

Coordinación de las urgencias pediátricas entre Atención Primaria y Hospital en la Comunidad de Madrid

R. Gómez Alonso^a, A. González Requejo^a, Al. Díaz Cirujano^a,
MC. Martinoli Rubino^a, T. Hernández de las Heras^b

^aPediatra de Atención Primaria.

^bMédico de Familia.

CS de Rivas-Vaciamadrid, Madrid.

Rev Pediatr Aten Primaria 2004; 6: 367-377

Ángel González Requejo, angelgrequejo@terra.es

Resumen

En este artículo se realiza una revisión global de la Atención de Urgencias en nuestro Sistema Público de Salud y más específicamente en la Comunidad de Madrid. Se repasan los conceptos de Urgencia y Emergencia, la definición de Urgencia Hospitalaria y Urgencia Extrahospitalaria según la OMS, la incidencia global, la estructuración y los entes implicados en la Atención Urgente (Hospitales, Centros de Salud y Servicios de Urgencias de Atención Primaria (SUAP), 061, SAMUR, SERCAM. En una segunda parte nos centramos en la Atención Urgente en Pediatría de Atención Primaria, describiendo las causas que la motivan y los diferentes diagnósticos, comparándolos con la Urgencia Hospitalaria. Hacemos hincapié en la urgencia inadecuada: su incidencia, los factores implicados, las razones aducidas por los padres para la demanda urgente y el impacto negativo que tiene sobre la calidad asistencial. Con todo ello, repasamos los principales problemas de la Atención Urgente, destacamos la falta de coordinación entre niveles asistenciales y planteamos unas propuestas de mejora.

Palabras clave: Servicios Médicos de Urgencia, Mal uso de los Servicios de Salud, Atención Médica del Niño.

Abstract

In this article we make an overview of the Emergency Medical Care in the National Health Services and more specifically in the Community of Madrid. First of all, we define terms as Urgency, Emergency and the different types of Emergencies according to the WHO criteria. Emergency incidence and the Emergency Medical Services involved in patient care are described. In a second part a detailed description of pediatric urgent demand in Primary Care Centres is made. Its causes and the diagnosis are reviewed, comparing them with Hospital Emergency data. Special attention is paid to inappropriate demand: its incidence, the factors involved, the reasons that children caregivers adduce for urgent de-

mand and its negative impact on medical assistance quality. With all this, we scan the main problems of the Emergency medical assistance, we outline the lack of coordination between Hospital and Primary Care Centres and we make some proposals for improvement.

Key words: *Emergency Medical Services, Health Services Misuse, Child care.*

La evolución de la sociedad y el desarrollo de los diferentes niveles asistenciales sanitarios han propiciado la aparición del concepto de atención integral a las urgencias médicas. Entendemos como atención integral el conjunto de medidas encaminadas a optimizar el cuidado del paciente en el que se produce un cambio del estado de salud o una demanda de atención urgente hasta su resolución o estabilización, ya sea en el medio hospitalario o extrahospitalario. La asistencia urgente debe ser por ello accesible, continua, satisfactoria, equitativa, rápida y efectiva.

Este concepto exige la necesidad de disponer de estructuras sanitarias adecuadas y coordinadas e igualmente requiere una estrecha colaboración entre instituciones sanitarias y no sanitarias de diversa índole. En España se realizan cada año más de 30 millones de asistencias sanitarias urgentes en los diferentes centros del Sistema Nacional de Salud, de los que 20 millones se realizan por los servicios extrahospitalarios o de Atención Primaria.

Estructura de la atención urgente en la Comunidad de Madrid

Desde el punto de vista de la atención de Urgencias, el Sistema Nacional de Salud (SNS) en la Comunidad de Madrid se estructura en:

1. *Atención Especializada*, integrada por los facultativos especialistas de Área, que en general no atienden urgencias, y los Servicios de Urgencia Hospitalarios (SUH), abiertos a la recepción permanente de urgencias las 24 horas del día dentro del centro sanitario.

