

Consultas reiterativas en la urgencia hospitalaria pediátrica

A. Pérez Sánchez¹, M. Begara De la Fuente¹, J. Núñez Fúster², J. Navarro González³

Resumen. *Objetivo:* Analizar los aspectos sociales y clínicos de la población infantil que utiliza de forma excesiva los Servicios de Urgencias Hospitalarias. *Material y métodos:* De las historias clínicas de los niños ingresados en un Hospital Pediátrico se han seleccionado 130 niños, de edades comprendidas entre los 2 m. y 10 años, que cumplían los criterios de diez consultas o más en total o más de cuatro en un mismo año en la sala de urgencias. Se tomaron como grupo control (GC) 270 casos de forma aleatoria de los ingresos realizados en el mismo Servicio durante la misma fecha. *Resultados:* El nivel sociocultural del grupo estudio (GE) fue bajo en el 71% y de ellos el 17% tenían una privación social (diferencias significativas con el GC $p < 0,05$). El 20% del grupo estudio había tenido al menos una convulsión febril anterior ($p < 0,001$) y el 33% había padecido más de 4 ingresos hospitalarios ($p < 0,001$). No se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en el número de consultas de urgencia según el día de la semana o el mes del año. El diagnóstico más frecuente en el grupo estudio fue la infección de vías respiratorias altas. El número de consultas por niño fue significativamente mayor ($p < 0,05$) en los casos con privación social, patología crónica subyacente, múltiples ingresos hospitalarios y domicilio cercano al Hospital. *Conclusiones:* Los niños con consultas reiteradas en las urgencias hospitalarias tienen un nivel sociocultural más bajo que la población control. La mayoría de estas consultas reiteradas son debidas a problemas banales y los niños son sometidos a un número excesivo de exploraciones complementarias. Se hace pues necesaria una adecuada educación de la salud en esta población de más bajo nivel sociocultural, para evitar que se utilicen las Unidades de urgencias como Consultas de asistencia primaria.

An Esp Pediatr 1996;44:321-325.

Palabras claves: Urgencia pediátrica hospitalaria; Utilización reiterativa.

REITERATIVE CONSULTATIONS IN THE HOSPITAL PEDIATRIC EMERGENCY SERVICES

Abstract. The objectives of this study were to analyze the social and clinical aspects of the infant and child population who excessively utilize the hospital emergency services. To this end, the clinical histories of 130 children admitted to a pediatric hospital have been analyzed. These children were between the ages of 2 months and 10 years and had 10 or more visits to the emergency room or had more than 4 visits during the same year. The control group was arbitrarily composed of 270 children admitted to the same service during the same period of time. We found that in the study group the sociocultural level was low in 71% and 17% had serious social deprivation (significant differences

with the control population, $p < 0.05$). Twenty percent had at least one previous febrile convulsion ($p < 0.001$) and 33% had more than four hospital admissions. No significant differences in the number of urgent consultations were found between the different days of the week or between the different months. The most frequent diagnosis was upper respiratory tract infections. The number of consultations was higher ($p < 0.05$) in children with serious social deprivation, chronic pathology, multiple hospital admissions and whose home was near the hospital. We conclude that children with reiterative consultations to the hospital emergency services usually have a social level lower than the control group. Most of these consultations are caused by banal problems and the children are subjected to an excessive number of analytical and radiological tests. Therefore, adequate health education is necessary among these sociocultural level groups in order to avoid using the emergency services as primary attendance consultations.

Key words: Pediatric emergency services; Reiterative consultations.

