

Características de la consulta de los adolescentes en un servicio de emergencia

Susana Grunbaum¹, Ana Laura Casuriaga², Carolina Durán¹, Agustina Minut¹, Gustavo Giachetto²

Resumen

Introducción: Durante la adolescencia la carga de enfermedad es menor a la de otras etapas, de todos modos la morbimortalidad por causas externas, potencialmente evitables es importante. Conocer el perfil de las consultas de los adolescentes en servicios de emergencia (SE) constituye un insumo para mejorar la calidad asistencial. El objetivo de trabajo es describir la frecuencia y características de las consultas en el SE y los motivos de hospitalización de los adolescentes de 10 a 19 años usuarios de un prestador de salud privado de Montevideo, Uruguay. **Métodos:** Estudio descriptivo, retrospectivo, de los adolescentes que consultaron entre el 1/12/14 y 30/11/15. Variables: edad, sexo, motivo de consulta, fecha y hora de la consulta, diagnóstico y destino al egreso, frecuencia y causas de hospitalización. **Resultados:** Se incluyeron 5242 adolescentes, media de edad 14 años, 54% sexo femenino, 57% adolescentes tempranos. Motivos de consulta más frecuentes: síntomas relacionados al aparato locomotor 23,8%, generales e inespecíficos 13%, respiratorios 12,7% y digestivos 12%. Los problemas de salud mental representaron 1,7% de las consultas. Fueron hospitalizados 5% (n=248); los principales motivos fueron patología digestiva (n=87) y problemas de salud mental (n=40). **Conclusiones:** Una proporción importante de las consultas se atribuyeron a causas prevenibles mediante estrategias de promoción de salud. A pesar de la baja frecuencia de hospitalizaciones, los problemas de salud mental constituyen una de las principales problemáticas. Futuros estudios son necesarios para profundizar el conocimiento de este grupo y generar insumos para mejorar la gestión hospitalaria.

Palabras clave: adolescentes; motivos de consulta; servicios de emergencia

Abstract

Introduction: Disease burden during adolescence is lower than in other ages, nevertheless, morbi-mortality due to potentially avoidable external causes is important. Knowing the profile of adolescents who visit the emergency department (ED) is an input to improve quality of care. The aim of this study was to describe the frequency and characteristics of the ED visits, as well as the causes of hospital admissions of adolescents between 10 and 19 years old who attend a private health care center in Montevideo, Uruguay. **Methods:** A descriptive, retrospective study, of adolescents who visited the ED department between 12/1/14 and 11/30/15. Variables analyzed included age, sex, reasons for consultation, date and time of visit, diagnose and destination when discharged, frequency and causes of hospital admissions. **Results:** 5242 adolescents were included, average age 14 years, 54% female, and 57% early adolescents. The most frequent reasons for consultation were: symptoms related to the locomotor system 23.8%, general and unspecific symptoms 13%, respiratory symptoms 12.7%, and digestive symptoms 12%. Mental health issues represented 1.7% of visits. 5% were admitted (n=248); the main issues were digestive pathology (n=87) and mental health problems (n=40). **Conclusions:** An important proportion of visits were attributed to preventable causes through health promotion strategies. Mental health issues are one of the main problems, despite the low hospital admission rate. Future studies to increase the knowledge of this group and create tools to improve hospital managing are necessary.

Keywords: adolescents; reasons for visit; emergency department.

Fecha de envío: 15 de febrero de 2018 - Fecha de aceptación: 27 de septiembre de 2018

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la adolescencia como la etapa de la vida comprendida entre los 10 y los 19 años,

dividiéndose en temprana entre los 10 y 14 años y tardía de 15 a 19 años (Anthony, 2011; OMS, 2016). La razón para esta división deriva del concepto que cada subgrupo presenta características específicas que afectan sus necesidades en salud. (Ziv *et al.*, 1998).

(1) Departamento de Atención Integral de Pediatría y Adolescencia, Asociación Española

(2) Departamento de Atención Integral de Pediatría y Adolescencia, Asociación Española. Clínica Pediátrica "C", Facultad de Medicina, Universidad de la República.

Autor de correspondencia: anitacasuriaga7@gmail.com



El cambio de paradigma de considerar a la adolescencia como una etapa de transición entre la niñez y adultez, a un período de desarrollo humano con características propias, revela la necesidad de conocer mejor este momento de la vida (Krauskopf, 2011). Consiste en una etapa colmada de descubrimientos personales, tanto físicos como mentales, así como un camino con preocupaciones, dudas y temores; período caracterizado por rápidos y múltiples cambios que afectan las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales de la persona (Hidalgo *et al.*, 2005; Pasqualini & Llorens, 2010).

Las características propias del desarrollo normal de los adolescentes (sentimientos de invencibilidad, falta de experiencia y madurez, necesidad de aprobación por sus pares y de explorar el mundo), promueven la exposición a situaciones de riesgo. Como consecuencia los adolescentes constituyen un grupo especialmente vulnerable, frecuentemente expuestos a situaciones que amenazan su salud (Elster & Kuznets, 1994; Hidalgo *et al.*, 2005).

