

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIVISION DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

**RECONSULTAS COMO INDICADOR DE CALIDAD DE ATENCIÓN MÉDICA
EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN
QUE PRESENTA LA
DRA. MA. TERESA GARCÍA AVELINO
PARA OBTENER EL
DIPLOMA DE LA ESPECIALIDAD DE:
PEDIATRÍA MÉDICA

Número de registro de Protocolo: 194.2005

ASESOR DE TESIS

DR. SERGIO BARRAGÁN PADILLA

2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

A MI PAPÁ al que siempre llevaré en mi corazón, por ser el mejor de los padres y darme la vida, el cariño, apoyo incondicional y la enseñanza para realizarme como persona y profesionalista.

A MI MAMÁ por darme la vida, por estar siempre conmigo en todo momento y brindarme su amor y comprensión así como la fuerza y determinación para salir adelante.

A MI ESPOSO por compartir conmigo la vida, comprenderme, ayudarme y amarme, así como por enseñarme que todo en la vida tiene una razón de ser.

A MIS HERMANOS por ser junto con mis padres las personas que me apoyan en todo momento, estar siempre unidos y salir adelante a pesar de las adversidades.

A MI ABUELITA TERE Y ABUELITO DARIO por contribuir junto con todas las personas antes mencionadas a poder ser la persona y profesionalista que soy y estar siempre en el momento que los he necesitado.

INDICE

ABSTRACT.....	6
RESUMEN.....	7
INTRODUCCION.....	8-10
MATERIAL Y MÉTODOS.....	11
RESULTADOS.....	12-14
DISCUSIÓN	15-19
CONCLUSIONES.....	20
BIBLIOGRAFIA.....	21

ABSTRACT

INTRODUCTION. An indicator of quality is a tool used to identify problems of quality and it is used for its monitorization. The readmission has been studied as indicator of quality in the hospital attention. It has been suggested that a significant number of readmissions are avoidable and preventable, being in a better hospital care.

OBJECTIVES: To determine the incidence and etiology of the reevaluation in the service of pediatric urgencies and to establish it as indicator of quality care.

MATERIAL AND METHODS: Transverse-retrospective observational study that includes 93 patients who went to reevaluation in the service of pediatric urgencies in the Regional Hospital Lic. Adolfo López Mateos in a one month period from may 1 to may 31, 2005.

RESULTS. Of the 2601 granted consultations, 3.65% were reevaluations. The most frequent age group that went to reevaluation was between the 6 and 11 years old and in the 5 later days to the initial consultation 82% of the patients goes again. The main morbidity causes are acute diseases. 3 possible causes of the reevaluations were identified: misdiagnoses, failure of medical therapy and inadequate information. We have obtained 1.38 as indicator of quality in the attention of services of pediatric urgencies.

CONCLUSIONS: Our study shows a reevaluation incidence smaller than the one reported in the world literature, however the decrease of this indicator, through the strengthening of the medical--patient communication and a correct evaluation and therapy of the different illnesses, will be reflected in the satisfaction and the patients' security.

Key words: Reevaluation, care quality, pediatric Urgencies, Readmission

RESUMEN

INTRODUCCION. Un indicador de calidad es una herramienta utilizada para identificar problemas de calidad y se utiliza en su monitorización. El reingreso hospitalario se ha estudiado como indicador de calidad en la atención hospitalaria. Se ha sugerido que un número significativo de readmisiones son evitables y prevenibles, resultando en una mejor atención médica.

OBJETIVO: Determinar la incidencia y etiología de la reconsulta en el servicio de urgencias pediátricas y establecerlo como indicador de calidad.

MATERIAL Y METODOS: Estudio retrospectivo, observacional y transversal que incluyó a 93 pacientes que acudieron a reconsulta en el servicio de urgencias pediátricas del Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos en el transcurso de mayo del 2005.

RESULTADOS. De las 2601 consultas otorgadas, el 3.65% fueron reconsultas. El grupo de edad que acudió más a reconsultas fue entre los 6 y 11 años y en los 5 días posteriores a la consulta inicial acuden el 82% de los pacientes nuevamente. Las principales causas de morbilidad son agudas. Se identificaron 3 posibles causas de las reconsultas: falla diagnóstica, falla terapéutica e información inadecuada. Se obtiene el 1.38 como indicador de calidad en la atención de servicios de urgencias pediátricas.

