

# 16

# Reunión Anual de la Sociedad Española de *urgencias de pediatría*

Gijón  
7, 8 y 9 de abril de 2011



## COMUNICACIONES ORALES



**SEUP**

Sociedad Española de Urgencias de Pediatría

**gijón**

Asturias con sal

SALÓN DE ACTOS, 08 DE ABRIL 2011 09:00

Moderadores:

- Dr. Carles Luaces Cubells. Hospital San Joan De Deu
- Dra. Eva María Fernández Fernández. Hospital de Cabueñes. Gijón

**Elena Martínez Cuevas, Mari Carmen Pinedo Gago, Eider Astobiza Beobide, Javier Benito Fernández, Santiago Mintegi Raso, Borja Gómez Cortés**  
Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces

## MANEJO AMBULATORIO DE LOS LACTANTES FEBRILES MENORES DE 3 MESES CON CRITERIOS DE BAJO RIESGO SIN PUNCIÓN LUMBAR NI ANTIBIOTERAPIA EMPÍRICA SISTEMÁTICAS

### OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Conocer la evolución de los lactantes menores de 3 meses con fiebre sin foco (FSF) atendidos en un Servicio de Urgencias Pediátrico y dados de alta sin tratamiento antibiótico y sin realización de punción lumbar (PL).

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo que incluye todos los lactantes menores de 3 meses con FSF atendidos durante 7 años (1/09/2003-31/08/2010). Se realizó seguimiento de los que no ingresaron mediante contacto telefónico o, en su defecto, revisión de informes posteriores.

### RESULTADOS

Se atendieron 1575 lactantes (tasa de infección bacteriana grave -IBG- : 19.7%; tasa de hemocultivos positivos: 1.9%).

De los 988 diagnosticados inicialmente de FSF tras realización de tira reactiva de orina y analítica sanguínea, 599 (60.6%) cumplían criterios clínico-analíticos de bajo riesgo. De ellos, 449 (74.9%) recibieron el alta sin punción lumbar ni administración de antibioterapia.

Tras la llegada de los cultivos, 17 de los 449 (3.7%) fueron diagnosticados de IBG: 15 infecciones de orina y 2 bacteriemias ocultas (0.4%; una por E. Coli y una por E. Faecalis).

Reconsultaron en Urgencias 50 lactantes, siendo 38 de ellas consultas espontáneas (8.4%). Cuatro (0.8%) fueron diagnosticados de meningitis linfocitaria (uno con cultivo positivo para enterovirus) en segunda visita. Ninguno se diagnosticó de meningitis bacteriana. Ingresaron finalmente 10 (2.2%).

De los que no reconsultaron, el 8% refirió no haber acudido a su pediatra tras ser dados de alta de nuestra Unidad.

Todos evolucionaron bien.

### CONCLUSIONES

El manejo ambulatorio sin PL ni antibioterapia empírica es adecuado en lactantes con criterios clínico-analíticos de bajo riesgo si la familia entiende las instrucciones de vigilancia y se asegura un adecuado seguimiento.



**Pilar Storch de Gracia Calvo, Sara García Ruiz, Mercedes de la Torre Espí, M<sup>a</sup> José Martín Perez, Reyes Novoa Carballal**  
Servicio de urgencias del Hospital Infantil Niño Jesús, Madrid

## ¿SE REALIZA CORRECTAMENTE LA PUNCIÓN LUMBAR EN PEDIATRÍA?

### OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Evaluar si en España los pediatras y los residentes de pediatría siguen las recomendaciones de la técnica de la punción lumbar (PL).

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha diseñado un cuestionario escrito con preguntas de respuesta múltiple y una opción correcta sobre la realización de la PL: presencia de padres, sedoanalgesia, posición del niño, tipo de aguja, espacio intervertebral, orientación del bisel del trocar al introducirlo, redirección y retirada del mismo (con/sin fiador), reposo. También se han recogido datos de los encuestados: edad, pediatra o residente, años de experiencia, n<sup>o</sup> aproximado de PL previas. El cuestionario se ha distribuido por correo electrónico y a través de la página web de la SEUP. El análisis se ha hecho con el programa SPSS 15.0.

### RESULTADOS

Se han cumplimentado 206 cuestionarios por 143 pediatras y 63 residentes de pediatría de 55 hospitales españoles; la edad media es de 35 años. Los resultados más relevantes son: hacen la PL sin los padres 128 médicos (62,1%), aplican sedoanalgesia 198 (96,1%), de estos sólo analgesia local 84 (42%), colocan al paciente sentado 108 (53,7%); la mayoría utiliza aguja tipo Quincke (126; 62,7%) y la introducen en los espacios L3-L4 o L4-L5 (153; 77,7%). Orientan bien el trocar al hacer la punción 22 residentes (36,1%) y 21 pediatras (15,1%), diferencia estadísticamente significativa ( $p=0,001$ ; IC 95%). En los neonatos, 63 pediatras (46%) y 19 residentes (30,2%) usan aguja sin fiador tipo “palomilla”, diferencia también significativa ( $p=0,035$ ; IC 95%). Reintroducen el estilete para redirigir el trocar 190 (92,2%) encuestados y para extraerlo 186 (93%). Recomiendan reposo tras la PL 195 (94,7%) médicos.

### CONCLUSIONES

La mayoría de los pediatras orientan mal el trocar cuando hacen una PL y siguen utilizando aguja tipo “palomilla” en los neonatos a pesar de que está desaconsejado.

Es importante la actualización periódica de la realización de técnicas tan habituales en Pediatría.

**Nuria Gil Villanueva, Jorge Lorente Romero, Eva Sanavia Morán, Ana Rodríguez Sánchez de la Blanca, Raydel Rodríguez Caro, Paula Vázquez López**  
Hospital General Universitario Gregorio Marañón

## LA COMUNICACIÓN ENTRE LA PEDIATRÍA DE ATENCIÓN PRIMARIA Y URGENCIAS HOSPITALARIAS: ¿UNA ASIGNATURA PENDIENTE?

### OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Una adecuada coordinación entre atención primaria y hospitalaria beneficiaría al paciente y a los profesionales. Nuestro objetivo es analizar la relación de los pediatras de centro de salud (PSC) con los de urgencias hospitalarias (PUH) y proponer ideas de mejora

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de opinión a través de encuestas cumplimentadas por los pediatras que trabajan en urgencias de un hospital terciario y los de centros de salud asignados a dicho hospital.

### RESULTADOS

Se recogieron 96 encuestas (52 PUH y 44 PCS). Los encuestados opinan que una mejor relación entre los dos niveles favorecería la atención de los niños (95%), sin embargo, califican la relación como nula el 23% o escasa el 62%. Un 54% PUH creen que la información que recibe el paciente entre el centro de salud y urgencias es contradictoria, frente al 27% PCS. Aunque el 85% de los PUH consideran recomendable que se avise antes de trasladar a un paciente sólo 16% de PCS lo hacen. La primera causa de derivación al hospital es la necesidad de pruebas complementarias, seguido de patología grave. Todos los centros de salud refieren tener controles de niños valorados en Urgencias. Un 42% opinan que el número es excesivo. El seguimiento clínico y la necesidad de recetas son las principales causas de control. Los centros de salud con residentes y los que tienen otro hospital de referencia conocen mejor los protocolos hospitalarios ( $p=0.04$ ;  $p=0.025$ ). Las medidas propuestas para mejorar esta situación son: protocolos, cursos o sesiones conjuntas, quedando demostrado que los PCS que realizan cursos conjuntos conocen más las urgencias hospitalarias ( $p=0.016$ )

### CONCLUSIONES

Con los datos recogidos comprobamos que la coordinación entre los niveles sanitarios sigue siendo una asignatura pendiente en pediatría. Sería necesario llevar a cabo medidas reales conjuntas, tales como sesiones, creación de protocolos o cursos de formación, para mejorar esta situación.

