

INADECUACIÓN DE LA URGENCIA PEDIÁTRICA HOSPITALARIA Y SUS FACTORES ASOCIADOS

Angela María Ortega Benítez (1), Jose
Angel Rodríguez Gómez (2), María
Mercedes Novo Muñoz (2), Natalia
Rodríguez Novo (3), Yurena María
Rodríguez Novo (3), Armando Aguirre
Jaime (4)

1.- Departamento de Enfermería. Universidad de
La Laguna. SCS. Gerencia de Atención Primaria
de Tenerife.

2.- Departamento de Enfermería. Universidad de
La Laguna. Facultad de Ciencias de la Salud.
Sección de Enfermería.

3.- Hospital Universitario Nuestra Señora de Can-
delaria. Servicio Canario de Salud. Departamento
de Enfermería. Universidad de La Laguna.

4.- Instituto de Investigación en Cuidados del Iltre.
Colegio de Enfermeros de Santa Cruz de Tenerife.
Departamento de Salud Pública de la Universidad.
Europea de Canarias.

Ortega Benítez, A., Rodríguez Gómez,
J., Novo Muñoz, M., Rodríguez Novo,
N., Rodríguez Novo, Y., & Jaime, A.
(2019). Inadecuación de la urgencia
pediátrica hospitalaria y sus facto-
res asociados. *Revista ENE de Enfer-
mería*, 13(2).

Consultado de [http://www.ene-enferme-
ria.org/ojs/index.php/ENE/article/
view/862](http://www.ene-enferme-
ria.org/ojs/index.php/ENE/article/
view/862)

RECIBIDO: 10/12/2018

ACEPTADO: 19/03/2019

Resumen:

Estudio motivado por la sospecha de un uso inadecuado de las urgencias pediátricas.

Se propone una definición operativa de la visita inadecuada a un servicio de urgencias pediátricas hospitalario. El objetivo es comprobar la consistencia de esta definición e identificar los factores asociados a esa demanda inadecuada.

Estudio descriptivo transversal realizado en el Servicio de Urgencias del Hospital Universitario NS Candelaria de Tenerife con datos extraídos de las historias del servicio y entrevista a los acompañantes del menor.

Para comprobar la consistencia de la definición operativa de visita inadecuada que se propone, la muestra es contrastada con los ingresos y altas a domicilio que se producen entre los niños atendidos, las pruebas diagnósticas que se les realizaron y los tratamientos a que son sometidos. Los factores que se postulan como asociados a la inadecuación de la visita son los socio-económicos de los acompañantes del menor, su percepción de gravedad, conocimiento del servicio, apreciación de disponibilidad tecnológica, sensación de capacidad resolutoria, creencia sobre cualificación y estimación de rapidez en la atención, cercanía y horarios.

La muestra fue de 407 menores atendidos. El análisis de toda esta información confirma la consistencia de la definición de visita inadecuada que se propone, al observarse entre ellas menos ingresos y más altas (0% vs 10%, 100% vs 90%, $p < 0,001$), menor cantidad de pruebas complementarias realizadas (20% vs 80%, $p < 0,001$) y menor frecuencia de tratamientos administrados (33% vs 67%, $p = 0,003$). Como factores asociados a la visita inadecuada al servicio de urgencias hospitalarias sólo se encontró la disponibilidad horaria del servicio con 1,86 (IC95%: 1,01-3,46) veces más visitas inadecuadas que por el resto de motivos declarados ($p = 0,049$).

Conclusión: necesidad de mejorar la confianza de los usuarios en la atención pediátrica urgente primaria mediante programas de educación e información sanitaria, uso racional de los servicios de urgencias pediátricas hospitalarios.

Palabras clave: Servicio de urgencias hospitalarios, Urgencias pediátricas, Servicios de urgencias/organización y mal uso.

Abstract:

Study motivated by suspicion of improper use of pediatric emergencies.

An operational definition of the inadequate visit to a hospital pediatric emergency service is proposed. The objective is to check the consistency of this definition and to identify the factors associated with this inadequate demand.

Descriptive transversal Study carried out in the Emergency Department of the University Hospital NS Candelaria of Tenerife with data extracted from the stories of the service and interview with the children's companions.

In Order to Verify the consistency of the operational definition of inadequate visitation that is proposed, the sample is contrasted with the incomes and highs at home that occur among the children cared for, the diagnostic tests that were performed and the treatments that are subdued. The factors that are postulated as associated with the inadequacy of the visit are the socio-economic of the Companions of the minor, his perception of gravity.