Si bien la prevalencia de enfermedad es menor en los adolescentes, existe una importante morbimortalidad por causas externas y evitables como siniestros, intentos de autoeliminación, consumo de sustancias, entre otros. La mayoría de estos problemas están relacionados con sus hábitos y estilos de vida, siendo por ello prevenibles. Los profesionales sanitarios cumplen un rol fundamental en realizar una adecuada educación para la salud en los diferentes círculos que rodean al adolescente, sumado a un abordaje de salud integral, personalizado, multidisciplinario e intersectorial (Hidalgo *et al.*, 2005).

Las consultas de los adolescentes en los Servicios de Emergencia (SE) representan aproximadamente el 15% del total de consultas del grupo etario de 0 a 19 años (Melzer-Lange & Lye, 1996; Ziv *et al.*, 1998). Hasta la fecha existen escasas comunicaciones nacionales y son pocos los datos registrados a nivel internacional que permitan conocer las características de estas consultas (Ziv *et al.*, 1998).

Esta información es indispensable para colaborar con el diseño de políticas de salud que contribuyan a disminuir la morbimortalidad.

Uruguay es un país de renta media, con una población de 3444000 habitantes, de los cuales cerca de la mitad habitan en Montevideo su capital. En el año 2007 se implementó en el país el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS). El mismo está conformado por prestadores integrales de salud públicos y privados y tiene como objetivo la universalización de la cobertura de atención en salud a toda la población en niveles de accesibilidad homogénea a prestaciones integrales. Los usuarios pueden optar por un prestador integral de salud público o privado. (Giedión *et al.*, 2014)

La institución donde fue realizado el estudio (Asociación Española) es un prestador integral privado del SNIS de Montevideo Uruguay que cuenta con 188000 usuarios, de los cuales 19185 corresponden a adolescentes de entre 10 a 19 años. Es uno de los prestadores privados del país con mayor número de usuarios y que brinda cobertura a una población heterogénea mayoritariamente de clase media.

Para la atención de niños y adolescentes dispone de un SE centralizado, que asiste 12000 consultas anuales de adolescentes. El área de internación cuenta con 36 camas y posee un área especialmente diferenciada para la hospitalización de los adolescentes. El porcentaje anual de admisiones adolescentes es 8%.

Conocer las características de las consultas en emergencia, fundamentalmente de los grupos de mayor riesgo o vulnerabilidad constituye un valioso insumo para mejorar la gestión clínica y por tanto la calidad asistencial.

Objetivo

El presente estudio se realizó con el objetivo de describir la frecuencia y características de las consultas en el servicio de emergencia (SE) así como los motivos de admisión hospitalaria de los adolescentes de 10 a 19 años usuarios de un prestador integral de salud privado de Montevideo, Uruguay.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo en el que se incluyeron los adolescentes de 10 a 19 años que consultaron en el SE de la Asociación Española, entre el 1° de diciembre del 2014 y el 30 de noviembre del 2015. La selección de la muestra fue realizada por conveniencia, incluyendo las consultas realizadas la primera y tercera semana de cada mes. Los adolescentes de 10 a 14 años fueron asistidos en el SE pediátrico y los adolescentes de 15 a 19 años en el SE de adultos.

Las variables analizadas fueron: edad, sexo, motivo de consulta, día, hora y mes de la consulta, diagnóstico al egreso y destino. En los pacientes que requirieron admisión hospitalaria: frecuencia, lugar y causas de hospitalización.

Tanto los motivos de consulta como los diagnósticos al egreso fueron agrupados mediante la Clasificación Internacional de la Atención Primaria (CIAP - 2). La CIAP-2 permite la clasificación por "episodios de atención" e incluye el motivo de consulta expresado por el paciente, problemas de salud detectados por el equipo de salud e intervenciones o procedimientos del proceso de atención (Juncosa & Gervás, 2005; OMS, 2011). Se utilizó dicha clasificación para permitir su comparabilidad con otros estudios.

Se consideraron 2 grupos etarios: 10 a 14 años y 15 a 19 años. El horario de consulta se clasificó en matutino (8:00 a 16:00 h), vespertino (16:01 a 00 h) y nocturno (00:01 a 07:59 h).

La fuente de datos fueron los registros de admisión hospitalaria (Departamento de Estadística) y las historias clínicas. Para la recolección de datos se utilizó una ficha precodificada.

El protocolo de investigación fue aprobado por el comité de ética de la institución. Se resguardó el anonimato y la confidencialidad de la información.

Las variables continuas se describieron mediante media, mediana y rangos y las discretas con frecuencias absolutas y relativas. El análisis de datos se realizó con el programa Epi Info 7 (Centers for disease control and prevention, 2018).

