

Especialización en Economía y
Gestión de la Salud
Trabajo Final de Especialización

Autora: María José Fattore

**ANÁLISIS DE LOS PACIENTES READMITIDOS A UN
SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS DE UN HOSPITAL
MATERNO INFANTIL DEL CONURBANO BONAERENSE
COMO INDICADOR DE CALIDAD ASISTENCIAL**

2011

Citar como: Fattore, M. J. (2011). Análisis de los pacientes readmitidos a un servicio de urgencias pediátricas de un hospital materno infantil del conurbano bonaerense como indicador de calidad asistencial. [Trabajo Final de Especialización, Universidad ISALUD]. RID ISALUD.

INDICE

	Página
1.Introducción	3
1.1 Descripción del Problema	5
2.Sistema de Salud del Municipio de San Isidro, Provincia Bs.As	7
2.1 Hospital Municipal Materno Infantil de San Isidro Dr. Carlos Gianantonio	10
3.Planteo del problema de estudio sobre el indicador "Reconsulta 72 hr "	16
3.1 Formulación del problema	16
3.2 Objetivos	16
3.2.1 Objetivo general	16
3.2.2 Objetivos específicos	16
4.Marco Teórico	17
5.Metodología	22
5.1 Tipo de Trabajo Realizado	22
5.2 Unidad de Análisis	22
5.3 Recolección de Datos	22
6.Análisis de los datos de los motivos más frecuentes de reconsulta en 72 hr en el servicio de Urgencias de Pediatría del HMMISI	24
6.1 Interpretación de los Resultados	25
7.Conclusiones	30
8.Bibliografía	32
9.Anexos	34

1 INTRODUCCION

En general "la guardia" es elegida por la población por su rápida accesibilidad, inmediatez de estudios complementarios, ausencia de trámites burocráticos. La realidad de los servicios de urgencia pediátricos es de frecuente desequilibrio entre la demanda y los recursos. Hay incrementos en la consulta en estos servicios, pero también, hay deficiencias en el sistema de salud que impiden un contacto prehospitalario (pediatra) de cabecera o de confianza.

La evaluación de la calidad de la asistencia que se presta en los servicios de Emergencias Pediátricas requiere herramientas que contemplen sus aspectos más importantes que hacen a la gestión de Pacientes. La utilización de indicadores es un instrumento útil para la evaluación de ésta última. El autor considera que los indicadores de calidad son una herramienta fundamental para aprovechar los recursos disponibles y contar con esta información podría dar un aporte relevante para la Gestión Hospitalaria.

Uno de estos indicadores determina el porcentaje de pacientes que re consulta en la guardia en un período inferior a las 72 horas de la visita inicial. Su determinación ha sido propuesta como un ejemplo de evaluación del proceso asistencial, ya que la frecuencia de la readmisión e ingreso refleja la idoneidad o no del circuito asistencial. La fundamentación de este indicador está explicada por la intespestividad de un reingreso no previsto que presupone la existencia de procesos no detectados o valorados adecuadamente, que generan un impacto negativo en el paciente y sistemas de salud. En nuestro medio, el "reingreso 72 hr" ha sido referida mayoritariamente entre la población adulta y en la revisión bibliográfica se ha encontrado escasos trabajos pediátricos, así como la variación en el valor numérico del mismo.

La información acerca de la "re consulta dentro de las 72 hr.", permitiría detectar casos evitables, así como problemas de gestión de pacientes, contribuyendo a la mejora del registro y de la readmisión. Es por esto que en éste trabajo, se plantea poder determinar los motivos de "readmisión en 72 hr." en el servicio de urgencias pediátricas del Hospital Municipal Materno Infantil de San Isidro.

Una limitación para la realización de éste trabajo fue una barrera tecnológica: no disponer con una base de datos electrónica en donde encontrar el registro de pacientes, el seguimiento y las readmisiones.

El trabajo surgió de un análisis retrospectivo de las consultas a la guardia pediátrica de un Hospital Materno Infantil del Conurbano Bonaerense durante un trimestre del año 2010, haciéndose un recorte especial sobre las reconsultas en las primeras 72 hs., creándose una base datos para la recolección de los mismos. Se homogeneizaron los diagnósticos según patologías más frecuentes en pediatría y luego se clasificó la reconsulta según una escala confeccionada por el autor, analizándose el indicador "re consulta a las 72 hs."

El presente trabajo se justifica en la necesidad de mejorar la calidad asistencial, generando lineamientos con el fin de aprovechar en forma óptima los recursos así como el registro informatizado de las consultas y reconsultas, de manera que se permita un monitoreo permanente de la Gestión de Pacientes del Servicio de Urgencias Pediátricas de la Institución.

1.1 Descripción del problema

Los Departamentos de Urgencias Pediátricas son la opción de consulta para la patología aguda de pacientes. Poco se sabe acerca de las características epidemiológicas en las que se desenvuelven las urgencias pediátricas en nuestro medio, así como también se desconocen indicadores de calidad asistencial en las mismas.

La mala utilización de los servicios de urgencia parece haberse incrementado en los últimos años. Mas allá de la percepción de la gravedad de la enfermedad de su hijo, la consulta a la guardia puede estar motivada en razones de disponibilidad de horarios para concurrir por parte de los padres, la posibilidad o percepción de la necesidad de realizar estudios complementarios rápidamente o la eventual puerta de acceso a la consulta con alguna subespecialidad pediátrica. No en pocas ocasiones los padres manifiestan que concurren para "aprovechar la obra social". También tienen la responsabilidad en la sobreutilización de estos servicios la necesidad de justificación de ausencias laborales o escolares.

La re consulta o readmisión es una variable que genera un aumento la demanda a los servicios de urgencias hospitalarias, este hecho interfiere en el proceso asistencial en el área de urgencias, y genera un déficit estructural y/o funcional, llevando a que los profesionales que trabajan en éste lugar se vean sometidos a una enorme presión que incide también en forma negativa en el mencionado proceso asistencial.

Los servicios de urgencias soportan una fuerte presión asistencial, con períodos de espera superiores a los que serían deseables, y con frecuencia se encuentran colapsados lo que se asocia a una percepción subjetiva de disfunción y, en última instancia, de una calidad inferior a la deseable. A pesar de que durante los últimos años se ha asistido a un interés creciente por evaluar la calidad que dispensan los Servicios de Urgencias Hospitalarias, no existen datos en la bibliografía que confirmen o refuten esta teoría. Más aún, dificultosa es la evidencia científica sobre la evaluación de la calidad asistencial en los servicios de urgencias pediátricas.

También existen escasas evidencias científicas sobre la readmisión de pacientes en 72 hr posteriores a la primer consulta, en servicios de emergencias pediátricas como indicador de la evaluación de la calidad asistencial.

El autor cree que existen varios factores que pueden intervenir en la re consulta a las 72 hs., en el Hospital analizado, los cuales pueden enumerarse en el siguiente diagrama de causa-efecto.

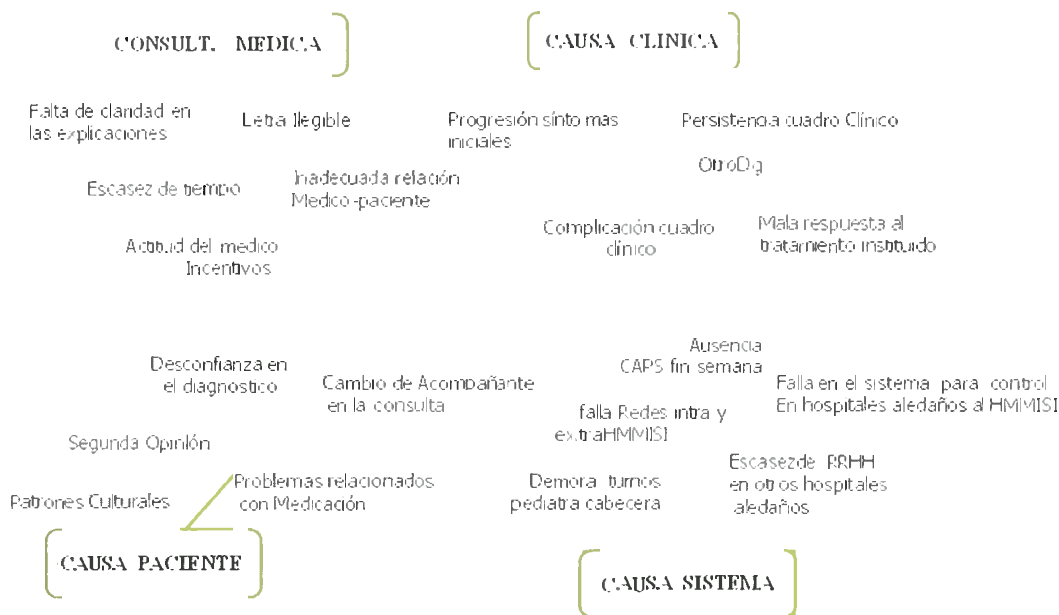


Grafico 1: probables causas de re consultas a las 72 hr. **Fuente:** el autor

Al momento de evaluar éste indicador se debería de contar con un registro informático de datos completos, con el fin de reducir el sesgo de la información.

