

XV Reunión Anual de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría



Sevilla, 15, 16 y 17 de abril de 2010



Posters electrónicos



Sábado 17 de abril, 10:00 h

Moderadores: Dr. Fco. Javier Travería Casanova y Dra. Isabel Durán Hidalgo

1 ENCUESTA DE AUTOEVALUACIÓN DE LOS REQUISITOS DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS PEDIÁTRICOS (SUP).

J. Sánchez Etxaniz, C. Luaces Cubells

**Urgencias de Pediatría. Hospital De Cruces. **Urgencias de Pediatría. Hospital San Joan de Deu. Barcelona. Grupo de Trabajo Cuerpo Doctrinal de SEUP.*

OBJETIVOS

Conocer la situación actual de los SUP y su grado de adaptación a los requisitos establecidos por el grupo de trabajo de SEUP del Cuerpo Doctrinal. Potenciar la concienciación en este campo para establecer puntos de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS

envío de una encuesta a los responsables de 47 SUP nacionales con los 101 ítems de que consta el cuestionario de Autoevaluación que forma parte del Cuerpo Doctrinal de SEUP: de ellos 69 se consideran de cumplimiento obligatorio y 32 recomendable. Calificamos arbitrariamente y de forma informativa 4 grupos de SUP: 1 ó en situación óptima (los que cumplen esos 69 ítems); 2 ó Precisan cambios mínimos (cumplen 62-68 ítems); 3 ó Precisan cambios mayores (cumplen 41-61 ítems); 4 ó Precisan Grandes modificaciones (cumplen menos de 41 ítems).

RESULTADOS

Contestan la encuesta 39 SUP, que atienden una media de 35.310 urgencias anuales (5-115.000). Ninguno se auto-califica como 1, 6 como 2, 27 como 3 y 6 como 4. Los puntos fuertes (cumplimentación al 100%) son la existencia de informe de alta y de protocolos de actuación médica, así como el registro de datos de la visita. Los ítems con menos cumplimiento tienen que ver con la dotación de personal (46% tienen insuficientes médicos y 31% personal de enfermería, no existiendo en un 28% un responsable con más de 5 años de trabajo en SUP); problemas arquitectónicos (28% insuficientes boxes) y principalmente carencias funcionales: 50% no tienen un Manual de Organización; 50% no tienen escritas las técnicas médicas y de enfermería ni los procedimientos quirúrgicos que realizan; 40% no tienen un Plan Funcional escrito; 33% no tienen un sistema de evaluación y actualización reglada; un 28% no disponen de Unidad de Observación y solo el 33% tienen escritos sus criterios de ingreso/alta; 20% no disponen de un Sistema de Triage (cuando existe en todos es llevado a cabo por Enfermería, pero solo en un 43% hay un médico responsable de resolver los conflictos), y en un 31% de los SEUP éste no funciona las 24 horas del día, no constando por escrito sus criterios en el 28%; en un 10% no existe Sala de Críticos, no constando los criterios de su utilización en un 56%.

CONCLUSIONES

En la actualidad existen claras oportunidades de mejora en todos los SUP del país. Los posibles puntos de mejora afectan principalmente a cuestiones funcionales (más fáciles de acometer internamente), aunque algunos tienen serios problemas arquitectónicos y de dotación, que precisarían de ayuda de los órganos directivos para su renovación. El cuestionario de Autoevaluación permite identificar de forma objetiva y útil dichos puntos.



2 CONCORDANCIA ENTRE LA ESCALA DE CENTON-MCISAAC Y LOS HALLAZGOS MICROBIOLÓGICOS DE FARINGOAMIGDALITIS BACTERIANA.

N. Benito Guerra*, S. Juaristi Irureta*, I. Olaciregui Echenique*, J.A. Muñoz Bernal*, J.M. García-Arenzana*, R. Figueroa Cerón**.

*Servicio de Pediatría. **Servicio de Microbiología. Hospital de Donostia.

