

Consultas pediátricas urgentes en un centro de salud

B. Herranz Jordán¹, R. Hernández Merino¹, R. Cáceres González², L. Castaños Jover³, C. Rodríguez Valdés³

Resumen. *Objetivo:* El exceso de consultas hospitalarias urgentes ha sido objeto de numerosos estudios en España y, en algunas ocasiones, el problema ha sido atribuido a la ineficacia del sistema de Atención Primaria. Nuestro objetivo principal es evaluar si nuestro centro de salud es un filtro eficaz de las urgencias hospitalarias.

Método: Diseñamos un estudio prospectivo de un año en el que estudiamos todas las urgencias pediátricas ocurridas durante nuestro horario laboral (días laborables, de 8 a 21 horas).

Resultados: Atendimos un total de 1.294 urgencias, con una media de 5,78 por día. La mayor incidencia fue en septiembre y la menor en agosto. La mayoría de las urgencias ocurrieron entre las 16 y las 19 horas. El 50% de los pacientes tenían menos de 4 años de edad. Realizamos 86 diagnósticos diferentes, según la clasificación WONCA. Sólo 10 diagnósticos tuvieron una frecuencia superior al 3%, y el 60% de las urgencias acudieron por uno de estos 10 diagnósticos. El 94,7% de las urgencias fueron completamente resueltas por nosotros. Sólo 60 pacientes (4,6%) fueron derivados a urgencias hospitalarias. De ellos, 40 requerían atención traumatológica o quirúrgica, 5 oftalmológica, 3 otorrinolaringológica, y sólo 12 exclusivamente pediátrica. En el 55,7% no hubo motivos para utilizar la vía urgente.

Conclusiones: Durante nuestro horario de trabajo, nuestro centro de salud es un filtro eficaz de las urgencias pediátricas hospitalarias.

An Esp Pediatr 1997;47:591-594.

Palabras clave: Pediatría primaria; Emergencias pediátricas.

and 60% of the emergencies were related to one of these 10 diagnoses. Of all pediatric emergencies, 94.7% were completely resolved by us. Only 60 patients (4.6%) were sent-on to hospital emergency services. Among these patients, 40 required traumatological or surgical attention, 5 ophthalmological care, 3 otorhinolaryngological care, and only 12 exclusively needed pediatric attention. In 55.7% of the cases there was no reason to use the emergency channel.

Conclusions: During our office hours, our community health center is an efficient filter for hospital pediatric emergencies.

Key words: Pediatric primary care; Pediatric emergencies.

PEDIATRIC EMERGENCIES IN A COMMUNITY HEALTH CENTER

Abstract. *Objective:* The excess of pediatric emergencies going to hospitals has been the subject of many studies in Spain and, on some occasions, this problem has attributed to the inefficiency of pediatric primary care. Our main objective was to evaluate whether or not our community health center is an efficient filter for hospital emergencies.

Patients and methods: We conducted a prospective one-year long study of all pediatric emergency demands within our normal office hours (workdays, from 08:00 to 21:00 hours).

Results: The total number of emergencies amounted to 1,294, with an average of 5.78 per day. The largest inflow occurred in September and the lowest in August. Most of the emergencies were between 16:00 and 19:00 hours. Fifty percent of the patients were under 4 years of age. We made 86 different diagnoses according to the WONCA classification. Only 10 diagnoses came with a frequency superior to 3%,