Introducción

La urgencia la podemos definir como aquella situación que en opinión del paciente, su familia o quienquiera que tome la decisión, requiere una atención médica inmediata (Asociación Médica Americana, Consejo de Europa). Esta definición, que se ajusta perfectamente a las circunstancias que determinan nuestra intervención en Urgencias, es tan amplia como real y viene a incluir las llamadas "pseudourgencias"⁽¹⁻³⁾. El concepto médico de urgencia como situación de enfermedad o accidente que requiere tratamiento inmediato por el riesgo vital inherente a la misma, se opone frontalmente con la idea que sobre la misma tienen los padres y familiares de los enfermos pediátricos^(4,5), y excluye casi a los dos tercios de las urgencias atendidas. Existe, por tanto, un conflicto entre usuarios y profesionales que conlleva una masificación con el deterioro de la calidad asistencial y de la relación médico-enfermo⁽⁶⁾. Así, el Hospital, con el paso de los años, se ha ido convirtiendo en la primera fuente de cuidados con el aumento progresivo de las pseudourgencias^(1,2,7).

El aumento de las urgencias en los grandes centros hospitalarios⁽⁸⁻¹¹⁾, a pesar de la mejora de la asistencia a nivel primario, hace que se plantee la búsqueda de las causas que lo provocan y de sus soluciones. Para estudiar este problema en nuestro medio hemos seleccionado una población de niños que han usado excesivamente las consultas de urgencia de un gran Hospital Pediátrico (H.I. Virgen del Rocío) que atiende a un área de salud de 632.000 hab. y con una media de 133 urgencias diarias.

Hospital U. Infantil Virgen del Rocío. Sevilla. ¹Médico Interno Residente. ²Jefe de Sección de Urgencias. ³Jefe de Servicio de Preescolares.

Correspondencia: Antonio Pérez Sánchez.

Andrés Sánchez de Alva nº 8 -bajo. 41740 Lebrija (Sevilla).

Recibido: Diciembre 1994

Aceptado: Julio 1995

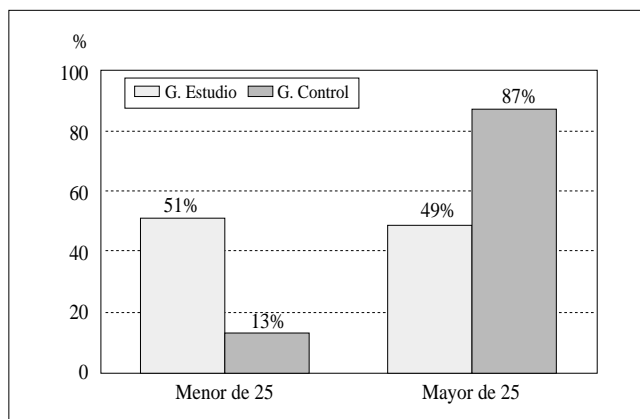


Figura 1. Edad materna ($p < 0,001$).

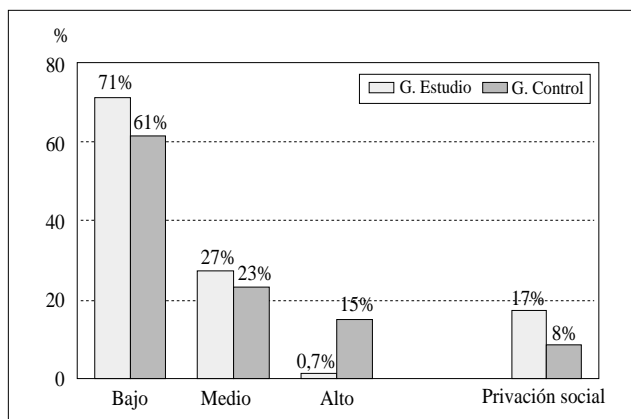


Figura 2. Nivel sociocultural ($p < 0,05$).

Material y métodos

El objetivo de nuestro estudio es analizar los aspectos sociales y clínicos que condicionan la repetición de consultas en Urgencias del paciente pediátrico.

El estudio se ha realizado sobre un grupo de niños en los que se observó, a través de su historia clínica, una reiterada visita al Servicio de Urgencias de nuestro Hospital. Los niños fueron seleccionados de los ingresos efectuados en el Servicio de Preescolares y Escolares, y se consideró para su inclusión un mínimo de diez consultas en total o más de cuatro durante un mismo año en el Servicio de Urgencias.

El total de pacientes seleccionados fue de 130 niños que provocaron 2.226 consultas urgentes durante el periodo 1986-1993. Las edades se encuentran comprendidas entre los 2 m. y 10 años.

