

Perfil de la demanda espontánea de niños de hasta 30 días de vida en un hospital pediátrico de alta complejidad

Profile of spontaneous demand for services among infants younger than 30 days old at a children's tertiary care hospital

Dra. Soledad Arbio^a, Dr. Nicolás Brunner^b, Dr. Eugenio Pierro^c, Dra. Susana Rodríguez^d y Dra. Diana Fariña^e

RESUMEN

En los últimos años, la aceptación de recién nacidos (RN) críticos al Área de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Garrahan (HG) se ha limitado, debido al ingreso de menores de 30 días a través de la demanda espontánea. Esta situación posiblemente multifactorial tiene, entre sus causas, la falta de regionalización, que determina el uso inadecuado de los recursos o distorsiona el uso de recursos pensados para la mayor complejidad.

El objetivo de este estudio fue determinar el perfil de los RN que concurren espontáneamente para su atención al HG y evaluar el nivel de complejidad requerido según su patología.

Material y métodos. Estudio de corte transversal. Se evaluaron todos los niños \leq 30 días que consultaron al HG en un período de 12 meses. De cada RN, se analizaron las características clínicas, las consultas previas, la motivación de los padres a consultar al HG y se evaluó si podrían haber sido asistidos en instituciones de menor complejidad.

Resultados. Se analizaron 307 consultas, edad X 18 días \pm 7,6. Requiere hospitalización el 78%. El motivo de internación más frecuente fue la infección respiratoria aguda. El 35% tenía cobertura social; 54% consultó en más de una oportunidad a otro centro. Solo 15% de los neonatos presentaban una patología de alta complejidad pasible de ser resuelta en el HG.

Conclusión. El análisis del perfil de RN que concurre por demanda espontánea al HG mostró una alta necesidad de internación de patología de mediana y baja complejidad.

Palabras clave: recién nacido, cuidados críticos, cuidados intensivos neonatales, hospitales pediátricos.

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2017.257>

Texto completo en inglés:

<http://dx.doi.org/10.5546/aap.2017.eng.257>

- a. Área de Terapia Intensiva Neonatal.
- b. Neonatología.
- c. Consultorio de Orientación.
- d. Docencia e Investigación.
- e. Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan", Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Correspondencia:

Dra. Soledad Arbio,
mariasolarbio@gmail.com

Financiamiento:

Beca de Investigación financiada por Fundación Garrahan..

Conflicto de intereses:

Ninguno que declarar.

Recibido: 22-3-2016

Aceptado: 21-11-2016

INTRODUCCIÓN

La regionalización es un proceso por el cual se establece un sistema de prestadores de salud de complejidad creciente, de manera que, coordinadamente, den respuesta a las necesidades de atención de la población.^{1,2} Este sistema requiere de un adecuado primer nivel de atención, con capacidad de asignarle al paciente el lugar de control en salud o de una eventual internación, de un óptimo sistema de comunicación que permita el flujo de la información sobre las necesidades de atención y, por último, de un sistema organizado y centralizado de traslado. Esto se efectúa en el marco de acuerdos entre instituciones y equipos de salud.³ En Argentina, la regionalización de los servicios perinatales es una política con implementación variable.⁴ Está claramente establecida en varias provincias, pero aún en vías de desarrollo en la provincia de Buenos Aires y en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.² Como consecuencia de esto, no es infrecuente que sean los padres los que deciden dónde se seguirá el embarazo, dónde se efectuará el parto, dónde se efectuará la atención primaria de la salud (APS) de su hijo y a dónde concurrirá frente a una interconurrencia.

El Área de Terapia Intensiva Neonatal del Hospital Garrahan (HG) fue creada en 1988 con el objetivo de atender a recién nacidos (RN) derivados desde las maternidades por una patología de alta complejidad que no pudiera ser resuelta en su lugar de nacimiento.

Cómo citar: Arbio S, Brunner N, Pierro E, et al. Perfil de la demanda espontánea de niños de hasta 30 días de vida en un hospital pediátrico de alta complejidad. *Arch Argent Pediatr* 2017;115(3):257-261.

Si bien el ingreso de pacientes debería responder, principalmente, a derivaciones acordadas entre profesionales y programadas según condiciones de prioridad, el HG responde tanto a la demanda programada como a la demanda espontánea (DE) y cuenta con un área ambulatoria (consultorios y emergencias).

