
ORIGINAL

Encuesta nacional sobre las urgencias pediátricas. Aspectos organizativos y funcionales

CARLES LUACES CUBELLS, JESSICA ORTIZ RODRÍGUEZ, VICTORIA TRENCHS SAINZ DE LA MAZA, JORDI POU FERNÁNDEZ Y GRUPO DE TRABAJO DE CALIDAD DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA (SEUP)

Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Hospital Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona. Esplugues de Llobregat. Barcelona, España.

CORRESPONDENCIA:

Carles Luaces Cubells
Sección de Urgencias
Servicio de Pediatría
Hospital Sant Joan de Déu
Passeig Sant Joan de Déu 2
08950 Esplugues de Llobregat
Barcelona, España
E-mail: cluaces@hsjdbcn.org

FECHA DE RECEPCIÓN:

12-2-2008

FECHA DE ACEPTACIÓN:

1-4-2008

CONFLICTO DE INTERESES:

Ninguno

Introducción: El conocimiento de la estructura y funcionamiento de los servicios de urgencias pediátricos hospitalarios es fundamental para diseñar y promover acciones de mejora.

Objetivos: 1. Conocer aspectos sobre la organización y funcionamiento de las urgencias pediátricas de hospitales. 2. Determinar el grado de cumplimiento de los Indicadores Básicos de Calidad establecidos por la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP).

Método: El Grupo de Calidad de la SEUP diseña una encuesta dirigida a responder los objetivos planteados que se remite a los responsables de 40 hospitales con miembros de la SEUP. Se recogen las respuestas recibidas en el período transcurrido del 09/2006 al 01/2007.

Resultados: Son 34 encuestas de centros repartidos por toda España. Veintitrés (68%) tienen un responsable específico de urgencias, 25 (74%) *staff* propio y 30 (88%) MIR. Durante las noches y fines de semana, la asistencia corre a cargo en muchos casos de personal no específico de urgencias. La libranza de guardias genera problemas asistenciales en 18 centros (53%). En cuanto a los indicadores destaca que: en los del Área de Patologías el cumplimiento del estándar varía entre el 56 y el 88%, en los del Área de Actividades 7 no disponen de *triaje* (21%), en los del Área de Documentación todos (100%) cumplimentan el informe de asistencia y 22 realizan codificación diagnóstica (65%), en los del Área de Trabajo 33 hospitales revisan el carro de paros (97%).

Conclusiones: Se observan importantes oportunidades de mejora tanto a nivel estructural como funcional. La escasez de profesionales y/o responsables específicos es el factor principal que justifica los problemas detectados. El cumplimiento de los Indicadores presenta una evaluación correcta en el área de patologías pero se observan deficiencias debidas a sistemas informáticos insuficientes en las de actividades y documentación. [Emergencias 2008;20:322-327]

Palabras clave: Servicios de urgencias de pediatría. Indicadores de calidad. Encuesta.

Introducción

Los servicios de urgencias hospitalarios representan, en muchas ocasiones, el primer contacto de los pacientes con el sistema sanitario y se han convertido en una de las partes más importantes y complejas de los hospitales. En el ámbito pediátrico son varias las publicaciones¹⁻³ que refieren un importante aumento de la demanda asistencial lo que ha generado o incrementado numerosos problemas de tipo organizativo y funcional en los diferentes puntos asistenciales. Entre estos proble-

mas y de forma recurrente se destaca la mencionada demanda exagerada, la falta de personal, la interferencia de las "guardias" con otras labores asistenciales, la injustificada variabilidad en la práctica clínica o el déficit de conocimientos específicos de la especialidad entre profesionales que atienden esporádicamente pacientes con patología aguda.

