



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Máster

Consultas pediátricas en el servicio de urgencias del
Hospital de Barbastro

Agustín Oliva, Sara

Director/es

Bueno Lozano, Manuel

Samper Villagrasa, M^o Pilar

INDICE DE ABREVIATURAS:

- ✚ AP: Atención Primaria.
- ✚ CEICA: Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón.
- ✚ MTS: Sistema de Triage Manchester.
- ✚ OFT: Oftalmológicos.
- ✚ OMS: Organización Mundial de la Salud.
- ✚ ORL: Otorrinolaringológicos.
- ✚ PAC: Punto de Atención Continuada.
- ✚ PCH: Puesto Clínico Hospitalario.
- ✚ RX: Rayos X.
- ✚ SET: Sistema de Triage Español.
- ✚ SEUP: Sociedad Española de Urgencias Pediátricas.
- ✚ SNS: Sistema Nacional de Salud.
- ✚ SUH: Servicio de Urgencias Hospitalario.
- ✚ TAC: Tomografía Axial Computarizada.

INDICE DE CONTENIDO:

1-RESUMEN.....	4
2-INTRODUCCIÓN.....	6
2-1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	
2-2 ANTECEDENTES Y ESTADO DEL TEMA	
3- HIPOTESIS Y OBJETIVOS.....	12
3-1 HIPOTESIS	
3-2 OBJETIVOS	
4- MATERIAL Y MÉTODOS.....	13
4-1 DISEÑO DEL ESTUDIO	
4-2 POBLACIÓN DE ESTUDIO	
4-3 FUENTES Y RECOGIDA DE INFORMACIÓN	
4-4 ANALISIS ESTADÍSTICO	
4-5 CONSIDERACIONES ÉTICAS	
5- RESULTADOS.....	18
6- DISCUSIÓN.....	37
7- CONCLUSIONES.....	45
8-BIBLIOGRAFÍA.....	46
9- ANEXOS.....	50

1- RESUMEN

Introducción: Durante la última década en España, nos encontramos con una expansión de la red de Hospitales, aumentando las tasas al Servicio de Urgencias Hospitalario. La mayor parte de este incremento de las visitas se atribuye a un aumento desproporcionado de los pacientes que utilizan los SUH de forma inadecuada y en especial las visitas pediátricas que han aumentado considerablemente en los últimos años, debido a los cambios actuales de la sociedad y a la transformación de la asistencia médica. El objetivo es estudiar los motivos de consulta de los niños que fueron atendidos en el servicio de urgencias del Hospital de Barbastro durante el último trimestre del año 2014.

Material y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de una muestra de 1118 niños y niñas, obtenida a través del servicio de admisión del Servicio de Urgencias. Se analiza el perfil epidemiológico de los pacientes atendidos en base a las variables motivo de consulta, edad pediátrica, resultado de la asistencia y los factores implicados en la consulta.

Resultados: Los resultados demuestran cómo un 53% son niños mientras que un 47% son niñas, con una edad media de 5,50 años. Los niños en edad menores de 2 años son los que acudieron con mayor asiduidad al servicio de urgencias, donde los motivos de consulta atendidos más frecuentes fueron lesiones y traumas (26,6%), respiratorios (22,6%), gastrointestinales (22%) y fiebre (10,9%). Las visitas fueron realizadas en un 52% de Lunes a Jueves, siendo el turno de tarde el más demandado con un 50,2%. Un 51% de las visitas habían acudido previamente al Centro de Salud.

Discusión: Los niños acuden más al servicio de urgencias por problemas traumáticos y en especial en la edad escolar con un 27,7%. En las etapas más infantiles son las patologías infecciosas las predominantes mientras que en los niños más mayores son los traumatismos. El aumento de las visitas en el horario de tarde durante la semana coincide con el fin de la jornada laboral, el horario escolar y el empeoramiento vespertino de algunas patologías de ritmos circadianos. La mayor tasa de ingresos se produce en edades menores de 2 años, siendo el periodo neonato y lactante los que tienen mayor riesgo.

Conclusiones: Los motivos de demanda varían según el sexo, siendo el sexo masculino el que acude con mayor asiduidad. Es necesaria mayor educación sanitaria para evitar la saturación del Servicio de Urgencias.

Palabras Clave: Pediatría. Servicio de Urgencias. Motivos de Consulta.

ABSTRACT

Introduction: During the last decade in Spain we have an expansion of the network of hospitals, raising rates to the hospital emergency room. Most of this increase in visits is attributed to a disproportionate increase of patients who use the improperly SUH and especially Pediatric visits that have increased considerably in recent years, due to current changes of society and the transformation of healthcare. The objective is to study the reasons for consultation of the children who were treated in the emergency service of the Hospital de Barbastro in the last quarter of the year 2014.

Methods: Retrospective descriptive study of a sample of 1118 boys and girls, obtained through the service of admission from the Emergency Department. Analyses the epidemiological profile of patients treated on the basis of the variables reason for consultation, Pediatric, result of the assistance and the factors involved in the inquiry.

Results: The results show how a 53% are children while 47% are girls, with an average age of 5.50. Children under 2 years of age are those who had more regularly to the emergency room, where the reasons for consultation served more frequently were injuries and traumas (26.6%), respiratory (22.6%), gastrointestinal (22%) and fever (10.9%). The visits were conducted by 52% from Monday to Thursday, the evening shift being the most oft with 50.2%. Visits they had previously attended the health center in 51% of cases.

Discussion: Children come over to the emergency room by traumatic problems and especially in school age with a 27.7%. In most children's stages are the infectious diseases predominant while that in older children are injuries. The increase in visits in the afternoon during the week coincides with the end of the workday, school hours and evening worsening of some pathologies of circadian rhythms. The highest rate of revenue occurs at ages under 2 years old, remain newborn and infant period who are at increased risk.

Conclusions: The reasons for demand vary according to sex, being male which go more often. More health education is required to avoid saturation of the emergency services.

Keywords: Pediatrics. Emergency service. Reasons for consultation

2- INTRODUCCIÓN

2-1 PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

En España, durante la última década nos encontramos con una expansión de la red de Hospitales comarcales, aumentando las tasas al Servicio de Urgencias Hospitalario (SUH) de los Hospitales del Sistema Nacional de Salud (SNS) experimentando un crecimiento anual entorno al 5%. La mayor parte de este incremento de las visitas se atribuye a un aumento desproporcionado de los pacientes que utilizan los SUH de forma inadecuada, sea por problemas banales, de organización en otras áreas del sistema sanitario, problemas sociales o simplemente porque tienen más confianza en estos servicios que en otros alternativos (1).

Las urgencias pediátricas han aumentado considerablemente en los últimos años, esto es debido a los cambios actuales de la sociedad y a la transformación de la asistencia médica.

El incremento de niños que acuden al servicio de urgencias se puede explicar por el aumento de la demanda sanitaria de la sociedad, la ampliación de la cobertura, la accesibilidad geográfica, además de un cambio en los hábitos sociales, en la actualidad, los ciudadanos con una mayor información, exigen una atención rápida y eficaz del problema, los ciudadanos con una mayor información exigen respuesta rápida y eficaz a los problemas.

Otro factor importante, es la cultura hospitalo-centrista, tanto de la población como de los propio profesionales que la generan y potencian, es probablemente que más del 90% de los pacientes que acuden al servicio de urgencias del hospital, no hayan acudido a la consulta de su pediatra de atención primaria. Otro factor a considerar, son los niños, menores de 2 años, que son un porcentaje muy importante de las visitas, que acuden de forma regular al servicio de urgencias.

Cabe destacar dos puntos de inflexión para entender las consultas pediátricas en el servicio de urgencias hospitalario, por un lado nos encontramos con personas que acuden al servicio de urgencias, cuando no requieren dicha atención, e incluso, en algunos casos, cuando no requieren ni siquiera asistencia médica, a este fenómeno se le ha denominado “utilización inadecuada de los servicios de urgencias hospitalarios” y por otro lado, nos encontramos que en muchas ocasiones se utiliza el servicio de

urgencias para realizar ingresos desde consultas externas por demoras en las pruebas complementarias, listas de espera, actividades programadas, derivaciones de otros hospitales, etc...(2).

La elevada utilización del servicio de urgencias, es importante ya que las consultas no urgentes, pueden estar haciendo un uso sustitutivo de estos servicios con respecto a la Atención Primaria (AP), influyendo en la calidad de la asistencia, en la pérdida de continuidad de la misma, en el seguimiento de tratamientos y fallos en la prestación de servicios preventivos, de educación de la salud y de promoción de la salud.

Hay que tener en cuenta, que la atención de las urgencias no urgentes puede producir demoras en la asistencia a pacientes que sufren situaciones de riesgo vital, por ello se debe realizar una correcta clasificación de la urgencia identificando a los niños que sufren una enfermedad que pone en peligro su vida, determinando el área de tratamiento más adecuado, consiguiendo disminuir la congestión de las áreas de los servicios de urgencias.

Para poder realizar una buena atención al paciente pediátrico es necesario entenderlo de forma global, incluyendo a su familia, dando una atención integral. Es aquí donde el pediatra debe impulsar esta visión, buscando la excelencia de la asistencia y la satisfacción del paciente y de la familia (3).

La demanda de la asistencia en urgencias tanto a nivel hospitalario como extrahospitalario se ha visto incrementada en los últimos años. La utilización adecuada de los servicios de atención primaria contribuiría a desmasificar los servicios de urgencias hospitalarios (4).

Es necesario conocer los motivos que ocasionan las visitas sanitarias en el servicio de urgencias para una mayor organización, por ello conocer las características de los pacientes que asisten, sus principales motivos de consulta y el nivel de gravedad o complejidad de los mismos es esencial para administrar estos servicios sanitarios, para diseñar e implementar los programas de formación del equipo de salud y además, constituiría el sustrato para la planificación de estrategias en salud pública que faciliten el acceso, manejo y prevención de los problemas de salud que afligen a la población.

Se debe conocer la epidemiología para diseñar e implantar protocolos de manejo en base a los motivos de consulta más comúnmente atendidos en los servicios de urgencias. Cada escenario lleva a un potencial de diagnóstico operativo y de valoración de la severidad (5).

La comunidad de Aragón se divide en 8 sectores sanitarios que incluyen todos los centros de atención primaria, atención especializada, atención sociosanitaria y salud mental. El Sector Barbastro está dividido en quince zonas de salud, con un centro de salud en cada una de ellas, un Hospital en Barbastro y dos centros de especialidades, uno en Monzón y otro en Fraga.

El Hospital de Barbastro de segundo nivel asistencial que comprende un área de 8500 km² con una población de más de 110.000 personas, teniendo una tasa bruta de natalidad del 8%.

Dentro del Hospital de Barbastro, nos encontramos con la Planta de maternidad y pediatría, consta de 19 habitaciones, de las cuales 8 son para pediatría, dos de ellas dobles y 6 individuales. Además, se cuenta con 4 incubadoras y 4 nidos.

2.2 ANTECEDENTES Y ESTADO DEL TEMA

Nuestro SNS está estructurado en un modelo de niveles asistenciales para que se pueda realizar una asistencia ordenada y estratificada, organizando los recursos de los que disponemos, para satisfacer las necesidades de la población. La coordinación de la atención de urgencias entre los diferentes niveles asistenciales, es uno de los grandes problemas.

Los problemas de masificación y uso inadecuado de las urgencias hospitalarias se mantienen, a pesar de la aplicación de medida de reforma de Atención Primaria, iniciadas en los años 90.

Las razones de esta utilización inadecuada al SUH, tiene diferentes razones, entre las que destacan los cambios en los patrones de morbilidad, factores socioculturales, demográficos, organizativos, de accesibilidad o de desconfianza de los pacientes en el primer nivel asistencial.

Se han propuesto algunas actuaciones para orientar y disminuir la mala utilización de éstos servicios, como por ejemplo, el triaje, derivación de pacientes no urgentes a otros niveles asistenciales o la incorporación de médicos generales en la plantilla de los servicios de urgencias, además de la educación sanitaria y la mejora en la accesibilidad de la atención primaria (6).

El excesivo uso de los servicios de urgencias hospitalarios, da como resultado la saturación de éste servicio, a pesar de los múltiples y diferentes sistemas de mejorar la calidad y disminuir los errores, del creciente coste de la atención médica y de un intento de mantener el acceso y de aportar los cuidados basados en la evidencia. Se puede definir la “saturación” cuando la necesidad identificada para los servicios de urgencias, excede los recursos disponibles para la atención del paciente en el servicio o en el Hospital o en ambos” (7).

Gracias al Triage, podemos establecer la gravedad de la consulta, es un proceso que permite una gestión del riesgo clínico para poder manejar adecuadamente y con seguridad los flujos de pacientes cuando la demanda y las necesidades clínicas superan a los recursos. Es la llave de entrada a una asistencia eficaz y eficiente, y por tanto una herramienta rápida, fácil de aplicar y que además posee un fuerte valor predictivo de gravedad, evolución y utilización de recursos.

Su principal función es clasificar a los pacientes que acuden al SUH, siguiendo criterios de gravedad clínica que diferenciar el grado de urgencia. En Aragón está implantado el Sistema Español de Triage (SET) y el Sistema de Triage Manchester (MTS), siendo los dos modelos más implantados en España.

Establece 5 categorías:

- 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.

