

Nivel asistencial por definir en hospitalización pediátrica*

J.I. Montiano Jorge^{1,2}, C. Salado Marin^{2,3}, P. Alcalá Mingagorre^{2,4}, R. Hernández Marco^{2,5}, J.J. García García^{2,6}

¹Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Araba. Profesor asociado en la Universidad del País Vasco. Vitoria.

²Sociedad Española de Pediatría Hospitalaria (SEPHO). ³Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Araba. Vitoria.

⁴Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario de Alicante. Alicante. ⁵Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Dr. Peset. Profesor titular en la Universidad de Valencia. Valencia. ⁶Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Sant Joan de Déu. Profesor agregado en la Universidad de Barcelona. Barcelona

Resumen

Introducción: En muchas plantas de hospitalización pediátrica se atienden pacientes que requieren más cuidados que los que se suponen para estas unidades. El objetivo de este trabajo es tratar de documentar esta situación y proponer mejoras asistenciales.

Material y métodos: Se han revisado los ingresos de 2012, 2014 y 2016 de un hospital secundario sin Cuidados Intensivos, buscando criterios de ingreso en Cuidados Intermedios que define la literatura. Se ha realizado una encuesta de opinión en la Sociedad Española de Pediatría Hospitalaria.

Resultados: Los pacientes que se adecúan a los criterios de Cuidados Intermedios suponen un 18,2% (2012), 20,8% (2014) y 19,8% (2016) del total de los ingresos pediátricos (médicos) del hospital secundario analizado.

Han participado 15 hospitales. La mayoría, el 80% (12), donde se incluyen todos los terciarios con UCIP, contestan que se atienden en planta pacientes con estas características.

Los hospitales con UCIP han trasladado desde su planta a intensivos el 1,22% de los ingresos; los hospitales sin UCIP, el 1,23% ($p=0,98$); los hospitales secundarios sin UCIP, el 1,01%, y los hospitales comarcales, el 3% ($p<0,001$). Los hospitales en los que este problema no se percibe trasladan el 2,41%, frente a los que sí, el 1,12% ($p<0,001$).

Conclusiones: Existe conciencia de que se atienden pacientes con mayores requerimientos que los que se suponen en este nivel asistencial. Esto se hace con seguridad, pero convierte parte de nuestra asistencia en un nivel no bien definido entre la hospitalización habitual y los cuidados intensivos. Se deben establecer vías de colaboración para definir, regular y abordar esta situación.

©2020 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave

Hospitalización pediátrica, nivel asistencial, paciente crítico

Abstract

Title: Level of care to be defined in pediatric hospitalization

Introduction: In many pediatric hospitalization wards, there exist patients who require a higher level of care than routine inpatient pediatric general care. The aim of that study is to document this situation and to propose care improvements.

Methods: Admissions of 2012, 2014 and 2016 in a secondary hospital without a PICU were reviewed. Criteria for the need of Intermediate care were recorded. A survey was carried out in the Spanish Society of Hospital Pediatrics (SEPHO).

Results: Patients who met the criteria for Intermediate Care accounted for 18.2% (2012), 20.8% (2014) and 19.8% (2016) of the total pediatric (medical) admissions of the secondary hospital analyzed.

15 hospitals have participated. 80% of them (12), including all tertiary centers with PICU, refer that patients with criteria for intermediate care are admitted in the ward.

Hospitals with PICU have transferred from ward to intensive care 1.22% of admitted patients and hospitals without PICU 1.23% ($p=0.98$). Secondary hospitals without PICU have transferred 1% and primary hospitals, 3% ($p<0,001$). Hospitals with perception of that fact have transferred 1.12% of admitted patients and the hospitals without this perception, 2.45% ($p<0,001$).

Conclusions: Patients with a higher level of care than routine inpatient care are admitted in many wards. This is done safely, but it turns part of our care at a level not well defined between the standard hospitalization and intensive care. Collaboration should be established to define, regulate and address this situation.

©2020 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords

Pediatric hospitalization, level of care, critical patient

Fecha de recepción: 01-05-19. Fecha de aceptación: 19-02-20.

