

Consulta adolescente en servicios de emergencia pediátrica

Lucia Maurente*, Ma Inés Ferreira†, Mariana Más‡, Karen Hernández†, Ana Rimolli†, Florencia Castellanos†, Javier Prego§, Gustavo Giachetto§, Loreley García¶

Resumen

La Organización Mundial de la Salud define como adolescencia la etapa comprendida entre los 10 y 19 años (temprana: 10 a 14 años; tardía: 15 a 19 años). La prevalencia de enfermedades en la adolescencia es baja; sin embargo, los adolescentes utilizan los servicios de emergencia, lo que requiere un abordaje integral y multidisciplinario. No hay datos publicados sobre los motivos de consultas de adolescentes en Uruguay.

Objetivo: conocer la frecuencia y las características de la consulta de adolescentes en los servicios de emergencia del subsector público y privado del sistema nacional integrado de salud.

Metodología: estudio multicéntrico, retrospectivo, de adolescentes de entre 10 y 14 años que consultaron en el Hospital Pediátrico-Centro Hospitalario Pereira Rossell de la Administración de los Servicios de Salud del Estado, subsector público, y entre 10 y 19 años en la Asociación Española Primera de Socorros Mutuos, en el Centro de Asistencia Médica del Oeste de Colonia y en Casa de Galicia. Se incluyeron las consultas registradas entre los días 7 y 13 de los meses de enero, abril, julio y octubre del 2013. Se registraron: edad, sexo, motivo de consulta, comorbilidades, consultas con especialistas, exámenes de laboratorio, diagnóstico y destino al egreso. Se realizó análisis estadístico, considerando estadísticamente significativo $p < 0,05$.

Resultados: $n=1.518$, 9% del total de consultas. Edad: media 13 años 1 mes, varones 50,5%; tenía comorbilidades: 26%. Subsector público 35%; subsector privado, instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC) 65%. Distribución de consultas por mes: enero 20%, abril 30%, julio 20%, octubre 30%. Los motivos de consulta más frecuentes fueron lesiones e injurias: 33%; síntomas respiratorios: 14%; otros: 13%; síntomas digestivos: 12,5%; lesiones en piel: 7%. Los problemas psicosociales fueron 7,2% en el sector público, en tanto que en el privado fue 3,2%. Consulta con especialista: 38%. Laboratorio: 16%. Imágenes: 30%. Diagnósticos principales al egreso: trauma 33%; patología respiratoria 20%; otros 13%; patología digestiva 10%; patología de piel 6,6%. Destino final: domicilio 90%; hospitalización en el subsector público 13%; en IAMC 8%. El 0,9% se retira antes de la asistencia, 0,1% se institucionaliza.

Conclusiones: si bien la consulta de adolescentes es de baja prevalencia, la misma genera un impacto en los servicios de urgencia por la elevada utilización de recursos. Se observan diferencias entre el sector público y el privado.

Palabras clave: SALUD DEL ADOLESCENTE
SERVICIOS MÉDICOS DE URGENCIA
MOTIVOS DE CONSULTA

Key words: ADOLESCENT HEALTH
EMERGENCY MEDICAL SERVICES
REASONS FOR CONSULTATION

* Asistente de Clínica Pediátrica.

† Pediatra.

‡ Prof. Adj de Pediatría.

§ Prof. de Pediatría.

¶ Prof. Agda. de Pediatría.

Departamento de Emergencia Pediátrica. Hospital Pediátrico-Centro Hospitalario Pereira Rossell, Universidad de la República. Casa de Galicia. Asociación Española Primera de Socorros Mutuos. Centro de Asistencia Médica del Oeste de Colonia.

Correspondencia: Dra. Lucía Maurente. Gabriel Pereira 2974, ap 103. Montevideo, Uruguay. Correo electrónico: lumaurente@hotmail.com

Recibido: 21/3/17

Aprobado: 15/9/17

Introducción

La adolescencia es una de las etapas en la que se producen los mayores cambios en la vida del ser humano. La pubertad provoca modificaciones fisiológicas, emocionales, cognitivas y del comportamiento que impactan en los vínculos familiares y sociales. Si bien la prevalencia de enfermedades en la adolescencia es menor que en otras etapas de la vida, esto no implica que los requerimientos de los servicios de atención de salud sean menores⁽¹⁻³⁾.

