



CATEGORIZACIÓN DEL RIESGO DE APENDICITIS. SCORES CLINICOS Y ECOGRAFIA

Antonio Blanco Molina
Vega Garzón Hernández
Juan Luis Santos Pérez

Hospital Materno Infantil. HU Virgen
de las Nieves.
Granada

Tipo de estudio. Variables

- ❖ Estudio observacional. Retrospectivo. Casos controles
- ❖ 100 pacientes con motivo de consulta: Dolor abdominal en FID
- ❖ Ecografia realizada a todos
- ❖ Variables: sexo, edad, migración del dolor a FID, presencia de signos de rebote, hipersensibilidad en FID, fiebre(>37.3), anorexia, presencia de náuseas/vómitos, leucocitosis, neutrofilia y resultados de la ecografía abdominal realizada

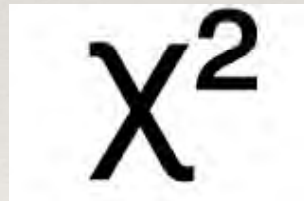


Aplicación escores clinico-analíticos

Alvarado Score	Variables	Puntos	Samuel Score	Variables	Puntos
Sintomas	- Dolor migratorio a FID	1	Sintomas	- Dolor migratorio a FID	1
	- Nauseas/vómitos	1		- Nauseas/vómitos	1
	- Anorexia	1		- Anorexia	1
Signos	- Hipersensibilidad en FID	2	Signos	- Hipersensibilidad en FID	2
	- T ^a >37°C	1		- T ^a >37°C	1
	- Rebote	1		- Rebote	2
Laboratorio	- Leucocitosis > 10.000	2	Laboratorio	- Leucocitosis > 10.000	1
	- Neutrofilia	1		- Neutrofilia	1
Total		10	Total		10

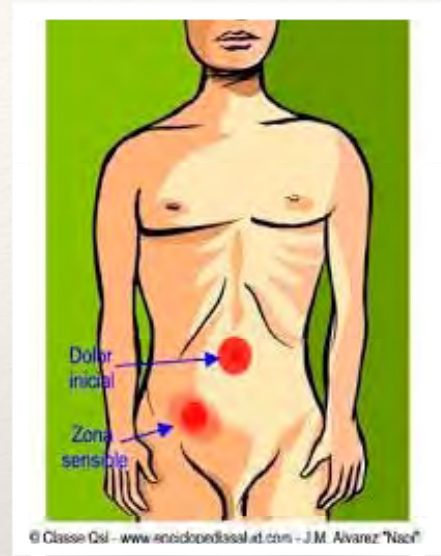
Analisis estadístico

- ❖ Relación entre variables del estudio y resultado obtenido en ecografía: Test Chi-cuadrado.
- ❖ Rendimiento diagnóstico Scores clínico-analíticos establecidos: Curva ROC
- ❖ Programa utilizado: SPSS 20.0

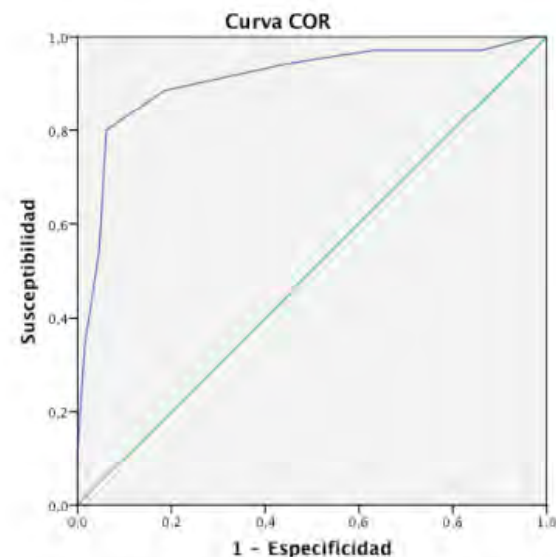


Resultados

- Rebote → VPN 63%
- HS en FID → VPN 55%
- Leucocitosis → VPN 70%
- Neutrofilia → VPN 70%



- ROC Alvarado: 0.908 valor estadísticamente significativo para IC del 90%, (0.851-0.965)
- ROC Pediatric Appendicitis Score: 0.896 estadísticamente significativo para IC del 90% (0.835-0.958)



Los segmentos diagonales son producidos por los empates.

Área bajo la curva
Variables resultado de contraste:
ALVARADO
Área
.908

La variable (o variables) de resultado de contraste: ALVARADO tiene al menos un empate entre el grupo de estado real positivo y el grupo de estado real negativo. Los estadísticos pueden estar sesgados.

Conclusiones

- ❖ Scores clinico-analiticos presentan elevado VPN, muy útil pacientes con puntuaciones bajas pudiendo evitar en ellos la realización de pruebas de imagen.
- ❖ El bajo VPP de los scores clínico-analíticos nos obliga a realizar pruebas de imagen complementarias para evitar con ello un número elevado de falsos positivos.
- ❖ La ausencia de datos como los signos de rebote o de alteración de los parámetros analíticos de laboratorio son indicadores que permiten descartar a priori un cuadro de apendicitis aguda



Muchas Gracias

DETECCIÓN DE INFECCIÓN URINARIA EN LACTANTES FEBRILES EN URGENCIAS

¿USAMOS ADECUADOS CORTES DE EDAD?

Amaia Salmón Rodríguez, Sara García Valle, María González Balenciaga,
Roser Martínez Mas, Javier Benito Fernández y el GT de Infección de
orina de RISEUP-SPERG



CONFLICTO DE INTERESES

- No hay conflicto de intereses.



JUSTIFICACIÓN

¿Por qué este estudio?



Prevalencia global de infección del tracto urinario (ITU) en la edad pediátrica se estima en 2-7%.

No existen estudios recientes de prevalencia de ITU en el lactante con fiebre sin foco.



JUSTIFICACIÓN



✓ La ITU es la **infección bacteriana potencialmente grave** más frecuente en los lactantes febriles < 24 meses.

✓ Al conocer su prevalencia podremos definir mejor el grupo de lactantes con FSF de mayor riesgo y así **evitar pruebas y tratamiento innecesarios.**





¿Cuáles son los criterios actuales de despistaje de ITU en el lactante con fiebre?

Niño < 12 meses y Niñas < 24 meses con
fiebre > 39°C sin foco aparente

American Academy of Pediatrics. Urinary Tract Infection: Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Management of the Initial UTI in Febrile Infants and Children 2 to 24 Months. Pediatrics. 2011;128:3, 595-63.



OBJETIVO DEL ESTUDIO



Determinar la **prevalencia** de ITU en **niños <12 meses** y **niñas <24 meses** con fiebre sin foco aparente (FSF) $>39^{\circ}\text{C}$ atendidos en los servicios de Urgencia Pediátricos



MATERIAL Y METODOS

Estudio multicéntrico, prospectivo y descriptivo en el que participan 11 centros hospitalarios.

Criterios de inclusión:

1. **Niños <12 meses** con FSF $>39^{\circ}\text{C}$ a los que se les practica tira de orina para descartar ITU.
2. **Niñas <24 meses** con FSF $>39^{\circ}\text{C}$ a los que se les practica tira de orina para descartar ITU.



Resultados preliminares

Del 1o octubre 2013 al 30 noviembre 2013

Episodios en
Urgencias:
46.506

< 24 meses:
16.774

Niños <12 meses y
Niñas <24 meses
atendidos con fiebre:
983 (2%)