2. *Atención Primaria*. Abarca, por un lado, la atención prestada por los Equipos de Atención Primaria (EAP) en los propios Centros de Salud (CS) en el horario habitual de 8 a 21 horas. Incluye los avisos domiciliarios, que son avisos no programados y para los cuales no existen en los CS médicos dedicados específicamente a este cometido, y las urgencias intracentro, atendidas por los miembros del EAP sin que tampoco existan facultativos dedicados de manera exclusiva a ello, aunque en casi todos los centros se establecen unos "circuitos de urgencias". Por

otro lado, está la Atención Continuada que se lleva a cabo los sábados de 9 a 17 horas por los mismos profesionales del EAP y por los Equipos de los Puntos de Atención Continuada o Servicios de Urgencias de Atención Primaria (PAC/SUAP) los días laborables (de lunes a viernes) de 21 a 8 horas, los sábados a partir de las 17 horas y los domingos y festivos las 24 horas. Los criterios empleados para el establecimiento de un PAC/SUAP son la territorialización y la accesibilidad, con un crona (tiempo que se tarda en acceder al recurso sanitario) máximo de 30 minutos. Se estructura de acuerdo con unos recursos humanos que vienen determinados por la población de las zonas básicas de salud.

Entes implicados en la prestación de atención urgente en la Comunidad de Madrid

Existen diversos entes implicados en la atención urgente y su coordinación operativa depende del Convenio para la Coordinación de la Atención de Urgencias Extrahospitalarias y Emergencias Sanitarias, publicado en el BOE 151/1998 de 25 de junio y cuyo desarrollo está pendiente. Los entes implicados en la Comunidad de Madrid, su ámbito de actuación y su cartera de servicios son los siguientes:

1. *Centros de Salud (CS) con Puntos de Atención Continuada (PAC/SUAP)*. Se ocupan de la atención de cualquier urgencia surgida en el ámbito de su Zona Básica de Salud tanto dentro como fuera del centro durante las 24 horas del día. Disponen de maletín de urgencias, y dicha asistencia la realizan, de manera habitual, un médico y un ATS/DUE, que en muchas ocasiones han de utilizar un medio de transporte personal y siempre han de conducir ellos el vehículo, sea el propio o el de la institución.

2. *Servicio Especial de Urgencias (SUMMA o 061)*. Cartera de servicios: atención con ambulancia asistencial urgente, con ambulancia intensiva (UVI), consulta médica telefónica, coordinación interhospitalaria, derivación al centro más próximo, traslado interhospitalario en vehículo medicalizado, información asistencial. Su ámbito de actuación son los avisos urgentes domiciliarios en Madrid capital salvo que intervenga la fuerza pública, en cuyo caso interviene el SAMUR, y cualquier tipo de aviso en el resto de la Comunidad. (SUMMA –Servicio de Urgencias Médicas de Madrid– es la nueva denominación del servicio de urgencias de IMSALUD, conocido previamente como “061”. Se ha cambiado el nombre con el fin de que el usuario no identifique el servicio con un

número de teléfono y llame siempre, para todo, al centro coordinador que ahora es el 112, como en el resto de Europa).

3. *Servicio de Asistencia Municipal de Urgencia y Rescate (SAMUR)*. Cartera de servicios: atención con ambulancia asistencial urgente, con ambulancia intensiva (UVI), atención psiquiátrica urgente y traslado, cobertura programada con dispositivo de emergencia a actos públicos, servicios preventivos no programados, dirección e intervención del grupo sanitario de los planes de emergencia de Protección Civil, soporte medicalizado en intervenciones de rescate de especial dificultad. Su ámbito de actuación es la vía pública del municipio de Madrid (viales, suelo, subsuelo, transporte público y privado, etc.).

4. *Servicio de Emergencias y Rescate de la CAM (SERCAM)*. Cartera de servicios: atención con UVI móvil, atención urgente y rescate con helicóptero medicalizado, dirección e intervención del grupo sanitario de los planes de emergencia de Protección Civil, cobertura programada con dispositivo de emergencias a actos públicos, cobertura no programada con dispositivo de emergencia, soporte medicalizado en intervenciones de rescate de especial dificultad. Su ámbito de actuación es todo el

territorio de la Comunidad de Madrid, excepto el municipio de Madrid.

5. *Centro de atención de llamadas urgentes 112*. Funciona como un centro de coordinación de recursos.