La población control ha sido tomada de forma aleatoria de los ingresos del mismo Servicio durante el mismo periodo de tiempo, y constituida por una muestra de 270 casos. Algunos datos comparativos han sido extraídos del "Estudio estadístico de Urgencias".

Los parámetros socioculturales (grupo familiar, nivel sociocultural, estado de vacunación y nutrición) fueron recogidos de las historias clínicas en ambos grupos. El nivel sociocultural se ha definido según parámetros de vivienda (sin vivienda, sin elementos esenciales, con elementos esenciales, bien dotada), trabajo (parado, sin trabajo habitual, estable, de renta elevada) y estudios (analfabetismo, primarios, medios, universitarios). Se catalogaron como niños con privación social aquellos con situación de abandono, maltrato, desestructuración de la unidad familiar o padres con adicción a drogas.

Entre sus antecedentes personales se eligió para su valoración: la edad del primer ingreso y el número total de los mismos, convulsión febril, retraso psicomotor y encefalopatía grave, y enfermedad crónica.

En la visita a urgencia se valoró el día y la hora de la consulta, la edad, el diagnóstico, las pruebas complementarias realizadas y si precisaron periodo de observación. Se analizó estadísticamente la relación causal entre el número de visitas y di-

versos parámetros (privación social, patología crónica, número de ingresos hospitalarios, distancia del domicilio al Hospital) mediante la prueba de Chi².

Resultados

Aspecto sociocultural

El grupo estudio fue en 84 casos (64%) del sexo masculino y 46 del femenino, y pertenecían a una familia numerosa en 13 casos (10%). La edad materna del grupo de estudio era inferior a los veinticinco años en 67 casos (51%) siendo muy inferior el porcentaje (13,5%) en la población control ($p < 0,001$) (Fig. 1). El nivel sociocultural del grupo de estudio fue bajo en 93 casos (71%) destacando la presencia tan sólo de un caso de nivel alto, en tanto que la población control presentaba un 61% de nivel bajo pero un 15% pertenecían al nivel alto ($p < 0,05$ y $p < 0,01$ respectivamente). En 22 casos (17%) del grupo estudio fueron catalogados como privación social, frente a un 8% detectado en la población control ($p < 0,05$) (Fig. 2). El estado de vacunación y el grado de malnutrición reafirman el problema social de estos pacientes del grupo de estudio, habiéndose encontrado una vacunación correcta en solo 59 casos (45%) y un buen estado nutricional, valorado según peso-talla, en 75 (57%). La población de control presentaba vacunación y estado nutricional adecuados en el 72% y en el 66% respectivamente ($p < 0,01$ y $p < 0,01$) (Fig. 3).

En cuanto al lugar de procedencia del grupo estudio sólo un 15% procede de zonas rurales y un 85% de la ciudad donde radica el Hospital (35% de barrios vecinos y 50% de zonas más alejadas).

Antecedentes personales

En 69 casos (53%) tuvieron su primer ingreso hospitalario antes de los seis meses de vida, de los cuales 26 (20%) fueron en el periodo neonatal. El número total de ingresos hospitalarios en el grupo de estudio es elevado, habiendo tenido 4 o más ingresos 44 casos (33%) mientras que en la población control sólo un 5% de los casos había estado ingresado en 4 o más ocasiones ($p < 0,001$) (Fig. 4).

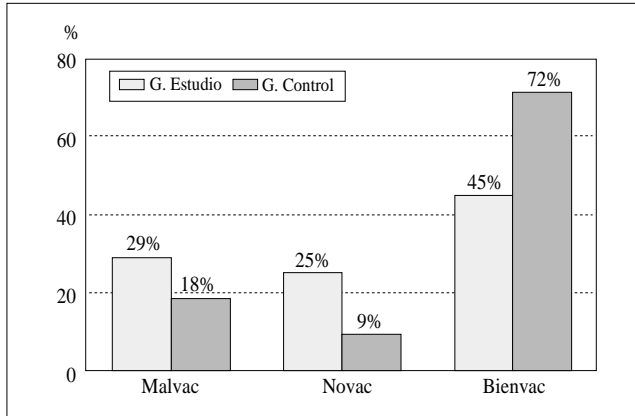


Figura 3. Vacunación ($p < 0,01$).