Las características propias de las personas en la edad de la adolescencia promueven la experimentación en situaciones de riesgo que pueden constituirse en lesiones transitorias o daños permanentes. Desde esta perspectiva, los adolescentes constituyen un grupo especialmente vulnerable y frecuentemente expuesto a situaciones que amenazan su salud, independientemente del nivel socioeconómico y cultural al que pertenecen. El perfil epidemiológico de la morbilidad de los adolescentes cambió en comparación a décadas anteriores. Lesiones, injurias, intentos de autoeliminación y suicidio, trastornos alimentarios, embarazo no deseado, adicciones y enfermedades de transmisión sexual son los problemas que más impactan en la salud de los adolescentes. Los niños con patologías crónicas alcanzan con mayor frecuencia la adolescencia, presentando nuevos desafíos para el abordaje terapéutico. Estos problemas requieren un abordaje integral, multidisciplinario e intersectorial⁽¹⁻⁵⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como la etapa comprendida entre los 10 y 19 años, dividiéndola en adolescencia temprana entre 10 y 14 años y tardía entre 15 a 19 años respectivamente⁽⁶⁾. El 2% de las personas entre 10 a 20 años es hospitalizado durante la adolescencia⁽¹⁻⁴⁾, cifra en continuo ascenso por la creciente tasa de morbilidad asociada a injurias y patologías, como abuso de drogas, trastornos de la conducta alimentaria, complicaciones por interrupción del embarazo y enfermedades de transmisión sexual^(4,5,7).

Si bien se dispone de la Encuesta Nacional de Salud Adolescente (ENSA), que aporta datos sobre la situación de la salud adolescente en Uruguay, no se dispone de información en los prestadores integrales del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). Esta información es relevante para la planificación y organización de los servicios. Así mismo, para conocer la necesidad de capacitación de los recursos humanos en el área.

Objetivo

Conocer la frecuencia y las características de la consulta de adolescentes en servicios de emergencia de un hospi-

tal del subsector público y de tres instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC) del SNIS.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo, multicéntrico, retrospectivo, donde se incluyeron adolescentes de entre 10 y 14 años de edad que consultaron en el Hospital Pediátrico del Centro Hospitalario Pereira Rossell (HP-CHPR), del subsector público, y personas de entre 10 y 19 años de edad asistidas en Asociación Española (AE), Cooperativa Asistencial Médica Oeste de Colonia (CAMOC) y Casa de Galicia (CG) de tres IAMC.

Se incluyeron las personas que consultaron entre los días 7 al 13 y que consultaron en los meses de enero, abril, julio y octubre del 2013. Se eligieron cuatro meses del año representativos de cada estación para evitar el sesgo estacional. La segunda semana del mes fue seleccionada para evitar el sesgo de la disminución de consultas por la limitante económica de acceso a los servicios de salud.

Las variables analizadas fueron: edad, sexo, motivo de consulta, comorbilidades (enfermedades que se añaden a la enfermedad inicial), consultas con especialistas, exámenes de laboratorio, diagnóstico al egreso y destino del paciente.

Se incluyeron en la categoría trauma a los siniestros de tránsito, las lesiones durante deportes recreativos, quemaduras, heridas, asfixia por inmersión y caída de altura.

En la patología respiratoria se incluyeron la patología infecciosa y enfermedades crónicas (asma, enfermedad pulmonar crónica, fibrosis quística).

En la patología digestiva se incluyeron patología gastroduodenal, cólicos biliares, trastornos del tránsito por patología médica, infecciones gastrointestinales y enfermedades crónicas.

En la patología de piel se incluyeron la patología infecciosa e inmunoalérgica.

Se definió patología psicosocial como el conjunto de patologías psiquiátricas (trastornos de personalidad, crisis de excitación, intento de autoeliminación), más situaciones sociales tales como maltrato, abuso sexual, situaciones de violencia, violencia de género, domésticas u otras y constatación de lesiones.

Se incluyeron en patología urinaria patología infecciosa y uropatías.

En la patología neurológica se incluyeron patología infecciosa y no infecciosa del sistema nervioso.

En patología quirúrgica se incluyeron patologías quirúrgicas abdominales y genitales.

En consultas relacionadas con salud sexual y reproductiva se incluyeron patología infecciosa, consultas vinculadas al embarazo y anticoncepción.

Se definió intoxicación a la exposición a sustancias posiblemente tóxicas y sus posibles efectos.

En la categoría otros se incluyeron las patologías hematolíticas, endocrinológicas, oftalmológicas, cardiovasculares y las no clasificables.

El trabajo fue evaluado y aprobado por los comités de ética de las distintas instituciones, teniendo en cuenta la confidencialidad de los adolescentes.