**Criterios
inclusión**

318 pacientes

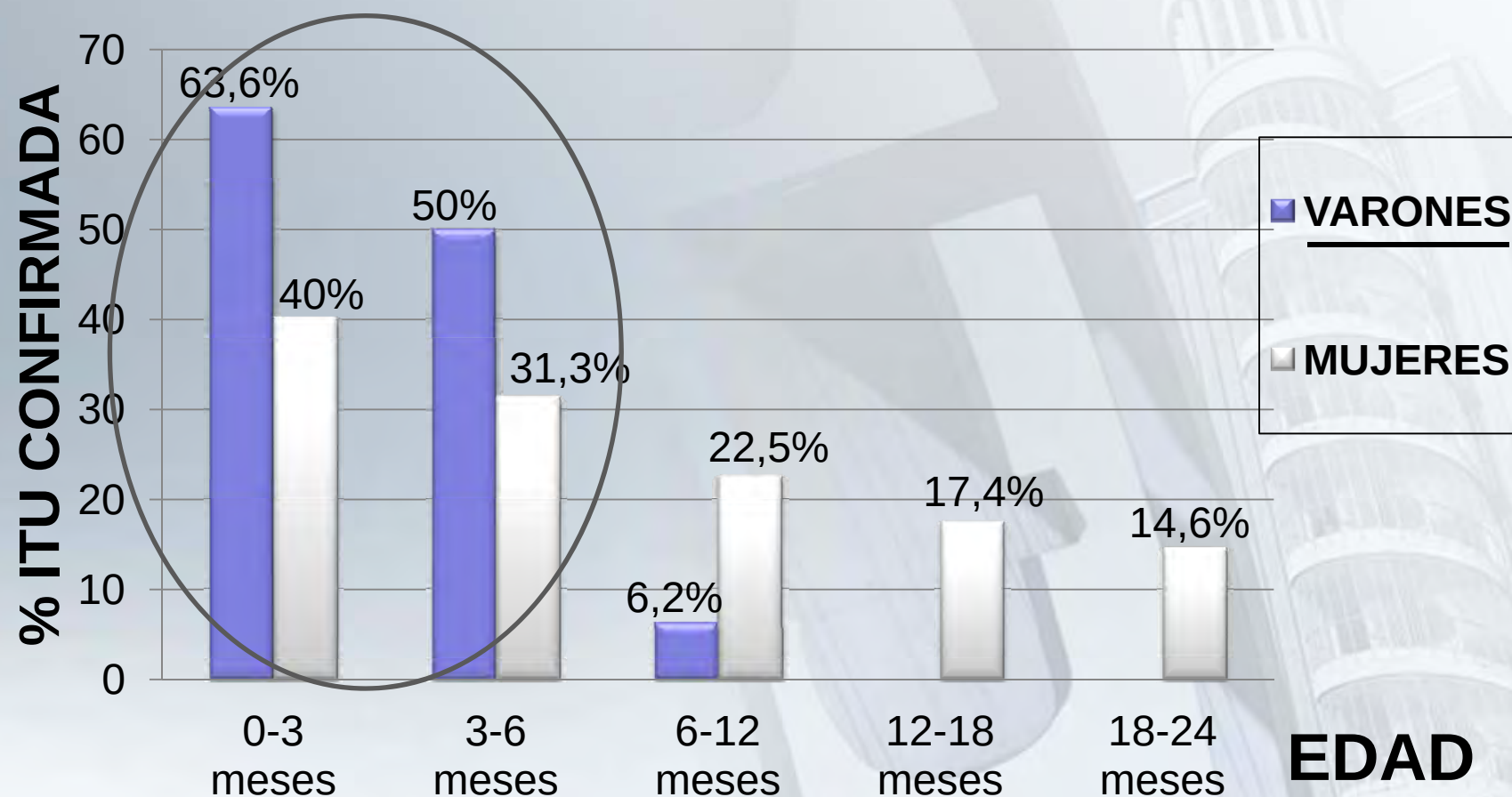
**Prevalencia
global ITU
14,6%**

Excluidos:
<80%

Resultados preliminares

Del 1o octubre 2013 al 30 noviembre 2013

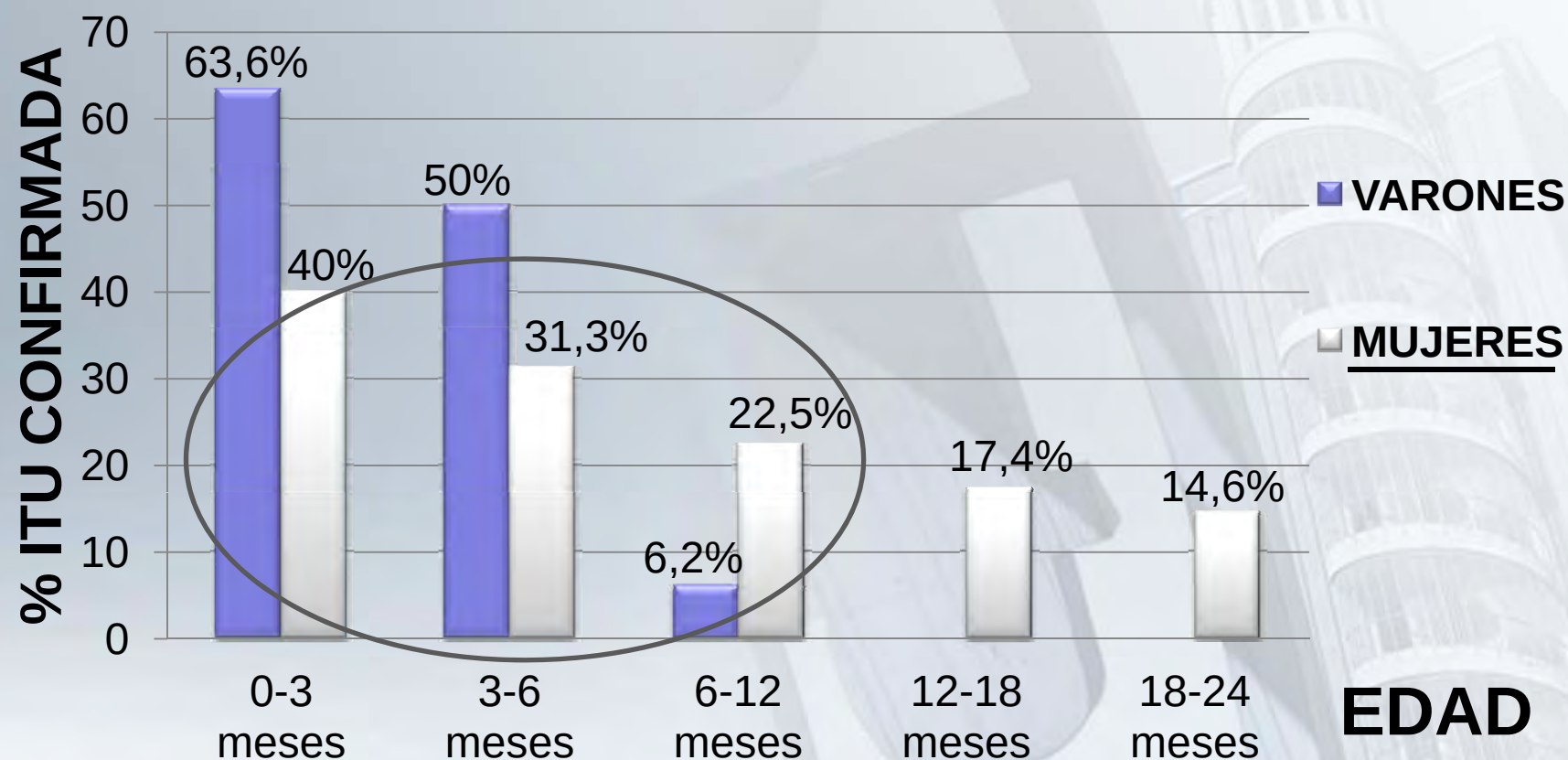
RELACIÓN ITU/EDAD



Resultados preliminares

Del 1o octubre 2013 al 30 noviembre 2013

RELACIÓN ITU/EDAD



IC 95%
(0.52-85.3)

IC 95%
(11-58.7)

IC 95%
(13.9-33.2)

IC 95%
(9.3-28.4)

IC 95% (6.1-27.8)



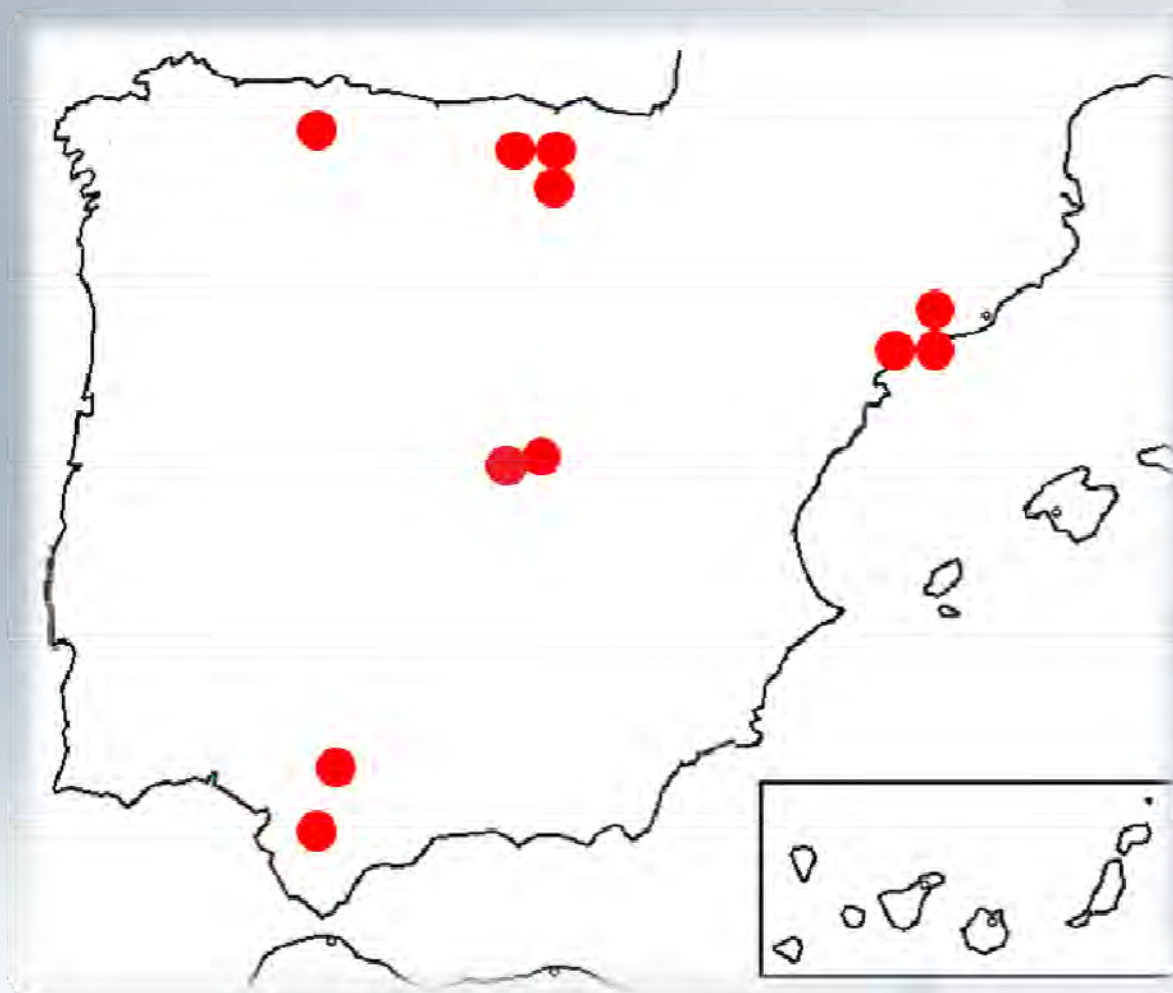
CONCLUSIONES

✓ La prevalencia de ITU en lactantes con FSF $>39^{\circ}\text{C}$ es superior a la referida globalmente en esta edad, sobre todo en **niños < 6 meses y niñas < 12 meses.**

✓ Teniendo en cuenta estos resultados, en el SUP debe mantenerse **alto índice de sospecha de ITU en esta población.**



¡Muchas Gracias!



Hospital de Basurto

Hospital de Zumárraga

Hospital de Cruces

Hospital Cabueñes

Hospital San Joan de Deu

Hospital Parc Taulí

Hospital Arnau de Vilanova

Hospital Reina Sofía de

Córdoba

Hospital Virgen del Rocío

Hospital del Tajo

Hospital Infanta Cristina



TEP Y NIVEL DE GRAVEDAD: PREDICTORES DE INGRESO POR PATOLOGÍA RESPIRATORIA AGUDA

Autores: Isabel Duo Olabarría, Natalia Paniagua Calzón, Elisa Mojica Muñoz, Ana Fernández Landaluce, Lorea Martínez Indart, Javier Benito Fernández
Hospital Universitario Cruces

JUSTIFICACIÓN

Validity of the paediatric assessment triangle as the first step in the triage process

J. Benito, B. Gomez, S. Garcia, L. Martinez-Indart, A. Fernandez and S. Mintegi

European Journal of Emergency Medicine 2013, 20:224–228

CONCLUSION

The strong association between PAT performed by nurses with multiple markers of severity in a PED suggests its validity as the first step of the triage process.

ABSTRACT

BACKGROUND

Within the Pediatric Canadian Triage and Acuity Scale (PCTCAS), the initial first impression of the patient is assessed using the Pediatric Assessment Triangle (PAT). No studies have evaluated the validity of PAT as triage tool.

OBJECTIVE

To evaluate the association between PAT performed by nurses at triage and different markers of severity for real-life children triaged in a pediatric emergency department.

PATIENTS AND METHODS

This was a retrospective cohort study evaluating the triage assessment and outcomes of all children presenting in a pediatric emergency department (PED) during a 5-years period. During the study period, all patients presenting to PED were triaged by a nurse using PCTCAS. Data were retrieved from our PED computerized database system. The primary outcome measure was the proportion of children hospitalized depending of the PAT findings. Other outcomes were ICU admission, length of stay in the ED and the

Children (6.7%) were hospitalized. Patients with an altered PAT had a higher risk to be admitted (OR 5.1, CI 95%: 4.9 - 5.3). Among the three sides of PAT, an altered appearance or circulation were the main risk factors for admission (OR 9.1, CI 95%: 8.4-9.9 and 8.1, CI 95%: 7.5 - 8.6) respectively. In addition, a multivariate analysis showed that an altered PAT was an independent risk factor of the acuity level and age to be admitted (OR 2.1, CI 95%: 2.1 - 2.2). There was a strong association between an altered PAT and admission to the ICU (OR 12.7, CI 95%: 10.8 - 14.9) the probability to have performed a blood test (OR 1.8, CI 95%: 1.7 - 1.8) and length of stay (OR 2.3, CI 95%: 2.2 - 2.3).

CONCLUSION

The strong association between PAT performed by nurses with multiple markers of severity in a PED suggests its validity as the first step of the triage process.

OBJETIVOS

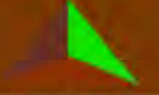
- Evaluar el rendimiento del **triángulo de evaluación pediátrica** (TEP) y **nivel de gravedad** (NG) proporcionado por la escala Canadiense de *triage* pediátrico para predecir hospitalización por patología respiratoria aguda (asma, bronquiolitis, laringitis) en un servicio de urgencias pediátrico (SUP).

METODOLOGÍA

- Estudio **observacional, retrospectivo y unicéntrico** basado en la revisión de historias clínicas informatizadas.
- **Criterios de inclusión:** niños atendidos en un SUP diagnosticados de asma, laringitis o bronquiolitis en los que consta recogido TEP y nivel de gravedad.
- **Periodo de inclusión:** Enero-2007 y Diciembre-2012.
- Análisis univariante y multivariante. **Variables resultado:** estancia >3h, ingreso e ingreso en UCIP.

OsabideGlobal - 1,46,4 -

Triage Osabide Global

Nivel
II

1
TEP

2
Valoración

3
Dolor

4
Problema

5
Toma de constantes

6
Enfermería

Primera impresión
Ruidos respiratorios anormales
Escala de dolor: 0
Problema: Respiratorio
DR leve (tiraje intercostal leve)
Primera toma de constantes
P.A. Sistólica: 123
Frecuencia Respiratoria: 24
P.A. Diastólica: 65
Temperatura: 36,4
Tipo Toma T°: Vía axilar
Frecuencia Cardíaca: 88
Peso: 45
Saturación Oxígeno: 98

Primera impresión
Indique la primera impresión que tiene sobre el paciente

Apariencia	Esfuerzo respiratorio	Circulación en la piel
Tono	Ruidos respiratorios anormales	Palidez
Actividad	Posición anormal	Piel moteada
No consolable	Tiraje retracciones	Cianosis
Mirada		
Llanto patológico		

14:02
20/03/2014

RESULTADOS

2007-2012

358030 Episodios en SUP

31864 asma, bronquiolitis, laringitis

Ingreso 14%

17479
asma

6631
bronquiolitis

7754
laringitis

Ingresos: 2771
15.8%

Ingresos: 1497
22.5%

Ingresos: 128
1.65%

UCIP: 72

UCIP: 64

UCIP: 0

RESULTADOS

	ASMA	BRONQUIOLITIS	LARINGITIS
TEP alterado	67.6%	53.2%	21.6%
Esfuerzo respiratorio	66.9%	52.6%	21.4%
Circulación anormal	0.9%	0.7%	0.1%
Apariencia anormal	0.2%	0.3%	0.1%

NIVEL DE GRAVEDAD	ASMA	BRONQUIOLITIS	LARINGITIS
I	0% (3 casos)	0% (2 casos)	0% (0 casos)
II	2.5%	2.5%	0.7%
III	85%	78.4%	58.7%
IV	11.8%	17.7%	27.9%
V	0.7%	1.4%	12.7%

ANÁLISIS MULTIVARIANTE: INGRESO PLANTA

INGRESO	ASMA		BRONQUIOLITIS		LARINGITIS	
VARIABLE	OR	CI 95%	OR	CI 95%	OR	CI 95%
Niveles de triage más graves	6.5	5.3-7.9	14.4	9.5-22	5.6	2.3-13.4
TEP(anormal)	3.2	2.9-3.6	2.9	2.5-3.4	5	3.4-7.6

Circulación (anormal)	2.6	1.75-3.9	6.8	3-15.4	22.4	5-99
Esfuerzo (anormal)	3.1	2.8-3.5	2.8	2.5-3.3	5.2	3.5-7.9
Apariencia (anormal)	ns		ns		ns	

ANÁLISIS MULTIVARIANTE: UCIP

INGRESO	ASMA		BRONQUIOLITIS	
VARIABLE	OR	CI 95%	OR	CI 95%
Niveles de triage más graves	9.2	5.1-16.4	10.5	5.6-19.4
TEP(anormal)	3	1.5-6.2	2.7	1.6-4.8

Circulación (anormal)	ns		7.4	2.7-20.3
Esfuerzo (anormal)	3.2	1.6-6.4	1.8	1.1-3.1
Apariencia (anormal)	ns		ns	

ANÁLISIS MULTIVARIANTE: ESTANCIA > 3H

INGRESO	ASMA		BRONQUIOLITIS		LARINGITIS	
VARIABLE	OR	CI 95%	OR	CI 95%	OR	CI 95%
Niveles de triage más graves	4.6	3.8-5.6	2.6	1.9-3.6	3.2	2.2-4.7
TEP(anormal)	2.6	2.4-2.9	1.8	1.6-2	4.3	3.4-5.5
Circulación (anormal)	1.9	1.3-2.8	2.7	1.9-3.7	6.5	1.5-27.3
Esfuerzo (anormal)	2.6	2.4-2.8	1.8	1.6-2.1	4.3	3.4-5.5
Apariencia (anormal)	ns		ns		ns	

CONCLUSIONES

- El TEP y el nivel de gravedad proporcionados por la escala Canadiense de *triage* pediátrico, son herramientas útiles para identificar los pacientes con patología respiratoria aguda que presentan **mayor riesgo de hospitalización o estancia prolongada** en urgencias.

