

# Consultas no urgentes al Departamento de Urgencias de un hospital pediátrico

## *Non-urgent emergency department visits at a children's hospital*

Dr. Nicolás F. Vinelli<sup>a</sup>, Dra. Carla Mannucci<sup>a</sup>, Dra. Natalia I. Laba<sup>a</sup>,  
Dr. Lorenzo del Vecchio<sup>a</sup>, Dra. Andrea Valerio<sup>a</sup>, Dra. María I. Lago<sup>a</sup> y  
Dra. María M. Nieto<sup>a</sup>

### RESUMEN

**Introducción.** La función primaria de un Departamento de Urgencias es tratar pacientes con enfermedades agudas; sin embargo, muchas consultas no son urgentes. Los objetivos de este estudio fueron estimar la prevalencia de dichas consultas y describir los motivos para realizarlas. **Población y métodos.** Estudio transversal y descriptivo, realizado en un hospital pediátrico. Se incluyeron pacientes mayores de 30 días y menores de 18 años de edad, que consultaron durante las 24 h, en días laborables y no laborables. Se definieron como consultas no urgentes a aquellas que correspondían al nivel 5 de la clasificación del *Emergency Severity Index*.

**Resultados.** Se incluyeron 249 consultas; 59% de las cuales fueron no urgentes. El motivo más frecuentemente referido fue dificultad para obtener turno en un centro de atención primaria (42,9%). Las consultas no urgentes fueron más frecuentes los días laborables ( $p=0,007$ ), realizadas por cuidadores que vivían a menos de 15 km del hospital ( $p=0,003$ ) y que concurrían al Departamento de Urgencias cuando eran niños ( $p=0,005$ ). Los pacientes con enfermedades crónicas ( $p=0,001$ ), aquellos que fueron derivados por otro profesional ( $p=0,002$ ) y los cuidadores que vivían sin otro adulto en su hogar ( $p=0,002$ ) consultaron menos frecuentemente por motivos no urgentes.

**Conclusiones.** La frecuencia de consultas no urgentes fue alta. El principal motivo referido fue la dificultad para obtener un turno con un centro de atención primaria.

**Palabras clave:** servicio de urgencia en hospital, mal uso de servicios de salud, pediatría.

### SUMMARY

**Introduction.** The primary function of an Emergency Department is to assist patients with acute conditions; however, many visits are for nonurgent reasons. The objectives of this study were to estimate the prevalence of nonurgent emergency department visits and to describe the reasons for them.

**Population and methods.** Cross-sectional and descriptive study, conducted in a Pediatric Hospital. We included patients aged between 1 month and 18 years, who presented to the emergency department during the whole day, in working and non-working days. We defined as nonurgent visits those corresponding to level 5 in the *Emergency Severity Index* classification.

**Results.** We included 249 visits; 59% of which were nonurgent. The main reason referred was the difficulty to obtain an appointment in a pri-

mary care center (42.9%). Nonurgent visits were more frequent in working days ( $p=0.007$ ), conducted by caregivers living within 15 km of the hospital ( $p=0.003$ ) and those who used to visit the emergency department when they were children ( $p=0.005$ ). Patients with chronic diseases ( $p=0.001$ ), those who were referred by another professional ( $p=0.002$ ), and caregivers who lived without another adult in their home ( $p=0.002$ ) consulted less frequently for nonurgent reasons. **Conclusion.** Frequency of nonurgent visits was high. The main reason referred was the difficulty to obtain an appointment with a primary care centre.

**Keywords:** emergency service, hospital, health services misuse, pediatrics.

### INTRODUCCIÓN

La función primaria de un Departamento de Urgencias es tratar pacientes con enfermedades o lesiones agudas; sin embargo, muchas visitas son por problemas no urgentes.<sup>1</sup> Muchos padres recurren al Departamento de Urgencias como fuente habitual para el cuidado de la salud de sus hijos.<sup>2</sup> La decisión de consultar al Departamento de Urgencias es compleja y su explicación involucra la consideración de muchas variables relacionadas al paciente, los cuidadores y el medio socio-económico-cultural.<sup>2-4</sup> Algunos factores incluyen la falta de acceso al pediatra de cabecera fuera de los horarios de atención de su consultorio y la propia experiencia del adulto a cargo para identificar la urgencia.<sup>5-7</sup>

Se ha comunicado que entre un tercio y la mitad de las visitas a la guardia constituyen episodios no urgentes, que podrían ser resueltos por un pediatra en su consultorio.<sup>4,6,7</sup> Este tipo de consulta aumenta los costos, pero fundamentalmente afecta la calidad del cuidado de la salud.<sup>8</sup> Los pediatras de cabecera proveen cuidados conti-

a. Departamento de Urgencias.  
Hospital General de Niños Pedro de Elizalde.

