

Análisis de las reconsultas en 24 horas en un Departamento de Emergencias Pediátricas durante el período epidémico de infecciones respiratorias

Analysis of repeat visits within 24 hours in a Pediatric Emergency Department during the epidemic period of respiratory infections

Valeria López¹, Viviana Pavlicich¹, Laura Morilla¹, Mirta Mesquita¹

RESUMEN

Introducción: Conocer las características de las reconsultas en un servicio de urgencia permite realizar intervenciones para mejorar la calidad de la atención. La reconsulta dentro de las 24 hs puede implicar un error en la apreciación de la gravedad o una insatisfacción del usuario respecto al resultado de su consulta inicial. **Objetivo:** Conocer las características de las Reconsultas dentro de las 24 horas en el Departamento de Emergencias Pediátricas (DEP) durante un período epidémico. **Materiales y métodos:** Estudio Observacional Descriptivo de corte Transversal Retrospectivo. Se incluyeron pacientes entre 0 a 18 años que reconsultaron dentro de las 24 horas en el DEP de un hospital pediátrico de referencia. Se analizó: edad, sexo, triage, procedencia, motivo de consulta, diagnóstico, hospitalización, intervenciones, exámenes complementarios (laboratorio e imágenes), tiempo de reconsulta. Los datos fueron analizados con SPSSv21. Las variables cualitativas se expresaron como porcentajes, la relación entre variables se realizó mediante la prueba de chi cuadrado de Pearson, las cuantitativas se expresaron como promedios con sus desviaciones estándar. **Resultados:** En el período de estudio consultaron 28.882 pacientes, 4% (1.169) reconsultaron, todos ingresaron al estudio. La mediana de edad fue de 24 meses (2 - 204), el 59,4% provenía de zonas fuera de la ciudad de San Lorenzo, área de referencia del hospital. El nivel de triage fue en su mayoría III y IV. El tiempo entre la primera consulta y la reconsulta fue de 16±6 horas, los diagnósticos más frecuentes fueron las enfermedades respiratorias: síndrome bronquial obstructivo (SBO) (14%), resfrió (13%), bronquiolitis (13%). Se realizaron intervenciones en 31,2% y exámenes complementarios en

ABSTRACT

Introduction: Knowing the characteristics of repeat visits to an emergency service allows interventions to improve the quality of care. A repeat visit within 24 hours may imply an error in the assessment of the severity of the condition or user dissatisfaction regarding the result of the initial consultation. **Objective:** To characterize repeat visits within 24 hours in the Pediatric Emergency Department (PED) during an epidemic period. **Materials and methods:** This was an observational, retrospective, cross-sectional study. Patients aged 0 to 18 years were included, who had repeat visits within 24 hours in the PED of a pediatric referral hospital. The following were analyzed: age, sex, triage, place of origin, reason for consultation, diagnosis, hospitalization, interventions, complementary exams (laboratory and imaging), timing of repeat visit. The data were analyzed with SPSSv21. The qualitative variables were expressed as percentages, the relationship between variables was performed using the Pearson chi-square test, the quantitative variables were expressed as averages with their standard deviations. **Results:** During the study period, 28,882 patients consulted, 4% (1,169) had repeat visits, all of which were included in the study. The median age was 24 months (2 - 204), and 59.4% came from areas outside the city of San Lorenzo, the hospital's reference area. The triage levels were mostly III and IV. The time between the first consultation and the repeat visit was 16 ± 6 hours, the most frequent diagnoses were respiratory diseases: obstructive bronchial syndrome (OBS) (14%), cold (13%), and bronchiolitis (13%). Interventions were carried out in 31.2% and complementary examinations in 17.4%. 13.3% (156/1169) of patients with repeat visits were hospitalized and required a higher number of

¹ Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñú. San Lorenzo, Paraguay.

