

Análisis de las urgencias de pediatría en los hospitales comarcales de la Comunidad Valenciana

L. Blasco González¹, J. González de Dios², F. Calvo Rigual³; Grupo de Hospitales Comarcales de la Comunidad Valenciana*

¹Servicio de Pediatría. Hospital de Sagunto (Valencia). ²Servicio de Pediatría. Hospital de Torrevieja (Alicante) (actualmente en el Servicio de Pediatría del Hospital General Universitario de Alicante). ³Servicio de Pediatría. Hospital «Lluís Alcanyis». Xàtiva (Valencia)

Resumen

Introducción: Se han realizado estudios en España sobre la demanda y la asistencia en los servicios de urgencias pediátricas (SUP) en los hospitales de tercer nivel; sin embargo, son escasos los realizados en hospitales comarcales. El objetivo de este estudio es conocer el funcionamiento y la organización de las urgencias pediátricas de los hospitales comarcales de la Comunidad Valenciana.

Material y métodos: Encuesta remitida por correo electrónico a los servicios de pediatría de los hospitales comarcales de la Comunidad Valenciana durante enero de 2010. La encuesta contiene 54 preguntas sobre datos de contacto, del hospital, de la guardia médica y del área pediátrica de urgencias. La información relativa a la población total y menor de 15 años correspondiente al área de cobertura de cada hospital se extrae del Sistema de Información Poblacional (SIP) de la Generalitat Valenciana.

Resultados: Los 15 hospitales comarcales de la Comunidad Valenciana abarcan una población SIP total de 2.450.159 (un 46,8% del total de población de la comunidad), y 376.683 (15,5%) son menores de 15 años. El número de pediatras hospitalarios es de 121 (entre 5 y 13 por hospital). En la mayoría de hospitales (12) sólo hay un pediatra de guardia que atiende al 20-30% de los niños que acuden a urgencias. Actualmente, un 11,6% de los pediatras no realizan guardias, y se calcula que en 5 años en la mayoría de los hospitales algún pediatra estará exento de ellas. Sólo 5 hospitales disponen de residentes de pediatría y 9 cuentan con la colaboración de algún pediatra de atención primaria. La urgencia pediátrica se atiende dentro del área de urgencias generales. No existe un adecuado cumplimiento de ciertos indicadores de calidad de los SUP.

Conclusiones: Casi la mitad de los niños de la Comunidad Valenciana son atendidos en departamentos donde la asistencia pediátrica especializada depende de un hospital comarcal. En la actualidad estos hospitales no disponen de recursos hu-

Abstract

Title: Analysis of Pediatric Emergency Departments in regional hospitals of the Community of Valencia

Introduction: There are some Spanish research about the demand and assistance for PEDs in Third Level Hospitals; however, few studies have examined the issue on Regional Hospitals. The focus of this study is to acknowledge the actual situation of both, organization and functioning of the Pediatric Emergency Departments in Regional Hospitals of the Valencian Community (VC).

Material and methods: A web-based survey was forwarded to all Pediatric Services in Regional Hospitals in the Valencian Community during January 2010. This survey compiled 54 questions about: contact data, hospital data, medical emergency, and data on medical duty and pediatric emergency service data. Demographic data related to global and under 15 years old population corresponds to the Sanitary Coverage Area of each hospital and were obtained from the Population Information System (SIP) of the Council of the Generalitat Valenciana.

Results: A total population of 2,450,159 (46.8% of the total of the Valencian Community population) is attended in 15 Regional Hospitals of the VC. 15.5% (376,683) are under 15 years of age. There are a total number of 121 pediatric physicians (PP) (5-13 per hospital). In most of the hospitals (12) there is only one pediatrician on duty that sees 20-30% of the children that go to the emergency guard. Nowadays 11.6% of the pediatricians are exempt from being on-call duty and in the next 5 years there will be exempt pediatricians in most hospitals. Only 5 hospitals have Pediatric residents, Primary Attention Pediatricians contributes to Continued Attention in only nine hospitals. Pediatric Emergency is attended within the framework of General Emergencies. There is not an adequate accomplishment of some quality indicators in PEDs.

Conclusions: Almost half of the children in the Valencian Community are attended in Health Departments where specialized pediatric assistance depends on a Regional Hospital. Nowadays,

©2011 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados

Fecha de recepción: 11/06/10. Fecha de aceptación: 16/06/10.

Correspondencia: L. Blasco González. Servicio de Pediatría. Hospital de Sagunto. Avda. Ramón y Cajal, s/n. 46520 Puerto de Sagunto (Valencia). Correo electrónico: blasco_lid@gva.es

*Grupo de Hospitales Comarcales de la Comunidad Valenciana: **Alicante:** Amparo Rubio Soriano (Hospital Virgen de los Lirios, Alcoy), José María Paricio Talayero (Hospital de Denia, Denia), Jenaro Jover Cerdá (Hospital Virgen de la Salud, Elda), Fernando Goberna Burguera (Hospital de la Vega Baja, Orihuela), Javier González de Dios (Hospital de Torrevieja, Torrevieja), Juan Pérez Pérez (Hospital Marina Baixa, Villajoyosa). **Castellón:** Julio Bonet Arzo (Hospital La Plana, Vila-real), Lola Rabasco Álvarez (Hospital Comarcal de Vinarós, Vinarós). **Valencia:** Elena Gastaldo Simeón (Hospital de la Ribera, Alzira), José Miguel Sequí Canet (Hospital Francisco Borja, Gandía), Inés Costa Alcacer (Hospital de Manises, Manises), Salvador Climent Alberola (Hospital General de Ontinyent, Ontinyent), Antonio Martínez Carrascal (Hospital General de Requena, Requena), Manuel Andrés Zamorano y Lidia Blasco (Hospital de Sagunto, Sagunto), Fernando Calvo Rigual (Hospital Lluís Alcanyis, Xàtiva).

manos suficientes para garantizar dicha asistencia a todos los niños que acuden a urgencias.

Palabras clave

Urgencias pediátricas, hospitales comarcales, Comunidad Valenciana

these hospitals do not have enough human resources to guarantee the assistance to all the children taken to PEDs.

Keywords

Pediatric emergencies, regional hospitals, Valencian Community

Introducción

En todos los países desarrollados se ha producido un fenómeno de crecimiento en la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios (SUH). En España, durante la década de los noventa, y acompañado de la expansión de hospitales comarcales, las tasas de visitas a los SUH de los hospitales del Sistema Nacional de Salud experimentaron un crecimiento medio anual en torno al 5%¹. Los datos indican que en 1997 el número de visitas a los SUH fue de 17,9 millones (449 visitas por 1.000 habitantes/año), y en el año 2005 de 24,4 millones (553 visitas por 1.000 habitantes/año), con un incremento medio anual del 2,6%².