Esta serie de problemas y el manido tópico –aunque cierto– de que "las urgencias son el escape del hospital" son argumentos que, intentando ver su parte positiva, ayudan a sensibilizar a algunos gestores sanitarios sobre la precaria situa-

ción. Por su parte, la respuesta de los profesionales en el seno de la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP) es, entre otras acciones, promover y editar normas y estándares que ayuden a tener referentes sobre cómo deben estructurarse y funcionar los servicios de urgencias pediátricos (SUP). Entre estos documentos cabe mencionar por ejemplo, recomendaciones sobre la codificación diagnóstica⁴ o los indicadores de calidad⁵ útiles para monitorizar y evaluar el trabajo diario; en una línea más asistencial se crea un manual sobre intoxicaciones pediátricas⁶. La existencia de éstos y otros documentos similares deben utilizarse como herramientas de mejora, pero para conocer adecuadamente el impacto de su aplicación, es imprescindible conocer la situación actual y los principales problemas que afectan a los SUP. Hasta el momento no existen datos publicados sobre tal situación y por ello el presente trabajo se plantea conocer el estado actual de los SUP en nuestro país y se establecen los siguientes objetivos:

1. Conocer aspectos sobre la organización y funcionamiento de los servicios de urgencias pediátricas.
2. Determinar el grado de cumplimiento de los indicadores básicos de calidad establecidos por la SEUP.

Método

Se diseñó una encuesta dividida en dos partes. La primera de ellas recogía aquellos aspectos que hacían referencia a la organización y funcionamiento de las urgencias pediátricas de los centros encuestados.

La segunda parte de la encuesta estaba destinada a evaluar el grado de cumplimiento de los indicadores básicos de calidad propuestos por la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas⁵.

Esta encuesta se remitió a los responsables de 40 hospitales con miembros de la SEUP y se publicó en la página web de la misma (www.seup.org) para una mayor difusión y facilidad de cumplimentación.

El periodo de recogida de datos incluyó desde septiembre de 2006 a enero de 2007.

Resultados

Se recogieron un total de 34 encuestas procedentes de hospitales repartidos por casi toda España (Tabla 1).

En la Tabla 2, se exponen los principales resultados obtenidos con relación a los aspectos de organización y estructura. Además de éstos cabe mencionar

Tabla 1. Hospitales participantes y localización geográfica

Galicia	H. Clínico de Santiago de Compostela
Asturias	H. Central de Asturias. Oviedo
Cantabria	H. de Laredo. Santander
Euskadi	H. de Mendaro. Guipúzcoa
	H. de Basurto. Bilbao
	H. de Cruces. Bilbao
Navarra	H. Virgen del Camino. Pamplona
Aragón	H. Miguel Servet. Zaragoza
Cataluña	H. Parc Taulí. Sabadell
	H. Mútua de Terrassa
	H. del Mar. Barcelona
	H. Joan XXIII. Tarragona
	H. Arnau de Vilanova. Lleida
	H. Sant Joan de Déu. Barcelona
Comunidad Valenciana	H. Universitario de Alicante
	H. Universitario Dr. Peset
	H. de la Ribera
	H. General de Castellón
Castilla La Mancha	H. Virgen de la Salud. Toledo
Castilla y León	H. Universitario de Salamanca
Madrid	H. del Niño Jesús
	H. Príncipe de Asturias
	H. Infantil La Paz
	Fundación Hospital de Alcorcón
	H. de Fuenlabrada
	H. Doce de Octubre
	H. Gregorio Marañón
Andalucía	H. Reina Sofía. Córdoba
	H. Carlos Haya. Málaga
	H. Infantil Virgen del Rocío. Sevilla
	H. Virgen de las Nieves. Granada
Murcia	H. Los Arcos
	H. Virgen de la Arrixaca
I. Balears	H. Son Dureta. Palma de Mallorca
	H: Hospital.

que todos los hospitales cuentan con servicio de pediatría, cinco con unidad de cuidados intensivos pediátricos y cuatro con unidad de cuidados intensivos neonatales. Todos los hospitales atienden en su servicio de urgencias pediátricas patología médica y quirúrgica, y en 25 de los 34 también la traumatológica.

