

# Los niños que repiten consulta en urgencias de pediatría

S. Mintegui Raso, J. Benito Fernández, M.A. Vázquez Ronco, A. Ortiz Andrés, S. Capapé Zache y A. Fernández Landaluze

Urgencias de Pediatría. Departamento de Pediatría. Hospital de Cruces. Barakaldo. Bizkaia.

(An Esp Pediatr 2000; 52: 542-547)

## Objetivo

Estudiar los pacientes que repiten consulta en urgencias de pediatría de un hospital en un plazo de tiempo inferior a una semana en el contexto del mismo proceso (reconsulta).

## Pacientes y métodos

Revisión retrospectiva de los 495 episodios correspondientes a los 233 niños que reconsultaron en nuestro servicio de urgencias durante noviembre de 1999.

## Resultados

Durante noviembre de 1999, se registraron en nuestra unidad 3.667 episodios (495 correspondientes a 233 pacientes que reconsultaron, 13,4%). Los motivos de consulta más frecuentes en los niños que reconsultaron fueron la fiebre sin foco y los síntomas respiratorios. Los diagnósticos más habituales fueron el síndrome febril sin focalidad, las infecciones ORL, asma y gastroenteritis aguda. Los diagnósticos recibidos en la visita inicial y final coincidieron en 131 niños (56,2%), se detectó una complicación en 18 (7,7%) y 84 (36,1%) recibieron un diagnóstico diferente. En la visita final descendió el porcentaje de niños que recibió un diagnóstico sintomático. La tasa de ingresos de los niños que reconsultó fue superior a la de los niños que consultaron en una sola ocasión (el 6,4% frente al 3,0%,  $p = 0,009$ ), a expensas del grupo de niños en los cuales el diagnóstico varió.

## Conclusiones

El grupo de niños que repiten consulta en urgencias de pediatría de un hospital en un plazo de tiempo inferior a una semana en el contexto del mismo proceso tiene una mayor tasa de ingresos que el grupo de niños que consultan en una sola ocasión, a expensas del grupo de niños en los cuales el diagnóstico varía.

## Palabras clave:

Niños. Urgencias de pediatría. Reconsulta.

## CHILDREN'S UNSCHEDULED RETURN VISITS TO AN EMERGENCY DEPARTMENT

### Objective

To study the patients who make unscheduled return visits in less than week to a pediatric emergency department (ED).

### Patients and method

Retrospective review of 495 episodes in 233 children who were attended at our ED in November 1999.

### Results

In November 1999, we registered 3667 episodes at our ED (495 corresponding to 233 children who made repeat visits, 13.4%). The most common chief complaints among children who revisited were fever and respiratory symptoms. The most common diagnoses were fever without apparent source, ORL infections, asthma and acute gastro-enteritis. The diagnoses made at the initial and final visits were the same in 131 cases (56.2%), a complication was detected in 18 (7.7%) and 84 (36.1%) were given a different diagnosis. The percentage of patients who received a symptomatic diagnosis was lower in the final visit. The admission rate of children who revisited was higher than that of children who visited our ED once (6.4% vs. 3.0%,  $p = 0.009$ ), caused by the group of patients who received a different diagnosis when they revisited our ED.

**Correspondencia:** Dr. S. Mintegui Raso. Urgencias de Pediatría. Departamento de Pediatría. Hospital de Cruces. Pl. de Cruces, s/n. 48903 Barakaldo. Bizkaia.

Recibido en marzo de 2000.

Aceptado para su publicación en abril de 2000.

## Conclusions

Patients who revisit a pediatric ED within a week are more likely to be admitted to the hospital, especially if the diagnosis they receive varies.

## Key words:

*Children. Emergency department. Repeat visits*

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años, las urgencias pediátricas hospitalarias han experimentado un incremento notable de la presión asistencial<sup>1</sup>. Las razones que explican esto son múltiples: por un lado, el temor de las familias a que sus hijos puedan padecer una enfermedad devastadora; por otro, la fácil accesibilidad a los centros hospitalarios (ubicados cerca de las grandes urbes, y pertenecientes a una red sanitaria pública y gratuita), y, por último, la inexistencia de asistencia pediátrica urgente extrahospitalaria a partir de las 17:00 por parte de personal especializado (pediatras).