INTRODUCCIÓN

Las manifestaciones clínicas de las bacterias y virus causantes de infección faringoamigdalar se pueden superponer. Se dispone de distintas escalas que tratan de estimar la probabilidad de etiología bacteriana.

OBJETIVOS

Estudiar la concordancia entre la escala de Centon-McIsaac y el hallazgo microbiológico de etiología bacteriana de la faringoamigdalitis.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional transversal del cultivo bacteriano de los frotis faringoamigdalares recogidos en el servicio de urgencia del 1 de enero al 30 de junio de 2009 y su concordancia con el número de criterios de la escala de Centon-McIsaac (ausencia de tos, exudado amigdalar, adenopatías cervicales, temperatura mayor de 38°C y edad entre 3 y 14 años) que se estima del 1-2,5% para 0 criterios, del 5-10% para 1, del 11-17% para 2, del 28-35% para 3 y del 51-53% para 4 y 5. La escala recomienda la recogida de cultivos ante la presencia de 2 o más criterios.

RESULTADOS

Se realizaron 543 cultivos, excluyéndose 40 por imposibilidad de acceso a la información clínica. De los 503 casos analizados en el 32,6% (164/503) el cultivo fue positivo. El 35% (176/503) de los cultivos correspondían a pacientes menores de 3 años con 14,2% (25/176) cultivos positivos y el 65% (327/503) a edades mayores o iguales a 3 años con 42,5% (149/327) de cultivos positivos.

Se encontraron cultivos positivos para bacterias en el 40% (4/10) con puntuación de 0 en la escala, 22,22% (20/90) con puntuación de 1, 24,19% (45/186) con puntuación de 2, 45,39% (64/141) con puntuación de 3, 39,34% (24/61) con puntuación de 4 y 46,67% (7/15) con puntuación de 5.

De los cultivos recogidos el 20% (100/503) cumplían menos de 2 criterios con 24% (24/100) de positivos y el 80% (403/503) cumplían 2 o más criterios con 34,7% (140/403) de positivos.

DISCUSIÓN

Nuestros resultados no coinciden con la escala de Centon-McIsaac, pero sí que muestran una mayor posibilidad del hallazgo de infecciones bacterianas a mayor número de criterios presentes. La excepción la constituye en nuestra serie el alto acuerdo en casos con 0 criterios. En todos ellos se presentó un exantema escarlatiniforme en ausencia de otros síntomas de infección. Además el número de criterios puede estar infraestimado en 1 por no constar la presencia o ausencia de adenopatías en todos los informes. Así mismo se objetiva un 20% de toma de cultivos en situaciones en las que no estaría indicado según la escala. Se observa una menor probabilidad de etiología bacteriana en menores de 3 años.



3 VALOR PRONÓSTICO DE LA PRO-ADRENOMEDULINA EN NIÑOS CON NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD.

M. Sardà Sánchez, J. Calzada Hernández, S. Hernández Bou, G. Claret Teruel, J. Velasco Rodríguez, C. Luaces Cubells.

Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Hospital Universitari Sant Joan De Déu.

OBJETIVOS

La pro-adrenomedulina (pro-ADM) es un biomarcador que ha demostrado tener capacidad pronóstica en los pacientes con neumonía adquirida en la comunidad (NAC) en la población adulta. El objetivo de este estudio es conocer los niveles de pro-ADM en los niños con NAC y analizar si se relacionan con su pronóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo observacional. Se incluyen los pacientes atendidos entre enero y octubre de 2009 e ingresados con el diagnóstico principal de NAC a los que se les realiza analítica sanguínea. Se excluyen los niños con patología de base, los que están recibiendo tratamiento antibiótico (oral o endovenoso) por diagnóstico de NAC los días previos y los pacientes con derrame pleural al ingreso. En la analítica al ingreso se determina la pro-ADM además de los parámetros habituales. Los valores de pro-ADM se analizan en relación a: necesidad y días de oxigenoterapia, días de fiebre durante el ingreso, duración del tratamiento antibiótico, presencia de complicaciones, ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) y duración de la estancia hospitalaria.

