

ORGANIZACIÓN DEL PERSONAL DE URGENCIAS DURANTE LA ASISTENCIA DEL NIÑO CRÍTICO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS. ESTUDIO OBSERVACIONAL.

AUTORES: Concepción Míguez Navarro E-mail: c.miguez09@gmail.com. Gloria Guerrero Márquez. Ana Berlanga de Miguel. Arancha García Cruz. Francisco Martín Marcos.

Diplomados de enfermería del Servicio de Urgencias pediátricas.Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

RESUMEN.

Introducción: El box vital es aquella sala de urgencias donde se atienden a pacientes con patología emergente. Para asegurar una buena asistencia es importante una adecuada organización del personal así como una correcta actuación.

Objetivo: observar la actuación y la organización de los distintos profesionales cuando atienden a pacientes que precisaban atención urgente en el box vital. **Material y métodos:** Estudio transversal durante 6 meses. Se recogieron datos de la organización del personal que atendió en el box vital, así como una valoración subjetiva de la organización y de la actuación. **Resultados:** Se analizaron 40 actuaciones. El motivo de consulta más frecuente fue el politraumatismo (35%). El promedio por categoría profesional a la llamada al box vital y durante la estabilización fue respectivamente: médicos 5,7/3,9, enfermeras 3,5/2,78, auxiliares 1,2/1,35. El promedio de médicos que daban órdenes fue 2. En un 43% de los casos no existía un líder claro. En el 64% de los casos no era adecuado el número de profesionales (11% por defecto y 89% por exceso de personal). El promedio de la valoración subjetiva global sobre la organización fue de 6,35 y sobre la actuación fue de 7,30. **Conclusiones:** En un porcentaje no despreciable no existía un líder claro. En un 64%, el número de profesionales era inadecuada (89% por exceso). La valoración global de la organización del personal fue de 6,35 (regular) y por tanto mejorable. Es imprescindible crear protocolos y esquemas de organización de los profesionales ante las distintas patologías emergentes.

PALABRAS CLAVES: organización, box vital, patología urgente, niños.

1.- INTRODUCCIÓN.

El box vital o cuarto de resucitación es la sala donde habitualmente se atienden a los pacientes que acuden a urgencias con patología emergente o por una urgencia médica vital, que son aquellas situaciones en la que, si no se hace nada de forma inmediata, ponen en peligro la vida del paciente o la función de algún órgano. Normalmente son pacientes con un nivel de triage 1 ó 2 de un sistema de triage de 5 niveles. Una correcta atención, manejo y tratamiento desde que el paciente entra en dicha sala, es fundamental para asegurar la supervivencia del paciente y la posterior calidad de vida del mismo. La organización de todo el personal que participa en una situación de emergencia, que requiere atención en el box vital, es imprescindible para una correcta asistencia del paciente, así como para que las órdenes de tratamiento sean realizadas con la mayor eficacia y efectividad. En todos los servicios de urgencias deberían existir protocolos tanto de actuación como de organización del personal ante situaciones de este tipo. En los protocolos debe estar incluido el número de personas que acuden a un box vital de cada categoría profesional, y de que áreas deben acudir (para no dejar áreas importantes desatendidas). Además, se debe garantizar que estas personas tengan un grado de formación adecuado. En nuestro servicio de urgencias, aunque si se posee de protocolos de actuación de patologías emergentes se carece de protocolos de organización del personal en el box vital. Esto conlleva que el número de personal sanitario que acude para atender a los pacientes que se encuentran en dicha sala es inadecuado, unas veces por defecto y otras por exceso. (4)

2.- OBJETIVOS.

El objetivo de nuestro estudio fue observar la actuación y la organización de los distintos profesionales (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería) cuando atendían a pacientes que precisaban atención urgente o emergente en la sala de resucitación o box vital del servicio de urgencias pediátricas de un hospital terciario. Como objetivo secundario se valoró si quedaban desatendidas otras áreas del servicio de urgencias por parte del personal de enfermería mientras se atendía a dichos pacientes.