Resultados

Durante el período de estudio se incluyeron 5242 adolescentes, 54% (n=2844) de sexo femenino y 46% (n=2398) de sexo masculino. El 57% (n=2973) tenían entre 10 y 14 años y el 43% (n=2269) entre 15 y 19 años. La media y la mediana de edad fue 14 años (rango 10 - 19 años). El número total de consultas en el SE en el período de estudio fue de 11040, 6102 adolescentes tempranos y 4938 adolescentes tardíos.

Consultaron en el horario nocturno 6,5 % (n=341), matutino 44,5% (n=2337) y vespertino un 49% (n=2564). El lunes fue el día de la semana con mayor registro de consultas 17,6% (n = 923) y el domingo con menor número de consultas 11,6% (n = 595). La distribución de consultas por día de la semana se muestra en la figura 1.

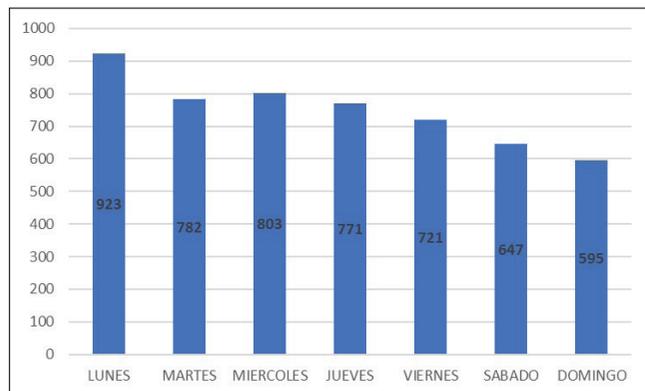


Figura 1: Distribución diaria de las consultas de adolescentes en el Servicio de Emergencia de un prestador de salud privado de Uruguay en el periodo 2014-2015.

El otoño (marzo, abril y mayo) fue la estación del año con mayor registro de consultas con un 28%, y el verano (diciembre, enero y febrero) el de menor, con un 20%.

Los síntomas relacionados al aparato locomotor representaron el 23,8% (n=1248) el principal motivo de consulta en todos los meses del año y en ambos sexos, con predominio en adolescentes tempranos 62% (n=774) y sexo masculino 54% (n=674). Los síntomas generales e inespecíficos representaron el 13% (n=684), respiratorios 12,7% (n=668) y digestivos 12% (n=663). Los motivos de consulta, sus frecuencias y distribución por sexo y grupo etario se muestran en tablas 1 y 2. El desglose de los principales motivos de consulta se muestra en tabla 3.

Tabla 1: Motivos de consulta de los adolescentes en el Servicio de Emergencia de un prestador de salud privado de Uruguay en el período 2014 - 2015.

MOTIVO DE CONSULTA	FA	FR
Aparato Locomotor	1248	23,8%
Problemas generales/inespecíficos	684	13,1%
Aparato Respiratorio	668	12,7%
Aparato Digestivo	633	12,1%
Piel y Faneras	466	8,9%
Ginecológicos	353	6,7%
Sistema Nervioso	280	5,3%
Aparato Auditivo	227	4,3%
Ojo y Anexos	200	3,8%
Aparato Urinario	123	2,4%
Procedimiento administrativo	110	2,1%
Salud Mental	90	1,7%
Aparato Genital Masculino	55	1,1%
Odontología	41	0,8%
Hematológico, Inmunitario	38	0,7%
Aparato Circulatorio	22	0,4%
Ap. Endocrino Metabólico	4	0,1%
TOTAL	5242	100%

FA: frecuencia absoluta, FR: frecuencia relativa

Tabla 2: Motivos de consulta adolescente más frecuentes en un prestador de salud privado de Uruguay y su distribución por grupo etario y sexo en el período 2014 - 2015.

MOTIVO DE CONSULTA	Adolescente Temprano FA, (%)	Adolescente Tardío FA, (%)	Sexo Masculino FA, (%)	Sexo Femenino FA, (%)
Ap. Locomotor	779 (62)	469 (38)	677 (54)	571 (46)
Problemas generales/ inespecíficos	386 (56)	298 (44)	336 (49)	348 (51)
Ap. Respiratorio	438 (66)	230 (34)	315 (47)	353 (53)
Ap. Digestivo	373 (59)	260 (41)	282 (45)	351 (55)

FA: frecuencia absoluta

Tabla 3: Desglose de los motivos de consulta más frecuentes de consulta adolescente en un prestador de salud privado de Uruguay y su distribución por sexo y grupo etario en el período 2014-2015.

