

ORIGINAL

# Actividades preventivas ofertadas al adolescente en la transición de pediatría a medicina de familia

Pérez Milena A<sup>1\*</sup>, Barquero-Padilla R<sup>2</sup>,  
Darwish-Mateos S<sup>3</sup>, Martínez-Fernández  
M<sup>a</sup>L<sup>4\*</sup>, Jiménez-Pulido I<sup>5\*</sup>,  
Leal-Hemling FJ<sup>6\*</sup>

<sup>1</sup>Doctor en Medicina, Médico de Familia. Centro de Salud El Valle (Jaén), Servicio Andaluz de Salud.

<sup>2</sup>Médico Interno Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Valle (Jaén), Servicio Andaluz de Salud

<sup>3</sup>Médico Interno Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud El Valle (Jaén), Servicio Andaluz de Salud.

<sup>4</sup>Profesora de Educación Secundaria Obligatoria, IES Jabalcuz (Jaén).

<sup>5</sup>Doctora en Medicina, Médico de Familia. Centro de Salud de Úbeda (Jaén), Servicio Andaluz de Salud.

<sup>6</sup>Médico de Familia. Centro de Salud de Úbeda (Jaén), Servicio Andaluz de Salud.

\*Grupo de Trabajo del Adolescente de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria

## CORRESPONDENCIA

Alejandro Pérez Milena

E-mail: alejandro.perez.milena.sspa@juntadeandalucia.es

Twitter: @alejandro\_pemi

Recibido el 08-05-2022; aceptado para publicación el 5-11-2022.

Med fam Andal. 2022; 2:122-132

## PALABRAS CLAVE

Adolescencia, Atención Primaria, Promoción de la Salud, Médico de Familia, Pediatría, Registros Médicos.

## RESUMEN

**Título:** actividades preventivas ofertadas al adolescente en la transición de pediatría a medicina de familia en Atención Primaria de Salud.

**Objetivos:** se desean describir las actividades preventivas ofertadas a los adolescentes en la transición de la atención pediátrica a la de medicina de familia en Atención Primaria de Salud, valorando la influencia del género y la frecuentación sanitaria.

**Diseño:** estudio retrospectivo de cohorte histórica mediante auditoría de historias de salud digital.

**Emplazamiento:** centro de salud urbano.

**Población y muestra:** adolescentes con 15 años de un centro de salud urbano, recogiendo actividades preventivas (tipo y área específica) ofertadas con 13 y 14 años de edad. Se registró profesional que la realiza, sexo del adolescente, enfermedades/tratamiento crónico y frecuentación sanitaria. Análisis bivariante y multivariante.

**Resultados:** 200 adolescentes (51% hombres, 8,4% enfermedad crónica, 7,4% tratamiento continuado, 2,6±1,6 frecuentación anual). 71,1% oferta de actividades preventivas, superior en pediatría (+8%, p<0,05 test X2) y ante patologías crónicas (p<0,01 test X2). 66,3% prevención primaria y secundaria 33,7%; 74,0% cribado, 21,3% consejo y 4,7% inmunización/profilaxis. Se ofrecen 2,4±2,2 acciones preventivas diferentes, superior en médicos de familia (p<0,05 test X2), y diferentes según categoría profesional y sexo del adolescente (p<0,05 test X2). El análisis multivariante muestra la relación de la oferta de actividades preventivas con una mayor frecuentación sanitaria en la consulta de medicina de familia (OR 4,6) y posiblemente en pediatría (OR 1,8).

**Conclusiones:** el registro de la oferta de actividades preventivas es elevado, mayor en pediatría que en medicina de familia, centrado en la prevención primaria y el cribado. La mayor frecuentación sanitaria aumenta la oferta preventiva mientras que el sexo del adolescente y la categoría profesional condicionan el tipo de actividad realizada.

## KEYWORDS

Adolescence, Primary Care, Health Promotion, General Practitioner, Family Doctors, Pediatrics, Medical Records.

## SUMMARY

**Title:** Preventive activities offered to adolescents in the transition from pediatrics to family medicine in Primary Health Care.

**Objectives:** To describe the preventive activities offered to adolescents in the transition from pediatric care to family medicine in Primary Health Care, taking into consideration the influence of gender and frequency of healthcare attendance.

**Design:** A retrospective, historical cohort design by auditing digital health records.

**Population and sample:** Adolescents aged 15 years from an urban primary care center, by collecting data on the preventive activities (type and specific area) offered at 13 and 14 years of age. Other data collected concerned the category of the professional who carried out the activity, sex of the adolescent, chronic illnesses/treatment and frequency of healthcare attendance. Bivariate and multivariate analyses.