Si bien no es infrecuente que los niños consulten de manera repetida en el contexto del mismo proceso con su pediatra habitual, en ocasiones los niños también consultan repetidas veces con un servicio de urgencias pediátrico hospitalario.

El objetivo del presente trabajo es estudiar el grupo de pacientes que reconsulta en urgencias de pediatría de un hospital terciario por el mismo proceso y determinar si constituyen un grupo con unas características diferenciadas.

## PACIENTES Y MÉTODOS

El niño que reconsulta en urgencias de pediatría lo definimos como el que consulta en más de una ocasión con nuestra unidad en un plazo de tiempo máximo de una semana en el contexto del mismo proceso.

Excluimos 2 grupos de pacientes:

1. Los niños que vuelven a consultar en ese plazo de tiempo por problemas diferentes (p. ej., un síndrome febril y un traumatismo craneal).
2. Aquellos niños citados por los pediatras de urgencias de nuestro hospital para ser valorados de nuevo (p. ej., por la llegada de un urocultivo positivo para un germen en un niño con fiebre).

Realizamos un estudio retrospectivo de todos los episodios correspondientes a los niños que reconsultaron en nuestro servicio de urgencias en el mes de noviembre de 1999. Recogimos datos generales del paciente, anamnesis, exploración física, exploraciones complementarias practicadas y actitud seguida con estos niños tanto en su visita inicial como en las visitas sucesivas a nuestro servicio. Los datos generales correspondientes a todos los niños que acudieron a nuestro servicio el

TABLA 1. Características clínicas de los pacientes que reconsultan

			%
N.º total = 233			
Sexo	Varones	135	57,9
	Mujeres	98	42,0
Edad	< 2 años	96	42,9
	2-5 años	121	51,9
	> 5 años	16	6,8
Tiempo de evolución del proceso hasta la primera consulta	Indeterminado	35	
	Media	48 ± 98 h	
	< 6 h	57	28,7
	6-12 h	31	15,6
	> 12 h	110	55,5
Hora de la visita inicial	0-8 h	30	12,8
	9-15 h	71	30,4
	16-23 h	132	56,6
Hora de la visita final	0-8 h	38	16,3
	9-15 h	78	33,4
	16-23 h	117	50,2
Tiempo transcurrido entre ambas consultas	Media	58 ± 45 h	
	< 24 h	75	32,1
	24-72 h	100	42,9
	> 72 h	58	24,8

tado mes fueron extraídos del programa informático AS-400 con el que trabajamos en nuestra unidad.

Para el tratamiento estadístico de los datos obtenidos, utilizamos el programa SPSS para Windows, versión 9.0.1

## RESULTADOS

En noviembre de 1999 se registraron 3.667 episodios en urgencias de pediatría. De éstos, 3.172 (86,5%) correspondieron a niños que consultaron una sola vez por el mismo proceso, y los 495 episodios restantes (13,4%) correspondieron a 233 niños que reconsultaron (207 acudieron en 2 ocasiones, 23 en 3 y 3 en 4 ocasiones).

Las características clínicas de los pacientes que reconsultaron se reflejan en la tabla 1. Los niños menores de 2 años que reconsultaron no presentaron diferencias en relación al resto de los niños con respecto a las horas de acudir a urgencias, el tiempo de evolución hasta la primera consulta, el tiempo que transcurre entre ambas consultas, el número de consultas efectuadas en urgencias o el porcentaje de pacientes que requirieron ingreso en la reconsulta. Los motivos de consulta referidos por la familia se reflejan en la figura 1. De los 233 niños, 219 (93,9%) vivían a una distancia menor de 20 km respecto al hospital. En la visita inicial, 24 niños (10,3%) acudían remitidos por su pediatra o un médico de ur-

