

Utilización de la Unidad de Observación de un Departamento de Emergencia Pediátrica

Mariangel Ospitaleche ¹, Catalina Canziani ¹, Carlos Zunino ¹, Amparo Huguet ², María Inés Ferreira ³, Osvaldo Bello ⁴

Resumen

Introducción: la Unidad de Observación (UO) de un DEP permite evaluar y tratar pacientes que requieren un tiempo (menor de 24 h) para decidir su destino. Las UO han evitado admisiones innecesarias, reducido costos y disminuido litigios. El objetivo fue evaluar la utilización de una UO en un hospital pediátrico e identificar patologías más frecuentes y predictores de admisión hospitalaria.

Material y método: se llevó a cabo un estudio descriptivo, prospectivo, incluyendo los pacientes admitidos a la UO, en el período desde el 1 de abril al 31 de marzo de 2011. Variables analizadas: edad, sexo, procedencia, tiempo de estancia, destino, recursos utilizados. Análisis estadístico con Epi Info versión 3.5.1.

Resultados y discusión: consultaron 49.749 pacientes en el DEP, de los cuales 9,4% fueron admitidos a la UO. La \bar{X} de edad fue de 4 años 7 meses (3 días - 19 años), P_{50} 3a. El 53,9% fueron varones. El 74,7% procedía de la capital. La \bar{X} de estancia en la UO fue 7 h 48 min (P_{50} 7 h). Destino:

ambulatorios 54,3%, admisión hospitalaria 42,8 %, URE 1,2%, UCI 1,2%, fuga 0,5%. Diagnósticos: injurias 22,2%, convulsiones 15,2%, bronquiolitis 7,4%, neumonía 7,1%, fiebre sin foco 5,6%, intoxicaciones 5,4%, entre otros. Los recursos empleados fueron: oxígeno (16,1%), especialistas (25,3%), imágenes (47,9%), drogas intravenosas (36,2%). Admisiones hospitalarias según diagnóstico: politraumatizados 17,0%, TEC 8,6%, convulsiones 24,9%, bronquiolitis 65,4%, neumonía 76,2%, asma 64,8%.

Conclusión: la utilización de la UO no está resultando ideal. Resultó muy alta la admisión de pacientes respiratorios, siendo el rendimiento muy bajo en este grupo. Sin embargo el rendimiento de la UO es superior en trauma y convulsiones.

Palabras clave: SERVICIO DE URGENCIA EN HOSPITAL UNIDADES HOSPITALARIAS HOSPITALES PEDIÁTRICOS HOSPITALIZACIÓN TIEMPO DE PERMANENCIA

1. Residentes de Pediatría.

2. Licenciada en Enfermería. Departamento de Emergencia Pediátrica (DEP). Centro Hospitalario Pereira Rossell (CHPR).

3. Coordinadora de la Unidad de observación DEP-CHPR. Ex Prof. Adjto. Pediatría.

4. Profesor titular de Emergencia Pediátrica, Jefe DEP CHPR.

Departamento de Emergencia Pediátrica. Centro Hospitalario Pereira Rossell. Facultad de Medicina. Administración de Servicios de Salud del Estado. Uruguay.

Fecha recibido: 14 de setiembre de 2011.

Fecha aprobado: 28 de noviembre de 2011.

Summary

Introduction: the Observation Unit (OU) of a DEP allows the evaluation and treatment of patients who require a time (under 24hs) to decide their destiny. OUs have avoided unnecessary admissions, reduced costs and diminished law suits.

The objective was to evaluate the use of an OU in a pediatric hospital, and identify the most frequent pathologies and predictors of hospital admission.

Methodology: a descriptive and prospective study was carried out, including patients admitted into the OU in the period between 01/04/2010 and 31/03/2011. Analyzed variables where: age, sex, origin, duration of stay, destination, utilized resources. Statistical analysis: Epi Info version 3.5.1.