En cuanto al tipo de personal médico que atiende las consultas, 25 centros poseen un *staff* específico de urgencias. Este personal específico atiende fundamentalmente las consultas en turnos de mañana y/o tardes mientras que las consultas de las noches y festivos son principalmente atendidas por otros pediatras no específicos del servicio de urgencias o por otros profesionales (médicos de familia) en forma de guardias.

Tabla 2. Aspectos organizativos y estructurales de los servicios de urgencias ($n = 34$)

Número de urgencias pediátricas atendidas al año	
< 10.000	2 (5%)
10.000 a 20.000	5 (15%)
20.001 a 50.000	15 (45%)
50.001 a 80.000	10 (30%)
> 80.000	2 (5%)
Hospitales y límite de edad en la atención pediátrica	
Hasta los 14 años	20 (58%)
Hasta los 16 años	13 (38%)
Hasta los 18 años	1 (4%)
Hospitales que poseen MIR de Pediatría	30 (88,23%)
Hospitales que poseen <i>staff</i> específico de urgencias	25 (72%)
Mediana de guardias mensuales	
Médicos Residentes	5
Médicos no Residentes	4,5
Hospitales en los que la libranza de guardia origina problemas asistenciales	18 (53%)
Atención de las urgencias de los pacientes hospitalizados en otras áreas del hospital	
Personal de urgencias	16 (47%)
Personal específico de hospitalización	15 (45%)
	(3 hospitales no contestan)
Hospitales que poseen un responsable específico de urgencias	23 (67%)
Hospitales que tienen una recepción específica para urgencias pediátricas	17 (50%)
Hospitales que tienen una sala de espera específica para urgencias pediátricas	31 (91%)
Hospitales que tienen un área de atención específica para urgencias pediátricas	31 (91%)

En cuanto a los indicadores básicos de calidad recomendados por la SEUP, los resultados obtenidos con relación al cumplimiento de los estándares se muestran en la Tabla 3.

Discusión

El conocimiento de la situación actual de los SUP debe ser el punto de partida indiscutible para poder evaluar con el tiempo las medidas de mejora

adoptadas y los cambios que se generen. Como ya se ha mencionado no existen en nuestro medio, a nivel estatal, datos que aporten esta información. En Cataluña, el Grupo de Trabajo de la Sociedad Catalana de Pediatría, publicó en el año 1999 y posteriormente en el 2005 los resultados de una encuesta similar sobre la actividad asistencial y los recursos disponibles⁷. Cabe destacar que al comparar los resultados obtenidos en los dos períodos, se evidencia un notable incremento de la demanda de asistencia urgente, la falta de especialistas pediátricos para atender urgencias, en el ámbito extrahospitalario, fuera del horario habitual (8 a 20 horas de lunes a viernes) y la escasa organización en los centros donde se presta asistencia pediátrica urgente. En otros países los estudios más relevantes sobre la situación de los SUP realizados también con encuestas son los de Shaw⁸, Salter⁹ y el de Gausche-Hill¹⁰. Los últimos datos de los que tenemos conocimiento son los reportados por el *Research in European Pediatric Emergency Medicine* (Eusem 2007)¹¹ que comunica datos de hospitales de 14 países de Europa. El denominador común en las conclusiones de todos estos trabajos, y que coincide plenamente con los de nuestra encuesta, es que existen oportunidades de mejora en la estructura y organización de los SUP. Walter et al describe aspectos actuales del estado de las urgencias pediátricas en el mundo, así como los grupos de trabajo y organizaciones existentes¹². Su propuesta de mejora se basa en la creación de un grupo internacional de urgencias pediátricas que sea capaz de compartir experiencias, realizar proyectos de investigación y ser el foco de diseminación de toda la información acumulada.