LIMITACIONES

- Retrospectivo
- Estudio unicéntrico



¡MUCHAS GRACIAS!



RENDIMIENTO DE LOS SCORES CLÍNICOS COMO PREDICTORES DE INGRESO EN ASMA, BRONQUIOLITIS Y LARINGITIS

Autores: Amagoia Elozegi Castellanos, Natalia Paniagua Calzón, Elisa Mojica Muñoz,
Ana Fernández Landaluce, Lorea Martínez Indart, Javier Benito Fernández
Hospital Universitario Cruces

JUSTIFICACIÓN

- **Patología respiratoria:** motivo de consulta frecuente en servicios de urgencias y una de las principales causas de ingreso hospitalario.
- Los **scores de asma, bronquiolitis y laringitis** clasifican la severidad clínica de los pacientes.
- No obstante, hasta ahora no había sido evaluada la utilidad de estos **scores** ni sus **ítems** como **factores predictores de hospitalización**.



OBJETIVOS

- Evaluar el rendimiento de los **scores** clínicos de asma (*Pulmonary score*), bronquiolitis (escala de Wood-Downes-Ferrés modificada) y laringitis (Westley modificada) como **predictores de hospitalización** en un servicio de urgencias pediátrico (SUP).



SCORES CLÍNICOS

ASMA: Pulmonary Score

Tabla II. Pulmonary score para la valoración clínica de la crisis de asma*

Puntuación	Frecuencia respiratoria		Sibilancias	Uso de músculos accesorios (esternocleidomastoideo)
	< 6 años	≥ 6 años		
0	< 30	< 20	No	No
1	31-45	21-35	Final espiración (estetoscopio)	Incremento leve
2	46-60	36-50	Toda la espiración (estetoscopio)	Aumentado
3	> 60	> 50	Inspiración y espiración, sin estetoscopio**	Actividad máxima

BASIC INVESTIGATIONS

Validation of the Pulmonary Score: An Asthma Severity Score for Children

SHARON R. SMITH, MD, JACK D. BATY, BA, DEE HODGE, III, MD

Abstract. Objectives: In the absence of a validated "user-friendly" method of scoring asthma severity, the authors derived the pulmonary score (PS). The purpose of this study was to begin validation trials of the PS by comparing it with the peak expiratory flow rate (PEFR). **Methods:** The study enrolled a convenience sample of children, aged 5–17 years, who came to the emergency department (ED) for treatment of an acute asthma exacerbation. The PEFR (best of three attempts) and the PS were measured before and after the first albuterol treatment by a physician and a nurse from a panel of 45 trained observers. The PS includes respiratory rate, wheezing, and retractions, each rated on a 0–3 scale. Decreasing PS and increasing PEFR indicate clinical improvement. Pre- and post-treatment PEFRs and PSs were compared using paired t-tests to establish construct validity. Correlation of pre- and post-treatment PSs with PEFRs was measured to establish criterion validity. **Results:** Forty-six subjects completed the study. Mean percent predicted PEFR improved after treatment by 20.7% ($p = 0.0001$), and mean PS by 1.5 for nursing-obtained scores ($p < 0.0001$) and 1.9 for physician-obtained scores ($p < 0.0001$). Pre- and post-treatment PSs were significantly correlated with PEFRs. Correlations for the nursing-obtained scores were pre-treatment $r = -0.57$ ($p = 0.0003$) and post-treatment $r = -0.67$ ($p = 0.0001$), and for the physician-obtained scores were pre-treatment $r = -0.44$ ($p = 0.003$) and post-treatment $r = -0.56$ ($p = 0.0001$). The pre-treatment inter-rater reliability was 0.62 and the post-treatment was 0.53. **Conclusions:** These data support the construct and criterion validities of the PS as a measure of asthma severity among children in the ED. The PS is a practical substitute to estimate airway obstruction in children who are too young or too sick to obtain PEFRs. **Key words:** asthma; severity score; pediatric; validation; pulmonary score. ACADEMIC EMERGENCY MEDICINE 2002; 9:99–104

SCORES CLÍNICOS

BRONQUIOLITIS: Escala de Wood-Downes-Ferrés modificada

Escala de Wood-Downes-Ferrés modificada			
	0	1	2
FR	< 45 rpm	46-60 rpm	>60 rpm
Auscultación pulmonar	Hipoventilación leve o subcrepitanes al final espiración	Hipoventilación moderada, sibilantes en toda la espiración	Hipoventilación severa, sibilantes inspiración/espiración
Retracciones	No o leves: subcostal, intercostal	Moderadas: supraclavicular, aleteo nasal	Intensas: supraesternal
Sat. O2	>94%	92-94%	<92%

Tabla 6. Escala de Wood-Downes modificada por Ferrés				
	0	1	2	3
Sibilancias	No	Final espiración	Toda la expiración	Inspiración + espiración
Tiraje	No	Subcostal/ Intercostal inferior	"1" + supraclavicular + aleteonasal	"2" + intercostal inferior + supraesternal
FR	<30	31-45	46-60	>60
FC	<120	>120		
Entrada aire	Buena	Regular, simétrica	Muy disminuida Simétrica	Tórax silente Ausencia sibilancias
Cianosis	No	Si		

SCORES CLÍNICOS

LARINGITIS: Westley modificada

Escala de laringitis Westley modificada			
Score	0	1	2
Estridor	No en reposo	En reposo	Audible sin fonendo
Retracciones	No	Leves	Moderadas-severas
Ventilación	Normal	Hipoventilación leve	Moderada-severa
Sat. O2	>95%	>95%	<94%

Tabla 50.8. Escala de Taussing - Westley. Vía aérea superior (laringitis)

	1	2	3	4	5
Estridor inspiratorio.	Audible con fonendo	Audible sin fonendo	-	-	-
Tiraje intercostal/ Subcostal/ Xifoideo.	No	Leve	Moderado	Severo	-
Ventilación pulmonar.	Normal	Disminuida leve	Disminuida moderada.	Disminuida severa.	-
Cianosis	No	-	-	De esfuerzo	En reposo.
Nivel de conciencia.	Normal.	Irritable.	Ansioso.	Disminución moderada	Disminución severa.

S. Martínez-Raso y cols. ANALES ESPAÑOLES DE PEDIATRÍA

VOL. 47 Nº 3, 1996 Utilidad de la saturación de oxígeno en la valoración del niño con laringitis moderada

Utilidad de la saturación de oxígeno en la valoración del niño con laringitis moderada

S. Martínez-Raso, J. Sánchez-Echániz, J. Benito-Fernández, P. Angulo-Barberas, L. Guitasoro-Cuesta, A. Ortiz-Ambros

Resumen. Objetivo: Determinar la utilidad de la saturación de oxígeno (Sat O₂) en la valoración del paciente con laringitis moderada. **Pacientes y métodos:** Estudio prospectivo de 54 niños menores de 10 años con laringitis moderada (score=2-4, de un total de 14) atendidos en nuestro Servicio de Urgencias. Se registró signo clínico, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y Sat O₂ en el momento de la llegada. Se analizó la relación de la Sat O₂ con la necesidad de medicación (admisión no realizada o desahucio en parenteral) y/o ingreso hospitalario.

Conclusiones: We conclude that the measurement of a SatO₂ meter in initial assessment of a child with acute laryngitis, essentially in order to better identify those patients who require admission to the hospital. It appears reasonable to include it in the initial assessment score.

Key words: Laryngitis; Croup; Oxygen saturation; Outcurey

Results: Children admitted to the hospital showed SatO₂ values significantly lower than those discharged (96.5 ± 1.9 vs 97.6 ± 1.7, p = 0.03). No differences were seen when heart rate or respiratory rate were analyzed.

METODOLOGÍA

- Estudio **observacional, retrospectivo, unicéntrico**, basado en el registro informatizado de historias clínicas
- **Criterios de inclusión:**
 - o diagnosticados de asma, bronquiolitis o laringitis durante el periodo de estudio en los que consta recogido el TEP, nivel de gravedad y score clínico a su llegada.
- **Periodo de inclusión:** Enero 2007 – Diciembre 2012
- Análisis univariante y multivariante. **Variables resultado:** estancia >3h urgencias, ingreso planta y en UCIP.

Urgencias - Urgencias De Pediatría - Datos Generales del Paciente

Numero Urgencia: [Redacted] Edad: 5 Tiempo: 22319:5

Tipo Urgencia: URGENCIAS DE PEDIATRIA Área: Evolución Box: 4-1 Nivel Gravedad: II

Motivo de Consulta: Respiratorio Diagnóstico: ASMA/SIBILANCIAS/BRONCOESPASMO

Especialidad: [Redacted]

Mensajes para Diagnósticos

Puntuación	FR<6	FR>6	Sibilancias	Retracciones
0	< 30	< 20	No	No
1	31 - 45	21 - 35	Final espiración	Dudoso incremento
2	46 - 60	36 - 50	Toda la espiración	Incremento aparente
3	< 60	> 50	Inspira. y espira.	Actividad máxima

Texto en Informe de Alta:

CAP NUM

Mensajes para Diagnósticos

Puntuación	F.Respiratoria	Retracciones	Ausc. Pulmonar	Sat.Oxígeno
0	< 45 rpm	No, Leves, intercost	BVB sibil fin espir	> 94%
1	45-60 rpm	c. mod./supraestern	Hipov. mod. sibil es	92-94%
2	> 60 rpm	rtensas/aletorio/barr	Hipov sev sibil aud	< 92%

Texto en Informe de Alta:

CAP NUM

Mensajes para Diagnósticos

Puntuación	Estridor	Retracciones	Ventilación	Sat.Oxígeno
0	No en reposo	No	Normal	95-100%
1	En reposo	Leves	Hipovent. Leve	
2	Audible sin fonendo	Mod-Severas	Mod-Severa	< 95%

Texto en Informe de Alta:

CAP NUM

RESULTADOS

2007-2012

358030 Episodios en SUP

31864 asma, bronquiolitis, laringitis

Ingreso 14%

17479 (54.8%)
asma

6631 (20.8%)
bronquiolitis

7754 (24.3%)
laringitis

Ingresos: 2771
15.8%

Ingresos: 1497
22.5%

Ingresos: 128
1.65%

UCIP: 72

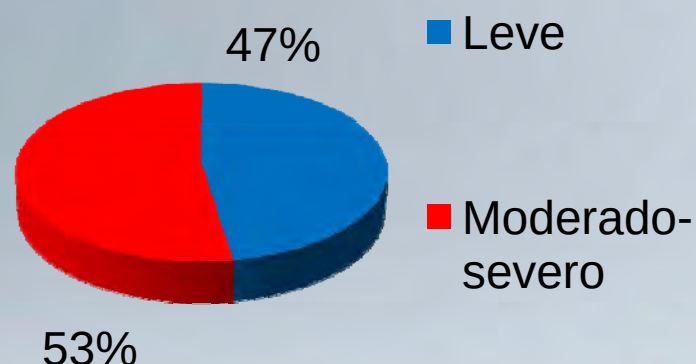
UCIP: 64

UCIP: 0

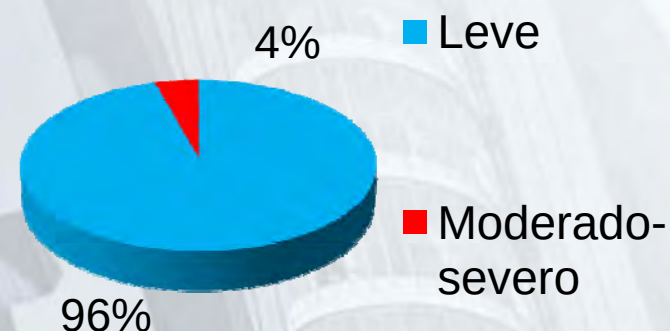
RESULTADOS

- *Score moderado-severo en 35.6% pacientes*
(>3 puntos en asma y laringitis, >1 punto en bronquiolitis)