**Lidia Martínez, Santiago Mintegi, Juan Carlos Molina,  
Beatriz Azkunaga, Carles Luaces**  
Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la SEUP

## CALIDAD DE LA ATENCIÓN RECIBIDA POR LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS CON UNA INTOXICACIÓN AGUDA EN URGENCIAS

### OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

En un estudio realizado en 2006 por el Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de SEUP se detectaron aspectos mejorables en el manejo de las intoxicaciones agudas pediátricas en Urgencias así como dificultades en medir la calidad de la asistencia. Esto motivó la difusión de unas guías de práctica clínica y el diseño de unos indicadores de calidad. El objetivo del estudio es analizar la calidad de la asistencia de los pacientes pediátricos con una intoxicación aguda en Urgencias en función de los indicadores diseñados.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis de los 6 Indicadores Básicos de dos maneras: 1.- Encuestas distribuidas a 39 hospitales: disponibilidad de protocolos para las intoxicaciones más frecuentes y graves; y disponibilidad de antídotos. 2.- Datos del Observatorio Toxicológico de la SEUP: Inicio de la descontaminación en los primeros 20' de la llegada a urgencias; Administración de carbón activado cuando se realiza descontaminación digestiva tras ingesta de una sustancia adsorbible por éste; Administración de carbón en las 2 primeras horas de la ingesta; y realización de lavado gástrico. El estándar es > 90% para todos los indicadores salvo la realización de lavado (<10%).

### RESULTADOS

Contestaron 23 hospitales (59%). El estándar es alcanzado en 2 indicadores (Administración de carbón tras la ingesta de una sustancia adsorbible -96.7%- y dentro de las 2 primeras horas -94.5%-) y, salvo en dos hospitales, en la disponibilidad de antídotos. Tres indicadores (Disponibilidad de protocolos, inicio de la descontaminación en 20' - 86%- y realización del lavado gástrico- 30%-) no alcanzaron el estándar.

### CONCLUSIONES

La atención que reciben los pacientes con una intoxicación aguda en Urgencias de Pediatría ofrece aspectos mejorables. La aplicación de los indicadores de calidad en intoxicaciones pediátricas es útil para detectar deficiencias asistenciales y plantear estrategias de mejora.

M<sup>ª</sup> Cristina Pascual Fernández, M<sup>ª</sup> Carmen Ignacio Cerro, M<sup>ª</sup> Amalia Jiménez Carrascosa  
Servicio Urgencias de Pediatría. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

## EVALUAR LA EFICACIA DE IMPLEMENTAR UN PROTOCOLO PARA LA SOLICITUD DE ESTUDIOS RADIOLÓGICOS

### OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Evaluar en nuestra urgencia la eficacia de la implementación de un protocolo de petición radiológica en el Traumatismo Cráneo Encefálico (TCE) tras el cambio de personal médico que atiende a los pacientes que consultan en nuestra urgencia por este motivo.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio cuasi experimental pre y post implantación de protocolo en dos periodos Julio-Agosto 2005 y Julio-Octubre 2009 realizado en una urgencia infantil de Hospital Universitario de tercer nivel.

El protocolo de actuación fue previamente consensuado siguiendo las normas de la Academia Americana de Pediatría en el manejo del TCE.

Se incluyeron todos los niños que acudieron por TCE en los dos periodos.

El análisis de datos se realizó mediante programa estadístico SPSS 16.0 y Epidat 3.1. Calculando índices descriptivos, análisis de varianzas, prueba T de Student y Chi cuadrado de Pearson, considerando una significación estadística para  $p < 0.05$ .

### RESULTADOS

En el año 2005 acudieron 219 niños, se realizó radiografía (Rx) según grupo de edades en <12 meses a 59 niños (73.75%); de 12-24 meses a 44 (62.8%) y en >24 meses a 18 niños (26%). Precisaron ingreso hospitalario 8 (1.8%) e interconsulta con Neurocirugía 14 (6.4%).

En 2009 acudieron 209 niños y se realizaron Rx en <12 meses a 32 niños (45.7%); de 12-24 meses a 22 (31.4%) y en >24 meses a 12 niños (17.1%). Precisaron ingreso 3 (1.4%) e interconsulta con Neurocirugía 5 (2.4%).

Se encontraron diferencias significativas entre los dos estudios en las Rx solicitadas en los niños <24 meses, pero no en el resto de edades, ingresos o interconsultas con Neurocirugía.

### CONCLUSIONES

El número de exploraciones radiológicas ha disminuido en el manejo del TCE en nuestro servicio tras la implementación de un protocolo basado en las normas de la Academia Americana de Pediatría.



**Susana Capapé Zache, Grupo de Trabajo Analgesia y Sedación**  
Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Barakaldo. Bizkaia

## EVOLUCIÓN DE LA ANALGESIA Y SEDACIÓN PARA PROCEDIMIENTOS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA EN LA ÚLTIMA DÉCADA

### OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Analizar la evolución de la utilización de analgesia y sedación para procedimientos en Urgencias de Pediatría (UP) en España en la última década, tras la creación del Grupo de Trabajo de Analgesia y Sedación de la SEUP y la difusión de unas guías de práctica clínica.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio comparativo utilizando un cuestionario electrónico difundido a los socios de la SEUP en 2004 y 2010.

### RESULTADOS

Se reciben 72 cuestionarios de 22 hospitales en 2004 y 73 de 33 hospitales en 2010.

En ambos grupos todos consideraron necesario usar analgésicos y/o sedantes para procedimientos en UP. El uso de analgesia y/o sedación se incrementó de manera significativa entre 2004 y 2010: punción lumbar (66,7% vs 95,9%), suturas (75% vs 93,2%), reducción de fracturas (65,3% vs 83,6%) y pruebas diagnósticas (68,1% vs 87,7%).

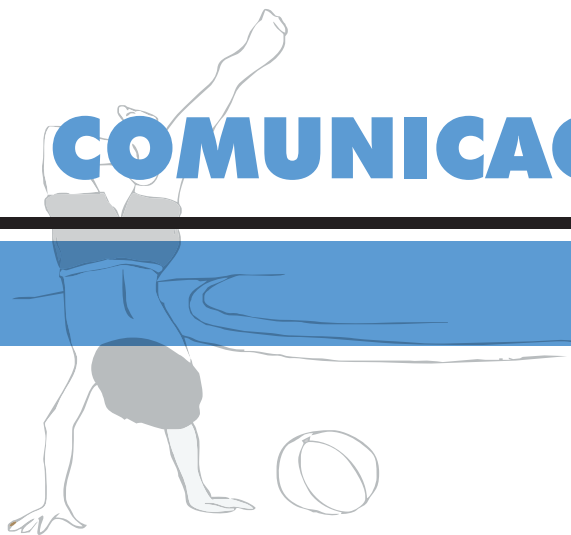
El 22,2% no había utilizado nunca analgésicos y/o sedantes IV en 2004 versus 1,4% en 2010 ( $p < 0,01$ ), 27,8% no utilizaban anestésicos tópicos en 2004 versus 2,7% en 2010 ( $p < 0,01$ ). En 2004, 13 (18,1%) habían utilizado óxido nitroso versus 53 (72,6%) en 2010,  $p < 0,01$ .

Todos los encuestados en 2010, excepto tres (16 en 2004), utilizarían analgesia junto con sedación para realizar un procedimiento mayor, aunque no existe unanimidad al elegir la opción farmacológica. Veinte de los 33 hospitales disponen de protocolos en 2010 versus 7 de 22 hospitales en 2004,  $p = 0,03$ .

El 90,4% conoce el manual de analgesia y sedación de SEUP y todos consideran útil el GTAS.

### CONCLUSIONES

El uso de analgesia y/o sedación para procedimientos en UP ha aumentado en los últimos años aunque siguen detectándose importantes aspectos de mejora.



# COMUNICACIONES ORALES 1

## ORDEN 7

**María Morán Poladura, Carlos Pérez Méndez,  
Cristina Molinos Norniella, Cristina Suárez Castañón,  
Emma Lombrana Álvarez, Javier Melgar Pérez**  
Hospital de Cabueñes

## NEUTROPENIA FEBRIL EN PACIENTES SANOS, ¿EXISTE MAYOR RIESGO DE BACTERIEMIA?

### OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Determinar si los niños previamente sanos con neutropenia febril tienen riesgo elevado de presentar bacteriemia y otras infecciones bacterianas potencialmente graves

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de los casos de neutropenia febril detectados en el periodo 2001-2009. Los criterios de inclusión fueron: edad menor de 14 años, recuento absoluto de neutrófilos menor de 1000/mm<sup>3</sup> y temperatura mayor de 38°. Criterios de exclusión: inmunodeficiencia o patología oncológica previa, afectación grave del estado general, patología hematológica previa y hemopatía diagnosticada tras el examen inicial del hemograma y extensión de sangre periférica.

