



## INFORME GATPAP

# *“Recomendaciones para la atención de urgencias y consultas no demorables en la consulta pediátrica de atención primaria”*

**Autores:** *Trinidad Alvarez de Laviada Mulero, Manuel Martínez Pons, Ramona Mínguez Verdejo, Valero Sebastian Barberan, Esther Serrano Poveda, Eva Suarez Vicent y José Villarroya Luna.*

## Patronos



## CONTENIDO

<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>3</b>
<b>2. JUSTIFICACIÓN DEL INFORME</b> .....	<b>3</b>
<b>3. OBJETIVOS</b> .....	<b>3</b>
3.1. GENERALES .....	3
3.2. ESPECÍFICOS .....	3
<b>4. METODOLOGÍA</b> .....	<b>4</b>
<b>5. RESULTADOS</b> .....	<b>5</b>
5.1. RESULTADOS BIBLIOGRAFÍA .....	5
5.2. RESULTADOS ENCUESTAS .....	5
<b>6. CONCLUSIONES</b> .....	<b>14</b>
6.1. ESTUDIO DE LA BIBLIOGRAFÍA. ....	14
6.2. REVISIÓN DE LAS RECOMENDACIONES BASADAS EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA, ASÍ COMO DE LAS INSTITUCIONES CIENTÍFICAS. ....	16
6.3. ANALIZAR LOS FACTORES QUE PUEDEN INFLUIR EN QUE SE PRODUZCA MAYOR DEMANDA ASISTENCIAL DE PACIENTES SIN CITA. ...	16
6.4. RECOGIDA DE DATOS A TRAVÉS DE ENCUESTA PARA CONOCER LA MAGNITUD DEL PROBLEMA Y LAS SOLUCIONES PROPUESTAS POR DISTINTOS PEDIATRAS. ....	17
6.5. ESTUDIAR LOS FACTORES MODIFICABLES QUE AFECTAN A LA GESTIÓN DE LOS PACIENTES NO DEMORABLES EN VISTAS A CONSEGUIR UNA MAYOR EFICIENCIA Y CALIDAD DE LA CONSULTA PEDIÁTRICA. ....	18
<b>7. PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES</b> .....	<b>18</b>
7.1. POR PARTE DE LA ADMINISTRACIÓN Y SOCIEDADES CIENTÍFICAS Y PROFESIONALES .....	18
7.2. POR PARTE DEL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL CENTRO DE SALUD Y COORDINACIÓN.....	19
7.3. POR PARTE DEL EQUIPO PEDIÁTRICO (PEDIATRAS Y ENFERMERÍA PEDIÁTRICA).....	20
<b>8. BIBLIOGRAFIA</b> .....	<b>23</b>
<b>9. ANEXOS</b> .....	<b>26</b>
ANEXO 1: HOJA PRESENTACIÓN DE LA CONSULTA DE PEDIATRÍA .....	27
ANEXO 2: HOJA PROPUESTA PARA MEJORA DESDE EL MOSTRADOR .....	29
ANEXO 3: CARTEL SALA Y HOJA INFORMATIVA PARA LOS PACIENTES SIN CITA .....	30
ANEXO 4: TRIAJE .....	31
ANEXO 5: ENCUESTA REALIZADA.....	32

## 1. INTRODUCCIÓN

El Grupo Asesor Técnico para la Pediatría de Atención Primaria (GATPAP) es un grupo de pediatras de atención primaria que, bajo el patronazgo de la Sociedad Valenciana de Pediatría, de la Asociación Valenciana de Pediatría de Atención Primaria (AValPap) y la Asociación de Pediatría Extrahospitalaria y Primaria de Alicante, pretende convertir los desafíos en oportunidades de mejora de la pediatría en el ámbito de la atención primaria (AP). Uno de los trabajos propuestos fue realizar un informe de *“Recomendaciones para la atención de urgencias y consultas no demorables en la consulta pediátrica de atención primaria”*.

Agradecemos a todos los pediatras que colaboraron en la realización de la encuesta *“Atención a los Pacientes sin Cita. ¿Cómo la realizamos?”*, esperamos que el esfuerzo de todos sirva para mejorar la calidad de las consultas de pediatría de atención primaria.

## 2. JUSTIFICACIÓN DEL INFORME

La sobreutilización de las consultas de los centros de Atención Primaria (AP) es un problema que afecta a los pediatras. El fenómeno de los usuarios que realizan consultas fuera de agenda es decir, sin petición previa de cita, es percibida por el personal de los equipos de atención primaria como una circunstancia que trastorna el ritmo de las consultas, sobre todo al considerarse la mayoría de ellas como injustificadas.

Por otra parte, la no existencia de servicio de urgencias, en el horario de consulta del pediatra, provoca tener que incorporar los pacientes con emergencias en el mismo horario de consulta. Además, últimamente es habitual la falta de sustitución de los pediatras (bajas médicas, salidas de guardia, permisos, etc..), lo que provoca el cierre de agendas de consulta y con ello la aparición de mayor número de pacientes que acuden sin cita.

El control de la consulta por parte del pediatra, sin interrupciones para valorar a pacientes sin cita, revertiría en una mejora de la calidad de la asistencia y en la satisfacción de los profesionales y de los usuarios.

## 3. OBJETIVOS

### 3.1. Generales

- Estudio de la problemática generada en las consultas de atención primaria de pediatría producida por los pacientes urgentes y no demorables, y propuestas de mejora.

### 3.2. Específicos

- Estudio de la bibliografía sobre la gestión de los pacientes urgentes y no demorables en la consulta de pediatría.

- Revisión de las recomendaciones basadas en la evidencia científica, así como de las instituciones científicas.
- Analizar los factores que pueden influir en que se produzca mayor demanda asistencial de pacientes sin cita.
- Recogida de datos a través de encuesta para conocer la magnitud del problema y las soluciones propuestas por distintos pediatras.
- Estudiar los factores modificables que afectan a la gestión de los pacientes no demorables en vistas a conseguir una mayor eficiencia y calidad de la consulta pediátrica.
- Proponer mejoras en la gestión de la atención en el centro de salud a distintos niveles (mostrador, gestión agenda, triaje.etc.).
- Elaborar un informe final con recomendaciones para la mejora de la gestión de los pacientes urgentes y no demorables.

## 4. METODOLOGÍA

- Revisión bibliográfica:

Se ha realizado una búsqueda informatizada de bibliografía escrita en inglés y castellano, usando para ello como fuentes de información primaria la base de datos PubMed y base de datos bibliográficos del CSIC, y se ha completado búsqueda manual de literatura "gris"<sup>1</sup>.

En la base PubMed se han realizado 2 búsquedas utilizando los siguientes términos:

1. ("primary health care"[MeSH Terms] OR ("primary"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "primary health care"[All Fields] OR ("primary"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "primary care"[All Fields]) AND ("paediatrics"[All Fields] OR "pediatrics"[MeSH Terms] OR "pediatrics"[All Fields]) AND ("referral and consultation"[MeSH Terms] OR ("referral"[All Fields] AND "consultation"[All Fields]) OR "referral and consultation"[All Fields] OR "consultations"[All Fields]) AND ("appointments and schedules"[MeSH Terms] OR ("appointments"[All Fields] AND "schedules"[All Fields]) OR "appointments and schedules"[All Fields] OR "appointment"[All Fields])
2. ("primary health care"[MeSH Terms] OR ("primary"[All Fields] AND "health"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "primary health care"[All Fields]) AND ("pediatrics"[MeSH Terms] OR "pediatrics"[All Fields] OR "pediatric"[All Fields]) AND medical[All Fields] AND ("referral and consultation"[MeSH Terms] OR ("referral"[All Fields] AND "consultation"[All Fields]) OR "referral and consultation"[All Fields] OR "consultation"[All Fields]) AND over[All Fields]-

---

<sup>1</sup> publicaciones que no figuran en las bases de datos, por ejemplo tesis doctorales...

Para la búsqueda en el IME, de la base ICYT se han utilizado los términos "Urgencias", "Pediatria", "Atención primaria" y "sin cita"-

No se ha establecido límite al tipo ni a la fecha de publicación, más allá de la que las propias bases de datos han regulado.

- Realización de encuesta transversal, descriptiva y no aleatorizada, mediante encuesta "on-line" anónima y autoadministrada a pediatras de la Comunitat Valenciana. El cuestionario "on-line" se diseñó mediante un formulario GoogleDocs®. El contenido de las preguntas se consensuó entre los profesionales del grupo GATPap de no demorables. Los datos se recogieron en el periodo de FEB 2015, se realizó envío a las listas de distribución de la AvalPap y de la sociedad Valenciana de Pediatría.
- Se realizó un estudio estadístico aplicando el software IBM SPSS Statistics v.22.0®, análisis descriptivo y analítico, tablas de contingencia, con estimación de "Chi cuadrado", prueba exacta de Fisher y coeficiente de correlación de Spearman. El límite de significación se estableció en p menor de 0,005.
- Los datos solicitados resumidos fueron: tamaño del cupo, agendas, dotación y participación de enfermería, horario, disponibilidad de urgencias, presión asistencial sin cita y otros (39 apartados, ver anexo 5).

## 5. RESULTADOS

### 5.1. RESULTADOS BIBLIOGRAFÍA

Los resultados obtenidos indican que en términos relativos hay mayor porcentaje de publicaciones registradas por el IME cuando se compara con PubMed.

El número de referencias obtenidas al utilizar los terminos "primary care pediatrics" en PubMed es de 12383, frente a 427 referencias obtenidas con el termino equivalente "pediatria de atención primaria" en la base de datos del IME.

Al acotar con los términos "over use" o "no appointment" esta cantidad se reduce a 101 constituyendo el 0,8% del total.

En el caso del IME se encuentran 427 referencias para el término "pediatria de atención primaria" y de estas el 3% (14) cuando se añaden los términos "no demorables" o "sin cita".

### 5.2. RESULTADOS ENCUESTAS

- De los aproximadamente 500 pediatras a los que se remitió la solicitud de participación, respondieron a la encuesta 121 (24%). Esto supone aproximadamente un 15% del total de plazas de pediatria de primaria de la comunidad valenciana. La distribución por edad y sexo acorde a la existente en el colectivo de pediatras de la Comunidad Valenciana (figuras 1 y 2). Se obtuvieron respuestas de todos los departamentos sanitarios (figura 3).
- Sólo el 11% disponía de servicio de urgencias las 24 h todos los días de la semana. En 57% existía Servicio de Urgencias tardes y noches y 32% tenían sólo por la noche (figura 4).

- El cupo era >1200 en 8% de casos, entre 1000 y 1200 en 44% y 48 % tenían menos de 1000 pacientes (figura 5).
- La atención a demanda está separada de la programada en el 71% y hay límite de citas en 63%, pero el límite de 25 pacientes sólo se daba en 17% de los casos, e incluso era superior a 30 en 34% de casos (figuras 6 y 7).
- No tiene demora en 85%.
- 80% atienden consultas telefónicas.
- No hay sustituto en 87%.
- El mostrador interrumpe para informar de sin cita en 68%. Se añaden a la lista en 86%.
- No hay triaje en 95%.
- No hay hojas informativas en 82%.
- Pacientes atendidos sin cita: media mayor de 5 (87%) y el máximo diario superó a 9 (75%), y 35% del total tenían más de 18 pacientes sin cita de máximo diario (figuras 8 y 9).
- En las figura 10 a 13 se observa una cierta tendencia lineal, con mayor número de urgencias cuanto mayor es el cupo. La correlación de Spearman fue significativa entre el cupo y el número medio de urgencias ( $r=0,188$ ,  $p=0,039$ , figura 10) y también entre el cupo y el número máximo diario ( $r=0,242$ ,  $p=0,008$ , figura 12).
- Se intercalan en demanda habitual en 77%, se derivan de otros cupos en 79%.
- Existe posibilidad de abrir un tramo de agenda en el mismo día para absorber la demanda sin cita (51%).
- La atención sin cita supone un problema en 91%, provoca estrés en 92% e impide realizar otras tareas en 95%. El porcentaje de pediatras que no consideraba que eran un problema los pacientes sin cita era el 9%, pero era superior en el grupo que disponía de servicio de urgencias las 24 h del día que en los que no disponían de ese servicio (figura 14). Esta última relación no llegó a tener significación estadística probablemente por el escaso número de centro con servicio de urgencias de 24 h (13 de los 121).
- El estrés se explicó por: excesivos pacientes (87%), falta de triaje (79%), atención a otros cupos (74%), salida más tarde (42%) y reclamaciones (28%).
- Las soluciones propuestas fueron: sustitución de profesionales (78%), educación sanitaria (71%), disminución del cupo (47%), triaje por enfermería (46%), médico de urgencias (45%).
- Resumen de los comentarios de las encuestas:
  - Falta personal (libranza de guardia y épocas de epidemia).
  - Crear una agenda de urgencias genera más trabajo y más urgencias.
  - Falta de respaldo por parte de la administración.
  - Causas: educación, inmediatez para atender el problema, comodidad, falta de asunción de responsabilidades (por parte de los padres y del colegio).
  - Sería bueno más triaje y apoyo de enfermería.