Cooke¹³ por su parte, expresa su opinión sobre los futuros pasos de los SUP que deben ir en la di-

Tabla 3. Cumplimiento de los indicadores básicos de calidad

Nombre del indicador	Estándar SEUP	Hospitales que cumplen el estándar (n = 34)
Porcentaje de pacientes con disnea grave atendidos en menos de 10 minutos	100%	19 (56%)
Determinación de la saturación de oxígeno y la frecuencia respiratoria en pacientes con disnea grave	100%	17 (50%)
Control y supervisión de politraumatismos	100%	30 (88%)
Existencia de una sistemática de clasificación o <i>triaje</i> de pacientes (Informatizado en 7)	SÍ	27 (79%)
Tasa de readmisión con ingreso	15%	5 (15%)
Anestesia tópica para procedimientos dolorosos	100%	31 (91%)
Tasa de hospitalización global	< 5%	28 (82%)
Cumplimentación del informe de asistencia	100%	34 (100%)
Existencia de protocolos de riesgo vital	SÍ	31 (91%)
Existencia de protocolos clínicos	SÍ	31 (91%)
Codificación diagnóstica	100%	22 (69%)
Revisión del material de la sala de reanimación y carro de paradas	100%	33 (97%)

SEUP: Sociedad Española de Urgencias Pediátricas.

rección de consolidar la aplicación de indicadores de calidad, mayor entrenamiento en el personal y reducción de la variabilidad de la asistencia en función de donde se realice la misma.

De forma general, todos los autores coinciden en que uno de los aspectos fundamentales para conseguir poner en marcha o realizar periódicamente acciones de mejora es, sin duda, una mayor organización y coordinación, por ello, parece muy atinada la opción de que los SUP estén atendidos y gestionados por profesionales con dedicación exclusiva o preferente al trabajo en urgencias. La profesionalización del personal que atiende urgencias es, a nuestro entender, la pieza clave que permite detectar puntos débiles, proponer y ejecutar las acciones de mejora y posteriormente evaluar resultados cerrando así el círculo clásico de la política de calidad asistencial¹⁴⁻¹⁶.

En nuestro medio observamos que si bien bastantes hospitales empiezan a tener un *staff* propio de urgencias, éste sólo ocupa unas franjas horarias muy concretas. Ello supone que fuera de estas franjas horarias la responsabilidad de la asistencia recaiga sobre personal no especialmente entrenado para atender patología aguda y sobre profesionales en formación. En nuestro país, la Sociedad Española de Urgencias y Emergencias (SEMES), que acoge a los profesionales que atienden las urgencias de la población adulta, tras duras negociaciones con los responsables políticos del momento está muy cerca de conseguir el reconocimiento de la especialidad troncal de Medicina de Urgencias¹⁷. Dicha solicitud está avalada por la Sociedad Europea de Medicina de Urgencia en una "Declaración de Principios sobre la Medicina de Urgencia en Europa"¹⁷ publicada en septiembre de 2007. Todo ello no hace más que reafirmar la necesidad de la especialización y profesionalización en el área de urgencias si se quiere conseguir el nivel de calidad y eficiencia deseable. Como no puede ser de otra manera, este planteamiento debe ser extrapolable al personal que atiende la edad pediátrica. Esta profesionalización implica que el servicio de urgencias adquiera una estructura organizativa y funcional similar a la de cualquier otro servicio hospitalario con el correspondiente organigrama en el que se refleje la jerarquía y responsabilidad de sus miembros. Llama la atención que en 11 de los centros no existe la figura de un responsable que coordine y supervise adecuadamente las urgencias pediátricas, hecho que supone un problema añadido para conseguir una correcta organización.

Lógicamente el hecho de disponer de personal específico para el trabajo en urgencias haría des-

aparecer también el problema de la libranza de guardia¹⁸⁻²⁰ que en nuestro trabajo afecta a más de la mitad de los centros encuestados, permitiría unos horarios de trabajo más racionales evitando la sobrecarga horaria que supone para todos los profesionales el clásico modelo de "guardias", que además ya ha empezado a cuestionarse desde el punto de vista de reglamentación laboral, tanto por la duración en las horas de una jornada como en su número anual. Naturalmente, este modelo con personal propio facilitaría también la participación de los profesionales de urgencias en actividades no estrictamente asistenciales, pero imprescindibles como la investigación o la docencia.

