

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ
FACULTAD DE MEDICINA
TRABAJO FIN DE GRADO EN MEDICINA



EL ADOLESCENTE DE 15 A 17 AÑOS ATENDIDO EN URGENCIAS:
¿CÓMO UN NIÑO O CÓMO UN ADULTO?

AUTOR: SÁNCHEZ VIVES, MARÍA

Nº expediente: 1367

TUTOR: González de Dios, Javier

COTUTOR: Frontela Losa, Jorge

Departamento y Área: Pediatría

Curso académico 2018 - 2019

Convocatoria de Junio 2019

ÍNDICE

RESUMEN	1
ABSTRACT	2
INTRODUCCIÓN	3
Justificación del interés científico del tema elegido	4
OBJETIVOS	5
MATERIAL Y MÉTODOS	6
Diseño del estudio.....	6
Población a estudio	6
Procedimiento	6
Análisis estadístico	9
Aspectos éticos.....	9
RESULTADOS	10
DISCUSIÓN.....	15
Diagnósticos al alta.....	15
Pruebas complementarias.....	17
Intervenciones terapéuticas y destino al alta	18
Limitaciones del estudio.....	18
CONCLUSIONES	19
Implicaciones para la profesión	19
Implicaciones para la gestión	19
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	20

RESUMEN

Introducción. En España existe controversia sobre la edad hasta la que deberían ocuparse los Servicios de Pediatría de la atención al adolescente. Se trata de una etapa con amplias particularidades personales, educativas, sociales y también sanitarias diferentes a las de la infancia y la edad adulta. Con este estudio se pretende valorar el impacto de la asistencia sanitaria de Urgencias de Pediatría si la atención a los niños se prolongara hasta los 18 años cumplidos, en términos de sobrecarga asistencial y consumo de recursos.

Material y métodos. Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo que incluyó a todos aquellos adolescentes de ambos sexos con edad de 15, 16 y 17 años que consultaron en los distintos servicios de Urgencias del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA) durante el año 2017. De los 3369 pacientes que acudieron, se seleccionaron 709 mediante un muestreo sistemático. Se creó una base de datos donde se recogieron una serie de variables para su posterior análisis, mediante la revisión de las historias clínicas realizadas en Urgencias.

Resultados. La distribución por sexos fue 53% mujeres y 47% varones. Los diagnósticos al alta más frecuentes fueron: problemas músculo esqueléticos (33%), fracturas-luxaciones (6,2%) e infecciones respiratorias (6,1%) de predominio todas ellas en el sexo masculino. El 65% de los adolescentes precisó pruebas complementarias. En cuanto al destino al alta de los pacientes, el grupo mayoritario fue el de domicilio (85% de los casos) y el 5,2% fueron hospitalizados.

Conclusiones. Prolongar la atención pediátrica hasta los 18 años supondría casi un 10% más de carga, tanto asistencial como de pruebas complementarias, en el Servicio de Urgencias de Pediatría. Esto manifiesta un exceso de trabajo en un sistema que no está diseñado para asumirlo.

Palabras clave: Adolescencia. Urgencias. Motivos de consulta. Salud del adolescente.

ABSTRACT

Introduction. In Spain there is a debate over the age up to which the adolescent paediatric practices should take on. It is a period with a wide range of personal, educational, social and health peculiarities which differ from child and adulthood. This study aims to assess the impact on health assistance of paediatric emergency care in terms of overloaded health services and the use of resources if children were treated up to the age of 18 years.

Methods. We carried out an observational, retrospective and descriptive study which included all adolescents of both genders between the ages of 15 and 17 who sought emergency care from the Hospital General Universitario de Alicante (HGUA) during the year 2017. Of the 3369 patients that attended A&E, 709 were selected through systematic sampling. A series of variables were collected on a database for later analysis by revising the clinical histories written in A&E.

Results. The gender distribution was 53% female and 47% male. The most frequent diagnosis at discharge were musculoskeletal disorders (33%), fractures-dislocations (6.2%) and respiratory infections (6.1%) which predominated in males. 65% of adolescents required complementary tests. Regarding discharge destination, the majority went to their place of residence (85%) and 5.2% were hospitalised.

Conclusions. The lengthening of paediatric assistance up to 18 years would entail nearly a 10% increase in the assistance and complementary testing overload in paediatric emergency care. This will manifest itself as the work overload of a system that isn't designed to support it.

Keywords: Adolescence. Emergency. Reasons for visit. Adolescent Health

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como una etapa de transición entre la niñez y la edad adulta, con límites sin acuerdo unánime: suele empezar a los 10 años, pero el intervalo superior se marca en algunos países hasta los 18 años (como España) o hasta los 21 (como Estados Unidos). Se trata de una etapa de crecimiento y desarrollo humano en la que se estructura la personalidad del individuo y se produce una búsqueda de la identidad. Normalmente, la adolescencia se organiza en tres etapas: temprana (se caracteriza por cambios puberales y abarca de los 10 a los 14 años), media (entre los 15 y 17 años, adquieren importancia los cambios sociales y psicológicos) y adolescencia tardía (Incluye desde los 18 a los 21 años y se caracteriza por el impulso de las relaciones individuales y la toma de responsabilidades)¹.