### RESULTADOS

Se realizaron 22787 hemogramas. Se detectaron 256 neutropenias, correspondiendo 186 a pacientes febriles. Cinco pacientes fueron excluidos: en cuatro casos el hemograma inicial era compatible con leucemia; el quinto presentaba un cuadro clínico de sepsis. La media de edad fue 29,1 meses. La clínica acompañante más frecuente fue la respiratoria (42,1%); en el 26,3% de los casos la fiebre fue el único síntoma. Fueron ingresados el 46,9% de los casos; el 41,1% recibió antibioterapia parenteral. Los antibióticos más utilizados fueron las cefalosporinas de tercera generación en monoterapia (71,4%). Se recogieron 160 hemocultivos, todos resultaron negativos. Se realizó urinocultivo en 44 casos, cinco de ellos fueron positivos. Once pacientes presentaron infección bacteriana potencialmente grave. En los seis casos de neumonía el diagnóstico se sospechó tras la exploración física inicial. Cuatro casos de infección del tracto urinario (ITU) presentaban alteración del sedimento.

### CONCLUSIONES

La mayoría de los niños previamente sanos con neutropenia febril y sin aspecto séptico no presentan una infección bacteriana grave. Esta es sospechada en base a la exploración física y la realización de un sistemático de orina en la mayoría de ellos. Solo un caso de ITU no fue diagnosticado hasta conocer el resultado del urinocultivo. En vista de estos resultados, no parece necesario un manejo agresivo de los niños previamente sanos con neutropenia febril.





**Mireya Urrutia, Patricia Del Río, Elisa Mojica,  
Amagoia Andrés, Lorea Martínez, Javier Benito**

Servicio de Urgencias de Pediatría, Hospital de Cruces, Barakaldo, Bizkaia

## IMPACTO DE LA INTERVENCIÓN EN EL TRATAMIENTO DE BASE EN LA CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON ASMA PERSISTENTE ATENDIDOS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA

### OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Evaluar el impacto del inicio/modificación del tratamiento de fondo en la calidad de vida de niños con asma persistente (AP) atendidos en Urgencias de Pediatría (UP).

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyen niños de 1-14 años que acuden a UP por crisis de asma con asma persistente. Se registran datos demográficos, clínicos, antecedentes y tratamiento administrado. Se inicia/modifica tratamiento de fondo según recomendaciones del Programa de Prevención y Educación del Asma (NAEPP). Se contacta telefónicamente a las 2 y 6 semanas para establecer el impacto del tratamiento en la calidad de vida y en la persistencia de los síntomas utilizando dos herramientas validadas: ARQoL para medir la calidad de vida y PACT para medir síntomas de AP.

### RESULTADOS

Se incluyen 128 pacientes entre mayo y diciembre de 2010, edad media 60 meses. Se inicia tratamiento de fondo en 60,2%, se modifica dentro del mismo escalón en 28.9% y se aumenta de escalón en 10.9%. Entre la segunda y la sexta semana tras el alta disminuyen los síntomas de AP en 73% de pacientes, mejora la calidad de vida en 61% y disminuye la puntuación media de ARQoL y PACT ( 31.4+/-12.2 vs 26.2+/-8.8  $p<0.01$  y 27+/-11.3 vs 23+/-8.1  $p<0.01$  respectivamente). Se observa correlación significativa entre los cambios de ARQoL y PACT ( $r: 0.815$   $p<0.01$ ).

### CONCLUSIONES

El inicio o modificación del tratamiento de fondo de asma en UP disminuye síntomas de asma persistente y mejora la calidad de vida.



# COMUNICACIONES ORALES 1

## ORDEN 9

**Verónica Fernández Romero, Cristina Yun Castilla, Vanessa Rosa Camacho, Isabel Durán Hidalgo, Leonardo Martín de La Rosa, Sandra Pérez Darrosa**  
Servicio de urgencias y cuidados críticos pediátricos,  
Hospital Materno-Infantil HRU Carlos Haya. Málaga.

## ES NECESARIO REALIZAR TOMOGRAFÍA COMPUTERIZADA A TODOS LOS TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS CON FRACTURA?

### OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Analizar si existe asociación entre la presencia de fractura craneal y lesión intracraneal (LIC) en pacientes con traumatismo craneoencefálico (TCE) en nuestro medio, para justificar la indicación sistemática de tomografía computerizada craneal (TC).

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes ingresados en nuestro hospital por TCE con fractura craneal durante 2010. Analizamos datos epidemiológicos, clínicos, mecanismo de producción, pruebas de imagen realizadas y sus hallazgos, manejo y evolución.

### RESULTADOS

Obtuvimos 173 casos de TCE ingresados. De ellos, analizamos 89 (51,4%) que fueron los que presentaban fractura. Predominó el sexo masculino (73%), con mediana de edad de 18 meses. El mecanismo más frecuente fue la caída (80,7%), la mayoría de intensidad leve (40,4%). Respecto a la clínica, el 46% presentó síntomas neurológicos, especialmente vómitos (29,2%) y somnolencia (28,4%). El signo más frecuente fue el cefalohematoma (73%). El tipo de fractura más común fue lineal (79,5%) de localización parietal (48,9%). Se realizó radiografía simple en casi todos los pacientes para el diagnóstico inicial, TC al 44,9% y ecografía transfontanelar al 12,3%. En un 13,5% se identificó LIC (30% de los que se realizó TC). Sólo 2 casos requirieron intervención quirúrgica. Un 12,6% precisó ingreso en UCIP, 51,7% en observación y 35,6% en planta de hospitalización, para vigilancia neurológica. La mayoría (96,5%) evolucionó favorablemente, sin ningún éxito.

### CONCLUSIONES

- La presencia de fractura se asoció a LIC en menos del 15% de nuestros pacientes, de los que sólo el 16% precisó intervención quirúrgica, por lo que no creemos justificada la indicación sistemática de TC, sino que el manejo debe estar guiado por la clínica del paciente.
- Proponemos un manejo más conservador, con observación hospitalaria como pilar fundamental en pacientes sin datos de gravedad, así como la realización de ecografía transfontanelar como alternativa al TC en lactantes.

Moderadores:

- Sonsoles Suárez Saavedra. Hospital Universitario Central de Asturias
- Mirèia Arroyo Hernández. Hospital San Agustín. Avilés

SALÓN DE ACTOS , 08 DE ABRIL 2011 15:00

**Mari Carmen Pinedo, Nerea Bárcena, Silvia García,  
Javier Benito, Borja Gómez, Santiago Mintegi**  
Hospital de Cruces

## ¿ES CORRECTO USAR LOS 15 DÍAS COMO PUNTO DE CORTE PARA LA TOMA DE DECISIONES EN EL LACTANTE FEBRIL?

### OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

En los últimos años el manejo de los lactantes febriles menores de 3 meses ha sufrido diferentes modificaciones. Una de ellas consiste en distinguir los lactantes menores de 15 días como los de máximo riesgo para infección bacteriana grave (IBG). Diferentes protocolos recomiendan ingresar todos los lactantes febriles menores de 15 días mientras que consideran el manejo ambulatorio para pacientes seleccionados por encima del mes y, con más cautela, entre 14 y 28 días de edad. El objetivo de este estudio es determinar si los 15 días de edad puede ser un límite adecuado para mayor riesgo de IBG.

### MATERIAL Y MÉTODOS

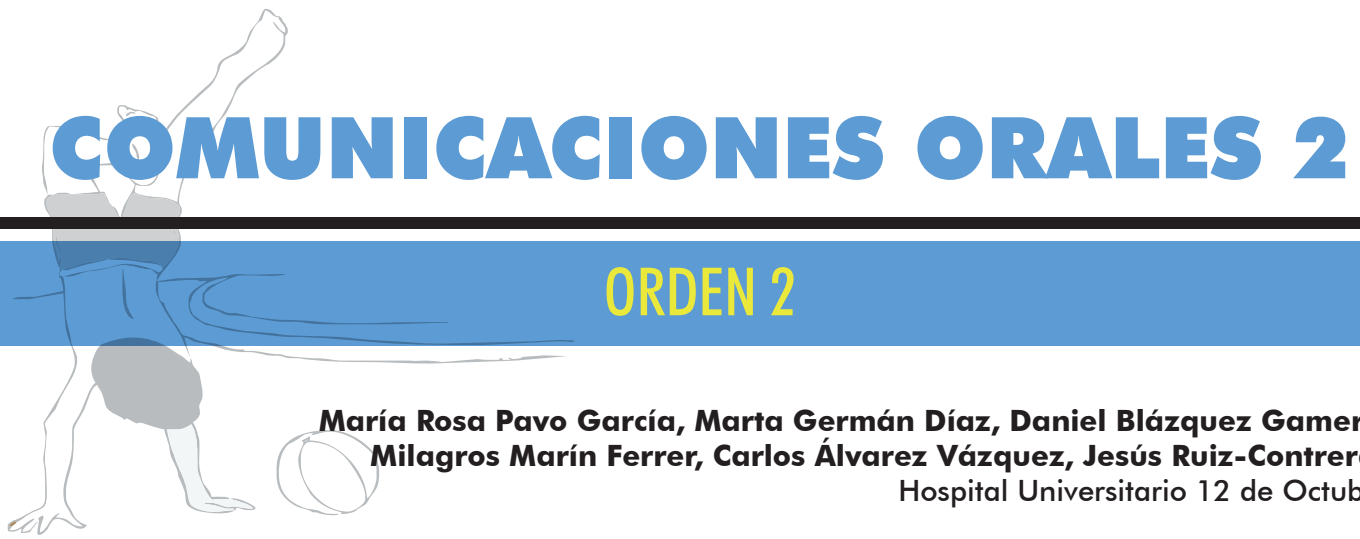
Estudio retrospectivo basado en un registro prospectivo de lactantes menores de 3 meses con FSF atendidos entre el 1/9/2003 y el 30/08/2010 en el SUP de un hospital docente terciario. Se incluyeron en el registro todos los lactantes menores de 3 meses con fiebre definida como temperatura de al menos 38°C, sin focalidad asociada. Se recogieron datos de edad, sexo, temperatura, diagnóstico, manejo en Urgencias y evolución