De las historias clínicas se obtuvo la fuente de datos.

Las variables cualitativas se expresaron en frecuencias absolutas y relativas. Las variables cuantitativas se describieron con medidas de tendencia central y de dispersión. En la comparación de proporciones se utilizó el test de chi cuadrado. Se consideró estadísticamente significativo $p < 0,05$. Para el procesamiento de datos se utilizaron los programas Excel y Epi Info 2011.

Resultados

En el período analizado hubo 17.057 consultas en los servicios de emergencia. Se registraron 1.518 consultas de adolescentes (9%), correspondiendo al sector público 526 (35%) y al sector privado 992 (65%).

La media de edad fue 13 años 1 mes, mediana 13 años 2 meses, moda 11 años.

Del total de las consultas, 1.041 (68,5%) fueron de adolescentes tempranos (10-14 años); 766 (50,5%) fueron varones.

La distribución de consultas en la semana de cada mes fue la siguiente: enero 300 (20%), abril 447 (30%), julio 309 (20 %), octubre 462 (30%).

Presentaron comorbilidades 400 (26%); 34% patologías respiratorias; 21% otros; 17% patologías psiquiátricas; 14% patologías endocrinas; 10% patologías neurológicas, y 4% situaciones de abuso (alcohol o sustancias).

En la tabla 1 se muestran las características de la población.

Analizando los motivos de consulta los más frecuentes fueron: lesiones e injurias 502 (33%), síntomas respiratorios 216 (14%), otros 205 (13,5%), síntomas digestivos 190 (12,5%), lesiones en piel 109 (7,0%).

Se realizaron consultas con especialista en 574 casos (38%): traumatólogo en 277 (18,2%); cirujano en 82 (5,4%); otorrinolaringólogo en 54 (3,6%); oftalmólogo en 46 (3%); psiquiatra en 44 (3%); cirujano plástico en 27 (1,8%); ginecólogo en 25 (1,6%); odontólogo en 13 (0,8%); en centro toxicológico 7 (0,5%), y otros, 7 (0,5%).

Exámenes de laboratorio fueron solicitados en 242 casos (16%), solicitud de imágenes en 457 (30%).

Los diagnósticos finales fueron: trauma 505 (33%), patología respiratoria 308 (20%), otros 206 (13%), patología digestiva 147 (10%), patología de piel 100 (6,6%),

patología psicosocial 70 (5,0%), patología urinaria 53 (3,5%), patología neurológica 47 (3,1%), patología quirúrgica 28 (2,0%), consultas sobre salud sexual y reproductiva 28 (2,0%), intoxicaciones 8 (0,5%), se retiran/sin datos 18 (1,1%).

La tabla 2 muestra los diagnósticos finales y destino en los sectores público y privado.

La tabla 3 muestra en el sector privado la comparación entre diagnósticos finales y destino, según adolescencia temprana y tardía.

Las tablas 4 y 5 muestran la relación entre edad y diagnósticos finales según estación del año.

Cuando se compara el diagnóstico final según el sexo, si bien el orden de frecuencia es el mismo en los primeros cinco diagnósticos, el número de consultas es estadísticamente significativo, destacándose la mayor consulta por trauma en varones mientras que en las mujeres aumenta en la patología digestiva (tabla 6).

Es de destacar que de las consultas con diagnóstico de patología psicosocial, el 63% de los pacientes presentaba como comorbilidad la presencia de patología psicosocial.

El destino final de los pacientes fue: domicilio: 1.364 (90%); hospitalización: 134 (8,8%); se retiran antes de la asistencia: 14 (0,9%); institucionalizados: 2 (0,1%); sin datos: 4 (0,2%).

No falleció ningún adolescente.

Discusión

Este trabajo constituye la primera descripción de motivos de consulta adolescente en servicios de emergencia en nuestro país.

Las consultas adolescentes correspondieron a 9%, cifra que coincide con la bibliografía analizada^(9,10), lo que refleja que esta población es relativamente “sana”, si bien se enfrentan a comportamientos de riesgo y estilos de vida no saludables que pueden determinar lesiones o enfermedades que requieran de la utilización de la urgencia.

El HP-CHPR es el centro de mayor complejidad asistencial para los niños de hasta 15 años de edad de la red de servicios de la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE) de todo el país, atendiendo a la población de mayor vulnerabilidad. Esto puede sesgar los motivos de consultas.