RESULTADOS

Se incluyen 50 pacientes (26 niñas; 52 %) con una mediana de edad de 4.5 años (rango 1.9 meses a 13.6 años). La mediana de pro-ADM es de 1.0065nmol/L (rango 0.3715 a 7.284nmol/L). Al ingreso presentan dificultad respiratoria 26 niños (52%) y 16 (32%) una saturación de hemoglobina inferior al 95%. La Rx de tórax muestra un infiltrado unilobar en 36 niños (72%). Se confirma la infección por *S. pneumoniae* en 7 casos, mediante PCR en 6 pacientes y mediante hemocultivo en 1 paciente. Treinta pacientes (60%) precisan oxigenoterapia durante el ingreso con una duración mediana de 1 día (rango 0 a 14 días). La mediana de duración de la fiebre y de los días de antibiótico es de 1 día (rango 0 a 10 días) y 4 días (rango 2 a 24 días) respectivamente. Precisan ingreso en UCI 5 niños. Presentan complicaciones 10 pacientes (24%) siendo en 7 casos derrame pleural, 2 absceso pulmonar y 1 atelectasia. La duración mediana del ingreso hospitalario es de 5 días (rango 2 a 25 días). Los 10 pacientes con complicaciones durante el ingreso presentan cifras más elevadas de pro-ADM que aquellos que no las presentan (2.3190 vs 1.1758nmol/L, $p=0.013$). No se hallan diferencias estadísticamente significativas entre los niveles de pro-ADM y el resto de variables analizadas.

CONCLUSIONES

En nuestra muestra de pacientes con NAC, cifras más elevadas de pro-ADM en la analítica al ingreso se relacionan con una mayor probabilidad de complicaciones durante su estancia hospitalaria.



4 ESTADO VENTILATORIO EN LA NEUMONÍA MEDIDO MEDIANTE CAPNOGRAFÍA NO INVASIVA.

C. Martínez López, J. Sopeña Corvinos, E. Vierge Hernán, A. Mora Capin, R. Marañón Pardillo
Servicio Urgencias Pediatría. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

INTRODUCCIÓN

La medición no invasiva del dióxido de carbono espirado (etCO_2) mediante capnografía ha demostrado ser de gran utilidad en diversas situaciones clínicas, como herramienta dinámica para evaluar el estado ventilatorio en sedación profunda, en el distrés respiratorio, en el paciente crítico y en las acidosis metabólicas. Sin embargo, en la población pediátrica hay pocos estudios que evalúen su utilidad, y no existen estudios en pacientes con neumonía.

OBJETIVOS

Determinar si en los pacientes pediátricos diagnosticados de neumonía en urgencias existen diferencias en el estado ventilatorio al diagnóstico y tras tratamiento antibiótico mediante medición de etCO_2 , y evaluar si el etCO_2 tiene un valor predictivo en la necesidad de ingreso y en el tiempo de hospitalización en estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo realizado en el servicio de Urgencias de un hospital terciario durante un periodo de 10 meses. Se midió el etCO_2 mediante capnografía con gafas nasales en pacientes de entre 2 y 16 años diagnosticados de neumonía, en el momento del diagnóstico y a las 48 horas. Se excluyeron pacientes con enfermedad crónica, con broncoespasmo en el momento del diagnóstico y los que habían recibido tratamiento antibiótico previo. Se analizaron los datos utilizando pruebas no paramétricas (W de Wilcoxon) y análisis de correlación mediante Rho de Spearman.