Durante este periodo de transición, la población adolescente tendrá que enfrentarse en un tiempo muy breve a una gran cantidad de cambios físicos, emocionales y sociales, que serán determinantes en esta etapa de sus vidas. Esto hace que muchas veces no sean conscientes de las consecuencias que conllevan sus actos y que se sientan incomprendidos, rechazando cualquier ayuda de una persona adulta, que incluye a la familia, a los profesionales docentes y a los sanitarios.

En cuanto a la atención sanitaria, en 2014 la OMS publicó un informe sobre el estado de la salud de los adolescentes en el mundo con el objetivo de proponer observaciones con implicaciones en los programas y políticas de salud. Pone de manifiesto que los adolescentes tienen características propias, diferentes a las de la infancia y a las de la vida adulta, que han de tenerse en cuenta en las estrategias de promoción, prevención, tratamiento y atención a la salud. Además, se debe considerar la heterogeneidad de los adolescentes, según el sexo, grupo de edad y características psicosociales de cada uno. Asimismo, también recalca la necesidad de conocimientos y habilidades por parte del profesional sanitario para diagnosticar y responder a los problemas de salud relacionados con los cambios de desarrollo que se están produciendo².

El problema actual en España es que hay pocas unidades que traten de esta manera las patologías en la adolescencia y, además, hay desigualdades en la elección de la edad a partir de la cual se deja de tratar a un individuo como niño y pasa a ser tratado como adulto tanto en patologías agudas como en crónicas, donde la decisión es todavía más complicada de tomar debido al riesgo de incumplimiento terapéutico y/o descompensación de la enfermedad.

En el II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia (PENIA) 2013-2016, se aprobó que la atención de la hospitalización en las unidades de pediatría se prolongara hasta los 18 años. Sin embargo, el informe no incluyó un plan sistemático a seguir por todos los profesionales de España ni programas de formación específica.³

Justificación del interés científico del tema elegido

En España existe discusión sobre la edad hasta la que deberían ocuparse los Servicios de Pediatría de la atención al adolescente, una población con amplias particularidades personales, educativas, sociales y también sanitarias, radicando aquí la dificultad de su abordaje. Hoy día no existe un plan estratégico común de atención al adolescente, si bien se intenta mejorar esta situación ante planes y organismos, como la Sociedad Española de Medicina del Adolescente (SEMA), una de las sociedades de especialidades pediátricas de la Asociación Española de Pediatría.

En la Comunidad Valenciana, y concretamente, en el Servicio de Pediatría del Hospital General Universitario de Alicante (HGUA), se atienden pacientes hasta que cumplen los 15 años. A partir de ese momento ya son atendidos por el servicio de Medicina de Familia y por el resto de especialistas, al igual que los adultos.

En el HGUA, uno de los principales hospitales de referencia de nuestra Comunidad Autónoma, la atención urgente a los adolescentes de 15, 16 y 17 años se realiza en los servicios de Urgencias Generales. Por este motivo, se propone un estudio para valorar el impacto sobre la asistencia sanitaria en Urgencias de Pediatría del HGUA si la atención a los niños se prolongara hasta los 18 años cumplidos, en términos de sobrecarga asistencial y consumo de recursos.

OBJETIVOS

General:

- Describir los motivos de consulta habituales de la población adolescente de 15 16 y 17 años en el HGUA.

Específicos:

- Analizar las diferencias existentes en los diagnósticos al alta según el sexo y grupo etario.
- Conocer la carga asistencial y de pruebas complementarias que precisa la población descrita.
- Obtener datos de gestión precisos para una buena organización de la atención de esta población en el Servicio de Pediatría.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo donde se incluyó a todos aquellos adolescentes de ambos sexos con edades comprendidas entre 15 y 17 años (ambos inclusive) que consultaron en los distintos servicios de Urgencias del HGUA durante el año 2017.

Población a estudio

Durante el año 2017 se atendieron en Urgencias Generales a 3045 sujetos de 15, 16 y 17 años. Además, fueron 315 las adolescentes que consultaron en este año el servicio de Urgencias Toco-Ginecológicas, y 9 los que acudieron a Urgencias Pediátricas.

Para realizar el estudio se llevó a cabo un muestreo sistemático mediante el cual se incluyó a las personas que consultaron la primera semana de cada mes, evitando así el sesgo estacional de recogida. De esta manera, se seleccionaron 709 adolescentes, de los cuales, 630 fueron atendidos en Urgencias Generales, 78 en Urgencias de Ginecología y Obstetricia y 1 en Urgencias Pediátricas.

Procedimiento

La recogida de información se realizó de manera retrospectiva mediante la revisión de las historias clínicas de los adolescentes de 15, 16 y 17 años que consultaron en los servicios de urgencias del HGUA. Los datos se agruparon y fueron procesados en una base de datos creada mediante el programa Excel.