Results and discussion: 49.749 patients were consulted in the DEP, of which 9.4% were admitted to the OU. The \bar{X} age was 4 years 7months (3 days – 19 years), P50 3 years. 53.9% were boys. 74.7% came from the capital. The \bar{X} stay in the OU was 7h 48' (P50 7 hours). Destination: outpatients 54.3%, admission to hospital 42.8 %, Reanimation Unit 1.2%, ICU 1.2%, escape 0.5%. Diagnosis: injury 22.2%, convulsions 15.2%, bronchiolitis 7.4%, pneumonia 7.1%, fever with no focal point 5.6%, intoxications 5.4%, among others. Utilized resources were: oxygen (16.1%), specialists (25.3%), images (47.9%), intravenous drugs (36.2%). Hospital admissions according to diagnosis: polytraumas 17.0%, ECT 8.6%, convulsions 24.9%, bronchiolitis 65.4%, pneumonia 76.2%, asthma 64.8%.

Conclusion: the use of the OU is not proving to be ideal. The admission of respiratory patients turned out to be very high, thus performance was low in this group. However the OU performance was clearly better in trauma and convulsions.

Key words: EMERGENCY SERVICE
HOSPITAL UNITS
HOSPITALS, PEDIATRIC
HOSPITALIZATION
RESIDENCE TIME

Introducción

La unidad de observación (UO) de un departamento de emergencias pediátricas (DEP), es un sector diseñado para evaluar y tratar aquellos pacientes que requieren un tiempo (menor de 24 h) para decidir su admisión hospitalaria o seguimiento ambulatorio⁽¹⁻³⁾.

Durante los años 1980 se utilizaron estas unidades como alternativa del ingreso hospitalario para el tratamiento de niños asmáticos, con resultado exitoso. Luego se extendió su uso para otras patologías, siendo los diagnósticos más frecuentes la patología respiratoria, digestiva, accidental, neurológica, siquiátrica y social^(1,4,5).

El rendimiento en las diferentes patologías es variable. Se considera un buen rendimiento cuando se evita la admisión hospitalaria. Los porcentajes de admisión hospitalaria desde las distintas UO son variables según el tipo de patología y las características del hospital y oscilan entre 4 a 50%^(1,2,5). En pacientes con asma o bronquiolitis se ha informado menor rendimiento asociado por ejemplo al requerimiento de tratamiento con oxígeno⁽⁶⁾.

Las UO han demostrado su utilidad para evitar admisiones hospitalarias innecesarias, disminuir costos asistenciales y evitar riesgos de altas inapropiadas manteniendo una buena calidad de asistencia. Su buen funcionamiento está sujeto a la disponibilidad de admisión hospitalaria, que si no es adecuada puede transformar al sector en un “área de espera” disminuyendo su rendimiento. Otra desventaja es que puede propiciar una actitud del personal de guardia a continuar estudiando y tratando pacientes cuya admisión es obvia, o creer que el sector ofrece cuidados para el paciente crítico, dilatando su admisión en forma innecesaria⁽³⁾.

Hay poca información acerca de cómo realizar la mejor selección de pacientes destinados a la UO. Algunos estudios muestran que ciertas patologías requieren recursos diagnósticos o terapéuticos, o consultas con especialistas, lo que incrementa la probabilidad de admisión hospitalaria no deseada⁽⁷⁾.

Es necesaria una adecuada gestión de la UO, para lograr un buen rendimiento. Lograr eficiencia en el trabajo y garantizar la mejor asistencia posible debe ser el objetivo. La planificación y organización del trabajo debe hacerse en función de las necesidades locales.

El presente trabajo de investigación se realizó en un centro pediátrico de atención terciaria de referencia nacional, que desarrolla actividad docente-asistencial. El DEP cuenta con una UO con 10 camas, que representa aproximadamente el 30% del total del área asistencial. Esta unidad está incluida en el DEP, funciona las 24 horas del día y cuenta con normas escritas de atención. Es controlada por el equipo médico y de enfermería de guardia, con un médico coordinador responsable del

Tabla 1. Datos demográficos

Variables (n= 4.693)		
Edad (años, meses)	\bar{X} 4 años, 7 meses (3 días-19 años)	P ₅₀ 3 años
Sexo (%)	Masculino 53,9	Femenino 46,1
Tiempo estancia en UO (hs)	\bar{X} 7 h 48 min (1 - 33)	P ₅₀ 7,0
Procedencia (%)	Capital 74,7	Otros 25,3

