

MESA DEBATE: "Controversias en urgencias pediátricas en atención primaria y hospitalaria"

Importancia de la clasificación en la atención del niño que acude a una consulta de urgencias

Drs. M. Loscertales Abril, M. Alonso Salas, J. Cano Franco, T. Charlo Molina
Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Infantil HHUVR, Sevilla

INTRODUCCIÓN

Permítanme exponer a modo de introducción algunas consideraciones previas sobre las características especiales de las urgencias pediátricas.

En primer lugar es preciso definir las urgencias y lo haremos con el concepto generado por la Asociación Médica Americana, y que ha sido aceptado por el Consejo de Europa y asumido por el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias, que dice que: "Una urgencia es toda aquella situación, que en opinión del paciente, su familia o quienquiera que toma la decisión, requiere una atención médica inmediata".

En el mismo sentido, las emergencias quedan definidas "como aquellas urgencias que necesitan un mayor grado de complejidad para su resolución y comportan un compromiso vital o riesgos de secuelas graves permanentes" para el paciente.

Pero también, la urgencia puede definirse 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, y que condiciona un episodio asistencial con importante consumo de recursos en un corto periodo de tiempo.

La misión del área de urgencias es la atención rápida y eficaz a todo ciudadano que allí acuda solicitándola. Y sus objetivos básicos son la eficacia y la celeridad, evitando suplir otras prestaciones sanitarias (atención primaria, consultas ambulatorias, realización de ingreso preferente, etc.), todo ello ajustándose a criterios de calidad y eficiencia.

La mayoría de las urgencias pediátricas atendidas suelen ser procesos banales y, sobre todo, cuadros autolimitados que acuden sin consulta previa a

su pediatra, no precisan ningún tipo de pruebas complementarias ni tratamiento de urgencias y más del 94% es dado de alta a su domicilio en primera instancia.

Es bien conocido que el número de consultas al servicio de urgencias de Pediatría es cada vez más elevado, con un incremento del 54% en los 10 últimos años (figura 1) y podemos decir que en el año 2003 cuatro de cada diez niños menores de 14 años acudieron, al menos una vez al año, al servicio de urgencias de nuestro Hospital Infantil.

Pero esta situación no es especial, se trata de un hecho inherente a los cambios actuales de la sociedad y de la transformación de la asistencia médica.

El incremento del número de niños que acuden a la urgencia hospitalaria se puede explicar por muy diversas causas, tales como el aumento de la demanda sanitaria de la sociedad, la ampliación de cober-

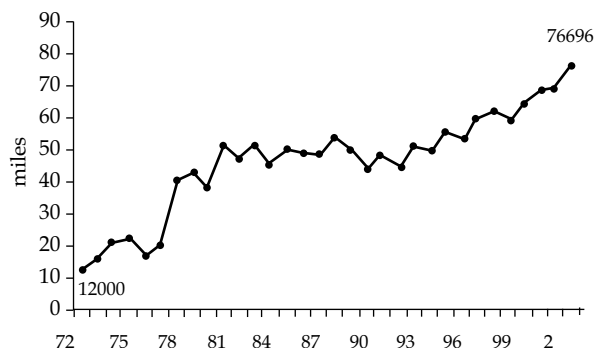


Figura 1. Urgencias asistidas. 1972-2003. Hospital Infantil Virgen del Rocío.

tura, la mayor accesibilidad geográfica, y sobre todo la fácil accesibilidad a los centros sanitarios en las grandes urbes junto con un profundo cambio de los hábitos sociales. En la actualidad, los ciudadanos con una mayor información exigen respuesta rápida y eficaz a los problemas.

Otro factor importante es la cultura hospitalocentrista, tanto de la población como de los propios profesionales que la generan y potencian; es probable que más del 90% de los pacientes que acuden al hospital no hayan acudido a la consulta de su pediatra de atención primaria (figura 2). Otro factor a considerar son los niños hiperfrecuentadores menores de 2 años, que generan un porcentaje muy importante de las visitas.

