

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz



Verónica Gómez

**Análisis de las reconsultas en niños con bronquiolitis en puertas de
emergencia de la administración de servicios de salud del Estado**

Montevideo
2020

Verónica Gómez

**Análisis de las reconsultas en niños con bronquiolitis en puertas de
emergencia de la administración de servicios de salud del Estado**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Epidemiologia em Saúde Pública. Área de concentração: Epidemiologia Aplicada aos Serviços de Saúde. Cooperação Internacional entre Fundação Oswaldo Cruz e a Universidad de la Republica, Uruguay.

Orientadora: Prof. Dr. Cleber Nascimento do Carmo.

Montevideo

2020

Analysis of the revisits in children with bronchiolitis at the emergency department of the administration of the State health services

Catálogo na fonte
Fundação Oswaldo Cruz
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde
Biblioteca de Saúde Pública

G633a Gómez, Verónica.
Análisis de las reconsultas en niños con bronquiolitis en puertas de emergencia de la administración de servicios de salud del estado / Verónica Gómez. -- 2020.
53 f. : il. color. ; graf. ; mapas ; tab.

Orientadora: Cleber Nascimento do Carmo.
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2020.

1. Bronquiolite. 2. Urgencias Médicas. 3. Perfil de Saúde.
4. Administração de Serviços de Saúde. 5. Atenção Primária à Saúde.
I. Título.

CDD – 23.ed. – 616.234

Verónica Gómez

Análisis de las reconsultas en niños con bronquiolitis en puertas de emergencia de la administración de servicios de salud del Estado

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Epidemiologia em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Epidemiologia em Saúde Pública. Área de concentração: Epidemiologia Aplicada aos Serviços de Saúde. Cooperação Internacional entre Fundação Oswaldo Cruz e a Universidad de la Republica, Uruguay.

Aprovada em: 30 de noviembre 2020

Banca Examinadora

Prof. ^a Dr. ^a. Monica Martins

Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Cosme Marcelo Furtado Passos

Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde pública Sergio Arouca

Prof. Dr. Cleber Nascimento do Carmom (Orientador)

Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde pública Sergio Arouca

Montevideo

2020

A mi hija, Micaela que es la luz de mi vida.

A Clarita mi niña grande.

A Diego que me apoya y acompaña todos los días.

A mi madre, mi referente, quien me enseñó a luchar a pesar de todo.

AGRADECIMIENTOS

A Cleber y a Marisa por su paciencia, ayuda y sabiduría.

A los profesores que formaron parte del equipo docente de la Maestría.

A las autoridades de ASSE por haberme proporcionado la información necesaria para el desarrollo de este trabajo.

A mi familia toda, en especial a Nelly y a Margarita, por todo el amor de abuela que día a día recibe Micaela, y que gracias a su cuidado yo pude cursar la maestría.

A mis amigas que en este año tan particular han estado presentes en todo momento.

Al equipo de Oncología de mama del Casmu en especial a la Dra. Isabel Alonso, al Dr. Carlitos Arévalo y al personal del Hospital de Día.

Al Dr Parada por su humanidad y diagnóstico oportuno.

A Alba que le brinda una sonrisa a cientos de mujeres durante el tratamiento de radioterapia, gracias, eres una maestra dentro de los maestros.

Al Dr. Nicolás Battaglino del que aprendí los mil usos de la Acupuntura y su aplicación en la Psicoinmunoendocrinología.

A la Psicóloga Natali Palacios por recordarme la importancia de abordar la salud con un enfoque biopsicosocial.

A todos los que de diferente formas colaboraron en esta Maestría.

“No hay enseñanza sin investigación; ni investigación sin enseñanza.”

Paulo Freire.

RESUMEN

Introducción: La Bronquiolitis es una infección respiratoria baja frecuente en la infancia, ocasiona una gran demanda asistencial en puertas de emergencias, cuando muchos de los casos podrían resolverse en atención primaria. El objetivo del presente estudio es analizar la ocurrencia de las reconsultas en niños con diagnóstico de bronquiolitis que consultaron en puertas de emergencias de ASSE en el periodo del primero de enero al 31 de diciembre de 2018, de Uruguay. **Materiales Y Métodos:** Estudio Observacional, Analítico, Retrospectivo. Se realizó en primera instancia un análisis descriptivo de las consultas por bronquiolitis en el análisis bivariado se usaron test no paramétricos (Chi cuadrado y Mann Whitney). Posteriormente se aplicó Análisis de correspondencia Múltiple (ACM). **Resultados:** Reconsultaron un 10,94 % de los pacientes. La mediana de edad en el grupo de reconsulta es de 9 meses en los grupos que no reconsultaron en comparación con el grupo que reconsultaron que fue de 6 meses, siendo esta diferencia estadísticamente significativa. (Valor $p < 0,001$). Los motivos de consulta más frecuentes en los pacientes que reconsultaron fueron Control (33,6%), Dificultad Respiratoria (21,6%), y tos (18,3%). El 67% de las reconsultas fueron a domicilio y un 26,3% ingresaron a cuidados básicos o moderados y un 2,5% a CTI. En cuanto al día de reconsulta el 48,9 % reconsultó en las primeras 24 hs, el 31,3% entre las 24 a 48 hs y un 19,3 % a las 72 hs. No se observó diferencia estadísticamente significativa según el día de reconsulta y el destino del paciente (Valor $p = 0,241$). En el ACM se observó una asociación más fuerte entre reconsulta, edad y destino. Se explicó con dos dimensiones siendo la inercia para la Dimensión 1 del 57,1% y la dimensión 2 de 42,9%. **Conclusiones.** En nuestra serie muchas de las reconsultas no estaban justificadas, ya que se trataban de un control y no de un agravamiento del cuadro. En los últimos años la relación médico-paciente se ha visto deteriorada y ha llevado a gran parte de los profesionales sanitarios a ejercer una medicina defensiva, lo que genera muchos costes al sistema sanitario y ningún beneficio para la salud. Por ello la importancia de ejercer una medicina asertiva, mejorando así la relación médico-paciente. Identificar aquellos pacientes que realmente se beneficiarían de un control posterior es un desafío para el equipo asistencial. Reducir las reconsultas no sólo reduce el costo de la atención de salud sino que también reduce el tiempo de espera para aquellos que necesitan atención de forma crítica.

Palabras clave: Reconsulta, Bronquilitis, Emergencia

ABSTRACT

Bronchiolitis is a frequent lower respiratory infection in childhood, causing a great demand for care at emergency doors, when many of the cases could be resolved in primary care. The objective of this study is to analyze the occurrence of re-consultations in children with a diagnosis of bronchiolitis who consulted at ASSE emergency doors in the period from January 1 to December 31, 2018, From Uruguay. Materials and Methods: Observational, Analytical, Retrospective Study. In the first instance, a descriptive analysis of the consultations for bronchiolitis was carried out. In the bivariate analysis, non-parametric tests (chi square and Mann Whitney) were used. Subsequently, Multiple Correspondence Analysis (MCA) was applied. Results: 10,94% of the patients were revisit. The median age in the nonrevisit group is 9 months in the groups that did not reconsider compared with the group that revisit, which was 6 months, this difference being statistically significant. (P-value <0,001). The most frequent reasons for consultation in the patients who reconsidered were cough (18,3%), Respiratory Difficulty (21,6%), and control (33,6%). 67,0% of the reconsultations were at home and 26,3% were admitted to basic or moderate care and 2,5% to ICU. Regarding the day of consultation, 48,9% reconsultation in the first 24 hours on 31, 3 between 24 to 48 hours and 19,3 at 72 hours. No statistically significant difference was observed according to the day of re-consultation and the destination of the patient. (p-value = 0,241). In the MCA a stronger association was observed between reconsultation, age and destination. It was explained with two dimensions, being the inertia for dimension 1 of 57,1% and dimension 2 of 42,9%. Conclusions: In our series, many of the reconsultations were not justified, since they were a control and not a worsening of the condition. In recent years, the doctor-patient relationship has deteriorated and has led a large part of health professionals to practice defensive medicine, which generates many costs to the health system and no benefits for health. Therefore the importance of practicing assertive medicine, thus improving the doctor-patient relationship. Identifying those patients who would really benefit from subsequent monitoring is a challenge for the healthcare team. Reducing revisits not only reduces the cost of health care but also reduces wait time for those who need care critically.

Keywords: Revisit, Bronchillitis, Emergency

LISTA DE ILUSTRACIONES

Figura 1 - Esquema de atención en Puerta de Emergencia.....	20
Figura 2 - Modelo Teórico	22
Figura 3 - Hospitales con Puerta de Emergencia Pediátricas.....	25
Figura 4 - Hospitales incluidos en el estudio.....	26
Cuadro 1 - Score de Tal modificado por Bello y Sehabiague.....	15
Cuadro 2 - Tabla de variables	27
Gráfico 1 - Histograma de la variable edad.....	30
Gráfico 2 - Distribución de la variable edad según las Reconsultas.....	34
Gráfico 3 - Resultado de ACM para las variables Edad, Reconsulta, Destino, Triage y Región.....	37
Gráfico 4 - Resultado de ACM para las categorías de las variables, Edad, Recon- Sulta Destino, Triage y Región.....	38
Gráfico 5 - Resultado de ACM para las variables, Edad, Destino y Reconsulta.....	39
Gráfico 6 - Resultado de ACM para las Categorías de las variables , Edad, Destino y Reconsulta	40
Gráfico 8 - Gráfico ACM . Contribución de las variables en la Dimensión 1 de lasVariables Edad , Destino y Reconsulta	41

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 - Distribución de frecuencias para la variable sexo	30
Tabla 2 - Distribución de frecuencias de las consultas en los distintos meses del año y día de la semana en el total de consultas por bronquiolitis.....	31
Tabla 3 - Distribución de frecuencias para las variables del proceso asistencial en el total de consultas por Bronquiolitis.....	32
Tabla 4 - Distribución de frecuencias para las variables del proceso asistencial en los pacientes que reconsultaron.....	35
Tabla 5 - Distribución de frecuencias para las variables del proceso asistencial recodificadas en los pacientes que reconsultaron.....	41
Tabla 6 - Distribución de frecuencias del destino al alta según la edad recodifi- cada para los pacientes que reconsultaron.....	41
Tabla 7 - Distribución de frecuencias del destino al alta según la edad los pacientes que reconsultaron.....	41

LISTA DE ABREVIATURAS Y SIGLAS

ASSE	Administración de los servicios de Salud del Estado.
BA	Bronquiolitis Aguda
DE	Departamento de Emergencia
RC	Reconsulta
SUP	Servicio de Urgencia Pediátrica
SBOL	Síndrome Broncoobstructivo del lactante.
UEM	Unidad de Emergencia Móvil
VRS	Virus Sincitial Respiratorio
IRA	Infección respiratoria Aguda

SUMARIO.

1. INTRODUCCIÓN	12
2. MARCO TEORICO	14
2.1 – BRONQUIOLITIS.....	14
2.2 – RECONSULTAS EN EMERGENCIA PEDIÁTRICA.....	16
2.3 – FUNCIONAMIENTO PUERTA DE EMERGENCIA.....	18
2.4 – MODELO TEORICO.....	20
3. OBJETIVOS	23
3.1 – OBJETIVO GENERAL.....	23
3.2 – OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	23
4. MATERIALES Y MÉTODOS	24
4.1 POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	24
4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	24
4.3 DEFINICIÓN DE RECONSULTA.....	24
4.4 ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	28
4.5 ASPECTOS BIOÉTICOS.....	29
5. RESULTADOS	30
5.1 ANÁLISIS DE LAS CONSULTAS TOTALES DE BRONQUIOLITIS.....	30
5.1.1 Análisis descriptivo	30
5.2 ANÁLISIS DE LAS RECONSULTAS.....	33
5.3 ANÁLISIS DE CORRESPONDENCIAS MÚLTIPLES.....	36
6. DISCUSIÓN	43
7. CONCLUSIONES	46
REFERENCIAS	48
ANEXOS	53

1 INTRODUCCIÓN

La Bronquiolitis es una infección respiratoria baja frecuente en la infancia, con elevada incidencia estacional, aumentando su incidencia en los meses de invierno. Es una de las principales causas de ingreso hospitalario por infección del tracto respiratorio inferior en menores de dos años. Generalmente son autolimitadas, duran aproximadamente 12 días, pudiendo persistir. Ocasionan una gran demanda asistencial en puertas de emergencias, cuando muchos de los casos podrían resolverse en atención primaria, no requiriendo en la mayoría de los casos estudios complementarios, ni fármacos para su tratamiento (ETXANIZ, et al, 2007; PINCHAK, et al, 2017).

Este cambio por parte de los usuarios del uso del SUP (Servicio de urgencia pediátrica) genera un desequilibrio entre los recursos disponibles y la demanda de atención, aumentando la presión asistencial. La concurrencia de consultas no urgentes al SUP produce demora en la atención, retrasando la atención de pacientes con mayor riesgo vital. La creencia por parte de la sociedad de que para obtener un buen diagnóstico se necesita de la realización de estudios complementarios y la exigencia de los mismos durante el proceso lleva a un aumento injustificado de solicitudes de paraclínica por parte del médico. (MINTEGUI RASO et al., 2004; et al., MINTEGUI RASO et al., 2000; REYNOSO et al.2017; MAS et al., 2019, ALCARAZ-MARTINEZ, et al., 2010; MICHELSON et al., 2018, ETXANIZ,et al, 2007).

