

¿Consiguen mejores resultados las salas de ingreso para adolescentes? Hallazgos de una revisión nacional de pacientes jóvenes

Russell M. Viner, MD, PhD

OBJETIVOS: Hay pocas pruebas en apoyo de la eficacia de las salas de ingreso para adolescentes. Este análisis comprueba la hipótesis de que atender a los jóvenes en salas para adolescentes mejora *aspectos de la calidad asistencial y de la satisfacción del paciente*, comparado con la atención en las salas de niños o de adultos.

PACIENTES Y MÉTODOS: Análisis secundarios de la National English Young Patient Survey 2004, ponderados para tener en cuenta las variaciones del tamaño del hospital y de la tasa de respuesta. Participantes: 8.855 sujetos de 12-17 años de edad.

MEDICIONES: tipo de sala (para adolescentes, niños o adultos) e indicadores de la calidad de la asistencia *notificados por el paciente*: calificación por los jóvenes de la atención global, el respeto, la seguridad, la confidencialidad, la comunicación, el trabajo en equipo, el ruido, las instalaciones de recreo. Los modelos de regresión logística se ajustaron respecto al sexo, la discapacidad y los ingresos anteriores en el hospital.

RESULTADOS: El 10% de los pacientes de 12-14 años de edad y el 18% de los de 15-17 años de edad fueron atendidos en una sala para adolescentes, el 0,4% de los de 12-15 años de edad y el 16% de los de 15-17 años de edad en una sala para adultos, y el resto en una sala para niños. Comparado con los que estuvieron en una sala para adolescentes, los pacientes de 15-17 años de edad tuvieron menos probabilidades de informar una atención global excelente en una sala para adultos (OR 0,6; IC 95%: 0,5 a 0,7; $p < 0,0001$) y de sentirse seguros, de mantener la confidencialidad, sentirse tratados con respeto, tener confianza en el personal, recibir la información de forma adecuada, intervenir oportunamente en la propia asistencia y contar con unas instalaciones de recreo apropiadas (todos $p < 0,001$). Comparado con

estar en una sala para adolescentes, los pacientes de 12-14 años de edad tuvieron menos probabilidades de informar una atención global excelente en una sala para niños (OR 0,8; IC 95%: 0,6 a 1,0; $p < 0,05$) y de sentirse implicados en su propia asistencia ($p = 0,03$).

CONCLUSIONES: Las salas hospitalarias dedicadas a los adolescentes mejoran *aspectos de la calidad de asistencia a los jóvenes comparadas con las dedicadas a niños o a adultos*, especialmente en los adolescentes de mayor edad. Estos datos apoyan el nuevo desarrollo de salas para adolescentes en los grandes hospitales generales y en los hospitales pediátricos.

La Society for Adolescent Medicine defiende la continuación y el establecimiento de unidades de hospitalización para la medicina del adolescente tanto en los hospitales generales como en los pediátricos como “abordaje óptimo para el suministro de una asistencia sanitaria adecuada al desarrollo”¹. Los propios jóvenes informan reiteradamente del deseo de servicios dedicados a los adolescentes en los hospitales y en la atención primaria²⁻⁵. Con los cambios en la práctica pediátrica, la proporción de pacientes adolescentes en los servicios pediátricos está aumentando^{6,7}. Además, los niños de > 10 años de edad constituyen en la actualidad casi el 30% de los ingresos en uno de los principales hospitales pediátricos de Australia⁸. Aun así, muchos hospitales generales y pediátricos de Estados Unidos y el resto del mundo carecen de salas de internación dedicadas a los adolescentes.

Se desconoce el número de salas de internamiento para la medicina del adolescente en Estados Unidos. Las estimaciones en 1978 indicaron que cerca del 45% de los centros de formación en Pediatría tenían servicios médicos para adolescentes ingresados⁹. En 1998, aunque el 72% de los programas de residencia en Pediatría informaban de la formación en medicina del adolescente, es probable que incluyan servicios quirúrgicos en salas pediátricas, sólo el 39% notificó la formación en una sala dedicada a adolescentes¹⁰.

En Reino Unido, una revisión nacional realizada por el Royal College of Paediatrics & Child Health en 2001 indicó que sólo cerca del 12% de los hospitales tenía

Adolescent Medicine, General and Adolescent Paediatrics Unit, Institute of Child Health, University College London, Londres, Reino Unido

Correspondencia: Russell M. Viner, MB, PhD, Department of Paediatrics, University College Hospital, 250 Euston Rd, Londres NW1 2PG, Inglaterra.