Introducción

El exceso de urgencias pediátricas hospitalarias ha sido motivo de numerosos estudios en nuestro país⁽¹⁻⁷⁾. Sin embargo, con excepción de algunos resúmenes de comunicaciones en congresos⁽⁷⁻¹⁰⁾, no hay estudios publicados sobre urgencias en Atención Primaria pediátrica. Con esta falta de información, las opiniones serán forzosamente subjetivas. En palabras del Dr. Rafael Matesanz⁽¹¹⁾, director general de Atención Primaria y especializada del INSALUD, "la percepción de la Primaria desde el hospital es muy peculiar, sin apreciar los significativos avances que se han producido en los últimos años en la calidad de la asistencia del primer nivel asistencial". En ocasiones leemos duras críticas, como la del Dr. J.M. Paricio Talayero⁽⁵⁾ y cols., que analizando las causas del incremento de urgencias pediátricas en su hospital dicen que "...la ínfima calidad de Atención Primaria ofertada contribuyen a que se utilicen servicios sanitarios que fueron concebidos, como su nombre -urgencias-, indica, para otros fines". El papel de la Atención Primaria como filtro de urgencias hospitalarias fue también negativamente valorado en el informe del Defensor del Pueblo de 1989 sobre los servicios de urgencias hospitalarios⁽¹²⁾: "La insuficiencia o ineficacia de la asistencia prestada a nivel primario parece ser una de las causas....". Estos comentarios nos han llevado a plantearnos cuestiones como: ¿Sirve nuestro centro de salud como filtro de urgencias hospitalarias pediátricas?, ¿qué resolvemos y qué derivamos?, ¿qué repercusión tienen las consultas urgentes sobre nuestras demás actividades?

Material y métodos

Durante un año consecutivo (3/7/95 a 28/6/96), registramos las urgencias pediátricas de nuestro centro de salud, durante los días laborables, y en horario de 8 a 21 horas. Todas ellas fueron

¹Pediatras, ²Médico Residente de Medicina de Familia, ³Diplomados Universitarios de Enfermería. Centro de Salud de Las Rozas, Área de Salud 6, Madrid.

Correspondencia: Benjamín Herranz Jordán. Centro de Salud de Las Rozas, c/ Principado de Asturias 30, Las Rozas, 28230 Madrid.

Recibido: Febrero 1997

Aceptado: Abril 1997

resueltas por pediatras. No incluimos días festivos ni las ocurridas de 21 a 9 horas, porque son atendidas por médicos no pediatras del servicio de urgencias, y requieren por tanto estudio aparte.

Nuestro centro de salud está ubicado en el pueblo de Las Rozas, a 18 km de Madrid y del hospital del INSALUD más próximo. Cubre una población de unos 25.000 habitantes. En el equipo de Atención Primaria trabajamos 2 pediatras y 2 enfermeras de pediatría, en horario de mañana (8 a 15 horas) y de tarde (14 a 21 horas), con una población media asignada durante el estudio, según tarjeta sanitaria, de unos 1.400 niños en el turno de mañana y 1.600 en el de tarde. Como medios diagnósticos, disponemos de tiras reactivas para orina, tiras reactivas para glucemia, y ECG. Durante las mañanas podemos también realizar radiografías simples, pero sólo son informadas por un radiólogo los lunes. Disponemos de equipamiento básico para emergencias (resucitador manual, laringoscopio y tubos endotraqueales, oxígeno, aspirador de secreciones, desfibrilador, sistemas de infusión de líquidos intravasculares), material para curas, férulas flexibles y aparato de aerosoles.

Consideramos urgencias todas aquellas consultas que, a juicio de los padres o responsables del niño, requieren una atención inmediata, para lo cual acuden al centro de salud sin haber pedido cita previa en la consulta a demanda.

Los diagnósticos fueron codificados según la clasificación internacional de los problemas de salud en Atención Primaria (CIPSAP-2-definida), propuesta por la Organización Mundial de Colegios Nacionales, Academias y Asociaciones de Médicos Generales/Médicos de Familia (conocida por las siglas inglesas WONCA)⁽¹³⁾. Hemos utilizado esta clasificación por ser de uso universal, pero tuvimos que añadir un motivo de consulta típico en pediatría: "Llanto sin causa aparente", y un diagnóstico: "Nada patológico". Ninguno de ellos estaba codificado por la WONCA.

Los datos fueron registrados y analizados informáticamente.

Resultados

A lo largo de 224 días laborables, atendimos 1.294 consultas urgentes (media 5,78 urgencias al día, rango 0 a 18). En el mismo periodo atendimos 10435 consultas a demanda, de forma que las urgencias han supuesto un 11% del total de consultas (no incluimos las revisiones del programa del niño sano). Por meses, este porcentaje varió entre un mínimo de 4,6% en agosto y un máximo de 13,2% en septiembre.