Para establecer la gravedad clínica, debemos conocer las definiciones de emergencia y urgencia:

Concepto de emergencia: circunstancia en la que la vida de la persona corre peligro o puede resultar con secuelas irremediables si no es atendido con precocidad.

Concepto de urgencia: Según la OMS podemos definir 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 (8).

Durante mucho tiempo, los servicios de urgencias médicas se han centrado fundamentalmente en la asistencia a pacientes adultos, prestando escasa atención a las necesidades especialmente de la población en edad pediátrica.

Se ha observado un aumento de las visitas al SUH por parte de esta población, aunque no se haya observado un movimiento al alza de la natalidad que lo justifique.

Muchas de las visitas al SUH, son de iniciativa propia, es decir, sin ser valorado con anterioridad por parte del Médico de Atención primaria, en la consulta pediátrica o en el servicio de urgencias del centro de salud, la mayoría de las patologías que motivan estas visitas al especialista son de características banales y muchas veces sirven para tranquilizar a los padres más que para sanar al niño (9).

Los principales motivos que incitan a los padres a acudir al SUH son el fácil acceso, la inmediatez de los exámenes complementarios, la ausencia de trámites burocráticos y la sensación de recibir una asistencia eficaz, eficiente y equitativa, además de la asistencia médica por parte del Pediatra, que es una de las mayores inquietudes de los padres, que su hijo sea visitado por el médico especialista en niños (10).

Según diversos estudios, los niños menores de 24 meses de edad tienen el mayor porcentaje de visitas anuales, siendo un 75% de estas visitas en Hospitales generales.

Desde la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP), se considera que la presencia de pediatras de urgencia solo puede conllevar beneficios y progreso a la pediatría, no solo por su función asistencial, sino también por su función docente e investigadora. En diversos Hospitales terciarios ya es una realidad (11).

Por estos motivos, me planteo el siguiente estudio, conocer los motivos de consulta de los pacientes en edad pediátrica.

Con este estudio, espero facilitar y motivar el diseño y planificación de nuevos proyectos de investigación.

3- HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

3-1 HIPÓTESIS

Ante el presente estudio, el planteamiento de las hipótesis son las siguientes:

- Los motivos de demanda más frecuentes son los problemas respiratorios en los varones lactantes y los problemas traumatológicos en los niños de edad escolar.
- Los días con mayor afluencia al servicio de urgencias son de viernes a domingo, donde la franja horaria con más demanda fue la de 15-22 horas.
- Un alto porcentaje de las visitas pediátricas en el servicio de urgencias del Hospital de Barbastro, fueron atendidos por su pediatra o por el médico de urgencias de Atención Primaria.

3-2 OBJETIVOS

3-2-1 Objetivo General

Estudiar los motivos de consulta de los niños que fueron atendidos en el servicio de urgencias del Hospital de Barbastro durante el último trimestre del año 2014.

3-2-2 Objetivos Específicos

- Estudiar las diferencias del motivo de demanda, según la edad y el sexo, en pacientes con edad pediátrica que fueron atendidos en el servicio de urgencias del Hospital de Barbastro durante del último trimestre del año 2014.
- Analizar el número de visitas que se realizó al servicio de urgencias, de los pacientes en edad pediátrica que acudieron al Hospital de Barbastro durante el último trimestre del 2014, en relación al día de la semana y hora de consulta.
- Comparar cuantos pacientes en edad pediátrica fueron tratados anteriormente en el Centro de Salud por el motivo que ocasiono la visita al servicio de urgencias y la asistencia por parte del Pediatra en el Hospital de Barbastro, durante el último trimestre del año 2014.

4- MATERIAL Y MÉTODOS

4-1 DISEÑO DEL ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo transversal en los pacientes menores de 14 años, visitados en el Servicio de Urgencias del Hospital de Barbastro durante los meses de Octubre, Noviembre y Diciembre del año 2014. La muestra final quedó formada por 1118 niños.

Establecida la muestra, se revisaron las Historias Clínicas de los pacientes incluidos en el estudio para extraer los datos allí recogidos: sexo, edad, médico remitente, día de la semana, hora de consulta, lugar de procedencia, pruebas complementarias realizadas, resultado de la asistencia, visita por parte del Pediatra, motivo de la demanda, Diagnóstico de Atención Primaria, Diagnóstico de Hospital, Número de visitas al Hospital por el mismo motivo y si estaban en tratamiento cuando acudieron al Servicio de Urgencias.

4-2 POBLACIÓN A ESTUDIO

La población estuvo formada por los pacientes que comprenden la edad pediátrica, que son todos aquellos desde el primer día de vida hasta los 14 años de edad, que fueron atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital de Barbastro durante los meses de Octubre-Diciembre del 2014.

La muestra final del estudio fue de 1118 pacientes.

4-2-1 Criterios de Inclusión y Exclusión

Criterios de Inclusión

Se incluyeron a todos los pacientes que acudieron dentro de los criterios de edad pediátrica.

Criterios de Exclusión

Se excluyeron a aquellos pacientes que superaban la edad de 14 años de edad.

Se excluyeron las historias de aquellos que no presentaban la totalidad de los datos necesarios para el estudio.

4-3 FUENTES Y RECOGIDA DE INFORMACIÓN

La información necesaria para el estudio fue obtenida de los listados generales administrativos del Servicio de Urgencias, estudiando los casos de los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión.

Una vez seleccionados las personas a estudio, se accedió a las Historias Clínicas a través del programa informático PCH del Servicio de Urgencias para el acceso a los datos necesarios para el estudio, concluyendo que son 1118 las personas que formaron parte del estudio.

4-3-1 Variables del estudio

Se utilizaron las siguientes variables para conocer los motivos de asistencia pediátrica al Servicio de Urgencias. Todas las variables fueron registradas en la base de datos por una sola persona.

- 1- Motivo de Demanda
- 2-Diagnóstico Médico
- 3- Sexo
- 4- Edad
- 5- Demanda en Atención Primaria
- 6- Día de la semana
- 7- Hora de consulta
- 8- Pruebas complementarias
- 9- Pruebas radiológicas
- 10- Resultado de la asistencia
- 11- Asistencia pediátrica

4-3-2. Definición y codificación de las variables

Motivo de Demanda: Variable que hace referencia a la causa que origina la necesidad de asistencia sanitaria. Se distinguen 12 categorías:

Síntomas Gastrointestinales/ S. Respiratorios/ S. Genitourinarios/ S. Cardiacos/S. Neurológicos/ Lesiones y Traumas/ S. Oftalmológicos/ Intoxicaciones/ Fiebre/ Afecciones de la piel/ Otros/ S. Otorrinolaringológico.

Categoría	Síntomas incluidos en cada categoría.
Gastrointestinales	Dolor abdominal, náuseas, vómitos, diarrea, distensión abdominal, flatulencias, hematemesis, melena, estreñimiento, cuerpo extraño, dolor y quemazón en la boca.
Respiratorios	Congestión nasal, rinorrea, afonía, disnea, tos, falta de aire, expectoración, hemoptisis, congestión del pecho, síndrome catarral, estridor.
Genitourinarios	Disuria, urgencia urinaria, incontinencia urinaria, retención urinaria, hematuria, dolor testicular, síntomas urológicos sin especificar, alteraciones de los genitales sin especificar.
Cardiacos	Dolor torácico, taquicardia, palpitaciones, pinchazos en el pecho.
Neurológicos	Síncope, lipotimia, convulsiones, movimientos involuntarios, alteraciones motoras, coma, cefalea, inestabilidad sin especificar.
Lesiones y Traumas	Heridas, contusiones, traumas, fracturas, esguinces, quemaduras, amputaciones, luxaciones.
Oftalmológicos	Ojo rojo, sensación de cuerpo extraño, secreción ocular, disminución de la agudeza visual, otros signos y síntomas no especificados relacionados con la visión.
Intoxicaciones	Intoxicación voluntaria e involuntaria, ingesta de medicamentos, alcohol, drogas, productos del hogar, intoxicación por monóxido de carbono.
Fiebre	Fiebre, escalofrío, fiebre o febrícula sin foco.
Afecciones de la piel	Alteraciones de la piel, dermatitis del pañal, dermatitis de contacto, irritación de la piel, secreción por el cordón umbilical, reacción cutánea sin especificar, exantema, manchas en la piel.
Otros	Irritabilidad, llanto, ictericia, problemas con la ingesta, picadura insecto, neonato.
Otorrinolaringológicas	Otalgia, otorrea, sensación de cuerpo extraño, odinofagia, otitis.

Diagnóstico médico: Variable que hace referencia al Diagnóstico Médico dado por el médico del Servicio de Urgencias. Se categorizo en 14 variables:

Digestivo/Respiratorio/Genitales/Urinario/Cardíaco/Accidentes Traumáticos/
Oftalmológicos/ Dermatológico/ Otorrinolaringológicos/ Puericultura/ Problemas
Infecciosos/ Neurológicos/ Endocrinos/ Otros.

Sexo: Para esta variable, se eligieron dos opciones de respuesta:
Hombre/ Mujer.

Edad: Variable de obtención directa que refleja la edad, medida en años, que tenía el paciente a su llegada. Para su análisis se dividió la edad en años cronológicos y en periodos de la infancia.

Los periodos de la infancia se categorizaron en 5 opciones: Neonatos, Lactantes, Preescolar, Escolar y Adolescente.

Demanda en Atención Primaria: Variable que nos informa si fue visitado en el centro de salud con anterioridad por el motivo que ocasiono la visita al servicio de urgencias. Se categorizo en 2 variables: Si/ No.

Día de la semana: Variable categórica que hace referencia al día de la semana que se realizó la demanda en el Servicio de Urgencias.
Se categorizo en 2 opciones: Lunes –Jueves/ Viernes-Domingo.

Hora de consulta: Variable que nos informa sobre la hora que se realizó la demanda. Se categorizo en 3 opciones: 8-15h/ 15-22h/ 22-8h.

Pruebas complementarias: Variable que recoge las pruebas que se realizaron en el Servicio de Urgencias. Se categorizo en 6 opciones:
Analítica/ Analítica + orina/ Frotis de la Gripe/ Orina/ Nada/ Coprocultivo.

Pruebas Radiológicas: Variable que informa sobre las pruebas radiológicas realizadas en la asistencia en el Servicio de Urgencias. Se clasifico en 6 variables:
Nada/ Rx/ Ecografía/ Tac/ Rx+Ecografía/ Rx+ TAC.

Resultado de la asistencia: Variable que informa sobre cuál es el plan de actuación finalizada la asistencia en el servicio de urgencias.

Para ello se categorizo en 5 opciones: Alta/ Ingreso/ Traslado/ Alta + Consultas externas/ Exitus.

Asistencia Pediátrica: Variable que especifica si el paciente fue visto por el Pediatra en el área de Urgencias. Se categorizo en 3 opciones:

1º Visita/ No/ 2º Visita.

4-4 ANALISIS ESTADÍSTICO

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 de las Frecuencias relativas, para identificar que variables guardaban relación con la inadecuación de las urgencias pediátricas hospitalarias y se analizo la asociación entre las variables planteadas en los objetivos, con las Tablas de Contingencia mediante la prueba de Chi- Cuadrado.

Todos los datos fueron analizados por una sola persona.

4-5 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente trabajo se realizó bajo la aprobación del Comité Ético de Investigación Clínica de Aragón (CEICA), así como con el permiso 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).

5- RESULTADOS

5-1 ESTUDIO DE LAS VARIABLES INDIVIDUALMENTE

5-1-1 Sexo

La distribución según el sexo es bastante homogénea, como se observa en el Gráfico 1 y Tabla 1, no se observa diferencias significativas a lo largo del tiempo estudiado. La media de los varones que solicitaron asistencia en el Servicio de Urgencias del Hospital de Barbastro fue de 53,1 %, mientras que de mujeres fue de 46,9 %.

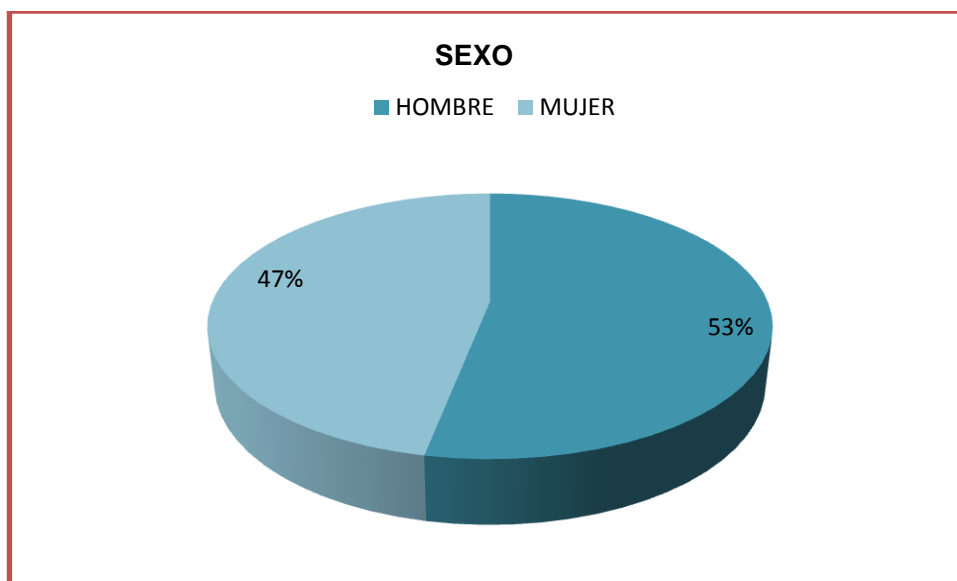


Gráfico 1: Distribución por Sexos.

