



EDITORIAL

Urgencias pediátricas: dos reflexiones. . . , dos retos



Paediatric emergencies: Two ideas for reflection..., two challenges

Carles Luaces Cubells

Servicio de Urgencias Pediátricas, Hospital Sant Joan de Déu, Esplugues de Llobregat, Barcelona, España

Disponible en Internet el 26 de noviembre de 2016

Una respuesta organizativa adecuada, a la demanda de la población en el ámbito de la atención a las urgencias, continúa siendo una asignatura pendiente en nuestro entorno. La alta frecuentación de los servicios de urgencias (SU) hospitalarios y otros dispositivos de atención continuada, y en muchas ocasiones, su saturación¹ son la punta del iceberg que evidencia que existe un amplio margen de mejora en el funcionamiento y las estructuras responsables de dar respuesta a la mencionada demanda. Puestos a buscar los motivos de esta situación, en muchas ocasiones se menciona el uso inadecuado de los SU. Se han descrito varios factores asociados al posible uso inadecuado de la urgencia, así, variables demográficas como la edad, nivel de estudios o nivel socioeconómico; factores relacionados con la organización sanitaria, el estado de salud, el entorno (distancia al hospital, el día de la semana, la hora de consulta); la denominada «necesidad percibida» o cultura de la inmediatez o el tipo de demanda (menor adecuación en las consultas espontáneas)². Ante la certeza de estos argumentos, y en el camino de buscar soluciones, parece razonable que todos aquellos estamentos y, por ende, los profesionales implicados en el ámbito de la atención urgente, reflexionemos y propongamos acciones de mejora. En el presente número de ANALES DE PEDIATRÍA, Rivas García et al.³, describen una situación que va más allá de un «simple uso inadecuado» de la urgencia. Así, ponen sobre la mesa los conceptos de frecuentación e hiperfrecuentación registrados en 5 hospitales de la Comunidad de Madrid en el periodo de un año. Un 40% del

total de pacientes se catalogan de «frecuentadores» (entre 2-9 visitas/año) y un 0,60% de hiperfrecuentadores (10 o más visitas/año) generando, entre ambos grupos, más de 118.000 consultas. Un dato relevante en el perfil del paciente hiperfrecuentador es que consulta habitualmente en el turno de tarde por una enfermedad aguda de baja complejidad, por la que no ha consultado previamente en su centro de salud. Este último hecho invita a una primera reflexión. ¿Por qué ocurre? Los autores apuntan que de sus resultados no puede afirmarse que una correcta atención primaria sea uno de los factores para disminuir la sobreutilización de los SU. Por supuesto no existe ninguna duda acerca de la profesionalidad y capacidad de los pediatras de atención primaria para atender este perfil de pacientes, sin embargo, el hecho de que no se acuda previamente a su consulta es un hecho muy frecuente y generalizado⁴. A nuestro modo de entender y en una primera aproximación al problema, la falta de recursos globales en el marco de la atención primaria con especial énfasis en el déficit de pediatras, y la limitada oferta y distribución en el horario de atención a los pacientes en el terreno extrahospitalario —las tardes, noches y festivos son las franjas horarias de máxima saturación de los SU— son 2 factores susceptibles de acciones de mejora. Por tanto, si tenemos claro que debemos esperar y pedirle al usuario que utilice racionalmente los recursos sanitarios acudiendo al dispositivo indicado para resolver su consulta, debemos ser capaces de ofrecerle las alternativas adecuadas para evitar ese uso inadecuado e indiscriminado de los SU. Además, con toda seguridad y entrando en aspectos más concretos, la buena coordinación entre los distintos puntos asistenciales es imprescindible; la creación de comisiones paritarias con el hospital, la posibilidad de una historia clínica única y

Correo electrónico: cluaces@hsjdbcn.org

<http://dx.doi.org/10.1016/j.anpedi.2016.10.014>

1695-4033/© 2016 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

compartida, la realización de turnos y rotaciones por el hospital para favorecer el conocimiento de ambos niveles asistenciales, unificar los protocolos de actuación («en el hospital le harán las mismas pruebas que en el centro de salud»), el mayor acceso a pruebas complementarias fuera del hospital y el establecimiento claro de los criterios de derivación entre los diferentes niveles asistenciales son también piedras angulares en el proceso de mejora⁵. Es sin duda, un gran reto, un primer reto.

