



FUNDACIÓN de
la ENFERMERÍA
de CANTABRIA

INVESTIGACIÓN CUANTITATIVA

Nuberos Científica

www.enfermeriadecantabria.com/nuberoscientifica

¿Por qué acuden los niños a urgencias?

Autores:

Sara Agustín Oliva⁽¹⁾

Andrea Agustín Oliva⁽²⁾

⁽¹⁾Diplomada en Enfermería, Máster de Condicionantes Genéticos, Nutricionales y Ambientales en el Crecimiento y Desarrollo. Universidad de Zaragoza. Dirección Provincial del IASS. Huesca.

⁽²⁾M.I.R. Obstetricia y Ginecología. H.U.M.S. Zaragoza. Máster en Condicionantes Genéticos, Nutricionales y Ambientales en el Crecimiento y Desarrollo. Universidad de Zaragoza.

*Dirección para correspondencia:
saraagustihu@hotmail.com*

Recibido: 20 de enero de 2017
Aceptado: 25 de septiembre de 2017

RESUMEN

Durante los últimos años se ha observado una transformación de la asistencia sanitaria caracterizado por un aumento de las urgencias pediátricas.

El objetivo es estudiar los motivos de consulta de los niños atendidos en el Servicio de urgencias del Hospital de Barbastro durante los meses de Octubre a Diciembre del 2014.

Estudio descriptivo transversal de una muestra de 1.118 niños/as. Analizando el perfil epidemiológico de la muestra en base al motivo de consulta, edad pediátrica, centro sanitario de referencia y factores asociados.

Los menores de 2 años acudieron con mayor asiduidad. Los motivos más frecuentes fueron lesiones y traumas (26,6%), respiratorios (22,6%), gastrointestinales (22%) y fiebre (10,9%). Acudieron en un 52% de lunes a jueves, especialmente en turno de tarde en un 50,2%. Un 51% acudieron previamente al Centro de Salud.

En las etapas infantiles son las patologías infecciosas las predominantes mientras que en los más mayores son los traumatismos. El aumento de visitas en horario de tarde se corresponde con el fin de la jornada laboral y al ritmo circadiano de algunas patologías. La promoción de la salud y prevención de las enfermedades ayudará evitar la saturación del servicio.

Palabras clave: motivos de consulta, urgencias, pediatría

ABSTRACT

Over the past few years, change in health care has been observed which was characterized by an increase in the number of visits to the pediatric emergency department.

The main aim of this study is to determine the reasons for visits in pediatric emergency department at Barbastro hospital from October to December 2014.

Descriptive cross-sectional study was carried out on total of 1118 children. The epidemiological profile of this sample was analyzed in terms of reasons for consultation, pediatric age, reference centers and associated factors.

Children under age two visit more frequently to the emergency department. The most common reasons were injuries and traumas (26.6%), respiratory illness (22.6%), functional gastrointestinal disorders (22%) and fever (10.9%). On one hand, 52 percent attended ED on Monday through Thursday, particularly in afternoon and evening shifts (50.2%). On the other hand, 51 percent of them previously made contact with primary health care.

Infections are the main diseases in children meanwhile traumas are more likely to affect older adults. The increase in the number of visits in the afternoon / evening is related to the end of the working day and some of the circadian rhythm disorders. Health promotion and disease prevention will help to avoid crowded service.

Keywords: ambulatory care, emergency, pediatrics

INTRODUCCIÓN-ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Las visitas a los servicios de urgencias hospitalarias han aumentado en la última década por diversos factores tales como, la necesidad de recibir una atención rápida a un problema de salud o la cantidad de información que se recibe a través de los medios de comunicación relacionada con la salud, que no se sabe interpretar de manera correcta y por otros diversos motivos; esto tiene como consecuencia una inadecuada utilización del sistema sanitario^{1,2}.

En la atención de las urgencias pediátricas, los motivos de consulta también han aumentado y se han modificado, éste hecho se puede explicar por los cambios en el modo y el estilo de vida de la sociedad con un modelo sanitario centrado en el Hospital como el centro de atención a cualquier motivo de consulta sin haber acudido previamente a los centros apropiados como son los centros de Atención Primaria (AP) con servicio de atención pediátrica o a los servicios de Atención Continuada (AC)³.

Es preciso que la ciudadanía conozca los servicios de los que dispone nuestro sistema sanitario para su atención y hacer un buen uso de ellos. De este modo, la correcta utilización de la Atención Primaria, ayudaría a corregir la saturación que se ha establecido en los últimos años en los servicios de urgencias hospitalarias⁴.