Tabla 1: Distribución por Sexos.

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Niños	594	53,1
Niñas	524	46,9

5-1-2 Edad

La edad de los pacientes del estudio queda limitada a la edad de 0 a 14 años. En el tiempo establecido para el estudio, los meses de Octubre a Diciembre, acudieron un total de 1118 niños, con una media de 5,50 años y una mediana de 3,80 años con una desviación típica de 4,67 presentando un máximo de 14,94 y un mínimo de 0,01. Para su análisis se dividió en diferentes categorías.

- Edad Cronológica:

Se dividió la edad según la edad cronológica que presentaba en el momento de recibir la asistencia sanitaria en el servicio de urgencias. Para ello se dividió en meses y años. De las edades menores al año, se observa un pico en los niños con edades inferiores a 1 mes, con un 3% de las visitas, seguidas por los neonatos de 1 mes con un 2%, para el resto de las edades comprendidas entre los 2 meses y el año, el porcentaje de visitas es similar con un 1% respectivamente. Centrándonos en los niños de 1 año a 14 años, podemos comprobar que existe un valor máximo con un 15% en los niños de 1 año y un 11% en los niños de 2 años, seguido de un 7% en los niños de 3 años y los niños de 13 años con un 6%. Para el resto de las edades, los porcentajes varían entre un 3% y un 4%. (Gráfico 2 y Anexo 1: Tabla 13)

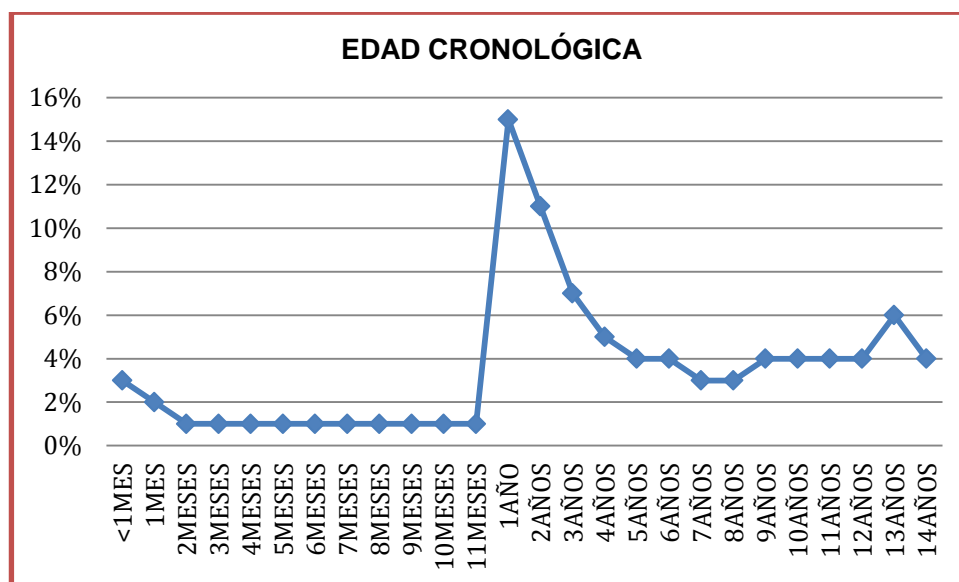


Gráfico 2: Distribución de la edad según la edad cronológica

- Periodos de la Infancia:

Se estableció la categorización según la edad pediátrica. Podemos comprobar cómo la demanda de la asistencia varía según la edad, así mismo, un 3% de las asistencia corresponden a los neonatos, un 29,7% a los lactantes, un 27,8% a los que se encuentran en edad preescolar, un 28,9% a los escolares y un 10,6% a los adolescentes. Los lactantes son el grupo de edad que más realizó visitas al servicio de urgencias del Hospital de Barbastro, seguido de los de edad escolar, en segundo lugar y a los preescolares en tercer lugar, posteriormente aparecen los adolescentes con un porcentaje mucho menor en comparación a los anteriores y los neonatos son lo que menos asistencia han requerido (Gráfico 3, Tabla 2).

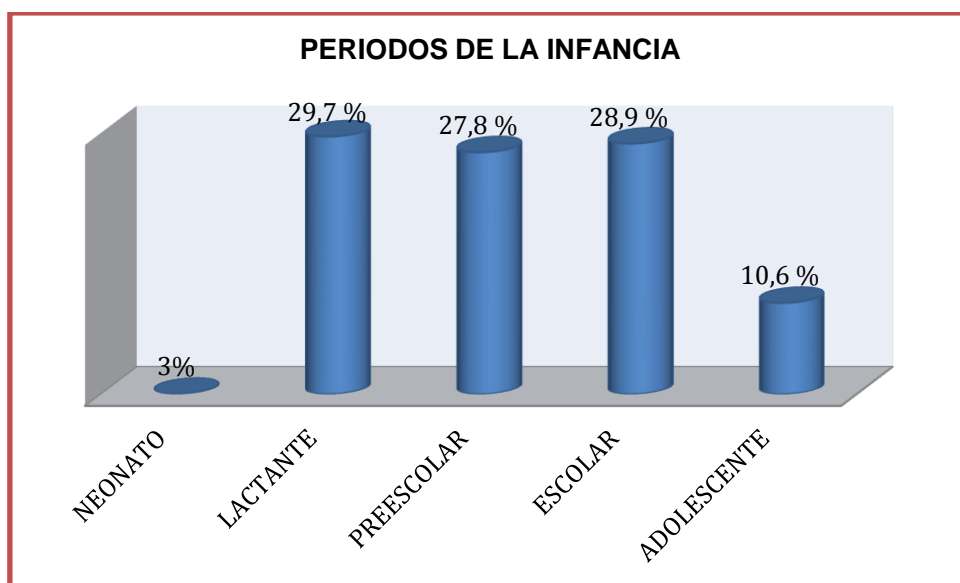


Gráfico 3: Distribución por periodos de la infancia.

Tabla 2: Distribución por Periodos de la Infancia.

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Neonatos	34	3
Lactantes	332	29,7
Preescolares	311	27,8
Escolares	323	28,9
Adolescentes	118	10,6

5-1-3 Motivo de la Demanda

Centrándonos en los motivos que ocasionaron la visita al servicio de urgencias del Hospital de Barbastro, se realizó una clasificación de los motivos más comunes evaluados según el triaje y se clasificaron por síntomas según órganos corporales.

El principal motivo de consulta son las lesiones y traumas con un 26,7 %, seguido por los Problemas respiratorios con un 22,6% y los problemas gastrointestinales con un 22%, otro de los problemas que acude con bastante frecuencia es la fiebre con un 10,9 %, el resto de los síntomas aparecen pero con un porcentaje mucho menor en relación a los comentados anteriormente, así mismo nos encontramos con afecciones en la piel con un 4%, otros problemas con un 3,4%, otorrinolaringológicos con un 3%, genitourinarios y oftalmológicos con un 2,3 % y un 2,4 % respectivamente, problemas neurológicos con un 2%, cardiológicos 0,3% e intoxicaciones un 0,08%

(Gráfico 4, Anexo 1: Tabla 14).

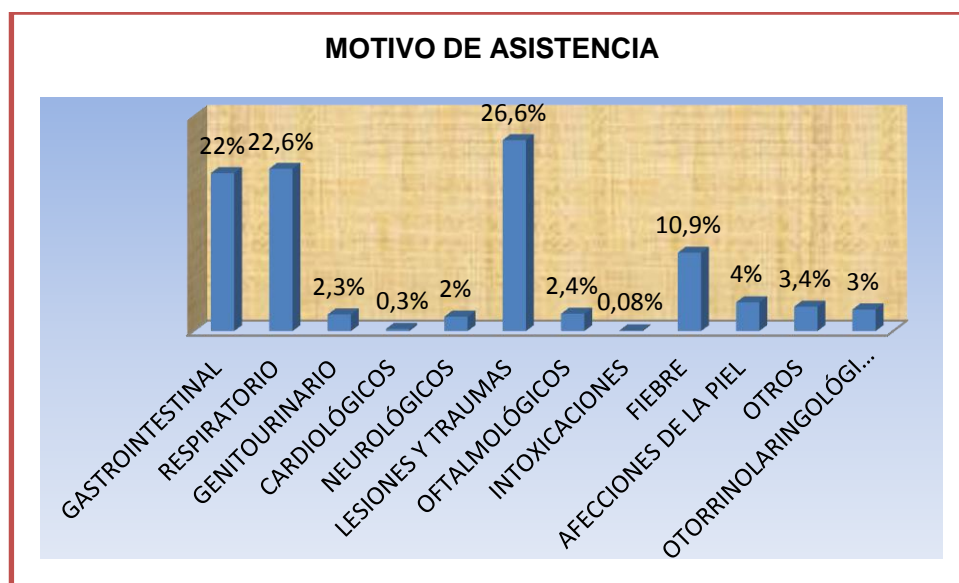


Gráfico 4: Distribución por Motivos de asistencia.

5-1-4 Diagnóstico Médico

- Diagnóstico Médico General:

Los diagnósticos establecidos por los facultativos que atendieron a los pacientes se han dividido según diagnósticos generales. Las patologías respiratorias y los accidentes traumáticos son las que presentan una mayor demanda en comparación con el resto de las patologías, con un 29,6% y un 26,2% respectivamente, siguiéndoles con un porcentaje aproximado de un 19,2% las patologías referidas al aparato digestivo y en cuarto lugar con un 7,5% los problemas infecciosos. Posteriormente nos encontramos con unos porcentajes mucho menores, las patologías otorrinolaringológicas y las patologías dermatológicas con un 3%, oftalmológicas un 2%, genitales, urinarios, puericultura y neurológicas con un 1% y las patologías cardíacas, endocrinas y otros no llegan al 1% (Gráfico 5, Anexo 1: Tabla 15).

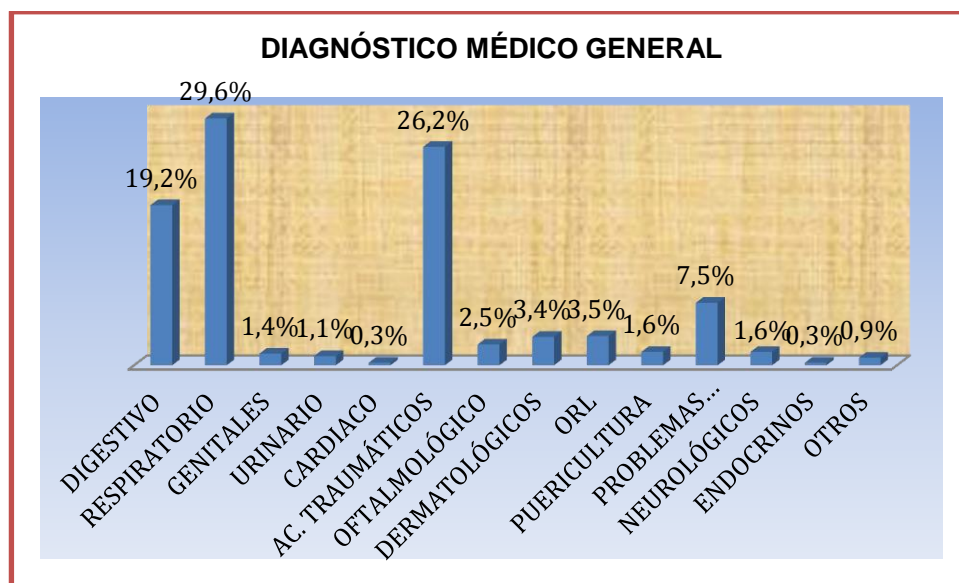


Gráfico 5: Reparto según Diagnósticos Médicos a nivel general.

- Diagnóstico Específico:

Se analizó la patología específica en cada paciente. La patología más predominante son la patología traumática, en especial las contusiones de extremidades (12,7%), las fracturas (4,5%) y los esguinces (2,8%), seguida de la patología respiratoria donde cabe destacar las bronquitis (7,8%), bronquiolitis (2,7%), catarro común (4,8%), infección respiratoria (4,7%), neumonía (2,5%) y tos (2%) y dentro de la patología digestiva, se sitúa en la cabeza, con un 5,5%, gastroenteritis (5%) y los vómitos (5,1%). Hay que destacar la patología otorrinolaringológica, otitis (2,5%), laringitis (1,7%) faringoamigdalitis (1,1%), amigdalitis (0,8%). Por último resaltar que la fiebre (4%), viriasis (3,2%), gingivitis (0,9%), llanto (1%) y conjuntivitis (1,2%) (Gráfico 6, Anexo 1: Tabla 16).

