

# EPIDEMIOLOGIA GENERAL DEL ADOLESCENTE

Dres. ANTONIO UCROS-CUELLAR y SANTIAGO UCROS R.

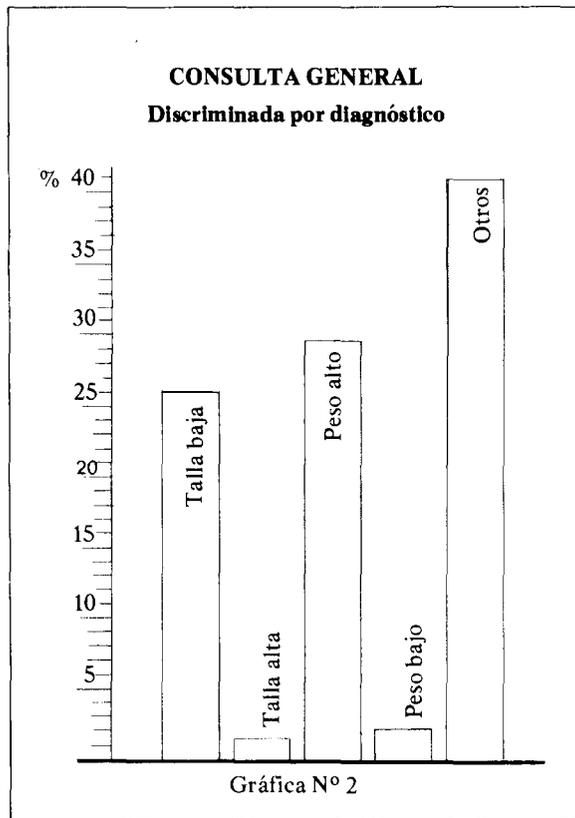
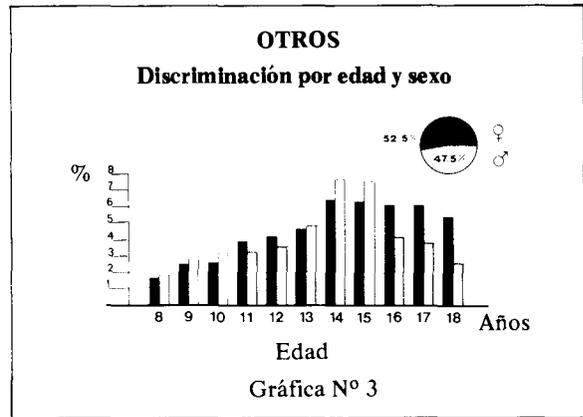
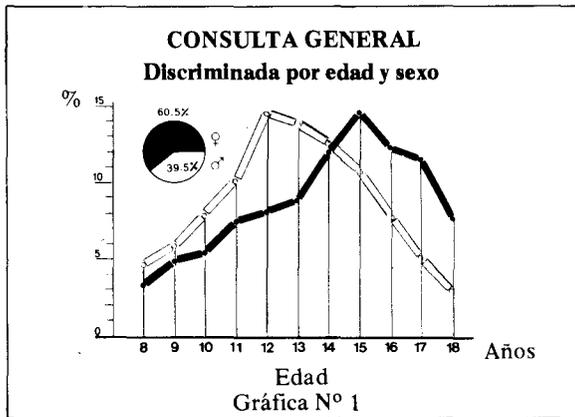
La epidemiología recogida en este estudio no proviene de un dispensario dedicado al adolescente, sino de un consultorio de endocrinología; esto hace que la realidad epidemiológica no sea exacta, aunque al endocrinólogo llegan con frecuencia los problemas relacionados con el crecimiento, con el desarrollo sexual y aun con trastornos del comportamiento que suelen ser atribuidos a desórdenes endocrinos. No sobra aclarar que hasta el momento no hay en el país, un consultorio dedicado a los adolescentes; en nuestro medio el adolescente recurre a la consulta de un médico cualquiera porque no tiene a donde hacerlo; por este motivo, cualquier estudio estadístico va a ser incompleto y fatalmente distorsionado. Por ejemplo, las estadísticas sobre embarazo y aborto en las adolescentes provienen de dispensarios de atención materno-infantil correspondientes a los estratos socio-económicos más bajos y de esta manera deja de estar representado el problema en todo el universo social; tampoco existe un registro sobre enfermedades venéreas en adolescentes, a no ser que sean hospitales generales a donde no concurre sino la población menos favorecida o las cárceles o cuarteles que representan un grupo social restringido.

Publicaciones del Norte del continente, muestran prevalencias marcadas en drogadicción, suicidio, accidentes de tránsito, aborto, embarazo y venéreas, que no aparecen en nuestros registros o que son de muy poca ocurrencia; esta disparidad se debe no solamente a que nuestros problemas epidemiológicos son distintos sino a obvios defectos estadísticos.

