

**Universidad Abierta Interamericana**  
**Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud**  
**Sede Regional Rosario**  
**Carrera de Medicina**

**“CONSULTAS NO URGENTES EN LA GUARDIA  
PEDIÁTRICA DE UN HOSPITAL GENERAL”**

**Alumno:** Longo, María Florencia.

**Tutor:** Dra. Gustafsson, Mónica.

**Co-tutor:** Dr. Fernández Viña, Matías.

**Email del tutorando:** ma.florencia.longo@gmail.com

**Fecha de defensa:** 20 de diciembre de 2018.

## **INDICE**

RESUMEN.....	3
INTRODUCCIÓN .....	4
MARCO TEÓRICO.....	6
PROBLEMA.....	12
OBJETIVOS .....	12
MATERIAL Y MÉTODOS.....	13
RESULTADOS.....	15
DISCUSIÓN .....	35
CONCLUSIÓN.....	37
REFERENCIAS BILIOGRÁFICAS .....	39
ANEXO I: CUESTIONARIO.....	43
ANEXO II: AUTORIZACIÓN DEL HOSPITAL.....	44
ANEXO III: CARTA TUTOR.....	45
ANEXO IV: CARTA CO-TUTOR.....	46

## **RESUMEN**

**Introducción:** La función de un Departamento de Urgencias es tratar pacientes con enfermedades o lesiones agudas, sin embargo muchas consultas no son urgentes. Se estima que entre un tercio y la mitad de las visitas podrían ser resueltas por un pediatra en su consultorio. Este estudio se realizó con el objetivo de determinar la problemática de las consultas no urgentes.

**Población y métodos:** estudio transversal, descriptivo, realizado en la guardia pediátrica de un hospital general. Se incluyeron pacientes mayores de 12 meses y menores de 14 años de edad, que consultaron durante las 24 hs en días laborables y no laborables. Se definieron como consultas no urgentes a aquellas que correspondían al nivel 5 de la clasificación Emergency Severity Index.

**Resultados:** se incluyeron 339 consultas (53,05%) consideradas como no urgentes, de las cuáles más de la mitad de los niños eran de sexo masculino. El motivo más frecuente referido por los cuidadores en un 30.68% fue que en su opinión constituía una emergencia. Las consultas no urgentes más frecuentes fueron los días no laborables en un 50.15% y el 53.98% se realizaron en horario diurno. La mayoría de los niños (147) fueron acompañados por su madre, y de éstos niños el 31.97% de sus padres eran pareja y convivían. Los pacientes con enfermedades crónicas de base y pediatra de cabecera realizaron consultas no urgentes con menor frecuencia.

**Conclusión:** la frecuencia de la consulta no urgente fue elevada, el principal motivo fue que los padres consideraban que era una urgencia y se realizaron durante el día. Esto indicaría que son problemas que pueden ser resueltos por un pediatra en su consultorio y que esta situación a largo plazo producirá exceso de gastos, saturación del SUH y déficit en la atención de los mismos.

**Palabras Claves:** servicio de urgencia, mal uso de servicios de salud, pediatría.

## INTRODUCCIÓN

La función primaria de un Departamento de Urgencias es tratar pacientes con enfermedades o lesiones agudas, sin embargo muchas visitas son por problemas no urgentes.

Se ha comunicado que entre un tercio y la mitad de las visitas a la guardia constituyen episodios no urgentes, que podrían ser resueltos por un pediatra en su consultorio. De esta manera, se aumentaría la calidad en la atención ya que los pediatras de cabecera proveen cuidados continuos para sus pacientes, conocen su historia clínica, la respuesta a tratamientos previos y las características familiares (Vinelli, Mannucci, Laba, Del Vecchio, Valerio, Lago y Nieto, 2011).

El uso creciente de los servicios de urgencias supone una preocupación generalizada por dos razones: su uso por condiciones que pueden resolverse desde los primeros niveles de atención frecuentemente revela problemas en el acceso a estos niveles; y el exceso de gastos asociado con el tratamiento, la consecuente utilización de recursos humanos, tecnología y consumo de oportunidades (Loria Castellanos, Flores Macial, Márquez Ávila y Valladares Aranda, 2010).

El incremento progresivo del número de urgencias atendidas en los últimos años, en gran parte a causa de un aumento desproporcionado de consultas por patologías no graves, de atención demorable o susceptibles de solucionarse en escalones asistenciales anteriores, implica una aglomeración preocupante de los sistemas de urgencias.

Entre cuyas consecuencias potenciales se destacan: deterioro de la calidad asistencial, demoras en la asistencia de los pacientes realmente urgentes, sobrecargas del resto de los servicios del hospital y tendencia a realizar una medicina defensiva, con aumento de las intervenciones diagnósticas y terapéuticas innecesarias (Sánchez López y Bueno Cavanillas, 2005).

Paradójicamente, así como aumentan los casos atendidos, disminuye el número de pacientes que necesitan ser ingresados en el hospital tras pasar por urgencias, aumentando así la frecuentación de los servicios de urgencias pero no el porcentaje de patología subsidiaria de ingreso, por lo que, en parte, la frecuentación ha aumentado a expensas de casos banales o inadecuados, que alcanza un 20-80% según diferentes estudios (Zaragoza Fernández, Calvo Fernández, Saas Saad, Morán Portero, San José Pizarro y Hernández Arenillas, 2009).

La identificación de la frecuencia y los factores asociados con el uso inadecuado podrían permitir establecer intervenciones vinculadas a objetivos de gestión, disponer de información relevante para la planificación sanitaria con criterios objetivos o valorar

la responsabilidad de los diferentes elementos involucrados, que derivará a un mejor cuidado a la población que requiera atención verdaderamente urgente (Loria Castellanos, Flores Maciel, Márquez Ávila y Valladares Aranda, 2010).

El presente estudio se realizó con los objetivos de determinar la problemática de las consultas no urgentes en la Guardia Pediátrica, describir los motivos relatados por los cuidadores para realizar la consulta y establecer cuál es el sistema afectado por el cual se consulta más.

## MARCO TEÓRICO

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define **urgencia sanitaria** como "la aparición fortuita (imprevista o inesperada), en cualquier lugar o actividad, de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia". Esta definición lleva implícita la heterogeneidad de la urgencia (causa diversa y gravedad variable) y engloba aspectos objetivos, como son la gravedad y agudeza del proceso (imprevisto o inesperado), y aspectos subjetivos (conciencia de una necesidad inminente de atención), que generan en el usuario la expectativa de una rápida atención y resolución, lo que indica, por una parte, que todas las urgencias no son iguales, y por otra, que urgencia y gravedad no son sinónimos.

El individuo elabora un autodiagnóstico tras la sensación de pérdida de la salud, que es el determinante de la demanda, y decide acudir al punto donde cree que su atención va a ser más efectiva, en ausencia de criterios éticos o de gasto. Así, es evidente la conceptualización subjetiva de un determinado proceso como urgente y es una característica inherente al individuo, que ha ido asimilando y asumiendo a lo largo de los años, como consecuencia del desarrollo psico-antropológico, económico y social y que depende de diversos elementos determinantes (Zaragoza Fernández, Calvo Fernández, Saas Saad, Morán Portero, San José Pizarro y Hernández Arenillas, 2009).

De acuerdo con la OMS, una **urgencia** se define como toda aquella situación que, en opinión del paciente, su familia, o quien tome la decisión, requiere una atención médica inmediata. Ello hace que en un servicio de urgencias la cobertura asistencial tenga que realizarse sobre un amplio espectro de pacientes que subjetivamente puedan calificar su padecimiento como una urgencia, lo cual deriva en una saturación de este servicio.

Debido a lo expuesto anteriormente, buena parte de la variabilidad hallada en la proporción de visitas inadecuadas a los sistemas de urgencias hospitalarios (SUH) se debe a la falta de consenso en la definición de urgencia (y, por tanto, en la adecuación/inadecuación de las visitas) y al empleo de criterios subjetivos para su identificación (Sánchez López, Delgado Martín, Muñoz Beltrán, Luna del Castillo, Jiménez Moleón y Bueno Cavanillas, 2005).

Para la American Hospital Association (AHA) urgencia es cualquier situación que en opinión del enfermo, los parientes u otra persona que asuma la responsabilidad de llevarlo al hospital, requiere intervención médica inmediata agregando la situación de urgencia continua hasta que se haya realizado una evaluación y diagnóstico médico.

Un desequilibrio entre las dos visiones de la función de urgencia puede llevar a un exceso de atención de pacientes que no representan problemas urgentes, lo que plantea una situación controvertible, especialmente porque la sobrecarga asistencial que generan esas consultas innecesarias, distraen peligrosamente la dedicación a los pacientes graves y aumentan el riesgo de errores médicos (Méndez, Herrera, Guerra, Dattas, Muñoz y Velasco, 2005).

Se torna imprescindible la utilización de una clasificación de selección y capacitación de personal en esa tarea para evitar saturación de la emergencia con patología de consultorio no urgente (Bilkis et al., 2006).

Los sistemas de triage tienen el objetivo principal de clasificar a los pacientes según el nivel de urgencia con el fin de priorizar el orden de asistencia. Pero además, inherente al proceso de clasificación, el sistema debería tener la capacidad de definir la ubicación más adecuada, predecir la evolución clínica y las necesidades de recursos de los pacientes, lo cual contribuiría a la gestión del servicio de urgencias (Martín Sánchez et al., 2008).

El Índice de Gravedad de la Emergencia (Emergency Severity Index). (Gilboy, Tanabe, Travers, Rosenau, 2005).(Tanabe, Gimbel, Yarnold, Adams, 2004)., es un sistema de triage estructurado en cinco niveles, basado en un algoritmo de toma de decisiones y desarrollado a finales de los años '90 en Estados Unidos, con la finalidad de establecer la prioridad de tratamiento (Tudela y Módol, 2015). Éste índice es el que utilizaremos para calificar a las consultas como no urgentes cuando correspondan al Nivel 5.

Índice de Gravedad de la Emergencia. Adaptado de Chin N.P. et al.

**Nivel 1** Requiere intervención de soporte vital (Ejemplo: obstrucción de la vía aérea sin pasaje de aire).

**Nivel 2** Paciente confundido/letárgico/desorientado; o con dolor grave/compromiso general; o ninguno de los anteriores pero requiere más de un recurso\* para su resolución y presenta signos vitales en zona de riesgo# (Ejemplo: dolor de pecho o abdominal grave).

**Nivel 3** Ninguno de los anteriores pero requiere el uso de más de 2 recursos para su resolución (Ejemplo: requiere transfusión y administración de drogas endovenosas).

**Nivel 4** Ninguno de los anteriores pero requiere el uso de un recurso para su resolución (Ejemplo: paciente asmático con crisis leve que perdió su inhalador, que requiere sólo la aerosolterapia).

**Nivel 5** Ninguno de los anteriores y no requiere ningún recurso para su resolución.

# Zonas de riesgo: edad menor de 3 meses, con frecuencia respiratoria (FR) >50 y frecuencia cardíaca (FC) >180; edad entre 3 meses y 2 años, con FR >40 y FC >160; edad entre 2 y 8 años, con FR >30 y FC >140; edad mayor a 8 años, con FR >20 y FC >100; saturación <92% a cualquier edad.

\* Recursos: son categorizados como estudios diagnósticos, medicación intravenosa/intramuscular o nebulizada, procedimientos y consultas a especialistas.

La elevada utilización de los sistemas de urgencias hospitalarias (SUH) para la atención de situaciones no urgentes es preocupante porque:

a) las personas que utilizan inadecuadamente los SUH pueden estar haciendo un uso sustitutivo de la atención primaria, con implicaciones en la calidad de la asistencia, como la pérdida de la continuidad asistencial, del seguimiento de los tratamientos y fallos en la prestación de servicios preventivos y de promoción de la salud;

b) la atención a los pacientes no urgentes puede conducir a demoras en la asistencia a pacientes que sufren situaciones de riesgo vital;

c) el aumento desmesurado de la demanda en urgencias tiene consecuencias negativas para el conjunto del hospital en forma de falta de espacio físico, sobrecarga de los servicios de laboratorio y radiología y de los profesionales del hospital, alargamiento de la lista de espera de ingresos programados y pérdidas en productividad por las dificultades para programar el trabajo;

d) la atención de condiciones no urgentes en los SUH puede llevar asociada un incremento de costes asistenciales y, en consecuencia, la presencia de costes de oportunidad y pérdidas de bienestar para la sociedad en su conjunto (Oterino et al., 1999).