MOTIVO DE CONSULTA	Sexo Masculino FA, (%)	Sexo Femenino FA, (%)	Adolescente Temprano FA, (%)	Adolescente Tardío FA, (%)
Aparato Locomotor				
Traumatismo miembro superior	218 (60,5)	142 (39,5)	253 (70)	107(30)
Traumatismo miembro inferior	221 (58)	158 (42)	242 (64)	137 (36)
Contractura cervical	7 (50)	7 (50)	7 (50)	7 (50)
Dolor articular	174 (46)	203 (54)	222 (59)	155 (41)
Lumbalgia	57 (48)	61 (52)	55 (47)	63 (53)
Problemas generales/inespecíficos				
Fiebre	96 (47)	109 (53)	130 (64)	74 (36)
Malestar general	33 (37,5)	55 (62,5)	47 (53)	42 (48)
Dolor no especificado	78 (51)	76 (49)	80 (52)	74 (48)
Dolor torácico	42 (70)	18 (30)	33 (55)	27 (45)
Politraumatismos	43 (67)	21 (33)	32 (50)	32 (50)
Reacción alérgica	21 (47)	24 (53)	23 (51)	22 (49)
Anorexia	10 (44)	13 (56)	18 (78)	5 (22)
Lipotimia	6 (33)	12 (67)	11 (61)	7 (39)
Intoxicaciones	4 (36)	7 (64)	4 (36)	7 (64)
Mareos	3 (19)	13 (81)	8 (50)	8 (50)
Aparato Respiratorio				
Faringitis	68 (47)	125 (57)	140 (64)	79 (36)
Infección Respiratoria Aguda Alta	71 (55)	76 (53)	89 (62)	55 (38)
Asma	53 (45)	59 (45)	97 (75)	33 (25)
Tos	15 (55)	64 (55)	78 (67)	39 (33)
Neumonía	12 (63)	12 (45)	15 (55)	12 (45)
Laringitis	2 (17)	7 (37)	12 (63)	7 (37)
Sinusitis		10 (83)	7 (58)	5 (42)
Aparato Digestivo				
Dolor abdominal	200 (44)	251 (56)	264 (58)	187 (42)
Diarrea	16 (50)	16 (50)	12 (37,5)	20 (62,5)
Vómitos	53 (42)	72 (58)	78 (62)	47 (38)
Hemorragia digestiva	7 (41)	10 (59)	13 (76)	4 (24)
Estreñimiento	6 (75)	2 (25)	5 (62,5)	3 (37,5)
Salud Mental				
Intento de autoeliminación				
Consumo problemático de sustancias	5 (29)	12 (71)	5 (29)	12 (71)
Crisis de pánico	9 (35)	17 (65)	18 (69)	8 (31)
Depresión	6 (60)	4 (40)	1 (10)	9 (90)
Heridas autoinflingidas	1 (12,5)	7 (87,5)	2 (25)	6 (75)
Otros	3 (50)	3 (50)	0	6 (100)
	4 (17)	19 (83)	2 (9)	21 (91)

FA: frecuencia absoluta

Las consultas por patología respiratoria predominaron en otoño-invierno y la patología general e inespecífica en primavera-verano. Los principales motivos de consulta y su distribución de acuerdo a la estación del año se muestran en tabla 4.

Los problemas de Salud Mental representaron el 1,7% (n=90) de las consultas y predominaron en adolescentes tardíos, de sexo femenino (69%, n=62). El principal motivo de consulta por problemas de salud mental fue el consumo problemático de sustancias (29%, n=26). Se observó un predominio en el consumo de alcohol (77%, n=20) y marihuana (23%, n=6).

En el 52% (n=2726) de los adolescentes no se registró el diagnóstico al egreso. El 52% (n=1417) de ellos fueron adolescentes tardíos asistidos en el SE de adultos.

Tabla 4: Motivos de consulta adolescente más frecuentes en un prestador de salud privado de Uruguay y su distribución estacional en el período comprendido 2014-2015.

MOTIVO DE CONSULTA	Otoño - Invierno FA, (%)	Primavera – Verano FA, (%)
Ap. Locomotor	675 (54)	573 (46)
Problemas generales/ inespecíficos	332 (49)	352 (51)
Ap. Respiratorio	420 (63)	248 (37)
Ap. Digestivo	337 (53)	296 (47)

FA: frecuencia absoluta

Los diagnósticos al egreso más frecuentes correspondieron a patología de aparato respiratorio 25% (n=621), del aparato locomotor 24% (n=612), del aparato digestivo 14% (n=353) y patología de piel y faneras 11% (n=268).

Fueron hospitalizados el 5% (n=248) y derivados a policlínica el 1% (n=56). Se otorgó alta domiciliaria al 94% (n=4938) de los pacientes.

En el grupo de adolescentes hospitalizados el 95% (n=235) ingresó en la institución y el 5% (n=13) fueron derivados a clínicas psiquiátricas: todos los adolescentes tardíos que consultaron por consumo problemático de sustancias.

Los principales motivos de hospitalización fueron patología digestiva 35% (n=87) principalmente probable cuadro agudo de abdomen y problemas de salud mental 16% (n=40) (Tabla 5). En el caso de los pacientes hospitalizados por problemas de salud mental, 27/40 pacientes fueron ingresados en la institución y 13/40 en clínicas psiquiátricas.

Tabla 5: Motivos de admisión hospitalaria adolescente desde el Servicio de Emergencia de un prestador de salud privado de Uruguay en el período 2014-2015.