A su vez ha ido en aumento el número de reconsultas en la emergencia, sitio donde el personal rota en los distintos días de la semana, por lo que el seguimiento integral del paciente se dificulta. Se define reconsulta cuando el paciente consulta nuevamente en el SUP en un período inferior a los tres días siguientes a la visita inicial (LUACES,et al 2004; MAS et al., 2019; REYNOSO et al., 2017). Las razones por lo que los se servicios de Emergencias, son elegidos por la población son muy variadas alguna de ellas son su rápida accesibilidad, inmediatez de estudios complementarios, fármacos y ausencia de trámites burocráticos.

Otras razones que expliquen la sobreutilización del SUP han sido la imposibilidad de los padres para concurrir en horario de policlínica y la falta de números en policlínica, la necesidad de tener certificado para justificar faltas escolares de los niños o ausencias laborales de los padres, y los tiempos de coordinación de estudios cuando estos son indicados desde policlínica (MINTEGUI RASO et al., 2004; et al., MINTEGUI RASO et al., 2000; REYNOSO et al.2017; MAS et al., 2019)

La reconsulta es un indicador que nos habla de la calidad de asistencia, constituyendo un signo de alarma del mismo. La tasa de reconsultas en un período inferior a las 72 horas de

la visita inicial se ha propuesto como un ejemplo de evaluación del proceso asistencial, dado que refleja la idoneidad del circuito de asistencia y está estrechamente relacionada con posibles problemas en la atención inicial (MINTEGUI RASO et al., 2004; et al., MINTEGUI RASO et al., 2000; REYNOSO et al.2017; MAS et al., 2019).

El objetivo de nuestro trabajo es analizar las reconsultas en niños de 1 mes a 24 meses con diagnóstico de bronquiolitis que consultaron en Puertas de emergencias de ASSE (Administración de los Servicios de Salud del Estado) en el período del primero de enero al 31 de diciembre de 2018. Nuestra pregunta de investigación es ¿Cuáles el perfil de los niños que Reconsultan en Puerta de Emergencia?

2 MARCO TEORICO

2.1 BRONQUIOLITIS

Durante los meses de invierno las infecciones respiratorias bajas determinan un aumento de la demanda asistencial (MACHADO et al, ETXANIZ,et al, 2007; PINCHAK, et al, 2017). La BA (Bronquiolitis Aguda) es una infección del tracto respiratorio inferior frecuente en menores de 2 años, con alta incidencia estacional, que genera una alta demanda de atención y genera un alto consumo de recursos en salud. Constituye la primera causa de ingresos hospitalarios por problemas respiratorios en menores de un año de edad (MACHADO et al 2018; PINCHAK, et al, 2017).

Es una infección respiratoria baja de etiología viral, siendo el virus aislado frecuentemente el VRS (Virus Respiratorio Sincicial). La tasa de hospitalización reportada oscila entre un 1 – 3,5% en Europa, como Estados Unidos y Canadá, apreciándose una tendencia al aumento de dichas tasas en la última década. La duración media es de 12 días permaneciendo con síntomas a los 21 días, hasta en un 18%.

Lo que no dice la evidencia actual es que hasta el momento ninguna medicación ha demostrado que modifique la evolución natural de la enfermedad. Es una enfermedad que ocasiona un gran número de consultas en Puerta de Emergencia en los meses de invierno (ETXANIZ,et al, 2007; PINCHAK, et al, 2017; BELLO, et al 2009).

PINCHAK, et al (2017), realizaron la actualización una guía nacional de diagnóstico y tratamiento de bronquiolitis. El propósito principal de dicha Guía ha sido promover la formación continua de los profesionales pediátricos, generando una atención más costo – efectiva y fomentar la aplicación del conocimiento basado en la evidencia mediante la búsqueda y el análisis crítico de publicaciones nacionales e internacionales. En dicha guía se define BA como el Primer episodio de dificultad respiratoria y sibilancias bilaterales precedido de una infección respiratoria alta en menores de 2 años.

MC CONNOCHIE, et al (1983) define como bronquiolitis al primer episodio agudo de dificultad respiratoria con sibilancias, precedido por un cuadro catarral de las vías respiratorias altas, que afecta a los niños menores de 2 años. La bronquiolitis puede aparecer a lo largo del todo el año con un aumento en las demandas de servicios asistenciales en los meses de otoño e invierno.

La etiología más frecuente es el Virus Sincicial Respiratorio (VRS), siendo el agente responsable entre el 50 y 75% de los casos sin embargo existen otros virus implicados; rinovirus, adenovirus, metapneumovirus, influenza, parainfluenza, coronavirus y bocavirus humano.

Los virus se replican en las células epiteliales causando necrosis, lisis y liberación de mediadores de inflamación. La injuria de la vía aérea y del parénquima pulmonar resulta de una combinación entre los efectos del virus y la respuesta inmune. El principal agente es el Virus Sincicial Respiratorio. También se han reportado casos de otros virus respiratorios, menos frecuentes, asociadas con la presencia de apneas (metaneumovirus, coronavirus, adenovirus y parainfluenza).

Se plantean como factores de riesgo para desarrollar BA grave: edad menor de tres meses, ausencia de lactancia materna, enfermedad pulmonar, enfermedad neuromuscular, inmunodeficiencia congénita o adquirida, Síndrome de Down, y cardiopatías congénitas o adquiridas.

En Uruguay los niños que consultan por SBOL (Síndrome Broncoobstructivo del lactante) se evalúan en un segundo tiempo asistencial aplicando el Score de Tal modificado por O. Bello y G. Sehabiague. (BELLO, et al 2009) El mismo es útil para catalogar el grado de severidad de la obstrucción, constituyendo la clave del algoritmo de evaluación y manejo terapéutico. Véase Cuadro 1.

Frente a una enfermedad grave, prolongada o de curso clínico atípico, debemos pensar en otros diagnósticos primarios o condiciones asociadas que contribuyan a la severidad de la enfermedad. No se requieren exámenes paraclínicos para realizar el diagnóstico nosológico. La identificación rápida del virus es útil con fines epidemiológicos. No se recomienda realizar radiografía de tórax, hemograma de rutina en los pacientes con bronquiolitis aguda típica. Tampoco se recomienda su realización de rutina en los pacientes con una bronquiolitis aguda típica.

Cuadro 1. Score de Tal modificado por Bello y Sehabiague

Puntaje	Frecuencia Respiratoria <6 meses >6 meses	Silbilancias	Tirajes	Saturacion O2
0	<40 < 30	No	No	>95% (VEA)
1	41-55 31-45	Fin de espiración	Subcostal	<95% (aire con el llanto)
2	56-70 46-60	Inspiración-Espiración	Subxifoideo	< 95% (aire en reposo)
3	>70 >60	Audibles a distancia	Aleteo nasal	< 95% (con O2)

Adaptado de: PINCHAK et al, Guías de diagnóstico y tratamiento de Bronquiolitis. Actualización 2017.

Ningún tratamiento farmacológico ha demostrado ser capaz de alterar significativamente el curso clínico de la enfermedad sin embargo alguno de ellos puede prevenir la aparición de complicaciones y mejorar el bienestar del paciente. El manejo terapéutico se basa en medidas generales de soporte que constituyen las intervenciones con mayor grado de evidencia. La mayoría de los lactantes con bronquiolitis tendrán una enfermedad leve que puede ser manejada de manera ambulatoria de contar con un entorno familiar continente, con la información correcta acerca de los signos de peligro y el equipo de salud accesible y disponible.

Las medidas que se pueden adoptar en domicilio son: Posicionar en decúbito dorsal con la cabecera elevada a 30° evitando la flexión de cabeza sobre el de nariz mediante irrigación con suero fisiológico y aspiración suave de secreciones sobre todo antes de la alimentación; Alimentación de manera fraccionada; Evitar contaminantes ambientales como el tabaco; vigilar signos de empeoramiento o alarma que determinen la consulta en forma inmediata: dificultad respiratoria, aumento de la frecuencia o del trabajo respiratorio, palidez o cianosis; rechazo del alimento (ingesta de líquidos menor al 50% el volumen habitual) o vómitos; somnolencia. Se recomienda control médico sistemático a las 24-48 horas.

2.2 RECONSULTAS EN EMERGENCIA PEDIÁTRICA

En los últimos años la utilización de los servicios de SUP ha mostrado una tendencia creciente. Diversos estudios han planteado muchos factores que expliquen este proceso entre ellos se destacan los cambios socioculturales y demográficos, modificaciones en los patrones de morbilidad, mayor accesibilidad a los SUP, rapidez en la obtención de estudios complementarios e interconsultas con especialistas, y dificultades en el acceso al primer nivel de atención, entre otros (MINTEGUI RASO et al., 2004; et al., MINTEGUI RASO et al., 2000; REYNOSO et al.2017; MAS et al., 2019, BUROKIONE et al., 2017; ALCARAZ- MARTINEZ,et al., 2010; MEYER – MACAULAY et al., 2018, MICHELSON et al., 2018). Se han definido una serie de indicadores para evaluar la eficiencia y por ende la calidad de los procesos más frecuentemente utilizados en los SUP: tasa de pacientes en cada nivel de triage, tiempo medio de primera asistencia, tiempo medio de permanencia en el SUP, altas voluntarias, pacientes que se retiran sin ser asistidos, tasa de reclamos, grado de cumplimentación de la historia clínica, información a pacientes y familiares, proporción de ingresos, tasa de retornos o reconsultas y tasa de mortalidad en urgencias (LUACES, 2004; MAS et al., 2019, BARDACH et al; 2013, BERRY et al; 2011).

La tasa de reconsultas en un período inferior a las 72 horas de la visita inicial se ha propuesto como un ejemplo de evaluación del proceso asistencial, dado que refleja la idoneidad

del circuito de asistencia y está estrechamente relacionada con posibles problemas en la atención inicial (LUACES, 2004; MAS et al., 2019; REYNOSO et al., 2017, BARDACH et al; 2013, BERRY et al; 2011).

REYNOSO et,al (2017) realizaron un estudio retrospectivo observacional transversal en el que se incluyeron pacientes desde los treinta días de vida hasta los 15 años de edad que consultaron en un SUP durante el periodo de comprendido desde el primero de enero al 31 de marzo de 2010 e iguales fechas en 2014, se atendieron 14.003 consultas en 2010 y 13011 en 2014. Los diagnósticos más frecuentes fueron infección respiratoria, fiebre, diarrea. Las RC (Reconsultas) fueron de un 7 % en 2010 y de un 12,9% en 2013. La mayoría de los niños que reconsultaron lo hicieron por persistencias de síntomas en procesos que revisten poca gravedad.

MAS, et AL (2019) realizaron un estudio descriptivo de las consultas de puerta de emergencia en un centro de Salud privado de Montevideo, los datos de este estudio permiten estimar que las reconsultas por la misma enfermedad en las primeras 72 horas en el servicio de emergencia pediátrica de este prestador integral de salud representan entre 3,0% y 7,2% de todas las consultas.

Se destaca que 7% es el valor recomendado internacionalmente como estándar de calidad para este indicador, recientemente actualizado por la Sociedad Europea de Urgencia Pediátrica. La patología respiratoria fue la más frecuente en los niños que reconsultaron. Este hallazgo coincide con la mayoría de las publicaciones que analizan las reconsultas en las primeras 72 horas. Bronquiolitis y crisis broncoobstructivas son los diagnósticos más frecuentes reportados como causa de consulta.

En este estudio al considerar la distribución analizados los motivos de reconsultas se observó que la principal causa de las reconsultas fue la persistencia de los síntomas, sin peoría de estos. Una proporción de los usuarios que consultan podría y debería resolver sus consultas mediante atención programada en servicios ambulatorios. La utilización inadecuada de los SUP genera dificultades en la gestión clínica y en el funcionamiento de los servicios de salud en general y por lo tanto repercute en la calidad asistencial.

COZZI, et al (2017) analizaron las reconsultas en puerta de Emergencia en un hospital pediátrico en Italia para comparar las tasas de hospitalización de una población de pacientes que reconsultaron dentro de las 72 horas de la visita inicial, con pacientes que consultaron en el mismo periodo y se consideraron controles . Las dos cohortes se compararon por edad, sexo, categoría del triage, tasa de hospitalización, diagnostico al ingreso y duración de la estancia hospitalaria. Observaron que la tasa de hospitalización aumentó proporcionalmente al número

de veces que reconsultó, pero no se relacionó con una categoría de triage más grave, ni con una estadía hospitalaria más larga.

2.3 FUNCIONAMIENTO DE PUERTA DE EMERGENCIA

Actualmente se ha implementado, el sistema de triage estructurando en puertas de emergencia de ASSE. Este sistema de clasificación aporta beneficios en la atención de los pacientes. Sus beneficios se hacen más evidentes en situaciones en las que el servicio de emergencia se ve sobresaturado, ya que es cuando más necesario es controlar los riesgos (OPS, 2010).

Un sistema de triage moderno, ha de ser entendido como un sistema integral de calidad para los cuartos de urgencias, cuya implantación tiene efectos positivos directos sobre los pacientes, sobre los profesionales y sobre el sistema sanitario en su globalidad (OPS, 2010).

El triage permite un mejor conocimiento del tipo de pacientes que son atendidos en ellos, que permitiendo una mejor organización y distribución de los recursos sanitarios destinados a la atención de las urgencias. De esta manera se garantiza la categorización de los pacientes según el grado de urgencia de los síntomas y signos que presentan, prioriza la asistencia de los mismos, garantizando que los valorados como más urgentes son atendidos prioritariamente cuando la situación del servicio origina una espera prolongada para la atención y el tratamiento (OPS, 2010).

