

Urgencias hospitalarias en los adolescentes

Dres. N. Peñas Pascual, M.P. Sainz Camuñas, N. Puche López,
Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital 12 de Octubre, Madrid.

Introducción

La palabra adolescencia significa cambio, crecimiento, maduración. Se trata de un periodo de la vida caracterizado por crisis de identidad, un despertar de la sexualidad y cambios de diversos tipos, no debiendo considerarse únicamente como una etapa de transición.

Hasta la actualidad la mayoría de los estudios realizados sobre la patología que aparece en esta edad¹ se refieren a problemas relacionados con la pubertad y la sexualidad, aspectos psiquiátricos (ej.: suicidio), enfermedades psicosomáticas, etc., sin que se haya prestado atención a las emergencias presentadas en los jóvenes y a las causas que pueden llevarles a acudir a las Urgencias de Medicina Interna de un Hospital terciario.

Ante el desconocimiento de este tema, se plantea como objetivo de estudio el conocer por qué un grupo de población que, dada su edad (13 a 20 años), se podría considerar en principio sano, puede necesitar los servicios de este nivel de urgencias y cuáles son sus motivos de consulta y diagnósticos más frecuentes.

Palabras clave

Urgencias, adolescentes

Metodología

Se diseñó un estudio observacional retrospectivo que incluyó a 718 adolescentes de ambos sexos y de edades comprendidas entre 13 y 20 años (ambos inclusive) que fueron atendidos y dados de alta en Urgencias de Medicina Interna del Hospital 12 de Octubre durante los meses de Julio a Diciembre de 1987.

El Hospital 12 de Octubre se encuentra situado en la

zona sur de Madrid. Está sometido a una gran presión asistencial, sobre todo desde el punto de vista de las urgencias. El número de urgencias de Medicina Interna/año es de 145.729 (datos de 1988) para una población de referencia de 693.000 habitantes. La mayoría de éstos pertenecen a un nivel socioeconómico bajo y se encuentran afectados por todos los factores negativos de los barrios periféricos de las grandes ciudades.

Los pacientes fueron atendidos por médicos adjuntos del Servicio de Admisión de Urgencias de Medicina Interna y por médicos residentes de todas las especialidades médicas. Los datos fueron recogidos a partir de las copias de las historias realizadas en Urgencias; sólo se pudo disponer de las historias de los pacientes que fueron dados de alta, ya que las copias de los enfermos ingresados no suelen quedar retenidas junto con las demás. Se excluyeron las historias que estaban incompletas.

La mayoría de los pacientes de 13 y 14 años son atendidos en Urgencias de Pediatría, por lo que se encontraron en este estudio pocos enfermos de estas edades.

Para cada paciente se creó una ficha donde constaban las siguientes variables y sus categorías:

— sexo: varones, mujeres.

— edad: 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20 años.

— día de la semana.

— motivo de consulta: lesiones cutáneas, mareo, síntomas digestivos, agitación, pérdida de conciencia, depresión, ingesta de fármacos, síntomas ORL, síntomas respiratorios, dolor torácico, crisis convulsiva, fiebre y mal estado general, cefalea, déficit neurológico, revisión, varios.

— diagnóstico al alta: síndrome febril sin foco, sobredosis de opiáceos, intoxicación medicamentosa voluntaria, intoxicación etílica, urticaria aguda, varicela, patología dermatológica (excluyendo las anteriores), dolor osteomuscular, síncope vasovagal, síndrome gripal, patología ORL, infección de vías respiratorias altas, otra patología respiratoria, gastroenteritis aguda, otra patología digestiva, ja-

Correspondencia: Dra. N. Puche López.
c/. San Marcelo, 22. 28017 Madrid.

queca, otra patología neurológica, ansiedad, otra patología psiquiátrica, varios, no existe patología objetivable en ese momento, no existe diagnóstico.

— antecedentes: médicos, quirúrgicos, psiquiátricos, adicción a drogas por vía parenteral, no existen antecedentes.

— destino: domicilio, consulta de especialista no psiquiatra, psiquiatra o centro psiquiátrico, otro centro.

— tratamiento: sí, no.

Se realizó el análisis estadístico básico de todas las variables, cualitativas a excepción de la edad, que es cuantitativa. Se estudió asimismo la relación existente entre las siguientes variables: sexo y antecedentes, sexo y diagnóstico al alta, sexo y motivo de consulta, motivo de consulta y diagnóstico, día de la semana y diagnóstico. El análisis fue efectuado con un ordenador modelo PT-AT 286, utilizando un programa SIGMA-PLUS.

Resultados

Una vez revisadas las 718 historias de adolescentes atendidos, se encontraron y analizaron los datos expuestos a continuación.

Del total de jóvenes estudiados, 309 fueron varones (43 %) y 409 mujeres (57 %) (Tabla I, figura 1). No se han encontrado diferencias significativas en la distribución por edades (Tabla II) entre los 15 y los 20 años; en cambio, hay pocos pacientes de 13 y 14 años ya que, como se ha comentado anteriormente, suelen ser atendidos en Urgencias de Pediatría. La edad media fue de 17 años, la moda de 20 años y la mediana de 17 años y medio, con una desviación típica de 2'66.