**Setting:** An urban primary care center.

**Results:** 200 adolescents (51% men, 8.4% with chronic disease, 7.4% on continued treatment,  $2.6 \pm 1.6$  annual medical appointments). 71.1% were offered preventive activities, higher in pediatrics (+8%,  $p < 0.05$  test X2) and for chronic pathologies ( $p < 0.01$  X2 test). 66.3% primary prevention and 33.7% secondary prevention; 74.0% screening, 21.3% health advice and 4.7% immunization/prophylaxis. Each adolescent received an average of  $2.4 \pm 2.2$  different preventive actions, higher in family doctors ( $p < 0.05$  test X2) and of different type according to the professional category and the sex of the adolescent ( $p < 0.05$  X2 test). A relationship was observed in the multivariate analysis between the offer of preventive activities and a higher number of appointments in the family medicine consultation (OR 4.6) and possibly in pediatrics (OR 1.8).

**Conclusions:** Medical records showed a high number of preventive activities being offered to adolescents, more offered by pediatricians than family doctors, and mainly focused on primary prevention and screening. The greater the number of contacts with the doctor, the more preventive activities carried out, conditioned by the sex of the adolescent and the professional category.

## INTRODUCCIÓN

La adolescencia es una etapa de la vida situada entre el momento de inicio de la pubertad y el momento en que se aproxima el status de adulto, siendo una construcción social y cultural, no como un simple fenómeno biológico (1). En la adolescencia concurren tres procesos básicos: primero una aceleración puberal del crecimiento; en segundo lugar, hay una maduración sexual y el consiguiente cambio psicoemocional; y por último surgen importantes cambios en las relaciones sociales a través de la escolarización obligatoria. Es una de las fases de la vida más fascinantes y quizás más complejas, una época en que el crecimiento implica asumir nuevas responsabilidades en búsqueda de la independencia (2). En general son personas sanas que precisan poca atención sanitaria. Sin embargo, muchos mueren de forma prematura debido a accidentes, suicidios, violencia, complicaciones relacionadas con el embarazo y enfermedades prevenibles o tratables (3) (4). Además, muchas enfermedades graves de la edad adulta comienzan en la adolescencia, provocadas por problemas como el tabaquismo, la infección por VIH o los malos hábitos alimentarios (5). Hasta tres cuartas partes de los adolescentes declaran un comportamiento de riesgo para su salud (6) y sobre un 70% de todas las muertes acontecidas en adultos son susceptibles de prevención durante la adolescencia, dado que tienen su origen en conductas y modelos relacionados con la salud que comienzan en esta etapa (2) (4).

Tanto el peso de adolescentes y jóvenes en la población general como el aumento de riesgo y vulnerabilidad social que presenta la cultura de comienzo del siglo XXI para este grupo, generan la necesidad de abrir espacios de intervención preventiva de calidad. Los servicios de salud deben incorporar las necesidades específicas de este grupo de edad incluyendo aspectos biológicos, psicológicos y sociales del ser humano durante la segunda década de su vida (7). Los sistemas sanitarios no siempre ponen el énfasis en la perspectiva biopsicosocial

que ofrece la Atención Primaria de Salud, que permite integrar las esferas biológica, psicológica y social en la valoración de las necesidades y problemas de salud en la denominada atención integral al adolescente (5) (8). En el caso del Servicio Andaluz de Salud, se orienta la atención a la infancia y a la adolescencia hacia la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud a través del Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía (9).

No obstante, estas actividades no suelen formar parte de los acuerdos de gestión clínica ni tienen un espacio propio de registro en la historia clínica digital, lo que hace que exista una gran disparidad en la realización de la oferta de actividades preventivas. La promoción de la salud es elevada cuando se pregunta directamente a los médicos mediante encuestas (10) pero pobre cuando se valora directamente la actividad clínica realizada en las consultas a demanda (11). Esta oferta adquiere mayor importancia en el paso de pediatría a medicina de familia en el centro de salud, actualmente a los 14 años, dado que se precisa de una continuidad de cuidados y una especial atención a los problemas que podrán surgir en los primeros años de pertenencia al cupo de medicina de familia. Por ello, el objetivo de este proyecto de investigación se centra en describir las actividades preventivas ofertadas a los adolescentes el primer año de contacto con su médico de familia y compararlas con la realizada por los pediatras el último año de atención infantil en un centro de salud, valorando la influencia del género y la frecuentación sanitaria en la realización de esta actividad.

## SUJETOS Y MÉTODOS

Se diseña un estudio observacional retrospectivo durante el año 2018 en un centro de salud urbano. La recogida de datos se realizó mediante auditoría de las historias clí-

nicas digitales. Participaron adolescentes de 15 años de edad adscritos a los 7 cupos de medicina familiar del centro de salud participante, elegidos mediante muestreo aleatorio simple del total de la población atendida. Se estima necesaria una muestra mínima de 155 adolescentes suponiendo una prevalencia de oferta de actividades preventivas del 10% (11), un nivel de confianza del 95%, una precisión del 3% y unas pérdidas del 15%. Se excluyeron los adolescentes que no acudieron a consulta o hubieran cambiado de centro de salud durante los años de estudio.