CONCLUSIONES: Nuestro estudio muestra una incidencia menor de reconsultas a la reportada en la literatura mundial, sin embargo la disminución de este indicador, a través del fortalecimiento de la comunicación médico-paciente y de la correcta evaluación y terapéutica de las distintas enfermedades, se verá reflejada en la satisfacción y seguridad de los pacientes.

Palabras clave: Reconsulta, Indicador de calidad, Urgencias pediátricas, Readmisión.

INTRODUCCION

El reingreso hospitalario se ha estudiado como índice de calidad asistencial desde 1965, habiendo sido considerado como uno de los estándares de la calidad hospitalaria. [4]

Una dificultad para utilizar los reingresos como medida de calidad es la inexistencia de una definición unificada del indicador, para definir este son esenciales 2 dimensiones, el plazo desde el ingreso previo o índice y la relación entre las causas de ambos episodios.

Se encuentran trabajos que establecen este en 3,7,14 y 30 días 2,3,6, incluso 12 meses.[1]

El estudio de los reingresos se ha realizado por diferentes motivos:

1. Para estudiar la morbilidad
2. Para conocer su impacto económico
3. Por haber sido propuesto como un indicador de calidad, permitiendo la comparación de la efectividad de los hospitales
4. Para el estudio de las relaciones, con la duración de la asistencia y la facturación económica.
5. Para identificar a los pacientes en un alto grado de reingresar, con el objeto de implementar los cuidados específicos. [3]

Ha habido un interés creciente en la aplicación de la readmisión como un indicador de calidad en la atención hospitalaria, sin embargo existe un número de limitaciones que deben ser consideradas, primeramente:

1. La readmisión no es una medida directa del pronóstico del paciente solo es un indicador probable para evitar eventos adversos.
2. Debido a que los rangos de readmisión pueden cambiar variando el umbral en la presentación de la readmisión, la validez y la confiabilidad de la readmisión como una medida de atención hospitalaria es cuestionable.
3. Los errores y los datos incompletos de los sistemas de información hospitalaria comprometen la validez de la readmisión como marcador de atención hospitalaria.

El promedio de admisión y readmisión intrahospitalaria se ha incrementado en las últimas décadas. Se han reportado que las readmisiones pueden ser responsables de más de la mitad del total de las admisiones hospitalarias.

El aumento en el número de readmisiones no es un fenómeno único en países industrializados ya que estudios en países en vías de desarrollo indican una tendencia similar. El costo de las readmisiones al servicio de salud de cada país es elevado. Se estima que las readmisiones pueden ser responsables de más del 60% del gasto hospitalario. El costo de las readmisiones repetidas para los pacientes y sus familiares en términos de estrés, morbilidad y mortalidad, es no medible.

Los datos publicados reportan rangos de readmisión que varían del 5 al 29% y esta variación puede ser debida a una falta de uniformidad en la definición de readmisión y en la ausencia de precisión en los instrumentos médicos utilizados. Existen otros factores que influyen en esta disparidad incluyendo la variación en los tipos de readmisión (planeados o no planeados) y en las diferentes especialidades. La edad de población estudiada también difiere de estudio a estudio. [7]

Los reingresos hospitalarios presentan la ventaja de ser un fenómeno relativamente frecuente que se encuentra presente en todos los servicios. [1] Algunos autores han relacionado el riesgo de reingreso con la estancia media a la calidad del primer ingreso, con factores dependientes del propio paciente o con problemas del manejo extrahospitalario. [2]

Múltiples causas han demostrado su influencia en la tasa de reingresos; complicaciones del ingreso previo, recurrencia de la enfermedad, mal cumplimiento terapéutico o aparición de una enfermedad nueva. Otros muchos factores se han estudiado en relación con la tasa de reingresos, unos dependientes del paciente y su entorno social, edad, estado civil, grado de dependencia, nivel económico, estado de salud autopercebido, educación del paciente y de la familia respecto al problema de salud específico y la mayor gravedad al reingreso.