Keywords: emergency service, hospital; pediatric emergency medicine; emergency service, hospital/ utilization & organization.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años ha habido un aumento progresivo de la afluencia a los servicios de urgencias pediátricas hospitalarios, documentados en numerosos estudios (1). El uso no urgente del servicio de urgencias pediátricas hospitalario es un problema creciente que enfrentan los sistemas de atención médica en todo el mundo (2). En un estudio realizado en Bélgica se señala que el 40% de la asistencia a los servicios de urgencias pediátricas hospitalarias resulta inapropiado, con la edad del niño, la cercanía del hospital y el no disponer de un médico de familia en ese horario como sus factores condicionantes (2). Las principales razones dadas por los cuidadores para asistir a un servicio de urgencias pediátrico hospitalario fue la gravedad percibida en el estado del niño, la edad y síntomas clínicos, la disponibilidad horaria de ese servicio, la ventaja tecnológica percibida en el hospital, la desconfianza en la capacidad de los médicos de atención primaria para solucionar los problemas de salud pediátricos, así como la falta de alternativa horaria en este servicio (3-6). En muchas familias no se dispone de la capacidad de valorar correctamente la gravedad del proceso que padece un niño, generando un uso inadecuado de las unidades de urgencias pediátricas hospitalarias (3). Con

frecuencia los padres consultan de manera repetida por un mismo problema de salud del niño con su pediatra habitual, lo que no excluye que, en paralelo, lo hagan también por el mismo motivo con un servicio de urgencias hospitalario.

Los estudios disponibles sobre visitas inadecuadas a los servicios de urgencias pediátricas hospitalarias emplean una clasificación de la visita inadecuada a partir de los resultados de la atención recibida por el niño. Tales definiciones, útiles para la contabilización a posteriori del mal uso de estos servicios, no poseen poder predictivo para estimar si una visita resultará inadecuada o no a partir de las características de la entrada al servicio del paciente, resultando inútiles para establecer recomendaciones prácticas de cuando no es necesario que los padres lleven a su hijo a un servicio de urgencias hospitalario.

Nuestro estudio parte de dos hipótesis: 1-Es posible establecer una definición de visita inadecuada a un servicio de urgencias pediátricas hospitalario a partir de la información básica aportada por los acompañantes del menor que sea coherente con características objetivables de la atención que tal visita produce y, 2-Es posible identificar los factores asociados a la ocurrencia de una visita inadecuada a un servicio de urgencias pediátricas hospitalario empleando

esta definición. En concordancia con estas hipótesis los objetivos del estudio fueron proponer esa definición operativa de visita inadecuada a un servicio de urgencias pediátricas hospitalario, comprobar su consistencia y, con su empleo, intentar identificar los factores que pudieran estar asociados a una visita inadecuada.

MATERIAL Y MÉTODO

El estudio, de tipo descriptivo transversal, se realizó en el área de pediatría del Servicio de Urgencias del Hospital Universitario NS Candelaria (HUNSC), Tenerife, Islas Canarias que, en el periodo en el que se realiza el estudio, daba cobertura a una población de 80.667 niños de 0–14 años. La muestra se conformó con una selección aleatoria de historias clínicas informatizadas de pacientes pediátricos que acudieron al Servicio durante 2008, sin criterios de exclusión, observando en la selección la representatividad de estaciones del año, meses, semanas, días de la semana y turnos de trabajo, mediante la elección al azar de las historias dentro de los estratos conformados por estas variables. Este estudio recibió la aprobación de la Gerencia y Dirección médica del HUNSC para su realización

Los datos que se extrajeron de las historias fueron: fecha y hora de la

visita, edad y sexo del niño, diagnóstico al alta o ingreso según el CIE-9-CM empleado por la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría agrupado en Accidente, Dermatología, Digestivo, Genito-Urinario-Renal, Locomotor, Neurológico, ORL, Respiratorio, Sangrado, e Inespecífico, pero incluyendo viriasis-gripe-síndrome gripal como un grupo aparte, procedencia (derivación o demanda propia), pruebas complementarias realizadas, administración de tratamientos y técnicas aplicadas, alta a domicilio o ingreso por hospitalización, fecha y hora de alta o ingreso en planta.