Se espera que éste trabajo pueda contribuir al cumplimiento de las siguientes metas:

- Generar información que permita introducir criterios racionales en el mejor aprovechamiento de los recursos y de la gestión de pacientes;
- Diseñar lineamientos para el registro de éste tipo de evaluación;
- Elaborar un Patrón de referencia y poder compararlo con otros servicios de emergencias pediátricos, regionales, provinciales o nacionales.

Cualquier planteo de mejora continua, pasa por conocer cuál es la situación real del servicio prestado, detectar qué situaciones se deben mejorar, teniendo en cuenta tanto los aspectos técnicos, como los percibidos por el usuario, conocer casos de re consulta que podrían evitarse, posibilitando la comparación de resultados entre diferentes Centros, Hospitales, etc., de similar nivel de prestación, y mejorar la operatividad de los sistemas de salud locales.

2 SISTEMA DE SALUD DEL MUNICIPIO DE SAN ISIDRO, PROVINCIA BUENOS AIRES

El sistema de salud de San Isidro se encuentra inmerso dentro de la Región Sanitaria V de la Provincia de Buenos Aires, que involucra además a los siguientes municipios: Zarate, Exaltación de la Cruz, Campana, Pilar, Escobar, Tigre, Malvinas Argentinas, José C. Paz, San Miguel, San Fernando, General San Martín, Vicente López.

v

Figura 1: Regiones Sanitarias de la provincia de Bs. As. **Fuente:** Ministerio de Salud de la Pcia de Buenos Aires.

El sistema público de salud en San Isidro es enteramente municipal y se solventa con las tasas que pagan los vecinos. Los principales ingresos para el cálculo de los recursos del 2010 son

- 1- *tasas locales:* tasas municipales (no tributarias) que representan un 61% del total, la tasa de ABL representa un 38% del total del cálculo de recursos, la tasa de inspección de Comercio representa un 14% del total de las tasas locales del cálculo de recursos 2010 con respecto al total;
- 2- *coparticipación provincial:* representa un 22% del total de cálculos de recursos con respecto al total.

Para los casi 300.000 habitantes del partido, cuenta con 3 hospitales con internación, 9 Centros de Atención Primaria y Promoción de la Salud, 7 Consultorios Descentralizados con Médicos de Cabecera, un servicio de emergencias médicas y una propia planta productora de medicamentos.

En todos los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), distribuidos según el mapa adjunto, hay asistencia pediátrica programada de lunes a viernes en el horario de 8 a 16 hr, y consultorio de atención inmediata.

Figura 2: Distribución de CAPS y Hospitales en la Municipalidad San Isidro. **Fuente:** Menéndez A.M., Fattore M J. Prueba nacional de pesquisa de trastornos del Desarrollo en el Primer nivel de Atención en San Isidro. Presentación en Congreso Nacional de Pediatría, Sociedad Argentina de Pediatría. Córdoba Octubre 2006.

En el segundo nivel figuran los hospitales municipales, convertidos en centros de alta complejidad, a los que los vecinos concurren cuando son derivados desde el primer nivel de atención. Allí son atendidos en consulta por especialistas, se les realizan estudios o tratamientos específicos, en algunos casos con internaciones. A través de su servicio de guardia, también atienden las emergencias que son derivadas a los mismos.

Esto último se articula con el Servicio de Emergencias Médicas (SEM) instrumentado por el municipio. Consta de siete ambulancias equipadas, incluyendo una unidad de terapia intensiva móvil para adultos y otra pediátrica-neonatal. Este servicio, totalmente gratuito, funciona las 24 horas y cubre el ámbito del distrito. La línea telefónica de emergencias es el 107 y desde teléfonos 4512-3107.

Los tres hospitales municipales son:

- Hospital Central de San Isidro (solo asiste pacientes adultos)
- Hospital Ciudad de Boulogne (Tiene servicio de Pediatría con Guardia Pediátrica sin internación, y deriva pacientes de acuerdo a complejidad o necesidad de internación al HMMISI)
- *Hospital Municipal Materno Infantil "Dr. Carlos Gianantonio" (HMMISI)*

Los Recursos de Salud del Municipio pueden verse en la siguiente tabla:

Camas cada 1000 habitantes	2,6 x1000 hab.
Médicos cada 1000 habitantes	6 x 1000 hab.
Camas Oficiales	377
Camas Privadas	425

Tabla 1: Recursos de salud del Municipio de San Isidro. **Fuente:** Secretaria Salud. Municipalidad de San Isidro

Los últimos datos recogidos en el censo del año 2010 arrojaron que viven en éste Municipio 291.608 personas, en diez años se incremento en 103 habitantes.

Según datos de la Subsecretaria de Planificación de la Salud, de un Informe de Situación del año 2004 (1) y de datos del censo del año 2001 (2) muestran, en la tabla, los siguientes indicadores socioeconómicos:

Total de la población	291.608 hab
Población NBI (1)	8.3%
Hogares con NBI (2)	7%
Población económicamente activa (2)	45.37%
Población con Cobertura Médica (2)	67.90%
Población con acceso a agua corriente (2)	99%
Población con acceso a red cloacal (2)	95%
Tasa Mortalidad Infantil (2009)	8.4‰

Tabla 2: Indicadores Socioeconómicos del Municipio de San Isidro. **Fuente:** Subsecretaria Planificación de Salud. Municipalidad San Isidro.

2.1 Hospital Municipal Materno Infantil de San Isidro Dr. Carlos Gianantonio (HMMISI)

EL HMMISI se encuentra ubicado en forma céntrica dentro del Municipio, a 10 cuadras de la estación del Ferrocarril Mitre, y dispone de 3 líneas de colectivo para acceder al mismo. El hospital tiene 3 plantas y un subsuelo, cuenta con una red de escaleras y ascensores que facilita el acceso y el movimiento de personas por todo el edificio.

Fue inaugurado el 12 de Diciembre de 1994, cuando se decidió la unificación de la Maternidad de San Isidro con el Hospital de Niños, pasándose a llamar *Hospital Municipal Materno Infantil 'Dr. Carlos Gianantonio'*. Es un hospital de Nivel III de atención. Cuenta con las siguientes especialidades: adolescencia, alergia, anatomía patológica, cardiología pediátrica, cirugía infantil, cirugía maxilofacial, citopatología, consultorio de Mediano y Alto riesgo, cuidados paliativos, dermatología, endocrinología, estimulación temprana, gastroenterología, genética clínica, ginecología infantojuvenil, hemoterapia, laboratorio, lactancia, nefrología, neonatología, neumonología, nutrición y diabetes, obstetricia, hematocología, otorrinolaringología, pediatría, psicopatología, sala de juegos, psicoprofilaxis pre quirúrgica, reumatología, traumatología, terapia pediátrica, diagnóstico por imágenes (sin tomógrafo ni resonador). Con respecto al área de docencia, posee residencias de: Pediatría, Tocoginecología, Neonatología, Terapia Pediátrica y psiquiatría Infantil, desde el año 2010 son de dependencia Municipal. Se realizan actividades de Pregrado e Internado Rotatorio para alumnos de medicina de UBA.

Los sectores del HMMISI se encuentran señalizados con carteles indicativos. El sistema telefónico da cobertura a todos los departamentos y zonas del hospital a través de líneas básicas internas, solo la guardia, la dirección, administración y las terapias tienen salida al exterior y celulares. No se cuenta con Conmutador. Hay un sistema de turnos telefónicos pero solo es válido para los Centros de Atención Primaria de la salud (CAPS).

El HMMISI cuenta con internación pediátrica (40 camas), terapia intensiva pediátrica (6 camas), guardia de Pediatría, Consultorios de Atención Inmediata (lunes a viernes horario 8-12 hrs).

En la planta baja se distribuye: admisión o turnos, urgencias pediátricas, consultorios externos pediátricos y obstétricos, vacunación, Bar, laboratorio, rayos, hemoterapia, terapia intensiva pediátrica, servicio social, administración, Dirección Médica, mantenimiento, estacionamiento. En el primer piso: quirófanos: pediátrico y obstétrico, internación obstétrica, aulas, comité de docencia e investigación, oficina Plan Nacer, Cooperadora del Htal, Biblioteca, Damas Rosadas, Fundación

María Cecilia de Ayuda al niño Oncológico. En el Segundo Piso: Neonatología con UCIN, Internación Pediátrica, Sala de Juegos. Subsuelo: Archivo de Historias clínicas, farmacia, cocina, comedor de Personal, consultorio de Electroencefalograma y Potenciales evocados, Esterilización, Ropería.

