

# Enfermedades del adolescente en el servicio de urgencias

A. Ruiz España, J.J. García García, C. Luaces Cubells,  
R. Garrido Romero y J. Pou Fernández

Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Unidad Integrada Hospital Sant Joan de Déu-Hospital Clínic. Universidad de Barcelona.

(*An Esp Pediatr* 2001; 54: 238-242)

## Objetivos

Conocer las enfermedades del adolescente en un servicio de urgencias pediátrico de tercer nivel, así como las características diferenciales entre los distintos grupos de éstas.

## Material y métodos

Estudio retrospectivo mediante revisión del informe de urgencias de 170 adolescentes escogidos de forma estratificada entre 1.172 adolescentes atendidos en el Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona, durante el mes de mayo de 1997. Se excluyeron 517 pacientes con traumatismo. El análisis estadístico se realizó con la prueba de  $\chi^2$  para variables cualitativas y análisis de la variancia para variables cuantitativas y se aceptó una significación de  $p < 0,05$ .

## Resultados

La distribución por sexos fue 89 mujeres y 81 varones. La mediana de edad era de 13,8 años. Los diagnósticos de salida más frecuentes fueron las abdominalgias (26 casos), virasis (15 casos) y depresión-ansiedad (14 casos). Se realizaron exploraciones complementarias en 60 de los 170 casos. Se remitieron a domicilio 141 del total de pacientes. Entre los pacientes con trastornos psiquiátricos había mayor proporción de mujeres (18/26) que de varones (8/26), así como entre los que tenían síntomas abdominales y neurológicos, mientras dicha tendencia no se observaba en los pacientes con enfermedad orgánica ( $p = 0,03$ ). En la mayor parte de los casos los enfermos con antecedentes psiquiátricos fueron diagnosticados de trastornos psiquiátricos. De los pacientes con enfermedad orgánica ingresaron 10 de 85 (11,8%) frente a 13 de 26 (50%) de trastornos psiquiátricos ( $p < 0,001$ ).

## Conclusiones

Los adolescentes que acuden a un servicio de urgencias hospitalario presentan trastornos diferenciados, con un porcentaje nada insignificante de alteraciones psíquicas o de síntomas inespecíficos.

## Palabras clave:

Adolescencia. Servicio de urgencias. Trastornos funcionales.

## CAUSES OF ADOLESCENT VISITS TO THE EMERGENCY DEPARTMENT

### Objective

To determine the complaints leading adolescents to a third level emergency department, as well as the distinguishing features between the different groups of complaints.

### Material and methods

Retrospective study of the emergency department reports of 170 adolescents selected from the 1,172 adolescents who visited the *Hospital Sant Joan de Déu* pediatric emergency department in May 1997. We excluded 517 patients with trauma. Statistical analysis was carried out with the chi-square test for qualitative variables and analysis of variance for quantitative variables; differences were accepted as significant at  $p < 0.05$ .

### Results

Eighty-nine patients were female and 81 were male. Median age was 13.8 years. The most frequent discharge diagnoses were abdomen pain in 26 patients, viral illness in 15 and depression-anxiety in 14. Complementary investigations were carried out in 60 patients. One hundred forty-one patients were discharged. Of the 26 patients with psychiatric disorders, 18 were girls and 8 were boys. The proportion of girls was also higher among patients with abdominal and neurological symptoms, although not among patients with organic disorders ( $p = 0.03$ ). Most of the patients with psychiatric antecedents were diagnosed with a psychiatric disorder. Ten (11.8%) of the 85 patients with organic complaints were admitted to hospital compared with 13 (50%) of the 26 patients with psychiatric disorders ( $p < 0.001$ ).

**Correspondencia:** Dr. C. Luaces Cubells.

Servicio de Pediatría. Hospital Sant Joan de Déu. P.<sup>o</sup> Sant Joan de Déu, 2.  
Esplugues de Llobregat. 08950 Barcelona.  
Correo electrónico: cluaces@hsjdbcn.org

Recibido en febrero de 2000.

Aceptado para su publicación en noviembre de 2000.