Correo electrónico: r.viner@ich.ucl.ac.uk

una sala dedicada a la medicina del adolescente¹¹. Esto pese a las repetidas llamadas al desarrollo de servicios dedicados a los adolescentes por el Department of Health¹² y el conjunto de Medical Colleges¹³, y que los datos demuestran que un hospital general medio que atiende a una población regional de 250.000 personas tiene al menos 15 camas ocupadas rutinariamente por pacientes de 12-19 años de edad, sin contar con los servicios de maternidad y de salud mental¹⁴.

El desarrollo internacional de servicios intrahospitalarios para adolescentes se ha visto obstaculizado por la falta de pruebas de beneficio^{2,13}. Los argumentos actuales en apoyo de las salas para adolescentes se basan en la satisfacción del paciente y en la opinión profesional, con pocos o ningún dato publicado sobre el impacto de las salas para adolescente sobre la calidad de la asistencia. Las revisiones sencillas de la satisfacción del paciente han determinado que influyen mínimamente sobre la calidad de la asistencia sanitaria¹⁴, y las pruebas de que las salas para adolescentes mejoran la calidad de los resultados de la asistencia sanitaria son esquivas.

Sin embargo, el moderno conocimiento de la asistencia centrada en el paciente ha colocado las experiencias notificadas por el paciente en el centro de la evaluación de la calidad de la atención. Como indicó Cleary en 2003: "Los pacientes no suelen poder valorar la calidad técnica de su atención; aunque examinar la hospitalización desde el punto de vista del paciente revela importante información acerca de la calidad de la asistencia. Los pacientes constituyen la mejor fuente de información del sistema de comunicación de un hospital, los procesos de formación y tratamiento del dolor, y son la única fuente de información sobre si fueron tratados con dignidad y respeto"¹⁵. En realidad, cada vez hay más pruebas de que los procesos de atención más centrados en el paciente conducen a mejores resultados de salud¹⁴, por lo que el empleo de las percepciones del paciente respecto a la asistencia para mejorar los sistemas puede conducir a mejores resultados de salud¹⁶. Las mediciones de una revisión moderna que producen informes de experiencias específicas de la asistencia que reflejan su calidad, y no simplemente anécdotas, son adecuadas para mejorar la calidad¹⁴.

Este estudio investiga el impacto de las salas hospitalarias dedicadas a adolescentes sobre la calidad de la atención comparado con la asistencia a los adolescentes en salas para niños o para los adultos y utiliza datos de la English National NHS Young Patients Survey realizado por el Picker Institute en 2004¹⁷.

MÉTODOS

La Young Patients Survey 2004 forma parte del English National Health Service (NHS) Patient Survey Programme. La revisión fue dirigida por el centro asesor de revisiones del NHS, el Picker Institute Europe, y realizada en las fundaciones (trusts) hospitalarias de agudos y especializadas inglesas pertenecientes al NHS¹⁸. Una fundación hospitalaria del NHS es una entidad gerencial de financiación pública que puede incluir a uno o más hospitales de una ciudad o localidad y que ofrece asistencia intrahospitalaria gratuita para el paciente; esta revisión incluyó hospitales generales, pediátricos y especializados, y excluyó las instalaciones psiquiátricas y de atención crónica. Todas las fundaciones agudas y especializadas inglesas fueron invitadas a participar, y 150/173 (87%) ofrecieron datos. Cinco (3%) eran fundaciones de hospitales pediátricos autónomos.

Cada fundación identificó una lista de 850 pacientes elegibles que habían sido dados de alta, retrocediendo desde la última fecha de noviembre de 2003 o de enero de 2004. Cuatro de las fundaciones identificaron una lista de sólo 500 pacientes elegibles porque habían tenido un número demasiado escaso de pacientes. Los pacientes fueron elegibles si habían sido tratados como ingresos o en el hospital de día en cualquier lugar de la fundación, incluyendo las salas para adultos, tenían de 0 a 17 años de edad y no eran pacientes de la maternidad ni de Psiquiatría. Se remitió por correo un cuestionario y una carta de presentación a los pacientes, y hasta dos recordatorios a quienes no respondieron. Se remitieron cuestionarios a 125.827 pacientes jóvenes y se devolvieron 62.277 cuestionarios cumplimentados, de los que 59.815 estaban en los límites adecuados de edad. Esto significa una tasa de respuesta del 50% una vez se tuvo en cuenta los cuestionarios no entregados y los pacientes fallecidos. Las tasas de respuesta variaron entre las fundaciones del 32% al 64% y fueron iguales para chicos y chicas¹⁹. Se recomendó que los sujetos de 12 o más años de edad cumplimentasen los cuestionarios por sí mismos o con ayuda de sus padres.