3.- MATERIAL Y MÉTODO.

Se realizó un estudio transversal observacional en el servicio de urgencias pediátricas desde el 1 de julio de 2007 hasta 31 de Diciembre del 2007.

- **Sujetos de estudio:** Todo el personal que acude a la llamada de box vital, permanecía durante la estancia del niño en la sala y acompañaba al niño en su posterior traslado.
- **Intervención:** En el estudio participaban 5 observadores de distintos turnos de enfermería, los cuales observaban la actuación y la organización de los distintos profesionales que acudían y atendían a los pacientes en el box vital. Los

observadores anotaban en una hoja de trabajo las distintas variables del estudio. El estudio era ciego para el resto del personal del servicio de urgencias.

- **Criterios de inclusión:** se incluyeron los niños que recibieron atención en el box vital y en los que estaban presentes como observadores alguno de los 5 investigadores que participaban en el estudio.
- **Criterios de exclusión:** se excluyeron los pacientes que eran atendidos en el box vital sin que presentasen patología emergente o urgente.
- **Variables:**
 - Demográficos: historia clínica, edad y sexo, fecha, turno
 - Motivo de consulta y diagnóstico final.
 - Destino final.
 - Número de personal de enfermería y de auxiliares que estaba trabajando en la unidad ese día.
 - Número de personal de cada categoría profesional (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería) que:
 1. Acude inicialmente al box vital.
 2. Participa durante la estabilización.
 3. Permanece al final de la estabilización previo al traslado del paciente del box vital.
 - Número de áreas del servicio de urgencias que quedan desatendidas por parte del personal de enfermería durante la atención del paciente crítico.
 - Número de médicos que dan órdenes durante la estabilización.
 - Existencia de un líder claro: si/no
 - Valoración subjetiva del investigador a la pregunta “¿cree que el número de personal durante la estabilización es el adecuado?” : (si/no)
 - Valoración subjetiva (escala de 1-10) del observador respecto a:
 1. La actuación y organización global en el box vital.
 2. La actuación y la organización de los distintos profesionales que actúan en el box vital.
- **Recogida de datos:** Los datos se introdujeron en una base de datos (Microsoft Access 2003®) y posteriormente se analizaron estadísticamente

4.- RESULTADOS.

Durante el periodo de estudio se recoge una muestra de 40 pacientes con patología emergente o muy urgente correspondiente a niveles de triage 1 ó 2. El 64% de los pacientes atendidos eran niños y el 36% niñas. La edad media de la muestra fue de 77 meses (6,4 años).

La distribución por turnos fue de un 21% por la mañana, un 58% por la tarde y un 21% por la noche.

Los motivos de consulta de los pacientes que fueron atendidos en el box vital fueron: politraumatismos (35%), patología neurológica (28%), patología respiratoria (15%), patología cardiovascular (15%), e intoxicación (7%).

El 86% de los niños atendidos en el box vital requirieron ingreso, de los cuales un 65% ingresó en la planta de pediatría y un 35% en la unidad de cuidados intensivos.

En la tabla 1 se muestra la media, mediana, moda y rango del número de médicos, enfermeras y de auxiliares de enfermería que acudían inicialmente al box vital, de los que intervenían en la estabilización del paciente y de los que se encontraban al final de la misma previo al traslado del paciente.

Tabla 1: Número de las distintas categorías profesionales en el box vital.