En cuanto a los motivos de consulta (Tabla III, figura 2), el más frecuente fue la existencia de síntomas gastrointestinales, con 150 casos: (20,9 %), seguido por el malestar general (93 casos: 13,8 %), la patología dermatológica (83 casos: 11,6 %), el dolor torácico (59 casos: 8,2 %) y las alteraciones del nivel de conciencia (50 casos: 7 %).

Entre los diagnósticos al alta (Tabla IV, figura 3) destaca por su frecuencia la ausencia de patología orgánica urgente objetivable en el momento de acudir al Hospital, con 86 casos (12 %). Los diagnósticos que siguen son: gastroenteritis aguda (10,9 %), urticaria aguda (6,3 %), síndrome febril sin foco (6,1 %), patología neurológica (6 %) y la intoxicación medicamentosa voluntaria (5,4 %).

La mayor parte de jóvenes, un 67,4 % (404 casos), carecían de antecedentes patológicos (Tabla V, figura 4). Es de destacar que se encontraron más adolescentes con antecedentes de adicción a drogas por vía parenteral que con antecedentes quirúrgicos.

Un 73,3 % (526 casos) fueron dados de alta con algún tipo de tratamiento, casi siempre sintomático (Tabla VI, figura 5). Respecto al lugar de destino, 531 (74,1 %) fueron enviados a su domicilio, mientras que 117 (16,3 %) se enviaron a consulta por un especialista y se consideró que 40 (5,6 %) precisaban evaluación psiquiátrica (Tabla VII, figura 6).

Se ha encontrado una asociación estadísticamente

significativa (con $p < 0,05$) entre el sexo de los pacientes y los antecedentes que presentaban. Las mujeres con antecedentes psiquiátricos eran un 2,9 %, siendo los varones un 1,2 %. Por el contrario, los varones con adicción a drogas por vía parenteral suponían un 10,03 %, siendo un 1,22 % las mujeres. Los antecedentes médicos eran mucho más frecuentes en el sexo femenino, mientras que los quirúrgicos lo eran en el masculino.

También se ha encontrado asociación estadísticamente significativa entre el sexo y el diagnóstico con que fueron dados de alta en algunos de ellos; el dolor torácico de características mecánicas, la intoxicación etílica, la patología respiratoria y digestiva, el síndrome gripal y la sobredosis de opiáceos fueron todos ellos más frecuentes en varones, destacando el hecho de que no hubiese ninguna mujer con este último diagnóstico (sobredosis de opiáceos) mientras que un 3,55 % de los varones fueron dados de alta con el mismo. Por el contrario, la patología dermatológica, la ansiedad, la patología neurológica (en su mayoría cefaleas tensionales), la intoxicación medicamentosa voluntaria y el síncope vasovagal fueron más frecuentes en mujeres.

Respecto al dolor torácico, el cuarto motivo de consulta más común, en muy pocos casos se evidenció en él patología orgánica (la mayoría neumonías). Ya se ha mencionado que la patología por la que acudieron un mayor número de veces fue el mal estado general, presentándose como dolencias múltiples no encuadrables en un síndrome determinado, seguido por la patología gastrointestinal como epigastralgias, diarrea o vómitos, la patología dermatológica y la fiebre. En la mayor parte de los casos los pacientes acuden dentro de las primeras horas de comienzo del cuadro, lo cual, unido a la imprecisión de los síntomas, hace difícil llegar a un diagnóstico determinado. De ahí que con gran frecuencia sean dados de alta con el diagnóstico de ausencia de patología orgánica objetivable.

Analizando la relación existente entre el motivo de consulta y el diagnóstico emitido en la Urgencia, se obtuvieron los siguientes resultados:

1. La patología dermatológica más frecuente fue la urticaria aguda.
2. De los pacientes que consultaron por molestias gastrointestinales la mayoría presentaban gastroenteritis aguda o no se encontró patología orgánica objetivable en ese momento.
3. En cuanto a los pacientes que llegaron inconscientes o con disminución del nivel de conciencia, la mayoría presentaban un síncope vasovagal, seguido por la intoxicación etílica y la sobredosis de opiáceos, mientras que en las ingestiones voluntarias de medicamentos con fines autolíticos no solía existir alteraciones del nivel de conciencia.

También se estudió si había alguna relación entre el día de la semana en que solicitaban atención y el diagnóstico al alta, observándose que durante el fin de semana la intoxicación medicamentosa voluntaria, la intoxicación etílica y la ansiedad eran significativamente más frecuen-

tes que durante el resto de la semana, teniendo el resto de diagnósticos una distribución similar a lo largo de los días.

Llama la atención el hecho de que a la mayoría de los pacientes se les administre algún tratamiento, siendo los fármacos más prescritos los analgésicos, antitérmicos y ansiolíticos, lo que evidencia la necesidad de dar algún tipo de solución a la demanda que se plantea.