Pero además es importante resaltar que hay dos componentes importantes y muy analizados en la literatura científica. De una parte, muchas personas recurren a los servicios de urgencias hospitalarios, en especial de Pediatría, cuando no requieren dicha atención y, en algunos casos, cuando no requieren ni siquiera asistencia médica: este fenómeno se ha venido a llamar "utilización inadecuada de los servicios de urgencias hospitalarios", y puede ocasionar, si no hay una adecuada organización en los mismos, situaciones abrumadoras y frustrantes para el personal de los servicios de urgencia. Y de otra, el uso, a veces generalizado, de las consultas de urgencias para ingresos desde consultas externas por demoras en pruebas complementarias, listas de espera, actividades programadas, derivaciones de otros hospitales, etc.

Ajustándonos a estos conceptos podríamos decir, sin equivocarnos mucho, que más de dos tercios de las consultas de la sala de urgencias podrían ser inadecuados y en muchos casos, incluso se habrían tratado mejor fuera de dichos servicios, ya que la asistencia médica puntual que se presta en las salas de urgencias impiden que los pacientes reciban la asistencia primaria continua y adecuada para tratar sus problemas no urgentes.

Esta elevada utilización de los servicios de urgencias de situaciones no urgentes es preocupante por varias razones:

1. Las consultas no urgentes pueden estar haciendo uso sustitutivo de estos servicios con respecto a la AP, lo que tiene importantes implicaciones en la calidad de la asistencia, en la pérdida de la continuidad de la misma, en el seguimiento de tratamientos y fallos en la prestación de servicios preventivos y de promoción de la salud.

2. La atención de estos pacientes puede producir demoras en la asistencia a pacientes que sufren

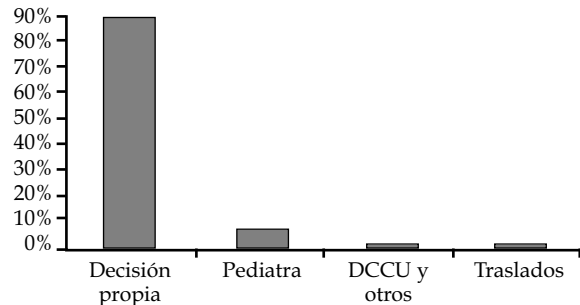


Figura 2. Procedencia de los pacientes.

situaciones de riesgo vital, habiéndose señalado una relación inversa entre la presión asistencial y la calidad de los servicios de urgencias.

3. El aumento desmesurado de la demanda de urgencias tiene consecuencias negativas para el conjunto del hospital, como falta de espacio físico, sobrecarga de los laboratorios y los servicios de rayos, alargamiento de las listas de espera de ingresos programados, y pérdida de productividad al no poder programar el trabajo. De forma que todo el hospital queda afectado por la situación de urgencias.

4. Parece, aunque no está absolutamente demostrado, que aumenta los costes.

Recientemente Peiró *et al.*, en una revisión de la literatura, evalúan la efectividad de las intervenciones realizadas para reducir la utilización inadecuada de los servicios de urgencias, llegando a las siguientes conclusiones:

1. Las intervenciones realizadas sobre los factores de demanda, como la educación sanitaria, no son –con carácter general– útiles para reducir la utilización inadecuada de los servicios de urgencias hospitalarios. No obstante, pueden resultar de interés sobre grupos seleccionados de pacientes caracterizados por su alta frecuentación a los servicios de urgencias hospitalarios, especialmente sobre pacientes con patologías crónicas cuya agudización los lleva a acudir a urgencias y en los que la educación sanitaria específica puede reducir la frecuentación.

2. La mejora de la accesibilidad a la atención primaria, al margen de que en sí misma puede ser un objetivo del sistema sanitario, no parece reducir la frecuentación en las urgencias. Por el contrario, los estudios realizados parecen indicar que el incremento de los servicios de atención primaria y su mayor disponibilidad horaria incrementan la utilización de

atención primaria sin modificar la tendencia incremental de la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios.

3. La realización de clasificación de pacientes, seguida de atención por médicos de atención primaria o derivación a salas rápidas de casos no urgentes, si parece demostrarse efectiva para reconducir al nivel adecuado de atención los casos inapropiados. Los estudios al efecto demuestran la inexistencia de efectos negativos para los pacientes, con importantes reducciones de costes.

Sin embargo, tenemos que tener claro que la visita urgente, sea o no una verdadera demanda de urgencia, sigue siendo en la actualidad un requerimiento de la población pediátrica y que seguramente existen muchas razones justificadas o no que expliquen que esto sea así, pero se trata de una realidad que los servicios de urgencias debemos de asumir.