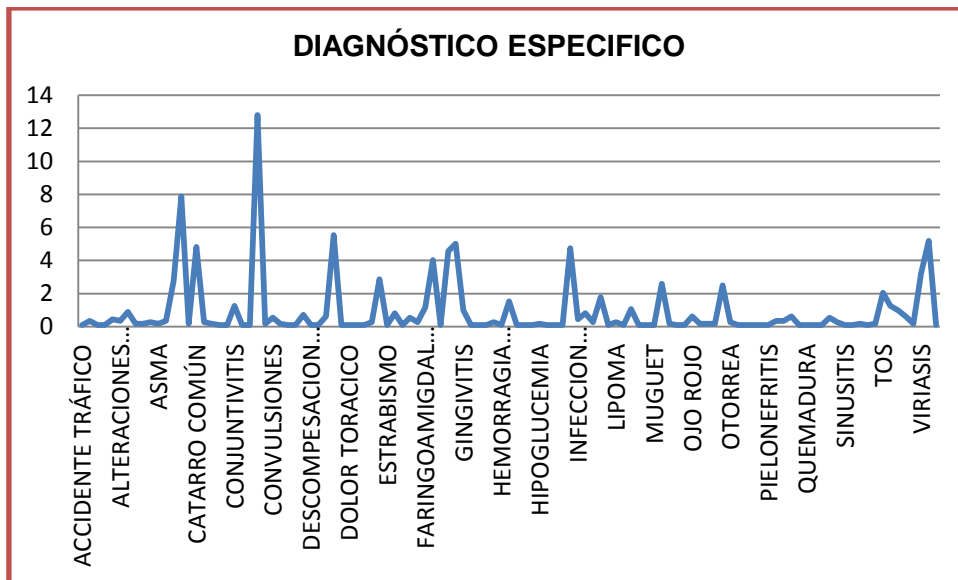


Gráfico 6: Patologías según Diagnóstico específico.

5-1-5 Demanda en Atención Primaria

Se analizaron las visitas realizadas previamente en Atención Primaria, por los motivos que se acudieron al servicio de urgencias del Hospital de Barbastro, la diferencia es mínima ya que un 51% de la muestra estudiada sí fue valorado por un médico en el centro de salud y un 49%, acudió directamente al Hospital para su valoración (Gráfico 7, Tabla 3).



Gráfico 7: Análisis de las visitas efectuadas en Atención Primaria.

Tabla 3: Visita previa en Atención Primaria.

Visita previa en At. Primaria	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Si	573	51,2
No	545	48,7

5-1-6 Día de la semana

La frecuencia de la asistencia no estable grandes diferencias, siendo de lunes a jueves de un 48% y de viernes a domingo un 52%. Hay una mayor demanda los fines de semana, establecido por 3 días, viernes, sábado y domingo que los días laborables, establecidos en 4 días, lunes, martes, miércoles y jueves (Gráfico 8, Tabla 4).

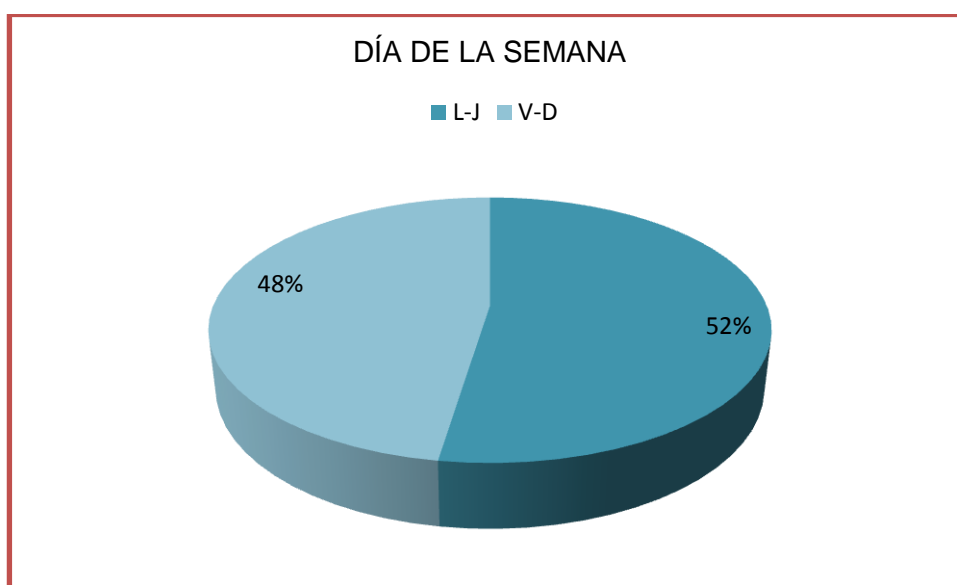


Gráfico 8: Distribución de la asistencia según el día de la semana.

Tabla 4: Asistencia según el día de la semana.

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Lunes a Jueves	586	52,4
Viernes a Domingo	532	47,5

5-1-7 Hora de la asistencia

Es en el intervalo de las 15h las 22h, turno de tarde, el que mayor demanda presenta con un 50,2% de las asistencias analizadas, seguido por el turno de mañanas , de 8h a 15h con un 33,9% de las visitas y finalmente el turno de noche, de 22h a 8h, con un 15,7% (Gráfico 9, Tabla 5).

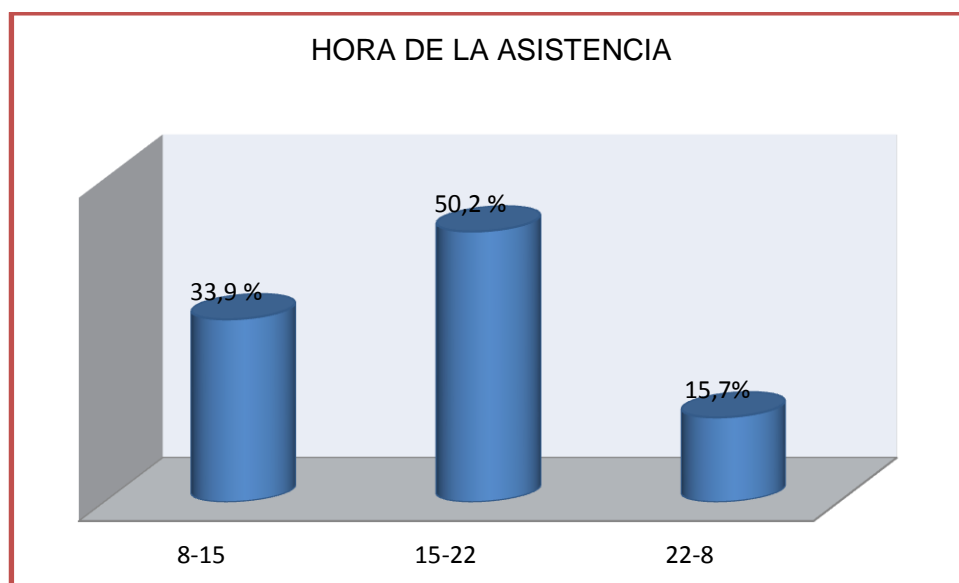


Gráfico 9: Distribución según las horas de la asistencia.

Tabla 5: Asistencia según horas del día.

	Frecuencia(n)	Porcentaje (%)
8h -15h (Mañana)	382	33,9
15h-22h (Tarde)	562	50.2
22h-8h (Noche)	176	15,7

5-1-8 Pruebas Complementarias

Las pruebas complementarias se realizaron tras ser valorados por el facultativo correspondiente, en un 84,3% de las visitas no fueron necesarias pruebas complementarias para establecer el pronóstico médico, por el contrario, en un 4,3% fue necesario realizar una analítica sanguínea y en un 4,1 % un análisis de orina, si se analiza conjuntamente un 2,9 % necesitaron el análisis de sangre con el análisis de orina, el frotis de la gripe se coloca con un 3,3% y el coprocultivo con un 0,8% (Gráfico 10, Tabla 6).

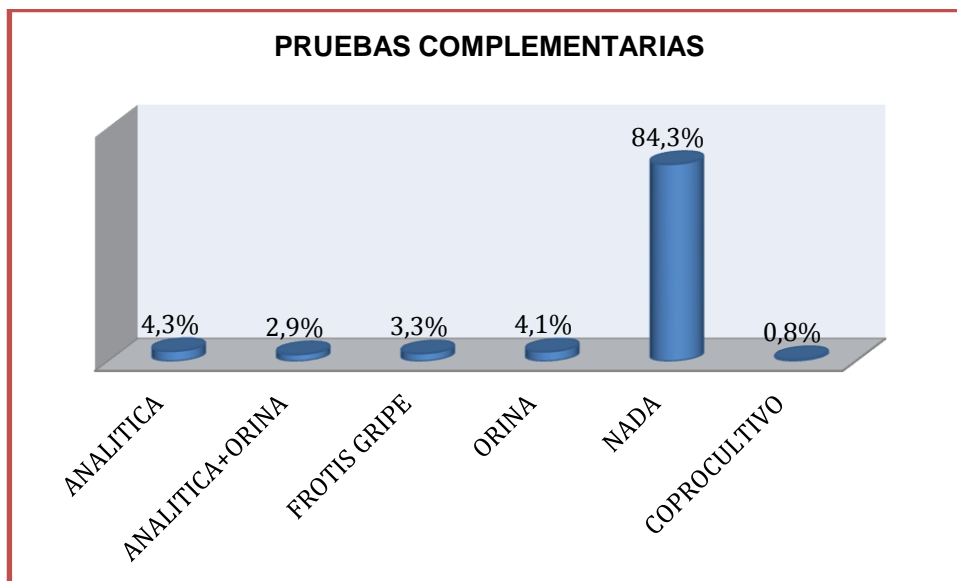


Gráfico 10: Reparto de las pruebas realizadas en el servicio de urgencias.

Tabla 6: Pruebas complementarias realizadas.

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Analítica	49	4,3
Analítica+Orina	33	2,9
Frotis Gripe	38	3,3
Orina	46	4,1
Nada	943	84,3
Coprocultivo	9	0.8

5-1-9 Pruebas Radiológicas

Además de las pruebas complementarias, son necesarias las pruebas radiológicas para poder dictaminar un diagnóstico médico. Se puede observar como en el 68,3% de los casos atendidos no fueron necesarias ninguna prueba radiológica. Dentro de las pruebas radiológicas aparece por excelencia la radiografía con un 29,1% del total de las demandas, seguida por la radiografía más la ecografía con un 2% y dejando en último lugar a la ecografía y a la radiografía más TAC, con un 0,2% y un 0,1% (Gráfico 11, Tabla 7).

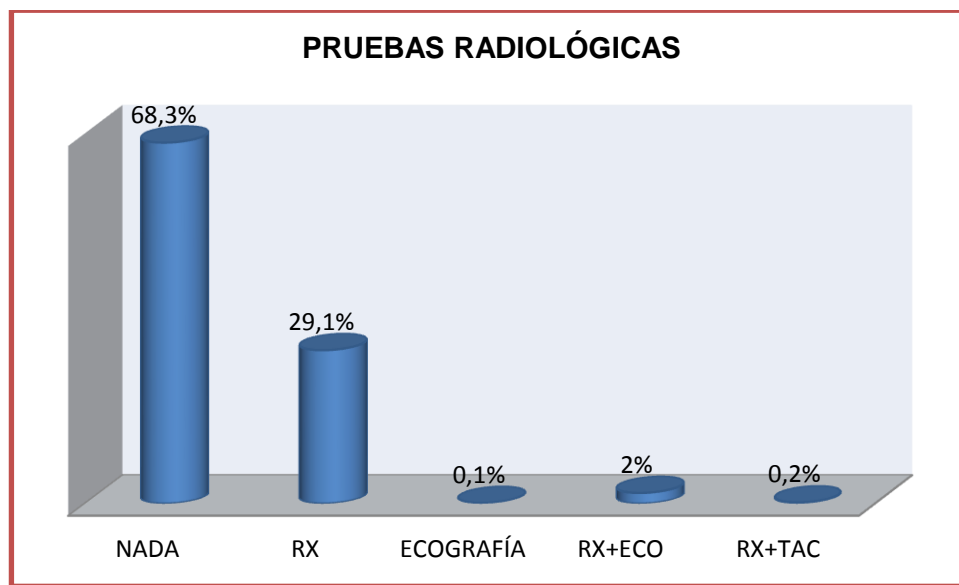


Gráfico 11: Distribución de los datos según pruebas radiológicas.

Tabla 7: Pruebas radiológicas realizadas.

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Nada	764	68,3
Radiografía (Rx)	326	29,1
Ecografía (Eco)	2	0.1
Rx + Eco	23	2
Rx+ TAC	3	0.2

5-1-10 Resultado de la Asistencia

El resultado de la asistencia más habitual para la muestra analizada, es el alta con un 84,3%, en segundo lugar nos encontramos con el ingreso con un porcentaje mucho menor, un 11,8%, en tercer lugar el alta con visita en consultas externas para una posterior revisión y en último lugar se encuentra el traslado con un 0,4%. Cabe destacar, que durante el periodo estudiado no se produjo ningún éxito en el servicio de urgencias del Hospital de Barbastro (Gráfico 12, Tabla 8).