En los últimos años, la proporción de pacientes \leq de 30 días ingresados al Área de Terapia Intensiva Neonatal por DE se ha incrementado paulatinamente, desde 33% de los ingresos en el año 2004 hasta 45% en el año 2011 (datos propios del HG del año 2011).

En este marco, en el que la DE y la programada por derivación desde una institución asistencial compiten por las plazas de la Unidad Neonatal, observamos, con frecuencia, que se pone en riesgo la eficiencia del sistema y el cumplimiento de los objetivos primarios de creación de una unidad neonatal de alta complejidad.

El objetivo de este estudio fue determinar el perfil de los RN que concurren espontáneamente para su atención al HG y evaluar el nivel de complejidad que requerirían acorde a su patología.

POBLACIÓN Y MÉTODOS

Lugar de realización: HG durante el período comprendido entre el 01/07/2012 y el 30/06/2013.

Diseño: Estudio de corte transversal.

Población: Se incluyeron en el estudio todas las consultas de pacientes con edad menor o igual a 30 días de vida en el Área de Emergencia o Consultorios de Pediatría.

Criterios de exclusión: consultas de pacientes en seguimiento por el HG.

Para cada consulta, el investigador responsable (SA) completó un formulario *ad hoc* y administró un cuestionario a la familia, que consintió la participación mediante consentimiento informado.

Reclutamiento: De 8 a 16 h, todos los padres de los pacientes \leq 30 días de vida que solicitaron ser atendidos en el Área de Emergencia, Mediano o Bajo Riesgo del HG fueron entrevistados por el investigador responsable (SA). Cada día de guardia estuvo a cargo de un responsable para aquellos pacientes que no requirieron internación. Los padres de los pacientes ingresados al Área de Neonatología fueron entrevistados por el investigador responsable dentro de las 48 h de su ingreso.

De cada paciente, se determinó edad en días,

motivo de consulta, tiempo en días de evolución del cuadro actual, necesidad de interconsulta con el especialista, necesidad de hospitalización, sector de internación (Terapia Intensiva, Terapia Intermedia o Bajo Riesgo), tiempo de internación y evolución.

Se definieron las siguientes variables:

- Referenciamiento desde la maternidad donde nació el paciente hacia un centro de APS para control en salud o para la atención de interurrencias.
- Análisis de la disponibilidad de servicios de salud cercanos a su domicilio. Se interrogó a los padres sobre si conocían cuál o cuáles eran los centros más accesibles a su domicilio y si era su centro de referencia.
- Establecimiento de la trayectoria a través de otras instituciones antes de concurrir al HG por el motivo de consulta actual. La trayectoria se identificó a través del número de la consulta según línea de tiempo.
- Motivos de los padres para concurrir al HG. Se interrogó según una lista de motivos prefijados: experiencia con un hijo anterior, demora en la atención, cercanía geográfica, derivación por otro profesional, desconfianza de un centro anterior, falta de respuesta del centro de salud más próximo, otra respuesta o respuesta abierta.
- Adecuación consulta/complejidad: se definieron como no adecuación aquellas consultas que podrían haber sido absorbidas por otra institución de menor complejidad (pacientes que, por su patología poco compleja o menor criticidad, no requerían de la capacidad tecnológica del HG o de un especialista para el manejo actual). Por el contrario, se consideró adecuación positiva a las consultas en las que hubo necesidad de mayor complejidad, requirieron soporte vital y ser hospitalizados por el sector de emergencia, los que, por su patología de base, necesitaron la atención de 2 o más especialistas o quienes presentaron 2 o más patologías asociadas. Con estas consignas, los casos fueron presentados de modo independiente a tres expertos, ajenos al estudio, que clasificaron la adecuación consulta/complejidad.

Plan de análisis: Los datos fueron ingresado a una planilla tipo Excel para su análisis. Se utilizó estadística descriptiva para resumir los datos recabados en forma de medias, medianas, medidas de dispersión, rangos y frecuencias mediante porcentajes y gráficos. Se exploraron

asociaciones con la adecuación o no de la consulta como variable de resultado dependiente, sobre la base de factores del paciente o el contexto mediante tablas de contingencia. Se empleó el paquete estadístico STATA 10.

