

ARTÍCULO ORIGINAL

FACTORES ASOCIADOS A LAS RECONSULTAS PEDIÁTRICAS DENTRO DE 24 HORAS Y SU UTILIDAD COMO INDICADOR DE CALIDAD ASISTENCIAL

Factors Associated with Pediatric Emergency Department Revisits Within 24 Hours and Their Usefulness as a Quality-of-Care Indicator

DOI: <https://doi.org/10.65740/2qgrw609>

Valeria Ángela María López Cubilla

Universidad Columbia del Paraguay, Asunción, Paraguay.

ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-9034-8905>

Autora de correspondencia: valelocubilla@gmail.com

Sergio David González Ayala

Universidad Columbia del Paraguay, Asunción, Paraguay.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3512-7437>

sergio.gonzalez@posgradocolumbia.edu.py

Resumen

Introducción: las reconsultas tempranas a los servicios de urgencias pediátricas pueden funcionar como señales de alerta sobre continuidad asistencial, evolución clínica, comunicación con las familias y capacidad de respuesta del sistema. **Objetivo:** determinar los factores asociados a las reconsultas dentro de las 24 horas en el Servicio de Urgencias del Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu y examinar su utilidad como indicador de calidad. **Metodología:** estudio observacional, descriptivo y transversal realizado entre septiembre y octubre de 2022. Se incluyeron 399 padres o responsables de niños de 0 a 18 años que reconsultaron dentro de 24 horas. La muestra fue no probabilística de casos consecutivos. Se revisaron la consulta inicial y la reconsulta, y se complementó la información mediante entrevista telefónica. Se aplicaron estadísticos descriptivos y chi-cuadrado de Pearson. **Resultados:** la mediana de edad pediátrica fue de 4 años; 69,4% tenía más de 2 años y la distribución por sexo fue prácticamente equilibrada. En la reconsulta predominaron los niveles de triage verde (45,0%) y amarillo (41,4%). El tiempo medio entre consultas fue de 13 ± 6 horas y 74,2% de los motivos se relacionó con la consulta inicial. El 37,3% requirió intervenciones y 11,3% hospitalización. Los pacientes hospitalizados presentaron mayor frecuencia de intervenciones ($p=0,005$). La decisión de reconsultar fue predominantemente autónoma y mostró asociación con el nivel educativo materno ($p=0,005$). El 79,7% calificó la explicación inicial como buena o muy buena. **Conclusión:** la reconsulta en 24 horas constituye un indicador sensible a factores clínicos, familiares y organizacionales, pero su interpretación debe contextualizarse y no asumirse de forma aislada como evidencia de falla asistencial.

Palabras clave: reconsulta; urgencias pediátricas; calidad asistencial; seguridad del paciente; triage; continuidad asistencial.

Abstract

Introduction: early revisits to pediatric emergency departments may serve as warning signals related to continuity of care, clinical course, communication with families, and health-system responsiveness. **Objective:** to determine factors associated with revisits within 24 hours to the Emergency Department of Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu and to examine their usefulness as a quality-of-care indicator. **Methods:** observational, descriptive, cross-sectional study conducted from September to October 2022. A total of 399 parents or caregivers of children aged 0–18 years who returned within 24 hours were included through consecutive non-probability sampling. Initial and return visits were reviewed and information was complemented by telephone interview. Descriptive statistics and Pearson's chi-square test were used. **Results:** median patient age was 4 years; 69.4% were older than 2 years and sex distribution was nearly balanced. Green (45.0%) and yellow (41.4%) triage categories predominated at revisit. Mean time to revisit was 13 ± 6 hours, and 74.2% of revisit reasons were related to the initial visit. Interventions were required in 37.3% and hospitalization in 11.3%. Hospitalized patients more frequently required interventions ($p=0.005$). Revisit autonomy was associated with maternal educational level ($p=0.005$). Overall, 79.7% rated the initial explanation as good or very good. **Conclusion:** 24-hour revisits are a potentially useful indicator integrating clinical, family and organizational dimensions, but they should be interpreted contextually rather than as an isolated marker of poor care.

Cómo citar: López C., V. A. M. & González A., S.D. (2026). Factores asociados a las reconsultas pediátricas dentro de 24 horas y su utilidad como indicador de calidad asistencial. *Revista de Investigación en Salud Pública*, 1(1), 126–141. DOI: <https://doi.org/10.65740/2qgrw609>

Editor responsable: Derliz Osmar Cabrera Cabrera, Posgrado Columbia, Asunción, Paraguay, risalp@posgradocolumbia.edu.py

Derechos de autor: ©2026 Valeria Ángela María López Cubilla y Sergio David González Ayala. Los autores conservan los derechos de autor.

Licencia: Este artículo se distribuye bajo una Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0).

Keywords: revisit; pediatric emergency care; quality of care; patient safety; triage; continuity of care.

1. Introducción

Los servicios de urgencias pediátricas concentran una demanda clínica caracterizada por alta variabilidad, necesidad de decisiones rápidas y coexistencia de cuadros de diferente complejidad. En ese escenario, la calidad no puede reducirse al diagnóstico o al tratamiento efectuado durante el contacto inicial: también comprende oportunidad, seguridad, continuidad, comunicación, adecuación de recursos y capacidad para orientar a la familia después del alta. La reconsulta temprana adquiere relevancia porque se sitúa precisamente en la interfaz entre la atención ya brindada y la evolución posterior del niño.

La investigación de López Cubilla parte de la consideración de la reconsulta como un indicador de calidad y de seguridad del paciente. El trabajo distingue cuatro grandes grupos de factores potencialmente vinculados con el retorno: factores relacionados con el paciente y su familia, con el profesional médico, con el sistema sanitario y con la enfermedad. Esta clasificación permite evitar una interpretación simplista del retorno como sinónimo de error. Una reconsulta puede obedecer a persistencia esperable de síntomas, progresión natural del cuadro, necesidad de reevaluación, dificultades de comprensión, ausencia de alternativas asistenciales o problemas de organización y continuidad.

La literatura incorporada en la tesis muestra que la ventana temporal utilizada para definir una reconsulta no es uniforme. Muchos estudios analizan retornos dentro de 48 o 72 horas, mientras que la investigación paraguaya se concentra en las primeras 24 horas. Esta delimitación responde tanto a la disponibilidad del sistema de información institucional como al interés de otorgar mayor peso a factores cercanos a la atención inicial y disminuir, en lo posible, la influencia de la evolución natural más tardía de la enfermedad. Por ello, el indicador de 24 horas debe interpretarse como una medida específica y no como equivalente directo de los indicadores de 72 horas utilizados en otros contextos.

El antecedente institucional citado por la autora registró 28.882 atenciones entre mayo y julio y 1.169 reconsultas, equivalentes a aproximadamente 4%. A partir de ese antecedente, el nuevo estudio avanzó desde la mera cuantificación del retorno hacia la caracterización de los factores asociados. El interés de gestión radica en reconocer qué proporción de reconsultas puede vincularse con persistencia de síntomas, qué características presentan los niños y sus familias, qué intensidad asistencial requiere la segunda visita y qué elementos organizacionales podrían ser susceptibles de mejora.

En Paraguay, este análisis resulta particularmente pertinente por la presión asistencial que experimentan los servicios de urgencias y por la heterogeneidad en la disponibilidad territorial de atención pediátrica. La tesis señala que varios familiares refirieron ausencia de pediatra de guardia en servicios cercanos a su domicilio, circunstancia que podría favorecer el retorno al hospital de referencia. Así, el fenómeno no depende exclusivamente del desempeño del servicio hospitalario, sino también de la articulación de la red y de la capacidad de seguimiento en otros niveles de atención.

El objetivo de este artículo es presentar y profundizar los hallazgos de la investigación sobre factores asociados a las reconsultas dentro de 24 horas en el Servicio de Urgencias del Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu, organizándolos en una estructura de artículo científico y discutiendo su significado como indicador de calidad, continuidad asistencial y gestión de servicios de urgencia.

2. Fundamentación teórica

2.1. Reconsulta temprana como indicador de calidad

Los indicadores de calidad son medidas destinadas a hacer observable un fenómeno relevante de la atención. Su utilidad depende de que posean validez, sensibilidad, especificidad, factibilidad y confiabilidad. En el campo de las urgencias, la reconsulta se utiliza como un indicador de resultado porque registra un acontecimiento posterior al alta; sin embargo, su interpretación también remite a dimensiones de proceso y estructura. Una segunda consulta puede estar relacionada con la decisión clínica inicial, pero igualmente con disponibilidad de recursos, comunicación, acceso a seguimiento o capacidad resolutoria de la red.

El marco teórico de la tesis recupera la concepción multidimensional de la calidad planteada por el Institute of Medicine, donde la atención de calidad debe aumentar la probabilidad de resultados deseados y ser consistente con el conocimiento profesional. Desde esta perspectiva, la reconsulta no constituye por sí sola una medida de mala calidad. Funciona mejor como señal que activa revisión, análisis y aprendizaje organizacional. Este matiz es esencial: un indicador centinela o de alerta orienta la búsqueda de causas, pero no reemplaza el juicio clínico ni la evaluación contextual del caso.

El estándar citado en la tesis para reconsultas dentro de 72 horas es igual o menor a 7%. No obstante, la investigación utiliza una ventana de 24 horas y, por tanto, evita trasladar mecánicamente ese umbral a sus resultados. Las diferencias de ventana temporal, población, estructura sanitaria, estación epidemiológica y criterios de inclusión limitan las comparaciones directas. La utilidad científica del estudio radica, entonces, menos en contrastar una tasa con un estándar externo y más en describir el perfil y las asociaciones observadas entre quienes efectivamente reconsultaron.

2.2. Calidad, seguridad y continuidad en urgencias pediátricas

La atención pediátrica de urgencia exige equilibrar rapidez y seguridad. El niño puede presentar síntomas inespecíficos, cambios clínicos rápidos y dependencia de la observación de sus cuidadores. La familia, a su vez, participa en la interpretación de signos de alarma, cumplimiento de indicaciones y decisión de volver al servicio. Por ello, la continuidad posterior al alta no es un componente periférico, sino parte del proceso asistencial.