*Trabajo realizado por el Hospital Universitario Araba (Organización Sanitaria Integrada Araba) y la Sociedad Española de Pediatría Hospitalaria (SEPHO).

Correspondencia: J.I. Montiano Jorge. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Araba. C/Jose Atxotegi, s/n. 01009 Vitoria-Gasteiz. Correo electrónico: Juanignacio.montianojorge@osakidetza.eus

Introducción

La Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos (SECIP) ha descrito tres niveles de asistencia al paciente crítico: Nivel III (Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos completa), Nivel II (carece de alguna prestación) y Nivel I (Estabilización y traslado a centro de referencia)¹.

Todos los hospitales que ofertan asistencia a pacientes en edad pediátrica deben tener un sistema de atención al paciente crítico pediátrico de Nivel I, pero no en todos los hospitales puede ni debe haber Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) más desarrolladas (UCIP II y III). Supondría tener equipamientos y profesionales preparados sin pacientes suficientes y privaría a los centros de referencia de dichos pacientes.

Hay unos pacientes que se atienden en las plantas de hospitalización que requieren mayor vigilancia que la habitual. Esta asistencia que precisa más cuidados que los habituales para una planta de hospitalización no ha sido definida en la actualidad, existiendo otro tipo de pacientes, ya conocidos, que son los de cuidados intermedios dependientes de las Unidades de Cuidados Intensivos. Entonces la pregunta es: estos pacientes atendidos en nuestros hospitales, ¿pueden recibir una asistencia mejor, con mayor calidad asistencial?

Después de una búsqueda bibliográfica extensa y encontrar pocas referencias a la situación que se plantea, se realizó de forma complementaria una búsqueda en nuestro entorno más próximo para ver si es un problema que se suscita en Reuniones y Congresos.

En un número especial de *Anales de Pediatría* desde el punto de vista de los profesionales de Cuidados Intensivos Pediátricos, se han considerado los Cuidados Intermedios inaplazables para descongestionar los Cuidados intensivos².

En el Congreso de 2015 hay tres referencias a Cuidados Intermedios en tres comunicaciones: una hacía referencia a la posibilidad de atender más pacientes tras su apertura en 2009³, la segunda indicaba que utilizan la Observación de Urgencias como Cuidados Intermedios⁴ y la tercera hablaba de que disponían de este tipo de Unidad⁵.

En el Congreso de 2016, se presentaron 2 comunicaciones, una desde la pediatría y otra desde la enfermería, donde se describía una Unidad de Cuidados Intermedios, sin UCIP en su hospital y con todas las garantías asistenciales^{6,7}.

Otra comunicación, de 2017, presentaba una solución adaptativa transformando parte de la Unidad Neonatal en UCIP pediátrica para la epidemia de bronquiolitis⁸.

Se ve, por lo tanto, que existe una asistencia diferente, de otros cuidados distintos a los habituales, y que se van aplicando soluciones individualizadas.

Dentro de lo publicado en la literatura, destaca el artículo de Hernandorena⁹, donde se describe una Unidad de *survei-*

llance continue (vigilancia continua), que es la denominación en lengua francesa de estas unidades, en un hospital general sin UCIP. Dicho artículo concluye que las Unidades de Vigilancia Continua tienen su razón de ser en una sala de pediatría en un hospital general, y que se requieren una adecuada organización, habilidades concretas y mantener un fuerte vínculo con la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos del Hospital de referencia.

Las Unidades de Cuidados Intermedios han sido definidas por la SECIP, en su tercer informe técnico, como una prolongación de las UCIP, dependiendo de ellas y de sus profesionales. Esto impediría cualquier desarrollo de Unidades de Cuidados de prestaciones intermedias, entre una planta habitual y los cuidados intensivos, en los hospitales donde no hubiera UCIP, colapsando, en determinadas épocas del año, tanto las UCIP como las Unidades de Intermedios dependientes de Intensivos. También podría generar una sobreocupación en hospitales que sí disponen de UCIP. Por lo tanto, parece razonable ubicar a estos pacientes en un entorno más seguro, de monitorización y vigilancia, y, de hecho, revisando la literatura, encontramos referencias a Unidades de este tipo fuera de hospitales con UCIP^{9,10}, incluso en Francia se legisló a este respecto en el año 2006¹¹.