## Conclusions

**Adolescents visit emergency departments for a variety of complains. The proportion of psychiatric disorders and non-specific symptoms is high.**

### Key words:

**Adolescence. Emergency department. Functional disorders.**

## INTRODUCCIÓN

La definición cronológica de la adolescencia más admitida es la establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS), que considera el período de adolescencia propiamente dicho como el comprendido entre los 14 y los 18 años, con una fase de preadolescencia (11-13 años).

La adolescencia es un período de intensos cambios tanto físicos como psicosociales. Esto implica que este grupo de edad presente unas características propias que lo diferencian de la infancia y de la edad adulta. En muchas ocasiones, el proceso que lleva al adolescente a un servicio de urgencias queda diluido entre los trastornos infantiles y los del adulto<sup>1</sup>.

El objetivo de este estudio es conocer las enfermedades que motivan que los adolescentes consulten en un servicio de urgencias pediátricas hospitalario, así como las características entre los diferentes grupos de enfermedad.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo de 170 adolescentes, de edades comprendidas entre los 11,5 y los 18 años, visitados en mayo de 1997 en urgencias de pediatría del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. Durante el mes de mayo se atendieron en urgencias 1.172 adolescentes, de los cuales 517 presentaban lesiones o enfermedad traumática y se excluyeron del estudio; 655 presentaban enfermedad médica. De estos 655 pacientes con enfermedad médica, se escogió al azar una muestra representativa de 170 casos, de forma estratificada según el diagnóstico final.

En todos los pacientes se analizaron edad, sexo, derivación médica, antecedentes patológicos de interés, motivo de consulta, exploraciones complementarias efectuadas, diagnóstico final y destino final del paciente.

Posteriormente se agruparon los diagnósticos finales codificados en el informe de urgencias según la clasificación CIE-9 en cinco categorías para un análisis posterior. Dichas categorías fueron síntomas abdominales inespecíficos (vómitos, abdominalgias u otros síntomas referidos al aparato digestivo, pero sin código diagnóstico dentro de la categoría "Enfermedades del aparato digestivo" de la CIE-9 [520 a 579]), síntomas neurológicos inespecíficos (cefalea, vértigos, mareos u otros síntomas referidos al sistema nervioso, pero sin código diagnóstico dentro de la categoría "Enfermedades del sistema nervioso y órganos de los sentidos" de la CIE-9 [320 a 389]), enfermedad psi-

quiátrica (diagnósticos incluidos en la categoría "Trastornos mentales" de la CIE-9, así como las intoxicaciones voluntarias), patología orgánica concreta (p. ej., asma bronquial o apendicitis aguda) y miscelánea (diagnósticos incluidos en la clasificación suplementaria de factores que influyen en el estado de salud de la CIE-9 [V01-V82]).

Se realizó un análisis descriptivo de todos los pacientes, un análisis del diagnóstico final según el motivo de consulta y, por último, un análisis de los diagnósticos finales agrupados en las categorías diagnósticas definidas anteriormente.

El análisis estadístico se efectuó con la prueba de  $\chi^2$  para las variables cualitativas y con un análisis de la variancia para las variables cuantitativas. Se aceptó un nivel de significación de  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

### Análisis descriptivo

Respecto a la distribución por sexos destaca un discreto predominio de mujeres, 89 casos (52,4%). La mediana de edad se situaba en 13,8 años (mínimo, 11,5, y máximo, 17,8).

Sólo 20 de los 170 pacientes (11,8%) fueron remitidos al servicio de urgencias, y eran los pacientes con enfermedad psiquiátrica los que habían sido remitidos con más frecuencia. Los antecedentes patológicos fueron de interés en 50 (29,4%) de los 170 casos.

Entre los motivos de consulta, las abdominalgias y la fiebre ocupan el primer lugar. En la tabla 1 se muestran los motivos de consulta y sus frecuencias.

Respecto a los diagnósticos finales en orden de frecuencia los más frecuentes fueron las abdominalgias, 26 casos (15,3%); las infecciones probablemente víricas, 15 casos (8,8%) y los trastornos psiquiátricos en 14 casos (8,2%).