El proceso se inicia con la llegada de los pacientes donde el paciente se registra en la ventanilla e inicia el proceso de inicio de la historia clínica electrónica. El paciente puede llegar por sus propios médicos, trasladado por una UEM (Unidad de emergencia móvil) o por un Móvil policial.

Posteriormente una enfermera llama al paciente que se encuentra en la sala de espera para que se dirija al espacio físico donde se realiza el triaje. El proceso de clasificación consiste en asignar una categoría de gravedad al paciente, según variables clínicas, sus antecedentes médicos y el motivo de consulta. La primera vez que se utilizó este tipo de metodología data de la época de Napoleón Bonaparte, fue uno de sus cirujanos que teniendo por objetivo la atención en primera instancia de los pacientes más graves, posponía la atención de aquellos soldados con lesiones menores. (AVILES-MARTINEZ et al., 2016, MEDINA et al., 2007, SOLER et al., 2010, YATES et al., 2016).

Dicha clasificación consta de 5 categorías, que son ordenadas en orden de gravedad, como Emergencia, Muy Urgente, Urgente, Poco Urgente, No urgente.

El nivel de Emergencia el paciente requiere atención inmediata. La condición clínica del paciente representa un riesgo vital y necesita maniobras de reanimación por su compromiso

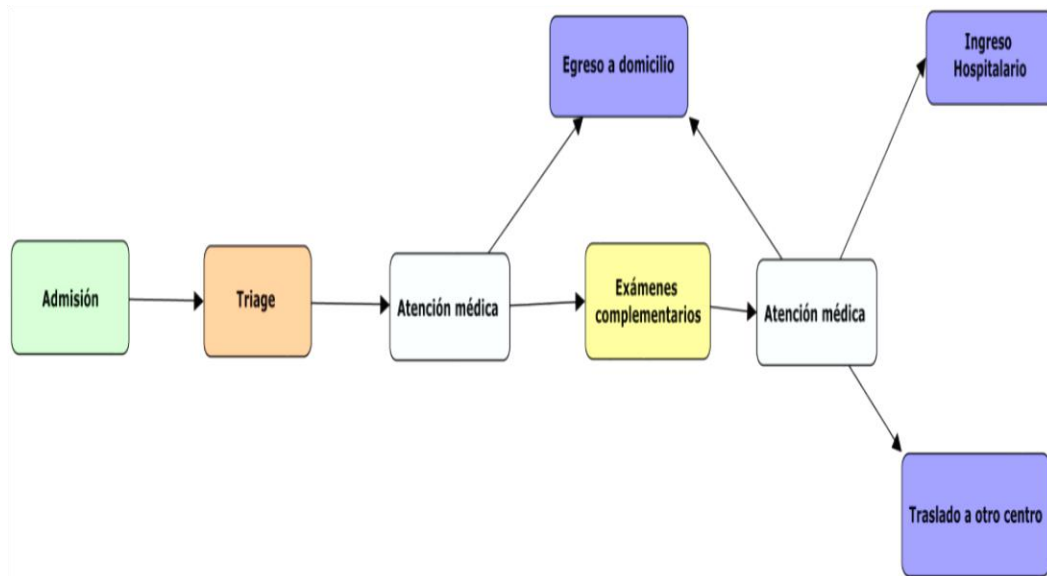
ventilatorio, respiratorio, hemodinámico o neurológico, pérdida de miembro u órgano u otras condiciones que por norma exijan atención inmediata.

En la categoría Muy urgente (Tiempo máximo para ser atendido es de aproximadamente 10 min) la condición clínica del paciente puede evolucionar hacia un rápido deterioro o a su muerte. En la urgencia (Tiempo máximo para ser atendido es de aproximadamente aproximado de 30 minutos) la condición clínica del paciente requiere de medidas diagnósticas y terapéuticas en urgencias. Son aquellos pacientes que necesitan un examen complementario o un tratamiento rápido, dado que se encuentran estables desde el punto de vista fisiológico, aunque su situación puede empeorar si no se actúa. Los pacientes clasificados como Poco urgente. (Tiempo máximo para ser atendido es de aproximadamente 60 minutos) no comprometen su estado general, ni representan un riesgo evidente. No obstante, existen riesgos de complicación o secuelas de la enfermedad o lesión si no recibe la atención correspondiente. Por ultimo si el paciente es no urgente (Tiempo máximo para ser atendido es de aproximadamente 180 min), condición clínica relacionada con la consulta, no representa un riesgo evidente para la vida (AVILEZ – MARTINEZ et al., 2016, MEDINA et al., 2007, SOLER et al., 2010, YATES et al, 2016).

Como paso siguiente al triage, los pacientes son llamados a cualquiera de los consultorios de urgencias. Se hace un primer diagnóstico, de allí el profesional determina el tratamiento y si el paciente es dado de alta o si requiere de exámenes de laboratorio y/o de radiología para valorar su estado y generar un tratamiento.

Una vez estén listos los resultados, el paciente es de nuevo llamado a los consultorios para interpretar los resultados de estos, por parte del profesional médico y éste determina el tratamiento a seguir, ya sea alta a domicilio, permanencia en emergencia para su seguimiento evolutivo, que sea ingresado a sala o CTI, o ser trasladado a otro centro de ASSE o a otro prestador (detalles en la Figura 1).

Figura 1. Esquema de atención en Puerta de Emergencia.



2.2 MODELO TEÓRICO

Las causas por lo que un paciente reconsulta es un fenómeno multifactorial, como se observa en la Figura 2, existen factores relacionados al paciente, a la atención médica y al sistema (TRIVEDY et al, 2015, JIMENEZ PUENTE, et al , PIERCE et al 1990, LIAW, et al 1999). Conocer estos factores pueden proporcionar información sobre como optimizar la atención y disminuyendo las consultas que pueden ser evitables (AKENROYE et al, 2014).

PELLERIN, et al (2018), en un estudio en adultos, desarrolla un modelo predictivo para poder utilizar por parte de los sistemas de salud, intentando identificar a los pacientes con alto riesgo de reconsultar dentro de las primeras 72 hs, para que puedan realizarse las intervenciones adecuadas.

Las variables preedictivas fueron, la demografía, las comorbilidades, y las consultas de atención del año anterior.

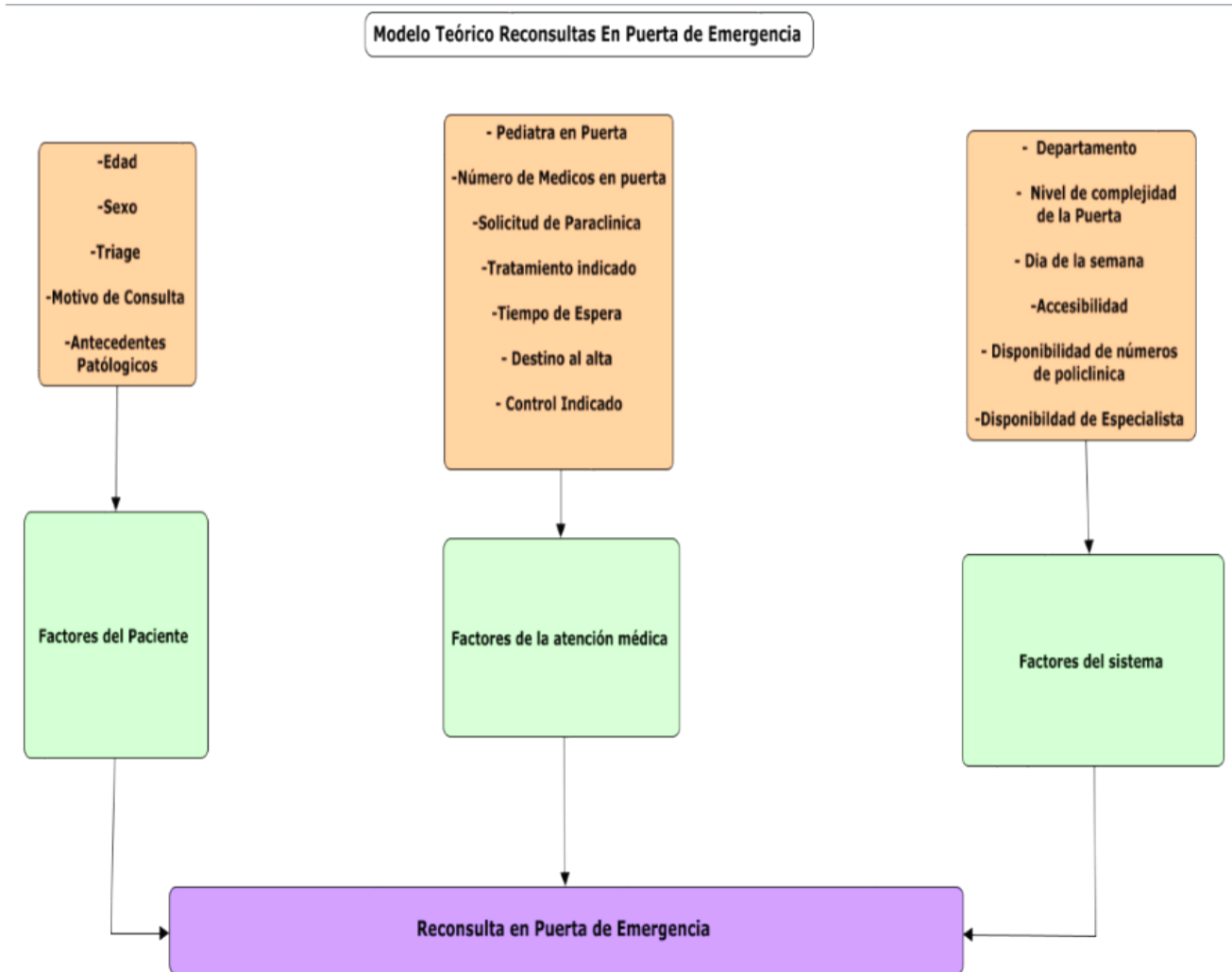
Al momento de la estimación de las reconsultas hay que tener en cuenta la proporción de consultas que se realizan en un centro distinto al de la visita inicial. KO et al (2015), estima esta proporción en 38,9%.

ABUALENAIN et al (2013) realizaron una revisión de los pacientes que regresaban dentro de las 72 hs para determinar si las reconsultas en emergencia son un indicador útil de garantía de calidad, se revisaron las consultas para detectar deficiencias en el manejo médico, el seguimiento apropiado prescrito, la educación del paciente y el cumplimiento del paciente. De las reconsultas un 20,8% no recibieron la educación adecuada, y un 36,5% se debieron a al incumplimiento del paciente. El 49,2% de las mismas regresaron a las 24 hs, un 30% entre las 24 a 48 hs y un 20,8 % entre las 48 a 72 hs.

En otras series se observó que un 32,5% de los retornos se pud haber evitado con una mejor educación del paciente o atención médica en la visita inicial (LERMAN, et al 1987).

LIAW et al (1999) llevaron a un cabo un estudio para ver si el seguimiento posterior a la consulta en sala de emergencias ayuda a cambiar la utilización de la atención de urgencias. Se llevó acabo un ensayo clínico al que en un grupo se le realizó un control telefónico en dos oportunidades por parte de una enfermera con experiencia en urgencias, entre los días 1 y 2 y el 3 y 5. Se observó que algunos sujetos tendían a usar la sala de emergencia como centro de atención primaria. Un seguimiento telefónico por parte de enfermeras y una mejor conexión entre el sector de salud privado y público, la atención primaria y terciaria puede ayudar a disminuir el uso inapropiado de la puerta de emergencia.

Figura 2. Modelo Teórico.



3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar la ocurrencia de las reconsultas en niños de 1 mes a 24 meses con diagnóstico de bronquiolitis que consultaron en puertas de emergencias de ASSE en el periodo del primero de enero al 31 de diciembre de 2018, de Uruguay.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS.

Conocer el número de reconsultas realizadas, su clasificación según el triage de emergencia, Centro de salud, día, mes, región.

Identificar un perfil de usuarios más susceptible a reconsultar según variables sociodemográficos.

4 MATERIALES Y MÉTODOS

El presente trabajo es un estudio observacional analítico retrospectivo. Para la recolección de los datos se utilizó el Sistema de Historias Clínicas Electrónica (geosalud) de ASSE. La herramienta informática GeoSalud, posibilita el registro de la Historia Clínica Electrónica de asistencia en Emergencia y Egreso Hospitalario, a la cual el profesional podrá acceder de forma remota. De esta manera, se facilita la construcción de la continuidad asistencial desde todos los puntos de la red asistencial, de todo el país; permitiendo mejorar la calidad de atención y tener una gestión más eficiente.

Desde el año 2010 la empresa Geocom ha venido impulsando el desarrollo de la historia clínica electrónica en el Uruguay. Su solución de software, GeoSalud ha sido adoptada por los principales actores del sistema: la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), la Federación Médica del Interior (FEMI), Servicio Médico Integral (SMI), Hospital Evangélico, SUAT; los cuáles en conjunto son responsables de la cobertura de cerca del 70% de los uruguayos.

4.1 POBLACIÓN DE ESTUDIO

Pacientes de 1 mes a dos años con diagnóstico de Bronquiolitis e IRA baja que consultaron en Puerta de Emergencia de Hospitales de ASSE en el período del primero de enero al 31 de diciembre 2018.

4.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Se excluyen los centros que no tengan implementado el Sistema de GeoSalud en puerta de Emergencia al primero de enero de 2018.

