

Nuestra experiencia de 25 años de trabajo en internación de adolescentes en una sala de clínica pediátrica

A. BONSIGNORE* Y P. POSTERNAK*

RESUMEN

Nuestro trabajo describe la experiencia en internación de adolescentes en un sector diferenciado de la Unidad 5 de Clínica Pediátrica del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez durante 25 años, desde enero de 1985 hasta diciembre de 2010. Durante ese período se internaron 1995 pacientes. De inicio el trabajo fue multidisciplinario, a lo largo del tiempo y con la integración del equipo fue mutando a una verdadera interdisciplina, lo cual permitió una mejor coordinación para trabajar con pacientes graves, con múltiples patologías. Se utilizaron criterios especiales de privacidad, secreto profesional y respeto por el paciente y su familia. Se priorizó el vínculo directo del médico de cabecera con el paciente adolescente. También se establecieron pautas claras de funcionamiento para organizar la vida diaria de los pacientes internados con enfermedades graves, agudas y crónicas, clínicas y psicológicas. Se observó una buena integración de los adolescentes con los pacientes pediátricos de la sala, que interactuaron entre sí en forma positiva. Se describe el relevamiento realizado sobre: edad, sexo, procedencia, tiempo de internación, re-internaciones, diagnósticos de egreso, patologías orgánicas y psiquiátricas concomitantes y familias de riesgo. El espacio y la planta física adecuados, el médico de cabecera y un equipo interdisciplinario entrenado, con una ideología común, permiten realizar esta tarea artesanal, creativa y apasionante, como lo es la hospitalización de adolescentes. No se requiere infraestructura de alta complejidad, sino un abordaje integral, que contemple sus necesidades, sus cambios, su contexto y la firme convicción de brindar la mejor atención y cuidado de la salud. **Palabras claves:** adolescencia, internación, interdisciplina.

SUMMARY

This work describes our experience in adolescent's hospitalization in a particular sector of Unit 5 of Pediatric Clinic at the "Hospital de Niños Dr. Ricardo Gutierrez" during 25 years, from January of 1985 to December of 2010. During this period 1995 patients went into. At the beginning the approach was multidisciplinary; throughout the time, the integration of the group turned it into a true interdisciplinary team and a better coordination to attend complex patients was achieved. Special criteria for privacy, professional secret and respect to the patient and his family were used. It was prioritized the direct bond of the attending physician with the adolescent patient. Also there were settled guidelines for organizing the daily life of patients affected by serious, acute and chronic, clinical and psychological diseases. It was observed a good integration of the adolescents with the pediatric patients, who interacted with each other in positive way. The survey also describes: age, sex, origin, time of hospitalization, diagnoses, organic and psychiatric concomitants pathologies and families at risk. The suitable space and the physical plant, the attending physician and a trained interdisciplinary team, with a common ideology, make possible this artisan, creative and exciting task: the hospitalization of adolescents. Infrastructure of high complexity is not required. We reaffirm the importance of an integral approach that contemplates adolescents' necessities, their changes, their context and a firm conviction to offer the best adolescents' health care.

Key words: adolescence, hospitalization, interdiscipline.

INTRODUCCIÓN

La adolescencia se define como un rápido crecimiento y desarrollo físico y psicológi-

* Servicio de Adolescencia. Equipo de Internación. Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez.

Correspondencia:

Dra. Ana María Bonsignore: ambonisi@arnet.com.ar

co que ocurre en un determinado período de la vida, generalmente en la segunda década y que obedece a cambios hormonales que preparan al individuo para su adultez. Estas modificaciones provocan crisis más o menos severas tanto en el adolescente, como en su familia y su entorno.^{1,2,6}

La medicina del adolescente ha presentado un crecimiento muy importante en las tres últimas décadas.

Este rápido progreso obedece a varios motivos, por un lado la comprensión y el interés que despierta el conocimiento de los profundos cambios por los que atraviesa el adolescente, que lo diferencian notoriamente del niño y del adulto y que requieren de atención especializada. Por otro, los complejos y cambiantes procesos que ocurren en nuestra sociedad, las modificaciones en los hábitos familiares, conductuales, tecnológicos, científicos, etc.^{1,3,14}

Dada la complejidad creciente en el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes, nos hemos visto en la necesidad de crear nuevos recursos para la atención de la demanda diferenciada.^{7,8}

Así como para el manejo ambulatorio de estos pacientes se requiere atención especializada, nos vimos en la obligatoriedad de encontrar un lugar y un personal capacitado para la atención de los mismos, cuando debían ser internados por distintas circunstancias.^{5,9,12}

La situación de internación en un adolescente significa una crisis más agregada a la propia de la edad por la cual atraviesa el paciente.^{13,21}

Se considera que entre el 1,5% y el 2% de los adolescentes entre 10 y 20 años, en algún momento deben ser internados, por diversos motivos. Aproximadamente el 30% de los pacientes internados en nuestro hospital son adolescentes, según datos estadísticos de la Secretaría de Salud de la Ciudad de Buenos Aires del año 2007.

Esta cifra está en continuo ascenso, ya que es un grupo etáreo que tiene una tasa de morbimortalidad creciente, sobre todo en determinadas patologías: enfermedades de transmisión sexual, abuso de drogas, trastornos de la conducta alimentaria, complicaciones por interrupción de embarazo, accidentes, etc.^{15,18}

Por otra parte, cada vez más, las enfermedades crónicas de la infancia que tiempo atrás no llegaban a la adolescencia como: tumores, diabetes, insuficiencia re-

nal, malformaciones congénitas, etc., en la actualidad sí llegan y esto hace que estos pacientes debido a su patología de base, más las conductas rebeldes propias de la edad, deban ser internados una o más veces durante este período.^{19,21,27,34,35}

Otra causa que aumenta el índice de internación es la frecuencia de patología psicosocial cada vez más severa, sobre todo violencia familiar y/o social (lesiones, homicidios, suicidios, etc.) que deriva en internación por uno u otro motivo, siendo de muy difícil resolución.^{27,28,30}

El deterioro puede ser importante, tanto para el paciente como para su familia, si no tratamos de ser lo más cautos posible, poco invasores y respetuosos del paciente y su medio.^{28,29,32,33}

El motivo de presentación de este trabajo es mostrar nuestra experiencia en internación de adolescentes durante 25 años de labor ininterrumpida, que continúa hasta la actualidad.