Discusión

Como ponen de manifiesto los resultados anteriormente referidos, los motivos de consulta y diagnósticos más frecuentes que presenta nuestra población adolescente atendida en Urgencias de Medicina Interna se puede resumir esquemáticamente en:

| Sexo | Número | Porcentaje |
|---------|--------|------------|
| Varones | 309 | 43 % |
| Mujeres | 409 | 57 % |

Tabla I: Distribución según el sexo.

| Edad | Número | Porcentaje |
|---------|--------|------------|
| 13 años | 5 | 0,7 % |
| 14 años | 49 | 6,8 % |
| 15 años | 89 | 12,4 % |
| 16 años | 100 | 15,0 % |
| 17 años | 120 | 16,7 % |
| 18 años | 109 | 15,2 % |
| 19 años | 112 | 15,6 % |
| 20 años | 126 | 17,5 % |

Tabla II: Distribución según la edad

| Motivo de consulta | Número | Porcentaje |
|------------------------|--------|------------|
| Lesiones cutáneas | 83 | 11,6 % |
| Mareo | 49 | 6,2 % |
| Síntomas digestivos | 150 | 20,9 % |
| Agitación | 19 | 2,6 % |
| Pérdida de conciencia | 50 | 7,0 % |
| Depresión | 5 | 0,7 % |
| Ingesta de fármacos | 34 | 4,7 % |
| Síntomas ORL | 29 | 4,0 % |
| Síntomas respiratorios | 41 | 5,7 % |
| Dolor torácico | 59 | 8,2 % |
| Crisis convulsivas | 10 | 1,4 % |
| Fiebre y malestar | 93 | 13,8 % |
| Cefalea | 48 | 6,7 % |
| Déficit neurológico | 17 | 2,4 % |
| Revisión | 8 | 1,1 % |
| Varios | 22 | 3,1 % |

Tabla III: Distribución según el motivo de consulta.

| Diagnóstico al alta | Número | Porcentaje |
|---------------------------------------|--------|------------|
| Síndrome febril sin foco | 44 | 6,1 % |
| Sobredosis de opiáceos | 11 | 1,5 % |
| Intoxicación medicamentosa voluntaria | 39 | 5,4 % |
| Intoxicación etílica | 19 | 2,6 % |
| Urticaria agua | 45 | 6,3 % |
| Varicela | 8 | 1,1 % |
| Otra patología dermatológica | 22 | 3,1 % |
| Dolor osteomuscular | 33 | 4,6 % |
| Síncope vasovagal | 38 | 5,3 % |
| Síndrome gripal | 12 | 1,7 % |
| Patología ORL | 35 | 4,9 % |
| Infección vías resp. altas | 15 | 2,1 % |
| Otra patología respiratoria | 28 | 3,9 % |
| Gastroenteritis aguda | 78 | 10,9 % |
| Otra patología digestiva | 33 | 4,6 % |
| Jaqueca | 24 | 3,3 % |
| Otra patología neurológica | 43 | 6,0 % |
| Ansiedad | 31 | 4,3 % |
| Otra patología psiquiátrica | 11 | 1,5 % |
| Varios | 29 | 4,1 % |
| No patología objetivable | 86 | 12,0 % |
| No existe diagnóstico | 34 | 4,7 % |

Tabla IV: Distribución según el diagnóstico al alta.

| Antecedentes | Número | Porcentaje |
|---------------|--------|------------|
| Médicos | 167 | 23,3 % |
| Quirúrgicos | 15 | 2,1 % |
| Psiquiátricos | 16 | 2,2 % |
| ADVP | 36 | 5,0 % |
| No existen | 404 | 67,4 % |

Tabla V: Distribución según los antecedentes.

| Tratamiento | Número | Porcentaje |
|-------------|--------|------------|
| Sí | 526 | 73,3 % |
| No | 192 | 26,7 % |

Tabla VI: Distribución según el tratamiento.

| Lugar de destino | Número | Porcentaje |
|-----------------------|--------|------------|
| Domicilio | 531 | 74,1 % |
| Consulta especialista | 117 | 16,3 % |
| Psiquiatría | 40 | 5,6 % |
| Otro centro | 29 | 4,0 % |

Tabla VII: Distribución según el lugar de destino.