El estudio fue presentado y aprobado por el Comité Revisor y el Comité de Ética Hospitalario.

RESULTADOS

Durante el período estudiado, ingresaron al Área de Terapia Intensiva Neonatal del HG 709 pacientes; el 43% (304/709) se hospitalizaron luego de consultar por DE. Además, un total de 307 niños ≤ de 30 días consultaron por DE en el año analizado. De ellos requirió internación el 78% (240/307); en 67 RN, la consulta se resolvió de forma ambulatoria. Todos los pacientes aceptaron ingresar al estudio. La *Tabla 1* describe las características de esta población.

TABLA 1. Características de la población

	N= 307
Sexo femenino, n (%)	172 (56%)
Edad (días)*	18 ± 7,6
Cobertura social, n (%)	107 (35%)
Procedencia, n (%)	
Conurbano	230 (75%)
CABA	77 (25%)
Referenciamiento, n (%)	270 (88%)
Control de salud previo, n (%)	215 (70%)
Conocimiento del centro de salud, n (%)	289 (94%)

* Media de edad.

CABA: Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Los principales diagnósticos que motivaron la consulta por DE se enumeran en la *Tabla 2*.

Podemos observar que la infección respiratoria aguda baja y las causas infecciosas (fiebre sin foco: 25%; infección del tracto urinario: 15%; etc.) representaron el 48% de las consultas.

Al analizar la trayectoria (recorrido) de los padres antes de consultar al HG, el 54% tuvo, al menos, una consulta previa.

Con respecto a los motivos de los padres para concurrir al HG, podemos señalar que el 41% de las consultas fue por desconfianza del centro al que había consultado previamente. El siguiente motivo de concurrencia fue la derivación por otro profesional (24%). El 16% se desplazó hacia este

TABLA 2. Diagnósticos de consulta

Diagnóstico de consulta	N (%)
IRA	89 (29%)
Patología infecciosa	58 (19%)
Puericultura	40 (13%)
Otros	28 (9%)
Ictericia	21 (7%)
Patología gastrointestinal	21 (7%)
Malformaciones	12 (4%)
Patología oftalmológica	11 (3,50%)
Patología cardiológica	6 (2%)
Patología otorrinolaringológica	8 (2,50%)
TEC	5 (1,5%)
Patología quirúrgica	5 (1,5%)
Patología dermatológica	3 (1%)

IRA: infección respiratoria aguda baja;

TEC: traumatismo de cráneo.

Otros: síndromes genéticos, etc.

TABLA 3. Distribución según la adecuación de ingreso o consulta al Hospital Garrahan de acuerdo con el nivel de complejidad (véase el texto). N= 307 consultas

Características	No adecuadas (n= 260)	Adecuadas (n= 47)
Malformaciones	5	7
IRA	84	7
Patología infecciosa	57	5
Ictericia	22	0
Puericultura	41	0
Patología gastrointestinal	20	1
Patología oftalmológica	11	0
Patología otorrinolaringológica	8	0
Patología cardiológica	2	4
Patología dermatológica	2	0
Patología quirúrgica	2	2
TEC	0	5
Otros	8	16
Cobertura social	90	16
Derivado por otro profesional	75	14

IRA: infección respiratoria aguda; TEC: traumatismo de cráneo.

Hospital por falta de respuesta del centro a donde había consultado y el 8% había tenido experiencia en consultar al HG con un hijo.

Del total de pacientes derivados informalmente por otro profesional, el 29% requirieron internación en nuestro servicio. Ninguno de estos pacientes internados llegó al Hospital trasladado por un sistema formal de derivación, que incluía médico, enfermera de traslado y equipamiento adecuado para monitoreo permanente del RN.

No existió una época del año determinada para realizar las consultas: se mantuvieron constantes a lo largo de todo el período analizado.

Al analizar, según su morbilidad y evolución, cuáles pacientes podrían haber sido absorbidos por otra institución de menor complejidad, el grupo evaluador externo determinó que el 85% de las consultas podrían haber sido absorbidas por un centro de menor complejidad tanto público como privado. En la *Tabla 3*, se detalla este análisis.

DISCUSIÓN

Este estudio cumplió con el objetivo de obtener los datos necesarios para efectuar un análisis en profundidad de las características de la DE de los niños \leq de 30 días del HG.