Este incremento de las urgencias también se ha visto reflejado en pediatría³⁻⁶, y es general en todos los países desarrollados, independientemente del tipo de hospital (terciario o comarcal) y de las circunstancias del departamento de salud en donde esté ubicado. Este aumento no se puede explicar por el crecimiento de la población infantil y no se corresponde con una mayor gravedad de los procesos atendidos en urgencias⁶. La mayor parte de este incremento se atribuye a un aumento desproporcionado de los pacientes que utilizan los SUH de forma inadecuada, ya sea por problemas banales, de organización en otras áreas del sistema sanitario, problemas sociales o, simplemente, porque los usuarios tienen más confianza en estos servicios que en otros alternativos⁷.

El SUH es el escaparate del centro sanitario y, en muchas ocasiones, la única referencia que los pacientes tienen de él. Un servicio de urgencias pediátricas (SUP) experto y eficaz mejorará la calidad asistencial, facilitará el trabajo de los demás compañeros del hospital y evitará costes económicos innecesarios. El área de conocimiento de urgencias pediátricas se concibe como una especialidad por su función, no como una especialidad de órgano, como las otras especialidades pediátricas. De la misma manera que la neonatología abarca todos los aspectos de la pediatría limitándose a una edad, el área de urgencias pediátricas abarca todos los aspectos de la pediatría, pero los limita a su situación aguda⁸. Desde la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP) se considera que la presencia de pediatras de urgencia sólo puede conllevar beneficios y progreso a la pediatría, tal como ha ocurrido con todas las especialidades pediátricas, no sólo por su función asistencial (primordial), sino también por su función docente e investigadora⁸. Esta situación ya es una realidad en algunos hospitales terciarios, pero se asume que la situación es diferente en los hospitales comarcales.

Existen diversos estudios realizados en España sobre la demanda y la asistencia en los SUP, generalmente enmarcados en hospitales terciarios con un SUP muy establecido^{5,6,9}. Son escasos los estudios efectuados sobre urgencias pediátricas en hospitales comarcales, encuadrándose de forma esporádica en estudios de demanda¹⁰, lo que permite extrapolar pocos datos relacionados con su funcionamiento y organización.

El objetivo general de nuestro estudio es conocer el estado actual de funcionamiento y organización de las urgencias pediátricas de los hospitales comarcales de la Comunidad Valenciana, por medio de una encuesta estructurada que permita conocer los recursos humanos y de organización de los diferentes servicios de pediatría. El objetivo específico es diseñar y promover acciones de mejora de la atención pediátrica urgente en estos hospitales, una vez conocidas las fortalezas y debilidades de su estructura y funcionamiento actual.

Material y métodos

Tipo de estudio

Encuesta realizada por correo electrónico orientada a recoger la situación actual de los hospitales comarcales de la Comunidad Valenciana en relación con la organización de la atención pediátrica en urgencias y las guardias de pediatría. La encuesta fue remitida al jefe de servicio de pediatría de cada hospital, quien la cumplimentó (él o algún compañero) en un periodo de 2 semanas.

Ámbito de estudio

Hospitales comarcales de la Comunidad Valenciana, 6 distribuidos en Alicante, 2 en Castellón y 7 en Valencia:

- Alicante: Hospital Virgen de los Lirios (Alcoy, Departamento de Salud 15), Hospital de Denia (Denia, Departamento de Salud 13), Hospital Virgen de la Salud (Elda, Departamento de Salud 18), Hospital de la Vega Baja (Orihuela, Departamento de Salud 21), Hospital de Torre Vieja (Torre Vieja, Departamento de Salud 22) y Hospital Marina Baixa (Vila Joiosa, Departamento de Salud 16).
- Castellón: Hospital La Plana (Vila-real, Departamento de Salud 3) y Hospital Comarcal de Vinarós (Vinarós, Departamento de Salud 1).
- Valencia: Hospital de la Ribera (Alzira, Departamento de Salud 11), Hospital Francisco Borja (Gandía, Departamento de Salud 12), Hospital de Manises (Manises, Departamento de Salud 23), Hospital General de Ontiyent (Ontiyent, Departamento de Salud 14), Hospital General de Requena (Requena

na, Departamento de Salud 8), Hospital de Sagunto (Sagunto, Departamento de Salud 4) y Hospital Lluís Alcanyís (Xàtiva, Departamento de Salud 14).

Contenido de la encuesta

Se incluyeron 54 preguntas distribuidas en cinco apartados (anexo 1): datos de contacto (3 ítems), datos del hospital (17 ítems), datos de la guardia médica (13 ítems), datos del área pediátrica del servicio de urgencias (20 ítems) y cuestiones abiertas planteadas para el cambio y/o la mejora (4 ítems).

El trabajo de campo se efectuó en enero de 2010. La encuesta se realizó con motivo de la presentación de una mesa redonda en la Reunión de Hospitales Comarcales de la Comunidad Valenciana celebrada en Sagunto, Valencia, el 26 de febrero de 2010.

Tratamiento de la información

El volcado de la información de la encuesta se realizó mediante el programa Excel. La información relativa a la población total y menor de 15 años de cada departamento de salud correspondiente al área de cobertura sanitaria de cada hospital se ha extraído del Sistema de Información Poblacional (SIP) de la Generalitat Valenciana, correspondiente al mes de diciembre de 2009.

Resultados

Los 15 hospitales comarcales de la Comunidad Valenciana abarcan una población SIP total de 2.450.159, lo que corresponde al 46,8% del total de población SIP de esta comunidad autónoma (5.242.563). El 15,56% de la población SIP tiene una edad <15 años (815.607), de los cuales un 46,1% son atendidos como población pediátrica en los hospitales comarcales (376.683).

La mayoría de los hospitales comarcales tienen una población SIP total asignada que oscila entre 150.000 y 200.000, si bien con un amplio intervalo entre el margen inferior de 55.181 y el superior de 270.489. Respecto a la población SIP <15 años, en la mayoría de hospitales oscila entre 25.000 y 30.000 en cada uno, también con amplio intervalo entre el margen inferior de 7.595 y el superior de 41.380 (tabla 1a).