Ante una consulta urgente hay que saber definir los que pueden esperar o no, ya que la demora de estos últimos puede dar lugar a problemas severos como muerte o secuelas. El pediatra debe saber diferenciar una urgencia real de una urgencia banal y saber manejar la emergencia. Porque las urgencias, sean banales o reales, deben ser correctamente manejadas y, además, hay que procurar impedir ingresos hospitalarios inadecuados, ya que no solo producen un aumento del gasto, sino una congestión de los servicios de apoyo y de la propia área de urgencias, además de generar insatisfacción de los usuarios y de los propios profesionales y dar una mala imagen del hospital.

Las actuaciones de los servicios de urgencias pediátricas se deben establecer sobre el eje conductor que es la gravedad del niño. En este sentido, empieza en la consulta del área de urgencias y termina en cuidados intensivos en caso de máxima gravedad, o, por el contrario, a su domicilio, observación, al pediatra de cabecera, a las consultas externas del hospital. La clasificación a la entrada del paciente en leves, menos graves, graves o muy graves, y la toma de decisiones a raíz de ella son pues de importancia clave y punto de partida de la organización de la asistencia en urgencias, y se deben aplicar igual en el medio hospitalario como en el extrahospitalario.

SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN EN LA URGENCIA PEDIÁTRICA

1. Conceptos generales

El término triage es un neologismo que equivale a selección o clasificación en función de una cuali-

dad, el grado de urgencia. Por lo tanto, en esta ponencia siempre me voy a referir al término "clasificación de pacientes en urgencias".

Un sistema de clasificación tiene como objetivo catalogar los pacientes en distintos grupos establecidos en función de la variable que se quiere obtener.

Las escalas de clasificación, en sentido amplio, son de dos tipos: unas están diseñadas para valorar la gravedad del paciente, independientemente de la enfermedad o de la causa que la provoque; y otras valoran situaciones clínicas específicas.

Para definir la gravedad del paciente se pueden utilizar diferentes indicadores como el diagnóstico principal y los secundarios, los factores de riesgo, el grado de afectación fisiológica, la intensidad de tratamientos y/o cuidados que precisen, y sistemas mixtos. Pero lo importante es que la valoración y la selección del paciente permitan priorizar la atención y ubicar en el lugar más idóneo a cada niño.

Como más adelante expondremos, en nuestro hospital estamos implantando un sistema que valora el motivo de consulta, el grado de afectación fisiológica y la necesidad de cuidados.

Una vez que el paciente esté clasificado y se establezca el circuito de atención, el niño debe ser valorado por el pediatra mediante otras escalas de clasificación que nos van a permitir la utilización adecuada de las medidas diagnósticas, de cuidados y terapéuticas, así como la indicación de ingreso en planta, en observación, o su derivación a consultas externas, a su pediatra de AP, o a su domicilio.

Hay múltiples escalas que pueden ser utilizadas con este fin por el pediatra en la consulta de urgencias, pero entendemos que las escalas de Wood-Downes para el asma, la Glaswog para la situación neurológica, y las escalas YIOS y YALE para el síndrome febril, permiten una mejor toma de decisiones en las patologías más prevalentes y que pueden tener una mayor controversia.

El objetivo de esta ponencia es la clasificación de los pacientes a su llegada al área de urgencias en función de la gravedad/tiempo, para poder establecer prioridades y evitar demoras en aquellos casos que sean urgencias reales.

Esta clasificación se inicia con el primer contacto del niño y sus acompañantes, y finaliza cuando es asistido por el equipo asistencial adecuado a su caso.

Los objetivos de un sistema de clasificación en urgencias son:

a) Identificar rápidamente a los niños que sufren una enfermedad que pone en peligro su vida

mediante un sistema de clasificación válido, útil y reproducible, con el objetivo de priorizar su asistencia (disminuir el riesgo).

b) Determinar el área de tratamiento más adecuada para los pacientes que acuden a los servicios de urgencias.

c) Disminuir la congestión de las áreas de los servicios de urgencias.

d) Permitir la evaluación continua de los pacientes mediante reevaluaciones periódicas que garanticen que sus necesidades son satisfechas.

e) Permitir una información fluida a los pacientes y a sus familiares sobre los tratamientos a realizar y los tiempos de espera.

f) Proporcionar información que permita conocer y comparar la casuística o *Case Mix* con la finalidad de optimizar recursos y mejorar la gestión (mejorar la eficiencia).

g) Crear un lenguaje común para todos los profesionales que atienden las urgencias. Este punto es crítico para mejorar la gestión de urgencias y emergencias, allá donde se producen, y mejorar la coordinación entre niveles asistenciales.