Correspondencia: Valeria Angela María López Cubilla Correo: valelocubilla@gmail.com

Conflicto de interés: Los autores declaran no poseer conflicto de interés

Recibido: 25/04/2019 Aceptado: 13/04/2019

DOI: <https://doi.org/10.31698/ped.46012019006>

17,4%. El 13,3% (156/1169) de las reconsultas fueron hospitalizadas y requirieron un mayor porcentaje de intervenciones. **Conclusión:** Aunque entre las reconsultas predominó un nivel de triage de baja prioridad, existió la necesidad de realizar intervenciones. Un grupo de pacientes necesitó ser hospitalizado. La epidemia de enfermedades respiratorias en el mes analizado podría ser un factor contribuyente.

Palabras Claves: Emergencias pediátricas, reconsulta, hospitalización.

INTRODUCCIÓN

La urgencia es definida como “la aparición de un problema de salud de gravedad variable que genera la conciencia de necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia”⁽¹⁾. Partiendo de esa base, todas las consultas realizadas a los servicios de urgencias tienen un carácter necesario. Esto genera que estos servicios estén saturados por la alta demanda de atención, acudiendo muchos pacientes por causas que podrían ser resueltas en un nivel de complejidad menor. En este contexto se trata de asegurar que cada niño reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuado a la severidad de su dolencia, sin embargo en algunas ocasiones pueden existir situaciones que generen reconsultas.

Se define la reconsulta como el retorno de un paciente a un servicio de emergencias en un plazo determinado de tiempo^(2,3).

Para valorar la calidad de la atención prestada se han propuesto diferentes indicadores, la mayor parte de ellos, centrados en los tiempos de espera. Otro indicador de calidad es la tasa de retorno a Urgencias dentro de las 72 horas de realizada la consulta. Esta situación está relacionada con posibles problemas en la atención inicial, y estrechamente vinculado con la seguridad del paciente⁽⁴⁾.

Es muy posible que los indicadores de calidad se modifiquen en situaciones de epidemia si no se toman las medidas de gestión necesarias para

intervenciones. **Conclusion:** Although a low priority triage level predominated among the repeat visits, there was a need to carry out interventions. A group of patients needed to be hospitalized. The epidemic of respiratory diseases occurring during the study period could be a contributing factor.

Keywords: Pediatric emergencies, repeat visits, Hospitalization.

responder a una alta demanda de pacientes.

Para analizar las reconsultas es necesario hacerlo con sus causas. Pierce *et al* las clasificaron en cuatro grupos: relacionadas con el paciente: Ej., incumplimiento terapéutico, fugas sin haber sido visto por el médico; con el sistema sanitario: Ej., falta del especialista necesario, dificultad de conseguir la medicación; con el médico: Ej., error diagnóstico o terapéutico y con la enfermedad: Ej., progresión o complicación de la misma⁽²⁾.

El índice de nuevas consultas al DEP en menos de 72 horas es un excelente punto de partida para identificar puntos débiles en el servicio⁽⁵⁾.

El objetivo del presente estudio fue analizar las reconsultas dentro de las 24 hs porque representan mejor las causas relacionadas con el médico y la organización del servicio. Conocer las características de esta situación en nuestro hospital nos permitirá realizar intervenciones oportunas para mejorar la calidad de la atención.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio Observacional Descriptivo de corte transversal retrospectivo realizado en un hospital pediátrico de tercer nivel. El DEP recibe más de cien mil consultas anuales, tiene un sistema de triage estructurado para la clasificación de los pacientes y un sistema informático que genera un cuadro de mando asistencial. Los datos fueron obtenidos de la base electrónica del registro de las consultas recibidas en el DEP.

Se incluyeron pacientes con edad comprendida entre 0 a 18 años que reconsultaron dentro de las 24 horas. Las variables que se analizaron fueron: edad, sexo, nivel de triage, procedencia, motivo de consulta, diagnóstico, hospitalización, intervenciones, exámenes complementarios (laboratorio e imágenes) y tiempo de reconsulta.