La peculiaridad de las poblaciones costeras hace que en los Departamentos de Salud 1, 12, 13, 16 y 22 la población potencial atendida en verano multiplique por 2-3 veces la población SIP basal.

Datos del servicio de pediatría

Plantilla de pediatras

El número total de pediatras en los 15 hospitales comarcales es de 121, con un rango que oscila entre 5 y 13, si bien más de la mitad de los hospitales cuenta con 7-8 pediatras.

La *ratio* población SIP <15 años/número de pediatras oscila entre un mínimo de 1.151 y un máximo de 3.980, si bien en la mitad de los hospitales se encuentra entre 3.000 y 3.500.

En casi la mitad de los hospitales la edad media de las plantillas oscila entre 40 y 45 años. Las plantillas con una media de

edad media más joven son las del hospital de Torrevieja (32,2 años) y Manises (33,5 años), y las más longevas son la del hospital de Requena (49,4 años) y la de hospital de Elda (50,9 años); en casi la mitad de los hospitales la media de edad de las plantillas oscila entre 40 y 45 años (tabla 1a).

Todos los pediatras de los hospitales comarcales son de nacionalidad española, a excepción de tres. En los próximos 5 años, en casi todos los hospitales comarcales habrá pediatras exentos de guardias; la exención de las guardias en ese momento oscilará entre 1 y 5 pediatras de plantilla, lo que puede suponer la mitad del equipo de algún hospital. En el total de hospitales comarcales afectará a 32 pediatras sobre un total de 121 (1 de cada 4).

Sólo 5 hospitales disponen de residentes de pediatría: actualmente uno por año en 3 hospitales y dos residentes por año en 2 hospitales.

Tipo de unidad neonatal

A excepción de un hospital, todos los demás disponen de unidad neonatal, cuyo nivel asistencial¹¹ es de tipo I en cuatro, IIa en dos, IIIa en uno y IIb en el resto.

El número total de partos en los hospitales comarcales de la Comunidad Valenciana fue de 19.215 en el año 2009, con cifras que oscilan entre 429 y 2.500. En la mitad de los hospitales el número de partos oscila entre 1.000 y 1.499 (tabla 1b).

Atención y traslado del recién nacido crítico

La mayoría de los hospitales comarcales dependen de la atención de los recién nacidos críticos en una unidad de cuidados intensivos (UCI) neonatal de tercer nivel, cuya distribución por provincias es la siguiente:

- En Alicante hay 4 UCI neonatales de referencia: Hospital General Universitario de Alicante, Hospital General Universitario de Elche, Hospital Universitario de San Juan y Hospital de Elda, con un nivel de satisfacción entre 9 y 10.
- En Castellón hay 1 UCI neonatal de referencia: Hospital General de Castellón, con un nivel de satisfacción entre 8 y 10.
- En Valencia hay 2 UCI neonatales de referencia: Hospital Universitario La Fe y Hospital Clínico de Valencia, con un nivel de satisfacción entre 5 y 10.

La organización del traslado neonatal sigue un patrón diferente: en la provincia de Alicante lo realiza el SAMU (con un nivel de satisfacción entre 0 y 5), y en las de Castellón y Valencia está organizado por pediatras-neonatólogos (con un nivel de satisfacción entre 6 y 7 en Castellón, y entre 2 y 9 en Valencia).

Atención y traslado del niño y adolescente crítico

Todos los hospitales comarcales dependen de la atención de niños críticos en una UCI pediátrica de tercer nivel, cuya distribución por provincias es la siguiente:

- En Alicante hay 1 UCI pediátrica: Hospital General Universitario de Alicante, referencia de todos los hospitales de la provincia, con un nivel de satisfacción entre 1 y 7.

TABLA 1a

Datos principales de los servicios de pediatría de los hospitales comarcales en relación con las guardias (parte A)

Hospital	SIP total (SIP <15 años)	Número de pediatras (media de edad en años)	Ratio SIP <15 años/número de pediatras	Media de guardias al mes (máximo)	Número de pediatras para guardias (y de atención primaria)	Número de pediatras de guardia (1.ª o 2.ª llamada)	Edad mínima de seguridad
Alicante							
Alcoy	142.758 (21.201)	7 (46)	3.028	4/5 (7)	6 (1)	1 (segunda)	No
Denia	181.759 (27.326)	8 (46,3)	3.415	5/5 (9)	7 (0)	1 (segunda)	No
Elda	222.481 (35.086)	10 (+1) (50,9)	3.189	4 (6)	9 (1)	1 (+1 localizado UCIN +/- 1 MIR) (primera)	No
Orihuela	169.620 (30.196)	10 (43,1)	2.745	3/4 (7/8)	9 (0)	1 (+/- 1 MIR) (segunda)	No
Torreveija	196.124 (27.858)	7 (32,3)	3.980	4/5 (8)	7 (0)	1 (segunda)	<3 meses
Vila Joiosa	202.889 (29.303)	9 (44,5)	3.255	3/4 (6)	7 (3)	1 (segunda)	No
Castellón							
Vila-real	194.213 (31.785)	8 (42,2)	3.973	4 (7)	7 (1)	1 (segunda)	<3 meses
Vinarós	96.967 (14.510)	5 (+1) (45,3)	2.418	5/7 (10)	5 (0)	1 (segunda)	RN y lactantes
Valencia							
Alzira	270.489 (41.380)	13 (39,5)	3.183	3 (5)	11 (11)	2 (+1 MIR + 1 refuerzo 12 h) (primera)	< 1 año
Gandía	193.917 (30.313)	8 (47,3)	3.789	5/6 (8/9)	6 (1)	1 (+/- 1 MIR) (segunda)	<3 meses
Manises	155.847 (25.195)	8 (33,5)	3.149	4 (6)	8 (6)	1 o 2 (segunda si 1, primera si 2)	<1 año
Ontinyent	60.570 (9.255)	6 (40,8)	1.542	5/6 (8)	6 (0)	1 (segunda)	No
Requena	55.181 (7.595)	5 (49,4)	1.519	4/6 (7/9)	5 (1)	1 (segunda)	<3-6 meses
Sagunto	154.733 (23.135)	7 (46,5)	3.305	4 (7)	6 (1)	1 (segunda)	<1 año
Xàtiva	147.561 (22.547)	8 (48,3)	2.818	4/5 (7/8)	7 (0)	1 (segunda)	No

MIR: médico interno residente; RN: recién nacidos; SIP: Sistema de Información Poblacional; UCIN: unidad de cuidados intensivos neonatales.