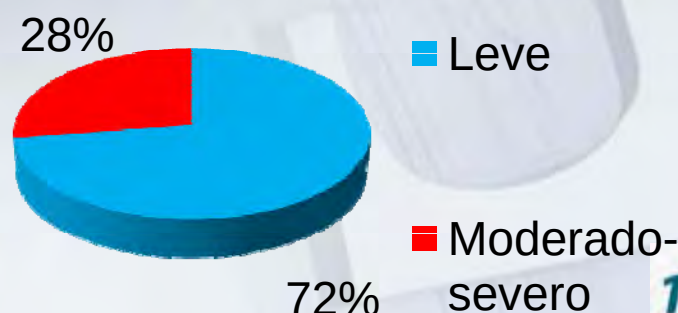
Asma



Laringitis



Bronquiolitis



ANÁLISIS MULTIVARIANTE:

ESTANCIA > 3H

ESTANCIA > 3H	ASMA		BRONQUIOLITIS		LARINGITIS	
VARIABLE	OR	CI 95%	OR	CI 95%	OR	CI 95%
Score moderado - severo	6.9	6.2-7.6	4.2	3,7-4,8	29	22,5-37,4
Retracciones	3.7	3.3-4.1	3.7	3,1-4,4	8	5.3-12.01
Sat.O2 <94%	5.2	4.7-5.9	2.4	1,7-3,3	4	1,7-9,5
Sibilantes / Alt. ventilación	2.2	2-2.4	1.3	1,1-1,6	2.3	1,1-4,9
FR	1.8	1.6-2	1.5	1,3-1,8		
Estridor reposo					9.1	6,7-12,4

ANÁLISIS MULTIVARIANTE: INGRESO PLANTA

INGRESO	ASMA		BRONQUIOLITIS		LARINGITIS	
VARIABLE	OR	CI 95%	OR	CI 95%	OR	CI 95%
Score moderado - severo	9.1	7.9-10.6	6.5	5.6-7.6	37.7	26-54,8
Retracciones	3.9	3.5-4.5	5.2	4.3-6.3	9.2	5,5-15,4
Sat.O2 <94%	5.2	4.5-6	4.4	3.1-6.2		
Sibilantes / Alt. ventilación	2.5	2.3-2.9	1.7	1.4-2.1	2.1	1-4,3
FR	1.9	1.7-2.1	1.8	1.5-2.2		
Estridor reposo					7.8	4,9-12,3

ANÁLISIS MULTIVARIANTE: UCIP

INGRESO	ASMA		BRONQUIOLITIS	
VARIABLE	OR	CI 95%	OR	CI 95%
Score moderado -severo	10.5	3.2-33.7	9.4	4,2-21,5
Retracciones	4.9	2-12	6.1	3,1-11,8
Sat.O2 <94%	7.1	4.4-11.7	6.2	3,3-11,5
Sibilantes / Alt. ventilación	2.5	1.3-5.1		
FR	3.2	1.8-5.9	2,5	1-6,45

CONCLUSIONES

- Los scores respiratorios, con especial importancia de las retracciones, son herramientas útiles para identificar pacientes a su llegada a Urgencias con **mayor probabilidad de ingreso**. En los niños con asma, la saturación de oxígeno debe ser considerada como un factor de riesgo independiente de hospitalización.

LIMITACIONES

- Retrospectivo
- Unicéntrico



MUCHAS GRACIAS





RENDIMIENTO DE LA PROCALCITONINA Y DE LA PROTEÍNA C REACTIVA EN LAS INFECCIONES INVASORAS DE LOS LACTANTES MENORES DE 90 DÍAS CON FIEBRE SIN FOCO

I. Cabrera, M. De la Torre, B. Gómez, R. Velasco y el Grupo para el Estudio del Lactante Febril Menor de 90 días de la Red RiSEUP-SPERG

Declaración de conflicto de intereses

- No existen potenciales conflictos de intereses que declarar.

OBJETIVO

- Comparar el **rendimiento** de la procalcitonina (**PCT**) y de la proteína C reactiva (**PCR**) en el **diagnóstico** de las **infecciones bacterianas invasoras (IBI)** de los lactantes **menores de 3 meses** de edad con **fiebre sin foco**.

DEFINICIONES

- **Infección bacteriana invasora (IBI):** infección en la que se aísla una bacteria patógena en **sangre** o en el **líquido cefalorraquídeo**.

METODOLOGÍA

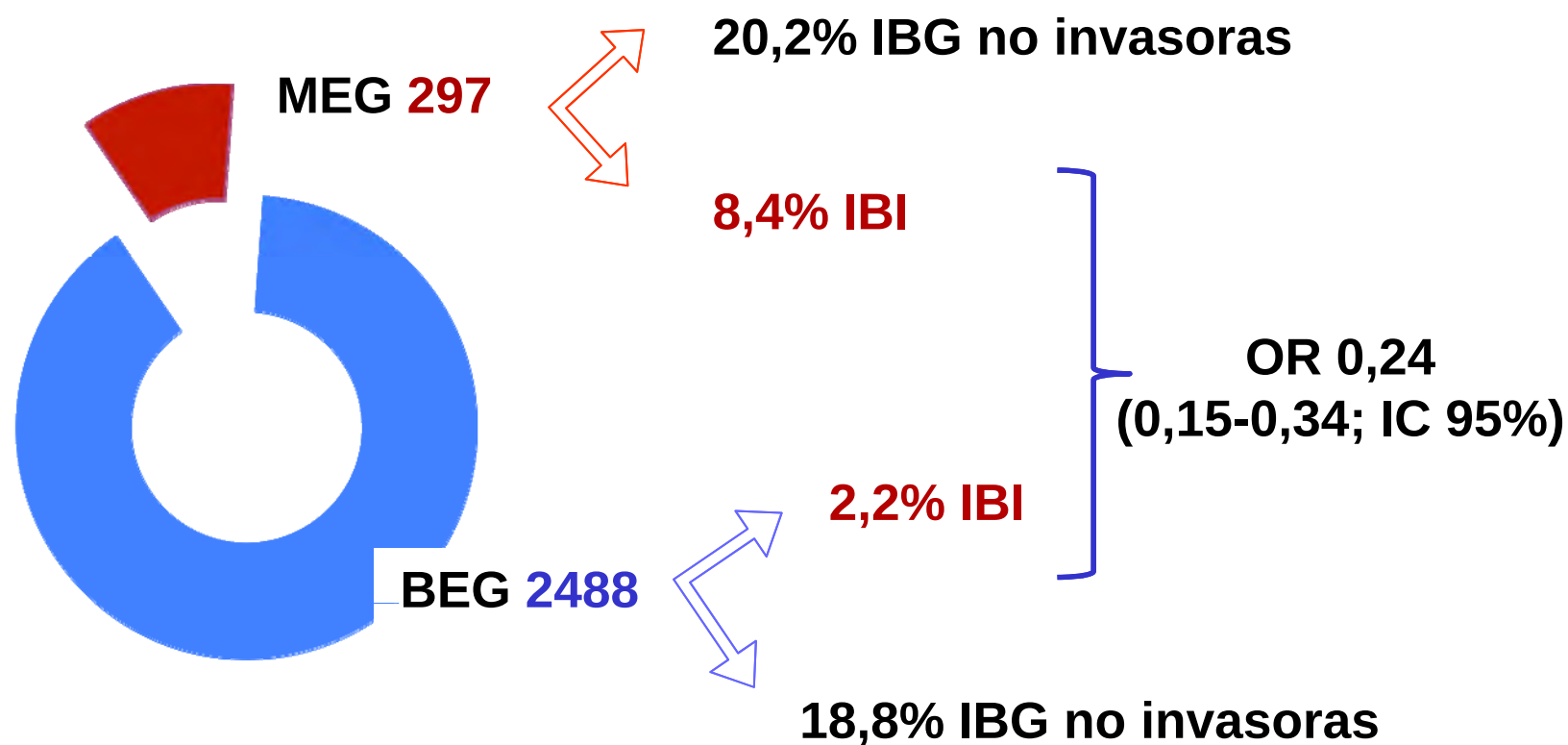
- Subanálisis de un estudio **prospectivo** de la Red **RISEUP-SPERG** sobre los **lactantes menores de 90 días con FSF** (oct 2011-sept 2013).
- **15** hospitales que cuantifican la PCT en sangre.
- Se **excluyeron** aquellos en los que faltaba el recuento leucocitario, PCR, PCT, bacteriología o el consentimiento informado.
- El **rendimiento** de la **PCT** y de la **PCR** se ha estudiado mediante la **curva ROC** y se ha calculado la **probabilidad postprueba** para distintos puntos de corte.



RESULTADOS

Resultados

2785 lactantes menores de 90 días con FSF analizados

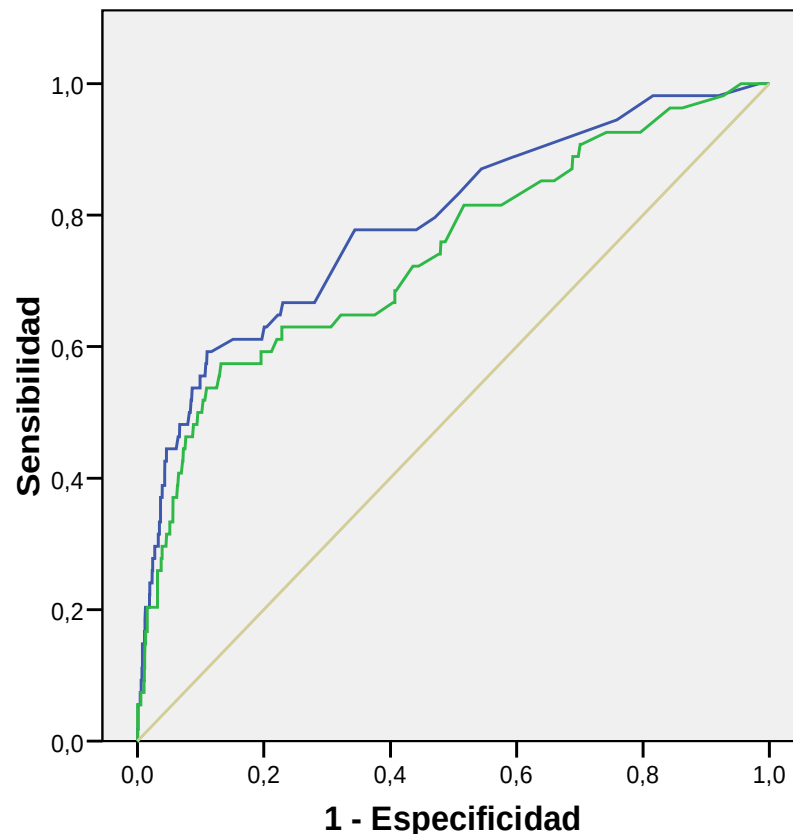


Resultados:

Rendimiento de la PCT y PCR en lactantes con IBI y BEG (2,2%).

¿Clasifican adecuadamente a este grupo de pacientes?

Curva COR



Procedencia de la curva

- PCT
- PCR
- Línea de referencia

		IC 95 %	
		Límite inferior	Límite superior
	Área bajo la curva		
PCT	0,79	0,72	0,86
PCR	0,74	0,66	0,82

Los segmentos diagonales son producidos por los empates.



Sociedad Española de Urgencias de Pediatría

Resultados:

Rendimiento de la PCT y PCR en lactantes con IBI y BEG (2,2%).

¿Aumentan la probabilidad de tener una IBI? ¿En qué medida?

	Razón de verosimilitud + (IC 95%)	Probabilidad post-test
PCT $\geq$ 0,5	3,99 (3,15-5,05)	8,2%
PCT $\geq$ 2	9,69 (6,74-13,94)	17,9%
PCR $\geq$ 20	2,63 (2,09-3,3)	5,6 %
PCR $\geq$ 50	5,56 (4,04-7,64)	11,1 %

Resultados:

Rendimiento de la PCT y PCR en lactantes con IBI y BEG (2,2%).

¿Sirven para descartar la posibilidad de enfermedad?

	Razón de verosimilitud - (IC 95%)	Probabilidad post-test
PCT $\leq$ 0,5	0,47 (0,34-0,65)	1%
PCT $\leq$ 2	0,61 (0,49-0,76)	1,4%
PCR $\leq$ 20	0,52 (0,37-0,72)	1,2 %
PCR $\leq$ 50	0,59 (0,47-0,76)	1,3 %

CONCLUSIÓN

- La **PCT** detecta con **mayor probabilidad** que la PCR las **infecciones bacterianas invasivas** en pacientes con fiebre sin foco y **buen estado general**.
- En la **práctica clínica** hay que interpretar los resultados de la PCT y PCR en función del objetivo: **descartar** o **diagnosticar** una IBI.



