

## Adecuación del uso de los servicios médicos de urgencias por parte del paciente adolescente

Adequacy of adolescent patients' use of emergency medical services

Luis Robledo Díaz<sup>1\*</sup> <https://orcid.org/0000-0002-9504-9282>

María Ángeles Duro Fernández<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0003-2813-5065>

Eva Carvajal Roca<sup>2</sup> <https://orcid.org/0000-0003-1338-6072>

Rosa Fornes Vivas<sup>3</sup> <https://orcid.org/0000-0002-7601-0905>

<sup>1</sup>Universidad de Valencia, Departamento de Sociología y Antropología Social. Valencia. España.

<sup>2</sup>Universidad Católica San Vicente Mártir, Departamento de Pediatría, Ginecología y Obstetricia. Valencia. España.

<sup>3</sup>Hospital Católico Universitario La Salud, Servicio de Urgencias de Pediatría. Valencia. España.

\*Autor para la correspondencia: [Luis.Robledo@uv.es](mailto:Luis.Robledo@uv.es)

### RESUMEN

**Objetivo:** Comparar la adecuación de las consultas a urgencias del paciente adolescente que está siendo atendido por el pediatra (12 a 14 años) y los que ya no lo están (15 a 18 años).

**Métodos:** Estudio transversal con pacientes en edades entre 12 y 18 años que acudieron al Servicio de Urgencias del Hospital La Salud de Valencia durante el 2018. Los criterios de adecuación se basaron en el Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias. Las variables de adecuación se describieron mediante frecuencias y como método de comparación se utilizó el test exacto de Fisher y la razón de momios. En todos los casos los contrastes de hipótesis fueron bilaterales, con un nivel de confianza de 95 % y la hipótesis nula (Ho) se rechazó con valor  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Del total de episodios, el 64,9 % (n= 226) fueron adecuados al servicio de urgencias. Esta distribución fue similar dentro de cada uno de los grupos de edad y no se pudo establecer diferencia significativa entre ambos ( $p= 0,283$ ). Se encontraron diferencias significativas en los criterios de intensidad diagnóstica y tiempo de atención por sexos.

**Conclusiones:** Las cifras son indicativas del mal uso del servicio de urgencias por una parte del paciente adolescente, tanto si está siendo seguido por el pediatra como si no. Ello puede ser una señal del vacío asistencial en el que se encuentran estos pacientes.

**Palabras clave:** adolescente; mal uso de los servicios de salud; urgencias médicas; pediatría: estudio comparativo.

## ABSTRACT

**Objective:** Compare the adequacy of emergency consultations of the adolescent patients being cared by the pediatricians (12 to 14 years) and those who are not (15 to 18 years).

**Method:** Cross-sectional study with patients in the ages from 12 to 18 years who attended the Emergency Service of La Salud Hospital in Valencia during 2018. The adequacy criteria were based on the Adequacy Protocol of Hospital Emergencies. Adequacy variables were described by frequencies and Fisher's exact test and odds ratio were used as a comparison method. In all cases, the hypothesis contrasts were bilateral, with a confidence level of 95% and the null hypothesis ( $H_0$ ) was rejected with  $p < 0.05$  value.

**Results:** Of the total episodes, 64.9% (n= 226) were suitable for emergency services. This distribution was similar within each of the age groups and no significant difference could be made between the two ( $p= 0.283$ ). Significant differences were found in the criteria of diagnostic intensity and attention time by gender.

**Conclusions:** The figures are indicative of misuse of the emergency service by a part of the adolescent patients, whether or not they are being followed up by the pediatrician. This may be a sign of the healthcare gap in which these patients are located.