Es importante dejar claro que si bien este concepto de profesionalización aporta grandes beneficios y debe plantearse como objetivo final, su instauración en el tiempo e intensidad de aplicación debe adecuarse a las posibilidades de cada centro.

Desde el punto de vista estructural es fundamental que las áreas de atención pediátrica estén claramente separadas y diferenciadas de las de los adultos. En este aspecto, los datos obtenidos son bastante satisfactorios ya que 31 de los 34 centros posee sala de espera y área de atención específica.

Es evidente que no basta con conocer los puntos débiles funcionales y estructurales de los SUP sino que además debemos disponer de las herramientas necesarias para analizar y evaluar la calidad y eficiencia del trabajo que se realiza día a día. Por ello, los indicadores de calidad de la SEMES y la SEUP^{5,21} son en la actualidad el referente que permite evaluar y comparar la actividad de los diferentes SUP. La aplicación de un indicador no se debe ver nunca como algo punitivo sino como un parámetro que nos permite detectar situaciones de mejora y, por tanto, la aplicación de indicadores de calidad son y así deben ser vistos, como grandes aliados de los profesionales, ya que permiten de manera objetiva demostrar las posibles carencias y, en su caso, plantear la adecuación de medios humanos o técnicos para subsanar las mismas.

Un excelente complemento a este documento de la SEUP es el "Manual de estándares de acreditación para Servicios de Urgencias" publicado por SEMES²² y que también ofrece información de gran utilidad desde el punto de vista de organización de los servicios de urgencias.

En la revisión bibliográfica efectuada sobre indicadores de calidad en urgencias pediátricas, destaca la publicación en el año 1999 del *Royal Collage of Pediatrics and Child Health*²³ y de forma mucho más reciente hemos encontrado las publi-

caciones de Guttman et al²⁴ (EEUU), Hung et al²⁵ (Canadá) y un excelente comentario de Davies²⁶ sobre la situación actual y las propuestas en el Reino Unido.

Los resultados obtenidos en el presente trabajo, muestran claras deficiencias en la monitorización y cumplimiento de algunos de los indicadores de calidad básicos fruto de la falta de estructura y medios de la mayoría de los SUP encuestados. La ausencia de informatización de la información, de sistemas de *triaje* o de codificación diagnóstica son, a modo de ejemplo, deficiencias importantes que deberían subsanarse por ser fundamentales para una correcta asistencia.

Lógicamente nuestro estudio tiene las limitaciones propias de los datos obtenidos a través de encuestas. Si bien el número de centros incluidos y su distribución geográfica creemos que es representativo, naturalmente no podemos asegurar que algunos de los hospitales que no han participado por no estar en el ámbito de la SEUP o por otros motivos, pudieran aportar realidades muy distintas a las obtenidas. También la heterogeneidad de los distintos hospitales puede dificultar la interpretación de algunos resultados. Por último y precisamente por la falta de estructura y medios detectados en muchos de los servicios debemos asumir que la información facilitada pueda ser, en algunos casos, algo inexacta.

Como comentarios finales, cabe destacar que en el momento actual la situación estructural y funcional de los SUP encuestados muestra importantes oportunidades de mejora tanto en aspectos estructurales como funcionales, así como también en el uso de indicadores para medir la calidad del servicio.

Una mayor especialización y profesionalización de los SUP debe ser el punto de inflexión que permita mediante el personal y las herramientas de gestión adecuadas, aplicar las medidas y recursos para atender correctamente las necesidades asistenciales que la sociedad actual demanda.