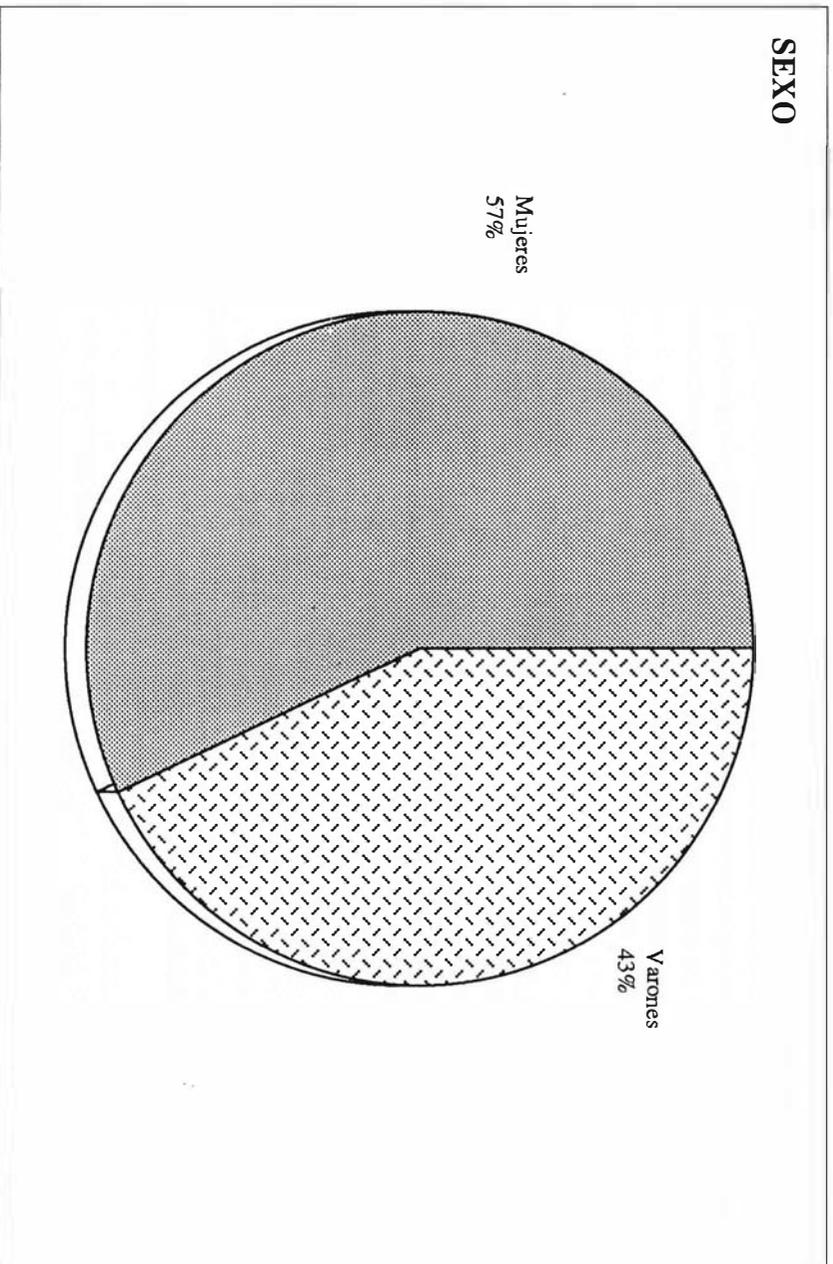


Figura 1

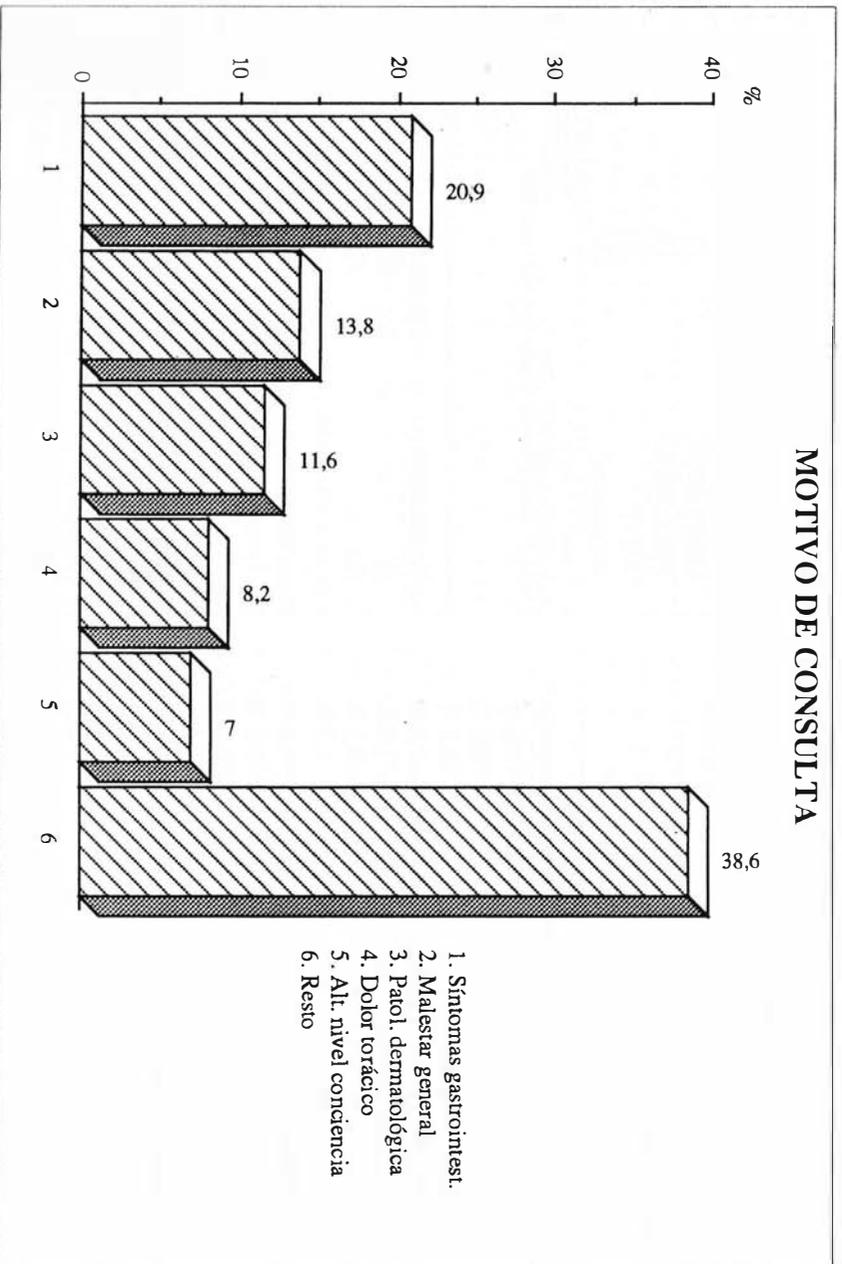


Figura 2

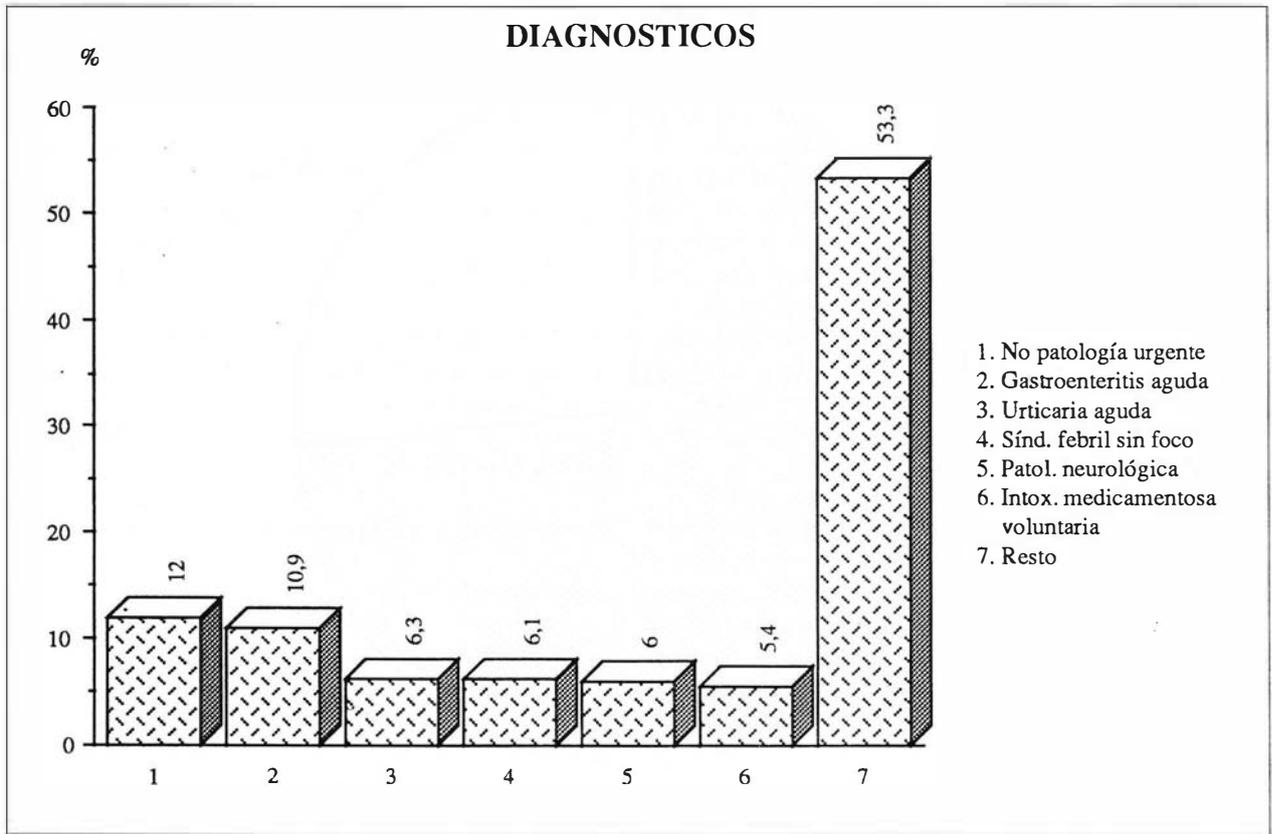


Figura 3

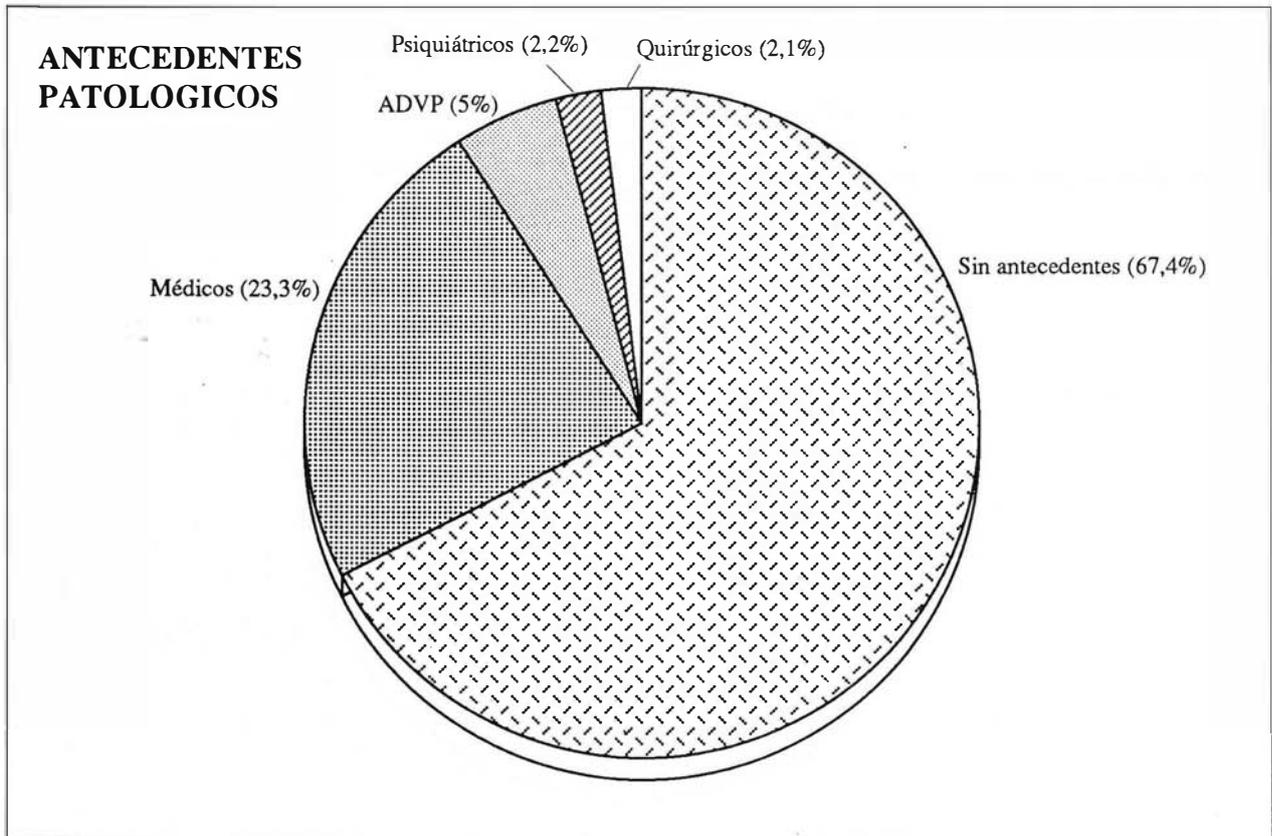


Figura 4

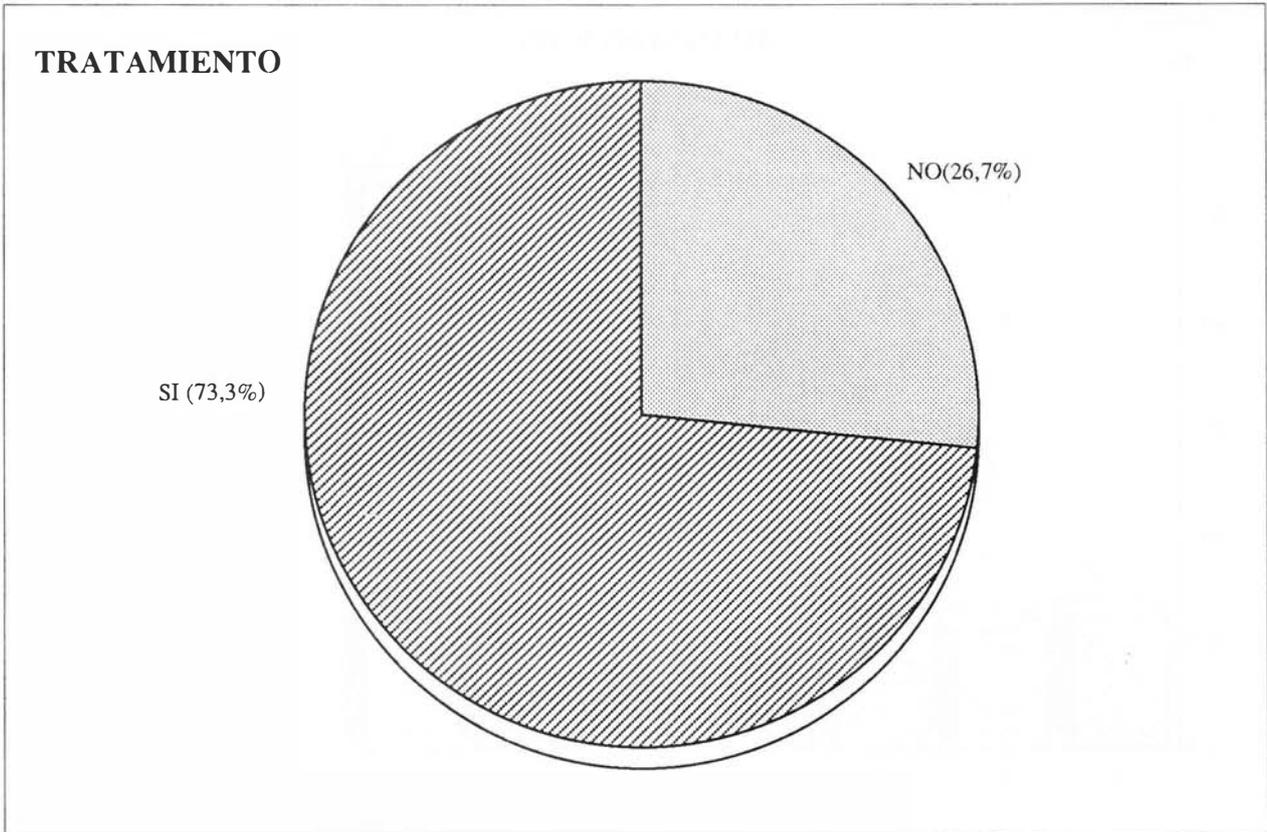


Figura 5

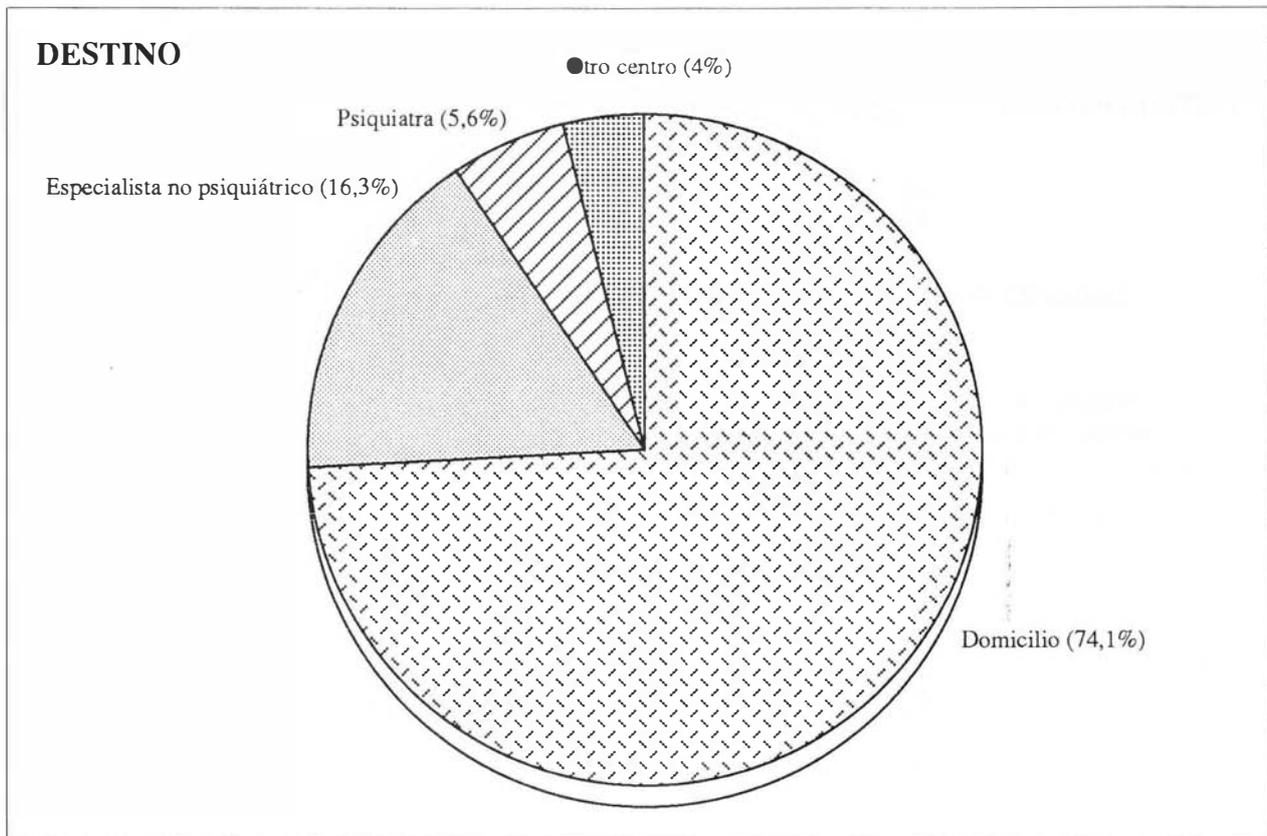


Figura 6

— patología orgánica que necesita una actuación médica inmediata (ej.: sobredosis de opiáceos, intento de suicidio...)

— patología orgánica que no pone en peligro la vida del paciente en ese momento (ej.: enfermedades infecciosas)

— patología orgánica leve

— patología funcional y psiquiátrica, que constituyen el motivo de consulta más habitual.

Se cuenta en la realización de este estudio con la presencia de los siguientes sesgos:

— estacional, al haberse realizado durante los meses de Julio a Diciembre, con lo que se encuentra una mayor presentación de patología digestiva y menor de la respiratoria y dermatológica.

— los datos aportados en la historia pueden variar de unos médicos a otros.

— no se dispone de historias de pacientes que hayan sido ingresados.

— los pacientes de 13 y 14 años suelen atenderse en Pediatría.

— pueden haberse perdido las copias de un cierto número de historias, sobre todo de casos de intoxicaciones.