El informe *To Err Is Human*, citado en el marco teórico original, contribuyó a situar la seguridad del paciente como dimensión central de la calidad. En una reconsulta temprana, la pregunta relevante no es únicamente si el diagnóstico cambió, sino si existieron oportunidades para prevenir un evento adverso, mejorar la información, ajustar el tratamiento, facilitar seguimiento o anticipar la evolución probable. La revisión sistemática de reconsultas puede revelar patrones que no son visibles al analizar episodios aislados.

La continuidad asistencial resulta especialmente importante cuando el hospital indica seguimiento en servicios de la zona de residencia. Si el cuidador no dispone de pediatra, no comprende la derivación o percibe mayor capacidad resolutoria en el hospital, puede retornar al mismo servicio aun cuando el cuadro no se haya agravado. La reconsulta, en ese caso, refleja simultáneamente una conducta familiar racional frente a la incertidumbre y una posible fragilidad de articulación entre niveles.

2.3. Triage, presión asistencial y capacidad del servicio

El triage organiza la prioridad de atención de acuerdo con el riesgo clínico. En el documento de base se describen niveles que van desde situaciones de riesgo elevado y atención inmediata hasta cuadros sin riesgo en los que la espera no constituye un factor crítico. El análisis comparado del triage entre consulta inicial y reconsulta permite explorar si el retorno se acompaña de incremento de prioridad, aunque no demuestra por sí mismo deterioro ni causalidad.

El modelo sistémico de los servicios de urgencias desarrollado en la tesis distingue demanda de entrada, capacidad interna, servicios diagnósticos y disponibilidad de salida. La congestión puede emerger cuando cualquiera de estos componentes pierde capacidad de absorber el flujo. En periodos epidémicos, la presión asistencial puede modificar tiempos, disponibilidad de personal, comunicación y percepción familiar. La autora señala que el periodo estudiado coincidió con una epidemia de enfermedades respiratorias, aspecto que debe considerarse al interpretar los resultados.

Desde la gestión, la combinación de volumen, prioridad y necesidad de intervenciones es más informativa que cualquiera de estas variables por separado. Un servicio puede recibir numerosas reconsultas de baja prioridad sin que ello implique daño, pero ese volumen puede consumir capacidad y prolongar esperas. A su vez, una fracción pequeña de reconsultas que requiere hospitalización o intervenciones intensivas puede señalar casos clínicamente relevantes que justifican vigilancia específica.

2.4. Factores familiares y comprensión de las indicaciones

En pediatría, la decisión de consultar pertenece habitualmente al adulto responsable. Variables como experiencia parental, nivel educativo, situación socioeconómica, percepción de gravedad y disponibilidad de redes de apoyo pueden influir en la tolerancia a la incertidumbre y en el umbral para retornar. El estudio incorporó edad materna, escolaridad, número de hijo, estrato socioeconómico y autonomía en la decisión de reconsulta con el propósito de caracterizar esta dimensión.

La satisfacción con la explicación médica fue medida mediante una escala ordinal desde “nada” hasta “muy bien”. Esta variable aporta una aproximación a la experiencia comunicacional, pero no equivale a una prueba objetiva de comprensión. Un familiar puede valorar positivamente el trato y la explicación y, aun así, interpretar de manera diferente los signos de alarma o el lugar de seguimiento. Esta distinción ayuda a comprender por qué una alta valoración de la explicación puede coexistir con reconsultas tempranas.

La Escala de Graffar-Méndez Castellanos fue utilizada para clasificar el nivel socioeconómico familiar. Su inclusión responde al interés de explorar determinantes sociales del uso de urgencias. Sin embargo, cualquier asociación observada debe interpretarse con prudencia porque el diseño transversal y la ausencia de un grupo de niños que no reconsultaron impiden estimar riesgo relativo de reconsulta según estrato.

3. Metodología

3.1. Diseño, ámbito y periodo

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y de corte transversal en el Servicio de Urgencias del Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu. La población enfocada estuvo constituida por padres o responsables de niños de 0 a 18 años que acudieron como reconsulta dentro de las 24 horas. La población accesible correspondió a quienes reconsultaron durante septiembre y octubre de 2022. El diseño permitió describir características de los pacientes, familias, consulta inicial y reconsulta, así como explorar asociaciones entre variables registradas.

3.2. Participantes, muestra y criterios

La muestra fue no probabilística de casos consecutivos. Se incluyeron padres de niños de 0 a 18 años que reconsultaron dentro de 24 horas y contaban con consentimiento informado. El protocolo original estableció un tamaño de 399 participantes, calculado a partir de un antecedente institucional de 4% de reconsultas, con riesgo alfa de 0,05 y beta inferior a 0,20.

Finalmente, se analizaron 399 casos. La tesis consignó como criterio de exclusión a padres sordomudos o pertenecientes a comunidades originarias; este criterio se conserva aquí como descripción del protocolo original y debe ser considerado al valorar la representatividad y equidad del estudio.

3.3. Reclutamiento y fuentes de información

El reclutamiento se efectuó mediante revisión semanal de la base de datos del Servicio de Urgencias entre el 1 de septiembre y el 30 de octubre de 2022. Para cada caso se revisaron la consulta inicial y la reconsulta, se verificaron criterios de inclusión y se completó una planilla diseñada para el estudio. La información se complementó con entrevistas telefónicas a los responsables. Este procedimiento combinó datos clínicos y administrativos con información familiar obtenida posteriormente.

3.4. Variables e instrumento

La ficha incluyó edad y sexo del niño, procedencia, edad materna, nivel educativo materno, nivel socioeconómico, número de hijo, nivel de triage en ambas consultas, motivo y diagnóstico inicial, horario de consulta, motivo y diagnóstico de reconsulta, tiempo transcurrido, intervenciones, hospitalización, autonomía de la decisión y valoración de la explicación recibida. Para el nivel socioeconómico se empleó la Escala de Graffar-Méndez Castellanos. La autonomía distinguió decisión propia de sugerencia de terceros; la explicación satisfactoria se registró en cinco niveles ordinales, desde “nada” hasta “muy bien”.

3.5. Procesamiento y análisis estadístico

Los datos fueron analizados con SPSS versión 21. Las variables cuantitativas se resumieron mediante media o mediana según su distribución, y las cualitativas mediante frecuencias y porcentajes. La relación entre variables categóricas se evaluó con chi-cuadrado de Pearson y tablas de contingencia. El protocolo también menciona la escala de Shiffer. En el reporte de resultados se consideran estadísticamente significativas las asociaciones informadas con $p=0,005$, sin reinterpretar causalidad debido al carácter observacional y transversal del estudio.

3.6. Consideraciones éticas

El protocolo declaró respeto de los principios de autonomía, beneficencia y justicia. Se estableció confidencialidad de los datos y ausencia de identificación nominal en los resultados. Se previó la intervención del comité de ética institucional respecto del consentimiento informado. La financiación de insumos básicos de investigación fue asumida por la autora y no se reportó financiamiento externo.

3.7. Alcance analítico y precauciones interpretativas

El estudio describe exclusivamente a pacientes que reconsultaron; no incorpora un grupo comparativo de niños atendidos que no retornaron. En consecuencia, expresiones como “factor asociado” deben entenderse en el marco de asociaciones internas entre características de los reconsultantes y determinados resultados, no como estimaciones de riesgo de reconsultar frente a la población total. Asimismo, la concentración temporal en dos meses y la coincidencia con circulación elevada de enfermedades respiratorias limitan la extrapolación a todo el año.

4. Resultados

4.1. Perfil demográfico de los pacientes

Durante el periodo analizado se incluyeron 399 reconsultas. La mediana de edad fue de 4 años, con un rango consignado desde 0,10 hasta 18 años. Los lactantes representaron 30,6% ($n=122$) y los mayores de 2 años 69,4% ($n=277$). La distribución por sexo fue prácticamente simétrica: 50,1% femenino ($n=200$) y 49,9% masculino ($n=199$). La media de edad materna fue de 30 ± 7 años. En cuanto a procedencia, 29,3% residía en San Lorenzo, 28,3% en Capiatá, 14,2% en Ñemby y 28,2% en otras localidades.

Variable	Categoría	n	%
Edad	Lactantes	122	30,6
Edad	Mayor a 2 años	277	69,4
Sexo	Femenino	200	50,1
Sexo	Masculino	199	49,9
Procedencia	San Lorenzo	117	29,3
Procedencia	Capiatá	113	28,3
Procedencia	Ñemby	57	14,2
Procedencia	Otros	112	28,2

La dispersión territorial es relevante desde el punto de vista de gestión: más de dos tercios de los participantes provenían de localidades distintas de San Lorenzo. El documento original señala que algunos familiares manifestaron no disponer de pediatra de guardia en centros cercanos, lo que aporta una hipótesis organizacional para interpretar el retorno, aunque esa disponibilidad no fue medida sistemáticamente como variable.

4.2. Prioridad de triage

En la reconsulta no se registraron pacientes clasificados en rojo. Predominaron verde (45,0%; n=180) y amarillo (41,4%; n=165), seguidos de naranja (8,3%; n=33) y azul (5,3%; n=21). Al comparar la distribución agregada con la consulta inicial se observa un aumento de 22 a 33 casos en nivel naranja y de 12 a 21 en azul, mientras amarillo disminuyó de 177 a 165 y verde de 188 a 180. Dado que la tesis advierte que la comparación no discrimina necesariamente los mismos pacientes por categoría, estos cambios deben leerse como variaciones de distribución y no como trayectorias individuales de gravedad.

