

MEMORIA TRABAJO FIN DE GRADO ENFERMERIA

URGENCIAS PEDIÁTRICAS:

Motivos de consulta más frecuentes, prioridad y prevención.



Autor/a: ALBA BERMEJO RINCÓN
Director/a: RAQUEL SAENZ MENDÍA
Asesor externo: VICTOR IDOATE GARCÍA
Titulación: GRADO ENFERMERÍA 2014
Universidad pública de Navarra

Convocatoria 1ª Junio 2014

TRABAJO DE FIN DE GRADO ENFERMERÍA

Dña. RAQUEL SAENZ MENDIA profesora Adscrita al departamento de ciencias de la salud de la Universidad pública de Navarra hace constar que el trabajo:

Patología respiratoria en urgencias pediátrica: motivos de consulta más frecuentes, prioridad de los mismos y prevención. Masificación del servicio en los meses fríos.

Realizado y presentado por Dña. ALBA BERMEJO RINCÓN reúne los requisitos para su presentación y por ello doy mi conformidad.

En Pamplona 16 de Junio del año 2014.

Fdo.:

RESUMEN

En nuestra sociedad existe una masificación de los servicios de urgencias pediátricas debido al aumento de procesos poco evolucionados que solicitan atención por parte de los padres, en el presente trabajo se pretende estudiar qué tipo de prioridades son las que mayor volumen de consultas requieren y qué tipo de patología es la que mas atenciones demanda en la estación fría de año.

Para ello este trabajo se han analizado y presentado los datos obtenidos en un pequeño estudio realizado sobre los motivos de consulta y tipo de prioridad de los mismos en el servicio de urgencias pediátricas del Hospital B del Complejo Hospitalario de Navarra en Pamplona, durante el periodo de los meses de Noviembre 2013 a Enero 2014. Ejemplificando la tendencia estacional de dicho servicio y cotejado con la revisión bibliográfica realizada en patología infantil en la temporada invernal. Los resultados reflejan el importante porcentaje de pacientes cuyo motivo de consulta es un proceso respiratorio y de no mucha gravedad ya que un 88,5% obtiene 3-4 puntos en el triaje lo que significa que los casos son urgentes pero estables o urgencias menores que requieren un tiempo máximo de atención de entre 60-120 min.

PALABRAS CLAVE

Urgencias pediátricas, patología respiratoria, prioridad, motivos y triaje.

ABSTRAC

There is in our society a mass of pediatric emergency services due to increased poorly developed processes seeking attention from parents, in the present work is to study what kind of priorities are those that require more advice and what kind pathology is that demand more attention in the cold season of the year.

Hence, this study analyzes and presents data from a small study on the reasons for consultation and exchange of the same priority in the pediatric emergency department of Hospital B Hospital Complex of Navarra in Pamplona, during the month from November 2013 to January 2014. I Exemplifying the seasonal trend of the service comparing with the literature review in child pathology in the cold months of the year, reflecting the significant percentage of patients whose reason for consultation is a respiratory process and not very serious and a 88.5% 3-4 marks obtained in triage which means that cases are urgent but stable or minor emergencies that require maximum care between 60-120 min.

KEYWORDS

Emergency pediatric, respiratory disease, priority, motives and triage.

INDICE

1. Introducción.....	2-4
2. Objetivos.....	5
3. Metodología.....	6-7
4. Desarrollo de contenidos/Resultados.....	8-24
4.1. Urgencias pediátricas.....	8-10
4.2. Población atendida por el servicio urgencias.....	11-13
4.3. Patología respiratoria.....	14-19
4.3.1. Bronquiolitis en niños	
4.3.2. Gripe Influenza	
4.3.3. Síndrome febril	
4.4. Recomendaciones médicas del servicio.....	20-21
4.5. Análisis de datos del estudio	22-24
5. Discusión.....	25-27
6. Conclusión.....	28
7. Agradecimientos.....	29
8. Bibliografía	30-31
9. Anexos	32-35

1. INTRODUCCIÓN

Los medios de comunicación locales mediante artículos informativos en prensa escrita en los días 4 y 3 de Enero del 2014 reflejan la situación de masificación que sufre el servicio de urgencias pediátricas del Hospital B del Complejo Hospitalario de Navarra, esta noticia coincide con mi estancia en este servicio durante las prácticas hospitalarias del Grado en Enfermería. Estas publicaciones suscitan en mí el interés por conocer más sobre esta situación.

La revisión bibliográfica llevada a cabo en la bibliografía escrita sobre patología infantil indica una línea clara a seguir en el trabajo que es la patología respiratoria debido a los brotes que provoca en la estación fría. El cierre de centros como revela la prensa es otra línea que me hace investigar cómo está organizado el sistema de salud así como el funcionamiento del servicio de urgencias. Todas estas líneas de exploración basadas en la revisión bibliográfica encontrada son evidenciadas creando una base de datos durante mi estancia en el servicio de urgencias pediátricas que ilustra lo hallado en la revisión bibliográfica.

En Navarra disponemos de un sistema de salud bastante plausible al menos lo teníamos antes de la crisis económica anclada desde hace unos años, motivo entre otros que favorecen el incremento de pacientes que demandan el servicio debido al cierre de otros centros asistenciales.

Para comenzar se ha desarrollado como está organizado el sistema navarro de salud.

A nivel territorial está organizado en áreas de salud y zonas de salud; a nivel funcional en atención primaria y asistencia especializada.

El estudio está ubicado en el área de salud de Pamplona, que tiene una población de 75.130 niños menores de 15 años. Esta área cuenta con infraestructuras sanitarias como el Complejo Hospitalario de Navarra con dos hospitales A y B, clínica Ubarmin (Ortopedia y rehabilitación), cuatro centros ambulatorios de consulta especializada, siete centros de salud mental, siete centros de atención a la mujer y cuatro subunidades y 41 zonas básicas de salud. ⁽¹⁾

En cada zona básica de salud hay un centro de atención primaria donde se encuentra un pediatra en algunos centros en horario de mañana y en otros centros en horarios de mañana y tarde. El pediatra al valorar al niño puede decidir la necesidad de una atención más especializada o urgente y se deriva al centro hospitalario o extrahospitalario correspondiente.

La OMS define como urgencia *“la aparición fortuita en cualquier sitio de un problema de etiología diversa y gravedad variable que genera la necesidad de atención por parte del sujeto o familia”*. Atendiendo a esta definición los padres que tengan esta necesidad también acudirán a urgencias sin tener que acudir previamente a su pediatra de atención primaria.

Urgencias extrahospitalarias

De la subdirección de Urgencias de Atención Primaria dependen orgánicamente el servicio especial de urgencias de Pamplona este mantiene los centros de urgencias del centro sanitario doctor San Martín y los centros de urgencias de los centros de salud de Ermitagaña, Rochapea y Burlada. Estos centros están ubicados fuera del complejo hospitalario y atienden a urgencias pediátricas fuera del horario de atención primaria.

Urgencias Hospitalarias

El servicio de urgencias pediátricas ubicado en el Hospital B del Complejo Hospitalario de Navarra ha atendido en el periodo de Noviembre 2013 y Enero 2014 a 11.709 niños menores de quince años. ⁽²⁾ Es un servicio nuevo cuyas instalaciones fueron inauguradas hace tres años, ampliando el espacio anterior y con equipaciones nuevas.

La prensa escrita de la comunidad se hizo eco de una situación de masificación del servicio, motivado según la misma por patología invernal y cierre de centros extrahospitalarios. ^(Anexo 1 y 2). Estas publicaciones tienen una importante repercusión mediática ya que el sector de la población que se ve afectado son los niños, población muy vulnerable que debería estar más protegido en estos momentos de crisis económica.

Entre las posibles causas que se pueden deducir para argumentar estos episodios de saturación del servicio está un incremento de las cifras de pacientes atendidos, debido a la incorporación de la mujer al mercado laboral lo que provoca que muchos padres y madres estén con sus hijos cuando las puertas de los centros de salud han cerrado, haciendo que se acuda con mayor frecuencia a servicios como urgencias en los que un pediatra sigue ofertando asistencia. ⁽³⁾

La alta incidencia de enfermedades como la gripe o el virus sincitial en los meses fríos del año según el Instituto de Salud Pública de Navarra.

El acceso de las familias a diferente información sanitaria (prensa, internet, televisión) hace que en muchas ocasiones una familia pueda acudir a estos servicios en busca de información, tranquilidad o una segunda opinión. ⁽³⁾

Desde el mes de Julio de 2013 se decide desde el servicio Navarro de salud la concentración en único centro extrahospitalario Dr. San Martín las urgencias de pediatría. Desde la dirección se garantiza el refuerzo de personal y recursos en las temporadas epidémicas.

Esta situación de masificación del servicio de urgencias pediátricas va a ser analizada mediante un estudio aleatorio de una pequeña muestra de pacientes que pone de manifiesto que un alto porcentaje del de consultas atendidas responden a procesos respiratorios y sin riesgo vital ya que el 88,5 % de las consultas atendidas fueron clasificadas mediante el sistema de triaje con una puntuación de 3-4 que considera a los casos leves-moderados.