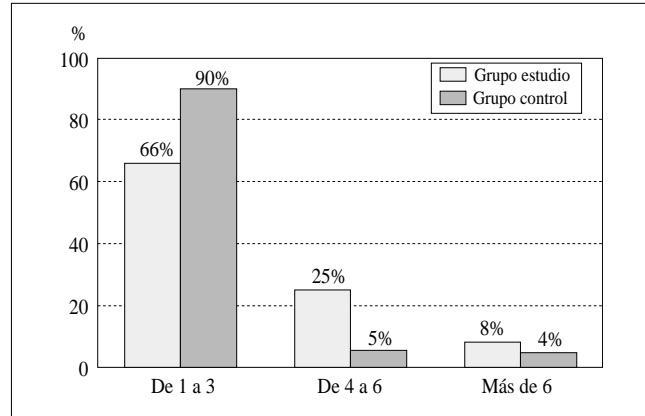


Figura 4. N° de ingresos ($p < 0,001$).

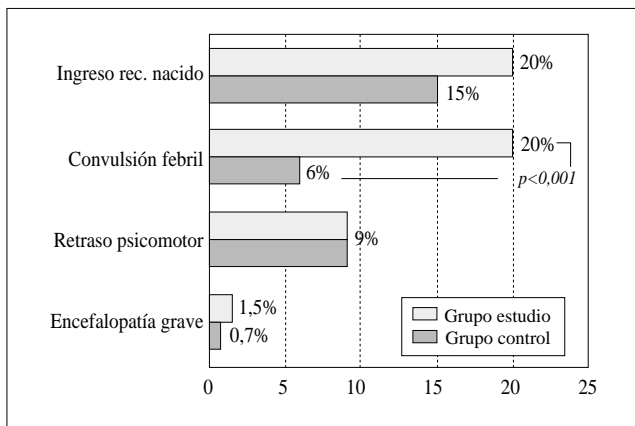


Figura 5. Antecedentes personales.

Entre los antecedentes del grupo de estudio 26 niños (20%) habían presentado convulsión febril en alguna ocasión y 15 (11%) tenían hermanos con enfermedad importante o había una muerte infantil en la familia. El 9% padecían retraso psicomotor leve-moderado y el 1,5% encefalopatía grave.

En la población de control existe un nivel menor de ingresos en periodo neonatal (15%) aunque sin diferencia estadística significativa, siendo la incidencia de convulsión febril en este grupo de sólo el 5,7% ($p < 0,001$). La presencia de retraso psicomotor y encefalopatía grave en ambos grupos son similares (Fig. 5).

Del grupo de estudio 33 casos (25%) padecían procesos crónicos aunque la mayoría de las consultas realizadas por ellos (60%) no estuvieron en relación con esta patología.

Visitas a Urgencias

El número de visitas totales efectuadas por los 130 pacientes seleccionados para el estudio fueron 2.226, lo que supone una media de 17,1 consultas/niño (rango 5-55). La distribución de las visitas de este grupo estudio durante los distintos días de la semana no presentó diferencias significativas entre días laborables y fin de semana, siendo el miércoles el día de me-

Tabla I Diagnóstico en el grupo de estudio

Infección de vías resp. altas	764 (34%)
Bronquitis disneizante	314 (14%)
Gastroenteritis aguda	225 (10%)
Trauma/herida leves	187 (8%)
Síndr. febril	109 (5%)
Dermopatías	69 (3%)
Otitis	64 (3%)
Neumomía	59 (3%)
Dolor abdomen/estreñimiento	58 (2%)
Viriasis	57 (2%)
Síndr. emético	36 (2%)
Convulsión	27 (1%)
Intoxicación/Ingesta c. extraño	24 (1%)

nor asistencia con 277 visitas (12%) y el domingo el de mayor con 360 (16%); durante el año se mantiene un patrón homogéneo de similares características que la población de control, siendo la primavera la época estacional de mayor número de visitas. La franja horaria en la que encontramos más urgencias en estos pacientes fue la tarde con un 42%, seguido de la noche con el 29%.