Empleando los datos de los acompañantes del menor en la visita a urgencias que consta en las historias se emplearon sus teléfonos para administrarles una encuesta, con la que se indagó el tipo de familia del niño (parental o monoparental), nivel de estudios, profesión e ingresos económicos, de ambos padres. Con el nivel de estudios, profesión e ingresos económicos declarados por los acompañantes se les clasifica en uno de los cinco grupos de clase social establecidos por el ISTAC (7). Con la encuesta también se explora la percepción de gravedad del acompañante sobre el estado de salud del niño al ser llevado a urgencias, su conocimiento sobre la finalidad de un servicio de urgencias, y el motivo por el que llevó al niño al hospital

y no a urgencias normales o pediatría de su centro de salud. De faltar algún dato en la historia clínica que pudiera ser aportado por el acompañante era recuperado en esta entrevista.

Coexisten diferentes definiciones de lo que podría considerarse como visita inadecuada a un servicio de urgencias pediátrico hospitalario (2,8-9). Tales definiciones adolecen de un carácter retrospectivo: se clasifica el caso como inadecuado a partir de los resultados finales de la atención recibida por el niño en el servicio. Definiciones a posteriori que, si bien son acertadas para describir la adecuación de las visitas a la salida del servicio, carecen de valor predictivo para estimar si lo serán por sus características de entrada, y de las cuales no es posible derivar orientaciones a los padres acerca de bajo qué circunstancias se les recomienda llevar a su hijo a un servicio de urgencia hospitalario o a uno normal de la atención primaria o esperar por la atención del pediatra de zona. En el presente estudio definimos como visita adecuada si: 1) el niño ha sido remitido por un médico o pediatra de atención primaria, o 2) siendo traído por iniciativa del familiar permanece más de 2 horas en observación. Cualquier visita que no cumpliera con estas características la consideramos inadecuada. Para comprobar la coherencia de la definición de

visita inadecuada empleada se compararon ingresos y altas a domicilio, empleo de pruebas complementarias (bioquímicas, radiodiagnóstico, pulsimetría, gaseometría, punción lumbar), y administración de tratamientos (antibióticos, analgésicos, antipiréticos, antieméticos, antihistamínicos, broncodilatadores, corticoides, oxigenoterapia, sueroterapia, enemas, digestivos, curas, vendajes, y otros) entre visitas inadecuadas y adecuadas acorde a nuestra definición. De ser coherente esa definición la comparación debería arrojar mayor frecuencia de hospitalizaciones, pruebas complementarias y administración de tratamientos para las visitas inadecuadas.

Para la búsqueda de factores personales con posible asociación a la visita inadecuada se compararon las características específicas de los padres del niño obtenidas en la encuesta telefónica, como tipo de familia, nivel de estudios, profesión e ingresos mensuales de ambos padres, entre visitas adecuadas e inadecuadas. Para valorar la asociación de factores subjetivos a la visita inadecuada se comparó entre ambos tipos de visitas las opiniones de los entrevistados sobre percepción de la gravedad del problema de salud del niño, grado de conocimiento de la finalidad de un servicio de urgencias hospitalario, apreciación sobre la disponibilidad tecnológica, ca-

pacidad de resolución del problema, cualificación del personal sanitario y rapidez en la atención. Para estimar la asociación de factores externos predisponentes a la visita inadecuada se comparó la disponibilidad de la atención en el horario de la visita de servicios de urgencias o pediátricos a nivel de primaria y la cercanía física al hospital, datos recabados con la encuesta, entre visitas adecuadas e inadecuadas.

Procedimiento estadístico.

Para estimar la prevalencia de urgencias pediátricas inadecuadas bajo condiciones de carencia de información al respecto (50%), con una precisión del 5%, para intervalos de confianza al 95% en la estimación, para una población estimada de 19.000 urgencias pediátricas/año, se requirió un tamaño de muestra mínimo de 400 historias clínicas seleccionadas al azar siguiendo el criterio de representatividad temporal antes expuesto.

La muestra se describió resumiendo las variables nominales mediante la distribución de frecuencias relativas de sus categorías, y las de escala cuantitativa con mediana(rango) al no seguir de cerca una distribución normal según la prueba de Kolmogorov-Smirnov.

Las comparaciones simples de factores entre grupos de visitas adecuadas e inadecuadas se realizaron con la

prueba de Chi-cuadrado de Pearson o U de Mann-Whitney, según el caso.

Los factores que en estas comparaciones alcanzaron una significación estadística $p \leq 0,25$ fueron introducidos como covariables en un modelo de regresión logística binaria multivariable, con la visita inadecuada como efecto para estimar sus razones de prevalencia (odds ratio), empleando para el ajuste del modelo la estrategia de pasos hacia atrás con arranque de modelo lleno y criterio de entrada-salida de Wald para los factores.