Estos resultados ejemplifican la problemática que refleja la presa escrita de la Comunidad foral de Navarra, la patología respiratoria al cursar en brotes provoca una masificación del servicio por consultas que no son casos de gravedad.

2. OBJETIVOS

2.1. **Objetivo general.**

Conocer el tipo de prioridad de los motivos de consulta pediátrica de urgencia en el Hospital B durante los meses de Noviembre 2013 a Enero 2014.

2.2. **Objetivos específicos.**

- Presentar el servicio de urgencias pediátricas del Hospital B del CHN (organización, triaje, funcionamiento), la población que atiende y las recomendaciones que imparte a la familia/acompañantes y paciente.
- Realizar una revisión bibliográfica de la patología infantil más usual en la estación fría del año.
- Recoger los datos referentes a parámetros para constituir una base de datos como herramienta exploratoria que pueda aproximarse a conocer la patología que requiere mayores consultas en Urgencias pediátricas en la época del año estudiada.

3. METODOLOGÍA

La metodología seguida consiste en una aproximación cuantitativa a través de la recogida y análisis de datos, obtenidos de una muestra de pacientes seleccionada de manera aleatoria en el servicio de urgencias de pediatría del Hospital B del CHN en Pamplona, Navarra. Se realiza un análisis estadístico descriptivo para dar respuesta a los objetivos propuestos: motivos de consulta más frecuentes y prioridad en triage.

Se ha realizado una recogida de datos sobre los siguientes parámetros:

- Edad.
- Peso.
- Motivo de consulta.
- Área patológica.
- Patología previa.
- Alergias.
- Puntos obtenidos en el triaje.

Dicha recogida se ha realizado durante el periodo de los meses de Noviembre 2013 a Enero 2014 por la autora de este trabajo durante la realización de uno de los Practicum del Grado de enfermería por la Universidad Pública de Navarra.

Los datos obtenidos se procesarán mediante el programa informático SPSS Statistics para su posterior análisis obteniendo las conclusiones oportunas.

El trabajo se complementa con una revisión sobre la organización y distribución del servicio de Urgencias pediátricas en el que se ubica dicho trabajo. También se ha realizado una revisión bibliográfica en medios con una evidencia científica sobre la patología más frecuente en la población infantil en la época estudiada.

DIAGRAMA DE FLUJO

Revisión bibliográfica

- Los textos revisados provienen de fuentes con rigor científico como: el catalogo de monografías y revistas científicas de la biblioteca de la Universidad pública de Navarra; bases de datos con evidencia científica incluidas en Web of knowledge, Scielo, pubmed; páginas webs de instituciones oficiales.
- Los temas estudiados dentro del presente trabajo son:
 - Patología pediátrica respiratoria.
 - Urgencias pediátricas: Organización, funcionamiento, población atendida.
 - Problemas de masificación del servicio de urgencias.

Sujetos

- Se realiza una selección de pacientes de manera aleatoria que completan una pequeña muestra que ejemplifica la tendencia estacional sin pretender representar la actividad general del servicio.
- El trabajo está realizado bajo el principio de confidencialidad, en la base de datos los sujetos son registrados con un número del 1 al 200, evitando así recoger nombre o número de historia, manteniendo en todo momento el anonimato del paciente y la confidencialidad.
- El estudio tiene el permiso oportuno de la jefa de enfermería de la unidad de urgencias pediátricas del Hospital B donde son recogidos los datos del estudio de manera presencial por la autora del presente trabajo.

Instrumentos

- El registro de los parámetros que forman la base de datos se realiza de manera presencial en el servicio de Urgencias pediátricas durante la realización del practicum IVb del 4º curso de Grado de enfermería por la Universidad pública de Navarra durante el periodo de 11/11/2013 al 24/01/2014.

Resultados

- Análisis estadístico de la base de datos creada mediante el programa informático SPSS/Excel, del que se extraen los resultados utilizados como ejemplificación de la tendencia observada en la época estacional según la bibliografía revisada.

4. RESULTADOS

A continuación se muestran los resultados obtenidos agrupados en 5 apartados. Se recoge una descripción de la organización y funcionamiento de la Urgencia pediátrica, población que atiende, breve repaso de la patología pediátrica más frecuente y recomendaciones impartidas en el servicio.

Por último se presenta el análisis estadístico realizado en el que se incluyen los motivos de consulta más frecuente y prioridad en el triage de la muestra seleccionada.

4.1. Urgencias pediátricas

La urgencia pediátrica es un servicio especializado que trata con un sector de la población muy vulnerable, debe disponer de concretas condiciones para su buen funcionamiento como:

- Especialización del personal.
- Protocolos de actuación en las diferentes patologías.
- Arquitectura adecuada, con áreas diferenciadas:
 - Triage
 - Atención a pacientes:
 - Área de pacientes críticos (Reanimación).
 - Área ambulatoria, consultas médicas.
 - Área de tratamiento (sala de nebulizaciones y tratamientos).
 - Área de observación.

Triage es el sistema utilizado en los servicios de urgencias para clasificar a los pacientes con procesos de potencial gravedad. ⁽⁴⁾

En Europa occidental actualmente existe una masificación de los servicios de urgencias pediátricas debido al aumento de procesos poco evolucionados que generan angustia en los padres. Esta masificación no puede retardar la atención de pacientes con procesos de potencial gravedad. Para ello se aplica el sistema de Triage, para clasificar inicialmente a los enfermos que acuden a urgencias y ha de lograr que estos pacientes sean atendidos lo antes posible.

La persona que recibe al niño y la familia es generalmente una enfermera con experiencia en urgencias pediátricas. Es uno de los puestos capitales en la urgencia pediátrica. ⁽⁵⁾

Se realiza una clasificación inicial del paciente:

Conocer el motivo de consulta y ver al niño, el objetivo no es realizar un diagnóstico. En función del aspecto y el motivo el paciente es clasificado como gravedad severa-moderada o leve. Se otorga una puntuación del 1 al 5, según la gravedad del niño. ⁽⁶⁾

En Navarra el sistema para clasificar con puntuación se lleva a cabo mediante un programa informático, en el que el personal sanitario que está triando introduce los datos que destacan en la valoración y así se obtiene la puntuación de triage:

- Nivel I: prioridad absoluta con atención inmediata y sin demora.
- Nivel II: situaciones muy urgentes de riesgo vital, inestabilidad o dolor muy intenso. Demora de asistencia médica hasta 15 minutos.
- Nivel III: urgente pero estable hemodinámicamente con potencial riesgo vital que probablemente exige pruebas diagnósticas y/o terapéuticas. Demora máxima de 60 minutos.
- Nivel IV: urgencia menor, potencialmente sin riesgo vital para el paciente. Demora máxima de 120 minutos.
- Nivel V: no urgencia. Poca complejidad en la patología o cuestiones administrativas, citaciones, etc. Demora de hasta 240 minutos. ⁽⁴⁾

El triage no solo consiste en clasificar a los pacientes, esta persona, en el servicio navarro de salud una enfermera con experiencia es encargada también de:

Iniciar maniobras de soporte vital básico si fuera necesario, monitorizar constantes y conseguir un acceso venoso; realizar un control inicial en caso de hemorragias; administrar O₂ en caso de disnea, registrar T^a en niños con fiebre y administrar antitérmicos si lo precisa; rehidratar pacientes deshidratados; irrigación ocular si procede; administrar anestesia tópica en pacientes susceptibles de reparación de heridas mediante suturas y administrar a los padres información sobre cómo llevar a cabo la notificación de cambios en la situación de paciente a la enfermera que realiza el triage, el tiempo de espera medio hasta ser atendido por el pediatra y el funcionamiento básico del servicio. ^(3, 7)

Área de atención de pacientes críticos REA

Los niños con compromiso vital tienen prioridad absoluta se atienden en el box de reanimación, sala equipada con carro de parada y material y equipación para intubación respiratoria, etc. La atención de estos pacientes debe ser inmediata sin demorar nada de tiempo por ello no suele realizarse una clasificación previa mediante triaje.

Son niños que obtienen un 1 o un 2 en la puntuación de triaje, son situaciones muy urgentes de riesgo vital, inestabilidad o dolor muy intenso.

Área ambulatoria, consultas médicas.

Los niños con gravedad moderada-leve, obteniendo una puntuación de 3, 4 o 5 puntos en la clasificación de triaje, son atendidos en las consultas, estas están dotadas de equipación para realizar una exploración del paciente, recogida de muestras o administración de medicación. En el servicio del Complejo hospitalario son 5 las consultas y en cada consulta se encuentra un pediatra con una enfermera, el personal de auxiliar de enfermería que se distribuye atendiendo a las necesidades.