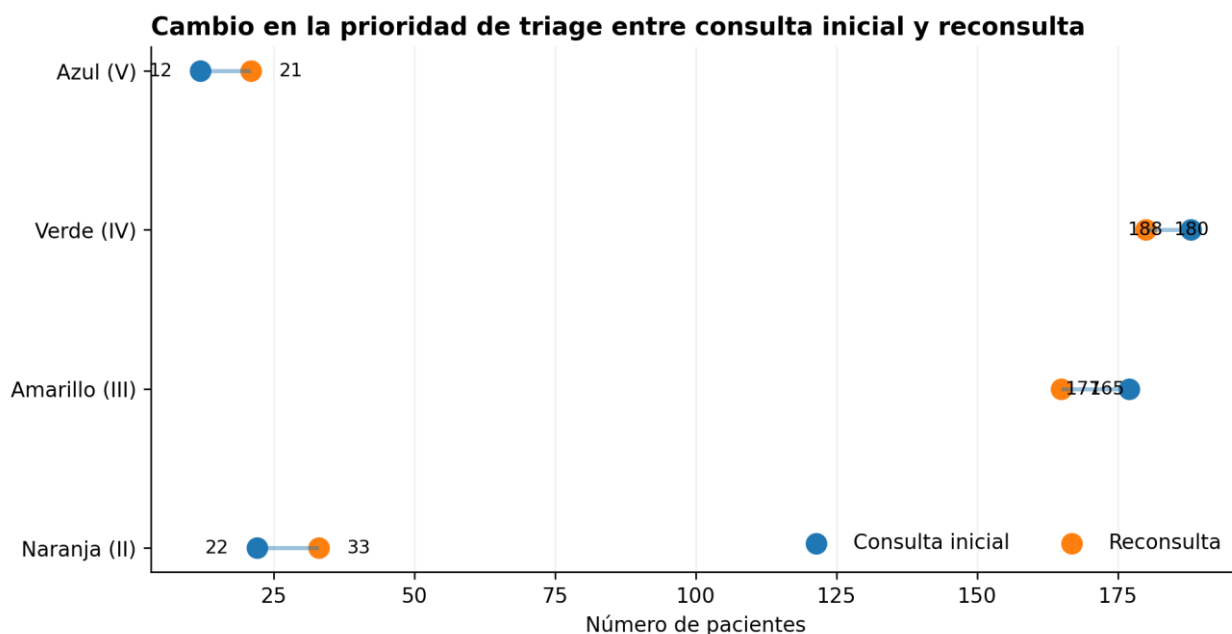


Figura 1. Distribución comparada de niveles de prioridad en la consulta inicial y la reconsulta. N=399. Fuente: elaboración a partir de los datos de López Cubilla (2023).

4.3. Tiempo y motivos de reconsulta

El tiempo medio entre la consulta inicial y la reconsulta fue de 13 ± 6 horas. En 74,2% de los casos (296/399), el motivo del retorno estuvo relacionado con la primera consulta. Entre los motivos específicos se registraron fiebre (24,0%), tos (11,8%), vómitos (11,3%), dolor abdominal (10,5%), control (9,5%), dificultad respiratoria (7,3%), diarrea (4,3%) y otros motivos (24,5%). El horario medio de la consulta inicial que posteriormente generó reconsulta se situó alrededor de las $12:00 \pm 6$ horas.

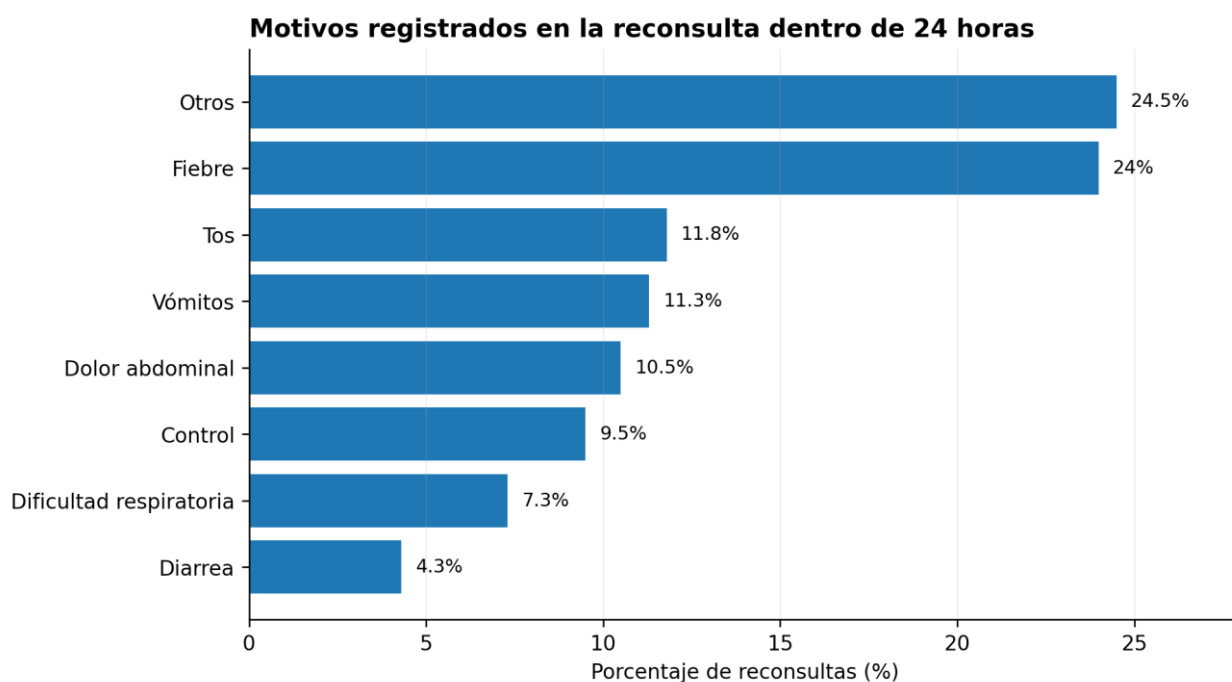


Figura 2. Principales motivos registrados en la reconsulta dentro de las 24 horas. Los porcentajes corresponden a N=399. Fuente: elaboración a partir de López Cubilla (2023).

El hecho de que casi tres cuartas partes de los retornos estuvieran vinculados con el motivo inicial refuerza la importancia de analizar persistencia de síntomas, expectativas de evolución y signos de alarma. A la vez, el 9,5% que acudió para control introduce una dimensión de continuidad asistencial: el protocolo institucional preveía que el seguimiento se realizara en servicios de la zona de residencia, por lo que estos retornos pueden reflejar problemas de información, interpretación o disponibilidad de alternativas.

4.4. Diagnósticos en consulta inicial y reconsulta

La tesis comparó cinco diagnósticos frecuentes. En la consulta inicial se registraron 55 resfrios, 14 síndromes bronquiales, 29 enfermedades tipo influenza, 96 gastroenteritis agudas y 29 cuadros de fiebre sin foco. En la reconsulta, las frecuencias correspondientes fueron 46, 15, 26, 82 y 32. La distribución sugiere estabilidad general de los principales grupos diagnósticos, con variaciones moderadas. El estudio original interpreta que predominaban patologías respiratorias y gastrointestinales y señala que la circulación epidémica de enfermedades respiratorias pudo aumentar la presión asistencial durante el periodo.

Diagnóstico	Consulta inicial (n)	Reconsulta (n)	Diferencia
Resfrió	55	46	-9
Síndrome bronquial	14	15	+1
Enfermedad tipo influenza	29	26	-3
Gastroenteritis aguda	96	82	-14
Fiebre sin foco	29	32	+3

4.5. Intervenciones y hospitalización

Durante la reconsulta, 149 pacientes (37,3%) requirieron alguna intervención, incluyendo nebulizaciones, aspiración de secreciones, administración de medicamentos, rehidratación oral, análisis laboratoriales o estudios de imágenes; 250 (62,7%) no requirieron estas intervenciones. Se hospitalizaron 45 pacientes (11,3%), mientras 354 (88,7%) fueron manejados sin ingreso.

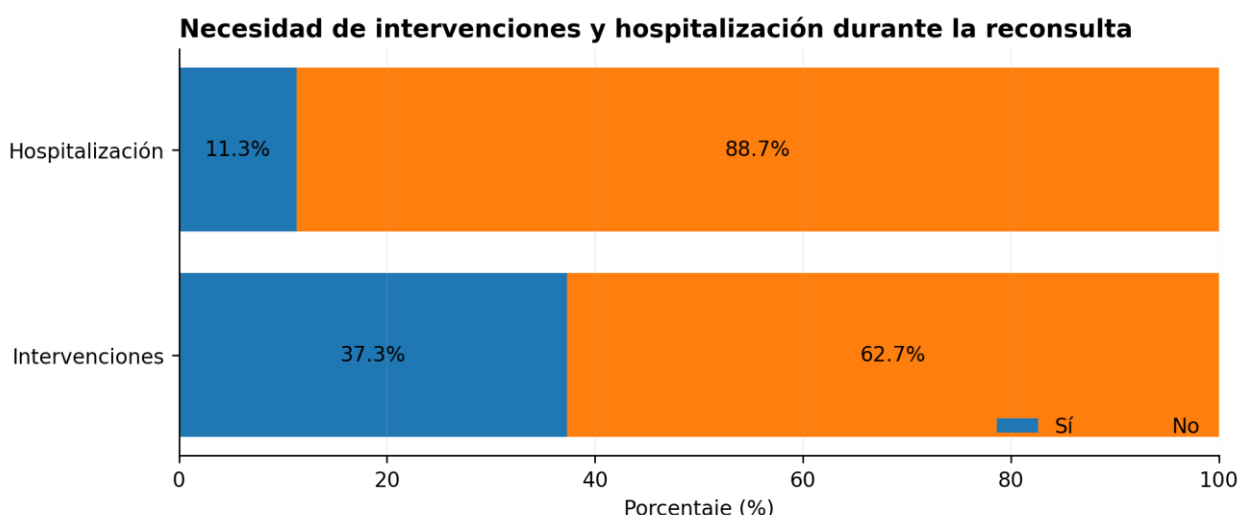


Figura 3. Proporción de pacientes que requirieron intervenciones y hospitalización durante la reconsulta. N=399. Fuente: elaboración a partir de López Cubilla (2023).