Correspondencia:  
Dr. Nicolás Vinelli:  
nicolasvinelli@hotmail.com

Conflicto de intereses:  
Ninguno que declarar.

Recibido: 24-6-10  
Aceptado: 5-10-10

nuos y prospectivos para sus pacientes, conocen su historia clínica, la respuesta a tratamientos previos y las características familiares.<sup>2,5</sup>

No hemos encontrado informes de nuestro país que hayan analizado esta situación. Un estudio multicéntrico realizado en el área metropolitana de Buenos Aires describió los motivos de consulta en los Departamentos de Urgencias pediátricos,<sup>9</sup> pero no tuvo como objetivo analizar su grado de urgencia.

El presente estudio se realizó con la hipótesis de que la prevalencia de consultas no urgentes en la población estudiada sería alta, y que los motivos más frecuentes para realizar dichas consultas se relacionarían con dificultades para obtener turnos programados, la falta de pediatras de cabecera en muchos casos, así como la percepción por parte de los cuidadores de una urgencia mayor a la real. Los objetivos fueron determinar la prevalencia de las consultas que no corresponden a la categoría de urgentes al Departamento de Urgencias y describir los motivos referidos por los cuidadores para realizarlas.

## POBLACIÓN Y MÉTODOS

**Diseño:** Estudio transversal y descriptivo realizado mediante una encuesta diseñada específicamente para tal fin. El estudio se realizó en el Departamento de Urgencias del Hospital General de Niños Pedro de Elizalde. Se trata de un hospital pediátrico, del tercer nivel de atención, del subsistema público de salud, ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Cuenta con consultorios de demanda espontánea y de seguimiento con pediatras de cabecera, con agendas abiertas en días laborables, de 8 a 17 h. El estudio se realizó entre el 3 de diciembre de 2009 y el 27 de marzo de 2010.

**Población:** Se incluyeron pacientes mayores de un mes y menores de 18 años de edad, que consultaron durante las 24 h, en las guardias correspondientes a los días jueves y sábados. Se tomaron los días jueves como representativos de las consultas de los días laborables, al haberse observado en la estadística de nuestro centro que el número de consultas al Departamento de Urgencias era similar en todos los días laborables, a excepción de los días lunes, en los que el número de consultas era levemente mayor. Asimismo, se tomaron los días sábados como representativos de los días no laborables, ya que no se hallaron diferencias en cuanto al número de consultas en los días de fines de semana.

**Método:** Se seleccionó en forma sistemática uno de cada 20 pacientes que consultó cada día especificado. El método de selección de los pacientes fue el siguiente: por cada serie de 20 pacientes que concurrieron, se incluyó en el estudio al primer paciente de esa serie. Un investigador realizó un cuestionario a los cuidadores de los pacientes con preguntas cerradas sobre el motivo de consulta y características sociodemográficas (*Anexo 1*). Los pacientes fueron atendidos por los propios investigadores. El cuestionario se realizó una vez finalizada la consulta médica, previo consentimiento informado.

Las consultas realizadas entre las 8 h y las 20 h se consideraron como diurnas y las realizadas entre las 20 h y las 8 h como nocturnas. Se consideraron los días jueves (excepto jueves feriados) como laborables y los sábados y jueves feriados como no laborables.

Se definieron como consultas no urgentes a aquellas que correspondían al nivel 5 de la clasificación del *Emergency Severity Index*<sup>10,11</sup> (*Figura 1*). Las correspondientes a los demás niveles se consideraron como urgentes.