Otros factores son dependientes del tipo de enfermedad, siendo en general la tasa de reingresos mas baja cuando la enfermedad es de tipo quirúrgico, de la gravedad del proceso clínico y del seguimiento del enfermo. [4]

Los niños son objeto de vulnerabilidades únicas que los predisponen a tener una más alta probabilidad de reingreso hospitalario que la población adulta, por ejemplo, los niños tiene una hospitalización universal al nacimiento, no son capaces de cuestionar directamente su propio cuidado y en ocasiones no tienen padres o cuidadores que continuamente se preocupen por su cuidado. [5]

La tendencia elevada en la readmisión por urgencias es preocupante, y esto es debido en parte a la calidad de la atención pero también a la sobrecarga en la provisión de servicios hospitalarios. La posible explicación de este fenómeno incluye cambios en la estructura social y demografía de la población, el tiempo de estancia hospitalaria y la condición médica por sí misma. [6]

El 37% de los reingresos dependen de los factores del hospital, 38% reingresos por factores clínicos y 21% por factores dependientes del enfermo que pueden ser evitados. [4]

La mayoría de los reingresos hospitalarios se deben causas no evitables, por lo que no es correcto considerar las tasas de reingresos una medida de calidad asistencial. [1]

Numerosos estudios han analizado la posible prevención de las readmisiones en grupos de pacientes de alto riesgo, estas estrategias incluyen: mejoría en la atención hospitalaria, una adecuada planeación del alta del paciente, mejoría en la atención primaria del paciente, mejor soporte comunitario, educación del paciente, el seguimiento del mismo y la prevención de factores iatrogénicos durante el ingreso previo. [7] [4]

Se ha sugerido que un número significativo de readmisiones son evitables y potencialmente prevenibles, ya que una mejor atención hospitalaria resulta en una reducción en el número de readmisiones y en los costos médicos de atención, debido a esto muchos estudios han analizado el uso de la readmisión como un indicador de calidad de atención de un hospital.

La validez y la confiabilidad de la readmisión como un indicador de atención hospitalaria aún no se establece, requiere entre otras cosas una definición única y una mejoría en los métodos de medición para su clasificación. [7]

Hay dos grupos de estudios cuyos resultados nos van a servir para decidir que hacer para mejorar: los estudios de nivel de calidad y los estudios de causas hipotéticas de la calidad deficiente. En los primeros, se mide el grado de cumplimiento de los criterios o requisitos de calidad previamente definidos y su grado de presencia o de ausencia nos refieren el nivel de calidad a evaluar.

Esto es útil en los problemas de atención médica, donde queremos saber si estamos haciendo lo correcto o no. Y en el segundo tipo de estudios, evaluamos las causas hipotéticas que provocan dicho problema. En este estudio que hemos desarrollado, para determinar un nivel de calidad, durante el análisis se establecerán las causas hipotéticas, pero no tenemos la certeza de que su presencia o ausencia va unida a la presencia o ausencia de calidad. [8]

Los criterios van a ser la herramienta con la cual mediremos la calidad. Su aplicación nos va a servir para discernir buena de mala calidad y los diferentes niveles en que se encuentre. Un criterio es a la vez un requisito de calidad que nos fijamos.

En cuanto a la dimensión de la calidad nos basamos en las: calidad científico-técnica, accesibilidad y satisfacción.

Un indicador de Calidad, es una herramienta que es utilizada para realizar cribaje de problemas de calidad, y se utiliza en la monitorización de la calidad. Un indicador es un criterio, que representa al máximo la calidad de lo que queremos monitorizar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Este estudio se llevó a cabo en el servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos; ISSSTE, en el Distrito Federal. En este servicio se atiende desde recién nacidos hasta los 18 años de edad, tanto a pacientes derechohabientes del ISSSTE como no derechohabientes. Es una unidad donde hay médicos pediatras las 24 hrs. del día, todos los días, además laboran en dicha unidad médicos en formación (Residentes) de los tres grados con que consta el periodo de capacitación pediátrica. El Hospital es considerado de tercer nivel y es hospital de referencia de los de segundo nivel. Tiene una derechohabiencia aproximada de 1 300 000 pacientes. Este servicio atiende aproximadamente 33 000 pacientes anualmente.

El estudio consiste en una revisión retrospectiva, observacional y transversal, en donde se realiza un muestreo de tipo de conveniencia, por lo que se revisaron las hojas de consulta del servicio de urgencias de los pacientes que acudieron durante el mes de mayo del 2005.

En los criterios de inclusión se consideraron aquellos pacientes que acudieran al servicio en 2 o más ocasiones durante el periodo observado, excluyendo a los pacientes que no cumplieran con este requisito.

