
Nuevas recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría. Programa de salud desde la visita prenatal hasta los 26 años

Margarita Monge Zamorano, Manuel E. Méndez Abad, Anselmo Hernández Hernández, Cristina Quintana Herrera, Esperanza Viota Puerta.
Centro de Salud de Tacoronte. Tenerife

La Academia Americana de Pediatría (AAP) vuelve a insistir en la importancia para la salud de la supervisión durante la adolescencia tardía y la juventud. Si en el anterior informe recomendaba mantener las revisiones de salud hasta los 21 años¹, en este nuevo documento, publicado online en febrero 2012, se recomienda aumentarlas hasta los 26 años².

Siguiendo la terminología de la Organización Mundial de la Salud se considera adolescencia al periodo entre los 10 y los 19 años, y juventud al período entre los 19 y los 25 años de edad³. Quedarían así incluidos dentro de las revisiones de salud los periodos: prenatal, lactancia, infancia, adolescencia y juventud, incluyendo revisiones de salud anuales en todos los periodos⁴.

La AAP considera como servicios esenciales para la salud, la atención preventiva, hospitalización, servicios ambulatorios de pacientes, servicios médicos de emergencia, maternidad y cuidado del recién nacido, la salud mental y la prevención y tratamiento de los trastornos por sustancias de abuso; También se incluyen los servicios de rehabilitación, laboratorio, cuidado de la audición y la visión, y el seguimiento de enfermedades crónicas.

Dentro de las actividades preventivas hasta los 14 años se incluyen, además de las que nosotros tenemos en nuestro programa de salud del niño del Gobierno de Canarias⁵, la atención prenatal, basada en la consulta prenatal de los padres con un pediatra, de la que ya venimos hablando en nuestro país hace tiempo⁶, pero que no ha llegado a incluirse de forma reglada. Aparece como novedad la institucionalización de la utilización del e-mail o el teléfono para preguntas o información que no requiera de una visita a la consulta.

En relación a la salud buco-dental, además de las prestaciones incluidas en nuestro programa,

quedan también cubiertos los servicios de ortodoncia y aparatos para corregir problemas de alineación y de la mandíbula que puedan contribuir a generar otros problemas médicos.

En relación a la visión y audición también se incluyen las gafas y los audífonos.

Con respecto a la lactancia materna (LM) se incluye el alquiler y mantenimiento de extractores de leche así como el consejo precoz sobre LM que nosotros venimos haciendo hace tiempo pero tampoco de una forma reglada.

Con respecto a las visitas al adolescente y joven se recomienda que se entreviste no solo al paciente sino también a los padres. Entre los 15 y 17 años, se protocoliza hacer una visita anual con especial énfasis en: crecimiento y desarrollo, desarrollo emocional y social, prevención de drogadicción, tabaquismo y alcoholismo. Prevención de violencia y accidentes, prevención de embarazos no deseados y de enfermedades de transmisión sexual. Entre los 18 y 21 años el crecimiento ha terminado, por lo que en estas revisiones anuales se hace especial hincapié en confirmar que dicho crecimiento y desarrollo sea normal, confirmar un desarrollo social y académico normal, asegurarse de que existe un estado de bienestar emocional, completar las vacunaciones si no se ha hecho previamente, hacer un cribado de dislipemias entre los 18 y 21 años, y dar una serie de consejos y realizar actividades dirigidas a prevenir, la adicción a drogas, los comportamientos violentos, la exclusión social, la enfermedad mental, el suicidio, los embarazos no deseados y las enfermedades de transmisión sexual. No hay que olvidar que desde el punto de vista legal, en muchos países estos adolescentes tardíos pueden actuar de forma autónoma (conducir, firmar contratos etc.), sin embargo la evidencia científica demuestra que la madurez

... no se termina de alcanzar hasta la treintena. Además de estos puntos se recomienda, sólo en pacientes con factores de riesgo, hacer anualmente un cribado de TBC con la prueba de Mantoux y de displasia cervical y ETS en los adolescentes sexualmente activos.