Y los factores de éxito:

a) Que el mismo sistema de clasificación esté implantado tanto en el hospital como en la atención primaria.

b) Que el sistema disponga de una escala con cuatro categorías y que pueda ser utilizado tanto por los DUE como por los facultativos.

c) La implantación de un sistema de formación continuada en clasificación de urgencias y emergencias.

d) Que tenga el consenso de los profesionales.

e) La estructura física y tecnológica y la dotación de personal.

f) La existencia de un control de calidad.

2. Propuesta de una organización funcional para la clasificación en las urgencias de Pediatría

En la actualidad, en la práctica clínica pediátrica hay muchos sistemas de clasificación utilizados por los distintos servicios de urgencias, que a veces se inician con la atención telefónica y que valoran distintas variables y establecen diversos grados de atención, pero aunque difieren entre ellos, todos realizan una breve aproximación clínica y tienen en cuenta algunas características específicas pediátricas, como la edad y la posibilidad de descompensación muy rápida de determinadas situaciones patológicas.

Algunos sistemas de clasificación se establecen con criterios para atención preferente. En la tabla siguiente están expuestos los utilizados por el Hospital de San Joan de Deu-H. Clinic de Barcelona (tabla I).

Por último, el Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias del Servicio Andaluz de Salud establece su diferenciación en cuatro niveles de gravedad:

1. Emergencias (Prioridad I): pacientes que deben ser atendidos de forma inmediata por su elevada morbi-mortalidad.

2. Urgencias no críticas (Prioridad II): pacientes que precisan atención médica en menos de 15 minutos, requiriendo exploraciones complementarias.

3. Urgencias demorables (Prioridad III): pacientes que requieren asistencia médica en menos de 30 minutos, con escasa necesidad de exploraciones complementarias.

4. Urgencias no objetivables (Prioridad IV): pacientes con procesos no urgentes, cuya atención médica puede tener una espera de hasta 120 minutos y no necesitan pruebas complementarias para su resolución.

Y en el desarrollo de dicho Plan hemos puesto en marcha el siguiente sistema de clasificación en la organización funcional en las urgencias de Hospital Infantil "Virgen del Rocío".

Para lo cual, hemos definido una estructura funcional (áreas funcionales) con un protocolo de clasificación que nos permita poner en marcha una correcta organización de la asistencia, con un ajuste preciso de los tiempos, un adecuado uso de los recursos y una ajustada toma de decisiones.

Tabla I

Generales	Pacientes con cáncer Edad inferior a un mes Paciente psiquiátrico Remitido por otro médico Paciente discapacitado (retraso psicomotriz o en silla de ruedas)
Respiratorio	Dificultad para respirar (ahogo)
Neurológico	Convulsiones Alteración de la conciencia (pérdida de conocimiento, muy dormido)
Fiebre	Lactantes < 3 meses Fiebre y lesiones cutáneas
Tóxicos	Ingesta de tóxicos (medicamentos), Cáusticos (productos de limpieza)
Alergia	Hinchazón de cara o dificultad para tragar
Endocrinológico	Paciente diabético
Digestivo	Hematemesis o melenas
Otros	Cuadro de mareos, palidez sudoración (con o sin dolor)

Áreas funcionales

- Área de recepción, donde el personal celador atiende la llegada de los pacientes, con una zona administrativa de admisión y sala de espera de familiares anexa.

- Área de clasificación, donde el personal sanitario identificará el motivo de consulta y establecerá el nivel de prioridad para asignarle el circuito y la consulta correspondiente. En la proximidad de la zona de clasificación debe estar ubicada una sala de emergencias y reanimación cardiopulmonar para la atención inmediata de los pacientes más graves.