El tamaño de la muestra correspondió al número total de pacientes que acudieron al servicio de urgencias pediátricas y fue de 2601, el número de pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión fueron 93, excluyéndose 15 pacientes del estudio, que aunque acudieron a una segunda revisión durante el mes, el motivo de está no tenía ninguna relación con la primera consulta.

Las variables consideradas fueron la edad del paciente, mismo diagnóstico en la primera consulta y en los registros posteriores, el número de revisiones que tuvo cada paciente, el tiempo que transcurrió entre la primera visita médica y la subsecuente, la probable causa del requerir una segunda evaluación.

Dicha información fue capturada en una base de datos de Excel, para posteriormente realizar el análisis estadístico correspondiente.

RESULTADOS

Se revisaron 2601 hojas de atención médica otorgadas en el servicio de urgencias pediátricas, correspondientes del 1 de mayo al 31 del mismo. De las cuales, 93 cumplen criterios de inclusión, cabe hacer mención que en 15 casos tenían una segunda visita de evolución médica, pero el diagnóstico emitido no tenía ninguna relación con el previo, por lo cual no se tomaron para su análisis.

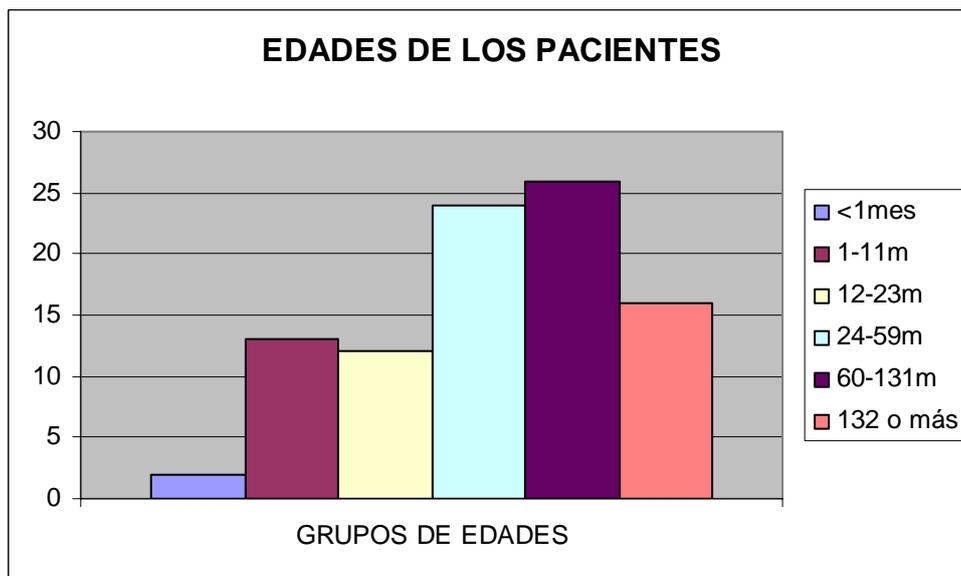


Gráfico 1

Se agruparon los pacientes en grupos de edades (Gráfico 1), quedando distribuidos de la siguiente manera: 2 pacientes menores de un mes, 13 entre un mes y un año de edad, 12 entre el año y los dos años de edad, 24 entre los dos y los 6 años de edad, 26 entre los seis años y los once años y 16 mayores de 11 años hasta los 18 años.