Se consideró intervenciones a la necesidad de realizar procedimientos médicos: Aspiración de secreciones, antieméticos, antipiréticos, rehidratación oral, nebulización, o quirúrgicos: drenajes y curaciones. El tiempo de reconsulta fueron las horas transcurridas entre la primera consulta y la siguiente visita en el DEP.

Para el reclutamiento se ingresó semanalmente a la base de datos del DEP en el periodo de estudio, registrando datos de la consulta inicial y de la reconsulta.

Los niveles de triage analizados son los cinco niveles del Sistema Español de Triage. Nivel I, pacientes con riesgo vital que requiere intervención inmediata. Nivel II: deterioro inminente que necesita cuidados rápidos; la espera no debe pasar 10 minutos. Nivel III: Pacientes con potencial empeoramiento, estables hemodinamicamente que requiere atención dentro de los 30 minutos. Nivel IV: no hay riesgo de deterioro a corto tiempo; la espera no debe pasar 2 horas. Nivel V: la espera no es un factor de riesgo⁽⁶⁾.

Para el calculo del tamaño muestral se tuvo en cuenta el porcentaje de reconsultas en el servicio, que es del 13% .Se estimo necesario incluir 1145 pacientes para conseguir una precisión del 2% en la estimación de una proporción con un intervalo de confianza al 95%

Los datos fueron analizados con SPSSv21. Las variables cualitativas se expresaron como porcentajes, la relación entre variables se realizó mediante la prueba de chi cuadrado de Pearson, las cuantitativas se expresaron como promedios con sus desviaciones estándar.

Se respetó la confidencialidad de los datos. El comité de ética de la investigación de la institución liberó el consentimiento informado.

RESULTADOS

En el período comprendido entre el 1 de mayo al 31 de julio de 2016, consultaron 28.882 pacientes, de los cuales el 4% (1.169/28.882) reconsultaron dentro de las 24 horas, siendo esta la población incluida en el estudio.

Los datos demográficos se encuentran en la Tabla 1.

Tabla 1. Características demográficas de los pacientes que reconsultaron dentro de las 24hs. N:1169.

Edad ^(mediana) (min- max)	24 meses	(2-204)
Grupo etario	N°	%
Recién nacidos	7	0,6
Lactantes	679	58
≥ 2 años	483	41,3
Sexo		
Masculino	649	55,5
Femenino	520	44,5
Procedencia		
San Lorenzo	475	40,6
Otros	694	59,4
Total	1169	100

El nivel de triage de los pacientes que reconsultaron fue: Nivel II 5.3% (62/1169), Nivel III 34.4% (402/1169), Nivel IV 48.9% (572/1169) y Nivel V 11.4% (133/1169). El tiempo medio entre la primera consulta y la reconsulta fue de 16±6 horas.

Los motivos más frecuentes de reconsulta fueron: enfermedades respiratorias 48.8% (571/1169), presentándose con dificultad respiratoria el 47.3% (270/ 571) y con tos el 52.7 % (301/571), otros motivos fueron fiebre 19.6% (229/1169), control en visita no concertada 10,7% (125/1169), vómitos 4.1% (48/1169), dolor abdominal 2.1% (25/1169), cefalea 2% (24/1169) y otros 12.6% (147/1169). Los diagnósticos principales de las afecciones respiratorias en la consulta y reconsulta se exponen en la Figura 1.

Se realizaron intervenciones en el 31,2% y exámenes complementarios en el 17,4% de los pacientes. El 13,3% (156/1169) de los pacientes que reconsultaron fueron hospitalizados. Se comparó las intervenciones y los estudios complementarios realizados en la población hospitalizada y en la que fue dada de alta, Tabla 2.

Se compararon los niveles de prioridad en el triage

entre la consulta y la reconsulta de los pacientes que regresaron al DEP. Durante la reconsulta se observó un aumento de nivel II: 12,7% (14/110), un descenso del nivel III: 8,7% (77/881) y un aumento del nivel V: 20,7% (45/217) Figura 2.