No es posible obtener datos concluyentes en relación con la frecuencia de consultas entre adolescencia temprana y tardía en ambos sectores de salud debido a que en el sector público se asiste solo hasta los 15 años. En las consultas del sector privado se incluyeron pacientes de hasta 19 años, lo que permitió comparar adolescencia temprana y tardía, la frecuencia de consultas es similar en las dos etapas.

Tabla 1. Consultas de adolescentes en servicios de emergencia. Características de la población. Año 2013.

Variable	Categorías	FA (n)	FR (%)
Población (n 1.518)	10-14 años	1.041	68,5%
	15-19 años	477	31,5%
Sexo	Masculino	766	50,5%
	Femenino	752	49,5%
Comorbilidades	No	1.118	74,0%
	Sí	400	26,0%
Motivo de consulta	Lesiones e injurias	502	33,0%
	Síntomas respiratorios	216	14,0%
	Síntomas digestivos	190	12,5%
	Lesiones de piel	109	7,0%
	Fiebre	94	6,0%
	Psicosociales	58	4,0%
	Síntomas neurológicos	58	4,0%
	Síntomas urinarios	45	3,0%
	Síntomas de la esfera sexual	29	2,0%
	Ingesta de fármacos	12	1,0%
Consulta con especialistas	Otros	205	13,5%
	No	926	61,0%
	Sí	574	38,0%
Exámenes de laboratorio	Se retiran/Sin dato	18	1,0%
	Sí	242	16,0%
	No	1.258	83,0%
Imágenes	Se retiran/Sin dato	18	1,0%
	Sí	457	30,0%
	No	1.043	69,0%
Diagnóstico final	Se retiran/Sin dato	18	1,0%
	Trauma	505	33,0%
	Patología respiratoria	308	20,0%
	Patología digestiva	147	10,0%
	Patología de piel	100	6,6%
	Patología psicosocial	70	5,0%
	Intoxicaciones	8	0,5%
	Otros	362	23,8%
Destino	Se retiran/Sin dato	18	1,1%
	Domicilio	1.364	90%
	Hospitalización	134	8,8%
	Institucionalizados	2	0,1%
	Se retira previo a la asistencia	14	0,9%
	Sin datos	4	0,2%

FA: frecuencia absoluta, FR: frecuencia relativa.

Tabla 2. Consultas de adolescentes en servicios de emergencia. Diagnóstico final y destino según sector de asistencia público y asistencia médica colectiva. Año 2013.

Variable	Categorías	10-14 años (n=1041)				p	
		Público n=526		Privado n=515			
		FA (n)	FR (%)	FA (n)	FR (%)		
Diagnóstico final	Trauma	203	38,6%	162	31,5%	<0,05	
	Patología respiratoria	91	17,3%	135	26,2%	<0,01	
	Patología digestiva	44	8,4%	55	10,7%	NS	
	Patología de piel	36	6,8%	28	5,4%	NS	
	Patología psicosocial	38	7,2%	9	1,7%	<0,01	
	Intoxicaciones	7	1,3%	1	0,2%	<0,05	
	Otros	100	19,0%	124	24,1%	NS	
	Se retiran	7	1,3%	1	0,2%	<0,05	
Destino	Domicilio	452	85,9%	473	91,8%	<0,01	
	Hospitalización	67	12,7%	41	8,0%	<0,01	
	Se retira previo a asistencia	7	1,3%	1	0,2%	<0,05	

NS: no significativo; <0,05 significativo; <0,01 muy significativo.

FA: frecuencia absoluta, FR: frecuencia relativa.

Tabla 3. Consultas de adolescentes en servicios de emergencia de los servicios de asistencia médica colectiva. Comparación del diagnóstico al egreso y destino final, según etapa de adolescencia. Año 2013.

Variable	Categorías	10-14 años n=515		15-19 años n=477		p
		FA (n)	FR (%)	FA (n)	FR (%)	
Diagnóstico final	Trauma	162	31,4%	140	29,3%	NS
	Patología respiratoria	135	26,2%	82	17,2%	<0,01
	Patología digestiva	55	10,7%	48	10,1%	NS
	Patología de piel	28	5,4%	36	7,5%	NS
	Patología psicosocial	9	1,7%	23	4,8%	NS
	Intoxicaciones	1	0,2%	0	0,0%	NS
	Otros	124	24,0%	138	28,9%	NS
	Se retiran	1	0,2%	6	1,3%	NS
Destino	Sin datos	0	0,0%	4	0,8%	NS
	Domicilio	473	91,8%	441	92,4%	NS
	Hospitalización	41	7,9%	26	5,5%	NS
	Institucionalizados	0	0,0%	2	0,4%	NS
	Se retira previo a la asistencia	1	0,2%	6	1,3%	NS
	Sin datos	0	0,0%	2	0,4%	NS

NS: no significativo; <0,05 significativo; <0,01 muy significativo; FA: frecuencia absoluta; FR: frecuencia relativa.