- Sería bueno la educación grupal en patologías banales.
  - Sería bueno una adecuada gestión con buena información y normas en el mostrador.
  - Otros: genera estrés el que haya niños esperando fuera, quieren conocer el resultado de la encuesta, proponen personal ad hoc para los sin cita, solución: "descarto urgencia y lo cito bien para mañana".
- Otras relaciones analizadas fueron: número de urgencias con distancia al hospital de referencia, tipo de contrato, género y edad del pediatra. No se encontró relación significativa con las dos primeras, pero sí con el género y con la edad: tenían más consultas sin cita las mujeres, así como los pediatras más jóvenes. Se detallan estos resultados en las tablas 1 y 2, y en la figura 15.

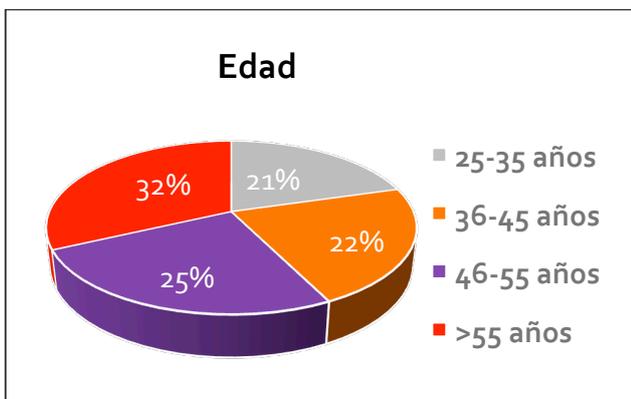


Figura 1

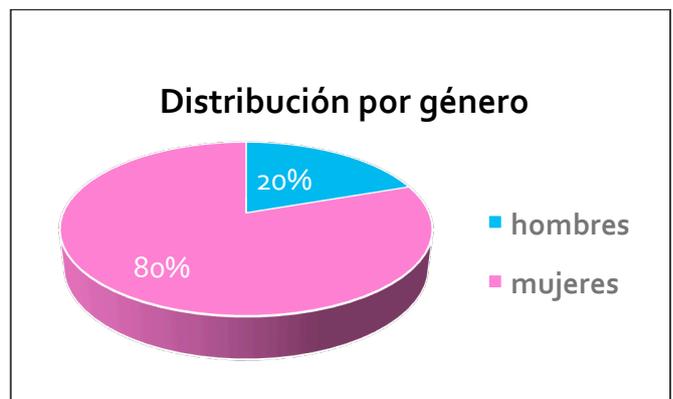


Figura 2

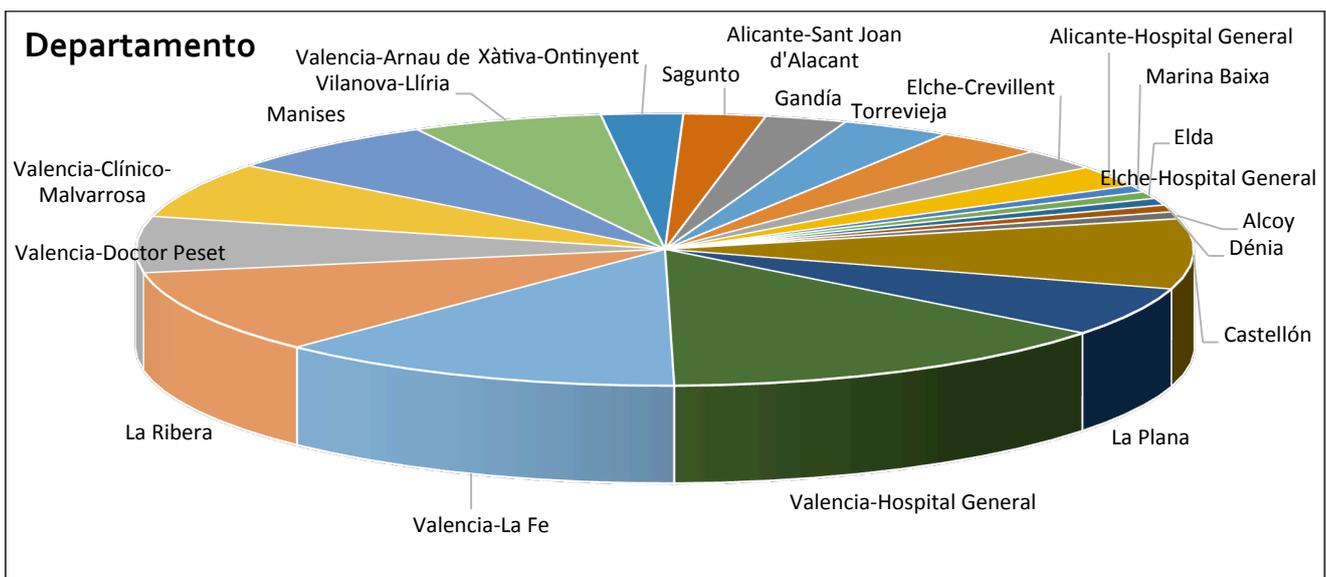


Figura 3

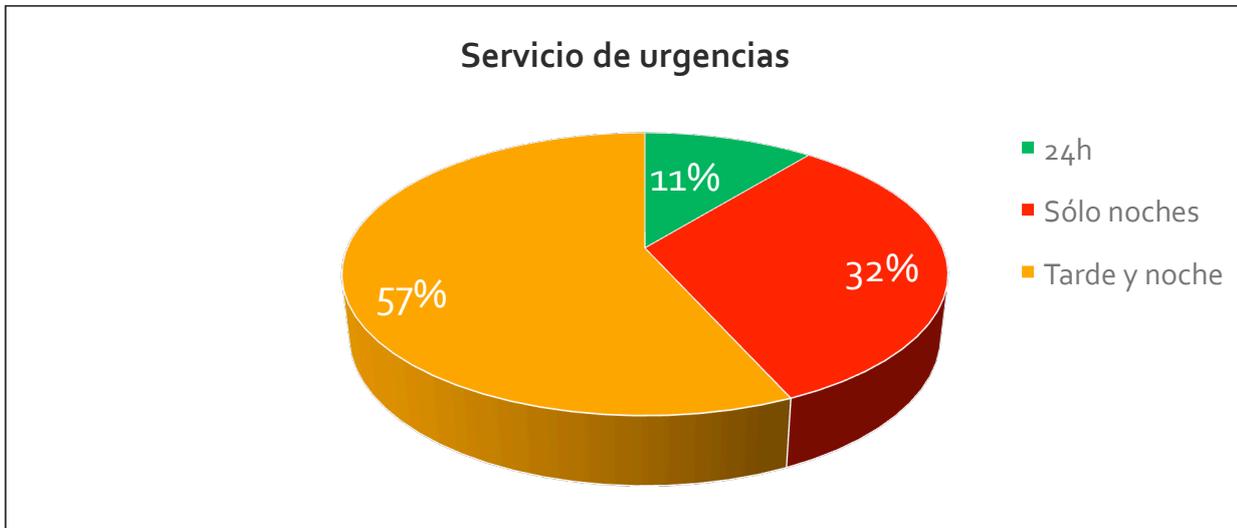


Figura 4

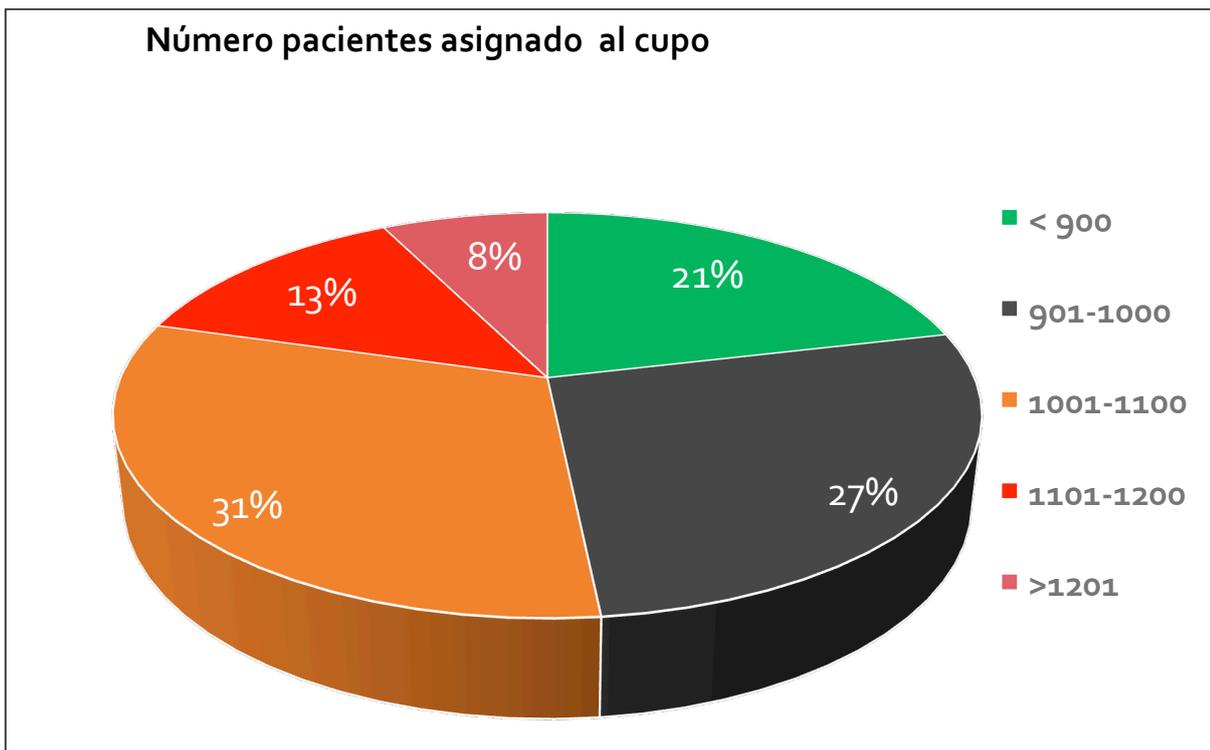


Figura 5

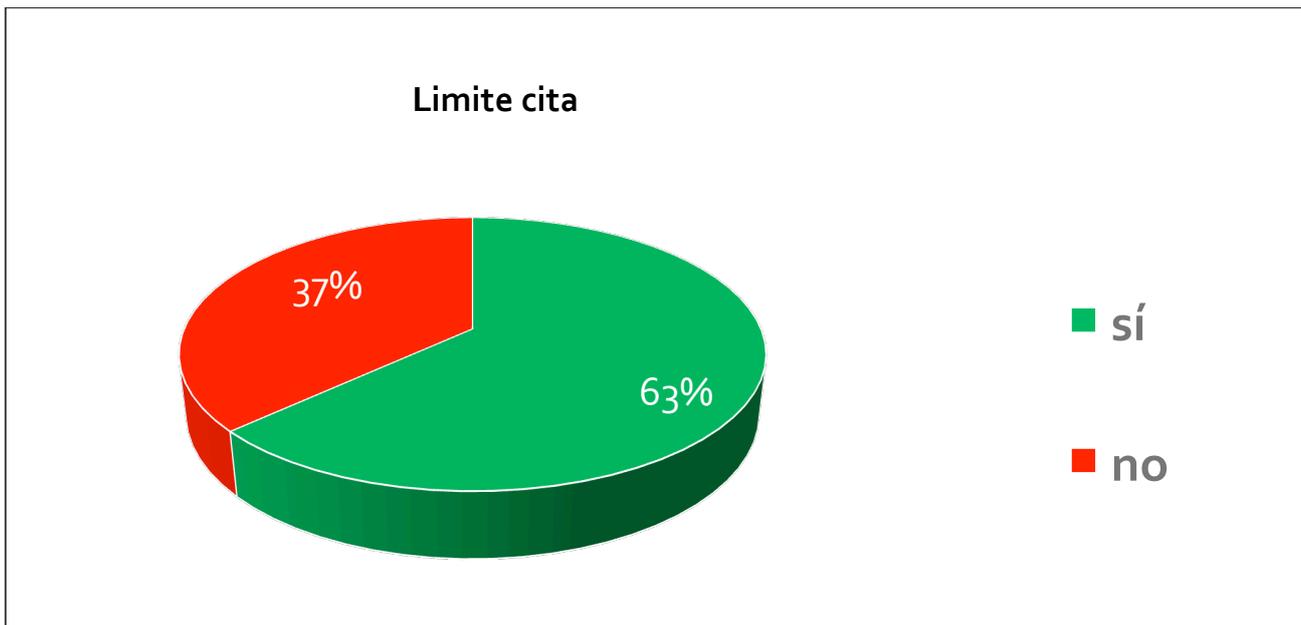


Figura 6

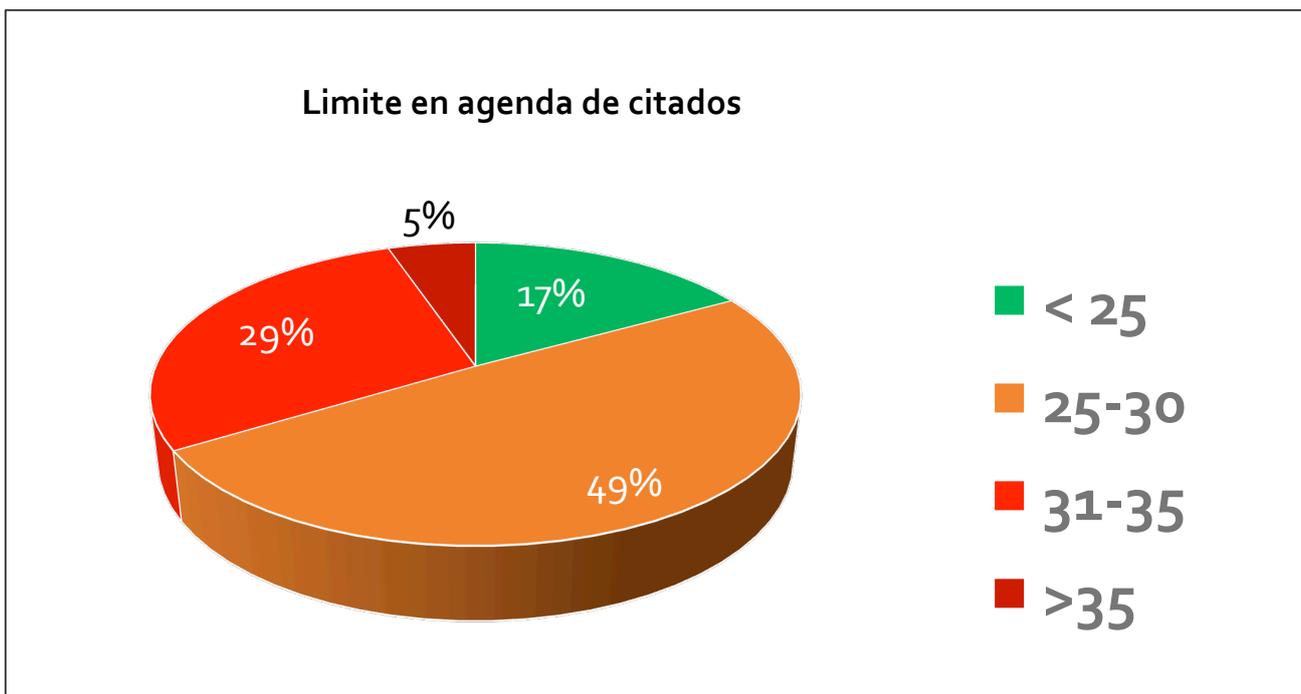
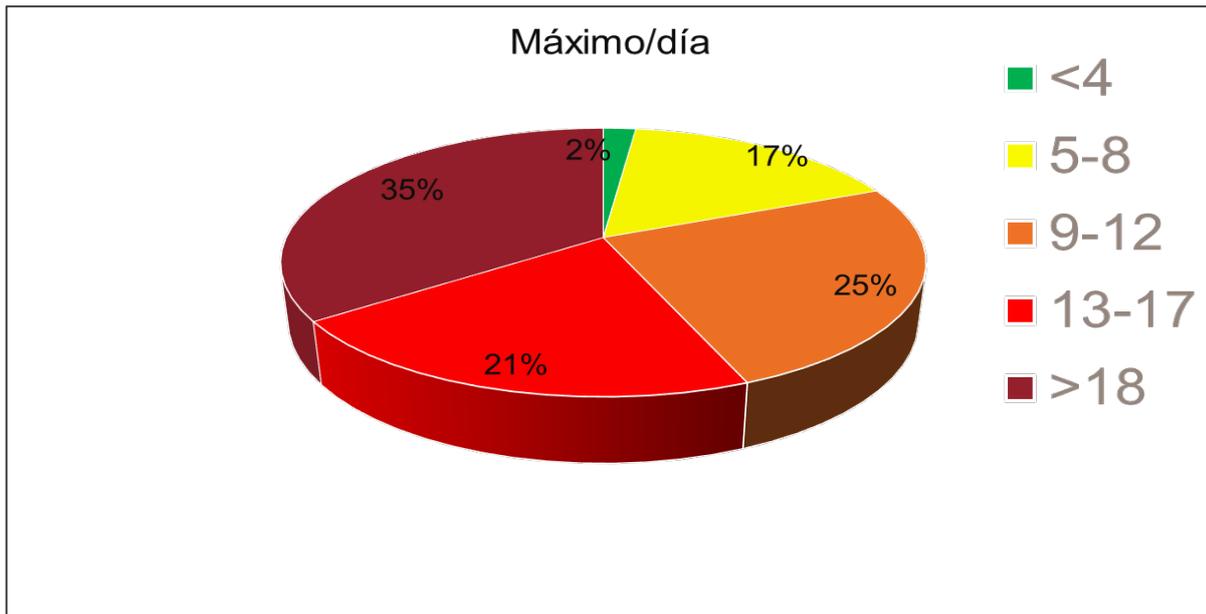
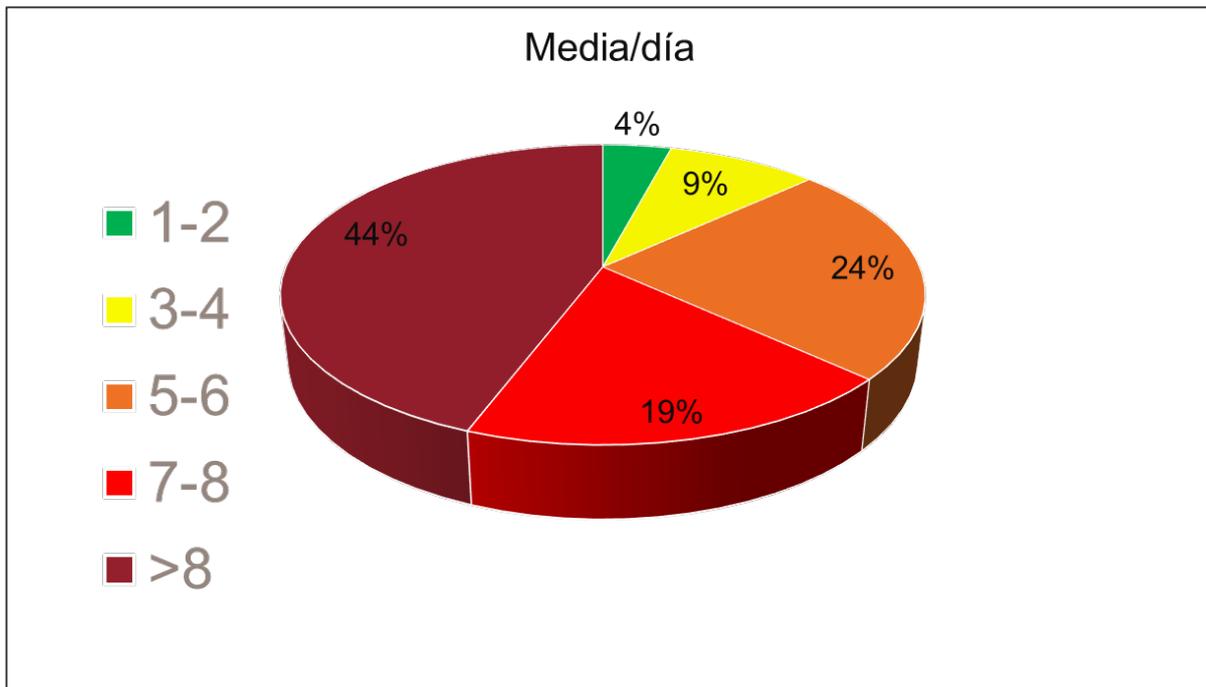