RESULTADOS

Se recogieron los datos de 70 pacientes, de los cuales se incluyeron 60, con una media de 5,3 años (mediana de 6,1 años) de los cuales el 61% eran mujeres. Precisarón ingreso 15 pacientes (25%). No se encontraron diferencias significativas en el valor de etCO_2 al diagnóstico entre los pacientes que requirieron ingreso (media 29,33 mmHg; rango 24-38 mmHg) y los que no (media 30,31 mmHg; rango 23-41 mmHg) ($p=0,238$). Tampoco hubo diferencias en la etCO_2 a las 48 horas de inicio del tratamiento entre ambos grupos (ingresados: media 31,58 rango 26-40 mmHg; no ingresados: media 30,72 mmHg, rango 20-36 mmHg; $p=0,687$). No se observó variación significativa en la etCO_2 a las 48 horas del inicio del tratamiento en el total de los pacientes ni analizando por separado los pacientes ingresados ($p=0,770$) y los no ingresados ($p=0,363$). La etCO_2 al diagnóstico no se correlacionó significativamente con la duración del ingreso ($p=0,179$) ni con la saturación de oxígeno ($p=0,435$). Se halló una correlación significativa entre la etCO_2 y la frecuencia respiratoria ($p=0,001$), no encontrando influencia de la temperatura en dicha correlación.

CONCLUSIONES

El CO_2 espirado medido mediante capnografía no invasiva en niños con neumonía no ha demostrado ser un parámetro útil para predecir la necesidad de ingreso ni la evolución clínica de los pacientes.



5 UTILIDAD DE LAS PRUEBAS RÁPIDAS EN EL DIAGNÓSTICO DE LA NUEVA GRIPE A H1N1 EN URGENCIAS.

J. Díaz Díaz*, D. Blázquez Gamero*, J. Cruz Rojo*, D. Folgueira López**, J. Acosta Barriga**, A. Palacios
*Servicio de Urgencias. **Servicio de Microbiología. Hospital Doce de Octubre. Madrid.

OBJETIVOS

Estudiar la utilidad de las pruebas rápidas de detección antigénica en el diagnóstico precoz de la infección por el nuevo virus de la gripe A (H1N1) pandémico en niños.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, analítico y retrospectivo donde fueron incluidos 170 pacientes menores de 18 años con clínica compatible con gripe o contacto con un caso confirmado de gripe A entre los meses de Junio, Julio y Agosto. Se recogieron muestras mediante aspirado o torunda nasofaríngea realizándose test rápido para detección antigénica y RT-PCR para el virus gripe A (H1N1).

RESULTADOS

Se incluyeron 170 pacientes menores de 18 años, siendo el 54% varones, con una mediana de 5.5 años, con un 21.4% (n=30) de menores de 2 años. El 38% de las muestras fueron recogidas mediante aspirado nasofaríngeo y el 62% restante por torunda. Se realizó test rápido y RT-PCR en el 100% de los casos, siendo positivos el 35.7% de los test rápidos y el 50.7% de las RT-PCR. El test rápido presenta una sensibilidad global del 70.3%, una especificidad del 100%, un VPN del 76.6% (IC: 94,7-100) y un VPP del 100%(IC: 92,8-100). La sensibilidad del test rápido aumenta en los menores de 2 años hasta el 90%. En las muestras obtenidas mediante aspirado la sensibilidad es mayor que en las recogidas mediante torunda (83.3% en la primera y 68.9% en la segunda) aunque esta diferencia no resulta estadísticamente significativa (p=0.51).

CONCLUSIONES

Las pruebas rápidas de detección antigénica frente a la gripe A (H1N1) pandémica, en pacientes pediátricos muestran una buena sensibilidad y especificidad, con resultados similares a los obtenidos en la gripe A estacional; por lo que pueden ser utilizadas en los servicios de urgencias para el diagnóstico precoz. Esto puede ayudar al manejo de los pacientes de riesgo que precisen un tratamiento precoz, a disminuir el número de pruebas complementarias y disminuir la infección nosocomial.



6 UTILIZACIÓN DE UN TEST DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE INFLUENZA EN EL ESTUDIO DEL LACTANTE CON FIEBRE SIN FOCO EN LA EPIDEMIA DE GRIPE.

A. De Lucio*, A. Romero*, B. Azkunaga*, G. Rubio**, S. Mintegi*, J. Benito*.

*Urgencias de Pediatría. **Servicio de Microbiología. Hospital de Cruces.