El cuestionario se basó en anteriores revisiones del Picker Institute sobre adultos y niños ingresados en Estados Unidos^{16,20}, y los estudios de los aspectos de la asistencia que más importan a los pacientes ingresados en todo el mundo, que incluyen el respeto por las preferencias del paciente, la coordinación de la atención, la información y la formación, la comodidad física, el apoyo emocional, la intervención de la familia y los amigos y la continuidad y la transición^{21,22}. El cuestionario se modificó para permitir la valoración de cada fundación contra los patrones de asistencia hospitalaria del NHS inglés para los niños y los adolescentes¹², y también incluyó preguntas acerca de la calidad global de la asistencia, la seguridad y la confidencialidad y la intimidad. El análisis de un instrumento similar utilizado para revisar a poblaciones pediátricas ingresadas en Estados Unidos demostró mayor fiabilidad y validez^{16,20}.

Los que respondieron definieron el tipo de sala de ingreso: se preguntó a los jóvenes "Durante la mayor parte de su estancia, ¿en qué tipo de sala estuvo?: 1) Una sala pediátrica, 2) una sala para adultos, 3) una sala para adolescentes o 4) otro tipo de sala". En Reino Unido, las salas para adolescentes consisten en 1) una sala general sólo para adolescentes, con una amplia gama de enfermedades y especialidades, que abarca habitualmente 12-18 camas; 2) una subsección de una sala pediátrica de un hospital general, por lo general de 4-8 camas; 3) una sala para adolescentes de una sola especialidad, como el cáncer o la fibrosis quística. En esta revisión no se dispuso de datos detallados sobre el tipo de sala para adolescentes, por lo que no se pudo examinar su impacto diferencial sobre la calidad de la asistencia. Sin embargo, los datos recogidos por los organismos profesionales de Reino Unido en 2004 indican que la gran mayoría de las unidades eran pequeñas salas, de 4-6 camas, incluidas en una sala pediátrica general, con sólo 10 salas generales para adolescentes y 8-10 salas de especialidades para adolescentes (comunicación personal, Marcelle de Sousa, Royal College of Nursing, Reino Unido).

Para la calificación global de la asistencia, se pidió a los jóvenes que calificasen la calidad general de la atención hospitalaria en una escala de Likert de 5 puntos (1 = mala, 5 = excelente). Para otras cuestiones se dicotomizaron las respuestas, siguiendo a los análisis de Co et al de la Pediatric Inpatient Survey del Picker Institute en Estados Unidos¹⁶. En los puntos con > 2 categorías de respuesta, definimos la atención de gran calidad como las 2 más preferibles de 4 o 5 categorías de respuesta. Por ejemplo, para las preguntas con las categorías de respuesta "mala", "regular", "buena", "muy buena" y "excelente", las respuestas "muy buena" o "excelente" se consideraron una atención de gran calidad.

Los datos se tomaron electrónicamente del UK Data Archive (www.data-archive.ac.uk). Los datos fueron ponderados según el tamaño de la fundación utilizando pesos de la población de pacientes¹⁹ calculados por el autor a partir del total anual de días-cama de cada fundación en 2003-04, obtenido a partir del Information Centre, NHS Hospital Episode Statistics (www.hesonline.nhs.uk). Los datos fueron analizados mediante las órdenes de revisión de Stata 8 para obtener intervalos de confianza robustos que tengan en cuenta las desiguales probabilidades

de selección a causa de las diferencias del tamaño de la fundación y la tasa de respuesta. La inclusión de los sujetos en estos análisis debía cumplir las siguientes condiciones: 1) 12-17 años de edad, inclusive; 2) hospitalizado durante una noche o más; 3) cumplimentación del cuestionario por los propios jóvenes o junto a sus padres (se excluyeron las respuestas cumplimentadas sólo por los padres); 4) no fueron atendidos en una sala tipo "otro". Para estos análisis no se dispuso de datos sobre la etnia; en la muestra global, el 89% eran de raza blanca, el 5% asiática, el 3% de raza negra, el 3% de etnia mixta y el 1% china u otra etnia.