Grupo para el Estudio del Lactante febril menor de 90 días de la Red RiSEUP-SPERG: H. Benito (H. Río Hortega), E. Crespo (H. Virgen de la Salud), I. Durán (H. Carlos Haya), A. Fabregas (H. Vall Hebron), E. García (H. Cabueñes), A. González (H. Basurto), M. de la Torre (H. Niño Jesús), M. Herreros (H. Infanta Sofía), I. Manrique (Instituto Valenciano de Pediatría-H. Quiron), S. Mintegi (H. de Cruces), D. Montes (H. Fuenlabrada), L. Moreno (H. Virgen de las Nieves), S. Moya (H. Parc Tauli), M. Plana (H. Arnau de Vilanova), A. Rivas (H. Gregorio Marañón), A. Rodríguez (H. Alto Deba), J. Rodríguez (H. Virgen de la Arrixaca), F. Uribarri (H. San Rafael), F. de la Zerda (Fundación H. de Nens).

GRACIAS

DISTRIBUCIÓN ETARIA DE LOS ACCIDENTES PEDIÁTRICOS GRAVES, SEGÚN EL MECANISMO Y CONTEXTO LESIONAL

JA Ruiz Domínguez, J Martín Sánchez, R. López López,
M. Bueno Barriocanal, MT Alonso Campos†, S García García.

Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Infantil La Paz. Madrid

† Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

Objetivo

Describir la distribución etaria
en la producción de accidentes graves
durante la infancia,
según los distintos mecanismos
o contextos de producción de la lesión.

Población / Resultados (1)

● Registro Multicéntrico de Trauma Pediátrico: **1039 pacientes**

Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Hospital Universitario Virgen del Rocio. Sevilla.

● Fechas:

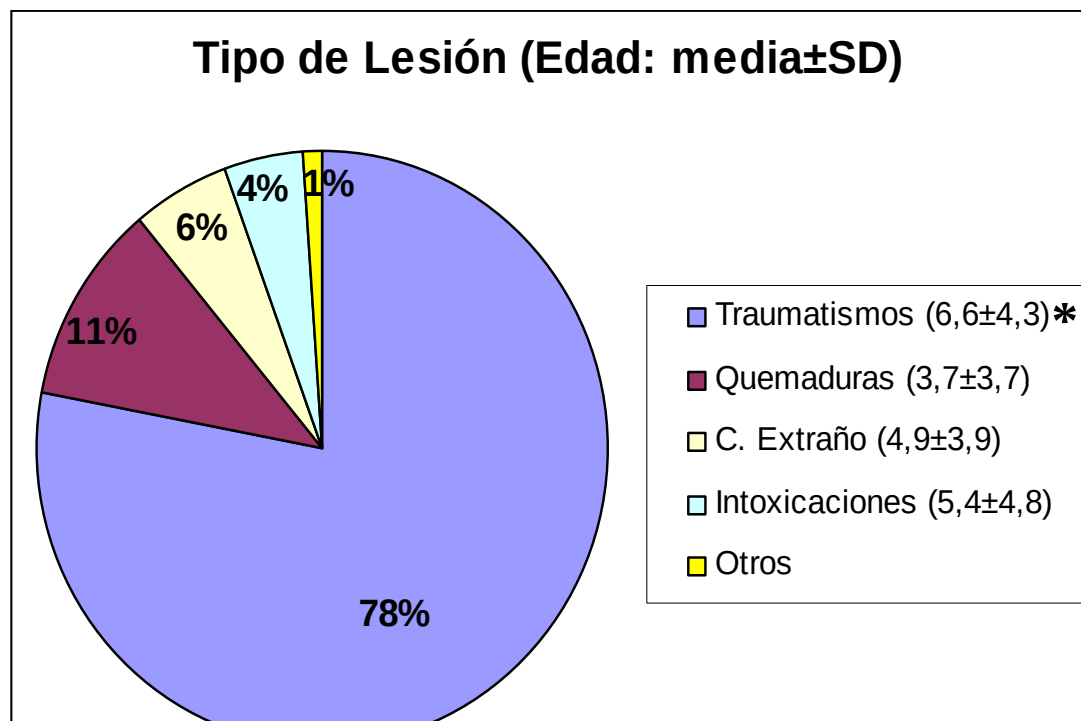
-1 de enero de 2010

-31 de diciembre de 2012

● Pacientes:

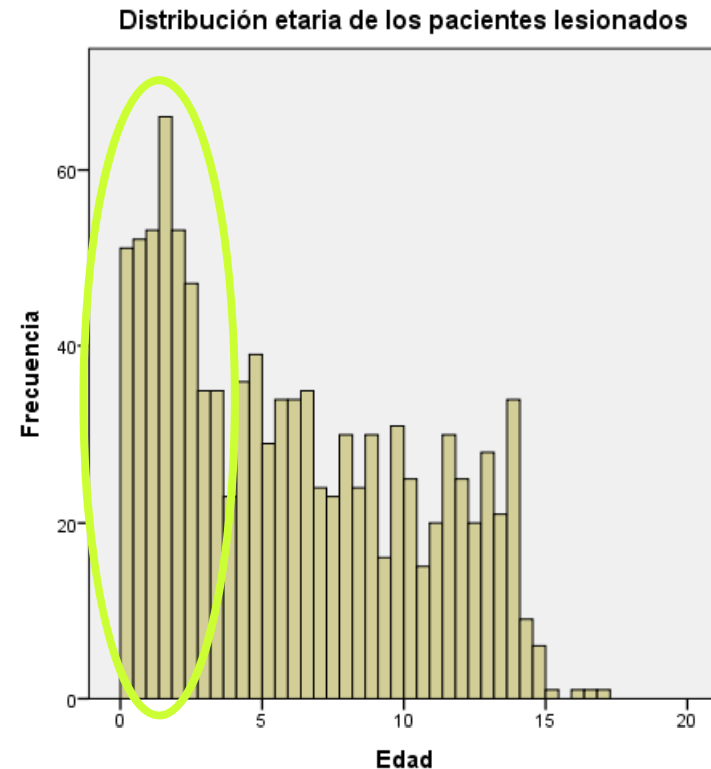
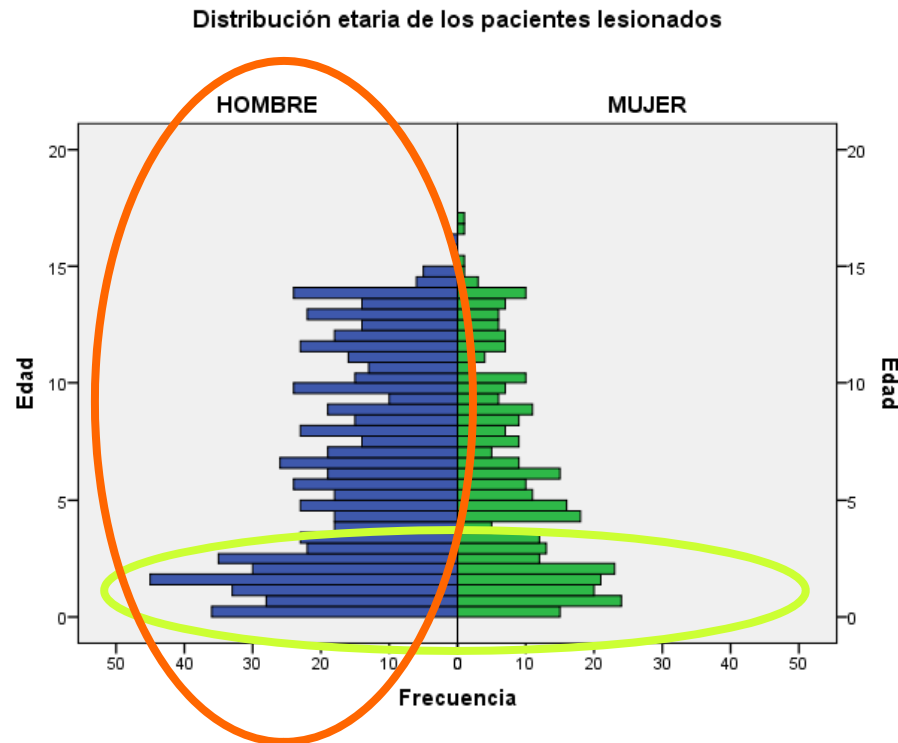
-entre 0 y 14 años

-precisaron ingreso



*Diferencia significativa entre las medias de edad de los pacientes lesionados por Traumatismos frente a los Quemados ($p < 0,0001$) y por Cuerpos Extraños ($p = 0,02$).

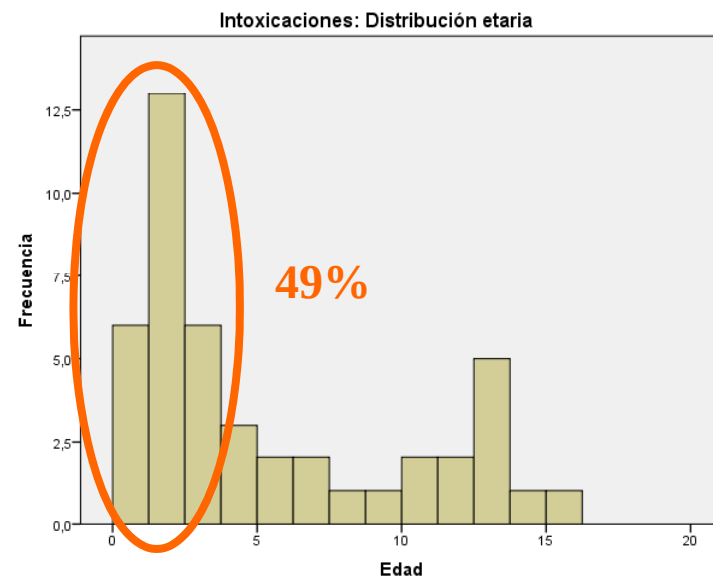
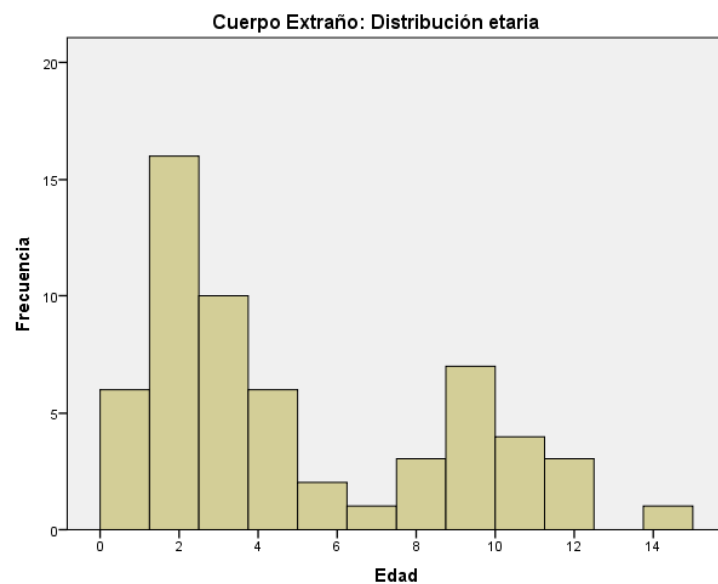
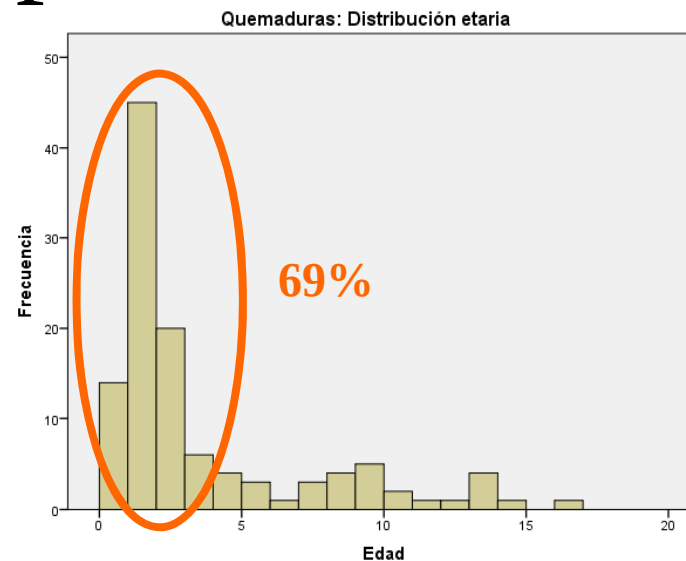
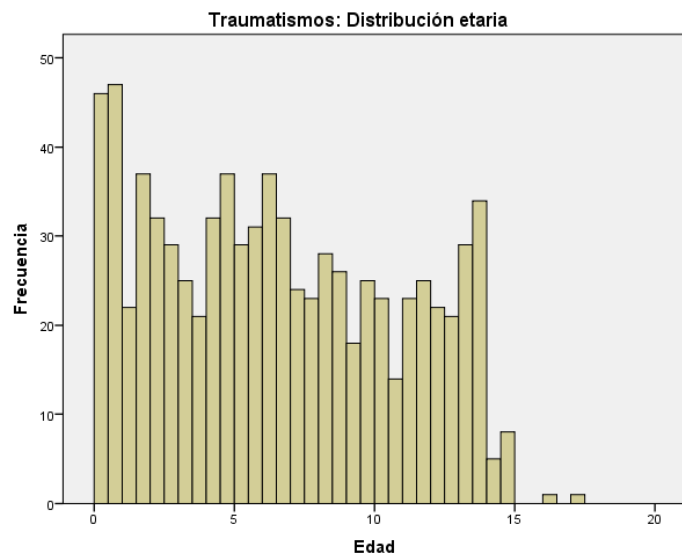
Resultados (2)