Sobre la oferta asistencial, revisada la literatura, cada hospital debe marcar sus criterios de ingreso y sus criterios de traslado a los centros de referencia, con unos mínimos asistenciales^{10,11}.

En las recomendaciones sobre qué profesionales deben atender estas Unidades, se ha valorado que sean pediatras hospitalarios, urgenciólogos pediátricos o neonatólogos¹¹. En cualquier caso, deben ser pediatras entrenados en la hospitalización pediátrica, en la estabilización del paciente grave, en el soporte vital avanzado y en la reanimación cardiopulmonar.

También cabe destacar que se ha publicado la oferta asistencial de Unidades de Cuidados Intermedios de adultos llevadas por internistas en hospitales donde no hay Unidades de Cuidados Intensivos (UCI)¹².

Respecto a la dotación de recursos, se ha descrito en la publicación de Thiriez¹³, que recomienda 1,2 camas de cuidados intermedios por cada 10 camas de pediatría y 2,6 camas por cada 10 camas de cirugía pediátrica. Los recursos y equipamiento descritos dependerán de la oferta asistencial, variando según el tipo de hospital¹¹.

Se ha recomendado una *ratio* de enfermería de un profesional por cada 4 camas de estas características^{11,14}.

Sobre los mínimos asistenciales, la recomendación publicada es que al menos se atiendan 100 pacientes al año con estas características. Estas unidades pueden tener un espacio propio o estar integradas en la planta convencional¹¹.

En caso de puesta en marcha de estas unidades, la alianza con los intensivistas que se ha descrito debe mantenerse igual que antes de la creación de las Unidades⁹⁻¹¹, dado que, en principio, son pacientes con criterios de ingreso diferentes los que son susceptibles de tratar en una y en otra unidad.

Los objetivos de este estudio han sido: documentar que estos pacientes se corresponden a criterios de ingreso en cuidados intermedios, valorándolo en un hospital sin UCIP; investigar si otros pediatras hospitalistas tienen la misma percepción y, finalmente, proponer un foro para definir y regular esta asistencia, mejorando con ello la calidad asistencial.

Material y métodos

Se han valorado dos aspectos:

A. El análisis descriptivo retrospectivo de los ingresos de un Servicio de Pediatría General de un Hospital Secundario, durante los años 2012, 2014 y 2016.

Se han buscado los diagnósticos susceptibles de considerarse de mayor vigilancia, en función de si precisaban constantes frecuentes, vigilancia clínica estrecha, monitorización continua, medicación frecuente o compleja y control del dolor. Posteriormente, se han agrupado de acuerdo con los criterios publicados de cuidados intermedios¹⁰, por considerarse ésta una referencia válida para el tipo de pacientes que se quiere documentar. Dicho hospital tiene una población de referencia de 48.721 (eustat a 1 de enero de 2019) menores de 14 años, un total de 748 camas, 32 camas/cunas en la planta de lactantes y escolares donde ingresan pacientes de 1 mes a 14 años: pediátricos (médicos), quirúrgicos, observaciones pediátricas, hospital de día quirúrgico y pediátrico. Se han calculado los porcentajes de estos pacientes respecto a los ingresos en la planta. Con dichos cálculos teóricos se establecieron las bases para crear una sección y se han comparado los resultados teóricos con los reales de los primeros nueve meses de actividad.

B. Los resultados de una encuesta de opinión estructurada para conocer, entre los miembros de la SEPHO (Sociedad

Española de Pediatría Hospitalaria), la opinión sobre este tipo de asistencia en pacientes hospitalizados.

La SEPHO actualmente tiene miembros en 40 hospitales, en 10 de las Comunidades Autónomas del Estado. Dicha encuesta se realizó con el servidor Survey Monkey, respondiendo a un cuestionario de seis preguntas (tabla 1), en la que han participado 15 miembros de la Sociedad de 15 hospitales diferentes. La definición del nivel de hospital, de su clasificación, se hizo acorde con definiciones aceptadas por la Organización Mundial de la Salud¹⁵.