La variable principal es la oferta de actividades preventivas y de promoción de la salud, tal y como se recoge en el Programa de Actividades de Prevención y Promoción de la Salud (PAPPS) (7), el último año de atención por parte de pediatría (adolescente con 13 años de edad) y el primer año de atención por medicina de familia (adolescente con 14 años de edad). Para ello se auditaron todos los registros de la historia de salud digital (hojas de seguimiento de consulta, hoja de constantes, registro de hábitos de salud y listad de problemas). Las actividades de prevención y promoción de la salud se clasifican en los siguientes apartados:

- Tipo de acción realizada: cribado, consejo o inmunización/profilaxis.
- Tipo de actividad preventiva: primaria, secundaria o terciaria.
- Área específica en la atención propia del adolescente: prevención de accidentes (tráfico, domésticos) promoción de la salud (actividad física, alimentación saludable, salud bucodental), prevención del consumo de sustancias adictivas (tabaco, alcohol y drogas ilegales), prevención de cáncer de piel y cribados (celiaquía, infecciones de transmisión sexual, escoliosis, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, obesidad, tuberculosis, salud mental).

Otras variables recogidas fueron datos personales del adolescente como la edad (en

años), el sexo (hombre/mujer), la presencia de enfermedad crónica (no/sí) y la toma crónica de medicación (no/sí). También se contabilizó la frecuentación a consultas a demanda del centro de salud, con 13 años en pediatría y con 14 en medicina de familia.

Los datos recogidos fueron almacenados en el programa Excel (©Microsoft Office) y posteriormente analizados utilizando el paquete estadístico SPSS v21.0. Se realizó un análisis descriptivo (proporciones y medias con su desviación estándar) y un análisis bivalente según el sexo del adolescente. Para las comparaciones de medias se comprobó la Normalidad de la distribución de las variables (test de Shapiro) y su homocedasticidad (test de Levene), empleándose el test t de Student o su correspondiente test no paramétricos (U de Mann Whitney) para variables cuantitativas y el test  $\chi^2$  para las cualitativas. Por último, se realizó un análisis multivariante usando como variable dependiente la realización de cualquier actividad preventiva, empleando una regresión logística binaria por pasos hacia atrás de Wald y aplicando la bondad de ajuste de Hosmer y Lemeshow para valorar el modelo final elegido.

El proyecto de investigación fue aprobado por la Comisión de Ética de la Investigación de Jaén (según normativa del RD 223/04). Se tuvieron en cuenta las normas de la Declaración de Helsinki de la AMM (64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013) y se ajustó el diseño y el desarrollo del trabajo a las normas de buena práctica clínica (Orden SCO/256/2007, de 5 de febrero; BOE núm. 38, de 13/02/2007), a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre de Autonomía del Paciente y a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. El acceso a las historias clínicas fue realizado por médicos con actividad clínica en el mismo Centro de Salud empleando una identificación personal. Los datos obtenidos fueron anonimizados me-

dante claves para proteger el anonimato de los menores, siendo imposible su reidentificación.

## RESULTADOS

En total se auditaron 200 historias clínicas de adolescentes, valorando los registros durante dos años consecutivos. El 51% fueron hombres y el 49% mujeres, un 8,4% presentó alguna enfermedad crónica y un 7,4% tomaban medicación de forma continua. La frecuentación anual en las consultas del centro de salud fue de  $2,6 \pm 1,6$  citas, sin diferencias entre la atención solicitada a pediatría ( $3,0 \pm 1,9$  visitas anuales) y la demanda a medicina de familia ( $2,3 \pm 1,9$  consultas).

Se ofertaron actividades preventivas al 71,1% de los menores durante los dos años de estudio. El primer año de estudio, en consultas de pediatría se ofertaron actividades preventivas en un 8% más que el segundo año, en las consultas de medicina de familia (diferencias significativas con  $p < 0,05$  test X2) (tabla 1). La oferta preventiva fue algo inferior en mujeres (68,1%) respecto a los hombres (72,9%), pero sin diferencias estadísticas. Se ofertaron actividades preventivas al 87,5% de los adolescentes con enfermedad crónica, por un 68,6% de los adolescentes sin patología, aunque sin diferencias estadísticas. Igual ocurre en aquellos menores que toman un tratamiento farmacológico de forma continua (85,7% vs 68,6%). Se encontró un porcentaje de registro de actividades preventivas en la historia clínica por médicos de familia superior en un 26% entre los menores con algún tipo de enfermedad crónica y de un 57% en el caso de toma de medicación crónica frente a los pediatras ( $p < 0,01$  test X2) (tabla 1).