La comparación entre hospitalizados y no hospitalizados mostró una asociación estadísticamente significativa con la necesidad de intervenciones ($p=0,005$). Entre los 45 hospitalizados, 32 requirieron intervenciones y 13 no; entre los 354 no hospitalizados, 117 requirieron intervenciones y 237 no. El hallazgo es clínicamente coherente con una mayor intensidad de evaluación y tratamiento en quienes finalmente ingresaron, aunque no permite establecer que la intervención haya causado la hospitalización o viceversa.

Condición	Con intervención	Sin intervención	Total
Hospitalizados	32	13	45
No hospitalizados	117	237	354
Total	149	250	399

Desde la perspectiva del indicador de calidad, la hospitalización del 11,3% demuestra que la población de reconsulta no fue exclusivamente de baja complejidad. Aunque la mayoría fue clasificada en niveles amarillo y verde, una fracción relevante necesitó ingreso y más de un tercio recibió intervenciones. Por ello, un sistema de monitorización de reconsultas debería diferenciar al menos los retornos con y sin escalamiento asistencial.

4.6. Autonomía de la reconsulta y nivel educativo materno

La decisión de volver al servicio fue predominantemente autónoma: 287 responsables decidieron reconsultar por iniciativa propia y 109 lo hicieron por sugerencia de terceros; la tabla original presenta tres casos sin clasificación explícita. La asociación entre nivel educativo materno y autonomía fue estadísticamente significativa ($p=0,005$). Entre quienes tenían formación universitaria, 81,8% reconsultó por decisión propia; entre quienes tenían secundaria completa o tecnicatura, 74,9%; secundaria incompleta, 68,9%; y primaria, 62,5%.

Nivel educativo materno	Decisión propia n (%)	Sugerencia de terceros n (%)
Universitario	27 (81,8)	6 (18,2)
Secundaria completa / tecnicatura	137 (74,9)	46 (25,1)
Secundaria incompleta	113 (68,9)	51 (31,1)
Primaria	10 (62,5)	6 (37,5)
Analfabeta	0 (0)	0 (0)

La mediana del número de hijo que acudió a reconsulta fue 1, con rango de 1 a 6. El documento interpreta que las madres primerizas podrían presentar mayor preocupación o menor experiencia frente a la persistencia sintomática. Sin un grupo de comparación de familias que no reconsultaron, esta observación debe considerarse descriptiva y generadora de hipótesis, no una demostración de que la condición de primer hijo incremente el riesgo de retorno.

4.7. Valoración de la explicación recibida

La percepción de la explicación médica inicial fue favorable: 45,4% respondió “bien” y 34,3% “muy bien”, sumando 79,7%. Un 17,8% respondió “más o menos”, 1,8% “un poco”, ninguno “nada” y 0,8% no respondió. Este resultado es relevante porque muestra que la reconsulta puede ocurrir aun cuando la experiencia comunicacional sea valorada positivamente. La satisfacción declarada no permite concluir que la comprensión de indicaciones, signos de alarma y lugar de seguimiento haya sido completa.

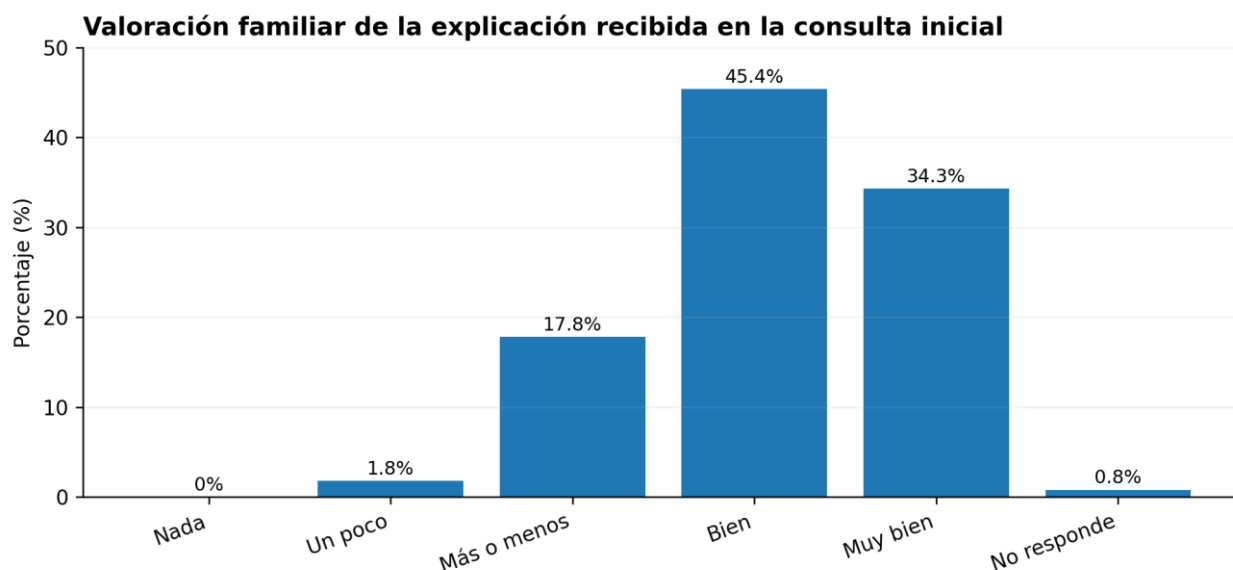


Figura 4. Valoración familiar de la explicación recibida en la consulta inicial. N=399. Fuente: elaboración a partir de López Cubilla (2023).

4.8. Nivel socioeconómico y contexto de acceso

La tesis informa predominio de familias de estrato medio bajo y obrero según la Escala de Graffar-Méndez Castellanos. La figura original presenta porcentajes redondeados cuya correspondencia con las cinco categorías no resulta completamente inequívoca en el documento extraído; por rigor, este artículo conserva la conclusión cualitativa del estudio y evita reconstruir una distribución numérica que no puede verificarse con precisión a partir de la tabla disponible. Este aspecto ilustra la importancia de acompañar figuras con tablas de datos explícitas en futuras publicaciones.

5. Discusión

El estudio aporta una caracterización detallada de 399 reconsultas pediátricas dentro de una ventana particularmente temprana de 24 horas. Su principal contribución consiste en mostrar que el retorno no responde a una única dimensión. Los hallazgos combinan elementos clínicos —persistencia de síntomas, diagnósticos respiratorios y gastrointestinales, intervenciones y hospitalización— con elementos familiares —autonomía, educación, experiencia parental— y organizacionales —procedencia territorial, seguimiento y presión asistencial epidémica—. Esta multidimensionalidad respalda el uso de la reconsulta como indicador de vigilancia y aprendizaje, más que como medida aislada de desempeño.

El predominio de triage verde y amarillo sugiere que gran parte de los retornos se ubicó en categorías de prioridad baja o intermedia. Este patrón es consistente con los antecedentes discutidos por la autora, donde las reconsultas pediátricas frecuentemente se relacionan con persistencia de síntomas y procesos de evolución no necesariamente grave. Sin embargo, la ausencia de casos rojos no debe conducir a minimizar el fenómeno: 11,3% fue hospitalizado y 37,3% requirió intervenciones. El valor del indicador aumenta cuando se estratifica por resultado clínico y consumo de recursos.

La hospitalización observada fue superior a la reportada en algunos antecedentes citados en la tesis. El propio documento compara su 11,3% con un estudio que informó 3,8% de hospitalización en reconsultas a 48 horas. Las diferencias pueden depender de población, criterios, estación epidemiológica y contexto institucional. La comparación no permite afirmar peor desempeño del hospital paraguayo. Sí muestra que una proporción de los retornos tuvo relevancia clínica suficiente para requerir ingreso y que esos pacientes recibieron significativamente más intervenciones.

El tiempo medio de 13 ± 6 horas sitúa los retornos dentro de una ventana muy próxima al episodio inicial. En 74,2% el motivo se relacionó con la primera consulta. Esto puede reflejar persistencia sintomática, incertidumbre familiar o evolución clínica que todavía no había alcanzado resolución. En cuadros pediátricos autolimitados, la persistencia durante pocas horas puede ser esperable; por ello, la educación al alta sobre evolución probable, duración de síntomas y signos de alarma puede ser tan importante como la prescripción terapéutica.

La presencia de 9,5% de reconsultas para control merece atención desde la gestión. Si el protocolo indicaba seguimiento en servicios de la zona de residencia, el retorno al hospital puede representar una brecha de continuidad. La tesis propone dos explicaciones: dificultades de comunicación o interpretación, y fragilidad de la oferta territorial. Ambas hipótesis requieren diseños posteriores que midan de manera directa la disponibilidad de pediatría, tiempos de acceso, instrucciones entregadas al alta y comprensión del cuidador.

La valoración favorable de la explicación inicial en casi ocho de cada diez participantes es un hallazgo que evita atribuir las reconsultas simplemente a mala comunicación. La satisfacción es una dimensión subjetiva y valiosa, pero no mide necesariamente comprensión. Un alta segura requiere que el cuidador pueda identificar qué evolución es esperable, qué signos justifican retorno inmediato, dónde realizar controles y cómo administrar el tratamiento. Futuras investigaciones podrían incorporar técnicas de “teach-back” o preguntas objetivas de comprensión para diferenciar satisfacción de entendimiento efectivo.

La asociación entre nivel educativo materno y autonomía en la decisión de reconsultar ($p=0,005$) aporta una dimensión social al fenómeno. No obstante, el análisis no demuestra que la escolaridad sea un factor causal de reconsulta, pues todos los participantes ya habían retornado. Lo que se observa es una distribución diferente de la forma de decidir el retorno según nivel educativo. Esta precisión metodológica es importante para evitar inferencias que el diseño no puede sostener.

El predominio del primer hijo en la reconsulta fue interpretado por la autora como posiblemente relacionado con preocupación y menor experiencia. Esta explicación es plausible dentro del marco del estudio, pero necesita contrastación específica. La parentalidad, percepción de riesgo y tolerancia a la incertidumbre son fenómenos complejos que podrían estudiarse con escalas validadas o enfoques cualitativos. El hallazgo actual funciona como señal para orientar nuevas preguntas de investigación.