La guardia de pediatría posee un acceso directo e independiente de la entrada principal del Hospital.

En el hospital funcionan guardias de Tocoginecología, Neonatología y Pediatría con cirugía infantil. En el Servicio de Urgencias Pediátricas se atendieron 60.552 pacientes en el año 2010, que representa el 85% del total de las consultas por guardia en el Hospital. En el gráfico adjunto se muestra el total de las consultas en los diferentes servicios de urgencias en el hospital.

Consultas de Guardia HMMISI año 2010 (N: 71653)

■ Tocogineco ■ Neo ■ Pediatría

Gráfico 2: Consultas por Guardia en el año 2010 en los diferentes servicios. **Fuente:** datos proporcionados por el Servicio de estadística HMMISI.

Los pacientes atendidos en servicio de urgencias representan un promedio de 5046 consultas mensuales, y como se puede observar en el gráfico 3, la mayor demanda se observa en los meses de Mayo- Junio, coincidentes con la época invernal y la patología estacional prevalente que son las infecciones respiratorias agudas bajas (IRAB). Los egresos hospitalarios de los distintos sectores de internación pediátrica (gráfico 4) respetan el mismo patrón estacional.

Número Consultas Mensuales en Servicio Urgencias HMMISI 2010 (N: 60552)

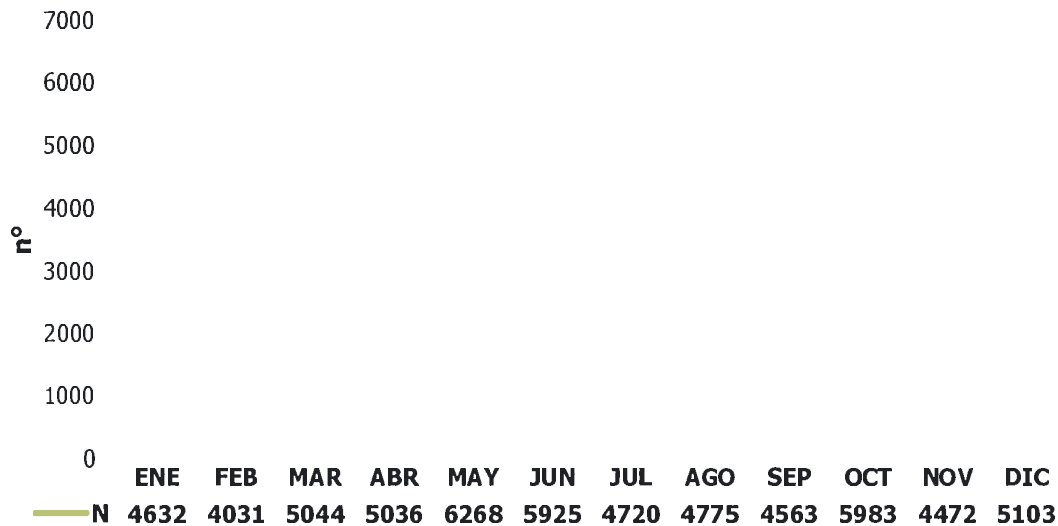


Grafico 3: Numero de Consultas mensuales a Guardia pediátrica del HMMISI en el año 2010. **Fuente:** datos proporcionados por el Servicio de estadística HMMISI

Egresos por área de Internación Pediátrica HMMISI año 2010(n:7067)

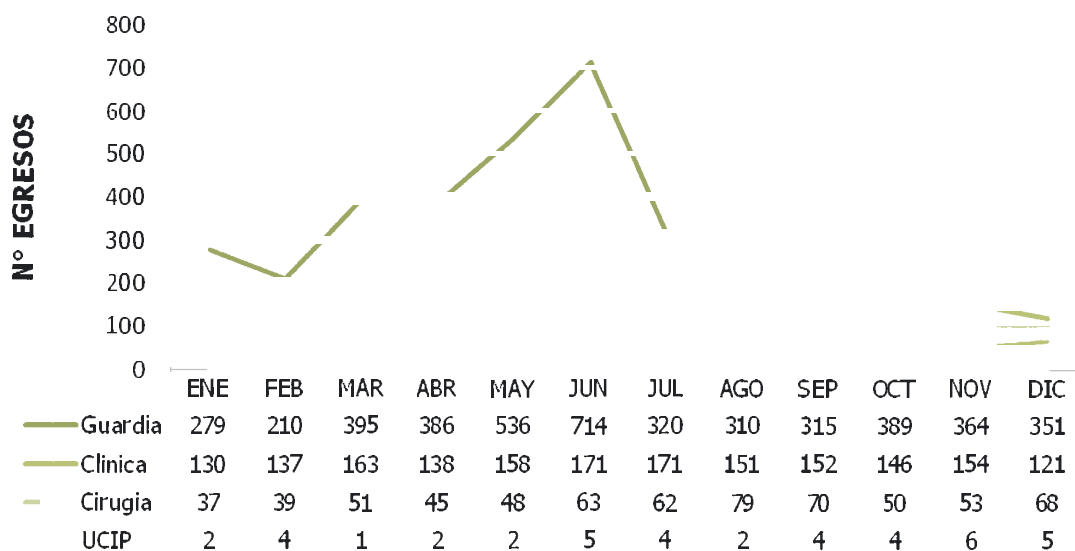


Grafico 4: Egresos por áreas de internación Pediátrica HMMISI año 2010. **Fuente:** datos proporcionados por el Servicio de estadística HMMISI

El servicio de Emergencias del HMMISI cuenta con:

1- Recursos Humanos:

- Responsable del área: Dicho servicio cuenta con un Jefe de Emergencias (Pediatra/ intensivista infantil) que concurre durante los días de semana en horario matinal y se encuentra disponible en forma telefónica las 24 hrs.
- Facultativos: el sistema de urgencias dispone de Pediatras formados que garantizan la adecuada asistencia de los pacientes. Cuenta con cuatro pediatras de lunes a viernes, 5 pediatras fines de semana, 1 médico de planta para la unidad de observación, 1 médico en formación (residente) que rota por este servicio, 1 cirujano infantil de guardia activa. A las funciones que debe cumplir el Pediatra durante la Guardia de 24 hrs, se agrega: la asistencia de pedidos de auxilios domiciliarios o en la vía pública, así como los traslados para estudios programados o de urgencias, fuera del horario de planta de niños internados en Terapia Intensiva o Sala de Internación Pediátrica. El ingreso de los médicos al sistema hospitalario es por Concurso. En los últimos 6 años ingresaron Ex residentes del HMMISI a los cargos libres.
- Enfermería: el servicio cuenta con un licenciado en enfermería, responsable de la gestión de todo el proceso de enfermería por turno (mañana- tarde- noche). Se dispone de 3 enfermeros fijos por turno con un refuerzo en época invernal de 1 enfermero más por cada turno. Todos dependen de la Jefatura de Enfermería.
- Personal no Sanitario: existe personal administrativo (secretaria) una por cada turno (mañana-tarde-noche) que se encarga de la recepción de datos del usuario, trámites de derivaciones, solicitud de estudios de alta complejidad y /o traslados, apertura de historia clínica de guardia y de la confección de un tablero diario donde se registra el de nº de pacientes atendidos, lugar de residencia, patología y derivaciones. Existe además Personal de seguridad, limpieza, mantenimiento las 24 horas del día. No posee Camilleros.