Tabla 1. Frecuencia de oferta de actividades preventivas a la población adolescente según el tipo de profesional médico.

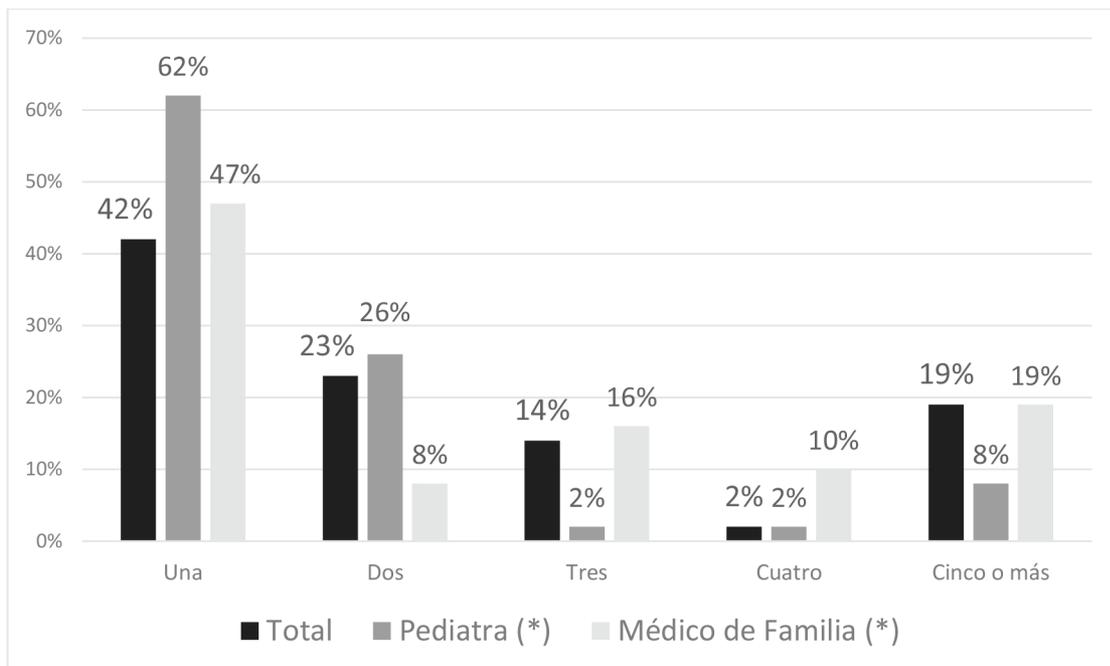
	<b>Atención por pediatra (13 años)</b>	<b>Atención por médico de familia (14 años)</b>
Oferta de actividades preventivas (*)	47,4%	38,8%
Oferta de actividades preventivas a adolescentes con enfermedad crónica (†)	37,5%	71,4%
Oferta de actividades preventivas a adolescentes con tratamiento farmacológico continuado (†)	28,6%	85,7%
Número de actividades registradas	1,13 ± 1,7	1,31 ± 1,9
Tipo de acción preventiva <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cribado</li> <li>• Consejo</li> <li>• Inmunización/profilaxis</li> </ul>	73,1% 23,1% 3,8%	78,6% 16,6% 4,8%
Tipo de actividad preventiva: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Primaria</li> <li>• Secundaria</li> </ul>	59,4% 31,6%	52,2% 47,8%

Diferencias significativas con (\*)  $p < 0,05$  test X2 (†)  $p < 0,001$  test X2

La media de actividades preventivas y de promoción de la salud ofertadas durante los dos años de estudio fue de  $2,4 \pm 2,2$ . No se encontraron diferencias entre pediatras (con un intervalo de 0 a 9 actividades registradas) y médicos de familia (rango 0 a 8) (tabla 1). Un 42% de los menores tuvieron registrada una actividad preventiva, un 23% dos acti-

vidades y un 18% cinco o más, siendo los médicos de familia quienes más actividades registraron de forma anual ( $p < 0,05$  test X2) (figura 1). No hay diferencias en el número de actividades preventivas registradas según sexo, patología crónica o tratamiento farmacológico continuado.

Figura 1. Número de actividades de prevención y promoción de la salud total y diferenciada por categoría profesional registradas en la historia clínica del adolescente



Actividades ofertadas durante 2 años (total) y durante 1 año (pediatra y médico de familia). Diferencias significativas con (\*)  $p < 0,05$  test X2

El tipo de oferta preventiva realizada es fundamentalmente de cribado (74,0%) seguida por el consejo en salud (21,3%), siendo menos frecuente la oferta de inmunización o profilaxis (4,7%). En hombres (24,5%) es más frecuente el consejo que en mujeres (11,0%) ( $p < 0,05$  test X2), sin que se encuentren otras diferencias por sexo, patología crónica o tratamiento farmacológico continuado. Sobre el tipo de actividad preventiva, se trata de una prevención primaria en un 66,3% y secundaria en el restante 33,7%, no encontrándose ninguna de tipo terciaria. No existen diferencias según la categoría profesional del médico (tabla 1).