- Área de policlínica, dotada de las consultas necesarias y con una zona anexa de sala de espera para los pacientes que están siendo atendidos de forma ambulatoria.

- Área de observación, dotada de una sala de camas, corralitos y cunas para aquellos pacientes que requieran monitorización y reposo mientras se estabiliza su proceso agudo y se decide el alta o ingreso hospitalario.

Protocolo de clasificación

El protocolo de clasificación consta de las siguientes fases: valoración, clasificación y priorización, asignación de consultas y circuitos de pacientes.

A) Valoración

Breve interrogatorio: consiste en la realización de una serie de preguntas relativas al motivo de consulta y antecedentes previos para intentar definir la importancia de la urgencia. Dichas preguntas han de ser claras, sencillas y directas, utilizando términos que el niño y/o familiar puedan entender. Podrían ser: ¿Por qué viene usted?; ¿Qué le nota al niño/a?; ¿Desde cuándo?; ¿Había ocurrido antes?; ¿Qué enfermedades padece?, y en ese caso, ¿Qué tratamiento habitual realiza?; ¿Tiene alergias?; ¿Estaba usted presente cuando ocurrió?; ¿Lo envía su pediatra?

Inspección: simultánea al interrogatorio, debe buscar signos de gravedad.

- Aspecto general: sensación de gravedad, posición del paciente, hipotonía en el lactante, escasa movilidad autónoma o ausencia de ésta, posibilidad de comunicación verbal o no, llanto a estímulos, relación con el medio ambiente, presencia de fracturas, heridas u otras lesiones visibles. etc.

- Piel y mucosas: coloración (palidez, cianosis, ictericia), hidratación (sequedad, signo del pliegue), presencia de petequias, exantemas, temperatura, sudoración y perfusión periférica.

- Respiración: permeabilidad vía aérea, presencia de estridor, boca abierta, babeo, signos de dificultad respiratoria (tiraje, aleteo nasal, apneas, polipnea).

- Circulación: frecuencia cardíaca, presencia de soplos, pulsos periféricos, coloración y perfusión, presencia de hemorragias.

- Neurológico: nivel de conciencia, reactividad al dolor, pupilas, movilidad espontánea.

- Edad, peso y temperatura.

B) Clasificación y priorización (figura 3)

Nivel I (Emergencia o Urgencia con riesgo vital inminente. Atención médica inmediata). Todo enfermo que precise asistencia inmediata por la gravedad de su proceso o por compromiso vital.

Pacientes con:

- Parada cardíaca, parada respiratoria actual o inminente.
- Inconsciencia.
- Politraumatizados y TCE graves.
- Convulsiones.
- Necesidad de soporte vital o tratamiento activo.
- Estos pacientes son atendidos en el circuito de emergencias (Líneas 1).

Nivel II (Urgencia no demorable. Atención médica en menos de 15 minutos). Todo paciente que, sin presentar

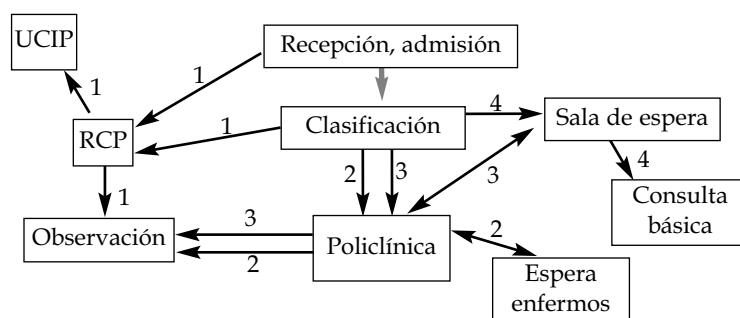


Figura 3. Circuitos de pacientes.

un compromiso vital inmediato, debe ser evaluado con la menor demora posible, siempre inferior a 15 minutos. Incluirá los procesos que pueden conducir a un rápido deterioro respiratorio, neurológico o hemodinámico.