En todos los pacientes se recogieron una serie de variables para su posterior análisis: edad, sexo, fecha y hora de consulta, derivación médica, exploraciones complementarias realizadas, requerimiento de tratamiento en urgencias, diagnóstico final y destino al alta del paciente.

En cuanto a la variable de diagnóstico final se realizó una agrupación en 20 categorías:

- Dermatológicos: se incluyó en este grupo las consultas por lesiones cutáneas tipo eccema, eritema, prurito, picaduras, infecciones herpéticas y candidiásicas, así como rash fotosensible o medicamentoso.
- Dolor abdominal: en esta categoría se incluyeron los diagnósticos de dolor abdominal inespecífico o los no asociados a patología quirúrgica o médica relevante.
- Patología digestiva: abarca infecciones gastrointestinales, patología gastroduodenal, dispepsia, enfermedades crónicas del aparato digestivo y patología biliar.
- Dolor torácico: engloba los de causa inespecífica, muscular o no asociados a patología médico-quirúrgica relevante.
- Infecciones respiratorias: comprende la patología infecciosa ORL, incluyendo los diagnósticos de faringoamigdalitis, síndromes gripales, viriasis inespecíficas, otitis y neumonías.
- Patología respiratoria no infecciosa: incluye patologías agudas como neumotórax, disnea, asfixia y atragantamientos y patologías crónicas como asma.
- Problemas músculoesqueléticos: comprende una amplia variedad de causas como contusiones, heridas, esguinces, artritis traumáticas, dolor inespecífico tras traumatismo conocido, lumbalgia, cervicalgia y dorsalgia mecánicas. No se incluyó en este grupo las fracturas y luxaciones, que fueron clasificadas en una categoría aparte.
- Fracturas-luxaciones
- Neurológicos: abarca los diagnósticos de la esfera neurológica como cefalea inespecífica, migraña, epilepsia, vértigo y episodios de parálisis.
- Síncope y mareo: síncope vasovagal, mareo inespecífico y síntomas presincoales.
- Ginecológicos: se engloba en esta categoría a la patología mamaria y las consultas por dismenorrea, amenorrea, spotting, metrorragia, dolor inespecífico, enfermedad pélvica inflamatoria, quistes ovulatorios y abscesos vulvares que no precisaron cirugía. No se

incluyó en este grupo las consultas relacionadas con el control de la gestación, formando ellas su propia categoría.

- Gestación: Incluye consultas relacionadas con la gestación en el primer, segundo y tercer trimestre y abortos.
- Infección urinaria: se incluyó en esta categoría las infecciones del tracto urinario inferior y superior.
- Oftalmológicos: patología ocular de tipo infeccioso, cuerpos extraños y afectación ocular tras traumatismos.
- Otorrinolaringológicas: patología ORL de traumatismos nasales, cuerpos extraños, fístulas infectadas y molestias inespecíficas.
- Problemas dentales: incluye consultas por dolor, infecciones o traumatismos.
- Intoxicaciones y quemaduras: se definió esta categoría como la exposición a sustancias posiblemente tóxicas y sus posibles efectos, y se incluyó también a las quemaduras térmicas, eléctricas y químicas.
- Psicosociales: esta categoría engloba al conjunto de patologías psiquiátricas (trastornos ansioso-depresivos, trastornos de personalidad e intento de autolisis) más situaciones sociales como maltrato, agresiones, violencia de género o domésticas.
- Quirúrgicos: consultas que requirieron intervención quirúrgica como apendicitis, abscesos y episodios de torsión testicular.
- Otras consultas: en esta categoría se incluyeron las patologías hematológicas, endocrinológicas, urológicas (excluyendo infecciones del tracto urinario), alergias y las no clasificables.

También se incluyó en el estudio a los adolescentes que acudieron al servicio de urgencias, pero se fueron antes de ser atendidos por los profesionales sanitarios o cuando estaban a la espera de los resultados de las pruebas complementarias realizadas, denominando a esta categoría como “fugados”.

De forma similar, las pruebas complementarias solicitadas en urgencias fueron agrupadas en 3 categorías:

- Pruebas de laboratorio: analíticas de sangre y orina, tiras reactivas y sedimento urinario, cultivos, medición de cuerpos cetónicos, test rápido del estreptococo, gasometrías, etc.
- Pruebas de imagen: se incluye en esta categoría, por orden de frecuencia, radiografías, ecografías, TAC y RMN.
- Otras pruebas: en este grupo se incluyeron electrocardiogramas, test de gestación, test rápido de estreptococo, así como las consultas realizadas a diferentes especialidades para que realicen las técnicas y procedimientos necesarios.

Análisis estadístico

El análisis estadístico de las variables cualitativas para tablas de contingencia 2x2 se efectuó con la prueba χ^2 . Para casos en los que la muestra era demasiado pequeña ($n < 5$) se utilizó el test exacto de Fisher (el valor obtenido mediante este test ha sido representado en las tablas utilizadas entre paréntesis). Se consideró estadísticamente significativo los valores de $p < 0,05$.