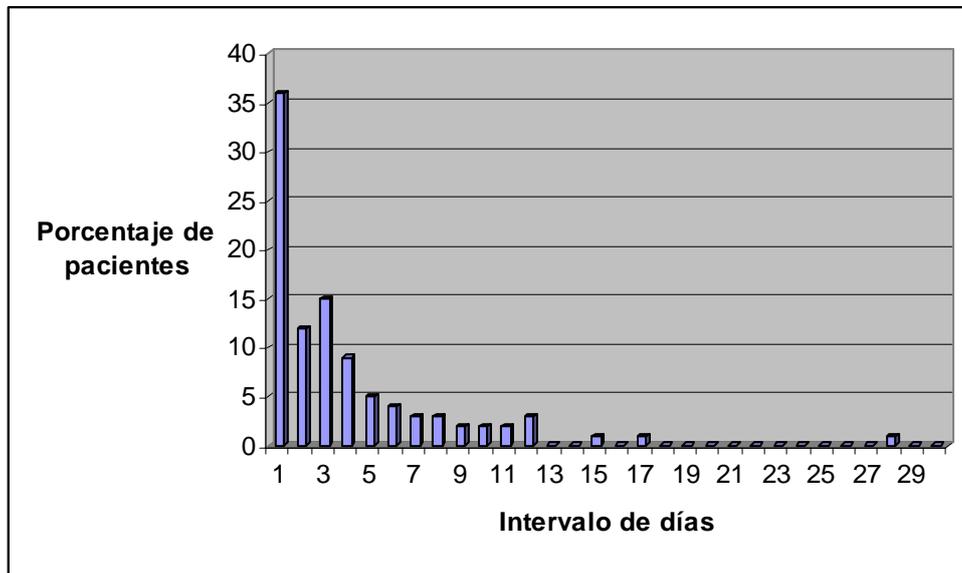


Gráfico 2

Se agruparon el total de los pacientes de acuerdo al intervalo de días transcurrido entre su primera visita médica y las subsecuentes, (Gráfico 2) quedando distribuidos de la siguiente manera: 36 pacientes que representa al 33.48% , el intervalo fue de un día, 15 pacientes que representa al 13.95% 3 días, 12 pacientes que representa al 11.16% 2 días, 9 pacientes que reprecnda al 8.37% 4 días, 5 pacientes que representa al 4.65% 5 días, 4 pacientes que representa al 3.72% 6 días, 3 pacientes que representa al 2.79% 7, 8 y 12 días para cada uno de estos, 2 pacientes que representa al 1.86% 9, 10 y 11 días, 1 paciente que representa al 0.93% 15 y 17 días.

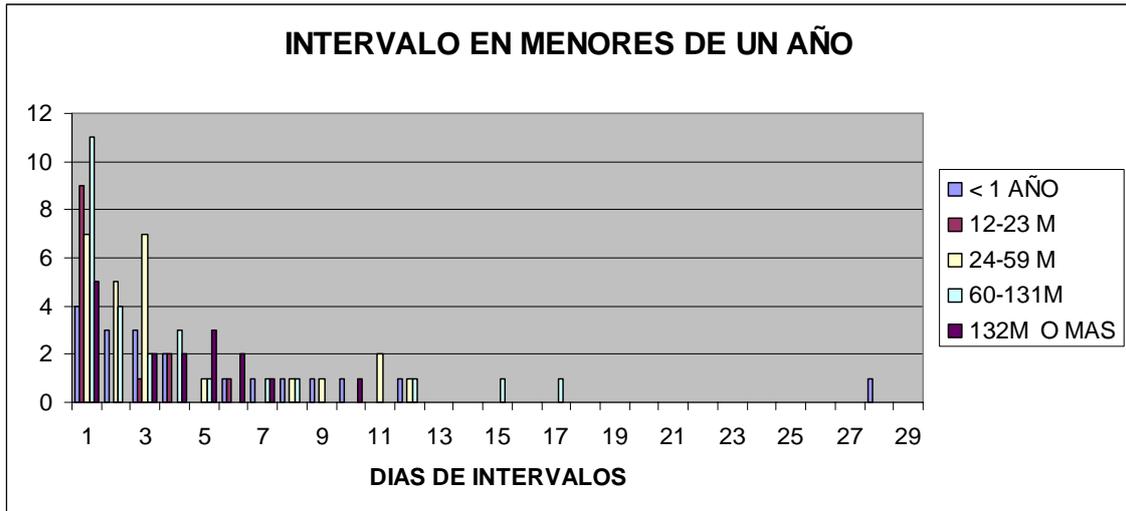


Gráfico 3

Se agruparon los pacientes por edades y de acuerdo al día de intervalo transcurrido entre su primera visita médica y las subsecuentes quedando distribuidos de la siguiente manera: los pacientes menores de un año acudieron con mayor frecuencia el primer día posterior a la primera visita médica registrándose 4 pacientes, de los pacientes entre 12-23 meses acudieron con mayor frecuencia el primer día registrándose 9 pacientes, de 24-59 m acudieron con mayor frecuencia el primer día y el tercer día registrándose 7 pacientes en cada uno de estos días respectivamente, de los pacientes de 60-131m acudieron con mayor frecuencia el primer día, registrándose 11 pacientes y de los pacientes de 132 meses o más acudieron con mayor frecuencia el primer día, registrándose 5 pacientes.