TABLA 1. Motivos de consulta

Motivo de consulta	Frecuencia	Porcentajes
Abdominalgias	37	21,8
Fiebre	27	15,8
Sintomatología respiratoria	18	10,6
Sintomatología psiquiátrica	16	9,4
Cefalea	15	8,8
Enfermedad cutánea	12	7,1
Otorrinolaringología-oftalmología	11	6,5
Vértigo-mareo	10	5,9
Sintomatología genitourinaria	8	4,7
Sintomatología osteoarticular	5	2,9
Abusos-malos tratos	4	2,4
Vómitos-diarreas	3	1,8
Otros	4	2,4

TABLA 2. Análisis del sexo en función de los diagnósticos finales

Sexo	Número de diagnósticos finales (%)			
	Enfermedad orgánica	Sintomatología abdominal	Sintomatología neurológica	Trastornos psiquiátricos
Mujer	35 (41,2)	17 (60,7)	13 (59,1)	18 (69,2)
Varón	50 (58,8)	11 (39,3)	9 (40,9)	8 (30,8)
<b>Total</b>	<b>85</b>	<b>28</b>	<b>22</b>	<b>26</b>

$\chi^2 = 8,36; p < 0,05 (n = 161)$ .

TABLA 3. Análisis de antecedentes patológicos en función de los diagnósticos finales

Antecedentes de interés	Número de diagnósticos finales (%)			
	Enfermedad orgánica	Sintomatología abdominal	Sintomatología neurológica	Trastornos psiquiátricos
Enfermedad psiquiátrica				10 (100)
Enfermedad orgánica	27 (69,2)	5 (12,8)	5 (12,8)	2 (5,1)
Sin antecedentes	58 (51,8)	23 (20,5)	17 (15,2)	14 (12,5)

$\chi^2 = 59,1; p < 0,001 (n = 161)$ .

TABLA 4. Tratamiento en urgencias e ingreso en función de los diagnósticos finales

Tratamiento en urgencias e ingreso	Número de diagnósticos finales (%)			
	Enfermedad orgánica	Sintomatología abdominal	Sintomatología neurológica	Trastornos psiquiátricos
No tratamiento + ingreso	4 (4,7)	2 (7,1)		4 (15,4)
Tratamiento + ingreso	6 (7,1)		1 (4,5)	9 (34,6)
Tratamiento + no ingreso	22 (25,9)	1 (3,6)	2 (9,1)	4 (15,4)
No tratamiento + no ingreso	53 (62,4)	25 (89,3)	19 (86,4)	9 (34,6)

$\chi^2 = 40,3; p < 0,001 (n = 161)$ .

Las exploraciones complementarias se solicitaron en 60 casos (35,3%) de los casos, siendo la radiografía de tórax la prueba más solicitada.

En cuanto al destino final del paciente destacó la necesidad de ingreso de 29 de los 170 (17,1%) adolescentes que acudieron al servicio de urgencias.

### Análisis del diagnóstico final según el motivo de consulta

Algunos motivos de consulta se analizaron con objeto de conocer si los diagnósticos finales correspondían a enfermedades características del adolescente. Así, por ejemplo, entre los pacientes que consultan por problemas pul-

monares, 9/18 (50%) presentan asma y 5/18 (28%) infecciones respiratorias de vías superiores. En un caso, la dificultad respiratoria fue la forma de presentación de un trastorno depresivo.

En el caso de las abdominalgias como motivo de consulta se constató que 26 (70,3%) de 37 casos quedaron sin diagnóstico claro de salida, mientras que las enfermedades ginecológicas ocupan tan sólo 1/37 (2,7%) de los diagnósticos finales totales de los casos de abdominalgias.

Por último, de los 10 pacientes que consultaron por un problema de mareo o de vértigo, dos correspondieron a un trastorno psiquiátrico como diagnóstico final.

### Análisis de los diagnósticos finales

Se analizan las características de las cuatro categorías o grupos de diagnóstico final en los que se han agrupado los pacientes: enfermedad orgánica, síntomas abdominales inespecíficos, síntomas neurológicos inespecíficos y patología psiquiátrica. Los pacientes incluidos en el grupo de miscelánea no se consideraron en este análisis.