Las variables cuantitativas discretas fueron descritas con frecuencias absolutas y relativas.

Aspectos éticos

El proyecto fue aprobado por el Comité de Investigación y el Comité de Ética del Hospital General Universitario de Alicante.

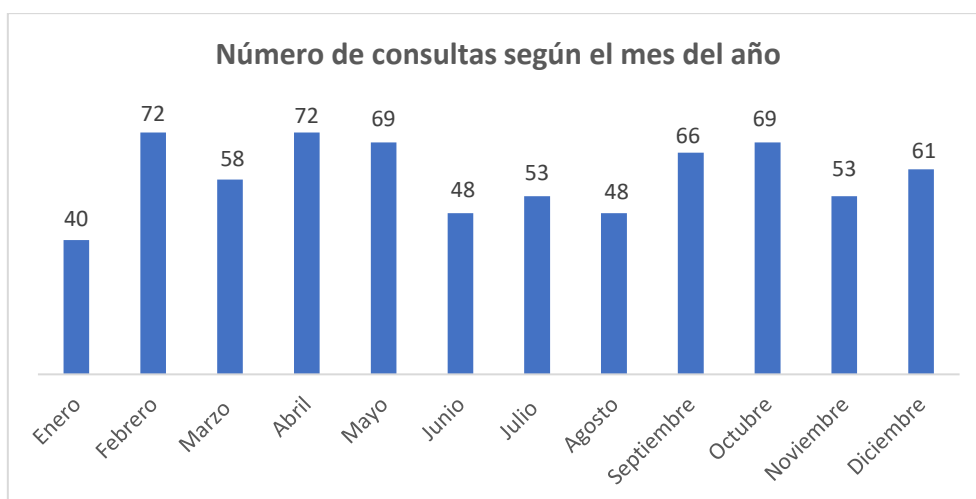
RESULTADOS

En el periodo analizado, y tras realizar el muestreo sistemático, se registraron datos de 709 consultas en los servicios de urgencias del HGUA, con esta distribución ya referida: 630 en Urgencias Generales, 78 en Urgencias Toco-ginecológicas y 1 en Urgencias Pediátricas.

Del total de las consultas, 377(53%) fueron mujeres y 332(47%) varones. Agrupándolos según su edad los resultados fueron: 212(30%) pacientes de 15 años, 289(41%) de 16 y 208(29%) de 17 años.

La distribución de consultas según los meses, reflejada en la figura 1, fue la siguiente: 40(5,6%) enero, 72(10%) febrero, 58(8%) marzo, 72(10%) abril, 69(9,7%) mayo, 48(7%) junio, 53(7,5%) julio, 48(7%) agosto, 66(9,3%) septiembre, 69(9,8%) octubre, 53(7,5%) noviembre y 61(8,6%) diciembre.

Figura 1:

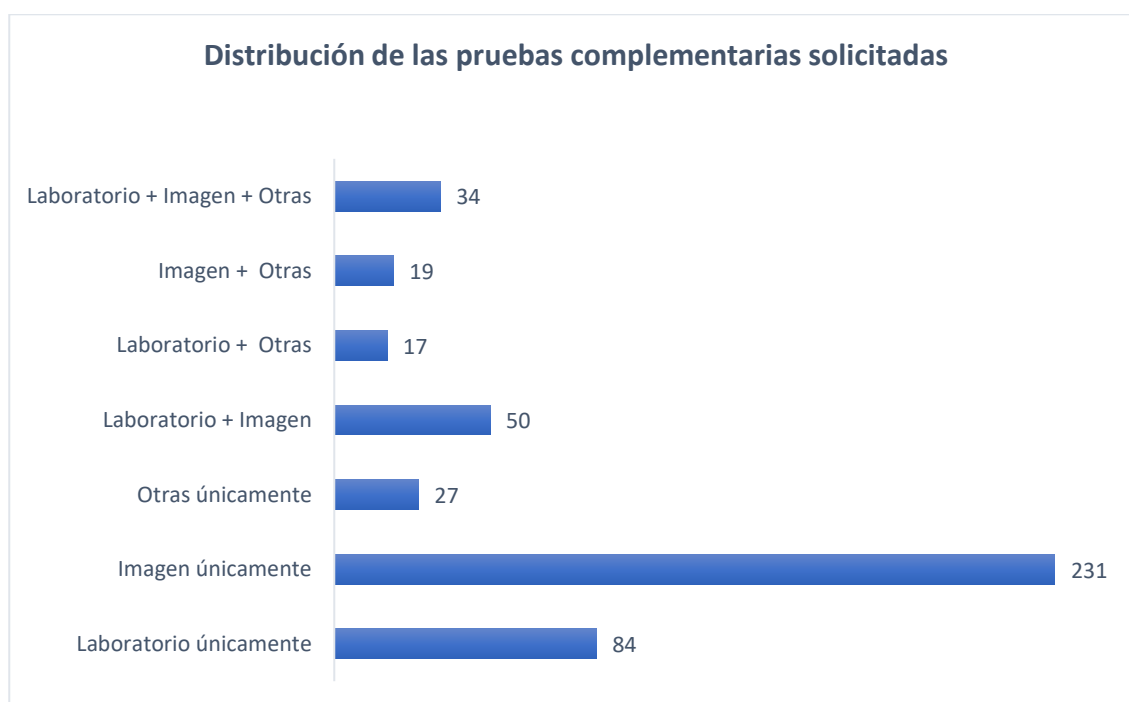


En cuanto a la hora de visita se hizo una agrupación en tres horarios: 262 (37%) adolescentes consultaron entre las 8:00 y las 15:59, 376 (53%) consultaron entre las 16:00 y las 23:59 y fueron 71 (10%) personas las que acudieron entre las 00:00 y las 7:59.