2- Estructura Edilicia de la Guardia:

- Área de recepción y admisión: el área de admisión se encuentra cercana a la entrada del servicio de emergencias, permitiendo la visión de la zona de acceso, permite la privacidad para información confidencial. Las dimensiones son de 2mts por 2mts. Se encuentra activa las 24 horas del día registrando los datos de filiación, hora de llegada, numero de orden. No se cuenta con buzón de sugerencias ni quejas.(Anexo foto 1)

- Sala de espera: se encuentra contigua al acceso a la guardia, es amplia, confortable, provista de sillas fijas, 2 baños, teléfono público, televisor, comunicada con un Patio interno con Juegos de niños. (Anexo foto 2)
- Área de asistencia: en esta área se establece el motivo de la consulta con el paciente en forma privada, individual y confidencial. Para esto se cuenta con 4 consultorios clínicos y 1 consultorio quirúrgico, cuentan con una camilla para permitir el examen físico, aire acondicionado (frio calor), lavatorio, dispenser de papel, clorhexidina, alcohol gel, escritorio y silla para el profesional. (Anexo foto 3 y 4)
- Shock Room: dispone de una sala destinada a pacientes cuya situación clínica no permite demora en la asistencia, dotada de medios de soporte vital avanzado. También es utilizado por enfermería para la realización de procedimientos habituales. El lugar está dotado de 2 camillas fijas, carro de RCP, medicación de uso frecuente.(Anexo foto 5 y 6)
- Boxes: cuenta con 15 boxes de observación, en donde se realizan observaciones clínicas de corta estancia. Es de destacar que en época de epidemia respiratoria se convierten en unidades de internación (camas) 8 de ellos tienen sistema de Oxígeno y aspiración central. Se encuentran calefaccionados y/o con aire acondicionado. Cada uno cuenta con una camilla fija y una silla. (Anexo foto 7)
- Unidad de observación: se dispone de 6 camas y dos unidades de aislamiento. Permanecen en ésta área pacientes con diagnóstico incierto o que requieren algún control específico o vigilancia estricta, pacientes que no pudieron ser derivados. La estancia en este sector se intenta que sea inferior a 72 hr. Cada unidad dispone de Oxígeno central, aspiración. El pediatra de planta es el encargado de la asistencia en éste sector. (Anexo foto 8)
- Áreas Auxiliares: el servicio dispone además de: una sala de trabajo de médicos con biblioteca, mesa, sillas, cocina, 2 camas y baño. Taquillas Personales para cada día de guardia y para enfermería. Sala de enfermería con baño y cocina. Oficina del Jefe de Emergencias. (Anexo foto 9 y 10)
- Servicios Generales: cuenta con laboratorio, radiología y hemoterapia las 24 hr. (Anexo foto 11)

3- Organización y Documentación

- Sistema Informático: recientemente, desde fines del año 2010, se ha incorporado un sistema informático que permite el seguimiento del paciente dentro de su asistencia en el hospital o en los servicios anexos. No figuran diagnósticos. Dicho sistema no se encuentra en red con los CAPS. El registro de los pacientes que consultan por guardia es manual y luego es transcripto en este sistema informático en el cuál solo se asienta la consulta por guardia, nombre del paciente, domicilio y DNI. No se dispone de un registro electrónico de Guardia en donde consten datos de asistencia, diagnósticos, tratamientos y datos filiatorios, así como otros que puedan utilizarse para diferentes tipos de evaluaciones y o monitoreo de los indicadores de Emergencias. (Anexo foto 12)
- Procesos asistenciales: se dispone de protocolos específicos de procedimientos, guías de práctica clínica (Propias y normas de otras hospitales pediátricos que se utilizan por consenso general). Se dispone de consentimientos informados para prácticas quirúrgicas y diagnósticos de riesgo, como por ejemplo un recetario pre confeccionado para las infecciones respiratorias, en el cual el profesional tilda las indicaciones, coloca el intervalo interdosis y figuran las pautas de alarma en el caso que el paciente debiera re consultar; otro de éstos recetarios es el de la "dieta de diarrea" y la preparación de sales de rehidratación oral.
- Hoja de Guardia: el servicio cuenta con una hoja de registro de datos del niño, examen físico al ingreso, impresión diagnóstica, procedimientos efectuados y /o estudios complementarios, fecha de alta y destino. Esta hoja es confeccionada únicamente para aquellos que requieran observación acotada, internación y derivación. En el caso de requerir internación prolongada o egreso del paciente, la misma, se adjunta a la historia clínica en el archivo del HMMISI.
- Documentos Legales: libro de fugas, derivaciones, Intervenciones policiales, óbitos, Traslados, Novedades de Guardia, Formularios de denuncias epidemiológicas, medicación de alto costo y de Uso Interno.

3 PLANTEO DEL PROBLEMA DE ESTUDIO SOBRE EL INDICADOR "RE CONSULTA 72 HR"

3.1 Formulación del Problema

Existen escasos trabajos sobre el análisis de reingresos de pacientes pediátricos a servicios de Emergencias, como un indicador de la evaluación de la calidad asistencial en la gestión de pacientes.

Conociendo ésta premisa, éste trabajo plantea el siguiente problema: *¿Cuáles son los motivos de readmisión de pacientes que han sido asistidos previamente en las anteriores 72 horas en el Servicio de Guardia Pediátrica del Hospital Municipal Materno Infantil de San Isidro durante un determinado periodo en el año 2010?*

3.2 Objetivos

3.2.1 Objetivo General

Analizar las readmisiones de pacientes que han sido atendidos previamente en las anteriores 72 horas en un servicio de urgencias pediátrico de un hospital materno infantil del conurbano bonaerense.

3.2.2 Objetivos Específicos

- a- Analizar los factores que determinan readmisión y conocer el porcentaje de readmisión o reconsulta a las 72 horas en el servicio de Guardia Pediátrica.
- b- Detectar los pacientes los pacientes en los que no se ha instaurado un tratamiento efectivo o han presentado complicaciones,
- c- Detectar aspectos mejorables del proceso asistencial y casos evitables que podrían ser readmitidos.

4 MARCO TEORICO

Díaz C. A (2011) plantea que, "la práctica clínica, es el proceso de actuación médica en relación con la atención a la salud del paciente. Sus componentes son los datos y la información clínica, las percepciones, los razonamientos, juicios y decisiones de los médicos, los procedimientos que utilizan y las intervenciones que aplican, no es un fenómeno exacto y reproducible, al realizarse en un marco de trabajo con elevado grado de incertidumbre. El resultado es que muchas decisiones médicas, no necesariamente incorrectas parecen arbitrarias, altamente variables y sin explicación obvia".

El acto médico influye en las variaciones de la práctica médica y a su vez en la utilización de recursos sanitarios, sobreutilizándolos, infrautilizándolos o usándolos mal. Si se traslada esto puntualmente a la *reconsulta en guardia* podría compararse con lo que apunta *Díaz C.A (2011)*, "una práctica estará sobre utilizada cuando se emplee un procedimiento más allá del punto de equilibrio entre sus costos y beneficios marginales, en términos estrictos de la economía de la salud; la mala utilización o la utilización inapropiada, se incluyen actuaciones iatrogénicas, errores en la práctica o utilización inadecuada de recursos". Podríamos decir que un aumento en el número de consultas reiteradas puede deteriorar la calidad de la asistencia.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define como **urgencia** "la aparición fortuita en cualquier sitio de un problema de etiología diversa y gravedad variable que genera la vivencia de necesidad de atención por parte del sujeto o su familia". A partir de éste concepto la demanda a los servicios a urgencias hospitalarias ha experimentado un incremento importante.

El **Servicio de Urgencias o Guardia Pediátrica** es una unidad integral que el hospital dedica, para recibir, estabilizar y manejar pacientes pediátricos que se presentan con una gran variedad de condiciones urgentes ó no, donde en éste caso, por tratarse de niños se presentan acompañados por un adulto responsable.

La **calidad de atención** es la provisión de servicios *capaces de satisfacer las necesidades y expectativas de sus usuarios y de la comunidad en general -en forma equitativa y accesible-*, teniendo en cuenta los *recursos disponibles* y a través de la de planificación, ejecución, evaluación y mejora de los procesos involucrados.

En los conceptos que plantea *Spadafora S. (2007)*, define a la **gestión de pacientes** como "un proceso dirigido a la mejora de la eficiencia institucional, facilitándole el camino al usuario, para que transcurra por el proceso asistencial con menos burocracia, más satisfacción, escucha y diligencia".

La gestión de pacientes se encuentra integrada por diferentes procesos: los de la Urgencia y los administrativos o programados, ambos son de importancia, ya que si alguno de ellos funciona mal, el consumo será inadecuado. No debe depender de los Servicios ni de la decisión médica, sino en realidad de una gestión centralizada. El sistema de emergencias es uno de los ámbitos en donde se lleva a cabo la gestión de pacientes. Como menciona *Díaz C.A (2011)*, "El principal reto que enfrenta la organización sanitaria en la gestión de pacientes es la organización del servicio de urgencia, que responda a la exigencia social, a la falta de respuesta de urgencia pre hospitalaria, al trauma, a la violencia y la orientación del paciente agudo". Como se mencionó, los problemas que presenta el servicio de urgencias del HMMISI son los siguientes:

- a-El registro de pacientes;
- b-Desarticulación con la Historia clínica del usuario del hospital o CAPS;
- c- Falta de acceso Informático.