El uso de la guardia, en lugar de los consultorios de atención primaria para la atención de consultas no urgentes, contribuyen a generar un fenómeno de superpoblación que puede reducir la continuidad de atención y perjudicar el cuidado preventivo y apropiado de las enfermedades (Duran et al., 2001). (Loria Castellanos, Flores Maciel, Márquez Ávila y Valladores Aranda, 2010).

La saturación de los servicios de urgencias no solo es un problema que afecta a la organización, sino que es un problema que afecta a la calidad y la seguridad de los pacientes (Flores, 2011).

Por definición, se consideran **inadecuadas** las consultas que podrían haberse atendido y resuelto con los recursos al alcance del médico del primer nivel de atención. Existe amplia variabilidad en la frecuencia de las consultas no urgentes que fluctúa entre el 15 y 80% (Loria Castellanos, Flores Maciel, Márquez Ávila y Valladares Aranda, 2010).

Los factores que se asocian al uso inadecuado son:

- a) variables demográficas: edad, sexo, estado civil, nivel de estudio, nivel socioeconómico de los cuidadores;
- b) variables relacionadas al estado de salud: antecedentes patológicos, número de patologías asociadas, discapacidad física y la percepción subjetiva del estado de salud se asocian con mayor frecuencia al uso del sistema de urgencia y en menor medida al uso inadecuado;
- c) factores relacionados con la organización sanitaria: en nuestro país la accesibilidad a los servicios sanitarios no se ve comprometida porque la cobertura es universal;
- d) interacción con el sistema sanitario y la utilización de recursos de atención primaria;
- e) problema agudo y necesidad percibida para ser atendido de manera urgente;
- f) factores del entorno: distancia al hospital, día de la semana, hora de consulta, forma de acceso a urgencias; y
- g) tipo de demanda: la consulta espontánea se relaciona en mayor medida con el uso inadecuado que la derivación inducida por un médico (Sánchez López, Delgado Martín, Muñoz Beltrán, Luna del Castillo, Jiménez Moleón y Bueno Cavanillas, 2005). (Expósito Ruiz, Sánchez López, Ruiz Bailén y Rodríguez del Águila, 2017).

Desde el punto de vista operativo, una **emergencia** se define por las necesidades del niño y la percepción de gravedad de sus familiares, quienes deciden acudir a un servicio de urgencias para la atención del infante.

Cuando esta decisión se basa en un temor injustificado, es decir, cuando el niño está estable y no manifiesta signos que pueden poner en riesgo su vida, su integridad o la funcionalidad de un órgano se considera una **“urgencia sentida”**. Bajo esta condición, acudir a la guardia puede contribuir a saturar la capacidad de atención médica, ocasionando posibles errores en el cuidado e incluso en la prescripción o incidir en el tratamiento correcto.

De forma contraria una **urgencia médica real** se define como aquella que pone en riesgo la vida del niño o la funcionalidad de un órgano (González López, Iglesias Leboeiro, Bernárdez Zapata, Testas Hermo y Rendón Macías, 2014). Por lo que acudir a un SUH depende de diversos elementos determinantes, clasificados como predisponentes (edad, sexo, raza, ocupación, educación, tamaño familiar), facilitadores

(renta individual, disponibilidad y accesibilidad de los recursos) y de necesidad (percepción del estado de salud y grado de limitación de las actividades por problemas específicos) (Zaragoza Fernández, Calvo Fernández, Saas Saad, Morán Portero, San José Pizarro y Hernández Arenillas, 2009). (De Oliveira Ferreira, 2012).

El modelo de creencias de salud puede ser aplicado para comprender los comportamientos relacionados con la salud. De acuerdo con este modelo, las creencias de los individuos en varias temáticas relacionadas con la salud y las dolencias determinan sus actitudes y comportamientos. Considera que la probabilidad de un individuo a efectuar un comportamiento de salud será en función de la percepción de susceptibilidades, percepción de gravedad, percepción de beneficios y percepción de las barreras. La susceptibilidad y la gravedad, en conjunto, determinan la amenaza percibida de la dolencia, pero a veces también concebida como vulnerabilidad. Dada la amenaza de la dolencia, la probabilidad del sujeto de tener un determinado comportamiento de salud dependerá de la medida en que el sujeto cree que los beneficios de la acción podrán sobrepasar las barreras asociadas a ella. Este modelo sugiere que la presencia de estímulos para la acción es importante para desencadenar las percepciones de susceptibilidad y gravedad y así desencadenar el comportamiento de salud, motivando al individuo a actuar. Estos estímulos pueden ser internos (por ejemplo un síntoma físico o malestar) o externo (consejos médicos, folletos informativos).

La demanda del cuidado de la salud se encara como un comportamiento de la dolencia: a) como un modo en que los individuos controlan sus cuerpos, interpretan y tratan sus síntomas y utilizan sus fuentes de ayuda disponibles, así como su propio sistema de cuidados de la salud; b) que la experiencia de la dolencia es moldeada por factores socioculturales y psicosociales, independientemente de su genética, fisiología y otras bases biológicas; c) el recurso de ir a la consulta con el médico se inserta en un comportamiento de enfermedad, involucrando factores como necesidades percibidas, pérdida, evaluación, definición, atribución causal y toma de decisiones.

La actitud de cada individuo frente a la salud y a la dolencia resulta de concesiones de origen individual y social que vienen de las experiencias previas y de la noción de bienestar corporal. La concesión subjetiva de salud usualmente atribuida a la forma común en que las personas la definen, determina parte de la utilización de la asistencia médica (De Oliveira Ferreira, 2012).

La facilidad para ser atendidos, pudiendo acudir sin horarios preestablecidos ni trámites previos propiciarían esta situación, en la que los padres buscan una atención y respuesta

inmediata a cualquier problema de salud de sus hijos (Flores, 2011) debido al temor de que puedan padecer una enfermedad devastadora (Mintegui Raso, Sánchez Echániz, Benito Fernández, Vázquez Ronco, García Ribes y Trebolazabala Quirante, 2000).

La realidad es que no son capaces de valorar la gravedad del proceso, generando que acudan de manera innecesaria por problemas que no son realmente urgencias médicas sino sociales (Muñoz García, Fandiño Orgeira y Díaz Peromingo, 2008). A su vez, factores como la somatización o una actitud negativa hacia la enfermedad se ha visto que contribuye a un mayor número de visitas (Devis, Serrano y Grupo DASMAR, 2008). Pese a que los patrones de uso de los adultos pueden no ser útiles en edad infantil, al investigar la frecuentación en pediatría cada vez son más consideradas las variables psicológicas de los padres, ya que los niños no tienen capacidad para decidir cuándo acudir a las consultas.

Las madres han sido consideradas factores determinantes en la utilización, la percepción que ellas tienen del grado de vulnerabilidad ante la enfermedad se ha mostrado predictora de la utilización de los servicios pediátricos. De hecho, el abuso materno en la utilización de los servicios de Salud se ha asociado con la hiperutilización en pediatría, pudiendo influir en la posterior utilización de estos servicios por parte de los hijos cuando alcancen la edad adulta (Tapia Collados, Gil Guillén y Orozco Beltrán, 2005).

Esto pondría en evidencia por un lado, el fallo de vinculación entre las instituciones y servicios comunitarios, y por el otro, la falta de educación primaria pediátrica dando como resultado, en la mayoría de los casos, su sobre dependencia (Pileggi, Raffaele e Italo, 2006).

Se acepta que una buena interacción médico-paciente disminuye el uso inadecuado del servicio de urgencias, y se ha demostrado que la ausencia de provisión de cuidados con el médico regular aumenta el uso de servicios de urgencias por problemas banales mientras que la continuidad de la asistencia primaria lo reduce (Sánchez López, Delgado Martín, Muñoz Beltrán, Luna del Castillo, Jiménez Moleón y Bueno Cavanillas, 2005).

## **PROBLEMA**

¿Con que frecuencia y por qué se realizan consultas no urgentes en la guardia pediátrica en un hospital general?

## **OBJETIVOS**

### **Objetivo general**

- Determinar la problemática de las consultas no urgentes.

### **Objetivos específicos**

- Describir los motivos relatados por los cuidadores para realizar la consulta.
- Establecer cuál es el sistema por el cual se consulta más.
- Estudiar si existe asociación entre el motivo de la consulta y la hora del día en el que se realiza la misma.
- Analizar si existe asociación entre el parentesco que tiene el niño con la persona que lo lleva a realizar la consulta a la guardia y la situación de su grupo familiar.

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio descriptivo y de tipo transversal en la Guardia Pediátrica del Hospital Interzonal General de Agudos San Felipe de la Ciudad de San Nicolás de los Arroyos, provincia de Buenos Aires. Éste Hospital cuenta con consultorios de demanda espontánea y de seguimiento con pediatras de cabecera con agendas en día laborable, de 8 a 17 hs y la Guardia Pediátrica con agenda de 24 hs.

El estudio se realizó en el periodo comprendido entre el 15 Abril y el 15 de Julio del año 2018, los días martes como representativos de los días laborables y los días sábados como representativos de los días no laborables. Se tomó como consultas diurnas las que se realizaron entre las 8 hs. y las 20hs. y como nocturnas las que se realizaron entre las 20 hs y las 8 hs.

Se trabajó con una población de 339 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión del estudio y que asistieron a la guardia en el periodo estudiado.

El instrumento de recolección de datos consistirá en una encuesta (Anexo 1) diseñada por Vinelli, Mannucci, Laba, Del Vecchio, Valerio, Lago y Nieto (2011), que se efectuó en el Departamento de Urgencias del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde. Se realizó al cuidador del paciente, consta de 5 preguntas de tipo cerradas presentadas como formulario impreso de modo tal que la filiación del paciente y su derecho a la confidencialidad están resguardados, acorde con lo dispuesto por la ley N° 26.529 inciso D.

### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Niños mayores de 12 meses y menores de 14 años.
- Consultas realizadas los días martes.
- Consultas realizadas los días sábados.
- Consultas diurnas.
- Consultas nocturnas.
- Consultas no urgentes definidas por el nivel 5 de la clasificación de ESI.

### CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes por fuera del margen etario de inclusión.
- Pacientes que concurren a la guardia los días lunes, miércoles, jueves, viernes y domingos.
- Consultas correspondientes a los demás niveles considerados como urgentes.

### VARIABLES DE ESTUDIO

- Edad de la paciente (Expresada en número).
- Sexo del paciente (Masculino – Femenino).
- Día de la semana (Martes – Sábado).
- Hora de la consulta (Diurna- Nocturna).
- Tipo de consulta (Urgente-No urgente).
- Motivo por la cual consulta.
- Enfermedad crónica de base (Si-No).
- Pediatra de cabecera (Si – No).
- Edad del acompañante (Expresada en número).
- Sexo del acompañante (Masculino – Femenino).
- Relación con el niño (Madre-Padre-Abuelo- Otro).
- Empleo del acompañante (Estable – Informal - Desempleado).
- Composición del grupo familiar.
- Sistema por el cual consultó.

### ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para su análisis y presentación, los resultados fueron tabulados y se realizaron los gráficos correspondientes. Se utilizaron medidas de resumen de tendencia central (medida aritmética, mediana, modo) y de dispersión (desvió estándar). Técnicas de estadísticas descriptivas (distribuciones de frecuencia, porcentajes) e inferenciales (prueba Chi cuadrado), para un nivel de significación  $p < 0.05$ .