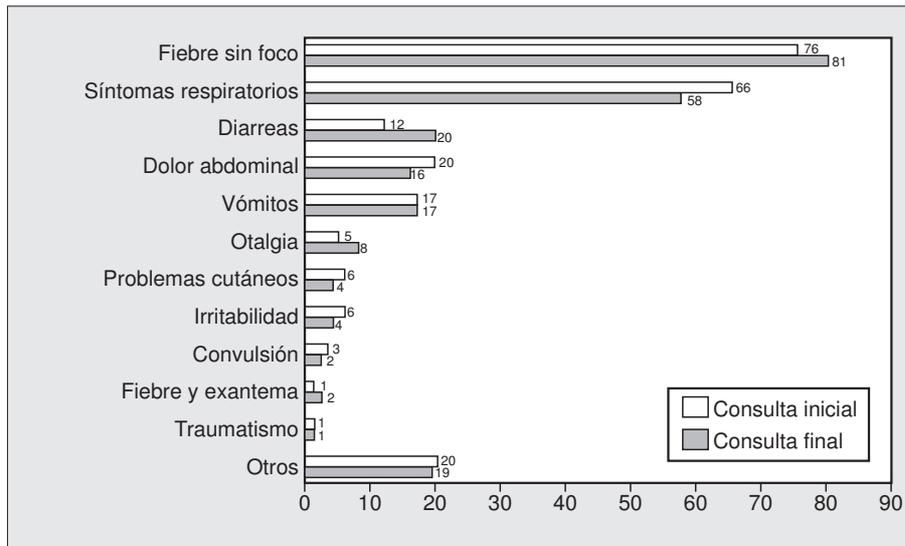


Figura 1. Relación entre motivos de consulta inicial y final.

gencias extrahospitalario. En la visita final, 23 pacientes (9,9%) habían sido valorados previamente por un médico extrahospitalario.

TABLA 2. Exploraciones complementarias practicadas en la consulta inicial y final

	Consulta inicial	Consulta final	P
Niños a los que se les practica al menos una prueba complementaria	84 (36,0%)	95 (40,7%)	NS
N.º de exploraciones complementarias			
N	116	125	NS
Normal	99	97	
Anormal <sup>a</sup>	17	28	
Radiología			
Total	49 (21,0%)	53 (22,7%)	NS
Normal	44	42	
Anormal <sup>b</sup>	5	11	
Sangre			
Total	27 (11,5%)	37 (15,8%)	NS
Normal	19	25	
Anormal <sup>c</sup>	8	12	
Orina			
Total	39 (16,7%)	34 (14,5%)	NS
Normal	36	30	
Anormal <sup>d</sup>	3	4	
LCR			
Total	1 (0,4%)	1 (0,4%)	NS
Normal	0	0	
Anormal <sup>e</sup>	1	1	

<sup>a</sup>Hallazgo anormal en radiología, analítica sanguínea, orina o LCR.

<sup>b</sup>Condensación. <sup>c</sup>Recuento leucocitario menor de 5.000/μl o mayor de 15.000/μl, o proteína C reactiva sérica mayor de 30 mg/l. <sup>d</sup>Leucocituria o nitrituria en tira reactiva. <sup>e</sup>Pleocitosis.

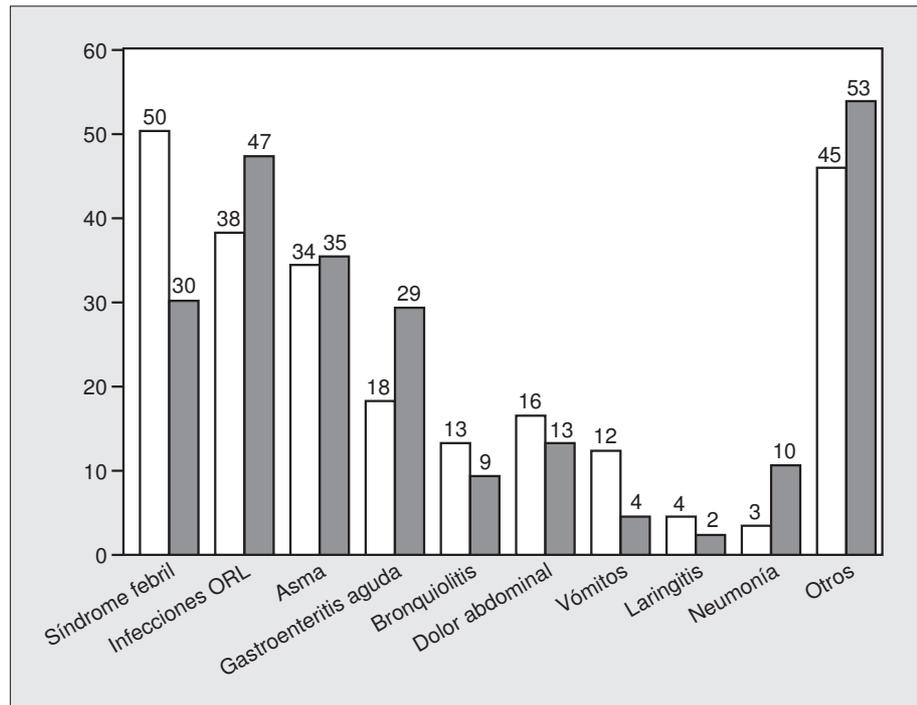
En la visita inicial, 120 niños (51,5%) presentaban algún hallazgo en la exploración física y 145 lo presentaban en la segunda consulta (62,2%; p = 0,02).