FIGURA 1. Índice de Gravedad de la Emergencia (*Emergency Severity Index*). Adaptado de Chin N.P. et al.<sup>7</sup>

- 
- Nivel 1** Requiere intervención de soporte vital. (Ejemplo: obstrucción de la vía aérea sin pasaje de aire).
- Nivel 2** Paciente confundido/letárgico/desorientado; o con dolor grave/compromiso general; o ninguno de los anteriores pero requiere más de un recurso\* para su resolución y presenta signos vitales en zona de riesgo<sup>#</sup>. (Ejemplo: dolor de pecho o abdominal grave).
- Nivel 3** Ninguno de los anteriores pero requiere el uso de más de 2 recursos para su resolución. (Ejemplo: requiere transfusión y administración de drogas endovenosas).
- Nivel 4** Ninguno de los anteriores pero requiere el uso de un recurso para su resolución. (Ejemplo: paciente asmático con crisis leve que perdió su inhalador, que requiere sólo la aerosolterapia).
- Nivel 5** Ninguno de los anteriores y no requiere ningún recurso para su resolución.
- 

# zonas de riesgo: edad menor de 3 meses, con frecuencia respiratoria (FR) >50 y frecuencia cardíaca (FC) >180; edad entre 3 meses y 2 años, con FR >40 y FC >160; edad entre 2 y 8 años, con FR >30 y FC >140; edad mayor a 8 años, con FR >20 y FC >100; saturación <92% a cualquier edad.

\* recursos: son categorizados como estudios diagnósticos, medicación intravenosa/intramuscular o nebulizada, procedimientos y consultas a especialistas.

Consideraciones éticas: El estudio fue aprobado por el Comité de Ética y el Comité de Docencia e Investigación del hospital. Independientemente del estudio, todos los pacientes fueron asistidos de acuerdo a su requerimiento y la participación en él no retrasó su atención.

Análisis estadístico: Teniendo en cuenta que se programó hacer el estudio en dos días de la semana (uno laborable y uno no laborable), durante un período de cuatro meses, y considerando que diariamente se realizan un promedio de 250 consultas, de las cuales se esperó que 60% ( $\pm$  6%) fueran no urgentes,<sup>2,5,12</sup> y contemplando un nivel de confiabilidad del 95%, se calculó un tamaño muestral mínimo de 248 pacientes.

Las variables continuas se describen como media y desvío estándar como medida de dispersión, o mediana e intervalo si no fueran de distribución normal. Se evaluó la asociación entre algunas de las variables contenidas en el cuestionario y la ur-

gencia o no de las consultas por la prueba de  $\chi^2$  o la de Fischer, según correspondiera. Nivel de significación de  $p < 0,05$ .

## RESULTADOS

Se invitaron a participar del estudio a 258 cuidadores, de los que 249 aceptaron. De ellos, 102 realizaron consultas durante días laborables en horarios diurnos y 43 en horarios nocturnos, 71 realizaron consultas en días no laborables en horarios diurnos y 33 en horarios nocturnos.

El 57,8% (IC 95% 51,4%-64%,  $n = 144$ ) de los pacientes fueron varones, la mediana de edad fue 24 meses (intervalo= 1-166 meses). En el 88% (IC 95%: 83,2%-91,7%,  $n = 219$ ) de los casos el adulto acompañante fue la madre. La edad (media) del acompañante fue de 28,7 años (DE= 8,4 años). Otras características del grupo estudiado se presentan en la *Tabla 1*.

El 59% (IC 95% 52,6%-65,2%,  $n = 147$ ) de las

TABLA 1. Características de la población que consultó al Departamento de Urgencias

		Pacientes (n= 249)
Adulto que acompaña	Madre	88,0%
	Padre	6,8%
	Abuelo/a	2,4%
	Otro	2,4%
Situación laboral del acompañante	Empleo estable	18,9%
	Empleo informal	29,3%
	Desempleado	50,6%
Grupo familiar	Los padres son pareja estable	61,4%
	Padre/madre con otra pareja	13,7%
	Padre/madre con otro adulto no pareja	15,3%
	Madre/padre sin otro adulto	7,6%
Acompañantes que concurrían al departamento de urgencias, de niños		56,3%
Residencia a más de 15 km		51,4%
Paciente con pediatra de cabecera		50,6%
Pacientes con enfermedad crónica		19,3%

TABLA 2. Motivos referidos por los cuidadores para realizar consultas al Departamento de Urgencias