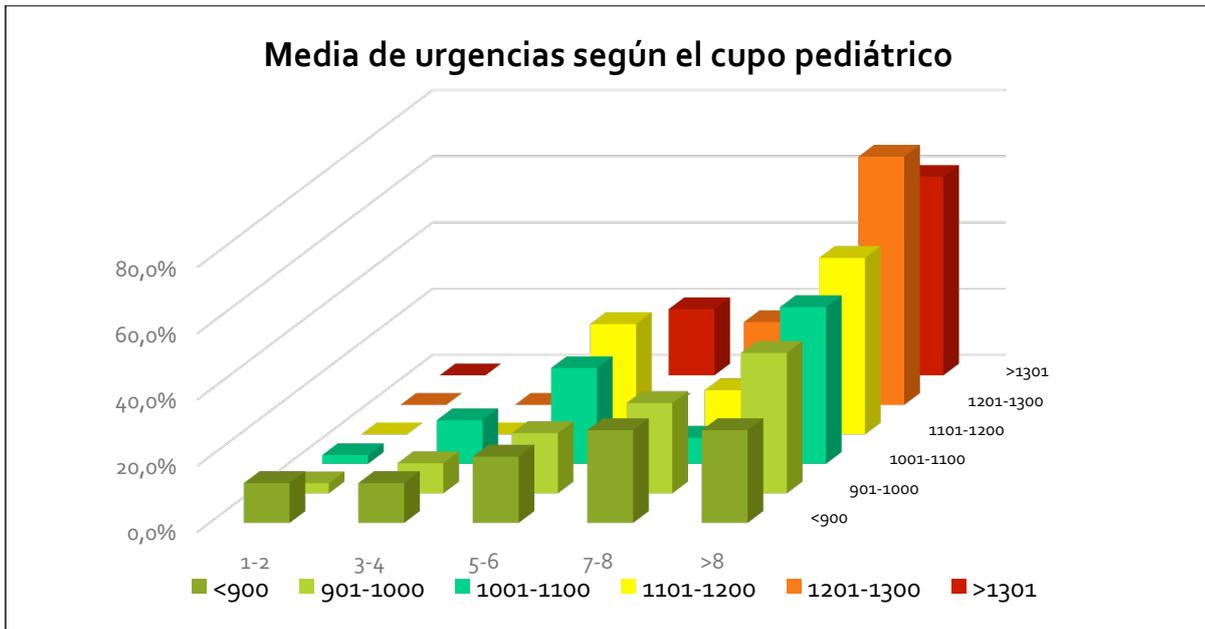
Figura 7



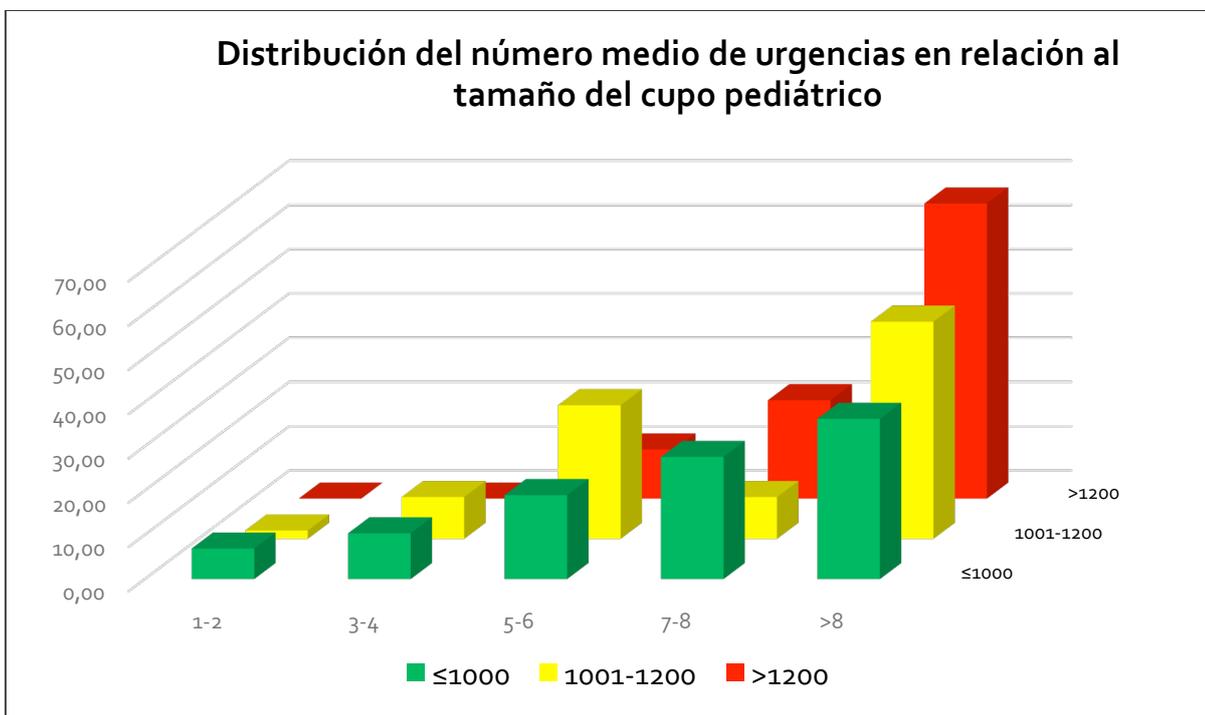
**Figura 8**



**Figura 9**



**Figura 10**



**Figura 11**

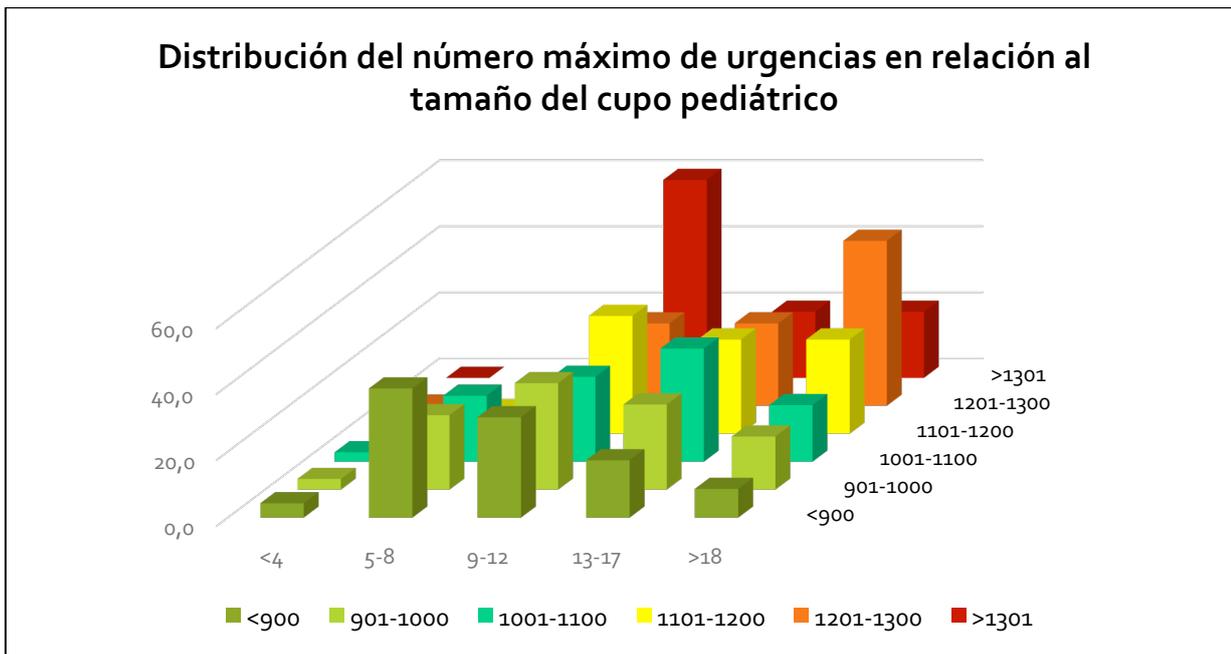


Figura 12

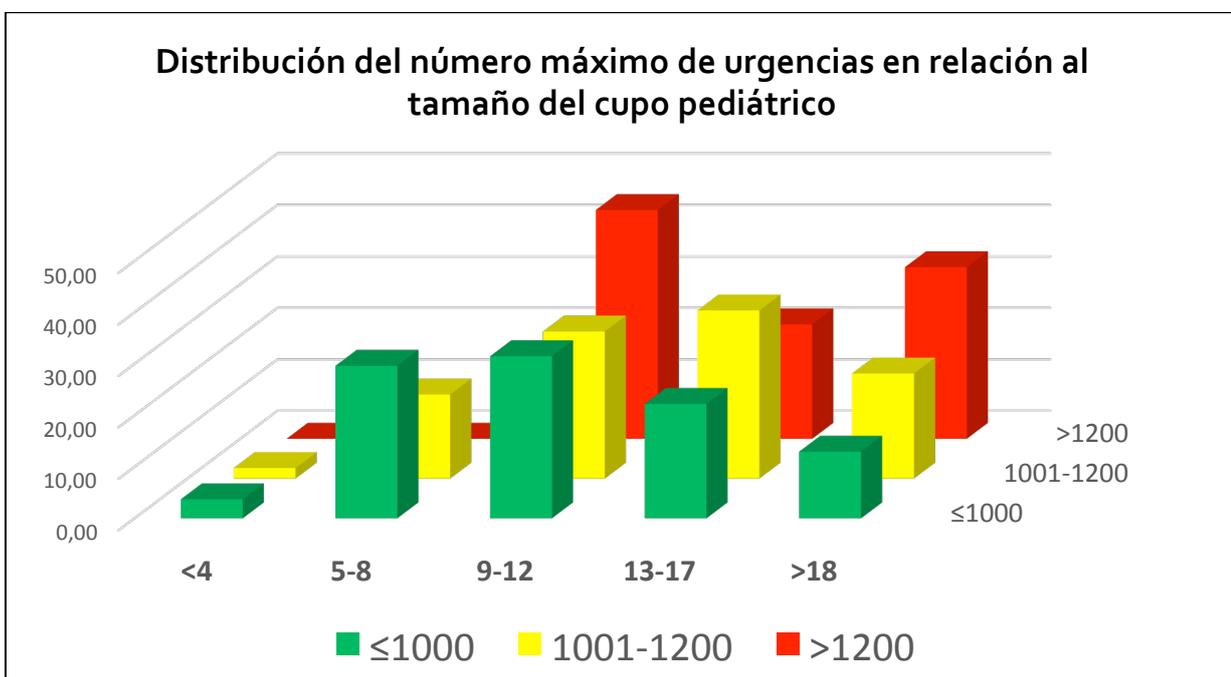


Figura 13

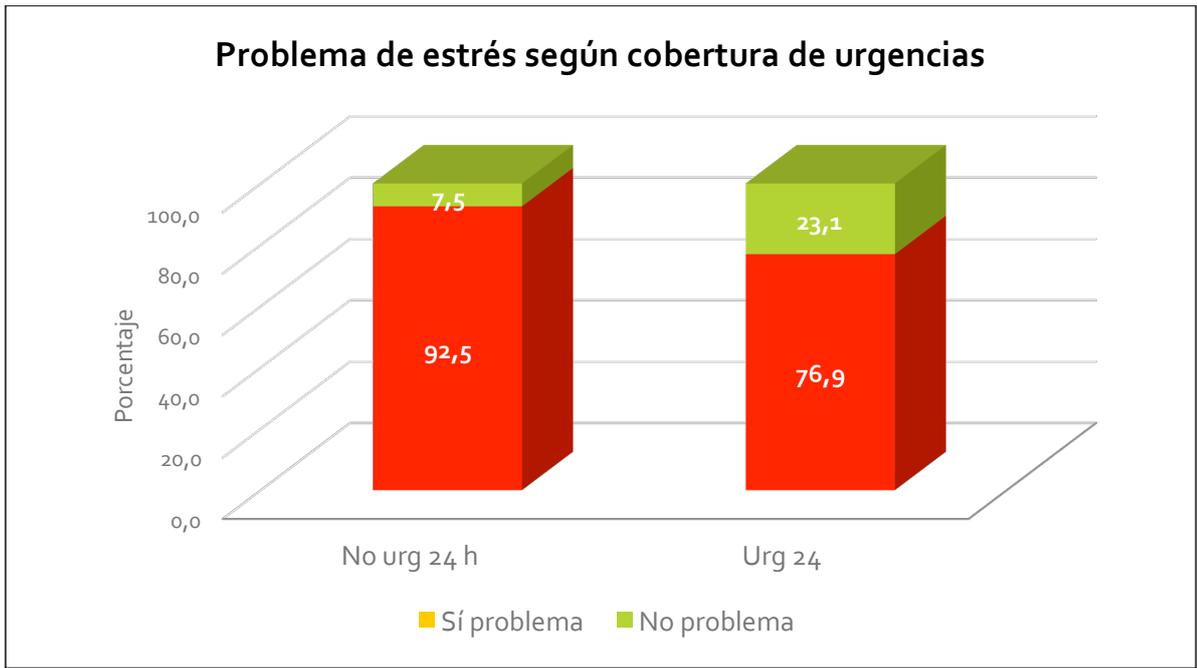
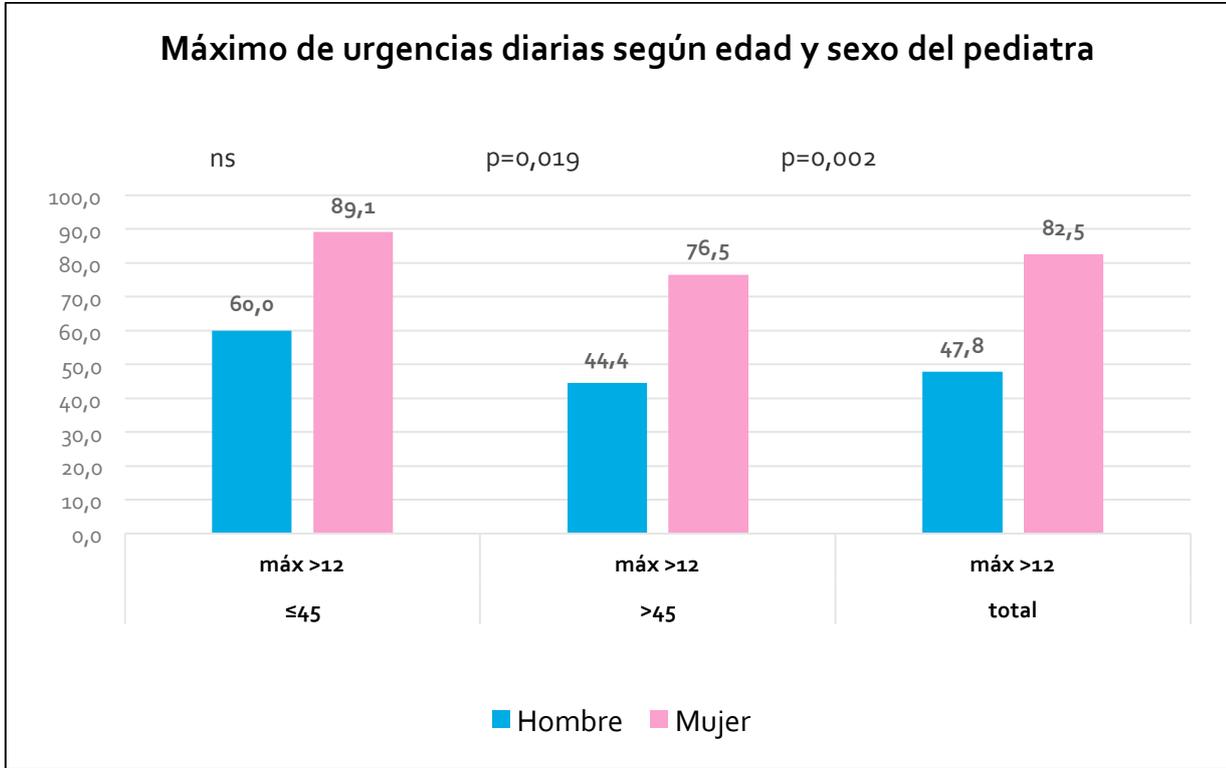