Addendum

Dr. F. Martínón (Santiago de Compostela), Dr. J. Rodríguez (Oviedo), Dr. I. Mongil (Santander), Dr. J. Alustiza (Guipúzcoa), Dr. J. Humayor (Bilbao), Dr. J. Benito* (Bilbao), Dra. N. Clerique (Pamplona), Dra. C. Campos (Zaragoza), Dr. F.J. Travería (Barcelona), Dr. J. Fábrega (Barcelona), Dr. O. García (Barcelona), Dr. C. Luaces* (Barcelona), Dra. E. Castellarnau (Tarragona), Dra. N. Pociello (LLeida), Dra. M. Baeza (Alicante), Dr. R. Bretón (Valencia), Dra. S. León (Castellon), Dr. V. Sebastián* (Valencia), Dra. E. Crespo (Toledo), Dr. J. López (Salamanca), Dra. M. De la Torre (Madrid), Dra. M. A. García (Madrid), Dr. S. García (Madrid), Dr. C. García-Vao (Madrid), Dr. A. Gancedo

(Madrid), Dr. R. Marañón (Madrid), Dr. P. Rojo (Madrid), Dr. F. Barcones (Cordoba), Dr. C. Calvo (Málaga), Dra. MT. Alonso (Sevilla), Dr. JL. Santos (Granada), Dr. J. Valverde (Murcia), Dr. J. Rodríguez Camaño (Murcia), Dr. F. Ferrés* (Palma de Mallorca), Dr. A. González* (Bilbao).

*Miembros del Grupo de Calidad de la SEUP.

Bibliografía

- Mintegui Raso S, Benito Fernández J, García González S, Corrales Fernández A, Bartolomé Albistegui MJ, Trebolazabala Quirante N. Demanda y asistencia de un servicio de urgencias hospitalario. *An Pediatr (Barc)* 2004;61:156-61.
- Committee on Pediatric Emergency Medicine. Overcrowding Crisis in Our Nation's Emergency Departments: Is Our Safety Net Unraveling? *Pediatrics* 2004;114:878-88.
- Brousseau DC, Mistry RD, Alessandrini EA. Methods of Categorizing Emergency Department Visit Urgency. *Pediatr Emerg Care* 2006;22:635-9.
- Grupo de Trabajo de Codificación Diagnóstica de la Sociedad de Urgencias de Pediatría de la Asociación Española de Pediatría. Codificación diagnóstica en urgencias de pediatría. *An Esp Pediatr* 2000;53:261-72.
- Grupo de Trabajo de Indicadores de Calidad de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. Servicios de urgencias: indicadores de calidad de la atención sanitaria. *An Pediatr (Barc)* 2004;60:569-80.
- Mintegui S. Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas. Manual de Intoxicaciones en pediatría. Ediciones Ergon. 2003.
- Grup de Treball d'Urgències Pediàtriques de la Societat Catalana de Pediatría. Urgències pediàtriques: actualització sobre l'activitat assistencial i els recursos al nostre medi (2004). *Pediatría Catalana* 2005;65:306-10.
- Shaw K, Urdí R, Gorelick M. Pediatric emergency department directors' benchmarking survey: Fiscal year 2001. *Pediatr Emerg Care* 2003;19:143-7.
- Salter R, Maconochie IK. Implementation of recommendations for the care of children in UK emergency departments: national postal questionnaire survey. *BMJ* 2005;330:73-4.
- Gausche-Hill M, Schmitz C, Lewis R. Pediatric Preparedness of US Emergency Departments: a 2003 Survey. *Pediatrics* 2007;120:1229-37.
- Mintegui S, Shavit I, Benito J. The Organizational Structure of The European Paediatric Emergency Department: A Descriptive Pilot Study. Comunicación oral. 4th Mediterranean Congress of emergency Medicine in collaboration with the American Academy of Emergency Medicine. Sorrento 2007.
- Walker D, Tolentino V, Teach S. Trends and challenges in international paediatric emergency medicine. *Curr Opin Pediatr* 2007;19:247-52.
- Cooke MW, Alberti K. Emergency care for children- the next steps. *Arch Dis Child* 2007;92:6-7.
- Pou Fernández J, Benito Fernández J. Pediatría de urgencias: una nueva especialidad. *An Esp Pediatr* 2002;56:2-4.
- Patrick K. Emergency staff must be properly trained to treat children, royal collage says. *BMJ* 2007;334:974.
- Federation of Pediatric Organizations. Formación de especialistas pediátricos. *Pediatrics (Ed esp)* 2004;58:57-8.
- Especialidad en urgencias. (en línea) (fecha de consulta 20/12/007). Disponible en: WWW.semes.org