Se plantearon tres cuestiones: 1. Si trasladan más pacientes a UCIP los hospitales que no tienen UCIP frente a los que sí las tienen; 2. Si trasladan más a hospitales con UCIP los hospitales comarcales que los hospitales secundarios; 3. Si en los hospitales cuyos profesionales que responden la encuesta piensan que no atienden pacientes que requieren más cuidados, trasladan a otros centros el mismo número de pacientes que los hospitales donde los profesionales piensan que sí se atienden.

Para el análisis estadístico se utilizó la comparación de proporciones, muestras independientes, con el *software* Epidat 3.1.

Resultados

A. Análisis retrospectivo de los ingresos durante tres años y descripción de la actividad de los primeros nueve meses de la sección:

En la tabla 2 se muestran los ingresos teóricos durante tres años que cumplían criterios de cuidados intermedios en el hospital objeto de estudio. Considerando sólo los ingresos pediátricos (médicos), el porcentaje de pacientes con criterios de cuidados intermedios estuvo comprendido entre el 18 y el 20%, en función del año. Si se consideran todos los ingresos en planta, entre el 7 y el 8,5%.

En la tabla 3 se presentan por un lado los resultados teóricos analizados en el hospital en la revisión de las historias de los pacientes con criterios de este tipo de asisten-

TABLA 1

Cuestionario realizado a los miembros de la Sociedad Española de Pediatría Hospitalaria (SEPHO)

Cuestión	Respuesta
¿Qué tipo de asistencia al paciente crítico hay en su hospital?	Se solicita saber si hay UCIP y de qué nivel asistencial, si hay Unidad de Cuidados Intermedios dependiente de la UCIP, si hay sala de estabilización pediátrica
Si no hay Cuidados Intensivos Pediátricos en su hospital, ¿la distancia en kilómetros al centro de referencia (UCIP de referencia) es...?	Se solicita la distancia al centro de referencia en kilómetros
Refiera el número de pacientes que ingresan en planta (lactantes + escolares)	Se solicita la media de los tres últimos años
Refiera el número de pacientes (lactantes + escolares) que se trasladan a Intensivos	Se solicita la media de los tres últimos años
¿Cree que en planta (lactantes + escolares) se atienden pacientes que requieren más cuidados que los que se supone en una planta de hospitalización normal?	Se solicita la percepción del miembro de la Sociedad Española de Pediatría Hospitalaria que responde
Sobre el traslado al centro de referencia	Se solicita saber si el traslado lo hace un Servicio sólo de pediatría o un Servicio que atiende a pediatría y adultos

TABLA 2

Número de ingresos (teóricos) que cumplen los criterios de admisión a Unidad de Cuidados Intermedios (CI) según publicación de Jaimovich et al.¹⁰ y porcentaje de pacientes que representan con respecto a los ingresos

	Año 2012 (número de pacientes)	% de pacientes que cumplen criterios de CI	Año 2014 (número de pacientes)	% de pacientes que cumplen criterios de CI	Año 2016 (número de pacientes)	% de pacientes que cumplen criterios de CI
1.1 Respiratorio	50		49		36	
1.2 Cardiovascular	1		2		2	
1.3 Neurológico	23		29		38	
1.4 Hematológico	13		18		9	
1.5 Endocrino-Metabólico	15		18		13	
1.6 Gastroenterología	5		13		5	
1.7 Cirugía	2		9		21	
1.8 Nefrología	8		12		7	
1.9 Múltiples sistemas y otras enfermedades	11		19		9	
Total de pacientes con criterios de CI ^a	128		169		140	
Ingresos pediátricos:						
a) Total: pediatría, otras especialidades, hospital de día pediátrico, hospital de día quirúrgico y observaciones (<24 h) ^b	1.806	7,09%	1.977	8,55%	1.980	7,07%
b) Sólo pediatría. Ingresos en lactantes y escolares ^c	703	18,21%	812	20,81%	707	19,80%

^aTotal de ingresos teóricos de los años revisados que cumplían los criterios de ingreso según la literatura referida. ^bTotal de ingresos en la planta y el porcentaje de los que cumplían criterios de ingresos teóricos según la literatura referida. ^cTotal de ingresos pediátricos y el porcentaje de los ingresos que cumplían criterios de ingreso según la literatura referida.