Figura 14



**Figura 15**

Máx. urgencias/día	Hombre		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
<=12	12	52,2	17	17,5	29	24,2
>12	11	47,8	80	82,5	91	75,8
Total	23	100,0	97	100,0	120	100,0

**Tabla 1.** Máximo de urgencias diarias, en dos categorías, según el sexo. Resultaron mayores en las mujeres pediatras (pruebas exacta de Fisher,  $p=0,002$ ).

Media urgencias/día	Hombre		Mujer		Total	
	n	%	n	%	n	%
<=8	18	78,3	49	50,5	67	55,8
>8	5	21,7	48	49,5	53	44,2
Total	23	100,0	97	100,0	120	100,0

**Tabla 2.** Media de urgencias diarias, en dos categorías, según el sexo. Resultaron mayores en las mujeres pediatras (pruebas exacta de Fisher,  $p=0,019$ ).

## 6. CONCLUSIONES

### 6.1. ESTUDIO DE LA BIBLIOGRAFÍA.

- Las diferencias encontradas en el número de publicaciones en la base de datos en lengua castellana (IME) y las de lengua inglesa (Pubmed) serían indicativas de una mayor preocupación por la situación de la pediatría de atención primaria en España, reflejando las diferencias organizativas que existen entre los distintos sistemas sanitarios.
- La revisión bibliográfica realizada sobre estudios previos en otros ámbitos, pone de manifiesto que la hiper o sobrefrecuentación y el uso inadecuado de las "citas urgentes y/o no demorables", es un problema frecuente en las consultas de pediatría de atención primaria (28).

- No existen apenas estudios en nuestro medio que analicen de forma específica el porqué del aumento de las consultas fuera de agenda, es decir, sin petición previa de cita. Tampoco sobre la eficacia de las medidas recomendadas para mejorar el problema. Son estudios puntuales en general, la mayoría descriptivos, aunque coinciden en la mayoría de conclusiones (9,10,24,25).
- Es importante conocer cómo se definen las urgencias desde los organismos oficiales. El concepto generado por la Asociación Médica Americana y aceptado por el Consejo de Europa dice que "una urgencia es toda aquella situación, que en opinión del paciente, su familia o quien quiera que toma la decisión, requiere una atención médica inmediata". Las emergencias son "aquellas urgencias que necesitan un mayor grado de complejidad para su resolución y comportan un compromiso vital o riesgos de secuelas graves permanentes", para el paciente.
- Otra forma de clasificación más práctica para nosotros es la escala de Buitrago modificada. Las clasifica como: urgencia subjetiva: aquellas demandas percibidas como urgentes por el propio paciente, sus familiares o convivientes sin que esta apreciación de necesidad de valoración inmediata coincida con la que realiza el personal sanitario. Urgencia objetiva: aquellas demandas en las que la percepción de urgencia del usuario y del facultativo coinciden y supone una emergencia real. Se entiende por «seudourgencia» o urgencias psicosociales o familiares aquella situación que genera a nivel familiar (más rara vez en el propio enfermo pediátrico) una angustia y ansiedad suficientes para que precise consultar con rapidez al pediatra. Estas urgencias llegan a constituir el 30-75% de los casos.
- Los criterios de hiperfrecuenciación no son homogéneos (nº consultas mayor de 5- 12 al año o percentil mayor 75 en la frecuencia de consultas a AP) en los distintos estudios. Existen controversias al respecto. En el caso de la pediatría tampoco sería una forma adecuada de medida al no tener en cuenta los factores "particulares" que la generan. Se prefiere el término "sobrefrecuentación" (cuando se observa un número de visitas que se encuentra por encima del perfil de riesgo que le corresponde a un paciente concreto como por ejemplo un enfermo crónico o niños menores de 2 años que asisten a guarderías). Además de pacientes sobrefrecuentadores también sería posible definir profesionales, centros, distritos o áreas sobrefrecuentadores. Es decir, profesionales, centros, distritos o áreas que presentan un número de visitas que supera al perfil de riesgo de la población que tienen asignada (10,23 y 29).
- La "urgencia pediátrica" ha llegado a constituir hoy día una forma esencial de la asistencia pediátrica y un hábito social. Según la ley de la oferta y la demanda, a mejores servicios, mayor demanda. Esta situación genera un cierto grado de insatisfacción tanto a los profesionales como a los propios usuarios, con la consiguiente disminución en la calidad de la asistencia pediátrica en nuestras consultas (1).
- La sobrefrecuentación y el mal uso de las consultas pediátricas tiene también importantes repercusiones sobre todo el sistema sanitario. Estos pacientes generan una sobrecarga asistencial y consumen gran parte de los recursos.
- La condición de hiperutilizador tiende a mantenerse constante, y el serlo durante la infancia puede condicionar la utilización incorrecta de servicios al llegar a adultos.

## **6.2. REVISIÓN DE LAS RECOMENDACIONES BASADAS EN LA EVIDENCIA CIENTÍFICA, ASÍ COMO DE LAS INSTITUCIONES CIENTÍFICAS.**

- No es un problema que deba abordarse a corto sino a largo plazo.
- Al disponer de escasos estudios sobre su eficacia no existen evidencias científicas de calidad que avalen las medidas correctoras específicas que se proponen. Se podría considerar que la fuerza de las evidencias serían de grado 5 y cualquier recomendación será de fuerza D basada en opiniones de expertos.
- Los esfuerzos deben dirigirse a intentar modificar el comportamiento de estos niños, y de sus familias. A largo plazo se lograría una reducción de la presión asistencial en las consultas y mejoraría la calidad asistencial. Respecto a ello, en ciertos trabajos se ha evaluado intervenir con psicoterapia sobre madres ansiosas y se ha demostrado un descenso en el uso de las consultas tanto de ellas como de sus hijos en los 3 años posteriores a la intervención (6).
- Existen grandes desigualdades en la atención según las zonas (rurales, urbanas, distintas comunidades). Previo a la adopción de cualquier medida, se deberá hacer un estudio de las necesidades y los factores principales que determinan el problema (horarios escolares y/o laborales, factores sociales o psico-familiares, escasa educación sanitaria, tramos de edad en los cupos pediátricos,...). Es probable que haya que decidirse por distintas medidas dependiendo de cada situación particular, aunque parece que existen factores comunes a toda la pediatría, en todas las consultas.

## **6.3. ANALIZAR LOS FACTORES QUE PUEDEN INFLUIR EN QUE SE PRODUZCA MAYOR DEMANDA ASISTENCIAL DE PACIENTES SIN CITA.**

- Las causas de este mal uso de las consultas “urgentes” (tanto en atención primaria como en servicios de urgencia hospitalarios) no dependen solo del propio usuario. Son factores múltiples y que hay que tener en cuenta a la hora de actuar sobre ellos si queremos obtener resultados (10).
- Los factores del usuario explicarían aproximadamente un 50% de la variabilidad de la utilización y los factores del profesional y la organización explicarían otro 50%.
- Como factores sociales encontramos la nueva cultura sanitaria de la población con un bombardeo continuo de información/ pseudoinformación, expectativas en relación a la salud, estilo de vida actual, cultura consumista y medicalización de la sociedad, vivir en la “inmediatez” (19) y baja tolerancia a la enfermedad, la necesidad de trabajo de ambos progenitores que condiciona horarios laborales que no coinciden con los de nuestras consultas, la falsa idea de “gratuidad” de los servicios sanitarios, la delegación del cuidado de los hijos en guarderías o por cuidadores (ajenos a la familia, abuelos, ...) que genera culpabilidad paterna, situaciones familiares complejas (padres separados, acogidas familiares, familias monoparentales...).
- Como factores dependientes de la Administración y/o del Sistema sanitario(19): aumento de las ratios de población por profesional, las tareas derivadas desde atención especializada, la burocratización con exigencia “urgente” de certificados y justificantes externos al sistema sanitario, recetas de tratamientos crónicos que se bloquean, protocolos y programas desfasados poco ajustados a las evidencias científicas, centrados en el control médico, que aumentan el número de visitas y la dependencia de la población.

- Como factores organizativos del centro de salud: imposibilidad de pedir cita por teléfono en determinados horarios (no se contesta la llamada), largas colas en mostrador, espera de varios días para la cita en época de epidemia, restricciones horarias de consulta, accesibilidad fácil al sistema sin filtros, modelo de consulta "presencial" exclusivamente.
- Como factores dependientes de los propios pediatras: paternalismo, falta de estrategias en la entrevista clínica, no concertar las citas, esperar a que el paciente venga "a demanda", no organizar el trabajo semanal, con lo que el ritmo de trabajo está marcado casi exclusivamente por la población. Falta de comunicación entre el equipo (pediatra/enfermero/mostrador). En algunos casos, escaso trabajo en equipo. El efecto inductor de los propios profesionales (diferentes criterios en cuanto al seguimiento de sus pacientes, medicina "defensiva", inseguridad, pediatro-dependencia, derivación entre profesionales de otros niveles (privados, hospital, urgencias, etc.), prescripción "complaciente".
- Como factores dependientes de los pacientes, en nuestro caso de sus familias: morbilidad pediátrica variable estacionalmente, edad del niño menor de 6 años (sobre todo menor de 2 años), hiperinfectividad propia de la edad de guardería, alteraciones familiares y el malestar psíquico y/o emocional que generan, creencias y experiencias sobre salud de la madre o la familia, ansiedad materna y percepción que ella tiene del grado de vulnerabilidad ante la enfermedad (6), experiencias anteriores en otros contactos con el sistema sanitario, dependencia y falta de autonomía en el cuidado de su salud, comodidad, número de hijos, horarios laborales y escolares, grado de apoyos familiares, migración y desarraigo familiar.

#### 6.4. RECOGIDA DE DATOS A TRAVÉS DE ENCUESTA PARA CONOCER LA MAGNITUD DEL PROBLEMA Y LAS SOLUCIONES PROPUESTAS POR DISTINTOS PEDIATRAS.

Efectivamente, la atención a pacientes sin cita supone una carga muy importante para las consultas de Pediatría de Atención Primaria:

- Sin cita: media mayor de 5 (87%)
- El máximo diario sin cita superó a 9 pacientes (75%),
- Multiplicando así la carga asistencial en un 30-40 %.