En primer lugar se analizó la proporción de respuestas positivas a cada pregunta por tipo de sala. Luego se utilizó la regresión logística para examinar la asociación del tipo de sala con las variables de asistencia. Siguiendo los métodos de Co et al en 2003¹⁶, estos análisis se ajustaron respecto a los factores considerados con probabilidades de influir sobre la notificación de la atención, como el sexo y la presencia de una enfermedad crónica (se utilizaron dos variables como sustitutos de la enfermedad crónica y la utilización anterior de los servicios de salud: 1) si una persona joven se consideraba discapacitada y 2) el número de ingresos hospitalarios en los últimos 6 meses).

RESULTADOS

Dieciséis mil setecientos siete pacientes (el 28% de los 59.815 que respondieron) tenían 12-17 años de edad. De ellos, 13.727 tenían datos completos acerca del tipo de sala, la duración del ingreso, el número de ingresos, la persona que realizó la supervisión (joven o progenitor) y la existencia de discapacidad. De estos análisis resultaron excluidos los siguientes: 1) 3.730 que no tuvieron una estancia igual o superior a una noche y 2) 1.926 en los que los progenitores cumplieron el cuestionario sin la intervención del adolescente. Así pues, la muestra para estos análisis fue de 8.071. La tabla 1 muestra las características de esta muestra de pacientes. Los de doce a catorce años de edad fueron atendidos principalmente en una sala pediátrica (89%), el 10% (361) en una sala para adolescentes y sólo el 0,5% (18) en una sala para adultos. Entre los de 15-17 años de edad, el 18% (811) fue atendido en una sala para adolescentes, el 16% (74) en una sala para adultos y el 66% (2.960) en una sala pediátrica. Al preguntar por la preferencia de sala de manera abstracta, la opción intrahospitalaria preferida por la mayoría de quienes respondieron fue la sala para adolescentes, que fue la opción preferida del 95% de los jóvenes que estaban ya en una sala para adolescentes, el 51% de los que estaban en una sala pediátrica y el 59% de los que estaban en una sala para adultos.

La tabla 2 muestra las proporciones que respondieron a cada pregunta por tipo de sala y las proporciones de posibilidades ajustadas de las asociaciones entre el tipo de sala y las variables de la calidad de atención. En el grupo de 12-14 años de edad no se muestran los datos de la sala de adultos por el muy pequeño tamaño de la muestra.

12-14 años de edad

Los jóvenes de 12-14 años de edad calificaron la asistencia global en la sala para adolescentes de manera significativamente superior a la de la sala pediátrica ($p < 0,05$). Sucedió lo mismo en la inmensa mayoría de variables, aunque sólo alcanzó la significación estadística para el ruido y la intervención en la propia asistencia.

TABLA 1. Características de los pacientes y los progenitores (n = 8.071)

Característica	12-14 años (N = 3.596) %	15-17 años (N = 4.475) %	Total (N = 8.071) %
Sexo			
Varón	54	47	50
Mujer	46	53	50
Tipo de sala			
Adolescente	10,0	18	14
Pediátrica	89	66	77
Adultos	0,5	16	9
El joven se considera discapacitado	6	6	6
Ingresos en el hospital en los últimos 6 meses			
0	46	71	74
1-2	19	23	21
≥ 3		6	5
Cumplimentación del cuestionario			
Adolescente solo	44	69	58
Adolescente con progenitor	56	31	42

15-17 años de edad

Los jóvenes de 15-17 años de edad tuvieron más probabilidad de calificar de excelente su atención global al ser asistidos en una sala para adolescentes respecto a la sala adulta ($p < 0,0001$), patrón que también se observó en cada una de las variables, aparte del momento del alta (todas, $p < 0,001$). Los adolescentes de mayor edad atendidos en una sala para adolescentes también tuvieron mayores probabilidades de calificar de satisfactoria la información recibida por las enfermeras y la participación en la propia asistencia y menos probabilidades de estar molestos por el ruido y de estar aburridos que los atendidos en una sala pediátrica.