Motivo referido	Consultas no urgentes n= 147	Consultas urgentes n= 102
Dificultad para obtener un turno con el pediatra de cabecera o centro de atención primaria	63 (42,9%)	19 (18,6%)
En opinión del cuidador su consulta constituye una emergencia	36 (24,5%)	51 (50%)
El cuidador quería quedarse tranquilo con un diagnóstico anteriormente dado	31 (21,1%)	15 (14,7%)
Falta de pediatra de cabecera	14 (9,5%)	6 (5,9%)
Derivado por otro profesional	3 (2%)	11 (10,8%)

consultas fueron consideradas como no urgentes. El motivo más frecuentemente referido para realizar consultas no urgentes al Departamento de Urgencias fue la dificultad para obtener turno con el pediatra de cabecera o centro de atención primaria. Los distintos motivos referidos se muestran en la *Tabla 2*.

De las consultas realizadas en días laborables, 65,5% fueron no urgentes, mientras que en días no laborables las consultas no urgentes fueron del 50%, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $p=0,007$ ). En horarios diurnos, 60,7% de las consultas fueron no urgentes, y en horarios nocturnos fueron 55,3%, diferencia que no fue estadísticamente significativa ( $p=0,21$ ).

Aquellos cuidadores que vivían a menos de 15 km del hospital ( $p=0,003$ ) y aquellos que concurrían al Departamento de Urgencias cuando eran niños ( $p=0,005$ ) consultaron más frecuentemente por motivos no urgentes.

En cambio, los pacientes con patología crónica ( $p=0,001$ ), aquellos que fueron derivados por otro profesional ( $p=0,002$ ), y los cuidadores que vivían sin otro adulto en su hogar ( $p=0,002$ ) consultaron menos frecuentemente por motivos no urgentes (*Tabla 3*).

No se observaron diferencias significativas en las frecuencias de consultas no urgentes de acuerdo a la edad de los pacientes.

## DISCUSIÓN

La atención de consultas no urgentes en los Departamentos de Urgencias puede producir demoras en la asistencia a pacientes que presenten situaciones de real urgencia, afectándose la calidad de la atención. La realización de una categorización de pacientes según su grado de urgencia

permite identificar sin demoras a los pacientes que presentan una enfermedad que pone en peligro su vida, mediante un sistema de clasificación válido, útil y reproducible, con el objetivo de priorizar su asistencia.

Más de la mitad de las consultas al Departamento de Urgencias en nuestro estudio fueron consideradas como no urgentes. Esto coincide con lo descrito por Stanley et al, Phelps et al. y Berry et al.<sup>2-4</sup> Sin embargo, otros investigadores, como Chin et al. y Sharma et al. hallaron prevalencias bajas de consultas no urgentes en sus estudios.<sup>7,13</sup> Estas diferencias pueden deberse a distintos sistemas de categorización de pacientes utilizados en los distintos centros y a una mayor accesibilidad a la consulta programada, lo que puede disminuir las consultas no urgentes en el Departamento de Urgencias.

El principal motivo referido para realizar consultas no urgentes en nuestro estudio fue la dificultad para obtener turno con el pediatra de cabecera o el centro de atención primaria, coincidiendo con lo hallado por Guttman et al., Sarver et al. y Doobinin et al.<sup>6,8,14</sup> Una mayor accesibilidad a la consulta programada podría contribuir a disminuir el número de consultas no urgentes a los Departamentos de Urgencias. Además, el empleo de éstos como sitio habitual de consulta en los casos no urgentes puede indicar un uso sustitutivo de los centros de atención primaria, lo que tiene importantes implicaciones en la prestación de servicios preventivos y de promoción de la salud, y en el seguimiento de los tratamientos indicados.