### RESULTADOS

Se incluyeron 1575 lactantes, de los que 310 (19.7%, IC 95% 17.8-21.7) tenían una infección bacteriana grave (IBG). La tasa de IBG en los pacientes de 15-21 días de edad fue de 33.3% (IC 95% 24,5-43,4%), similar a la de los lactantes de 7-14 días (31.9%, IC 95% 22.2-43.4%) y superior a la de los lactantes de más de 21 días (18.1%, IC 95% 16.2-20.3%).

### CONCLUSIONES

Los lactantes febriles de 15-21 días de edad tienen una tasa de IBG similar a los más jóvenes y superior a los mayores. Establecer diferencias de manejo de los lactantes febriles basándonos en la edad de 2 semanas no parece adecuado



# COMUNICACIONES ORALES 2

## ORDEN 2

**María Rosa Pavo García, Marta Germán Díaz, Daniel Blázquez Gamero, Milagros Marín Ferrer, Carlos Álvarez Vázquez, Jesús Ruiz-Contreras**  
Hospital Universitario 12 de Octubre

## FIEBRE SIN FOCO EN MENORES DE 3 MESES: ¿QUÉ VALOR TIENEN LAS PRUEBAS?

### OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Determinar la utilidad de la Proteína C-Reactiva (PCR) y la Procalcitonina (PCT) para descartar la presencia de infección bacteriana en niños menores de 3 meses con fiebre sin foco.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo en el que se incluyeron todos los niños menores de 90 días que acudieron a Urgencias por fiebre sin foco entre Julio de 2008 y Junio de 2010. Se incluyeron únicamente aquellos niños enfermedad de base, que no hubiesen recibido antibióticos y que tuviesen una  $T^a > 38^{\circ}\text{C}$  sin foco aparente. A todos ellos se les realizó al menos un hemograma con determinación de PCT/PCR y un hemocultivo.

### RESULTADOS

Se analizaron 181 pacientes. 49 tenían una infección bacteriana: 45 infecciones urinarias (ITUS) y 6 bacteriemias (3 *S.pneumoniae*, 2 *S.agalactiae*, 1 *E.faecalis*).

Al analizar el valor de la PCR y la PCT para predecir la bacteriemia, encontramos una sensibilidad de la PCT del 60%(17-100%) (punto de corte de  $> 0,5$  ng/ml); y del 16,67%(13,1-46,9%) de la PCR (punto de corte de  $>3$  mg/dl). La especificidad fue del 84,17%(77,6-90,7%) para la PCT y del 81,71%(75,99-87,44%) para la PCR, mostrando la PCT una mayor área bajo la curva ROC que la PCR (0,73 vs 0,60). Para la detección de ITU, la PCR mostró una sensibilidad del 46,67%(32,09-61,24%) y una especificidad del 91,73%(87,05-96,41%) mientras la PCT mostró una sensibilidad del 29,73%(15,00-44,46%), con una especificidad del 87,21%(80,15-94,27%). El estado general de los niños también se recogió, encontrándose una sensibilidad de la exploración física del 66,67%(28,8-100%) y una especificidad del 86,8%(81,8-91,8%) para la detección de bacteriemia.

### CONCLUSIONES

La sensibilidad de la PCR y la PCT para la detección de las infecciones bacterianas en menores de 3 meses es limitada, por lo que es importante no olvidar otros factores relevantes en la valoración de estos niños, como el estado general.



**Francisco Nieto Vega, Esther Moreno Medinilla, Silvia Oliva Rodríguez-Pastor, Esther García Requena, Verónica Fernández Romero, José Cano España**  
Servicio de Urgencias Pediátricas, Hospital Carlos Haya, Málaga

## UTILIDAD DEL SUERO SALINO HIPERTÓNICO 3% EN EL TRATAMIENTO DE LA BRONQUIOLITIS EN LAS URGENCIAS PEDIÁTRICAS

### OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Determinar la eficacia del suero salino hipertónico al 3% en el tratamiento de la bronquiolitis en el ámbito de las Urgencias Pediátricas.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Ensayo clínico aleatorizado doble ciego. Fueron recogidos pacientes entre Septiembre de 2009 y Diciembre de 2010 con bronquiolitis leve-moderada según score clínico adaptado de Tal et al sin factores de riesgo. Se asignaron aleatoriamente al grupo experimental (1,5 ml de L-adrenalina 1:1000 y 4 ml de suero salino hipertónico 3% nebulizados) o al grupo control (1,5 ml de L-adrenalina 1:1000 y 4 ml de suero salino fisiológico 0,9% nebulizados), siendo reevaluados al cabo de una hora.

### RESULTADOS

Fueron recogidos 25 casos, de los cuales 13 eran varones y 12 mujeres. La mediana de edad fue de 1,5 meses (entre 15 días y 6 meses). Se asignaron 14 al grupo experimental y 11 al grupo control. En ambos grupos el valor medio de la puntuación del score fue moderado (6,86 en el grupo experimental y 7,27 en el grupo control). En ambos grupos se observa mejoría de la puntuación tras el tratamiento (-2,98 grupo experimental,  $p=0,003$ ; -2,51 grupo control,  $p=0,016$ ), no observándose diferencias significativas entre ambos grupos. Tampoco hay diferencias en cuanto a la necesidad de ingreso ni en la frecuencia de reconsultas en Urgencias.

### CONCLUSIONES

No se observa beneficio a corto plazo con una única nebulización de suero salino hipertónico en comparación con suero salino fisiológico, a diferencia de lo publicado en la literatura, en la que evalúan pacientes con varias dosis durante estancias cortas. Es posible que una única dosis sea insuficiente para mostrar beneficio en pacientes con bronquiolitis. Creemos de interés este trabajo para la toma de decisiones en Urgencias.

Jessica Noelia Esquivel Ojeda, M<sup>a</sup> Gabriela Basteiro Diego, Araceli Domingo Garau, Ricard Casadevall Llandrich (1), Victoria Trenchs Sainz de la Maza, Carles Luaces Cubells  
Servicio de Urgencias. Control de gestión (1). Hospital Universitari Sant Joan de Déu. Barcelona

## IMPACTO DE LA PATOLOGÍA CRÓNICA EN UN SERVICIO PEDIATRICO DE URGENCIAS

### OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Establecer la prevalencia, las características clínicas y la utilización de recursos hospitalarios de pacientes con patología crónica en urgencias y compararla con un grupo control sin patología de base.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, observacional-analítico, que incluye las visitas realizadas en urgencias un día a la semana durante un periodo de 3 meses consecutivos. Se establece como CASO al paciente con enfermedad crónica que precisa manejo y seguimiento especializado, y como CONTROL al paciente que acude a la visita inmediatamente posterior al caso índice.