ANTECEDENTES

Diferentes estudios han demostrado que introducir el test rápido de influenza en el manejo de los lactantes con FSF durante las epidemias de gripe estacional puede ayudar al manejo clínico de estos pacientes. Estudios preliminares han mostrado que los test rápido de influenza (TDRI) disponibles en el mercado podrían tener menor sensibilidad para detectar el virus de la gripe A H1N1.

OBJETIVO

1. Analizar el impacto de la introducción de un TDRI en los esquemas clásicos de estudio y tratamiento de los lactantes con FSF durante la pandemia de gripe A H1N1. 2. Determinar la sensibilidad y especificidad de uno de los TDRI disponibles en el mercado para detectar el virus pandémico de la gripe A H1N1.

PACIENTES Y MÉTODOS

Durante la pandemia de gripe A H1N1 (Octubre-diciembre de 2009) se estudió prospectivamente a los lactantes de 0-36 meses de edad con FSF en los que se practicó un TDRI. En todos los pacientes se cumplimentó un protocolo de seguimiento recogiendo datos demográficos, síntomas y hallazgos exploratorios, resultado del TDRI, otras pruebas complementarias, tratamiento y destino final. Se envió una muestra del mismo aspirado en el que se practicó el TDRI para la realización de la PCR para virus de la gripe A H1N1. Se realizó seguimiento de todos los pacientes (seguimiento telefónico en los que no ingresaron).

RESULTADOS

se practicó TDRI a 77 pacientes, de los cuales se excluyeron 8 por no reunir los criterios clínicos de inclusión. De los 69 pacientes finalmente incluidos, 19 presentaron un TDRI positivo (27.5%, grupo 1) siendo negativo en el resto (72.5%, grupo 2). Ambos grupos fueron equiparables en edad, sexo y temperatura a su llegada a Urgencias. En los pacientes con TDRI positivo se realizó un porcentaje significativamente menor de pruebas analíticas en sangre. No se encontraron diferencias significativas en el resto de pruebas complementarias practicadas. Ninguno de los pacientes que presentó TDRI positivo precisó hospitalización, mientras que los niños con TDRI negativo precisaron en el 18%. Todos los hemocultivos positivos se registraron en el grupo de niños con TDRI negativo y de los 5 urocultivos positivos únicamente uno lo fue en el grupo de TDRI positivo. Todos los lactantes con TDRI positivo presentaron una evolución favorable.

Se realizó PCR de gripe A en 48 pacientes (69.6%) siendo positiva en 10 (20.8%). En este grupo, 9 niños presentaron un TDRI positivo y 1 negativo. En el grupo de niños con PCR negativa (38), 3 presentaron un TDRI positivo y 35 negativo. La sensibilidad del test fue del 90% y la especificidad del 92%.

CONCLUSIONES

El TDRI es una prueba válida para el manejo inicial de los lactantes con FSF en pandemia de gripe A H1N1. El rendimiento del TDRI utilizado en el estudio es equiparable al reportado con la gripe estacional.



7 VALIDACIÓN DE LA POLÍTICA ANTIBIÓTICA DE LAS INFECCIONES URINARIAS (IU) EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA (SUP).

N. Paniagua Calzón*, J. Sánchez Etxaniz*, L.M. Soria Blanco**, E. Urra Zalbidegoitia**, E. López Gutiérrez*.
*Urgencias de Pediatría. **Servicio de Microbiología. Hospital de Cruces.

OBJETIVOS

Determinar los microorganismos implicados en las IU y su sensibilidad antibiótica. Validar nuestra política antibiótica: en Pielonefritis (PNA) cefalosporinas 3ª generación orales/parenterales (en neonatos Ampicilina + Gentamicina) y amoxicilina-clavulánico (AC) en IU bajas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de todos los UC positivos enviados desde el SUP entre el 01.01.09 y el 31.12.09. Se elaboró un protocolo de recogida de datos clínicos y resultado del UC. Se realizó un seguimiento clínico de todos los pacientes, asignándoles un diagnóstico final. Para el estudio microbiológico se emplearon placas cromogénicas de orina (Becton-Dickinson) y para la sensibilidad el sistema Vitek2 (bioMerieux).