- En Castellón hay 1 UCI pediátrica de referencia: Hospital General de Castellón, referencia de todos los hospitales de la provincia, con un nivel de satisfacción entre 8 y 10.
- En Valencia hay 2 UCI pediátricas de referencia: Hospital Universitario La Fe y Hospital Clínico de Valencia, con un nivel de satisfacción entre 6 y 10.

La organización del traslado pediátrico sigue el mismo patrón en las tres provincias de la Comunidad Valenciana, pues lo realiza el SAMU (con un nivel de satisfacción entre

0 y 7 en Alicante, entre 0 y 6 en Castellón, y entre 4 y 9 en Valencia).

Edad de atención pediátrica

El límite de edad para la atención pediátrica se fija en 14 años y 364 días, menos en 5 hospitales que lo tienen establecido en 13 años y 364 días. En todos los casos la edad límite es similar en urgencias, hospitalización y consultas, salvo en un hospital (13 años y 364 días en el hospital, y un año más en consultas).

TABLA 1b

Datos principales de los servicios de pediatría de los hospitales comarcales en relación con las guardias (parte B)

Hospital	Total urgencias en 2009 (media/día)	Tasa de hospitalización en SUP (%)	Total de partos en 2009	Salas de urgencia pediátrica (sala de control de signos vitales)	Camas/cunas de observación en SUP	Triage de pacientes (sistema elegido)	¿Urgencias de pediatría siempre por pediatras?*
Alicante							
Alcoy	5.000 (14)	16	1.170	1 (común)	No	Sí (Manchester)	No
Denia	ND	5-8	1.200	2 (individualizada)	No	Sí (Manchester)	Sí/No
Elda	13.793 (40)	9,5	1.676	2 (individualizada)	No	Sí (Manchester)	Sí/No
Orihuela	13.155 (36)	6,2	1.556	1 (común)	2 camas/ 2 cunas	No	No
Torreveija	7.086 (20)	8,8	1.499	2 (individualizada)	6 camas/ 6 cunas	Sí (Manchester)	No
Vila Joiosa	12.152 (33)	6-7	1.211	2 (común)	No	Sí (Manchester)	Sí/¿?
Castellón							
Vila-real	12.512 (34)	15	1.906	2 (individualizada)	2 camas/ 2 cunas	Sí (Manchester)	Sí/¿?
Vinarós	ND	ND	738	1 (común)	1 cama/ 2 cunas	Sí (Manchester)	No/No
Valencia							
Alzira	24.000 (66)	24,7	2.500	3 (individualizada)	4 camas/ 4 cunas	Sí (Manchester)	Sí/Sí
Gandía	14.520 (40)	15-18	1.490	1 (común)	No	Sí (Manchester)	Sí/Sí
Manises	13.000* (36)	3,7	1.100**	3 (común)	4 camas/ 1 cuna	Sí (modelo andorrano)	Sí/¿?
Ontinyent	6.744 (18)	0,74	429	1 (común)	No	No	No/No
Requena	3.650 (10)	6-7	480	1 (común)	No	Sí, parcial (de 8 a 22 h) (Manchester)	No/No
Sagunto	14.278 (40)	5	1.100	1/2 (común)	3 camas	Sí (Manchester)	Sí/No
Xàtiva	7.035 (19)	8,1	1.164	2/3 (común)	No	Sí (Manchester)	Sí/¿?

*Datos aproximados, pues el hospital de Manises no ha tenido actividad asistencial durante todo 2009 (apertura en mayo de 2009).

**Dos cuestiones: necesidad de un segundo pediatra para la guardia/posibilidad de lograrlo. ND: datos no disponibles.

Datos de la guardia médica de pediatría Número de guardias al mes

El número medio de guardias realizadas al mes por el pediatra oscila entre 3 y 6, con un máximo de 5-10 en época vacacional (mediana de 7-8) (tabla 1a).

Número de pediatras de guardia

Se cuenta con un pediatra de presencia física en todos los casos excepto en tres hospitales: uno que incorpora un localizado para neonatología, otro en el que, en estos momentos, son pediatras de guardia durante la mitad del mes, y un tercero en el

que son dos los pediatras de guardia (el de plantilla para hospitalización y el de atención primaria para la puerta de urgencias), con residente de pediatría y un refuerzo en horario de 10 a 22 h con un médico de urgencias.

En todos los casos las guardias son de 17 horas en los días laborables y de 24 horas en los festivos (tabla 1a). En el momento de la realización de la encuesta, 14 pediatras de plantilla (11,6% del total) no realizan guardias, lo que afecta a 10 hospitales (con uno o dos exentos por hospital). Los principales motivos de la exención de guardias son el cargo (jefatura de servicio) y/o la edad.

Refuerzo de pediatras de atención primaria en la guardia

En 9 hospitales consta que algún pediatra de atención primaria se suma a las guardias médicas en diferentes proporciones: entre 1 (6 hospitales) y 11 (1 hospital) pediatras de atención primaria por hospital. Por otro lado, 2 hospitales cuentan ocasionalmente con médicos de atención primaria para refuerzos.

Todos los pediatras de atención primaria libran la guardia, salvo en un hospital. Esta libranza la cubre el compañero pediatra del centro de salud (por reparto de agenda) o, menos habitualmente, un médico de familia contratado para tal fin.

Organización de la urgencia pediátrica

En todos los hospitales (excepto en el que dispone de dos pediatras de guardia) el pediatra atiende en segunda llamada al niño que acude a urgencias. En general, el niño es atendido en primera llamada mayoritariamente por los médicos de urgencias y/o por residentes de familia, o por residentes de pediatría en los pocos hospitales que cuentan con ellos.

En más de la mitad de los hospitales hay establecida una «edad mínima de seguridad» en la que los niños son revisados en primer lugar por el pediatra, edad arbitraria que oscila entre <3 meses, <6 meses y <1 año (tabla 1a).

Para el conjunto de hospitales, la mediana de los porcentajes de niños valorados por el pediatra en urgencias (en primera o segunda llamada) oscila entre el 20 y el 30% del total.

Datos del servicio de urgencias de pediatría

Número de urgencias pediátricas
El número de niños que acudieron a urgencias en 2009 oscila entre 3.650 y 24.000 por hospital, si bien la mitad de los hospitales refiere cifras que oscilan entre 12.000 y 13.000. Según estas cifras, la media del número de urgencias pediátricas por día en más de la mitad de los hospitales se sitúa entre 30 y 40 (intervalo: 10-66). Los picos máximos de incidencia en los distintos hospitales comarcales oscilan entre 20 y 170 urgencias al día, y los mínimos entre 5 y 45 (tabla 1b).