## **Material**

Se analizaron 2.800 historias clínicas pertenecientes a adolescentes de ambos sexos que representan casi la cuarta parte del total de las historias de un consultorio de Endocrinología. Muchos de los pacientes fueron vistos una o dos veces, mientras que a otros fue posible seguirlos por 10 años o más. El observador fue el mismo y se siguieron los mismos patrones diagnósticos y terapéuticos. De las historias analizadas se obtuvieron 3.300 datos que fueron registrados en un programa especialmente escogido y adaptado y procesados en una computadora. Los diagnósticos fueron agrupados de la siguiente manera:

1. Trastornos por talla baja
2. Por talla alta
3. Por peso alto



**1. Discriminación por edad y Sexo (Ver gráfica N° 1)**

La gráfica muestra cómo se distribuyó la población total en relación con la edad y sexo. El grupo de mujeres es mayor, pero a más de eso, consulta más tardíamente que los hombres. Es posible que esta observación esté condicionada a la frecuencia con que asisten donde el médico por problemas de sobrepeso hacia los 14 años de edad y en los años sucesivos.

**2. Discriminación por motivo de consulta (Ver gráfica N° 2)**

La gráfica muestra la distribución por frecuencia en las 5 maneras en que agrupamos la patología.

Dos de ellos se refieren a la talla por exceso y por defecto; otros dos al peso, también por exceso y por defecto y el restante a otros motivos de consulta en que está englobada toda la patología, excluyendo los trastornos pondo-estaturales. Este grupo fue el más grande seguido por los defectos de talla y los excesos de peso que, con porcentajes semejantes, ocupan cada uno la tercera parte. Los defectos de peso y los excesos de talla tienen una incidencia total muy baja.

- 4. Por peso bajo
- 5. Otros motivos

Todas las combinaciones se buscaron y fueron posibles, menos las que entrañan un antagonismo del peso o de la talla.

El resultado de este estudio tiene dos partes: una descriptiva de la epidemiología que sigue a continuación y otra analítica que incluye la evaluación terapéutica de los trastornos de la talla y del peso que se trata en los capítulos correspondientes.

**3. Discriminación por otros motivos de consulta (Ver Tabla N° 1 y Gráfica N° 3)**

Representa casi la mitad de la consulta y la distribución por sexos es semejante. Su frecuencia se va haciendo mayor a medida que el muchacho se acerca a la adolescencia, fenómeno fácil de entender, porque comienzan a aparecer los problemas referentes al desarrollo sexual y se van a hacer más evidentes los que dependen del crecimiento. Además existe una patología propia del adolescente que se hace presente únicamente en esa época.

**Tabla N° 1**

<i>Discriminación por diagnóstico:</i>	
	%
aparato reproductor. ....	21.6
sistema digestivo . . . . .	17.4
tiroides . . . . .	14.8
área siquiátrica. . . . .	12.8
piel y faneras . . . . .	12.4
órganos de los sentidos . . . . .	7.4
neurrológicos . . . . .	4.2
pancreáticos . . . . .	1.8
sistema óseo . . . . .	1.8
cardio circulatorios . . . . .	1.8
otros . . . . .	1.6
cromosómicos . . . . .	1.0
suprarrenales . . . . .	1.0

En algunas edades el grupo de mujeres es más grande pero no debe olvidarse el predominio del sexo femenino en este estudio.

**3.1 Trastornos del Sistema Reproductor 21%**

Estudiados en conjunto los dos sexos, los problemas más comunes fueron la adolescencia retardada y los hipogenitalismos. En cuanto a los trastornos ginecológicos se refiere, se destacan los problemas del ciclo siendo los más frecuentes las dismenorreas, seguidas por las amenorreas, oligo y polimenorreas; los trastornos de la glándula mamaria también fueron frecuentes y estuvieron representados en su orden por la mastodinia, la hipoplasia y la hiperplasia mamarias. Como entidades más raras se encontraron: la hipertrofia del clítoris y de los labios menores, el síndrome de Stlin-Leventhal, el aborto incompleto y el embarazo. Entre los problemas andrológicos los más comunes fueron las criptorquidias, las fimosis, la ginecomastia, el varicocele y en mucho menor grado la anorquia, los hipospadias, la orquitis y los tumores de células de Leydig.

**3.2 Trastornos del Sistema Digestivo 17.4%**

Más de las tres cuartas partes de su alto porcentaje se debe a parasitismo intestinal; esta incidencia es muy fácil de comprender en un país tropical como el nuestro, donde a pesar de las campañas anti-parasitarias la reinfección es tan frecuente. Con porcentajes menores aparecen la úlcera digestiva y la apendicitis y mucho menos la pancreatitis, la enteritis y la enfermedad celíaca y el síndrome de mala absorción.