Motivos de Admisión	FA	FR
Aparato Digestivo	86	34,7%
Salud Mental	40	16,1%
Sistema Nervioso	26	10,5%
Aparato Locomotor	24	9,7%
Aparato Respiratorio	20	8,0%
Piel y Faneras	12	4,9%
Patología inespecífica	8	3,2%
Aparato Urinario	7	2,8%
Sin diagnóstico	6	2,5%
Aparato Endocrino Metabólico	5	2,0%
Aparato Genital Masculino	4	1,6%
Aparato Circulatorio	3	1,2%
Ginecológicos	2	0,8%
Problemas generales/inespecíficos	2	0,8%
Aparato Auditivo	1	0,4%
Procedimiento administrativo	1	0,4%
Hematológico, Inmunitario	1	0,4%
TOTAL	248	100,0%

FA: frecuencia absoluta, FR: frecuencia relativa

Los motivos de admisión en la institución por problemas de salud mental fueron: los Intentos de Autoeliminación 63% (n=17) y el consumo problemático de sustancias 37% (n=10), la mayoría de estos pacientes eran de sexo femenino 89% (n=24) y adolescentes tempranos 74% (n=20). Los pacientes hospitalizados por consumo problemático de sustancias consumieron mayoritariamente alcohol (n=8) y marihuana (n=2).

No se registraron fallecimientos durante el período de estudio.

Discusión

Esta es la primera comunicación en la que se analizan los motivos de consultas y sus características en un SE en la que se incorporan aspectos de la continuidad asistencial como el destino al egreso de los adolescentes. A pesar de las limitaciones relacionadas con la selección de la muestra que no fue realizada en forma aleatoria sino por conveniencia, se incluyó un número importante de adolescentes de todas las edades que consultaron a lo largo del año. Por tanto, los resultados permiten realizar inferencias respecto a la asistencia de esta población en este prestador integral de salud privado.

En Uruguay existen escasas comunicaciones de la temática. En un estudio previo realizado por Maurente y cols. fueron incluidos

adolescentes tempranos tanto del subsector público como privado y no se observaron diferencias significativas en la distribución de las consultas ni en los motivos de consulta de los adolescentes. (Maurente *et al.*, 2017)

En el presente estudio se observó un ligero predominio en las consultas de adolescentes de sexo femenino coincidiendo con comunicaciones internacionales (Peñas *et al.*, 1990; Quesada *et al.*, 1996)

Los días lunes y en horario vespertino fueron los momentos de mayor demanda asistencial, coincidente con datos internacionales. (Melzer-Lange & Lye, 1996; Quesada *et al.*, 1996; Ziv *et al.*, 1998). Esto representa un insumo importante para la gestión clínica ya que es necesario adecuar los recursos humanos en función de la demanda asistencial.

Al comparar el número de consultas en función de la edad de los adolescentes, se observó una diferencia entre adolescentes tempranos y tardíos. La menor proporción de consultas en los adolescentes tardíos puede estar vinculada a las características propias del comportamiento de este grupo etario. A mayor edad el grado de autonomía se incrementa, aumenta la independencia y capacidad para evaluar riesgos y tomar decisiones. (Hidalgo *et al.*, 2005; Maurente *et al.*, 2017). De todos modos, es necesario en futuros estudios complementar este análisis con un diseño cualitativo que permita una aproximación a los motivos por los cuales utilizan menos SE y como resuelven sus problemas de salud.

La falta de registro de diagnóstico al egreso constituye una limitante para el análisis de los datos y a la vez un importante problema asistencial que requiere profundización. Es importante destacar que la mayoría de estos casos correspondieron a adolescentes tardíos que fueron asistidos en el SE de adultos y/o requirieron interconsulta con especialistas en sectores externos a la emergencia. Estos hallazgos coinciden con los observados en el estudio multicéntrico publicado en el año 2017 en nuestro medio por Maurente y cols. (Maurente *et al.*, 2017). La calidad del registro en la historia clínica por parte del equipo de salud es un indicador de calidad asistencial que tiene implicancias médico legales y sobre la seguridad del paciente. Es necesario trabajar con el equipo asistencial en la identificación de las causas de este problema como parte del proceso de mejora continua del proceso asistencial.

Al igual que lo observado en otros estudios, los problemas vinculados al aparato locomotor y dentro de estos los traumatismos, fueron el principal motivo de consulta de los adolescentes en todos los meses del año, presentándose mayoritariamente en el sexo masculino (Melzer-Lange & Lye, 1996; Quesada *et al.*,

1996; Ziv *et al.*, 1998; Maurente *et al.*, 2017). Los adolescentes se caracterizan por realizar intensa actividad física y deportes de contacto, lo que conlleva a un mayor riesgo de traumatismos y lesiones. A pesar de ello, esta patología representó una causa poco frecuente de hospitalización. Esto permite inferir que en la mayoría de los casos se trataba de traumatismos o injurias de leve entidad. Es necesario profundizar sobre las circunstancias y tipos de traumatismos para desarrollar estrategias apropiadas para su prevención y a la vez capacitar al equipo de salud para mejorar su abordaje integral.