Área de tratamiento

En esta sala son atendidos los pacientes que requieren administración de medicación intravenosa, inhalatoria, oxigenoterapia...Procedimientos que necesitan mayor espacio de tiempo facilitando el flujo de pacientes en las consultas ambulatorias. Esta sala está dotada con butacas y tomas de oxígeno se encuentra situada cerca del control de enfermería para facilitar la vigilancia por parte del personal. En la mayoría de los casos los pacientes son reevaluados de nuevo por el pediatra en un periodo de tiempo.

Área de observación

Esta unidad del servicio permite un mejor manejo de pacientes que necesitan una estrecha vigilancia. Los diagnósticos más frecuentes en esta unidad son el síndrome febril, asma, bronquiolitis, laringitis, gastroenteritis aguda y traumatismo craneal.

Estas unidades no son sustitutas de las plantas de hospitalización y permiten la reducción de los ingresos hospitalarios en patologías fundamentalmente respiratorias.

Los objetivos del área de observación se basan en tres aspectos: conseguir en unas horas la mejoría suficiente del paciente como para que pueda continuar el tratamiento en su domicilio. Llegar a un diagnóstico más certero en procesos poco evolucionados y detectar potenciales complicaciones secundarias al motivo de consulta inicial.

4.2. Población atendida por el servicio urgencias del Hospital b del Complejo hospitalario de Navarra.

El área atendida por el servicio de urgencias pediátricas del CHN engloba a una población total de menores de 15 años atendidos en el área de salud de Pamplona de 75.130 niños ⁽¹⁾. Añadiendo a estos los casos de pacientes de otras áreas de salud de Navarra que son en ocasiones son atendidos en este servicio debido al estado de gravedad o necesidad de especialización del caso.

Tabla 1. Evolución de la población TIS de Navarra por grupos de edad.

	N						
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
< 15 años	66.976	68.514	68.883	70.435	72.696	76.337	79.441
15 - 44 años	228.345	232.949	234.954	240.026	244.541	249.295	253.526
45 - 64 años	112.527	114.518	116.472	118.511	120.485	124.959	129.657
> 64 años	90.495	92.730	95.322	96.344	97.737	97.921	98.595
Total	498.343	508.711	515.631	525.316	535.459	548.512	561.219

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	81.998	84.739	86.435	90.171	92.518	96.016	97.362	98.494
	256.435	257.709	258.868	266.076	268.523	268.803	265.941	261.992
	134.001	137.617	141.784	146.851	150.195	154.613	157.815	160.976
	99.398	100.882	102.566	104.383	106.908	108.234	110.128	112.060
	571.832	580.947	589.653	607.481	618.144	627.666	631.246	633.522

Fuente: Servicio Navarro de Salud, Memoria 2013.

Según los datos del Complejo Hospitalario de Navarra en el periodo de Noviembre 2013 a Enero 2014 fueron atendidas en el servicio de urgencias pediátricas un total de 11.709 urgencias. (2)

Tabla 2. Urgencias atendidas en el CHN en Noviembre 2013.

CHNa: URGENCIAS							NOVIEMBRE DE 2013									
	URGENCIAS			SALA DE OBSERVACIÓN			ALTAS									
	PAC.	URG/DÍA	EM	PAC.	PAC./DÍA	EM	MÉDICA		INGRESO		EXITUS		OTROS		TOTAL	
							N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HNA-GRAL	4.012	133,7	4,9	212	7,1	19,7	2.928	75,7	828	21,4	1	0,0	113	2,9	3.870	100,0
GINECOLOGÍA	1.354	45,1	6,9	206	6,9	6,6	499	55,3	399	44,2	0	0,0	4	0,4	902	100,0
PEDIATRÍA	3.339	111,3	2,0	164	5,5	13,5	2.308	94,7	123	5,0	0	0,0	7	0,3	2.438	100,0
HVC-GRAL	4.975	165,8	5,5	173	5,8	18,7	3.091	81,9	625	16,6	1	0,0	55	1,5	3.772	100,0

PAC.: número de pacientes. URG/DÍA y : promedio de urgencias por día. PAC./DÍA: promedio diario de pacientes en Sala de Observación. EM: estancia media en horas.

Fuente: Servicio informático Complejo Hospitalario de Navarra.

Tabla 3. Urgencias atendidas en el CHN en Diciembre 2013.

CHNa: URGENCIAS POR MES							DICIEMBRE DE 2013									
PUERTA	URGENCIAS			SALA DE OBSERVACIÓN			ALTAS									
	PAC.	URG/DÍA	EM	PAC.	PAC./DÍA	EM	MÉDICA		INGRESO		EXITUS		OTROS		TOTAL	
							N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
GENERAL A-B																
Diciembre	9.019	320,0	4,7	436	14,1	17,4	6.824	78,7	1.628	18,8	6	0,1	215	2,5	8.673	100,0
GINECOLOGÍA																
Diciembre	1.406	45,4	5,5	213	6,9	7,0	563	57,9	405	41,6	0	0,0	5	0,5	973	100,0
PEDIATRÍA																
Diciembre	4.423	142,7	1,9	219	7,1	14,3	3.044	91,9	218	6,6	0	0,0	52	1,6	3.314	100,0

PAC.: número de pacientes. URG/DÍA y : promedio de urgencias por día. PAC./DÍA: promedio diario de pacientes en Sala de Observación. EM: estancia media en horas.

Fuente: Servicio informático Complejo Hospitalario de Navarra.

Tabla 4. Urgencias atendidas en el CHN en Enero 2014.

CHNa: URGENCIAS							ENERO DE 2014									
	URGENCIAS			SALA DE OBSERVACIÓN			ALTAS									
	PAC.	URG/DÍA	EM	PAC.	PAC./DÍA	EM	MÉDICA		INGRESO		EXITUS		OTROS		TOTAL	
							N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HNA-GRAL	4.821	149,1	5,4	238	7,7	17,9	3.221	72,5	1.044	23,5	4	0,1	171	3,9	4.440	100,0
GINECOLOGÍA	1.434	46,3	5,8	220	7,1	7,0	638	59,4	433	40,3	0	0,0	3	0,3	1.074	100,0
PEDIATRÍA	3.947	127,3	1,5	229	7,4	13,3	2.811	94,1	168	5,6	0	0,0	8	0,3	2.987	100,0
HVC-GRAL	5.570	179,7	5,0	177	5,7	17,4	3.435	79,4	794	18,4	2	0,0	93	2,2	4.324	100,0

PAC.: número de pacientes. URG/DÍA y : promedio de urgencias por día. PAC./DÍA: promedio diario de pacientes en Sala de Observación. EM: estancia media en horas.

Fuente: Servicio informático Complejo Hospitalario de Navarra

Este mismo periodo de tiempo un año atrás recoge un total de 10.516 urgencias atendidas por el servicio, una diferencia de 1.193 pacientes. (2)

Tabla 5. Urgencias atendidas en el CHN en Noviembre 2012.

CHNa: URGENCIAS		NOVIEMBRE DE 2012														
	URGENCIAS		TURNO						ALTAS							
	TOTAL	URG/DIA	MAÑANA		TARDE		NOCHE		MÉDICA		INGRESO		EXITUS		OTROS	
			N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
HOSPITAL A	4.005	133,5	1.858	46,4	1.463	36,5	684	17,1	3.074	76,8	800	20,0	4	0,1	127	3,2
GENERAL	4.005	133,5	1.858	46,4	1.463	36,5	684	17,1	3.074	76,8	800	20,0	4	0,1	127	3,2
HOSPITAL B	9.551	318,4	3.757	39,3	4.014	42,0	1.780	18,6	7.819	81,9	1.254	13,1			478	5,0
MATERNAL	1.376	45,9	505	36,7	556	40,4	315	22,9	849	61,7	448	32,6			79	5,7
INFANTIL	3.408	113,5	1.105	32,4	1.633	47,9	668	19,6	3.182	93,4	170	5,0			54	1,8
GENERAL	4.780	159,0	2.147	45,0	1.825	38,3	787	16,7	3.788	79,4	636	13,3			345	7,2
COMPLEJO HOSPITALARIO	13.556	451,9	5.615	41,4	5.477	40,4	2.464	18,2	10.893	80,4	2.054	15,2	4	0,0	605	4,5

Fuente: Servicio informático Complejo Hospitalario de Navarra.

Tabla 6. Urgencias atendidas en el CHN en Diciembre 2012.