Respecto al criterio de derivación médica se obtuvo que 68(9,6%) personas acudieron a urgencias derivadas por su médico de atención primaria y 633(89,3%) consultaron por cuenta propia. Hubo 8(1%) pacientes en los cuales no se pudo recoger este dato.

Precisaron pruebas complementarias 462(65%) adolescentes. Se solicitaron en total 616 pruebas: 334 (54% del total de pruebas) pruebas de imagen, 185(30%) de laboratorio y 97(16%) de las agrupadas en la categoría otras. La distribución de pruebas complementarias queda reflejada en la figura 2.

Figura 2:



En cuanto al destino al alta de los pacientes el grupo mayoritario fue el de domicilio con 603(85%) casos, fueron 37(5,2%) los pacientes que precisaron ingreso, 26(3,7%) los que quedaron en observación y 2(0,3%) los que fueron trasladados a la Unidad de Cuidados Intensivos. Hubo 1 caso de traslado a otro hospital y dos pacientes que solicitaron el alta voluntaria. En 38(5,4%) pacientes no se pudo recoger esta información.

Otro dato recopilado fue el requerimiento o no de tratamiento en urgencias, ya fuera de tipo farmacológico, colación de vendaje, férula o escayola, soporte ventilatorio, entre otros. Fueron 271(38,2%) los pacientes a los que se le administró o realizó alguna medida terapéutica y 438(61,8%) los que no lo requirieron. Los fugados fueron agrupados en el grupo de los que no precisaron tratamiento.

Los diagnósticos al alta fueron: problemas músculo esqueléticos 234 (33%), fracturas-luxaciones 44(6,2%), infecciones respiratorias 43(6,1%), dolor abdominal 39(5,5%), dermatológicos 32(4,5%), otras consultas 29(4,1%), patología digestiva 28(3,9%), neurológicos 25(3,5%), gestaciones 24(3,4%), infecciones urinarias 23(3,2%), problemas ginecológicos 21(3%), oftalmológicos 20(2,8%), síncope/mareo 19(2,7%), ORL 18(2,5%), patología respiratoria no infecciosa 17(2,4%), psicosociales 17(2,4%), quirúrgicos 12(1,7%), intoxicaciones y quemaduras 11(1,6%), dolor torácico no isquémico 9(1,3%) y problemas dentales 6(0,8%).

Fueron 38 (5,4%) los fugados que no pudieron agruparse en ninguna categoría.

La Tabla 1 recoge las diferencias existentes en los diagnósticos al alta según el sexo. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los siguientes diagnósticos: problemas músculo esqueléticos, fracturas-luxaciones, infecciones respiratorias con predominio del sexo masculino y en los diagnósticos de dolor abdominal, infecciones urinarias y consultas ginecológicas y gestaciones con predominio femenino.

Tabla 1: Comparación de los diagnósticos al alta según el sexo.

<i>Diagnóstico al alta</i>	<i>Mujeres = 377</i>		<i>Varones = 332</i>		<i>P valor χ^2 o test exacto Fisher (x)</i>
	FA (n)	FR (%)	FA (n)	FR (%)	
<i>Dermatológicos</i>	17	4,5%	15	4,5%	0,99
<i>Dolor Abdominal</i>	28	7,4%	11	3,3%	0,016
<i>Dolor torácico</i>	2	0,5%	7	2%	(0,09)
<i>Fracturas-luxaciones</i>	7	2%	37	11%	0,001
<i>Fugado</i>	26	7%	12	3,6%	0,052
<i>gestación</i>	24	6,4%	0	0%	(0,0001)
<i>Ginecológicos</i>	21	5,6%	0	0%	(0,0001)
<i>Intoxicaciones y quemaduras</i>	4	1%	7	2%	(0,36)
<i>Infecciones respiratorias</i>	16	4,2%	27	8,1%	0,03
<i>Neurológicos</i>	16	4,2%	9	2,8%	0,26
<i>Oftalmológicos</i>	14	3,7%	6	2%	0,12
<i>ORL</i>	7	2%	11	3,3%	0,21
<i>Otras consultas</i>	12	3,2%	17	5%	0,19
<i>Patología digestiva</i>	18	5%	10	3%	0,22
<i>Patología respiratoria no infecciosa</i>	6	1,6%	11	3,3%	0,13
<i>Problemas dentales</i>	5	1,3%	1	0,3%	(0,22)
<i>Problemas músculo esqueléticos</i>	101	27%	131	39,5%	0,0003
<i>Psicosociales</i>	12	3,2%	5	1,5%	0,14
<i>Quirúrgicos</i>	6	1,6%	6	2%	0,82
<i>Síncope/mareo</i>	10	2,6%	9	2,8%	0,96
<i>Infecciones urinarias</i>	23	6%	0	0%	(0,0001)

También se analizaron las diferencias existentes en los diagnósticos al alta según el grupo etario:

15, 16 o 17 años. Los resultados obtenidos figuran en la tabla 2.