La tasa de hospitalización (número de ingresos desde urgencias/número de urgencias atendidas al año) la proporcionan de forma objetiva 8 hospitales, y el resto ofrece sólo una estimación. Si el dato es objetivo, esta tasa oscila entre el 0,74 y el 9,5%, si bien en la mayoría oscila entre el 6 y el 9%; si el dato es estimado, se proporcionan tasas mayores (del 15-18%) (tabla 1b).

Estructura del área de urgencias pediátricas

La entrada es común al resto de las urgencias del hospital en todos hospitales, salvo en 2, que la refieren de forma individualizada del resto. Sin embargo, la sala de espera de urgencias pediátricas es independiente en todos, menos en los 3 hospitales comarcales con menos demanda; no obstante, sólo se considera que esta sala es adecuada funcionalmente y en espacio en 4 hospitales.

El número de salas de exploración oscila entre una y tres: uno en 6 hospitales, dos en 7 y tres en 2. Existe una sala de

control de signos vitales individualizada sólo en 5 hospitales y una sala de observación pediátrica en 7 (tabla 1b).

Indicadores de calidad en urgencias pediátricas

• **Actividades.** Existe un sistema de clasificación de pacientes (triaje) en 13 hospitales. El sistema utilizado mayoritariamente es el sistema Manchester, y sólo 1 hospital ha adoptado el sistema andorrano. El triaje lo realiza mayoritariamente la enfermera (tabla 1b).

Consta la existencia de protocolos propios de urgencias en todos los hospitales comarcales, menos en 3. La periodicidad de revisión de estos protocolos es muy variable, con respuestas que van desde «anual» hasta «cuando procede». En casi todos los hospitales se utiliza el Manual de Urgencias del Hospital La Paz (y con mucha menos frecuencia se refieren al Manual de Urgencias del Hospital de Cruces). Se realizan cursos de urgencias pediátricas, generalmente con carácter anual, en todos los hospitales menos en 3. Sin embargo, sólo la mitad de los hospitales realizan cursos de reanimación cardiopulmonar pediátrica de forma habitual. Sólo 6 hospitales realizan codificación diagnóstica en la atención en urgencias.

• **Área de trabajo.** Sólo 3 hospitales disponen de enfermera/o auxiliar individualizada para urgencias pediátricas; en el resto es compartida con otras áreas de trabajo del servicio de urgencias.

El personal de enfermería de urgencias revisa el material y los aparatos de la sala de reanimación y el carro de paradas en todos los hospitales con una periodicidad variable.

Hay unanimidad en resaltar la buena colaboración con los servicios centrales (anestesia y UCI) a la hora de atender al paciente crítico. La participación de otros servicios en la atención de otra patología es más cuestionable. Así, aunque casi todos los hospitales cuentan con la presencia de un radiólogo, sólo 3 realizan neumoenemas, y el resto basa su negativa a realizarlos en la ausencia de cirujano pediátrico en el hospital.

La atención al paciente quirúrgico es más problemática, ya que cada hospital tiene un planteamiento diferente: desde un hospital que cuenta con un cirujano pediátrico localizado, que por tanto interviene a todos los niños mayores de 1 año, hasta 3 hospitales que no operan a ningún niño. En el resto oscila según los criterios de edad y/o de peso, y siempre en función de la decisión final de anestesiastas y cirujanos. La razón aducida para no operar a los niños es que existe un cirujano pediátrico en el hospital de referencia. Por parte de la Administración no hay unas normas claras respecto a las obligaciones de los servicios quirúrgicos de los hospitales comarcales en la atención infantil.

Cuestiones de mejora y reflexiones

Necesidad de un segundo pediatra para las urgencias de hospitales comarcales

Tres hospitales, caracterizados por su menor carga asistencial y número de pediatras, opinan que no es necesario contar con un

segundo pediatra. Dos hospitales que ya lo tienen, o que lo pueden conseguir con el apoyo de pediatras de atención primaria, afirman que es necesario. Y el resto opina que, aunque es deseable, al menos un pediatra localizado, no lo ven factible por las reducidas plantillas y la baja contribución de los pediatras de atención primaria a la atención continuada en el hospital.

¿Es factible que en los hospitales comarcales los niños sean atendidos siempre por pediatras en urgencias?

La mayoría opinan que no, salvo 1 hospital que sí lo apoya abiertamente y 4 que plantean dudas equilibradas a favor y en contra (tabla 1b).

Discusión

El conocimiento de la estructura y el funcionamiento actual de los SUP hospitalarios es fundamental para diseñar y promover acciones de mejora. Existen pocos datos relacionados con las urgencias pediátricas hospitalarias en España. En 2008, el Grupo de Calidad de la SEUP publicó una encuesta al respecto, realizada en 34 hospitales (principalmente de nivel terciario), y en la que se detectaron notables deficiencias en los 12 indicadores básicos de calidad de la atención sanitaria considerados para un SUP^{12,13}.

La encuesta planteada ha sido contestada por todos los hospitales comarcales de la Comunidad Valenciana actualmente en funcionamiento, que atienden a casi la mitad de la población menor de 15 años censada en esta comunidad autónoma. Por tanto, nuestro estudio es válido para responder a los objetivos planteados.

Aunque existen notables oscilaciones en las características de los distintos hospitales, cabe configurar, en vista de los resultados obtenidos, el siguiente «prototipo» de hospital comarcal de la Comunidad Valenciana:

- Hospital con 7-8 pediatras de plantilla, con una media de edad de 40-45 años, que atienden a una población de niños menores de 15 años de entre 25.000 y 30.000. Actualmente un 11,6% de la plantilla no realiza guardias, y en los próximos 5 años se calcula que 1 de cada 4 pediatras en activo tendrán derecho a exención de guardias por criterio de edad.
- El número de partos medio oscila entre 1.000 y 1.500 al año, atendidos habitualmente en una unidad neonatal de nivel II. El número medio de urgencias externas se sitúa en 12.000-13.000 al año, con una media de 30-40 urgencias/día y una tasa de hospitalización del 6-9%. El hospital depende del transporte de pacientes críticos para las UCI neonatales y pediátricas de referencia; el grado de satisfacción para la organización del transporte es bajo.
- En la guardia sólo se cuenta con la presencia de un pediatra que, generalmente en segunda llamada, atiende al 20-30% de los niños que acuden a urgencias. El número medio de guardias médicas es de 4-5 al mes (con medias de 7-8 en verano), y en la mitad de los hospitales se cuenta con el apoyo de algún pediatra de atención primaria para realizar guardias.