Conocer las inquietudes de los demandantes, sus motivos para acudir al servicio de urgencias y la gravedad del motivo,

son necesarios para poder dar una respuesta eficaz al problema y poder actuar sobre los problemas principales que inquietan en la sociedad, organizar los servicios según necesidades y elaborar estrategias a nivel de salud pública para desmasificar el servicio de urgencias (SU) y poder hacer un seguimiento de las patologías instauradas en la sociedad⁵.

Con el fin de dar respuesta a las necesidades de la sociedad en la atención de la salud, se han implantado diferentes estrategias, en los servicios de urgencias hospitalarias, para poder distribuir y priorizar las demandas recibidas como son: las guías de información, intervenciones de promoción y prevención de la enfermedad en el ámbito de AP, así como en los propios servicios de urgencias mediante la aplicación del "Triaje" que, a través del programa informático ayuda a establecer la gravedad de la consulta. Es una herramienta con un pequeño índice de error que permite identificar problemas de salud en un breve espacio de tiempo y reducir las demoras innecesarias de manera segura y eficaz. El Triaje consta de 5 niveles de gravedad^{6,7,8}.

- Nivel 1: Código rojo, urgencia vital. El acceso es inmediato.
- Nivel 2: Código naranja, emergencia. Demora de asistencia de 15 minutos
- Nivel 3: Código amarillo, urgencia. Demora máxima de 60 minutos.
- Nivel 4: Código verde, semiurgente. Demora máxima de 120 minutos.
- Nivel 5: Código azul, no urgencia. Demora de hasta 240 minutos.

Muchos de los motivos de consulta en urgencias pediátricas no cumplen criterios para ser considerados como urgencias o emergencia y en ocasiones solo sirven para tranquilizar a los padres más que para hacer un diagnóstico e instaurar un tratamiento⁹. La mayor parte, acuden a urgencias por propia iniciativa sin haber sido atendidos por el médico o el pediatra de su Centro de Salud (CS) de referencia; éste es uno de los motivos por lo que no es posible realizar un seguimiento de la patología consultada y conocer si responde o no al tratamiento pautado, es decir conocer la evolución.

En la sociedad actual, los servicios de urgencias son una entrada de fácil acceso al sistema sanitario donde se da una respuesta de manera rápida y eficaz a las demandas de salud, dando una cobertura total gracias a los diversos servicios de los que cuenta el Hospital, además de la disponibilidad de ser visitado por el especialista. El acceso a estos recursos impulsa a usar de manera incorrecta los servicios sanitarios del sistema de salud, primando el acceso a los recursos sin tener en cuenta las necesidades reales de la situación¹⁰.

Una de las mayores inquietudes para los padres reside en la visita por parte del pediatra durante la demanda de salud, la falta de ésta especialidad en AC en horario de tarde y de noche contribuye a acudir al servicio de urgencias del Hospital. La presencia de dicha especialidad en los servicios de urgencias conllevaría a una mejora a nivel de distribución de las demandas como a nivel de satisfacción¹¹.

JUSTIFICACIÓN

Como se ha expuesto, el mantenimiento de la salud es un tema de gran importancia que conlleva preocupaciones en la población y en especial cuando se trata de la salud infantil a nivel de las familias. Además del estilo de vida actual que requiere respuestas inmediatas y la necesidad permanente del mantenimiento de la salud.

Por estas razones se justifica este trabajo con el fin de conocer los motivos más frecuentes atendidos en el servicio de urgencias y el contexto en que se realizan; así como conocer las inquietudes y preocupaciones de las familias y poder dar una respuesta adecuada a sus necesidades.

OBJETIVOS

General:

- Conocer la epidemiología de los motivos de consulta de los pacientes en edad pediátrica en el servicio de urgencias.

Específicos:

- Explorar los diferentes motivos de la demanda urgente según edad y sexo.
- Analizar el número de demandas según la hora del día y el día de la semana.
- Conocer el número de pacientes que habían sido atendidos AP, por el mismo motivo de demanda.
- Conocer el número de casos atendidos por Pediatría en el SU.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal en una muestra de 1.118 personas de edades comprendidas entre los 0 años hasta los 14 años de edad, atendidos en el Servicio de urgencias del Hospital de Barbastro desde el 1 de Octubre del 2014 hasta el 31 de Diciembre del 2014.