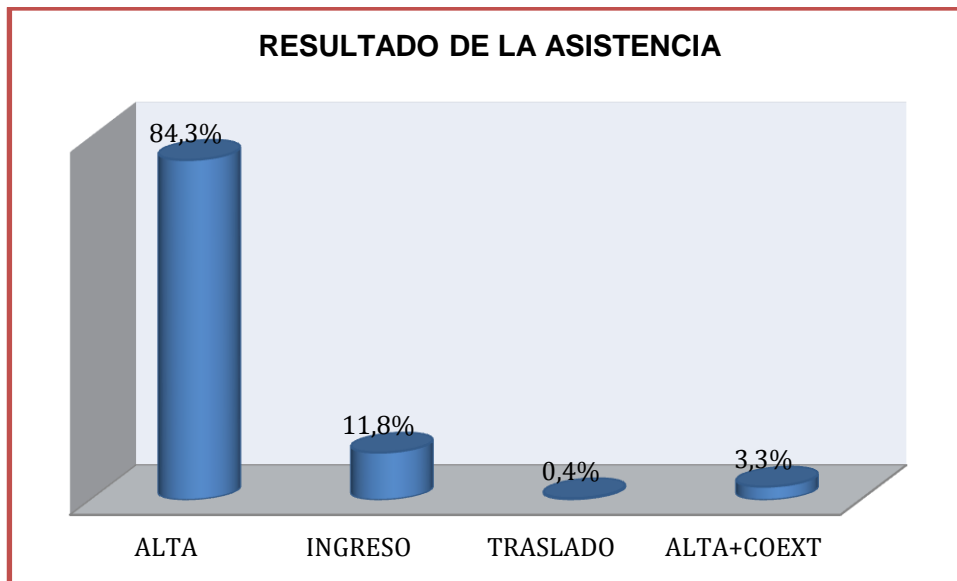


Gráfico 12: Distribución de los resultados de la asistencia.

Tabla 8: Distribución según el resultado de la asistencia.

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Alta	943	84,3
Ingreso	132	11,8
Traslado	5	0,4
Alta + C. Externas	38	3,3

5-1-11 Asistencia Pediátrica

Se analizó la visita pediátrica en el servicio de urgencias por un Pediatra, en un 26,7 % la visita fue realizada solo por el Pediatra, en cambio en un 13,5% de los casos, el paciente fue valorado en primer lugar por un médico del servicio de urgencias y en segundo lugar por el Pediatra, finalmente en un 60% de los niños que acudieron al servicio de urgencias no fueron atendidos por el Pediatra (Gráfico 13, Tala 9).

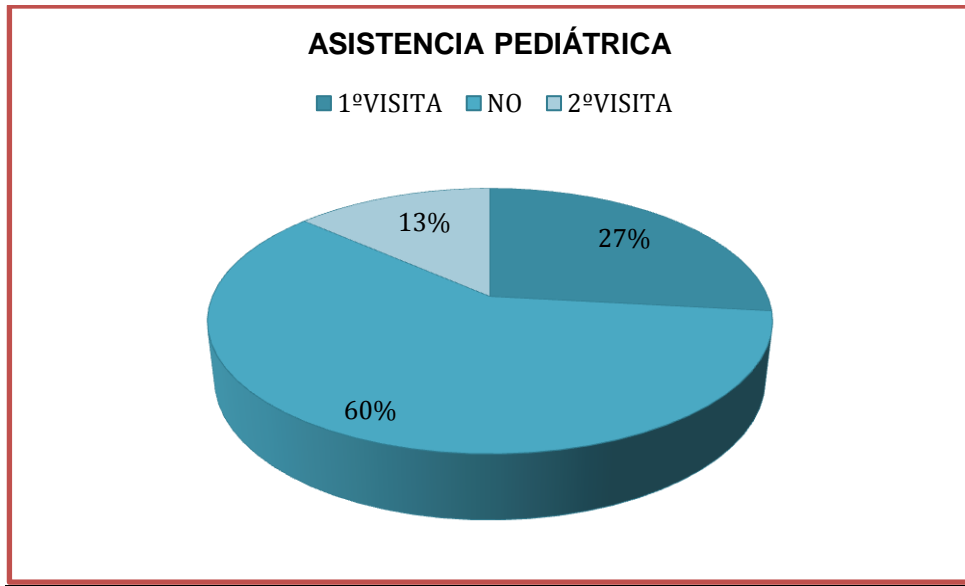


Gráfico 13: Reparto según la visita pediátrica.

Tabla 9: Reparto según la visita pediátrica.

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Primera visita	299	27
Segunda Visita	152	13
No	667	60

5-2 ESTUDIO DE LA ASOCIACIÓN ENTRE VARIABLES

5-2-1 Análisis de la asociación entre el motivo de la demanda, la edad y el sexo.

El objetivo del estudio es conocer la prevalencia de los motivos de consulta según los diferentes periodos de la infancia. En la tabla se puede observar como para los neonatos, las patologías más habituales son las respiratorias y las denominadas otros problemas habituales en la infancia, siguiendo con los lactantes, continuamos con la patología más destacable sigue siendo la respiratoria con 34,6%, seguida de los problemas gastrointestinales, la fiebre y las lesiones, en la etapa preescolar apreciamos como los problemas respiratorios son los que causan mayor demanda al servicio de urgencias, pero encontramos que la patología gastrointestinal, la patología traumática y la fiebre se sitúan en unos valores semejantes, dejando atrás a las patologías genitourinarias, ORL, dermatológicas y oftálmica. En el periodo comprendido entre los 6 y los 12 años, la etapa escolar, no podemos perder de vista la patología traumática que destaca con el valor más elevado, 48,9%, continuando con los síntomas gastrointestinales y respiratorios. Finalmente, en la etapa adolescente, la afluencia es mucho menor que en casos anteriores, siendo, al igual que en la etapa escolar, la patología traumática la más habitual con 57.6%, seguida de la gastrointestinal.

Tabla 10: Asociación entre la Edad Pediátrica con los Motivos de asistencia (Medido en %).

	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
Cardíacos	0	0	0	0.3	2.5
Neurológicos	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

Son los hombres los que acuden con mayor continuidad al servicio de urgencias, observamos cómo son las lesiones el principal motivo con un 27,7%, seguido de la respiratoria con 22,7% y la gastrointestinal con 20,7%, la fiebre se sitúa en cuarto lugar con un 11,2%, el resto de las patologías aparecen con una frecuencia mucho menor. Centrándonos en el sexo femenino, continúa siendo la patología traumática la líder por excelencia con un 25,3%, posteriormente esta la patología gastrointestinal con 23,4% y la respiratoria con 22,5%, la fiebre, con un 10,4 % se encuentra en cuarto lugar.

Tabla 11: Asociación entre el Sexo y el Motivo de consulta (medido en %).

	Niños	Niñas
Gastrointestinal	20,7	23,4
Respiratorio	22,7	22,5
Genitourinario	2,3	2,3
Cardíacos	0,6	0
Neurológicos	1,5	2,6
Lesiones	27,7	25,3
OFT	2,6	2,1
Intoxicaciones	0,1	0
Fiebre	11,2	10,4
Dermatológicos	3,7	4,3
Otros	3,8	3
ORL	2,5	3,6

5-2-2 Análisis de la asociación entre la Edad Pediátrica según la Fecha y la hora.

Estudiando el segundo objetivo planteado para el estudio, podemos afirmar que la franja horaria más destacada es el turno de tarde, de 15h a 22h, presentando una relación estadísticamente significativa de $p= 0,001$, donde son los niños en edad escolar los que acuden con mayor frecuencia durante la semana, es decir, de lunes a jueves con un 117,2% y seguido de los lactantes con un 89,3% y los preescolares con un 87,2%, cabe destacar en el grupo de los neonatos que durante la semana solo se produjo un 1,1% durante la semana mientras que en el fin de semana se produjo un 15,8%.

En general, se produjo más afluencia de gente durante la semana que el fin de semana durante el turno de tarde en todas las etapas de la infancia a excepción de los neonatos.

En el turno de mañanas, de 8h a 15h, sigue siendo el grupo escolar que presenta más demandas con un 76,5%, a continuación se sitúan los lactantes y los preescolares con un 76,8% y un 64,6% respectivamente, durante el fin de semana. En términos generales, se puede concluir que existe más afluencia el fin de semana, de viernes a domingo para todos los grupos de edad menos para los escolares. Por último, en el turno de noche, de 22 a 8h, la solicitud de demanda es menor, situándose los lactantes en primera posición con un 29,3% y los preescolares con un 34% entre semana. No se observa una tendencia clara de acudir al servicio de urgencias entre semana y el fin de semana (Gráfico 14, Tabla 12).

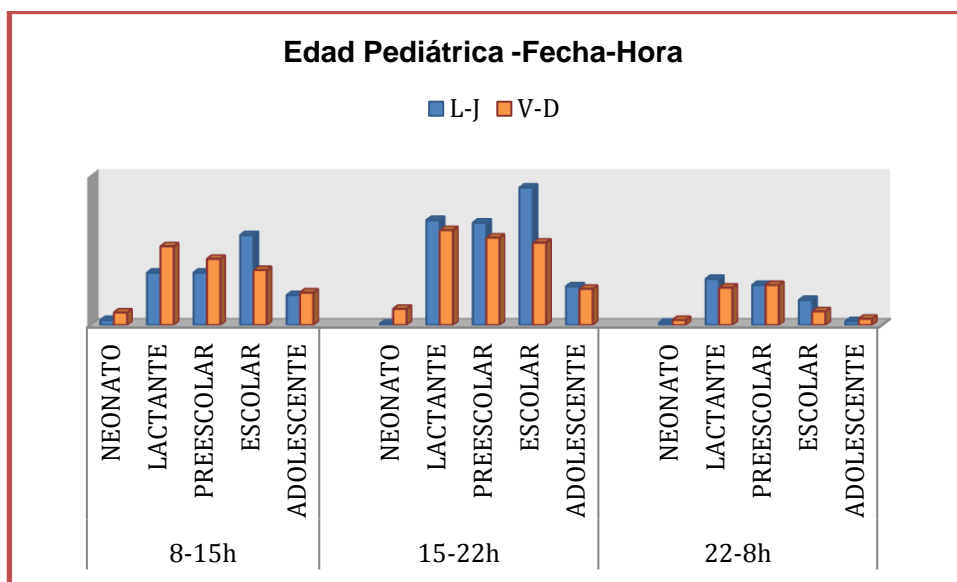


Gráfico 14: Asociación entre la Edad Pediátrica con la Fecha y Hora.

Tabla 12: Asociación entre la Edad Pediátrica con la Fecha y la Edad (medido en %).

Hora	Edad	Fecha	
		Lunes-Jueves (%)	Viernes-Domingo (%)
8-15h	Neonato	4,2	12,1
	Lactante	44,6	76,8
	Preescolar	44,6	64,6
	Escolar	76,5	53,6
	Adolescente	25,5	31,7
15-22h	Neonato	1,1	15,8
	Lactante	89,3	92,6
	Preescolar	87,2	85,3
	Escolar	117,2	89,4
	Adolescente	32,9	35,3
22-8h	Neonato	2,1	4,8
	Lactante	39,3	36,5
	Preescolar	34	39
	Escolar	21,2	13,4
	Adolescente	3,1	6,1

5-2-3 Asociación entre el Diagnóstico de salud relacionado con la asistencia en Atención Primaria y la Asistencia Pediátrica.

Centrándonos en el tercer objetivo, aparece un predominio de la patología respiratoria que han acudido al centro de salud y posteriormente han sido derivados al servicio de urgencias para valoración por el pediatra, en 87 casos coincide estos tres factores, por el contrario existen 38 casos que no acudieron al centro de Atención Primaria, sino que fueron directamente al Hospital. La patología digestiva, aparece en segundo lugar con 45 casos que si fueron al centro de salud y fueron vistos por el Pediatra, como primera visita, frente a 24 que no (Gráfico 15, Anexo 1: Tabla 17).

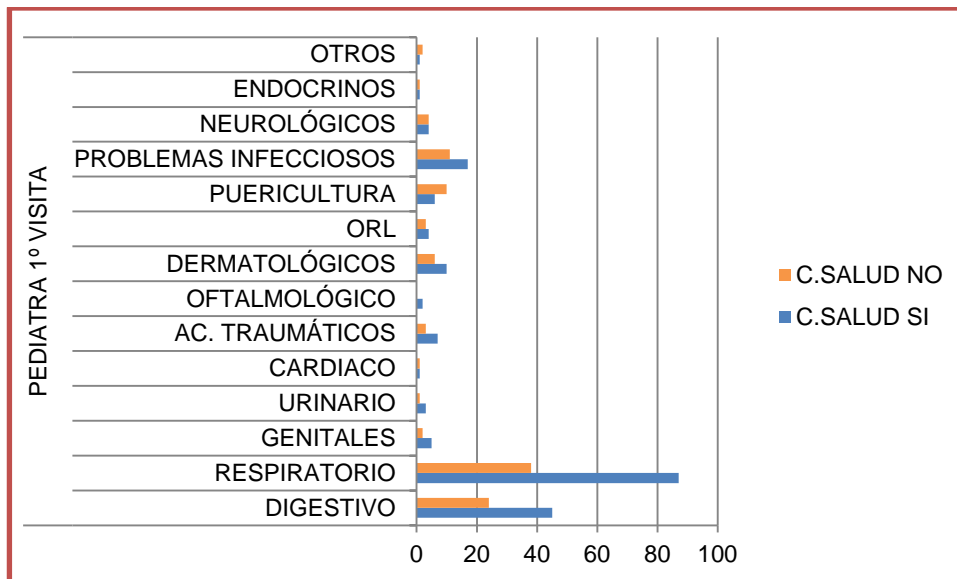


Gráfico 15: Asociación entre el Diagnóstico Médico con la asistencia a Atención Primaria y la primera visita por parte del Pediatra del Hospital.