El reparto de urgencias a lo largo de los 5 días laborables de la semana fue bastante homogéneo, con un máximo los lunes (21,6%) y martes (21,6%), y un mínimo los jueves (16,9%). Hubo notables diferencias con respecto a las horas del día, con un pico a media mañana y un gran pico entre las 16 y 19 horas (Figura 1). En el turno de mañana (de 9 a 14,30 horas) acudieron 490 urgencias (38%) y en el de tarde (de 14,30 a 21 horas), 804 (62%). Los niños asignados al pediatra del turno de mañana generaron 493 consultas urgentes, de las cuales 241 (49%) fueron en horario de mañana y 252 (51%) de tarde. Los niños

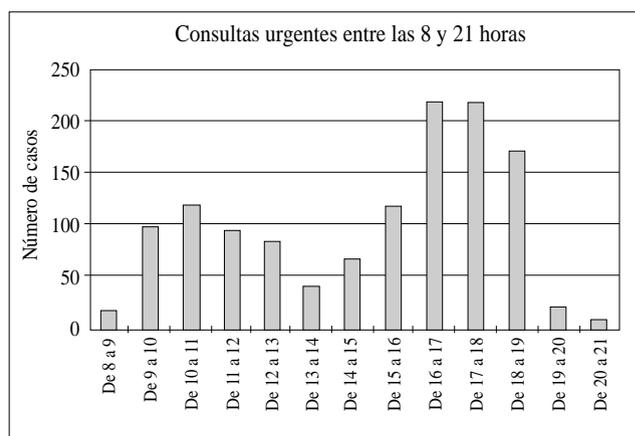


Figura 1.

asignados al pediatra de turno de tarde generaron 566 urgencias, de las cuales 131 (23%) fueron en horario de mañana y 435 (77%) de tarde.

El 82% eran pacientes de nuestros propios cupos, el 3% no tenían Seguridad Social y el restante 15% eran o del pediatra de cupo de nuestro centro de salud, o desplazados, o no tenían asignado pediatra.

El 56% fueron niños y el 44% niñas. Por edades, las urgencias fueron mucho más frecuentes en niños pequeños, de forma que el 50% tenían menos de 4 años.

Registramos un total de 1.420 diagnósticos en las 1.294 consultas (1.167 pacientes tuvieron un único diagnóstico y 127 dos). Los 1.420 diagnósticos se repartieron entre 86 códigos WONCA diferentes. De estos 86, sólo 10 se repitieron con una frecuencia mayor del 3%, y el 60% de todas las urgencias acudieron por uno de estos 10 diagnósticos WONCA: "fiebre de origen desconocido" (11,1%), "hematoma, contusión, aplastamiento" (9,4%), "infección aguda de vías respiratorias superiores" (7,2%), "amigdalitis aguda" (6,8%), "erosión, herida abierta" (6,1%), "otitis media aguda" (5,4%), "enfermedad intestinal presumiblemente infecciosa" (4,7%), "dolor abdominal" (3,4%), "infección viral inespecífica" (3,3%), y "gripe o enfermedad similar" (3%). Hubo moderadas diferencias en la frecuencia de los principales diagnósticos según la edad del niño. El grupo de edad con mayor diferencia del resto fue el de los menores de 1 año. A esta edad, dentro de los 10 diagnósticos más frecuentes encontramos 4 que no figuran entre los 10 más frecuentes en el conjunto: "conjuntivitis" (4,3%), "bronquiolitis" (3,6%), "llanto sin causa aparente" (2,9%) y "exantema vírico inespecífico" (2,9%). La "fiebre de origen desconocido", que en terminología más corriente en pediatría denominamos "fiebre sin foco", es el diagnóstico más frecuente en niños de 0 a 7 años, perdiendo a partir de entonces la primera posición, pero manteniéndose entre los 10 más frecuentes en casi todas las edades. Tuvo su máxima incidencia en niños de 1 año, con un 18,3% de los diagnósticos a esa edad. Los "hematomas, contusiones y aplastamientos" tuvieron una incidencia especialmente alta en niños de

11 años (20,6%) y 12 años (33,3%). Las “erosiones, heridas abiertas”, tuvieron un máximo a los 5 años (12,5%), permaneciendo entre los primeros diagnósticos a partir de esa edad. Observamos, por tanto, un predominio de consultas por causa infecciosa en niños pequeños y un predominio de causas traumatológicas a mayor edad.