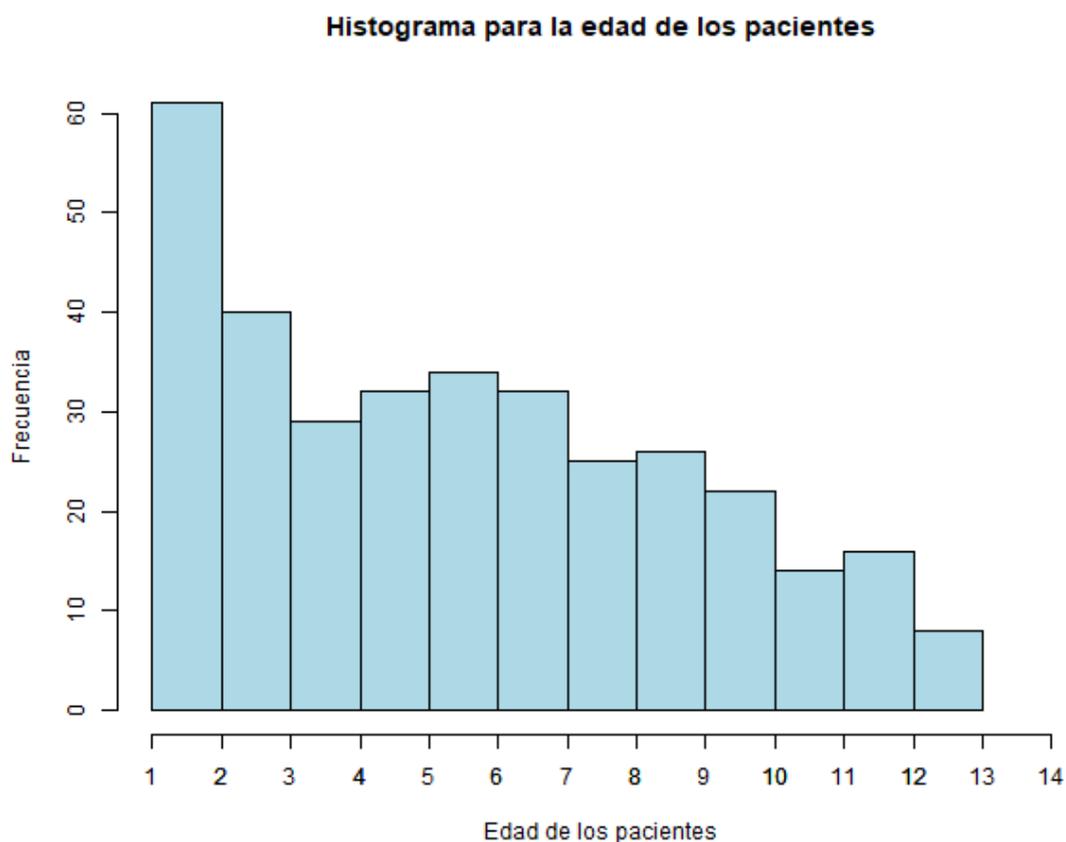
## RESULTADOS

En el periodo comprendido entre abril a junio de 2018, se realizaron 639 consultas en el servicio de urgencias, de las cuales, en base a los criterios de inclusión, se van a analizar 339 consultas no urgentes a fin de responder los objetivos específicos de este estudio.

Se presenta a continuación un análisis descriptivo de las variables relevadas en el estudio.

- Edad del paciente (Expresada en número)

Gráfico 1:



En base al histograma anterior podemos observar que la edad de los pacientes que realizaron consultas no urgentes en la guardia de pediatría sigue una distribución asimétrica hacia la derecha.

Tabla 1: Medidas resúmenes para Edad de los pacientes

<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desv. Est.</b>	<b>Varianza</b>	<b>Modo</b>	<b>N Modo</b>
339	5,973	3,329	11,079	3	40
<b>Mínimo</b>	<b>Q1</b>	<b>Mediana</b>	<b>Q3</b>	<b>Máximo</b>	<b>IQR</b>
1	3	6	9	13	6

La edad promedio de los niños que realizaron consultas no urgentes en la guardia de pediatría fue de 5,973 años con una desviación estándar de 3,329 años.

La cantidad de niños que participaron del estudio fue 339 y la moda de las edades fue de 3 años, siendo 40 los niños de 3 años que llegaron a la guardia de pediatría para realizar consultas no urgentes durante el tiempo que duró el estudio.

El 50% de los niños que asistieron a la guardia para realizar consultas no urgentes tenían a lo sumo 6 años, obteniéndose un valor para el rango intercuartílico también de 6 años.

- Sexo del paciente (Masculino – Femenino)

Gráfico 2:

### **Sexo del paciente**

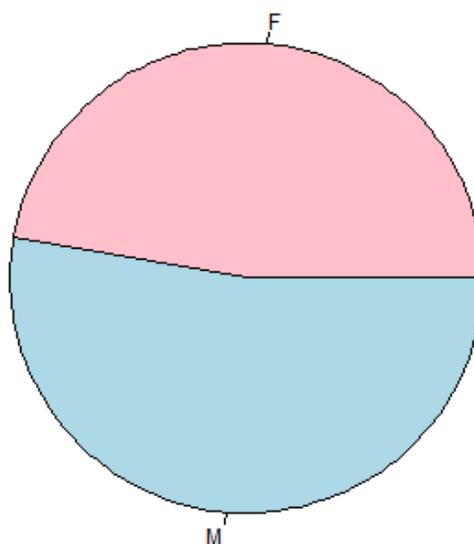


Tabla 2: Medidas resúmenes para Sexo de los pacientes

<b>SEXO</b>	<b>FRECUENCIA</b>	<b>PORCENTAJE</b>	<b>IC 95%</b>	
			<b>LI</b>	<b>LS</b>
F	160	47,20%	41,88%	52,51%
M	179	52,80%	47,49%	58,12%

El 52,80% de los pacientes que asistieron a la guardia para realizar una consulta no urgente eran de sexo masculino.

En base a la evidencia muestral y con un 95% de confianza, podemos asegurar que el intervalo [47,49; 58,12] cubre el verdadero porcentaje de niños de sexo masculino que asisten a la guardia por consultas no urgentes.

- Edad de los pacientes según sexo

Tabla 3: Medidas resúmenes para la edad de los pacientes según sexo

<b>SEXO</b>	<b>N</b>	<b>Media</b>	<b>Desv.Est.</b>	<b>Varianza</b>	<b>Modo</b>	<b>N Modo</b>
F	160	5,906	3,388	11,482	3	20
M	179	6,034	3,282	10,774	3	20

<b>SEXO</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Q1</b>	<b>Mediana</b>	<b>Q3</b>	<b>Máximo</b>	<b>IQR</b>
F	1	3	5,5	8	13	5
M	1	3	6	9	13	6

La muestra de 339 consultas no urgentes está conformada por 160 niñas y 179 niños.

En la Tabla 3 podemos observar que no hay grandes diferencias entre las medidas resúmenes de la edad discriminando por sexo del paciente.

- Día de la semana (Martes – Sábado)

Gráfico 3:

### Día en el que se realizó la consulta

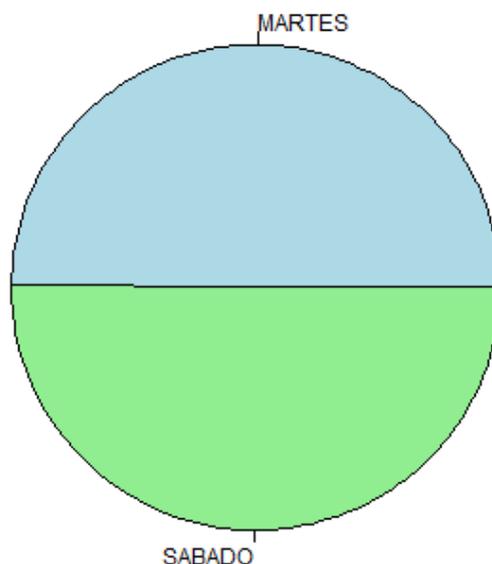


Tabla 4: Medidas resúmenes para Día de la semana

DÍA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	IC 95%	
			LI	LS
MARTES	169	49,85%	44,53%	55,18%
SABADO	170	50,15%	44,82%	55,47%

En base a la información de la Tabla 4, el porcentaje de consultas no urgentes que se realizan durante los días de semana es 49,85% y el que se realiza los fines de semana es 50,15%.

En base a la evidencia muestral y con un 95% de confianza, el intervalo [44,53; 55,18] cubre el verdadero porcentaje de consultas no urgentes que se realizan en la guardia de pediatría durante los días de semana y el intervalo [44,82; 55,47] cubre el verdadero porcentaje de consultas no urgentes que se realizan durante los fines de semana.

- Hora de la consulta (Diurna- Nocturna)

Gráfico 4:

### Horario de la consulta

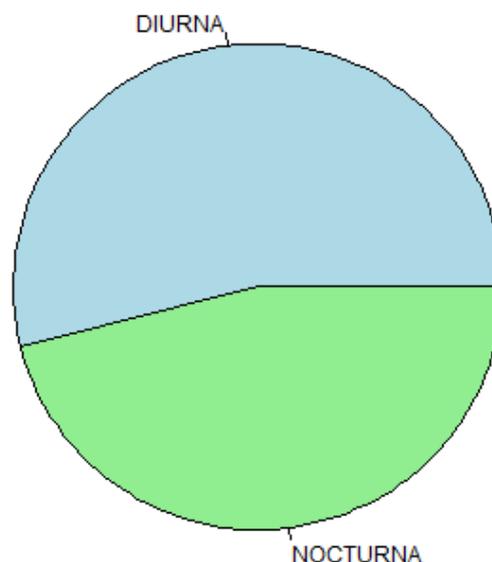


Tabla 5: Medidas resúmenes para Hora de la consulta

HORA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	IC 95%	
			LI	LS
DIURNA	183	53,98%	48,68%	59,29%
NOCTURNA	156	46,02%	40,71%	51,32%

En la Tabla 5 podemos observar que el 53,98% de las consultas no urgentes en la guardia de pediatría se realizan durante el día y el 46,02% durante la noche.

En base a la evidencia muestral y con un 95% de confianza, el intervalo [48,68; 59,29] cubre el verdadero porcentaje de consultas no urgentes que se realizan en la guardia de pediatría durante el día y el intervalo [40,71; 51,32] el verdadero porcentaje de consultas no urgentes que se realizan durante la noche.

- Enfermedad crónica de base (Si - No)

Gráfico 5:

### Enfermedad crónica de base

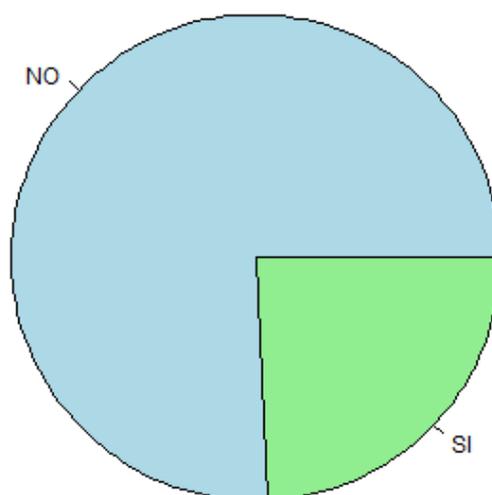


Tabla 6: Medidas resúmenes para Enfermedad crónica de base

ENFERMEDAD CRÓNICA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	IC 95%	
			LI	LS
NO	257	75,81%	71,25%	80,37%
SI	82	24,19%	19,63%	28,75%

Se puede observar en la Tabla 6 que el 75,81% de los niños que asistieron a la guardia de pediatría para realizar una consulta no urgente no tenían una enfermedad crónica de base, mientras que sólo el 24,19% de los niños que realizaron consultas no urgentes si tenían enfermedad crónica de base.