Dentro de las visitas que no fueron atendidas por los Pediatras, nos encontramos con una gran demanda sobre patología traumática, 143 casos sí que acudieron previamente al centro de salud pero en 125 casos, no. Siguen siendo las patologías respiratorias y digestivas las que presentan mayor afluencia de gente, 93 casos de patología respiratoria no acudieron al centro de salud, y 57 sí, en la patología digestiva; 70 casos no acudieron y 48 sí (Gráfico 16).

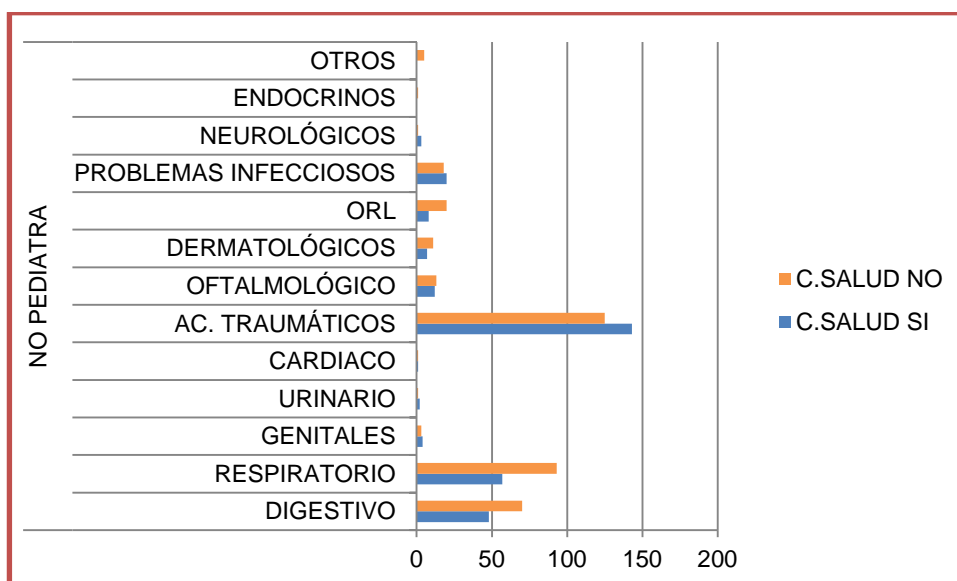


Gráfico 16: Asociación entre el Diagnóstico Médico con la asistencia a Atención Primaria y la visita por parte de otro facultativo diferente al Pediatra.

No se observan diferencias estadísticamente significativas en la asociación del Diagnóstico médico con el centro de salud y la asistencia del Pediatra, tras ser valorado previamente por otro facultativo. La patología más habitual continua siendo la respiratoria, teniendo una frecuencia muy similar en cuanto a la asistencia al centro de Atención primaria; 29 sí frente a 28 que no (Gráfico 17).

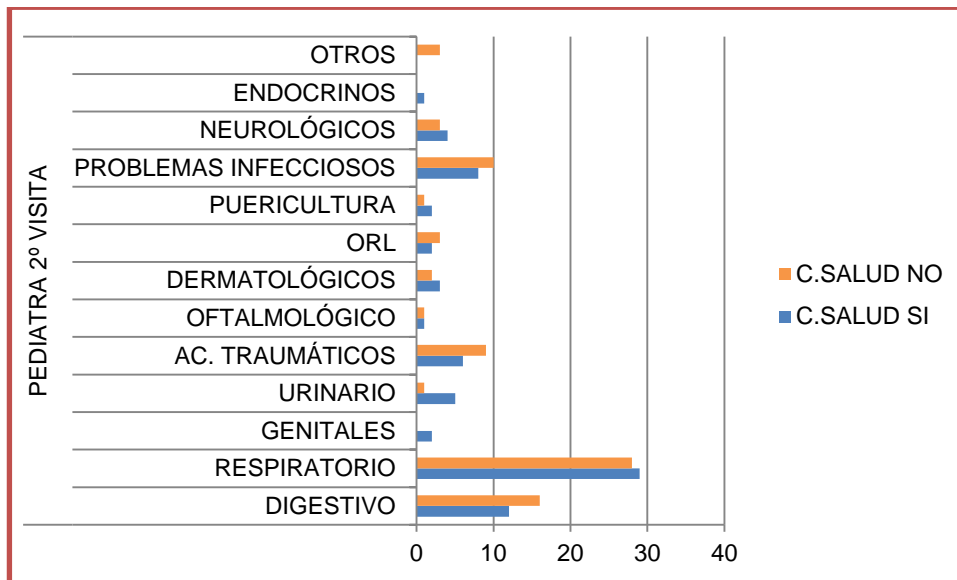


Gráfico 17: Asociación entre el Diagnóstico Médico con la asistencia a Atención Primaria y la visita del Pediatra tras una valoración de otro especialista.

6- DISCUSIÓN

Al analizar los resultados se puede determinar cómo son los niños varones los que acuden con mayor asiduidad al servicio de urgencias demandando asistencia sanitaria, un 53,1 % de niños frente a un 46,9 % de niñas, este hecho significativo coincide con la bibliografía y tiene su explicación en que la mayor parte las visitas son a causa de lesiones traumáticas y accidentales. En un 27,7 % de los casos, son los varones los que acuden por patología traumática y en especial los que se encuentran en la etapa escolar (14,15).

La edad fue considerada como un criterio de inclusión para el estudio, era necesario tener una edad comprendida entre los 0 años y los 14 años. En nuestra investigación, la edad media fue de 5,50 años de edad. Se observó como la edad era un factor influyente en el estudio, por la complejidad que conlleva la asistencia, dependiendo de la edad, cuanto más pequeño era el niño más difícil resultaba la valoración pediátrica, lo que conlleva a un aumento de la utilización del Servicio de Urgencias por los niños menores de 2 años, seguida de una disminución de las visitas.

Este hecho se encuentra bien descrito en la bibliografía, Flores nos explica como los niños menores de 24 meses de edad tiene el mayor porcentaje de visitas anuales (5, 7, 14) y Oterino expone que existe un incremento en la utilización del SUH por los niños menores de 2 años (15, 16,17), puede explicarse en que la angustia familiar por el bienestar del niño hace que se acuda con mayor frecuencia al Hospital para ser evaluado por un especialista, además hay que tener en cuenta la inespecificidad de los signos de diversas patologías a edades comprendidas especialmente entre los 0 y los 2 años de edad.

En cuanto al periodo infantil, observamos como los niños de la etapa lactante son los que más acude al Servicio de Urgencias, coincidiendo con lo comentado anteriormente, seguida de los escolares y los preescolares, la etapa infantil de los pacientes influyó en el motivo de consulta, la gravedad y el riesgo de hospitalización. Así mismo, en la etapa escolar las consultas son con mayor frecuencia por traumatismos, mientras que en los lactantes son por enfermedades infecciosas, como explica Muñoz (14).

Los principales motivos de consulta del estudio son las lesiones y traumas, síntomas respiratorios, síntomas gastrointestinales y fiebre, en el estudio de Naya el motivo de consulta más frecuente fueron los procesos infecciosos respiratorios con un 27,8% seguido de los problemas osteomusculares con un 9% (4,14,17) coincidiendo con el estudio de Ballesteros, donde explica como la estación del año, influye en el motivo de consulta, predominante la fiebre y los síntomas respiratorios en invierno y las consultas por fiebre y síntomas digestivos durante el verano (5, 18,19), al igual que en la bibliografía.

En nuestro estudio, las lesiones y traumas representaron un 26,6% de la demanda total, sin embargo, las proporciones difieren en cada grupo de edad. El espectro de motivos descrito para cada grupo etario de los pacientes pediátricos en la admisión del Servicio de Urgencias son concordantes con los datos obtenidos en la literatura nacional e internacional.

Durante el periodo neonatal, los síntomas respiratorios y los síntomas clasificados como “otros” (llanto excesivo, problemas con la ingesta, irritabilidad...) son los que representan la proporción más alta, con un 24,6% cada una, esto es debido a que probablemente los padres aún no estén familiarizados con el cuidado de un bebe y buscan ayuda en los Servicios de Urgencias, como explica Lia (18), los síntomas gastrointestinales representaron el 17,6%, siendo el vómito el síntoma más frecuente. Cabe destacar la patología oftálmica en la muestra estudiada, siendo el ojo rojo el síntoma más predominante, no se ha hallado bibliografía que pueda explicar este hecho.

Los lactantes, de edad comprendida entre el primer mes y el 2º año de vida, representaron, con los motivos de demanda respiratorios, el porcentaje más elevado con un 34,6 %, los procesos infecciosos como la bronquitis, bronquiolitis, faringoamigdalitis, catarros y tos, son los que ocasionan gran parte de las demandas (4), seguidos de la los síntomas gastrointestinales con un 25%, en especial el vómito y la fiebre con un 18,3%.

La fiebre es considerada como uno de los principales motivos de consulta en los servicios sanitarios, es considerada más como una enfermedad por sí misma más que un síntoma, según Gómez (20). La detección de la temperatura corporal elevada es un procedimiento estándar en el Servicio de Urgencias, se utiliza para identificar a los pacientes que requieren una intervención especial o para confirmar la ausencia de fiebre.

Un niño febril, requiere evaluación continua, usando un sitio apropiado para su medición (axilar, timpánica, oral o rectal), como siempre, la condición clínica del niño, el informe de los padres y el contexto de la necesidad de evaluación clínica hay que tenerlos en cuenta para su evaluación, como explica Muth (21).

Existe una preocupación por parte de los padres sobre la necesidad de tratar la fiebre de inmediato. La fiebre puede mejorar los mecanismos de defensa del cuerpo durante la infección, diversa biografía ha sugerido que si los niños están tolerando bien sus fiebres, sin irritabilidad, letargo o delirio, debe dejar que actúe como mecanismo de defensa corporal (22). Hay que mencionar que la fiebre es uno de los motivos que más visitas ocasiona pero también es uno de los principales motivos que produce el abandono antes de ser tratado, éste hecho nos indica la percepción que tienen estas familias acerca del proceso que afecta al niño, es de patología banal o al menos no requiere atención inmediata, como nos explican Flores y Arce (7,23).

En nuestro estudio, la fiebre representa uno de los principales motivos de asistencia, predominando en las primeras etapas de la infancia y haciéndose más silente en las etapas más adultas de la infancia, haciendo predominar otros motivos, coincidiendo con la bibliografía.

En la etapa preescolar, continúa siendo la patología respiratoria la causante de las visitas al Servicio de Urgencias con un 29,2% y la patología digestiva con un 21,8%. En las etapas siguientes, observamos el cambio de tendencia, prevaleciendo la patología traumática sobre la demás.

Los Diagnósticos más comunes en nuestro estudio son la patología respiratoria con un 29,6%, en especial la bronquitis, bronquiolitis, catarro común, faringoamigdalitis, infección respiratoria, laringitis, tos y neumonía, siendo la neumonía la principal causa de muerte en niños entre un mes y cinco años de edad en todo el mundo, por ello es objetivo fundamental de los programas y estrategias de la OMS el promover su diagnóstico y tratamiento precoz, en nuestro estudio el porcentaje de neumonías es de 2,6% (20). La patología digestiva se sitúa en segundo lugar con un 19,2% con el dolor abdominal, gastroenteritis y vómitos. En tercer lugar se haya la patología traumática con un 26,2%, con las contusiones con un 12,8% del total de las visitas, fracturas, esguinces y heridas y en cuarto lugar nos encontramos los problemas infecciosos, un 7,5%, donde la fiebre es la principal, seguida se la viriasis.

La disponibilidad de los servicios de Atención Primaria, hace que un gran porcentaje de demandas sean visitadas por el médico de Atención Primaria, antes de acudir al Servicio de Urgencias, en nuestro estudio no se encontraron diferencias significativas, un 51% de la muestra sí que acudió previamente al Centro de Salud por la patología que origino la visita al Hospital, frente a un 49% que acudió libremente, según Naya Cedón Ch. et al, se debe potenciar la educación sanitaria en los pacientes para que inicialmente acudan a las consultas de Atención Primaria y si precisan atención urgente en horario de PAC, deben acudir previamente a éste antes de acudir por iniciativa propia al Servicio de Urgencias Hospitalario, además, es fundamental potenciar la formación continuada de los profesionales que se encuentran en los PAC para evitar derivaciones innecesarias al nivel hospitalario.

Estudios como el de Iribar et al (15), identifican, como condicionantes de la demanda al centro de salud, el lugar de origen, ya que los de origen rural consultan menos y con mayor proporción de consulta previa en Atención Primaria, se les realizan más pruebas complementarias y sus tasas de ingreso son mayores, se podría decir que realizan una demanda más adecuada, sugiriendo como factor causal de la demanda inadecuada la facilidad de acceso a la medicina hospitalaria.

La frecuentación del Servicio de Urgencias Hospitalario está relacionada fundamentalmente por el horario de consulta de Atención Primaria. Un 52% de nuestra muestra acudió durante la semana de Lunes a Jueves, mientras que un 48% acudió de Viernes a Domingo, son cifras muy similares pero con grandes diferencias ya que en un grupo son 4 días y en el segundo grupo son 3 días, lo que nos hace ver una afluencia equivalente pero con 24 horas de diferencia.