Resolvimos por completo 1.225 urgencias (94,7%). Derivamos 60 pacientes a urgencias hospitalarias (4,6%) y 9 al especialista de área (0,7%). De los 60 enviados al hospital, 40 lo fueron por precisar atención traumatológica o quirúrgica, 5 oftalmológica, 3 otorrinolaringológica, y sólo 12 estrictamente pediátrica. Cabe señalar que sólo 2 de 144 pacientes con fiebre de origen desconocido, y sólo 1 de 46 crisis de asma (incluimos bronquiolitis), fueron derivados al hospital.

El 95,5% de los pacientes no precisó ninguna prueba complementaria de las disponibles en el centro. En el restante 4,5% realizamos 24 radiografías (tórax y traumatismos), 25 tiras de orina, y 11 glucemias capilares.

El 86% no requirió ningún tratamiento en el centro. En el restante 14% los tratamientos más frecuentes fueron las curas de heridas (con o sin sutura), las inmovilizaciones (con vendajes y a veces férulas), y los aerosoles con broncodilatadores y/o corticoides. De las 23 heridas que precisaron sutura, suturamos 19 y 4 fueron derivadas al hospital. Utilizamos medicamentos de los disponibles en nuestro botiquín en un 6,1% de las urgencias (basicamente antitérmicos y antibióticos). Salvo raras excepciones, a los pacientes que precisaron medicamentos para continuar tratamiento en sus domicilios, se les realizó la prescripción con receta del INSALUD, de forma que al 68,5% se les dio una o más recetas.

El tiempo aproximado que empleamos en atender las urgencias fue de alrededor de 5 minutos en el 74%, de alrededor de 10 minutos en el 20% y de más de 15 minutos en el 6%, con un máximo de 1 hora en 3 pacientes. Tuvimos en observación a 30 pacientes (2,3%), de los que 21 estuvieron menos de una hora, y 9 entre 60 y 90 minutos.

En 79 pacientes (6,1%), fue exclusivamente el enfermero quien resolvió la consulta, sin intervención del pediatra. De los 79, 59 (74%) tenían contusiones o heridas.

Consideramos que 275 pacientes (21,3%) utilizaron la vía urgente por motivos médicamente justificados. En 298 (23%) no había una causa médica evidente, pero sí alguna otra justificación: imposibilidad de contactar por teléfono para pedir cita, imposibilidad de venir en el horario habitual etc. En los restantes 721 (55,7%) no encontramos ninguna justificación para utilizar la vía urgente en vez de la consulta habitual.

Discusión

En los centros de salud coexisten pediatras “de cupo”, con 2 horas de consulta al día, y pediatras de “equipo de Atención Primaria”, con jornada de 7 horas al día. Algunos centros sólo abren por las mañanas, otros hasta las 17 horas, y otros hasta las 21 horas. Algunos centros se cierran a partir de esa hora, y otros permanecen abiertos continuamente para atender urgencias, bien

por sus propios médicos y pediatras, bien por médicos de servicios de urgencias o por ambos. Nuestros resultados no serían, por tanto, extrapolables más que a centros similares al nuestro.