La procedencia también debe analizarse con cautela. La mayoría de los participantes residía fuera de San Lorenzo, pero el estudio no midió distancia, tiempo de traslado, disponibilidad de centros alternativos ni elección previa de servicios. Por tanto, no puede concluirse que la distancia haya causado la reconsulta. Sí puede afirmarse que el hospital recibe una población territorialmente amplia y que algunos entrevistados mencionaron falta de pediatra de guardia en centros cercanos, lo que plantea un problema potencial de articulación de red.

El periodo de septiembre y octubre de 2022 coincidió, según la tesis, con elevada circulación de enfermedades respiratorias. La presión asistencial puede modificar la relación entre demanda y recursos disponibles, afectar tiempos de atención y aumentar la probabilidad de consultas por cuadros respiratorios. Esta estacionalidad limita la generalización anual, pero también ofrece una oportunidad de gestión: monitorizar reconsultas por semana epidemiológica podría ayudar a identificar si el indicador se incrementa cuando la demanda supera determinados umbrales.

Los antecedentes internacionales citados por el trabajo utilizan ventanas de 48, 72 horas o incluso siete días. Esta heterogeneidad impide comparar porcentajes de forma directa. Para fines de gestión institucional, convendría mantener el indicador de 24 horas por su utilidad local y, paralelamente, generar indicadores de 48 y 72 horas que permitan comparabilidad externa. Un tablero de calidad podría diferenciar retorno total, retorno por mismo motivo, retorno con aumento de triage, retorno con intervención, retorno con hospitalización y retorno potencialmente evitable.

Desde la perspectiva de calidad, la reconsulta debe integrarse con otros indicadores. Una tasa baja podría coexistir con dificultades de acceso o con derivaciones inadecuadas, mientras una tasa elevada podría reflejar una política prudente de reevaluación en determinados cuadros. Por ello, el indicador adquiere significado cuando se interpreta junto con tiempos de espera, abandono sin atención, hospitalización, eventos adversos, satisfacción, disponibilidad de seguimiento y carga asistencial.

El estudio tiene fortalezas relevantes: tamaño muestral de 399 casos, inclusión consecutiva, combinación de registros clínicos con entrevista telefónica, análisis de múltiples dimensiones y utilización de un marco explícito de calidad. También presenta limitaciones: diseño transversal, muestreo no probabilístico, ausencia de grupo control, periodo breve, potencial sesgo de recuerdo en entrevistas, medición subjetiva de explicación y exclusiones que pueden afectar representatividad. Además, algunos resultados agregados —como el cambio de triage— no permiten seguimiento individual entre categorías.

Una limitación adicional para la publicación secundaria es que la tesis empleó referencias en estilo Vancouver y varias fuentes antiguas, coherentes con el marco disponible al momento de su elaboración. En este artículo se conserva la base conceptual original y se reorganiza en formato científico, sin introducir resultados externos que alteren los hallazgos. Para una eventual postulación a revista indexada, sería recomendable actualizar la revisión bibliográfica con evidencia reciente sobre retornos pediátricos, crowding, comunicación al alta y continuidad asistencial.

En síntesis, la evidencia del estudio favorece una lectura de la reconsulta como fenómeno de sistema. La segunda visita puede ser clínicamente apropiada y, al mismo tiempo, revelar oportunidades de mejora en información, seguimiento o distribución de recursos. La gestión de calidad debería evitar enfoques punitivos y utilizar el indicador para identificar patrones, estratificar riesgo y diseñar intervenciones evaluables.

6. Implicancias para la gestión y la calidad asistencial

La primera implicancia consiste en transformar la reconsulta de un dato retrospectivo a un indicador operativo. El hospital podría automatizar la identificación de retornos dentro de 24, 48 y 72 horas y generar alertas cuando exista aumento de prioridad, nueva intervención o hospitalización. Esta estratificación permitiría priorizar auditorías clínicas de casos con mayor potencial de aprendizaje.

La segunda implicancia es fortalecer el proceso de alta. Las indicaciones deberían diferenciar evolución esperable, signos de alarma, tratamiento, plazo de control y lugar concreto de seguimiento. La entrega escrita o digital puede complementarse con verificación de comprensión. El objetivo no sería impedir reconsultas necesarias, sino reducir retornos motivados por incertidumbre evitable y facilitar retornos oportunos cuando exista deterioro.

La tercera implicancia se relaciona con la red. El 9,5% de controles y la procedencia de múltiples localidades sugieren la conveniencia de revisar circuitos de referencia y contrarreferencia. La continuidad requiere que el cuidador sepa dónde acudir y que exista capacidad real de atención en el nivel indicado. La coordinación con servicios territoriales podría reducir retornos hospitalarios destinados únicamente a seguimiento.

Finalmente, la monitorización debe ajustarse a la estacionalidad. En meses de alta circulación respiratoria, el servicio puede requerir refuerzo temporal de personal, ampliación de circuitos, áreas de observación y estrategias de comunicación estandarizada. Relacionar la tasa de reconsulta con volumen diario, ocupación, tiempos de espera y dotación permitiría avanzar desde una descripción de casos hacia una gestión predictiva de capacidad.

6.1. Lectura integrada del indicador de reconsulta

Para que la reconsulta funcione como un verdadero indicador de gestión es necesario definir con precisión qué se pretende medir. El numerador puede incluir todos los retornos, únicamente los relacionados con el mismo motivo, aquellos con cambio de diagnóstico o los que culminan en hospitalización. Cada definición responde a una pregunta distinta. El estudio de López Cubilla ofrece datos suficientes para demostrar esta necesidad de estratificación: la mayoría de los retornos se vinculó con el motivo inicial, pero no todos requirieron intervenciones y solo una fracción terminó hospitalizada. Un único porcentaje global ocultaría esas diferencias y podría inducir interpretaciones incorrectas sobre calidad.

La ventana de 24 horas tiene una ventaja analítica: aproxima el retorno al episodio inicial. Cuanto más se amplía el intervalo, mayor es la posibilidad de que intervengan la evolución natural de la enfermedad, nuevos eventos o decisiones tomadas fuera del hospital. Sin embargo, una ventana breve también puede capturar retornos clínicamente esperables, especialmente en cuadros febriles, respiratorios o gastrointestinales que evolucionan durante varias horas. Por ello, el indicador debería acompañarse de una clasificación de evitabilidad o, al menos, de una revisión clínica estructurada de los casos con resultados adversos.

La reconsulta tampoco debe confundirse con readmisión. En el estudio, 399 pacientes reconsultaron, pero solo 45 fueron hospitalizados. Esta diferencia conceptual es central para la evaluación de calidad: el retorno describe utilización repetida del servicio; la hospitalización posterior sugiere mayor intensidad o necesidad de atención. Un tablero institucional que separe ambos resultados permitiría identificar si el problema predominante es de demanda repetida de baja complejidad o de pacientes que regresan con necesidad de escalamiento asistencial.

6.2. Dimensión clínica: persistencia sintomática y evolución de la enfermedad

El predominio de fiebre, tos, vómitos, dolor abdominal y dificultad respiratoria refleja la naturaleza dinámica de los motivos pediátricos frecuentes. Muchos de estos síntomas no se resuelven inmediatamente después de la primera consulta. La persistencia, por sí sola, no prueba que la atención haya sido insuficiente. El reto para la calidad consiste en distinguir la

persistencia esperable de un deterioro que exige reevaluación. Esa distinción depende tanto de la valoración médica como de la capacidad del cuidador para reconocer signos de alarma.

Los diagnósticos agregados muestran relativa estabilidad entre la consulta inicial y la reconsulta. Gastroenteritis aguda, resfrió, fiebre sin foco, enfermedad tipo influenza y síndrome bronquial continuaron entre los grupos más frecuentes. Esta continuidad es compatible con la conclusión de la tesis de que buena parte de los pacientes volvió por persistencia del proceso inicial. No obstante, las frecuencias agregadas no permiten determinar cuántos pacientes cambiaron individualmente de diagnóstico. Para futuros estudios sería conveniente construir una matriz pareada diagnóstico inicial–diagnóstico final y cuantificar concordancia, reclasificación y aparición de diagnósticos de mayor gravedad.

La relación significativa entre hospitalización e intervenciones confirma que el retorno contiene información clínica relevante. Los hospitalizados recibieron proporcionalmente más intervenciones que los no hospitalizados. En términos de gestión, estos casos merecen revisión prioritaria porque concentran mayor consumo de recursos y potencial riesgo. Un sistema de calidad podría revisar automáticamente los retornos que culminan en ingreso, especialmente cuando se acompañan de incremento de prioridad, cambio sustancial de diagnóstico o necesidad de procedimientos no previstos en la consulta inicial.

6.3. Dimensión familiar: decisión, experiencia y alfabetización en salud

En la población estudiada, la decisión de reconsultar fue mayoritariamente propia. Este resultado pone de relieve el papel activo de los cuidadores en la seguridad pediátrica. La familia observa al niño fuera del hospital, interpreta la respuesta al tratamiento y decide si la evolución se ajusta a lo esperado. Esa autonomía puede ser protectora cuando facilita un retorno oportuno ante signos de alarma, pero también puede generar utilización repetida si existe incertidumbre sobre la duración normal de los síntomas o sobre el lugar adecuado para el seguimiento.

La asociación entre nivel educativo materno y autonomía debe entenderse como una relación dentro del grupo de reconsultantes. No existe base para afirmar que determinado nivel educativo produzca mayor probabilidad de retorno. Sin embargo, el hallazgo justifica que las estrategias de comunicación no se diseñen bajo el supuesto de que todos los cuidadores interpretan de igual forma la información clínica. La alfabetización en salud comprende habilidades para acceder, comprender y utilizar información; no coincide necesariamente con escolaridad formal, aunque ambas dimensiones pueden relacionarse.