La edad de la primera visita a Urgencias en el grupo de estudio fue menor de 6 meses en 82 casos (63%).

La mayoría de las consultas del grupo de estudio fueron por procesos banales, siendo el diagnóstico más frecuente la infección de vías respiratorias altas con un 34% seguido de bronquitis disneizante (14%), gastroenteritis aguda (10%), traumatismos leves/herida (8%), síndrome febril sin focalidad (5%), ... (Tabla I). El 12% de las consultas a urgencias motivaron un periodo de observación de 12 a 24 h.

Entre los niños del grupo de estudio el número de consultas fue mayor (relación con significación estadística $p < 0,05$) en los niños con privación social, patología crónica subyacente, múltiples ingresos y domicilio cercano al hospital.

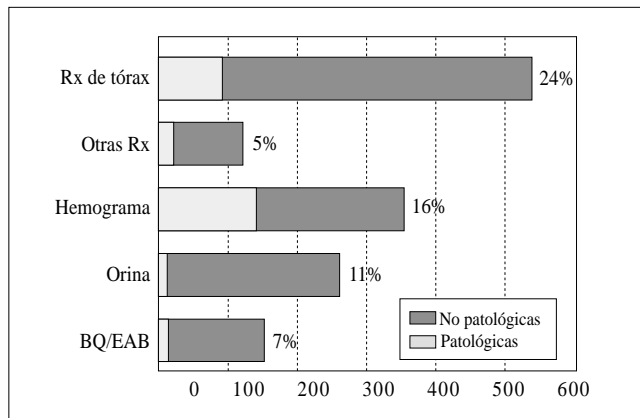


Figura 6. Pruebas complementarias en el grupo de estudio.

Pruebas complementarias

La prueba complementaria más utilizada para orientar el diagnóstico en las consultas del grupo de estudio han sido las radiológicas; en 536 consultas (24%) se realizó una radiografía de tórax y en 121 (5%) otros estudios radiológicos. Se solicitó un hemograma en 352 consultas (16%), análisis elemental de orina en 260 (11%) y bioquímica/EAB en 152 (7%). Se objetivaron alteraciones patológicas en el 17% de las radiografías de tórax, en el 40% de los hemogramas, en el 11% de las bioquímicas/EAB y en el 5% de los análisis de orina (Fig. 6).

Discusión

Las causas del aumento de las urgencias hospitalarias son muy variadas e inciden y se influyen entre sí de forma conjunta⁽⁸⁻¹²⁾. Podemos dividirla en tres grupos, la sociedad, la familia y el hospital⁽¹⁾. El primero está constituido por las causas que emergen de la estructura de la sociedad moderna, la cual considera a la salud como un instrumento imprescindible para el bienestar, e instalada en éste de manera permanente soporta mal el sufrimiento haciendo responsable al Estado de remediar los déficits de salud de forma rápida y eficaz.

El segundo grupo tiene su origen en la familia que, con unos conocimientos insuficientes y muchas veces equivocados, es incapaz de soportar una patología, la infantil, que resulta angustiosa y difícil de valorar. Ante esto, y por su confianza en la medicina hospitalaria, busca de manera exacta y precoz el diagnóstico y tratamiento en la Urgencia del hospital. Por otro lado, el menor contacto intrafamiliar derivado de la estructura social actual, es origen de solicitudes de asistencia urgente como expresión culpable de una inadecuada atención al niño.

El tercer grupo tiene su origen en el hospital, que intenta adecuarse a la demanda prestando una atención rápida, correcta y eficaz, y tendiendo a incrementar sus Servicios de Urgencias debido a la toma de conciencia de que éstos pueden llegar a ser, debido a su alta frecuentación, la mayor fuente de "prestigio o desprestigio" del hospital⁽²⁾. Todos los factores mencionados han hecho que la urgencia en pediatría haya alcanza-

do niveles inimaginables hace varios años, llegando a constituir hoy en día una forma esencial de la asistencia pediátrica y un hábito social^(2,6).