**Keywords:** Adolescent; misuse of health services; medical emergencies; pediatrics: comparative study.

Recibido: 17/09/2020

Aceptado: 28/04/2021

## Introducción

Desde que *Stanley Hall*<sup>(1)</sup> definiera la adolescencia como un período de “tormenta y estrés” la idea de etapa del ciclo vital humano caracterizado por el conflicto, ha sido coincidente en los distintos enfoques que han intentado describirla y explicarla. El hecho mismo de definir sus fronteras de edad ya supone un reto al cual se suele responder de manera distinta según los referentes espaciotemporales y la disciplina que la adopte como objeto de estudio. Así, la *American Academy of Pediatrics*<sup>(2)</sup> considera adolescentes a aquellos con edades comprendidas entre los 11 y 21 años. Por su parte, la Organización Mundial de la Salud la establece entre los 10 y 19 años.<sup>(3)</sup>

Durante esta etapa, marcada por el desarrollo y la maduración de la persona y dada su complejidad, el adolescente no es totalmente capaz de comprender conceptos complejos o de entender las consecuencias de sus actos a largo plazo.<sup>(4)</sup> Quizás por ello, tampoco le da verdadera importancia a la toma de decisiones, especialmente aquellas relacionadas con su salud. Es por esto que el adolescente es un sujeto extremadamente vulnerable e influenciado,<sup>(5)</sup> que tiende a asumir conductas de riesgo como el consumo de alcohol, tabaco u otras drogas,<sup>(6,7)</sup> con la consecuente repercusión negativa en su salud tanto en el presente como en el futuro. Riesgos vinculados, además, con las presiones grupales para empezar a mantener relaciones sexuales a edades cada vez más tempranas.<sup>(8,9)</sup>

Estas conductas pueden tener azarosos y duraderos efectos en la salud y el bienestar del individuo en su etapa adulta. El apoyo de la familia, la comunidad y las instituciones es crucial para minimizar los efectos negativos y poder intervenir en ellos a tiempo. En este sentido, especial importancia cobra la atención primaria por ser el primer punto de contacto del y la adolescente con el sistema sanitario.

En nuestro medio, y más concretamente en la comunidad valenciana, los servicios de salud al adolescente son escasos y desconocidos por gran parte de la población. Actualmente, no se dispone de una atención especializada, orientada e individualizada, que le diferencie de la primera década de la vida.

Los actuales servicios de salud se encuentran con la incapacidad para dar respuesta de manera integral a las necesidades de este grupo de pacientes. Existe una insuficiente preparación de gran parte del personal sanitario a la hora de atender estas necesidades. Incluso falta participación del propio adolescente, tanto por desconocimiento como por el hecho de que gran parte son aún menores de edad, lo cual hace que dependan aún de sus padres o tutores a la hora de consultar y se vea restringida su intimidad e independencia.

La falta de una estrategia específica integral y multidisciplinaria<sup>(3,10)</sup> puede ser causa de que los adolescentes necesiten consultar el servicio de urgencias para solucionar problemas que se podrían atender en consultas de atención primaria. A ello se le suma el hecho de que, aunque el Gobierno Español aprobó en el año 2013 ampliar hasta los 18 años la edad en que los niños pueden ser atendidos en las unidades de pediatría<sup>(11)</sup> la realidad es otra: al cumplir los 15 años, en muchas comunidades autónomas, estos dejan de ser atendidos de forma súbita por el servicio médico que lo ha venido haciendo desde su nacimiento, y pasa a un espacio sanitario de adultos para el que es un extraño. Lo es para sí mismo y para el especialista que tiene que recibir un paciente con esa condición de estar en tierra de nadie: ni es menor ni es adulto.

Por ello el objetivo del presente trabajo se ciñe a comparar la adecuación de las consultas a urgencias del paciente adolescente que está siendo atendido por el pediatra y los que ya no lo están.

## **Métodos**

### **Diseño**

Estudio transversal comparativo en el Servicio de Urgencias del Hospital Católico Universitario La Salud de Valencia. El hospital recibe una media de 72 000 urgencias al año en las especialidades de medicina general, pediatría, traumatología, otorrinolaringología y ginecología.

### **Población de estudio**

Se consideraron criterios de inclusión a pacientes con edades entre 12 y 18 años (ambos inclusive) que acudieron al servicio de urgencias durante el año 2018. Se excluyeron del estudio los pacientes atendidos cuyas historias clínicas estaban incompletas o eran inexistentes

y los atendidos en el servicio de urgencias traumatológicas por dos motivos: primero, porque supone este, por sí mismo, y según la bibliografía,<sup>(8)</sup> un criterio suficiente para justificar la urgencia del episodio; y segundo, por ser esta una especialidad que mantiene una continuidad de atención después de haber cumplido el paciente los 15 años de edad.

