tendencias de los problemas de drogas en España. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. [Consultado el 10/09/2006]. Disponible en www.msc.es/pnd/
6. Marrón Tundidor R, Pérez Trullén A, Clemente Jiménez ML, Herrero Labarga I. Factores de inicio del consumo de tabaco en adolescentes. *Prev Tab*. 2003;5:219-34.
7. INE. Ministerio de Sanidad y Consumo. [Consultado el 20/09/2006]. Disponible en www.saludreproductiva.com
8. Moreno LA, Mesana MI, Fleta J, Ruiz JR, González-Gross MM, Sarría A, et al. Overweight, obesity and body fat composition in Spanish adolescents. The AVENA Study. *Ann Nutr Metab*. 2005;49:71-6.
9. International obesity task force. International association for the study of obesity. [Consultado el 25/09/2006]. Disponible en www.iotf.org/media/IOTFmay28.pdf#search=%22international%20obesity%20task%20force%20and%20spain%22
10. Estrategia NAOS (Nutrición, Actividad física, Prevención de la Obesidad). Agencia Española de Seguridad Alimentaria. [Consultado el 18/11/2006]. Disponible en www.aesa.msc.es/aesa/web/AesaPageServer?idpage=9&idcontent=5672
11. Cook S, Witzman M, Auinger P, Barlow S. Screening and counselling associated with obesity diagnosis in a national survey of ambulatory pediatric visits. *Pediatrics*. 2005;116:112-6.
12. Hack S, Jellinek MS. Early identification of emotional and behavioural problems in a primary care setting. *Adolesc Med*. 1998;9:335-50.
13. Walker Z, Townsend J. Promoting adolescent mental health in primary care: a review of the literature. *J Adolesc*. 1998;21:621-34.
14. PrevInfad/PAPPS. Manual de actividades preventivas en la infancia y adolescencia. Madrid: Exlibris Ediciones; 2004.
15. Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI). Health Care Guideline. Preventive services for children and adolescents. Bloomington (MN). [Consultado el 01/11/2006]. Disponible en www.icsi.org
16. American Academy of Pediatrics, Committee on Practice and Ambulatory Medicine. Recommendations for preventive pediatric health care. *Pediatrics*. 2000;105: 645.
17. U. S. Preventive Services Task Force. Guide to clinical preventive services. 3 ed. 2001-2004. [Consultado el 14/05/2006]. Disponible en www.ahrpr.gov/clinic/uspstfix.htm
18. Gadowski A, Bennett S, Young M, Wisow LS. Guidelines for adolescent preventive services: the GAPS in practice. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2003;157:426-32.
19. Brotons C, Iglesias M, Martín-Zurro A, Martín-Rabadan M, Gene J. Evaluation of pre-

- ventive and health promotion activities in 166 primary care practices in Spain. *Fam Pract.* 1996; 13:144-51.
20. Kulig JW. Committee on Substance Abuse. Tobacco, alcohol, and other drugs: the role of the paediatrician in prevention, identification, and management of substance abuse. *Pediatrics.* 2005; 115:816-21.
21. Ziv A, Boulet JR, Slip GB. Emergency department utilization by adolescents in the United States. *Pediatrics.* 1998;101:987-94.
22. Polo Martín P, Reyes Díaz E, Mateu Mahiques J, Casanova Matutano C. Análisis de la relación entre morbilidad y nivel de demanda en Atención Primaria pediátrica. Un estudio sobre 1.359 niños. *An Esp Pediatr.* 1998;49:273-9.
23. Pedrera Carbonell V, Orozco Beltrán D, Gil Guillén V, Prieto Erades I, Moya García MI, Sanchos Escudero C. Características de la demanda sanitaria médica en Atención Primaria de un área de salud de la Comunidad Valenciana (estudio SyN-PC). *Aten Primaria.* 2004;33:31-7.
24. Ziv A, Boulet JR, Slip GB. Utilization of physician offices by adolescents in the United States. *Pediatrics.* 1999;104:35-42.