Esta carga provoca un deterioro de la calidad y supone un factor de estrés para los profesionales (92%). Se explicó por:

- Excesivos pacientes (87%)
- Falta de triaje (79%)
- Atención a otros cupos (74%)
- Salida más tarde (42%)
- Reclamaciones (28%)

Las soluciones propuestas fueron:

- Sustitución (78 %)
- Educación sanitaria (71%)
- Disminución de cupo (47%)
- Triage (46 %)
- Médico de urgencias (45%)

## **6.5. ESTUDIAR LOS FACTORES MODIFICABLES QUE AFECTAN A LA GESTIÓN DE LOS PACIENTES NO DEMORABLES EN VISTAS A CONSEGUIR UNA MAYOR EFICIENCIA Y CALIDAD DE LA CONSULTA PEDIÁTRICA.**

Es evidente la necesidad de poner en marcha medidas de mejora que atañen a todos los ámbitos de la atención pediátrica en atención primaria: la propia administración, los profesionales de la infancia (pediatras y enfermeras pediátricas), otros estamentos del centro de salud (administrativos principalmente), y los pacientes (niños y familias) (14). De las variables conocidas, la actitud de las madres podría ser uno de los factores susceptibles de intervención y cambio para reducir la hiperutilización pediátrica. La utilización de los servicios sanitarios por los padres influirá en la posterior utilización de los servicios por parte de los hijos cuando sean adultos.

La organización de la agenda de consulta en atención primaria es fundamental, debe de contemplar la posibilidad de existencia de emergencias imprevistas. Los tiempos de consulta deben permitir absorber estas eventualidades o disponer de servicios anexos de urgencias (1).

Se ha demostrado que la educación sanitaria por parte de los profesionales de atención primaria puede mejorar la salud de la población, pero, en general, no se realiza con la intensidad recomendada. La escasez de tiempo parece el principal obstáculo, también la falta de formación en habilidades de comunicación y técnicas de educación para la salud (20, 21,22).

## **7. PROPUESTAS Y RECOMENDACIONES**

Las siguientes propuestas y recomendaciones son sugerencias basadas en la revisión bibliográfica realizada y en las aportaciones realizadas por los compañeros pediatras. No son soluciones definitivas ni “milagrosas” y deben ser adaptadas a las características de cada centro sanitario y de cada cupo pediátrico. Por ello cada profesional puede decidir elegir una o varias de ellas que considere más pertinentes para su situación particular.

### **7.1. POR PARTE DE LA ADMINISTRACIÓN Y SOCIEDADES CIENTÍFICAS Y PROFESIONALES**

- Solicitar a las instituciones, el compromiso de sustitución de los profesionales y facilitar refuerzos en épocas de epidemia.
- Negociación por parte de las Sociedades científicas y profesionales con la Administración, de los cupos máximos pediátricos, tiempos mínimos de atención por paciente con criterios de calidad, la revisión y adecuación de los programas de salud infantil a la realidad asistencial y a las evidencias científicas actuales.
- Reestructuración y ajuste de cupos pediátricos dentro del EAP teniendo en cuenta no sólo el número total de niños sino los tramos de edad.
- Campaña educativa sobre el uso racional de los servicios pediátricos de urgencias (audiovisual y escrita) por parte de las instituciones.

- Facilitar la formación de los profesionales en gestión de consultas, habilidades de comunicación y técnicas de educación para la salud (difundir los cursos que ya se están realizando formando parte de la Estrategia de Promoción de La Salud y Prevención del SNS u otros existentes).

## 7.2. POR PARTE DEL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL CENTRO DE SALUD Y COORDINACIÓN

- Mejorar gestión mostrador (4):
  - Implicar a administrativos y celadores en la toma de decisiones del equipo de atención primaria, en la participación activa en reuniones organizativas, de definición de agendas y en sesiones formativas para el personal.
  - Implicar a los administrativos en la elaboración de circuitos informativos coordinados entre la unidad administración y el equipo de pediatría con el objetivo de informar y concienciar a pacientes y personal del uso adecuado de los servicios sanitarios (2,3). Todas las normas de funcionamiento deben darse por escrito y estar avaladas por la coordinación.
  - Redactar folletos informativos dirigidos a pacientes sin cita y que no son urgencias médicas (ver anexo 3).
  - Los miembros del mostrador deben participar en explicar el concepto de urgencia médica y cita no demorable y dar los folletos informativos sobre el uso de los servicios pediátricos a todos los pacientes que soliciten atención no demorable.
  - Citar en consulta todas las consultas burocráticas (recetas, certificados, informes, interconsultas, otras).
  - Mejora de la Atención telefónica del mostrador.
  - Creación de protocolos de consenso sobre criterios y circuitos para mejorar la eficiencia en las consultas y redirigir la demanda hacia la visita programada (2,3).
  - La información de la población y la coordinación entre estamentos profesionales con un mensaje unificado contribuye a que los usuarios usen mejor el centro.
- Poner en marcha un sistema de triaje por enfermería (se define como un sistema que nos permita conocer el grado de urgencia de los pacientes que esperan ser atendidos, de forma que podamos establecer los recursos y el tiempo de atención más adecuado para cada caso, el objetivo final del triaje es la reducción de la mortalidad y/o morbilidad de los pacientes que acuden urgentes) (15)
  - La Sociedad Española de Enfermería de Urgencias asume y propone que la actividad de recepción, acogida y clasificación "traje" sea realizada por enfermeros, siendo una actividad propia de enfermería, como así lo reconocen los artículos 52, 53 y 54 del Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre y la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias en sus artículos 5.1, a, b y c; artículo 7.1 y 2 a.
  - La herramienta de "traje" ("traje" en atención primaria: "TAP/TEP" (triángulo de atención/evaluación pediátrica) tiene por uno de sus principales objetivos, clasificar a los

- pacientes más "leves", diferenciándolos de aquellos en los que su patología es potencialmente más importante (16), ver anexo 4.
- Dotación de la consulta de triaje y de la consulta de RCP (reanimación cardiopulmonar).
  - Ampliar y potenciar las funciones y competencias asistenciales de la enfermería (12,13, 17):
    - Realizar en común una guía de intervención de enfermería con protocolos de consenso y algoritmos que clasifiquen y determinen los criterios de actuación (autónoma o compartida con el pediatra) hasta la resolución de los procesos (12).
    - La enfermería pediátrica puede colaborar con la atención de consultas sobre problemas banales, sobre puericultura, y en pacientes hiperfrecuentadores con probada eficacia y resolución (13).
    - Realizar talleres de formación específica para aumentar las habilidades de los profesionales de enfermería y personal administrativo en el manejo y correcto uso de dichos protocolos.
    - Evaluar periódicamente los resultados en reuniones comunes de todos los niveles del EAP implicados para realizar las modificaciones necesarias.
  - Habilitar mecanismos de comunicación y coordinación entre los distintos equipos de atención primaria dentro del mismo departamento y fuera de él, que permitan intercambiar experiencias, información, etc., con el objetivo de uniformizar los criterios clínicos y las actuaciones a seguir.
  - Creación de comisiones de trabajo para la evaluación y debate de las medidas adoptadas (26).
  - Desde el propio centro de salud también se puede y debe proporcionar información sobre los servicios ofrecidos y correcta utilización de ellos. (carteles, folletos, hojas informativas, información verbal adecuada).

### 7.3. POR PARTE DEL EQUIPO PEDIÁTRICO (PEDIATRAS Y ENFERMERÍA PEDIÁTRICA)

- Redactar protocolos comunes de actuación en patologías prevalentes y difusión de éstos a la familia (pueden utilizarse protocolos ya elaborados por asociaciones científicas relevantes o grupos de trabajo pediátricos). El seguimiento de estos protocolos comunes tiene como fin evitar formas de trabajo particulares que puedan favorecer la pediatro-dependencia o el clientelismo.
- Mejorar la gestión de nuestras propias agendas (*microgestión*) (5):
  - Se debe concertar todo lo concertable: las revisiones de los crónicos, la recogida de resultados de analíticas u otras exploraciones, las revisiones por problemas de salud que necesitan algo más de tiempo, consultas de apertura de historia clínica, revisiones de un proceso agudo para seguimiento de su evolución, recogida de recetas de largo tratamiento etc. Se debe asignar a estas citas el tiempo que se estime necesario. Hay que intentar concertar las citas del paciente hiperfrecuentador, de manera que sea el profesional el que decida en qué momento debe volver, asignándole el momento que mejor se adapte a sus necesidades, siempre con el acuerdo del paciente.

- Valorar establecer “huecos libres horarios” que actúen como “colchón” para esas citas no demorables y emergencias. Pueden ser huecos bloqueados para la cita o ser flexibles (permiten la cita), de modo que un día de mucha demanda se llenan y otro con menos pacientes sirven para absorber retrasos (esto es fácil con los colores de prioridad). La utilidad de esta medida dependerá del nº de pacientes del cupo y de la carga asistencial y tendrá que valorar cada profesional si es aplicable o no en su caso.
- Optimizar al máximo las citas: unificar al máximo el número de motivos para una misma consulta (esperar a que estén todos los resultados de un estudio), citar en día y hora que al paciente le venga bien para evitar el absentismo, citar más programadas o problemas que precisen más tiempo el día de la semana que suele haber menor demanda.
- Ofrecer el uso de las nuevas tecnologías y el aumento de las consultas no presenciales:
  - Utilizar la consulta telefónica (se reservaran tramos horarios para esta actividad o se incorporaran como citas en la agenda de cita previa desde el mostrador): para evitar citas innecesarias, para dar resultados de pruebas que han sido normales y que no necesitan de una consulta específica, para realizar seguimiento de ciertas patologías banales, para realizar un triaje de casos realmente urgentes que necesiten atención médica inmediata ... El profesional atenderá la consulta telefónica según su disponibilidad durante la jornada laboral (8).
  - Se puede optar por consultas diferidas a través de correo electrónico (al final de la jornada o según disponibilidad).
  - Otras tecnologías como Blogs, Webs, redes sociales, etc.
- Trabajar con metodología de Educación para la salud Individual y grupal y técnicas de habilidades en comunicación y consejo breve. (18). Los objetivos serán:
  - Favorecer la autonomía en la toma de decisiones y evitar la dependencia del médico, facilitando protocolos de actuación ante procesos banales muy prevalentes (fiebre, catarro, diarrea, etc.).
  - Entrenamiento en autocuidados y tratamiento de afecciones leves.
  - Reforzar positivamente las conductas adecuadas.
  - Intentar aclarar las expectativas que los usuarios tienen hacia nosotros y el tipo de respuestas que les damos, informando, orientando y si es necesario, dirigiendo al usuario para que las vea satisfechas.
  - Mantener informado a cada usuario sobre su proceso. Siempre debe conocer el siguiente paso. Siempre hay que confirmar que el otro ha entendido. Dar información añadida que se considere de utilidad para situarle o permitirle que utilice mejor los servicios (ver anexo 1).
  - Concienciar a la población acerca de lo poco aconsejable que resulta la asistencia repetida de niños al centro de salud, donde las posibilidades de contagio son muy elevadas.
  - Considerar la ansiedad materna como factor potencialmente modificable y, por tanto, reducible a través de estrategias educativas (6).

- Exigir un mínimo de tiempo de evolución y una mínima puesta en marcha de medidas antes de acudir a la consulta.
- Evitar la medicalización (con fármacos o con profesionales).
- Minimizar la pediatra-dependencia.
- Poner en marcha talleres de educación permanente (escuela de padres, adolescentes, uso racional de urgencias pediátricas).