Nuestros resultados nos permiten concluir que los esfuerzos para descentralizar el sistema de salud aún resultan insuficientes. La mayoría de los ingresos por DE podrían haber sido resueltos en el primer o segundo nivel de atención. Los recursos humanos (RR. HH.) que integran el Área y que están calificados para la atención de pacientes críticos y complejos están empleados en pacientes con patologías de mediana o baja complejidad. Además, estos pacientes poco complejos ocupan no solo una plaza en el servicio, sino también horas de atención de enfermería, cuya consecuencia es la falta de disponibilidad de horas para la aceptación de RN más complejos.

Las consultas por temas de puericultura o ictericia podrían haber sido resueltas en el primer nivel de atención, ya que los centros de APS tienen como objetivo principal resolver las necesidades básicas de salud de un grupo de población. Berra y col. enfatizan la importancia de que los centros de APS ofrezcan servicios de salud accesibles y capaces de cubrir la mayoría de las necesidades de la población y desarrollar una relación de confianza, sostenida en el tiempo entre la persona y los profesionales de

la salud.⁵ En Argentina, la puesta en práctica de la estrategia de APS se ha caracterizado por su heterogeneidad y discontinuidad, y coexisten modelos centrados en la comunidad, el individuo y la familia, con el modelo asistencial tradicional del ámbito hospitalario trasladado al marco de una comunidad con grados variables de inserción, impacto y eficiencia.⁶

Un aspecto para destacar de nuestros resultados es que la mayoría de las madres había sido referenciada desde su lugar de nacimiento a un centro de APS cercano a su domicilio para que su hijo efectuara los controles correspondientes a su primer año de vida. Esto muestra un buen funcionamiento del sistema sanitario en lo que representa atención "en salud". Lo mismo ocurrió con aquellos pacientes que nacieron en una institución perteneciente a su obra social. Sin embargo, frente a una interurrencia, en un 54% de las veces, el centro cercano al domicilio no pudo responder a esa demanda.

Rabasa y col., mostraron que la posibilidad de acceso de RN graves a una unidad de mayor complejidad disminuyó a la mitad en los meses de invierno. Los autores señalan que esta disminución de la accesibilidad resulta un ejemplo de la utilización ineficiente de los recursos, ya que el aumento de la DE de camas por patología infecciosa respiratoria disminuye aún más las posibilidades de acceso para aquellos que requieren internación en un centro de alta complejidad.⁷

En el año 2005, Rowensztein y col. evaluaron los motivos que llevaron a la población a consultar al HG. Los resultados mostraron que la cantidad de consultas realizadas a centros de salud, hospitales de II y III nivel de atención previas a la internación en el HG fue, en promedio, de 2 por paciente y que el 62% se dirigió directamente a hospitales de nivel III. En este estudio, 97,5% de los pacientes llegó en forma espontánea.⁸ Casi 10 años después y en la misma institución, nuestro análisis de la DE neonatal mostró algunas coincidencias; el 46% de los padres consultó directamente al HG y el resto hizo una media de 2 consultas previas. Un dato diferente es que 1 de cada 4 pacientes concurre al HG por consejo de un pediatra/neonatólogo perteneciente tanto a instituciones públicas como privadas. Cabe notar que, como se menciona en "Resultados", ninguno de los pacientes que consultó con una sugerencia de internación fue derivado en la forma adecuada que requiere un niño menor de 30 días con una patología que necesita hospitalización.

Un estudio, con diseño similar al nuestro, fue efectuado por Kovacs y col. en Brasil. Los autores evaluaron el perfil de los niños atendidos en servicios de emergencia de hospitales de alta complejidad que no asistieron a los centros de salud correspondientes a su domicilio y al médico de familia designado. La conclusión principal fue que los padres de los pacientes decidían concurrir a centros de mayor complejidad porque se encontraban legitimados por su prestigio.⁹

Vinelli y col., (2011) analizaron la prevalencia de consultas no urgentes en el Departamento de Urgencias del Hospital Elizalde y señalaron que el 59% de las consultas fueron no urgentes según el puntaje del "Emergency Severity Index". Encontraron que el principal motivo para haber concurrido al Departamento de Urgencias fue la dificultad para obtener un turno en un centro de atención primaria.¹⁰