La información fue obtenida del listado general administrativo del Servicio de Urgencias, accediendo a las Historias Clínicas de los pacientes seleccionados y a los datos proporcionados por el programa informático PCH del SU.

Las variables del estudio fueron:

Motivo de la demanda, sexo, edad, demanda en AP, día de la semana, hora de consulta, asistencia pediátrica.

Los datos se procesaron informáticamente en el programa Microsoft Excel, aplicación distribuida por Microsoft Office y se analizaron mediante el paquete estadístico SPSS versión 15.0 para Windows. El análisis estadístico consistió en el cálculo de las frecuencias relativas y la asociación entre variables con las tasas de contingencia mediante la prueba de Chi- Cuadrado.

Se realizó bajo la aprobación de la Gerencia del Sector Sanitario de Barbastro y bajo las normas que regulan el acceso, la protección y la confidencialidad de los datos de los pacientes al personal de las administraciones públicas^{12,13}.

RESULTADOS

Tras el análisis, la clasificación en cuanto al sexo fue de 594 niños y 524 niñas, con una edad media de 5,52 años.

La edad se analizó según la edad cronológica y según las etapas en las edades pediátricas.

Según la edad cronológica, se dividió en meses y años; se observa un aumento de las demandas en urgencias en edades menores de 1 mes con un 2%. Seguidamente le siguen las demandas en lactantes de 1 año de edad, con un máximo de 15% y finalmente se encuentran los niños de 13 años con un 6%.

Según las etapas de la edad pediátrica, se observa que la demanda varía, siendo los lactantes el grupo que más visitas realizó, seguido de los escolares y los de edad preescolar (Tabla 1).

Tabla 1: Distribución de la muestra por etapas de edad pediátrica.

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Neonatos (0- 28 días)	34	3
Lactantes (1 mes-2 años)	332	29,7
Preescolares (2-5 años)	311	27,8
Escolares (6-11 años)	323	28,9
Adolescentes (12-18 años)	118	10,6

Se realizó una clasificación de los motivos más comunes evaluados según el Triage y se clasificaron por síntoma según órganos corporales. Los motivos que ocasionan mayor demanda son las lesiones y traumas con 26,6%, problemas respiratorios con 22,6%, problemas gastrointestinales con 22% y fiebre con 10,9% (Gráfico 1).

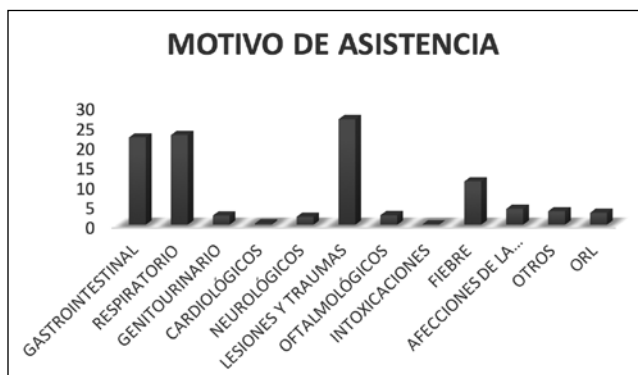


Gráfico 1: Distribución de la muestra por motivos de asistencia (en porcentajes).

Los motivos más frecuentes se clasifican en (Tabla 2):

- Los neonatos, son los respiratorios y los denominados "otros".
- En los lactantes, continúan siendo los motivos respiratorios las más habituales, seguido de los problemas gastrointestinales, la fiebre y las lesiones traumáticas.
- En los preescolares, los motivos respiratorios continúan situándose en cabeza, dejando por detrás a los motivos gastrointestinales, lesiones y fiebre con valores muy semejantes.
- En la edad escolar, se observa como la patología traumática se sitúa en primer lugar con un 48,9%, seguida de los problemas gastrointestinales y los respiratorios.
- En la etapa adolescente, los resultados son muy semejantes a la escolar, siendo la patología traumática la que más destaca con un 57,6%.

Tabla 2: Relación entre la edad pediátrica y los motivos de asistencia (en porcentajes).