Con un 95% de confianza, el porcentaje de niños que tienen una enfermedad crónica de base y llegan a la guardia de pediatría para realizar consultas no urgentes se encuentra

dentro del intervalo [19,63; 28,75], mientras que el porcentaje de niños que no tienen una enfermedad crónica de base y llegan a la guardia de pediatría para realizar consultas no urgentes se encuentra dentro del intervalo [71,25; 80,37].

- Pediatra de cabecera (Si- No)

Gráfico 6:

### Pediatra de cabecera

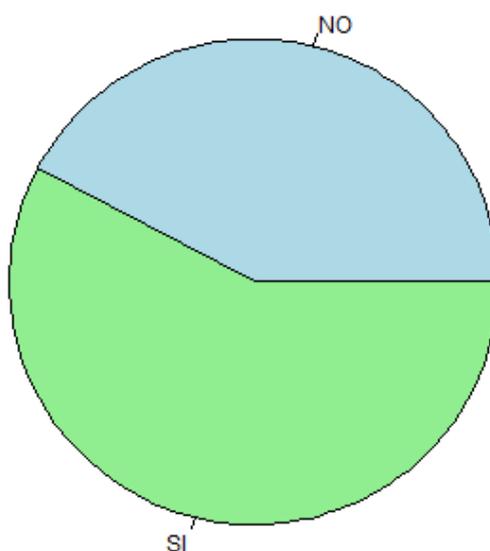


Tabla 7: Medidas resúmenes para Pediatra de cabecera

PEDIATRA CABECERA	DE	FRECUENCIA	PORCENTAJE	IC 95%	
				LI	LS
NO		143	42,18%	36,93%	47,44%
SI		196	57,82%	52,56%	63,07%

En la Tabla 7 podemos observar que el 42,18% de los niños que llegan a la guardia para realizar consultas no urgentes no tienen pediatra de cabecera, mientras que el 57,82% sí lo tienen.

En base a la evidencia muestral y con un 95% de confianza, el intervalo [52,56; 63,07] cubre el verdadero porcentaje de niños que tienen pediatra de cabecera y llegan a la guardia de pediatría para realizar consultas no urgentes y el intervalo [36,93; 47,44] cubre el verdadero porcentaje de niños que no tienen pediatra de cabecera y llegan a la guardia de pediatría para realizar consultas no urgentes.

- Edad del acompañante

Gráfico 7:

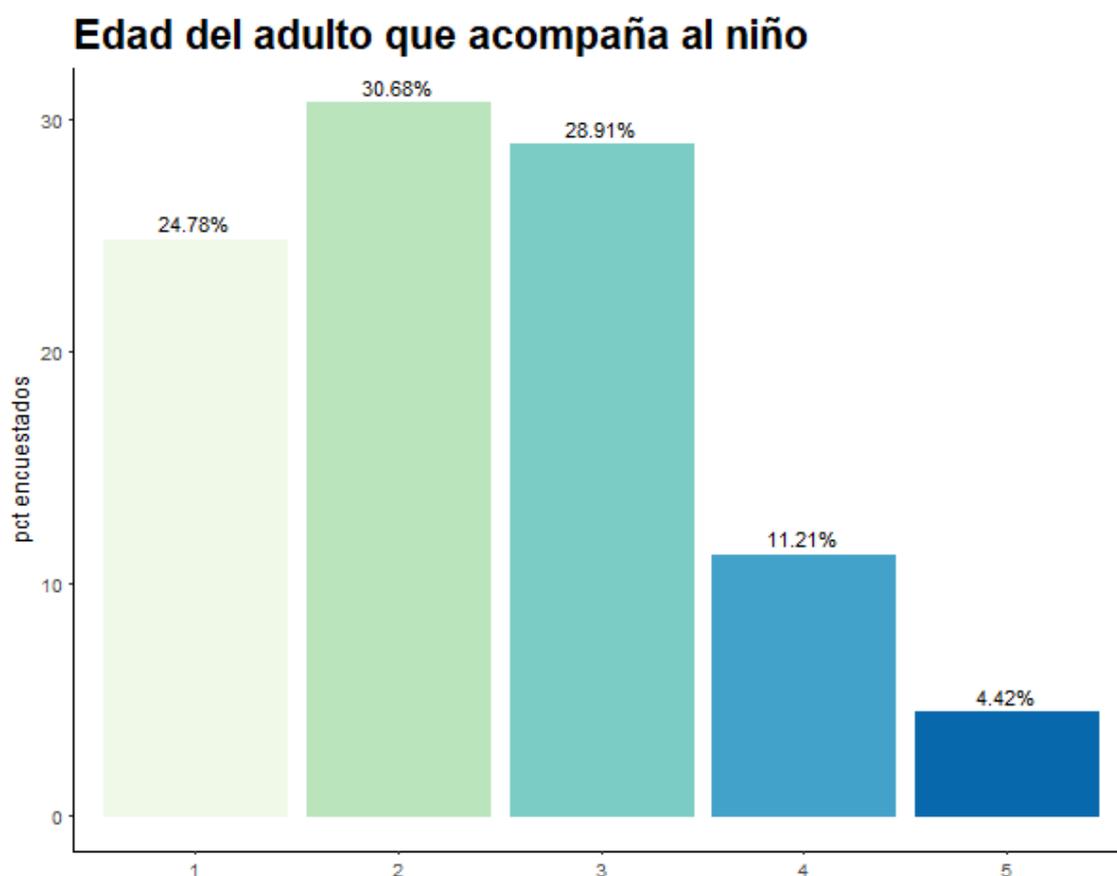


Tabla 8: Medidas resúmenes para Edad del acompañante

EDAD DEL ADULTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	IC 95%	
			LI	LS
25 años o menos	84	24,78%	20,18%	29,37%
26-35 años	104	30,68%	25,77%	35,59%
36-45 años	98	28,91%	24,08%	33,73%
46-55 años	38	11,21%	7,85%	14,57%
56 años ó más	15	4,42%	2,24%	6,61%

Se puede observar en el Gráfico 7 y en la Tabla 8 que la mayoría de los niños (casi un 60%) van acompañados por adultos cuyas edades se encuentran entre 26 y 45 años.

El 24,78% de los niños llega a la guardia de pediatría acompañado de un adulto de 25 años o menos para realizar consultas no urgentes y sólo el 4,42% lo hace acompañado de un adulto mayor a 55 años.

- Sexo del acompañante (Masculino – Femenino)

Gráfico 8:

### Sexo del adulto

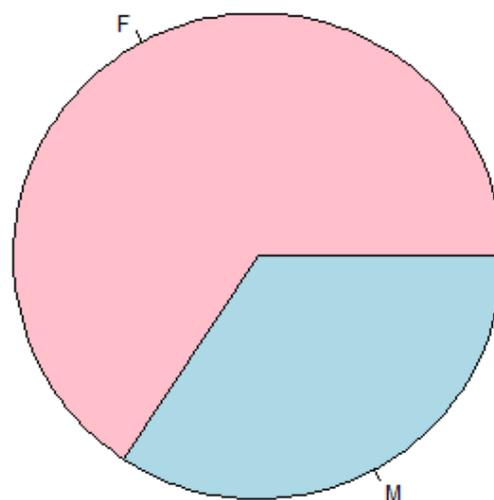


Tabla 9: Medidas resúmenes para Sexo del acompañante

SEXO DEL ADULTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	IC 95%	
			LI	LS
F	223	65,78%	60,73%	70,83%
M	116	34,22%	29,17%	39,27%

El 65,78% de los adultos que llevaron niños a la guardia para realizar consultas no urgentes eran de sexo femenino.

En base a la evidencia muestral y con un 95% de confianza, podemos asegurar que el intervalo [60,73; 70,83] cubre el verdadero porcentaje de personas de sexo femenino que llevaron a niños a la guardia de pediatría para realizar consultas no urgentes.

- Relación del adulto con el niño

Gráfico 9:

### Parentesco del adulto con el niño

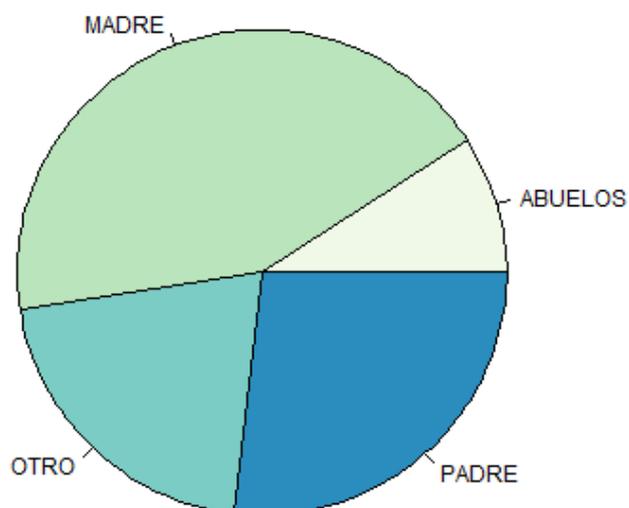


Tabla 10: Medidas resúmenes para Relación del adulto con el niño

PARENTESCO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	IC 95%	
			LI	LS
MADRE	147	43,36%	38,09%	48,64%
PADRE	91	26,84%	22,13%	31,56%
ABUELOS	31	9,14%	6,08%	12,21%
OTROS	70	20,65%	16,34%	24,96%

En la Tabla 10 podemos observar que el 43,36% de los niños que realizan consultas no urgentes llegan a la guardia de pediatría acompañados por su madre, el 26,84% acompañados por su padre y el 9,14% acompañados por sus abuelos. El 20,65% de los niños que realizan consultas no urgentes llegan a la guardia de pediatría acompañados por un adulto que tiene otro tipo de parentesco con el niño diferente a los mencionados anteriormente.

- Empleo del acompañante

Gráfico 10:

### Empleo del acompañante

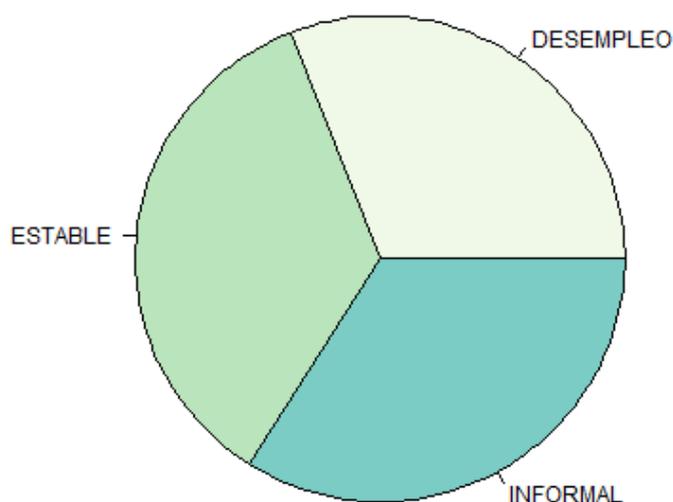


Tabla 11: Medidas resúmenes para Empleo del adulto

EMPLEO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	IC 95%	
			LI	LS
DESEMPLEO	105	30,97%	26,05%	35,90%
ESTABLE	119	35,10%	30,02%	40,18%
INFORMAL	115	33,92%	28,88%	38,96%

En la Tabla 11 se puede observar que el 35,10% de los adultos que llevaron a los niños a la guardia de pediatría para realizar consultas no urgentes tiene un empleo estable, el 33,92% un empleo informal y el 30,97% están desempleados.