25. Surís J, Granell, Parera i Junyent N, Puig i Rovira A. Qué piensan los adolescentes de su médico: una comparación entre pediatras y médicos de adultos. *An Esp Pediatr.* 1996;44:326-8.
26. Bravender T, Price CN, English A. Primary care providers' willingness to see unaccompanied adolescents. *J Adolesc Health.* 2004;34:1-6.
27. García Llop LA, Asensi Alcoverro A, Grafiá Juan C, Coll Mas P. Estudio de la demanda en Atención Primaria pediátrica. *An Esp Pediatr.* 1996; 44:469-74.
28. Millstein SG, Marcell AV. Screening and counseling for adolescent alcohol use among primary care physicians in the United States. *Pediatrics.* 2003;111:114-22.
29. Halpern-Felsher BL, Ozer EM, Millstein SG, Wibbelsman CJ, Fuster CD, Elster AB, et al. Preventive services in a Health Maintenance Organization. How well do pediatricians screen and educate adolescent patients? *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2000;154:173-9.
30. Knight JR. The role of the primary care provider in preventing and treating alcohol problems in adolescents. *Amb Pediatr.* 2001;1:150-61.
31. Rand CM, Auinger P, Klein JD, Weitzman M. Preventive counselling at adolescent ambulatory visits. *J Adolesc Health.* 2005;37:87-93.
32. Hidalgo MI, Redondo AM. Consumo de drogas en la adolescencia. *Pediatr Integral.* 2005; 9:137-55.
33. Blasco Oliete M, Pérez Trullén A, Sanz Cuesta T, Clemente Jiménez ML, Cañas de Paz R, Herrero Labarga P. Consumo de tabaco entre los adolescentes. Valor de la intervención del personal sanitario. *Aten Primaria.* 2002;30:220-8.
34. American Academy of Pediatrics. Committee on substance abuse. Marijuana: a continuing concern for pediatricians. *Pediatrics.* 1999;104: 982-5.
35. Altet MN, Pascual MT, Grupo de trabajo sobre el tabaquismo en la infancia. Tabaquismo en la infancia y la adolescencia. Papel del pediatra en su prevención y control. *An Esp Pediatr.* 2000;52: 168-77.
36. Soto Mas F, Villalbi JR, Balcazar H, Valderrama Alberola J. La iniciación al tabaquismo: aportaciones de la epidemiología, el laboratorio y las ciencias del comportamiento. *An Esp Pediatr.* 2002;57:327-33.
37. American Academy of Pediatrics. Committee on substance abuse. Indications for management and referral of patients involved in substance abuse. *Pediatrics.* 2000;106:143-8.
38. Moyer VA, Butler BA. Gaps in the evidence for well-child care: a challenge to our profession. *Pediatrics.* 2004;114:1511-21.

39. Foxcroft DR, Ireland D, Lister-Sharp DJ, Lowe G, Breen R. Primary prevention for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002;3:CD003024.
40. DiCenso A, Guyatt g, Sillan A, Griffith L. Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: systematic review of randomised controlled trials. *BMJ.* 2002;324:1426.
41. Campbell K, Waters E, O'Meara S, Kelly S, Summerbell C. Interventions for preventing obesity in children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2002;2:CD001871.
42. Hernán García M, Ramos Montserrat M, Fernández Ajouria A. Revisión de los trabajos publicados sobre promoción de la salud en jóvenes españoles. *Rev Esp Salud Pública.* 2001;75:491-4.
43. Soriano Faura J. Progreso y debilidades de la pediatría preventiva en Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2004;6:537-42.
44. Walker Z, Townsend J, Oakely L, Donovan C, Smith H, Hurst Z, et al. Health promotion for adolescents in primary care: randomised controlled trial. *BMJ.* 2002;325:524-30.
45. Ruiz-Lázaro PJ. Promoción de la salud del adolescente desde un centro de salud. *An Esp Pediatr.* 1998;49:29-30.