DISCUSIÓN

Estos datos de una muestra representativa nacional demuestran que los jóvenes atendidos en salas para adolescentes califican como significativamente mejores los *aspectos de la calidad de la atención*, especialmente los temas cruciales para la calidad, como la confidencialidad, la comunicación, el ofrecimiento de información, la asociación y el respeto, que sus homónimos atendidos en las salas pediátricas o para adultos. Aunque estos datos sólo se relacionan con aspectos de la atención informados por el paciente, estos aspectos son cruciales para el conocimiento actual de la calidad de la asistencia sanitaria. La asistencia global tuvo más probabilidades de ser calificada de excelente en una sala para adolescentes, tanto en los más jóvenes (12-14 años de edad) como en los adolescentes (15-17 años de edad). La diferencias de la calidad de la atención fueron especialmente sorprendentes en los atendidos en las salas para adultos, cuya atención fue peor calificada en forma significativamente más frecuente en 14 de los 16 territorios estudiados. Desde luego, los adolescentes en las salas para adultos tuvieron una probabilidad cercana a la mitad de informar de la recepción de una atención global excelente, sentirse seguros, recibir una información comprensible o sentirse tratados con dignidad y respeto, comparados con los atendidos en una instalación para adolescentes. Aunque los jóvenes indicaron que las salas pediátricas ofrecen una mayor calidad

TABLA 2. Asociaciones entre el tipo de sala y la calidad de la asistencia en los adolescentes de 12-14 y 15-17 años de edad

	12-14 años de edad			15-17 años de edad		
	Proporciones, %	OR* (IC 95%)	p	Proporciones, %	OR* (IC 95%)	p
Tasa de cuidado global “excelente”						
Adolescente	51	1		39	1	
Pediátrica	45	0,8 (0,6, 0,99)	0,049	38	1,0 (0,8, 1,1)	0,6
Adultos	—	—		27	0,6 (0,5, 0,7)	< 0,0001
Sintió que la sala era un lugar seguro y protector						
Adolescente	85	1		78	1	
Pediátrica	83	0,9 (0,7, 1,3)	0,6	80	1,1 (0,9, 1,4)	0,3
Adultos	—	—		60	0,4 (0,3, 0,5)	< 0,0001
Los médicos informaron de la asistencia de forma comprensible						
Adolescente	64	1		66	1	
Pediátrica	59	0,8 (0,6, 1,0)	0,08	63	0,9 (0,7, 1,0)	0,12
Adultos	—	—		55	0,6 (0,5, 0,8)	< 0,0001
Tienen confianza y fe en los médicos						
Adolescente	80	1		73	1	
Pediátrica	75	0,8 (0,6, 1,0)	0,07	72	0,9 (0,8, 1,1)	0,4
Adultos	—	—		65	0,7 (0,6, 0,8)	< 0,0001
Los médicos hablan ante los jóvenes como si no estuvieran allí						
Adolescente	29	1		33	1	
Pediátrica	29	1,0 (0,8, 1,3)	0,9	35	1,1 (1,0, 1,3)	0,16
Adultos	—	—		41	1,4 (1,2, 1,7)	< 0,0001
Las enfermeras informaron de la asistencia de forma comprensible						
Adolescente	82	1		71	1	
Pediátrica	79	0,9 (0,7, 1,2)	0,6	66	0,8 (0,6, 0,9)	0,004
Adultos	—	—		53	0,5 (0,4, 0,6)	< 0,0001
Tienen confianza y fe en las enfermeras						
Adolescente	68	1		76	1	
Pediátrica	67	0,8 (0,6, 0,96)	0,03	76	1,0 (0,8, 1,2)	0,8
Adultos	—	—		64	0,5 (0,4, 0,7)	< 0,0001
Intervino en la propia asistencia tanto como lo deseó						
Adolescente	63	1		59	1	
Pediátrica	57	0,8 (0,6, 0,96)	0,03	55	0,9 (0,7, 1,0)	0,05
Adultos	—	—		53	0,8 (0,6, 0,9)	0,009
Se mantuvo la confidencialidad al discutir la alteración						
Adolescente	72	1		67	1	
Pediátrica	70	0,9 (0,7, 1,1)	0,4	67	1,0 (0,8, 1,2)	0,7
Adultos	—	—		61	0,7 (0,6, 0,9)	< 0,001
Recibió la adecuada intimidad durante el tratamiento o la exploración						
Adolescente	85	1		78	1	
Pediátrica	82	0,8 (0,6, 1,1)	0,11	77	0,9 (0,8, 1,1)	0,5
Adultos	—	—		75	0,8 (0,7, 1,0)	0,10
Creyó que le dieron de alta en el momento adecuado						
Adolescente	82	1		78	1	
Pediátrica	83	1,0 (0,7, 1,3)	0,9	78	1,0 (0,8, 1,2)	0,9
Adultos	—	—		77	0,9 (0,7, 1,1)	0,3
Fue tratado con dignidad y respeto en el hospital						
Adolescente	81	1		75	1	
Pediátrica	79	0,8 (0,6, 1,1)	0,3	72	0,9 (0,7, 1,0)	0,11
Adultos	—	—		61	0,5 (0,4, 0,6)	< 0,0001
Creyó que médicos y enfermeras actúan bien en equipo						
Adolescente	83	1		77	1	
Pediátrica	80	0,8 (0,6, 1,0)	0,09	75	0,8 (0,7, 1,0)	0,07
Adultos	—	—		63	0,5 (0,4, 0,6)	< 0,0001
Calificó de buenas o muy buenas las instalaciones de recreo/entretenimiento						
Adolescente	76	1		70	1	
Pediátrica	75	0,9 (0,7, 1,2)	0,6	67	0,9 (0,7, 1,1)	0,3
Adultos	—	—		36	0,3 (0,2, 0,3)	< 0,0001
Molesto por el ruido de otros pacientes						
Adolescente	33	1		35	1	
Pediátrica	43	1,6 (1,2, 2,0)	< 0,0001	46	1,6 (1,4, 1,9)	< 0,0001
Adultos	—	—		46	1,7 (1,4, 2,0)	< 0,0001
Aburrido durante “la mayor parte del tiempo” del ingreso						
Adolescente	12	1		19	1	
Pediátrica	13	1,2 (0,8, 1,7)	0,4	24	1,3 (1,1, 1,6)	0,004
Adultos	—	—		43	3,2 (2,6, 4,0)	< 0,0001