Existe en este sentido material gratuito en la página de la Aepap "900kj211111Educación para la Salud de la AEPap": <https://www.aepap.org/grupos/grupo-de-educacion-para-la-salud/biblioteca/programa-de-eps-sobre-el-uso-racional-de-las-urgencias-pediatricas>

- Facilitar el acceso a la red de apoyo social (lactancia materna, asociaciones, etc.).
- Trabajar con Mapeo de Activos para que el que paciente se responsabilice y trabaje por su salud ("Un activo de salud es cualquier factor o recurso que fortalece la habilidad de las personas, los grupos o las poblaciones a mantener y mejorar su salud y bienestar. Estos activos pueden actuar a nivel individual, familiar o comunitario como elementos protectores para contrarrestar situaciones de estrés" / Mapear es situarnos o ayudar a situarse en un territorio con determinadas características físicas, temporales, culturales, sociales o simbólicas y a través de una serie de métodos estudiar la distribución de algunos factores y su relación en dicho territorio) (7), por ejemplo en el Centro de salud de la Fuensanta: [http://www.csfuensanta.es/index.php?option=com\\_content&view=article&id=34&Itemid=303](http://www.csfuensanta.es/index.php?option=com_content&view=article&id=34&Itemid=303)
- Medidas para racionalizar la accesibilidad a la consulta:
  - Evitar el exceso de visitas no fundamentadas en la evidencia científica relacionadas (ejemplo: seguimiento por procesos banales).
  - Posponer la atención del paciente "fuera de cita" por procesos banales o demorables, explicándoles lo inadecuado de su uso del sistema sanitario y el porqué de la demora.
  - Informar verbalmente del mal uso cada vez que éste se produzca.
  - Manejo de los pacientes "resistentes" o anárquicos:
    - Averiguar la causa del mal uso de la consulta (horarios laborables, limitaciones con el trabajo, cuidadores, enfermedades familiares...)
    - Ofrecer alternativas asistenciales y pactar soluciones guiadas de común acuerdo (consulta telefónica, horarios existentes, citas diferidas...)
    - Derivar/ reconducir las consultas "sin cita" a consultas programadas controladas por el profesional.
    - Dar hoja informativa sobre el uso de las consultas pediátricas.
- Mejorar la interrelación y comunicación con los centros docentes y de atención a la infancia, y los profesionales no sanitarios implicados en el cuidado de los niños. Para ello:

- Realizar actividades formativas para profesionales no sanitarios de la infancia que mejoren sus conocimientos y habilidades en la atención a la salud de los alumnos y mejoren el uso de los servicios pediátricos.

Podéis disponer de material elaborado por el grupo de educación para la salud de la AEPap de acceso libre en el siguiente enlace: <https://www.aepap.org/grupos/grupo-de-educacion-para-la-salud/biblioteca/guia-para-centros-docentes>

## 8. BIBLIOGRAFIA

1. Jiménez Alés R, Navarro Quesada FJ. Aprendiendo a gestionar mejor la consulta. En AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2013. Madrid: Exlibris Ediciones; 2013. p. 383-90.
2. Valdés y Llorca C, Aguado Rodríguez E, Hernando Alonso MI, Tutor Ovejero M, Aguilar Bailó E, Valero Marugan A. Gestión del paciente sin cita en un centro de salud: mejorando la calidad asistencial. CS Miraflores. Alcobendas. Área 5, SERMAS.
3. Luque-Mellado FJ, Gili-Ribes M, Berenguer-Gascón R, Martos-Molines FJ, Oriach-Alonso S, Quesada-Couceiro X et al. Mejora de la gestión de la demanda en un equipo de Atención Primaria. Semergen 2010;36(5):243-52.
4. Blanquer Gregori JFJ, Mira Sanz E. Algo más que un simple mostrador. AMF 2009;5(8):444-53.
5. Mediavilla Herrera I, Cortés Rubio JA. Gestión de la demanda y de la agenda médica en Atención Primaria. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2005.
6. Tapia Collados C, Gil Guillén V, Orozco Beltrán D. Influencia de la ansiedad materna en la frecuentación de las consultas de pediatría de atención primaria. Aten Primaria 2005;36(2):64-70.
7. Botello B, Palacio S, García M, Margolles M, Fernández F, Hernán M, et al. Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. Gac Sanit 2013;27(2):180-3.
8. Monsalve Saiz M, Peñalba Citores AC, Lastra Gutierrez S. La consulta telefónica en Atención Primaria, ¿está justificada?. Rev Aten Primaria 2013;15:329-31.
9. Adroher Muñoz M, Herrero González MA, Buñuel Álvarez JC, Vila Pablos C, Mallorquí Bertran C. Estudio descriptivo de los usuarios que acuden sin concertar cita a las consultas de Atención Primaria. Rev Pediatr Aten Primaria 2005;7:193-202.
10. Tapia Collados C, Gil Guillén V, Orozco Beltrán D. Análisis de la hiperfrecuentación en las consultas de pediatría de atención primaria. Cuadernos de gestión. Volumen 10, Número 2, Abril-Junio 2004.
11. Los servicios de emergencia y urgencias médicas extrahospitalarias en España. Cap. 6.6. Configuración de los servicios de emergencia y urgencia médica. Pag 58-81.

12. Brugués Brugués A, Peris Grao A, Martí Aguasca L, Flores Mateo G. Abordaje de la demanda de visitas espontáneas de un equipo de atención primaria mediante una guía de intervenciones de enfermería. *Aten Primaria* 2008;40(8):387-91.
13. Millas Rosa J, Otegui Recio A, Perez G, Arzuaga Arambarri MJ, Martinez Eizaguirre JM, Insausti Carretero MJ. Miembros del Grupo de Investigación de la Comarca Oeste de Gipuzkoa (CGO). Consulta de atención primaria: ¿todo es del médico? *Aten Primaria* 2011;43(10):516-23.
14. Bras J. Dar peces y enseñar a pescar. ¡Cuánto trabajo, madre mía!. *Aten Primaria* 2005;36(2):64-70.
15. Ayuso Raya MC, Pérez López N, Simarro Herráez MJ, Escobar Rabadán F. Valoración de un proyecto de "triaje" de urgencias por enfermería en atención primaria. *Rev Clín Med Fam* 2013; 6(3): 144-51.
16. Garcia Herrero MA, Gonzalez Cortés R. Triángulo de evaluación pediátrica. *Rev Aten Primaria Supl.* 2011;(20):193-6.
17. Pascual M, Gené E, Arnau R, Pelegrí M, Pineda M, Azagra R. Evaluación de la eficacia de enfermería en la resolución de las consultas urgentes en atención primaria. *Emergencias* 2012; 24: 196-202.
18. Bellón JA. Habilidades de comunicación y utilización de las consultas de atención primaria. *Communication skills and the utilisation of primary care consultations.*. ANALES Sis San Navarra 2001; Vol. 24, Suplemento 2.
19. Ortega del Moral A. Melguizo Jiménez M. Obsesionados por la demora. *AMF* 2007;3(3):121-3.
20. Díaz Grávalos GJ. Factores relacionados con la práctica de educación sanitaria por los médicos de Atención Primaria de Galicia. *Rev Esp Salud Pública* 2001; 75: 529-40.
21. Unión Internacional de Promoción de la Salud y Educación para la Salud para la Comisión Europea. La Evidencia de la Eficacia de la Promoción de la Salud. Configurando la Salud Pública en una Nueva Europa. Parte Uno: Documento Base y Parte Dos: Libro de Evidencia. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo: 2000.
22. Soriano Faura FJ y Grupo PrevInfad. ¿La promoción de la salud en AP es eficaz?, ¿la evidencia científica es suficiente para llevar a cabo una actividad preventiva? En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2004. Madrid: Exlibris Ediciones, 2004: p. 37-42.
23. Luciano Devis JV, Serrano Blanco A y Grupo DASMAP. Los hiperfrecuentadores en atención primaria: perfil sociodemográfico, características clínicas y propuesta de una nueva definición. *Aten Primaria.*2008;40(12):631-2.
24. Fernández Cano G, Martín Carballo G. Urgencias pediátricas atendidas en una consulta de atención primaria (I): análisis de la demanda. *Aten Primaria* 2000; 26 (2):81-5.
25. Durá Travé T, Gúrpide Ayarra N. Presión asistencial, frecuentación y morbilidad pediátrica en un centro de salud. Diferencias etarias y estacionales. *Aten Primaria* 2001; 27: 244-9.
26. Al-Jam Nehlawi H, Bermúdez Linares L, Casado López M, De las Heras Loa S, Alonso González M, González Martínez Y. Una agenda más activa: Posible solución a algunos problemas de nuestras consultas. *Revista Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria* 2002;4:24-8.

27. Allué Martínez X. Urgencias: abierto de 0 a 24 horas: factores socioculturales en la oferta y la demanda de las urgencias pediátricas. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili; 1998.
28. Jiménez Alés R. Sobrecarga asistencial y accesibilidad desmedida: el fracaso del éxito. La pediatria-dependencia y la limitación de la calidad de la asistencia. *Pediatría Integral* 2011; 15 (nº esp 14):97-100.
29. Polo Martín P, Reyer Díaz E, Mateu Mahiques J, Casanova Matutano C. An analysis of the relationship between morbidity and the level of demand for pediatric primary care. A study on 1359 children. *An Esp Pediatr.* 1998, sep; 49(3):273-9.



## ANEXO 1: HOJA PRESENTACIÓN DE LA CONSULTA DE PEDIATRÍA

### CONSULTA DE PEDIATRIA DEL CENTRO DE SALUD DE .....

En primer lugar darles la bienvenida a nuestro Centro de Salud. Su hijo ha sido asignado a la consulta de pediatría del Dr/Dra ..... y con el/la enfermero-a .....

Los horarios de atención de consulta de su pediatra son todos los días de mañana excepto un día que exclusivamente será de tarde los .....

Las formas de solicitar CITA PREVIA para la consulta de pediatría de enfermería (vacunas exclusivas sin revisión, curas, u otros...) o para el pediatra son las siguientes:

- **CITA POR INTERNET:** <http://www.san.gva.es/web/dgoeicap/citaprevia>, conviene imprimir la cita y asegurarse de confirmarla. Las agendas de CITACION PROGRAMADA para revisiones de salud no aparecen en Internet. Las puede solicitar en el mostrador o telefónicamente.

- **CITA TELEFONICA** llamando a los siguientes teléfonos durante el horario de apertura del centro de salud de lunes a viernes

- TELEFONO CITA PREVIA .....
- TELEFONO URGENCIAS.....

- CITA EN **MOSTRADOR** DEL CENTRO DE SALUD: En caso de no necesitar acudir a la cita que tenían previamente o no poder acudir por otros motivos familiares o laborales, les rogamos llamen al centro de salud para anular dicha cita o la anulen por Internet. De esa forma ese hueco de la agenda quedará disponible para otro niño que pueda necesitarlo. Se debe intentar acudir con puntualidad al horario que tengan de citación. Sabemos que en ocasiones seremos los profesionales los que nos demoremos por distintas necesidades de la consulta y les pedimos comprensión.

- Puede ocurrir que en ocasiones soliciten acudir a la consulta y no haya citas para ese día. Casi siempre, excepto en épocas de epidemia o determinados días de la semana, habrá citas disponibles en 24-48 horas.

Los motivos médicos que no es necesaria su atención inmediata son los siguientes:

- Trámites administrativos (interconsultas, volantes, certificados, recetas...).
- Traer informes de la atención urgente en el día del Hospital, donde ya han sido vistos por otro médico y pautado el tratamiento. Para informar a su pediatra del proceso se puede realizar con cita en los días siguientes.
- Los síntomas médicos que llevan ya días de evolución (tos, cansancio, falta de apetito, dolores varios,...) no son procesos urgentes. La mejor manera de atenderlos y valorarlos, es por su médico y con cita adecuada, no de forma rápida y por cualquier otro médico.
- Los procesos febriles de muy corta evolución (menos de 24 horas). En muchas ocasiones no es posible apreciar la causa de la fiebre si no se les da un tiempo de evolución. Se ruega acudir con cita a no ser que aparezca algún síntoma de alarma.
- Los procesos catarrales banales (tos leve, moco, congestión) salvo que el niño tenga dificultad respiratoria o afectación del estado general.

- Cuando la solicitud de consulta sea para actualizar calendario vacunal, curas de heridas o consultas sobre alimentación pueden solicitarla a su enfermero/a. de las 3 formas descritas (internet, mostrador o teléfono).