2/3 partes de los accidentados son **Varones**

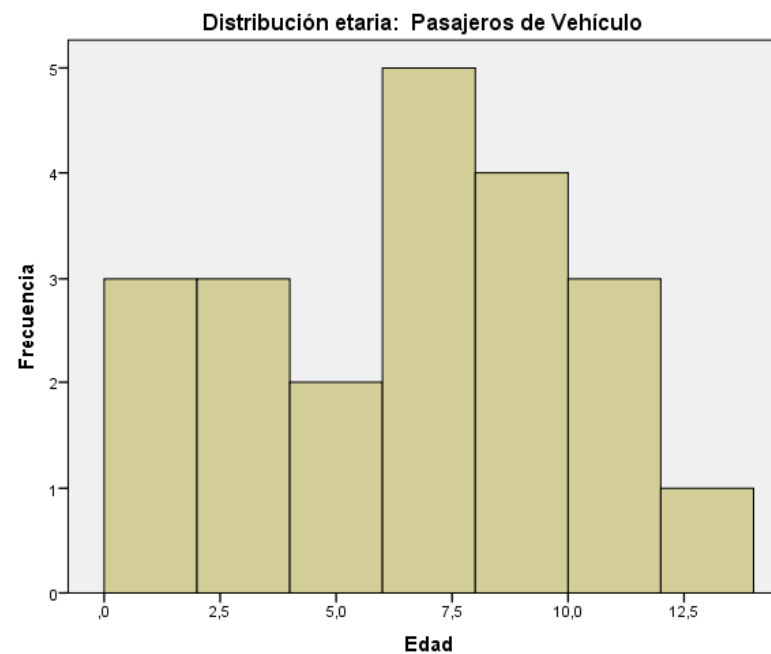
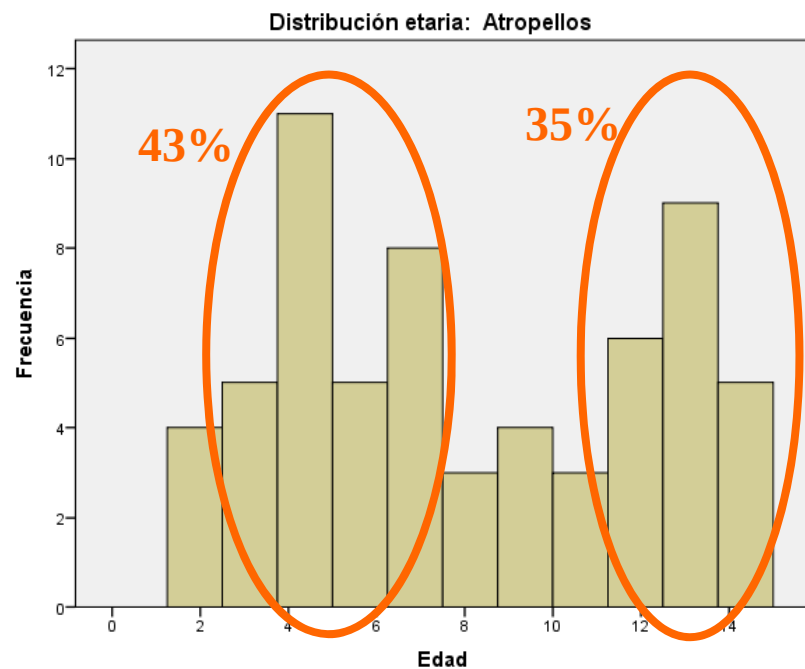
1/3 parte de los accidentes ocurren en los 3 primeros años de vida

Resultados (3): tipo de lesión

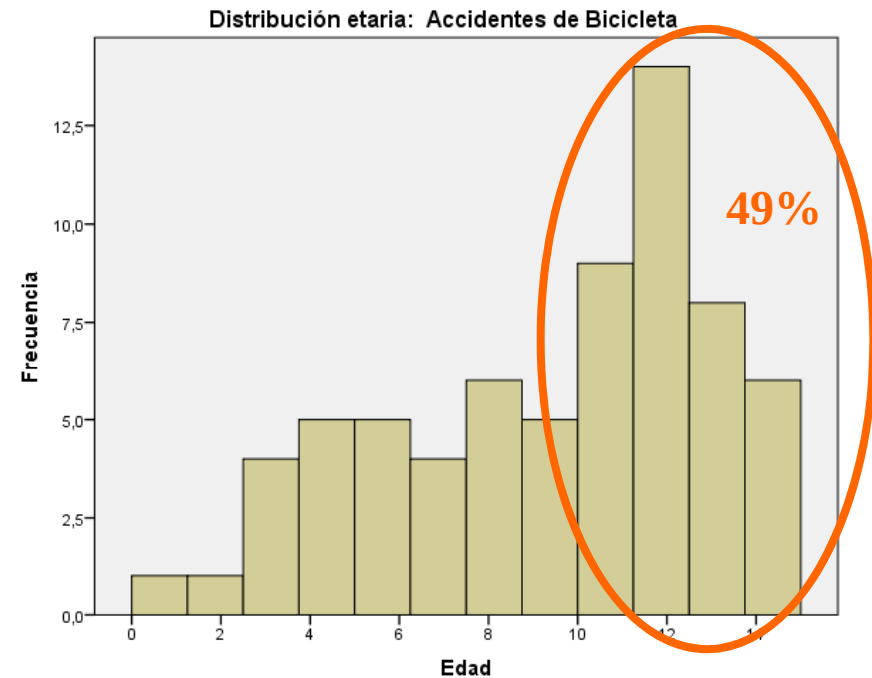
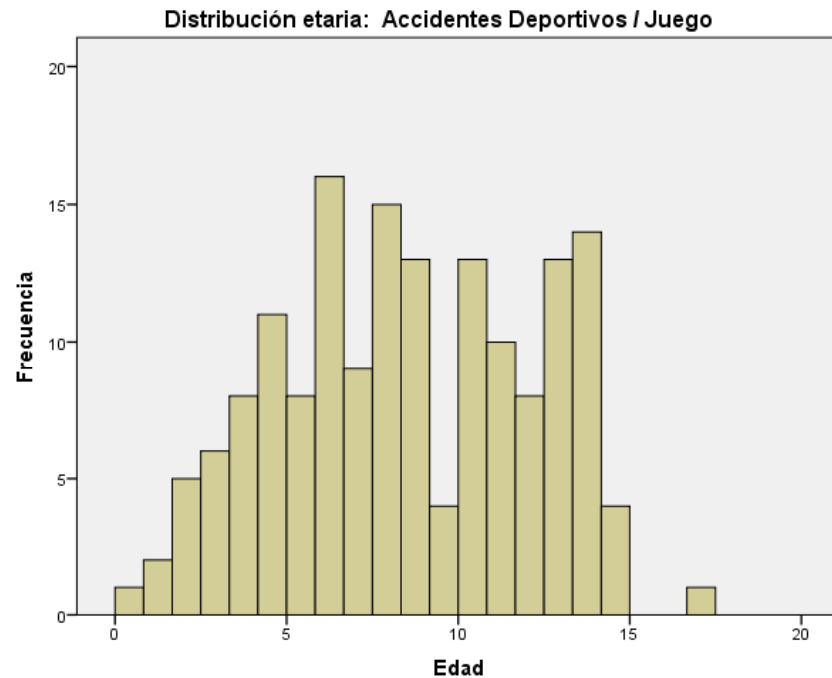


Distribución Etaria de los Accidentes Pediátricos Graves. SEUP 2014

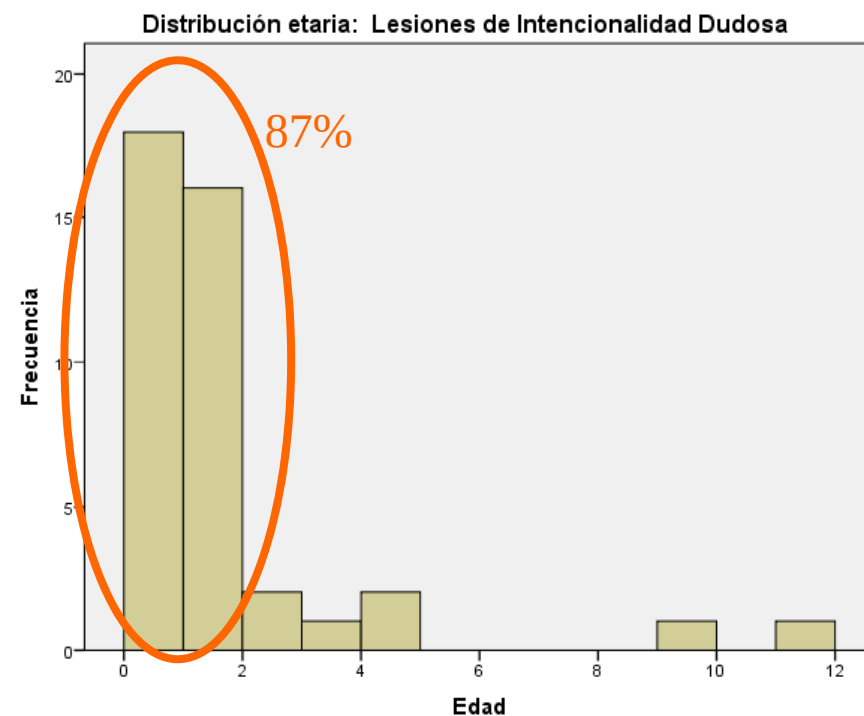
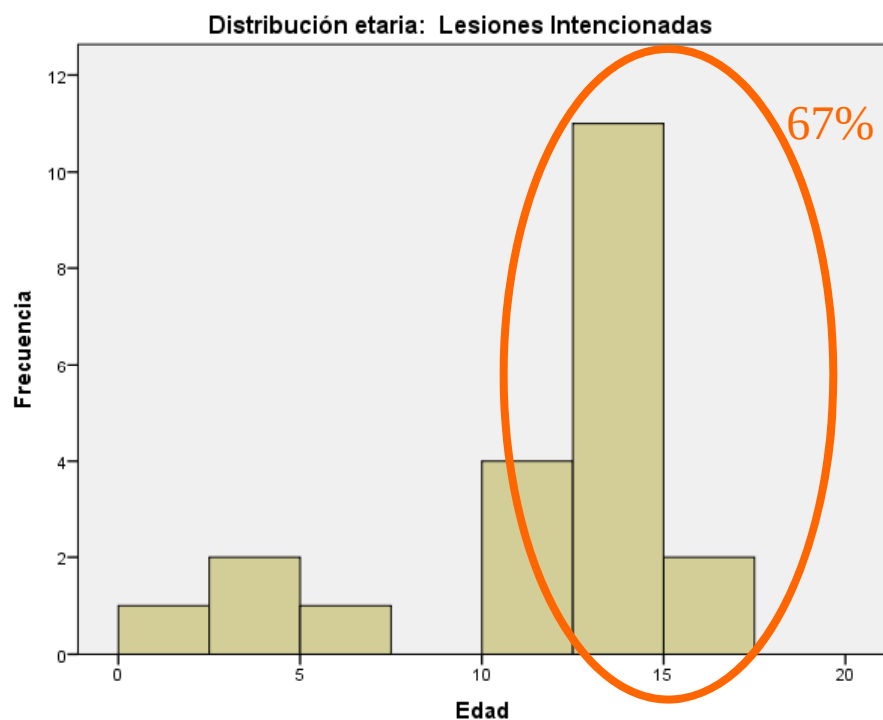
Resultados (3): Acc. Tráfico