Tabla 2. Diagnósticos

Diagnósticos (n = 4.693)	%
Injurias	22,2
Convulsiones	15,2
Bronquiolitis	7,4
Neumonía	7,1
Fiebre sin foco	5,6
Intoxicaciones	5,4
Asma	4,7
Trastornos psiquiátricos	2,0
Púrpura	2,0
Intento de autoeliminación	1,9
Gastroenteritis aguda	1,7
Cuadro agudo de abdomen	1,7
Abuso sexual	1,3
Descompensación diabética	1,0

cumplimiento de los objetivos y protocolos. El DEP dispone, además, de unidades de rehidratación oral y terapia inhalatoria lo que reduce el número de camas necesarias en la UO.

En un análisis parcial previo realizado en el año 2004, sobre un total de 66.000 consultas, se registraron 5.500 admisiones a la UO (8,3%). El 60% de esos niños continuaron de forma ambulatoria luego de una \bar{X} de estancia de 10 h⁽³⁾.

Objetivo

Evaluar la utilización de una UO en un hospital pediátrico, identificando las patologías más frecuentes, tiempos de estancia, porcentaje de ingresos y predictores de admisión hospitalaria.

Material y método

Estudio descriptivo, prospectivo, que se llevó a cabo en el DEP del Centro Hospitalario Pereira Rossell, una institución de atención terciaria de referencia nacional.

Se incluyeron todos los pacientes que ingresaron a la UO en el período comprendido entre el 1° de abril de 2010 y el 31 de marzo del 2011 inclusive.

La recopilación de datos se realizó en una ficha codificada en la que se registraron: edad, sexo, procedencia, tiempo de estancia, diagnóstico, destino, oxigenoterapia, consultas a especialistas, uso de drogas intravenosas y estudios de imágenes.

Se realizó el análisis estadístico con el programa Epi Info versión 3.5.1. Para el análisis de significación estadística de proporciones se utilizó la prueba de Chi Cuadrado con corrección de Yates, eligiendo arbitrariamente el nivel de significación $p < 0,05$. Los porcentajes se calcularon siempre sobre el total de casos que consignaban la variable en estudio.

Resultados

En el período de estudio consultaron 49.749 pacientes en el DEP, de los cuales 4.693 (9,4%) fueron admitidos a la UO. La distribución según edad, sexo, tiempo de estancia y procedencia se expone en la tabla 1. La \bar{X} del tiempo de estancia más alta correspondió al mes de agosto (9 h 6 min) y la más baja a los meses de febrero y marzo (6 h 24 min).

La distribución anual de las consultas en el departamento de emergencia y las admisiones a la UO se muestra en la figura 1.

Las horas en las que ocurrió el ingreso y egreso de la UO se exponen en la figura 2.

Los diagnósticos en orden de frecuencia se exponen en la tabla 2. Las injurias correspondieron a pacientes con traumatismo encéfalo craneano (TEC) (70%), politraumatizados (24%) y otros traumatismos (6%).

Los tiempos de estancia, según patologías más frecuentes, se distribuyeron de la siguiente manera: convulsiones (\bar{X} 8 h 59 min), asma (\bar{X} 8 h 36 min), fiebre sin foco (\bar{X} 8 h 36 min), bronquiolitis (\bar{X} 8 h 30 min), intoxi-