TABLA 3

Número de pacientes que tuvieron criterios (teóricos) de ingreso en una unidad de cuidados intermedios en una revisión de 3 años (2012, 2014 y 2016) e ingresos (reales) en los 9 primeros meses de funcionamiento de la sección de cuidados intermedios del servicio de pediatría del hospital a estudio

	Ingresos (3 años)	Teórico. Cuidados intermedios	Ingresos (9 meses)	Real. Cuidados intermedios	p*
Respiratorio		135		40	
Neurológico		90		16	
Endocrino-Metabólico		46		4	
Hematológico		40		3	
Múltiples sistemas y otras enfermedades		39		6	
Cirugía		32		2	
Nefrología		27		2	
Gastroenterología		23		2	
Cardiovascular		5		3	
Total de ingresos y total de cuidados intermedios	2.222	437 (19,66%)	486	78 (16,04%)	0,07

*Comparación de las proporciones entre los ingresos teóricos en los tres años previos y los reales en los primeros nueve meses de funcionamiento.

cia (2012-2014-2016) y se comparan con los nueve primeros meses de actividad real de la sección de cuidados intermedios, encontrándose una diferencia entre la previsión teórica y los resultados reales en cuanto al número total de pacientes con estos criterios, viéndolo en los porcentajes: (IC 95%) 19,66%/16,04% (p= 0,07).

B. Resultados de la encuesta de opinión estructurada:

Contestaron la encuesta 15 miembros de la sociedad de 15 hospitales, correspondiendo a siete comunidades autónomas.

Los miembros que contestaron refieren que sus hospitales, los 15, tienen una sala de reanimación donde estabilizar y tras-

ladar al paciente pediátrico tanto a sus propias dependencias como a hospitales de referencia.

Son hospitales terciarios siete (46%), de éstos uno no tiene UCIP, estando a 500 metros de distancia, y sólo uno tiene Unidad de Cuidados Intermedios (dependiente de la UCIP). Son secundarios cinco (33%), uno tiene UCIP. Son comarcales tres (20%).

Sobre los ocho hospitales que carecen de UCIP (53%), la distancia media en kilómetros al centro de referencia es de 38,7 (mínimo 0,5 y máximo 110).

Sobre el traslado, en nueve (60%) casos lo hace un Servicio de Emergencias mixto (atiende adultos y niños). En cuatro (26,6%) lo hace un Servicio de Emergencias Pediátrico. En dos casos se omitió la respuesta.

También se recogió la percepción de si se piensa que en planta se atienden pacientes que requieren más cuidados que los habituales que corresponden a una planta de hospitalización. Opinaban que sí 12 (80%) miembros de la sociedad que se correspondían a todos los terciarios, cuatro secundarios y uno comarcal, y opinaban que no tres (20%): uno secundario (con UCIP) y dos comarcales.

En la tabla 4 se muestran los ingresos en planta y los traslados a UCIP (media de los últimos tres años) desde las propias plantas y los resultados de las cuestiones planteadas. Se han recogido datos de 11 miembros que se corresponden a 11 hospitales, omitiendo la respuesta los otros cuatro miembros. Se puede ver que no se encuentran diferencias significativas entre los hospitales con UCIP y los que no la tienen a la hora de trasladar pacientes a la Unidad de Cuidados Intensivos: (IC 95%) 1,227%/1,23% ($p=0,98$). Sí se han encontrado diferencias entre los traslados a UCIP entre los hospitales secundarios sin UCIP y los hospitales comarcales: (IC 95%) 1,01%/3% ($p<0,001$). También se han encontrado diferencias en los traslados entre los hospitales cuyo profesional ha respondido que percibe que no se atienden este tipo de pacientes con más requerimientos frente a aquellos cuyo profesional sí percibe que se atienden estos pacientes: (IC 95%) 2,41%/1,12% ($p<0,001$).