- 18 Secció Col·legial de Meges Residents del Col·legi oficial de Metges de Barcelona. Adaptació dels hospitals a la lliurança de guàrdia. Servei d'Informació Col·legial. Maig-Juliol 2003.
- 19 Garcia A, Blancafort X. La lliurança después de la guàrdia. Servei d'Informació Col·legial. Col·legi Oficial de Metges de Barcelona. Novembre 2003- gener 2004.
- 20 Marcel H, Wantz GE. El día de 36 horas: un comentario prudente sobre las nuevas pautas del Accreditation Council For Graduate Medical Education sobre la jornada laboral de los residentes. *Pediatrics* (Ed esp) 2003;55:271.
- 21 Grupo de Trabajo SEMES-Insalud. Calidad en los servicios de urgencias. Indicadores de calidad. *Emergencias* 2001;13:60-5.
- 22 Manual de Estándares de Acreditación para Servicios de Emergencias Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES). Edicomplet 2006.
- 23 Royal Collage of Paediatrics and Child Health. Accident and Emergency services: a report of a multidisciplinary working party. London: RCPH, 1999.
- 24 Guttman A, Razzaq A, Lindsay P, Zagorski B, Anderson GM. Development of measures of the quality of emergency department care for children using a structured panel process. *Pediatrics* 2006;118:114-23.
- 25 Hung GR, Chalet D. A Consensus- Established Set of Important Indicators of Pediatric Emergency Department Performance. *Pediat Emerg Care* 2008;24:9-15.
- 26 Davies F. Children in UK emergency departments. *Arch Dis Child* 2008;93:194-5.

Structure and operational organization of pediatric emergency services: a Spanish national survey

Luaces Cubells C, Ortiz Rodríguez J, Trenchs Sainz de la Maza V, Pou Fernández J and Grupo de Trabajo de Calidad de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP)

Background: A good understanding of the structure and operational organization of pediatric emergency departments (EDs) is essential for the design and promotion of interventions that can lead to improvement.

Objectives: 1) To describe the structure and operational organization of pediatric EDs in Spanish hospitals. 2) To determine the degree of fulfillment of the basic quality indicators established by the Spanish Society of Pediatric Emergency Medicine (SEUP).

Methods: The SEUP Quality Group designed a questionnaire to measure the described objectives. Forty hospital EDs with SEUP members were surveyed. Answers received between September 2006 and January 2007 were analyzed.

Results: Thirty-four questionnaires were received. Twenty-three EDs had a chief of staff, 25 had emergency staff, and 30 had residents in different years of training. On most nights and weekends, medical care is given by nonemergency staff. Eighteen EDs had problems when staff doctors were on leave. The EDs surveyed were compliant on 56% to 88% of the items related to the dimension "diseases". Under the dimension "activities", 7 (21%) did not have a triage system. On items related to documentation, all EDs (100%) completed care reports and 22 entered diagnostic codes. Under the dimension "workplace resources", 33 (97%) performed a check of the crash cart.

Conclusions: Important opportunities for improvement were identified at the levels of structural organization and functioning. The lack of an ED chief of staff and/or permanent staff was the main factor causing the detected problems. The analysis of quality indicators shows that compliance is acceptable in the area of diseases but was deficient in those of activities and documentation, probably due to inadequate computer systems. [*Emergencias* 2008;20:322-327]

Key words: Pediatrics. Emergency Medical Services. Quality indicators. Surveys.