Enfermedad	Diagnóstico Primera vez
Faringitis	18
Rinofaringitis	16
Faringoamigdalitis	14
I.V.U.	8
Gepi	7
Laringotraqueitis	6
Crisis de broncoespasmo	5
Bronquiolitis	3
Conjuntivitis	3
Asma	2
Urticaria	2
Otitis Media	2
Sinusitis	1
Colitis	0
Constipación	0
Otras	21

Gráfico 4

DISCUSIÓN

Como se había mencionado estamos ante un estudio de nivel de calidad, donde el criterio para determinar el nivel establecido es el número de reconsultas, que tienen los niños en el servicio de urgencias. Cabe destacar que nos encontramos con un estudio que analiza el grupo de tres dimensiones de la calidad, tanto el científico-técnico, accesibilidad y satisfacción. Generalmente los estudios de calidad se enfocan a una de las dimensiones, pero en este caso, nos encontramos que abarca las tres dimensiones, ya que en la Dimensión científico-técnico, vemos como el 39% de los diagnósticos en la segunda visita es diferente, (Gráfico 5) lo cual pone en duda la primera evaluación, si tomamos en cuenta que el 82.8% del regreso a una nueva evaluación médica es dentro de los primeros cinco días posteriores a la primera evaluación, y que los principales diagnósticos que se emitieron fueron situaciones agudas. (Gráfico 6). Dentro de la dimensión de accesibilidad, se garantiza la atención médica sin limitantes y en la de satisfacción, en esta vemos un compromiso negativo ya que en más de la mitad de los pacientes que regresan los familiares refieren una falla en la comunicación entre ellos y el médico tratante.



Gráfico 5



Gráfico 6

Las posibles causas hipotéticas como causantes de este fallo en la calidad de la atención postulamos las siguientes: Falla diagnóstica, falla terapéutica, e información inadecuada.

La falla diagnóstica puede derivar en una falla terapéutica, pero puede haber falla terapéutica no sólo por un mal diagnóstico, sino de una elección inadecuada de medicamentos, dosis inadecuadas, etc. De los pacientes que acudieron a una reconsulta, se encontraron datos que sustentan falla terapéutica en el 62% de los casos, de estos; en el 13% la dosis de los fármacos recetados fue incorrecta. Sin embargo un punto en el que se debe de poner mayor atención es en la comunicación médica, ya que el 36.4% acudió al día siguiente de la primera consulta, y el principal motivo es la persistencia de los síntomas, incluyendo tos, rinorrea y fiebre, que tiene como principal posible causa la comunicación inadecuada. De los pacientes que acuden a reconsulta en 16 casos fue en fin de semana la primer evaluación médica, no encontrándose diferencia estadísticamente significativa entre los demás días de la semana.

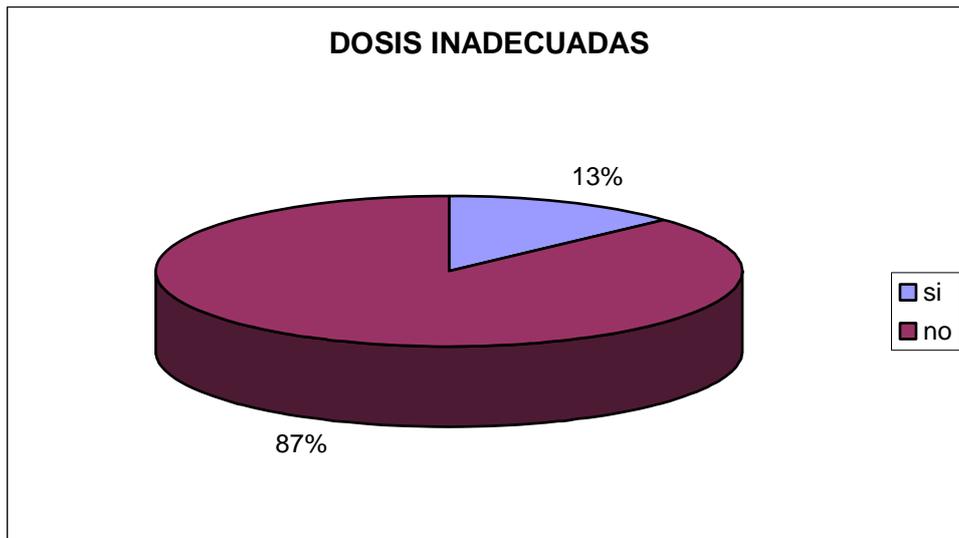


Gráfico 7

Encontramos que el 3.6% de los pacientes atendidos durante el corte realizado en el mes de mayo tuvieron una reconsulta, durante la revisión de la literatura, en España durante la IX Reunión Anual de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP) se presentó el trabajo titulado “Evaluación de las reconsultas en urgencias durante el año 2003”, por el Dr. Palomo Atance E. y cols, reportan un número de reconsultas que oscilan entre 7.1% para el mes de agosto a 9.34% para el mes de diciembre. Por lo que el dato que encontramos en el servicio de urgencias del Hospital es menor estadísticamente significativo $p \leq 0.001$