- Las urgencias pediátricas se atienden en el marco del área de urgencias generales, aunque suelen disponer de una sala de exploración independiente. No existe un adecuado cumplimiento de ciertos indicadores básicos de calidad en los SUP, tanto en relación con las actividades (codificación diagnóstica, realización periódica de cursos de urgencias y de reanimación cardiopulmonar pediátricos) como con las áreas de trabajo (se constata una buena interacción con la UCI de adultos/servicio de anestesia, adecuada con el servicio de radiología e incorrecta con el de cirugía).

Un hospital destaca sobre el resto en cuanto a recursos humanos: dos pediatras de guardia (uno de ellos procedente de primaria), MIR de pediatría y un médico de urgencias de refuerzo de 10 a 22 horas para atender a los niños mayores de un año. Si bien es cierto que este hospital muestra cifras de actividad superiores (mayor número de nacimientos, mayor número de urgencias al día), esto en principio no justificaría las diferencias con el resto de hospitales, en los que el pediatra es recurso único desde las 15 horas de la tarde hasta las 8 horas del día siguiente, cuando la afluencia de niños la mayoría pequeños (menores de tres años) suele ser máxima¹⁴.

¿Es mejorable esta situación? El análisis de las respuestas a las cuestiones planteadas para obtener propuestas de cambio y mejora es complicado de realizar, dado su carácter abierto. Sin embargo, se puede afirmar que la mayoría cree que sería beneficiosa la presencia de dos pediatras en la guardia. La presencia de un segundo pediatra, al menos durante la mañana y la tarde, permitiría aumentar la proporción de niños atendidos por especialistas en urgencias, lo que en principio resulta deseable, ya que es probable que la presencia de un pediatra en urgencias mejore la calidad de la asistencia: se podría disminuir el número de exámenes complementarios no indicados, reducir el número de consultas por proceso, así como la instauración de tratamientos de dudosa eficacia o modificaciones de tratamiento no justificadas, y aumentar la satisfacción de los padres que prefieren que sus hijos, especialmente los de corta edad (lactantes, preescolares) o los remitidos a urgencias por su pediatra de atención primaria, sean visitados por el pediatra del hospital. Sin embargo, esto parece difícil de lograr, por los siguientes motivos:

- La escasez de las plantillas y la edad media de los pediatras de los hospitales.
- La dificultad para cubrir adecuadamente las consultas de atención primaria de los pediatras que se incorporen al trabajo hospitalario, en los días que no puedan atenderlas por compensación horaria del trabajo realizado en el hospital. Es prioritario evitar que la incorporación de los pediatras de atención primaria en el hospital disminuya la calidad de la asistencia proporcionada en atención primaria
- El hipotético rechazo de los médicos generales de urgencias a la incorporación de un pediatra en el organigrama del servicio de urgencias: podrían contemplarlo como una disminución de la polivalencia de los médicos de urgencias.
- La escasez del número de pediatras y la competencia por ellos con los hospitales de nivel superior.

TABLA 2

Análisis DAFO (debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades) de las urgencias pediátricas en los hospitales comarcales de la Comunidad Valenciana*Análisis interno**Debilidades*

- Plantillas de pediatras reducidas
- El pediatra es recurso único durante la mayor parte de la jornada (de 15 a 8 h)
- Escaso número de niños atendidos en urgencias por pediatra
- Inadecuado cumplimiento de los indicadores básicos de calidad asistencial en urgencias
- Dependencia de hospitales de tercer nivel para la atención del recién nacido y el niño crítico

Fortalezas

- Atención de la mitad de la población pediátrica de la Comunidad Valenciana
- La mayoría de los servicios proporcionan cuidados neonatales de nivel IIb

*Análisis externo**Oportunidades*

- Preocupación por parte de los pediatras por la organización de la atención del niño en cualquier área del hospital, incluido el servicio de urgencias
- Voluntad de asumir y/o colaborar en la atención del niño en cualquier área del hospital
- Sensibilidad social hacia la profesión («los padres demandan la atención por parte de un pediatra»)
- Posibilidad de integrar a los pediatras de atención primaria del departamento de salud

Amenazas

- Media de edad de los pediatras de los hospitales cercana a la de la edad fijada para la exención de guardias (1 de cada 4 en cinco años)
- Entorno económico desfavorable, que dificulta los aumentos de plantilla
- Crecimiento escaso de nuevos profesionales
- Asunción de la atención pediátrica por los especialistas de medicina de familia

La aplicación del análisis DAFO (debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades) a la situación de las urgencias pediátricas en los hospitales comarcales de la Comunidad Valenciana nos permite establecer cuál es la situación actual, y puede servirnos de punto de partida para diseñar propuestas de mejora (tabla 2):

A corto plazo

- En concordancia con las recomendaciones de grupos de expertos de urgencias de otros países¹⁵, incorporar a los SHU la figura del «pediatra coordinador» de urgencias, que colabore con el personal de urgencias, revise periódicamente la calidad de la asistencia prestada, promueva actividades de formación continuada en pediatría de urgencias para médicos y enfermeras de esta área, y sirva de enlace con el resto de pediatras del hospital y del departamento de salud. Estas actividades mejorarían la calidad de la atención pediátrica urgente, independientemente de la especialidad de quien la realice, y podrían ser asumidas por un pediatra del personal del hospital con las plantillas actuales.
- Establecer niveles de atención urgente del paciente pediátrico: primero el de atención primaria, donde los pacientes serán atendidos en primera instancia por un pediatra, un médico de familia o un médico general. Si dicho profesional lo remite al segundo nivel (el hospital comarcal), es lógico que sea valorado por el pediatra de guardia (aunque sea tras la recepción por el SUH), pues es el profesional mejor cualificado para su valoración.

A medio plazo

- Incorporar a los pediatras de atención primaria de cada departamento de salud en la atención continuada en urgencias

del hospital comarcal, para lo cual la Administración sanitaria debería crear las condiciones necesarias para que puedan colaborar con los servicios de pediatría hospitalarios, sin que ello suponga un menoscabo en sus condiciones laborales ni empeore la calidad de la asistencia en atención primaria. El establecimiento de turnos de trabajo podría facilitar que, al menos en el tramo horario de mayor afluencia (tardes) y con la incorporación de pediatras de atención primaria, hubiera dos pediatras en el hospital.