### **Tamaño y selección de la muestra**

Para la población total atendida durante el año 2018 que cumplió los criterios de inclusión (N= 2 543), un nivel de confianza de 95 % (Z= 1,96), una varianza poblacional p y q de 50 % y un error permitido de 5 %, se estableció un tamaño de la muestra  $n \geq 334$  para el análisis de las historias clínicas. Se utilizó el método aleatorio simple para la selección de los episodios a analizar. La muestra se dividió en dos grupos. El criterio de agrupación utilizado fue la edad, por ser esta una variable indicativa de aquellos pacientes que aún recibían seguimiento por parte del servicio de pediatría y los que no. El primer grupo estuvo compuesto por pacientes con edades comprendidas entre los 12 y 14 años, ambos inclusive; el segundo, aquellos con edades entre 15 y 18 años, ambos inclusive.

### **Hipótesis**

Se plantea la siguiente hipótesis: las consultas de urgencias no adecuadas a este tipo de episodio del grupo [15, 18] años que ya no son atendidos por el servicio de pediatría son proporcionalmente mayores que en las del grupo [12, 14] años.

En tanto los procesos de maduración tanto fisiológica como de la personalidad llevan un ritmo distinto si se trata de pacientes del sexo femenino a si son del masculino, cabe esperar también un resultado distinto en cuanto a dicha adecuación.

### **Variables y criterios de adecuación**

Como datos generales se tomaron sexo, edad, mes y día de la semana de consulta. Para establecer los criterios de adecuación de urgencias se tomó como base el Protocolo de Adecuación de Urgencias Hospitalarias (PAUH).<sup>(8)</sup> Los criterios de adecuación fueron clasificados en tres dimensiones:

- Criterios de gravedad o tratamiento: pérdida de conciencia, pérdida brusca de visión o audición, fiebre persistente (5 días) no controlada, hemorragia activa, pérdida

brusca de la capacidad funcional de cualquier parte del cuerpo, administración de medicación o fluidos por vía intravenosa, administración de oxígeno.

- Criterios de intensidad diagnóstica: realización de al menos una prueba diagnóstica complementaria (analítica de sangre, analítica de orina, estudio microbiológico, diagnóstico por la imagen y electrocardiograma).
- Otros criterios: permanecer en urgencias más de 12 horas desde que ha sido atendido por primera vez hasta que es dado de alta, ser remitido por un médico de atención primaria, precisar ingreso, tener antecedentes patológicos de interés (ingreso previo en los últimos seis meses, presencia de malformación congénita o presencia de enfermedad crónica).

Se consideró que la consulta en urgencias es adecuada si cumple al menos un criterio.

Se comparó de forma específica el tiempo de atención en urgencias (tiempo que el paciente atendido está en espera de diagnóstico o tratamiento y destino) y el número de pruebas complementarias solicitadas.

### **Fuente de datos**

Los datos se recopilaron de la base de datos del Módulo de Actividad Asistencial de Urgencias (xHis) y del Módulo de Historia Clínica Electrónica (eHC).

### **Análisis estadístico**

Todas las variables de análisis de criterios de adecuación fueron de tipo cualitativa nominal dicotómicas (sí/no según si estaba presente o no). Se describieron mediante frecuencias absolutas y relativas y como método de comparación el test exacto de Fisher. Para el resto de las variables cualitativas se utilizó la prueba de Ji-cuadrada ( $\chi^2$ ) de Pearson. Se calculó una razón de momios para las variables intensidad diagnóstica y tiempo de atención. En todas las pruebas estadísticas se utilizó el sexo como variable perturbadora. Los contrastes de hipótesis fueron bilaterales, se estableció un nivel de confianza de 95 % y la hipótesis nula o de igualdad de proporciones ( $H_0$ ) se rechazó con valor  $p < 0,05$ . El análisis de datos se efectuó con el software IBM SPSS Statistics 24 para Windows.

### **Limitaciones**

Incompleta elaboración del informe de alta del episodio en urgencias o su inexistencia.