La calidad de la atención también se puede ver afectada por la demanda, y en el caso de pediatría, por la época estacional invernal por patologías prevalentes como las infecciones respiratorias agudas bajas, que provocan desborde y colapso asistencial así como carencia del número de camas de internación. El aumento de las consultas en los servicios de urgencias, se han visto incrementados tanto en los países desarrollados como en los en vía de desarrollo, independientemente del tipo de hospital, según distintos trabajos analizados. La mayor parte de este incremento se debe a un aumento desproporcionado de los pacientes que utilizan los sistemas de urgencia hospitalaria en forma inadecuada, ya sea por problemas banales, de organización en otras áreas del sistema de salud, problemas sociales, o simplemente, porque los usuarios tienen más confianza en éstos servicios que en otros alternativos. Como se mencionó anteriormente, éste hecho ha provocado que, en ocasiones, el proceso asistencial en las áreas de urgencias se realice con algún déficit funcionales y/o estructurales y, que los profesionales que trabajan en urgencias, se vean sometidos a una enorme presión que incide también en forma negativa en el mencionado proceso asistencial. Además, es evidente que entre los diferentes servicios de urgencias encargados de atender esta demanda existe una gran variabilidad tanto en su estructura como en su organización, actividad y gestión.

Los **indicadores** son medidas usadas en el tiempo, para determinar el desempeño de funciones o procesos, para evaluar la adherencia a un estándar o el logro de metas de calidad. En el área médica se definen como valores cuantificables que pueden usarse en la evaluación de elementos de estructura, de proceso y de resultado de la atención en salud y proporcionan una imagen del estado de la calidad en una organización. Pueden expresarse en tasas y porcentajes, por ejemplo de las

infecciones intrahospitalarias o de mortalidad; como también basarse en el seguimiento de eventos centinelas o eventos adversos, tales como reacciones a medicamentos, caídas de pacientes y manejo de errores. Los indicadores deben cumplir con características como la validez, objetividad, poder ajustarse por riesgo o severidad y ser extraídos de bases de datos, no deben ser muchos y deben seleccionarse por consenso, sobre los procesos críticos identificados como críticos.

Dentro de éstos indicadores, el **reingreso hospitalario** se ha estudiado como índice de calidad asistencial desde al menos 1965, y aunque se ha señalado que no debe ser considerado como un resultado final, el sentido de que evitar el reingreso, no sería un objetivo directo de los cuidados hospitalarios, varios autores conciben al reingreso hospitalario como indicativo de una deficiente calidad de los cuidados hospitalarios, particularmente en algunas enfermedades con alta tasa de recurrencia y cronicidad, aumentando el riesgo de reingreso hasta en 55% cuando los cuidados ofrecidos no han sido de suficiente calidad. En este sentido y como variabilidad clínica en el manejo de un mismo proceso clínico, se constituiría como un factor que se asocia con un incremento en la tasa de reingreso. La mayoría de los estudios realizados, en pacientes adultos, en lo referente al reingreso están de acuerdo en que existe una variabilidad en las series presentadas en cuanto a los servicios y especialidades estudiadas (urgencias, medicina interna, cirugía, etc.), patología causante, la definición de reingreso, la terminología empleada (readmisión frente a reingreso), etc.; no obstante todos reconocen también que a pesar de todos estos obstáculos, el conocimiento del reingreso en un área determinada de trabajo, puede servir como indicador de calidad local. El hecho de ser punto habitual de referencia, ha dado lugar a que los profesionales que trabajan en estos servicios busquen y apliquen las herramientas necesarias para que el proceso asistencial tenga calidad, uno de sus componentes principales. La evaluación de la calidad de la asistencia que se presta en los servicios de urgencias requiere herramientas que contemplen sus aspectos más importantes. La evaluación por indicadores es un instrumento que se ha demostrado útil para esta finalidad.

El **reingreso** de los pacientes a los servicios de urgencias se presenta con frecuencia, como consecuencia de un deficiente abordaje y la solución del problema que generó la consulta o fallas en la calidad de la información dada al usuario sobre la evolución del evento médico que la generó. Por esta razón, este indicador puede constituirse como un signo de alarma sobre la calidad de los servicios prestados. En estos servicios el reingreso mide la cantidad de pacientes que, tras ser atendidos en un servicio de urgencias y ser dados de alta, regresa al mismo dentro de las 72 horas siguientes (3 días) por cualquier causa. El mejor resultado será el más cercano a 0, pero este debe

compararse con los parámetros establecidos como de reingreso esperado, común y adecuado según la evolución clínica del paciente.

En estudios realizados en Servicios de Urgencias generales de otros países, el porcentaje de readmisión fue variable oscilando entre el 0.2% y el 5.6%. En el trabajo de *Guardia Cami, M y col. (2003)*, del servicio de urgencias pediátricas del Hospital Sant Joan de Déu-Clinic de Barcelona, sobre el análisis de las readmisiones, un 6.45% de los pacientes fueron readmitidos dentro de las 72 hr. En el artículo *Mirtigui Raso S, et al. (2004)* señala que, la reconsulta pediátrica es de 10.9% en el servicio de urgencias de pediatría.

Según *Maguire S., y col. (2011)*, refiere en los resultados del artículo "Como utilizan los padres el servicio de Emergencias cuando sus hijos tienen fiebre": de 220 padres con hijos menores de cinco años, 155 realizaron más de un contacto durante la enfermedad de sus hijos, que duró en promedio tres días, el 63% de los contactos repetidos fue iniciado por un proveedor de servicios. Los padres que tuvieron pautas de alarma, consejos sobre la seguridad general y salud de los niños tuvieron menor probabilidad de volver a los servicios de urgencias en comparación con aquellos que no recibieron dichos consejos (35% vs 52%, $p=0.01$)

Según el ex Secretario de Salud del Municipio de San Isidro, *Prassel C. (2003)*, "La buena reputación del sistema de salud sanisidrense, nos puso en guardia para detener la avalancha de pacientes que se acercan desde otros municipios del Norte del Conurbano, como San Fernando y Tigre. En el año 2002, el 20% de las 464.334 consultas que se atendieron en el Hospital Municipal de Adultos correspondieron a pacientes que no vivían en el Partido".

Ante la gran variabilidad de los diferentes servicios de urgencias pediátricas, tanto en su estructura, como en su organización, actividad y gestión, la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas, elaboró un manual de Indicadores Pediátricos, para medir los criterios de calidad en la atención Sanitaria. En este manual existe el indicador "readmisiones a las 72 hrs.", y su valor estándar debe ser menor del 7%. Resultados superiores deben servir para analizar las causas de los retornos.

La Fundación Donabedian de Barcelona ha organizado los pasos y las preguntas que contiene la construcción de un indicador en el siguiente cuadro: El indicador elegido para el análisis de este trabajo será denominado "**Re consulta 72 hs**". Sus características y análisis pueden verse en la tabla 3.

Nombre del Indicador	Re consulta 72 hs
Atributo	Refleja la idoneidad o no del circuito asistencial
Justificación	La intespestividad de un reingreso no previsto presupone la existencia de procesos no detectados o valorados adecuadamente, que generan un impacto negativo en el paciente.
Fórmula	$\frac{\text{N}^\circ \text{ pacientes readmitidos en intervalo 72 hr}}{\text{N}^\circ \text{ pacientes atendidos urgencia}} \times 100$
Explicación de términos	Numerador: n° pacientes readmitidos en 72 hr
Población	Denominador: n° pacientes atendidos Urgencia Pacientes atendidos de 30 días a 15 años de la Guardia de Pediatría del Hospital Materno Infantil de San Isidro en el año 2010.
Tipo	Indicador de proceso asistencial
Fuentes de Datos	Libro de registro de Ingreso de Pacientes a Guardia
Estándar	% readmisión :7%
Comentarios	Escasos antecedentes de éste indicador en pediatría. Resultados superiores deben servir para analizar las causas de los retornos.

Tabla 3: Indicador Reconsulta 72 hr. **Fuente:** el autor en base a diagrama de Fundación Donabedian. 2011

Otro indicador de resultado, importante que puede ser evaluado es la readmisión en 72 hr con ingreso, el valor estándar es del 15%. Se debe mencionar que no detecta pacientes que reconsulta e ingresan en otros centros.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de Trabajo realizado

Se trata de un estudio retrospectivo, descriptivo, en el que se incluyeron pacientes desde los 30 días de vida hasta los 15 años de edad que se readmitieron en el servicio de emergencias pediátricas , durante el período estacional comprendido desde el 1 enero del 2010 al 31 de marzo del mismo año. Cabe aclarar que los pacientes admitidos el 31 de Marzo fueron monitoreados 72 hr luego para corroborar si se produjo re consulta.

5.2 Unidad de Análisis

Servicio de Emergencias pediátricas del Hospital Municipal Materno Infantil de San Isidro de la Provincia de Buenos Aires.

5.3 Recolección de Datos

Para la recolección de los datos se utilizaron los libros de ingreso de datos de pacientes a la guardia de pediatría del hospital del periodo anteriormente mencionado. Se confeccionó una base de datos Excel , extrapolándose los mismos datos que figuran en el libro de registro manual, con la finalidad de detectar los pacientes readmitidos en un intervalo de 72 horas.