- Compartir recursos humanos con los servicios de pediatría de hospitales de mayor tamaño. Se han hecho pruebas («hospitales nodriza») para que el hospital comarcal contrate a un pediatra que, aunque trabaja en jornada ordinaria en el hospital terciario, hace guardias en el hospital comarcal.
- Contribuir en la formación de especialistas en pediatría. La acreditación docente para la formación MIR en pediatría en los hospitales comarcales que cumplan los requisitos necesarios puede ser una buena opción para paliar, que no solucionar, el problema de las urgencias pediátricas en los hospitales comarcales.

A partir de los datos y comentarios de las encuestas contestadas por todos los hospitales y de las intervenciones de los asistentes a la mesa redonda, se pueden extraer varias conclusiones. Casi la mitad de los niños de la Comunidad Valenciana son atendidos en departamentos de salud donde la asistencia pediátrica especializada depende de un hospital comarcal. En la actualidad los hospitales comarcales de la Comunidad Valenciana no disponen de recursos humanos suficientes que garanticen dicha atención especializada en urgencias. Es previsible que esta situación empeore en los

Encuesta sobre las urgencias de pediatría en los hospitales comarcales de la Comunidad Valenciana**Datos de contacto:**

1. Nombre de la persona que cumplimenta la encuesta (a ser posible el responsable del servicio de pediatría o un compañero con especial motivación por el tema):
2. Correo electrónico de contacto:
3. Teléfono de contacto:

a) Datos del servicio de pediatría

1. Denominación del hospital:
2. Población total SIP que atiende el hospital (si se conoce el número de población <15 años, concretar):
3. Máxima demanda de población total atendida (sobre todo en hospitales costeros y por la demanda de vacaciones; se entiende que ésta es una estimación de la población que puede atender el hospital en épocas de máxima afluencia, principalmente por turismo):
4. Número de pediatras de plantilla (sólo considerar los contratos a tiempo total). Si hay algún otro tipo de contrato (de 20 horas, de guardia, etc.), anotarlos también:
5. Edad de los pediatras de plantilla (enumerar la edad de cada uno):
6. Nacionalidad de los pediatras de plantilla (enumerar):
7. Tipo de unidad neonatal en el hospital: nivel I, nivel IIa, nivel IIb, etc. (según los estándares de la Sociedad Española de Neonatología)
8. Referir cuál/es es/son el/los hospital/es de referencia para la UCI neonatal:
9. Referir cuál/es es/son el/los hospital/es de referencia para la UCI pediátrica:
10. Grado de satisfacción con la UCI neonatal de referencia (de 0 a 10, de menor a mayor):
11. Grado de satisfacción con la UCI pediátrica de referencia (de 0 a 10, de menor a mayor):
12. ¿Está organizado el transporte para la UCI neonatal (recién nacido crítico) y/o para pediátrica (niño crítico)?:
13. Grado de satisfacción con la organización del transporte de recién nacidos a la UCI neonatal (de 0 a 10, de menor a mayor):
14. Grado de satisfacción con la organización del transporte de niños críticos a la UCI pediátrica (de 0 a 10, de menor a mayor):
15. ¿Hasta qué edad se atiende a los niños en el servicio de urgencias de tu hospital?:
16. ¿Es la misma edad que para la hospitalización y las consultas?: Sí/NO. Si es NO, decir por qué:
17. ¿El servicio de pediatría tiene residentes?: Sí/NO. Si es Sí, cuántos por año, y decir de cuántos residentes se dispone en total en estos momentos:

b) Datos de la guardia médica

1. Media de guardias por mes realizadas por el pediatra:
2. Máximo de guardias por mes realizadas por el pediatra (época estival, etc.):
3. ¿Cuál es el número de pediatras de la plantilla que hacen guardia? (sólo considerar los de la plantilla habitual):
4. Mencionar el motivo por el que están exentos de guardia (edad, enfermedad, etc.):
5. ¿Cuántos pediatras de atención primaria hacen guardia en el hospital?:
6. ¿Cuál es la media de guardias al mes que cubren los pediatras de atención primaria?:
7. ¿Libran las guardias los pediatras de atención primaria?: Sí/NO. Si es Sí, cómo se organiza la atención de los pacientes de ese día en el centro de salud:
8. Número de pediatras de guardia cada día:
9. ¿La guardia es de 24 horas (aunque se contabilicen 17 h a diario y 24 h los fines de semana y festivos) de forma homogénea, o se tienen establecidos tramos horarios de apoyo a la guardia por un refuerzo?:
10. ¿El pediatra atiende la urgencia de puertas en primera o en segunda llamada?:
11. ¿Quién atiende al niño en primera instancia en urgencias: médico general, residente de medicina familiar y comunitaria, residente de pediatría, pediatra?:
12. ¿Hay establecido algún límite de edad en los niños atendidos por el pediatra?: Sí/NO. Si es Sí, señalar la edad umbral:
13. ¿Qué porcentaje aproximado de niños que acuden a urgencias son atendidos por el pediatra de guardia (bien en primera llamada o en interconsulta)?:

c) Datos del servicio de urgencias

1. Número de urgencias pediátricas al año (considerar el año 2009):
2. Media de urgencias al día (indicar la media de estimación con el intervalo lo más estrecho posible):
3. Rango de urgencias al día (indicar el mínimo, aproximado, y el máximo, aproximado)
4. Tasa de hospitalización global (número de ingresos al año desde urgencias externas/número de urgencias atendidas al año). Indicar el porcentaje de esta estimación con el intervalo lo más estrecho posible:
5. Número de partos al año (considerar el año 2009):
6. ¿La urgencia pediátrica tiene una entrada común para el resto de urgencias o una entrada individualizada?:
7. ¿La sala de espera pediátrica es común para el resto de urgencias o individualizada? Si es individualizada, ¿consideras que la sala tiene espacio y condiciones adecuados o se ha improvisado?:
8. ¿Existe enfermera/auxiliar de clínica individualizada para la urgencia pediátrica?: Sí/NO. Si es Sí, especificar:
9. Número de salas para la exploración de niños:
10. ¿La sala de control de signos vitales para niños es común al resto de urgencias o individualizado?:
11. ¿Existe sala de observación para pediatría en urgencias?: Sí/NO. Si es Sí, indicar si es común al resto de las urgencias o individualizada:
12. ¿Cuántos puestos de observación están disponibles? Indicar el número de camas y de cunas:
13. ¿Se hace el triaje de los niños en urgencias?: Sí/NO. Si es Sí, indicar si lo hace el médico, la enfermera u otro profesional:
14. ¿Qué sistema de triaje se utiliza? Referir el nombre si lo conoces (Manchester, Modelo andorrano de triaje, etc.):
15. ¿El servicio de pediatría dispone de protocolos específicos de urgencias pediátricas del hospital?: Sí/NO. Si es Sí, ¿cada cuánto se modifican?:
Comentar qué manual o manuales de urgencias pediátricas se siguen con mayor frecuencia:

(Continúa en la página siguiente)

16. ¿El servicio de pediatría imparte cursos de urgencias pediátricas para el hospital, incluidos los médicos de urgencias de medicina de familia?: Sí/NO. Si es Sí, decir si se hace periódicamente (¿cada cuánto?) o de forma ocasional:
17. ¿El servicio de pediatría imparte cursos de reanimación pediátrica para el hospital?: Sí/NO. Si es Sí, decir si se hace periódicamente (¿cada cuánto?) o de forma ocasional:
18. ¿Se revisa el material de la sala de reanimación y del carro de paradas?: Sí/NO. Si es Sí, contestar si está protocolizado, quién lo realiza y cada cuánto:
19. ¿Se tienen contabilizados otros indicadores básicos de calidad de la urgencia? Indicar:
Codificación diagnóstica: Sí/NO
Anestesia tópica/sedación para procedimientos invasivos: Sí/NO
Porcentaje de niños con disnea grave atendidos en <10 min:
Otros:
20. Respecto a la colaboración de otros servicios con la urgencia pediátrica:
Edad de intervención quirúrgica/anestesia: ¿está protocolizada, o a criterio del especialista quirúrgico?:
Técnicas de imagen: ¿hay radiólogo de presencia física? Enumerar problemas en la realización de técnicas (p. ej., tomografía computarizada con sedación, neumoenema...):
Asistencia al niño crítico en urgencias: ¿existe buena colaboración entre la UCI y el servicio de anestesia?:
Comentar otros aspectos si procede:

d) Datos sobre cuestiones abiertas planteadas de cambio o mejora

1. ¿Crees necesario contar a corto plazo en tu hospital con la presencia de un segundo pediatra para las guardias?: Sí/NO. Si es Sí, ¿con qué personal y para qué funciones?:
2. ¿Qué perspectiva hay en tu servicio de pediatras exentos de guardia por edad en un plazo de 5 años?:
3. ¿Ves factible que en los hospitales comarcales los niños sean atendidos en urgencias siempre por pediatras?: Sí/NO. Comenta los aspectos a favor y en contra:
4. Otros comentarios que quieras realizar sobre el tema:

próximos años. Por tanto, se impone tomar medidas, entre las que se sugieren las siguientes:

- El reconocimiento de la figura de «pediatra coordinador de urgencias», que colabore con los profesionales del SUH en la organización de la atención de las emergencias pediátricas.
- La creación por parte de la Administración sanitaria de un entorno que permita la colaboración de los pediatras de atención primaria del departamento de salud con los servicios de pediatría del hospital.
- El aumento de la contribución de los servicios de pediatría de hospitales comarcales en la formación de especialistas en pediatría. ■

Bibliografía

1. Peiró S, Sempere Selva T, Oterino de la Fuente D. Efectividad de las intervenciones para reducir la utilización inapropiada de los servicios hospitalarios de urgencias. Revisando la literatura 10 años después del Informe del Defensor del Pueblo. Econ Salud. 1999; 33: 3-12.
2. Peiró S, Libro J, Rida M, Bernal-Delgado E; Grupo de Variaciones en la Práctica Médica en el Sistema Nacional de Salud. Variabilidad en la utilización de los servicios de urgencias hospitalarios del Sistema Nacional de Salud. Gac Sanit. 2010; 24: 6-12.
3. Derlet R, Richards J, Kravitz R. Frequent overcrowding in US Emergency Department. Acad Emerg Med. 2001; 8: 151-155.
4. Schneider SM, Gallery ME, Schafermeyer R, Zwemwe FL. Emergency department crowding: a point in time. Ann Emerg Med. 2003; 42: 167-172.
5. Pou J, Cambra FJ, Moreno J, Fernández Santervás Y. Estudio de la demanda urgente de asistencia pediátrica en el servicio de urgencias de un hospital infantil. An Esp Pediatr. 1995; 42: 27-30.
6. Mintegi Raso S, Benito Fernández J, García González S, Corrales Fernández A, Bartolomé Albistegui MJ, Trebolazabala Quirante N. Demanda y asistencia en un servicio de urgencias hospitalario. An Pediatr (Barc). 2004; 61: 156-161.
7. Sempere Selva T, Peiró S, Sendra Pina P, Martínez Espin C, López Aguilera I. Inappropriate use of an accident and emergency department: magnitude, associated factors and reasons. Ann Emerg Med. 2001; 37: 568-579.
8. Pou Fernández J, Benito Fernández J. Pediatría de urgencias: una nueva especialidad. An Esp Pediatr. 2002; 56: 2-4.
9. Mintegi S, Benito J, Vázquez MA, Ortiz A, Capapé S, Fernández A. Los niños que repiten consulta en urgencias en pediatría. An Esp Pediatr. 2000; 52: 542-547.
10. 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.
11. Comité de Estándares y Junta Directiva de la Sociedad Española de Neonatología. Niveles asistenciales y recomendaciones de mínimos para la atención neonatal. An Pediatr (Barc). 2004; 60: 56-64.
12. Luaces Cubells C, Ortiz Rodríguez J, Trenchs Sainz de la Maza V, Pour Fernández J; Grupo de Trabajo de Calidad de la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas. Encuesta nacional sobre las urgencias pediátricas. Aspectos organizativos y funcionales. Emergencias. 2008; 20: 322-327.
13. Grupo de Trabajo de Indicadores de Calidad de la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas. Servicios de urgencias: indicadores de calidad de la atención sanitaria. An Pediatr (Barc). 2004; 60: 569-580.
14. Benito Fernández J. Urgencias de pediatría. Buscando una atención más especializada. An Pediatr (Barc). 1996; 44: 312-316.
15. American Academy of Pediatrics Committee on Pediatric Emergency Medicine American Collage of Emergency Physicians Pediatric Committee and Emergency Nurses Association Pediatric Committee. Joint policy statement guidelines for care of children in the emergency department. Pediatrics. 2009; 124: 1.233-1.243.