Todas las pruebas de contraste de hipótesis son bilaterales a un nivel de significación estadística $p \leq 0,05$ y el procesamiento de los datos para ejecutarlas se realizó con ayuda del paquete IBM SPSS 21.0.

RESULTADOS

La muestra quedó conformada por 407 historias sin repetición de niños. Estos últimos alcanzaron una mediana y rango de edad de 4(0-14) años, distribuidos en 188 (46%) hasta los 3 años, 118 (29%) de 4-7 años y 101 (25%) de 8 a 14 años, 220 de ellos (54%) fueron varones.

En cuanto al origen de la demanda, la mayoría (342) acudió de motu proprio, 55 derivados de Centros de Salud, 9 de otros centros hospitalarios o institu-

ciones sanitarias y un caso procedía del propio hospital. El motivo de la asistencia fue en 332 casos (82%) por iniciativa propia, el resto fue a través de derivación médica. El tiempo de estancia en el servicio fue de 3(1-33) horas. Un 4% de los casos (10 niños) ingresaron en planta de hospitalización de pediatría, mientras que el resto fueron dados de alta a su domicilio. La frecuencia de motivos de consulta y diagnósticos al alta según la clasificación de diagnósticos agrupada empleada se muestran en la Tabla 1.

Se realizaron pruebas complementarias a un 35% de los casos, las más frecuentes fueron radiografía (14%), tira reactiva de orina (11%), hematología (10%), sedimento de orina (10%), laboratorio clínico (9%), cultivos (4%), saturación de O₂ (3%), tiempo de protombina (2%) y ecografía (2%), distribuyéndose el resto en frecuencias del 1% o menos. Estas pruebas se realizaron en el 73% de los casos por petición del acompañante y en un 27% a los niños que acudieron por derivación médica.

Del total de niños que acudieron al servicio, 151 (37%) requirieron tratamiento in situ. El tratamiento más utilizado fue el antipirético en 67 casos (16%), seguido de los broncodilatadores en 38 (9%), corticoides y antieméticos con 32 cada uno (8% cada uno), oxígeno en 20 (5%), sueroterapia en 19 (5%), antibióti-

cos, antihistamínicos y enemas en el 2% cada uno, y el resto con una frecuencia del 1% o menos.

Se logró entrevistar a los padres del 98% de los niños incluidos en la muestra. Respecto al nivel de estudios de los padres del menor, los del padre fueron en el 40% primarios, en el 36% el bachillerato y en el 16% universitarios, mientras que los de la madre fueron en el 50% primarios, en el 31% el bachillerato y en el 17% universitarios. En relación con los ingresos el 23% no contestó a la pregunta, el 62% declaró ingresos en el tramo 300-2.103 €/mes frente a un 15% en el tramo de los 2.104-3.005 €/mes. El estrato socio-económico de los padres, considerando nivel de estudios, profesión e ingresos, resultó del 7% Medio, 23% Medio-bajo y 47% Bajo, quedando el resto indefinido por no responder al nivel de ingresos.

La entrevista arrojó que 330 padres (81%) declararon conocer el servicio de urgencias de su centro de salud al que deberían acudir cuando el niño se enferma. Sin embargo, cuando a los que respondieron conocer este servicio se les pidió lo identificaran, se obtuvieron respuestas correctas sólo en el 50% de los casos. A la pregunta acerca de la motivación que les llevó a acudir al servicio de urgencias del hospital, preferían acudir al del hospital por la rapidez en el

88% de los casos, la disponibilidad de medios diagnósticos en el 82%, la certeza de las indicaciones médicas en el 75%, por cuestiones de horario el 55% y cercanía el 45%, con otros motivos de menor calado, como ser empleado o familiar de un empleado del hospital, tener la historia en el hospital, haber sido llevado allí por la ambulancia, no disponer de pediatra en el Centro, y otros motivos, el 13%.

Al emplear la definición operativa establecida de visita adecuada obtuvimos que 174 visitas (43%) se clasificaron como inadecuadas. En la Tabla 2 se presentan los resultados de la comparación de hospitalizaciones y altas a domicilio, pruebas diagnósticas complementarias realizadas, y tratamientos administrados, entre visitas adecuadas e inadecuadas. En la Tabla 3 se presentan los resultados de la comparación de factores individuales, subjetivos y externos, entre visitas adecuadas e inadecuadas. Como se observa en estas tablas, aún para aquellas diferencias que no alcanzaron la significación estadística para valoraciones y actuaciones entre las visitas adecuadas y las que no lo eran, siempre la frecuencia fue mayor para las primeras.