	A LA LLAMDA A BOX VITAL	DURANTE LA ESTABILIZACION	AL FINAL DE LA ESTABILIZACION, PREVIO AL TRASLADO
MEDICOS	Media: 5,71 Moda: 3 y 7 Mediana: 4,5 Rango: 2-15	Media: 3,9 Moda: 4 Mediana: 3,5 Rango: 1-10	Media: 2,48 Moda: 2 Mediana: 2 Rango: 1-6
ENFERMERAS	Media: 3,5 Moda: 3 Mediana: 3 Rango: 2-7	Media: 2,78 Moda: 3 Mediana: 3 Rango: 2-4	Media: 2,21 Moda: 2 Mediana: 2 Rango: 1-3
AUXILIARES	Media: 1,2 Moda: 1 Mediana: 1	Media: 1,35 Moda: 1 Mediana: 1	Media: 0,8 Moda: 1 Mediana: 1

Rango: 0-2

Rango:1-3

Rango:0-1

En cuanto al número de médicos que daban órdenes durante la actuación, el promedio fue de 2 (rango: 1-4). A la pregunta si existía un líder claro la respuesta fue sí en un 57% de los casos y no en el 43%.

Al analizar si el personal de enfermería dejaba desatendidas algunas de las áreas de urgencias, se comprobó que en el 93% de los casos se dejaba alguna zona de urgencias sin cubrir (30% un área, 64% 2 áreas y un 9% 3 áreas). Según el área desatendida, la distribución fue: triage un 7% de los casos, área de observación un 28% y el 65% las zonas de consulta de pediatría o de cirugía y traumatología.

A la pregunta ¿cree que el número de personal que ha intervenido durante la estabilización es el adecuado?, la respuesta fue sí en 36% y no en el 64%. De los casos en que la respuesta fue que no era adecuado el número, el 11% era por defecto de personal, mientras que el 89% era por exceso de personal.

En la valoración subjetiva sobre la organización global, la media fue de 6,35 en una escala de 1 a 10, y la puntuación medida de la actuación fue de 7,30.

En los gráficos 1 y 2 se muestran las puntuaciones que da el investigador observador sobre la organización y la actuación tanto de forma global como individual de las distintas categorías profesionales.

Gráfico 1: Puntuación global de la organización y de la actuación

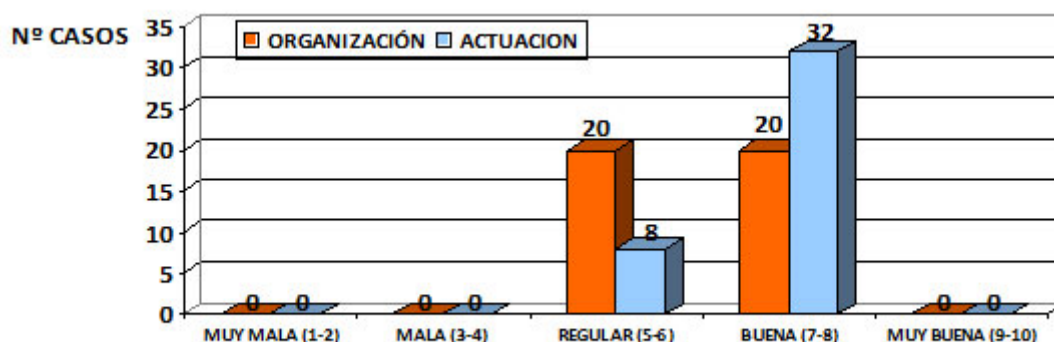
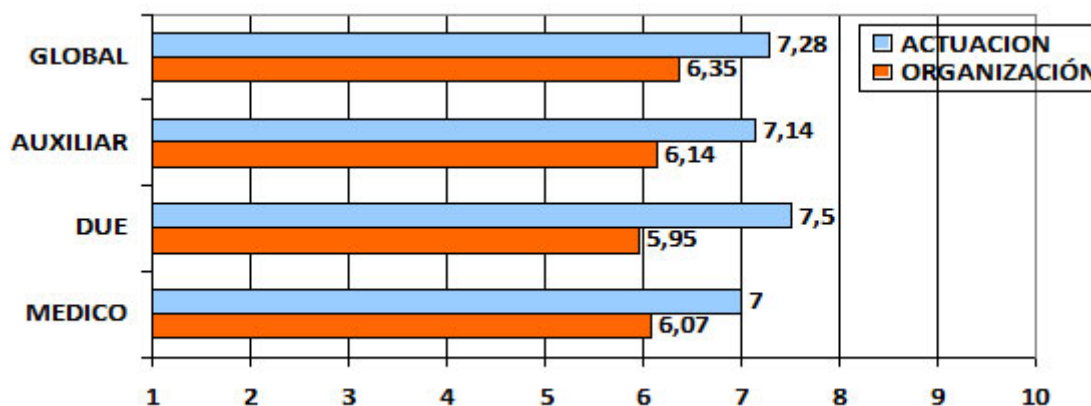


