

# Pediatría de urgencias: una nueva especialidad

J. Pou Fernández<sup>a</sup> y J. Benito Fernández<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicios de Pediatría y Urgencias. Unidad Integrada Hospital Sant Joan de Déu-Consortio Clínico. Barcelona. Presidente de la SEUP. <sup>b</sup>Sección de Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Bilbao. Ex Presidente de la SEUP.

(*An Esp Pediatr* 2002; 56: 2-4)

A pesar de los numerosos cambios y de las indudables mejoras vividas durante los últimos años en nuestra red asistencial, la realidad demuestra que en pediatría la visita urgente, sea ésta o no una verdadera urgencia, sigue siendo en la actualidad un requerimiento de la población<sup>1-4</sup>. Seguramente existen muchas razones, justificadas o no, que explican que esto sea así, pero lo que está claro es que se trata de una evidencia que los pediatras deben asumir.

La urgencia pediátrica, entendida como cualquier acto médico asistencial no programado, es asumida por el pediatra allí donde realice su trabajo: consultorio, privado o público, domicilio del paciente, hospital comarcal, hospital universitario, clínica privada, etc.<sup>5,6</sup>. Sin embargo, es una realidad que una gran parte de esta actividad urgente se realiza en los hospitales y, más veces de las que serían deseables, por médicos no pediatras.

Ante una consulta urgente, el pediatra tiene que saber diferenciar aquellos niños que pueden esperar a ser valorados y tratados, de aquellos que requieren una intervención inmediata. La demora en la atención de estos últimos puede hacer peligrar su vida y generarles graves secuelas, por lo que algunos autores llaman a esta situación, una emergencia. Así pues, ante una consulta urgente el pediatra debe saber diferenciar entre lo no urgente, la emergencia real y además debe saber manejar la emergencia hasta que, si es necesario, los intensivistas pediátricos puedan encargarse del enfermo. En estas situaciones el trabajo del pediatra de urgencias puede condicionar, en uno u otro sentido, el pronóstico final.

Por si esto fuera poco, las situaciones no urgentes tienen que ser correctamente manejadas, ya que, de no hacerlo, pueden traer consecuencias importantes. Una atención inadecuada en urgencias puede provocar problemas asistenciales (un tratamiento erróneo puede impedir el

diagnóstico correcto), puede originar ingresos hospitalarios innecesarios, producir un enorme gasto sanitario (solicitud de análisis y pruebas no necesarias) y dar una mala imagen del hospital o centro asistencial de que se trate. El servicio de urgencias es el escaparate del centro sanitario y, en muchas ocasiones, el único conocimiento que los pacientes tienen de él.

El pediatra de urgencias desarrolla su función entre el pediatra de atención primaria o de cabecera, del que recibe y al que devuelve el paciente, el pediatra de cuidados intensivos, al que puede transferir las emergencias y los pediatras especialistas, puesto que resuelven los problemas agudos de los pacientes que ellos controlan o les remiten pacientes, debidamente orientados, que pueden sufrir procesos relacionados con su área de conocimiento. Los pacientes con enfermedades crónicas, habitualmente controlados por un pediatra especializado, presentan también trastornos agudos, a veces asociados con su enfermedad y otras, no. Es labor del pediatra de urgencias reconocerlas, solucionarlas y devolver el enfermo al especialista para su seguimiento e, incluso, saber solicitar su ayuda sólo en aquellos casos en los que es necesaria.

Es especialmente relevante la atención que en la actualidad y sobre todo en el futuro inmediato, el pediatra de urgencias debe prestar a la enfermedad traumatológica y accidental en general. El trauma es la principal causa de muerte en niños por encima del año de edad, causando, además, un importante número de secuelas a medio y largo plazo<sup>7,8</sup>. Sin embargo, a pesar de la importancia epidemiológica de esta enfermedad, los pediatras en general, incluidos los de urgencias, tenemos escasa formación en estos aspectos, y muchos de estos niños son atendidos por otros profesionales (traumatólogos, anestesiólogos y cirujanos) que, en muchas ocasiones, no

---

**Correspondencia:** Dr. J. Pou Fernández.  
Jefe de Servicio de Pediatría y Urgencias. Hospital Sant Joan de Déu.  
Pº Sant Joan de Déu, n.º 2. 08950 Esplugues. Barcelona.  
Correo electrónico: jpou@hsjdbcn.org

Recibido en octubre de 2001.