Discusión

De los resultados obtenidos se desprende que aquellos pacientes que en años previos tenían criterios teóricos de un tipo de cuidados mayores que los que se espera en una uni-

TABLA 4

Resultados de la encuesta: características de los hospitales que respondieron la misma y análisis estadísticos sobre las diferencias en traslados a UCIP según el nivel del hospital y su percepción de esta asistencia diferente en sala de hospitalización

Hospital	Asistencia al paciente crítico	Ingresos	Traslados a UCIP	
Terciario	NO UCIP	300	3	
Secundario	NO UCIP	1.600	10	
Secundario	NO UCIP	1.050	10	
Terciario	SÍ UCIP	950	20	
Secundario	SI UCIP	1.400	37	
Comarcal	NO UCIP	550	10	
Secundario	NO UCIP	1.500	20	
Secundario	NO UCIP	800	10	
Terciario	SÍ UCIP	14.000	150	
Comarcal	NO UCIP	115	10	
Terciario	SÍ UCIP	1.500	12	
	<i>Ingresos</i>	<i>Traslados a UCIP</i>	<i>%</i>	<i>p*</i>
Hospital con UCIP (4)	17.850	219	1,22	0,98
Hospital sin UCIP (7) ^a	5.915	73	1,23	
Hospital secundario sin UCIP más terciario sin UCIP (5)	5.250	53	1,01	<0,001
Hospitales comarcales (2) ^b	665	20	3	
Percepción de traslados ^c				
No (2)	1.950	47	2,41	<0,001
Sí (8)	21.815	245	1,12	

^aComparación del porcentaje de traslados entre hospitales con UCIP y sin UCIP. ^bComparación del porcentaje de traslados entre hospitales secundarios sin UCIP y comarcales.

^cComparación del porcentaje de traslados entre los miembros que piensan que no se atienden pacientes con mayores requerimientos y los que sí. *Comparación de proporciones.

dad de hospitalización, se corresponden ($p=0,07$) con los ingresados realmente en los primeros nueve meses de actividad, lo que apoya la hipótesis de que estos pacientes se estaban ya atendiendo. Una limitación de este trabajo es el número reducido de encuestas realizadas, son 15 respuestas de otros tantos hospitales, aunque el 80% de los encuestados piensa que este tipo de pacientes son atendidos en las plantas de hospitalización y eso podría ser extrapolable a pensar que la opinión es generalizada.

Se ve en los resultados de la encuesta que la distancia no supone un inconveniente para el traslado, dado que una distancia máxima de 110 km no parece excesiva¹.

Destacamos que sólo en el 26,6% de los casos el traslado lo hace un Servicio exclusivamente de pediatría.

No se han encontrado diferencias en los traslados a Unidades de Cuidados Intensivos en los hospitales que tienen dicha oferta asistencial y los que no la tienen.

Por otro lado, sí que trasladan más pacientes los hospitales comarcales que los secundarios sin UCIP.

Destaca el hecho de que en los hospitales cuyos profesionales (miembros que han respondido a la encuesta) piensan que en sus plantas no se atiende este tipo de pacientes, se haya encontrado un mayor número de traslados.

Una cuestión importante sería definir qué *ratio* de pacientes debería tener el pediatra y la enfermera responsables. Habría que señalar que estos pacientes ya se vienen atendiendo; la idea es mejorar la seguridad y los recursos, siendo el equipo pediátrico habitual, siempre que cumpla las características de capacitación, anteriormente expuestas, tanto en jornada como en atención continuada el que los atienda.

Sobre si estas Unidades deben estar separadas o integradas en la planta, debe tratarse de un análisis individualizado. Podría estar integrada en la planta o ser una Unidad separada, según las posibilidades y recursos de que se dispongan.

Es un aspecto ineludible mantener las alianzas con los intensivistas de referencia y, así como los compañeros hospitalistas de centros con UCIP mantienen un contacto directo con sus compañeros intensivistas, así debe ser la relación de los centros secundarios y comarcales sin UCIP. Las posibilidades actuales de compartir información relevante por redes de información compartida, que debería ser un requisito entre los centros emisores y los de referencia, tiene que suponer una coordinación de esfuerzos y de toma de decisiones.