CHNa: URGENCIAS		DICIEMBRE DE 2012														
	URGENCIAS		TURNO						ALTAS							
	TOTAL	URG/DIA	MAÑANA		TARDE		NOCHE		MÉDICA		INGRESO		EXITUS		OTROS	
			N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
HOSPITAL A	4.199	135,5	1.943	46,3	1.515	36,1	741	17,6	3.192	76,0	859	20,5	3	0,1	145	3,5
GENERAL	4.199	135,5	1.943	46,3	1.515	36,1	741	17,6	3.192	76,0	859	20,5	3	0,1	145	3,5
HOSPITAL B	10.357	334,1	4.123	39,8	4.137	39,9	2.097	20,2	8.558	82,6	1.249	12,1			550	5,3
MATERNAL	1.365	44,0	503	36,8	560	41,0	302	22,1	886	64,9	412	30,2			67	4,9
INFANTIL	3.789	122,6	1.258	33,1	1.685	44,4	856	22,5	3.577	94,2	172	4,5			60	1,3
GENERAL	5.193	167,5	2.362	45,5	1.882	36,4	939	18,1	4.085	78,0	665	12,8			433	8,3
COMPLEJO HOSPITALARIO	14.556	469,5	6.066	41,7	5.652	38,8	2.838	19,5	11.750	80,7	2.108	14,5	3	0,0	695	4,8

Fuente: Servicio informático Complejo Hospitalario de Navarra.

Tabla 7. Urgencias atendidas en el CHN en Enero 2013.

CHNa: URGENCIAS		ENERO DE 2013														
	URGENCIAS		TURNO						ALTAS							
	TOTAL	URG/DIA	MAÑANA		TARDE		NOCHE		MÉDICA		INGRESO		EXITUS		OTROS	
			N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		
HOSPITAL A	4.306	138,9	1.992	46,3	1.590	36,9	724	16,8	3.189	74,1	935	21,7	3	0,1	179	4,2
GENERAL	4.306	138,9	1.992	46,3	1.590	36,9	724	16,8	3.189	74,1	935	21,7	3	0,1	179	4,2
HOSPITAL B	9.758	314,8	3.784	38,9	4.065	41,7	1.889	19,5	7.926	81,2	1.335	13,7	3	0,0	494	5,1
MATERNAL	1.360	43,9	548	40,3	512	37,6	300	22,1	782	57,5	485	35,7			93	6,8
INFANTIL	3.311	106,8	1.025	31,0	1.575	47,6	711	21,5	3.118	94,2	152	4,6			41	1,2
GENERAL	5.087	164,1	2.221	43,7	1.978	38,9	888	17,5	4.028	79,1	698	13,7	3	0,1	360	7,1
COMPLEJO HOSPITALARIO	14.064	453,7	5.786	41,1	5.655	40,2	2.623	18,7	11.115	79,0	2.270	16,1	6	0,0	673	4,8

Fuente: Servicio informático Complejo Hospitalario de Navarra.

4.3. Patología respiratoria.

Este estudio realiza una revisión bibliográfica sobre la patología respiratoria infantil, gripe, bronquiolitis y fiebre, patología que provoca brotes epidémicos en los meses fríos del año.

La gripe es una de las entidades estudiadas debido a que provoca importantes brotes muy contagiosos en la población atendida por el servicio de urgencias pediátricas.

“La gripe se transmite por vía respiratoria y durante los brotes comunitarios las tasas más altas de ataque se observan en niños en edad escolar. La diseminación secundaria a los adultos y otros niños en la familia es común.”

“La gripe es muy contagiosa, sobretodo en poblaciones que viven en instituciones semicerradas. Los pacientes se contagian desde 24 horas antes de la aparición de los síntomas. En los climas templados las epidemias suelen ocurrir en los meses de invierno. Las tasas de ataque en niños sanos son de 10 y 40% cada año.” ⁽⁸⁾

Los menores de 15 años conviven en espacios semicerrados como son los colegios y guarderías durante un importante porcentaje de horas diarias, esto favorece la contaminación de la gripe provocando brotes epidémicos.

Otro de los eventos patológicos revisados en este trabajo es la bronquiolitis evento que según la bibliografía también provoca brotes epidémicos en invierno.

“El VRS es el principal patógeno respiratorio en la población pediátrica y el principal agente etiológico de las infecciones respiratorias bajas en niños. El pico de incidencia se observa entre el primer y sexto mes de vida. Es de distribución mundial, con epidemias anuales en el invierno o en la estación lluviosa en climas más templados.” ⁽⁹⁾

La fiebre es un síntoma frecuente en la infancia. Aparece en muchos de los episodios virales y bacterianos de enfermedades típicas de los meses fríos. En el niño la fiebre es un síntoma muy frecuente y común que motiva muchas de las consultas a urgencias pediátricas entre un 25 y un 30 % de las consultas. ⁽¹⁰⁾

La literatura indica estas tres entidades patológicas como frecuentes en la estación fría del año por ello a continuación se desarrollan apartados como definición, etiología, diagnóstico, tratamiento y complicaciones de algunas de ellas.

4.3.1. GRIPE INFLUENZA

La gripe es la entidad patológica que provoca un importante pico de incidencia en la estación fría del año, en Navarra en la temporada 2013-2014 podemos observar como este pico de mayor incidencia se encuentra entre Diciembre y Enero a nivel de toda la población según datos del boletín oficial de salud pública de Navarra.

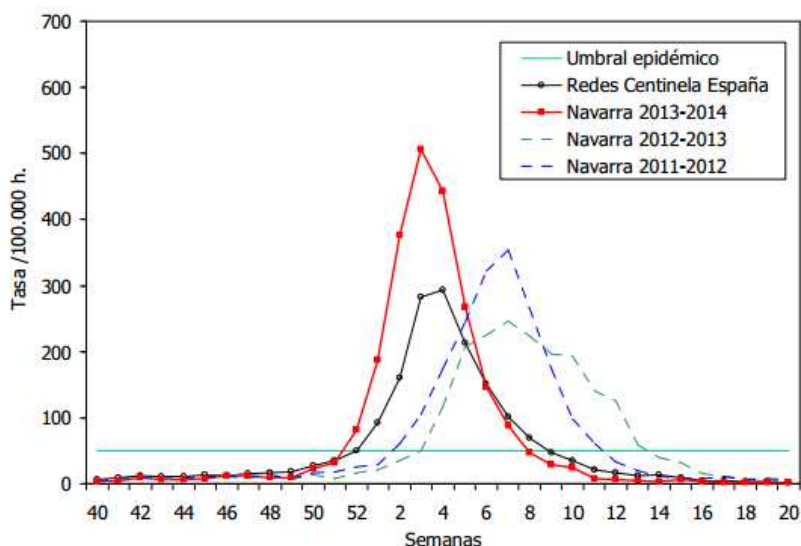


Figura 1. Incidencia semanal de síndromes gripales en la temporada 2013-2014 en Navarra y en España. Comparativa con temporadas previas. Fuente: (11) Boletín de salud pública N°77 Mayo 2014. Gobierno de Navarra.

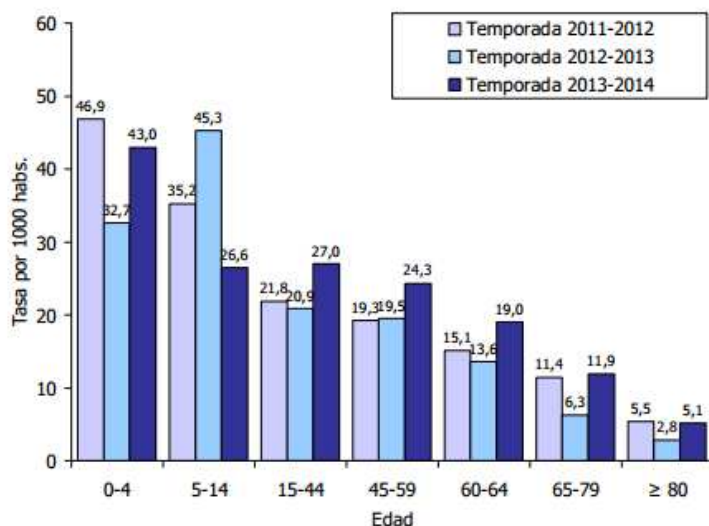


Figura 2. Incidencia acumulada de síndromes gripales por grupos de edad en las temporadas 2011-2012 a 2013-2014. Fuente: (11) Boletín de salud pública N°77 Mayo 2014. Gobierno de Navarra.

Según el mismo informe del Instituto de Salud Pública podemos observar como la población diana de nuestro estudio sufre un importante número de casos de gripe acumulados, los menores de 15 años.

La sintomatología típica en la gripe es la fiebre, acompañada de escalofríos, temblores, cefalea, malestar general, mialgia difusa y tos no productiva. A medida que la enfermedad progresa, los signos y síntomas del aparato respiratorio, como faringitis, congestión nasal, rinitis y tos van siendo más evidentes. La clínica varía en niños se manifiesta como infecciones de vías respiratorias altas y en otros casos como un estado febril con escasas manifestaciones respiratorias. (11)

Este cuadro está causado por los ortomixovirus de tipo A, B y C. En la enfermedad epidémica son las influencias de tipo A y B. El virus se transmite por contacto respiratorio por gotas de flugge y también por contacto directo con superficies contaminadas. Durante los brotes comunitarios de gripe las tasas más altas se dan en niños de edad escolar, también es frecuente la contaminación secundaria de niños a adultos en el ambiente familiar.