El hecho de aumentar las revisiones de salud hasta los 26 años, nos sorprende gratamente, ya que contrariamente a las ideas antiguas, está cada vez más claro que la adolescencia es un tiempo de profundos cambios cerebrales; De hecho, el cerebro de un adolescente precoz en comparación con el de un adolescente tardío difiere considerablemente en la anatomía, la bioquímica y la fisiología. En cuanto a la anatomía, estudios recientes sugieren que la corteza pre-frontal es una de las áreas del cerebro que más tarda en madurar completamente, y es allí donde reside la parte ejecutiva del cerebro, responsable de habilidades tales como el establecimiento de prioridades, la organización de planes e ideas, las estrategias de formación, el control de los impulsos, y la asignación de la atención. También sabemos hoy que la ramificación de las neuronas en la corteza pre-frontal se vuelve mucho más compleja durante la adolescencia, cambiando las células su arquitectura probablemente para mejorar la cognición y dominar las emociones. Al final de la veintena, se alcanza un patrón adulto y el número de conexiones permanece en un estado estacionario que persiste hasta la vejez. Ésta sería la explicación de porqué a los jóvenes, a pesar de tener mayor vitalidad y empuje, les cuesta un mayor esfuerzo llevar a cabo las actividades relacionadas con el área pre-frontal como son la organización y la planificación⁷. En este sentido, la resonancia magnética ha demostrado diferencias a lo largo de la adolescencia que se muestra como un proceso dinámico. Se ve que ocurren cambios tanto en la sustancia blanca como en la gris, lo que falta por saber es, qué factores son los que producen estos cambios. Tampoco sabemos a día de hoy, que fenómenos madurativos podrían ser modificables ni de qué manera⁸. Es conocido, que durante la adolescencia precoz, entre los 11 y los 14 años, los cambios son muy rápidos, tanto como para distinguir cambios morfológicos en meses⁹, posteriormente se estabilizan aunque es probable que exista otro aumento de tejido nervioso en la juventud, que sólo empezaría a disminuir a partir de los 35 años¹⁰.

Desde el punto de vista funcional, también se

han encontrado diferencias entre los mecanismos que subyacen a la resolución de problemas entre jóvenes y adultos¹¹. Recientemente se ha publicado que los adolescentes tienen una menor respuesta inhibitoria en las neuronas corticales. La disminución de la inhibición cortical se ha encontrado también curiosamente, en algunas enfermedades mentales como la esquizofrenia¹². Además, por la práctica clínica sabemos desde hace mucho tiempo, que la adolescencia es una época de la maduración cognitiva con gran vulnerabilidad a varias enfermedades psiquiátricas graves y a dependencia de drogas. Los estudios recientes sobre neurotransmisores podrían aclarar esto. Así, por ejemplo, se sabe que los pacientes con esquizofrenia tienen reducido su transportador de GABA de membrana (GAT-1) en los axones en la corteza prefrontal¹². Esto podría tener una particular relevancia, ya que en los adolescentes, se produce un pico justo antes de la adolescencia y luego una drástica reducción en la adolescencia tardía¹³, que coincide con el periodo de inicio típico de la esquizofrenia. Por esto, existe una conciencia creciente entre los pediatras y los médicos que tratan a estos pacientes de que la intervención durante la adolescencia y juventud puede ser crítica para la prevención de enfermedades psiquiátricas y adicciones en individuos susceptibles.

Los consejos que incluye la AAP en las revisiones de salud de los adolescentes y jóvenes están en relación con las enfermedades que causan mayor sufrimiento y carga social, mayor coste económico, y en los que el consejo previo se ha demostrado eficaz, así pues, parece razonable que la prevención de la enfermedad mental y entre ellas de la esquizofrenia sea una prioridad dado que su prevalencia en la población general es del 1% con una tasa de suicidios entre el 10-20 %, que el primer episodio suele aparecer justo en estas edades (entre los 15 y 25 años en varones), que sabemos que disminuye unos 10 años la vida media y que supone un coste social y económico muy importante¹⁴.

Con relación a la drogadicción, cada vez existe mayor evidencia de la relación entre el uso de cannabis en edades tempranas y el desarrollo de esquizofrenia en individuos predispuestos¹⁵ por lo que, también, parece lógico incluir el consejo anticipatorio. Lo mismo ocurre para el resto de las dependencias al alcohol al tabaco etc. Los datos de la última encuesta de salud realizada en España por el Ministe-

rio de Sanidad en el año 2008¹⁶ aporta datos muy preocupantes; Entre los adolescentes de 14 a 18 años reconoce haber tomado alcohol en el último mes el 58.5% y en el último año el 72.9% . Fuma tabaco diariamente el 14.8 % de ellos. El 20% ha tomado cannabis en el último mes, el 2% cocaína y el 1.2% anfetaminas y alucinógenos. Aunque estas cifras han descendido algo desde hace 10 años, siguen siendo muy graves y demuestran que son necesarias intervenciones para reducirlas. La inclusión de revisiones de salud que nos propone la AAP que contemplen el consejo anticipado a todas estas enfermedades debería ser tomada en cuenta en nuestro país dónde a los individuos sanos no está previsto que se les haga ninguna revisión de salud a partir de los 14 años.