4.3 DEFINICIÓN DE RECONSULTA

Se definió reconsulta cuando el paciente consultó nuevamente en el UP en un período inferior a los tres días siguientes a la visita inicial. (LUACES, 2004; MAS et al., 2019; REYNOSO et al., 2017)

El cálculo del índice de reconsultas o readmisiones dentro de los tres días siguientes a la visita inicial se realizó utilizando la siguiente fórmula:

Número de pacientes readmitidos en un intervalo de 3 días/Número de pacientes asistidos en el SE en el período de estudio x 1000.

No se considera como reconsulta aquellos individuos que fueron trasladados de centro asistencial.

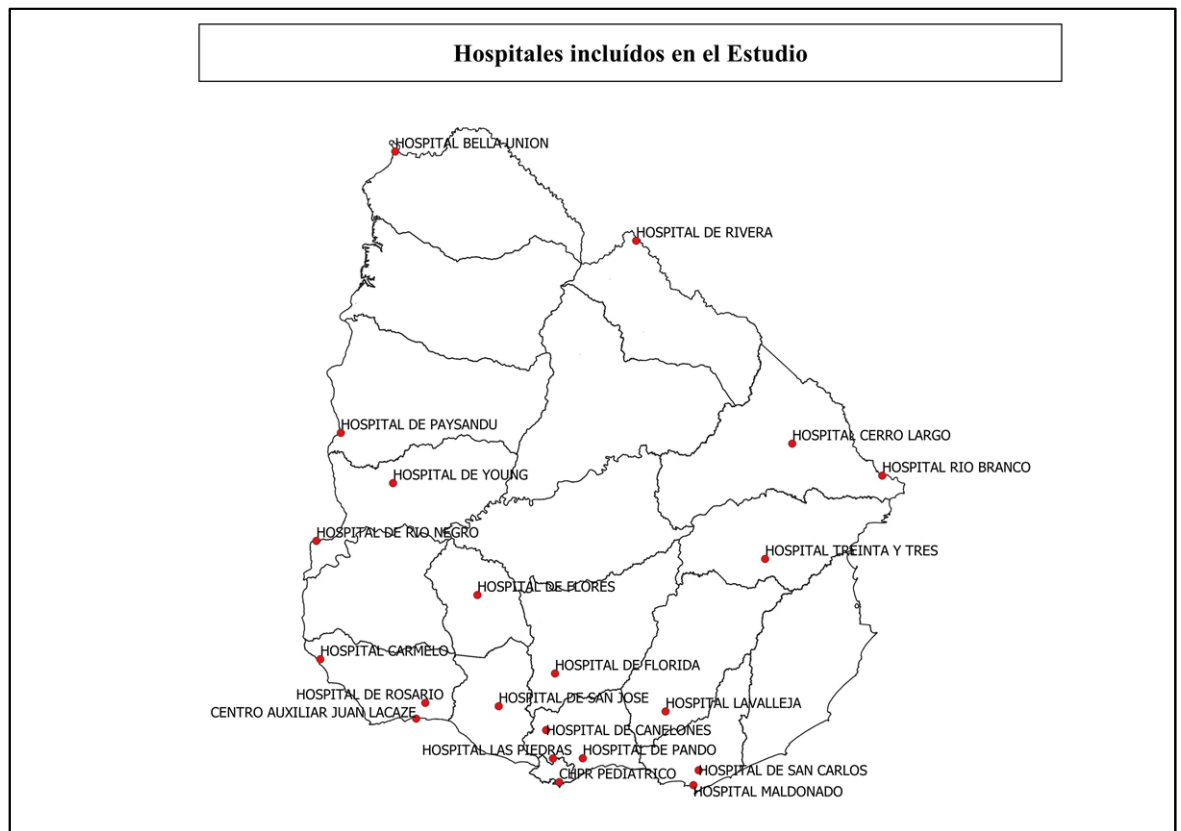
Se analizaron 20 Hospitales que cumplieron con los criterios de inclusión, distribuidos en distintos departamentos del país. En la figura 3 y 4 se muestran todos los Hospitales de ASSE que cuentan con emergencia Pediátrica y los centros incluidos en el estudio respectivamente.

Figura 3. Hospitales de ASSE que cuentan con puerta de Emergencia Pediátrica.



QGIS 3.4. Madeira . Datos Extraídos de INE y MIDES. Disponibles en <https://mapas.mides.gub.uy/> y <https://ine.gub.uy/mapas-vectoriales>.

Figura 4. Hospitales incluidos en el Estudio



QGIS 3.4. Madeira . Datos Extraídos de INE y MIDES. Disponibles en <https://mapas.mides.gub.uy/> y <https://ine.gub.uy/mapas-vectoriales>.

En el cuadro 2 se observan las variables de utilizadas en la estudio, recolectadas del sistema informático GeoSalud. Se describen su clasificación, y los valores que toman cada una de las variables.

Se utilizaron variables como fecha, día de la semana, mes , edad , sexo centro de salud región , motivo de consulta, triage , estado al alta y control indicado por el médico al finalizar la consulta en emergencia.

Cuadro 2. Variables de la base de datos.

VARIABLES	CLASIFICACION	VALORES
Fecha	Formato fecha	Dia/ mes / año
Día de la semana	Cualitativa nominal	Nombre del día de la semana
Mes	Cualitativa nominal	Nombre del mes
Edad	Cuantitativa Continua Escala de Razón.	Edad en meses
Centro de salud	Cualitativa nominal	Nombre del centro de salud
Estado al alta	Cualitativa nominal	A domicilio Traslado a otro centro ASSE Traslado a otro centro no ASSE CTI /CI Ingreso a sala
Control	Cualitativa ordinal	24 a 48 horas 3 a 7 días 8 - 15 días Más de 15 días No corresponde
Triage	Cualitativa ordinal	Nivel I. Emergencia. (0 min) Nivel II. Muy urgente (10 min) Nivel III. Urgente (30 min) Nivel IV. Menos Urgente (60 min) Nivel V. No Urgente (180 min)
Sexo	Cualitativa ordinal	1 – Masculino 2 - Femenino
Motivo de consulta	Cualitativa Nominal	Motivo de consulta registrado en el sistema
Reconsulta	Cualitativa nominal	0 – No 1 – Si
Región	Cualitativa Nominal	0 – Montevideo 1 – Interior

4.4 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Para el análisis descriptivo se calculó mediana, rango intercuartílico para variables cuantitativas y proporciones para las variables cualitativas. Las comparaciones entre los grupos se realizaron con la prueba de Mann-Whitney o mediante la prueba de chi cuadrado según corresponda. Se utilizó un nivel de significación de 5 %.

Con el fin de intentar identificar los perfiles de usuarios que reconsultaron, se realizó un Análisis de Correspondencia Múltiple (ACM). El ACM es una técnica multivariante que permite describir la relación entre más de dos variables nominales en un espacio de pocas dimensiones.

El análisis de correspondencia es una herramienta que puede contribuir a visualizar las asociaciones existentes en los datos y permite formular hipótesis que este puede contrastar. Es un equivalente al análisis de componentes principales o análisis factorial pero para variables cualitativas.

El objetivo es representar cada uno de los valores posibles de cada una de las variables estudiadas en un plano donde la posición relativa de los puntos refleje el grado de asociación entre las categorías de las variables. La representación se hará agrupando las categorías en función de las similitudes que presenten las variables relacionadas. Además de analizar la relación entre las variables permite analizar cómo está estructurada esta asociación, describiendo las proximidades que nos permiten a su vez que categorías influyen más en dicha asociación.

Considerando la similitud entre categorías se produce una síntesis, reducción o resumen de las mismas en torno a dimensiones. La forma de visualizar dichas dimensiones es a través de los mapas perceptuales.

Un mapa perceptual está compuesto de ejes de coordenadas y puntos. Los puntos representan a objetos y categorías de las variables. Los ejes (dimensiones) definen el espacio de representación de los puntos.

El ACM posee una relativa libertad en cuanto a los supuestos, lo importante es la existencia de relaciones entre las variables. En el caso de variables cuantitativas deben ser recodificadas categorizando a las mismas y con ello asumimos una pérdida de información. Si las dimensiones sintetizan a información y estarán representados por aquellas categorías que originalmente tuvieron más protagonismo, más frecuencia o más masa.

A mayor masa, mayor será la importancia relativa de la categoría correspondiente e influirán más en la dirección del eje.

Una vez representada la nube de puntos ponderados (a partir de su masa) debemos valorar si estos se encuentran concentrados o dispersos, si las variables son muy dependientes las

distancias serán muy grandes (filas y columnas distintas), pero si son independientes los puntos de la nube aparecerán muy agrupados (filas y columnas parecidas). La inercia es el estadístico que en el análisis de correspondencias mide la dispersión de la nube de puntos. Cuanto mayor sea la inercia total más dependientes serán las variables y más sentido tendrá identificar que o cuales categorías son las que participan con mayor protagonismo en esa dependencia. Se analizaron los datos con el programa R versión 3.6.0, con uso de las bibliotecas `ca` y `FactoMiner`.

4.5 ASPECTOS BIOÉTICOS

Para acceder a las bases se debió realizar una solicitud escrita, con la posterior autorización de las Autoridades de ASSE. Se preserva el anonimato del individuo. Algunos de los datos del proceso asistencial son datos libres publicados en el portal de transparencia de ASSE.

5 RESULTADOS

5.1 ANÁLISIS DE LAS CONSULTAS TOTALES DE BRONQUIOLITIS

5.1.1 Análisis descriptivo

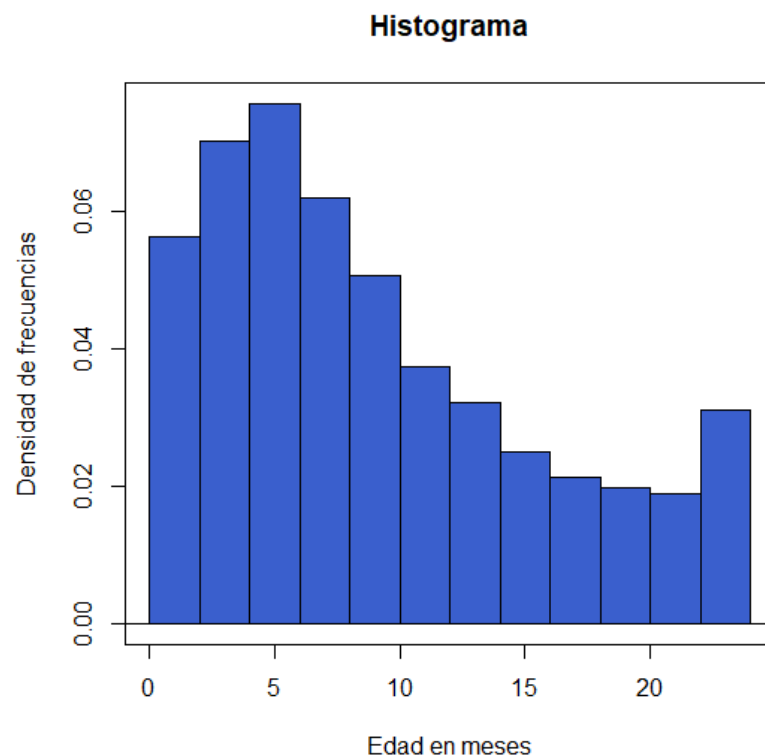
Se analizaron 5697 consultas por bronquiolitis. El 43,5% del sexo femenino y el 56.5% del masculino, como se observa en la Tabla 1.

Tabla1. Distribución de frecuencias de la variable sexo.

Variables	N	(%)
Sexo		
Masculino	2479	(43,5)
Femenino	3218	(56,5)

La edad en el total de consultas por bronquiolitis como se observa en el gráfico 1 , tiene una distribución asimétrica, predominando en los primeros meses, posteriormente hay un aumento a los dos años posiblemente se pueda deber al ingreso al jardín de infantes. La mediana de edad fue de 8 meses con un rango intercuartílico de 10 meses.

Gráfico1. Histograma de la variable edad



La mediana de edad tanto para el sexo masculino como para el sexo femenino es de 8 meses. Según la tabla 2 observamos que la bronquiolitis es una enfermedad estacional y presenta un aumento en los meses de invierno, con un pico en los meses de julio y agosto.

En la tabla 2 se muestra la distribución de frecuencias de las consultas en los distintos días de las semanas y meses del año, vemos que el lunes tiene mayor número de consultas con un 17,1%, el 25,6% consulta el fin de semana momento en que las policlínicas están cerradas y las consultas se concentran en emergencia.

Con respecto al motivo de consulta como se muestra en la tabla 3 el motivo más frecuente fue tos en un 37,5 % de los casos, seguido de Dificultad respiratoria en un 28,5%. La mayoría de los pacientes que consultaron por tos, fiebre u vómitos fueron remitidos al domicilio (más del 80% e todos los casos).

Tabla 2. Distribución de frecuencia de las consultas en los distintos meses del año y día de la semana en el total de las consultas.

Variables	
mes	N (%)
Enero	64 (1,1)
Febrero	57 (1,0)
Marzo	216 (3,8)
Abril	182 (3,2)
Mayo	289 (5,1)
Junio	776 (13,6)
Julio	1137 (19,9)
Agosto	1080 (18,9)
Septiembre	788 (13,8)
Octubre	505 (8,9)
Noviembre	357 (6,3)
Diciembre	248 (4,4)
Dia de la semana	
Domingo	738(12,9)
Lunes	975(17,1)
Martes	876(15,4)

Miercoles	772 (13,5)
Jueves	859(15,1)
Viernes	760(13,4)
Sabado	719 (12,6)

Tabla 3 Distribución de frecuencias para las variables del proceso asistencial, en el total de consultas por Bronquiolitis.