## Aspectos médico-legales

Se protegió la privacidad y confidencialidad de la información conforme a la legislación vigente de protección de datos de carácter personal publicada en el Boletín Oficial del Estado Español (Ley Orgánica 15/1999). Para todos los participantes fueron respetadas las normas éticas de actuación formuladas en la declaración de Helsinki de 1964 (modificadas el 5 mayo del 2015) y las normas de la Conferencia Internacional de la Buena Práctica Clínica. Ha sido aprobado, además, por la Comisión Ética y de Investigación Clínica del Hospital Universitario Casa de Salud de Valencia.

## Resultados

### Características generales de la población total

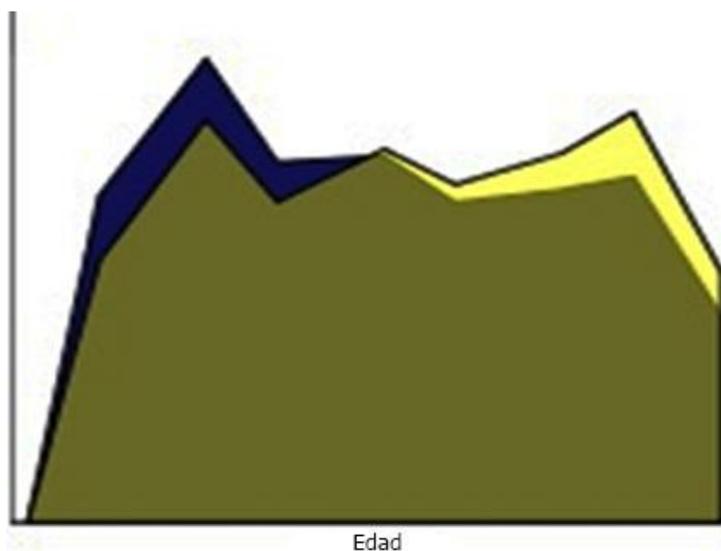
En el año 2018 se atendieron 4848 pacientes con edades comprendidas entre los 12 y los 18 años (ambos inclusive) en el Servicio de Urgencias del Hospital Católico Universitario la Salud de Valencia. De estos, 54,9 % (n= 2662) eran hombres y 45,1 % (n= 2186), mujeres. Los pacientes con edades comprendidas en el intervalo [12, 14] años fueron 57,6 % (n=2793); mientras que 42,4 % (n= 2055) lo estaban en el de [15, 18] años en el momento de la atención. El 49,2 % (n= 2387) se atendió en los servicios de pediatría o medicina interna, según la edad del paciente, y el 47,5 % (n= 2305) en el de traumatología. El resto, 3,2 %, lo fue en los servicios de ginecología 1,7 % (n= 80) y otorrinolaringología 1,6 % (n= 76). Precisó la realización de algún tipo de prueba complementaria 54,8 % (n= 2655). El diagnóstico más frecuente al alta fue el de tipo traumático 49,9 % (n= 2418) seguido por el de etiología infecciosa 24,3 % (n= 1179) y el relacionado con el aparato digestivo 6,6 % (n= 319). Requirieron ingreso hospitalario, 3,4 % (n= 164).

### Características generales de la población de estudio por grupos de edad

De toda la población atendida cumplieron los criterios de inclusión 52 % (n= 2543). De estos, 56,4 % (n=1434) estuvieron comprendidos en el rango de edad [12, 14]; mientras 43,6 % (n= 1109) se hallaron en el de [15, 18].