Las *variables* que se registraron en la base de datos fueron:

- ✓ Fecha consulta: día, mes, año
- ✓ Horario consulta: se establecieron 3 rangos de horarios determinados por el autor: 8 a 14 hr; 14 a 22 hr y por ultimo de 22 a 8hr.
- ✓ Nombre y apellido paciente
- ✓ Fecha de nacimiento: día, mes, año
- ✓ Edad: en meses en los menores de 1 año, y en años para los mayores de 1 año.
- ✓ Localidad de residencia
- ✓ Día de Guardia: cada día de la semana fue transformada en una variable numérica (Ejemplo: lunes=1; martes=2, etc.)

- ✓ Diagnóstico: según la referencia del libro descripto por el médico asistente como motivo de consulta y/o diagnóstico. Cuando no figuraba diagnóstico se lo rotuló como "sin diagnóstico".
- ✓ Observaciones: registro de solicitudes de laboratorio, internaciones, observación en el caso de que estuvieran registradas.

Una vez confeccionada la base de datos se detectaron en primer lugar los pacientes que re consultaron en el intervalo de 72 hr., y de éstos se seleccionó: la edad del paciente, el intervalo de tiempo entre la primera visita y la que justificó la reconsulta, el motivo de consulta o diagnóstico de la primera visita, el motivo de consulta o diagnóstico de la readmisión.

El niño que *re consulta* en el servicio de urgencias de pediatría fue definido como: usuario que consulta en más de una ocasión en el HMMSI en un plazo de tiempo máximo de 72 horas en el contexto del mismo proceso.

La comparación del indicador "Re consulta 72 hs" se estableció con el estándar previo de la Sociedad de Urgencias Pediátricas españolas del 7%.

Se establecieron tres (3) intervalos de horarios para analizar el momento en que se efectuó la reconsulta: 8-14 hr; 14-22hr; 22- 8 hr.

Se analizó el requerimiento de internación/observación del paciente que reconsulta con fines de detectar posibles complicaciones de los mismos, y analizar el indicador reconsulta con ingreso.

6 ANALISIS DE LOS DATOS DE LOS MOTIVOS MÁS FRECUENTES DE RECONSULTA EN 72 HR EN SERVICIO DE URGENCIAS DEL HMMISI

Una vez que se detectaron los casos readmitidos, se efectuaron categorías para clasificación de las causas de la reconsulta. El análisis fue de interpretación del autor.

Se excluyeron de esta categorización los pacientes que en la consulta inicial figuraban "sin diagnóstico".

Categorización de los Motivos de Re consulta:

1. *Persistencia del Síntoma:* registro del síntoma y/o diagnóstico inicial que originó la reconsulta;
2. *Progresión de la Enfermedad:* consecuencia de la propia evolución de la enfermedad o agregado de síntomas dentro del contexto de la misma enfermedad que originó la reconsulta;
3. *Otro diagnóstico:* orientación diagnóstica inadecuada o diagnóstico no relacionado con la visita inicial;
4. *Control:* paciente que concurre a control al servicio de urgencias;
5. *Alta Médica:* paciente que concurre para el alta médica al servicio de urgencias;
6. *Sin Diagnóstico:* no figura diagnóstico en la reconsulta.

6.1 Interpretación de los Resultados

Durante el período analizado se realizaron un total de 14.003 visitas en el Servicio de Emergencias Pediátricas del HMMISI, que corresponden al 23.12% de las consultas efectuadas en el total del año 2010 (N: 60.552).

Las re consultas en las siguientes 72 horas fueron del 7.11% (n: 996 re consultas) como puede verse en el gráfico 5.

Reconsulta a las 72 hr en el Servicio de Urgencias del HMMISI desde el 1/1/10 al 31/3/10

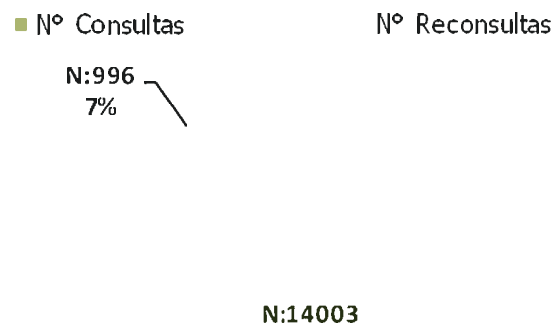


Gráfico 5: Pacientes que re consultaron dentro de las primeras 72 hr en el Servicio de Emergencias del HMMISI en el primer trimestre del año 2010. **Fuente:** el autor.

El promedio de edad de los niños que consultaron por primera vez fue de 45.01 meses, y de los que se readmitieron dentro de las 72 hr fue de 45.16 meses. Los rangos etarios de la consulta/reconsulta se observan en el gráfico 6. El 55.16% (N: 486) que re consultaron eran menores de 36 meses.

Edad de los Niños que consultaron/ reconsultaron en servicio Urgencias HMMISI en el primer trimestre del 2010

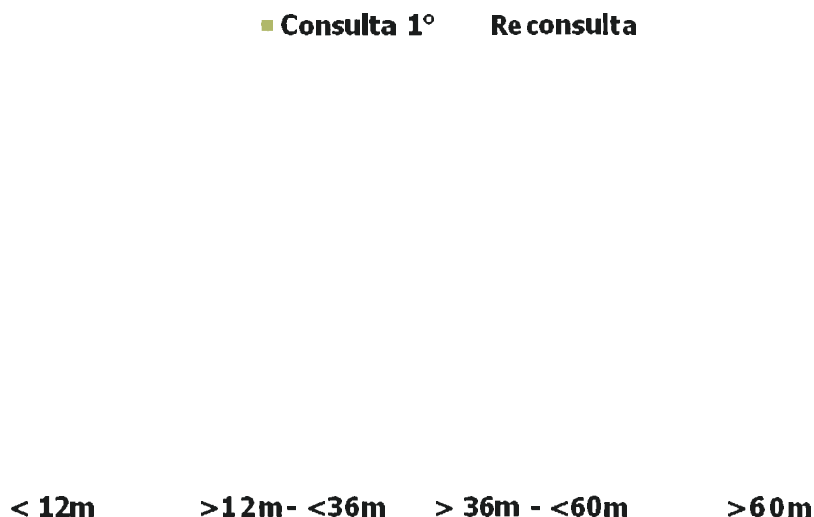


Grafico 6: Rango etario de los niños que consultan en el S. Urgencias HMMISI 2010. **Fuente:** el autor

Los motivos de consulta o los diagnósticos que fueron rescatados en la primera visita se observan en el grafico 6. En la visita inicial los tres diagnósticos más frecuentes fueron: Infección respiratoria aguda alta (22.02%) fiebre (13.5%) y diarrea/gastroenteritis (14.76%). Estos motivos constituyen el 50% de la consulta. Cabe mencionar que en el 5.1% (N: 45) de las consultas iniciales el médico no registro el motivo de consulta y/o diagnóstico.

Motivos de Consulta/Diagnósticos de la Primer Consulta en el Servicio de Urgencias en el HMMISI 1/1/10 al 31/3/10 (N:886)

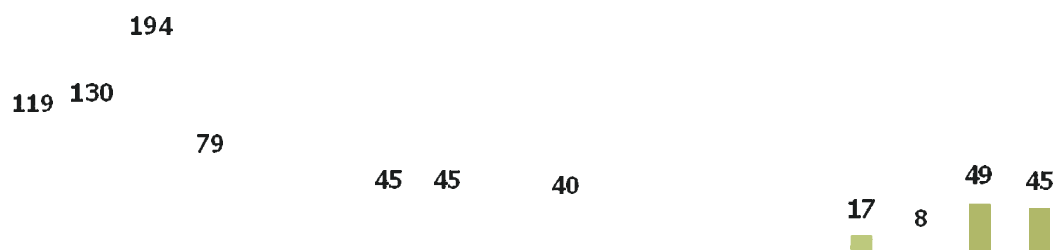


Grafico 6: Motivos de Consulta y/o Diagnósticos efectuados en la primera visita al Servicio de Urgencias del HMMISI en el primer trimestre del 2010. **Fuente:** el autor.

El 73% (n: 728) de los pacientes que re consultaron se domiciliaban en el Municipio de San Isidro y de estos el 54 % pertenecían a la localidad de Beccar.

El 27% (N: 268) de las reconsultas totales pertenecían a los partidos aledaños, como muestra el grafico 7.