En el modelo de regresión con la inadecuación de la visita como variable dependiente se introdujeron como posi-

bles factores asociados a la visita inadecuada 1.-la percepción de la gravedad, 2.-el conocimiento de la finalidad del servicio de urgencias, 3.-la creencia en la mayor capacidad resolutoria de los profesionales hospitalarios, 4.-la disponibilidad horaria del servicio de urgencias hospitalario y 5.-la cercanía al hospital. El modelo sólo retuvo como factor asociado a la visita inadecuada a la disponibilidad horaria como motivo, que produjo 1,86(IC95%:1,01-3,46) veces más visitas inadecuadas que el resto de motivos alegados por los acompañantes del menor ($p=0,049$).

DISCUSIÓN

Los resultados del estudio muestran que entre la afluencia de niños que acuden a un servicio de urgencias pediátricas hospitalarias un alto porcentaje se pueden considerar inadecuados a la especificidad de este tipo de servicio y pudieran haber sido resueltas en los servicios de urgencias pediátricas de atención primaria o por el pediatra de su centro de salud. El principal factor asociado a este uso inadecuado del servicio en nuestro estudio es la incompatibilidad de los horarios de prestación de la atención de los servicios de urgencias de la atención primaria o el pediatra del centro de salud, con un peso parcial de la percepción de los padres de que el problema de sa-

lud que presenta su hijo sea más grave de lo que es en realidad, y el que la dotación de recursos tecnológicos, disponibilidad de pruebas diagnósticas y personal especializado con que cuenta el servicio de urgencias hospitalario sea percibido por ellos como elementos que aumentan la rapidez, eficacia y seguridad de la atención de su hijo. Estos resultados concuerdan con los de estudios similares (1-3,8-9).

La demanda de la atención urgente pediátrica hospitalaria se ha ido incrementando en los últimos años. Algunos autores lo definen como sobreutilización o incluso mala utilización, siendo ésta una situación generalizada (2,10). El alto porcentaje de casos observados en el estudio que acude por iniciativa de los padres se perfila como un ingrediente influyente en este comportamiento de la afluencia, circunstancia que coincide con la descripción del fenómeno en otros estudios con similar propósito (1,3).

El perfil socio-económico de los padres de los niños que acuden al servicio de urgencias pediátrico hospitalario se ajusta a un patrón de casados, con estudios primarios y nivel socio económico medio/bajo, de lo cual se deduce que los padres pertenecientes a niveles socio-económicos altos buscan solución a los problemas de salud de sus hijos

que consideran urgentes en otros ámbitos asistenciales.

Los motivos para demandar el servicio hospitalario pediátrico urgente que manifestaron los padres son coincidentes con otros estudios (1-5), aunque prevalece la incompatibilidad de horario con su pediatra, así como también por la atracción que ejerce las urgencias hospitalarias por la posibilidad de realizar exámenes complementarios con recursos tecnológicos avanzados y personal altamente cualificado. Estos motivos, junto con otros como una atención más rápida y el desconocimiento y escasez de centros de urgencias pediátricas y especialistas en pediatría primaria para la atención urgente, se asocian a un aumento de la frecuentación ya descrito en estudios análogos (1-2,10-12). Se podría decir, a la vista de los resultados de este estudio, que se manifiesta una actitud en el usuario con respecto a la asistencia sanitaria que exige resolver los problemas de salud de sus hijos sin demora y con empleo de todos los recursos disponibles por el miedo o la ansiedad que le produce, independientemente del nivel de estudios que posean, de su profesión e ingresos económicos, tipo de familia y horario laboral, tal como se ha obtenido en estudios similares (3,13).

Nuestro estudio se ha visto afectado por algunas debilidades en forma

de sesgos. El primero es de clasificación errónea, que se podría producir debido al registro de la hora del alta del paciente pediátrico, registro que puede producirse más tarde de la hora real del alta, lo que al sobredimensionar el tiempo de permanencia en urgencia produce un error en la clasificación de la adecuación de la visita en el sentido de considerar como adecuadas visitas que no lo son, con la consiguiente distorsión en la búsqueda de factores asociados a las visitas inadecuadas. El otro sesgo es de anomalía de la representatividad de la muestra, que se podría estar produciendo durante la recuperación de la información de las historias clínicas de urgencias al no encontrarse muchas de las seleccionadas al azar del listado de las urgencias atendidas durante el periodo de estudio. Este hecho resulta en la realización del estudio con pacientes con historias disponibles, con probable pérdida de visitas inadecuadas al ser las historias con mayor probabilidad de extravío por su baja importancia. Ambos sesgos podrían conducir a que los resultados obtenidos en el estudio ofrecen una visión del problema de las visitas inadecuadas menos acuciente que el de la situación real.