Los pacientes son contagiosos desde las 24 horas antes de la aparición de sintomatología. La excreción viral se correlaciona con el grado de fiebre. En los climas templados las epidemias estacionales suelen ocurrir en los meses de invierno. Los brotes comunitarios pueden durar entre 4 y 8 semanas o más. Las tasas de afectación son de entre el 10 y el 40% de niños sanos cada año, aproximadamente el 1% conlleva hospitalización. (12)

Durante las primeras 72 horas pueden obtenerse muestras para realización de pruebas de inmunofluorescencia, cultivo viral o test de rápido diagnóstico. A partir de ese periodo de tiempo disminuye la carga viral. Los test de rápido diagnóstico para identificación de antígenos A y B de los virus influenza en muestra de lavado o hisopado de vías respiratorias su especificidad y sensibilidad varían comparando con cultivos por ello deben interpretarse los resultados de las mismas junto a un contexto de clínica y actividad del virus en la comunidad. Las pruebas de PCR tienen una alta especificidad y sensibilidad, no están estandarizadas pero en Navarra se realizan.

El tratamiento de la gripe debe considerarse en pacientes con importante riesgo de complicaciones, con patología grave previa o personas en un ambiente familiar o social especial que puedan perjudicar la progresión de la enfermedad. En este tipo de casos se utilizan fármacos antivirales como el oseltamivir y zanamivir, su eficacia puede ser específica de cepa. En brotes de gripe A pueden utilizarse otra clase de fármacos como son la amantadina y rimantadina. Ambos tipos de fármacos deben utilizarse en las primeras 48 horas tras el comienzo de los síntomas para disminuir la gravedad y duración de la gripe.

El control de la sintomatología mediante farmacología como antipiréticos como paracetamol o ibuprofeno. La abundante ingesta de líquidos y el reposo son componentes esenciales en el tratamiento de la gripe.

Las complicaciones más frecuentes son otitis media y la neumonía, la causa más frecuente de esta es la sobreinfección bacteriana secundaria. La gripe es especialmente grave en pacientes con patología importante previa como cardiopatías y enfermedades respiratorias como asma, fibrosis quística, inmunodeficiencias y niños en tratamiento con quimioterapia. (13)

4.3.2. BRONQUIOLITIS EN NIÑOS

Enfermedad de etiología predominantemente vírica, que provoca una obstrucción bronquiolar debido a una inflamación aguda junto con moco y restos celulares.

Se da en la infancia y es una enfermedad que comienza en las vías aéreas altas y que progresa a las vías aéreas inferiores ocasionando sibilancias debidas al engrosamiento de las paredes bronquiolares que disminuye el flujo aéreo. Es usualmente autolimitada y es la causa más común de hospitalización del lactante menor.

El VRS (virus respiratorio sincitial) es el virus responsable de más del 70% de los episodios de bronquiolitis, el resto como el parainfluenza, influenza A, adenovirus rinovirus ocupan el restante porcentaje.

El virus probablemente se transmite por contacto directo con las secreciones de otros individuos infectados más frecuentemente que por diseminación aérea.

El virus causa daño al replicarse directamente en el tejido bronquiolar y la necrosis da paso a reepitelización de células sin cilios incapaces de transportar las secreciones produciéndose así obstrucción de las luces. Esta obstrucción se acompaña de un infiltrado leucocitario y edema de los tejidos. Indirectamente se produce un daño inmunológico que provoca una inadecuada función del surfactante.

Clínicamente presenta rinorrea, obstrucción nasal y tos durante 3-4 días, posteriormente la tos se hace más importante asociada a síntomas generales como astenia, pérdida de apetito, adinamia. La fiebre suele ser leve o no presentarse. La gran mayoría presenta sibilancias que pueden ser oídas incluso sin fonendoscopio. El aumento de frecuencia respiratoria, disnea o cianosis evidencian la severidad de la enfermedad. (12)

El diagnóstico de la bronquiolitis es un diagnóstico clínico, los exámenes paraclínicos no son necesarios en la mayoría de los casos salvo la pulsioximetría. Las radiografías muestran signos de atrapamiento aéreo e infiltrados intersticiales. La analítica sanguínea puede mostrar leucocitos levemente aumentados o en rangos normales. ⁽¹¹⁾

Existen test rápidos para el diagnóstico que se realizan mediante un kit tomando una muestra de las secreciones nasales del niño.

El tratamiento en la bronquiolitis con broncodilatadores es impredecible independientemente de la causa. Se administra salbutamol inhalado y se observa la respuesta de manera objetiva. El suero salino hipertónico nebulizado ofrece mejoría en el paciente.

En la mayoría de las bronquiolitis no es necesaria la hospitalización ya que suelen ser leves, esta decisión depende de criterios como la edad, taquipnea, retracciones y apariencia tóxica. En caso de radiografías con atelectasias, cardiopatías, enfermedades respiratorias previas, prematuros o menores de tres meses son factores casos que tienen más probabilidades de hospitalización. ⁽¹²⁾

4.3.3. SINDROME FEBRIL

La fiebre es uno de los principales motivos de consulta en urgencias pediátricas el 25-30% de las consultas. Se considera fiebre una temperatura rectal mayor de 38 °C.

Habitualmente es debida a infecciones víricas poco importantes en ocasiones puede ser reflejo de un proceso infeccioso potencialmente grave como una enfermedad bacteriana: sepsis, meningitis bacteriana, neumonía, bacteriemia oculta, del tracto urinario alto o gastroenteritis aguda bacteriana. ⁽¹²⁾

Aproximadamente el 20% de los niños menores de 3 años que presentan fiebre lo hacen sin foco aparente tras una historia y exploración física adecuada, con lo que constituye una patología suficientemente frecuente para realizar estudios exhaustivos.

La causa más frecuente en un episodio febril es una infección vírica autolimitada, independientemente de la edad.

Es importante realizar una buena anamnesis y exploración física del paciente, revisando antecedentes familiares y personales, valorando la epidemiología familiar, escolar y estacional y la historia actual (Edad, tiempo de evolución de la fiebre, cuantía y tipo de fiebre, respuesta a antitérmicos, situación del paciente en estado afrebril, sintomatología acompañante y tratamiento recibido hasta el momento.) ⁽¹³⁾

La fiebre requiere tratamiento cuando supera los 38°C para aliviar la sintomatología de discomfort, cefalea, vómitos, astenia y también intentar prevenir la convulsión febril.

Los fármacos utilizados son Paracetamol, antitérmico potente con efecto analgésico moderado; Aines con efecto antipirético y antiinflamatorio como ibuprofeno y metamizol antitérmico potente, espasmolítico y no antiinflamatorio de uso principalmente hospitalario. Se utiliza la alternancia de fármacos por su efectividad, pese a la poca evidencia científica de estudios realizados. (14)

Las medidas físicas como baños tibios, compresas húmedas y la ingesta de abundantes líquidos se pueden utilizar junto a las medidas farmacológicas.



4.4. Recomendación del servicio.

El equipo sanitario del Hospital B del CHN ofrece en la consulta un consejo de salud que queda reflejado de manera escrita y entregada a la familia del niño siempre que el sanitario valore y considere adecuado.

Las recomendaciones son adaptadas a la patología que motiva la consulta a urgencias pediátricas y se entrega bajo criterio médico. El consejo va dirigido a una patología o síntoma concreto. Están basadas en el consejo de salud de entidades como la *Sociedad Española de Urgencias de Pediatría* y la *American Academy of Pediatrics*. (15,16)

Como consejo general respecto a la **fiebre** se aconseja la utilización de dispositivos objetivos como el termómetro para valorar la temperatura, que se mantenga una temperatura ambiental agradable sin abrigar demasiado al niño y ofrecer abundantes líquidos sin forzarle. Advierte que no es necesario bajar la fiebre en todas las circunstancias, solo si el niño está molesto, a partir de 38°C.

En cuanto a los antitérmicos se aconseja utilizar la dosis de antitérmico recomendada por su pediatra respetando los intervalos aunque la fiebre desaparezca antes, si es posible se administrara por vía oral y no rectal, estos fármacos no curan la infección solo ayudan a que el niño se sienta mejor. Los baños con agua templada pueden ayudar a los antitérmicos pero no se debe usar ni compresas de alcohol ni de agua fría.

Se aconseja emplear un solo tipo de antitérmico y no siempre es necesario alternar medicamentos para tratar la fiebre. No utilizar antibióticos sin prescripción médica.

Dentro del consejo se resaltan dos apartados sobre que debe vigilar y cuando debe acudir de nuevo al servicio de urgencias.

Se indican pautas para que los padres vigilen el estado general del niño (es relativamente normal que coincidiendo con el pico febril pueda estar afectado), el color y la apariencia de la piel: no debe estar excesivamente pálida ni moteada ni presentar manchas. Si aparecen nuevos síntomas o empeoran los síntomas que acompañan a la fiebre.