El estudio estadístico de los datos socioculturales de esta población, que frecuenta de forma repetida las urgencias hospitalarias, nos indica que existe en ellos un nivel social muy malo con un deficitario estado de nutrición y de vacunación. Son familias más numerosas y con una maternidad mucho más joven que la población de control. Hemos encontrado asociación significativa entre el mayor número de visitas y la situación social desfavorable, mal estado de vacunación y nutrición, existencia de patología crónica, múltiples ingresos hospitalarios y cercanía al centro hospitalario. En referencia a este último punto, tenemos que resaltar que aunque los pacientes pertenecientes a zonas cercanas son los que mayor número de visitas efectúan, hay un gran porcentaje (65%) que proceden de zonas medias/alejadas o rurales.

En cuanto a los antecedentes personales, son niños que desde muy temprana edad han iniciado su relación con el ambiente hospitalario, superando los cuatro ingresos en gran número de casos. Destaca como antecedente importante la considerable prevalencia de convulsiones febriles, patología que crea una gran angustia familiar que hace que se acuda a las urgencias ante el inicio de cualquier proceso febril.

La mayoría de las visitas se realizaron en horas en las que podían ser atendidas en sus Centros primarios, sin que hubiera un aumento significativo del número de casos urgentes en este grupo de niños durante el fin de semana en que aquéllos permanecen cerrados. Este patrón de visitas se ajusta a diversos trabajos sobre población general en la urgencias^(8,13-15), siendo el miércoles el día de menor número de visitas^(9,16-18). Los motivos de consulta, encabezados con diferencia como en otras series publicadas^(9,19,20), por las infecciones respiratorias de vías altas, no precisan, en su mayoría, atención inmediata en un Centro hospitalario⁽²¹⁾. Este factor unido al horario de visitas hacen que debamos de ponernos en alerta para intentar buscar soluciones correctoras de estas anomalías.

El número de pruebas complementarias realizadas en nuestro grupo de estudio, es ligeramente superior a la mayoría de estudios realizados sobre población general^(9,10,22-24). Este dato asociado con una media de 17 consultas por niño y a sus múltiples ingresos nos indican el número excesivo de pruebas, sobre todo radiológicas, a las que están sometidos estos niños.

Por último, como conclusión queremos resaltar que los factores sociofamiliares constituyen un pilar importante en la asistencia repetida a las Urgencias pediátricas hospitalarias y, aunque son múltiples las causas que favorecen la masificación de éstas, se hace muy necesaria una adecuada Educación de la Salud⁽²⁵⁻²⁷⁾ en la población de más bajo nivel social, a la vez que descentralizamos la asistencia a través de los Equipos básicos de atención primaria.

Bibliografía

- 1 Cruz M, Botet F. Introducción a las urgencias pediátricas. *An Esp Pediatr* 1984;21:281-285.