Otra pregunta que se debe hacer es sobre la denominación de estas Unidades. No se habla de la UCIP dependiente de la UCIP^{1,8,11}, se refiere a otro tipo de pacientes que se atienden en las plantas: cuadros moderados y graves de patologías agudas, pacientes que requieren vigilancia continua durante 24 o 48 horas o pacientes con complejidad médica que presentan una reagudización. La denominación de estas unidades quedaría por definir, pero podrían valer las de «vigilancia continua» o «cuidados moderados».

Con respecto a los resultados obtenidos del análisis del cuestionario, en primer lugar hay que señalar una limitación, dado que no se trata de un cuestionario validado. No obstante, no se trataba de saber en profundidad todos los aspectos de este tipo de pacientes en cada uno de los hospitales, sino tan sólo de conocer de modo somero si los miembros de la SEPHO identificaban su presencia o no, por lo que no se utiliza ningún método de validación de cuestionarios en el diseño del mismo.

Es notorio comentar que no hay diferencia en el traslado a UCIP entre los hospitales con UCIP y los que no la tienen, por lo que no parece que el hecho de tener más accesible una UCIP condicione el traslado. Se destaca el hecho de que los comarcales sí que trasladan más pacientes, interpretado esto por la oferta asistencial de menores recursos. Cabe destacar que en aquellos hospitales en los que los profesionales no piensan que se atienden en planta pacientes con mayores requerimientos, presentan un número de traslados significativamente mayor que los que piensan que sí se atienden.

Conclusiones

Se puede concluir que es una realidad, percibida en la encuesta y documentada en el hospital a estudio, según los criterios clínicos que definen este tipo de pacientes en la literatura, que en muchas de las plantas de hospitalización se atienden pacientes con características que requieren más cuidados que los que se suponen habituales en una planta de hospitalización pediátrica. Estos pacientes precisan una estrategia de atención que quizás no deba ser la misma en todos los hospitales pero que tiene que ser regulada. Se trata de mejorar la seguridad de los pacientes, en definitiva, de mejorar la calidad de la oferta asistencial. Serían convenientes recomendaciones institucionales para el desarrollo y control de estas Unidades, con el acuerdo de las Sociedades Científicas Pediátricas.

Colaboradores

Miembros de la Sociedad que han participado en la encuesta: Manuel Oltra Benavent (Hospital Universitario La Fe, Valencia), Félix Javier Sierra Sirvent (Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza), Olga Gómez Pérez (Hospital General Universitario de Alicante), Miguel Ángel Vázquez Ronco (Hospital Universitario de Cruces, Barakaldo), Mariona F. de Sevilla (Hospital Universitario Sant Joan de Deu, Barcelona), Enrique Otheo de Tejada (Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid), Ainhoa Iceta Lizarraga (Complejo Hospitalario Navarra, Pamplona), Álvaro Díaz Conradi (Hospital del Nens, Barcelona), César Gavilán Martín (Hospital Clínico Universitario de San Juan, Alicante), Ana Pérez Benito (Hospital Universitari Parc Taulí, Sabadell), Sara Pons Morales (Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia), Jessica Guarino (Hospital Punta Europa, Algeciras, Cádiz), Soledad Torrés Carmona (Hospital Universitario Araba, Vitoria), Javier Calzada Barrena (Hospital de Zumarraga, Gipuzkoa). ■