### RESULTADOS

Durante el periodo de estudio 278 de las 2826 consultas que se atendieron en Urgencias fueron de pacientes con enfermedades crónicas (prevalencia 9.8%; IC95% 8.8-10.9%). Correspondían a 265 niños (12 consultaron más de una ocasión). Sus patologías más frecuentes eran respiratorias(35.2%) y neurológicas(24.9%). El 28.8% de sus consultas estaban relacionadas con su enfermedad de base. Las 278 consultas de los controles correspondían a 277 niños (uno consultó 2 veces). Los casos resultaron ser mayores que los controles (edad mediana 4.0 vs.2.5 años,  $p<0.001$ ), sin diferencias significativas en la distribución por sexos (60.8% masculino vs.52.7%,  $p=0.059$ ). A los casos se les realizaron más analíticas sanguíneas (16.5% vs.9.0%,  $p=0.008$ ) y tomografías craneales (3.2% vs.0.7%,  $p=0.033$ ). No se hallaron diferencias en cuanto a realización de analíticas de orina (11.2% vs.9.0%,  $p=0.398$ ), radiografías torácicas (19.1% vs.13.3%,  $p=0.065$ ) u otras pruebas. Los casos requirieron más interconsultas a especialistas (7.6% vs.2.9%,  $p=0.013$ ), e ingresaron en más ocasiones (19.1% vs.7.6%,  $p<0.001$ ).

### CONCLUSIONES

Los niños con enfermedades crónicas constituyen un grupo importante de los pacientes atendidos en Urgencias, con consultas frecuentes que requieren mayor utilización de recursos hospitalarios, manejo especializado y multidisciplinario. El pediatra de Urgencias debe estar preparado para atender a este tipo de pacientes y conocer las pautas de manejo y tratamiento ante cualquier posible descompensación.

**Maite Augusta Gil-Ruiz Gil-Esparza, María Leticia González Vives, Julie Cayrol, Carolina López Sanguos, Nuria Gil Villanueva, María del Mar Santos Sebastián**  
Hospital General Universitario Gregorio Marañón

## OTITIS MEDIA AGUDA SUPURADA: ¿SEGUIMOS IGUAL?

### OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

El *Streptococo pneumoniae* sigue siendo la etiología más frecuente en la otitis media aguda (OMA) en la infancia. Tras la introducción de la vacunación antineumocócica han aumentado los aislamientos de serotipos más resistentes sin disminuir la incidencia global de otitis por neumococo (sí han disminuido otro tipo de infecciones).

Nuestro objetivo es determinar la epidemiología, clínica, etiología y resistencia antibiótica en la OMA supurada, y el potencial efecto de la vacunación antineumocócica 13-valente en nuestro medio.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo analítico en menores de 8 años diagnosticados de otitis media aguda supurada de Enero 2009 a Diciembre 2010 en nuestro Servicio de Urgencias. Recogemos variables clínicas, epidemiológicas, cultivo de exudado ótico al diagnóstico y evolución clínica mediante encuesta telefónica. Se divide la muestra en dos grupos según su estado de vacunación frente al neumococo (7- o 13-valente). Análisis estadístico con X cuadrado para muestras independientes, SPSS vs-16.

### RESULTADOS

Incluimos 90 pacientes (mediana de edad 15 meses, 10-30), habiendo recibido el 71% vacunación con Prevenar 7-valente y el 13% con 13-valente. Los más frecuentemente aislados son: *Streptococo pneumoniae* n=65 (26.7%), *Haemophilus influenzae* n=72 (18.9%) y *Staphylococo aureus* n=8 (8.9%), sin encontrar diferencias en la incidencia de OMA supurada por *Streptococo pneumoniae* ni mayor resistencia antibiótica entre los grupos de vacunación. El *Streptococo pneumoniae* se aisló más en los menores de 12 meses ( $p=0.05$ ). Hubo un 40% resistencias del neumococo a penicilina, un 75% a eritromicina y ninguna a cefotaxima. El grupo de vacunación 7-valente presentó con mayor frecuencia otitis previas frente al de 13-valente (n=61 vs n=12,  $p=0.023$ ). No encontramos diferencias en la incidencia de complicaciones ni en la duración de la fiebre entre los grupos de vacunación.

### CONCLUSIONES

Tras la introducción de la vacunación antineumocócica 13-valente no encontramos diferencias en la incidencia de OMA supurada por neumococo ni mayor resistencia antibiótica.

**Laura Bilbao Gassó, Xavier Codina Puig, María Teresa Coll Sibina, Judith Sánchez Manubens, Pilar Gussinyé Canabal, Margarita Català Puigbó**  
Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital General de Granollers. Barcelona

## LA EVALUACIÓN DE LA COMPETENCIA EN PATOLOGÍA DERMATOLÓGICA DE LOS RESIDENTES

### OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

1. Plantear un método de evaluación de la competencia en patología dermatológica a través de la simulación.
2. Aplicarlo en los médicos residentes en formación y evaluarlos.
3. Evaluar el método según los resultados y la opinión del evaluador y evaluado.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Creación de una presentación con imágenes de 50 casos clínicos. El evaluador muestra las imágenes y “simula” el papel del paciente y/o acompañante respondiendo las preguntas del evaluado y formulando 135 preguntas estandarizadas. Se aplica a los residentes de pediatría (6) evaluando conocimientos, competencia y actuación. Se instruye sobre aquellos casos con alguna respuesta incorrecta. Posteriormente se encuesta a los evaluados sobre el método.

### RESULTADOS

La media de diagnósticos correctos es del 79% (52-90%) y de las respuestas correctas es de 76% (55-94%). Un mayor número de aciertos (diagnósticos / respuestas) se correlaciona directamente con la experiencia. La duración media de la prueba es de 55 minutos (30-120). Encontramos cinco errores diagnósticos que son comunes en todos los evaluados. Tanto evaluador como evaluados consideran la prueba muy útil, fácil de aplicar y justa para la evaluación y como método de aprendizaje.

### CONCLUSIONES

1. Consideramos la prueba como un instrumento válido para evaluar la competencia de los residentes de pediatría en patología dermatológica.
2. La evaluación de los residentes muestra mejores resultados a mayor experiencia, especialmente en la resolución de las preguntas estandarizadas. Los errores comunes señalan posibles puntos de mejora en la formación.
3. El método empleado es considerado como útil, fácil y justo, tanto por el evaluador como por los residentes evaluados.



**Irene Baena Olomí, David Bartoli, Teresa Renau Domingo, María Solsona Gadea, Dunia Sánchez Garvín, Francisco Javier Travería Casanova**  
Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario de Sabadell. CSPT. Sabadell (Barcelona).

## TRANSPORTE PREHOSPITALARIO URGENTE DEL PACIENTE PEDIÁTRICO A UN SERVICIO DE URGENCIAS

### OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Analizar el uso del transporte prehospitalario (TP) en el paciente pediátrico; la adecuación del tipo de transporte y de la atención inicial recibida.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo descriptivo incluyendo los pacientes que llegaron mediante TP a urgencias pediátricas durante 2 meses. Se cumplimentó un formulario recogiendo; variables demográficas, ubicación y motivo de solicitud, tipo de transporte, evaluación y asistencia inicial por el equipo de TP y por el servicio de urgencias. Se aplicó la herramienta PANE (Paediatric Ambulance Need Evaluation) para analizar la adecuación del transporte.

### RESULTADOS

Se atendieron 8264 urgencias, 114 llegaron en TP (1'4%). El 60'5% fueron niños; el 2'6% eran < 1 mes; el 23'7% < 2 años y otro 23'7% tenía entre 15-17 años. El 39'5% procedía del domicilio; el 89'5% por percepción de gravedad. Motivos de consulta más frecuentes convulsión (27'2%), dificultad respiratoria (9'6%) y traumatismos (7'9%). El 34'2% fue transportado por ambulancia medicalizada. En la evaluación inicial existió discordancia entre el equipo de transporte-urgencias pediátricas en un 14'9%. La toma de constantes fue inadecuada en el 24'6% (el 10'7% por falta de material adecuado). En asistencia inicial se detectaron discrepancias en; seguridad de vía aérea y colocación de acceso venoso (2'6%), administración de oxígeno (17.5%), necesidad de perfusión (0'9%); inmovilización (4'4%) y medicación (8'4%). Los diagnósticos más frecuentes fueron: convulsión febril (19.3%), trastorno de conducta (7%). Un 11.6% ingresaron (30.8% en UCIP). Según la herramienta PANE; en un 39,5% el tipo de transporte fue adecuado, en un 15,6% no estaba indicado; un 19,2% hubiera requerido TP avanzado y un 18,4% TP básico.

### CONCLUSIONES

Es necesario mejorar la atención inicial del paciente pediátrico en el TP. Es posible proponer actividades formativas sencillas orientadas al manejo inicial de la patología más prevalente en el niño. Son necesarias herramientas de evaluación adaptadas a nuestro medio.