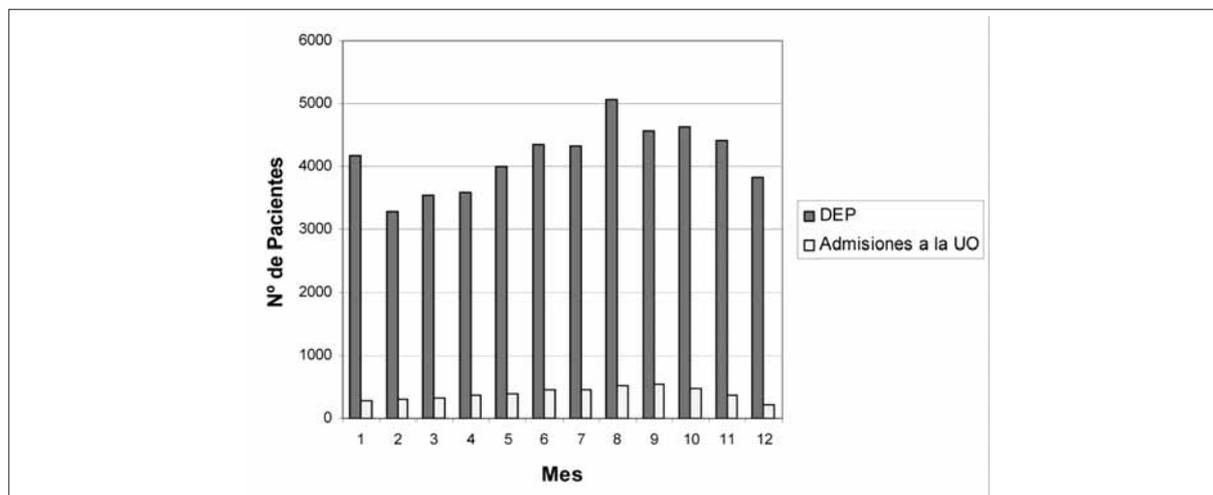


Figura 1. Número de consultas en el DEP y admisiones a la UO. Variación mensual

caciones (\bar{X} 8 h 24 min), intentos de autoeliminación (IAE) (\bar{X} 7 h 54 min), púrpura (\bar{X} 7 h 48 min), politraumatizados (\bar{X} 7 h 42 min) y TEC (\bar{X} 7 h 30 min).

Los destinos de los pacientes fueron: ambulatorios 54,3%, admisión 45,2% (\bar{X} a área convencional 42,8%, a Unidades de Cuidados Intensivos 2,4%) y fugas 0,5%. En la tabla 3 se expone la correlación entre los diagnósticos más frecuentes y el destino de los niños desde la UO.

La \bar{X} del tiempo de estancia de los pacientes con manejo posterior ambulatorio fue de 8 h y la de los pacientes que ingresaron al hospital fue de 7 h 42 min ($p > 0,8$).

Se correlacionaron la edad (menores y mayores de 2 años) con destino y con diagnósticos. Fueron admitidos al hospital desde la UO el 56,1% de los menores de 2 años (963/1.717) y el 40,7% de los mayores de 2 años (1.173/2.881 $p < 0,01$).

Los diagnósticos más frecuentes en menores de 2 años fueron: bronquiolitis (18,5%), TEC (14,4%), FSF (13,9%), convulsiones (12,1%), neumonía (6,2%), tos coqueluchoidea (3,2%), rinofaringitis (2,6%) y episodio de aparente amenaza a la vida (ALTE) (1,9%). En los mayores de 2 años: convulsiones (17,1%), TEC (13,7%), politraumatizados (7,2%), asma (6,8%), intoxicaciones (6,4%), neumonía (5,6%), trastornos psiquiátricos (3,4%) y con IAE (3,1%).

El análisis de los recursos asistenciales empleados y su correlación con los destinos se exponen en la tabla 4.

Se correlacionó la utilización de oxígeno según patología: asma (83,7%), bronquiolitis (75,8%), neumonía viral (73,7%), neumonía bacteriana (49,2%). Entre los que requirieron oxígeno: fue necesario el ingreso hospitalario en el 94,1% de los pacientes con neumonía bacteriana, en el 83,8% de los que padecían bronquiolitis y en el 80,3% de los asmáticos.