Con respecto a la cobertura social (CS), el 35% de los pacientes declaró poseerla. Este resultado no era el esperable, ya que la presencia de CS en pacientes aceptados por derivaciones formales en el Área de Terapia Intensiva Neonatal del HG es inferior al 15%. En este grupo de pacientes con CS analizados en nuestro estudio, a pesar de que el sistema "privado" los absorbe para su nacimiento, no se hace cargo de sus intercurencias. Varios de los padres concurrieron como primera instancia de consulta al establecimiento donde su hijo había nacido sin encontrar la posibilidad de atención, en ocasiones, por requerimientos administrativos (solicitud de pago) o por la falta de neonatólogo de guardia. Cabe mencionar que la mayoría de las intercurencias en RN sanos pueden ser resueltas por un pediatra.

Este estudio posee ciertas debilidades. A pesar de que se extremaron las medidas para detectar a cualquier paciente \leq de 30 días que haya consultado al HG en el período analizado, no podemos descartar que algún RN haya sido visto por un especialista en forma ambulatoria sin la intervención de un neonatólogo.

A modo de resumen de lo desarrollado en la discusión, podemos especular sobre lo siguiente:

- El sistema público de salud, en lo que a patología neonatal se refiere, está preparado para atender los controles de salud y no las intercurencias.
- El sistema privado cubre la demanda al nacer, pero no lo hace con igual eficiencia frente a la enfermedad.

- Se debería reforzar el concepto entre los pediatras de que las derivaciones para internación de los pacientes \leq de 30 días deben efectuarse de médico a médico.
- La atención de las intercurencias en los pacientes \leq de 30 días debe ser absorbida por centros de menor complejidad o por instituciones privadas y, en caso de no poder resolverlas, efectuar una derivación formal tanto para una consulta como para la hospitalización de ese RN.

CONCLUSIÓN

Nuestros resultados mostraron que los menores de 30 días que consultaron por DE al HG se hospitalizaron por patología, en su mayoría, de baja o mediana complejidad, lo que podría ser resuelto en su hospital de origen. ■

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud de la Nación. Plan para la reducción de la mortalidad materno infantil, de las mujeres y de las adolescentes. Plan operativo, 2010. [Acceso: 22 de noviembre de 2016]. Disponible en: www.msal.gov.ar/plan-reduccion-mortalidad.
2. Ministerio de Salud de la Nación - Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Regionalización de la atención perinatal: Documentos. 2011. [Acceso: 22 de noviembre de 2016]. Disponible en: <http://publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/otras%20pub/RegAtencionPerinatal.pdf>.
3. Committee on Perinatal Health. Toward improving the outcome of pregnancy: recommendations for the regional development of maternal and perinatal health services. White Plains, New York: The National Foundation-March of Dimes; 1976.
4. Speranza A, Kurlat I. La regionalización del cuidado perinatal: una estrategia para disminuir la mortalidad infantil y la mortalidad materna. *Rev Argent Salud Pública* 2011;2(7):40-2.
5. Berra S, Audisio Y, Mántaras J, Nicora V, et al. Adaptación cultural y al sistema de salud argentino del conjunto de instrumentos para la evaluación de la atención primaria de la salud. *Rev Argent Salud Pública* 2011;2(8):6-14
6. Paganini J, Etchegoyen G, Bo A, Rubio AM, et al. Evaluación de sistemas de salud y la estrategia de APS. *Rev Argent Salud Pública* 2010;1(2):18-23.
7. Rabasa C, Bossi L, Santos P, Rodríguez S, et al. Accesibilidad a una Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de alta complejidad en la Argentina. *Arch Argent Pediatr* 2010;108(4):325-30.
8. Rowensztein H, Demirdjian G, Rodríguez J. Evaluación del impacto socioeconómico de las internaciones por infección respiratoria en un hospital público terciario. *Med Infant* 2005;12(1):25-31.
9. Kovacs H, Feliciano K, Sarinho S, Vera AA. Acessibilidade às ações básicas entre crianças atendidas em serviços de pronto-socorro. *J Pediatr (Rio J)* 2005;81(3):251-8.
10. Vinelli N, Mannucci C, Laba N, del Vecchio L, et al. Consultas no urgentes al Departamento de Urgencias de un Hospital Pediátrico. *Arch Argent Pediatr* 2011;109(1):8-13.