RESULTADOS

Se registraron 521 UC positivos: los diagnósticos finales fueron: 298 PNA, 148 IU bajas y 75 otros. Los microorganismos aislados fueron: 439 *Escherichia coli* (84% del total, 90% de PNA, 80% de IU bajas); 54 *Proteus mirabilis* (10.4%); 16 *Klebsiella sp* (3.1%); 10 *Enterococcus faecalis* (1.9%) y 2 *Morganella morganii*. En 360 UC (69%) se detectó algún tipo de resistencia antibiótica, sin mostrar relación con el sexo ni la edad, aunque sí con el antecedente de uronefropatía y profilaxis antibiótica: en comparación con los que no la tienen unas tasas de resistencias superiores ($p < 0.01$) en lo que se refiere a cotrimoxazol y nitrofurantoina, pero no respecto a cefalosporinas, aminoglicósidos ni AC. De los 25 UC de niños en profilaxis con cotrimoxazol, 23 eran resistentes al mismo ($p < 0.000$, OR:16.44, IC 95% 6.59-44.01). De los 5 UC de niños en profilaxis con nitrofurantoina, 3 eran resistentes ($p < 0.029$, OR: 2.39, IC 95% 1.09-5.2). En 10 casos de PNA (3.3%) y en 3 de ITU baja (2%) se encontró resistencia a cefalosporinas. En 19 PNA (6.3%) se encontró resistencia a aminoglicósidos. Un 23% de los UC mostraban resistencia a AC (22% y 24% de PNA e IU bajas, respectivamente). Hubo 6 PNA por enterococo: 4 tratadas con ampicilina IV y 2 con cefixima oral. De ellas 3 eran < 1 mes: 18.75% de las PNA de esa edad. Hubo 6 casos de gérmenes productores de BLEE (1.1%): 5 *E. coli* y 1 *P. mirabilis*. Del total de pacientes se cambió el tratamiento inicial a 10 (1.9%): 7 PNA (2.3%) y 3 IU bajas (2%).

CONCLUSIONES

El germen más prevalente en las IU pediátricas sigue siendo *E. coli*, sobre todo en las PNA (90%). Las PNA por enterococo suponen el 18.75% de las PNA en los menores de 1 mes, por lo que se debe cubrir específicamente en este rango de edad. Los UC de niños con profilaxis antibiótica muestran más resistencias a cotrimoxazol y nitrofurantoina, pero no a los antibióticos empleados en las IU agudas. Dado que solo precisaron cambio de tratamiento el 1.9% consideramos adecuada nuestra política antibiótica actual.



8 COMPARACIÓN DE TRES TRATAMIENTOS NEBULIZADOS EN LA BRONQUIOLITIS AGUDA VIRAL. RESULTADOS PRELIMINARES.

J.A. Millán Zamorano, R. Martínez Blanco, J. Fernández-Cantalejo Padial, M.T. Alonso Salas, M. Loscertales Abril

UGC Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS

Valorar la respuesta inmediata al tratamiento con suero salino hipertónico al 3% (SSH3%), Adrenalina con SSH3% y Adrenalina con suero salino fisiológico (SSF) de los pacientes con Bronquiolitis Aguda Viral (BAV) moderada que acudieron al servicio de urgencias pediátricas (SUP) de un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo en el cual se administraron de forma aleatoria tres nebulizaciones diferentes: 5 cc de SSH3% (Grupo A), 1 mg de Adrenalina 1/1.000 con 4 cc de SSH3% (B) y 1 mg de Adrenalina 1/1.000 con 4 cc de SSF (C), con oxígeno a 6 litros/minuto, a los pacientes que acudieron al SUP diagnosticados de BAV moderada. Se recogieron datos epidemiológicos, indicadores de gravedad al diagnóstico como el score de Wood-Downes-Ferrés (SWDF) y la respuesta al tratamiento medida una hora después de la nebulización mediante la variación del SWDF, Saturación de O₂ (SatO₂) y frecuencia respiratoria (FR).