La condición de primer hijo aparece en la tesis como un elemento de interés. La menor experiencia parental puede incrementar la necesidad de confirmación profesional frente a síntomas persistentes. Desde una perspectiva de calidad, esta posibilidad no debería abordarse desalentando la consulta, sino ofreciendo información anticipatoria más clara. Explicar cuánto tiempo puede durar la fiebre, qué cambios son esperables, cuándo administrar medicamentos y qué signos requieren retorno puede reducir incertidumbre sin comprometer la seguridad.

La valoración positiva de la explicación médica plantea una aparente paradoja: la mayoría calificó la información como buena o muy buena y, aun así, regresó. En realidad, satisfacción y comprensión miden constructos diferentes. La satisfacción puede reflejar trato respetuoso, disponibilidad del profesional o claridad percibida; la comprensión requiere que el cuidador pueda reproducir correctamente las indicaciones y aplicarlas en el domicilio. Esta diferencia sugiere que futuras evaluaciones deberían medir ambas dimensiones de manera separada.

6.4. Dimensión organizacional: red asistencial, territorio y continuidad

La procedencia de los pacientes muestra que el Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu atiende una demanda que excede su localidad inmediata. San Lorenzo representó menos de un tercio de los casos y se observaron proporciones importantes de Capiatá, Ñemby y otras localidades. Esta distribución territorial es relevante porque el retorno al mismo hospital puede estar influido por la percepción de capacidad resolutive, experiencias previas y disponibilidad real de servicios pediátricos alternativos.

La tesis recoge que algunos cuidadores refirieron ausencia de pediatra de guardia en centros cercanos. Aunque esta información no fue cuantificada como variable principal, señala una hipótesis de sistema: la reconsulta hospitalaria puede ser la consecuencia de una red de seguimiento insuficiente. Si el alta recomienda control en atención primaria pero la familia no encuentra capacidad resolutive, volver al hospital constituye una respuesta lógica. En ese escenario, reducir reconsultas exige fortalecer continuidad territorial, no solo modificar procesos internos del servicio de urgencias.

El 9,5% de retornos para control merece un circuito específico. Los controles programables deberían diferenciarse de los retornos por empeoramiento o persistencia. Desde la gestión, esta separación permite identificar demanda potencialmente transferible a otros niveles y evita que un indicador de reconsulta mezcle fenómenos de naturaleza distinta. También facilitaría evaluar si las recomendaciones de seguimiento se cumplen y si la red dispone de capacidad efectiva para recibir a los pacientes derivados.

La continuidad asistencial puede fortalecerse mediante mecanismos simples: resumen de alta estructurado, indicación explícita del sitio de control, disponibilidad de canales de orientación, coordinación con servicios de referencia y criterios uniformes de retorno. La efectividad de estas medidas debería evaluarse con indicadores antes y después de su implementación, cuidando que una reducción de reconsultas no se produzca a costa de retrasar retornos clínicamente necesarios.

6.5. Presión asistencial y estacionalidad

El servicio atendía entre 9.000 y 10.000 pacientes por mes, con variaciones en periodos epidémicos. Esta magnitud contextualiza el fenómeno de reconsulta: incluso una proporción relativamente pequeña puede traducirse en un volumen considerable de atenciones adicionales. Cuando la demanda crece sin incremento proporcional de personal, boxes, diagnóstico y capacidad de observación, cada reconsulta añade presión sobre un sistema ya exigido.

La investigación se desarrolló durante un periodo con elevada presencia de enfermedades respiratorias. Este contexto puede influir en la composición de diagnósticos, la congestión y la disponibilidad de recursos. En términos metodológicos, constituye una limitación para generalizar a meses de menor demanda; en términos de gestión, ofrece un escenario de estrés que puede revelar puntos críticos del servicio. Un sistema de vigilancia debería representar las reconsultas como serie temporal y compararlas con el volumen total de consultas y la ocupación.

La planificación estacional puede beneficiarse de umbrales operativos. Si se identifica que determinadas combinaciones de volumen, tiempo de espera y dotación se asocian con más retornos, el hospital podría activar refuerzos antes de alcanzar niveles críticos. Esta aproximación convierte el indicador en una herramienta prospectiva. Para ello se requieren datos diarios o por turno, algo que el estudio transversal no proporciona pero que puede construirse a partir de sistemas de información institucionales.

6.6. Propuesta de arquitectura de indicadores para seguimiento institucional

A partir de los resultados puede proponerse una arquitectura mínima de seguimiento. El primer nivel sería la tasa bruta de reconsulta a 24 horas sobre el total de consultas elegibles. El segundo distinguiría reconsultas por mismo motivo y por motivo diferente. El tercero incorporaría severidad: cambio de triage, intervenciones, observación y hospitalización. El cuarto analizaría continuidad: retorno para control, procedencia y disponibilidad de seguimiento. El quinto incluiría experiencia familiar: comprensión de indicaciones y satisfacción.

Cada indicador debería contar con definición operacional, numerador, denominador, fuente, periodicidad, responsable y criterio de interpretación. La tesis enfatiza que los indicadores deben ser válidos, sensibles y específicos. Aplicado a la reconsulta, esto significa que no basta con contar retornos: es necesario asegurar que los registros identifiquen correctamente el episodio previo, el intervalo temporal y la relación clínica entre ambos contactos.

Un tablero mensual podría mostrar la tasa de reconsulta junto con hospitalización posterior, porcentaje con intervenciones, distribución de triage y principales motivos. La comparación con el mismo mes del año anterior permitiría controlar parcialmente la estacionalidad. Las variaciones relevantes deberían desencadenar revisión cualitativa de una muestra de historias clínicas, evitando interpretar automáticamente cualquier aumento como deterioro de calidad.

La meta institucional no debería ser “cero reconsultas”. En pediatría existen retornos apropiados y necesarios. Una meta más útil sería reducir reconsultas potencialmente evitables y mejorar la detección de retornos de alto riesgo. Esta orientación preserva la seguridad y evita incentivos perversos que podrían desalentar a las familias a volver cuando el niño realmente necesita reevaluación.

6.7. Agenda de investigación derivada de los hallazgos

El siguiente paso metodológico debería ser un estudio analítico que compare pacientes que reconsultan con pacientes similares que no lo hacen. Ese diseño permitiría estimar asociaciones entre edad, escolaridad, nivel socioeconómico, diagnóstico, triage, horario, distancia y probabilidad de retorno. Dependiendo de la frecuencia del evento y de la disponibilidad de datos, podría emplearse un diseño de cohorte o casos y controles.

Una segunda línea debería profundizar en la comunicación al alta. La investigación actual mide satisfacción con la explicación, pero no comprensión objetiva. Un estudio prospectivo podría aplicar una lista breve de verificación antes del alta y medir si el cuidador identifica diagnóstico, tratamiento, signos de alarma, tiempo esperado de evolución y lugar de control. Posteriormente se compararía la comprensión con la ocurrencia y características de reconsultas.

Una tercera línea se refiere a la geografía del acceso. La procedencia puede transformarse en variables de distancia, tiempo de traslado, disponibilidad de pediatra y nivel de complejidad del centro más cercano. El análisis espacial permitiría distinguir si los retornos se concentran en zonas con menor oferta pediátrica y aportar evidencia para decisiones de red.

Finalmente, se requiere evaluación de intervenciones. La implementación de instrucciones estructuradas, coordinación con atención primaria o refuerzo estacional debería acompañarse de diseños antes-después o series temporales interrumpidas. El resultado no debería limitarse a la tasa de reconsulta: también deben observarse hospitalizaciones, eventos adversos, satisfacción, comprensión y uso de recursos. Solo así podrá determinarse si una intervención mejora simultáneamente eficiencia y seguridad.

6.8. Interpretación de los resultados según los objetivos específicos

El primer objetivo específico buscó determinar las características demográficas de los padres. La investigación aporta principalmente información materna: edad promedio de 30 años, nivel educativo, estrato socioeconómico y número de hijo. Estos datos permiten describir el contexto familiar desde el cual se toma la decisión de regresar al hospital. Su utilidad radica

en mostrar que la reconsulta no es exclusivamente un evento clínico; está mediada por la experiencia, los recursos y la interpretación del adulto responsable. Al mismo tiempo, el estudio no incluyó un grupo de padres cuyos hijos no reconsultaron, por lo que las frecuencias observadas no deben transformarse en afirmaciones de riesgo poblacional.

El segundo objetivo específico se orientó a los datos demográficos del niño. La mediana de 4 años, la mayor proporción de mayores de 2 años y el equilibrio por sexo ofrecen un perfil claro de la población estudiada. La ausencia de predominio sexual marcado diferencia esta casuística de algunos antecedentes mencionados en la tesis, donde se observó mayor presencia masculina. Esta variabilidad entre estudios refuerza la necesidad de contextualizar los perfiles demográficos y evita asumir que existe un patrón universal de reconsulta pediátrica.

El tercer objetivo describió la consulta inicial. Los datos de triage, horario, motivos y diagnósticos permiten reconstruir el episodio que antecedió al retorno. La mayor concentración en categorías de prioridad intermedia o baja y la presencia de diagnósticos respiratorios y gastrointestinales sugieren un conjunto de cuadros frecuentes en urgencias pediátricas. El horario medio alrededor del mediodía es descriptivo y no demuestra una franja de riesgo, porque no se dispone del denominador de todas las consultas atendidas por hora. Para convertir el horario en indicador sería necesario calcular tasas específicas según volumen de atención de cada turno.

El cuarto objetivo describió la reconsulta. Aquí se concentra el aporte más directamente vinculado con calidad: tiempo de 13 ± 6 horas, relación del motivo con el episodio inicial en 74,2%, distribución de triage, intervenciones, hospitalización, autonomía y valoración de la explicación. La combinación de estas variables permite diferenciar reconsultas de baja complejidad de retornos con escalamiento asistencial. Esta estratificación constituye una base más robusta para la mejora continua que la simple contabilización de retornos.

6.9. Validez, sesgos y transferibilidad de los hallazgos

La validez interna del estudio depende de la calidad de los registros y de la consistencia con que se identificaron las reconsultas. La revisión de la base institucional permitió localizar episodios dentro de 24 horas y vincular consulta inicial con retorno. Sin embargo, cualquier reconsulta realizada en otro establecimiento quedaría fuera del sistema, de modo que el estudio describe retornos al mismo hospital y no necesariamente todas las nuevas consultas efectuadas por esos niños en la red sanitaria.