	N (%)
Motivo de consulta	
Tos	2139 (37,54)
Fiebre	699 (12,27)
Rinitis/Rinorrea	240 (4,21)
Vómitos	30 (0,53)
Dificultad respiratoria	1623 (28,48)
Control	354 (6,21)
Otros	613 (10,76)
Triage	
Emergencia	7 (0,15)
Muy urgente	40(0,87)
Urgente	1690 (36,58)
Menos Urgente	1801 (38,98)
No Urgente	1082 (23,42)
Estado al alta	
A domicilio	4193 (73,59)
A otro centro ASSE	79 (1,39)
A otro prestador no ASSE	39 (0,68)
A CTI	140 (2,46)
Ingreso a cuidados basicos	98 (1,72)
Ingreso a cuidados modera- dos	1135 (19,92)
Retiro sin alta médica	14 (0,25)

De los niños consultaron por dificultad respiratoria el 55,61% fueron remitidos a domicilio, un 32,81% ingresaron a cuidados moderados y un 6,2% a cuidados intensivos. A su vez sólo un 0,2% fue clasificado como Emergencia, un 1,7% como muy Urgente y un 51,9% como Urgente.

De los pacientes con dificultad respiratoria que fueron clasificados como Muy urgente el 14,3 fueron remitidos a domicilio, en tanto los clasificados como Urgentes el 100% fue remitido a domicilio.

De los pacientes que consultaron por tos el 83,3% fue remitido a domicilio lo mismo que aquellos cuyo motivo de consulta fue fiebre.

Al analizar la variable triage observamos que el 18,9% de los datos se han perdido, consideramos a pesar de no contar con esos datos, dada la importancia de la variable y por mantener el mismo comportamiento, se incluirá la variable en el análisis, asumiendo el riesgo de estar cometiendo un sesgo de información.

Se observa que el 62,4% de las consultas se clasifican como Menos urgentes o No urgentes. En tanto un 36,58% de las consultas se clasificaron como urgentes.

Tras haberse realizado la consulta en emergencia el 73,59% de los individuos fueron remitidos a su domicilio.

En los individuos clasificados como poco urgentes o no urgentes más del 80% de las consultas fueron a domicilio, en el caso de los clasificados como emergencia en un 28,6% de las consultas fueron remitidos a domicilio, en la categoría muy urgente en un 17,5%, y en los urgentes en un 56,5%. Estos datos podrían estar reflejando que la valoración de las urgencias por parte del personal de la salud, no siempre responde exclusivamente a factores clínicos, sino también se pueden identificar la presencia de otras variables asociadas, entre las que pueden mencionarse estado psíquico de la madre al ingreso a la emergencia, y la posibilidad de conflicto social al interactuar con el personal de salud.

Del total de consultas el 61,1% tenían indicado un control a las 24-48 hs, el 9,1% de 3 a 7 días, el 0,2% de 8 a 5 días y en un 29,6% no tenían indicado control.

5.2 ANÁLISIS DE LAS RECONSULTAS

Se excluyen del análisis los pacientes que en la primer consulta hallan sido trasladados o ingresados ya sea a sala o CTI, dado que no son pacientes en riesgo a reconsultar. Se observó de reconsulta de un 10,94%.

La mediana de edad en el grupo de reconsulta es de 9 meses en los grupos que no reconsultaron en comparación con el grupo que reconsultaron que fue de 6 meses, siendo esta

diferencia estadísticamente significativa (Valor $p < 0,0001$). Como se observa en el gráfico 2, la distribución de la edad es asimétrica.

Al analizar la distribución de las reconsultas por sexo observamos que no se hallan diferencias estadísticamente significativas (Valor $p = 0,75$). En la tabla 4 observa que según el motivo de consulta en las primeras consulta el 44% consulta por tos, en tanto en las reconsultas el motivo por el que concurren es para realizarse un control. Siendo esta una diferencia estadísticamente significativa (Valor $p < 0,001$).

Gráfico 2. Histograma de la distribución de la variable edad según las reconsultas .

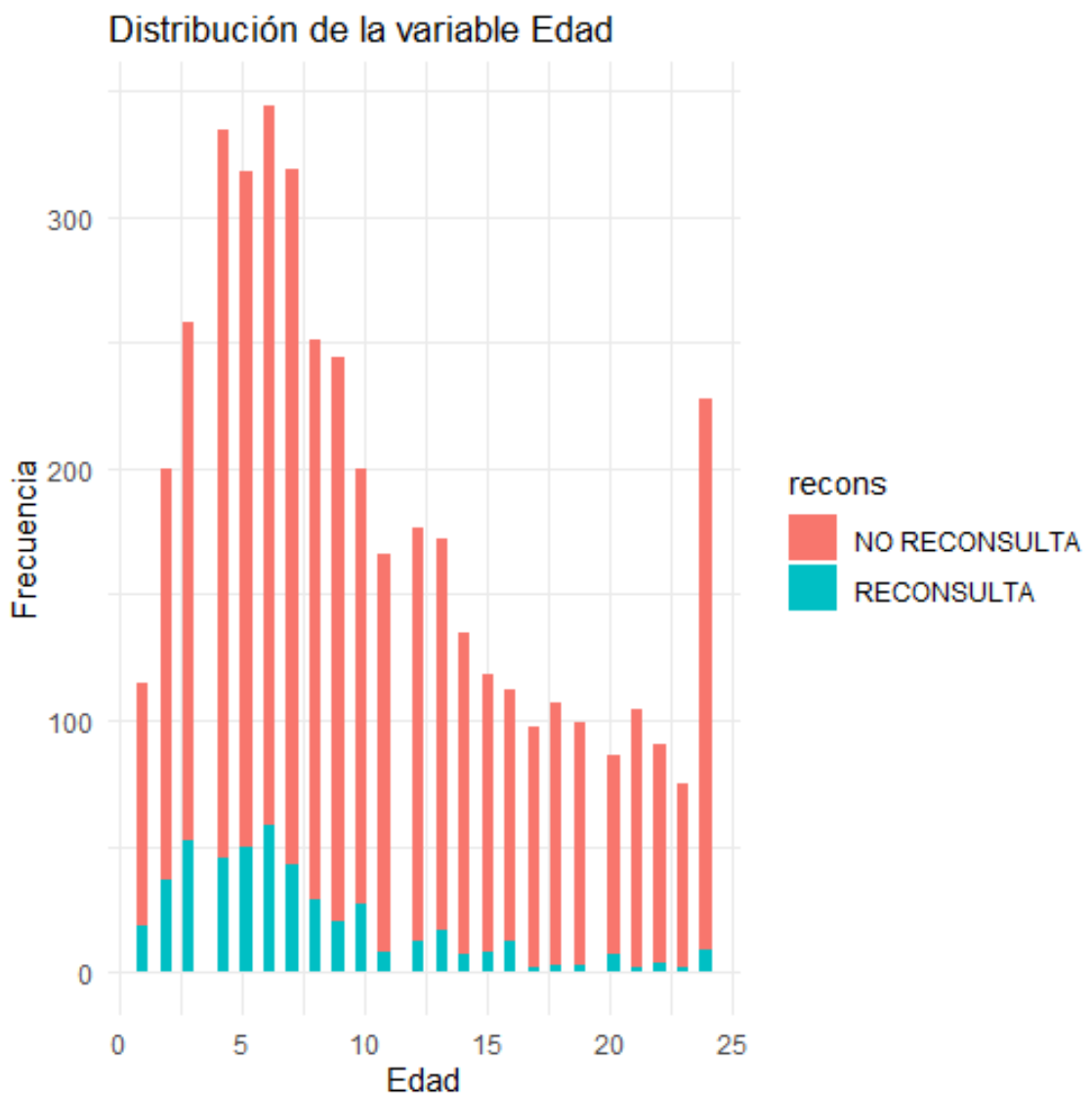


Tabla4. Distribución de frecuencias para las variables del proceso asistencial en los pacientes que reconsultaron.

	N	%
Motivo de consulta		
Tos	88	18,3
Fiebre	25	5,3
Rinitis/Rinorrea	11	2,3
Vómitos	2	0,4
Dificultad respiratoria	103	21,6
Control	160	33,6
Otros	87	18,3
Triaje		
Emergencia	2	0,4
Muy urgente	1	0,2
Urgente	113	23,7
Menos Urgente	131	27,5
No Urgente	136	28,6
Estado al alta		
A domicilio	319	67
A otro centro ASSE	11	2,3
A otro prestador no ASSE	8	1,7
A CTI	12	2,5
Ingreso a cuidados basicos	9	1,9
Ingreso a cuidados modera- dos	116	24,4
	1	0,2
Retiro sin alta médica		

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al día de la semana.
(Valor $p=0,10$).

En cuanto a la distribución de las reconsultas según el mes no se hallaron diferencias estadísticamente significativas (Valor $p = 0,57$).

El 76,9% (366) de las reconsultas se realizaron en hospitales del interior y el 23,1 % (110) en Montevideo. Sin embargo el 71,6% (262) de los pacientes que reconsultaron en hospitales del interior fueron remitidos al domicilio y un 52,7% (58) en Montevideo (Valor $p < 0,001$).

Los pacientes de 1 a 6 meses que reconsultaron el 62,4 % fue remitido a domicilio, un 3,3 % ingresó a CTI, el 29,% ingreso a sala y un 5 % se trasladó. En tanto en los mayores de seis meses el 75,5 % de los pacientes fue remitido a domicilio, un 2,4 se trasladó y un 21,8 ingreso. Siendo esta diferencia estadísticamente significativa (Valor $p = 0,038$).

En cuanto al día de reconsulta el 48,9 % reconsulto en las primeras 24 hs el 31,3 entre las 24 a 48 hs y un 19,3 a las 72 hs. No se observó diferencia estadísticamente significativa según el día de reconsulta y el destino del paciente. (Valor $p = 0,241$).

Al analizar el motivo de consulta según el día de reconsulta en todos los grupos los motivos de consulta más frecuente fue control.

La mediana de edad según el día de reconsulta fue de 6 meses en todos los casos.

El 87% reconsultó una sola vez, un 9,9% reconsultó dos veces y un 2,7% más de dos veces. De los reconsultaron dos veces el 74% fue a domicilio y para los que reconsultaron más de dos veces el 81,8 fue a domicilio.

En cuanto el estado al alta el 67,2 % de las reconsultas fueron remitidas a domicilio, un 26,1% de los pacientes ingresaron a sala en tanto un 2,5 de los pacientes fueron ingresados a CTI.

5.3 ANÁLISIS DE CORRESPONDENCIAS MÚLTIPLES

En cuanto al análisis de correspondencias, inicialmente incluimos aquellas variables cuya asociación fue significativa. A partir de este gráfico 3 vemos una asociación más fuerte entre Reconsulta, Edad y Destino. Y entre triage y región. Observamos que la inercia global es de un 23,02%. Siendo un 13,17 % para la dimensión 1 y un 9,85% para la dimensión 2.

Gráfico 3. Resultado de ACM para las variables, Edad, Reconsulta, Destino, Triage y Región.