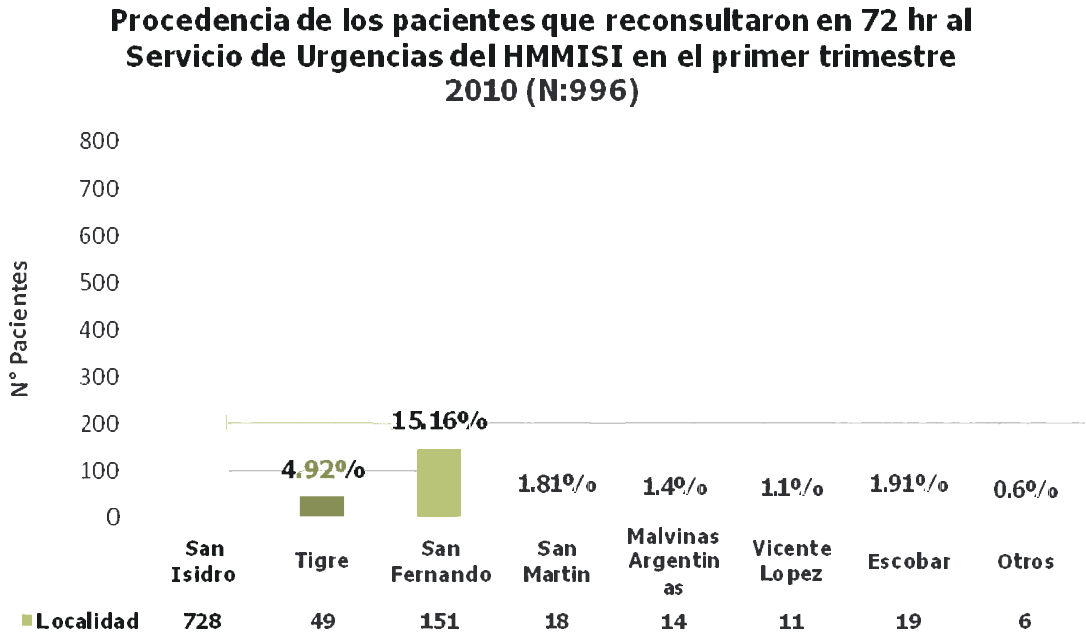


Grafico 7: Procedencia de los pacientes que re consultan al servicio de Urgencias del HMMISI. **Fuente:** el autor.

En el gráfico 8 se reflejan los porcentajes obtenidos de cada una de las categorías de los motivos de reconsulta en 72 hr al servicio de urgencias.

Se excluyeron de éste análisis 45 pacientes en los que no se había registrado el diagnostico inicial o motivo de consulta. El análisis de la categorización de la reconsulta se efectuó sobre un total de 951 pacientes.

En el 41% (N: 389) de los casos analizados el motivo de readmisión fue la persistencia de los síntomas ó el mismo diagnóstico. De éste grupo ninguno de ellos requirió internación u observación en la guardia.

El segundo motivo de reconsulta más frecuente dentro de las 72 hr, fue la progresión de la enfermedad ó el agregado de síntomas en el contexto de la misma enfermedad con un 25% (N:237). En éste grupo 70 pacientes (7.36%) requirió observación en guardia o internación.

El 14.7% (N: 140) que re consultó presentaba otro diagnóstico, no relacionado con la primer visita. De los cuales 3 (0.3%) pacientes se internaron.

El 14% (N: 133) concurreó a control de la intercurencia al servicio de urgencias. De éstos, 22.5% (N: 30/133) pacientes, lo hicieron el fin de semana (sábado- domingo) y 47% (N: 14) de ellos no se domiciliaban en el partido de San Isidro. Solo un paciente de los que se controló nuevamente en guardia requirió observación/ internación.

El indicador readmisión 72 hr con ingreso (observación/ internación) fue de 7.42% (N: 74).

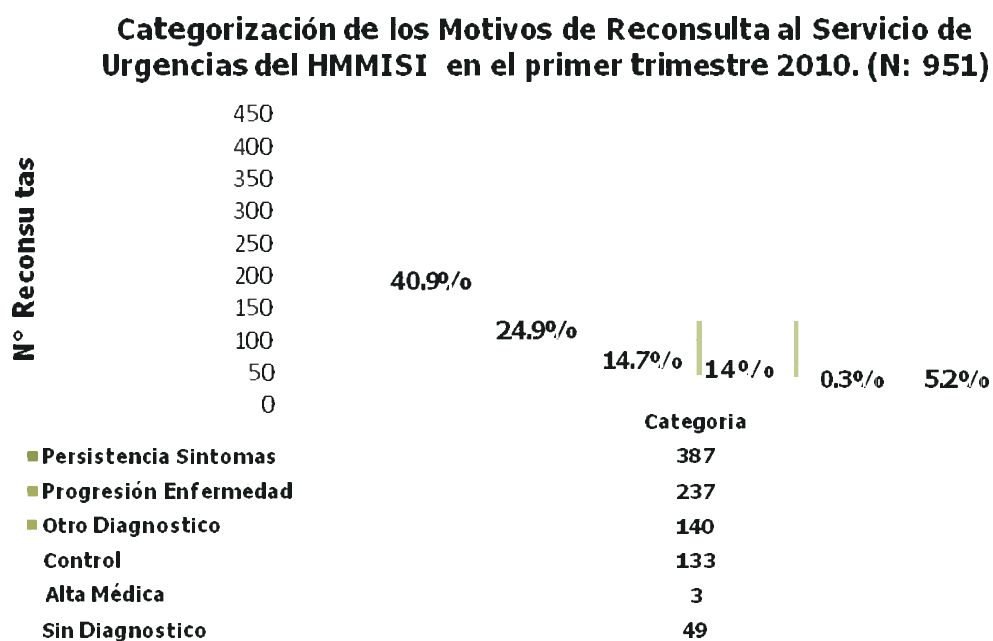


Gráfico 8: Categorización de los Motivos de consulta al Servicio de urgencias del HMMISI Primer trimestre 2010.

Fuente: el autor.

No figura el diagnóstico de la consulta en el 5.2% (N: 49) de los niños y concurren para alta médica a la guardia 0.3% (N: 3) de los pacientes.

El 88.42% (N: 779) de los niños re consultaron una vez, 10.21% (N: 90) dos veces, 1.25% (N: 11) 3 veces y 0.11% (N: 1) cuatro veces.

El intervalo de tiempo transcurrido entre la visita inicial y la consulta se muestra en la tabla 3, el 40 % (N: 401) de los niños concurren a la consulta entre las 48 y 72 hr.

TIEMPO DE RECONSULTA	N	%
<24 hr	258	25.90
≥24 hr-<48hr	337	33.83
≥48hr - ≤72 hr	401	40.26

Tabla 3: Intervalo tiempo entre visita inicial y reconsulta. **Fuente:** el autor

El intervalo en que más se produjeron las reconsultas fue el de 14-22 hr, con un 41.4% (N: 413), como puede evidenciarse en el gráfico 9.

Número de Consultas y Reconsultas a las 72 hr según horas del día en Guardia HMMISI en el primer trimestre 2010

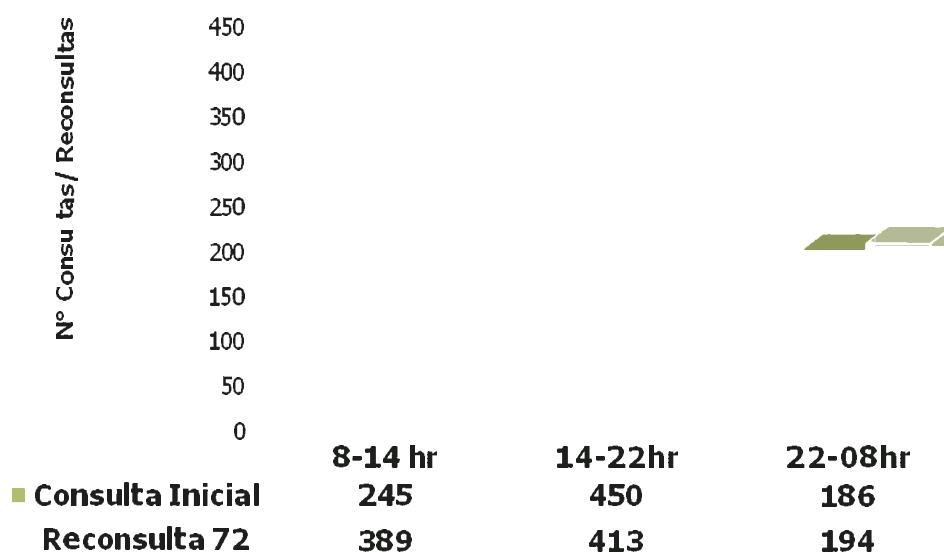


Gráfico 9: Horario que más frecuentemente consultan y reconsultan los pacientes al Servicio de Urgencias del HMMISI en el primer trimestre del año 2010. **Fuente:** el autor

7 CONCLUSIONES

Los niños que repiten la consulta dentro de las primeras 72 hr al Servicio de Urgencias del HMMISI es del 7% del total de los niños atendidos, similar a otras publicaciones reportadas, y coincidente con el estándar previo comparado de la Sociedad de Urgencias Pediátricas Española. La evaluación del proceso asistencial, con el indicador "re consulta 72 hr" se podría categorizar como idónea.