En la comparación del grupo de 15 años con el de 16 años hubo diferencias estadísticamente significativas en los diagnósticos al alta de gestaciones, ORL y psicosociales. Entre los grupos de 15 y 17 años sólo se encontraron en las patologías ginecológicas y las ORL. Y finalmente, al comparar a los pacientes de 16 y 17 años de edad, se observaron diferencias en las consultas por gestación, en las ginecológicas y en las patologías respiratorias no infecciosas.

Tabla 2: Comparación de los diagnósticos al alta según el grupo etario.

Diagnóstico al alta	15 años = 212		16 años = 289		17 años = 208		P valor χ^2 o test exacto Fisher (x)
	FA (n)	FR (%)	FA (n)	FR (%)	FA (n)	FR (%)	
Dermatológicos	9	4,2%	12	4,2%	11	5,3%	NE
Dolor Abdominal	16	7,5%	16	5,5%	7	3,4%	NE
Dolor torácico	5	2,4%	3	1%	1	0,5%	NE
Fracturas-luxaciones	14	6,6%	16	5,5%	14	6,7%	NE
Fugado	9	4,2%	20	7%	9	4,3%	NE
gestación	5	2,4%	19	6,6%	0	0%	0,03* (0,0001)#
Ginecológicos	9	4,2%	11	4%	1	0,5%	(0,02)& (0,017)#
Intoxicaciones y quemaduras	3	1,4%	4	1,4%	4	2%	NE
Infecciones respiratorias	12	5,7%	18	6,2%	13	6,3%	NE
Neurológicos	6	2,8%	7	2,4%	12	5,8%	NE
Oftalmológicos	5	2,4%	9	3%	6	2,9%	NE
ORL	11	5,2%	5	1,7%	2	1%	0,03* (0,02)&
Otras consultas	5	2,4%	12	4,2%	12	5,8%	NE
Patología digestiva	7	3,3%	11	4%	10	4,8%	NE
Patología respiratoria no infecciosa	4	1,9%	4	1,4%	9	4,3%	(0,049)#
Problemas dentales	4	1,9%	1	0,3%	1	0,5%	NE
Problemas músculo esqueléticos	64	30,2%	96	33,2%	74	35,6%	NE
Psicosociales	9	4,2%	3	1%	5	2,4%	(0,03)*
Quirúrgicos	2	1%	7	2,4%	3	1,4%	NE
Síncope/mareo	4	1,9%	6	2%	9	4,3%	NE
Infecciones urinarias	9	4,2%	9	3%	5	2,4%	NE

* valor de $p \chi^2$ al comparar grupo 15 años con 16 años
 & valor de $p \chi^2$ al comparar grupo 15 años con 17 años
 # valor de $p \chi^2$ al comparar grupo 16 años con 17 años
 NE: Resultado no estadísticamente significativo

DISCUSIÓN

En nuestro Departamento de Salud Alicante-Hospital General la población de 0-14 años supone entre el 15-16% del total de población de referencia (que está en alrededor de 280.000 personas). Y la población de 15, 16 y 17 años supondría un 3-4% más. Es decir, si la atención pediátrica asumiera este tramo de edad de la adolescencia se incrementaría la población de referencia pediátrica en un 25% respecto a la actual.

A lo largo del año 2017 fueron 3.369 los adolescentes de 15, 16 y 17 años de edad que consultaron los Servicios de Urgencias del HGUA. Durante este mismo año se atendieron en Urgencias Pediátricas a 36.180 niños. Estos datos reflejan que la prolongación de la atención pediátrica hasta los 18 años supondría casi un 10% más de carga asistencial en Urgencias de Pediatría.

Diagnósticos al alta

Desde el punto de vista físico, la adolescencia constituye la época más sana de la vida⁴. Sin embargo, también es la etapa en la que hay mayor exposición a conductas de riesgo que pueden implicar importantes problemas de salud. Por este motivo, son numerosas las veces que esta población consulta en urgencias hospitalarias. Además, la mayoría de las ocasiones son ellos mismos los que definen su problema como grave y acuden sin haber sido valorados previamente por su médico de Atención Primaria.