El período analizado transcurre entre enero de 1985 hasta diciembre de 2010.

El perfil general del hospital muestra que se internan más adolescentes de sexo masculino y sobre todo en áreas de cirugía, nuestra labor presenta un sesgo diferente y particular.⁹

Esta experiencia conlleva algunas características distintivas ya que los pacientes fueron internados en un sector diferenciado, dentro de una sala de clínica pediátrica. Este centro además actúa como lugar de referencia de diagnóstico y tratamiento de varias de las patologías presentadas por los pacientes.^{12,22,23,25}

Otra característica diferencial es que se internaron indistintamente pacientes con patologías clínicas y/o psicológicas diversas, en el mismo sector. Solo fueron excluidos aquellos pacientes que presentaban adicciones a drogas peligrosas, excitación psicomotriz severa que pudiera poner en peligro su vida y/o la de los demás, patologías quirúrgicas y pacientes que requirieran otro nivel de complejidad para su atención: terapia intensiva, intermedia, etc.

La experiencia es muy buena; no hemos observado problemas de desadaptación. Por el contrario, la interacción entre ellos, con los pacientes pediátricos y con las familias es altamente positiva, tanto para unos como para los otros.

Nuestro trabajo en internación comienza

en 1982. En un principio los pacientes eran internados en diferentes salas de clínica seguidos por el equipo de internación de adolescencia, en calidad de interconsultores. Después de algún tiempo nos dimos cuenta que este tipo de seguimiento era dificultoso e incorrecto. Al actuar el médico de adolescentes como especialista en los distintos ámbitos y no poder contar con personal médico y de enfermería, adecuadamente formados, los problemas se multiplicaban, siendo prácticamente imposible la capacitación a nivel general.

Esto nos llevó a pensar cómo mejorar la atención institucional y se creó un sector diferenciado, con internación preferencial en una sala de clínica pediátrica que funciona desde agosto de 1984 hasta la actualidad.

El sector consta de 4 camas, separadas en 2 boxes donde se centraliza la atención especializada de pacientes mayores de 12 años hasta 19 años 11 meses. Separados por sexo, con accesos independientes. Muy poco tiempo después de creado, el sector resultó insuficiente y desde ese momento contamos entre 6 y 8 internados en forma habitual en dicha sala de clínica.

Este sector fue creado como complemento de la atención ambulatoria de la sección adolescencia, de donde deriva gran parte de los internados. Otros provienen de la guardia externa del hospital, de otras especialidades, u otros hospitales de la ciudad, del Gran Buenos Aires, del interior y cada vez más del exterior del país.

Se halla a cargo de un profesional perteneciente al equipo de adolescencia, cuenta con médicos clínicos, psicólogos, psiquiatras, asistente social y personal paramédico entrenado en el manejo de adolescentes: terapeuta corporal, terapeuta ocupacional, sala de juegos terapéutica, maestros, enfermería y mucamas. Rotan por el sector residentes del área clínica de pediatría y desde 2005 médicos que cursan la residencia posbásica de Salud Integral del Adolescente.

Desde 1995 contamos además con un Hospital de Día donde los pacientes pueden concurrir libremente a talleres diversos: de cine, de teatro, bibliográfico, de historietas, etc. mientras están internados.

La utilización del recurso de Hospital de Día completo nos permitió acortar francamente el tiempo de internación en pacientes, que por su patología necesitan un lugar de con-

tención y acompañamiento, ya que no pueden reinsertarse directamente en su medio. Sobre todo patologías crónicas como anorexias, crisis sicóticas, intentos de suicidio graves, etc.^{15,17,18}

Aún así, nos encontramos con la paradoja de que algunos pacientes son tratados de la forma descripta, aquellos que pueden ser incluidos en el sector y el resto de los pacientes se internan en las distintas salas de clínica, donde continuamos actuando como interconsultores, dependiendo de la buena voluntad de los médicos de planta y/o residentes y del personal de enfermería. Esta sigue siendo nuestra realidad.

Dentro de las distintas especialidades, las interconsultas se realizan con los profesionales que están interesados en el área.

El intercambio con el sector ambulatorio es fluido. El paciente ya sea que provenga o no del sector, es derivado luego de la internación al equipo ambulatorio para el seguimiento posterior. Esto permite tener una visión global del mismo y de su entorno y disminuir la deserción al alta.

Tuvimos en cuenta para la organización de nuestra tarea, los principios básicos de la filosofía de las unidades de internación para adolescentes que son: privacidad, secreto profesional y respeto por el paciente y su familia.^{21,22,25,28,30,35}

Desde el ámbito de la pediatría, que es en general de donde provenimos la mayoría de los médicos de nuestro hospital, debimos aprender la confidencialidad en el trato con el paciente y priorizar la anamnesis con el mismo, dejando en segundo término la relación con los padres. Esto fue dificultoso en sus comienzos tanto para el personal médico como paramédico, ya que la costumbre de priorizar el trato con los padres y obtener la información de éstos está muy arraigado en el pediatra.^{3,7}

En un primer momento nuestra forma de trabajar era multidisciplinaria: múltiples disciplinas que se dedicaban a su área específica, sin demasiada coordinación de esfuerzos, ni encuentros.

Posteriormente comenzamos a observar que esto era insuficiente e iniciamos la ardua tarea de trabajar interdisciplinariamente. Esta modalidad se conserva en la actualidad, ya que nos parece la más correcta y la que nos permite trabajar en forma integral con estos pacientes tan graves y sus respectivas familias.

MODELO DE TRABAJO

Relación médico-paciente

El médico de adolescentes actúa como "médico de cabecera".^{1,3,6}

El adolescente requiere dentro del equipo de salud una figura a quien él considere "su médico" y con quien pueda armar un vínculo positivo.