**Montserrat Messegué Medà, Joaquin Astete,  
Mònica Vilà de Muga, Carles Luaces Cubells**  
Servicio de Urgencias. Hospital Universitari Sant Joan de Déu. Barcelona

## ERRORES DE MEDICACIÓN ¿CÓMO EVITARLOS?

### OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Valorar el impacto en la reducción de los errores de medicación tras diseñar estrategias de prevención y formación al personal sanitario

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional pre y postintervención. En noviembre de 2009 (período 1 ó preintervención) se revisan los errores de tratamiento a través del sistema informático de urgencias. Se clasificaron en: tipo (indicación, dosis, vía de administración) y gravedad (leve, moderado o grave). Se valoró su asociación con los siguientes factores: menor experiencia del facultativo, urgencia de las prescripciones (nivel triaje), festivos y noches. Durante el año 2010 se diseñaron estrategias de prevención, realizándose sesiones con difusión de los errores detectados y se realizaron carteles informativos. En noviembre de 2010 (período 2 ó postintervención) se reevaluaron los mismos parámetros. En este estudio se muestran los resultados de comparar ambos periodos.

### RESULTADOS

Los fármacos con más errores de prescripción fueron broncodilatadores, corticoides y antiinflamatorios. En el período 1 se observaron 49 errores de 445 prescripciones realizadas (11%) y en el período 2, 48 errores de 557 prescripciones (8,6%), sin diferencias significativas en el total de errores. En el tipo de los errores, disminuyeron los de dosis (10,7 % vs 6,3%;  $p=0,04$ ) sin cambios significativos en los de indicación y en los de vías de administración. En la gravedad de los errores los resultados fueron similares en ambos periodos. Se observó una disminución significativa del total de errores en los facultativos de menor experiencia (73,5% vs 54,2%,  $p=0,04$ ), en los pacientes más urgentes (60% vs 40%,  $p=0,03$ ) y por las noches (69% vs 31%,  $p=0,03$ ).

### CONCLUSIONES

Las medidas implantadas han permitido disminuir algunos tipos de errores de medicación pero es necesario mantener el seguimiento e insistir en estrategias de prevención.

**Paula García Romero, Santos García García, José Antonio Ruiz Domínguez, Julia Martín Sánchez, Sara Hernández Martín, Juan Vázquez Estévez**  
Servicio de Urgencias, Hospital Universitario La Paz, Madrid

## ESTUDIO DE LA DISCAPACIDAD ASOCIADA A LOS ACCIDENTES PEDIÁTRICOS GRAVES UN MES DESPUÉS DE LA LESIÓN

### OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Describir el grado de discapacidad que persiste, transcurrido un mes desde la lesión inicial, en una población de pacientes pediátricos que sufrieron trauma grave (precisó ingreso hospitalario) entre Diciembre-09 y Noviembre-10

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se utilizó como base para el análisis el Registro de Trauma Pediátrico de un Centro Hospitalario de tercer nivel. Los 230 pacientes registrados fueron seguidos, para comprobar su evolución, mediante encuesta telefónica dirigida a valorar el grado de discapacidad, explorando 4 áreas específicas: gestión de autocuidados, actividad motora, repercusión psicológica y necesidad de medidas terapéuticas de diversa índole (16 ítems). Se considero discapacidad Leve la afectación de 1-4 ítems; Moderada, de 5-10 ítems; Grave, más de 10 ítems.

### RESULTADOS

98 pacientes presentaron algún grado de discapacidad. el 50% (n=49) presentaron discapacidad Leve y el 44% (n=43) moderada. El 83% de las discapacidades graves (n=5) y el 45% de las leves (n=22) se debieron a Quemaduras, mientras que la causa principal de la moderadas (44%; n=19) fue la lesión secundaria a traumatismo por caída/precipitación (incluyeron 5 caídas de bicicleta, 4 de caballo y 3 de monopatín), aunque sin encontrar diferencia significativa en el grado de discapacidad dedida a los diferentes agentes lesivos ( $p=0.2$ ). Tampoco se encontraron diferencias significativas en la edad media de los pacientes según la severidad de la discapacidad ( $p=0.08$ ). Los padres refirieron que la discapacidad había cambiado la vida del niño en un 14% de los casos de discapacidad Leve, 37% de Moderada y 83% de Grave ( $p=0.0005$ ).

La mortalidad en esta serie fue del 0.87% (1 caso en las primeras 24 horas y otro en la primera semana).

### CONCLUSIONES

El registro de accidentes pediátricos es una valiosa herramienta para valorar el impacto de los accidentes y sus secuelas en la población afectada. Una vez identificados los accidentes graves y sus consecuencias, deben seguirse de las intervenciones apropiadas para su prevención.

SALÓN DE ACTOS , 09 DE ABRIL 2011 09:00

Moderadores:

- Dr. Santiago Mintegui Raso. Hospital de Cruces. Bilbao.
- Dra. María Morán Poladura. Hospital de Cabueñes. Gijón

**Mercedes de la Torre Espí, Gloria Domínguez Ortega, M<sup>a</sup> José Martín Díaz, Juan Carlos Molina Cabañero, M<sup>a</sup> Pilar Storch de Gracia Calvo**  
Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid

## SE APRENDE EN LA FACULTAD DE MEDICINA CÓMO ACTUAR ANTE UNA URGENCIA VITAL INFANTIL?

### OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Evaluación de los conocimientos de los nuevos médicos internos residentes (MIR) de Pediatría sobre la patología infantil con riesgo vital y saber si priorizan la estabilización de los pacientes.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha diseñado un cuestionario escrito con 15 preguntas de respuesta múltiple y una opción correcta; cinco de ellas sobre situaciones con riesgo vital: dificultad respiratoria grave, parada cardiorrespiratoria, shock hipovolémico, trauma, shock anafiláctico. Antes de la entrada de los MIR, se ha distribuido a través de la página web de la SEUP para ser cumplimentado en la 1<sup>a</sup> semana de incorporación. El análisis se ha hecho con el programa SPSS 15.0

### RESULTADOS

Han realizado el cuestionario 162 nuevos MIR de 21 hospitales españoles; 142 (87,65%) procedentes de universidades españolas. Las respuestas ante situaciones con riesgo vital son: 1) Dificultad respiratoria grave (preescolar pálido, con tos perruna, estridor, babeo y extensión cervical): 48 (29,6%) responden correctamente, 42 (25,9%) pautan corticoide intramuscular (i.m.). 2) Relación masaje/ventilación en la PCR: 88 (54,3%) elijen 15/2. 3) Shock hipovolémico (lactante con diarrea, decaída, pálida, ojos hundidos, extremidades frías, relleno capilar de 5 sg, 180 latidos/minuto, sin hipotensión): 46 (28,4%) reconocen el shock, 27 (16,7%) pautarían rehidratación oral. 4) Trauma (atropello): 4 (2,5%) comienzan abriendo la vía aérea y comprobando la respiración. 5) Tratamiento del shock anafiláctico (preescolar alérgico al huevo con somnolencia, dificultad respiratoria e hipotensión de 50/30 tras ingerir tortilla): adrenalina i.m. 121 (74,7%), corticoide i.m. 33 (20,4%). 6) Primera actuación ante un neonato con vómitos, decaído, hipotónico: 107 (66%) elijen estabilizar al paciente, 46 (28,4%) hacer una ecografía abdominal.

### CONCLUSIONES

Los conocimientos de los nuevos MIR sobre urgencias infantiles son insuficientes.

Es necesario mejorar la formación en las Facultades de Medicina sobre urgencias pediátricas implementando programas específicos.

**Juan Antonio Rodríguez Ramirez, María Carmen Rivas Doyague, María Coca Pozuelo, María Carmen Pérez Velasco, Marianna Mambié Meléndez, Francesc Ferrer Serrat**  
Hospital Universitario Son Espases de Palma de Mallorca

## CONOCEMOS Y APLICAMOS LA CARTA EUROPEA DE DERECHOS DEL NIÑO HOSPITALIZADO?

### OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La Carta Europea de Derechos del Niño Hospitalizado (CEDNH) que proclama los derechos de los niños hospitalizados es poco conocida por el personal sanitario, no suele entregarse al usuario y su seguimiento es prácticamente nulo.

Los objetivos del presente trabajo son averiguar si el personal sanitario de Urgencias de Pediatría conoce la existencia de la CEDNH y cuánto se cumple. Saber si están de acuerdo con que padres o tutores legales estén presentes y tengan participación activa permanentemente.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo y transversal según encuestas de opinión a médicos y enfermería de Urgencias de Pediatría, durante el periodo del 24/1/2011 a 3/2/2011, preguntando si conocían la existencia de la CEDNH y, en caso afirmativo, si conocían algún artículo y si podían citarlo.