La tabla 2 muestra la relación entre el diagnóstico final y el sexo. Existen diferencias significativas, de manera que en los pacientes con trastornos psiquiátricos predominan las mujeres en 18 de 26 casos (69,2%) respecto a los varones en 8 de 26 casos (30,8%), así como en los casos de síntomas abdominales inespecíficos y neurológicos. Esta tendencia no se observa en los pacientes diagnosticados de enfermedad orgánica.

En cuanto a la relación entre diagnóstico final y antecedentes patológicos (tabla 3) los enfermos con antecedentes psiquiátricos, en nuestra muestra, todos fueron diagnosticados de trastorno psiquiátrico y los que tienen una enfermedad orgánica con frecuencia presentan antecedentes de enfermedad orgánica (27 casos de 39 [69,2%]) y nunca psiquiátrica.

Respecto al diagnóstico final y el destino final del paciente (tabla 4), destaca la necesidad de ingreso hospitalario de hasta 13 (50%) de los 26 pacientes que presentaban trastornos psiquiátricos. En cambio, sólo 10 (11,8%) de los 85 pacientes con enfermedad orgánica requirieron dicho ingreso.

En relación al diagnóstico final y la edad, los pacientes con trastorno psiquiátrico tienen una media de edad superior (14,99 años) a los otros 3 grupos (enfermedad orgánica 13,89 años, síntomas abdominales inespecíficos, 13,8 años, y síntomas neurológicos inespecíficos, 13,91 años) ( $p < 0,05$ ).

### DISCUSIÓN

Existe una escasa información acerca de la utilización, por parte de los adolescentes, de los servicios de urgencias hospitalarios en nuestro país. La adolescencia es una etapa de "buena salud" y, por lo tanto, de poca utilización de estos servicios médicos. Pero los jóvenes entre

12 y 18 años presentan en muchas ocasiones comportamientos de riesgo que originan lesiones o enfermedades que requieren un servicio de urgencias<sup>1,2</sup>.

La adolescencia es una etapa diferente a la del adulto y a la de la infancia y, por lo tanto, necesita que el diagnóstico de su proceso se enfoque de forma distinta a la del resto de etapas de la vida<sup>3-5</sup>.

En nuestra serie, al igual que en la mayoría de estudios sobre enfermedades del adolescente, se observa que los traumatismos y todos los procesos derivados de ellos son la principal causa de consulta<sup>2,6,7</sup>, lo cual representa en nuestra muestra hasta el 50%. Nosotros hemos excluido dicha patología y nos hemos centrado en el estudio de los "otros" motivos de consulta urgentes que tienen los adolescentes, que pensamos que son los que obligan a los pediatras a un mayor esfuerzo diagnóstico y a una atención más dirigida de forma específica al adolescente. Entre la enfermedad no traumática se observa que hasta el 50% de los adolescentes que consultan presentan como diagnóstico final una enfermedad inespecífica o psiquiátrica, sin causa orgánica clara. Ello probablemente es reflejo de esta etapa compleja de la vida en que tienen lugar múltiples cambios, tanto físicos como psíquicos.

El sexo femenino es el predominante en nuestros pacientes, coincidiendo con otros estudios<sup>8</sup>. Respecto a la distribución por edades nuestros casos difieren de algunos estudios. En nuestra serie la mayoría de casos se sitúan entre los 11,5 y los 12,9 años, siendo distinto en series de otros países<sup>2,8</sup>, donde la mayoría de los pacientes tienen 17 o 18 años. Esta diferencia en la distribución de edades puede explicarse por las diferencias entre los sistemas sanitarios de los países<sup>9</sup>.

En la mayoría de pacientes que consultan por abdominalgias no se llega a un diagnóstico definitivo al final de la visita. Este hecho puede explicarse por varios factores: etiología funcional frecuente como causa de estas abdominalgias, así como enfermedades en las cuales el pediatra piensa con menos frecuencia como son los trastornos ginecológicos. En relación con el punto anterior destaca el bajo porcentaje de estos últimos (enfermedades de transmisión sexual, embarazos ectópicos, entre otras) encontrada en nuestros casos, a diferencia de casi todas las series de otros países<sup>2,8,10</sup>, donde dichas alteraciones adquieren cada vez mayor relevancia, tanto por su frecuencia como por sus complicaciones. Esta diferencia puede explicarse en parte por el inicio más precoz de las relaciones sexuales y en parte por un posible defecto en el reconocimiento de esta enfermedad.