Pacientes con :

- Remitidos por equipo de emergencias.
 - Traslados desde un dispositivo de cuidados críticos y urgencias y acompañados por facultativos.
 - Traslados en ambulancia.
 - Remitido por otro médico con carácter urgente.
 - Fiebre en niños < 3 meses.
 - Fiebre con lesiones cutáneas.
 - Fiebre alta con afectación del estado general.
 - Mareo, palidez, y sudoración.
 - Dolor con afectación del estado general/dolor torácico.
 - Traumatismo craneoencefálico.
 - Insuficiencia respiratoria.
 - Alteración del nivel de conciencia (tendencia al sueño, post-pérdida de conciencia).
 - Estados post-críticos.
 - Hematemesis/ melenas/ sangrado.
 - Alergia/hinchazón de la cara.
 - Vómitos/ diarrea con afectación del estado general.
 - Diabetes u otra enfermedad crónica descompensada.
 - Ingesta o contacto con tóxico o cuerpo extraño.
- Estos pacientes serán atendidos en el circuito preferente (Líneas 2).

Nivel III (Urgencia demorable. Atención médica en menos de 30 minutos). Son pacientes con procesos agudos estables. Serán vistos en consultas por orden de llegada, cuando no haya nadie esperando en las categorías anteriores.

Pacientes con:

- Remitido por otro médico SIN CARÁCTER DE URGENCIA.
- edad < 1 mes con causa de consulta no urgente.
- Enfermedad previa:
 - Cáncer
 - Cardiópata
 - Psiquiátrico
 - Discapacitado: retraso psicomotor, silla de ruedas.
 - Diabético no descompensado.
- Fiebre sin afectación del estado general.
- Dolor tolerable (otalgia, dolor abdominal).
- Vómitos y/o diarrea sin afectación del estado general.
- Cuadros respiratorios agudos sin insuficiencia respiratoria.

Estos serán atendidos en el circuito ordinario (Líneas 3).

Nivel IV (Urgencia no objetivable. Atención médica en menos de 2 horas). El paciente presenta un proceso con escasa o nula gravedad clínica, mínima complejidad diagnóstica y terapéutica y el alta al domicilio es el destino final más previsible.

Estos pacientes serán atendidos en el circuito de atención básica (Líneas 4).

Hay que tener en cuenta que la categorización de un paciente puede cambiar en cualquier momento. Será la enfermera de la clasificación la encargada de realizar una segunda valoración. Si la asignación es difícil se elegirá siempre el nivel de mayor gravedad y/o consulta con el médico asignado.

C) Asignación de las consultas: Circuito de pacientes

Los flujos de pacientes deben dirigirse por circuitos específicos, que engloban a su vez determinadas zonas asistenciales.

Circuito de emergencias (Línea 1). Nivel de clasificación I:

Clasificación - Sala de Emergencias y RCP - UCI O Área de Observación de Camas.

Circuito preferente (Línea 2). Nivel de clasificación II:

Clasificación - Consulta policlínica general o de Trauma - Área de Observación de Camas o Espera de Pacientes

Circuito ordinario (Línea 3). Nivel de clasificación III:

Clasificación - Espera de Pacientes - Consulta policlínica general o de Trauma - Espera de Pacientes u Observación.

Circuito de atención básica (Línea 4). Nivel de clasificación IV:

Clasificación - Sala de espera de familiares - Consulta Básica.

Los niveles I y IV tienen automáticamente asignado un circuito o consulta específicos.

Los niveles II y III se van asignando, de forma que por cada consulta general pasen un número equitativo de pacientes con dichos niveles de gravedad.

Los pacientes catalogados como de los niveles I y II pasan directamente, sin demora, al circuito (o, en su caso, consulta) de preferentes. Los pacientes de los niveles III y IV, cuando estén ocupadas las consultas, se pasan a una sala de espera de pacientes.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA ORGANIZACIÓN DE UN SISTEMA DE CLASIFICACIÓN

Todos los sistemas de clasificación se pueden ver influidos por una serie de factores que deben de ser tenidos en cuenta a la hora de planificar la implantación de un sistema de clasificación de pacientes.

Es necesario poder contar con una estructura funcional del servicio, ya que el diseño arquitectónico juega un papel fundamental en la atención sanitaria de calidad a los pacientes que acuden a una unidad de urgencia hospitalaria.

La frecuentación de la urgencia permite, de una parte hacer un cálculo de las necesidades estructurales; de otra, una distribución de recursos en función del flujo variable de pacientes en las diferentes franjas horarias, días de la semana y meses del año, así como en las épocas de alta frecuentación (bronquiolitis). Está descrito que cuando la frecuentación de urgencias es del orden de 40.000 a 50.000 pacientes al año es necesario una consulta básica.