Se correlacionó la utilización de imágenes según pato-

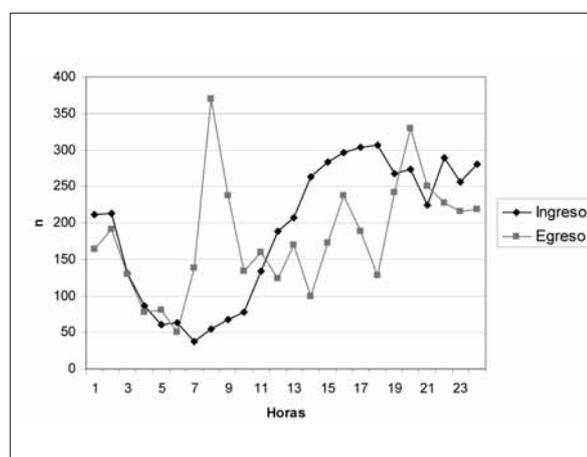


Figura 2. Horas de ingreso y egreso.

logía: neumonía (95,1%) politraumatizados (89,3%), trauma craneoencefálico (58,7%) y convulsiones (20,5%). De los pacientes que continuaron ambulatorios requirieron imágenes el 81,2% entre los politraumatizados, el 85,9% de los pacientes con TEC y el 70% de los que consultaron por convulsiones.

Las drogas intravenosas se utilizaron en orden de frecuencia en: convulsiones (13%), fiebre sin foco (12,1%), neumonía (12%), politraumatizados (6,4%) y traumatismo de cráneo (5,8%).

Al correlacionar los recursos utilizados con la edad de los pacientes, estableciendo un límite arbitrario de 2 años, encontramos que predominó el uso de oxígeno (24% versus 11,5%) e imágenes (53,1% vs 44,8%) entre los menores de 2 años. Sin embargo la necesidad de consultas con especialistas fue superior en niños mayores de 2 años (32,1% versus 13,9%).

Tabla 3. Destino final versus diagnóstico de admisión a UO

Diagnóstico	n	AMB % ¹	ADM % ²	UCI-URE % ³	FUGA %
Politraumatizados	227	81,3	17,0	1,3	0,4
TEC	653	89,5	8,6	0,8	1,1
Convulsiones	713	74,1	24,9	0,6	0,4
Bronquiolitis	348	28,7	65,4	5,9	0
Asma	221	28,6	64,8	6,6	0
Neumonía	332	19,2	76,2	4,5	0
Fiebre sin foco	253	38,3	60,1	1,2	0,4

1. Ambulatorios. 2. Admisión Hospitalaria. 3. Unidad de Cuidados Intensivos - Unidad de Reanimación y Estabilización.

Tabla 4. Recursos asistenciales

Recursos	n	%	AMB % ¹	ADM % ²
Oxigenoterapia	716	16,1	5,4	28,3
Especialista	1.128	25,3	22,7	28,3
Imágenes	2.136	47,9	42,3	55,0
Drogas intravenosas	1.605	36,2	23,8	51,0

1. Ambulatorios. 2. Admisión Hospitalaria. 3. Unidad de Cuidados Intensivos - Unidad de Reanimación y Estabilización.

Discusión

El porcentaje de pacientes admitidos a la UO (9,4%) fue similar al de otras UO pediátricas. Por otro lado, el porcentaje de admisión hospitalaria desde la UO fue mucho más alto que el reportado por otros autores^(4,5,7-9). Esto puede deberse en parte al hecho de que la UO se encuentre unida a la planta física del resto del departamento de emergencia y a menudo son derivados a este sector pacientes más graves con indicación de admisión hospitalaria. También contribuye la baja disponibilidad de camas hospitalarias en determinadas épocas del año, que determina que luego de resuelta la admisión los pacientes permanezcan en la UO porque no tienen otro lugar en donde estar.

Si comparamos con el estudio previo en el mismo departamento se observa: que las admisiones a la UO se incrementaron del 8,3% al 9,4% aunque fueron menos en números absolutos; que los pacientes con seguimiento ambulatorio disminuyeron del 60% al 54,2%; que el porcentaje de pacientes admitidos al hospital se incrementó del 40% al 44%. Estos índices evidencian que aparentemente bajó el rendimiento global de la UO, ya que fue necesario hospitalizar más pacientes. Esto puede deberse a los cambios ocurridos en el Sistema Nacio-

nal Integrado de Salud, con la creación del Fondo Nacional de Salud (FONASA) implementado en nuestro país desde el año 2007, que condicionaron un cambio en la población que se asiste en el CHPR, predominando los sectores más vulnerables y de menores recursos.