Respecto a la intoxicación por drogas no puede tampoco descartarse que se infradiagnostique en nuestra serie. Ante un paciente estuporoso o en estado somnoliento, trastornos bruscos de carácter o neurológicos, la intoxicación por drogas ha de constar en el diagnóstico diferencial.

Los antecedentes patológicos, en nuestra serie, tienen tendencia a condicionar los motivos de consulta. Los pacientes con antecedentes psiquiátricos consultan más por trastornos de este tipo que los que presentan un antecedente de una enfermedad orgánica. Posiblemente, los pacientes con enfermedad orgánica, sobre todo de tipo crónico, presentan alteraciones psíquicas debido a la dependencia de su enfermedad (diabéticos, asmáticos, reumáticos, etc.), pero no consultan en urgencias por estos otros motivos y con toda probabilidad los manifiestan a su médico habitual.

Respecto al ingreso hospitalario, los adolescentes tienen un porcentaje mayor de ingresos que otros grupos de edades de forma que, en nuestro hospital, el porcentaje de adolescentes que ingresan tras la visita de urgencias es del 17%, mientras que el de ingresos generales se sitúa en el 5%. Entre los pacientes adolescentes, los que con más frecuencia ingresan son los que presentan una patología psiquiátrica. Las características propias de nuestro hospital, que es centro de referencia de psiquiatría infantil, puede explicar el elevado porcentaje de pacientes psiquiátricos atendidos así como la elevada tasa de hospitalización de éstos.

En general, se utilizan pocas exploraciones complementarias y el diagnóstico se basa principalmente en la historia clínica realizada al adolescente. Dicha historia debe realizarse en un contexto adecuado, como parte de la entrevista sin la presencia de los padres y creando el mayor clima de confianza posible, lo cual permitirá descartar procesos que de otro modo podrían pasar desapercibidos.

En conclusión, este trabajo pone de manifiesto que los adolescentes que acuden a un servicio de urgencias hospitalario presentan una patología diferenciada, con un porcentaje nada insignificante de alteraciones psíquicas o de síntomas inespecíficos. Una anamnesis especialmente dirigida a ellos será capaz con frecuencia de orientar el diagnóstico, permitirá descartar posibles conductas o actitudes origen del trastorno y ayudará a efectuar un correcto enfoque terapéutico, bien sea en el mismo servicio de urgencias o dirigiendo el paciente a otros recursos de atención extrahospitalaria.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Seidel JS. Emergency medical services and the adolescent patient. *J Adolesc Health* 1991; 12: 95-100.
2. Ziv A, Boulet JR, Slap GB. Emergency department utilization by adolescents in United States. *Pediatrics* 1998; 101: 987-994.
3. Simpson N, Jones R. Adolescent health services. *Arch Dis Child* 1998; 78: 195.
4. Ginsburg KR, Slap GB, Cnaan A, Forke CM, Basley CM, Dionne RM. Adolescents' perceptions of factors affecting their decisions to seek health care. *JAMA* 1995; 273: 1913-1918.

5. Klein JD, Slap GB, Elster A, Schonberg SK. Access to health care for adolescents: a position paper for the Society for Adolescent Medicine. *J Adolesc Health* 1992; 13: 162-170.
6. Svenson JE, Nypaver M, Calhoun R. Pediatric prehospital care: Epidemiology of use in a predominantly rural state. *Pediatr Emerg Care* 1996; 12: 173-179.
7. Krauss BS, Harak T, Fleisher GR. The spectrum and frequency of illness presenting to a pediatric emergency department. *Pediatr Emerg Care* 1991; 7: 67-71.
8. Lehmann CU, Barr J, Kelly PJ. Emergency department utilization by adolescents. *J Adolesc Health* 1994; 15: 485-490.
9. Wood DL, Hayward RA, Corey CR, Freeman HE, Shapiro MF. Access to medical care for children and adolescents in the United States. *Pediatrics* 1990; 86: 666-673.
10. Melzer-lange M, Lye PS. Adolescent health care in a pediatric emergency department. *Ann Emerg Med* 1996; 27: 633-637.