El estudio también posee algunas fortalezas. Entre ellas un acercamiento a la definición de visita inadecuada a un servicio de urgencias hospitalario esta-

blecido sobre un componente, al menos, previo al resultado de la atención recibida en el servicio: el origen de la visita. El otro componente, la duración de la estancia, que no cumple tal requerimiento lógico, hubo de emplearse por falta de otro tipo de información previo a la admisión, como podría ser, por ejemplo, el medio de transporte de acceso utilizado. En este sentido es curioso que como criterio de inadecuación en estudios similares al nuestro se suele emplear los resultados del proceso de atención para asignarla, es decir, un recurso tautológico que define lo inadecuado de la visita por el desarrollo de los acontecimientos posteriores, no previos a la entrada al servicio, como el ingreso en planta, lo que resulta en la imposibilidad de ofrecer a los padres criterios objetivos para que puedan decidir si deben acudir o no a un servicio de urgencias hospitalario en busca de atención del problema de salud que presente su hijo. Nuestra definición, aún siendo incompleta para alcanzar este objetivo es una primera aproximación para lograrlo. Otra de las fortalezas de nuestro estudio es su potencia estadística brindada por un tamaño de muestra suficiente para poder afirmar que en los factores donde no se halló diferencia o asociación con la visita inadecuada es muy probable su inexistencia, lo que apunta a la búsqueda de otras caracte-

rísticas diferentes a las empleadas en los estudios clásicos como posibles factores asociados a la inadecuación de la visita a los servicios hospitalarios de urgencias pediátricas con la finalidad de hallar un perfil que conforme un conjunto de reglas prácticas que brindar a los padres acerca de en que situaciones resulta innecesario emplear este servicio.

Considerando los posibles sesgos que afectan al estudio, a la vista de sus resultados se puede concluir que el volumen de la afluencia de niños que acuden a los servicios de urgencias pediátricas hospitalarios con problemas que pudieran haber sido resueltos de manera satisfactoria en los servicios de urgencias normales de la atención primaria o por su pediatra en el centro de salud es excesiva. Los factores que parecen condicionar este hecho son los horarios reducidos de prestación de servicios de urgencias por atención primaria y pediatra del centro de salud, la exageración de los padres sobre la gravedad del trastorno de salud de su hijo, y la creencia que la disponibilidad de una tecnología médica con la que no se cuenta en atención primaria redundante en rapidez, eficacia y seguridad de la atención. Tres factores susceptibles de modificación mediante reorganización de los servicios y educación.

De los resultados de nuestro estudio se puede inferir que es necesario mejorar la confianza de los padres en el poder resolutivo de la atención urgente a los niños en la Atención Primaria, por lo que deben diseñarse e implementarse programas de educación e información sanitaria a los padres en los centros de salud de la atención primaria que promuevan el uso racional de los servicios de urgencias pediátricas hospitalarios.