El manejo de la información debe ser confidencial. Tratamos de crear una atmósfera de confianza entre el paciente y el equipo de salud a través del médico clínico, lo que nos permite actuar en las distintas áreas: física, síquica y social.^{2,12,13}

Consideramos importante dar al paciente información específica sobre el motivo de su internación, conocimiento de su patología y posibilidades terapéuticas. Se exceptúan aquellos pacientes que presentan inmadurez marcada, incapacidad de comprensión, trastornos síquicos graves o enfermedades de pronóstico mortal en el corto plazo.^{5,11,21,22,27}

Como hecho de observación a lo largo del tiempo, hemos visto que es muy importante que el médico esté dispuesto a escuchar la opinión del paciente sobre su patología, ya que en más de una oportunidad nos ha orientado a efectuar un diagnóstico correcto.

Tratamos de crear un vínculo lo suficientemente fuerte que permita que el paciente cumpla la terapéutica de base, ya que los adolescentes suelen ser transgresores sobre todo en patologías crónicas o procesos prolongados.^{8,15,16,32}

Se establecen normas claras de comportamiento dentro de la unidad: visitas, salidas, horario de descanso, ruidos, etc. Estas normas son muy importantes ya que permiten una circulación adecuada de los adolescentes dentro del ámbito hospitalario en general y de la sala en particular.

La forma de actuar del médico de adolescentes es en realidad, un trabajo artesanal donde la posibilidad de situarse ante el paciente varía en cada caso.

No es lo mismo el paciente que presenta una enfermedad aguda clínica (neumonía, sepsis, artritis, convulsiones, etc.), del que inicia una enfermedad crónica en este período (colagenopatías, diabetes, tumores, etc.), o el que trae una enfermedad crónica desde la infancia (insuficiencia renal, enfermedad celiaca, malformaciones, etc.).^{5,6,23,25,30}

Un paciente portador de una misma enfermedad, por ejemplo: diabetes, va a presen-

tar un comportamiento diferente, según ésta haya comenzado en la infancia, o sea, de reciente inicio.

En general, el paciente portador de una patología determinada desde su infancia tiende a cumplir menos las indicaciones y buscar alternativas de tratamiento por sus propios medios, que no siempre son correctos.²⁸

Por otra parte, difiere la forma del acompañamiento del clínico en una enfermedad siquiátrica de inicio (crisis de excitación sicomotriz, crisis sicótica, esquizofrenia, etc.), una poussé aguda de un cuadro crónico (sícosis de la infancia, debilidad mental, etc.), o aquellos pacientes que desbordados por la conflictiva del entorno presentan un cuadro de un intento de suicidio, autoagresiones o patología sicosomática.^{25,30,32}

El trabajo es arduo y cambiante, lo más difícil es tratar de mantener el equilibrio, no establecer alianzas nocivas tanto con el paciente como con su familia.

Esta forma de trabajo es la que nos diferencia de otros profesionales de la salud, permitiéndonos aprovechar el tiempo de internación para tratar de disminuir las oportunidades perdidas, ya sea en la patología de base, como en patologías secundarias y/o promoción de la salud: vacunas, educación sexual, prevención de adicciones, etc.

Historia clínica

Se realiza una historia clínica completa con una anamnesis ampliada y evolutiva que involucra el núcleo familiar básico, amistades, escuela, grupos, tiempo libre, trabajo, vacunas, etc.^{4,5}

Los datos se recogen a través del paciente y su familia, priorizando ambos, ya que a menudo el paciente tiene una versión bastante fidedigna de lo que le ocurre. Se realizan entrevistas conjuntas y por separado, observando el lenguaje verbal y preverbal entre los entrevistados, lo que frecuentemente nos da una información más acabada del caso.⁵

Se interroga sobre día de vida, día de vida alimentario, hábitos tóxicos, conductas sexuales, etc.

Estos datos se obtienen en días sucesivos, profundizándolos de acuerdo al vínculo de confianza adquirido por el paciente.

Se evalúa el grado de confiabilidad de los datos aportados por el paciente y los miembros de su familia intervinientes en los interrogatorios. Tratamos que el ambiente en el cual se realizan sea lo más tranquilo posible y no

en el medio de la sala, o junto a otros pacientes y/o padres.^{11,12}

Se informa a ambos, paciente y familia, sobre la confidencialidad de los datos obtenidos en las entrevistas. Se aclara que ésta no podrá mantenerse si de estos surge peligro de muerte y/o lesiones, tanto para el paciente como para su familia.

El examen físico debe ser exhaustivo y minucioso.

Tratamos de ser lo menos invasores posible respetando el pudor.^{3,21}

Si el paciente lo desea, el examen físico lo realiza un médico del mismo sexo, pero a lo largo del tiempo nos hemos dado cuenta que importa más el vínculo de confianza del paciente con su médico, que el sexo de éste.

Generalmente, informamos al paciente y su familia los datos positivos obtenidos en el examen, con algunas excepciones.

Relación equipo de salud-paciente

El paciente es recibido por el médico de planta. Se realiza una historia clínica conjunta con el grupo de médicos residentes de clínica pediátrica y residentes de posbásica de Salud Integral del Adolescente.

En caso de ingresar el paciente fuera de los horarios del médico de planta, se confecciona una historia clínica destinada a solucionar la urgencia y al día siguiente se siguen las mismas normas.

Aquellos pacientes que requieren tratamiento psicológico son vistos conjuntamente con el equipo de internación de sicopatología.

Cada paciente es entrevistado por una asistente social.

Se trabaja con personal de enfermería entrenado.

Si el caso lo requiere, se realizan interconsultas con especialistas de distintas áreas.

