
Organización de la asistencia inicial en un Servicio de Urgencias Pediátricas

María del Rosario García Luzardo.

Servicio de Urgencias Pediátricas. Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Canarias

En los últimos años las Urgencias Pediátricas (UP) están viviendo un cambio continuo, motivado por diversos factores entre los que se encuentran el incremento progresivo de la presión asistencial y la tendencia a la subespecialización de los profesionales que en ellas trabajan.

La Organización Mundial de la Salud define la urgencia como la “aparición fortuita de un problema de salud de causa diversa y gravedad variable, que genera la conciencia de una necesidad inminente de atención por parte del sujeto que lo sufre o de su familia”. De ahí que un número importante de las urgencias pediátricas atendidas, suelen ser procesos banales o cuadros autolimitados, que acuden sin haber consultado previamente a su pediatra, y que no precisan ningún tipo de pruebas complementarias pudiendo ser dados de alta a su domicilio en primera instancia.

Sin embargo el personal sanitario entiende la urgencia como una situación clínica con capacidad para generar deterioro o peligro para la salud o la vida del paciente en función del tiempo transcurrido entre su aparición y la instauración del tratamiento efectivo.

La misión de las UP es tratar de ofrecer una atención integral al niño, en aspectos tan trascendentes y polivalentes como la asistencia inicial al niño politraumatizado o la estabilización y reanimación cardiopulmonar, el uso de técnicas de sedoanalgesia, reparación de heridas o el manejo inicial de urgencias médicas, traumatológicas y quirúrgicas. Además de proporcionar una atención rápida y eficaz a todo ciudadano que lo solicite por patologías no urgentes pero evitando suplir otras prestaciones sanitarias (atención primaria, consultas ambulatorias,...). Estos pacientes deben ser correctamente manejados ya que tienden a ocasionar congestión de los servicios con un aumento innecesario del gasto, generando insatisfacción de los usuarios y de los propios profesionales, además de dar una mala imagen del hospital cuando no se ma-

nejan de forma eficiente.

El incremento observado en los últimos años de demanda de asistencia sanitaria a las UP puede explicarse por muy diversas causas como la ampliación de la cobertura, la baja disponibilidad de pediatras en urgencias del centro de salud, la fácil accesibilidad a los centros hospitalarios con aparente gratuidad o la tendencia de la sociedad a exigir respuestas rápidas y solución inmediata a los problemas. Este fenómeno conocido como “utilización inadecuada de los servicios de urgencias hospitalarias”, puede ocasionar, si no existe una adecuada organización, situaciones abrumadoras y frustrantes para el personal por falta de espacio físico, disminución en la capacidad resolutoria, sobrecarga de laboratorio o rayos, alargamiento de los tiempos de espera con mayor riesgo para los niños con patología potencialmente grave, etc.

Ante una consulta urgente hay que saber diferenciar los pacientes que pueden esperar de los que no, ya que la demora de estos últimos puede generar consecuencias adversas; para ello es fundamental disponer de sistemas de triaje validados que faciliten la clasificación del paciente a su llegada. La clasificación a la entrada del paciente en niveles y la toma de decisiones a raíz de ella, es de vital importancia y el punto de partida para la correcta organización de la asistencia en Urgencias.

El término triaje es un neologismo que equivale a selección o clasificación en función de una cualidad, el grado de urgencia. Para ello se pueden utilizar diferentes indicadores como el motivo de consulta, la existencia de factores de riesgo o el grado de afectación fisiológica. El objetivo no es realizar un diagnóstico sino establecer prioridades en la atención evitando demoras en aquellos casos que sean urgencias reales y ubicar en el lugar más idóneo a cada niño. Los pacientes con compromiso vital se atienden en el box de reanimación y el resto en el área de tra-

tamiento.

El triaje no solo se limita a clasificar a los pacientes también pueden iniciarse mediadas de soporte vital o procedimientos diagnósticos-terapéuticos previamente consensuados (traje avanzado) como puede ser administrar un antitérmico al niño que lo precise, dar soluciones de rehidratación oral a los deshidratados, solicitar pruebas radiológicas en pacientes seleccionados con un traumatismo periférico, etc.

Habitualmente esta tarea la realiza el personal de enfermería, normalmente con la ayuda de un soporte informático validado y siempre con el apoyo del pediatra. El profesional que realiza el triaje debe tener empatía, experiencia, formación y juicio clínico, además de capacidad de tomar decisiones y saber gestionar las situaciones difíciles.

Una vez que el paciente esté clasificado y se establezca el circuito de atención correspondiente, el niño debe ser valorado por el pediatra que realizará el adecuado procedimiento diagnóstico, así como los cuidados y las mediadas terapéuticas requeridas, como podría ser el ingreso en planta, en observación, o la derivación a consultas externas o a su pediatra.

La desviación a salas rápidas o a atención primaria de los casos clasificados como no urgentes es una opción en los casos de sobrecarga asistencial que ha demostrado ser efectiva para reconducir al nivel adecuado de atención, con importantes reducciones de costes y sin documentarse efectos negativos para los pacientes.

Para poder beneficiarse de la ayuda que aporta el triaje es necesario contar con personal sanitario suficiente en función del flujo variable de pacientes y de sistemas informáticos de apoyo, además de una estructura arquitectónica adecuada, con circuitos establecidos y áreas de tratamiento bien diferenciadas acorde al nivel de gravedad del paciente.

En definitiva, la UP debe adaptarse a las demandas que la sociedad actual exige, por una parte, inmediatez en la asistencia de cualquier problema médico, independientemente de la gravedad y a cualquier hora del día y, por otra, una mayor especialización del personal sanitario que atiende en estos servicios.

Bibliografía

1. Muñoz García JL, Fandiño Orgeira JM, Díaz Peromingo JA. Demanda asistencial de urgencias pediátricas atendidas en un hospital comarcal. *Aten Primaria* 2008; 40:297-301
2. Mintegi S, Benito J, García S. Demanda y asistencia en un servicio de urgencias hospitalario. *An Esp Pediatr* 2004; 61:156-61
3. Benito J. Urgencias de pediatría: buscando una atención más especializada. *An Esp Pediatr* 1996; 44:312-6
4. Magaret ND, Clark TA, Warden CR, Magnusson AR, Hedges JR. Patient satisfaction in the emergency department-a survey of paediatric patients and their parents. *Acad Emerg Med* 2002; 9:1379-88
5. Lucas RH, Sanford SM. An analysis of frequent users of emergency care at an urban university hospital. *Ann Emerg Med* 1998; 32:563-8
6. Browne GJ. Paediatrics emergency departments. Old needs, new challenges and future opportunities. *Emerg Med* 2001; 13:409-417
7. Casanova Matutano C, Gascon Romero P, Calvo Rigual F. et al. Utilización Inapropiada de la hospitalización pediátrica. *An Esp Pediatr* 1999; 51:241-250
8. Concheiro A, García JJ, Díaz EP, Kuaces C, Pou J. Aplicación de criterios de atención preferente (Triage) en un servicio de urgencias. *An Esp Pediatr* 2001; 54: 233-237
9. Crellin DJ, Johnston L. Who responsible for pediatrics triage decisions in asutralian emergency departments: A description of the educational and experimental preparation of general and pediatric emergency nurses. *Pediatr Emerg Care* 2002; 18:382-385