BIBLIOGRAFÍA

- 1-De Tina A, Quattrin R, Montina L, Brusaferrero S. Paediatric emergency department utilisation: is it necessary an educational intervention? *Ig Sanita Pubbl.* 2014 Mar-Apr;70(2):141-50.
- 2- Benahmed N, Laokri S, Zhang WH, Verhaeghe N, Trybou J, Cohen L, De Wever A, Alexander S. Determinants of nonurgent use of the emergency department for pediatric patients in 12 hospitals in Belgium. *Eur J Pediatr.* 2012 Dec;171(12):1829-37.
- 3- Kua PH, Wu L, Ong EL, Lim ZY, Yiew JL, Thia XH, Sung SC. Understanding decisions leading to nonurgent visits to the paediatric emergency department: caregivers' perspectives. *Sing Med J.* 2016 Jun;57(6):314-9. Epub 2016 Jan 25.
- 4-Gafforini S, Turbitt E, Freed GL. Lower urgency paediatric injuries: Parent preferences for emergency department or general practitioner care. *Emerg Med Australas* 2016 Oct;28(5):564-8. Epub 2016 Jul 31.
- 5- de Vos-Kerkhof E, Geurts DH, Wiggers M, Moll HA, Oostenbrink R. Tools for 'safety netting' in common paediatric illnesses: a systematic review in emergency care. *Arch Dis Child* 2016 Feb; 101(2):131-9. Epub 2015 Jul 10. doi: 10.1136/archdischild-2014-306953.
- 6- Singhal A, Caplan DJ, Jones MP, Kuthy RA, Momany ET, Buresh CT, Damiano PC. Parental perceptions of avoidability of their child's emergency department visit. *Emerg Med J* 2016 May; 33(5):313-8. Epub 2015 Aug 6. doi: 10.1136/emermed-2015-204790.
- 7-Encuesta de Ingresos y Condiciones de Vida de los Hogares Canarios. ISTAC, 2015. http://www.gobiernodecanarias.org/istac/temas_estadisticos/ (último acceso 24 julio 2017).
- 8-Guerrero Guerra J.L., Carrión Martínez A., Moreno Pardo F., Blanch González R., Vilches Arenas A. Adecuación de ingresos y estancias sucesivas en el área de observación de urgencias en un Hospital de Nivel I. *Papeles Médicos* 2010; 19(3).
- 9-Loría-Castellanos J, Flores-Maciél L, Márquez-Ávila G, Valladares-Aranda MA. Frecuencia y factores asociados con el uso inadecuado de la consulta de urgencias de un hospital. *Cirugía y Cirujanos* 2010; 78:508-14.
- 10-Serrano Poveda ME, Vázquez Fernández ME, Núñez Jiménez C. ¿Si es urgente para tí, es urgente para mí? Curso de Actualización Pediatría. Lúa Ediciones: Madrid, 2015. p. 215-19.
- 11-Longhi R, Picchi R, Minasi D, DiCesare-Merlone A. Paediatric emergency room activities in Italy: A national survey. *Ital J Paediatr* 2015 Oct;41(10): 77-81.
- 12-Quizamán Martínez R, Neri Moreno MC. Pacientes más frecuentemente atendidos en el Servicio de Urgencias Pediátricas en un hospital de tercer nivel. *Rev Fac Med UNAM* 2008; 51:5-10.
- 13-Fernández Castillo A, Vilchez-Lara MJ. La ansiedad y su asociación con elementos de funcionamiento familiar en los padres de niños atendidos en servicios de urgencias pediátricos andaluces. *Emergencias* 2016; 28:239-42.

TABLAS

Clasificación de diagnósticos agrupada	Motivo de consulta n (%)	Diagnóstico definitivo n (%)
ORL	20(5)	115(28)
Digestivo	83(20)	83(20)
Inespecífica	142(35)	57(14)
Respiratorio	72(18)	38(9)
Accidente	25(6)	33(8)
No incluidas listado Oficial	---	24(6)
Dermatología	23(6)	19(5)
Neurológico	20(5)	12(3)
Genito-Urinario-Renal	8(2)	9(2)
Locomotor	13(3)	9(2)
Infecciosa	0(0)	3(1)
Endocrino-Metabólico	0(0)	3(1)
Cardiovascular	0(0)	1(0)
Sangre	1(0)	1(0)
Total	407(100)	407(100)

TABLA 1. FRECUENCIA DE MOTIVOS DE CONSULTA Y DIAGNÓSTICOS DEFINITIVOS AL ALTA DE LOS NIÑOS DE 0 A 14 AÑOS QUE ACUDIERON A URGENCIAS PEDIÁTRICAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO NS CANDELARIA DE TENERIFE CONFORMANDO LA MUESTRA DEL ESTUDIO

Valoración o actuación	Tipo de visita*		p-Valor
	Inadecuada (n=174)	Adecuada (n=210)	
Ingresos hospitalarios y altas a domicilio			
Ingresos hospitalarios	0(0)	23(10)	<0,001
Altas a domicilio	174(100)	210(90)	
Pruebas diagnósticas realizadas			
Radiografía	15(25)	44(75)	0,004
Hematología	0(0)	41(100)	<0,001
Bioquímica	0(0)	37(100)	<0,001
Tira reactiva de orina	7(16)	37(84)	<0,001
Sedimento orina	8(20)	33(80)	0,002
Tiempo Protrombina	0(0)	9(100)	0,012
Cultivos	4(24)	13(76)	0,102
Saturación O ₂	3(21)	11(79)	0,001
Ecografía	1(25)	3(75)	0,639
TAC	0(0)	3(100)	0,264
Gasometría	0(0)	3(100)	0,133
Paul Burnell	0(0)	2(100)	0,509
L. cefalorraquídeo	0(0)	2(100)	0,509
EKG	1(50)	1(50)	0,999
Otras pruebas	3(30)	7(70)	0,527
Alguna prueba realizada	28(20)	114(80)	<0,001
Tratamientos administrados			
Antipiréticos	25(37)	42(63)	0,325
Broncodilatadores	9(24)	29(76)	0,013
Corticoides	8(25)	24(75)	0,034
Antieméticos	10(31)	22(69)	0,171
Sueroterapia	0(0)	19(100)	<0,001
Oxigenoterapia	3(15)	17(85)	0,010
Antibióticos	2(20)	8(80)	0,199
Enema	0(0)	7(100)	0,022
Antihistamínicos	1(14)	6(86)	0,125
Digestivo	0(0)	4(100)	0,082
Analgésicos	2(40)	3(60)	0,999
Pomada	1(50)	1(50)	0,999
Saturación	0(0)	1(0)	0,577
Anticonvulsivos	0(0)	0(0)	---
Otro tipo de tratamiento	1(13)	7(87)	0,146
Algún tratamiento administrado	50(33)	101 (67)	0,003