El que transmite la información sobre la patología e indica las posibilidades terapéuticas es, en todos los casos, el médico de cabecera. Esto posibilita que la información sea unicista y no da lugar a las filtraciones, ni fisuras de datos, tan común, cuando hay concurrencia de varias especialidades.^{7,22}

Una vez dado de alta, el paciente se conecta en forma personalizada con el médico que lo envió, con el equipo ambulatorio de adolescencia o con Hospital de Día, de acuerdo a cada caso en particular. Esto disminuye en forma significativa la deserción, mejorando francamente el seguimiento a largo plazo.^{15,16}

Relación equipo de salud-familia

Dado que la internación del adolescente debe ser realizada conjuntamente con su madre, o en su defecto algún adulto de sexo femenino, debimos organizar la integración de los familiares del paciente durante su estadía.

Esto hace que además de las necesidades presentadas por el paciente, se agreguen las del entorno familiar. El médico de cabecera brinda información a los padres sobre el diagnóstico y terapéutica.^{16,27}

Se da intervención a las madres de adolescentes en las reuniones generales de madres de la sala, donde se ha observado un intercambio positivo.

Desde 2005 se realizan reuniones de madres de pacientes adolescentes coordinadas por distintos integrantes del equipo de salud, que resultan muy positivas para mejorar la convivencia durante la internación, modificar vínculos sociales y permiten disminuir los niveles de ansiedad que provoca la enfermedad y la internación de sus hijos.

Con aquellos padres, donde la patología presentada por el adolescente hace presumir disturbios familiares, se realiza tratamiento psicológico familiar, o entrevistas de orientación clínico-psicológicas.

Se brinda además asesoramiento familiar en grupos de trabajo, ateneos, entrevistas con asesores de menores, asesores de familia, juzgados, etc.

Hemos visto en casos con severos disturbios familiares y/o sociales, que el solo hecho de la internación del paciente actúa en forma beneficiosa, al aislarlo del medio ambiente en el cual se desarrollaba la patología.

Relación del adolescente con el resto de los pacientes

Se realiza a través de reuniones, sala de juegos, laborterapia grupal, grupos psicoterapéuticos, talleres, etc.

Hemos observado que algunos adolescentes tienden espontáneamente a ayudar a pacientes más pequeños. Esto ha sido beneficioso tanto para el adolescente como para el paciente pediátrico mediando la supervisión del médico clínico y/o el sicopatólogo.

Tratamos, en lo posible, de fomentar y aprovechar los vínculos positivos que se establecen entre los pacientes internados y su grupo familiar, con otros pacientes y otros grupos familiares, sean éstos o no adolescentes. Esto es incorporado como parte del trabajo cotidiano.

Estos vínculos, generalmente se mantienen en el tiempo, dada las características de los fuertes lazos que los formaron. Suele ocurrir que al volver algunos pacientes a control ambulatorio, aún después de mucho tiempo, nos informen sobre cómo está tal o cual paciente y/o sus familias que estuvieron internados en el mismo momento.

Otro dato interesante es que cuando damos altas transitorias (uno o más días fuera del hospital, con posterior reingreso) sobre todo en patologías crónicas de origen psiquiátrico, eligen ir a distintos lugares de paseo junto a otros pacientes y sus familias, ya sean adolescentes o no.

Dinámica interdisciplinaria de internación

Nuestro equipo se compone de clínicos, sicopatólogos, psiquiatras, asistente social, personal de enfermería y de acuerdo a las distintas patologías, diferentes especialistas. Contamos además con talleristas, eutonista, nutricionista, etc.

El enfoque es interdisciplinario y cada vez con más frecuencia transdisciplinario, debido a la gravedad social de las patologías internadas.

Consideramos la interdisciplina como una modalidad de trabajo que consiste en un grupo de personas con saberes diferentes, que dependen unas de otras para lograr metas y objetivos comunes, en forma eficiente. El enfoque interdisciplinario responde a una complejidad social creciente, donde cobra importancia el problema en sí mismo y no los saberes individuales.^{7,21,22,31,35}

El concepto de la interdisciplina a nuestro entender es el siguiente:

- Múltiples disciplinas.
- Ideología común.
- Trabajo participativo.
- Roles.
- Enfoques integradores.
- **Múltiples disciplinas:** en el equipo se juntan los distintos saberes de las diferentes especialidades, donde cada integrante manteniendo su individualidad, aporta desde su conocimiento específico al diagnóstico y tratamiento del paciente.
- **Ideología común:** cada uno de los integrantes del equipo participa de la misma ideología de trabajo, lo que permite realizar la tarea en forma más fácil y dinámica, sobre todo en pacientes y familias muy graves.
- **Trabajo participativo:** los distintos

miembros del grupo de trabajo participan en la toma de decisiones y aportan en mayor o menor medida su tarea, de acuerdo a las necesidades que se presenten.

- **Roles:** si bien cada integrante del equipo conserva su rol específico, en caso de ser necesario puede tomar otro, por ejemplo en pacientes muy graves y crónicos, donde el desgaste se hace sentir. El intercambio permite retomar el comando de situaciones que de otra manera serían muy difíciles de poder sostener. Por ejemplo ante situaciones de serias dificultades de manejo en la conducta del paciente, intervienen estratégicamente uno u otro médico clínico y/o sicopatólogo en la postura de límites y el otorgamiento de distintos espacios de descompresión. Otro caso es en pacientes psiquiátricos, la figura del administrador (el que imparte todas las indicaciones, da los permisos e informa sobre la terapéutica) puede ser realizada por los distintos miembros del equipo: clínicos y/o sicopatólogos. Las estrategias se discuten y preparan de acuerdo a los diferentes casos.
- **Enfoques integradores:** el aporte de cada integrante del equipo es destinado a formar parte de un enfoque unitario que permita englobar al paciente y su familia, armando una estrategia común de diagnóstico, terapéutica y seguimiento posterior.

El interjuego de los anteriores conceptos es el que permite una correcta actuación ante el paciente internado, su familia y su entorno.

El equipo de salud debe contar con personal entrenado en las distintas especialidades y áreas para poder trabajar con estos pacientes.

Ser flexible ante las actitudes cambiantes y actuar con firmeza cuando sea necesario, evita las fisuras que habitualmente producen estos pacientes en los equipos y tener un trato preferencial de respeto al mismo y su familia.