La presión asistencial derivada de las consultas pediátricas urgentes (o, como algunos las llaman, “consultas sin cita”) en centros de salud, según los datos de que disponemos, es muy variable: 3,33% en un centro urbano⁽¹⁰⁾, 18,06% en uno alejado 6 km del hospital⁽¹⁴⁾, y 25,49% en uno del que no especifican su ubicación⁽⁹⁾. Nosotros ocuparíamos un lugar intermedio, con un 11%. Las urgencias que atiende un centro de salud (incluyendo adultos) se relacionan, sobre todo con su proximidad a un hospital, y con el horario de trabajo del centro: Aumentan cuando el centro de salud está lejos del hospital y cuando tiene cobertura las 24 horas del día⁽¹⁵⁾. En cuanto a derivaciones al hospital, nosotros derivamos tan sólo el 4,6% de las urgencias, siendo en su mayoría problemas que requerían la participación de especialistas distintos del pediatra. En la misma línea están los resultados de Aldana y cols.⁽⁹⁾, que derivan el 5,35%. Considerando también adultos, las derivaciones desde servicios de urgencias extrahospitalarios son del 7 al 8% si están lejos del hospital, y del 9 al 15% si son urbanos, siendo la mitad de las derivaciones por causa traumatológica⁽¹⁵⁾.

La justificación del uso de la consulta urgente en nuestro estudio es de un 21,3% si consideramos exclusivamente la situación clínica del paciente, pero admitimos que hubo otros motivos razonables para recurrir a esta vía en un 23% más, de forma que tendríamos un 44,3% de urgencias justificadas. Aldana y cols.⁽⁹⁾ refieren un 35,7%. En estudios de urgencias extrahospitalarias que consideran todas las edades, los porcentajes son similares⁽¹⁵⁾. En urgencias pediátricas hospitalarias los porcentajes de justificación son menores^(1,4,7): Por una parte, muchos problemas médicos, aun siendo urgentes, pueden resolverse en Atención Primaria, y por otra, no suele haber más motivos razonables para ir al hospital que los estrictamente médicos.

De nuestros datos y los estudios revisados deducimos que las consultas urgentes suelen ser también excesivas en Atención Primaria, y que, al menos de lo publicado, no se puede concluir que la Atención Primaria de las urgencias sea ineficaz. Lo ineficaz es más bien el sistema que permite acudir directamente al hospital a los pacientes no graves, o que no reduce las desmedidas listas de espera para consultar con especialistas. La sobrecarga de las urgencias hospitalarias⁽¹⁵⁻¹⁷⁾ es fácilmente explicable desde la óptica de algunos usuarios: a igualdad de desplazamiento, y, sobre todo si en el centro de salud no van a ser atendidos por su médico habitual, van al hospital, donde encontrarán, sin ninguna traba, más medios diagnósticos y posibilidad de consulta inmediata con especialistas^(1,15). Con tales facilidades, no es de extrañar que la mayoría de los pacientes que acuden a urgencias hospitalarias lo hagan por iniciativa propia^(1,5,15).

Nuestros diagnósticos más frecuentes son similares a los que se encuentran en estudios de urgencias pediátricas hospitalarias^(1,3), aunque, como es lógico, al hospital acudirán más pacientes con enfermedades realmente graves o urgentes.

Comparando nuestros motivos de consulta urgente con nuestras consultas a demanda, y con las consultas a demanda de otros centros de salud y consultas privadas, a urgencias acuden especialmente más traumatismos^(12,18,19). Quizá los programas de formación de residentes de pediatría debieran mejorar su formación en traumatología, que suele ser escasa.

Aunque no ha sido un aspecto estudiado por nosotros, existen niños especialmente "frecuentadores" de las consultas y urgencias extrahospitalarias⁽²⁾, hecho bien conocido en urgencias hospitalarias^(1,4). Al igual que otros autores^(14,19), hemos comprobado que los niños pequeños son los que generan más consultas urgentes.

Concluimos que: 1º durante nuestro horario de trabajo, nuestro centro de salud es un eficaz filtro de las urgencias hospitalarias; 2º la mayor parte de los niños que derivamos a urgencias hospitalarias, lo son por precisar atención traumatológica o quirúrgica; 3º el 11% de los niños que atendimos en un año, acudió por urgencias, no existiendo ninguna justificación para utilizar esta vía de consulta en más de la mitad de los casos.

Agradecimientos

Agradecemos la colaboración técnica del Dr. Fernando Caballero (Unidad de Investigación de Atención Primaria del Area 6, Madrid).