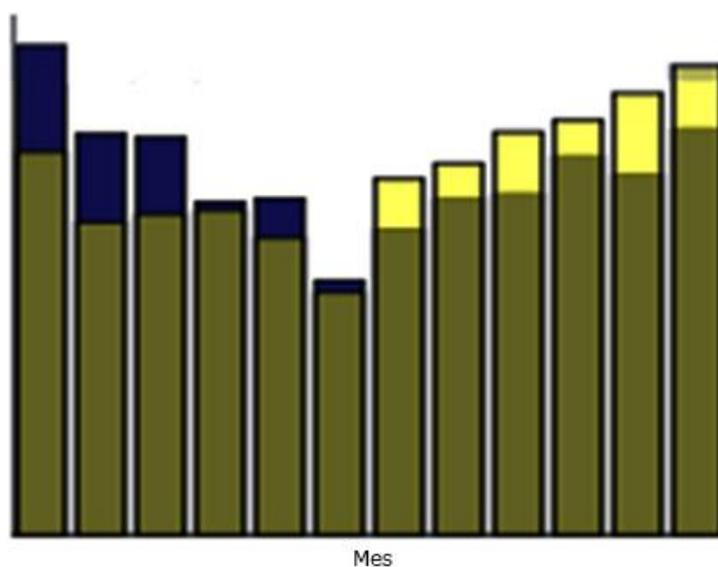
Se halló una diferencia significativa entre ambos ( $p=0,001$ ) en cuanto a la distribución por sexos (Fig.1) donde los hombres constituyeron mayoría en el grupo [12, 14] años (51,5 %) y las mujeres lo son en el grupo [15, 18] (61,6 %).

Así mismo se encontró una diferencia significativa ( $p=0,001$ ) en la distribución por mes de la urgencia al observarse una prevalencia del grupo [12, 14] años en el primer trimestre del año y una afluencia mayor de los [15, 18] años hacia final de año (Fig. 2). No se hallaron diferencias significativas en cuanto al día de la semana.



Los hombres son mayoría en el grupo [12, 14] años (51,5 %). Las mujeres lo son en el grupo [15, 18] (61,6 %).

**Fig. 1** – Distribución de los adolescentes según sexo *versus* edad.



Prevalencia del grupo [12, 14] años en el primer trimestre del año y una afluencia mayor de los [15, 18] años hacia final de año.

**Fig. 2** –Distribución de la urgencia por mes.

En ambos grupos el diagnóstico al alta más frecuente fue el de etiología infecciosa [12, 14] 44,1 %; [15, 18] (48,5 %) seguido del relacionado con el aparato digestivo para los [12, 14] años (14,2 %) y ginecológicos para los [15, 18] años (11,9 %). Las afecciones más prevalentes en el grupo de [12, 14] años fueron las relacionadas con el aparato respiratorio (77,6 %), otorrinolaringología (68,2 %) y digestivo (64,4 %); mientras que en los de [15, 18] son las intoxicaciones (80 %), psiquiatría (72 %) y ginecología (65,7 %). En todos los casos las diferencias encontradas fueron estadísticamente significativas ( $p < 0,05$ ).

### Adecuación de urgencia por grupos de edad

Se revisaron 348 informes de alta de episodios de urgencias que cumplían los criterios de inclusión. De estos, 67,5 % (n= 235) eran de pacientes con edades [12, 14] años, mientras que 32,5 % (n= 113) correspondió a [15, 18] años.

En cuanto a las variables analizadas como criterio para determinar la adecuación o no de las urgencias, el comportamiento de estas queda descrita en la tabla 1.

**Tabla 1** - Criterios de adecuación de urgencias por grupos de edad

Variable	Categoría	(12, 14) años	(15, 18) años	Test exacto de Fisher (p)
<b>Criterios de adecuación</b>				
Criterios de gravedad o tratamientos	Sí	26,8 % (n= 63)	24,8 % (n= 28)	0,795
	No	73,2 % (n= 172)	75,2 % (n= 85)	
Criterios de intensidad diagnóstica	Sí	24,3 % (n= 57)	49,6 % (n= 56)	0,001
	No	75,7 % (n= 178)	50,4 % (n= 57)	
Otros criterios	Sí	42,1 % (n= 99)	35,4 % (n= 40)	0,244
	No	57,9 % (n= 136)	64,6 % (n= 73)	
<b>Adecuación urgencias</b>				
Urgencia adecuada	Sí	63,0 % (n= 148)	69,0 % (n= 78)	0,283
	No	37,0 % (n= 87)	31,0 % (n= 35)	

Del total de episodios analizados en la muestra el 64,9 % (n= 226) fueron adecuados al servicio de urgencias según el criterio establecido. Esta distribución se reprodujo dentro de cada uno de los grupos de edad y no se pudo establecer diferencia significativa entre ambos ( $p = 0,283$ )

por lo que se aceptó la hipótesis nula de igualdad de proporciones. Tampoco se encontraron diferencias significativas por sexo.