**¿Cuáles son los motivos para consultar de forma más urgente, aunque deben de comunicarlo al mostrador?**

- FIEBRE ALTA que no cede bien con antitérmicos o con afectación del estado general del niño.
- ERUPCIONES o MANCHAS que no sabemos reconocer sobre todo si tiene fiebre.
- MAL ASPECTO DEL NIÑO, MUY DECAIDO O APATICO
- VOMITOS QUE NO CEDEN
- CAIDAS ACCIDENTALES DESDE ALTURA o con pérdida de conocimiento
- HERIDAS sangrantes
- TRAUMATISMOS DENTALES donde se pierden o se mueven los dientes
- CONVULSIONES febriles o no
- DIFICULTAD RESPIRATORIA, color azulado de labios, respiración acelerada o con esfuerzo
- DOLOR INTENSO en cualquier localización (abdominal, cabeza, torácico, articular...)
- PÉRDIDAS DE CONOCIMIENTO BRUSCAS

Les recomendamos asimismo no acudir a las puertas de urgencias del Hospital por cualquier motivo banal. Las urgencias hospitalarias no son una consulta de atención primaria. El uso excesivo e inadecuado de este servicio genera más tiempo de espera y el riesgo de contagiar al niño por otros virus o bacterias mientras está en la sala de espera. ALLI SE DEBE ACUDIR POR EMERGENCIAS VITALES o cuando otro médico haya valorado que se debe remitir al niño para valoración en el Hospital.

Disponen también de la posibilidad de CONSULTA TELEFÓNICA CON SU PEDIATRA, se ruegan cojan cita para poderlo anotar en su historia, explicar en el mostrador que se desea consulta telefónica.

Muchas gracias por su colaboración y estamos a su disposición.

EQUIPO DE PEDIATRIA DEL CENTRO DE SALUD DE .....

## GESTION PACIENTES SIN CITA PEDIATRIA

- 1. Primero ofrecer cita con su médico
- 2. Mensaje: ***“Sin cita sólo se atiende verdaderas urgencias, durante la mañana no funciona el servicio de urgencias”***
- 3. La familia insiste en necesidad, antes de llamar (pediatra o enfermería): recoger datos: nombre, motivo urgencia, edad y sip

Ejemplo de llamada: *Dr/Dra o D/Dña ....., perdone que le interrumpa es que.....ha acudido sin cita porque refieren que.....tiene de edad ....y su sip es.....*

Explicar al paciente donde tiene que esperar

- **Si el paciente parece grave, o herido mejor pasar a clínica, llamar a enfermería y éste llamar a su médico.**
- 4. Entrega hoja informativa (ver diapositiva 2)

## *Centro de Salud de*

.....

**TRABAJAMOS PARA MEJORAR SU SALUD  
ROGAMOS SU COLABORACIÓN**

**SE RECOMIENDA COJAN CITA EN EL MOSTRADOR**  
TAMBIÉN DISPONIBLE EN INTERNET (<http://www.san.gva.es/citaprevia>),  
es necesario imprimir la CITA, Y TAMBIÉN POR TELÉFONO

Cita Previa ....., Urgencias .....

*Si no pueden acudir a su cita se ruega anularla, de esa manera otro  
paciente ocupará ese hueco de visita*

**LOS PACIENTES QUE HAYAN SOLICITADO CITA PREVIA TIENEN DERECHO A SER  
ATENDIDOS ANTES QUE AQUELLOS QUE NO HAN PEDIDO CITA  
SALVO URGENCIAS VITALES**

**Todas** las consultas, incluidas las administrativas, requieren cita  
Las visitas a hermanos también necesitan otra cita

## ANEXO 4: TRIAJE



**SEGÚN EL TEP LOS DIAGNÓSTICOS FISIOLÓGICOS SON**

Apariencia	Respiración	Circulación	ESTADO
N	N	N	Estable
A	N	N	Disfunción SNC
N	A	N	Dificultad respiratoria
A	A	N	Fallo respiratorio
N	N	A	Shock compensado
A	N	A	Shock descompensado
A	A	A	Fallo cardiopulmonar

N: normal  
A: anormal

**Sistemática de actuación (Triage)**

**PRIORIDAD SEGÚN EL NÚMERO DE LADOS DEL TEP ALTERADOS**

		% INGRESO
ESTABLE: NINGÚN LADO DEL TEP ALTERADO	PRIORIDAD 4 - 5	4: 1 - 5 % 5: 0 - 1%
UN LADO DEL TEP ALTERADO	PRIORIDAD 3	10 - 20 %
DOS LADOS DEL TEP ALTERADOS	PRIORIDAD 2	20 - 40 %
TRES LADOS DEL TEP ALTERADOS	PRIORIDAD 1	80 - 100 %

## Atención a los pacientes sin cita. ¿Cómo la realizamos?

Estimados compañeros:

Os pedimos la colaboración para rellenar la siguiente encuesta sobre la atención de urgencias y consultas no demorables en las consultas de pediatría de atención primaria. No os ocupará más de cinco minutos, se trata de una única encuesta. Interesaría que la difundierais al mayor número de compañeros, y que ésta se hiciera en estas fechas donde la carga laboral es mayor (fecha máxima final de febrero). Muchas gracias por vuestra colaboración

**\*Obligatorio**

**1. Sexo \***

*Marca solo un óvalo.*

Hombre

Mujer

**2. Edad \***

*Marca solo un óvalo.*

25-35 años

36-45 año

46-55 años

> 55 años

**3. Tipo de contrato \***

*Marca solo un óvalo.*

Fijo

Interino

Eventual

**4. Provincia del centro de trabajo \***

*Marca solo un óvalo.*

Alicante

Valencia

Castellón

5. **Departamento de salud \***

*Marca solo un óvalo.*

- Vinaroz
- Castellón
- La Plana
- Sagunto
- Valencia-Clínico-Malvarrosa
- Valencia-Arnau de Vilanova-Llíria
- Valencia-La Fe
- Requena
- Valencia-Hospital General
- Valencia-Doctor Peset
- La Ribera
- Gandía
- Dénia
- Xàtiva-Ontinyent
- Alcoy
- Marina Baixa
- Alicante-Sant Joan d'Alacant
- Elda
- Alicante-Hospital General
- Elche-Hospital General
- Orihuela
- Torrevieja
- Manises
- Elche-Crevillent

6. **Distancia de su centro de salud al servicio de urgencia hospitalarios \***

*Marca solo un óvalo.*

- 0-5 kilómetro
- 6-10 kilómetros
- 11-15 kilómetros
- 16-20 kilómetros
- mayor de 21 kilómetros

7. Horario de tu consulta de pediatría \*

Marca solo un óvalo.

- Sólo por la mañana
- Sólo por la tarde
- Mayoría mañana y una tarde
- Todo tardes excepto una mañana
- Varias tardes y varias mañanas

8. Horario del servicio de urgencias del centro de salud (entendiendo el punto de urgencias que se ocupa exclusivamente de las urgencias) \*

Marca solo un óvalo.

- 24h todos los días laborables y festivos (es decir durante las mañanas y tardes existe un médico para atender exclusivamente urgencias)
- Tarde y noche los laborables (es decir durante las tardes existe un servicio con un médico que atiende exclusivamente urgencias, sin cita previa)
- Solamente las noches en los laborables (es decir durante las tardes y las mañanas las urgencias se derivan a las consultas de cita previa que hay durante la tardes y mañanas)

9. Número de pacientes asignados a su cupo (escoger lo que más se aproxime) \*

Marca solo un óvalo.

- <900
- 901-1000
- 1001-1100
- 1101-1200
- 1201-1300
- >1301

10. ¿Cuántos pediatras hay en su Centro de salud? \*

Marca solo un óvalo.

- 1
- 2
- 3
- 4
- >5

11. Número de enfermeros/as que atiende habitualmente a su cupo en su centro de salud \*

Marca solo un óvalo.

- sólo uno
- dos
- cualquier enfermero/a del centro de salud

12. Tipo de dedicación de la enfermería a la atención pediátrica \*

Marca solo un óvalo.

- completa
- parcial

13. **¿Cómo está distribuida la atención a demanda y la programada? \***

*Marca solo un óvalo.*

- intercalada  
 en bloques separados

14. **¿Existe un límite al número de citaciones en la agenda de pediatría? \***

*Marca solo un óvalo.*

- sí  
 no

15. **En caso afirmativo. ¿Qué límite se ha establecido?**

*Marca solo un óvalo.*

- <25  
 25-30  
 31-35  
 >35

16. **¿Desde el mostrador le interrumpen para informarle sobre los pacientes que acuden sin cita? \***

*Marca solo un óvalo.*

- sí  
 no

17. **Cuando acude un paciente sin cita ¿se informa primero a enfermería? \***

*Marca solo un óvalo.*

- sí  
 no

18. **¿Le añaden desde el mostrador en la lista de consultas estos pacientes sin cita como pacientes extras? \***

*Marca solo un óvalo.*

- sí  
 no

19. **¿Se hace un triaje previo de priorización a los pacientes que acuden sin cita? \***

*Marca solo un óvalo.*

- sí  
 no

20. **¿Realiza enfermería algún tipo de triaje? \***

*Marca solo un óvalo.*

sí

no

21. **¿Cuál es la impresión del personal de enfermería al respecto? \***

*Marca solo un óvalo.*

sí colaboraría

no colaboraría

22. **Número de pacientes atendidos sin cita (media diaria de la última semana) \***

*Marca solo un óvalo.*

1-2

3-4

5-6

7-8

>8

23. **Número de pacientes atendidos sin cita (máximos vistos al día en las últimas semanas) \***

*Marca solo un óvalo.*

<4

5-8

9-12

13-17

>18

24. **Demora en la cita previa de esa semana \***

*Marca solo un óvalo.*

0 días

1 días

dos días

tres días

mayor a 4 días

25. **¿Existe posibilidad de abrir un tramo de agenda en el mismo día para absorber a los pacientes que acudan sin cita? \***

*Marca solo un óvalo.*

- sí  
 no

26. **¿Existe hoja de información a los pacientes sobre estos aspectos (coger cita, anular en caso de no acudir, actuaciones en caso de fiebre...)? \***

*Marca solo un óvalo.*

- sí  
 no

27. **¿Cómo se establece la atención a las urgencias? \***

*Marca solo un óvalo.*

- intercaladas en la consulta de demanda habitual  
 sistemáticamente se atienden al final

28. **¿Le derivan pacientes de otros cupos sin cita como urgencias? \***

*Marca solo un óvalo.*

- sí  
 no

29. **¿En caso de libranzas de guardias médicas de los compañeros, se pone sustituto? \***

*Marca solo un óvalo.*

- sí  
 no

30. **¿En caso de asistencias a cursos, u otros permisos de los compañeros, se pone un sustituto? \***

*Marca solo un óvalo.*

- sí  
 no

31. ¿Cuándo no hay consulta de un pediatra le añaden sus pacientes a su lista? \*

Marca solo un óvalo.

- sí  
 no

32. ¿Atiende consultas telefónicas? \*

Marca solo un óvalo.

- sí  
 no

33. En caso de atender consultas telefónicas ¿se anotan en la historia del paciente?

Marca solo un óvalo.

- sí  
 no

34. ¿La atención de los pacientes que acuden sin cita supone un problema para su consulta? \*

Marca solo un óvalo.

- sí  
 no

35. ¿La atención de los pacientes que acuden sin cita le provoca estrés? \*

Marca solo un óvalo.

- sí  
 no

36. ¿La atención a los pacientes sin cita le impide realizar otras tareas en su consulta (revisar pacientes, formación, investigación atención a crónicos, educación para la salud...)? \*

Marca solo un óvalo.

- sí  
 no

37. En caso de haber contestado si en la pregunta anterior. ¿Podría especificar el motivo?

Marca solo un óvalo por fila.

	sí	no
Falta de triaje	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Excesivos pacientes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atención a pacientes de otros cupos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Salida del trabajo despues del horario establecido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reclamaciones	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**38. ¿Como cree que se solucionaría esta problema en su caso?**

Puntúe segun importancia (mayor importancia 5, menor importancia 1), Si algún apartado le parece igual de importante podría ponerle la misma puntuación  
*Marca solo un óvalo por fila.*

	1	2	3	4	5
Educación sanitaria a las familias	<input type="radio"/>				
Disminución de los cupos	<input type="radio"/>				
Sustitución de profesionales (salidas de guardia, permisos...)	<input type="radio"/>				
Triaje por enfermería	<input type="radio"/>				
Médico dedicado a la atención de las urgencias	<input type="radio"/>				

**39. ¿Desea realizar alguna observación o comentario?**

.....

.....

.....

.....

.....