En la tabla 2 se muestran las áreas específicas en la atención propia del niño/adolescente, con diferencias estadísticas según la categoría profesional del médico. Los pediatras realizan con mayor frecuencia un cribado de escoliosis y de hipercolesterolemia mientras que los médicos de familia registran más la educación sobre actividad física, contra los accidentes domésticos y el consumo de tabaco ( $p < 0,01$  test X2). También hay diferencias significativas por sexo, de forma que el consejo contra el consumo de tabaco y alcohol es superior en adolescentes hombres que en mujeres ( $p < 0,05$  test X2) (tabla 2).

Tabla 2. Áreas específicas ofertadas en las actividades preventivas a la población adolescente según el tipo de profesional y el sexo

Áreas específicas de prevención y promoción de la salud (modificado del PAPPs)	Categoría profesional (*)		Sexo (†)	
	Pediatra	Médico de Familia	Mujer	Hombre
○ Accidentes de tráfico	0%	1%	0%	2%
○ Accidentes domésticos	0%	14%	15%	14%
○ Promoción del deporte	4%	14%	15%	22%
○ Tabaquismo	7%	11%	11%	27%
○ Consumo de alcohol	1%	10%	4%	16%
○ Consumo de drogas	0%	5%	2%	8%
○ Alimentación saludable	5%	9%	13%	14%
○ Salud bucodental	0%	9%	11%	8%
○ Cribado de celiaquía	1%	1%	2%	2%
○ Prevención de ITS	0%	2%	2%	2%
○ Cribado de escoliosis	13%	2%	15%	14%
○ Cribado de hipercolesterolemia	12%	9%	15%	21%
○ Cribado de hipertensión arterial	2%	1%	2%	2%
○ Cribado de obesidad	13%	1%	13%	14%
○ Cribado de tuberculosis	1%	1%	0%	2%
○ Prevención lesiones en piel	1%	0%	0%	2%
○ Cribado patología de salud mental	3%	3%	0%	8%

ITS: infecciones de transmisión sexual. (\*)  $p < 0,01$  test X2 (†)  $p < 0,05$  test X2

El modelo explicativo de la oferta de actividades preventivas se ofrece en la tabla 3. Una mayor frecuentación de la consulta de medicina de familia se relaciona con una mayor oferta de prevención y promoción de la salud (OR 4,6). También ocurre con la frecuentación en la consulta de pediatría

(OR 1,8), aunque el intervalo de confianza engloba el valor 1 y no alcanza significación estadística. Otras variables estudiadas como el sexo del adolescente o patología crónica no tienen relación con el registro de actividades preventivas.

Tabla 3. Modelo explicativo de la oferta de actividades preventivas en adolescentes de 13 y 14 años en Atención Primaria de Salud

Variable	Coficiente	OR	IC 95%	Chi2 (Wald)	p
Enfermedad crónica	-0,848	0,428	(0,046; 3,966)	0,558	0,455
Frecuentación en pediatría	0,206	1,228	(0,910; 1,658)	1,809	0,179
Frecuentación en medicina de familia	0,377	1,459	(1,031; 2,063)	4,547	0,033
Constante	0,300	1,349	--	0,059	0,808

Prueba de Hosmer y Lemeshow con Chi-cuadrado=7,45 y  $p=0,489$

## DISCUSIÓN

La transición de la atención entre la medicina pediátrica y la de adultos es un momento importante para los pacientes y los médicos. Se trata de un proceso longitudinal que abarca mucho más que la transferencia física de un paciente de un pediatra a un médico de familia, ya integra la atención a los problemas de salud personales y familiares junto a una muy necesaria promoción de la salud y prevención de la enfermedad de forma continuada en el tiempo (12) (13). El grupo de edad de los adolescentes está conformado por una población heterogénea que suele tener conductas de alto riesgo y presenta altas tasas de morbilidad y mortalidad prevenibles, por lo que precisan una atención integral que fomente los buenos hábitos en salud (5) (6) (12). Los datos obtenidos en esta investigación muestran una elevada oferta de actividades preventivas en adolescentes de 13 y 14 años que acuden a consulta, independientemente del profesional encargado de su atención y en relación directa con la frecuentación sanitaria del menor. Hay que destacar que muchas demandas ocultas a esta edad, como los problemas de salud mental o el sedentarismo, se expresan con una mayor número de demandas clínicas, lo que debe alertar al profesional sobre la necesidad de una actuación no dirigida exclusivamente al síntoma consultado (6) (13) (14).