—: no se aplica; IC: intervalo de confianza; OR: *odds ratio*.

*Proporciones de posibilidades ajustadas respecto al sexo, la autocalificación de discapacidad y el número de ingresos anteriores en el hospital.

de asistencia que las salas para adultos, su puntuación fue significativamente peor en la asistencia global (sólo los adolescentes más jóvenes) y en la intervención de los jóvenes en su asistencia, la información ofrecida por las enfermeras, el ruido y el aburrimiento. Es importante la ausencia de áreas de esta revisión en las que se indicara un peor funcionamiento de las salas para adolescentes respecto a las pediátricas o las de adultos.

Estos hallazgos nos brindan una base para apoyar las pautas para la provisión de instalaciones hospitalarias adecuadas a la edad en Estados Unidos¹, Reino Unido^{11,12} y en otros países. Estos hallazgos apoyan claramente el desarrollo de instalaciones para adolescentes en hospitales en los que, de otra manera, serían atendidos en salas para adultos. Hubo menos diferencias y menor tamaño del efecto al comparar las salas para adolescentes con la atención a los jóvenes en salas pediátricas, aunque hubo un patrón constante en la afirmación por los jóvenes de que las salas para adolescentes ofrecen mayor calidad de asistencia que las salas pediátricas. Esto podría indicar que las salas pediátricas tienen cierta utilidad al ofrecer a los adolescentes una asistencia sanitaria adecuada para el desarrollo si se entrena oportunamente al personal. Sin embargo, es adecuado observar que las salas para adolescentes de esta revisión constituyeron una mezcla heterogénea, siendo la mayoría pequeñas unidades integradas en las salas pediátricas. Por lo tanto, quizá no sea sorprendente que las diferencias medias con las salas pediátricas no fueran muy grandes. Es necesario seguir investigando para comprobar la probable conclusión de que las salas adolescentes autónomas ofrecen mayor calidad de asistencia notificada por el paciente que las salas pediátricas, lo que no pudo ser estudiado en este conjunto de datos. Sin embargo, el patrón de diferencias observado en este estudio entre las salas pediátricas y la mezcla heterogénea de salas para adolescentes indica que las instalaciones dedicadas a los adolescentes mejoran la calidad de la atención, incluso aunque se restrinja el ámbito de estas instalaciones.

Comparación con la bibliografía

Éstos son los primeros datos en demostrar un claro beneficio de la calidad de asistencia de las salas de medicina del adolescente. Otros estudios de pacientes pediátricos ingresados que utilizaron una metodología comparable se confinaron a los padres y no examinaron los resultados por tipo de sala¹⁶. Los hallazgos aquí presentados son congruentes con un gran cuerpo bibliográfico que demuestra que los jóvenes informan reiteradamente de un deseo de ser tratados en instalaciones dedicadas a adolescentes que respeten sus derechos, mantengan la confidencialidad e intimidad y ofrezcan actividades formativas y de recreo adecuadas a la edad^{2,3,11}. Estos hallazgos también confirman los informes de pequeños estudios de especialistas, que la satisfacción de los jóvenes con muchos aspectos de la atención es mayor cuando son asistidos en una sala especializada para adolescentes, p. ej., salas de oncología para adolescentes, comparadas con las pediátricas o para adultos^{23,24}.