Para el criterio de intensidad diagnóstica con  $p = 0,001$  se halló una razón de momios para el grupo [15, 18]  $OR = 3,08$  lo que significa que los pertenecientes a este grupo tuvieron 3 veces más probabilidades de que se le realizara alguna prueba complementaria. Esta probabilidad se duplica ( $OR = 6,5$ ) para el caso de los pacientes del sexo masculino y no es significativa ( $p = 0,081$ ) para las del femenino.

Para comparar el tiempo de atención en urgencia (Tabla 2) se estableció un punto de corte en la mediana (0:12) y se crearon dos grupos clasificados por ser menores o mayores a este valor. Se observó una relación estadísticamente significativa entre los grupos de edad y los grupos de tiempo de estancia en urgencias, así como una probabilidad  $OR = 1,66$  para el grupo [15, 18] de tener tiempos de atención mayores a 12 minutos en relación con el grupo [12, 14]. Este valor fue ligeramente más alto en los hombres ( $OR = 1,72$ ) y no significativa ( $p = 0,538$ ) para las mujeres.

**Tabla 2** - Tiempos de atención en urgencias por grupo de edad

Variable	Categoría	(12, 14) años	(15, 18) años	Test exacto de Fisher (p)
Tiempo de atención en urgencias	≤ 12 minutos	66,8 % (n= 157)	54,9 % (n= 62)	0,033
	> 12 minutos	33,2 % (n= 78)	45,1 % (n= 51)	

## Discusión

No debemos olvidar que los adolescentes tienen necesidades de salud y que ellas muchas veces no son satisfechas por el sistema sanitario actual. Si a ello le sumamos las barreras existentes actualmente para su atención como la necesidad de confidencialidad, esencial en el acto realizado con el adolescente, la falta de confianza con su médico, su inexperiencia, no saber dónde acudir, los marcos legislativos restrictivos, el estigma y determinadas actitudes de la comunidad, hace difícil que en la relación médico-adolescente se adopten las actitudes y habilidades que fomenten el compromiso con los adolescentes, además de una coordinación

con las familias y la escuela,<sup>(12)</sup> esencial para el tratamiento integral en los pacientes en esta edad crítica de la vida.

Como indican algunos estudios,<sup>(13)</sup> existen en pediatría hiperfrecuentadores del servicio de urgencias. En la muestra analizada esta tendencia se hizo palpable al observarse una disminución de la consulta de urgencias de pediatría en la medida que aumentaba la edad. Varios pueden ser los motivos que expliquen dicho comportamiento. Por un lado, la incertidumbre de los padres ante los problemas de salud de sus hijos, que, a pesar de llevar un seguimiento por su pediatra, ante casi cualquier situación distinta a la normalidad, sienten la necesidad de consultar en urgencias para su rápida resolución; por otro, a que los y las adolescentes encuentran al pediatra como especialista de atención infantil y no se identifican con este.

A pesar de ello, en ninguno de los casos hubo evidencia estadística de correlación en cuanto a la adecuación o no de la consulta atendiendo a si el menor estaba en un grupo de edad u otro. Los resultados indican que, en ambos grupos, poco más de un tercio de las consultas realizadas se enmarcan en el criterio de no adecuación.

Aun siendo inferiores a los adecuados, la cifra es indicativa del mal uso del servicio de urgencias por una parte no despreciable del paciente adolescente, tanto si está siendo seguido por el pediatra como si no. Ello puede ser indicativo del vacío asistencial en el que se encuentran estos pacientes y sus familias, aunque este valor coincide con los referidos en otros estudios sobre el adecuado uso del servicio de urgencias de la población general.<sup>(14)</sup>

Se observó diferencia estadísticamente significativa en cuanto a la proporción del sexo al interior de cada uno de los grupos. Si en lo más jóvenes son los hombres los que predominan, esta tendencia cambia en la medida que aumenta la edad y llega a invertirse en el grupo de mayores de 15 años. El aumento más significativo se aprecia en las consultas de tipo ginecológico, lo que podría explicar la prevalencia del paciente femenino. Un estudio en profundidad sobre los motivos de consulta atendiendo al sexo podría arrojar más luz sobre las causas de este comportamiento.