Posteriormente, se facilitó la Carta y se interrogó si estaban de acuerdo o no con su contenido, sobre si se cumplía en nuestro Servicio, qué artículos se cumplían, y si estaban de acuerdo con la presencia y participación activa de padres o tutores legales en todo momento.

### RESULTADOS

Se encuestó a 32 profesionales. El 62.5% desconocía la existencia de la CEDNH. El 30.8% conocía algún artículo y sólo una persona (0,03%) pudo citarlo. El 21.9% creía que, globalmente, no se cumplía la CEDNH. Sólo 6 artículos se cumplían totalmente según opinión de más del 85%. El 18.8% estaba de acuerdo con la presencia y participación activa de los padres.

### CONCLUSIONES

La mayoría del personal desconoce la existencia de la CEDNH, lo que dificulta su cumplimiento. Es importante su difusión, fomentar su aplicación y que se implementen los derechos de los niños hospitalizados.



**Nuria Nieto Gabucio, M<sup>a</sup> José Rivero Martín, M<sup>a</sup> Rocío Rodríguez Díaz,  
María Sanz Fernández, Patricia Manzanares Blázquez,  
M<sup>a</sup> Teresa Penela Vélez de Guevara**  
Hospital Universitario de Fuenlabrada (Madrid)

## ASLAMIENTO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS

### OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Conocer las medidas de aislamiento prescritas por los facultativos en la Unidad de Observación de Urgencias Pediátricas y la incidencia de infección nosocomial en pacientes ingresados en la misma.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de los pacientes que permanecieron en Observación entre el 12 y el 14 de Enero de 2011. Analizamos el tiempo de estancia, prescripciones pautadas e incidencia de infección nosocomial (aparición en las 72 horas siguientes a su estancia en observación de sintomatología diferente al cuadro por el que consultaron).

### RESULTADOS

Se analizan 70 pacientes en un total de 12 días. La mediana de edad fue de 16.5 meses. La estancia media en Observación fue de 13 horas (DS 9), dándose de alta al 57% y hospitalizándose al 43% de los pacientes estudiados.

El 50% presentaron patología susceptible de aislamiento y de estos, tan solo en el 2.8% se prescribe en las órdenes médicas.

Tras la estancia en observación, estudiamos la incidencia de infección nosocomial, apareciendo en el 6.5% de los pacientes ingresados. De los 40 pacientes dados de alta, el 2.5% consultan nuevamente en nuestra Urgencia antes de las 72 horas por síntomas compatibles con infección nosocomial.

### CONCLUSIONES

El manejo del paciente con patología infecciosa es un problema muy frecuente en los Servicios de Urgencias Pediátricas. Por este motivo, debemos registrar y aplicar las normas universales de aislamiento desde el momento en el que sospechemos patología infecciosa.

En nuestra Urgencia, aunque se llevan a cabo medidas de aislamiento, éstas no se registran por parte de los facultativos. Por este motivo es difícil de valorar si se realizan correctamente con el fin de evitar infección nosocomial, considerada causa importante de prolongación del ingreso hospitalario así como de nuevas consultas en los Servicios de Urgencias.

**Luciana Rodríguez Guerineau, Asier Apodaca Saracho, Ana I Curcoy Barcenilla, Victoria Trenchs Sainz de la Maza, Ricard Casadevall Llandrich (1), Carles Luaces Cubells.**  
Servicio de Urgencias. Control de gestión (1). Hospital Universitari Sant Joan de Déu. Barcelona

## ADOLESCENTES EN URGENCIAS: AUTONOMÍA Y PERFIL DE LOS PACIENTES

### OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

1. Valorar la información que son capaces de aportar los adolescentes en la consulta médica contrastándola con la aportada por sus acompañantes. 2. Determinar el perfil de los adolescentes que acuden a Urgencias.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo. Durante el año 2010 dos residentes de pediatría realizan una encuesta estructurada a todos los adolescentes que atienden en Urgencias. Antes de iniciar la visita solicitan al acompañante del menor la posibilidad de realizar la encuesta con el paciente a solas. La encuesta consta de dos partes, la principal incluye una serie de preguntas sobre el motivo de consulta. Esta parte se realiza al adolescente y posteriormente al acompañante contrastándose las respuestas para determinar la autonomía del paciente. La 2ª parte, que se realiza únicamente al adolescente garantizándole confidencialidad, está dirigida a conocer sus hábitos tóxicos y sexuales; también se le pregunta sobre la preferencia de realizar la visita médica solo o acompañado.

### RESULTADOS

Se realiza la encuesta en 166(3.4%) de las 4842 consultas de adolescentes. El 52.4% son mujeres. La edad media es 14.5 años (DE 1.5). El 23.5% son inmigrantes. La madre es el acompañante más frecuente (74.1%). Hay total coincidencia en los datos aportados por adolescente y acompañante en el 63.3%(IC95%:56.0-70.5%). El adolescente coincide con las respuestas de su acompañante en el 92.2% de la sintomatología referida, en el 86.7% de la duración de la misma y en el 72.3% del tratamiento iniciado. El 51.2%(IC95%:43.7-58.7%) de los adolescentes refiere consumo de algún tóxico (44.6% alcohol, 22.9% tabaco, y 10.8% cannabis). El 19.9%(IC95%:13.9-25.8%) manifiesta tener relaciones sexuales (21.2% sin método anticonceptivo eficaz). El 59%(IC95%:51.7-66.4%) prefiere estar acompañado durante la visita.

### CONCLUSIONES

La mayoría de adolescentes responden la anamnesis de forma completa y fiable. Debería contemplarse la posibilidad de visitar directamente al adolescente garantizando su intimidad. El conocimiento de sus hábitos tóxicos y sexuales permite al médico de Urgencias colaborar en la promoción de hábitos saludables.

**Irene Sanz Fernández, Elena Martínez Cuevas, Erkuden Abascal Arregui, Estibaliz Bárcena Fernández, Fco.Javier Benito Fernández, Susana Capapé Zache**  
Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Barakaldo. Bizkaia

## IDENTIFICACIÓN DE ASPECTOS DE MEJORA EN EL TRANSPORTE PREHOSPITALARIO DEL PACIENTE CRÍTICO POR MEDIO DE UN REGISTRO

### OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La atención continuada entre los distintos niveles de atención sanitaria es fundamental en el cuidado de los pacientes, y más aún en el paciente crítico. El objetivo del estudio es identificar aspectos de mejora en la atención que reciben en el transporte prehospitalario los niños ingresados en Cuidados Intensivos Pediátricos (CIP) desde Urgencias de Pediatría (UP).

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo desarrollado entre junio 2010 y diciembre de 2010 de los aspectos relacionados con la atención durante el transporte prehospitalario recogidos en el registro de los pacientes ingresados en CIP desde UP.

### RESULTADOS

En el registro se incluyeron 67 pacientes, de los cuales 46 (68.6%) recibieron atención prehospitalaria, fundamentalmente en el centro de salud (43.4%).

De los 46 niños, 27 (58.6%) fueron trasladados al hospital en transporte sanitario (22 soporte vital avanzado). De estos 27, 23 (85.2%) recibieron algún tipo de actuación, lo más frecuente administración de oxígeno (20/27; 74.1%) y fármacos (16/27; 39.1%), fundamentalmente broncodilatadores y benzodiacepinas. Algo menos de la mitad llegaron con acceso venoso a UP. Tres pacientes llegaron intubados y a un paciente se le practicaron maniobras de reanimación durante el transporte. Tres pacientes llegaron inmovilizados (cervical y espinal).

El 78.9% de los pacientes atendidos a nivel prehospitalario que acuden en transporte no sanitario llegaron a UP inestables, precisando algún tipo de actuación para la estabilización inicial en UP, fundamentalmente administración de oxígeno (89.5%) y acceso venoso (94.4%).

### CONCLUSIONES

La atención que reciben los pacientes que ingresan en CIP desde UP durante el transporte prehospitalario ofrece importantes aspectos de mejora que son identificables con un registro prospectivo de pacientes.



**Sonia Asensio Carretero, Cristina Parra Cotanda , Victoria Trenchs Sainz de la Maza , Carles Luaces Cubells, Grupo de trabajo de catástrofes de la SEUP**  
Servicio de Urgencias. Hospital Universitari Sant Joan de Déu. Barcelona

## ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN SERVICIOS DE URGENCIAS PEDIÁTRICOS DE ESPAÑA. ¿ESTAMOS PREPARADOS PARA UNA CATÁSTROFE?

### OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

1) Conocer si los Servicios de Urgencias Pediátricos (SUP) españoles tienen planes de catástrofes; 2) Describir sus características y si contemplan las necesidades pediátricas; 3) Averiguar si los responsables de los SUP se sienten preparados ante una catástrofe.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo multicéntrico, mediante encuestas dirigidas a responsables de los SUP de España.

### RESULTADOS

De 44 encuestas enviadas, 25 hospitales responden. Dieciocho hospitales (72%) disponen de plan de catástrofes externas (PCE), con una antigüedad de 10 años y que se revisa cada 3 años o más (9 hospitales), bienalmente (4) y anualmente (2). En 11 hospitales, el PCE es conocido por el personal, realizándose simulacros cada 3 años o más en 4, bienalmente en uno. Veintiún hospitales (84%) disponen de plan de catástrofes internas (PCI), con una antigüedad de 8 años y frecuencia de revisión de cada 3 años o más (11 hospitales), bienalmente (3) y anualmente (3). El PCI es conocido por el personal en 13 hospitales, realizándose simulacros cada 3 años o más en 4, bienalmente en uno. Los PCI incluyen plan de evacuación (22), inundaciones (9), incendios (19), amenazas de bomba (13) e intentos de secuestro (2). Ocho hospitales disponen de plan para traslado de pacientes. En 9 hospitales, los planes son pediátricos; en 8, son planes generales que contemplan las necesidades de niños; el resto no tienen en cuenta a víctimas pediátricas. Veintiún (84%) responsables se sienten poco preparados ante una catástrofe.

### CONCLUSIONES

La mayoría de SUP disponen de planes de catástrofes, pero están poco actualizados, son poco conocidos y la mitad no tienen en cuenta las necesidades pediátricas. Es pues necesario concienciar a los responsables de la importancia de tener planes pediátricos actualizados y conocidos por el personal.

Isabel Gimeno Sánchez, Pilar Guerra García, Lorena Peña González,  
Pedro Avedillo Jiménez, Carmen Carpio García, Milagros Marín Ferre  
Hospital universitario 12 de octubre

## MALTRATO INFANTIL EN LA URGENCIA: UN DIAGNÓSTICO A CODIFICAR

### OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Describir la incidencia y características de los casos de sospecha de maltrato atendidos en una urgencia pediátrica entre 2008 y 2010, manejados según el protocolo de la unidad

### MATERIAL Y MÉTODOS

Es un estudio descriptivo, retrospectivo, de la sospecha de maltrato entre 2008 y 2010. Se recogieron datos de los informes de alta, tanto sociales como asistenciales.

### RESULTADOS

Se detectaron 144 niños con sospecha de maltrato, 0,8‰ del total de urgencias atendidas durante este período. En 2008 y 2009 la frecuencia se mantuvo estable (0,7‰) y aumentó en 2010 a un 1‰. Por orden de frecuencia los tipos son: maltrato físico (42,4%), negligencia (22,2%) y abuso sexual (21,5%). Se ha notificado a los trabajadores sociales el 100% de los casos y al juez de guardia el 48,6% del total. Se dio alta domiciliaria en el 66% de los casos, el 22,9% requirió ingreso y el 7,7% fue a otro domicilio o casa de acogida. Desde que se dispone de historia electrónica y diagnósticos CIE-9, se codificaron en 2009 y 2010 como “negligencia” o “abuso/maltrato”, solo el 54% y 38% respectivamente de los casos que se manejaron como tales.

### CONCLUSIONES

1) La incidencia de maltrato ha aumentado en el último año. 2) El maltrato más frecuente es el físico, seguido de la negligencia. 3) En todos los casos se contactó con los trabajadores sociales y en el 75% de los maltratos/abusos moderados-graves se notificó a la justicia. 4) Menos del 50% de los casos fueron codificados como tales en la historia electrónica aunque se actuó siguiendo el protocolo. Hay que insistir para que el “maltrato” se codifique como un diagnóstico más.



**Lorena Algarrada Vico, Clara Giménez Roca,  
Susanna Hernández Bou, Victoria Trenchs Sainz de la Maza,  
Roser Garrido Romero, Carles Luaces Cubells**  
Servicio de Urgencias. Hospital Universitari Sant Joan de Déu. Barcelona

## SEGUIMIENTO DE LA ESCALA DE PUNTUACIÓN PARA LA DETECCIÓN DE INFECCIÓN BACTERIANA POTENCIALMENTE GRAVE EN EL LACTANTE FEBRIL

### OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Conocer el seguimiento de la escala de puntuación para la detección de infección bacteriana potencialmente grave (IBPG) validada en nuestro centro y analizar los casos en que no se aplica.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyen lactantes entre 1 y 3 meses atendidos durante el 2010 y diagnosticados de fiebre sin foco con sedimento urinario negativo, en los que se dispone de todas las variables de la escala (temperatura máxima, leucocitos totales, neutrófilos totales, neutrófilos bandas totales, proteína C reactiva y procalcitonina). Se considera un manejo adecuado la indicación de observación clínica en los pacientes con puntuación de bajo riesgo para IBPG o el inicio de antibioticoterapia en los pacientes con puntuación de alto riesgo. Los lactantes con riesgo intermedio se excluyen por realizarse un manejo individualizado.

### RESULTADOS

Se incluyen 161 pacientes (62.7% varones). Edad media de 57.7 días (DE: 18.7). Ciento y cuarenta y tres (88.8%) presentan una puntuación de bajo riesgo para IBPG, 8 (5%) de riesgo intermedio y 10 (6.2%) de alto riesgo. El manejo es adecuado en 138 (90.2%) de los 153 niños con puntuación de bajo o alto riesgo para IBPG; los 15 con manejo inadecuado son lactantes con bajo riesgo que ingresan con antibioticoterapia. Los motivos de incumplimiento de la escala son alteración aislada de algún parámetro analítico de la escala (7 casos), afectación del estado general (5 casos) y menor edad del paciente (3 casos de 1 mes de edad); ninguno de los 15 es diagnosticado de una IBPG.

### CONCLUSIONES

El seguimiento de la escala para el manejo del lactante febril es elevado. Los casos en que no se aplica son pacientes con bajo riesgo para IBPG en los que la actitud adoptada es más agresiva de la recomendada por dicha escala.



**Nerea Bárcena Rouse, Elena Martínez Cuevas, Eider Astobiza Beobide, Javier Benito Fernández, Santiago Mintegi Raso, Borja Gómez Corté**  
Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces

## LACTANTE MENOR DE 3 MESES CON FIEBRE SIN FOCO: VARIACIONES EPIDEMIOLÓGICAS A LO LARGO DEL AÑO

### OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Estudiar si existen diferencias a lo largo del año en cuanto a tasa de infección bacteriana grave (IBG) y determinados diagnósticos específicos entre los lactantes menores de 3 meses con fiebre sin foco.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo que incluye todos los lactantes menores de 3 meses con FSF atendidos durante 7 años (1/09/2003-31/08/2010) en un Servicio de Urgencias Pediátrico. Se registraron datos epidemiológicos, resultados de tests practicados, diagnósticos finales y seguimiento evolutivo.

### RESULTADOS

Se atendieron 1575 lactantes (tasa de IBG: 19.7%). La tasa de IBG fue de 24.7% (IC95% 20.6-29.4%) en los meses de julio a septiembre vs 15.5% (IC95% 12.2-19.5%) de noviembre a enero (RR 1.59; IC95% 1.19-2.13). La tasa de hemocultivos positivos fue similar a lo largo de todo el año.

El mes con mayor tasa de diagnósticos de gripe fue enero (39/139; 28.1%). El 48% de las meningitis por enterovirus fueron diagnosticadas entre mayo y julio, siendo la tasa de meningitis por enterovirus en estos meses del 7.6% (37/482).

Excluyendo los lactantes con flutest positivo o infección por enterovirus confirmada, la tasa de IBG fue de 29,4% (IC95% 23.4-36.3%) entre agosto y septiembre vs 17,5% (IC95% 12.9-23.2%) entre noviembre y diciembre (RR 1.68; IC95% 1.19-3.24).

### CONCLUSIONES

Existen variaciones a lo largo del año en la tasa de IBG, siendo ésta mayor en los meses de verano. Estas diferencias se mantienen si se excluyen los lactantes con infecciones víricas que cursan típicamente con patrón epidémico. En épocas epidémicas, es recomendable practicar tests diagnósticos orientados a identificar dichas infecciones víricas.