	Neonato	Lactante	Preescolar	Escolar	Adolescente
Gastrointestinal	17,6	25	21,8	20,1	20,1
Respiratorio	24,6	34,6	29,2	10,2	4,2
Genitourinario	0	0,9	3,8	2,4	2,5
Cardiaco	0	0	0	0,3	2,5
Neurológico	0	1,8	1,2	3	2,5
Lesiones	0	6,6	16	48,9	57,6
Oftálmico	14,7	0,9	2,5	3	0,8
Intoxicaciones	0	0,3	0	0	0
Fiebre	11,7	18,3	14,7	2,4	2,5
Dermatológicos	0,2	4,2	2,8	4,9	4,2
Otros	24,6	4,8	1,9	2,1	0,8
ORL	0	2,4	5,4	2,1	1,6
Total	100	100	100	100	100

La frecuencia de la asistencia no establece grandes diferencias siendo de lunes a jueves un 52% y de viernes a domingo un 48%. Se produce especialmente en horario de tarde de 15h-22h con un 50,2%, seguido de las mañanas de 8h-15h con 33,9% y por último la noche de 22h-8h con 15,7%.

Atendiendo a la franja horaria, es el turno de tarde de 15h-22h el que presenta una relación estadísticamente significativa con una $p=0,001$, donde son los niños en edad escolar los que acuden con mayor frecuencia durante la semana, de lunes a jueves con un 117,2%, seguido de los lactantes con un 89,3% y los preescolares con 87,2%.

En el turno de mañanas, son los escolares con un 76,5% los que acuden durante la semana, seguido de los lactantes y los preescolares que durante el fin de semana acuden con un 76,8% y un 64,6% respectivamente. En el turno de noche son los lactantes con un 39,3% entre semana, los que más demandan (Gráfico 2).

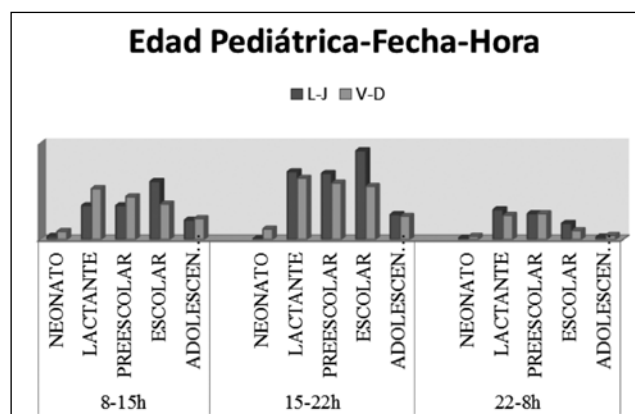


Gráfico 2: Relación entre edad pediátrica, fecha y hora.

Se analizó las visitas que se realizaron por el mismo proceso patológico a AP y posteriormente acudieron a urgencias intrahospitalario, un 51% de la muestra, había acudido previamente a AP.



Gráfico 3: Análisis de las visitas efectuadas en AP.

Las visitas ocasionadas a AP fueron en su mayoría por patología respiratoria y posteriormente acudieron al SU para ser valorados por el Pediatra en 87 casos, por el contrario, existen 38 casos que no acudieron al centro de AP, sino que fueron directamente al SU del Hospital.

Se analizó la visita pediátrica en el SU por un Pediatra, en un 26,7%, la visita fue realizada sólo por el Pediatra, en cambio en un 13,5% de los casos, el paciente fue valorado en primer lugar por un médico del SU y en segundo lugar por el pediatra.

Dentro de las visitas que no fueron atendidas por los pediatras se encuentran la patología traumática, 143 casos sí que acudieron al AP y 125 que no. Las patologías respiratorias

¿Por qué acuden los niños a urgencias?

y digestivas, presentan mayor demanda, 93 casos de patología respiratoria no acudieron al AP y 57 sí, en la patología digestiva; 70 casos no acudieron y 48 sí acudieron.

DISCUSIÓN-CONCLUSIONES

Son los niños varones los que acuden con más asiduidad al SU, la mayor parte de las visitas son a causa de lesiones traumáticas y accidentales, y en especial los de edad escolar y adolescente^{14,15}.

La edad es influyente debido a la complejidad en la asistencia, cuanto más pequeño más difícil la valoración. Flores explica que los menores de 24 meses tienen el mayor porcentaje de visitas anuales^{5,7,14} y Oterino afirma que el incremento del SU por los menores de 2 años^{15,16,17}, se puede explicar por la incertidumbre de los padres sobre el bienestar del niño y una inespecificidad de los signos.

Los principales motivos de consulta, a nivel general, son las lesiones y traumas con un 26,6%, seguido de los respiratorios, gastrointestinales y fiebre, coincidiendo con la bibliografía

La fiebre es uno de los principales motivos de asistencia, predominando en las primeras etapas de la infancia, y se puede considerar como una enfermedad por sí misma, según Gómez¹⁸. Para tratarla es necesario hacer una evaluación continua y conocer proceso en su totalidad, ya que si se tolera sin irritabilidad ni letargo se debe dejar que actúe como medio de defensa^{19,20,25}.