En otro trabajo de este mismo número, Parra Cotanda et al., aportan su vivencia sobre la denominada «Experiencia del paciente en urgencias»⁶, entendiendo como tal, la suma de todas las interacciones producidas por la cultura de una organización, que influyen en las percepciones del paciente a lo largo del continuo proceso de atención. Este concepto supera a la clásicamente denominada «Satisfacción» ligada casi exclusivamente a conocer si se han cubierto las expectativas del paciente en cuanto a su tratamiento y atención sanitaria. Además, y sin duda, lo que hace más interesante el manuscrito es que la percepción de su «Experiencia» es relatada por los propios niños y adolescentes (entre 8-18 años), los auténticos protagonistas, a partir de unas encuestas previamente validadas. La iniciativa está claramente alineada con el concepto emergente de la asistencia centrada en la familia, que tiene especial relevancia en un escenario como la asistencia urgente. Escenario donde para la toma de decisiones es fundamental la comunión entre profesionales y pacientes y/o sus cuidadores. Esta sensibilidad para que la experiencia de los usuarios sea adecuada es en nuestra opinión, extrapolable a la mayoría de SU, y ello es sin duda fruto de modificaciones en el modelo asistencial de dichos SU. Aunque con un ritmo más lento al deseable, es evidente que los SU van experimentando cambios en su organización, ya sea movidos por necesidad o convicción de mejora, en el sentido de dotarlos de especialistas en la pediatría de urgencia con una dedicación exclusiva o mayoritaria a esta actividad lo que revierte, sin duda, en una mayor motivación y preparación de los profesionales y, en consecuencia, de una clara mejoría del proceso asistencial. Es difícil, en la actualidad, entender como la atención urgente, especialidad reconocida, en muchos países y, por tanto, con su propio cuerpo doctrinal, sea realizada en mayor o menor proporción por otros especialistas, excelentes en su campo, que de forma más o menos esporádica y «motivados» únicamente por la obligación laboral o el suplemento económico. Los padres que acuden, por ejemplo a una consulta de cardiología o endocrinología, esperan encontrar en ella un especialista que ofrezca respuesta a su consulta. Parece lógico pensar que estos mismos padres cuando acuden a un SU, sus expectativas sean similares, y por tanto, debemos cumplirlas⁷. Y este hecho también invita a la segunda reflexión. Si el objetivo es que la experiencia

del paciente y su familia alcance el nivel que todos deseamos y que merecen nuestros pequeños o mayores pacientes, es imprescindible otorgar a los SU de la mejor dotación posible, y estructurarlos como cualquier otro servicio, asumiendo su peculiaridad de ofrecer asistencia ininterrumpida 365 días al año y, por ello, contar con un modelo organizativo que permita afrontar dicha asistencia de forma adecuada para los profesionales y usuarios. Ello pasa por implantar progresivamente el concepto de profesionalización de la plantilla, y evolucionar desde el clásico concepto de «hacer guardias» como trabajo esporádico, al de «trabajar en urgencias» como actividad fundamental, con las enormes ventajas para todos los implicados que ello conlleva. También en este caso estamos ante otro reto, el segundo reto, y en esta ocasión es imprescindible además, la voluntad de generar esta evolución por parte de las direcciones asistenciales. Si así lo hacen serán consecuentes con la expresión: «la urgencia es gran parte de la imagen del hospital y debe cuidarse». Es un buen momento para ponerlo en práctica.

Más allá de reflexiones y retos concretos, la problemática de la asistencia pediátrica urgente que citábamos al principio de esta editorial, es un tema complejo, con aspectos muy específicos, que precisa un abordaje plural. Todos los actores implicados en el proceso debemos y tenemos algo que decir y hacer.

Bibliografía

1. Flores Cr. La saturación de los servicios de urgencias: una llamada a la unidad. *Emergencias*. 2011;23:59-64.
2. Sánchez López J, Bueno Cabanillas A. Factores asociados al uso inadecuado de un servicio de urgencias hospitalario. *Emergencias*. 2005;17:138-44.
3. Rivas García A, Manrique Martín G, Butragueño Laiseca L, Mesa García S, Campos Segura A, Fernández Iglesia V, et al., en representación del Grupo de Trabajo del Paciente Fidelizado Pediátrico de la Comunidad de Madrid. Hiperfrecuentadores en urgencias. ¿Quiénes son? ¿Por qué consultan? *An Pediatr (Barc)*. 2017;86:67-75.
4. Lapeña López de Armentia S, Reguero Celada S, García Rabanal M, Gutierrez Fernández M, Abdallah I, González Aparicio H. Estudio epidemiológico de las urgencias pediátricas en un hospital general. Factores implicados en una demanda inadecuada. *An Esp Pediatr*. 1996;44:121-5.
5. Gómez Alonso R, González Requejo A, Díaz Cirujano Al, Martínoli Rubino MC, Hernández de las Heras T. Coordinación de las urgencias pediátricas entre atención primaria y hospital en la Comunidad de Madrid. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2004;6:367-77.
6. Parra Cotanda C, Vergés Castells A, Carreras Blesa N, Trenchs Sainz de la Maza V, Luaces Cubells C. Experiencia del paciente en Urgencias: ¿Qué opinan los niños y adolescentes? *An Pediatr (Barc)*. 2017;86:61-6.
7. Pou Fernández J, Benito Fernández J. Pediatría de Urgencias: una nueva especialidad. *An Esp Pediatr*. 2002;56:2-4.