Los padres deben volver al servicio de urgencias cuando detecten que el niño está adormilado, decaído o por el contrario, muy irritable o quejoso. Si ha tenido por primera vez una convulsión. Si se queja de dolor de cabeza intenso y vomita varias veces. Si el niño respira con dificultad. Si aparecen manchas en la piel, especialmente si estas no desaparecen al presionarlas.

En patología como la **bronquiolitis** se aconseja que los padres o familia mantengan permeable la vía aérea. Mediante lavados con suero fisiológico y aspiración de las secreciones, antes de las tomas o a demanda. Posicionándolo con la cabeza algo elevada (30º) para que pueda respirar mejor. Que las tomas del niño sean fraccionadas, poco y a menudo. Que se evite el humo del tabaco y mantener una temperatura de unos 20ºC.

Pautas a vigilar que indican que los padres/ familia deben volver a llevar al niño a urgencias: Si presenta mal estado general, irritable o adormilado. Si el niño se fatiga mucho en las tomas, casi no come o vomita con frecuencia Si se pone morado o pálido. Si respira peor: cada vez más deprisa, se le marcan las costillas con cada respiración, mueve mucho la tripa al respirar, se le hunde el pecho o deja de respirar durante segundos. Si presenta fiebre elevada (en axila 39ºC o más) persistentemente.

Consejo sanitario en la Laringitis, evitar el ambiente seco en casa, ponga depósitos de agua en los radiadores. La humedad puede mejorar los síntomas: mantener al niño en el baño con los grifos de agua caliente abiertos o hacer que respire el aire fresco de la calle sacándole abrigado a la terraza. No se deben emplear collarines de agua y alcohol. No son efectivos y, además pueden irritar la piel. No administrar jarabes, ni supositorios para la tos sin consultar con su pediatra. Si el niño tiene fiebre administrar el antitérmico recomendado habitualmente por el pediatra. La inapetencia es normal no hay que forzar al niño a comer, si hay que ofrecer líquidos.

Se debe vigilar la respiración del niño en algunos casos, la inflamación de la laringe dificulta la entrada de aire.

Se debe acudir a un servicio de urgencias si hace ruido al coger el aire (estridor) aunque el niño esté tranquilo. Si la dificultad respiratoria empeora: respira cada vez más deprisa, se le marcan las costillas, mueve mucho el abdomen, se le hunde el pecho o estira el cuello. Cuando el niño tenga dificultad para tragar o babee mucho.

4.5. Análisis datos estudio de muestra

El estudio realizado recoge datos sobre 200 sujetos, niños menores de 15 años atendidos en el servicio de Urgencias pediátricas del Hospital B del Complejo Hospitalario de Navarra, durante el periodo de tiempo de Noviembre del 2013 a Enero del 2014. La selección de sujetos se llevo a cabo de manera aleatoria durante las prácticas presenciales del grado de enfermería en dicho servicio por parte de la autora.

Podemos observar en la *figura 2* un grafico que representa la distribución de correlación de talla y peso, indicándonos que la selección de niños mantiene la distribución normal adecuada a la edad.

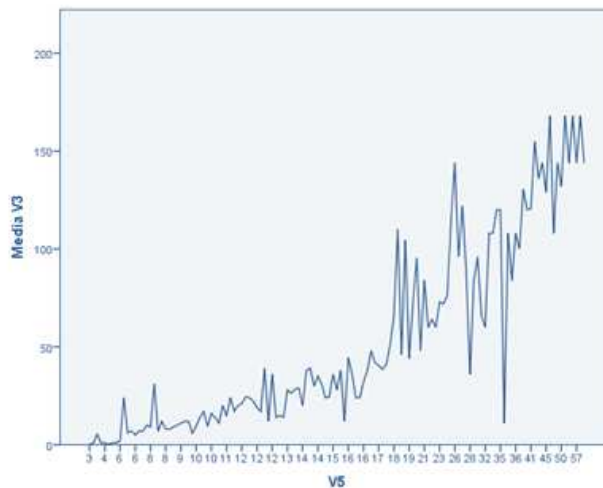


Figura 2. Distribuciones de correlación entre peso y talla

A continuación el siguiente gráfico muestra como la fiebre y la patología respiratoria son las entidades que mayor porcentaje de casos motivan, la patología gastrointestinal y otra patología ocupan un porcentaje menor aumentando en importancia en edades comprendidas entre 4-9 y 9-14 años. En las edades de 0-6 meses y 6m-3años claramente se observa una diferencia importante, la fiebre y la patología respiratoria son los principales motivos por los que se acude a urgencias.

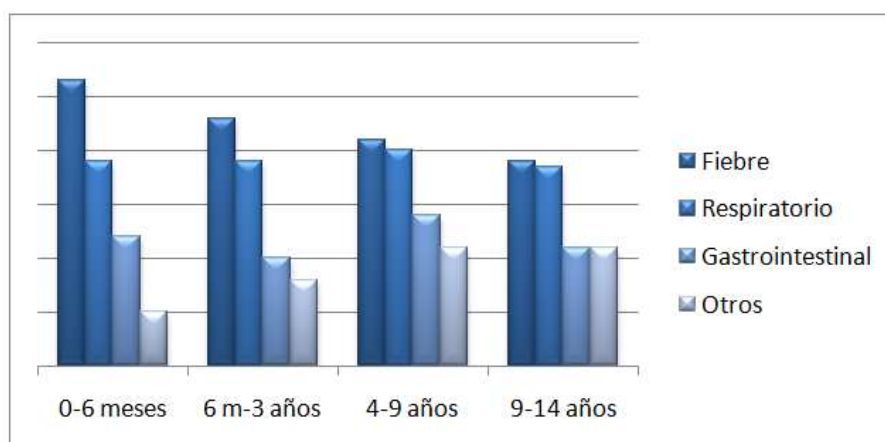


Figura 3. Motivos de consulta de urgencia pediátrica según edad.

Como ya ha sido desarrollado en otro apartado del presente trabajo el sistema de clasificación de los pacientes que acuden a urgencias pediátricas con un proceso de potencial gravedad otorga a cada paciente una puntuación del 1 al 5, siendo 1 la máxima gravedad con riesgo vital que requiere una inmediata atención y 5 los procesos de menor gravedad, no urgentes que pueden esperar para ser atendidos si existen casos esperando de menor puntuación.

La *figura 4* representa gráficamente el tipo de puntuación recibida por los pacientes del estudio, de los 200 casos un amplio porcentaje obtienen 3 y 4 puntos lo que significa que los casos son urgentes pero estables o urgencias menores que requieren un tiempo máximo de atención de entre 60-120 min.

Los casos de no urgencia, que obtienen 5 puntos son patología de poca complejidad o cuestiones administrativas, citaciones, etc. Pueden esperar hasta 240 minutos. Los casos de gravedad suponen muy bajo porcentaje por suerte, sin haber registrado ningún caso de 1 punto en triage durante el estudio.

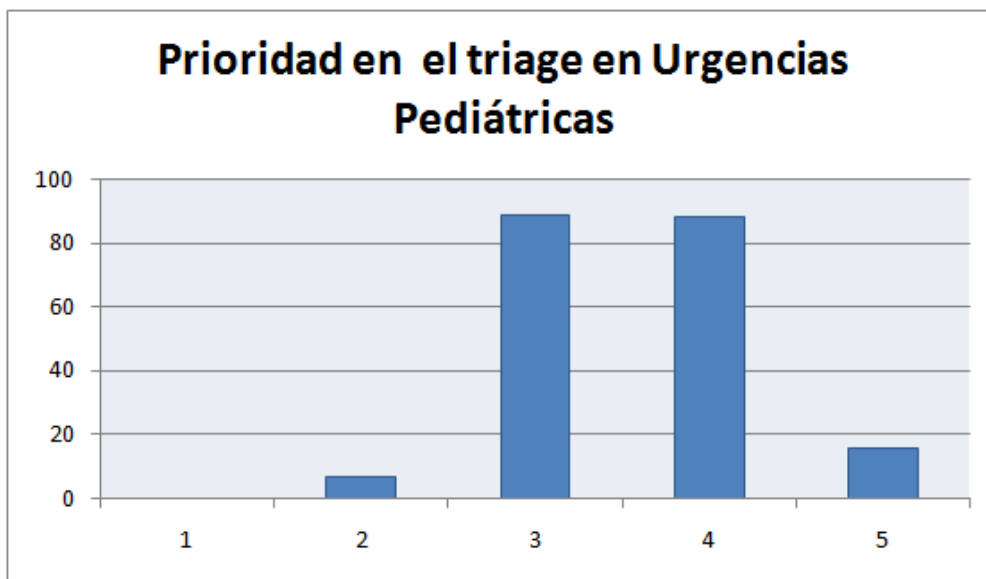


Figura 4. Porcentaje de puntuación obtenida en triage en Urgencias pediátricas.

A continuación la *tabla 8* expone la correlación existente entre la puntuación, frecuencia y porcentaje. Determinando que un 88,5 % del total de puntuaciones otorgadas han sido de 3- 4 puntos. Un 7% obtuvo 5 puntos y un 3,5% 2 puntos.