Otros estudios han demostrado que los padres tienden a sobreestimar la gravedad de las patologías de los niños y, como resultado, perciben

Tabla 3. Variables asociadas a consultas en el Departamento de Urgencias

	Consultas no urgentes (n)	Consultas urgentes (n)	p
Días laborables	95 (65,5%)	50 (34,5%)	
Días no laborables	52 (50%)	52 (50%)	0,007
Vive a menos de 15 km del hospital	81 (66,9%)	40 (33,1%)	
Vive a más de 15 km del hospital	66 (51,6%)	62 (48,4%)	0,003
El cuidador concurría al DU cuando era niño*	88 (65,2%)	47 (34,8%)	
El cuidador no concurría al DU cuando era niño*	51 (48,6%)	54 (51,4%)	0,005
Pacientes con enfermedad de base	18 (37,5%)	30 (62,5%)	
Pacientes sin enfermedad de base	129 (64,2%)	72 (35,8%)	0,001
Pacientes derivados por otro profesional	3 (21,4%)	11 (78,6%)	
Pacientes no derivados	144 (61,3%)	91 (38,7%)	0,002
Madre/padre sin otro adulto	5 (26,3%)	14 (73,7%)	
Otras tipologías familiares	142 (61,7%)	88 (38,3%)	0,002

\*n= 240 (9 entrevistados no respondieron este ítem).

DU: Departamento de Urgencias.

como justificado el llevarlos a una guardia.<sup>2,15</sup> En nuestro estudio, un cuarto de los cuidadores refirieron como motivo principal para concurrir al Departamento de Urgencias el considerar que la patología constituía una emergencia, a pesar de haber sido categorizados como no urgentes.

Aquellos cuidadores que concurrían habitualmente a guardias cuando eran niños, consultaron más frecuentemente por motivos no urgentes. Los cuidadores tendieron a repetir las experiencias vividas en su niñez, ajustándose a su modelo familiar de origen.<sup>3</sup>

A su vez, los cuidadores que vivían a menos de 15 km del hospital donde se realizó el estudio también consultaron más frecuentemente por motivos no urgentes, evidenciándose que ante una patología banal, la accesibilidad al hospital será un factor a considerar a la hora de decidir la concurrencia o no a una guardia.<sup>5</sup>

Los cuidadores que no vivían con otro adulto en su hogar consultaron menos frecuentemente por motivos no urgentes. En este tipo de familias, donde las responsabilidades familiares recaen sobre un solo adulto, resulta razonable que sean menos frecuentes las consultas por patologías banales.

La mitad de los pacientes de nuestra serie tenía pediatras de cabecera, quienes podrían proveer una guía anticipatoria para determinar si el grado de urgencia de una patología justifica una visita a urgencias.<sup>2-5</sup>

A la fecha, no hallamos otros trabajos realizados en nuestro país que estudien las consultas no urgentes al Departamento de Urgencias. En nuestro estudio hallamos que es frecuente que los padres acudan a la guardia a pesar de saber que el motivo de consulta no constituye una urgencia.

Se deben planificar intervenciones a nivel de la organización de la atención en hospitales y centros de atención primaria para responder adecuadamente a las necesidades de nuestra población, así como para optimizar el uso de los servicios y recursos. Estimamos que un aumento en la oferta de turnos programados, así como de turnos de demanda espontánea, podría disminuir las consultas no urgentes al Departamento de Urgencias. Asimismo, una adecuada categorización del grado de urgencia en nuestro hospital, contribuiría a una mejor utilización de los recursos disponibles.

Consideramos como una debilidad de este estudio el no haber sido realizado durante todo un año, lo que puede no haber evaluado las variaciones estacionales de las consultas. Esto se debió a las dificultades operativas para realizar un es-

tudio de este tipo en meses de alta demanda. No obstante, incluyó meses de verano y otoño, que consideramos como representativos de los motivos de consulta habituales de todo el año.

## CONCLUSIONES

La frecuencia de consultas no urgentes al Departamento de Urgencias de un hospital pediátrico fue elevada (59%). El principal motivo referido por los cuidadores para efectuarlas fue la dificultad para obtener turno con el pediatra de cabecera o el centro de atención primaria. ■