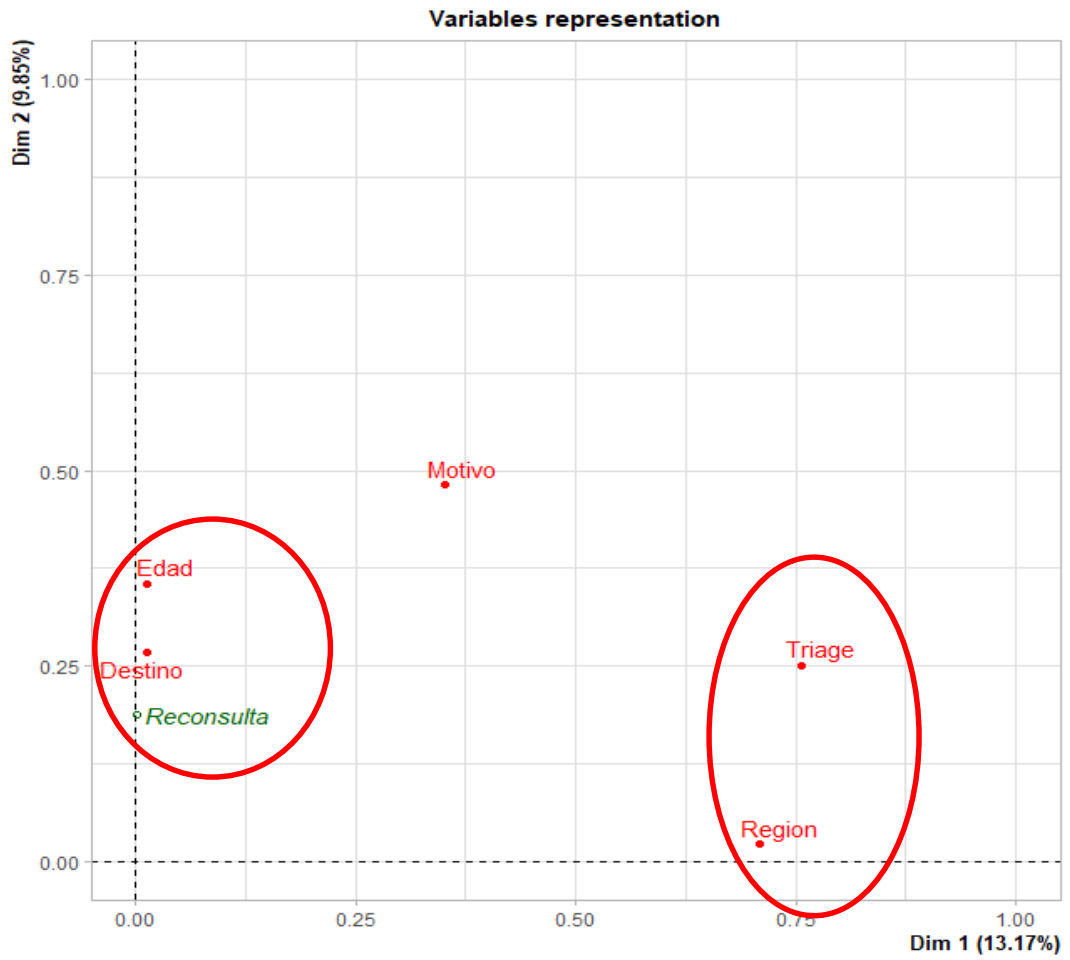
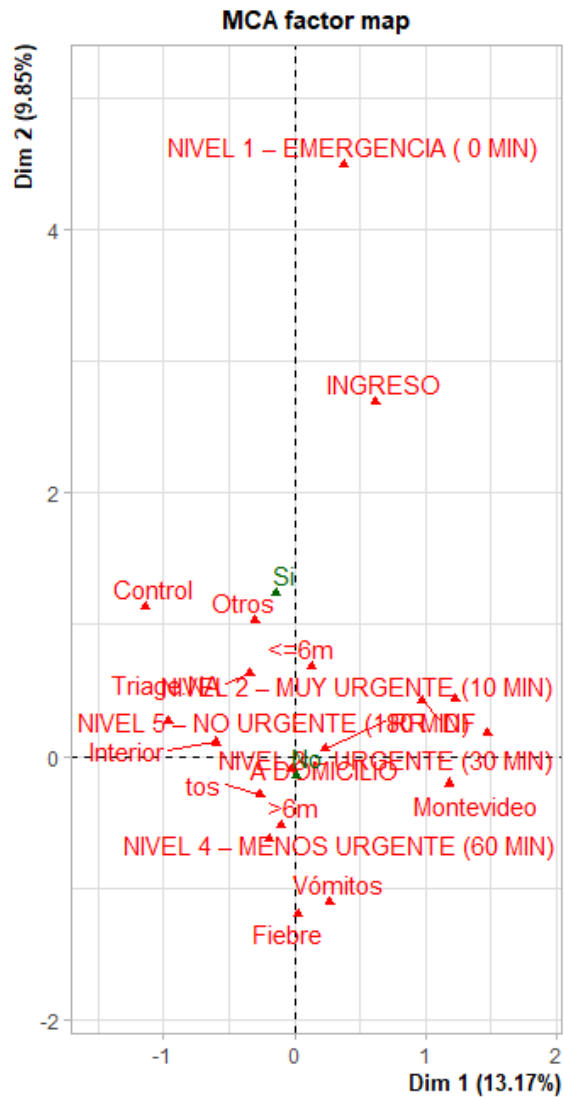


Gráfico 4. Resultado de ACM para las categorías de las variables , Edad , Destino, Reconsulta Triage y Región .



A partir de este gráfico 3 vemos una asociación más fuerte entre Reconsulta , Edad y Destino. Y entre triage y región.

Utilizando todas las variables el análisis del mismo se dificulta como se muestra en el gráfico 4, por ello realizaremos un nuevo análisis sólo con Reconsulta, Edad y Destino.

Al incluir sólo las variables Edad , Reconsulta , y Destino mejora la inercia global , como se muestra en el gráfico 5, siendo la variabilidad explicada de casi el 100 % en las primeras dos dimensiones. Con una variabilidad explicada de 42,86% para la dimensión 1 y un 57,14% para la dimensión 2.

A su vez observamos que en ambas dimensiones lo que más contribuye es el reconsultar y el tener hasta 6 meses inclusive. (Ver gráficos 7 y 8).

Gráfico 5. Resultado de ACM para las variables, Edad, Destino y Reconsulta.

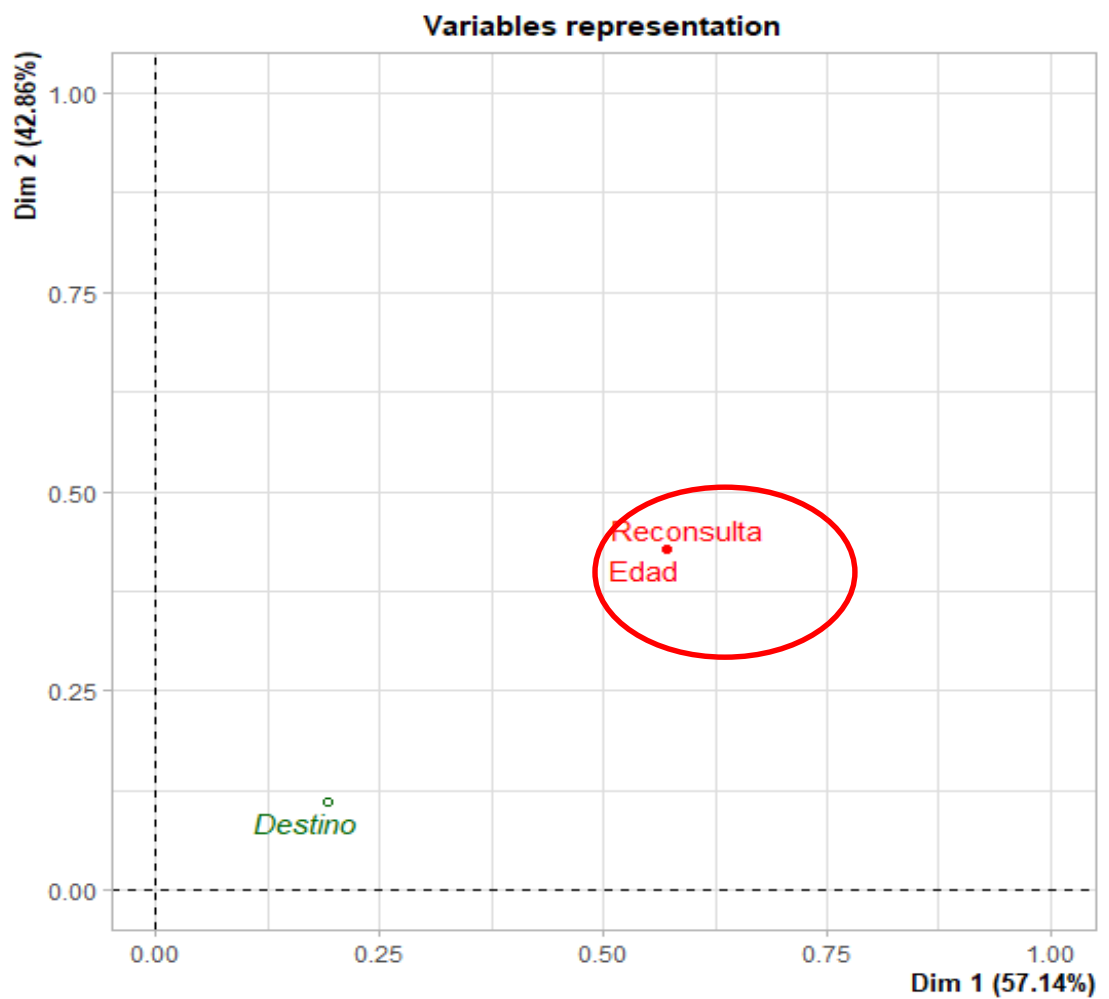


Gráfico 6 Resultado de ACM para las Categorías de las variables , Edad, Destino y Reconsulta

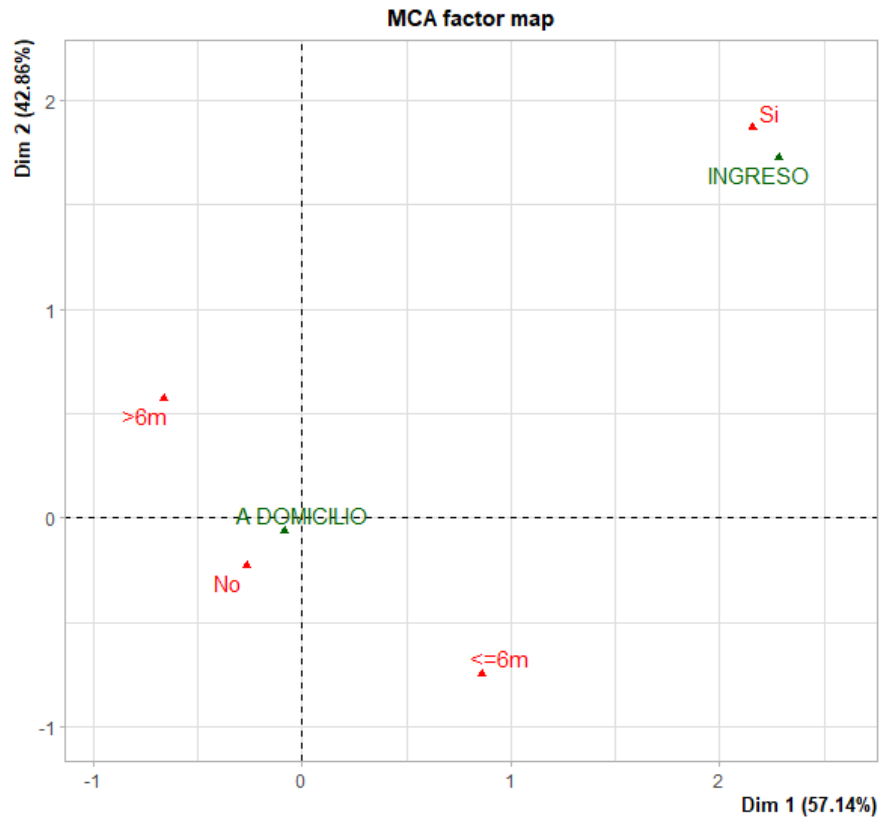


Gráfico 7. Resultado gráfico ACM . Contribución de las variables en la Dimensión 1 de las variables Edad, Destino y Reconsulta.

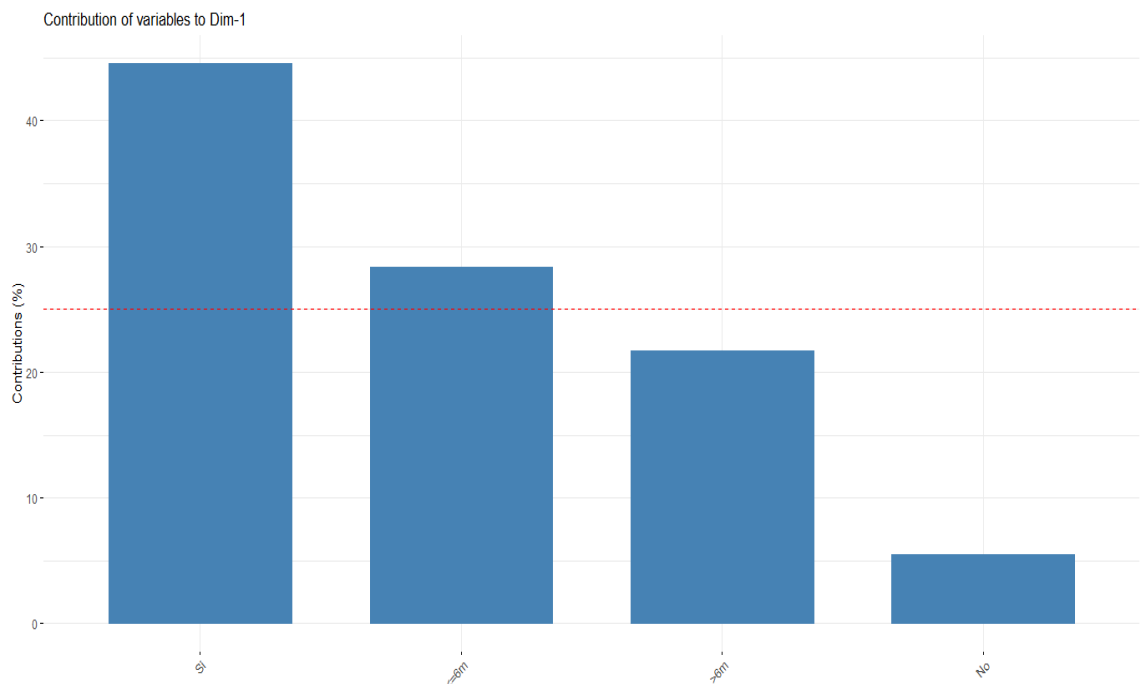


Gráfico 8. Contribución de las variables en la Dimensión 2 de las variables Edad , Destino y Reconsulta.