Arce Casas A. et al y el de Pérez Tirado L.^{21,24}, afirman en sus estudios que se acuden al SUH siendo el motivo de consulta leve o con signos y síntomas poco evolucionados, coincidiendo con nuestro estudio.

La disponibilidad de los servicios de AP, hace que un gran número de demandas sean visitadas por el médico de AP antes de acudir al SU, en este estudio no se encontraron diferencias significativas.

El estudio coincide con algunos publicados^{22,26}, la elevada utilización de los servicios de urgencias hace sospechar que se está haciendo un uso semejante al de AP, poniendo en riesgo la calidad asistencial, así como falta de continuidad de cuidados y de tratamiento y producir una sobrecarga del servicio de urgencias y de los servicios colaboradores de la asistencia.

Existe una predisposición a que la visita médica sea realizada por un Pediatra y la no presencia de éstos en AP en horario de tardes y noches y fines de semana, favorece las visitas en el Hospital, éste echo coincide con el estudio realizado M. Guadia Cami et al^{10,14}.

En un 60% de las demandas, no fue visto por el pediatra debido a que el motivo de consulta principal era la patología traumática, no siendo necesaria la visita del Pediatra. Una gran parte de la patología respiratoria y digestiva tiende a no acudir previamente a AP.

Es probable que la presencia de un pediatra en urgencias mejore la calidad, favoreciendo una disminución en las repeticiones de las consultas, pruebas innecesarias además de una mayor satisfacción por parte de los padres que quieren que sus hijos sean valorados por el pediatra, especialmente a los niños de corta edad o en los derivados de AP^{11,23,24}.

Diversos estudios han considerado la consulta telefónica como una ayuda para desmasificar el SU planteando medidas de educación sanitaria con la resolución del problema, orientando

a las familias si la demanda contiene síntomas susceptibles de ser valorado de manera inmediata o puede ser atendido por su médico de AP^{9,27}.

Se debe hacer uso de los servicios sanitarios según los escalones de nuestro sistema de salud para poder utilizar de manera adecuada los servicios de los que disponemos, apostando por una asistencia de calidad.

El estudio presentó limitaciones al realizarse en un solo Hospital, limitando la generalización de los resultados y no se valoró el lugar de procedencia de las demandas. Este Hospital se encuentra en zona rural y como consecuencia se debe tener en cuenta la distancia media-alta desde los municipios más alejados hasta el propio Hospital.

BIBLIOGRAFÍA

1. Peiró S, Libroero J, Ridaio M, Bernal-Delgado E. Variabilidad en la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios del Sistema nacional de Salud. *Gac. Sanit.* 2010;24(1):6-12.
2. Ramos Fernández JM, Montiano Jorge JI, Hernández Marco R, García García JJ. Situación de la pediatría hospitalaria en España: informe de la Sociedad Española de Pediatría Hospitalaria (SEPHO). *An Pediatr.* 2014;81(5):326.e1-326e8.
3. Loscertales Abril M, Alonso Salas M, Cano Franco J, Charlo Molina T. Mesa Debate: "Controversias en urgencias pediátricas en atención primaria y hospitalaria". *Vox Paediatrica.* 2004. 12,2 (7-14).
4. Naya Cendón Ch, Rodríguez de la Iglesia MA, Blanco Rodríguez E. Estudio de la frecuentación a un servicio de urgencias extrahospitalario. Motivos de consulta, opinión de los usuarios y posibles soluciones. *Cad Aten Primaria.* 2010. 17; 15-18.
5. Lara B, Aguilera P, Garrido M, Hirsch T, Swadron S, Saldías F. Consultas ambulatorias pediátricas atendidas en el Servicio de Urgencias de un Hospital universitario. *Rev Chil Pediatr.* 2014;85(2):174-182.
6. Cano del Pozo MI, Rabanaque Hernández MJ, Feja Solana C, Martos Jiménez MJ, Abad Díez JM, Celorrio Pascual JM. Estudio de la frecuentación de un servicio de urgencias extrahospitalario. *Emergencias.* 2008; 20:179-186.
7. Flores C. La saturación de los servicios de urgencias: una llamada a la unidad. *Emergencias.* 2011; 23:59-64.
8. Martín García M. Estudio del triaje en un servicio de urgencias hospitalario. *Rev. Enferm.* 2013. Vol.5-Nº1;42-49.
9. García de Ribera MC, Vázquez Fernández ME, Bachiller Luque MR, Barrio Alonso MP, Muñoz Moreno MF, Posadas Alonso J et al. Estudio Piloto de consulta telefónica pediátrica. *Rev Pediatr Aten Primaria.* 2010; 12:413-24.
10. Guardia Camí M, Costa Orvay JA, Pizá Oliveras A, García García JJ, Pou Fernández J, Luaces Cubells C. Análisis de los pacientes readmitidos con ingreso como indicador de calidad asistencial de un servicio de urgencias pediátricas. *Emergencias.* 2003;15:351-356.
11. Blasco González L, González de Dios J, Calvo Rigual F, Grupo de Hospitales Comarcales de la comunidad valenciana. Análisis de las urgencias de pediatría en los hospitales comarcales de la Comunidad Valenciana. *Acta Pediatr Esp.* 2011; 69(1):1726.
12. Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal. BOE núm. 298, de 14 de diciembre de 1999.
13. Real Decreto 994/1994, de 11 de junio, por el que se aprueba el Reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automáticos que contengan datos de carácter personal. BOE núm. 151, de 25 de junio de 1999.