Los procesos que mayor atención demandan son urgentes pero estables o urgencias menores que requieren un tiempo máximo de atención de entre 60-120 min.

Tabla 8. *Correlación entre puntuación obtenida, frecuencia de valoración y porcentaje del total.*

Puntuación triage	Frecuencia de evaluación	Porcentaje
1	0	0%
2	7	3,5%
3	89	44,5%
4	88	44%
5	16	7%

Fuente: Elaboración propia.

5. DISCUSIÓN

Los niños son el futuro de nuestra sociedad y es necesario atender todos los aspectos de su salud, asistiendo adecuadamente a estos niños y sus familias en la red de recursos sanitarios incluida la atención rápida y de calidad en los servicios de urgencias pediátricas.

Se constata en el análisis estadístico realizado en este trabajo que el porcentaje de niños que acude a urgencias por **motivos respiratorios** es muy importante y es coincidente con los datos representados en la incidencia acumulada de casos de gripe según el *Boletín del Instituto de Salud Pública*.⁽¹¹⁾

El criterio de gravedad que se obtiene en el 88,5% de los casos son de gravedad leve y moderada, obteniendo así una **puntuación en triage de 3-4 puntos**, atribuible a la falta de consulta en Atención primaria, a los horarios laborales de los progenitores y a las debilidades en el consejo preventivo.

La urgencia pediátrica es la puerta de acceso para muchas familias en las que surge la necesidad de que un equipo sanitario valore al niño pero es el **sector de la población con nivel bajo socioeconómico y educativo** el que más demanda esta atención según estudios revisados *“Los factores sociofamiliares constituyen un pilar importante en la asistencia repetida a urgencias y aunque son múltiples las causas que favorecen esta masificación, se hace muy necesaria una adecuada Educación para la salud en la población de más bajo nivel social”* ⁽¹⁹⁾

Como sanitarios debemos continuar incidiendo en la importancia de la educación en salud en estos sectores y en todos los de nuestra sociedad para evitar la masificación de estos servicios y para fomentar la seguridad y autonomía del paciente, en este caso del niño y su familia.

El principio de autonomía respalda este argumento ya que dotando de conocimientos e información sobre cuando acudir a urgencias, cómo funciona el sistema de atención primaria o enseñando cuidados básicos sobre patología no grave dotamos a las familias de independencia y soberanía para decidir sobre su salud.

La **investigación en los servicios de urgencias como motor hacia la calidad** en la prevención y atención de los procesos agudos en los niños. El centro Hospital B en el que este trabajo está basado e inspirado forma parte de La Red de Investigación de la SEUP-*Spanish Paediatric Emergency Research Group* (RISeuP-SPERG). La formación de los pediatras y personal de enfermería junto con la investigación promueve una mejora hacia la excelencia en los servicios de urgencias. (20)

Si el personal que atiende las urgencias infantiles está bien formado y los servicios avanzan en investigación se refleja en la rapidez y eficacia de la atención ofrecida por la unidad. En este centro el personal como se comprueba en su pertenencia a la red de investigación de la SEUP, esta inverso y comprometido en un ambiente de investigación, se realizan cursos de formación y actualización de personal tanto médico como enfermería, que mejoran la asistencia diaria.

En la atención pediátrica el sujeto atendido no es solamente el niño enfermo es la **unidad niño-familia**. Es en la mayoría de los casos la familia quien decide si el problema de salud del niño requiere la atención médica en atención primaria, en urgencias extrahospitalarias o en el hospital. Es quien concluye si existe o no la necesidad de una atención inmediata o en cambio puede solventarse en casa o en Atención Primaria por lo tanto la familia es uno de los factores más importantes, es quién va a recibir las indicaciones es quien tiene que saber cómo actuar y a dónde acudir en determinados casos.

Los profesionales sanitarios son los que tienen que formar mediante el consejo sanitario y las recomendaciones, concretamente enfermería se encuentra adecuadamente capacitada no solo para la detección de prioridad y atención inmediata al niño con procesos moderados-graves si no para impartir el consejo de salud adecuado.

Pese a que el motivo de demanda de atención no sea una patología con compromiso vital la especial situación de unos padres con un niño enfermo merece una atención lo más pronta posible atendiendo al principio de justicia, todos los individuos tienen derecho a una atención sanitaria sea de mayor o menor gravedad. La familia en la atención de urgencia pediátrica valora en gran medida la pronta atención a sus hijos, recibir una información detallada sobre el proceso, las opciones terapéuticas, etc.

Una de las labores más importantes del equipo sanitario se centra en tratar con la familia del niño atendido. Obtener una historia útil, explicar una enfermedad y un

proceso diagnóstico, hacer comprender las decisiones tomadas, las instrucciones de vigilancia y tratamiento, son en ocasiones tareas difíciles.

Cada familia tiene unas expectativas diferentes sobre la atención que se va a prestar se busca que les tranquilen en cuanto al proceso que el niño sufre, que se realicen estudios complementarios, soluciones al problema de salud del niño incluso otras veces se acude a urgencias por la comodidad como un sustituto de la consulta del pediatra del centro de salud.

Para reforzar el consejo preventivo debemos ajustarnos a las necesidades de cada familia, evitando el conflicto con la familia cuando sus expectativas no coinciden con la realidad del servicio, debemos mantener a la familia siempre bien informada sobre el proceso diagnóstico y terapéutico de su hijo así como hacerles partícipes de su cuidado.



6. CONCLUSIÓN

El incremento constante de la carga asistencial debido al cierre de centros extrahospitalarios, a los brotes epidémicos de enfermedades como la gripe, el VRS, la bronquiolitis y otros procesos respiratorios hacen que el servicio sufra episodios de masificación en el periodo estacional estudiado.

La patología respiratoria supone al mayor porcentaje de las consultas de Urgencias de pediatría en los meses fríos. Este tipo de patología provoca brotes epidémicos que favorecen la masificación de este servicio. El 88% de los pacientes atendidos obtienen una puntuación de 3 y 4 puntos que corresponde a criterio de gravedad leve y moderada.

El consejo médico sobre cuidados en la patología más usual como en la fiebre pueden reducir el número de consultas de pacientes con gravedad leve, solventando en su médico de atención primaria o en el domicilio. Los equipos de atención primaria inciden en el consejo de salud preventivo y las recomendaciones de actuación evitando así acudir a urgencias pero existen debilidades en las que se debe seguir insistiendo y trabajando para la mejora.

7. AGRADECIMIENTOS

En estas líneas me gustaría agradecer todo el apoyo, consejo y ayuda recibida por parte de la directora de este trabajo de Fin de Grado, Raquel Sáenz Mendía. Gracias también a Víctor Idoate García por el asesoramiento en el análisis estadístico del estudio presentado en este proyecto.

8. BIBLIOGRAFÍA

1. Web Servicio Navarro de Salud. Memoria 2013. Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/47F22173-ACA8-4B14-953F-D6146B813D19/282343/Memoria2013Navegabledefinitiva.pdf> [Consultada en: 12 febrero 2014]
2. Intranet Complejo Hospitalario de Navarra. [consultada en: 15 Enero 2014] No disponible para el público, acceso exclusivo desde el soporte informático del Complejo Hospitalario de Navarra.
3. Benito F.J, Mintegui S, Sanchez J. Diagnósticos y tratamiento de urgencias pediátricas. 4ª ed. Hospital de pediatría de cruces: Ergon. 2006.
4. Soler W, Gómez M, Bragulat E [et. al.] El *triaje*: herramienta fundamental en urgencias y emergencias. Anales del sistema sanitario en Navarra. Pamplona: Scielo. 2010. 33:55-68. [consulta: 26 noviembre 2013] Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v33s1/original8.pdf>
5. Rivara, Frederick P, [et al.] Pediatric nurse triage: Its efficacy, safety, and implications for care. American Journal of Diseases of Children. 1986. 140.3 205-210. [Consulta: 26 Noviembre 2013] Disponible en: <http://archpedi.jamanetwork.com/article.aspx?articleid=512765>
6. Sánchez J, Hernández S, Preciado C, [et. al.] Metodología de evaluación pediátrica en los departamentos de urgencias y emergencias médicas. Revista ciencias medicas. Pinar del rio. 2010. Vol.14 N°1. [Consulta: 26 Noviembre 2013] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942010000100022
7. Brady, Margaret A, James A. Neal. Role delineation study of pediatric nurse practitioners: A national study of practice responsibilities and trends in role functions. *Journal of Pediatric Health Care*. 2000. 14.4: 149-159. [Consulta:16 Enero 2014] Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S089152450007646X>
8. Baker C.J. Red Book. Atlas de enfermedades infecciosas en pediatría. American Academy of Pediatrics. 2009. Madrid: Panamericana.
9. Elliott E, Gilbert E, Moyer V, [Et al] Enfermedades infecciosas en pediatría. recomendaciones basadas en la evidencia. 2010. Madrid: Panamericana.