Aceptado para su publicación en octubre de 2001.

tienen en cuenta la visión global y las peculiaridades del paciente pediátrico. La atención del niño accidentado exige el conocimiento de técnicas y procedimientos que no se enseñan durante el programa de formación MIR en pediatría, lo que exige una formación específica en este campo.

De lo que se acaba de decir se derivan unas consecuencias claras. Para el paciente que solicita una asistencia urgente, encontrarse con un profesional experto puede beneficiarle, evitarle muchas molestias e incluso consecuencias graves. Para los centros sanitarios y hospitales también es importante disponer de un servicio de urgencias experto y eficaz. Le evitará costes económicos importantes, mejorará la calidad asistencial y facilitará el trabajo de los demás compañeros (especialistas, intensivistas, etc.), pudiendo ofrecer además una imagen insustituible del centro hospitalario.

Aunque todos los pediatras deben saber enfrentarse a una urgencia, lo cierto es que la forma de trabajar en el servicio de urgencias es diferente. Es necesario tener un amplio caudal de conocimientos, pero además una gran experiencia para distinguir con prontitud la emergencia de lo que no lo es, debe tener capacidad de establecer diagnósticos diferenciales, debe saber tomar decisiones rápidas, tratar a familias que por lo general no conoce, en situaciones de estrés y tranquilizarlas, convencerlas, etc. Su forma de trabajar es en este momento diferente a la que utilizan los pediatras en otras situaciones. Esta forma de enfrentarse al niño enfermo es aún más crucial, si nos situamos en un hospital o centro asistencial, en los que el volumen de visitas que tienen que ser atendidas o presión asistencial, es enorme. En estos casos, el disponer de un buen equipo de urgencias es fundamental.

La única manera de conseguir que esto sea así es mediante la especialización en esta forma de trabajar. Los especialistas en pediatría de urgencias son necesarios como ya se ha demostrado en otros países<sup>1,9,10</sup> o como otros compañeros manifestaron ya hace años<sup>11</sup>. No se trata de una especialidad de órgano como las otras, sino de una especialidad por su función. A diferencia de otras especialidades pediátricas, el área de conocimiento no se limita a un órgano, sino que los abarca todos, lo que es específico es la situación, aguda, y la función de reconocer y resolver inicialmente la emergencia y enfocar, orientar y encaminar correctamente las situaciones no urgentes. De la misma manera que la neonatología abarca todos los aspectos de la pediatría, limitándose a una edad, la pediatría de urgencias abarca todos los aspectos de la pediatría, pero los limita a la situación aguda. Lo que hace específico a la pediatría de urgencia no es la limitación de su conocimiento a un órgano, sino la especificidad de su función a una situación, la urgencia.

La presencia de pediatras de urgencia sólo puede traer beneficios y progreso a la pediatría, tal como ha ocurrido con todas las especialidades pediátricas. La calidad

asistencial en situaciones agudas mejorará con su presencia, pero su trabajo no debe de ser únicamente asistencial. La función docente es básica; la formación de futuros pediatras en el área de urgencias debe depender de ellos y no debe olvidarse que todos los pediatras, en un momento u otro de su trabajo, se enfrentarán a una urgencia. Deben enseñar a los residentes MIR a resolver con criterio y calidad las situaciones urgentes. Pero además, no debe olvidarse que muchos niños son atendidos en los servicios de urgencias por médicos que no son pediatras. Ante este déficit, los pediatras de urgencias son quienes deben cuidar de la formación de éstos, en centros debidamente acreditados<sup>12,13</sup> y con pediatras especialistas en el tema. Finalmente, no debe olvidarse la posibilidad de investigar en los servicios de urgencias. La enorme presión asistencial no debe ser óbice para avanzar, profundizar e investigar en determinados aspectos de nuestra actividad. La presencia de enfermedades y problemas nuevos o cambiantes nos brindará siempre esta posibilidad. Los resultados de esta investigación repercutirán en una mejor asistencia y proporcionarán recomendaciones renovadas a los pediatras.