Los datos se recogen durante las 24 h del día; esto se realiza mediante la presencia de residentes y personal de enfermería entre otros.

El médico de cabecera recibe información directa del paciente y su familia e indirecta a través de los distintos integrantes del

equipo de salud, lo que permite abarcarlo en forma global.

Se realizan ateneos, pases de salas, pases conjuntos clínico psicológicos y de enfermería, donde intervienen los residentes que rotan por el sector, reuniones bibliográficas y entrevistas. En estas últimas, cada uno de los integrantes del equipo aporta sus distintos enfoques, unificando criterios.

Se realiza además capacitación a los residentes que rotan por el sector y a los residentes de posbásica del sector de adolescencia mediante ateneos, reuniones bibliográficas, clases magistrales, etc.

Se capacita personal de enfermería en forma periódica para poder brindar una mejor respuesta a la creciente demanda.

Prevención-Educación para la salud

Durante la internación se realiza educación sanitaria a través de charlas, entrevistas, reuniones de familia y reuniones generales de la sala.

Se imparten normas sobre hábitos higiénicos, nutrición adecuada, actividad física, prevención de enfermedades infecciosas, prevención de accidentes y de consumo de drogas peligrosas, información sexual y vacunaciones.^{7,9,12,30}

Se aprovecha el tiempo de internación para la detección de conductas familiares patológicas con riesgo potencial, tratando de modificar conductas inapropiadas.

Este material se traspasa al médico que actuará luego del alta del paciente, lo que permite agilizar el seguimiento del mismo y trata de impedir que se vuelvan a instalar determinadas conductas nocivas para el paciente.

DATOS ESTADÍSTICOS

Material y métodos

Se realizó un estudio estadístico retrospectivo descriptivo.

Se analizaron las historias clínicas de todos los pacientes, entre 12 y 19 años 11 meses, internados desde enero de 1985 hasta diciembre de 2010 inclusive, en un sector diferenciado para adolescentes, dentro de una sala de clínica pediátrica, de un hospital pediátrico. Se relevaron datos sobre:

- Promedio de edad.
- Sexo.
- Procedencia.
- Promedio días de internación.
- Reinternaciones.
- Diagnósticos de egreso.
- Presencia de patología concomitante orgánica.
- Presencia de patología concomitante psiquiátrica.
- Coincidencias diagnósticas.
- Familias de riesgo.

RESULTADOS

Total de pacientes analizados: 1995.

a. Promedio de edad

13 años y 4 meses.

b. Sexo

Mujeres: 1273 (64%). Varones: 722 (36%)
Ver *Gráfico 1*.

Si bien en la estadística general del Hospital es mayor la internación de pacientes adolescentes de sexo masculino, sobre todo en el Área Quirúrgica, las características especiales de nuestro sector, donde se internan indistintamente pacientes con enfermedades clínicas y/o psiquiátricas, además de actuar como un centro de referencia para determinadas patologías, como por ejemplo: TCA., hacen que la mayor población internada sea femenina.

Gráfico 1. Internación por sexo

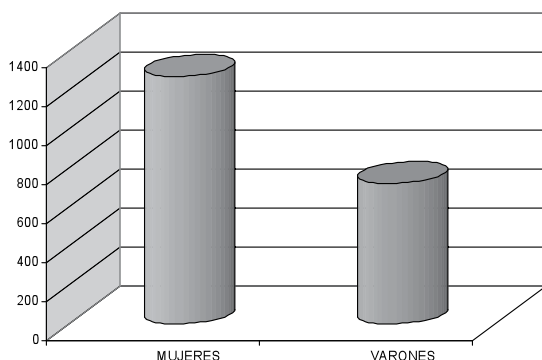
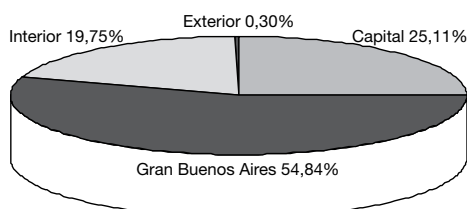


Gráfico 2. Procedencia



c. Procedencia

Del total de pacientes internados: 25,11% (501), provino de Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 54,84% (1094) GBA, 19,17% (394) del Interior del País y 0,3% (6) del Exterior.

Ver *Gráfico 2*.

A partir de 2004 comienza a producirse un fenómeno que se observa también en el resto del Hospital, que es la aparición de pacientes del exterior del país, hasta ese momento inexistentes.

d. Promedio de días de internación

Ver *Gráfico 3*.

El promedio de los días de internación fue diferente según las diversas patologías:

- Patologías tumorales: 10 días.
- Anorexia nerviosa: 49 días.
- Patologías psiquiátricas: 20 días.
- Enfermedades infecciosas: 12 días.
- Colagenopatías: 12 días.
- Enfermedades neurológicas: 9 días.
- Diabetes: 12 días.
- Enfermedades gastrointestinales: 10 días.
- Enfermedades hematológicas: 10 día.
- Otras enfermedades: 12 días.

Las patologías psiquiátricas y los TCA, son las que mayor tiempo de internación requieren debido a la dificultad en realizar un diagnóstico correcto y en poder instrumentar un tratamiento adecuado.

En el caso de las patologías infecciosas se observa una prolongación de los días, debido a la gravedad de los cuadros presentados, ya que son de difícil resolución.

En los cuadros de diabetes se observa una cierta dificultad en lograr compensar al paciente, posiblemente debido a las transgresiones que se constatan diariamente, características en el paciente adolescente, lo que retrasa el tiempo de internación.

En los cuadros gastrointestinales, llama la atención lo prolongado de la internación, creemos se debe a la inclusión de enfermedades severas como enfermedades inflamatorias: colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, y úlceras gastro-duodenales.

En general se observa que el promedio no desciende de 10 días.

e. Diagnósticos de egreso

Ver *Gráfico 4*.

Los tumores de distinta etiología son las patologías más frecuentemente observadas en el sector de internación, al igual que en

otras áreas del hospital, prevaleciendo en los pacientes de sexo masculino.