- Composición del grupo familiar

Gráfico 11:

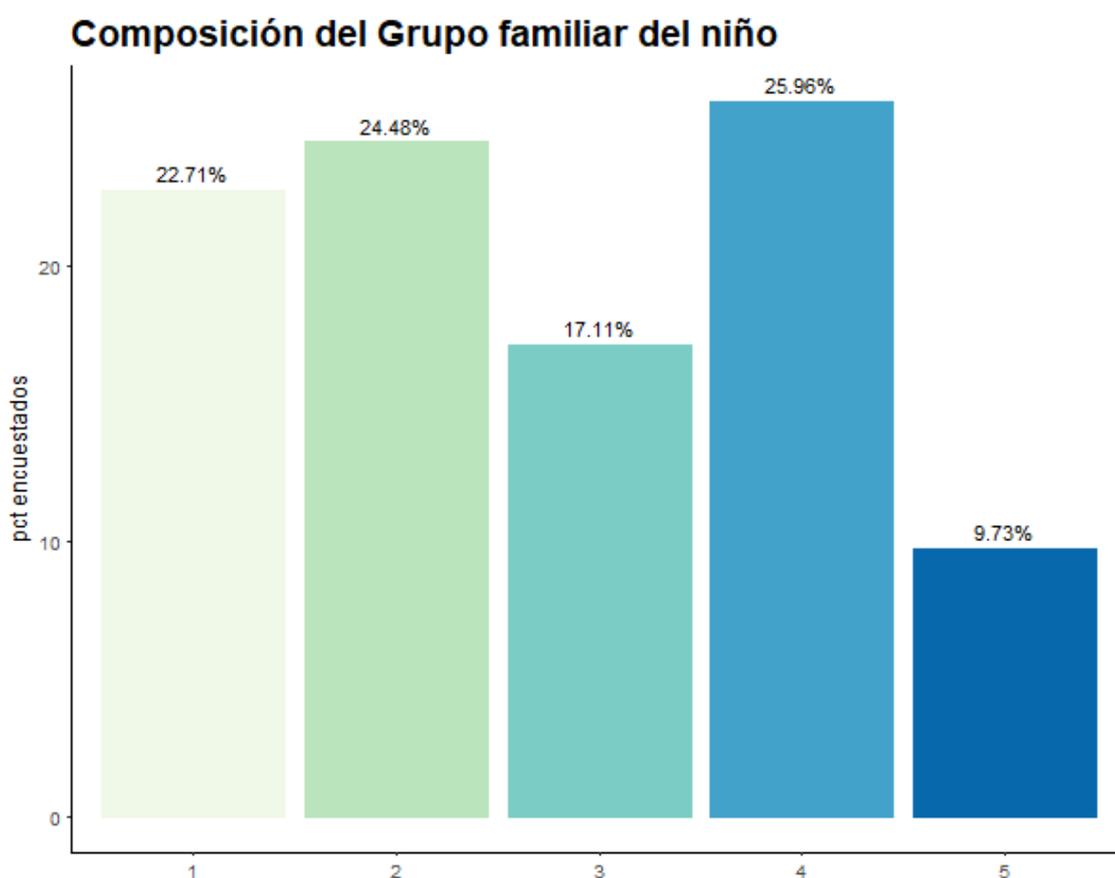


Tabla 12: Medidas resúmenes para Composición del grupo familiar

COMPOSICIÓN GRUPO FAMILIAR	FRECUENCIA	PORCENTAJE	IC 95%	
			LI	LS
1- AMBOS PADRES SON PAREJA Y CONVIVEN	77	22,71%	18,25%	27,17%
2-MADRE/PADRE CON OTRA PAREJA	83	24,48%	19,91%	29,06%
3-MADRE/PADRE SOLA/O SIN OTRO ADULTO EN LA CASA	58	17,11%	13,10%	21,12%
4- MADRE/PADRE SOLA/O CON OTRO ADULTO NO PAREJA EN LA CASA	88	25,96%	21,29%	30,63%
5- EL NIÑO NO VIVE CON LOS PADRES	33	9,73%	6,58%	12,89%

En base a la Tabla 12 podemos observar que solo el 22,71% de los niños que llegan a la guardia de pediatría por consultas no urgentes tienen padres que son pareja y conviven. El 24,48% tienen madre/padre con otra pareja y el 17,11% tienen madre/padre sola/o sin otro adulto en la casa. El 25,96% de los niños tienen madre/padre sola/o con otro adulto no pareja en la casa y el 9,73% de los niños que asistieron a la guardia por consultas no urgentes no vive con los padres.

### Objetivos específicos

**Objetivo 1:** Describir los motivos relatados por los cuidadores para realizar la consulta.

Gráfico 12:

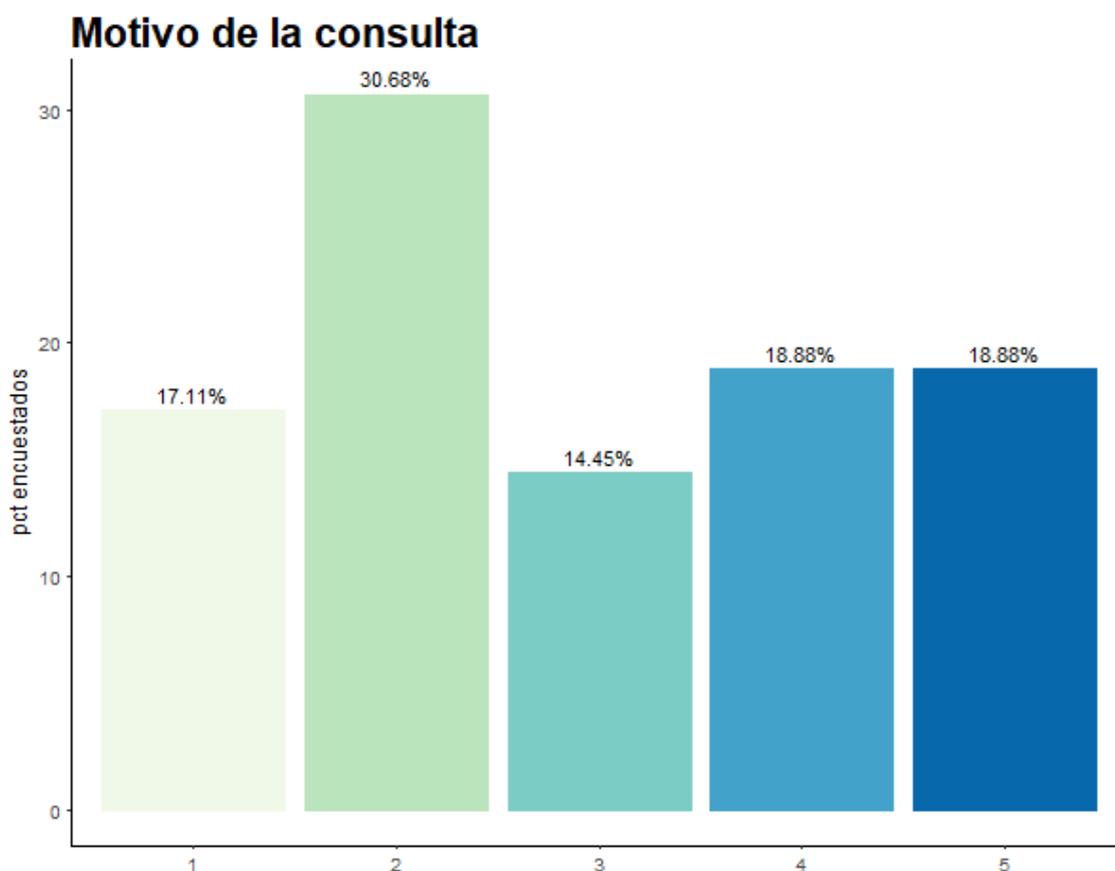


Tabla 13: Medidas resúmenes para Motivo de la consulta

MOTIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	IC 95%	
			LI	LS
1- DIFICULTAD PARA OBTENER TURNO CON PEDIATRA DE CABECERA/CENTRO DE APS	58	17,11%	13,10%	21,12%
2- EN OPINION DEL CUIDADOR CONSTITUYE UNA EMERGENCIA	104	30,68%	25,77%	35,59%
3- DERIVADO POR OTRO PROFESIONAL	49	14,45%	10,71%	18,20%
4- NO TIENE PEDIATRA DE CABECERA	64	18,88%	14,71%	23,04%
5- QUERIA QUEDARSE TRANQUILO CON EL DIAGNOSTICO	64	18,88%	14,71%	23,04%

En base a la información de la Tabla 13 se puede observar que el motivo más frecuente por el cual se realizan consultas no urgentes en la guardia de pediatría es “En opinión del cuidador la consulta constituía una emergencia” con un 30,68% de respuestas a favor de este motivo. En segundo lugar y con un 18,88% aparecen dos motivos: “El niño no tiene pediatra de cabecera” y “El adulto quería quedarse tranquilo con el diagnóstico”. En tercer lugar, con un 17,11% de respuestas a favor, aparece el motivo “Dificultad para obtener un turno con el pediatra de cabecera/centro de APS”. Finalmente, el motivo menos frecuente es “Derivado por otro profesional” con el 14,45% de respuestas a favor de este motivo.

En la Tabla 13 también se presentan los Intervalos del 95% de Confianza para las estimaciones de porcentajes de cada uno de los motivos por el cual se produce una consulta no urgente en la guardia de pediatría.

Por ejemplo, en base a la evidencia muestral y con un 95% de confianza, podemos concluir que el intervalo [25,77; 35,59] cubre el verdadero porcentaje de consultas no urgentes que se producen en la guardia de pediatría porque el adulto que acompaña al niño a la guardia considera que el asunto por el cual lo lleva constituye una emergencia.

**Objetivo 2:** Establecer cuál es el sistema por el cual se consulta más.

Gráfico 13:

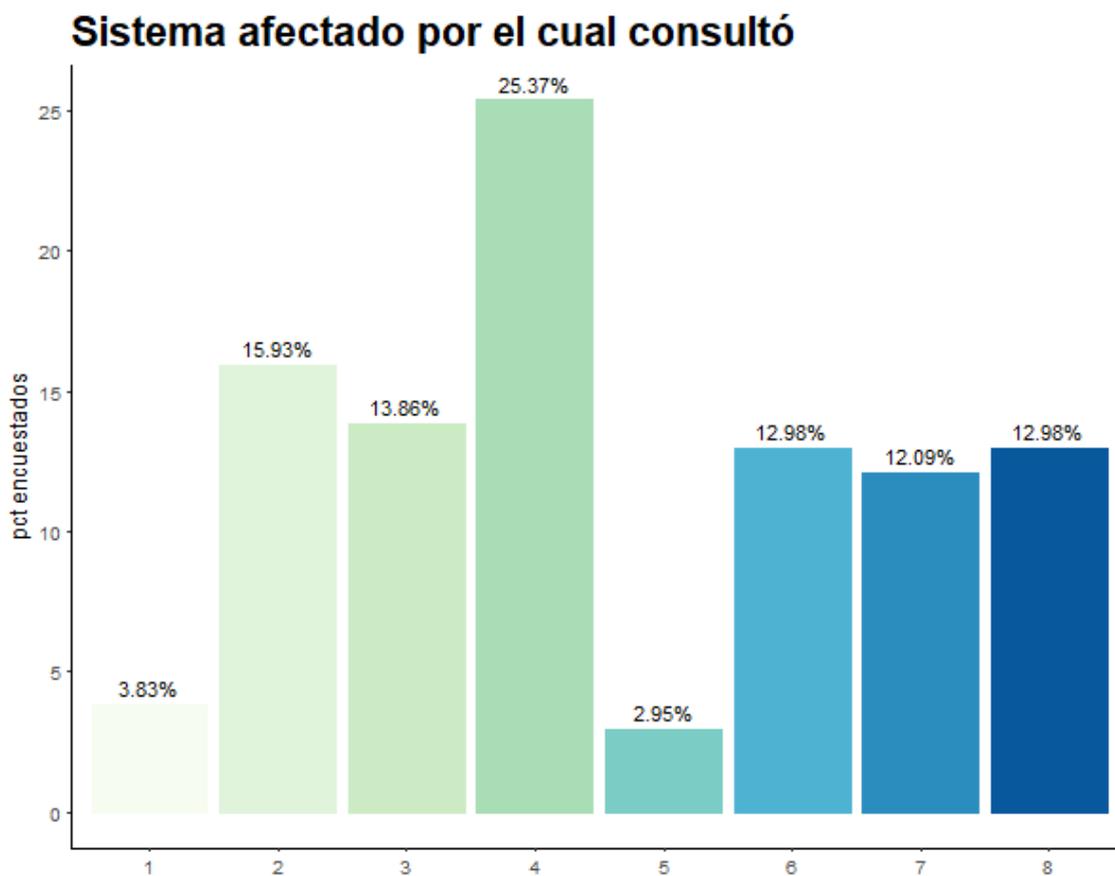


Tabla 14: Medidas resúmenes para Sistema afectado por el cual consultó

SISTEMA AFECTADO	FRECUENCIA	PORCENTAJE	IC 95%	
			LI	LS
CARDIOVASCULAR	13	3,83%	1,79%	5,88%
DERMATOLOGÍA	54	15,93%	12,03%	19,82%
GASTROENTEROLOGÍA	47	13,86%	10,19%	17,54%
NEUMONOLOGÍA	86	25,37%	20,74%	30,00%
NEUROLOGIA	10	2,95%	1,15%	4,75%
OTROS	44	12,98%	9,40%	16,56%
TRAUMATOLOGÍA	41	12,09%	8,62%	15,57%
UROLOGIA	44	12,98%	9,40%	16,56%

A fin de responder al segundo objetivo específico de este estudio, se presenta en la Tabla 14 las frecuencias y porcentajes estimados para cada uno de los sistemas afectados por los cuales se produjeron consultas no urgentes en la guardia de pediatría.