Un alto porcentaje de adolescentes consultaron por problemas generales e inespecíficos, abarcando gran diversidad de motivos que acercan a los adolescentes a los SE. Los más frecuentes fueron el malestar general, los dolores no especificados, la fiebre y las intoxicaciones. En muchas ocasiones estos representan quejas somáticas que actúan como móvil para el contacto con el servicio de salud. Algunos de estos síntomas son factores predictores del desarrollo de trastornos mentales subyacentes (Hidalgo *et al.*, 2005). Mantener un alto índice de sospecha, diferenciando cuál es la demanda explícita que hace el adolescente y el problema implícito y real, logra realizar una detección precoz y oportuna de los pacientes con trastornos mentales.

En los últimos 20 a 30 años la prevalencia de los problemas de salud mental en la adolescencia ha aumentado. (Anthony, 2011; Grunbaum *et al.*, 2012; Pérez *et al.*, 2017). En este estudio, solamente un 1,7% expresó como motivo de consulta explicitó problemas relacionados a Salud Mental, sin embargo, representaron la segunda causa de hospitalización. La mayoría correspondieron a intentos de autoeliminación, autolesiones e ideas de muerte predominando en adolescentes de sexo femenino.

Uruguay presenta una de las tasas de mortalidad por suicidio más elevada del continente, observándose en los últimos años un aumento constante y sistemático de la misma en todas las franjas etarias, lo que constituye un problema de salud pública. En un estudio realizado en el país por el Programa Nacional de Salud de la Adolescencia y Juventud del Ministerio de Salud en el año 2009, los suicidios constituyeron la segunda causa de muerte, luego de los siniestros de tránsito en esta franja etaria. La tasa de mortalidad por suicidio es de 10 cada 100000 adolescentes y jóvenes. (Grunbaum *et al.*, 2009)

Datos nacionales disponibles reflejan que la mayoría de los suicidios entre los 10 y 24 años ocurren en varones, a pesar que la mayoría de los intentos de autoeliminación ocurren en el sexo femenino (Grunbaum *et al.*, 2009; Pérez *et al.*, 2017).

En función de las consideraciones realizadas en relación a los motivos de consulta explícitos e implícitos es necesario profundizar en estos resultados complementando la información mediante diseños transversales o prospectivos con metodología cualitativa ya que es posible que los datos relacionados a la frecuencia de consultas por problemas de salud mental en adolescentes esté subestimado y se incluyan en la categoría de síntomas inespecíficos. Es importante destacar que la detección temprana de los trastornos mentales es imprescindible para poder disminuir esta importante causa de morbimortalidad.

Las hospitalizaciones de adolescentes son poco frecuentes, según reportes nacionales e internacionales la prevalencia varía entre 3 y 5% (Ziv *et al.*, 1998; Maurente *et al.*, 2017). En este estudio el 5% de los adolescentes que consultaron fueron hospitalizados.

La hospitalización por problemas de salud mental es un hecho cada vez más frecuente en adolescentes y constituye un problema actual a nivel asistencial por varios motivos. En primer lugar, existe un importante déficit en la capacitación del equipo de salud para el abordaje de estos adolescentes. Por otro lado, en muchos casos la infraestructura del espacio físico no está preparada para recibir a estos pacientes en forma segura teniendo en cuenta que pueden presentar crisis de excitación psicomotriz, intentos de autoeliminación u otras conductas de riesgo. En muchos casos, la internación constituye una de las pocas herramientas terapéuticas al momento de abordar pacientes con este tipo de patología (Mantilla, 2010).

En esta serie los motivos de hospitalización fueron los intentos de autoeliminación y el consumo problemático de sustancias. Con respecto a los intentos de autoeliminación, según datos obtenidos de la II Encuesta Mundial de Salud Adolescente (GSHS), en Uruguay los adolescentes que consideraron la posibilidad de quitarse la vida fueron el 12,3% del total de la muestra y los que planificaron como hacerlo fueron el 11,2%. La encuesta GSHS muestra además un predominio de intentos de autoeliminación en adolescentes tardíos, lo que es coincidente con la evidencia a nivel mundial que señala que en esta etapa vital los suicidios aumentan con la edad. Esta tendencia no fue percibida en esta serie donde se observa predominio de los intentos de autoeliminación en adolescentes tempranos. (Grunbaum *et al.*, 2009; Grunbaum *et al.*, 2012).