En el estudio realizado se apreció un ligero predominio del sexo femenino en las consultas de los adolescentes en urgencias, coincidiendo este dato con diversos artículos realizados a nivel nacional e internacional.⁵⁻⁹

En relación a la variable temporal, los meses que destacaron por un descenso en el número de consultas fueron enero, junio y agosto. Esta caída de la demanda en los meses de verano en el HGUA, situado en la ciudad, coincide con el repunte turístico típico de la zona mediterránea, y suelen ser los municipios costeros los que asumen en estas fechas el incremento de la atención

urgente. En cuanto a la hora de visita, el horario vespertino-nocturno, definido entre las 16:00 y las 23:59 fue el momento de mayor consulta asistencial, coincidiendo estos datos con los de otros estudios realizados.^{7,9}

Atendiendo al objetivo general del trabajo, los motivos de consulta más frecuentes fueron los relacionados con problemas músculo esqueléticos y con fracturas y luxaciones. Llama la atención que todos ellos se engloban dentro de problemas vinculados al aparato locomotor, pero que aun separando ambos diagnósticos, como se ha realizado en este caso, constituyen los grupos de mayor demanda de consulta entre los adolescentes de 15, 16 y 17 años. En toda la bibliografía consultada se describen los problemas traumatológicos como principal motivo de consulta urgente entre los adolescentes, presentándose mayoritariamente en el sexo masculino.^{6,7,9,10} Estos datos se deben probablemente a que en la adolescencia media hay un predominio de las conductas de impulsividad y de experimentación. Además, en esta etapa adquiere importancia la imagen corporal, siendo muchos los jóvenes que realizarán actividad deportiva y actividad física intensa sin supervisión profesional, lo que puede conllevar el aumento del número de lesiones¹¹.

También se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el tercer diagnóstico más frecuente, las infecciones respiratorias. Los factores anatómicos y el estilo de vida podrían justificar una mayor prevalencia en el sexo masculino.¹²

Además, otro diagnóstico muy común fue el dolor abdominal no especificado o no asociado a patología médica o quirúrgica urgente. Se observó un predominio en el sexo femenino que coincide con los resultados obtenidos en otros estudios.^{6, 7, 9,10}

Llama la atención el elevado número de consultas relacionadas con la gestación en las mujeres adolescentes. Este dato pone de manifiesto la necesidad de una adecuada información sobre la sexualidad y las consecuencias que conllevan las conductas de riesgo vinculadas a las relaciones íntimas típicas de este grupo etario.

En lo que respecta a los diagnósticos al alta, al dividir a los pacientes según su edad en 15, 16 o 17 años y compararlos entre sí, se encontraron las diferencias estadísticamente significativas reflejadas en la tabla 2. Concretamente, en el grupo de 15 años obtuvimos mayor frecuencia de patologías ORL y problemas psicosociales respecto a los de otras edades, en el de 16 destacaron sobre todo las consultas ginecológicas y las relacionadas con la gestación, y en el grupo de 17 años, las patologías respiratorias no infecciosas. En el resto de diagnósticos no se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, dado el tamaño muestral y el corto intervalo de edad estudiado (tres años), es muy difícil extraer conclusiones válidas referentes a este aspecto.

Pruebas complementarias

Se observó que la mayoría de los adolescentes que consultaron las Unidades de Urgencias del Hospital precisaron pruebas complementarias. Concretamente, fueron 65% los casos en los que se utilizaron, siendo este dato muy superior al obtenido mediante un estudio realizado en España hace 20 años⁶. No hay suficientes investigaciones en nuestro país que aporten datos sobre el consumo de recursos mediante la realización de exámenes complementarios en la atención del adolescente en Urgencias. Por este motivo se han comparado los resultados adquiridos con artículos publicados en otros países¹⁰, donde la cantidad de pruebas solicitadas también fue inferior al dato obtenido en el HGUA. Quizá estas cifras de pruebas complementarias, muchas veces innecesarias, podrían reducirse mediante una entrevista clínica que dedique más tiempo a la anamnesis y a la exploración física del paciente, siendo difícil muchas veces por el exceso de demanda asistencial.

Intervenciones terapéuticas y destino al alta

En cuanto a la administración de tratamiento en Urgencias, se observó una clara diferencia respecto al suministrado en España hace más de 30 años, siendo actualmente el doble de pacientes los que no precisaron ninguna intervención terapéutica.⁵

Finalmente, resulta interesante comentar que la mayoría de los motivos de consulta no son trascendentes. Diversas investigaciones realizadas a nivel nacional e internacional coinciden en que el ingreso hospitalario tiene lugar en menos de un 10% de los adolescentes que consultan.^{7,9,10} En este estudio el 5,2% de los pacientes precisaron ingreso. Por contraposición, la cifra ha sido más elevada en centros donde se atienden los trastornos psiquiátricos urgentes, patología que no es de referencia en nuestro hospital⁶.

Limitaciones del estudio

Durante la realización del estudio han surgido algunas dificultades debido a su carácter retrospectivo. La información ha sido obtenida mediante la revisión de historias clínicas ya realizadas, y en algunos casos no constaban todos los datos necesarios para completar el registro de pacientes. Debido a esto, no se pudo incluir la variable de antecedente de patología crónica, con la que sí que se contó en un principio al crear la base de datos.