Resultados (4): Deportivos



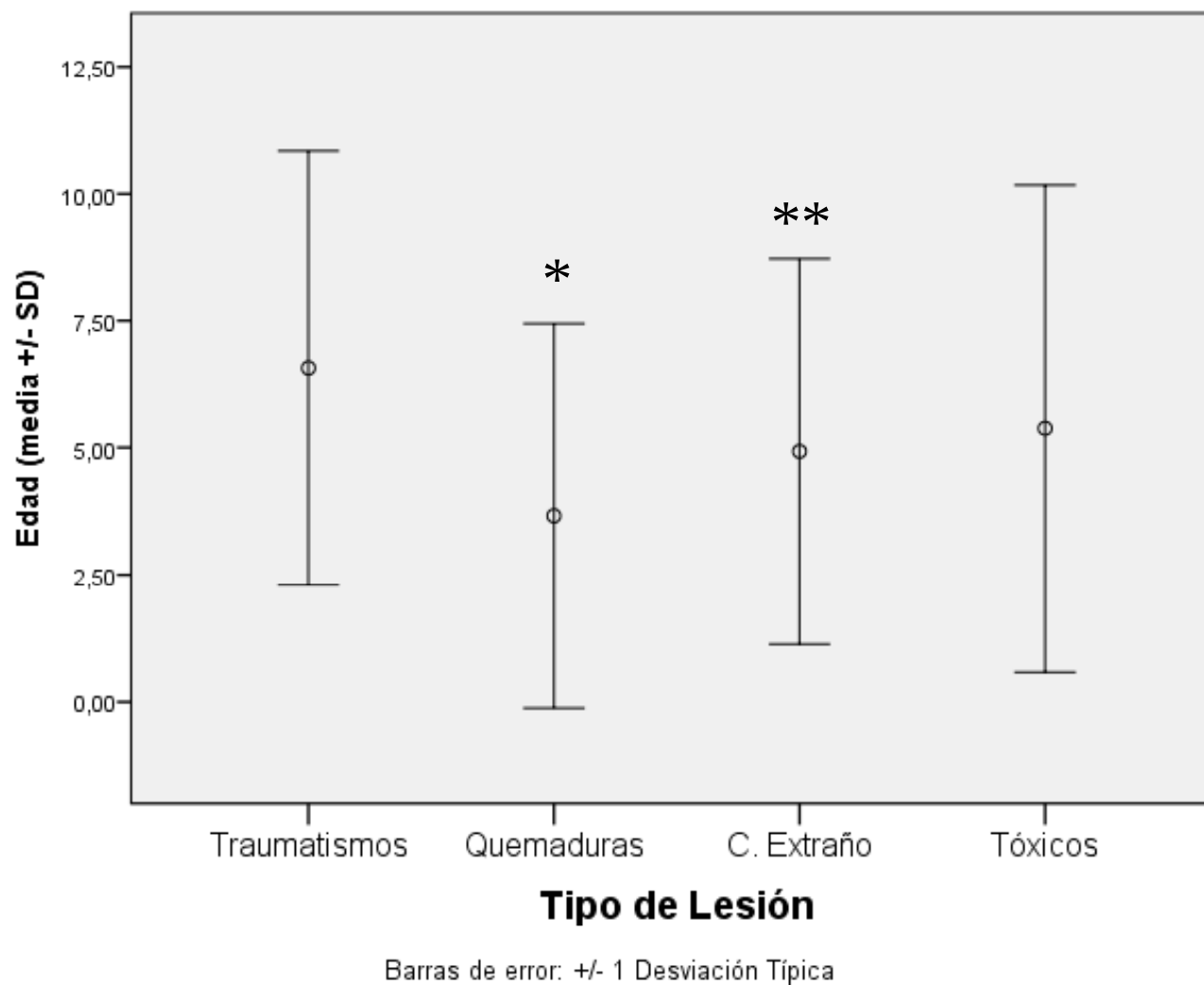
Resultados (5): Intencionadas



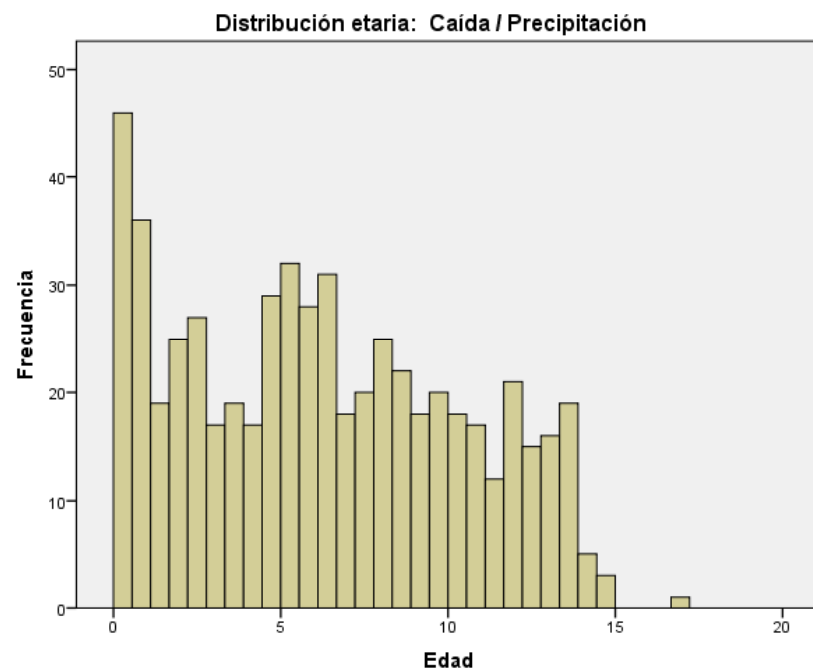
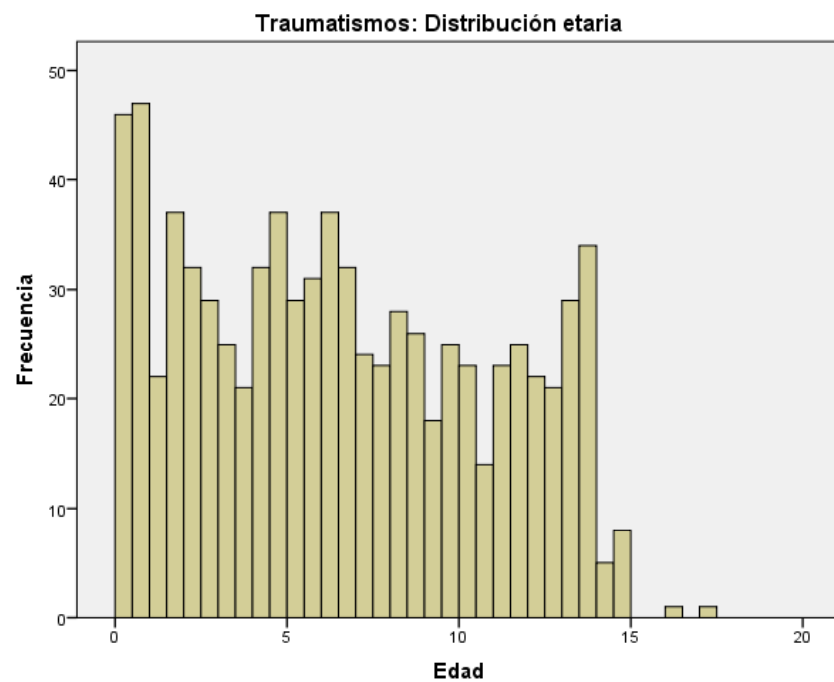
1.1% de los pacientes se consideraron como lesionados intencionalmente.
4% se consideraron como de intencionalidad dudosa.

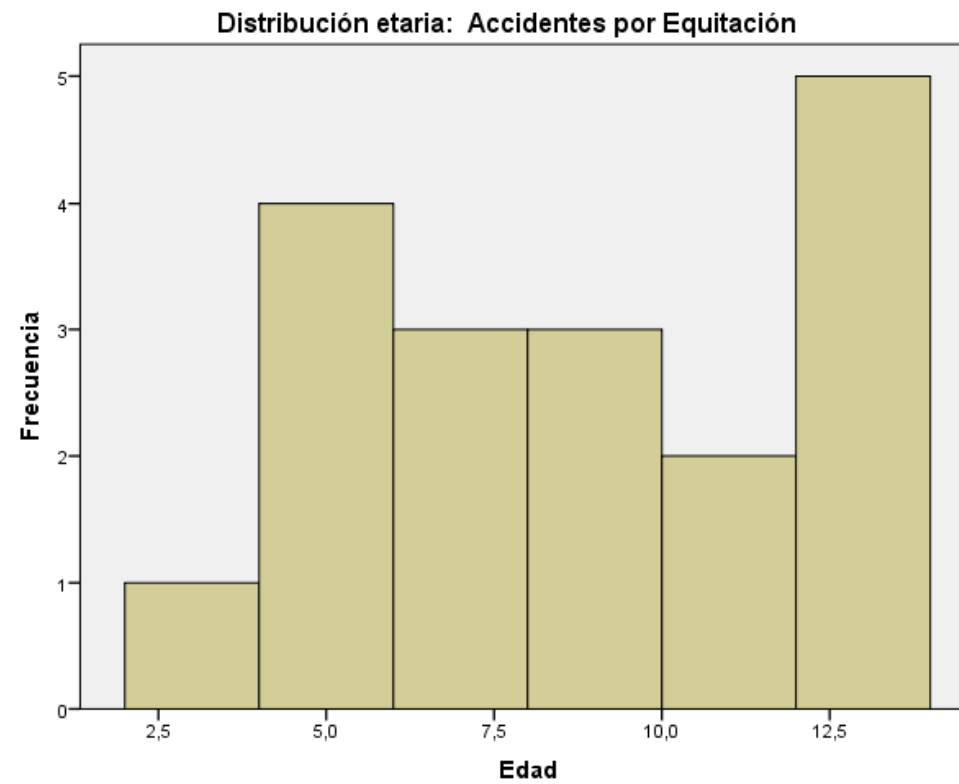
Conclusiones:

- La producción de lesiones por accidentes durante la infancia presenta, globalmente, un patrón bimodal (<3 años y >11 años).
- Si bien algunos mecanismos o contextos muestran un patrón especial:
 - quemaduras principalmente en < 3 años.
 - bicicleta en > 11 años.
 - pico de atropellos entre los 3-7 años.
- Los casos de lesión intencional confirmada se produjeron principalmente en las edades más altas, mientras que los casos en los que se sospechó intencionalidad se agruparon en las edades más bajas (< 3 años).



Diferencias significativas entre las medias de edad de los pacientes lesionados por traumatismos frente a los Quemados ($p < 0,0001$) y por Cuerpos Extraños ($p = 0,02$).





IMPLANTACIÓN DE UNA HOJA DE CONTROL DE ENFERMERÍA. PACIENTE POLITRAUMÁTICO PEDIÁTRICO

Núria Palacio, Magda Casablanca, J. Antonio López,
Encarna Risco, Sergi Infante, Alfons López

D.U.E. Servicio de Urgencias Pediatría
Hospital de Sabadell. Corporación Parc Taulí, UAB

OBJETIVO

- ▶ Elaborar una hoja de registro de la atención al politraumático pediátrico que aporte la pauta de la AITP, el recordatorio de aquellas tablas necesarias para la correcta atención, evaluación y reevaluación del paciente según pautas estandarizadas, con la finalidad de realizar un registro riguroso, metódico y ágil.

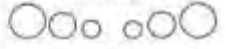
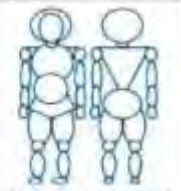


CARACTERÍSTICAS DE LA HOJA

- ▶ Fácil y rápida de cumplimentar
- ▶ Metódica
- ▶ Aporte los máximos datos visualizando y analizando la evolución del niño.
- ▶ Sirva de pauta-guía
- ▶ No sustituye a la hoja de registro de urgencias pediátricas sino que la complementa
- ▶ Hoja de registro del equipo de AITP

DISEÑO DE LA HOJA

- Identificación
- Datos de comunicación al receptor. (Código PPT)
- Valoración inicial del niño a la llegada
- Lesiones
- ITP

Corporació Parc Taulí			
Fecha _____		Hora _____	
Mecanismo del accidente _____		Medidas de seguridad _____	
Hora accidente _____		Hora activación _____	
		Hora atención PreHosp _____	
Peso _____	Edad _____	Alergias _____	
CODIGO PPT		Datos de comunicación al receptor	
PRIMORDIAL	ALFA (Tipo de accidente)	CHARTE (Zona del cuerpo afectada)	
0 Criterio Fisiológico	0 Desconocido	0 Sin lesiones aparentes	
1 Criterio Patológico	1 Accidente de tráfico	1 Cabeza	
2 Mecanismo letal de alta energía	2 Atropello	2 Cara	
3 Mecanismo patológico relevante	3 Precipitado o caída	3 Cuello	
HOTEL (Estado Hemodinámico)	4 Agresión arma blanca o fuego	4 Tórax	
0 PC (No) PP (No)	5 Agresión otros mecanismos	5 Abdomen	
1 PC (Si) PP (No)	6 Quemado	6 Pelvis (Dorsal)	
2 PC (Si) PP (Si) Mala Perfusion	7 Ahogado (agua dulce o salada)	7 Raquí (Columna vertebral)	
3 PC (Si) PP (Si) Buena Perfusion	8 Accidente Metro o Ferrocarril	8 Extremidades (Superior / Inferior)	
ROMEO (Respiración)	GOLF (Nivel de consciencia)	9 Lesiones extensas (incl. Quemadas)	
0 Manejo invasivo de la vía aérea	Escala de Glasgow	Reflejo Pupilar	
1 Dificultad respiratoria			
2 Normal			
LLEGADA			
Inmovilizaciones	Colchón de vacío ☐	Collarín cervical ☐	Tala Espinal ☐
	Dere de Elche ☐	linguine ☐	Otras _____
Soporte Vía Aérea	Mascarilla O ₂ ☐	Ámbu ☐	Intubación ☐
	Mascarilla laringea ☐	Cricotiroideotomía ☐	Ninguno ☐
Soporte Circulatorio	Vía Periférica ☐	Localización	BP
	Vía Intraósea ☐		
	Vía central ☐		
CODIGO ITP	+2	+1	-1
PESO	>20	10-20	<10
VÍA AEREA	Normal	Sustentable	No sustentable
TAS	>90 PC+ / PP+	50-90 PC+ / PP-	<50 PC- / PP-
CONSCIENCIA	Despierto	Obnubilado	Coma
HERIDAS	No	Menores	Mayores
FRACTURAS	No	Una / Cerradas	Múltiples / Abiertas
RESULTADO ITP			
			