Casi con la misma frecuencia se registran los cuadros de TCA, debido a que el sector actúa como centro de referencia de internación de los mismos, en menores de 18 años. En este caso prevalecen en el sexo femenino.

Se internan más frecuentemente pacientes con anorexia nerviosa, debido a la edad de los pacientes y la severidad del compromiso orgánico.

Son muy pocos los casos de bulimia nerviosa: 7 pacientes, ya que estos sólo se internan cuando presentan complicaciones orgánicas severas. Además la enfermedad es más frecuente en mayores de 18 años.

En tercer lugar, aparecen las patologías psiquiátricas. Esto también se debe a las características singulares del sector, al trabajar interdisciplinariamente con el servicio de psicopatología.

Gráfico 3. Promedio de días de internación

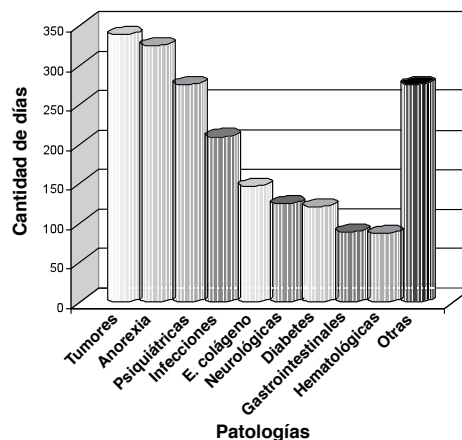
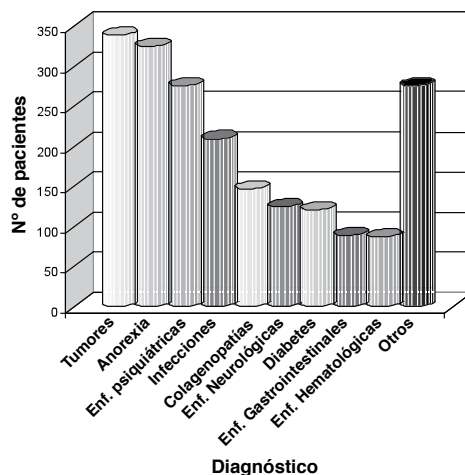


Gráfico 4. Diagnósticos de egreso



Las más frecuentes: intentos de suicidio y patologías límite de la personalidad, además de crisis sicóticas.

Dentro de las enfermedades infecciosas las más frecuentes fueron las del tracto respiratorio inferior, y en segundo lugar las del aparato génito-urinario. Algunos hallazgos fueron: hidatidosis, TBC extrapulmonares y cisticercosis.

Con respecto a las collagenopatías, las más frecuentemente observadas fueron lupus eritematoso sistémico y fiebre reumática, secundariamente artritis reumatoidea, dermatomiositis y enfermedad mixta del colágeno.

Las patologías neurológicas más frecuentes fueron epilepsias y cefaleas complejas.

La cetoacidosis diabética fue la forma más frecuente de internación en los cuadros de diabetes mellitus internados.

Dentro de las enfermedades gastrointestinales las más frecuentes fueron enfermedad celíaca y colitis ulcerosa. En tercer lugar se internaron pacientes portadores de úlceras gastroduodenales y constipación pertinaz.

Las enfermedades hematológicas más frecuentes fueron metrorragias de distintas etiologías y anemias severas con descompensación clínica. Los cuadros de leucemia se consideraron dentro del ítem de patología tumoral.

Con respecto al resto de las patologías las más frecuentes fueron crisis asmáticas y traumatismos secundarios a accidentes. En tercer lugar patologías quirúrgicas, ya sea pre o post intervención.

Gráfico 5. Reinternaciones

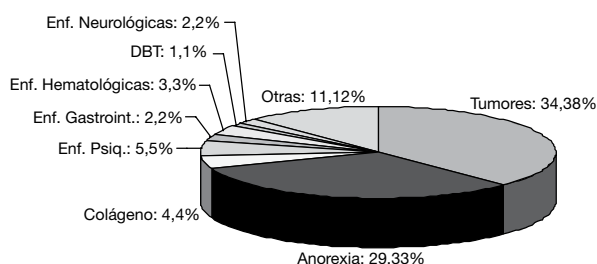


Gráfico 6. Patologías concomitantes

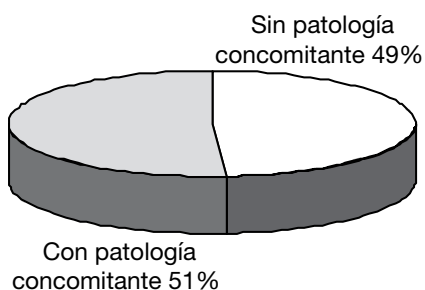
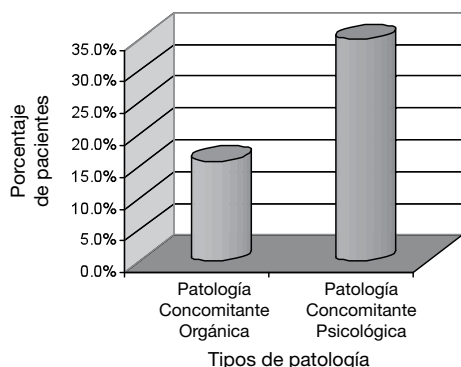


Gráfico 7. Tipos de patologías concomitantes



f. Reinternaciones

Se reinternó un 3,7% del total de pacientes, siendo la patología tumoral (34,38%) la más común, debido a que son pacientes que requieren atención con mayor frecuencia, ya sea para pasaje de quimioterapia y/o intercurencias. La segunda patología en frecuencia de reinternación (29,33%) es la AN. Esto se debe a que el sector es un centro de referencia para los adolescentes con trastorno de la conducta alimentaria y la gravedad y la cronicidad de los pacientes, que motivan en muchos casos, que las reiteradas internaciones (en número de 3 o 4) sean del o de los mismos pacientes.

Ver Gráfico 5.

g-h. Patologías concomitantes

Se observó que un 50,8% de los pacientes presentaban patologías concomitantes de diferentes orígenes, descubiertas durante la internación.