14. Muñoz García JL, Fandiño Orgeira JM, Diaz Peromingo JA. Demanda Asistencial de urgencias pediátricas atendidas en un hospital comarcal. *Aten Primaria*. 2008;40 (6):297-301.
15. Iribar Dieguez JK, Cancho Candela R, Herrero Velázquez S, Gómez Prieto A, Gómez Fernández L, Andrés de Llano JM. *Bol Pediatr*. 2004; 44; 20-25.
16. Segura Matute S, García García JJ, Corrales Magín E, Lasuen del Olmo N, Palacín Camacho E, Juncosa Morros T et al. Influencia de la prueba de detección rápida del virus de la gripe en el manejo del niño febril en urgencias pediátricas. *Emergencias*. 2005; 17, 115-120.
17. Oterino de la Fuente D, Peiró Moreno S. Utilización de los servicios de urgencias hospitalarios por niños menores de dos años. *An Pediatr*. 2003;58 (1):23-8.
18. Gómez C, Flórez I, Morales M, Bermudez C, Aguilar J, López L. Correlación entre la fiebre y la frecuencia respiratoria en menores de 5 años. *Rev Chil Pediatr*. 2013; 84 (4):409-416.
19. Muth M, Statler J, Gentile DL, Hagle ME. Frequency of fever in pediatric patients presenting to the emergency department with non-illness related conditions. *J Emerg Nurs*. 2013 Jul;39(4):389-92.
20. Dvorkin R, Bair J, Patel H, Glantz S, Yens DP, Rosalia A Jr, Margulies J. Is fever treated more promptly than pain in the pediatric emergency department? 2014 Mar; 46(3):327-34.
21. Arce Casas A, Luaces Cubells C, García García JJ, Pou Fernández J. ¿Paciente o impacientes? Por qué se van sin recibir asistencia médica de un Servicio de Urgencias Pediátricas. *Emergencias*. 2002; 14:69-73.
22. Rodríguez García MC. Análisis de la evolución de la demanda asistencial en el servicio de urgencias del complejo asistencial universitario de León (Tesis Doctoral). León. Universidad de León. 2012.
23. Mintegi S. Investigación en Urgencias Pediátricas. La red de investigación de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. *Emergencias*. 2012, 24:238-240.
24. Pérez- Tirado L, Hernández- Blanco M, Nogales-Cortés MD, Sánchez-Sánchez MJ. Evaluación de la satisfacción de los familiares en las urgencias pediátricas. *Rev Calid Asist*. 2010; 25(2):58-63.
25. Lisa Catón V, Sáenz Moreno I, Martínez Mengual L, Riaño Méndez B, López Martínez C. Pautas de actuación diagnóstico- terapéuticas en urgencias pediátricas en Atención Primaria. *FMC- Form Méd Cont en AtencPrim*. 2009.
26. Morrison AK, Myrvik MP, Brousseau DC, Hoffmann RG, Stanley RM. The relationship between parent health literacy and pediatric emergency department utilization: a systematic review. *Acad Pediatr*. 2013 Sep-Oct;13(5):421-9.
27. Marconi GP, Chang T, Pham PK, Grajower DN, Nager AL. Traditional nurse triage vs physician telepresence in a pediatric ED. *Am J Emerg Med*. 2014 Apr, 32(4):325-9.