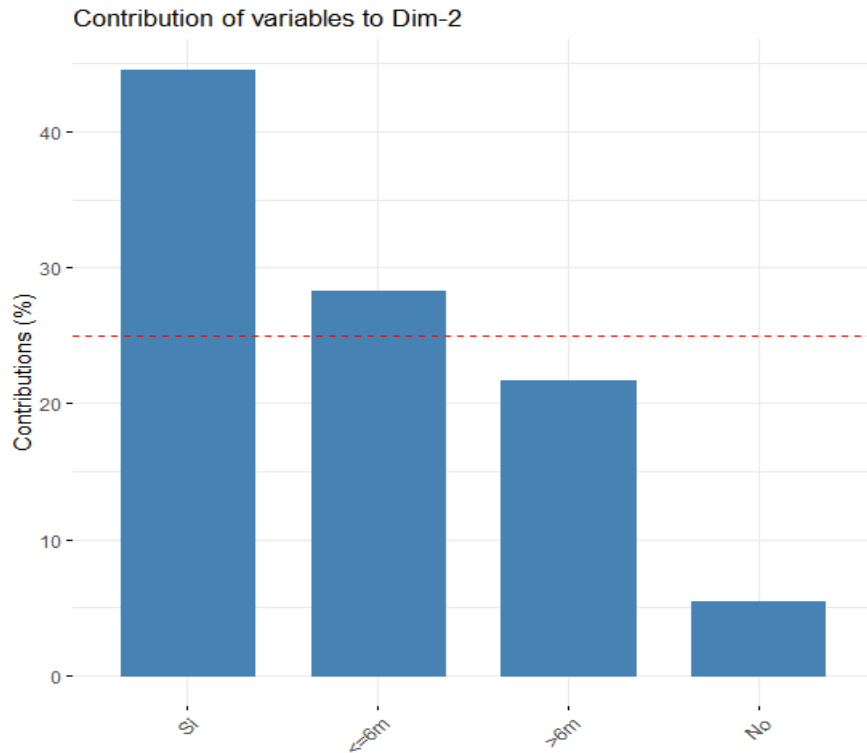


Tabla 5 . Distribución de frecuencias para las variables del proceso asistencial recodificadas en los pacientes que reconsultaron.

	Reconsulta. N (%)		Valor p
	No	Si	
Edad (meses)			
<=6m	1584 (84,0)	302(16,0)	< 0,001
>6m	2289 (93,0)	173 (7,0)	
Región			
Montevideo	2518 (87,3)	365(12,7)	
Interior	1355 (92,5)	11 (7,5)	

Tabla 6 . Distribución de frecuencias del Destino al alta según la edad en los pacientes que reconsultaron según la reconsulta.

Reconsulta	Estado al Alta		Valor p
	A domicilio	Ingreso	
Si	320 (67,4)	155(32,6)	< 0,001
No	3873 (100)	0 (0,0)	

Tabla 7. Distribución de frecuencias del Destino al alta según la edad en los pacientes que reconsultaron según la Edad recodificada

Edad	Estado al Alta		Valor p
	A domicilio	Ingreso	
<=6m	189 (62,6)	113(37,4)	0,003
>6m	131 (75,7)	42(24,3)	

Se observa que reconsultan más los niños de hasta seis meses. Es mayor la proporción de individuos que reconsultan en el interior. (Véase tabla 5 y 6).

La proporción de ingresos en las personas que tienen hasta seis meses es mayor (37,4 %) que en los mayores de seis meses.

6 DISCUSIÓN

En este último año donde la población mundial está azotada por una pandemia, que agrava una crisis económica ya existente y debilita a aún más a los sistemas sanitarios que ya tenían una tendencia a la saturación de sus servicios, es una gran preocupación el mantenimiento de forma sostenible del estado de salud de la población sin perder calidad, equidad y la universalidad sanitaria.

BOYLE et al 2012 , plantea que existe una saturación en el servicio de emergencia si sucede alguno de estos hechos ; dificultades en la ubicación de pacientes que acuden con ambulancia con tiempos de espera de más de 15 minutos, pacientes que se marchan sin ser valorados mayor de 5%, demora de más de 5 minutos en el proceso de Triage, índice de ocupación del SUH mayor al 100%, más de 90% pacientes con estancia mayor a 4 horas, en este intervalo de tiempo los pacientes de los SUH deben haber sido resueltos (asistidos, tratados y dados de alta o ingresados) , retraso en la valoración diagnóstica de pacientes (más de 30 minutos), retraso en el ingreso hospitalario una vez se ha tomado la decisión (más de 90% de los pacientes ingresan en las 2 primeras horas después de la decisión), elevado porcentaje de pacientes en el servicio de urgencia que esperan cama de ingreso (más del 10%).

El hacinamiento en el departamento de emergencias se ha convertido en una barrera importante para recibir una atención adecuada en emergencia, los pacientes se enfrentan a largos tiempos de espera para ser tratados. Este hacinamiento es un reflejo del desajuste de oferta y demanda en el sistema de atención (ASPLIN et, al. 2003).

Esto en ocasiones provoca que el proceso asistencial en las áreas de urgencias se realice con unos déficit funcionales y / o estructurales, llevando a que los profesionales trabajen sometidos a una enorme presión que incide de forma negativa en el proceso asistencial.

La tasa de reconsultas en un periodo de 72 hs de la visita inicial es un indicador que se ha utilizado para evaluar la eficiencia y por ende la calidad de dicho proceso. Cabe destacar que generalmente dicha tasa se calcula tomando el total de consultas y no solamente aquellas consultas que han tienen riesgo de reconsultar por lo que se estaría infraestimando. A su vez generalmente dichas tasas se calculan incluyendo patologías muy diversas, que tienen tratamientos muy diferentes, evoluciones distintas, y algunas de las cuales tienen un comportamiento estacional. Según MAS, et al (2019), que realizó un estudio descriptivo de reconsultas pediátricas en un centro privado en Montevideo la patología respiratoria fue la más frecuente en los niños que reconsultaron, bronquiolitis y crisis broncoobstructivas fueron los diagnósticos más frecuentes.

Todos los años en los meses de invierno las bronquiolitis determinan un aumento en la demanda asistencial de los servicios de emergencia e internación.

En nuestra serie el 73, 59 % de los pacientes que consultaron por bronquiolitis en el 2018 fueron remitidos a domicilio. El 62, 4 % de las consultas fueron clasificados como no urgentes o poco urgentes.

Se observó que el 10, 94 % de los pacientes reconsultaron. La media de edad en los que reconsultaron fue de seis meses en tanto los que no la mediana fue de 8 meses. A su vez dentro de los que reconsultaron la proporción de pacientes que fueron remitidos a domicilio tras la reconsulta fue mayor en los mayores de seis meses. Esto se puede explicar porque los lactantes menores de seis meses son los más vulnerables de padecer infecciones graves (MACHADO, et al, 2018).

El 65% de las reconsultas se realizaron en hospitales del interior y el 35 % en Montevideo, esto se puede explicar por varios Motivos, en primer instancia en Montevideo las consultas de emergencia se pueden dar en centros de salud de menor complejidad, dado que el Hospital Pereira Rossell se halla situado en el centro de Montevideo por lo que es menos accesibles para usuarios que residen en la periferia. Ocurriendo lo contrario en los hospitales del interior donde las distancias son menores.

Si bien reconsultan más en los Hospitales del Interior del país, el 71,6% de las vuelven a domicilio.

Hay que tener en cuenta otros factores de las puertas del interior, muchas no tienen pediatra en puerta, cuentan con poco personal. Por lo que tienen mayor predisposición a que se saturan esos servicios, optimizar la atención en estos lugares es prioritario.

El motivo de consulta más frecuente en los pacientes que reconsultaron fue el control, siendo que el 73,5 % de los pacientes que reconsultaron tenían indicado un control en 24 48 hs tras la primer consulta por parte del médico.

Este estudio es un multicéntrico, que abarca a varios departamentos del País, con datos de la historia clínica electrónica.

Dentro de las limitaciones del estudio, no todos los departamentos están representados, faltan centros departamentales de interés, los diagnósticos no están protocolizados el diagnóstico es el ingresado por el médico de puerta y no incluyen variables clínicas y paraclínicas de interés.

Una de las estrategias para el control de sesgos fue acotar la población de estudio aunque se pierda poder de generalización.

Tras el desarrollo del siguiente trabajo surgen algunas sugerencias, en cuanto al sistema informático creo que se vería beneficiado si los diagnósticos ya aparecen protocolizados y que no sea de texto libre.

Observamos que algunos centros tienen datos perdidos en cuanto al triage , por lo que creemos sería importante , enfatizar en la importancia del uso del triage en puertas de emergencia.

Un adecuada comunicación entre los padres y el medico es fundametal para disminuir la ansiedad de los mismos, evitando futuras consultas.

7 CONCLUSIONES

La bronquiolitis es una infección respiratoria de etiología viral que en la mayoría de los casos es autolimitada y con buena evolución. En nuestra serie muchas de las reconsultas no estaban justificadas, ya que se trataban de un control y no de un agravamiento del cuadro.

Hay que a su vez diferenciar si estamos ante una urgencia real o una urgencia sentida por parte de los padres. Una urgencia sentida es aquel padecimiento que el usuario considera debe ser atendido aun cuando los factores que lo motivan sean múltiples, pero que no ponen en peligro la vida un órgano o una función (VAZQUEZ, et al 2011).

La percepción de si la urgencia es real o sentida depende de las características del usuario, el acceso o disponibilidad de horas en policlínica, la accesibilidad a la puerta de emergencia y la expectativa por parte del usuario de poder resolver todos sus problemas de salud (VAZQUEZ et al, 2011, BETRAN et al 2015).

En los últimos años la relación médico-paciente se ha visto deteriorada y ha llevado a gran parte de los profesionales sanitarios a ejercer una medicina defensiva haciendo seguimientos innecesarios, prorrogando su alta del servicio de urgencias o realizando pruebas complementarias injustificadas, por miedo a reclamaciones, lo que genera muchos costes al sistema sanitario y ningún beneficio para la salud. Todo esto se puede mejorar educando tanto a profesionales sanitarios como a pacientes para ejercer una medicina asertiva, mejorando así la relación médico-paciente. Evitando así grandes costes al sistema, sin un claro beneficio para la salud del paciente. (BETRAN, et al 2016)

Un adecuada comunicación entre los padres y el medico es fundamental para disminuir la ansiedad de los mismos, evitando futuras consultas.

Identificar aquellos pacientes que realmente se beneficiarían de un control posterior es un desafío para el equipo asistencial, ya que si se indica un control a la mayoría de los niños conlleva trasladar la sobrecarga hacia el primer nivel de atención, saturando los números de policlínica, y fomentando la consulta en emergencia. Basándonos en los resultados del estudio creo que deberían priorizarse los controles en aquellos grupos de mayor riesgo de complicaciones como son los menores de seis meses. Y utilizar medios adicionales como son la telemedicina para aquellos casos de menor riesgo. Además una estrategia que planteo es que exista la opción de agendar dentro del sistema de la historia clínica electrónica en el momento de la consulta emergencia para que pueda el medico otorgar la hora de control, en de las policlínicas existentes, o la creación de una policlínica para dicho fin.

Reducir las reconsultas no sólo reduce el costo de la atención de salud sino que también reduce el tiempo de espera para aquellos que necesitan atención de forma crítica. Las reconsultas en emergencia son un indicador de calidad asistencial. Identificar las posibles causas prevenibles, nos permite definir estrategias de salud a fin de mejorar la gestión en los servicios Asistenciales lo que nos permite mejorar la calidad de atención del usuario.

REFERÉNCIAS

ABUALENAIN, Jameel; FROHNA, William J.; SMITH, Mark; et al. The Prevalence of Quality Issues and Adverse Outcomes among 72-Hour Return Admissions in the Emergency Department. *Journal of Emergency Medicine*, v. 45, n. 2, p. 281–288, 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2012.11.012> >. Acesso em: 9 out. 2019.

AKENROYE, Ayobami T.; THURM, Cary W.; NEUMAN, Mark I.; et al. Prevalence and predictors of return visits to pediatric emergency departments. *Journal of Hospital Medicine*, v. 9, n. 12, p. 779–787, 2014.

Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/jhm.2273>>. Acesso em: 9 out. 2019.

ALCARAZ MARTÍNEZ, J.; BLANCO LINARES, M.L.; GONZÁLEZ SOLER, M.A.; et al. Eventos adversos en los servicios de Urgencias. Revisión de reconsultas como fuente de datos. *Revista de Calidad Asistencial*, v. 25, n. 3, p. 129–135, 2010. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1134282X10000126>>. Acesso em: 9 out. 2019.

ASPLIN, Brent R.; MAGID, David J.; RHODES, Karin V.; et al. A conceptual model of emergency department crowding. *Annals of Emergency Medicine*, v. 42, n. 2, p. 173–180, 2003. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12883504/> > Acesso em: 9 out. 2019.

AVILÉS-MARTÍNEZ, Karla Isis; LÓPEZ-ENRÍQUEZ, Adriana; LUÉVANOS-VELÁZQUEZ, Antonio; et al. Triage: instrumentos de priorización de las urgencias pediátricas. (Spanish). Triage, prioritization tools of pediatric emergency room. (English), v.37,n.1,p.4,2016. Disponível em: <<http://proxy.timbo.org.uy/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edb&AN=117519871&lang=es&site=eds-live>>. Acesso em: 9 out. 2019.

BARDACH, Naomi S.; VITTINGHOFF, Eric; ASTERIA-PEÑALOZA, Renée; et al. Measuring hospital quality using pediatric readmission and revisit rates. *Pediatrics*, v. 132, n. 3, p. 429–436, 2013

BELLO O, SEHABIAGUE G. Síndrome broncoobstrutivo del lactante. En: Bello O, Sehabiague G, Prego J, De Leonardi D. *Pediatría Urgencias y Emergencias*. 3ra edición. Montevideo, Uruguay: BiblioMedica; 2009. p 641-647.