Tabla 4. Consultas de adolescentes en servicios de emergencia. Diagnóstico final según meses del año (enero/abril), comparación grupo etario. Año 2013.

Mes del año (n=1.518)	Diagnóstico final	10 a 14 años		15 a 19 años		P
		FA (n)	FR (%)	FA (n)	FR (%)	
Enero	Patología respiratoria	69	23,00	10	4,00	<0,05
	Trauma	64	21,00	22	7,00	NS
	Otros	47	15,67	16	3,00	NS
	Patologías digestivas	20	7,00	6	2,00	NS
	Patología de piel	21	6,50	9	3,00	NS
	Patología psicosocial	9	3,00	4	2,00	NS
	Intoxicaciones	1	0,25	0	0,00	NS
	Sin datos	1	0,25	1	0,25	NS
(n=300)	n total	232	77,00	68	23,00	
Abril	Trauma	115	26,00	54	12,00	NS
	Otros	78	17,50	41	9,00	<0,05
	Patología respiratoria	47	10,50	21	5,00	NS
	Patologías digestivas	24	4,50	19	4,00	NS
	Patología psicosocial	13	3,25	9	2,00	NS
	Patología de piel	13	3,00	8	2,00	NS
	Intoxicaciones	2	0,50	0	0,00	NS
	Sin dato	1	0,25	2	0,50	NS
(n=447)	n total	293	65,50	154	34,50	

NS: no significativo; <0,05 significativo; <0,01 muy significativo; FA: frecuencia absoluta, FR: frecuencia relativa.

Las consultas durante los cuatro meses correspondieron a 20%-30%, no encontrando diferencia significativa por estación. Esto evidencia una consulta constante de este grupo etario durante todo el año, llamando la atención en enero la patología respiratoria, que ocupa el primer lugar siendo las principales causas otitis y faringitis, mientras que el trauma predominó en los meses de abril y octubre.

En esta serie no hay predominancia en cuanto a sexo, a diferencia de otros estudios en donde predomina el sexo femenino^(11,12).

Se evidenció un alto porcentaje de adolescentes con comorbilidades, lo que va en relación con el aumento en el diagnóstico y prevalencia de las enfermedades crónicas en este grupo etario. Esto ha sido constatado por la ENSA y tiene un impacto claro en la calidad de vida de los adolescentes.

En la bibliografía revisada el presentar una enfermedad crónica, sobre todo de la esfera psiquiátrica y abuso de sustancias, es un factor de riesgo para suicidio e intento de autoeliminación (IAE)⁽²⁾. En el presente análisis las patologías respiratoria y psiquiátrica fueron las principales comorbilidades encontradas.

Se constató un escaso registro en relación con los diagnósticos nutricionales, lo que puede subestimar la prevalencia de malnutrición en esta población. El exceso de peso es el principal problema nutricional en esta etapa de la vida. Los datos obtenidos de la ENSA reflejan 26,6% de sobrepeso y 7% de obesidad. De ahí la importancia de contar con este dato, sabiendo que es la enfermedad crónica no transmisible más frecuente en la adolescencia, determinando impacto en la calidad de vida y múltiples consultas en los servicios de salud debido a depresión, IAE y patología cardiovascular.

Tabla 5. Consultas de adolescentes en servicios de emergencia. Diagnóstico final según meses del año (julio/octubre), comparación según grupo etario. Año 2013.

Mes del año (n=1.518)	Diagnóstico final	10 a 14 años		15 a 19 años		P
		FA (n)	FR (%)	FA (n)	FR (%)	
Julio	Patología respiratoria	55	18,00	28	9,00	NS
	Trauma	53	17,00	27	8,50	NS
	Otros	39	13,00	39	13,00	<0,05
	Patología psicosocial	14	4,50	4	1,00	NS
	Patologías digestivas	13	4,00	12	3,75	NS
	Patología de piel	10	3,00	9	2,75	NS
	Intoxicaciones	3	1,00	0	0,00	NS
	Sin datos	1	0,50	2	1,00	NS
n=(309)	n total	188	61,00	121	39,00	
Octubre	Trauma	133	29,00	38	8,00	<0,05
	Otros	64	14,00	46	10,00	<0,01
	Patología respiratoria	56	12,00	22	4,75	NS
	Patologías digestivas	42	9,00	11	2,00	NS
	Patología de piel	19	3,75	11	2,00	NS
	Patología psicosocial	11	2,00	6	1,25	NS
	Intoxicaciones	2	0,50	0	0,00	NS
	Sin datos	5	0,75	4	1,00	NS
(n=462)	n total	327	71,00	134	29,00	