Por otra parte, durante el proceso de selección se realizó un muestreo sistemático que incluyó consultas todos los meses del año, con el cual se intentaron evitar las diferencias estacionales. No obstante, pueden encontrarse estimaciones sesgadas al no incluir al total de la población.

Finalmente, al tratarse de un estudio de carácter observacional, es posible que las diferencias estadísticas encontradas entre grupos no obedezcan únicamente a la comparación de interés.

CONCLUSIONES

Implicaciones para la profesión

Los adolescentes requieren una atención integral y propia, pues tienen unas necesidades diferentes a las de la infancia y a las de la vida adulta. Por este motivo, es importante que los Servicios de Pediatría cuenten con profesionales preparados en la Medicina del Adolescente, incluido los Servicios de Urgencias Pediátricas.

Además, tanto la investigación realizada como la revisión de la bibliografía publicada acerca de este tema, ponen de manifiesto que el principal motivo de consulta de los adolescentes de 15, 16 y 17 años son los problemas relacionados con el aparato locomotor. Por esta razón, para asumir la carga asistencial que supondría la prolongación de la edad de atención pediátrica hasta los 18 años, los servicios de Urgencias de Pediatría tendrían que contar con profesionales que hayan adquirido una completa formación en los problemas de tipo traumatológico.

Implicaciones para la gestión

Según la normativa vigente, los adolescentes hasta los 18 años forman parte de la atención pediátrica. Los resultados obtenidos en el presente estudio reflejan que la prolongación de la edad pediátrica hasta los 18 años supondría casi un 10% más de demanda en Urgencias de Pediatría, tanto a nivel asistencial como de pruebas complementarias. Esto se traduciría en una sobrecarga de trabajo, en un sistema que no está todavía preparado para asumirlo.

Para poder dar a esta población la atención sanitaria que precisan, sería necesario un incremento de plantilla en los distintos niveles asistenciales (atención primaria y atención hospitalaria, incluyendo Urgencias de Pediatría), formación específica en adolescencia y patología de los adolescentes, así como espacios apropiados para su atención (diferenciados de los que corresponden a otras edades, como neonatos, lactantes y escolares). Todo ello debería estar recogido en un plan estratégico, organizado y sistemático, común a todos los hospitales, con el objetivo de guiar la correcta atención al adolescente en España.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- M.A Salmerón Ruiz, J. Casas Rivero, F. Guerrero Alzola. Problemas de salud en la adolescencia. Patología crónica y transición. Ped integral. 2017;22:245-53-
- 2- OMS. Salud para los adolescentes del mundo. Una segunda oportunidad en la segunda década. 2014. Disponible en: <http://apps.who.int/adolescent/seconddecade>
- 3- II Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia (PENA) 2013-2016. Disponible en: http://www.observatoriodelainfancia.msssi.gob.es/documentos/PENIA_2013-2016.pdf
- 4- Hidalgo Vicario MI, Ceñal González Fierro MJ, Güemes Hidalgo M. La adolescencia. Aspectos físicos, psicosociales y médicos: principales cuadros clínicos. JSNN. 2014; 11: 3579-87.
- 5- Peñas Pascual N, Sainz Camuñas MP, Puche López N. Urgencias hospitalarias en los adolescentes. Emergencias. 1990; 2:121-7.
- 6- Ruiz España A, García García JJ, LuacesCubells C, Garrido Romero R, Pou Fernández J. Enfermedades del adolescente en el servicio de urgencias. An Pediatr. 2001; 54:238-42.
- 7- Arroyo Cuesta A. Motivo de consulta más frecuente del adolescente tardío en el servicio de Urgencias del Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid [trabajo final de grado en Internet]. [Valladolid]: Universidad de Valladolid, 2015. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/11846/7/TFG-H309.pdf>
- 8- Jiménez-Escobar I, Weingerz-Mehl S, Castillo-Macedo E, Jiménez-Gutiérrez C, Gutiérrez-Castrellón P. Caracterización de los adolescentes y motivo de consulta por el que acuden al Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital General Dr. Manuel Gea González. Gac Med Mex. 2016; 152: 30-5.
- 9- Grunbaum S, Casuriaga AL, Durán C, Minut A, Giachetto G. Características de la consulta de los adolescentes en un servicio de emergencia. ARS Médica. 2018; 43:15-23.

- 10- Maurente L, Ferreira M.I, Más M, Hernández K, Rimolli A, Castellanos F, et al. Consulta adolescente en servicios de emergencia pediátrica. Rev Méd Urug. 2017; 33: 232-41.
- 11- Peña G, Heredia JR, Lloret C, Martín M, Da Silva-Grigoletto ME. Iniciación al entrenamiento de fuerza en edades tempranas: revisión. Rev Andal Med Deporte. 2016; 9:41–9. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1888-75462016000100009
- 12- Falagas ME, Mourtzoukou EG, Vardakas KZ. Sex Differences in the Incidence and Severity of Respiratory Tract Infections. Resp Med. 2007; 101:1845-63. Disponible en: <http://www.bago.com/BagoArg/Biblio/neumoweb347.htm>