Cada una de las estimaciones está acompañada por un intervalo del 95% de confianza para dicha estimación.

Se puede observar que el sistema afectado por el cual se consulta con mayor frecuencia es NEUMONOLOGÍA (25,37%) y los sistemas que reciben menos frecuencia de consulta son CARDIOVASCULAR (3,83%) y NEUROLOGÍA (2,95%).

En base a la evidencia muestral y con un 95% de confianza, el intervalo [20,74; 30,00] cubre el verdadero porcentaje de consultas no urgentes que se producen en la guardia de pediatría donde el sistema afectado es NEUMONOLOGÍA.

**Objetivo 3:** Analizar si existe asociación entre el motivo de la consulta y la hora del día en el que se realiza la misma.

Se realiza una prueba chi-cuadrado para estudiar si existe asociación entre Motivo de la Consulta y Hora de la consulta y se presentan los resultados de la misma en la Tabla 15.

Tabla 15: Prueba chi-cuadrado para estudiar asociación entre Motivo de la consulta y Hora de la consulta

	<b>Chi- cuadrada</b>	<b>GL</b>	<b>Valor p</b>
<b>Pearson</b>	51,483	4	p<0,001
<b>Relación de verosimilitud</b>	55,781	4	p<0,001

Se obtuvo un valor de la estadística de Pearson de 51,483, el cual tiene una probabilidad asociada menor a 0,001. Por lo tanto, en base a la evidencia muestral y con un nivel de significación del 5% los datos fueron estadísticamente significativos y se concluye que existe asociación entre Motivo de la Consulta y Hora de la Consulta.

Se calcula el Coeficiente de Asociación de Cramer para poder medir la intensidad de la asociación entre dichas variables. Este coeficiente arrojó un valor de 0,152 por lo que se concluye que hay una leve asociación entre ambas variables.

Gráfico 14:

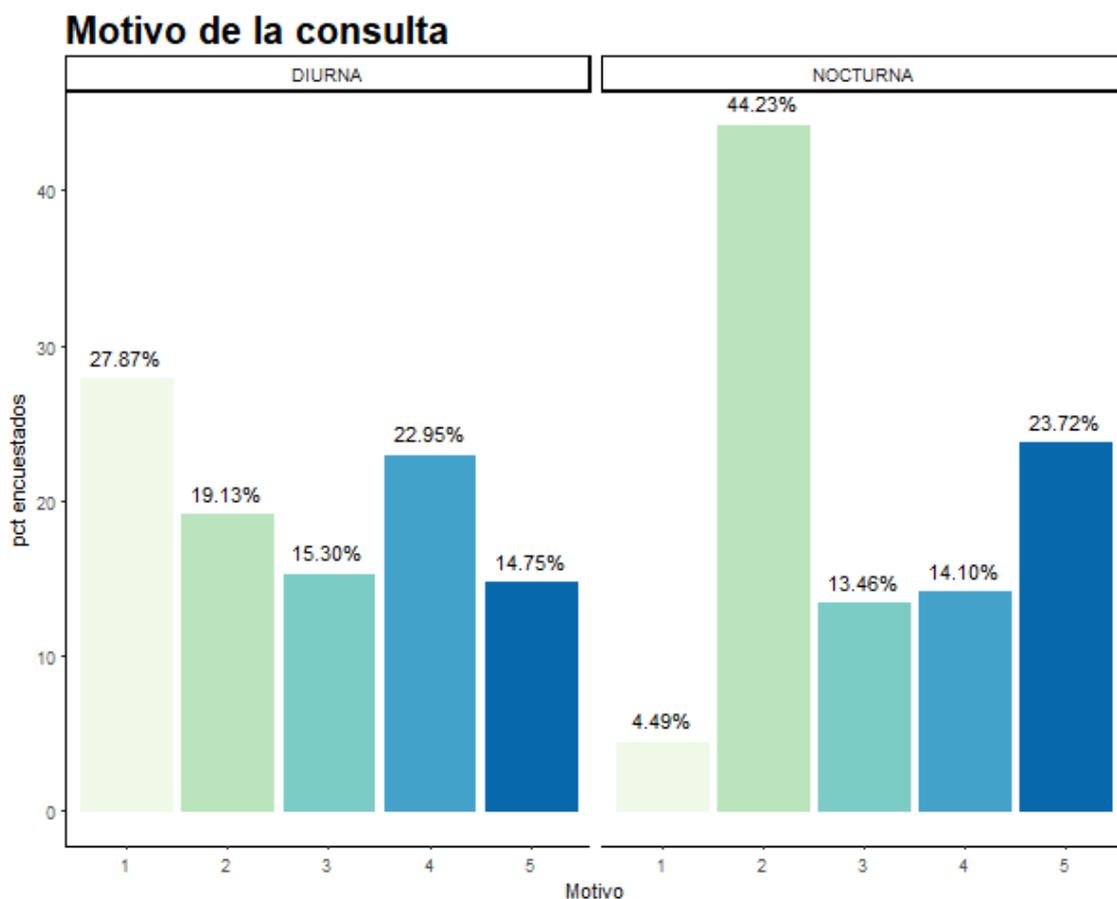


Tabla 16: Tabla de frecuencias para Motivo de la consulta vs Hora de la consulta

MOTIVO DE CONSULTA	HORA DE LA CONSULTA		TOTAL
	DIURNA	NOCTURNA	
1- DIFICULTAD PARA OBTENER TURNO CON PEDIATRA DE CABECERA/CENTRO DE APS	51 (27,87%) * (87,93%) **	7 (4,49%) * (12,07%) **	58
2- EN OPINION DEL CUIDADOR CONSTITUYE UNA EMERGENCIA	35 (19,13%) * (33,65%) **	69 (44,23%) * (66,35%) **	104
3- DERIVADO POR OTRO PROFESIONAL	28 (15,30%) * (57,14%) **	21 (13,46%) * (42,86%) **	49
4- NO TIENE PEDIATRA DE CABECERA	42 (22,95%) * (65,63%) **	22 (14,10%) * (34,37%) **	64
5- QUERIA QUEDARSE TRANQUILO CON EL DIAGNOSTICO	27 (14,75%) * (42,19%) **	37 (23,72%) * (57,81%) **	64
<b>TOTAL</b>	<b>183</b>	<b>156</b>	<b>339</b>

\* Porcentajes relativos según hora de la consulta.

\*\* Porcentaje relativo según motivo de la consulta.

En la Tabla 16 podemos observar las frecuencias que surgen de cruzar las categorías de las variables Motivo de Consulta y Hora de Consulta y entre paréntesis se encuentran los porcentajes relativos por columnas.

El 53,98% de las consultas no urgentes (183) se realizaron durante el día y el 44,02% restante (156) durante la noche.

El motivo más frecuente por el cual se realizan consultas no urgentes durante el día es la “Dificultad para obtener un turno con el pediatra de cabecera/centro de APS” representando el 27,87% de las consultas no urgentes realizadas durante el día.

Mientras que el motivo más frecuente por el cual se realizan consultas no urgentes durante la noche es que “En la opinión del cuidador del niño, el motivo por el cual asiste a la guardia de pediatría constituye una emergencia” representando el 44,23% de las consultas no urgentes realizadas durante la noche.

**Objetivo 4:** Analizar si existe asociación entre el Parentesco que tiene el niño con el adulto que lo lleva a realizar la consulta a la guardia y la Situación de su Grupo Familiar.

Con el objetivo de responder al cuarto objetivo específico de este trabajo se realiza una prueba chi-cuadrado para analizar si existe asociación entre Situación del Grupo Familiar y Parentesco del adulto con el niño.

Tabla 17: Prueba chi-cuadrado para estudiar asociación entre Situación del Grupo Familiar y Parentesco del adulto con el niño.

	<b>Chi- cuadrada</b>	<b>GL</b>	<b>Valor p</b>
<b>Pearson</b>	265,671	12	P<0,001
<b>Relación de verosimilitud</b>	167,317	12	P<0,001

*1 celda(s) con conteos esperados menores que 5.*

Se obtuvo un valor de la estadística de Pearson de 265,671, el cual tiene una probabilidad asociada menor a 0,001. Por lo tanto, en base a la evidencia muestral y con

un nivel de significación del 5% los datos fueron estadísticamente significativos y se concluye que existe asociación entre Situación del Grupo Familiar y Parentesco del adulto con el niño.

Se calcula el Coeficiente de Asociación de Cramer para poder medir la intensidad de la asociación entre dichas variables. Este coeficiente arrojó un valor de 0,261 por lo que se concluye que hay una leve asociación entre ambas variables.

Se presenta en la Tabla 18 las frecuencias que surgen de cruzar las variables Situación del Grupo Familiar y Parentesco del niño con el adulto que lo lleva a la guardia.

Tabla 18: Tabla de frecuencias para Situación del Grupo Familiar vs Parentesco del niño con el adulto.

Situación del grupo familiar	Parentesco con el adulto				Total
	ABUELO	MADRE	OTRO	PADRE	
1- AMBOS PADRES SON PAREJA Y CONVIVEN	1 (3,22%)	47 (31,97%)	9 (12,86%)	20 (21,98%)	77
2-MADRE/PADRE CON OTRA PAREJA	0 (0,00%)	25 (17,01%)	35 (50,00%)	23 (25,27%)	83
3-MADRE/PADRE SOLA/O SIN OTRO ADULTO EN LA CASA	1 (3,22%)	30 (20,41%)	10 (14,29%)	17 (18,68%)	58
4- MADRE/PADRE SOLA/O CON OTRO ADULTO NO PAREJA EN LA CASA	2 (6,46%)	44 (29,93%)	14 (20,00%)	28 (30,77%)	88
5- EL NIÑO NO VIVE CON LOS PADRES	27 (87,1%)	1 (0,68%)	2 (2,86%)	3 (3,30%)	33
<b>Total</b>	31	147	70	91	339

*Nota: Los números entre paréntesis corresponden a los porcentajes relativos por columnas.*

Se puede observar que la mayoría (147) de los niños que asiste a la guardia de pediatría para realizar una consulta no urgente lo hace acompañado de su madre. De estos niños, el 31,97% tiene padres que son pareja y conviven, el 29,93% tienen madre/padre sola/o con otro adulto no pareja en la casa y sólo el 0,68% de estos niños no vive con sus padres.

De los niños que llegan a la guardia acompañados por su padre el 30,77% tiene madre/padre sola/o con otro adulto no pareja en la casa, el 25,27% tiene madre/padre sola/o con otra pareja y el 3,30% de estos niños no vive con sus padres.

De los niños que llegan acompañados por sus abuelos el 87,1% no vive con sus padres, mientras que sólo el 3,22% de estos niños tiene padres que son pareja y conviven.