Estos recursos han sido independientes unos de otros hasta hace poco, y ahora, aunque se han agrupado dentro del Servicio Madrileño de Salud (SER+MAS), salvo el SAMUR, que es municipal, siguen teniendo independencia administrativa, ya que dependen de diferentes "gerencias". El SERMAS incluye todo el transporte en ambulancia, sea o no urgente.

De ahí se derivan la importancia de conocer bien los recursos con los que contamos y la necesidad de un proyecto de coordinación que permita la optimización de estos recursos tan abundantes y eficaces (como ha quedado demostrado en los atentados del 11 de marzo), pero, en ocasiones, tan mal utilizados y gestionados.

Actualmente, se encuentra en fase de realización un gran plan de urgencias para toda la Comunidad de Madrid (CM) que persigue precisamente estos fines que apuntamos anteriormente.

6. *Cruz Roja*. Cartera de servicios: atención con ambulancia asistencial urgente, cobertura programada con dispositivo de emergencias a actos públicos, cobertura preventiva no programa-

da, planes municipales, territoriales, estatales y/o especiales de Protección Civil, búsqueda, salvamento y/o rescate. Su ámbito de actuación es Madrid capital y Comunidad.

7. *Hospitales*. Sus servicios de Urgencias están estructurados en asistencia a la población adulta, pediátrica y maternidades.

Esquema general de funcionamiento de la atención urgente en la Comunidad de Madrid

Con carácter general, y para cualquier tipo de llamada relacionada con emergencias sanitarias, se consideran 6 tipos de criterios a tener en cuenta de manera escalonada para la activación de un servicio y la asignación de un recurso a un incidente:

1. *Catalogación del tipo de alerta*. Se definen dos situaciones: urgencia sanitaria y emergencia sanitaria. La urgencia sanitaria es aquella situación que lleva al paciente, los familiares o testigos a solicitar atención médica inmediata. La emergencia sanitaria se define como aquella situación que conlleva un riesgo real o potencial para la vida o la función de algún órgano. A efectos del convenio se considera asimismo emergencia todo tipo de suceso o patología que se verifique en la vía pública.

2. *Ámbito territorial*. Madrid capital versus resto de la Comunidad.

3. *Central receptora de la llamada alertante*.

4. *Servicio competente para prestar asistencia*.

5. *Tipo de recurso necesario*.

6. *Disponibilidad del recurso apropiado en el tiempo adecuado*.

Urgencias pediátricas en Atención Primaria

Para hablar de Urgencias pediátricas hemos de definir en primer lugar qué consideramos como Urgencia en cada nivel asistencial. Para ello seguimos los criterios de la OMS, que definen la Urgencia Hospitalaria, la Urgencia no hospitalaria y la demanda no urgente en los siguientes términos¹:

1. *Urgencias Hospitalarias*: son aquellas situaciones de riesgo vital o que requieran la utilización de medios diagnósticos y/o terapéuticos no disponibles en Atención Primaria. Desde el punto de vista práctico, los Servicios de Urgencia Hospitalarios deberían limitarse a recibir a los pacientes con alteración del estado de conciencia, compromiso respiratorio o hemodinámico o que precisen vigilancia supervisada en una Unidad de Hospitalización o medios de diagnóstico o tratamiento inmediatos no disponibles en Atención Primaria. De-

terminados procesos que constituyen auténticas emergencias médicas deben ser remitidos de forma sistemática a un Centro Hospitalario (primando siempre los cuidados iniciales de toda urgencia vital y de estabilización previos a la realización de un traslado)^{2,3}: ahogamiento o casi ahogamiento, parada cardiorrespiratoria, cuadros de dificultad respiratoria severa, coma, determinadas intoxicaciones, politraumatizados, estatus convulsivos, *shock*, sepsis y quemaduras extensas de segundo y de tercer grado.

2. *Urgencias no hospitalarias*: son aquellas situaciones en las que existe la necesidad de atención inmediata, sin riesgo vital, pero que no pueden esperar a ser vistas por su pediatra o Médico de Familia en horario de consulta. Situaciones concretas de Urgencias no hospitalarias serían, por ejemplo, heridas que precisen sutura o crisis asmáticas moderadas.

3. *No urgente*: se entiende cualquier otra situación.