Igualmente, la existencia tanto de la disponibilidad de personal sanitario suficiente, de sistemas informáticos (administrativo y asistencial), como de otros recursos, son factores de importancia fundamental para un buen funcionamiento del sistema de clasificación en urgencias.

Por último, es importante reseñar que tanto la presencia de circuitos establecidos como la asignación de consultas permiten conseguir con mucha más facilidad los objetivos de todo sistema de clasificación en las áreas de urgencias.

PROFESIONALES

La decisión de qué profesional sanitario, si el pediatra o la enfermería, debe establecer la clasificación es motivo de controversia en la literatura revisada, aunque en la mayoría de los trabajos, la responsabilidad de esta misión recae en personal de enfermería entrenado en clasificación de pacientes, y con la ayuda de una guía o protocolo bien definido y siempre en contacto con el pediatra de guardia.

Sin embargo, la clasificación debe ser realizada por los profesionales con mayor experiencia, formación y juicio clínico, y que, además, tengan capacidad de tomar decisiones y gestionar las situaciones difíciles. Por otra parte, es importante que posean capacidad de comunicación con el paciente, la familia y otros profesionales.

La formación continuada y uniforme de estos profesionales es una condición fundamental para el

buen funcionamiento del sistema de clasificación del paciente en urgencias.

PROGRAMA DE CALIDAD

El área de urgencias es la que soporta una mayor demanda de servicios sanitarios y, además, es el principal acceso al sistema sanitario público, lo que la convierte en una variable fundamental en la percepción de calidad.

Para garantizar la mejora en la eficiencia que aportan los sistemas de clasificación, es necesario evaluar y relacionar los niveles establecidos con otros indicadores de calidad y con otras variables de actividad asistencial como son:

- Frecuentación relativa.
- Tiempos de respuesta:

1 Tiempo de clasificación. Estándar: la diferencia en tiempo no debe ser mayor de 5 minutos, para evitar que enfermos potencialmente graves estén esperando fuera del dispositivo asistencial.

2 Tiempo de respuesta en la primera asistencia facultativa (demoras en la asistencia). Estándar: la espera máxima para la consulta inicial está en función de la clasificación que se haya efectuado según el nivel de gravedad del paciente.

Prioridad 1 asistencia inmediata
 Prioridad 2 < 15 minutos
 Prioridad 3 < 30 minutos
 Prioridad 4 < 120 minutos

- Diagnóstico al alta de los pacientes.
- Índices de ingresos (Totales < 5%, desde urgencias < 4,5% y desde observación < 25%).
- Consumo de recursos diagnósticos y terapéuticos.
- Cargas de trabajo.
- Índices de pacientes perdidos sin ser visitados.
 - Índice de pacientes perdidos sin ser clasificados sobre el total de registrados en admisión.
 - Índice de pacientes clasificados y perdidos sin ser visitados por el médico, sobre el total de los pacientes clasificados.

Por último, es importante evaluar el grado de satisfacción de los usuarios mediante la cumplimentación de una encuesta, ya que cuando hablamos de Calidad en los Servicios de Salud, frecuentemente los profesionales lo relacionamos con la calidad científica técnica, pero debemos tener en cuenta que tan importante como ésta, es la calidad percibida por el usuario.