En la primera consulta se practicó al menos una exploración complementaria a 84 pacientes (36,0%), y a 95 (40,7%) en la segunda consulta. A 95 niños (40,7%) no se les practicó ninguna prueba complementaria en ambas visitas y a 41 (17,5%) se les practicó alguna exploración complementaria en ambas ocasiones. En la tabla 2 se reflejan las diferentes pruebas complementarias realizadas en las dos visitas.

Los diagnósticos recibidos en las consultas inicial y final se reflejan en la figura 2. En la reconsulta 131 niños (56,2%) recibieron el mismo diagnóstico que en la visita inicial, en 18 (7,7%) se detectó una complicación derivada del proceso inicial y 84 (36,1%) recibieron un diagnóstico diferente.

En la visita inicial, el diagnóstico recibido con más frecuencia fue el de síndrome febril sin focalidad (50; 21,4%). En 43 de ellos fue posible determinar el tiempo de evolución del cuadro (27 ± 29 h, 16 menos de 6 h, 14 entre 6 y 24 h, y 13 más de 24 h). En la visita inicial, la exploración física de todos estos pacientes fue anodina, y en la visita final en 19 (38%) se encontró un foco que justificara la fiebre. En la consulta final, los diagnósticos recibidos por estos pacientes fueron: síndrome febril sin focalidad (20), amigdalitis (9), gastroenteritis aguda (6), infección respiratoria de vías altas (3), neumonía (3), otitis media aguda (2), vómitos (1), eritema nodoso (1), meningitis viral (1), infección del tracto urinario (1), deshidratación (1), exantema súbito (1) y mononucleosis infecciosa (1).

Los tratamientos recibidos en urgencias y los recomendados para el domicilio están recogidos en la tabla 3. Un total de 117 (50,2%) no recibió tratamiento alguno en urgencias en ambas visitas.



**Figura 2.** Relación entre los diagnósticos recibidos en la consulta inicial y final.

A 48 niños (20,6%) no se les practicó exploración complementaria alguna ni recibieron ningún tratamiento en urgencias en todas las visitas realizadas.

De los 3.172 niños que acudieron una sola vez a nuestro servicio de urgencias, 97 (3,0%) ingresaron en planta. De los 233 pacientes que consultaron más de una vez por el mismo proceso, 15 (6,4%;  $p = 0,009$ ) requirieron ingreso en planta (neumonía 4, fiebre sin focalidad 2, apendicitis 2, celulitis 2, bronquiolitis 1, síndrome de Schonlein-Henoch 1, convulsión 1, deshidratación 1, meningitis 1). La tasa de ingresos en los pacientes que reconsultaron varió en función del diagnóstico final recibido. De los 130 niños que recibieron el mismo diagnóstico en la reconsulta ingresaron en planta 5 (3,8%;  $p = 0,37$ ), de los 18 en los que se detectó una complicación ingresó uno (5,5%;  $p = 0,43$ ) y de los 85 que recibieron un diagnóstico diferente 9 (10,5%;  $p = 0,0003$ ). Los pacientes que requirieron ingreso y los que pudieron manejarse ambulatoriamente no presentaban diferencias con respecto a la edad, tiempo de evolución hasta la primera consulta, hora de visita inicial y final, y tiempo transcurrido entre ambas consultas.

Todos los pacientes evolucionaron favorablemente.

## DISCUSIÓN

Los niños que vuelven a consultar en urgencias de pediatría en el contexto del mismo proceso suponen un porcentaje importante del total de niños atendidos en nuestra unidad, hecho ya recogido por otros autores<sup>2</sup>.