Bibliografía

1. Cuidados intensivos pediátricos y atención al niño crítico. Informe técnico de la Sociedad Española de Cuidados Intensivos Pediátricos (SECIP). Disponible en: http://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/anexos_01.pdf [Consultado el 13 enero de 2020].
2. Ferreira JF, Martínez MJ, Cano J, Alonso MT, Carranza M, Loscertales M. Las unidades de cuidados intermedios pediátricos, una necesidad inaplazable. *An Pediatr (Barc)*. 2007; 67: 409-430. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S1695-4033\(07\)70704-X](https://doi.org/10.1016/S1695-4033(07)70704-X)
3. López R, Aguilera D, Alcón JJ. Características clínicas y epidemiológicas de los debuts de diabetes mellitus tipo 1 en la población pediátrica de un área del este de España (2000-2014). 63 Congreso de la Asociación Española de Pediatría. Bilbao, 2015. Libro de ponencias y comunicaciones. Pósteres moderados. p. 52.
4. Arizcun B, Jiménez M, Rodríguez M, Paino C, Balseiro M, Siles A. Manejo del paciente grave en un hospital sin Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos: utilización de la observación pediátrica de un área del este de España (2000-2014). 63 Congreso de la Asociación Española de Pediatría. Bilbao, 2015. Libro de ponencias y comunicaciones. Pósteres moderados. p. 38.
5. García-Navas P, Portal E, Lozano M, Farfan T, García L, Yerro Y. Intoxicación por cannabis, a propósito de un caso. 63 Congreso de la Asociación Española de Pediatría. Bilbao, 2015. Libro de ponencias y comunicaciones. Pósteres sin defensa. p. 380.
6. Zamora N, Valencia C, Vegas AM, Vaquero R, Alcalde C, Centeno F. Utilidad de una unidad de cuidados intermedios pediátricos. Análisis de la actividad actual y propuestas para el futuro. 64 Congreso de la Asociación Española de Pediatría. Valencia, 2016. Libro de Ponencias y Comunicaciones. Pósteres moderados. p. 67.
7. Castroño R, Fuertes E, Puebla E, Miguel AI, Sánchez E, García S. Cuidados de enfermería: paciente pediátrico con ventilación mecánica no invasiva en una Unidad de Cuidados Intermedios. 64 Congreso de la Asociación Española de Pediatría. Valencia, 2016. Libro de Ponencias y Comunicaciones. Pósteres sin defensa. p. 397.
8. Bueno A, Ortega J, Villar del Saz A, Baró A, Solé E. Adaptación de Unidad de Cuidados Intermedios en UCI pediátrica durante la epidemia de bronquiolitis. 65 Congreso de la Asociación Española de Pediatría. Santiago, 2017. Libro de Ponencias y Comunicaciones. Pósteres sin defensa. p. 74.
9. Hernandorena X, Oyharzabal V, Jouvencel P. Place des unités de surveillance continue en hôpital général. *Arch Pediatr*. 2008; 15: 686-688. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(08\)71876-1](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(08)71876-1)
10. Jaimovich DG; Committee on Hospital Care and Section on Critical Care. Admission and discharge guidelines for the pediatric patient requiring intermediate care. *Crit Care Med*. 2004; 32: 1.215-1.218. Disponible en: <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000126001.23141.4F>
11. Leclerc F, Leteurtre S, Binoche A. Surveillance continue en pédiatrie: présentation des décrets et de la circulaire. *Arch Pediatr*. 2008; 15: 679-682. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(08\)71874-8](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(08)71874-8)
12. Alfonso-Mejido J, Cárcaba-Fernández V. Unidad de Cuidados Intermedios dependiente de Medicina Interna en un hospital sin Unidad de Cuidados Intensivos. *Rev Clin Esp*. 2007; 207: 144-146. Disponible en: <https://doi.org/10.1157/13100231>
13. Thiriez G, Lefebvre A. Estimation des besoins en lits d'unité de surveillance continue pédiatrique, résultats d'une enquête sur 3 régions françaises. *Arch Pediatr*. 2010; 17: 1.147-1.152. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.arcped.2010.04.005>
14. Comité Nacional de Emergencias y Cuidados Críticos de la Sociedad Argentina de Pediatría, Capítulo Terapia Intensiva Pediátrica-Sociedad Argentina de Terapia Intensiva. Normas de categorización, organización y funcionamiento de las Unidades de Cuidados Intensivos e Intermedios Pediátricos en los establecimientos asistenciales. Parte II: Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Nivel 2-Unidad de Reanimación- Unidad de Cuidados Intermedios Pediátricos. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5546/aap.2014.375>
15. World Health Organization. Making Choices in Health: WHO guide to cost-effectiveness analysis. Ginebra: World Health Organization; 2003. Disponible en: http://www.who.int/choice/publications/p_2003_generalised_cea.pdf [consultado el 13 enero de 2020].