Incidencia

Es difícil evaluar la incidencia global de las urgencias en Atención Primaria al no existir registros centralizados. Los datos disponibles proceden de la literatura científica y se han obtenido de estudios que evalúan la incidencia en algunos centros sanitarios concretos. Ciñéndonos a los ar-

tículos que han evaluado de forma exhaustiva este tema, encontramos que la proporción de consultas urgentes con respecto a la demanda total varía entre el 11% y 19,6% descrito por Herranz Jordán⁴ y el 19,6 y 21,1% descritos respectivamente por García Llop⁵ y Fernández Cano⁶. En cuanto al número de pacientes que son atendidos por Urgencias por un pediatra en su horario de consulta, el primer autor describe, evaluando un turno de mañana y uno de tarde, una media de unos 3 pacientes por pediatra y día, el segundo unos 4-5 pacientes, y el tercero, evaluando exclusivamente el turno de tarde, una media de 6 pacientes. El día de máxima afluencia es el lunes. A lo largo de la franja horaria hay 2 picos de incidencia, a media mañana y a media tarde, siendo el horario entre 4 y 7 el de mayor demanda. Los niños entre 1 y 6 años constituyen el grupo de edad más demandante⁴⁻⁶.

Motivos de consulta y diagnósticos

En la valoración de estos parámetros nos hallamos ante la dificultad de realizar comparaciones entre los diferentes trabajos debido a la diversa terminología empleada a la hora de clasificar tanto los motivos de consulta como los diagnósticos (WONCA, CIPSAP)⁷. A efectos prácticos resultan particularmente ilustrativos los estudios de Fernández Cano y Martín

Carballo^{6,8}, que utilizan una terminología estrictamente clínica. Los 3 motivos fundamentales aducidos por los padres para acudir a Urgencias al Centro de Salud son, por este orden, la fiebre (alrededor del 40%), la tos (alrededor del 20%) y los síntomas digestivos (vómitos y/o diarrea, alrededor del 15%). Estos datos son muy similares a los hallados por Sánchez-Bayle en un estudio de la Urgencia Hospitalaria en el Hospital del Niño Jesús⁹. Citando a estos mismos autores, los 3 diagnósticos más frecuentes en las Urgencias en el Centro de Salud son, en orden de frecuencia, la patología ORL (amigdalitis/otitis), el catarro de vías altas y la gastroenteritis aguda. De nuevo los datos se asemejan de forma llamativa a los descritos por Sánchez-Bayle en el Hospital del Niño Jesús.

Consulta urgente inadecuada

Concepto

Aunque sujeto a cierto grado de subjetividad, el concepto de consulta inadecuada se aplica a toda demanda urgente que no queda encuadrada dentro de las definiciones de la OMS.

Incidencia

Aunque el porcentaje de consultas inadecuadas varía según los estudios, osci-

lando entre el 60 y el 70% de las demandas en los SUH⁹⁻¹² y entre el 50 y el 65% de la demanda urgente en Atención Primaria^{4,6,13}, podemos afirmar que al menos 1 de cada 2 demandas de atención urgente en AP y 2 de cada 3 en Urgencias Hospitalarias son consultas inadecuadas.

Factores implicados

No hay estudios que se hayan ocupado de forma detallada de los factores implicados en la demanda urgente inadecuada en AP. En el ámbito de la Urgencia Hospitalaria existen 2 factores que se hallan de forma invariable asociados a una demanda inadecuada: el acudir por iniciativa propia (saltando el filtro del primer nivel asistencial) y la corta edad^{10,11}. Otros factores descritos, aunque no de forma unánime, son la mayor accesibilidad del SUH, la franja horaria (la noche se asocia a un porcentaje más alto de consulta inadecuada) y el tiempo de evolución del proceso (mayor inadecuación de la demanda cuando el proceso lleva entre 1 y 4 días de evolución).

Razones aducidas para la solicitud de atención urgente

Cuando se pregunta directamente a los padres sobre el motivo de acudir por Urgencias en vez de acudir a consulta, la razón más frecuentemente aducida en el

ámbito de la AP es el inicio de la sintomatología tras finalizar el horario de cita previa. La segunda, por orden de frecuencia, es la mayor comodidad de acudir por Urgencias, que evita la petición de cita previa y la espera hasta ser visto en consulta. La importancia de la enfermedad ocupa un humilde tercer lugar⁶. En los SUH la incompatibilidad de horarios con el pediatra de AP es el motivo citado con mayor frecuencia, seguido por la posibilidad que ofrece el Hospital de realizar estudios complementarios. De nuevo, la gravedad del proceso ocupa un modesto tercer puesto¹⁰⁻¹².