Aunque el temor de los padres a que su hijo pueda padecer una enfermedad grave pueda explicar en parte

el incremento mantenido de la afluencia a urgencias de pediatría experimentado en los últimos años<sup>3-5</sup>, otros factores como las circunstancias geográficas y sanitarias

**TABLA 3. Tratamientos recibidos en urgencias y recomendados para el domicilio**

	Consulta inicial	Consulta final	P
Tratamientos administrados en urgencias			
Ninguno	155	152	NS
Broncodilatador ± corticoide	40	37	NS
Antitérmicos	24	24	NS
Sueroterapia i.v.	3	9	NS
Adrenalina nebulizada	3	1	NS
Suero oral	1	2	NS
Antibiótico	1	1	NS
Antihistamínico	1	0	NS
Medicación i.v.	1	2	NS
Otros	4	5	NS
Tratamientos recomendados para el domicilio			
Ninguno	50	53	NS
Antitérmicos	86	62	0,02
Broncodilatador ± corticoide	49	48	NS
Antibiótico	20	36	0,03
Suero oral	13	14	NS
Antihistamínico	3	3	NS
Otros	12	17	NS

de nuestro entorno pueden matizar las razones esgrimidas por otros autores. Posiblemente, la ubicación de nuestro hospital (en un radio de 20 km con buenas comunicaciones están ubicados los más importantes centros poblacionales de nuestra provincia) y la gratuidad de la sanidad justifiquen, al menos parcialmente, este hecho. Estas razones explican, en parte, el que los niños consulten por cuadros de duración recortada, el que lo hagan varias veces por el mismo proceso y que, además, como sucede en nuestra serie, acudan sin haber consultado previamente a un médico extrahospitalario.

Tanto el tipo de enfermedad atendida<sup>2</sup> como la deficiencia en la valoración médica del proceso y el no cumplimiento del tratamiento se han esgrimido como causa de reconsulta<sup>6</sup>, pero, posiblemente, los factores generales comentados tengan una mayor influencia.

La mayoría de los niños que acuden a los servicios de urgencias pediátricos hospitalarios lo hacen por procesos banales que podrían ser atendidos por su pediatra habitual. Esto también es aplicable a los niños que consultan varias veces por el mismo proceso en una urgencia hospitalaria<sup>7</sup>. De hecho, en nuestra serie, a algo menos de la mitad de los niños que reconsultaron no se les practicó ninguna exploración complementaria en ambas visitas y el 50% no recibió tratamiento alguno en urgencias. Otro hecho destacable es que la exploración física ofreció una tendencia a presentar más hallazgos patológicos en la visita final, especialmente en el grupo de niños que consultaron por fiebre. Es probable que la corta evolución del proceso en el momento de la primera consulta justifique este hallazgo. Una consulta rápida también puede limitar el valor de las diferentes pruebas complementarias. Así, en nuestra serie, en la visita final 10 niños recibieron el diagnóstico de neumonía. De éstos, 3 ya habían sido diagnosticados en la visita inicial. De los 7 restantes, a 5 se les había practicado una radiografía de tórax en la visita inicial, con resultados normales.

Un porcentaje importante de pacientes que reconsultó sufrió un cambio en el diagnóstico recibido, aspecto ya apuntado por otros autores<sup>8</sup>. En nuestra serie, la corta evolución de los procesos puede explicar que cerca de la mitad de los pacientes recibió un diagnóstico diferente en la reconsulta. En los niños en los cuales el diagnóstico recibido varió, disminuyó el porcentaje de diagnósticos sintomáticos (fiebre sin focalidad, vómitos) y se incrementaron los diagnósticos más elaborados (infecciones del área ORL, gastroenteritis aguda y neumonía). El diagnóstico más frecuentemente asignado en la primera visita a los niños que reconsultaron fue el de fiebre sin focalidad, y en el 40% de los casos el proceso tenía menos de 6 h de evolución. Es esperable que signos y/o síntomas que puedan definir mejor la enfermedad que padece el paciente no estén presentes en la primera visita, incluso en el caso de enfermedades graves<sup>9</sup>. En

estos casos es fundamental la observación del paciente, bien en el domicilio o en el servicio de urgencias del hospital, en el caso de que el pediatra lo considere necesario y el hospital disponga de la infraestructura suficiente.