Gráfico 2: Puntuación media de la organización y actuación de las distintas categorías profesionales y puntuación media global.



5.- CONCLUSIONES

En un porcentaje no despreciable de los casos atendidos, no existía un líder claro. En un 64% de los casos, el número de profesionales que actuaban durante la estabilización era inadecuado y la mayoría (89%) era por exceso. La valoración global de la organización del personal por parte del investigador fue de 6,35 (regular) en una escala de 1 a 10, y por tanto mejorable. Este resultado hace imprescindible crear protocolos y esquemas de organización de los profesionales ante los pacientes críticos que requieren atención en el box vital.

6.- DISCUSION:

El box vital o cuarto de resucitación es aquella sala donde habitualmente se atienden a los pacientes que acuden a urgencias con patología emergente (urgencia médica vital), situaciones con riesgo para la vida del paciente o para la función de algún órgano. Es fundamental una correcta organización de las distintas categorías de profesionales que atienden a este tipo de pacientes, así como una correcta actuación para dar una mejor calidad asistencial y por tanto mejorar la morbimortalidad.

El equipo que atiende a pacientes con patología emergente o urgencia médica vital requiere de un equipo multidisciplinar compuesto por miembros de distintas categorías profesionales (médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería) y en ocasiones de distintas especialidades. Todos deben tener en mente unos objetivos asistenciales comunes a perseguir: supervivencia, minimizar las secuelas y optimización de los recursos (1).

La organización del dispositivo asistencial a los pacientes con patología emergente, tanto por parte del personal médico como del personal de enfermería, varía según el lugar de atención (extra hospitalaria u hospitalaria). Dentro de la atención hospitalaria, la organización también varía según el hospital, ya que cada centro hospitalario organiza su asistencia en función de sus disponibilidades y de su infraestructura, especialmente en la fase inicial del tratamiento. (2)

En nuestro centro, aunque si se tienen protocolos de actuación de las distintas patologías emergentes carecemos de esquemas de organización de personal ante estas situaciones.

En el estudio que realizamos, se observó que el número de profesionales que atendían durante la estabilización en el box vital era no adecuado en el 64% de los casos y de estos la mayoría fue por exceso de personal. El exceso de personal durante la estabilización puede en primer lugar entorpecer las maniobras de estabilización del paciente por falta de espacio en la sala y además este exceso puede llevar a que se dupliquen las tareas de los distintos profesionales. La falta de personal que da asistencia en el box vital puede originar que las órdenes de actuación no puedan ser realizadas en el tiempo recomendable, lo que ocasiona que pueda verse retrasada la atención del paciente. El número de participantes en la asistencia de estos pacientes dependerá del tipo de patología.

La eficacia y eficiencia de la intervención de enfermería y del personal médico en el manejo del paciente con patología emergente, se logra con un equipo en el cual cada miembro tenga unas funciones definidas, con el propósito de evitar la duplicación de actividades o la subutilización de los recursos (3).

En nuestro estudio se comprueba que en un porcentaje no despreciable (43%) de los casos, no existía la figura de un líder claro y que el promedio de médicos que daban órdenes era de 2 con un rango entre 1 y 4. Cuando las órdenes de actuación son dadas por varios profesionales puede originar una transmisión de órdenes masiva y confusa para el personal de enfermería, la cual repercute de manera directa en el paciente.