- 2 Alfaro C, Brodin M, Lombrail P et al. Motifs et modalités de recours ambulatoire pédiatrique dans dix hôpitaux de la région Ile-de-France. *Arch Fr Pediatr* 1992;**49**:785-791.
- 3 Antón MD, Peña JC, Santos R et al. Demanda inadecuada en un servicio de urgencia de un hospital pediátrico. *Med Clin (Barc)* 1992;**99**:743-746.
- 4 Wingert WA. ¿Quién es el responsable de la Medicina de Urgencias en EEUU?. Boletín de la Asociación Internacional de Pediatría 1983;**5**:16-17.
- 5 Arbelo A, López C, Cánovas M et al. Urgencias pediátricas ¿un problema irresoluble?. *An Esp Pediatr* 1986;**24**:81-82.
- 6 Arbelo A, Martínez F, Cobaleda A et al. Urgencias pediátricas en un hospital general suburbano. *An Esp Pediatr* 1984;**21**:379-380.
- 7 Collof E. Primary care in the emergency room. *N Engl J Med* 1982;**307**:829.
- 8 Halperin R, Meyers A y Alpert J. Utilización de los servicios de urgencia pediátricos. Revisión crítica. *Clin Pediatr Norteamérica* 1979;**4**:747-757.
- 9 Gago C, Ania B, Luque M et al. Demanda urgente de asistencia pediátrica hospitalaria: estudio de 4.858 casos atendidos en el servicio de urgencia de un hospital infantil. *An Esp Pediatr* 1990;**32**:99-104.
- 10 Mur A, Tura A, Carvajal J et al. Estudio socioepidemiológico de las urgencias asistidas en un hospital general. *An Esp Pediatr* 1984;**21**:283.
- 11 Pérez P, Asís F De, Dueñas F et al. Utilización de los servicios de urgencias pediátricos del hospital infantil de la Seguridad Social. *An Esp Pediatr* 1984;**21**:377-78.
- 12 Bosch JM, Ríos M, Puig A et al. Estudio sociopatológico prospectivo de 2.117 urgencias pediátricas. *An Esp Pediatr* 1984;**21**:382-383.
- 13 Bueno M, Legido A, Domínguez M. Enseñanza de la pediatría de urgencia. *An Esp Pediatr* 1984;**21**:287-294.
- 14 García A, Soriano D, Ridao M et al. Estudio de las consultas a urgencias de un hospital comarcal. *An Esp Pediatr* 1984;**21**:378-379.
- 15 Sarrión M, Martínez N, Garde G et al. Urgencias y hospitalización durante el año 1983. *An Esp Pediatr* 1984;**21**:384-385.
- 16 Castillo Rey M Del, Huguet J, Brabo J et al. Estudio del área de urgencias de un hospital general. Grado de adecuación de las visitas. *Med Clin (Barc)* 1986;**87**:539-542.
- 17 Lloret J, Puig X, Muñoz J et al. Urgencias médicas. Análisis de 18.240 pacientes atendidos en el servicio de urgencia de un hospital general en el periodo de un año. *Med Clin (Barc)* 1984;**83**:135-141.
- 18 Balanzó X, Pujol R. Estudio multicéntrico de las urgencias en hospitales básicos de Cataluña. *Med Clin (Barc)* 1989;**92**:86-90.
- 19 Martínez F, Arbelo A, Cobaleda A et al. Urgencias pediátricas. Epidemiología clínica de 16.546 atendidas en un año. *An Esp Pediatr* 1984;**21**:377.
- 20 Martínez A, Palud J, Sánchez A et al. Urgencias respiratorias en pediatría(excepto recién nacidos). *An Esp Pediatr* 1984;**21**:343-348
- 21 Rothschild M, Gilboa S, Sagi H et al. Referral, admission, and discharge patterns in a pediatric emergency. *Pediatr Emerg Care* 1993;**9**:72-76.
- 22 García E, Hernández J, Baño A et al. Experiencia de dos años en un servicio de urgencias pediátrico. *An Esp Pediatr* 1984;**21**:383-384.
- 23 Aparicio JM, Tomás M, Collar JI et al. Cuatro años de urgencia pediátrica. Relación de su incremento y de la iniciativa propia en el número de exploraciones complementarias e ingresos hospitalarios. *An Esp Pediatr* 1991;**35**:229-231.
- 24 Velin P, Puig C, Dupont D et al. Activité d'un service d'accueil des urgences pédiatriques en 1991. *Pediatric* 1992;**47**:635-640.
- 25 Liptak GS, Super DM, Baker N, Roghmann K. An analysis of waiting times in pediatric emergency department. *Clinical Pediatrics* 1984;**24**:202-209.
- 26 O'Shea J, Collins EW, Pezzullo JC. An attempt to influence health care visits of frequent hospital emergency facility users. *Clinical Pediatrics* 1984;**23**:559-562.
- 27 Kelly LJ, Birtwhistle R. Is this problem urgent? Attitudes in a community hospital emergency room. *Can Fam Physician Med Fam Can* 1993;**39**:1345-1352.