Las calificaciones globales de la asistencia, independientemente del tipo de sala, parecen ser similares a las

notificadas en las revisiones estadounidenses de la asistencia hospitalaria pediátrica^{16,25}; p. ej., en la mayor parte de los dominios, como la seguridad, el ofrecimiento de información, la confianza, la intimidad y la confidencialidad, el trabajo en equipo del personal y la dignidad y el respeto, entre el 60 y el 85% de los jóvenes informó de una asistencia de gran calidad, fuera cual fuera el lugar donde fueron asistidos.

Mientras que los cuidados en las salas para adolescentes tuvieron más probabilidades de informar de gran calidad en casi todos los dominios, es descorazonador observar que la atención en algunas áreas fue inferior a la recomendada. Ofrecer una asociación asistencial a los jóvenes es una habilidad crucial en la medicina del adolescente, aunque sólo el 63% de los adolescentes más jóvenes y el 59% de los mayores se sintieron implicados en su atención en todos los aspectos que quisieron. No está claro si esto se refiere específicamente al sistema inglés de asistencia sanitaria, ya que no disponemos de datos comparativos de otros países sobre el trabajo en asociación con adolescentes. Estos hallazgos destacan el trabajo a realizar en la formación de profesionales de la asistencia sanitaria para garantizar que todos los pacientes jóvenes experimenten una gran calidad de asistencia respecto al ofrecimiento de información, la intimidad y la confidencialidad, sea cual sea el marco.

Potencias y limitaciones

Estos hallazgos se tomaron de los datos representativos nacionales de una reciente revisión en la que los sujetos desconocían la hipótesis en estudio en este trabajo. La metodología de revisión se diseñó para ser adecuada a efectos de la mejora de la calidad¹⁴. Los análisis fueron ponderados para tener en cuenta las variaciones de las tasas de respuesta y las poblaciones de pacientes de las fundaciones y se calcularon unos robustos intervalos de confianza. Los jóvenes (con o sin sus padres) cumplieron los cuestionarios en el 72% de los de 12-14 años de edad y el 90% de los de 15-17 años de edad.

Estos datos tienen una serie de limitaciones. El informe por el paciente de la calidad de la asistencia se acepta como una medición importante de la calidad de la asistencia de los sistemas centrados en el paciente^{14,15}, aunque la calificación del paciente no puede informar de otros aspectos importantes de la asistencia. Aunque la tasa de respuesta global fue próxima al 50%, es irrelevante en las revisiones postales de este tamaño y, además, fue muy similar a la tasa de respuesta del 48% obtenida en una reciente revisión pediátrica intrahospitalaria estadounidense¹⁶. Además, creemos poco probable que el sesgo de respuesta haya influido sobre los hallazgos acerca del tipo de sala aquí presentados. Los jóvenes identificaron el tipo de sala, y es posible, pero no probable, que identificasen erróneamente el tipo de sala al que ingresaron. No obstante, el hallazgo de que el 13% de los jóvenes atendidos en una sala para adolescentes concuerda con el hallazgo de una revisión nacional de 2001, que el 12% de las fundaciones tienen salas dedicadas a los adolescentes¹¹.

Dadas las limitaciones de los datos disponibles, este estudio no pudo examinar qué elementos de la asistencia al adolescente fueron responsables de la mejora de la calidad de la asistencia, p. ej. si los beneficios se relaciona-

ron con temas de los pacientes jóvenes o con diferencias del número, las habilidades o la formación del personal.

No se pudo controlar el análisis respecto a la etnia o el nivel socioeconómico por no disponer de estos datos, y es probable que las tasas de respuesta de los sujetos de raza blanca y las de los de mayores niveles socioeconómicos fueran mayores.