La mayoría de los niños que concurren al servicio de urgencias lo hacen por la persistencia de síntomas de procesos que revisten poca gravedad, como las infecciones respiratorias agudas altas y fiebre, las que podrían ser atendidas por su pediatra de cabecera o en los CAPS.

Si se considera que, la persistencia de síntomas, el control y el alta médica en el servicio de Urgencias representan el 55.2% de la re consulta dentro de las 72 hr, éstos son motivos potenciales para la mejora de la Gestión de Pacientes.

En el análisis de las causas de re consulta, la progresión de la enfermedad es el principal responsable de que los niños requieran observación/ internación. Es decir que el indicador analizado readmisión con ingreso fue de 7.42%, para un estándar publicado de 15% en el manual de indicadores de urgencias pediátricas de la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas.

Entre los resultados obtenidos en éste trabajo, la ausencia del diagnóstico, denota una deficiencia en la monitorización de los indicadores como son el diagnóstico y/o motivo de consulta, así como también en la re consulta.

La mayor afluencia a la guardia es de niños pequeños. La edad de los pacientes readmitidos, la mayoría, inferior a los 3 años, es similar a la encontrada en diferentes literaturas médicas.

El intervalo más frecuente de la re consulta fue de 48 hr a 72 hr, con respecto a la visita inicial, y una mayor prevalencia en horario de 14-22 hr. Casi el 90% de los niños consultaron nuevamente una vez.

El autor cree que tanto la edad como el intervalo de la consulta puede estar relacionado a la angustia y la ansiedad que genera a los padres, que sus hijos padezcan una enfermedad grave. Esta hipótesis no pudo ser corroborada en el trabajo.

Posiblemente la ubicación del HMMISI y su fácil accesibilidad, así como la buena reputación con la que cuenta, justifican al menos parcialmente la re consulta. Otro dato a destacar es que el 27% de los pacientes no se domiciliaban en San Isidro. Probablemente esto también esté relacionado con lo anteriormente mencionado y con que en la zona Norte existen escasos hospitales pediátricos que

cuenten con las especialidades que posee éste hospital, utilizando a la consulta a la Guardia como puerta de ingreso al Sistema. De los domiciliados en San Isidro que re consultaron al Servicio de urgencias, el 54% pertenecían a Beccar, localidad que cuenta con tres CAPS. Por lo tanto, se deberían de articular estrategias para hacer un análisis de las probables causas de reconsulta en ésta localidad y modificar estrategias de atención en éstos CAPS. La rejerarquización del pediatra, como médico de cabecera del niño, incluyendo horarios de atención ampliados en el ámbito hospitalario y de los CAPS, atención con agenda abierta, así como, la educación en salud, sería una estrategia , a tener en cuenta, en las consultas programadas para anticiparse a la consulta de guardia y así disminuir las consultas innecesarias.

La ausencia de la informatización de la información, fue una de las barreras de éste trabajo. Un sistema obsoleto de registro manual, sin una base de datos preexistente. La existencia de ésta, permitiría que la gestión de pacientes fuera más eficiente, de manera que gestionar con información y tecnología, ayudaría en la obtención de datos concretos, que se traduzcan en recursos que queden o vuelvan al sistema, contribuyendo a una mejor prestación de servicios. Por ejemplo: un dato que no fue tenido en cuenta, por falta de registro hospitalario, fue la cobertura social del usuario. Si ésta estuviera registrada, existiría la posibilidad de mayor recupero económico para el hospital.

Una de las limitaciones de éste trabajo es que, los resultados son referenciados al HMMISI y no se puede extrapolar los datos a otras instituciones.

Aunque existen problemas importantes a la hora de codificar la reconsulta en la urgencia, el contar con una guía de "categorización de la reconsulta", es el inicio para poder aplicar ésta herramienta en la gestión de pacientes, facilitando en una primera etapa la informatización de las urgencias y la gestión del servicio de urgencias pediátricas.

La aplicación de un indicador, en éste caso "re consulta 72 hr", no se debe ver nunca como algo punitivo, sino como un parámetro que permite la mejora. La divulgación dentro y fuera de la institución de los indicadores, permite de manera objetiva evidenciar las carencias y, plantear la adecuación de medios para subsanar los mismos.

8 BIBLIOGRAFIA

1. Grupo de Trabajo SEMES – Insalud. Calidad en los Servicios de Urgencias. Indicadores de Calidad. Emergencias 2001; 13:60-5
2. Blasco González L., González de Dios J., Calvo Rigual F. Análisis de las urgencias de pediatría en los hospitales comarcales de la comunidad Valenciana. Acta Pediatr Esp. 2011; 69(1): 17-26
3. Ashton CM., DelJunco DJ., Souckek J., Wray NP., Mansyur CL. The association between the quality of impairment care and early readmission: a meta-analysis of evidence. Med Care 1999; 37: 140-8.
4. Alonso Martínez JL., Llorente Díez B., Echegaray Agara M., Urbieta Echezarreta MA., González-Arencibia C. Reingreso hospitalario en Medicina Interna. An Med Interna (Madrid) 2001; 18 (5)
5. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Indicadores Pediátricos para medir los criterios de calidad de la atención sanitaria.2001.
6. 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
7. Guardia Camí M., Costa Orvay J., Pizà Oliveras A.,García García J., Pou J., Fernández C., Luaces Cubells. Análisis de los pacientes readmitidos con ingreso como indicador de calidad asistencial de un servicio de urgencias pediátricas. emergencias 2003;15:351-356
8. Minteguí Raso S., Benito Fernández J., Vázquez Ronco M., Ortiz A. Capapé Zache A., Fernández Landaluce A. Los niños que repiten consulta en urgencias de pediatría. An Esp Pediatr 2000; 52: 542-547.
9. Minteguí Raso S., Benito Fernández J., Vázquez Ronco M., Ortiz A. Capapé Zache A., Fernández Landaluce A. Demanda y asistencia en un servicio de urgencias Hospitalario. An Pediatr (Barc) 2004; 61(2):156-61.
10. Bianconi Z. Instrumentos para la Gestión de Calidad. Aplicación de Herramientas y técnicas a circuitos de mejora continua en la resolución de problemas. Notas de clase 2011.(digital)
11. Miró O., Jimenez S., Alsina C., Tovillas Morán F., Sanchez M., Borrás A., Milla J. Revisitas no programadas en un servicio de urgencias de medicina hospitalario: incidencia y factores implicados. Med Clin (Barc). 1999; 112: 610-5. - vol.112 núm 16.
12. Gorelick M., Alpern E., Singh T., Snowdon D., Holubkov R., and col. Availability of pediatric Emergency Visit data from existing data sources. Acad Emerg Med December 2005, Vol. 12, No. 12; 1195-1200.

13. Grupo de Trabajo de Codificación Diagnóstica de la Sociedad de Urgencias de Pediatría de la Asociación Española de Pediatría. Codificación diagnóstica en Urgencias en Pediatría. *An Esp Pediatr* 2000; 53: 261-272.
14. De Piero A., Ochsenschlager D., Chamberlain J. Analysis of Pediatric Hospitalizations After Emergency Department Release as a Quality Improvement Tool. *Annals of Emergency Medicine* 39:2; 159-163. February 2002.
15. Díaz C.A. Variabilidad de la Prestación Médica. Notas de Clase 2011.
16. Diaz C.A. Gestión de Pacientes. Notas de Clase 2011.
17. Maguire S, Ranmal R, Komulainen S, y colaboradores. Which urgent care services do febrile children use and why? *Archives of Disease in Childhood* 2011; 96(9): 810–816

9 ANEXOS

FOTO 1: Área de recepción y admisión de pacientes de Guardia.

FOTO 2: Sala de Espera de Guardia

FOTO 3: Consultorio de Atención de Pacientes de Guardia Pediátrica

FOTO 4: Consultorio de Cirugía de la Guardia Pediátrica

FOTO 5: Sala de Shock Room y procedimientos médicos y de enfermería

FOTO 6: Sala de Shock Room y procedimientos médicos y de enfermería



FOTO 7: Boxes de Observación de Corta Estancia

FOTO 8: Unidades de observación de Guardia Pediátrica.

FOTO 9 y 10: Areas Auxiliares de Guardia. Sala Enfermería y medicación. Sala Medico Planta

FOTO 11: Servicio de laboratorio y rayos

FOTO 12: Sistema de registro de Pacientes en la Guardia Pediatría