Asimismo, encontramos que hay una fuerte correlación entre la época del año en que consultan los adolescentes y su edad. Los menores de 15 años lo hacen con mayor frecuencia durante el primer semestre del año, coinciden con el invierno y la época de mayor incidencia de catarros y otras infecciones respiratorias, además de en primavera. En cambio, los adolescentes de 15

años o más consultaron con mayor frecuencia durante el segundo semestre del año. No se han encontrado evidencias en el estudio que esclarezcan este comportamiento, aunque una vez más el estudio de los motivos por los cuales se acude a los servicios de urgencias puede resultar pertinente en su explicación.<sup>(15)</sup>

Si bien es cierto que las dimensiones de criterios de gravedad o tratamientos, y Otros Criterios, tuvieron una proporcionalidad similar en ambos grupos, llama la atención la fuerte diferencia existente entre los grupos de edad en relación con los Criterios de intensidad diagnóstica. Dos son los indicadores que explican dicha correlación: el número de pruebas diagnósticas y el tiempo de atención médica por cada episodio. En ambos casos se observó una mayor incidencia en quienes tienen mayor edad. De hecho, el mayor tiempo dedicado al paciente es coherente con la presencia de mayor número de pruebas.

Pero lo destacable de esto es que aquellos a los que no se le realizó ninguna prueba complementaria fueron más prevalentes en el grupo de menor edad y atendidos por pediatría. La causa de ello puede estar relacionada con un mayor conocimiento de la naturaleza y enfermedades en este tipo de pacientes por parte del pediatra que por parte de otros especialistas. Estos últimos, ante el miedo que supone enfrentarse a un paciente que ya no es un menor, pero tampoco un adulto, pueden sentir la necesidad de “confirmar” que no presenta ninguna afección grave, lo que desemboca en el uso de pruebas de análisis clínicos o diagnósticas de imagen.

Este comportamiento fue aún más acusado en los hombres que en las mujeres al ser los primeros los pacientes que a medida que aumenta la edad tiene mayor probabilidad de que se le realice una prueba diagnóstica complementaria. Si como se apuntaba anteriormente es, para el caso de la mujer, la consulta de ginecología la que explica el aumento de estas en el grupo de mayor edad, y ser esta una especialidad ya habituada a trabajar con mujeres adolescentes, esa necesidad de “confirmar” no es tan apremiante como para el caso de la medicina general. Sin embargo, esto debiera confirmarse con estudios que identifiquen, en este caso, la utilidad o no del uso de pruebas para el diagnóstico de las enfermedades.

Los resultados indican la necesidad de desarrollar estrategias de gestión sanitarias específicas para este grupo de pacientes. La dinámica de cambio biológico y fisiológico subyacente en el período relativamente corto en el que transcurre la adolescencia añaden complejidad al laberinto en el que se ven sumergidos los actores mismos de este ciclo vital y aquellos

encargados de su cuidado. Pacientes cuya atención específica tendrá efectos visibles en la salud más a largo plazo que aquellos a los que un profesional de la medicina está habituado a observar en los procesos de diagnóstico y cura.

El hecho de haberse desarrollado esta investigación en el ámbito de la sanidad privada y en el espacio urbano supone una limitante en cuanto a la extrapolación de los datos al total de la población adolescente, incluso si este se circunscribe a la ciudad de Valencia, España. Asimismo, la metodología de tipo cuantitativa utilizada ha limitado el desarrollo del estudio en cuanto a la medición de aspectos de carácter más subjetivo cuyo análisis hubiese arrojado matices importantes en cuanto a la experiencia del adolescente y sus familias en el uso de los servicios de urgencias.

Se concluye que las cifras obtenidas son indicativas del mal uso del servicio de urgencias por una parte del paciente adolescente, tanto si está siendo seguido por el pediatra como si no. Ello puede ser una señal del vacío asistencial en el que se encuentran estos pacientes.

Recomendamos la creación de espacios especializados, acogedores y privados, y reforzar los existentes, donde el adolescente no vea restringida su intimidad e independencia. Espacios donde puedan no solo consultar problemas puntuales de salud, sino además tener acceso a un asesoramiento psicológico de calidad con el objetivo final de proteger su derecho a disponer de servicios de salud adecuados.