TABLA 2. RESULTADOS DE LA COMPARACIÓN DE VALORACIONES Y ACTUACIONES ENTRE VISITAS ADECUADAS O NO DE LOS NIÑOS DE 0 A 14 AÑOS QUE ACUDIERON A URGENCIAS PEDIÁTRICAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO NS CANDELARIA DE TENERIFE EN EL PERIODO ESTUDIADO.

Característica ¹	Tipo de visita ²		p-Valor
	Inadecuada	Adecuada	
Factores personales			
Tipo de familia: Parental Monoparental	109(42) 65(45)	153(58) 80(55)	0,529
Procedencia de los padres: Canarias Península Extranjeros	146(43) 14(42) 14(38)	191(57) 19(58) 23(62)	0,815
Estudios del padre: Universitario Bachillerato Primarios Sabe leer y escribir	23(36) 60(41) 77(47) 1(50)	41(64) 88(59) 87(53) 1(50)	0,594
Estudios de la madre: Universitario Bachillerato Primarios Sabe leer y escribir	27(39) 42(42) 90(45) 3(50)	43(61) 73(58) 110(55) 3(50)	0,857
Cualificación profesional del padre: Alta Media-Alta Media Media-Baja Baja	0(0) 15(39) 24(41) 80(45) 42(45)	4(100) 24(61) 35(59) 99(55) 51(55)	0,545
Cualificación profesional de la madre: Alta Media-Alta Media Media-Baja Baja	4(50) 6(32) 14(36) 53(39) 90(47)	4(50) 13(68) 25(64) 82(61) 103(53)	0,493
Nivel ingresos familiar: ≤300 €/mes 301-1.200 €/mes 1.2101-2.113 €/mes 2.114-3.004 €/mes ≥3.005 €/mes	4(40) 53(44) 58(45) 19(35) 1(50)	6(60) 67(56) 70(55) 36(65) 1(50)	0,845
Factores subjetivos			
Percepción de la gravedad	130(41)	188(59)	0,149
Conocimiento finalidad de urgencias	136(41)	194(59)	0,163
Mayor capacidad resolutive	135(41)	193(59)	0,186
Mejor cualificación profesional	164(42)	226(58)	0,496
Mayor disponibilidad tecnológica	32(41)	46(59)	0,732
Más rapidez en la atención	42(46)	50(54)	0,523
Factores externos			
Disponibilidad horaria	26(57)	20(43)	0,045
Cercanía al hospital	27(37)	46(63)	0,272
Otros motivos ³	25(48)	27(52)	0,406

1-Los resultados para cada tipo de visita se presentan como frecuencias (%) que son comparadas con la prueba chi2 de Pearson o Exacta de Fisher.
2-Las visitas adecuadas se definen como las derivadas por atención primaria o siendo por iniciativa propia conduzcan a un ingreso en planta o a la permanencia más de 2 horas en el servicio de urgencias, e inadecuadas en cualquier otro caso. 3-Como otros motivos entre los factores externos se considera el haber sido trasladado por ambulancia al servicio, ser empleado del hospital o ser familiar de un empleado del hospital, o no tener asignado un pediatra en el Centro de Salud.

TABLA 3. RESULTADOS DE LA COMPARACIÓN DE FACTORES INDIVIDUALES, SUBJETIVOS Y EXTERNOS ENTRE VISITAS ADECUADAS O NO DE LOS NIÑOS DE 0 A 14 AÑOS QUE ACUDIERON A URGENCIAS PEDIÁTRICAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO NS CANDELARIA DE TENERIFE EN EL PERIODO ESTUDIADO.