El consumo problemático de sustancias en adolescentes es un problema de gravedad creciente en el país. En esta serie se observó predominio del uso de alcohol y en segundo lugar de marihuana. El consumo de estas sustancias, forma parte de la cotidianidad de los adolescentes. El consumo de alcohol está integrado y legitimado en la vida familiar, lo que puede determinar la reproducción del modelo

por parte de los adolescentes. De acuerdo a los datos obtenidos en la encuesta GSHS en Uruguay siete de cada diez adolescentes declaran haber consumido alcohol alguna vez en su vida y uno de cada diez sobre el nivel de intoxicación sin observar diferencias por sexo. Se destaca a su vez la existencia de consumos diferenciales de acuerdo a la edad y la precocidad con la que los adolescentes se incorporan al consumo de alcohol. Este fenómeno es especialmente relevante dado que por un lado se inicia el consumo en un organismo aún en fases de crecimiento y desarrollo lo que es particularmente nocivo y por otro lado dado que el consumo de alcohol a edades tempranas aumenta la probabilidad de consumo problemático en el futuro así como también del consumo temprano de sustancias ilícitas. En esta serie se observó un predominio de consumo en adolescentes tempranos.

Con respecto al consumo de marihuana, la experimentación con esta sustancia registra una tendencia en aumento, lo que puede asociarse con el descenso de la percepción del riesgo del consumo y con el cambio de las representaciones sociales. De acuerdo a la encuesta GSHS, el 13% de los adolescentes escolarizados han consumido marihuana alguna vez en su vida, sin diferencias significativas por sexo y el 38% de los mismos han consumido esta sustancia más de 10 veces. (Grunbaum *et al.*, 2012)

En Uruguay el consumo de marihuana es legal desde el año 1998 en el que se promulgó la ley 17016. La misma establecía que tanto el consumo como la posesión eran legales siempre y cuando las cantidades fueran para consumo personal pero prohibía todo tipo de producción y comercialización. En el año 2014 se aprobó la ley 19172 de Regulación y Control del mercado de cannabis que tiene como objetivos fundamentales proteger, promover y mejorar la salud pública de la población mediante una política orientada a minimizar los riesgos y a reducir los daños del uso del cannabis. La ley prevé acciones para el control de la producción, comercialización y el uso. (Grunbaum *et al.*, 2012; Fernández *et al.*, 2016)

Si bien el consumo de cannabis ha presentado un aumento progresivo en los últimos años, no hay actualmente disponibles datos de relevamientos posteriores a las modificaciones legales en cuanto a los patrones de consumo.

Se destaca el bajo porcentaje de pacientes que fueron derivados a policlínica al momento del egreso. Teniendo en cuenta el importante déficit en los registros médicos con una gran proporción de insuficiencia en los mismos, este resultado puede estar sesgado. Finalmente, al momento de la realización del estudio no estuvieron disponibles los porcentajes de admisión de los pacientes a sectores de mayor complejidad asistencial como unidades de cuidados intermedios o intensivos. Esto constituye una limitante del estudio

e interfiere en el análisis de la continuidad asistencial. Será necesario en futuros estudios analizar con mayor profundidad el destino al egreso de los pacientes lo que permitirá optimizar la asistencia y la utilización de los recursos disponibles.

Conclusiones

Estos resultados representan un aporte al conocimiento del perfil de las consultas de los adolescentes en el SE y por tanto a la gestión clínica en el abordaje de la atención de los adolescentes en este prestador integral de salud.

Es importante implementar un sistema de auditoría clínica e implementar estrategias para mejorar los registros clínicos y calidad asistencial.

La mayoría de las consultas de adolescentes son por causas potencialmente evitables por tanto prevenibles mediante estrategias de promoción de salud. Resulta fundamental fortalecer la capacitación del personal de salud del SE en la prevención y abordaje de estos problemas de salud.

A pesar de la baja frecuencia de hospitalizaciones, los problemas de salud mental constituyen una de las principales problemáticas. La sensibilización y educación del equipo de salud es fundamental para lograr detectar los problemas de salud mental precozmente, reconociendo signos y síntomas de alarma y lograr un abordaje integral de este grupo de riesgo (Mantilla, 2010).

Los adolescentes siguen siendo para muchos un grupo desconocido. La falta de investigaciones sobre su perfil de salud, su gran diversidad interpersonal y sus cambiantes condiciones a lo largo de la historia, revelan la necesidad de conocer mejor sus características epidemiológicas. Para ello serán necesarios futuros estudios que permitirán profundizar el conocimiento de este grupo etario así como generar insumos para la mejora de la gestión hospitalaria y la optimización de la utilización de los recursos en salud (Millán *et al.*, 2007; Gaete, 2011; Pérez *et al.*, 2017).

Contribuciones de los autores:

SG Diseño del estudio, análisis de resultados, redacción del manuscrito. AC Análisis de resultados, redacción del manuscrito, evaluación estadística. CD Recolección de datos y/o pacientes, análisis de Resultados, redacción del manuscrito. AM Recolección de datos y/o pacientes, análisis de Resultados, redacción del manuscrito. GG Diseño del estudio, análisis de resultados, redacción del manuscrito.