En el DEP existen recomendaciones sobre los objetivos principales de las UO y protocolos de algunas patologías que requieren estancias más prolongadas, tales como trauma de cráneo y fiebre sin foco. Si bien existen protocolos escritos para una adecuada selección de los pacientes que ingresan a la UO, estos no se cumplen estrictamente. En el presente estudio se evidencia que se utiliza la UO para pacientes con enfermedad respiratoria asociada a insuficiencia respiratoria, en los cuales está comprobado que tiene bajo rendimiento.

Entre las patologías predominaron las injurias, seguidas por enfermedades respiratorias, convulsiones, fiebre sin foco e intoxicaciones. Entre las injurias fueron más frecuentes los traumas menores, constatándose un alto porcentaje de pacientes con TEC, quizás debido a las pautas de manejo de dicha patología que rigen el servicio, que obligan en muchos casos a un período de observación de doce horas para la adopción de decisiones.

Los diagnósticos más frecuentes fueron similares a los publicados por otros autores ^(1,2,4,6,8). La incidencia de gastroenteritis con deshidratación fue baja, lo que se atribuye a que el DEP cuenta con un sector específico destinado a estos pacientes y a que el número de niños con este diagnóstico se ha reducido.

Analizando por patología, se detectó buen rendimiento de la UO para los pacientes con trauma menor y convulsiones, evidenciado por los altos índices de derivación ambulatoria en este grupo de niños. En cuanto a las enfermedades respiratorias (bronquiolitis, asma, neumonía) la UO no demostró buen rendimiento, ya que la mayoría de los pacientes requirieron admisión hospitalaria o derivación a UCI.

Las horas en que fueron admitidos los paciente a la UO varían de manera considerable, presentando un pico entre las 17:00 y 18:00 h. Esto coincide con las horas de mayor afluencia de niños al servicio de urgencias. Las horas de egreso de la UO presentan un notorio pico a las 7:00 h y otro a las 20:00 h, lo cual podría estar relacionado con el horario de cambio del equipo médico actuante.

El mayor porcentaje de ingresos a la UO y de hospitalización desde la misma, corresponde a los meses de agosto y septiembre, coincidiendo con el más alto nivel de consultas en el período del estudio.

No hubo una diferencia significativa ($p > 0,8$) entre el tiempo de estancia en la UO de los pacientes que fueron derivados a domicilio con respecto a los admitidos al hospital.

La \bar{X} del tiempo de estancia se redujo de 10 h ⁽³⁾ a 7 h 48 min, lo que pone de manifiesto que están mejorando algunos índices para optimizar su rendimiento.

Al correlacionar el tiempo de estancia por patología observamos que los pacientes que consultaron por convulsiones y continuaron ambulatorios permanecieron 2,4 h más que los que requirieron admisión hospitalaria, lo que probablemente está asociado a las pautas de manejo de los niños con convulsiones que rigen en el servicio.

Se analizó el uso de diferentes recursos asistenciales en la UO (oxígeno, drogas i/v, imágenes y consultas a especialistas) que algunos autores asocian con incremento de la demanda de admisión hospitalaria ⁽⁷⁾. Predominó el uso de oxigenoterapia en asma y bronquiolitis, lo cual coincide con las patologías que requieren mayor admisión. En algunos servicios se evita el ingreso a la UO de lactantes con bronquiolitis con requerimientos de oxígeno en virtud del muy bajo rendimiento en esta patología ⁽¹⁾. El amplio uso de imágenes en trauma puede responder a pautas de manejo que rigen en el servicio (particularmente para el TEC leve).

Al igual que otros autores ⁽¹⁰⁾, evidenciamos que los pacientes menores de 2 años presentan mayor riesgo de

admisión hospitalaria ($p < 0,01$). Esto podría atribuirse a características propias de la edad, a las patologías más frecuentes (en primer lugar se encuentran las respiratorias) y también a un mayor número de recursos terapéuticos utilizados en este grupo de edad.

La muestra del presente estudio, que incluyó un año para evitar sesgo estacional, mostró que la patología respiratoria continúa siendo la segunda causa de admisión a la UO al igual que un análisis parcial previo que incluyó cinco meses de bajas temperaturas.