Ver Gráfico 6.

Un 15,8% de pacientes presentaban patologías concomitantes de origen orgánico.

Las más frecuentes fueron: malformaciones de los aparatos urogenitales y musculoesquelético.

Un 35% de los pacientes presentaban patologías concomitantes de orden sicosocial: desadaptación al grupo familiar, conductas de riesgo, hurto, abandono transitorio o reiterado del hogar, hábitos tóxicos, etc.

Ver Gráfico 7.

i. Coincidencia diagnóstica

Del análisis de los datos surge que en un 20% de los casos no coincidió el diagnóstico de ingreso con el de egreso.

En un 12% de los casos, los pacientes ingresaron con diagnóstico de enfermedades orgánicas diversas, siendo el diagnóstico de egreso patología siquiátrica de distinta etiología.

También se observó la situación inversa, en el 8% de los casos los pacientes se internaron con diagnóstico de patologías siquiátricas diversas, siendo finalmente enfermedades orgánicas las causantes de la patología psicológica supuesta: tumores, intoxicaciones, miastenia, etc.

j. Familias de riesgo

Un porcentaje importante de pacientes, el 35,5% presentaban grupos familiares patológicos de los considerados de "alto riesgo": hábitos tóxicos familiares, incontinencia afectiva, maltrato, promiscuidad, enfermedades siquiátricas graves en los padres, etc.

Ver *Gráfico 8*.

CONCLUSIONES

Ámbito adecuado. Planta física

Necesidad imprescindible de una planta física que cuente con recursos adecuados para la internación de estos pacientes. Habitaciones separadas por sexo, instalaciones sanitarias acordes, accesos independientes, lugar de estar donde puedan realizar actividades grupales: terapia de grupo, laborterapia, musicoterapia, etc. Lugar de estar para los padres y los pacientes que sirva como lugar de esparcimiento y contención, aprovechable además para realizar reuniones varias. Salón de usos múltiples.

Creemos que un hospital pediátrico, o en su defecto un servicio de pediatría dentro de un hospital general son los lugares que mayores posibilidades ofrecen al adolescente para una internación adecuada.

No consideramos positivo internar adolescentes junto a pacientes adultos por los trastornos emocionales que esto acarrea tanto para el paciente, como para su familia, excepto que se cuente con espacios diferenciados para la internación de los mismos.

Médico de cabecera

Es necesario recalcar que es muy difícil

trabajar con adolescentes internados si no se cuenta con la presencia de un profesional de la salud entrenado, que pueda actuar como orientador y continente de los mismos y sus familias.

Esto permite acortar el tiempo de internación, sortear dificultades y mejorar la respuesta terapéutica.

De acuerdo con nuestro criterio, el pediatra está capacitado para la comprensión global del paciente adolescente, su familia, y su entorno. Por su formación está acostumbrado a la observación cuidadosa de las modificaciones presentadas por el niño, teniendo una mayor sensibilidad para diferenciar los estados emocionales cambiantes y al situarse rápidamente, actuar en consecuencia.

Otra posibilidad es contar con médicos de adultos entrenados en el manejo de pacientes adolescentes, que pueda obrar en forma similar.

Personal entrenado

Es fundamental capacitar y entrenar al personal médico y paramédico en forma periódica para lograr un funcionamiento eficiente.

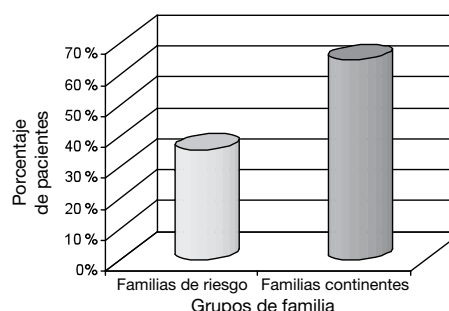
De nada vale contar con médicos entrenados, si luego el trato del resto del personal no es el correcto, ya que obstaculiza y desvirtúa la tarea.

La dificultad en encontrar personal médico y paramédico entrenado para diagnosticar y tratar adecuadamente a estos pacientes es compartida tanto por los hospitales pediátricos como por los de adultos.

Equipo interdisciplinario

Es impensable en la actualidad la internación de un adolescente y el seguimiento de su patología por un solo médico actuante. El paciente debe ser manejado por un equipo interdisciplinario entrenado y flexible, capaz

Gráfico 8. Familias de riesgo



de cumplir cada uno de los miembros con los distintos roles a los que son sometidos en el interjuego con el paciente y su familia.

La interdisciplina es el pilar en el cual se basa la atención adecuada y cada uno de los participantes del equipo debe estar entrenado en el manejo de la misma.

El enfoque integrador es en la actualidad el único considerado aceptable para el manejo de estos pacientes.

Estrategias personalizadas

Cada paciente es diferente, aunque sea portador de la misma patología.

Nuestro trabajo se basa en la creación de estrategias personalizadas. Consideramos que la tarea debe ser artesanal y creativa, dando la posibilidad de escuchar y ser escuchado por el paciente y su familia.

Esto nos permite consolidar un vínculo diferente que se exterioriza en un trato distinto ante cada paciente, con abordajes y estrategias terapéuticas individuales.

El resultado que obtenemos con este tipo de encuadre sobrepasa con creces el trabajo que cuesta encarar cada adolescente y su familia en forma individual, sea cual fuere la patología presentada.

REFLEXIONES FINALES

Queremos aclarar que si bien en la actualidad este servicio tiene un cierto nivel de complejidad que puede hacerlo parecer como inalcanzable para otros equipos, en realidad se formó con gente que tenía interés en trabajar por y con los adolescentes, con una ideología en común, con muchas idas y venidas, discusiones varias y permanencia en el tiempo. No es necesaria una infraestructura de gran complejidad para responder a las necesidades que requieren estos pacientes.

Se fueron agregando especialidades, armando la interdisciplina, aprendiendo juntos, con algunas certezas y varias equivocaciones.