El componente telefónico introduce posibles sesgos. La respuesta del cuidador sobre autonomía y satisfacción puede estar influida por memoria, interpretación de las opciones o deseo de ofrecer una respuesta socialmente aceptable. Además, la categoría “explicación satisfactoria” resume una experiencia compleja en una escala breve. La ventaja es su factibilidad; la limitación es que no permite identificar qué componente de la comunicación fue adecuado o insuficiente.

La selección consecutiva es apropiada para captar casos disponibles durante el periodo, pero no equivale a muestreo probabilístico. La investigación tampoco fue diseñada para estimar prevalencia anual. Los dos meses analizados pueden diferir del resto del año por estacionalidad epidemiológica, vacaciones, dotación de personal o demanda. Por ello, la transferibilidad es mayor hacia periodos de características similares que hacia todo el funcionamiento anual del hospital.

Los criterios de exclusión merecen una consideración específica. La exclusión de padres sordomudos o de comunidades originarias, tal como fue formulada en el protocolo original, puede limitar la representatividad de poblaciones que precisamente podrían experimentar barreras de comunicación o acceso. Estudios futuros deberían sustituir la exclusión por ajustes razonables: intérpretes, modalidades accesibles de consentimiento, instrumentos culturalmente adaptados y estrategias lingüísticas apropiadas. Esto mejoraría tanto la equidad como la validez externa.

La interpretación de asociaciones estadísticas también requiere cautela. El valor $p=0,005$ indica incompatibilidad de los datos con la hipótesis de independencia bajo los supuestos de la prueba, pero no informa magnitud del efecto ni causalidad. Para una publicación analítica futura sería conveniente reportar medidas de asociación con intervalos de confianza, verificar supuestos de chi-cuadrado y, cuando corresponda, emplear modelos multivariantes que controlen confusión.

La ausencia de un grupo de no reconsultantes constituye la principal limitación para identificar “factores asociados a reconsultar” en sentido epidemiológico. En el estudio actual, las asociaciones describen características dentro de quienes ya retornaron. Esta precisión no disminuye el valor descriptivo de la investigación; simplemente delimita la inferencia. El artículo, por tanto, utiliza los resultados para caracterizar perfiles y procesos, y plantea como agenda futura la comparación formal con una población de referencia.

6.10. Modelo conceptual para interpretar la reconsulta pediátrica

Los hallazgos permiten organizar un modelo conceptual en cuatro capas. La primera corresponde al niño y a la enfermedad: edad, síntomas, diagnóstico, evolución y prioridad clínica. La segunda corresponde al cuidador: experiencia parental, escolaridad, situación socioeconómica, percepción de gravedad, autonomía y comprensión. La tercera corresponde al episodio asistencial: triage, comunicación, tratamiento, intervenciones e indicaciones de alta. La cuarta corresponde al sistema: disponibilidad territorial, continuidad, presión de demanda, recursos y acceso a seguimiento.

En este modelo, la reconsulta es el resultado observable de la interacción entre las cuatro capas. Un niño con síntomas persistentes puede no regresar si la familia comprende la evolución esperable y dispone de seguimiento cercano. Otro niño con el mismo cuadro puede volver porque el cuidador percibe empeoramiento o no encuentra atención pediátrica local. Un

tercer caso puede retornar porque la enfermedad efectivamente progresa y requiere hospitalización. La misma conducta — volver al servicio— puede, por tanto, tener significados clínicos y organizacionales muy diferentes.

Esta perspectiva ayuda a diseñar intervenciones proporcionales. Los retornos por progresión clínica requieren seguridad y capacidad diagnóstica; los retornos por incertidumbre pueden beneficiarse de educación al alta; los controles podrían canalizarse mediante continuidad territorial; y los incrementos durante epidemias pueden requerir gestión de capacidad. Un indicador útil debe permitir distinguir estas rutas y orientar respuestas específicas.

El modelo también permite evitar un sesgo frecuente en gestión: atribuir el resultado al último actor visible. Si una familia vuelve al hospital, no necesariamente existe una falla del médico de la consulta inicial. El retorno puede emerger de condiciones del paciente, decisiones familiares o limitaciones de la red. La evaluación de calidad debe identificar contribuciones relativas y oportunidades de mejora sin convertir el indicador en mecanismo de fiscalización individual.

6.11. Implicancias para un protocolo institucional de revisión de reconsultas

Un protocolo institucional podría iniciar con identificación automática de todos los retornos dentro de 24 horas. Para cada caso se registrarían motivo, diagnóstico, triage, intervenciones, hospitalización y relación con el episodio inicial. Los casos con hospitalización, aumento de prioridad, evento adverso o cambio diagnóstico relevante pasarían a una segunda etapa de revisión clínica. Los retornos para control o por persistencia sin deterioro podrían analizarse de forma agregada para detectar problemas de continuidad o comunicación.

La revisión debería emplear criterios explícitos y reproducibles. Entre ellos: adecuación de la evaluación inicial, claridad de indicaciones, documentación de signos de alarma, pertinencia del tratamiento, disponibilidad de seguimiento y evolución esperable del cuadro. El objetivo sería clasificar oportunidades de mejora y no asignar culpa. La retroalimentación periódica al equipo puede convertir los datos en aprendizaje organizacional.

El protocolo también debería establecer denominadores. Reportar 399 reconsultas sin relacionarlas con el total de consultas del mismo periodo limita la interpretación del desempeño. La tasa mensual, idealmente estratificada por edad, diagnóstico, turno y prioridad, permitiría comparar periodos y detectar cambios. La tesis informa que el hospital atiende entre 9.000 y 10.000 pacientes mensuales y cita un antecedente de 4% de reconsultas, pero un sistema institucional continuo permitiría calcular el indicador directamente para cada periodo.

Finalmente, los resultados del protocolo deben vincularse con acciones. Si aumentan los retornos para control, revisar la contrarreferencia; si aumentan retornos con el mismo motivo y baja prioridad, fortalecer educación al alta; si aumentan hospitalizaciones posteriores, revisar procesos clínicos y evolución de enfermedades predominantes; si el incremento coincide con saturación, ajustar capacidad. La medición adquiere valor solo cuando conduce a decisiones evaluables.

6.12. Aporte del estudio a la gestión de salud pública

Aunque el estudio se desarrolló en un hospital, sus implicancias trascienden el establecimiento. Los servicios de urgencias funcionan como puntos de entrada visibles de problemas de acceso, continuidad y capacidad de la red. Una consulta puede expresar la trayectoria del paciente entre distintos niveles de atención. Analizarla desde la salud pública permite identificar no solo qué ocurre dentro del hospital, sino también dónde existen vacíos en el seguimiento territorial.

La información sobre procedencia puede apoyar planificación de servicios pediátricos en el área metropolitana y departamentos cercanos. Si futuras mediciones confirman concentración de retornos desde localidades con menor cobertura, los datos podrían orientar horarios de guardia, teleorientación, fortalecimiento de atención primaria o mecanismos de derivación. Esta utilización requiere integrar bases de datos y evitar decisiones basadas exclusivamente en percepciones.

El estudio también aporta a la cultura de calidad. Medir reconsultas obliga a observar resultados posteriores al alta y rompe con una visión episódica de la atención. El paciente no termina su trayectoria cuando abandona el servicio; la evolución y el uso posterior de la red forman parte del resultado. Incorporar esta perspectiva favorece modelos de atención centrados en continuidad y seguridad.

Por último, la investigación ofrece una línea de base institucional. Aun con sus limitaciones, documenta perfiles, tiempos, motivos, intervenciones, hospitalizaciones y percepciones familiares en un periodo concreto. La repetición periódica con metodología estandarizada permitiría construir tendencias y evaluar el efecto de cambios organizacionales. Ese tránsito desde una tesis descriptiva hacia un sistema continuo de medición representa una oportunidad concreta de transferencia del conocimiento a la gestión.

6.13. Criterios para una lectura responsable del indicador

La interpretación responsable de las reconsultas exige separar medición de juicio. Un incremento mensual puede ser una señal para investigar, pero no constituye por sí mismo evidencia de deterioro asistencial. La tasa puede cambiar por mayor circulación viral, modificaciones en la población atendida, cierre temporal de otros servicios, cambios en el sistema de registro o una política institucional que recomiende reevaluación precoz. Antes de atribuir el cambio a la calidad clínica deben revisarse estos factores de contexto y comprobarse la estabilidad del denominador.

También debe evitarse el incentivo a reducir el indicador de manera indiscriminada. Si los equipos perciben que toda reconsulta será considerada un resultado negativo, podrían generarse mensajes de alta que desestimen retornos necesarios. En pediatría, donde la evolución puede ser rápida, la seguridad requiere que la familia tenga permiso explícito para volver cuando aparecen signos de alarma. La mejora de calidad busca disminuir retornos evitables y asegurar retornos oportunos, no simplemente disminuir el número total.

La revisión de casos debe incorporar la perspectiva de los profesionales y de las familias. El registro clínico explica qué se evaluó y qué se indicó, mientras la entrevista con el cuidador permite conocer qué entendió, qué ocurrió en el domicilio y por qué decidió regresar. La combinación de ambas fuentes es particularmente valiosa para identificar discrepancias entre información emitida e información comprendida. El estudio de López Cubilla ya anticipa este enfoque al complementar la base institucional con entrevista telefónica.

Finalmente, el indicador debe vincularse con ciclos de mejora. Una secuencia posible es medir, identificar patrones, seleccionar un problema prioritario, diseñar una intervención, implementarla, volver a medir y comparar. Por ejemplo, si se detectan numerosos controles hospitalarios no previstos, puede fortalecerse la contrarreferencia; si predominan retornos por incertidumbre, puede mejorarse el alta; si aumentan los ingresos posteriores, puede revisarse la estratificación clínica. De este modo, la reconsulta deja de ser un dato aislado y se convierte en una herramienta de gestión basada en evidencia.