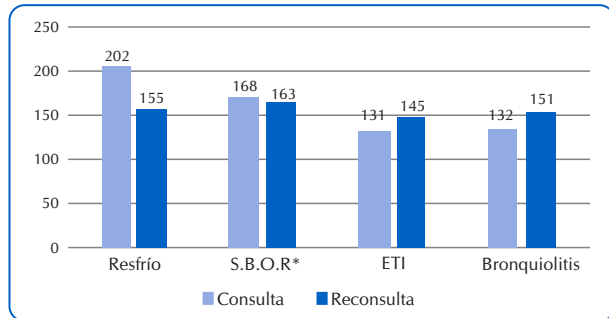


Figura 1. Diagnósticos de causa respiratoria en la consulta inicial y la reconsulta.

S.B.O.R* Síndrome Bronquial Obstructivo Recurrente
ETI: enfermedad tipo influenza

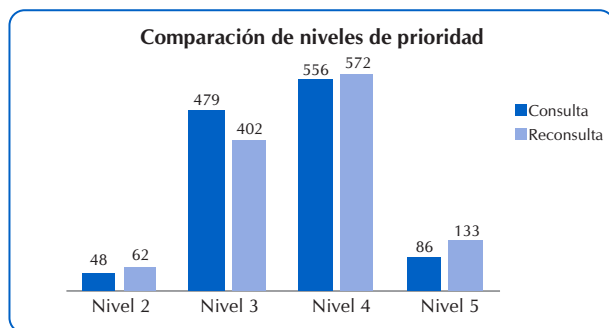


Figura 2. Numero de pacientes en cada nivel de prioridad del triage de la consulta inicial y la reconsulta N= 1169.

Tabla 2. Distribución de intervenciones y exámenes complementarios entre pacientes hospitalizados y no hospitalizados en la reconsulta dentro de las 24hs.

Variables	Hospitalizados n: 156		No Hospitalizados n: 156		p
	N	%	N	%	
Intervenciones	119	(76)	212	(21)	0.005*
Ex. Complementarios	69	(44)	131	(13)	0.005*

*chi cuadrado

DISCUSIÓN

El porcentaje de reconsultas encontrado no se puede comparar con estudios previos ya que no encontramos estudios de reconsultas dentro de las 24hs. Martínez y cols. determinaron que la reconsulta dentro de los siete días fue de 8,1%⁽⁷⁾,

mientras que mediciones dentro de las 72 horas, obtuvieron un valor de 4,7% de reconsultas⁽⁴⁾. Tomando esa referencia consideramos que nuestra reconsulta es mayor a lo habitualmente descripto.

En este primer trabajo realizado sobre reconsultas pediátricas en un servicio de urgencias de Paraguay encontramos que el grupo etario que con más frecuencia regresó antes de veinticuatro horas fueron lactantes, con un ligero predominio del sexo masculino. De todos modos existe una prevalencia habitual de lactantes en la consulta de urgencias que puede estar determinando este dato.

En cuanto a la procedencia, el mayor número de pacientes habitaba en zonas no próximas a la de influencia del hospital, haciendo menos probable que regresaran solo por la cercanía del nosocomio.

Si bien las reconsultas en su mayoría fueron niveles III y IV, también existió un ligero aumento de los niveles II y V interpretándose que los niveles II correspondieron a posibles agravamientos mientras que los niveles V a consultas de control evolutivo no pautado. Sin embargo no podemos asegurar que se trate de los mismo pacientes que cambiaron el nivel de triage.

Comparando el porcentaje de internación encontramos que durante la reconsulta existió una mayor frecuencia de internación respecto a la consulta habitual que corresponde a un 6 a 8 por ciento en nuestra institución (datos obtenidos de la base de datos del DEP). El porcentaje de hospitalización a las 24 hs de la reconsulta en el presente trabajo es mayor que al reportado por Rivas García y cols. En un estudio que evaluó la reconsulta a las 72 hs⁽⁸⁾.