Con esto queremos explicitar que el modelo es reproducible en cualquier lugar donde se desee.

BIBLIOGRAFÍA

1. Silber T.J. Medicina de la Adolescencia (Hebiantria). El desarrollo de una disciplina. *Arch Arg*

- Pediatr* 1979;79:160-163.
2. Silber T.J. El futuro de la atención médica de los adolescentes. *Rev Mex Pediatr* 1994;61:54-56.
3. Shen J. Medicina de la Adolescencia. *El cuidado de la salud del adolescente*. Cap. 1983;1:5-11.
4. Shen J. Mortalidad, morbilidad y accidentes. *Medicina de la Adolescencia* 1983;7:48-53.
5. Comerci G. Unidad de internación general para adolescente. *Medicina del Adolescente* 1983;19:195-196.
6. Stiffman AR, et al. Problems and help seeking in high-risk adolescent patients of health clinics. *J Adolesc Health Care* 1998;9:305.
7. Mora H y col. Enfoque interdisciplinario para la atención y seguimiento de adolescentes. *Rev Hosp Niños BAires* 1982;XXIV No 101:212-218.
8. Baillo D y col. Determinación del estrés en los adolescentes hospitalizados. *Arch Pédiatrie* 2004;11(12):1430-1437.
9. Pasqualini D y col. Internación de adolescentes. *Rev Hosp Niños BAires* 1999;41(185):322-8.
10. Helad FP. The history of adolescent medicine. *Textbook of Adolescent Medicine*. Philadelphia: Saunders Co, 1992.
11. Silber J. Adolescent medicine origins, segmenting, syntheses. *J Adol Health Care* 1983;4:135-136.
12. Bianculli C. Atención institucional de adolescentes. SAP: Criterios de Diagnóstico y Tratamiento; 1990. Págs.37-42.
13. Silber T. Medicina de la Adolescencia- Una nueva subespecialidad de la pediatría y la Medicina interna en la América del Norte. *Adolescencia Latinoamericana* 1997;1(1):11-15.
14. Parral J, col. Tentativas de suicidio en la adolescencia. *Rev Hosp Niños BAires* 1989;133:11-13.
15. Bonsignore A y col. Criterios de atención y tratamiento de anorexia nerviosa. *Rev Hosp Niños BAires* 1994;3:163-169.
16. Danziger Y, et al. Parental involvement in treatment of patients with anorexia nervosa in pediatrics. *Pediatrics* 1988;81:159-162.
17. Palla B. Medical complications of eating disorders in adolescent. *Pediatrics* 1988;81:613-623.
18. Parral J. Tentativas de suicidio en la adolescencia. *Rev Hosp Niños BAires* 1993;152:13-15.
19. Gianantonio C. El adolescente con enfermedad crónica. SAP: Criterios de Diagnóstico y Tratamiento; 1996. Págs.393-398.
20. Roberts JM. Anorexia nervosa and sudden death. *Annals of internal medicine* 1985;52:104-105.
21. Jackson D. El Adolescente y el Hospital. *CI Ped N Am* 1973. Pág.901-910.
22. Bonsignore AM. Internación de adolescentes en un sector preferencial. Segundo seminario internacional de adolescencia. *Ac Am de Ped* 1985;1:215.
23. Adolescent injury deaths and hospitalization in Canada: magnitude and temporal trends. *J Adolesc Health* 2007;41(1):84-92. Pub 2007 May 3. (1979-2003).
24. Aggression in adolescent dating. *J Adolescent Health* 2007 Apr; 40(4):298-304. Pub 2007 Feb 20. Comment in: *J Adolescent Health* 2007 Apr; 40(4):295-7.

25. Munoz-Rivas MJ, Ghana JL, Gonzalez MP.O, Leady MD. Relationships: prevalence, justification, and health consequences.
26. Gurvitz MZ, Inkelas M, Lee M, Stout K, Escarce J, Chang RK. Changes in hospitalization patterns among patients with congenital heart disease during the transition from adolescence to adulthood. *J Am Coll Cardiol* 2007 Feb 27; 49(8):875-82. Epub 2007 Feb 8.
27. Ward MS, Sahai VS, Tilleczek KC, Fearn JL, et al. Child and adolescent health in Northern Ontario: a quantitative profile for public health planning. *Can J Public Health* 2005;96(4):287-90.
28. Gokhshtein U, Giner L, Mitrani M, Sharabi I, et al. Supportive short-term family therapy by nursing staff in the inpatient unit: preventing dependence and rehospitalization in the acutely ill and suicidal adolescent. *Int J Adolesc Med Health* 2005;17(3):299-304.
29. Stewart SM, Rao U, Emslie GJ, Klein D, White PC. Depressive symptoms predict hospitalization for adolescents with type 1 diabetes Mellitus. *Pediatrics* 2005;115(5):1315-9.
30. Silber TJ, Robb AS, Orrell-Valente JK, Ellis N, et al. Nocturnal nasogastric refeeding for hospitalized adolescent boys with anorexia nervosa. *J Dev Behav Pediatr* 2004;25(6):415-8.
31. Best KM, Hauser ST, Gralinski-Bakker JH, Allen JP, Crowell J. Adolescent psychiatric hospitalization and mortality, distress levels, and educational attainment: follow-up after 11 and 20 years. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004;158(8):749-52.
32. Anzai N, Lindsey-Dudley K, Bidwell RJ. Inpatient and partial hospital treatment for adolescent eating disorders. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2002;11(2):279-309.
33. Bonsignore A, Parral J, Contreras M, et al. Anorexia y bulimia. Prácticas interdisciplinarias. Edit. Atuel, 1997. Capítulo 10.
34. Parral J, Bonsignore A, et al. Anorexia, bulimia y otros trastornos de la conducta alimentaria. Cap. 5.
35. Viner, R. Do Adolescente inpatient wards make a difference? Finding from a National Young Patient Survey. *Pediatrics* 2007;120:749-755.
36. Canadian Paediatric Society. Issues of care for hospitalized youth. *Paediatric Child Health* 2008;13(1).