Bibliografía

- Sansa Pérez LI, Orús Escolá T, Juncosa Font S, Barredo Hernández, Travería Casanova J: Frecuentación de los servicios de urgencias hospitalarios: Motivaciones y características de las urgencias. *An Esp Pediatr* 1996; **44**:97-104.
- Sansa Pérez LI, Orús Escolá T, Juncosa Font S, Barredo Hernández: Frecuentación a los servicios de urgencias hospitalarios: Relación con la utilización de la atención primaria en una población pediátrica. *An Esp Pediatr*; **44**:105-108.
- Benito Fernández J: Urgencias de pediatría: Buscando una atención más especializada. *An Esp Pediatr* 1996; **44**:312-316.
- Pérez Sánchez A, Begara de la Fuente M, Núñez Fuster J, Navarro González J: Consultas reiterativas en la urgencia hospitalaria pediátrica. *An Esp Pediatr* 1996; **44**:321-325.
- Paricio Talayero JM, Tomás Villa M, Collar del Castillo JI, Silgo Gauche E, Muñoz del Barrio MJ, Genovés Gimeno A, Oltra Benavén M: 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.
- Arbelo López de Letona A, López C, Cánovas M: Urgencias pediátricas. ¿Un problema irresoluble?. *An Esp Pediatr* 1986; **24**:81-82.
- Pereira García P, Martínez Ribas P. Atención continuada: Filtro de urgencias hospitalarias. *An Esp Pediatr* 1994; supl **63**:161.
- Villamañán Cal I, Aldana Gómez J, Alberola López S, Aldana Gómez M: Características de la demanda de atención inmediata por la población en edad pediátrica. *An Esp Pediatr* 1994;supl **63**:160.
- Aldana Gómez J, Villamañán de la Cal I, Millán Díaz R, Aldana Gómez M. Análisis de la atención a demanda sin cita previa en pediatría. *An Esp Pediatr* 1994; supl **63**:160.
- Ponce Ortega A, Vicente Bártulos A, Sanz de la Fuente T, Herreros Hernanz I. Consultas pediátricas atendidas sin petición de cita previa. *An Esp Pediatr* 1994;supl **63**:159.
- Experiencias piloto con una gerencia única por área. Diario Médico de fecha 1 de julio de 1996.
- Lloret J, Puig X, Muñoz J. Urgencias médicas: Análisis de 18.240 pacientes atendidos en el servicio de urgencias de un Hospital General en el periodo de un año. *Med Clin (Barc)* 1984; **83**:135-141.
- Clasificaciones de la WONCA en atención primaria. Masson, S.A., Barcelona y S. G. Editores, S. A., 1988.
- García Llop LA, Asensi Alcoverro A, Grafiá Juan C, Coll Mas P. Estudio de la demanda en atención primaria pediátrica. *An Esp Pediatr* 1996; **44**:469-474.
- Grupo de trabajo de la Sociedad Andaluza de Medicina Familiar y Comunitaria. Ordenación de las urgencias en atención primaria. *Atención Primaria* 1992; **9**:269-275.
- Valdrés Carroquino P, Acitores Augusto JM, González Echave A, Rubio Montaner LI. Impacto sobre la asistencia en las urgencias hospitalarias de la implantación de la atención continuada en los centros de salud de Logroño. *Atención Primaria* 1993; **11**:178-180.
- Adam A, Rapa ML, Gil VF, Jiménez T, Melchor MA, Merino J. Influencia de la implantación de un centro de salud sobre las urgencias hospitalarias. *Centro de Salud* 1996; **4**:314-317.
- Paricio Talayero JM, Salom Pérez A, de Castro Aracil P. Diagnósticos en pediatría extrahospitalaria. Una experiencia informatizada de 6 años. *An Esp Pediatr* 1991; **6**:451-453.
- Sección de Pediatría Extrahospitalaria de la Asociación Española de Pediatría. Estudio del contenido de las consultas en pediatría extrahospitalaria. *An Esp Pediatr* 1990; **32**:241-245.