NS: no significativo; <0,05 significativo; <0,01 muy significativo; FA: frecuencia absoluta; FR: frecuencia relativa

Los traumatismos ocupan el primer lugar tanto en los motivos de consulta como en el diagnóstico final en esta serie^(11,13,14), reflejando la importancia de enfatizar en la prevención de los mismos, para evitar la principal causa de muerte en nuestro país⁽¹⁵⁾.

Es importante destacar que existió una diferencia muy significativa cuando comparamos el sexo en relación con el diagnóstico final en trauma, predominando este en los varones. Mientras que la patología digestiva predomina en el sexo femenino, lo cual puede deberse a que las algias abdominales pueden corresponder a etiología funcional o genitourinaria. En cuanto a la patología psicosocial, no hubo diferencia significativa en relación con el sexo, lo cual refleja la importancia de pesquisar factores de riesgo en ambos sexos. Resaltamos que predominan los intentos de autoeliminación en el sexo

femenino, mientras que el suicidio consumado es mayor en varones según datos internacionales⁽⁵⁾.

Se constató un alto porcentaje de utilización de especialistas, predominando la interconsulta con traumatólogo, acorde al principal motivo de consulta y diagnóstico final. Al igual que la utilización de la imagenología.

En relación con la utilización de exámenes complementarios es importante destacar que el 46% de las consultas requirió valoración con exámenes de laboratorio o imagen, dato que es superior a lo descrito en la bibliografía analizada⁽¹¹⁾. Esto demuestra la necesidad de mejorar el contexto en el cual se realiza la historia clínica del adolescente como parte de la entrevista, creando un ambiente adecuado que permita pesquisar procesos que puedan pasar inadvertidos y eviten la necesidad de exámenes complementarios. También interesa resaltar la

Tabla 6. Consultas de adolescentes en servicios de emergencia. Diagnóstico final según sexo. Año 2013.

Diagnóstico final	Varones (n=766)		Mujeres (n=752)		P
	FA (n)	FR (%)	FA (n)	FR (%)	
Trauma	335	43,73	171	22,73	<0,01
Respiratorio	153	19,97	155	20,61	NS
Otros	131	11,225	231	15,02	<0,01
Digestivo	58	57,7	89	11,83	<0,01
Piel	50	6,52	50	6,64	NS
Psicosocial	31	4,04	39	5,48	NS
Sin datos	5	0,65	12	1,59	NS
Intoxicaciones	3	0,39	5	0,66	NS

NS: no significativo; <0,05 significativo; <0,01 muy significativo; FA: frecuencia absoluta; FR: frecuencia relativa.

complejidad del proceso diagnóstico en este rango etario.

Destacamos que al comparar los diagnósticos finales entre los sectores público y privado hay diferencia significativa en los diagnósticos de trauma, patología psicosocial e intoxicaciones, predominando en el sector público. Esto puede deberse a la mayor vulnerabilidad social de este sector.

Hay un porcentaje importante de enfermedades inespecíficas, datos que coinciden con la bibliografía analizada⁽¹¹⁾. Esto refleja la complejidad de esta etapa de la vida, con múltiples cambios físicos y psicológicos, manifestaciones psicosomáticas, que motivan consultas sin una causa orgánica clara.

Con respecto al destino final destacamos que si bien la principal causa de consulta fue traumática, la mayoría fueron traumas leves, dado que se derivaron a domicilio en la mayor parte de los casos y no hubo muertes. Como defecto del análisis dentro de las hospitalizaciones, no se discriminaron los ingresos a cuidados intensivos. Respecto a la admisión hospitalaria, según la bibliografía analizada, los adolescentes tienen un porcentaje mayor de admisión que otros grupos etarios⁽¹¹⁾, siendo muy significativa la diferencia de admisión hospitalaria entre los sectores, predominando las admisiones en el sector público en nuestra serie.