En toda atención de pacientes críticos debe existir la figura de un director o líder que dirija la asistencia y coordine a los distintos profesionales. Este líder puede ser un médico del propio servicio de urgencias, un intensivista o un anestesiista, (1, 2, 3).

En cuanto a las áreas de urgencias desatendidas por parte de enfermería mientras se atiende a niños en el box vital, en nuestro estudio se observa que en un 93% de los casos queda algún área desatendida.

Uno de los motivos, se debe a que el número de profesionales trabajando por turno suele ser, en ocasiones, el justo para atender cada área específica de nuestra urgencia (triage, observación, consultas de pediatría y consultas de cirugía y traumatología). De modo que, si acude a urgencias algún paciente con una urgencia médica vital, tiene que salir personal de las distintas áreas de urgencias para la atención de dicho paciente, quedando por tanto alguna de las otras áreas desatendidas. Para solventar dicho problema, además de contar con más plantilla, sería necesario esquemas de organización donde se reflejase tanto el número de profesionales que deben acudir al cuarto de resucitación, como de qué áreas deben acudir (5). Teniendo en cuenta que áreas como la sala de clasificación y la sala observación nunca queden desatendidas.

En cuanto a la valoración subjetiva por parte de los observadores de la organización global durante la asistencia de niños en el box vital, se observa que es regular (6,35 sobre 10). Creemos que esto puede deberse a la falta de esquemas o protocolos de organización en estas situaciones. Protocolos donde debe estar reflejado tanto del número de personal que debe intervenir, de qué áreas deben asistir, así como del lugar que deben ocupar durante la actuación. Sin embargo, la puntuación de los investigadores sobre actuación de los distintos profesionales ante niños con urgencia médica vital fue buena con un promedio global de 7,30 y una mediana de 8 sobre 10.

Para concluir proponemos para una correcta asistencia de niños con urgencia médica vital o patología emergente:

1. Protocolos de actuación, tratamiento y cuidados de las distintas patologías emergentes.
2. Protocolos de organización donde se refleje:
 - Número de profesionales de cada categoría profesional y de qué área de urgencias deben asistir
 - Actividades especificadas para cada miembro durante la asistencia.
 - Líder o director de la actuación.

6.- BIBLIOGRAFÍA.

1. Vicent Martínez-Ibáñez, Pedro Domínguez, Marcus Aguirre, M^a Antonia González. El equipo de trauma pediátrico. En el manual de atención inicial al trauma pediátrico. Juan A. Navascués y Juan Vázquez. 2^a edición. Editorial. Capítulo 24: 163-167.
2. S. Prat Fabregat, R. Lozano Rubi, T. Echeverria, A. Gahete, A. Sanjuan Castillo, J. Marti Valls, J. L. Garreta Anglada, A. Plasencia Taradach. Variabilidad asistencial en la atención a politraumatizados por accidente de tráfico. Un estudio multicéntrico. *Emergencias* 2005; 17:17-23.
3. Esperanza Guasca Caicedo, T. Gutt.: Manejo inicial de enfermería del paciente politraumatizado. De guías para manejo de urgencias. CAPÍTULO IX. 1^o edición 2005. pág.: 1414-25.
4. American College of Surgeons. ATLS, Programa Avanzado de Apoyo Vital en Trauma para Médicos. Sexta edición. Comité de Trauma del Colegio Americano de Cirujanos, Chicago, 1997.
5. Skrifvars, M., Castren, M, Kurola, J, Rosenberg, P. In-hospital cardiopulmonary resuscitation: organization, management and training in hospitals of different levels of care. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*. 46(4):458-463, April 2002.
6. J Fierro Rosón, M Ruiz Bailé, J Peinado Rodríguez, J A Ramos Cuadra, A Cárdenas Cruz, M A Díaz Castellanos. Evaluación del contenido y funcionamiento de los carros de reanimación cardiopulmonar de un hospital. *Med Intensiva*. 2003; 27:399-403.