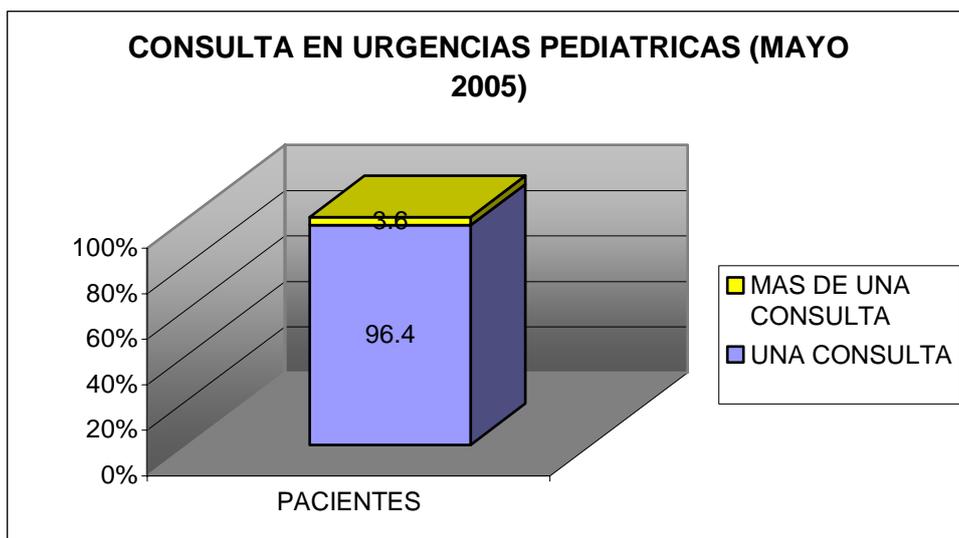


Gráfico 8

A diferencia del estudio español previamente mencionado, en el que mencionan que en las primeras 72 hrs. (Gráfica 9) El 6.87% acudió a reconsulta, nosotros tuvimos el 58.6% de reconsultas en el mismo periodo. Esto lo analizamos sobre la situación de falla en la comunicación con los familiares de los pacientes, ya que en el 51% de los casos se consideró que no hubo una comunicación adecuada sobre la evolución de la enfermedad de los pacientes. (Gráfico 10)