BERRY, Jay G.; HALL, David E.; KUO, Dennis Z.; et al. Hospital Utilization and Characteristics of Patients Experiencing Recurrent Readmissions Within Children’s Hospitals. *JAMA : the journal of the American Medical Association*, v. 305, n. 7, p. 682–690, 2011. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3118568/>>. Acesso em: 12 out. 2019.

BETRÁN A. Saturación en los servicios de urgencias hospitalarias : análisis causaly búsqueda de soluciones. Tesis de grado en Medicina , Universidad de Zaragoza , 2016. Disponível em: < <https://zaguan.unizar.es/record/57571/files/TAZ-TFG-2016-1126.pdf>> Acesso em: 12 out. 2019.

BOYLE, A., BENIUK, K., HIGGINSON, I., & ATKINSON, P. (2012). Emergency department crowding: time for interventions and policy evaluations. *Emergency medicine international*, 2012, 838610. Disponível em: <<https://doi.org/10.1155/2012/838610>> Acesso em: 12 out. 2019.

BUROKIENĖ, Sigita; KAIRIENĖ, Ignė; STRIČKA, Marius; et al. Unscheduled return visits to a pediatric emergency department. *Medicina*, v. 53, n. 1, p. 66–71, 2017. Disponível em: <<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1010660X17300034>>. Acesso em: 9 out. 2019.

COZZI, G., GHIRARDO, S., FIORESSE, I., PROITTE, I., MONASTA, L., MINUTE, M., BARBI, E., & Calligaris, L. (2017). Risk of hospitalisation after early-revisit in the emergency department. *Journal of paediatrics and child health*, 53(9), 850–854. Disponível em: <<https://doi.org/10.1111/jpc.13561>> Acesso em: 12 out. 2019.

ETXANIZ, J.; BENITO, Javier; MINTEGI, Santiago. Bronquiolitis aguda: ¿Por qué no se aplica lo que se publica? Barreras en la transmisión del conocimiento. *Evidencias en pediatría*, ISSN 1885-7388, Vol. 3, Nº. 4, 2007, v. 3, 2007. Disponível em: <<https://evidenciasenpediatria.es/articulo/5185/bronquiolitis-aguda-por-que-no-se-aplica-lo-que-se-publica-barreras-en-la-transmision-del-conocimiento>> Acesso em: 9 out. 2019.

GIL, Joana; ALMEIDA, Sofia; CONSTANT, Carolina; et al. Relevancia a corto plazo de la coinfección viral en pacientes menores de 2 años hospitalizados con infecciones de las vías respiratorias inferiores. *Anales de Pediatría*, v. 88, n. 3, p. 127–135, 2018. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403317301893>> Acesso em: 9 out. 2019.

GUDMUNDSDOTTIR, Elisabet; MASDOTTIR, Helga Rosa; GUDMUNDSDOTTIR, Hlif; et al. Variations in elderly peoples' visits to the emergency departments in Iceland: A five-year population study. *International Emergency Nursing*, v. 37, p. 6–12, 2018. Disponível em: <<https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1755599X17301532>>. Acesso em: 9 out. 2019.

KHARBANDA, Anupam B.; HALL, Matthew; SHAH, Samir S.; et al. Variation in Resource Utilization Across a National Sample of Pediatric Emergency Departments. *The Journal of Pediatrics*, v. 163, n. 1, p. 230–236, 2013. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0022347612014606>>. Acesso em: 9 out. 2019.

KO, Mingchung; LEE, Yaling; CHEN, Chuchieh; et al. Incidence of and Predictors for Early Return Visits to the Emergency Department. *Medicine*, v. 94, n. 43, 2015. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4985387/>>. Acesso em: 12 out. 2019.

LEE, Eva K.; YUAN, Fan; HIRSH, Daniel A.; et al. A Clinical Decision Tool for Predicting Patient Care Characteristics: Patients returning within 72 Hours in the Emergency Department. *AMIA Annual Symposium Proceedings*, v. 2012, p. 495–504, 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3540516/>>. Acesso em: 9 out. 2019.

LERMAN Benjamin, KOBERNICK Michael, S. Return visits to the emergency department. *J Emerg Med* 1987;5:359–62. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0736467987901387>. Acesso em: 9 out. 2019.

LIAW, S. J., BULLARD, M. J., HU, P. M., CHEN, J. C., & LIAO, H. C. (1999). Rates and causes of emergency department revisits within 72 hours. *Journal of the Formosan Medical*

Association=TaiwanYizhi,98(6),422–425. Disponível em: <https://pub-med.ncbi.nlm.nih.gov/10443066/>. Acesso em: 9 out. 2019.

LUACES, C. Servicios de urgencias: indicadores de calidad de la atención sanitaria. *Anales de Pediatría*, v.60,n. 6, p. 569–580, 2004. Disponível em: <http://www.analesdepediatria.org/es-servicios-urgencias-indicadores-calidad-atencion-articulo-S1695403304783289>>. Acesso em: 10 out. 2019.

MACHADO, Karina; NOTEJANE, Martín; MELLO, Marcela; et al. Infecciones respiratorias agudas bajas en niños menores de 2 años. Hospitalizaciones durante el invierno del año 2014. *Anales de la Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay*, v.5,n.1, p. 45–55, 2018. Disponível em: <http://www.anfamed.edu.uy/index.php/rev/article/view/282>>. Acesso em: 9 out. 2019.

MAS, Mariana; CASURIAGA, Ana; CASSANELLO, Paola; et al. Análisis de las reconsultas en un servicio de emergencia pediátrica. *Revista Médica del Uruguay*, v. 35, n.2,p.58–75,2019. Disponível em:<http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-03902019000200058&lng=en&nrm=iso&tlng=es>. Acesso em: 9 out. 2019.

MEYER-MACAULAY, Colin B.; TRUONG, Mimi; MECKLER, Garth D.; et al. Return visits to the pediatric emergency department: A multicentre retrospective cohort study. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, v. 20, n. 4, p. 578–585, 2018. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/canadian-journal-of-emergency-medicine/article/return-visits-to-the-pediatric-emergency-department-a-multicentre-retrospective-cohort-study/0A30F713DDBF30EE56D9B89B4DD22510>>. Acesso em: 9 out. 2019.

MEZARINA ESQUIVEL, Hugo Antonio; ROJAS MEDINA, Aurea Rosa; BADA MANCILLA, Carlos Alfonso; et al. Características clínicas y epidemiológicas de la infección respiratoria aguda grave por virus sincitial respiratorio en menores de 5 años / Clinical and epidemiological characteristics of severe acute respiratory infection due to respiratory syncytial virus in children under 5 years. *Horizonte Médico (Lima)*, v. 16, n. 3, p.6–11,2016.

Disponível em:<<http://proxy.timbo.org.uy/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edssci&AN=edssci.S1727.558X2016000300002&lang=es&site=eds-live>>. Acesso em: 9 out. 2019.

MICHELSON, Kenneth A.; LYONS, Todd W.; BACHUR, Richard G.; et al. Timing and Location of Emergency Department Revisits. *Pediatrics*, v. 141, n. 5, p.e20174087,2018. Disponível em <<https://pediatrics.aappublications.org/content/141/5/e20174087>>. Acesso em: 9 out. 2019.

MINTEGI RASO, S.; BENITO FERNÁNDEZ, J.; GARCÍA GONZÁLEZ, S.; et al. Demanda y asistencia en un servicio de urgencias hospitalario. *Anales de Pediatría*, v. 61, n.2, p.156–161,2004. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403304783745>>. Acesso em: 12 out. 2019.

MINTEGUI RASO, S.; BENITO FERNÁNDEZ, J.; VÁZQUEZ RONCO, M.A.; et al. Los niños que repiten consulta en urgencias de pediatría. *Anales de Pediatría*, v. 52, n. 6, p. 542–547, 2000. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S169540330077398X>>. Acesso em: 9 out. 2019.

MIRO.O, Sánchez M., Coll-Vinent B., Millá J. Originales: Indicadores de calidad en urgencias: comportamiento en relación con la presión asistencial. *Med Clin.* 2001; n n116: pag 92-97.

OBSERVADOR, El. Geocom, comprometida con el desarrollo de la historia clínica electrónica en Uruguay. *El Observador*. Disponible em: <<https://www.elobservador.com.uy/nota/geocom-comprometida-con-el-desarrollo-de-la-historia-clinica-electronica-en-uruguay-2016611120>>. Acceso em: 8 out. 2019.

OPS, Manual para la implementación de un sistema de Triage para los cuartos de urgencia. 2010. Disponivelem:<[https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/HSS_IS_Manual_Sistema Tiraje Cuartos Urgencias2011.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/HSS_IS_Manual_Sistema_Tiraje_Cuartos_Urgencias2011.pdf)

PELLERIN, Gene; GAO, Kelly; KAMINSKY, Laurence. Predicting 72-hour emergency department revisits. *The American Journal of Emergency Medicine*, v. 36, n. 3, p. 420–424, 2018. Disponible em: <[https://www.ajemjournal.com/article/S0735-6757\(17\)30698-8/abstract](https://www.ajemjournal.com/article/S0735-6757(17)30698-8/abstract)>. Acceso em: 9 out. 2019.

PIERCE, J. M., KELLERMAN, A. L., & OSTER, C. (1990). “Bounces”: an analysis of short-term return visits to a public hospital emergency department. *Annals of emergency medicine*, 19(7), 752–757. Disponible em: [https://doi.org/10.1016/s0196-0644\(05\)81698-1](https://doi.org/10.1016/s0196-0644(05)81698-1). Acceso em: 9 out. 2019.

PINCHAK , Catalina ; VOMERO , Alejandra ; PEREZ , Walter. Guías de diagnóstico y tratamiento de Bronquiolitis. Actualización 2017. Disponible em :<https://www.sup.org.uy/wpcontent/uploads/2019/09/diagnostico_tratamiento_bronquiolitis_05_06_017_hoja.pdf>. Acceso em: 9 out. 2019.

REISER, Or; DIAMAND, Raz; SHAVIT, Itai. Early Unplanned Return Visits to a Pediatric Emergency Department in Israel. *Pediatrics International: Official Journal of the Japan Pediatric Society*, 2019.

RIVAS GARCÍA, Arístides; MANRIQUE MARTÍN, Gema; BUTRAGUEÑO LAISECA, Laura; et al. Hiperfrecuentadores en urgencias. ¿Quiénes son? ¿Por qué consultan? *Anales de Pediatría*, v. 86, n. 2, p. 67–75, 2017. Disponible em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S169540331630114X>>. Acceso em: 9 out. 2019.

REYNOSO, N, Fattore M, Hourbeigt M, González M, García Domínguez R. Análisis de los pacientes que reconsultaron a un Servicio de Emergencias Pediátricas de un Hospital Materno Infantil como indicador de calidad asistencial. *Med Infantil* 2015; 22(3):219-25. Disponible em:<:<www.medicinainfantil.org.ar/images/stories/volumen/2015/xxii_3_219.pdf >. Acceso em: 9 out. 2019

SUNG, Sheng-Feng; LIU, Kang Ernest; CHEN, Solomon Chih-Cheng; et al. Predicting Factors and Risk Stratification for Return Visits to the Emergency Department Within 72 Hours in Pediatric Patients. *Pediatric Emergency Care*, v. 31, n. 12, p. 819–824, 2015.

TIVEDY, C. R., & COOKE, M. W. (2015). Unscheduled return visits (URV) in adults to the emergency department (ED): a rapid evidence assessment policy review. *Emergency medicine journal : EMJ*, 32(4), 324–329. Disponible em: <https://doi.org/10.1136/emermed-2013-202719>

VÁZQUEZ , Carranza I, Fuentes Cuevas M. Relación de Urgencias Reales y Sentidas en un Servicio de Urgencias Pediátricas. Archivos de Investigación Materno Infantil. 2011;III,(1):19-23. Disponible em: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2011/imi111d.pdf>. Acceso em: 9 out. 2019.

VIORKLUMDS, Carolina Miranda; GAMBARO, Felipe Martínez; HURTADO, Jade Fariña; et al. Consultas en Servicio de Urgencia Hospital Roberto del Río: ¿Cuáles son las razones de esta preferencia por sobre el nivel primario de atención? . ISSN, v. 4, p. 8, 2007. Disponible em: <http://www.revistapediatria.cl/volumenes/2007/vol4num2/2.html>. Acceso em: 9 out. 2019.

YATES, Morgan Thorn; ISHIKAWA, Takuro; SCHNEEBERG, Amy; et al. Pediatric Canadian Triage and Acuity Scale (PaedsCTAS) as a Measure of Injury Severity. International Journal of Environmental Research and Public Health, v. 13, n. 7, 2016. Disponible em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4962200/>. Acceso em: 12 out. 2019

ANEXO

```
##### ANALISIS DE CORRESPONDENCIAS MULTIPLES #####
##### COMANDOS R #####
##### SEPTIEMBRE 2020#####
```

Lectura de datos

- dataset2 <- readXL("C:/Users/veron/Desktop/ACM/acm5.xlsx", rownames=FALSE, header=TRUE, na="", sheet="Hoja1",stringsAsFactors=TRUE)

Análisis de Correspondencias Múltiples

- install.packages("FactoMineR")
- library(FactoMineR)
- library(MASS)
- install.packages("ca")
- library(ca)
- acm1 = MCA(dataset2, graph = T, quali.sup=1)
- acm1
- summary(acm1)
- plot(acm1)

Análisis solamente para Reconsulta, edad e Destino

- acm2 = MCA(dataset2[,c(1, 5, 6)], graph = T, quali.sup=2)
- acm2
- summary(acm2)
- plot(acm2)