Considerando que el estudio se llevo a cabo durante una epidemia de enfermedades respiratorias, muchos de los pacientes, como los lactantes con bronquiolitis, pudieron ser hospitalizados durante la reconsulta como una medida de reducción de riesgos antes que un empeoramiento real. Otro aspecto importante es que el incremento de pacientes en época epidémica no se acompañó de un aumento en el numero del personal sanitario. Las reconsultas y sus características podrían sugerir en este caso aspectos mejorables en la organización,

como por ejemplo aumento en el número de médicos y enfermeras.

Fue interesante comprobar que los diagnósticos entre la consulta y la reconsulta no presentaron mayor variación.

Los niños que reconsultaron y se hospitalizaron fueron sometidos a más intervenciones y exámenes complementarios que los no hospitalizados. Esta situación es explicable porque obviamente podrían tener mayor necesidad de descartar complicaciones o de realizar diagnósticos diferenciales. Estos resultados son similares a lo encontrado por otros autores⁽⁴⁾.

Un grupo de pacientes acudió a control al DEP,

aunque la indicación del médico fue seguimiento en el centro de salud de su zona. Esto podría deberse a una falla en la comunicación médico paciente, a una opción preferente del paciente por el hospital, o a una falta de centros asistenciales organizados y protocolizados en el primer nivel de atención. Alcaraz Martínez y cols también reportan a un grupo de pacientes que acudían en ese lapso por una "visita concertada" para control de la evolución o pruebas complementarias⁽⁹⁾.

Concluimos que aunque entre las reconsultas predominó un nivel de triage de baja prioridad, existió la necesidad considerable de realizar intervenciones además del empeoramiento en un grupo de pacientes que necesitaron ser hospitalizados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gómez Jiménez J. Urgencia, gravedad y complejidad: un constructo teórico de la urgencia basado en el triage estructurado. *Emergencias* 2006;18:156-164.
2. Jiménez Puente A, Del Río J, Arjona Huertas J, Mora Ordóñez B, Nieto L, Lara Blanquer A, et al. Causas de los retornos durante las 72 horas siguientes al alta de urgencias. *Emergencias* 2015;27:287-293.
3. Roqueta Egea F. Indicadores de seguridad/riesgo en los servicios de urgencias. *Emergencias*. 2007; 1(3): 14-17.
4. Mintegui Raso S, Benito Fernández J, Vázquez Ronco M A, Ortiz Andrés A, Capapé Zache S, Fernández Landaluce A. Los niños que repiten consulta en urgencias de pediatría. *An Esp Pediatr* 2000;52(6):542-547.
5. Azplazu Macho JL, Casado Martínez JL, García-Castrillo L, Jiménez Murullo L. Grupo de Trabajo SEMES-INSALUD Calidad en los servicios de urgencias. Indicadores de calidad. *Emergencias*. 2001;13:60-5.
6. Martínez Férrez I, Rodríguez López R, Romero Tabares A. Sistemas de triage pediátrico en urgencias hospitalarias. Andalucía: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2012.
7. Martínez Cerezal C. Reconsultas en urgencias, ¿revisamos la calidad?. *Rev. Calidad Asistencial*. 2010; 25 (3):129-135.
8. Rivas García A, Manrique Martín G, Butragueño Laiseca L, Mesa García S, Campos Segura A, Fernández Iglesia V. Hiperfrecuentadores en urgencias ¿Quiénes son? ¿Por qué consultan?. *An Pediatr (Barc)*. 2017;86(2):67-75.
9. Alcaraz Martínez L, Blanco Linares ML, González Soler MA, López Picazo T, Lorenzo Zapata MD, Martínez Bienvenido E. Eventos adversos en los servicios de urgencias. Revisión de reconsultas como fuente de datos. *Rev Calid Asist*. 2010; 25: 129-135.