## BIBLIOGRAFÍA

1. The Medicaid Access Study Group. Access of Medicaid recipients to outpatient care. *N Engl J Med* 1994; 330(20):1426-1430.
2. Stanley S, Zimmerman J, Hashikawa C, Clark S. Appropriateness of children's nonurgent visits to selected Michigan Emergency Departments. *Pediatr Emerg Care* 2007; 23(8):532-6.
3. Phelps K, Taylor C, Kimmel S, Nagel R, et al. Factors associated with Emergency Department utilization for nonurgent pediatric problems. *Arch Fam Med* 2000; 9:1086-1092.
4. Berry A, Brousseau D, Brotanek J, Tomany Korman S, et al. Why do parents bring children to the emergency department for nonurgent conditions? A qualitative study. *Ambul Pediatr* 2008; 8(6):360-367.
5. Zimmer K, Walker A, Minkovitz C. Epidemiology of Pediatric Emergency Department, use at an urban medical center. *Pediatr Emerg Care* 2005; 21(2):84-89.
6. Guttman, N. Zimmerman D, Nelson M. The many faces of access: reasons for medically nonurgent emergency department visits. *J Health Polit Policy Law* 2003; 28(6):1089-1120.
7. Chin N, Goepf J, Malia T, Harris L, et al. Nonurgent use of a Pediatric Emergency Department. A preliminary qualitative study. *Pediatr Emerg Care* 2006; 22(1):22-27.
8. Sarver J, Cydulka R, Baker D. Usual source of care and nonurgent Emergency Department use. *Acad Emerg Med* 2002; 9(9):916-923.
9. Bilkis MD, Vásquez M, González Favre C, Vasicek M, et al. Estudio multicéntrico de la urgencia pediátrica. *Arch Argent Pediatr* 2006; 104(4):301-308.
10. Gilboy N, Tanabe P, Travers DA, Rosenau AM, et al. Emergency Severity Index, Version 4: Implementation Handbook. AHRQ publication no. 05-0046-2 ed. Rockville, Md: Agency for Healthcare Research and Quality; 2005.
11. Tanabe P, Gimbel R, Yarnold PR, Adams JG. The Emergency Severity Index (version 3) 5-level triage system scores predict ED resource consumption. *J Emerg Nurs* 2004; 30(1):22-29.
12. Zandieh SO, Gershel JC, Briggs WM, Mancuso CA, et al. Revisiting predictors of parental health care-seeking behaviors for nonurgent conditions at one inner-city hospital. *Pediatr Emerg Care* 2009; 25(4):238-243.
13. Sharma V, Simon SD, Bakewell JM, Ellerbeck EF, et al. Factors influencing infant visits to emergency departments. *Pediatrics* 2000; 106(5):1031-9.
14. Doobinin KA, Heidt-Davis PE, Gross TK, Isaacman DJ. Nonurgent pediatric emergency department visits: Care-seeking behavior and parental knowledge of insurance. *Pediatr Emerg Care* 2003; 19(1):10-4.
15. Williams AL, O'Rourke P, Keogh SJ. Making choices: Why parents present to the emergency department for non-urgent care. *Arch Dis Child* 2009; 94(10):817-20.

## Anexo I

### Cuestionario

Sra./Sr.: Estamos haciendo un estudio para evaluar el grado de urgencia de las consultas que se atienden en la guardia.

Queremos invitarlo a participar de este estudio. En función de los resultados obtenidos, evaluaremos qué podemos modificar para mejorar la atención en guardia.

La participación en el estudio es voluntaria. Si no aceptara, en nada se modificará su atención médica. Los datos serán analizados en forma anónima.

Desde ya le agradecemos mucho su atención.

Fecha: \_\_\_\_\_ Día de la semana: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Tipo de consulta: Urgente: \_\_\_/No urgente: \_\_\_

Causa más importante por la cual consulta al Servicio de Urgencias:

- Dificultad para obtener un turno con pediatra de cabecera/centro de APS
- En opinión del cuidador constituye una emergencia
- Derivado por otro profesional
- No tiene pediatra de cabecera
- Quería quedarse tranquilo con el diagnóstico

Del niño: Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

¿Tiene enfermedad crónica de base? Sí/No

¿Tiene pediatra de cabecera a quien puede nombrar? Sí/No

¿A qué distancia del hospital vive? Menos de 15 km/más de 15 km

Del acompañante: Edad: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Relación con el niño: Madre/Padre/Abuelo/Otro

Empleo: estable/informal/desempleado (a criterio del entrevistado)

¿Concurría habitualmente a guardia cuando era niño? Sí/No

Del grupo familiar:

- Ambos padres son pareja y conviven
  - Madre/padre con otra pareja
  - Madre/padre sola/o sin otro adulto en la casa
  - Madre/padre sola/o con otro adulto no pareja en la casa
  - El niño no vive con los padres
-