10. Reyes M.A, Aristizabal G, Leal F.J. Neumología pediátrica. Infección, alergia y enfermedad respiratoria en el niño. 5ª ed. 2006. Madrid: Panamericana.
11. Web Gobierno de Navarra. Boletín de Salud Pública. Nº 77 mayo 2014. Disponible en <http://www.navarra.es/nr/rdonlyres/1058db76-1e14-4550-92ae-51c903a02010/285057/bol77int1.pdf> [Consultado: 27 mayo 2014].
12. Kliegman R.M, Stanton B.F., St.geme J.W. [et. al]. Nelson tratado de pediatría. 19ªEd. 2012.Vol II, 161. Barcelona: Elsevier.
13. Poirier, Michael P. [et al.] Pediatric emergency department nurses. Perspectives on fever in children. *Pediatric emergency care* 2000. 16.1: 9-12. [Consultado: 17 Enero 2014] Disponible en: http://journals.lww.com/pec-online/Abstract/2000/02000/Pediatric_emergency_department_nurses_3.aspx
14. Díez Domingo, J. [et al.] Utilización de la alternancia de antipiréticos en el tratamiento de la fiebre en España. *Anales de Pediatría*. Vol. 55. No. 6. 2001. Elsevier. [Consultado: 13 Febrero 2014] Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403301777296>
15. American Academy of Pediatrics. (On line). Disponible en: <http://www.aap.org> [consultado: 12 febrero 2014]
16. SEUP Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Disponible en: <http://www.seup.org/> [consultado: 2 Marzo 2014]
17. Montesdeoca A, Mesa Y. Guía de actuación en urgencias pediátricas. 2009. Hospital Universitario de Canarias: ERGON.
19. Sánchez A, Pérez [et al.] Consultas reiterativas en la urgencia hospitalaria pediátrica. *Anales España Pediatría*. 44 (1996): 321-325. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/anales/44-4-5.pdf> [Consultado: 27 Febrero 2014]
20. Mintegui, S. [Et. al.] Investigación en Urgencias Pediátricas. La red de investigación de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. *Research in Pediatric Emergency Medicine: the research network of the spanish society of pediatric emergencies*. Vizcaya, España. *Emergencias* [On line] 24:238-240. Disponible en http://www.semes.org/revista/vol24_3/13.pdf [Consulta: 2 marzo 2014]

Anexo 1.

NOTICIA (A) DIARIO DE NOTICIAS

URGENCIAS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE NAVARRA

El CHN refuerza las urgencias pediátricas por el impacto de la gripe
Las guardias de presencia física se intensifican durante 12 horas los domingos y festivos

D.N. - Viernes, 3 de Enero de 2014 - Actualizado a las 06:05h

Fachada exterior de Virgen del Camino. (MIKEL SAIZ)

PAMPLONA. El servicio de urgencias del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN) se ha visto reforzado desde el martes por el departamento de Salud a causa del alto número de pacientes que lo han saturado durante estos dos últimos fines de semana. La mayoría eran niños y niñas afectadas por la gripe. Esta situación ha llevado al departamento a intensificar las guardias de presencia física durante 12 horas los domingos y festivos. Normalmente, son los centros de salud los que atienden estos casos entre semana, aunque fines de semana y festivos recaen en el Complejo Hospitalario, otro motivo por el que se produce la masificación de pacientes en este servicio.



La razón por la que han aumentado los pacientes que acuden al servicio de urgencias es, según Salud, el aumento de la gripe entre los niños, causada por el VSR (virus sincitial respiratorio). Este virus, común sobre todo en invierno y muy fácil de contagiar, causa infecciones en el sistema respiratorio de los bebés y de los niños más pequeños.

Por otro lado, desde el departamento de Salud indicaron que no deben saltar las alarmas a causa de la saturación en las urgencias pediátricas. Esta situación se produce cada cierto tiempo, sobre todo en estas fechas ya que se desarrollan con más facilidad enfermedades relacionadas con el frío.

El centro Doctor San Martín suma un pediatra más para domingos y festivos desde el pasado noviembre

Por otro lado, centro Doctor San Martín, que también facilita el servicio de urgencias pediátricas, fue previsor en este aspecto y decidió añadir, desde el pasado 29 de noviembre, un pediatra más a los tres que ya se encontraban en activo. Este refuerzo también tiene lugar los sábados, domingos y festivos y se prolongará hasta el día seis de enero. Continuará según se considere necesario.

EPIDEMIA La actividad gripal sobrepasó, en la semana del 23 al 29 de diciembre, el umbral epidémico. Su intensidad es media y la tendencia, creciente. Esta situación coincide en el tiempo con una circulación importante de virus respiratorio sincitial en niños y con un aumento de las neumonías en adultos, según consta en el último informe de la red de vigilancia de esta enfermedad.

En concreto, se registraron 82,4 casos gripales por 100.000 habitantes. Se considera epidemia cuando se superan los 50. Se espera que esta incidencia vaya en aumento en las próximas cuatro o cinco semanas. En 2013, la onda gripal fue, igualmente, tardía y comenzó a finales del mes de enero.

Por otro lado, en lo que va de temporada se han registrado veinte hospitalizaciones de pacientes con confirmación del virus de la gripe. Once de estos ingresos se produjeron en la última semana. Destaca un aumento en la incidencia de neumonías atendidas en las urgencias de los hospitales.

En personas de riesgo, se recomienda, además de la vacunación, el evitar el contacto con personas con síntomas respiratorios y mantener las medidas de higiene básicas (cubrirse al estornudar, lavado de manos frecuente, etc.). El tratamiento con oseltamivir puede mejorar el pronóstico de la gripe en personas con factores de riesgo.

Anexo 2.

NOTICIA (B) DIARIO DE NOTICIAS

La saturación en las urgencias pediátricas obliga a reforzar el servicio
AINHOA PIUDO. PAMPLONA_

- Desde este miércoles se añaden en el Centro Hospitalario guardias los domingos y festivos durante 12 horas
- Salud achaca el aumento de pacientes a la incidencia de la epidemia del virus respiratorio VSR
04/01/2014 a las 06:01



Pacientes en las urgencias pediátricas del CHN, en una imagen tomada en diciembre de 2011. ARCHIVO

El **desbordamiento de pacientes** que han sufrido las **Urgencias Pediátricas del Complejo Hospitalario de Navarra (CHN)** "los dos últimos fines de semana" han obligado al departamento de Salud **areforzar las guardias** de presencia física durante 12 horas los domingos y festivos. El servicio, que comenzó el pasado miércoles, será prestado por el personal de urgencias y se prolongará en el tiempo "todo lo que sea necesario y hasta que la actividad en urgencias vuelva a ser la habitual", especificaron.

Salud asume que en los dos últimos fines de semana, "más en el segundo que en el primero", se ha producido un "severo aumento" de los pacientes que acuden a las urgencias pediátricas del CHN. El motivo, aseguran, es la **epidemia del virus sincitial respiratorio (VSR)**, el microbio más común que causa infecciones en los pulmones y en las vías respiratorias de los bebés y los niños pequeños, y que resulta de muy fácil contagio. Si durante los días laborables la demanda "la absorben" los centros de salud, es los fines de semana y los días festivos cuando los pacientes acuden masivamente hasta el Complejo Hospitalario.

4 PEDIATRAS EN SAN MARTÍN

El departamento asegura que las largas esperas que han tenido que asumir algunas familias en las últimas semanas son un fenómeno que se produce periódicamente, "especialmente en invierno", fruto de epidemias de virus como el VSR, gripe u otras afecciones relacionadas con el tiempo frío. **"No es algo extraordinario"**, aseguran.

De hecho, el centro Doctor San Martín, que también atiende urgencias pediátricas, se adelantó al Centro Hospitalario de Navarra y decidió añadir un pediatra más, hasta sumar cuatro, los sábados, domingos y días festivos desde el 29 de noviembre. El refuerzo se mantendrá, al menos, hasta el día 6 de enero y continuará en caso de que se valore necesario. "Coinciden en que el pico se ha producido en los últimos fines de semana, a partir del 2 de diciembre", explicaban.

EL CIERRE DE ERMITAGAÑA

El cierre en agosto del servicio en el centro de salud de Ermitagaña "no es un factor decisivo", creen. Las urgencias pediátricas en Ermitagaña atendían alrededor de 13.000 urgencias anuales por las tardes, hasta que a finales de agosto de este año la consejera Marta Vera decidió reducir los puntos de atención urgente y **centralizar las urgencias de pediatría extrahospitalarias** en el ambulatorio San Martín, donde se reforzó la plantilla con un pediatra más para que hubiera tres profesionales. Hasta entonces había 4 pediatras (dos en Ermitagaña y dos en San Martín) de lunes a viernes y dos, uno en cada centro, en fin de semana y festivos (con refuerzos).

En 2012 se atendieron en las urgencias extrahospitalarias de pediatría 27.163 consultas: 12.705 en Ermitagaña y 14.458 en el ambulatorio San Martín.