Una de las limitantes del trabajo fue el deficiente registro en las historias clínicas, en especial en la adolescencia tardía. Destacamos que en nuestro país los adolescentes tardíos son atendidos en servicios de emergencia de adultos, habitualmente por personal no capacitado en adolescentes.

Otra limitante importante fue no analizar de qué manera llegaban los adolescentes a la emergencia, debido a que el trabajo fue retrospectivo y este dato no es obligatorio en los registros. Es un dato importante a analizar a futuro, si concurren solos o acompañados, o son traídos por servicios de emergencia o agentes policiales.

Es importante constatar en los registros si se respetan los derechos de los adolescentes, pidiendo consentimiento para extracción de estudios y maniobras.

Conclusiones

Si bien la consulta de adolescentes es de baja prevalencia, la misma genera un impacto en los servicios de urgencia por la elevada utilización de recursos, con un porcentaje importante de síntomas inespecíficos. Creemos que el adolescente requiere que los servicios de urgencia estén preparados para su asistencia, favoreciendo un abordaje integral con espacios y personal capacitado.

Summary

The WHO defines an adolescent as any person between ages 10 and 19 (early adolescence being between 10 and 14 years old, late adolescence being between 15 and 19 years). The prevalence of diseases in adolescents is low, although they use the emergency services and thus require a comprehensive and multidisciplinary approach. No data has been published on the reasons for the consultation of adolescents in Uruguay.

Objective: the aim of this study was to determine the frequency and characteristics of adolescent consulta-

tions at the emergency services in the public and private subsector of the national integrated health system.

Method: multicenter, retrospective study of adolescents between ages 10 and 14 years old who consulted at the Pereira Rossell Hospital HP-CHPR (public sector) and between 10 and 19 years old in AE, CAMOC, CG (private sector). The study included consultations from 7th to 13th January, April, July and October 2013, and the following data were recorded: age, sex, chief complaint, comorbidities, specialist consultations, laboratory tests, diagnosis and destination upon discharge. Statistical analysis was performed, being $p < 0.05$ statistically important.

Results: n = 1518, representing 9% of all consultations. Age: mean 13 years 1 month, male: 50.5%; comorbidities: 26%. Public sector 35%; private sector: 65%. Distribution of consultations per month: January 20%, April 30%, May 20%, October 30%. The most frequent reasons for consultation were lesions and injuries 33%, respiratory symptoms 14%, other 13%, 12.5% gastrointestinal symptoms, skin lesions 7%. Psycho-social problems represented 7.2% in the public sector and 3.2% in the private sector. Consultation with a specialist 38%; laboratory: 16%; imaging techniques 30%. Main diagnoses upon discharge: 33% trauma, 20% respiratory disease, 13% other, 10% gastrointestinal pathology, 6.6% pathology of skin 6.6%. Final destination: 90% home, 13% hospital in the public sector, 8% hospital in the private sector, 0.9% leave the emergency service before assistance, 0.1% institutionalized.

Conclusions: while adolescent consultation has a low prevalence, it has a significant impact on emergency services due to its use of resources. Differences are observed between the public and private sector.

Resumo

A OMS define adolescência como a etapa compreendida entre os 10 e 19 anos (precoce: 10 e 14 anos; tardia: 15 a 19 anos). Embora a prevalência de doenças na adolescência seja baixa os adolescentes utilizam serviços de emergência, o que requer uma abordagem integral e multidisciplinar. Não existem dados publicados sobre os motivos de consultas dos adolescentes no Uruguai.

Objetivo: o objetivo deste estudo é conhecer a frequência e as características da consulta de adolescentes nos serviços de emergência do subsetor público e privado do sistema nacional integrado de saúde.

Metodología: estudo multicêntrico, retrospectivo de adolescentes entre 10-14 anos que consultaram no HP-CHPR (Hospital Pediátrico Centro Hospitalario Pereira Rossell da Administración de Salud del Estado (ASSE): subsetor público) e entre 10-19 anos na AE (Asociación Española Primera de Socorros Mutuos),

CAMOC (Centro de Asistencia Médica del Oeste de Colonia), CG (Casa de Galicia) (Instituições de Assistência Médica Coletiva: IAMC). Foram incluídas as consultas dos dias 7 a 13 dos meses janeiro, abril, julho e outubro de 2013. Foram registrados: idade, sexo, motivo de consulta, comorbidades, consultas com especialistas, exames de laboratório, diagnóstico e destino na alta. Foi realizada uma análise estatística considerando estatisticamente significativo $p < 0.05$.