La elevada utilización de los Servicios de Urgencias es preocupante por varias razones, muchos usuarios están haciendo un uso sustitutivo de éstos servicios con respecto a la Atención Primaria, teniendo implicaciones en la calidad asistencial, pérdida de continuidad asistencial, seguimiento de tratamientos y fallos en educación sanitaria, la atención de pacientes no urgentes puede producir demoras en la asistencia a pacientes con riesgo vital, además el uso desmesurado tiene consecuencias a nivel hospitalario, produciendo una sobrecarga del servicio de urgencias, laboratorio, radiología, agotamiento de los profesionales y pérdidas de productividad (24).

La franja horaria más demandada es en el turno de tarde, con horario de 15h hasta las 22h, con un 50,2% de la demanda total, este hecho se puede explicar en que es la franja horaria en la que los padres terminan la jornada laboral, el horario escolar, el empeoramiento vespertino de algunas patologías con ritmo circadiano (como la fiebre o la dificultad respiratoria) y cierta ansiedad paterna a afrontar la noche sin una consulta previa tras detectar un problema de salud (6,15,19,25). El turno de mañanas, de 8h a 15h, representa el segundo porcentaje más elevado con un 33,9%, llama la atención este dato, ya que ésta franja horaria coincide con la apertura de los Centros de Salud con atención de Pediatría, puede ser debido a la ansiedad de los padres o incluso a deberse a derivaciones por parte de Primaria.

El análisis de la evolución de la demanda durante la semana en el Servicio de Urgencias nos muestra como es de lunes a jueves cuando hay una mayor solicitud de asistencia en horario de tarde para todas las etapas de la infancia excepto para los neonatos, por el contrario es en el horario de mañanas durante los fines de semana cuando hay mayor demanda, de todos los grupos infantiles menos de los escolares, esto coincide con los horarios en los que no hay asistencia pediátrica en el Centro de Salud, coincide con los resultados de Guardia (10). et al concluyendo que estas diferencias pueden explicarse, entre otros motivos, por la enorme facilidad y cobertura que ofrece el sistema sanitario en nuestro país, por la falta de especialistas pediátricos a partir de determinados horarios en Centros de Salud, tanto en horario de mañanas como en horario de Atención Continuada (PAC), que se acentúa especialmente durante los fines de semana y favorece la asistencia al Servicio de Urgencias Hospitalario.

Desde la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP) se considera que la presencia de pediatras de urgencia solo puede conllevar beneficios y progreso a la pediatría, no solo por su función asistencial, sino también por su función docente e investigadora (26). Sería una buena solución para poder desmasificar los Servicios de Urgencias, en algunos Hospitales terciarios ya aparece esta realidad (11).

Las pruebas complementarias inciden de manera importante en la estancia del Servicio de Urgencia, nos encontramos con que en un 84,3% de las visitas no fue necesaria ninguna prueba complementaria, seguido de la prueba que más se realizó que fue la analítica con un 4,3%, puede explicarse con que las patologías tratadas no necesitaban pruebas complementarias y como se ha comentado anteriormente, la angustia de los padres puede influir en la visita al Servicio de Urgencias, son pocos los padres que solicitan atención preferente, se supone que dado por hecho que la

patología de sus hijos no es realmente urgente o como mínimo, no precisa atención urgente ni pruebas asociadas, según el estudio de Pérez, en un número elevado de encuestados responde a que la patología del niño era leve, pese a esto, se sigue eligen el servicio de urgencias como primera opción (14,23,27).

Las patologías más frecuentes en nuestro estudio son las respiratorias, gastrointestinales y traumáticas; las analíticas como la prueba más realizada se corresponde a las patologías más demandadas, ya que según los protocolos tanto para las patologías respiratorias como para las gastrointestinales es necesario realizan exámenes complementarios para dar soporte al diagnóstico inicial (27).

Esto concuerda con las pruebas radiológicas realizadas, ya que en un 68,3% de los casos no se realizó ninguna prueba y siendo la radiografía la prueba más realizada con un 29,1% debido a que la patología traumática es una de las más demandadas por los niños en nuestro servicio de urgencias.

Mucha de los niños que acudieron al Servicio de Urgencias con diversas patologías, puede ser considerada como patología banal porque no era necesaria la asistencia en el centro Hospitalario, además de no hacer un buen uso del sistema sanitario por no acudir al Centro de Atención Primaria, esto se muestra en nuestro trabajo, donde el 84,3% de la demanda fue dada de alta, uno de los hechos más comunes en los Servicio de Urgencias es la atención de cuadros cada vez menos evolucionados, lo que condiciona cierta incertidumbre en el momento del alta y un incremento en la frecuencia de diagnósticos sindrómicos (fiebre, dolor abdominal, exantema, llanto, cefalea, vómitos...), síntomas predominantes en nuestra muestra, donde no se puede determinar la posible causa produciendo una fuente de preocupación para el médico y la familia.

Por ello, es importante para Muñoz (14), que en estos casos se debe informar a los familiares de los signos y síntomas de alarma que harían preciso revalorar al niño en urgencias, así como las medidas que deben seguir para aliviar la incomodidad del niño en el domicilio. Estudios como el de Morrison (29), muestran como en 1 de cada 3 padres que buscan cuidado de sus hijos en el Servicio de Urgencias se manifiesta bajo nivel de alfabetización de la salud, mostraron un mayor uso de dichos servicios, teniendo dificultades con la interpretación del tratamiento farmacológico.

Cabe tener en cuenta que un pequeño porcentaje, un 3,3%, fue dado de alta pero con una revisión posterior por parte de un médico especialista en el área de Consultas Externas.

El porcentaje de ingresos de nuestra muestra fue de un 11,8%, la tasa de hospitalización se encuentra dentro de los límites analizados en la literatura nacional (4%-25%). Los principales factores de riesgo de las hospitalizaciones fueron el periodo Neonato y el periodo Lactante, siendo más frecuente la hospitalización de niños menores de un año, los motivos de consulta varían según la estación del año, nuestro estudio se realizó en invierno, donde la fiebre y los síntomas respiratorios se encuentran como los motivos más demandados (5,17).

Para el total de las visitas analizadas, un 27% fueron visitadas por el Pediatra en primera visita, en un 13% en una segunda visita, tras ser evaluado por el médico del Servicio de Urgencias, y en un 60% no fue visto por el pediatra, en su lugar, fue visto o por el médico del Servicio de Urgencias o por otro especialista dependiendo de la patología demandante. Una gran parte del 27% visitado por el Pediatra, acudió previamente al Centro de Salud, especialmente por problemas respiratorios y digestivos, del 13% que fue visto en 2º lugar por el Pediatra, se observa como existe un ligero predominio a no acudir al centro de Atención Primaria, ésta puede ser la razón de no ser visto en primer lugar por el Pediatra, ya que si no existe una derivación por parte de Atención Primaria, según las normas del Hospital, debe ser valorado por el médico del Servicio de Urgencias, coincidiendo con la bibliografía analizada, donde la derivación desde AP al SUH es una mejora de la calidad de la demanda (11). Finalmente, el 60% restante, aparece la patología traumática como principal, no siendo necesaria la visita del Pediatra, la patología respiratoria y la digestiva, tienden a no acudir previamente al Centro de Salud.

La satisfacción por parte de las familias no se corresponde con la realidad. Es proporcional a la escasa demora de la atención, a recibir información sobre la situación del niño, así como de las opciones diagnósticas y terapéuticas y a la resolución del problema cuando sea posible. Según estudios, las familias no valoran adecuadamente la gravedad acudiendo de forma innecesaria a los servicios de urgencias por falta de conocimientos adecuados o por comodidad (14). El estudio de Pérez (27), los factores que se relacionan con la satisfacción de los familiares son: poder estar junto al niño, hablar con los médicos cuando lo solicitan, información sobre los cuidados en el domicilio, sentirse escuchados, amabilidad y respeto y la resolución del problema.

Es probable que la presencia de un pediatra en urgencias mejore la calidad, además de disminuir el número de exámenes complementarios no indicados, reducir el número de consultas por proceso, así como la instauración de tratamientos de dudosa eficacia o modificaciones de tratamiento no justificadas y aumentar la satisfacción de los padres que prefieren que sus hijos, especialmente los de corta edad (neonatos, lactantes y preescolares) sean visitados por el Pediatra del Hospital (11).

Diversos estudios han analizado la consulta pediátrica telefónica ofreciendo un sistema de ayuda, orientación, asesoración, proporcionando información y permite realizar triaje de casos que necesitan atención médica urgente, ayudando a desmasificar los Servicios de Urgencias de patologías banales (9, 30). Existen diferentes cuestiones que se pueden resolver con facilidad; dosis, efectos de fármacos, dudas de puericultura, actitud ante determinadas enfermedades conocidas, pero ante la presencia de síntomas, la actitud principal es el consejo de que sean valorados en Atención Primaria o Servicio de Urgencias, según patología (4).

Por último, es necesario realizar mayor educación sanitaria para no hacer un mal uso de éstos servicios, se ha intentado frenar su uso excesivo mediante programas educativos, aumento de puntos de Atención Continuada, barreras organizativas y en algunos países, realizar pagos económicos.

La estructura de los Servicios de Urgencias Hospitalarios son inadecuados para el tipo de pacientes que realmente atienden, deberían ser rediseñados para prestar, además de la atención a problemas graves de nivel hospitalarios, atención primaria urgente y atención inmediata a problemas menores. Hoy en día, aunque los centros de Atención Primaria disponen de muchos centros, se continúa acudiendo en exceso al hospital, esto demuestra también que los servicios de urgencias son valorados por la población como un lugar adecuado para solicitar asistencia sanitaria (14,17), paradójicamente, nos muestra Rodríguez (24) en su tesis que aumentan los casos atendidos pero no la necesidad de ser ingresado en el Hospital tras pasar por Urgencias, aumentando la frecuentación pero no el porcentaje de patología subsidiaria de ingreso .

Nuestro estudio presento limitaciones, el estudio se realizo en un Hospital, lo que limitaría la generalización de los resultados. No se valoro el lugar de procedencia, el Hospital se encuentra en una zona con abundante zona rural, habría que tener en cuenta la distancia que existe entre la zona de procedencia al centro de Atención Primaria más cercano y al Hospital.

7- CONCLUSIONES

1- El motivo de demanda al Servicio de Urgencias del Hospital varían en función del sexo, siendo las lesiones y traumas la principal causa para ambos sexos, seguido de la patología respiratoria y gastrointestinal en niños, mientras que en niñas es a la inversa.

2- Desde el punto de vista de las edades observamos que los niños de menor edad, presentan más demanda al Servicio de Urgencias del Hospital, por motivos infecciosos, mientras que los de más edad consultan por lesiones.

3- Existen diferencias de cuando se solicita la demanda, de lunes a jueves se frecuente más en el turno de tarde mientras que de viernes a domingo, el turno de mañanas es el más solicitado.

4- Una gran proporción de las visitas al Servicio de Urgencias por parte de niños en edad infantil, no son vistas por un Pediatra. La mitad de la muestra seleccionada fue visitada con anterioridad en el Centro de Salud de Atención Primaria, por el motivo que origino la visita al SUH.

Este estudio abre diferentes vías de investigación:

- La presencia del Pediatra de guardia en el Servicio de Urgencias, uniéndose a la plantilla de los médicos de dicho servicio.
- Conocer los motivos principales de preferencia del Servicio de Urgencias, por parte de los usuarios, para resolución de sus problemas de salud.

9-BIBLIOGRAFÍA:

1- Peiró S, Librero J, Ridaó 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. Analisis 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):17-26.
- 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- Lia ST, Chiuc NC, Kunge WC, Chenf JC. Factors affecting length of stay in the pediatric emergency department. Pediatr Neonato. 2013. Jun;54(3):179-87.
- 19- Ballesteros Peña S. Characteristics of use of an out of hospital emergency medical service by children. Enferm Clin.2013. Mar-Apr;23(2):68-72.

20-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.

21- 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.

22- 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.

23- 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.

24- 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.

25- Bruna Martín MM. Utilización del Servicio de Urgencias Infantil del HUMS durante el año 201. Trabajo Fin de Máster. Zaragoza. Universidad de Zaragoza. 2012.
[fecha consulta 15 de Junio de 2015) Disponible en:
<http://zaguan.unizar.es/record/7773/files/TAZ-TFM-2012-056.pdf>

26- Mintegi S. Investigación en Urgencias Pediátricas. La red de investigación de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Emergencias.2012, 24:238-240.

27- 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.

28- 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.

29- 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.

30- 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.

Anexo 1: Tablas de las variables estudiadas individualmente

Tabla 13: Distribución de edad según la Edad Cronológica.