De los niños que llegan a la guardia acompañados por un adulto con quien tienen un parentesco distinto a los mencionados anteriormente, el 50% tiene madre/padre con otra pareja y el 20% madre/padre sola/o con otro adulto no pareja en la casa.

## DISCUSIÓN

Más de la mitad (53.05%) de las consultas atendidas en el departamento de urgencias en nuestro estudio fueron consideradas no urgentes. Vinelli et al. (2011) en su estudio en un Hospital de similares características que el nuestro, describió un 59% de consultas no urgentes, de la misma forma que otros autores. (Alvo y Aguirre, 2010). (Márquez Cabeza, Domínguez, Méndez, Gómez, Toronjo, del Río y Caballero, 2007). (Sánchez López et al., 2005). De Oliveira (2012) describió que un 77,04% de las urgencias fueron “sentidas” del mismo modo que González López et al. (2014).

En contraposición, Lara et al. (2014) en su trabajo Consulta ambulatoria en urgencias, refiere que un 5.1% de las consultas atendidas corresponden al grado 5 de ESI, al igual que Cantero Hinojosa (2001) con un 35%, situándose en la franja inferior de porcentajes. Esta diferencia se puede deber a las distintas definiciones empleadas para considerar una consulta como inadecuada, a factores sociales y poblacionales. Una mayor accesibilidad a la consulta programada disminuiría las consultas no urgentes en la guardia.

El 52,80% de las consultas en nuestro hospital fueron varones, la misma disposición se pudo ver en la mayoría de los trabajos (Bilkis et al., 2006). (Expósito Ruiz et al., 2017). (González López et al., 2015). (Loria Castellanos et al., 2010). (Márquez Cabeza et al., 2007). (Méndez et al., 2005). (Muñoz García et al., 2008). (Sánchez López et al., 2005). (Vinelli et al., 2011). A diferencia de lo hallado por Alvo y Aguirre (2010) en su trabajo, ellos estudiaron el perfil epidemiológico de las consultas en urgencias, donde la distribución por sexo fue que las mujeres consultaron en un 54.08%. Debido a esto podemos decir que el sexo masculino es un factor predisponente en la consulta no urgente en nuestra medio.

El 50% de los niños que consultaron en nuestro estudio tenían al menos 6 años, siendo la edad promedio 5.97. En el resto de los estudios la edad es menor, Muñoz García et al. (2008) y Vinelli et al. (2001) tienen el mayor porcentaje de consultas en menores de 2 años. En cambio Lara et al. (2014) y Loria Castellanos et al. (2010), indican un promedio de edad de 4.3 años. Aunque la edad en los diferentes trabajos no es la misma, se puede apreciar que la mayoría de las consultas son niños en edad preescolar donde el grado de preocupación en los padres es mayor, por lo que acuden a los servicios de urgencias con mayor frecuencia y por patologías banales.

En cuanto al motivo que los impulsó a consultar, el 30.68% de las consultas no urgentes se produjeron porque los cuidadores la consideraban una urgencia, esto puede deberse a que los padres tienden a sobreestimar la gravedad de la patología del niño, y como resultado perciben como justificado llevarlo a la guardia. A diferencia de otros trabajos donde la principal causa fue que no conseguían turno con su pediatra de cabecera (Vinelli et al., 2011). La minoría de las consultas no urgentes fueron las derivadas por otro profesional debido a que con la orientación adecuada, el padre debería determinar el grado de urgencia para saber si necesita concurrir a la guardia o no (Cabeza Márquez, et al., 2007). (Vinelli et al., 2011).

Cercano al 25.37% de las consultas se produjeron por enfermedades respiratorias, esto puede deberse a que el estudio se realizara en otoño, sin embargo es importante destacar que se encontraron similares resultados en otros trabajos (Bilkis et al., 2006). (Lara et al., 2014). (Márquez Cabeza et al., 2007). En cambio, los estudios que toman todos los meses del año, donde las patologías prevalentes por estaciones no influyen, el principal motivo de consulta son los relacionados con síntomas gastrointestinales (Lara et al., 2014). (González López et al., 2015) y las causas respiratorias ocupan el segundo lugar en frecuencia.

Al ver la prevalencia de las patologías consultadas según el sexo, se pudo observar que las niñas consultaron en un 25.69% por patología respiratoria, el 18.12% por síntomas digestivos y en un 13.96% por igual las causas dermatológicas y otras; en cambio los niños, el 25% de las consultas fueron por causas respiratorias, el 18.12% dermatológicas y el 15.62% fueron urológicas. A diferencia de lo descrito por Alvo y Aguirre (2010) donde los varones consultaron por traumatismos (18.2%), respiratorias (16.3%) y luego digestivas (15.2%). En las mujeres fueron digestivas (17.6%), respiratorias (16.7%) y traumatismos (9.9%).

Más de la mitad de las consultas no urgentes ocurrieron en horario diurno (53.98%), lo mismo se pudo observar en González López et al. (2015). Muñoz García et al. (2008). Loria Castellanos et al. (2010). Vinelli et al. (2011) y un 80% de las consultas en el estudio de Márquez Cabeza et al., (2007). La demanda asistencial se concentra en determinadas bandas horarias repitiéndose la distribución horaria en diferentes centros hospitalarios, esto indica un ritmo relacionado con la vida social de la población además de que puede estar relacionado con una mayor disponibilidad de horarios de padres como de hijos. Estimar la franja horaria donde se presenta una sobrecarga asistencial

debido a la cantidad de consultas puede ser útil para plantear refuerzos de personal, la organización de los turnos y la disponibilidad de personal.

El motivo referido para concurrir al servicio de urgencias en horario diurno es que el 27.87% tenían dificultad para conseguir turno con el pediatra de cabecera o centro de atención primaria, coincidiendo con Vinelli et al. (2011). Una forma en que se podría disminuir este tipo de consultas sería una mayor accesibilidad a la cita programada, ayudando a solucionar la segunda causa por la cual consultan los pacientes de este estudio, no contar con pediatra de cabecera. Por otro lado, en el horario nocturno cerca de la mitad de los niños consultan porque sus cuidadores lo consideran una urgencia y para quedarse tranquilos con el diagnóstico.

El 43,76% (147) de los niños concurrían a la guardia acompañados por sus madres y al interrogar sobre la situación del grupo familiar, los mismos convivían con sus padres biológicos y eran pareja en un 31,97% , al igual que Williams, O'Rourke y Keogh (2006). Sólo 18 de estas madres tienen un empleo estable. Es una frecuencia superior de consulta (70%) que en otro trabajo realizado en un hospital provincial de la ciudad de Buenos Aires (Vinelli et al, 2011) y en Brasil (De Oliveira, 2012). Esto indicaría un determinante cultural donde las madres son las encargadas de los cuidados de salud de sus hijos.

Las madres que viven solas sin otro adulto en la casa consultaron un 29.93%, es una frecuencia superior en lo encontrado en el trabajo realizado en el Hospital General de niños Pedro de Elizalde donde concluyeron que las consultas por patologías banales eran menores debido a que las responsabilidades familiares recaían en un solo adulto (Vinelli et al., 2011).

La menor cantidad de consultas no urgentes las realizaron aquellos con enfermedad crónica de base y los que tenían médico de cabecera.

Consideramos una debilidad de nuestro estudio no haber sido realizado durante todo un año, por lo que no se pudo evaluar las variaciones estacionales de las consultas además de sesgar las muestras por patologías prevalentes en la época del año en el cual fue realizado.

## CONCLUSIÓN

Más de la mitad de las consultas en la guardia pediátrica son consideradas no urgentes según el Emergency Severity Index. Según nuestro estudio, las variables que más influyen en la inadecuación de las urgencias son la edad inferior a los 7 años y el sexo masculino, acudir por iniciativa propia considerando que presenta una urgencia, la franja horaria en la cual acude (diurno), patología o síntomas más predominantes (respiratorios), la somatización o una actitud negativa hacia la enfermedad y el consultar acompañados por las madres.

La alta frecuencia de consultas quizás pueda atribuirse a la saturación de la atención primaria, con un funcionamiento más lento producido por la alta demanda, lo que hace que los padres, ante la alarma y la angustia que genera la enfermedad, vayan directamente al sistema de urgencias para resolver el problema de la forma más inmediata posible.

Una atención primaria accesible, dotando los centros de atención primaria con los medios materiales y técnicos suficientes para aumentar su capacidad resolutive, educando sobre la correcta utilización de estos servicios y desarrollar la posibilidad de rápido acceso a la atención especializada extrahospitalaria (disminuir listas de espera, comunicación fluida entre los dos niveles asistenciales para consultas sobre pacientes), supondría un freno para el uso innecesario de los sistemas de urgencias.

Conocer las características de los pacientes que asisten a los servicios de urgencias y sus principales motivos de consulta, es esencial para administrar estos servicios y los hospitales de los que forman parte, para diseñar e implementar los programas de formación del equipo de salud y, además, constituiría el sustrato para la planificación de estrategias de salud pública que faciliten el acceso, manejo y prevención de los problemas de salud que afligen a la población.

A pesar de la subjetividad de los resultados, pensamos que puede ser de gran utilidad realizar estudios en otros hospitales, basados en una metodología similar, para conocer cuáles son los factores que están implicados en la inadecuación de la urgencia para fomentar el uso adecuado de los recursos y establecer normas encaminadas a mejorar el manejo de los servicios.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alvo, A. y Aguirre, S. (2010). Perfil epidemiológico de la Atención de Urgencias en un hospital tipo 4 de la Región Metropolitana, Chile. *Revista Anacem*, 4(1): 18-21. Recuperado de [www.ebsco.com](http://www.ebsco.com)
- Bilkis, M., Vásquez, M., González Favre, C., Vasicek, M., Díaz, S., Zambrano, J., Albanese, P., Carbone, M., Cáceres, L. y Cappellini, R. (2006). Estudio multicéntrico de la urgencia pediátrica. *Archivo Argentino de Pediatría* 2006, 104(4), 301-308. Recuperado de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-00752006000400005](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752006000400005)
- Cantero Hinojo, J., Sanchez, E., Martinez, J., Maeso, J., Rodriguez, J., Prieto, M. y Jimenez J.(2001). Inadecuación de las visitas a un servicio de urgencias hospitalario y factores asociados. *Atención primaria*, 28(5): 326-332.
- Chin, N., Goepp, J., Malia, T., Harris, L. (2006). Non urgent use of a Pediatric Emergency Department. A preliminary qualitative study. *Pediatric Emergency Care* 2006; 22(1):22-27.
- De Oliveira F.R., S. (2012). Contributos psicológicos para a compreensão da utilização inapropiada de um service de urgencia pediátrica. *Revista Enfermagem Referência*; 3(7):73-82.
- Devis, J., Serrano, A. y Grupo DASMAR. (2008). Los hiperfrecuentadores de atención primaria: perfil sociodemográfico, características clínicas y propuesta de una nueva definición. *Atención Primaria*; 40(12):631-2.
- Duran, A., Gentile, S., Gerberaux, P., Alazia, M., Kiegel, P., Luigi, S., Lindenmeyer, E., Oliver, P., Hidouz, M. y Sambuc, R. (2001). Be careful with triage in emergency departments: interobserver agreement on 1578 patients in France. *BMC Emergency Medicina*, 11-19. Doi: 10.1186/1471-227x-11-19.
- Expósito Ruiz, M., Sánchez López, J., Ruiz Bailén, M. y Rodríguez del Águila, M. (2017). Factores relacionados con la utilización de servicios de urgencias en la población pediátrica española. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud. *Emergencias* 2017, 29(2), 117-121. Recuperado de <http://emergencias.portalsemes.org/numeros-anteriores/volumen-29/numero-2/>
- Flores, C. (2011). La saturación de los servicios de urgencias: una llamada a la unidad. *Emergencias* 2011, 23(1), 59-64. Recuperado de <http://emergencias.portalsemes.org/numeros-anteriores/volumen-23/numero-1/>