RESULTADOS

Se recogieron un total de 48 casos que se asignaron de forma equitativa a los distintos grupos de tratamiento. La gravedad al ingreso, la edad y el sexo fueron similares en los tres grupos. La edad media fue de 78.54 días (Desviación estándar \pm 32, mediana 75), el 68.5% fueron niños y 31.5% niñas, el rango del SWDF fue de 3 a 7, con una media de 3.97 (Desviación estándar \pm 1.38). La edad y el SWDF fueron similares en los 3 grupos. En cuanto a la respuesta al tratamiento, se constató mejoría de los parámetros valorados en los tres grupos (SSH, A+SSH y A+SSF). En los grupos de tratamiento A, B y C, el SWDF sufrió una mejoría de 1.3, 1.6 y 2 puntos respectivamente, la FR descendió 7.5, 9.6 y 9 puntos, y la SatO₂ aumentó 1.5, 2.8 y 1.3 puntos respectivamente.

CONCLUSIONES

- En nuestra serie y aún con resultados preliminares, el grupo que se trató con Adrenalina y SSH3% obtuvo mejores resultados de respuesta inmediata al tratamiento (FR y SatO₂) seguido de Adrenalina + SSF y SSH3%, aunque las diferencias son mínimas en nuestra serie.
- Son necesarios estudios más amplios para poder recomendar la asociación Adrenalina + SSH3%.



9 MINIDOSIS DE GLUCAGÓN: EFICAZ ANTE VÓMITOS PERSISTENTES SIN HIPERGLUCEMIA EN DIABÉTICOS (EVITA INGRESOS Y ACORTA ESTANCIA)

M.T. Jiménez Busselo, J. Aragón Domingo, H. Rodríguez Vega, C. Fernández García, E.M. Rincón López, M.T. Guixeres Esteve.

Urgencias Pediátricas. Hospital Infantil Universitario La Fe. Valencia.

INTRODUCCIÓN

La aparición inesperada de vómitos y su persistencia, con o sin diarreas, en pacientes diabéticos insulino-dependientes, después de haberse éstos inoculado su dosis habitual de insulina, sobre todo si no concurre fiebre, conduce en ocasiones a un progresivo descenso de la glucemia que angustia enormemente a los familiares y los aboca casi siempre a acudir a las Urgencias Hospitalarias por hipoglucemia inminente o de hecho, siendo lo más frecuente que acaben siendo objeto de fluidoterapia intravenosa (FT iv) e ingreso con los consecuentes trastornos para paciente y familia.

OBJETIVO

Comprobar hasta qué punto el empleo de minidosis de Glucagón (md-GCG), en la situación antes descrita, permite eludir la hipoglucemia, ganando tiempo para recuperar la tolerancia vía oral (más garantizada si se asocia Ondansetrón) y evitar, sin riesgos añadidos, la FT iv y la hospitalización, así como acortar su estancia en las Urgencias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión retrospectiva (años 2004 a 2010) de la evolución seguida por todos los pacientes diabéticos insulinizados sin hiperglucemia que acudieron a nuestras Urgencias por vómitos agudos reiterados, con o sin diarreas, y glucemias descendentes o en límites bajos; en la serie revisada se separaron dos grupos, en función de que hubieran recibido tratamiento con md-GCG (grupo A) (10 mcg/ año de edad/ dosis, mínima 20 mcg y máxima 150 mcg) o no (grupo B), y sus evoluciones fueron analizadas comparativamente, teniendo como variable principal a medir, el índice de ingresos de cada grupo; también se comparó su estancia media hospitalaria y el índice de FT iv. La pauta de md-GCG se inició en junio 2008.