**3.3 Trastornos de la glándula tiroides 14.8%**

El hallazgo más frecuente es el bocio simple; es necesario considerar que Colombia es un país de bocio endémico y que se trata de un consultorio especializado en Endocrinología al cual naturalmente deriva este tipo de problemas; por otra parte en la adolescencia y especialmente en las mujeres, es frecuente observar aumento del tamaño del tiroides debido a una mayor demanda de tiroxina que la glándula no es capaz de suplir sino a expensas de un aumento de su tamaño; esta hipertrofia funcional suele ser pasajera. La segunda condición patológica más frecuente fue el hipotiroidismo asociado o no a bocio y a retrasos de talla; es conveniente aclarar que este diagnóstico fue hecho clínicamente, comprobado con exámenes paraclinicos específicos y confirmado con pruebas terapéuticas. Mucho menos frecuente fue el hipertiroidismo, siempre bajo la forma de enfermedad de Graves Basedow; escasísima fue la ocurrencia del cretinismo y de la enfermedad de Hashimoto.

**3.4 Trastornos del área síquica 12.8%**

Su mayor frecuencia estuvo representada por defectos en relaciones familiares o problemas de la escolaridad; también se observaron trastornos siconeuróticos, sobreprotección y oligofrenia.

**3.5 Piel y Faneras 12.4%**

La entidad más frecuente fue la acné juvenil que se considera una enfermedad propia del adolescente; en seguida figura la dermatitis seborreica, las verrugas, el eczema, la hiperhidrosis corporal y especialmente palmar y con mucho menos frecuencia, la alopecia areata, las micosis, el vitiligo, la ictiosis y el Hansen.

**3.6 Organos de los sentidos 7.4%**

Las más frecuentes fueron las enfermedades ORL por la gran incidencia que tienen las amigdalitis, las sinusitis, las otitis supuradas y las rinitis; otras enfermedades menos comunes de esta área fueron los trastornos de la voz o las hipocausias.

Entre las enfermedades oftalmológicas, las más observadas fueron el estrabismo y los terigios; mucho menos frecuente el keratocono, la catarata o los problemas de retina. En esta subdivisión no se consideran los trastornos de la refracción.

**3.7 Trastornos neurrológicos 4.2%**

Los más comunes fueron las cefaleas y las jaquecas, seguidos por los síndromes convulsivos y con menos

ocurrencia las parálisis cerebrales, las secuelas de polio, el pinealoma, el adenoma cromóforo y el craneofaringioma.

### **3.8 Enfermedades pancreáticas 1.8%**

Los problemas más frecuentes fueron las diabetes y la hipoglicemia funcional, enfermedades que serán tratadas en otro capítulo. De rarísima observación fue la pancreatitis.

### **3.9 Trastornos del sistema óseo 1.8%**

Las más observadas fueron las displasias esqueléticas, que en mayor o menor grado afectaban el crecimiento o la estática corporal. El frecuente "dolor óseo de crecimiento", la enfermedad de Osgood, las rupturas de meniscos y las fracturas. Las enfermedades debidas a defectos del metabolismo del calcio y del fósforo tuvieron una muy escasa frecuencia.

### **3.10 Trastornos cardiopulmonares 1.8%**

Entre los primeros los más frecuentes fueron las valvulopatías congénitas o adquiridas. La acrocianosis (problema mal definido y tal vez mal clasificado que molesta desde el punto de vista estético) y con menos frecuencia la hipertensión. Entre los problemas respiratorios el más frecuente fue el asma, que suele mejorar espontáneamente con la adolescencia y la tuberculosis con una incidencia muy baja pero que seguramente no representa la realidad epidemiológica en el adolescente colombiano.

### **3.11 Trastornos de la Suprarrenal 1%**

La hiperplasia congénita de la suprarrenal tiene la mayor incidencia en este grupo. Con mucho menor ocurrencia se presentaron el Cushing, el Adisson y el feocromocitoma.

### **3.12 Trastornos cromosómicos 1%**

El más frecuente observado fue la trisomía del grupo 21-22 con una buena variedad de mosaicos; enseguida las trisomías tipo Klinefelter y las monosomías Turner también con mosaicos. Los trastornos del grupo B, D y E fueron excepcionales.

### **3.13 Otros trastornos 1.6%**

Representan la suma de aquellos diagnósticos de muy escasa ocurrencia y que no se encasillan en grupos especiales. Son ellos: el Recklinghausen, la sindactilia, la extrofia vesical, el labio leporino, la progeria, el gargolismo, el Von Gierke y la aminoaciduria.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Contamin R.: La Insuficiencia de Desarrollo del Aparato Genital. Rev. Col. Obst. y Ginec. 21: 492-493. Septiembre-Octubre, 1970.
2. Duarte Contreras A.: El Embarazo en Adolescentes es siempre de Alto Riesgo? Rev. Col. Obst. y Ginec. 26: 385-398. 1975.
3. Duarte Contreras A.: Embarazo en Adolescentes de 11 a 15 años. Rev. Col. Obst. y Ginec. 24: 258-263. Agosto, 1973.
4. Jubiz H. Alfonso y otros: Motivos de Consulta más frecuentes en 620 Adolescentes. Rev. Col. Obst. y Ginec. 23: 399-410, Octubre, 1972.
5. Hillary E.C. y otro: Approaches to Adolescent Health Care in the 1970s. DHEW Publication HSA. 76, 1975 - Washington D.C.
6. O M S: Necesidades de Salud de los Adolescentes. Serie de Informes Técnicos N° 609. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1977.