Bibliografía

1. American Academy of Pediatrics. Committee on Child Health Financing. Scope of health care benefits for newborns, infants, children, adolescents, and young adults through age 21 years. *Pediatrics* 1997; 100:1040-1041
2. Committee On Child Health Financing. Scope of health care benefits for children from birth through age 26. *Pediatrics* 2012; 129:185-189
3. Southall DP, Burr S, Smith RD, Bull DN, Radford A, Williams A, Nicholson S. The Child-Friendly Healthcare Initiative (CFHI): Healthcare provision in accordance with the UN Convention on the Rights of the Child. *Child Advocacy International. Department of Child and Adolescent Health and Development of the World Health Organization (WHO). Royal College of Nursing (UK). Royal College of Paediatrics and Child Health (UK). United Nations Children's Fund (UNICEF).* *Pediatrics* 2000; 106:1054-1064
4. Periodicity Schedule. En: Bright Futures guidelines de la Academia Americana de Pediatría. Accesible en <http://brightfutures.aap.org/pdfs/Guideli>
5. Programa de Salud infantil del Gobierno de Canarias. Accesible en: <http://www2.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocumento=b6be5d01-ec5f-11dd-958f-c50709d677ea&>. Último acceso: 29-02-2012
6. Ferrández Gomáriz C y Monge Zamorano M. La consulta prenatal. En: Tratado de Pediatría extrahospitalaria. SEPEAP. Del Pozo Machuca J, Redondo Romero A, Gancedo García MC, Bolívar Galiano V, eds. 2ª ed. Madrid: Ergon 2011, pp. 159-163
7. Weinberger DR, Elvevag B, Giedd JN. The Adolescent brain: A work in progress. The national campaign to prevent teen pregnancy. June 2005. Accesible en: <http://www.thenationalcampaign.org/resources/pdf/BRAIN.pdf> (último acceso 24-02-2012)
8. Hedman AM, van Haren NE, Schnack HG, Kahn RS, Hulshoff Pol HE. Human brain changes across the life span: A review of 56 longitudinal magnetic resonance imaging studies. *Hum Brain Mapp* 2012; 33:1987-2002
9. Sullivan EV, Pfefferbaum A, Rohlfing T, Baker FC, Padilla ML, Colrain IM. Developmental change in regional brain structure over 7 months in early adolescence: comparison of approaches for longitudinal atlas-based parcellation. *Neuroimage* 2011; 57:214-224
10. Sturman DA, Moghaddam B. Reduced neuronal inhibition and coordination of adolescent prefrontal cortex during motivated behavior. *J Neurosci* 2011; 31:1471-1478
11. Woo TU, Whitehead RE, Melchitzky DS, Lewis DA. A subclass of prefrontal gamma-aminobutyric acid axon terminals are selectively altered in schizophrenia. *Proc Natl Acad Sci U S A* 1998; 95:5341-5346
12. Thomas LA, Hall JM, Skup M, Jenkins SE, Pine DS, Leibenluft E. A developmental neuroimaging investigation of the change paradigm. *Dev Sci* 2011; 14:148-161
13. Lewis DA, Cruz D, Eggan S, Erickson S. Postnatal development of prefrontal inhibitory circuits and the pathophysiology of cognitive dysfunction in schizophrenia. *Ann N Y Acad Sci* 2004; 1021:64-76
14. Hautecouverture S, Limosin F, Rouillon F. Epidemiology of schizophrenic disorders. *Presse Med* 2006; 35:461-468
15. Anglin DM, Corcoran CM, Brown AS, Chen H, Lighty Q, Brook JS, Cohen PR. Early cannabis use and schizotypal personality disorder symptoms from adolescence to middle adulthood. *Schizophr Res* 2012; 137:45-49
16. Informe ESTUDES. Ministerio de Sanidad y Consumo. Accesible en: www.pnsd.msc.es/Categoria2/observa/.../CuestionarioEstudes2008.pd...(último acceso 03-03-2012)