Consecuencias

El uso inadecuado de los SUH supone un deterioro de la calidad asistencial en 3 vertientes. En primer lugar, la masificación dificulta la atención de las urgencias "genuinas", esto es, las situaciones de riesgo vital y las técnicamente complejas^{1,14}. En segundo lugar, la atención en el SUH de la patología banal supone una infrutilización de la AP. En último lugar, la atención por Urgencias supone una ruptura de la continuidad asistencial, al desoír más del 50% de los usuarios la recomendación de acudir posteriormente al pediatra de AP¹⁵. Todo ello, unido al coste económico mucho más elevado que supone la atención en el

SUH frente al Centro de Salud¹⁵ y el estrés laboral creciente del personal de Urgencias, hace de esta situación un problema que debería ser tomado mucho más en consideración.

Problemática de la atención urgente

Los problemas más relevantes en la asistencia urgente en AP (CS o PAC/SUAP) pueden resumirse en los siguientes puntos: la falta de infraestructuras y medios diagnósticos y terapéuticos; el fenómeno del "centro vacío", es decir, si hay que salir a un aviso domiciliario espontáneo o derivado, puede no permanecer nadie en el Centro, la falta de libranza de la guardia, porque en muchos casos está cubierta por los propios profesionales del CS que al día siguiente deben continuar con su jornada de trabajo habitual, y el uso inadecuado de la Urgencia por parte de los usuarios como si de una consulta habitual se tratara. En el ámbito hospitalario y de forma somera los problemas fundamentales son la saturación por demanda inadecuada, la poca entidad propia que tienen los Servicios de Urgencia dentro de los hospitales, la inexistencia, en general, de un control posterior sobre los pacientes y la patología que se maneja, el ejercicio de los residentes co-

mo especialistas, en muchas ocasiones con poca supervisión, y el exceso de pruebas complementarias.

Asimismo, existe una gran descoordinación entre ambos niveles, entre la AP y los SUH, lo que genera una serie de tópicos y agravios mutuos. Todo ello contribuye a que los profesionales de ambos niveles, saturados y descoordinados, se sientan cada vez más impotentes y desmotivados. Hoy por hoy existen estudios rigurosos que descartan viejas teorías que justificaban la masificación de la urgencia Hospitalaria por la ineficacia de la AP⁴ o por razones de índole socioeconómica¹⁶. Los datos revisados en este trabajo, que señalan que la gravedad del proceso no es en modo alguno el principal motivo para solicitar atención urgente, y el hecho constatable de que el aumento de la demanda a los SUH ha coincidido en el tiempo con la implantación progresiva de un sistema de AP cada vez más eficaz y prestigioso en nuestro país apuntan a que la masificación de los SUH tiene su origen más en el desarrollo de hábitos sociales que en causas sanitarias. Es destacable además que algún estudio que ha valorado la eficacia de la educación sanitaria "sobre el terreno" para disminuir la demanda inadecuada urgente ha arrojado resultados desalentadores¹⁷.

Propuestas de mejora

Tras analizar detalladamente el tema, los autores plantean las siguientes propuestas de mejora:

a) Delimitar responsabilidades y ámbitos de actuación de los diversos niveles implicados.

b) Establecer los requerimientos mínimos en cuanto a personal y medios para la atención urgente, sobre todo extrahospitalaria.

c) Establecer claramente los criterios de derivación entre los diferentes niveles asistenciales.

Todo esto podría articularse de la siguiente forma:

1. Comisiones paritarias AP-Hospital. Sesiones conjuntas y elaboración de protocolos conjuntos

2. Posibilidad de historia clínica única y compartida.

3. Guardias y rotaciones en el Hospital de Área por parte de los pediatras para favorecer un mejor conocimiento de ambos niveles asistenciales.