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Porcentaje válido (%)
Válidos <1MES	34	3,0	3,0
1MES	23	2,1	2,1
2MESES	11	1,0	1,0
3MESES	10	,9	,9
4MESES	12	1,1	1,1
5MESES	13	1,2	1,2
6MESES	14	1,3	1,3
7MESES	19	1,7	1,7
8MESES	8	,7	,7
9MESES	17	1,5	1,5
10MESES	18	1,6	1,6
11MESES	13	1,2	1,2
1AÑO	174	15,6	15,6
2AÑOS	129	11,5	11,5
3AÑOS	78	7,0	7,0
4AÑOS	57	5,1	5,1
5AÑOS	47	4,2	4,2
6AÑOS	48	4,3	4,3
7AÑOS	41	3,7	3,7
8AÑOS	41	3,7	3,7
9AÑOS	47	4,2	4,2
10AÑOS	49	4,4	4,4
11AÑOS	51	4,6	4,6
12AÑOS	46	4,1	4,1
13AÑOS	73	6,5	6,5
14AÑOS	45	4,0	4,0
Total	1118	100,0	100,0

Tabla 14: Reparto de la muestra según el motivo de asistencia.

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Porcentaje válido
GASTROINTESTINAL	246	22,0	22,0
RESPIRATORIO	253	22,6	22,6
GENITOURINARIO	26	2,3	2,3
CARDIOLÓGICOS	4	,4	,4
NEUROLÓGICOS	23	2,1	2,1
LESIONES Y TRAUMAS	298	26,7	26,7
OFTALMOLÓGICOS	27	2,4	2,4
INTOXICACIONES	1	,1	,1
FIEBRE	122	10,9	10,9
AFECCIONES DE LA PIEL	45	4,0	4,0
OTROS	39	3,5	3,5
OTORRINOLARINGOL ÓGICOS	34	3,0	3,0
Total	1118	100,0	100,0

Tabla 15: Distribución de los pacientes según el Diagnóstico Médico General.

	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Porcentaje válido
DIGESTIVO	215	19,2	19,2
RESPIRATORIO	332	29,7	29,7
GENITALES	16	1,4	1,4
URINARIO	13	1,2	1,2
CARDIACO	4	,4	,4
AC. TRAUMÁTICOS	293	26,2	26,2
OFTALMOLÓGICO	29	2,6	2,6
DERMATOLÓGICOS	39	3,5	3,5
ORL	40	3,6	3,6
PUERICULTURA	19	1,7	1,7
PROBLEMAS INFECCIOSOS	84	7,5	7,5
NEUROLÓGICOS	19	1,7	1,7
ENDOCRINOS	4	,4	,4
OTROS	11	1,0	1,0
Total	1118	100,0	100,0

Tabla 16: Distribución de las patologías según Diagnóstico Específico.

		Frecuencia (n)	Porcentaje (%)	Porcentaje válido(%)
Válidos	ACCIDENTE TRÁFICO	1	,1	,1
	ADENITIS	4	,4	,4
	ADENOPATIA	1	,1	,1
	ALERGIA CUTANEA	1	,1	,1
	ALERGIA INESPECIFICA	5	,4	,4
	ALTERACIONES GENITALES MASCULI	4	,4	,4
	AMIGDALITIS	10	,9	,9
	ANSIEDAD	2	,2	,2
	APENDICITIS	2	,2	,2
	ARTRITIS	3	,3	,3
	ASMA	2	,2	,2
	BALANITIS	4	,4	,4
	BRONQUIOLITIS	31	2,8	2,8
	BRONQUITIS	88	7,9	7,9
	BULTO MAMARIO	2	,2	,2
	CATARRO COMÚN	54	4,8	4,8
	CEFALEA	3	,3	,3
	CELULITIS	2	,2	,2
	CISTITIS	1	,1	,1
	COLICO BILIAR	1	,1	,1
	CONJUNTIVITIS	14	1,3	1,3
	CONTRACTURA MUSCULAR	1	,1	,1
	CONTUSION	1	,1	,1
	CONTUSION EXTREMIDADES	143	12,8	12,8
	CONVULSION FEBRIL	2	,2	,2
	CONVULSIONES	6	,5	,5
	CUERPO EXTRAÑO EN NARIZ	2	,2	,2
	DEBUT DIABETICO	1	,1	,1
	DEMANDA DE RECETA	1	,1	,1
	DERMATITIS	8	,7	,7
	DESCOMPESACION DIABÉTICA	1	,1	,1
	DESHIDRATAACION	1	,1	,1
	DIARREA	7	,6	,6
	DOLOR ABDOMINAL	62	5,5	5,5
	DOLOR TESTICULAR	1	,1	,1
	DOLOR TORACICO	1	,1	,1
	EDEMA	1	,1	,1
	EDEMA DEL PARPADO	1	,1	,1
	ESCARLATINA	3	,3	,3
	ESGUINCE			
	EXTREMIDADES	32	2,9	2,9
	ESTRABISMO	1	,1	,1
	ESTREÑIMIENTO	9	,8	,8

EXAMEN MÉDICO	1	,1	,1
EXANTEMA	6	,5	,5
FARINGITIS	3	,3	,3
FARINGOAMIGDALITIS	13	1,2	1,2
FIEBRE	45	4,0	4,0
FISURA ANAL	1	,1	,1
FRACTURA DE EXTREMIDADES	51	4,6	4,6
GASTROENTERITIS	56	5,0	5,0
GINGIVITIS	11	1,0	1,0
GONALGIA	1	,1	,1
HEMATOQUECIA	1	,1	,1
HEMATURIA	1	,1	,1
HEMORRAGIA CONJUNTIVAL	3	,3	,3
HEMORRAGIA VAGINAL	1	,1	,1
HERIDA SUPERFICIAL	17	1,5	1,5
HERPANGINA	1	,1	,1
HERPES SIMPLE	1	,1	,1
HIPEREMIA CONJUNTIVAL	1	,1	,1
HIPOGLUCEMIA	2	,2	,2
ICTERICIA	1	,1	,1
IDEAS DE SUICIDIO	1	,1	,1
IMPETIGO	1	,1	,1
INFECCION RESPIRATORIA	53	4,7	4,7
INFECCION URINARIA	5	,4	,4
INGESTA DE CUERPO EXTRAÑO	9	,8	,8
ITU	3	,3	,3
LARINGITIS	20	1,8	1,8
LESIONES DEL CORDON	1	,1	,1
LIPOMA	3	,3	,3
LUXACION EXTREMIDADES	1	,1	,1
LLANTO	12	1,1	1,1
MASTITIS	1	,1	,1
MUCOSITIS	1	,1	,1
MUGUET	1	,1	,1
NEUMONIA	29	2,6	2,6
NIÑO SANO	2	,2	,2
ODINOFAGIA	1	,1	,1
ODONTALGIA	1	,1	,1
OJO ROJO	7	,6	,6
ORQUIEPIDIDIMITIS	2	,2	,2
ORZUELO	2	,2	,2
OTALGIA	2	,2	,2
OTITIS	28	2,5	2,5
OTORREA	3	,3	,3
PALPITACIONES	1	,1	,1

PAPERAS	1	,1	,1
PARALISIS FACIAL	1	,1	,1
PICADURA INSECTO	1	,1	,1
PIELONEFRITIS	1	,1	,1
POLICONTUSIONADO	4	,4	,4
PROBLEMA ALIMENTCIÓN	4	,4	,4
PRONACION DOLOROSA	7	,6	,6
PTOSIS PALPEBRAL	1	,1	,1
QUEMADURA	1	,1	,1
RETENCION AGUDA DE ORINA	1	,1	,1
REVIÓN HERIDA	1	,1	,1
SINCOPE	6	,5	,5
SINOVITIS CADERA	3	,3	,3
SINUSITIS	1	,1	,1
TAQUICARDIA VENTRICULAR	1	,1	,1
TBC PULMONAR	2	,2	,2
TEMBLOR ESENCIAL	1	,1	,1
TORTICOLIS	2	,2	,2
TOS	23	2,1	2,1
TRAUMATISMO CRANEAL	14	1,3	1,3
TRAUMATISMO EXTREMIDADES	11	1,0	1,0
URTICARIA	7	,6	,6
VARICELA	2	,2	,2
VIRIASIS	36	3,2	3,2
VOMITOS	58	5,2	5,2
VULVOVAGINITIS	1	,1	,1
Total	1118	100,0	100,0

Tabla 17: Asociación entre el Diagnóstico, Asistencia a Atención Primaria y Pediatra.

ASISTENCIA PEDIÁTRICA		C.SALUD		Total	
		SI	NO		
PEDIATRA 1º VISITA	DIGESTIVO	45	24	69	
	RESPIRATORIO	87	38	125	
	GENITALES	5	2	7	
	URINARIO	3	1	4	
	CARDIACO	1	1	2	
	AC. TRAUMÁTICOS	7	3	10	
	OFTALMOLÓGICO	2	0	2	
	DERMATOLÓGICOS	10	6	16	
	ORL	4	3	7	
	PUERICULTURA	6	10	16	
	PROBLEMAS INFECCIOSOS	17	11	28	
	NEUROLÓGICOS	4	4	8	
	ENDOCRINOS	1	1	2	
	OTROS	1	2	3	
	NO PEDIATRA		48	70	118
RESPIRATORIO		57	93	150	
GENITALES		4	3	7	
URINARIO		2	1	3	
CARDIACO		1	1	2	
AC. TRAUMÁTICOS		143	125	268	
OFTALMOLÓGICO		12	13	25	
DERMATOLÓGICOS		7	11	18	
ORL		8	20	28	
PROBLEMAS INFECCIOSOS		20	18	38	
NEUROLÓGICOS		3	1	4	
ENDOCRINOS		0	1	1	
OTROS		0	5	5	
2ºVISITA		DIGESTIVO	12	16	28
		RESPIRATORIO	29	28	57
	GENITALES	2	0	2	
	URINARIO	5	1	6	
	AC. TRAUMÁTICOS	6	9	15	
	OFTALMOLÓGICO	1	1	2	
	DERMATOLÓGICOS	3	2	5	
	ORL	2	3	5	
	PUERICULTURA	2	1	3	
	PROBLEMAS INFECCIOSOS	8	10	18	
	NEUROLÓGICOS	4	3	7	
	ENDOCRINOS	1	0	1	
	OTROS	0	3	3	
		75	77	152	

Anexo 2: Documentación Ético- Legal

Documento 1: Autorización del Gerente Hospital de Barbastro.

 <p>GOBIERNO DE ARAGON Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia</p>	 <p>salud servicio aragonés de salud</p>
	SECTOR DE BARBASTRO
Nota interior	Ctra. Nacional 240 s/n. 22300 BARBASTRO (Huesca) Teléfono: 974 249 000
Fecha: 25 de marzo de 2015	
De: Gerente del Sector de Barbastro.	
A: D ^a . Sara Agustín Oliva	
N/Ref.:	
S/Ref.:	
Asunto: Autorización – Aceptación de fichero de pacientes con motivos de consulta pediátrica en urgencias.	
<p>Se autoriza a Sara Agustín Oliva, DNI: 18041762X, la consulta y descarga de pacientes de urgencias con motivos de consulta pediátrica, (nombre, número de historia clínica, diagnóstico), para estudio descriptivo transversal retrospectivo...</p>	
<p>De conformidad con lo dispuesto en el artículo 10 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal y los artículos 12 y 14 del R.D. 994/99 de 11 de enero, el receptor adquiere el compromiso de utilizar los datos con el fin exclusivo de realizar el estudio con el objetivo expresado en el párrafo anterior, estando obligado a custodiar el fichero y guardar el secreto profesional sobre los datos.</p>	
<p>El incumplimiento de las obligaciones indicadas, el acceso a la información por usuario no autorizado, la asignación de procesos o transacciones no necesarias para la función encomendada y la falta de custodia, dará lugar a la exigencia de responsabilidades administrativas, en concreto las establecidas en el Título VII de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 – 12, así como a responsabilidades de cualquier otra naturaleza, incluso penales.</p>	
Fdo.: Dr. Miguel A. Eguizábal Eguizábal.	Fdo.: Sara Agustín Oliva.
	
 <p>salud servicio aragonés de salud GERENCIA DE SECTOR DE BARBASTRO Ctra. Nacional, 240, s/n. 22300 BARBASTRO (Huesca)</p>	D.U.E. de Urgencias.
Gerente del Sector de Barbastro.	

Documento 2: Aceptación del proyecto por parte del CEICA.



**Informe Dictamen Favorable
Proyecto Investigación Biomédica**

C.P. - C.I. PI15/0088

03 de junio de 2015

Dña. María González Hincos, Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

CERTIFICA

1º. Que el CEIC Aragón (CEICA) en su reunión del día 03/06/2015, Acta Nº CP10/2015 ha evaluado la propuesta del investigador referida al estudio:

Título: Consultas pediátricas en el servicio de urgencias

Investigador Principal: Sara Agustín Oliva. Hospital de Barbastro

Versión protocolo: mayo/2015

2º. Considera que

- El proyecto se plantea siguiendo los requisitos de la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y su realización es pertinente.
- Se cumplen los requisitos necesarios de idoneidad del protocolo en relación con los objetivos del estudio y están justificados los riesgos y molestias previsibles para el sujeto.
- Es adecuado el tratamiento de los datos.
- El alcance de las compensaciones económicas previstas no interfiere con el respeto a los postulados éticos.
- La capacidad de los Investigadores y los medios disponibles son apropiados para llevar a cabo el estudio.

3º. Por lo que este CEIC emite **DICTAMEN FAVORABLE a la realización del proyecto.**

Lo que firmo en Zaragoza, a 03 de junio de 2015

Fdo:

Dña. María González Hincos
Secretaria del CEIC Aragón (CEICA)