El tipo de atención biomédica predominante en los servicios sanitarios puede hacer que los profesionales médicos se centren en las enfermedades y su manejo, en lugar de en las personas, sus vidas y sus problemas de salud (15). La consecuencia es que se obvian los problemas que más seriamente preocupan a los menores o que les colocan en riesgo de enfermar (6) (16). Los jóvenes no demandan esta prevención para la salud al no considerarse objetivo del mismo al en-

tender que su proceso de enfermar físico es un momento puntual, transitorio y de fácil resolución (17). Por el contrario, las enfermedades asociadas a la perspectiva psicológica suscitan su interés dado que el adolescente se siente muy vulnerable frente a ellas (17) (18).

La oferta de actividades preventivas y de promoción de salud son rasgos diferenciadores del médico de familia, recogidos como objetivos en el programa formativo de su especialidad. De igual forma, la pediatría en Atención Primaria de Salud tiene un papel clave en actividades de promoción de la salud como la alfabetización en salud a las familias (19). Sin embargo, la mayoría de los adolescentes no buscan asesoramiento sobre la prevención de las principales causas de morbilidad y mortalidad en su grupo de edad, y los médicos a menudo no encuentran la forma de brindarlo (20). En diferentes estudios en población adulta se encuentra una oferta de actividades preventivas oscila entre 10% a un 40% (10) (11), relacionadas con insuficiente formación, escaso tiempo de consulta o falta de motivación del profesional o del paciente. Un estudio realizado con médicos residentes de Medicina de Familia en la misma zona (21), realizado mediante videograbación de las consultas, mostró cómo la oferta de actividades preventivas se realiza en casi la mitad de las consultas a demanda, centrándose en los motivos de consulta que demanda el paciente.

La auditoría de los registros en las historias clínicas muestra que el cribado ocupa la mayor parte de las acciones realizadas y que se suele ofrecer una prevención de tipo primario, con áreas específicas concretas y diferenciadas según el profesional que presta la atención y el sexo del adolescente. También se encuentran diferentes áreas preventivas de acción según la categoría profesional del

médico y el sexo del paciente, lo que puede disminuir la calidad de la promoción de la salud realizada (21). Por ello, el establecimiento de protocolos de transición estructuradas y la orientación anticipada en esta población tendría un efecto positivo en la modificación del estilo de vida del paciente y evitaría los sesgos en la oferta de actividades preventivas de esta población (12). El éxito de un programa de promoción de la salud se basa en el contexto, el proceso de implementación y el modelado colaborativo (22), lo que se traduce en una necesaria colaboración entre pediatras y médicos de familia para un tránsito adecuado del adolescente en el centro de salud. Los progenitores opinan que la educación en salud realizada por los profesionales de la salud es adaptable a las relaciones que establecen con sus hijos sobre hábitos saludables e influye en los determinantes de la salud con sostenibilidad, eficacia y efectividad (23). Por otra parte, los adolescentes también han indicado tanto la creencia de que los médicos deben asesorarlos sobre los comportamientos de riesgo como la voluntad de discutir los comportamientos de riesgo si se les pregunta sobre ellos de manera confidencial (4).

Los datos obtenidos con este trabajo de investigación pueden tener un sesgo de información en la recogida de datos de los registros de las historias clínicas, ya que puede que no sean siempre completos. La relación directa entre la calidad de la atención prestada y la calidad de las historias clínicas permitiría el análisis retrospectivo del desempeño de los profesionales sanitarios, aun teniendo en cuenta que la ausencia de datos en las historias clínicas es un error frecuente (24). Por este motivo, los datos obtenidos pueden infraestimar acciones como el consejo o la educación sanitaria al no ser registradas habitualmente por escrito en la hoja de consulta de la historia clínica. Por otra parte, los datos recogidos en las historias clí-

nicas cuentan con la garantía ser recogidos de manera estandarizada por profesionales de la salud (25). En este contexto habría que valorar la elevada utilidad de la historia clínica digital para el trabajo multidisciplinar y la continuidad de la atención al adolescente. Es una herramienta compartida por el personal médico y de enfermería en la que una correcta cumplimentación de un apartado específico para actividades preventivas facilitaría una oferta amplia y complementaria por parte de todos los profesionales (24). Por todo ello, disponer de registros específicos para la oferta de actividades preventivas facilitaría una mayor oferta preventiva e implementaría la calidad de la misma y su registro. Esta herramienta de registro debería centrarse en actividades de promoción y prevención con suficiente evidencia para su desarrollo durante la atención médica al adolescente (7) (9) (26).