4. Informes escritos de ida y vuelta.

5. Accesibilidad mayor del pediatra de AP a pruebas complementarias.

6. Revisar el papel que desempeñan las consultas de Pediatría General en los hospitales.

7. Organizar jornadas o cursos de coordinación entre ambos niveles.

8. Establecer (de una vez y de una forma sistemática) rotaciones de residentes por los Centros de Salud.

9. Conocerse mutuamente para recuperar la ilusión.

Todo ello sería deseable a través de un plan de coordinación institucional que lo favorezca.

Bibliografía

1. OMS. Planification et organisation des services médicaux d'urgence. Rapport sur la réunion d'un groupe technique de l'OMS. Toulouse 24-28 février 1979. Rapport et études Euro 35. Bureau régional de l'Europe. Copenhague: OMS 1981.
2. Casado Flores J, Marín Barba C. Urgencias pediátricas. Realidades y retos. *Rev Esp Pediatr* 2000; 56: 39-61.
3. American Academy of Pediatrics. Committee on Pediatrics Emergency Medicine. Consensus Report of Regionalization of Services for Critically Ill or Injured Children. *Pediatrics* 2000; 105: 152-155.
4. Herranz Jordán B, Hernández Merino R, Cáceres González R, Castaños Jover L, Rodríguez Valdés C. Consultas pediátricas urgentes en un centro de salud. *An Esp Pediatr* 1997; 47: 591-594.
5. García Llop LA, Asensio Alcoverro A, Grafiá Juan C, Coll Mas P. Estudio de la demanda en Atención Primaria Pediátrica. *An Esp Pediatr* 1996; 44: 469-474.
6. Fernández Cano G, Martín Carballo G. Urgencias pediátricas atendidas en una consulta de Atención Primaria (I): análisis de la demanda. *Aten Primaria* 2000; 26: 76-80.
7. Grupo de Trabajo de Codificación Diagnóstica de la Sociedad de Urgencias de la Asociación Española de Pediatría. Codificación diagnóstica en urgencias de Pediatría. *An Esp Pediatr* 2000; 53: 261-272.
8. Fernández Cano G, Martín Carballo G. Urgencias pediátricas atendidas en una consulta de atención primaria (II): estudio epidemiológico. *Aten Primaria* 2000; 26: 81-85.
9. Sánchez Bayle M, Díaz Martínez E, Molina Cabañero JC y cols. Estudio de la demanda asistencial de un servicio de urgencias hospitalario de Pediatría. *An Esp Pediatr* 1989; 31: 127-133.
10. Antón MD, Peña JC, Santos R, Sempere E, Martínez J, Perula LA. Demanda inadecuada a un servicio de urgencias pediátrico hospitalario: factores implicados. *Med Clin (Barc)* 1992; 99: 743-746.
11. Lapeña López de Armentia S, Reguero Cevalada S, García Rabanal M, Gutiérrez 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: 121-125.
12. Sansa Pérez LI, Orús Escolá T, Juncosa Font S, Barredo Hernández M, Travería Casanova J. Frecuentación a los servicios de urgencias hospitalarios: motivaciones y características de las urgencias pediátricas. *An Esp Pediatr* 1996; 44: 97-104.
13. Sánchez de Dios M, Machín Valtueña M, Carnicero Laseca RM, Cameo Rico MI, Moro

Monge R, Burgoa Arribas L. Utilización de un punto de atención continuada por la población infantil, valorando la necesidad de atención prestada por pediatras. *Aten Primaria* 1993; 11: 306-308.

14. Escarrabill J, Corbella X, Salazar A, Sánchez JL. Los colapsos en los servicios de urgencias hospitalarios durante el invierno. *Aten Primaria* 2001; 27: 137-141.

15. Elorza Arizmendi JFJ, Rodríguez Gracia B, Bataller Alonso E, León Sebastián P, Álvarez Ángel V. El gasto por la mala utilización de los servicios

de urgencia pediátricos: un problema de todos. *Acta Pediatr Esp* 2000; 58: 290-294.

16. Sansa Pérez LI, Orús Escolá T, Juncosa Font S, Barredo Hernández M. Frecuentación a los servicios de urgencias hospitalarios: relación con la utilización de la Atención Primaria en una población pediátrica. *An Esp Pediatr* 1996; 44: 105-108.

17. Chande T, Wyss N, Exum V. Educational interventions to alter pediatric emergency department utilization patterns. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996; 150: 525-528.