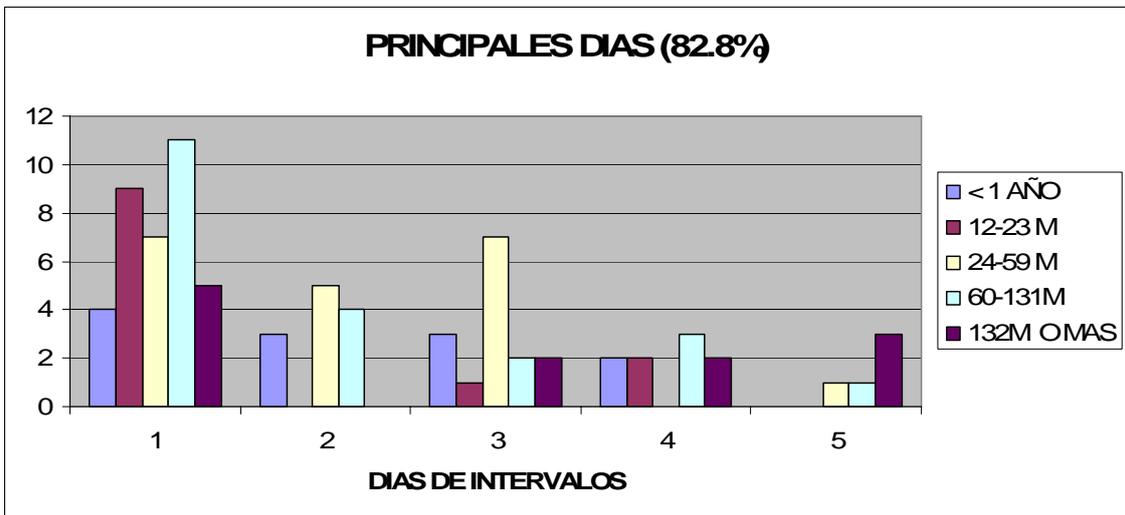


Gráfico 9



Gráfico 10

En el manual de indicadores de actividad y calidad para urgencias y emergencias sanitarias, de la Dirección General de Asistencia Sanitaria de la Junta de Andalucía en España, (9) incluyen como Indicador el número de reconsultas en las siguientes 24 hrs. al servicio de urgencias, y su cálculo es el siguiente:

Fórmula: $\frac{\text{Número de Reconsultas en 24 hrs.} \times 100}{\text{Número de Pacientes asistidos en el periodo determinado}}$

Por lo que en nuestro caso sería: $\frac{36 \times 100}{2601} = 1.38$

CONCLUSIONES

En los primeros 5 días posteriores a la consulta acuden el 82.8% de los pacientes que acuden a reconsulta. Por lo cual las principales causas de morbilidad son agudas, y en el 51% de los casos se refiere una falla en la comunicación médico-paciente (familiares), habrá que monitorear el conocimiento de la posología pediátrica por parte del personal médico.

Estableceremos como Indicador de Calidad en la Atención del Servicio de Urgencias Pediátricas, en forma temporal, el 1.38 obtenido de la fórmula propuesta en el manual de indicadores de actividad y calidad para urgencias y emergencias sanitarias, de la Dirección General de Asistencia Sanitaria de la Junta de Andalucía en España. (9)

Y establecemos como parámetro de reconsultas el 3.6 ± 0.035 % para el servicio de urgencias.

Si logramos disminuir este indicador, se verá reflejado directamente en satisfacción de los derechohabientes y mejorará la seguridad de los pacientes.

Se harán las siguientes recomendaciones: fortalecer la comunicación médico-paciente (familiares) para disminuir este indicador. Realizar un monitoreo para vigilar el cumplimiento del mismo. Y fortalecer el conocimiento de la posología pediátrica de los fármacos más frecuentemente utilizados.

BIBLIOGRAFIA

1. Jiménez-Puente A, García-Alegría J, Gómez-Aracena J, Hidalgo-Rojas L, Lorenzo Nogueiras L, Crehuat-Navajas JF. Análisis de las causas de los reingresos en un hospital de agudos y su evitabilidad potencial. *Med Clin* 2002;118:500-5
2. Barba Martín R, Marco Martínez J, Plaza Canteli S, Gómez Rodrigo J, Cervero Jiménez M, Solis Villa J. Estudio retrospectivo de los reingresos precoces de un servicio de Medicina Interna. *Rev Clin Esp* 2000; 200:252-25.
3. García Ortega C, Almenara Barrios J, García Ortega JJ. Tasa de reingresos de un hospital comarcal. *Rev Esp Salud Pública* 1998;72:103-110.
4. Alonso Martínez JL, Llorente Diez B, Echeagaray Agara M, Echezarieta Urbieta MA, González Arencibia, C. Reingreso hospitalario en Medicina Interna. *An Med Interna* 2001;18:246-254.
5. Miller RM, Elixhauser A, Zanc C. Patients safety events during pediatric hospitalizations. *Pediatrics* 2003;111:1358-1366.
6. Leng GC, Walsh D, Fowkes FGR, Swainson CP. Is the emergency readmission. Rate a valid outcome indicator. *Qual Health Care* 1998;8:234-238.
7. Hassan M. Readmission of patients to hospital: still ill defined and poorly understood. *Int J Qual Health Care* 2001;13:177-179.
8. Saturno PJ: Diseño de estudios de nivel de calidad y la investigación de causas. Componentes de una evaluación. *Manual del Master en Gestión de la Calidad en Servicios de Salud*. Universidad de Murcia, 1999. ISBN: 84-930932-1-1. Depósito Legal: MU-1949-1999.
9. Tejedor Fernández M. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Servicio Andaluz de Salud. EDITA: Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía Consejería de Salud. SE-2607-2000 ISBN:84-89704-89-9. 2000.