CONCLUSIONES

Las salas dedicadas a los adolescentes mejoran *aspectos* de la calidad de la asistencia en una amplia gama de dominios para la gente joven en comparación con las salas pediátricas o para adultos. Los jóvenes atendidos en salas para adultos tuvieron una posibilidad cercana a la mitad de calificar de excelente su asistencia en muchos dominios. Las salas pediátricas funcionan por lo general bien en el cuidado de los jóvenes, especialmente los adolescentes jóvenes, aunque las salas para adolescentes tienen un rendimiento significativamente mejor respecto a la asistencia global y en un pequeño número de dominios. Estos datos apoyan el desarrollo mantenido de salas hospitalarias para adolescentes en los hospitales generales o pediátricos y, cuando no sea posible, la provisión de instalaciones dedicadas a los adolescentes en las salas pediátricas. Es necesario seguir trabajando para examinar el impacto de las salas para adolescentes sobre los resultados clínicos y el empleo de recursos.

AGRADECIMIENTO

Russell Viner está asalariado por el NHS inglés.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fisher M, Kaufman M. Adolescent inpatient units: a position statement of the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health*. 1996;18:307-8.
2. Viner RM, Keane M. Youth matters: evidenced-based best practice for the care of young people in hospital. Londres, Reino Unido: Caring for Children in the Health Services; 1998.
3. Oppong-Odiseng A, Heycock E. Adolescent health services: through their eyes. *Arch Dis Child*. 1997;77:115-9.
4. Miller NO, Friedman SB, Coupey SM. Adolescent preferences for rooming during hospitalization. *J Adolesc Health*. 1998;23:89-93.
5. Fisher M. Adolescent inpatient units. *Arch Dis Child*. 1994;70:461-3.
6. Lam PY, Fitzgerald BB, Sawyer SM. Young adults in children's hospitals: why are they there? *Med J Aust*. 2005; 182:381-4.
7. Viner RM, Barker M. Young people's health: the need for action. *BMJ*. 2005;330:901-3.
8. Lam PY, Yeo M, Sawyer SM. Adolescent admissions to a tertiary paediatric hospital: a dynamic pattern. *Ann Acad Med Singapore*. 2003;32:58-63.
9. Comerci GD, Witzke DB, Scire AJ. Adolescent medicine education in pediatric residency programs following the 1978 Task Force on Pediatric Education report. *J Adolesc Health Care*. 1987; 8:356-64.
10. Emans SJ, Bravender T, Knight J, et al. Adolescent medicine training in pediatric residency programs: are we doing a good job? *Pediatrics*. 1998;102:588-95.
11. Bridging the Gaps: Healthcare for Adolescents. Report of the Joint Working Party on Adolescent Health of the Royal Medical and Nursing Colleges of the UK. Londres, Reino Unido: Royal College of Paediatrics and Child Health; 2003.
12. Department of Health, Department for Education and Skills. National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services. Londres, Reino Unido: Department of Health; 2004.
13. Viner RM. National survey of use of hospital beds by adolescents aged 12 to 19 in the United Kingdom. *BMJ*. 2001; 322:957-8.
14. Cleary PD. The increasing importance of patient surveys: now that sound methods exist, patient surveys can facilitate improvement. *BMJ*. 1999;319:720-1.
15. Cleary PD. A hospitalization from Hell: a patient's perspective on quality. *Ann Intern Med*. 2003;138:33-9.
16. Co JP, Ferris TG, Marino BL, Homer CJ, Perrin JM. Are hospital characteristics associated with parental views of pediatric inpatient care quality? *Pediatrics*. 2003;111:308-14.
17. Young Patients Survey 2004. Londres, Reino Unido: Healthcare Commission; 2005.
18. List of Acute NHS Trusts in England. Londres, Reino Unido: National Health Service; 2006.
19. Ramm J, Reeves R, Graham C. Young Patients Survey 2004 Userguide. Oxford, United Kingdom; Picker Institute Europe; 2005.
20. Reliability and validity of picker questionnaires. Boston, MA: Picker Institute; 1999.
21. Cleary PD, Edgman-Levitan S, Roberts M, et al. Patients evaluate their hospital care: a national survey. *Health Aff (Millwood)* 1991;10:254-67.
22. Coulter A, Cleary PD. Patients' experiences with hospital care in five countries. *Health Aff (Millwood)*. 2001;20:244-52.
23. Reynolds BC, Windebank KP, Leonard RC, Wallace WH. A comparison of self-reported satisfaction between adolescents treated in a "teenage" unit with those treated in adult or paediatric units. *Pediatr Blood Cancer*. 2005;44:259-63.
24. Mulhall A, Kelly D, Pearce S. A qualitative evaluation of an adolescent cancer unit. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2004; 13: 16-22.
25. Homer CJ, Marino B, Cleary PD, et al. Quality of care at a children's hospital: the parent's perspective. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1999;153:1123-9.