Los pediatras que tienen su puesto de trabajo en los servicios de urgencias, que desarrollan allí su actividad asistencial, docente e investigadora, son una realidad y una necesidad. Sus contribuciones a la pediatría en cualquiera de las tres áreas, empieza a ponerse de manifiesto en nuestro país<sup>14-16</sup>. Al igual que ha ocurrido en otros países, su reconocimiento llegará un poco más tarde.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Davies F. Paediatric emergency medicina: Do we George Clooney? *Emerg Med J* 2001; 18: 157-158.
2. American Academy of Pediatrics. Committee on Pediatrics Emergency Medicine and American College of Emergency Physicians, Pediatric Committee. Care of Children in the Emergency Department: Guidelines for preparedness. *Pediatrics* 2001; 107: 770-781.
3. Pou J, Cambra FJ, Moreno J, Fernández Santervás Y. Estudio de la demanda urgente de asistencia pediátrica en el servicio de urgencias de un hospital infantil. *An Esp Pediatr* 1995; 42: 27-30.
4. García Fructuoso MT, Fernández A, García JJ, Ortega J, Luaces C, Pou J. Demanda asistencial y perfil actual del usuario en un servicio de urgencias pediátrico hospitalario de tercer nivel. *Arch Pediatr* 1999; 50: 149-155.
5. Seidel JS, Knapp JF. Pediatric Emergencies in the office, Hospital and community: Organizing systems of care. *Pediatrics* 2000; 106: 337-338.
6. Heath BW, Coffey IS, Malone P, Courtney J. Pediatric office emergencies and emergency preparedness in a small rural state. *Pediatrics* 2000; 106: 1391-1396.
7. Sanchez JI, Paidas CN. Childhood Trauma. Now and in the new millenium. *Surg Clin North Am* 1999; 79: 1503-1535.
8. García Marcos L, Guillén Pérez JJ, Martín Torres A, Martín Caballero M, Barbero Mari P, Borrajo Guadarrama E. Tasas de mortalidad en la infancia y sus causas en España. 1991. *An Esp Pediatr* 1998; 48: 39-43.

9. Li M, Baker D, Ropp IJ. Pediatric emergency medicine: Developing subspecialty. *Pediatrics* 1989; 84: 336-342.
10. Isaacman DJ, Davis HW. Medicina de urgencias pediátricas: estado de la cuestión. *Pediatrics* (ed. esp.) 1993; 35: 135-139.
11. Arbelo López de Letona A, López C, Cánovas M. Urgencias pediátricas. ¿Un problema irresoluble? *An Esp Pediatr* 1986; 24: 81-82.
12. Weinberg JA, Medears DN. Emergency medical services for children: The report from the Institute of Medicine. *Pediatrics* 1994; 93: 821-823.
13. Gausche-Hill M, Wiebe RA. Guidelines for preparedness of Emergency Departments that care for children: A call to action. *Pediatrics* 2001; 107: 773-774.
14. Grupo de trabajo de codificación diagnóstica. Sociedad Española de urgencias de Pediatría. Codificación diagnóstica en urgencias de Pediatría. *An Esp Pediatr* 2000; 53: 261-272.
15. Grupo de trabajo sobre el niño febril. Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. *An Esp Pediatr* 2001; 55: 5-10.
16. Fernández A, Luaces C, Valls C, Ortega J, García JL, Riva A et al. Procalcitonina para el diagnóstico precoz de infección bacteriana invasiva en el lactante febril. *An Esp Pediatr* 2001; 55: 321-328.