## Referencias bibliográficas

1. Hall G. Adolescencia: su psicología y su relación con la fisiología, la antropología, la sociología, el sexo, el crimen, la religión y la educación. Nueva Jersey: Prentice Hall; 1904.
2. Healthy Children.org. Etapas de la adolescencia. EE. UU.: American Academy of Pediatrics; 2019. Disponible en: <https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/Paginas/Stages-of-Adolescence.aspx>
3. Pineda S, Aliño M. El concepto de Adolescencia. Manual de Prácticas Clínicas para la Atención Integral en la Adolescencia. 2002:15–23.
4. Awuapara-Flores S. Características bio-psicosociales del adolescente. Rev Odontol Pediatr. 2018;12(2):119-218.
5. Castro Clemente C, Ponce de León Romero L. Educación y medios de comunicación.

Beneficios y riesgos que proporcionan las Tecnologías de Información y Comunicación en los adolescentes españoles. *Rev Sociol Educ.* 2018;11(3): 433-47.

6. Reisinger HS. Counting apples as oranges: Epidemiology and ethnography in adolescent substance abuse treatment. *Qual Health Res.* 2004;14(2):241-58.

7. Herrera AM, Corvalán MP. Tabaquismo en el adolescente. *Rev Chil Enfermedades Respir.* 2017;33(3):236-8.

8. Tascón LAM, Benítez DIC, Ospina CBP. Addressing early sexual activity and teenage pregnancy: State of the art. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2016;81(3):243-53.

9. Rivera Flores DG, Proaño López EL. La influencia de los pares y la familia en el inicio de la actividad sexual en adolescentes. *Augusto Guzzo.* 2017;1(19):39-53.

10. Selva TS, Peiro S, Pina PS, Espín CM, Aguilera IL. Validez del protocolo de adecuación de urgencias hospitalarias. *Rev Esp Salud Publica.* 1999 [14/01/2019];73:461-75. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57271999000400004&nrm=iso](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271999000400004&nrm=iso)

11. Hidalgo Vicario MI. Situación de la medicina de la adolescencia en España. *Adolesere.* 2014 [acceso 20/07/2019];II:3-7. Disponible en: [https://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/03-07\\_Editorial.pdf](https://www.adolescenciasema.org/usuario/documentos/03-07_Editorial.pdf)

12. Docal-Millán MDC, Cabrera-García VE, Manrique Mora LM, Cortés Piraquive JM, Tobón Aguilar CM. Familia y escuela: contextos asociados al inicio de la actividad sexual de los adolescentes colombianos. *Rev Salud Pública.* 2018;20(3):279-85.

13. Rivas García A, Manrique Martín G, Butragueño Laiseca L, Mesa García S, Campos Segura A, Fernández Iglesia V, *et al.* Hiperfrecuentadores en urgencias. ¿Quiénes son? ¿Por qué consultan? *An Pediatr.* 2017;86(2):67-75.

14. Aranaz Andrés JM, Martínez Noguerras R, Rodrigo Bartual V, Gómez Pajares F, Antón García P. Adecuación de la demanda de atención sanitaria en servicios de urgencias hospitalarios. *Med Clin (Barc).* 2004;123(16):615-8.

15. Maurente L. Consulta adolescente en servicios de emergencia pediátrica. *Rev Médica Uruguay.* 2017;33(4):232-241.

### Conflicto de intereses

No existen

### **Contribución de los autores**

*Luis Robledo Díaz:* Concepción y diseño del trabajo, recogida, análisis e interpretación de los datos, escritura del artículo.

*María Ángeles Duro Fernández:* Recogida, análisis e interpretación de los datos, escritura del artículo.

*Eva Carvajal Roca:* Concepción y diseño del trabajo, análisis e interpretación de los datos, revisión crítica del artículo.

*Rosa Fornes Vivas:* Análisis e interpretación de los datos, revisión crítica del artículo

Todos los autores han aprobado la versión final del artículo.

### **Financiación**

Este trabajo no ha recibido financiación por parte de instituciones, empresas o cualquier otro tipo de organismo.