- Gilboy, N., Tanabe, P., Travers, D., Rosenau, A. (2005). *Emergency Severity Index, Version 4: Implementation Handbook*. AHRQ publication no. 05-0046-2 ed. Rockville, Md: Agency for Healthcare Research and Quality; 2005. 11.
- González-López, R., Iglesias-Leboreiro, J., Bernández-Zapata, M., Testas-Hermo, M., Rendón-Macías, M. (2015). Percepción de urgencias médicas en un hospital pediátrico privado. *Rev Med InstMexSeguroSoc*, 53(6): 710-714.
- Lara, B., Aguilera, P., Garrido, M., Hirsch, T., Swadron, S. y Saldías, F. (2014). Consultas ambulatorias pediátricas atendidas en el Servicio de Urgencia de un hospital universitario. *Revista Chilena de Pediatría*, 85(2):174-182.
- Llorente Alvarez, S., Arcos, P. y Alonso, M. (2000). Factores que influyen en la demora del enfermo en un servicio de urgencias hospitalarias. *Emergencias 2000*; 12: 164-171.
- Loria Castellanos, J., Flores Macial, L., Márquez Ávila, G. y Valladares Aranda, M. (2010). Frecuencia y factores asociados con el uso inadecuado de la consulta de urgencias de un hospital. *Cirugía y Cirujanos*, 78, 508-541. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/circir/cc-2010/cc106h.pdf>
- Martín Sanchez, F., Gonzales del Castillo, J., Zamorano, J., Cander, F., Gonzalez Armengol, J., Villarroel, P., Elvira, C. y López Farré, A. (2008). El facultativo, un elemento necesario en el triage de un Servicio de Urgencias en un hospital terciario. *Emergencias 2008*, 20(1), 41-47. Recuperado de <http://emergencias.portalsemes.org/numeros-anteriores/volumen-20/numero-1/>
- Márquez Cabeza, J., Domínguez, B., Méndez, J., Gómez, B., Toronjo, S., del Río, E. y Caballero, F. (2007). Diferencias en los motivos de consulta entre pacientes que acuden derivados y por iniciativa propia a un Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias de un hospital general. *Emergencias 2007*; 19(2): 7.-76. Recuperado de <http://emergencias.portalsemes.org/numeros-anteriores/volumen-19/numero-2/>
- Méndez, B., Herrera, P., Guerra, H., Dattas, J., Muñoz, B. y Velasco, J. (2005). Estructura de la consulta pediátrica en el Servicio de Urgencia. *Revista Chilena de pediatría*; 76(3); 259-265.
- Mintegui Raso, S., Sánchez Echániz, J., Benito Fernández, J., Vázquez Ronco, M., García Ribes, A. y Trebolazabala Quirante, N. (2000). Utilización nocturna de una unidad de urgencias pediátrica hospitalaria. *Anales Españoles de Pediatría*, 52(4), 346-350. Doi: 10.1016/s1695-4033(00)77355-3.

- Muñoz García, J., Fandiño Orgeira, J. y Díaz Peromingo, J. (2008). Demanda asistencial de urgencias pediátricas atendidas en un hospital comarcal. *Atención Primaria* 2008, 40(6), 297-301. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656708703470>
- Oterino, D., Peiró, S., Calvo, R., Sutil, P., Fernández, O., Pérez, G., Torre, P., Lopez, M. y Sempere, T. (1999). Utilización inadecuada de un servicio de urgencias hospitalario. Una evaluación con criterios explícitos. *Gaceta Sanitaria*, 13(5), 361-370. Doi: 10.1016/S0213-9111(99)71387-7.
- Pileggi, C., Raffaele, G. e Italo, F. (2006). Paediatric utilization of an emergency department in Italy. *European Journal of Public Health*, 16(5), 565–569. doi:10.1093/eurpub/ckl019.
- Sánchez López, J. y Bueno Cavanillas, A. (2005). Factores asociados al uso inadecuado de un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias* 2005, 17(3), 138-144. Recuperado de <http://emergencias.portalsemes.org/numeros-antteriores/volumen-17/numero-3/>
- Sánchez López, J., Bueno Cavanillas, A., Delgado Martin, A., Muñoz Beltrán, H., Jimenez Moleón, J., Luna del Castillo, J. (2005) Atención Primaria asignada y uso de la urgencia hospitalaria. *Emergencias* 2005; 17(6):251-259. Recuperado de <http://emergencias.portalsemes.org/numeros-antteriores/volumen-17/numero-6/>
- Sánchez López, J., Delgado Martin, A., Muñoz Beltrán, H., Luna del Castillo, J., Jimenez Moleón, J. y Bueno Cavanillas, A. (2005). Frecuencia y características de la demanda atendida en un Servicio de Urgencia Hospitalario. Circuitos de atención. *Emergencias* 2005, 17(2), 52-61. Recuperado de <http://emergencias.portalsemes.org/numeros-antteriores/volumen-17/numero-2/>
- Tanabe, P., Gimbel, R., Yarnold, P., Adams, J. (2004). The Emergency Severity Index (versión3) 5-level triage system scores predict ED resource consumption. *J EmergNurs* 2004; 30(1):22-29.
- Tapia Collados, C., Gil Guillén, V. y Orozco Beltrán, D. (2005). Influencia de la ansiedad materna en la frecuentación de las consultas de pediatría de atención primaria. *Atención primaria*; 36(2): 64-70.
- Tudela, P. y Módol, J. (2015). La saturación en los servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias* 2015, 27(2), 113-120. Recuperado de <http://emergencias.portalsemes.org/numeros-antteriores/volumen-27/numero-2/>

- Vinelli, N., Mannucci, C., Laba, N., Del Vecchio, L., Valerio, A., Lago, M. y Nieto, M. (2011). Consultas no urgentes al Departamento de Urgencias de un hospital pediátrico. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 109(01), 8-13. Recuperado de [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0325-00752011000100004](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0325-00752011000100004)
- Williams, A., O'Rourke, P. y Keogh, S. (2006) Making choices: why parents present to the emergency department for non-urgente care. *Archives of Disease in Childhood*; 94(10). Doi: 10.1136/adc.2008.149823.
- Zaragoza Fernández, M., Calvo Fernández, C., SaasSaad, T., Morán Portero, F., San José Pizarro, S. y Hernández Arenillas, P. (2009). Evolución de la frecuentación en un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias 2009*, 21(5), 339-345. Recuperado de <http://emergencias.portalsemes.org/numeros-antteriores/volumen-21/numero-5/>

## ANEXO I: CUESTIONARIO

Sra. /Sr.: Estoy haciendo un estudio para evaluar el grado de urgencia de las consultas que se atiendan en la guardia.

Quiero invitarlos a participar de este estudio. La colaboración es voluntaria. Si no aceptara, en nada se modificará su atención médica. Los datos serán analizados en forma anónima.

Desde ya le agradezco su atención.

Fecha: \_\_\_\_\_ Día de la semana: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Tipo de consulta: Urgente \_\_\_ / No urgente \_\_\_

Razón por la cual consulta al Servicio de Urgencias:

- Dificultad para obtener un turno con pediatra de cabecera/ centro de APS
- En opinión del cuidador constituye una emergencia
- Derivado por otro profesional
- No tiene pediatra de cabecera
- Quería quedarse tranquilo con el diagnóstico

Del niño: Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

¿Tiene enfermedad crónica de base? Sí/No

¿Tiene pediatra de cabecera a quien pueda nombrar? Sí/No

Sistema afectado por el que solicita atención:

- Cardiovascular
- Neumonología
- Neurología
- Urología
- Gastroenterología
- Traumatología
- Dermatológico
- Otros

Del acompañante: Edad \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Relación con el niño: Madre / Padre / Abuelo / Otro

Empleo: Estable / Informal / Desempleado (a criterio del entrevistado)

Del grupo familiar:

- Ambos padres son pareja y conviven
- Madre / padre con otra pareja
- Madre / padre sola/o sin otro adulto en la casa
- Madre / padre sola/ o con otro adulto no pareja en la casa
- El niño no vive con los padres

## ANEXO II: AUTORIZACIÓN DEL HOSPITAL

San Nicolás, 26 de Febrero de 2018

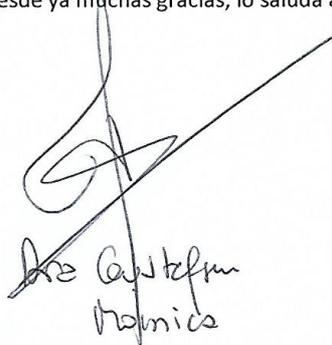
Director del Hospital Interzonal General de Agudos San Felipe

Dr. Raúl Ruggeri

De mi mayor consideración:

Por intermedio de la presente solicito su autorización para realizar encuestas a los cuidadores de los pacientes que concurran a la Guardia Pediátrica de esta institución, durante los meses de Abril, Mayo y Junio del año 2018 los días jueves y sábados, con la finalidad de poder llevar a cabo el trabajo de campo de mi trabajo final "Consultas no urgentes en la guardia pediátrica de un hospital general" bajo la tutoría de la Dra. Mónica Guftafsson.

Desde ya muchas gracias, lo saluda a Ud muy atentamente



Dra. Guftafsson  
Mónica

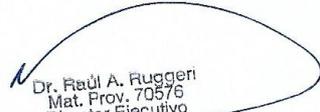


María Florencia Longo

Dni 36479549

E-mail: ma.florencia.longo@gmail.com

Auto ayudo - 26-02-18.



Dr. Raúl A. Ruggeri  
Mat. Prov. 70576  
Director Ejecutivo  
Decreto Prov. 4965  
H.I.G.A. SAN FELIPE

## ANEXO III: CARTA TUTOR

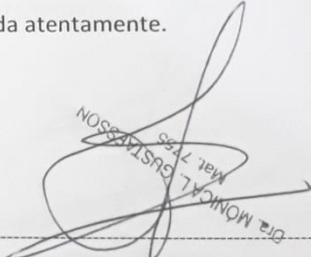
Rosario, 22 de octubre de 2018

Dr. Guillermo Wuisburd  
Director de la carrera de Medicina  
Facultad de Medicina y Ciencias de las Salud  
Universidad Abierta Interamericana  
Sede Regional Rosario

De mi mayor consideración:

Quien suscribe, Dra. Mónica Gustafsson, expreso por medio de la presente que siendo tutor del trabajo final de carrera titulado "Consultas no urgentes en la guardia pediátrica de un hospital general" cuya autora es María Florencia Longo, alumna de la carrera de medicina de la Universidad Abierta Interamericana. Autorizo su presentación para la evaluación correspondiente y me comprometo a acompañarla en el acto de defensa del mismo ante las autoridades del tribunal evaluador, según las reglas dispuestas por la facultad.

Sin otro particular, saluda atentamente.



Dra. Mónica Gustafsson  
Mat. 7.155

Dra. Mónica Gustafsson

## ANEXO IV: CARTA CO-TUTOR

Dr Guillermo Weisburd

Director de la Carrera de Medicina

Secretaria Técnica

Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud

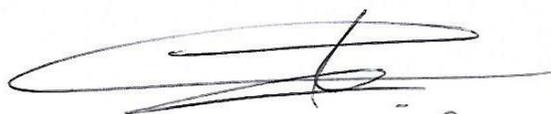
Universidad Abierta Interamericana

Sede Regional Rosario

De mi mayor consideración:

Quien suscribe esta nota, por medio de la presente me hago cargo de la co-tutoría del trabajo final que se titula "Consultas no urgentes en la guardia pediátrica de un hospital general", cuya autora es la alumna María Florencia Longo de la Práctica Final Obligatoria de la carrera de Medicina. Habiendo supervisado el plan correspondiente y aceptando tutorarla en el proceso y en el acto de la defensa, según cumplimiento de lo acordado con la alumna y las reglas dispuestas por la Universidad.

Sin otro particular, lo saludo atte.



MARÍA FLORENCIA LONGO  
MST 64620