El desarrollo de la salud es un proceso acumulativo y dinámico que comienza en la infancia y tiene especial importancia durante la adolescencia. Responde a una variedad de influencias biológicas y conductuales especialmente influyentes en las conductas de los menores, quienes precisan una guía proactiva para equilibrar las experiencias adversas con otras positivas en salud que faciliten las trayectorias iniciales para la salud y el desarrollo futuro (27). Por ello se precisa el desarrollo de una atención integral a la adolescencia con una visión longitudinal y con continuidad en la oferta preventiva por parte de todos los profesionales sanitarios responsables de su cuidado. Un alto porcentaje de adolescentes solicitan una valoración por un profesional facultativo en el transcurso de un año, acudiendo en la mayoría de las veces a su médico de familia (16). Estos contactos ofrecen múltiples oportunidades para brindar el asesoramiento en salud y garantizar la privacidad de los adolescentes abordando la esfera bio-

lógica, social y psicológica del adolescente, integrando creencias culturales y religiosas que pudieran ser un obstáculo para negociar futuros planteamientos terapéuticos (1) (6). La visión centrada en la atención familiar del menor y la atención a la comunidad (28) junto al trabajo multidisciplinar ofrecen oportunidades únicas para implementar la promoción de la salud. Se ha comprobado cómo un mejor estilo de funcionamiento familiar y social se ha asociado con una menor prevalencia de problemas de salud en los menores y sus familias (29) (30). Para mejorar la oferta de actividades preventivas en la consulta a demanda se precisa una continuidad protocolizada entre la atención pediátrica y la atención del médico de familia, además de herramientas informáticas adecuadas que faciliten recordatorios a los profesionales y mejoren la calidad de su registro.

Los autores declaran la no existencia de conflicto de interés.

## BIBLIOGRAFÍA

- Arnett JJ. Adolescence and emerging adulthood: a cultural approach. 3rd ed. Upper Saddle River, N.J: Pearson Prentice Hall; 2007. p.558.
- Adolescencia. Una etapa vital. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Nueva York, 2002 [Internet]. [citado 3 de mayo de 2022]. Disponible en: [https://ibdigital.uib.es/greenstone/sites/localsite/collect/portal\\_social/index/assoc/unicef00/02.dir/unicef0002.pdf](https://ibdigital.uib.es/greenstone/sites/localsite/collect/portal_social/index/assoc/unicef00/02.dir/unicef0002.pdf)
- INE. Tablas de mortalidad por año, sexo, edad y funciones. (27153) [Internet]. [citado 3 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=27153>
- Klein JD, Matos Auerbach M. Improving adolescent health outcomes. *Minerva Pediatr.* 2002;54(1):25-39.
- The prevention and health promotion strategy of the Spanish NHS. Within the framework of chronicity addressing in the NHS. Executive Summary. General Secretariat for Health and Consumption, Directorate General for Public Health, Quality and Innovation, Spanish Government 2013. [Internet]. [citado 7 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/eu/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/ExecutiveSummary.pdf>
- Shenkman E, Youngblade L, Nackashi J. Adolescents' preventive care experiences before entry into the State Children's Health Insurance Program (SCHIP). *Pediatrics.* 2003;112(6 Pt 2):e533.
- Cortés Rico O, Gallego Iborra A, García Aguardo J, Pallás Alonso CR, Rando Diego Á, San Miguel Muñoz MJ, et al. [Childhood and adolescence PAPPs summary 2020]. *Aten Primaria.* 2020;52 Suppl 2:149-60.
- Atención Integral de Adolescentes en espacios de salud amigables y de calidad. Arg.Unicef\_0.pdf [Internet]. [citado 3 de mayo de 2022]. Disponible en: [http://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/Atenci%C3%B3n%20Integral%20de%20Adolescentes%20en%20espacios%20de%20salud%20amigables%20y%20de%20calidad%20.%20Arg.Unicef\\_0.pdf](http://www.codajic.org/sites/default/files/sites/www.codajic.org/files/Atenci%C3%B3n%20Integral%20de%20Adolescentes%20en%20espacios%20de%20salud%20amigables%20y%20de%20calidad%20.%20Arg.Unicef_0.pdf)
- Programa de Salud Infantil y Adolescente de Andalucía. Consejería de Salud, Igualdad y Asuntos Sociales, Junta de Andalucía 2014 [Internet]. [citado 3 de mayo de 2022]. Disponible en: [https://si.easp.es/psiaa/wp-content/uploads/2014/09/psiaa\\_aspectos\\_generales.pdf](https://si.easp.es/psiaa/wp-content/uploads/2014/09/psiaa_aspectos_generales.pdf)
- Juárez-Jiménez MV, Pérez-Milena A, Valverde-Bolívar FJ, Rosa-Garrido C. Prevalencia y factores asociados a la práctica del consejo clínico contra el consumo de drogas entre los especialistas internos residentes de Andalucía (España). *Aten Primaria.* 2015; 47: 659-68.
- Paniagua Urbano D, Pérula de Torres LA, Ruiz del Moral R, Gavilán Moral E. Grado de implementación de actividades preventivas por parte de los médicos residentes de Medicina Familiar y Comunitaria en las consultas de AP. *Aten Primaria.* 2010; 42:514-9.
- Graves L, Leung S, Raghavendran P, Mennito S. Transitions of Care for Healthy Young Adults:

- Promoting Primary Care and Preventive Health. *South Med J*. 2019;112(9):497-9.
13. Potrebny T, Wiium N, Haugstvedt A, Sollesnes R, Wold B, Thuen F. Trends in the utilization of youth primary healthcare services and psychological distress. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1):115.
  14. Dorner TE, Wilfinger J, Hoffman K, Lackinger C. Association between physical activity and the utilization of general practitioners in different age groups. *Wien Klin Wochenschr*. 2019;131(11-12):278-87.
  15. Dwamena F, Holmes-Rovner M, Gauden CM, Jorgenson S, Sadigh G, Sikorskii A, et al. Interventions for providers to promote a patient-centred approach in clinical consultations. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;12:CD003267.
  16. Pérez-Milena A, López Vilches M, Molina Hurtado E, Leyva Alarcón A. Frecuentación sanitaria de la población adolescente andaluza y su relación con el género. *Med fam Andal*. 2019; 1: 11-20.
  17. Portero López P, Cirne Lima R, Mathieu G. La intervención con adolescentes y jóvenes en la prevención y promoción de la salud. *Rev Esp Salud Pública*. 2002;76(5):577-84.
  18. Sánchez-Hernández Ó, Méndez FX, Garber J. Prevención de la depresión en niños y adolescentes: revisión y reflexión. *Rev Psicopatología Psicol Clínica*. 2014;19(1):63-7.
  19. Davis DW, Jones VF, Logsdon MC, Ryan L, Wilkerson-McMahon M. Health promotion in pediatric primary care: importance of health literacy and communication practices. *Clin Pediatr (Phila)*. 2013;52(12):1127-34.
  20. Ham P, Allen C. Adolescent health screening and counseling. *Am Fam Physician*. 2012;86(12):1109-16.
  21. Zafra-Ramírez N, Pérez-Milena A, Valverde-Bolívar FJ, Rodríguez-Bayón A, Delgado-Rodríguez M. Oferta de actividades preventivas propuestas por médicos residentes de Medicina Familiar en AP... 2019;51(9):562-70.
  22. Martínez C, Bacigalupe G, Cortada JM, Grandes G, Sanchez A, Pombo H, et al. The implementation of health promotion in primary and community care: a qualitative analysis of the «Prescribe Vida Saludable» strategy. *BMC Fam Pract*. 2017;18(1):23.
  23. Pereira A, Escola J, Rodrigues V, Almeida C. Parents' Perspectives on the Health Education Provided by Clinicians in Portuguese Pediatric Hospitals and Primary Care for Children Aged 1 to 10 Years. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(18):E6854.
  24. Fernández-Mogollón J. Historia clínicas virtuales. ¿problema o solución? *Rev Cuerpo Méd Hosp Nac Almanzor Aguinaga Asenjo*. 2014;7(4):55-55.
  25. Santos-Beneit G, Fuster V, Fernández-Jiménez R. Uso de registros clínicos electrónicos en AP con fines de investigación: ¿despegando? *Rev Esp Cardiol*. 2022;75(4):288-90.
  26. Criteria to select best practices in health promotion and disease prevention and management in Europe. [Internet]. European Commission Directorate-General for Health and Food Safety, 2021 [Internet]. [citado 7 de mayo de 2022]. Disponible en: [https://ec.europa.eu/health/system/files/2021-01/sgpp\\_bestpracticescriteria\\_en\\_0.pdf](https://ec.europa.eu/health/system/files/2021-01/sgpp_bestpracticescriteria_en_0.pdf)
  27. Schor EL. Life Course Health Development in Pediatric Practice. *Pediatrics*. 2021;147(1):e2020009308.
  28. Sagsveen E, Rise MB, Grønning K, Westerlund H, Bratås O. Respect, trust and continuity: A qualitative study exploring service users' experience of involvement at a Healthy Life Centre in Norway. *Health Expect Int J Public Particip Health Care Health Policy*. 2019;22(2):226-34.
  29. Schor EL, American Academy of Pediatrics Task Force on the Family. Family pediatrics: report of the Task Force on the Family. *Pediatrics*. 2003;111(6 Pt 2):1541-71.
  30. García-Huidobro D, Puschel K, Soto G. Family functioning style and health: opportunities for health prevention in primary care. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. 2012;62(596):e198-203.