Conflicto de interés:

Los autores declaran no tener conflicto de interés

Bibliografía

Anthony D. (2011). El Estado Mundial de la Infancia de 2011. La adolescencia, una época de oportunidades. Consultado en: https://www.unicef.org/spanish/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Main-Report_SP_02092011.pdf el 10-11-2017.

Centers for disease control and prevention. (2018) Epi Info. Consultado en: <https://www.cdc.gov/epiinfo/pc.html> el 2-3-2018.

Elster A & Kuznets N. (1994). Guía de la AMA para actividades preventivas en el adolescente. Recomendaciones y fundamentos. Estados Unidos, Editorial Williams y Wilkins.

Gaete V. (2011). Atención clínica del adolescente que consulta por un problema de salud. *Rev. Med. Clin. Condes.* **22**, 5-13.

Giedion U, Bitrán R & Tristao I. (2014). Planes de beneficios en salud de América Latina. Una comparación regional. Consultado en: https://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/6484/Planes_de_beneficios_en_salud_de_America_Latina.pdf?sequence=1 el 25-05-2018

Grunbaum S, Graña S, Dogmanas S, Paroli G, Misa A, Altier V, Dogmanas D, Paroli G & Altier V, Serra A. (2009). Suicidio en Adolescentes y Jóvenes de 10 a 24 años. Programa Nacional de salud de Adolescencia y Juventud. Ministerio de Salud Pública. Uruguay. Consultado en: http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/Estudio%20Suicidio%20en%20adolescentes%20y%20j%C3%B3venes%202009.pdf el 10-11-2017

Grunbaum S, Ramírez J & Failache F. (2012). Adolescencias: un mundo de preguntas. II Encuesta Mundial de Salud Adolescente, GSHS. Consultado en: <http://www.msp.gub.uy/publicaci%C3%B3n/adolescencias-un-mundo-de-preguntas-ii-encuesta-mundial-de-salud-adolescente-gshs-2012> el 1-06-18

Hernández E, Dell'Acqua C, Rossi D, Cannizo E & Torres M. (2016). Guía más información, menos riesgos. Consultado en: http://www.infodrogas.gub.uy/images/stories/pdf/guia_masinfoV11_2016_web.pdf el 1-06-18

Hidalgo M, Redondo A & Castellano G. (2005). Medicina de la adolescencia: Atención integral. Barcelona, España, Ergón.

- Juncosa S & Gervás J. (2005). Clasificación CIAP-2. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Accedido en: <https://www.semfyc.es/formacion-y-recursos/biblioteca-virtual/clasificacion-ciap-2/> el 10-11-2017
- Krauskopf D. (2011). El desarrollo en la adolescencia: las transformaciones psicosociales y los derechos en una época de cambios. *Psicología.com* **15**, 1-12. Accedido en: <http://hdl.handle.net/10401/4562> el 10-11-2017.
- Mantilla, MJ. (2010). La construcción de las decisiones de internación psiquiátrica: un análisis de los argumentos psicoanalíticos y los contextos de interacción social. *Intersecciones en antropología* **11**, 145 – 157.
- Maurente L, Ferreira M, Más M, Hernández K, Rimolli A, Castellanos F, Más M, Prego J, Giachetto G & García L (2017). Consulta adolescente en los servicios de emergencia pediátrica. *Rev Méd Urug* **33**, 232-41.
- Melzer-Lange M & Lye P. (1996). Adolescent Health Care in a Pediatric Emergency Department. *Annals of emergency medicine* **27**, 633-637.
- Millán T, Morera I & Vargas N. (2007). Consejería a adolescentes: descripción epidemiológica y motivos de consulta. *Rev Méd Chile* **135**, 457-463
- OMS (2016). Desarrollo en la adolescencia. Accedido en: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/es/ el 10-11-2017
- Pasqualini D & Llorens A. (2010). Salud y Bienestar de Adolescentes y Jóvenes. Una mirada integral. Buenos Aires, Argentina, Organización Panamericana de la Salud.
- Peñas N, Sainz M & Puche N. (1990). Urgencias hospitalarias en los adolescentes. *SEMES* **2**, 121-127.
- Pérez N, Grunbaum S, Texeira S, Álvarez M, Rahi F, Novoa G, Martínez A, Toledo S, Bettini M, Schulze M, Romano S (2017). Protocolo de atención en la adolescencia. Intento de autoeliminación. Administración de los servicios de salud del Estado. Montevideo, Uruguay.
- Quesada M, Bolaños M, Chaves S, Musa L & Soto P. (1996). Características de la Consulta de Emergencias en Hospitales Nacionales. *Acta Pediátrica Costarricense*. **10**, 106-110
- World Health Organization. (2011). International Classification of Primary Care, Second edition (ICPC-2). Ginebra, Suiza. Accedido en: 2011. <http://www.who.int/classifications/icd/adaptations/icpc2/en/> el 10-11-2017.
- Ziv A, Boulet J & Slap G. (1998). Emergency Department Utilization by Adolescents in the United States. *Pediatrics* **101**, 987-94.