Uno de los hallazgos más interesantes es que la tasa de ingreso en el hospital del grupo de niños que reconsultaron fue superior a la correspondiente a los niños que consultaron sólo una vez. Esta mayor tasa de ingresos, y el que suceda fundamentalmente a expensas de los niños en los cuales el diagnóstico recibido varió, no es explicable por las razones anteriormente citadas. De estos niños, alrededor del 10% ingresó en el hospital, tasa significativamente superior al 3,0% correspondiente a los niños que consultaron una sola vez. El hecho de volver a consultar en nuestro servicio de urgencias en el contexto del mismo proceso se asocia con una mayor probabilidad de ingresar en el hospital, probablemente por encontrarnos procesos más definidos y cuya indicación de tratamiento hospitalario está más asentada. Los pacientes que volvieron al hospital y recibieron el mismo diagnóstico que en la consulta inicial (más de la mitad de los pacientes que reconsultaron) tuvieron una tasa de ingreso similar a la correspondiente a la de los niños que consultaron en una sola ocasión.

Sin embargo, la tasa de pacientes que permanecen en la unidad de observación de urgencias tras una visita repetida es superior a la de los niños que acuden una sola vez, presentando probablemente la mayor carga de angustia familiar que se observa en la consulta repetida y que puede condicionar en parte el acto médico.

Todos los pacientes que reconsultaron tuvieron una evolución favorable, incluso aquellos que ingresaron por presentar enfermedades o complicaciones potencialmente graves. Esto, a pesar de tratarse de una serie no muy amplia, sustenta la importancia de una información detallada administrada a los padres que acuden con su hijo a un servicio urgencias de pediatría hospitalario y la necesidad de un seguimiento por parte de su pediatra habitual.

Los niños que vuelven a consultar en un plazo de tiempo inferior a una semana en urgencias de pediatría de nuestro hospital en el contexto de la misma enfermedad presentan una tendencia a recibir diagnósticos más definidos. Los pacientes que reconsultan tienen una tasa de ingresos significativamente superior a la de los pacientes que acuden en una sola ocasión, sobre todo en niños en que el diagnóstico recibido varía. La administración de instrucciones detalladas a las familias y el seguimiento por parte del pediatra habitual, más aún en procesos poco evolucionados, puede facilitar un diagnóstico y tratamiento precoz de enfermedades potencialmente graves y una buena evolución de los pacientes.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Pou J, Cambra FJ, Moreno J, Fernández Y. Estudio de la demanda urgente de asistencia pediátrica en el servicio de urgencias de un hospital infantil. *An Esp Pediatr* 1995; 42: 27-30.
2. Zimmerman DR, McCarten-Gibbs KA, DeNoble DH, Borger C, Fleming J, Hsieh M et al. Repeat pediatric visits to a general emergency department. *Ann Emerg Med* 1996; 28: 467-73.
3. Lucas RH, Sanford SM. An analysis of frequent users of emergency care at an urban university hospital. *Ann Emerg Med* 1998; 32: 563-8.
4. Weir R, Rideout E, Crook J. Pediatric use of emergency departments. *J Pediatr Health Care* 1989; 3: 204-210.
5. Sansa L, Orus T, Juncosa S, Barredo M. The frequency of the use of hospital emergency services: its relation to the use of primary care in a pediatric population. *An Esp Pediatr* 1996; 44: 105-108.
6. Keith KD, Bocka JJ, Kobernick MS, Krome RL, Ross MA. Emergency department revisits. *Ann Emerg Med* 1989; 18: 964-968.
7. O'Dwyer F, Bodiwala GG. Unscheduled return visits by patients to the accident and emergency department. *Arch Emerg Med* 1991; 8: 196-200.
8. Miro O, Jiménez S, Alsina C, Tovillas-Moran J, Sánchez M, Borrás A et al. Unscheduled revisits in medical emergency units at the hospital: incidence and related factors. *Med Clin (Barc)* 1999; 112: 610-615.
9. Kuppermann N, Malley R, Inkelis SH, Fleisher GR. Clinical and hematologic features do not reliably identify children with unsuspected meningococcal disease. *Pediatrics* 1999; 103: E20.