Por último, se ha intentado comparar los resultados obtenidos con la bibliografía existente. A diferencia de otros estudios realizados en los Servicios de Urgencias tanto de Hospitales Generales^{2,3} como a nivel extrahospitalario⁴, se observó una mayor frecuencia de consultas por parte de las mujeres que de los varones; hay que tener en cuenta que la población estudiada en dichos trabajos abarca a todas las edades, mientras que el nuestro únicamente se ha realizado en población adolescente.

El diagnóstico con el que fueron dados de alta la mayoría de los pacientes fue el de ausencia de patología urgente objetivable en ese momento, que podría equipararse con el de "síntomas y signos mal definidos" de otros estudios^{2,5}. En estos últimos ocupaban el 2º o 3º lugar en cuanto a frecuencia de diagnóstico.

El grupo de edad aquí estudiado queda incluido casi totalmente en los grupos de mayor afluencia a Urgencias de otros trabajos (15-44 años); en éstos^{2,3}, la patología más común es la traumatológica, que en nuestro estudio no queda incluida debido al área de Urgencias donde se realizó. Sin embargo, los síntomas y signos mal definidos no suponen un porcentaje considerable en dicho grupo.

En ninguno de los estudios analizados se mencionaban entre los diagnósticos al alta la intoxicación medicamentosa voluntaria, la sobredosis de opiáceos ni la intoxicación etílica, siendo aquí causas importantes de alteración del nivel de conciencia.

También destaca que durante el fin de semana la demanda de asistencia fue mayor por parte de las mujeres, semejante a los resultados de estos estudios⁴, y los diagnósticos más frecuentes los de ansiedad, intoxicación etílica y medicamentosa.

Como viene siendo la norma en la mayoría de los trabajos sobre urgencias^{2,3,6,7,8}, y éste no es una excepción, se

encuentra que la mayor parte de las mismas podrían ser solucionadas en el medio extrahospitalario. En el caso particular de los adolescentes, grupo de edad en principio físicamente sano en quien los problemas de orden psicológico comportamental son los más frecuentes debido a las características especiales de la edad⁹⁻¹², no sólo sería necesaria una mejora en la Atención Primaria en cuanto a preparación científica de los profesionales y a los medios disponibles, sino un "adiestramiento" de las personas que trabajan en la misma para hacer frente a la patología psicosomática (muy frecuente en adolescentes) y a la diferente forma de comportamiento de este grupo de edad.

Resulta preocupante la alta incidencia de antecedentes psiquiátricos (incluyendo como tales todas aquellas alteraciones psíquicas que hayan precisado tratamiento con psicofármacos) en adolescentes, así como el elevado porcentaje de derivación a Psiquiatría o centro psiquiátrico. En algunos casos, como los intentos de suicidio, parece totalmente justificado; sin embargo, muchos pacientes son derivados por presentar síntomas de ansiedad y otro tipo de neurosis, o alteraciones del comportamiento que, probablemente, con más tiempo, interés y conocimiento de estos problemas del adolescente⁹⁻¹², por parte de su médico podrían ser manejados eficazmente por el mismo.

Bibliografía

1. *Adolescent Medicine*. Primary care. Clinics in Office Practice 1987; 14 (1).
2. BALANZO X, PUJOL R y GRUPO INTERCOMARCAL DE SERVICIOS DE MEDICINA INTERNA. *Estudio multicéntrico de las urgencias en hospitales generales básicos en Catalunya*. *Med Clin (Barc)* 1989; 92: 86-90.
3. DEL CASTILLO M, HUGUET J, BRABO J, CORTADA L. *Estudios del área de urgencias de un hospital general. Grado de adecuación de las visitas*. *Med Clin (Barc)* 1986; 87: 539-542.
4. OROZCO P. *Valoración de un sistema extrahospitalario de urgencias*. *Atención primaria* 1985; 2: 269-273.
5. GUIT J. *Utilització dels indicadors d'activitat en el servei d'urgències hospitalari*. *Ann Med (Barc)* 1986; 72: 221-225.
6. BLISS JB. *Primary Care in the emergency room: high in cost and low in quality*. *N Engl J Med* 1982; 306: 998.
7. BARRIOC, CAMPOL, COSCOLLER B, GONZALEZ CA. *La demanda de urgencias en Atención Primaria en los centros docentes de Medicina Familiar y Comunitaria de Barcelona*. *Atención Primaria* 1985; 2: 139-145.
8. ULLMAN R, BLOCK JA, BOETRIGT NC, STRATMANN WC. *Impact of a primary care group practice on emergency room utilisation at a community hospital*. *Med Care* 1978; 16: 723-729.
9. SILBER TJ. *Approaching the Adolescent Patient*. *Journal of Adolescent Health Care* 1986; 7: 315-405.
10. SILBER TJ. *Physician- Adolescent Patient Relationship. The Ethical Dimension*. *Clinical Pediatrics* 1980.
11. CLYDE E. *The Adolescent Patient*. *Ann Int Med* 1983; 99: 52-60.
12. Comisión científica de la AEMA. *La relación médico-paciente en la consulta con el adolescente*. 1ª Jornadas de Medicina del Adolescente. Madrid 1988.