RESULTADOS

El índice de ingresos en el grupo A fue 16,6%, mientras en el grupo B 85,7%, con Riesgo Relativo resultante de 1/5 (Intervalo de Confianza al 95% -IC 95-: 0.067- 0,60); RRR de 80,2%; RAR de 69% (IC 95: 52% a 85%); NNT de 1.44 (IC 95: 1,17 – 1,92) = tratar 7 evita 5 ingresos. El tiempo medio de estancia hospitalaria en el grupo A fue de 6,1 horas (2 a 20 h), 2,7h si se excluye el único ingreso del grupo, mientras en el grupo B fue de 21,6h (2,5 a 60 h); se instauró fluidoterapia i.v. en 16,6% del grupo A y 76,2% del grupo B, con RR 1/4'6, (IC 95: 0,142-0,33), RRR 78,2%, RAR 59,6% y NNT de 1,66 (IC 95: 1,05-4) = tratar 10 evita 6 FT iv.

CONCLUSIONES

El uso de md-GCG en pacientes diabéticos insulinizados con vómitos agudos reiterados y tendencia glucémica descendente desde la normoglucemia, no sólo rescata a éstos del riesgo de hipoglucemia, sino que casi siempre evita el llegar a la fluidoterapia i.v. y a la hospitalización, al producir un remontamiento glucémico, sin incremento de vómitos, que proporciona tiempo para recuperar la tolerancia digestiva (más asegurada si se asocia Ondansetrón). Es conveniente además que las familias y/o propios pacientes sean instruidos respecto al correcto uso de este recurso, que pone en sus manos el resolver dicha situación aguda en el propio hogar y/o relegar la urgencia de acudir al hospital.



10 FACTORES RELACIONADOS CON LESIÓN INTRACRANEAL EN LAS FRACTURAS CRANEALES.

M.A. Murillo Pozo, E. Mellado Troncoso, M.J. Sánchez Álvarez, V. Sánchez Tatay, M.T. Alonso Salas, M. Loscertales Abril.

UGC de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVO

Analizar la relación entre fractura craneal (FC) y lesión intracraneal (LIC) y los posibles factores favorecedores en pacientes pediátricos diagnosticados de FC en el servicio de urgencias de un hospital terciario.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de historias clínicas con diagnóstico de FC incluidas en la base de datos informatizada del servicio de observación de urgencias. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, Glasgow al ingreso, localización de la fractura, mecanismo lesional, realización de tomografía axial computarizada (TC) y presencia de lesión intracraneal.

RESULTADOS

Durante los años 2008-2009 ingresaron en observación 61 casos de fracturas craneales (0,8% del total de ingresos). Se excluyeron los casos que ingresaron en cuidados intensivos. El 61% eran varones. La mediana de edad fue 1 año (0,41-3,25). La mayoría ocurrieron en menores de 2 años (72%) y de éstos el 68% eran menores de 1 año. El motivo de consulta fue el antecedente de traumatismo craneal en el 97% de los casos, sólo en 2 pacientes fue un hallazgo casual. El mecanismo lesional fue la caída de altura en el 80%, en el 53% ésta se produjo desde una altura menor de un metro. El Glasgow al ingreso fue de 15 en el 90% de los pacientes, de 14 en el 8% y de 13 en un 2%, normalizándose en todos los casos posteriormente. Se realizó TC y radiografía de cráneo en un 61% de los pacientes, sólo TC en el 24% y radiografía de cráneo como única prueba de imagen en un 15%. El tipo de fractura más común fue lineal (87%) y la localización más frecuente fue parietal en el 72%, seguida de occipital (13%). Sólo presentaron lesiones intracraneales (LIC) el 16,3% de los pacientes sin que ninguno requiriera tratamiento quirúrgico. Se encontró una asociación entre la existencia de LIC con la localización de la fractura a nivel parietal (90% de los casos) y la edad menor de 2 años (60%). Ni el mecanismo de caída ni el Glasgow al ingreso mostraron relación con la existencia de LIC. En ningún caso existieron complicaciones durante la estancia en observación ni en el seguimiento posterior.

CONCLUSIONES

- En la serie analizada existe una asociación entre FC y LIC con la edad menor de 2 años y la localización parietal de la fractura. No fue valorable ni el Glasgow ni el mecanismo lesional.
- La indicación de TC en FC en niños mayores de 2 años y con localización no parietal debe ser valorada individualmente.