BIBLIOGRAFÍA DE CONSULTA

1. Benito Fernández J. Urgencias de Pediatría. Buscando una atención más especializada. *An Esp Pediatr* 1996;44:312-316.
2. Berges Casas E, Hierro Guilman FJ, Ceballos JM, et al. Estudio para la aplicación de una escala pediátrica de triage (EPT) en un servicio de urgencias hospitalario. *VOX Pediatr* 2002;10:29-32.
3. Browne GJ. Paediatrics emergency departments. Old needs, new challenges and future opportunities. *Emerg Med* 2001;13:409-417.
4. Casanova Matutano C, Gascón Romero P, Calvo Rigual F, et al. "Utilización inapropiada de la hospitalización pediátrica". *An Esp Pediatr* 1999;51(3):241-250.
5. 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.
6. Crane JD, Benjamin JT. Paediatric residents telephone triage experience: do parents follow telephone advice? *Arch Pediatr Adolesc Med* 2000;154:71-74.
7. Crellin DJ, Johnston L. Who responsible for paediatrics triage decisions in Australian emergency departments: A description of the educational and experimental preparation of general and paediatric emergency nurses. *Pediatr Emerg Care* 2002;18:382-385.
8. Elorza Arizmendi FJ. Las urgencias pediátricas que acuden a centros hospitalarios. *An Esp Pediatr* 1998;49:650.
9. Gestión Sanitaria, Innovaciones y Desafíos. del Llano Señariz J, Ortún Rubio V, Martín Moreno JM, Millán Nuñez-Cortés J, Gené Badia J. MASON, SA. Barcelona 1998.
10. Gove S, Tamburini G, Molyneus E, Wintessell P, Campbell H for the WHO Integrated Management of Childhood Illness (IMCI) Referral Care Project. Development and technical basis of simplified guidelines for emergency triage assessment and treatment in developing countries. *Arch Dis Child* 1999;81:473-477. Australasian College for Emergency Medicine Policy Document: The Australasian Triage scale. P06. Noviembre 1993. Update Noviembre 200. <http://www.Org.an/open/documents/triage.htm>.
11. Grupo de trabajo de codificación diagnóstica. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. "Codificación diagnóstica en urgencias de pediatría" *An Esp Pediatr* 2000;55: 5-10.
12. Hurtado Sendín P, Casado Blanco M. Demanda asistencial pediátrica de un servicio de urgencias hospitalario en horario de centro de atención primaria. *Rev Esp Pediatr* 2000;56:243-246.
13. Iribar Dieguez JK, Cancho Candela R, Herrer Velásquez S, et al. Estudio de la demanda de la asistencia pediátrica en el servicio de urgencias de un hospital de segundo nivel. *Bol Pediatr* 2004;44:20-25.
14. Manual de indicadores de actividad y calidad para urgencias y emergencias sanitarias. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias 2001.
15. Mateos Hernández MA. Los servicios de urgencias hospitalarios. *Emergencias* 2000;12:224-225.
16. Melzer Lange M, Lye PS. Adolescent health care in a paediatrics emergency department. *Ann Emerg Med* 1996;27:633-637.
17. Memoria Funcional y Organizativa del Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. M. Loscertales Abril 2004.
18. Mintengui S. Organización de un servicio de urgencias en pediatría. En Bentio FJ, Mintengui S editores. Diagnóstico y tratamiento de urgencias pediátricas. 3ª edición. *Ediciones Ergom* 2002;3:9-15.
19. Oterino D, Peiró S. Utilización de los servicios de urgencias hospitalarios por niños menores de dos años. *An Esp Pediatr* 2003;58:23-28.
20. Paricio Talavera JM, Tomas Vila M, Collar del Castillo JJ, Siglo Sánchez E. Cuatro años de urgencia pediátrica. Relación de su incremento y de la iniciativa propia en el número de exploraciones complementarias e ingresos hospitalarios. *An Esp Pediatr* 1991;35: 229-231.
21. Peiro S, Sempre T, Oterino D. Efectividad de las intervenciones para reducir la utilización inadecuada de los servicios de urgencias hospitalarios. Revisando la literatura 10 años después del Informe del defensor del Pueblo. Ed. Fundación Instituto de Investigación en Servicios de salud. Valencia 1999.
22. Pérez Sánchez A, Begara de la Fuente M, Núñez Fuster J, Navarro González J. Consultas reiterativas en la urgencia pediátrica hospitalaria. *An Esp Pediatr* 1996;44:321-325.
23. Plan de Calidad. Nuevas estrategias para la Sanidad Andaluza. Consejería de Salud. 2000.
24. Plan Andaluz de Urgencias y emergencias. Documento 0. 1993.
25. Plan Funcional de la Sección de Urgencias de los Servicios de Cuidados Críticos y Urgencias. Dirección General de Asistencia Sanitaria. Plan Andaluz de Urgencias y Emergencias 2003.
26. Sansa Pérez J, Orus Escola, Juncosa Font S, et al. Frecuentación de los servicios de urgencias hospitalarios: Motivaciones y características de las urgencias pediátricas. *Arch Esp Pediatr* 1996;46:97-104.