Resultados: n=1518, 9% do total de consultas. Idade: média 13 anos e 1 mês, 50,5% eram do sexo masculino e 26% apresentavam comorbidades. 35% foram atendidos no subsetor público e 65% no subsetor privado (IAMC). A distribuição mensal de consultas foi: janeiro 20%, abril 30%, julho 20%, outubro 30%. Os motivos de consulta mais frequentes foram lesões 33%, sintomas respiratórios 14%, outros 13%, sintomas digestivos 12,5%, lesões na pele 7%. Os problemas psicossociais correspondiam a 7,2% no setor público, e a 3,2% no privado. Consulta com especialista 38%. Laboratório: 16%. Imagens 30%. Diagnósticos principais na alta: trauma 33%, patologia respiratória 20%, outros 13%, patologia digestiva 10%, patologia de pele 6,6%. Destino final: domicílio 90%, hospitalização: 13% no subsetor público e 8% nas IAMC. 0,9% se retira antes da assistência, 0,1% se institucionaliza.

Conclusões: embora a consulta de adolescentes tenha baixa prevalência, esta gera um impacto nos serviços de urgência pela elevada utilização de recursos. Foram observadas diferenças entre o setor público e privado.

Bibliografía

1. Cromer B, Bockting W, Remafedi G, Burstein GR, Stager MM, Elfenbein DS, et al. Medicina de la adolescencia, parte XIII. En: Kliegman RM, Stanton BF, Schor NF, St Geme II JW, Behrman RE, eds. Nelson tratado de pediatría: volumen 1. 19 ed. Ámsterdam: Elsevier; 2013:680-749.
2. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción regional sobre los adolescentes y jóvenes 2010-2018. Washington, DC: OPS, 2010.
3. Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Programa Nacional de Salud Adolescente. Guías para el abordaje integral de la salud de adolescentes en el primer nivel de atención. Montevideo: MSP, 2009. Disponible en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Guia_abordaje_salud_adolescente_08_10%5B1%5D.pdf. [Consulta: 30 agosto 2014].
4. Hidalgo Vicario MI, Redondo Romero AM, Castellano Barca G. Medicina de la adolescencia: atención integral. Madrid: Ergon, 2012.
5. Vázquez M, García L, Giachetto G, Martínez A, Viola L. Intentos de autoeliminación en niños y adolescentes. Opción Médica 2012; 22(6):12-5.

6. **Organización Mundial de la Salud.** Salud de los adolescentes. Ginebra: OMS, 2014. Disponible en: http://www.who.int/topics/adolescent_health/es/ [consulta: 30 agosto 2014].
7. **Garcia L, De Olivera N, Grunbaum S, Giachetto G.** Desafíos en la atención integral de los adolescentes. *Opción Médica* 2013; 28(8):30-3.
8. **Melzer-Lange M, Lye PS.** Adolescent health care in a pediatric emergency department. *Ann Emerg Med* 1996; 27(5):633-7.
9. **Bianco M, Correa C.** Adolescentes: motivos de consulta. Salta: Universidad Nacional de Salta, 2003. Disponible en: <http://html.rincondelvago.com/motivos-de-consulta-de-adolescentes.html>. [Consulta: 10 setiembre 2014].
10. **Míguez H, Fernández AR, Gordillo ME, Casella E, Quinteros R, Mansilla JC.** Consulta de emergencia en niños y adolescentes por abuso de sustancias psicoactivas. *Rev. Salud Pública (Córdoba)* 2012; 16(1):8-17.
11. **Ruiz España A, García García JJ, Luaces Cubells C, Garrido Romero R, Pou Fernández J.** Enfermedades del adolescente en el servicio de urgencias. *An Pediatr* 2001; 54(3):238-42.
12. **Peñas Pascual N, Sainz Camuñas MP, Puche López N.** Urgencias hospitalarias en los adolescentes. *Emergencias* 1990; 2(3):121-7.
13. **Ziv A, Boulet JR, Slap GB.** Emergency department utilization by adolescents in the United States. *Pediatrics* 1998; 101(6):987-94.
14. **Moiset Homs F, Bonamussa Ventura A, Plaja Román P.** Urgencias pediátricas en un hospital comarcal. *Emergencias* 1994; 6(4):167-71.
15. **Uruguay. Ministerio de Salud Pública. Epidemiología. Vigilancia en salud.** Tasa de mortalidad de adolescentes y jóvenes. Montevideo: MSP, 2011. Disponible en: www.msp.gub.uy. [Consulta: 5 setiembre 2014].