6.14. Síntesis interpretativa

La evidencia reunida muestra un fenómeno heterogéneo. La mayoría de los pacientes regresó por motivos relacionados con el episodio inicial y se mantuvo en categorías de prioridad intermedia o baja, pero una proporción relevante requirió intervenciones y hospitalización. Paralelamente, la decisión familiar fue predominantemente autónoma y la explicación médica fue valorada favorablemente. Estos resultados no sostienen una explicación única basada en error, mala comunicación o gravedad. Sostienen, en cambio, un modelo en el que clínica, familia y sistema interactúan durante las horas posteriores al alta.

El principal valor del estudio para la administración y gestión de la salud pública reside en haber convertido una práctica cotidiana —el retorno temprano a urgencias— en un objeto mensurable. La información obtenida permite definir indicadores más precisos, formular hipótesis sobre continuidad territorial, orientar intervenciones de comunicación y reconocer grupos de reconsultas con mayor intensidad asistencial. Con una actualización bibliográfica y un diseño comparativo en futuras etapas, esta línea puede evolucionar hacia modelos predictivos y estrategias institucionales de mejora continua.

7. Conclusiones

1. La reconsulta pediátrica dentro de 24 horas constituye un indicador potencialmente útil para la gestión de calidad porque concentra información sobre evolución clínica, intensidad asistencial, experiencia familiar y continuidad del sistema.
2. En los 399 casos analizados predominaron pacientes mayores de 2 años, sin diferencia relevante por sexo, con amplia procedencia territorial y una mediana de edad de 4 años.
3. La mayoría de las reconsultas se clasificó en niveles amarillo y verde; sin embargo, 37,3% requirió intervenciones y 11,3% hospitalización, evidenciando que el retorno temprano incluye un subconjunto clínicamente relevante.
4. El 74,2% de los motivos estuvo relacionado con la consulta inicial y el tiempo medio de retorno fue de 13 ± 6 horas, lo que destaca la importancia de explicar evolución esperable, signos de alarma y criterios de seguimiento al momento del alta.
5. La necesidad de intervenciones se asoció significativamente con la hospitalización ($p=0,005$), mientras el nivel educativo materno se asoció con la autonomía de la decisión de reconsulta ($p=0,005$). Estas asociaciones describen relaciones dentro de la población de reconsultantes y no deben interpretarse como causalidad.
6. La explicación inicial fue valorada como buena o muy buena por 79,7%, mostrando que satisfacción comunicacional y reconsulta no son fenómenos mutuamente excluyentes.
7. Los hallazgos apoyan una interpretación no punitiva del indicador: la reconsulta debe activar análisis contextual y mejora continua, no asumirse automáticamente como evidencia de error asistencial.

8. Recomendaciones

8.1. Corto plazo

- Implementar un registro automatizado de reconsultas a 24, 48 y 72 horas, diferenciando mismo motivo, cambio de triage, intervenciones y hospitalización.
- Estandarizar las indicaciones de alta con signos de alarma, evolución esperable, tratamiento y lugar de control; incorporar verificación breve de comprensión.
- Revisar de forma periódica las reconsultas con hospitalización o aumento de prioridad como casos de aprendizaje clínico y organizacional.

8.2. Mediano plazo

- Articular mecanismos de referencia y contrarreferencia con servicios pediátricos territoriales, especialmente para controles posteriores al alta.
- Relacionar reconsultas con volumen de demanda, tiempos de espera, dotación de personal y periodos epidémicos para identificar umbrales de presión asistencial.
- Desarrollar intervenciones educativas dirigidas a cuidadores, con materiales comprensibles y adaptados a distintos niveles de alfabetización en salud.

8.3. Investigación futura

- Realizar estudios analíticos con grupo comparador de pacientes que no reconsultan, permitiendo estimar factores de riesgo y medidas de asociación apropiadas.
- Ampliar el seguimiento a 48 y 72 horas y realizar estudios multicéntricos para mejorar comparabilidad y validez externa.
- Incorporar variables de distancia, tiempo de traslado, disponibilidad de pediatra, acceso a atención primaria, comprensión de indicaciones y experiencia parental.
- Evaluar prospectivamente si las intervenciones de alta y continuidad reducen reconsultas evitables sin desalentar retornos clínicamente necesarios.

9. Limitaciones del estudio

Los resultados deben interpretarse considerando que la investigación se realizó en un solo hospital, durante dos meses, mediante muestreo no probabilístico y sin grupo de comparación. El diseño transversal impide establecer causalidad. Las entrevistas telefónicas pueden introducir sesgo de recuerdo o deseabilidad social. La medición de explicación satisfactoria evalúa percepción y no comprensión objetiva. La estacionalidad respiratoria pudo modificar la composición de la demanda. Algunas comparaciones agregadas no permiten seguir individualmente el cambio de categoría entre consulta y reconsulta. Finalmente, los criterios de exclusión originales restringen la generalización a determinados grupos y deberían revisarse en futuras investigaciones desde una perspectiva de inclusión y accesibilidad.

10. Referencias

- Juanes de Toledo, B., & Buñuel Álvarez, J. C. (2015). Una llamada telefónica a los padres después del alta en un servicio de urgencias hospitalario es ineficaz para reducir el número de reconsultas. *Evidencias en Pediatría*, 11, 10.
- Herrera, M., & Aguado, F. (2011). Cómo innovar en la identificación y eliminación del desperdicio en las organizaciones sanitarias: Servicio de urgencias hospitalarios.
- Pierce, J. M., et al. (1990). "Bounces": An analysis of short-term return visits to a public hospital emergency department. *Annals of Emergency Medicine*, 19, 752–757.
- Alcaraz Martínez, J., et al. (2008). Eventos adversos en los servicios de urgencias. Revisión de reconsultas como fuente de datos. *Revista de Calidad Asistencial*.
- Martínez, C., et al. (2010). Reconsultas en urgencias, ¿revisamos la calidad? *Revista de Calidad Asistencial*, 25(3), 129–135.
- Michel, P., Aranaz, J. M., Limón, R., & Requena, J. (2005). Siguiendo la pista de los efectos adversos en urgencias: cómo detectarlos. *Revista de Calidad Asistencial*, 20, 204–210.
- Chanovas Borràs, M., Campodarve, I., & Tomás Vecina, S. (2007). Eventos adversos en los servicios de urgencias: ¿El servicio de urgencias como sinónimo de inseguridad clínica para el paciente? *Monografías Emergencias*, 3, 7–13.
- Grupo de Trabajo SEMES-INSALUD. (2001). Calidad en los servicios de urgencias. Indicadores de calidad. *Emergencias*, 13, 60–65.
- Vitaller, J. (2005). El contexto de la gestión de riesgos de la asistencia sanitaria. *Revista de Calidad Asistencial*, 20, 51–52.
- Mintegui, R., Benito, F., Vázquez, A., Ortiz, S., & Fernández, L. (2000). Los niños que repiten consulta en urgencias de pediatría. *Anales Españoles de Pediatría*, 52, 542–547.
- Roqueta Egea, F. (2007). Indicadores de seguridad/riesgo en los servicios de urgencias. *Monografías Emergencias*, 3, 14–17.
- Velasco, L., García, S., Oterino, D., Suárez, F., Diego, S., & Fernández, R. (2005). Impacto de los ingresos innecesarios sobre las estancias hospitalarias en un hospital de Asturias. *Revista Española de Salud Pública*, 79, 541–549.
- Piqueras, A., Oterino, D., Peiró, S., Calvo, R., et al. (1999). Utilización inadecuada de un servicio de urgencias hospitalario. Una evaluación con criterios explícitos. *Gaceta Sanitaria*, 13, 361–370.
- González Hermosa, A., Benito Fernández, F. J., Fernández Elías, M., González Peris, S., Luaces Cubells, C., & Velasco Zúñiga, R. (2018). Indicadores de calidad. Revisión SEUP.

- Institute of Medicine. (2001). Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. National Academy Press.
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (Eds.). (2000). To err is human: Building a safer health system. National Academy Press.
- Rivas García, A., Manrique, M., Butragueño, L., Mesa, S., Campos, A., Fernández, V., Moreno, R., & Aguilar, J. (2017). Hiperfrecuentadores en urgencias: ¿Quiénes son? ¿Por qué consultan? *Anales de Pediatría*, 86(2), 67–75.
- López Cubilla, V. A. M. (2023). Factores asociados a las reconsultas en 24 horas en el Servicio de Urgencias del Hospital General Pediátrico Niños de Acosta Ñu: Reconsulta como indicador de calidad en la atención [Tesis de maestría, Universidad Columbia del Paraguay].

Declaraciones

Aprobación ética: la autora declara haber cumplido con los requisitos éticos aplicables a la investigación y contar, cuando correspondió, con la aprobación o autorización de las instancias competentes para su realización. Esta información fue declarada por los autores durante el proceso de envío del manuscrito.

Consentimiento informado: Todos los participantes otorgaron su consentimiento informado previo a su inclusión en el estudio.

Contribución de autoría (CRediT):

- Valeria Ángela María López Cubilla: conceptualización, investigación, curación de datos, redacción del borrador original, revisión y edición.
- Sergio D. González A.: metodología y análisis formal.

Disponibilidad de datos: Los datos que sustentan los resultados de este estudio están disponibles previa solicitud razonable a la autora de correspondencia.

Uso de inteligencia artificial: la autora declara haber utilizado herramientas de inteligencia artificial durante la preparación del manuscrito exclusivamente para tareas de apoyo a la redacción y revisión lingüística. Su utilización no sustituyó la autoría intelectual, el análisis ni la interpretación de los resultados. La autora revisó y validó el contenido final y asume plena responsabilidad por el manuscrito.

Conflictos de intereses: la autora declara que no existe ningún conflicto de intereses, ya sea de carácter financiero, personal, institucional o de cualquier otra índole, que pudiera haber influido en los resultados, interpretación o conclusiones del presente estudio.

Financiamiento: La investigación fue financiada con recursos propios de la autora y no recibió financiamiento externo.