Se evidenció una disminución en la utilización de imágenes en los pacientes con TEC que en el análisis anterior correspondía a un 89,2% ⁽¹¹⁾.

Para mejorar los logros en eficiencia y calidad es necesario definir el perfil de los pacientes e incorporarlos a las normas y protocolos clínicos que sean necesarios para la atención y cumplirlos.

Conclusión

La utilización de la UO no está resultando ideal constatándose muy alta la admisión de pacientes respiratorios, siendo muy bajo el rendimiento en esta patología. Sin embargo el rendimiento es notoriamente superior en trauma y convulsiones.

Los cambios objetivos pueden deberse a que se está asistiendo a una población más vulnerable.

La edad menor de 2 años se correlaciona en forma estadísticamente significativa con mayor probabilidad de admisión hospitalaria.

Será preciso redoblar esfuerzos para cumplir con los protocolos de admisión a la UO, para optimizar así su rendimiento.

Agradecimientos: a los integrantes del equipo de salud que participaron en la recolección de datos.

Referencias bibliográficas

1. **Scribano P, Wiley J, Platt K.** Use of an observation unit by pediatric emergency department for common pediatric illnesses. *Pediatr Emerg Care* 2001; 17(5): 321-3.
2. **Browne G.** A short stay or 23-hour ward in a general and academic children's hospital: Are they effective? *Pediatr Emerg Care* 2000; 16(4): 223-9.
3. **Bello O.** Unidad de observación de urgencias. En: Bello O, Sehabiague G, Prego J, de Leonardi D. *Pediatría. Urgencias y Emergencias*. 3 ed. Montevideo: BiblioMédica, 2009: 41-7.
4. **Crocetti M, Barone M, Dritt D, Walker A.** Pediatric Observation Status Beds on an Inpatient Unit: An Integrated Care Model. *Pediatr Emerg Care* 2004; 20(1): 17-21.
5. **Levett I, Berry K, Wacogne I.** Review of a paediatric emergency department observation unit. *Emerg Med J* 2006; 23: 612-3.
6. **Miescier MJ, Nelson DS, Firth SD, Kadish HA.** Children With Asthma Admitted to a Pediatric Observation Unit. *Pediatr Emerg Care* 2005; 21(10): 645-9.

7. **Alpern E, Calello D, Windreich R, Osterhoudt K, Shaw K.** Utilization and Unexpected Hospitalization Rates of a Pediatric Emergency Department 23-Hour Observation Unit. *Pediatr Emerg Care* 2008; 24(9): 79-87.
8. **Holsti M, Kadish HA, Sill BL, Firth SD, Nelson DS.** Pediatric Closed Injuries Treated in an Observation Unit. *Pediatr Emerg Care* 2005; 21(10): 639-44.
9. **Gallinas F, Herranz M, González M, Viguria N, Clerigué A, Olivera J.** Actividad de una unidad de observación en un servicio de urgencias de un hospital terciario: dos años de experiencia. *An Pediatr* 2005; 62(3): 252-7.
10. **Méndez B, Duffau G, Herrera P.** El sector de observación ¿Es necesario en un servicio de Urgencia Pediátrico?. *Rev Chil Pediatr* 2006; 77(3): 259-66.
11. **Canziani C, Ospitaleche M, Sacchetti F, Zunino C, Huguet A, Ferreira MI, et al.** Utilización de la unidad de observación de un Departamento de emergencia pediátrica. En: *Jornadas Integradas de Emergencia Pediátrica*, 10. Montevideo, Uruguay. 11 - 13 nov. 2010.

Correspondencia: Dra. Mariangel Ospitaleche.
Correo electrónico: depchpr@mednet.org.uy

CON EL INTENTO DE AGILITAR Y MEJORAR LOS TIEMPOS DE PUBLICACIÓN
DE LOS ARTÍCULOS ORIGINALES Y CASOS CLÍNICOS
**LOS ÁRBITROS REALIZARÁN HASTA DOS CORRECCIONES Y EL PLAZO DE ENTREGA A
LOS AUTORES Y SU DEVOLUCIÓN SERÁ DE CUATRO MESES COMO MÁXIMO**