1 Dolor 6 Deformidad			
2 Contusión 7 Aplastamiento			
3 Herida 8 Sección			
4 Hemorragia 9 Evisceración			
5 Impotencia 10 Quemada			
Funcional			

EVOLUCIÓN Y TABLAS-GUÍA

[illegible]

Medicación Reanimación		cc por Kg de la dilución	Dosis	SECUENCIA DE INTUBACIÓN RÁPIDA		
Adrenalina 1:10.000 1cc adr. + 9SF (1cc=0.1mg)		0.01mg/kg (ev, io)=0.01cc/kg	Máximo 10cc	DEFIBRILADOR 4J/kg Cardioversión Sincronizada 0.5-2J/kg		
Atropina 1 amp=1cc=1mg (No diluir)		0.02mg/kg=0.02cc/kg (ev, io, et) Mínimo: 0.1mg=0.1cc Máximo: Niños 0.5mg=0.5cc Adultos 1mg=1cc Dosis Total: 1mg niños	Máximo 1mg	Atropina 0.02mg/kg		
Bicarbonato Sódico 1M 1 amp=10cc=10mEq (Diluir al 50% con agua bid) (1cc=0.5mEq)		1mEq/kg (ev, io)	Máximo 25mEq	Midazolam 0.3mg/kg		
Amiodarona / Transgorex® 1amp=3cc=150mg Diluir al 50% con SG5%		5mg/kg (ev) (Bolíus rápido)	Máximo 150mg	Fentanilo 2mcg/kg Vercuronio 0.1-0.2mg/kg		

Glasgow Lactantes			Glasgow Niños		
Criterios	Actividad	Puntos	Actividad		
Obertura de ojos	Espontánea	4	Espontánea		
	A habla	3	A habla		
	Al dolor	2	Al dolor		
	Ausencia	1	Ausencia		
Respuesta Verbal	Balbuceo	5	Orientado		
	Irritable	4	Confuso		
	Llanto al dolor	3	Palabras inadecuadas		
	Gemido al dolor	2	Sonidos inespecíficos		
Respuesta Motora	Ausencia	1	Ausencia		
	Mov. Espontáneos	6	Obedece órdenes		
	Retira al tocar	5	Localiza dolor		
	Retira al dolor	4	Retira al dolor		
	Flexión anormal	3	Flexión anormal		
	Extensión anormal	2	Extensión anormal		
	Ausencia	1	Ausencia		

Tamaño Tubo ET			
Edad	Peso	NY	
RN	2	3.5	
3m	6	3.5	
1a	10	4	
2a	12	4.5	
3a	14	4.5	
4a	16	5	
5a	20	5.5	
6a	24	6	
10a	30	6.5	
12a	38	7	
14a	50	7.5	
Adulto	60	8	
Adulto	70	9	

Clasificación del Shock Hemorrágico basado en Signos por Sistemas				
Sistema	Clase I	Clase II	Clase III	Clase IV
	Perdidas <15%	15% > Perdidas > 30%	30% > Perdidas > 40%	Perdidas > 40%
Respiratorio	Frc. Normal Ph Normal	Taquipnea + Pis Normal	Taquipnea ++ Acidosis Metabólica	Taquipnea +++ Acidosis Metabólica >
Circulatorio	Frc. Normal Pulso Perif. /Normal T/A Normal	Taquicardia + Pulso Periférico < T/A Normal	Taquicardia ++ Pulso Periférico << Hipotenso ++	Taquicardia +++ Pulso Periférico 0 Hipotenso +++
SNC	Ansioso	Irritable Confuso	Irritable Letárgico	Letárgico Comatoso
Piel	Caliente -rosada Relleno Capilar < 5"	Tibia - Moteada Relleno Capilar 5-10"	Tibia - Pálida Relleno Capilar 10-15"	Fria - Cianótica Relleno Capilar > 15"

- ▶ Pruebas solicitadas
- ▶ Procedimientos
- ▶ Observaciones
- ▶ Destino
- ▶ Equipo de AITP

Exploraciones complementarias			
RX	Craneal <i>Cervical L</i> <i>Tórax AP</i> Abdomen <i>Pelvis AP</i> ESI ESD EII EID Otras	TAC ECO A/S A/orina Pruebas cruzadas Reserva de Sangre Otras	

Sondas y Catéteres			
	Nº	Lugar	Nº
Via Periférica Via Intraósea Via Central		SNG SOG S. Vesical Tubo Intubación Mascarilla Laringea Otros	

Destino	Observaciones
UCIA UCIP QUIROFANO HOSPITALIZACIÓN TRASLADO EXITUS OTROS	

Equipo AITP Medicina / Enfermería	Observaciones

HOJA DE REGISTRO DEL POLITRAUMA PEDIÁTRICO

Form titled "Valoración inicial" (Initial Assessment) with various fields for patient information and medical history.

Registro riguroso,
metódico y ágil

Form titled "Controles y medicación" (Controls and Medication) with a grid for recording vital signs and medication.

Guías

- Hoja de registro del equipo de AITP
- Complemento de la hoja de UCIA
- Pauta-guía
- Aporta los máximos datos del estado y evolución del niño
- Fácil y rápido de cumplimentar

Form titled "Exploraciones, técnicas, destino, observaciones y registro personal AITP" (Examinations, techniques, destination, observations and personal record AITP) with fields for detailed medical notes.

GRACIAS



19ª Reunión Anual de la SEUP
Vallés Occidental (Barcelona), 4 de abril de 2014



PIRÁMIDE LESIONAL AMPLIADA: INSTRUMENTO PARA UNA MEJOR DESCRIPCIÓN DEL TRAUMA PEDIÁTRICO

**Susana Melendo¹, Esther Lera¹, Nuria Wörner¹, Sonia Cañadas¹,
Romy Rossich², Pedro Domínguez³**

*¹Servicio de Urgencias Pediátricas, ²UCIP, ³SEM-Pediátrico
Programa de Trauma Pediátrico.
Hospital Universitari Vall d'Hebron. Barcelona*





INTRODUCCIÓN

PIRÁMIDE LESIONAL SIMPLE

- Importancia de elementos de representación gráfica de la magnitud de la enfermedad traumática desde perspectiva hospitalaria
- “MODELO CLÁSICO: PIRAMIDE LESIONAL SIMPLE (PLS)”
- PLS: estratificación de trauma pediátrico a nivel hospitalario



**¿ INFORMACIÓN SUFICIENTEMENTE
DETALLADA?**



NO



OBJETIVO

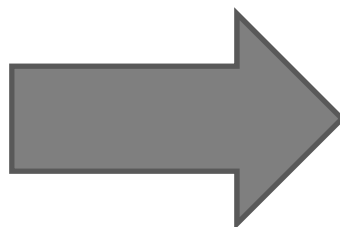
- Presentar la PIRÁMIDE LESIONAL AMPLIADA (PLA) como instrumento de representación gráfica del trauma pediátrico desde la perspectiva hospitalaria.
- Conocer la estratificación de los pacientes atendidos en un Hospital de tercer nivel con Programa de Trauma Pediátrico de acuerdo con la PLA.



PIRÁMIDE LESIONAL AMPLIADA (PLA)



PIRÁMIDE LESIONAL SIMPLE (PLS)



PIRÁMIDE LESIONAL AMPLIADA (PLA)

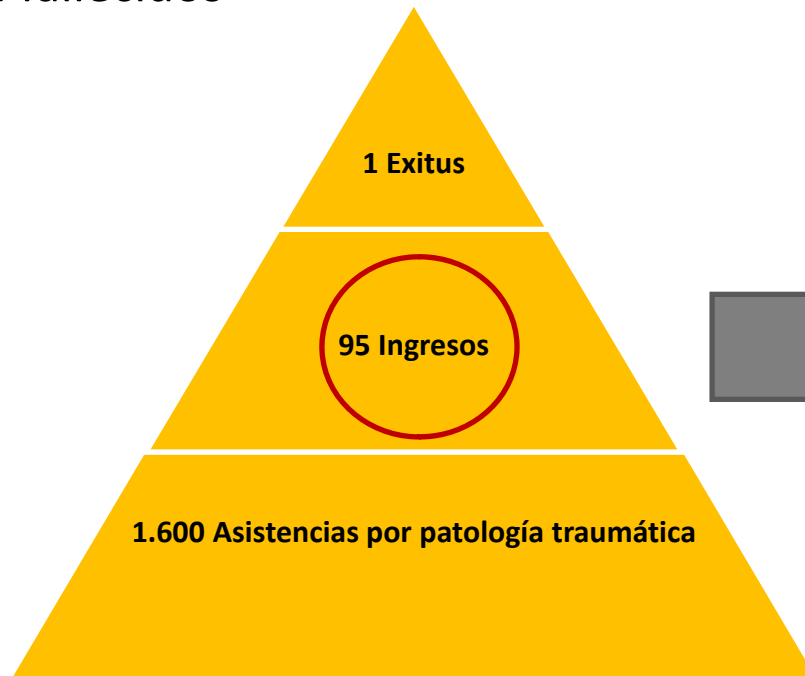


RESULTADOS

38553 urgencias pediátricas totales 2013

PLS

6491 pacientes traumáticos atendidos
366 ingresados
4 fallecidos



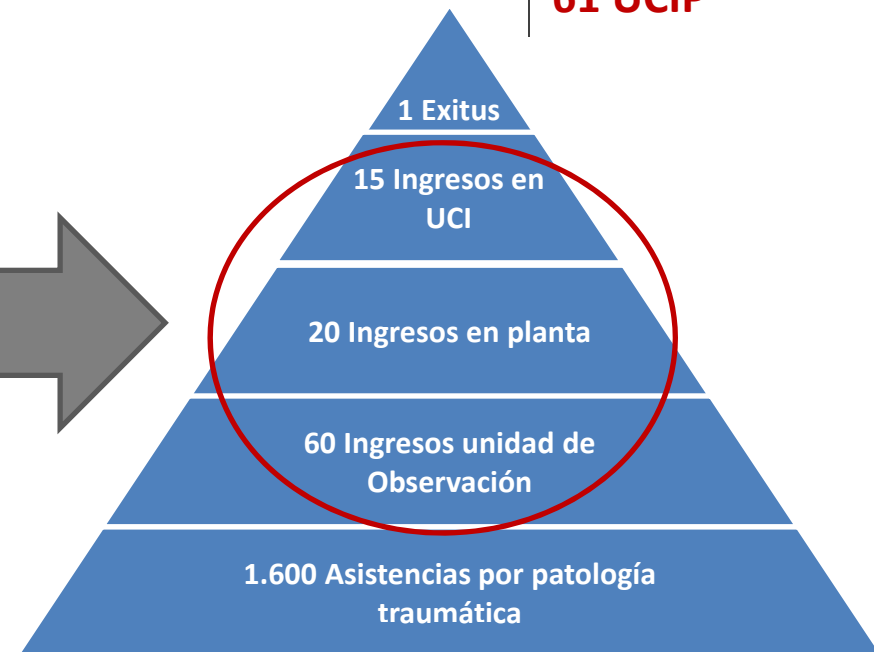
PIRÁMIDE LESIONAL SIMPLE (PLS)

1.600/95/1

PLA

6491 pacientes traumáticos atendidos
366 ingresados
4 fallecidos

229 Observación
76 Planta
61 UCIP



PIRÁMIDE LESIONAL AMPLIADA

1.600/60/20/15/1



CONCLUSIONES

- La PLA puede ser un buen instrumento de caracterización de la enfermedad traumática desde la perspectiva hospitalaria
- Frente a la PLS, la PLA aporta:
 - Visión más clara de la magnitud del trauma pediátrico
 - Información más detallada del impacto sobre el SUP
- PLA: instrumento para la gestión de la actividad en el SUP en relación al trauma pediátrico



19ª Reunión Anual de la SEUP
Vallés Occidental (Barcelona), 4 de abril de 2014



PIRÁMIDE LESIONAL AMPLIADA: INSTRUMENTO PARA UNA MEJOR DESCRIPCIÓN DEL TRAUMA PEDIÁTRICO

GRACIAS



Evaluación de la cultura de seguridad de los Servicios de Urgencias de los Hospitales españoles

Grupo de trabajo de Mejora de la Calidad
y Seguridad del paciente de la SEUP

SEUP 2014

Introducción

- La **cultura de seguridad** es:
la conciencia de que las cosas **pueden ir mal** y
la capacidad de **reconocer los errores**,
aprender de ellos y **mejorar**, con una visión
abierta e imparcial y centrada en el **sistema**.
-

Objetivos

- Presentar los **resultados** de una **encuesta sobre cultura de seguridad** realizada a pediatras de urgencias de Hospitales miembros de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP).
-

Metodología

- Durante la realización de un Curso de Seguridad, pediatras de urgencias que representan 21 Hospitales responden la **encuesta “Hospital Survey on Patient Safety” (HSOPS)**.
- Se analizan los resultados y se comparan con los de la misma encuesta publicados por la Sociedad Española de Urgencias y Emergencias (**SEMES**) y con resultados pediátricos americanos publicados por la “Agency for Healthcare research and quality” (**AHRQ**) .¹

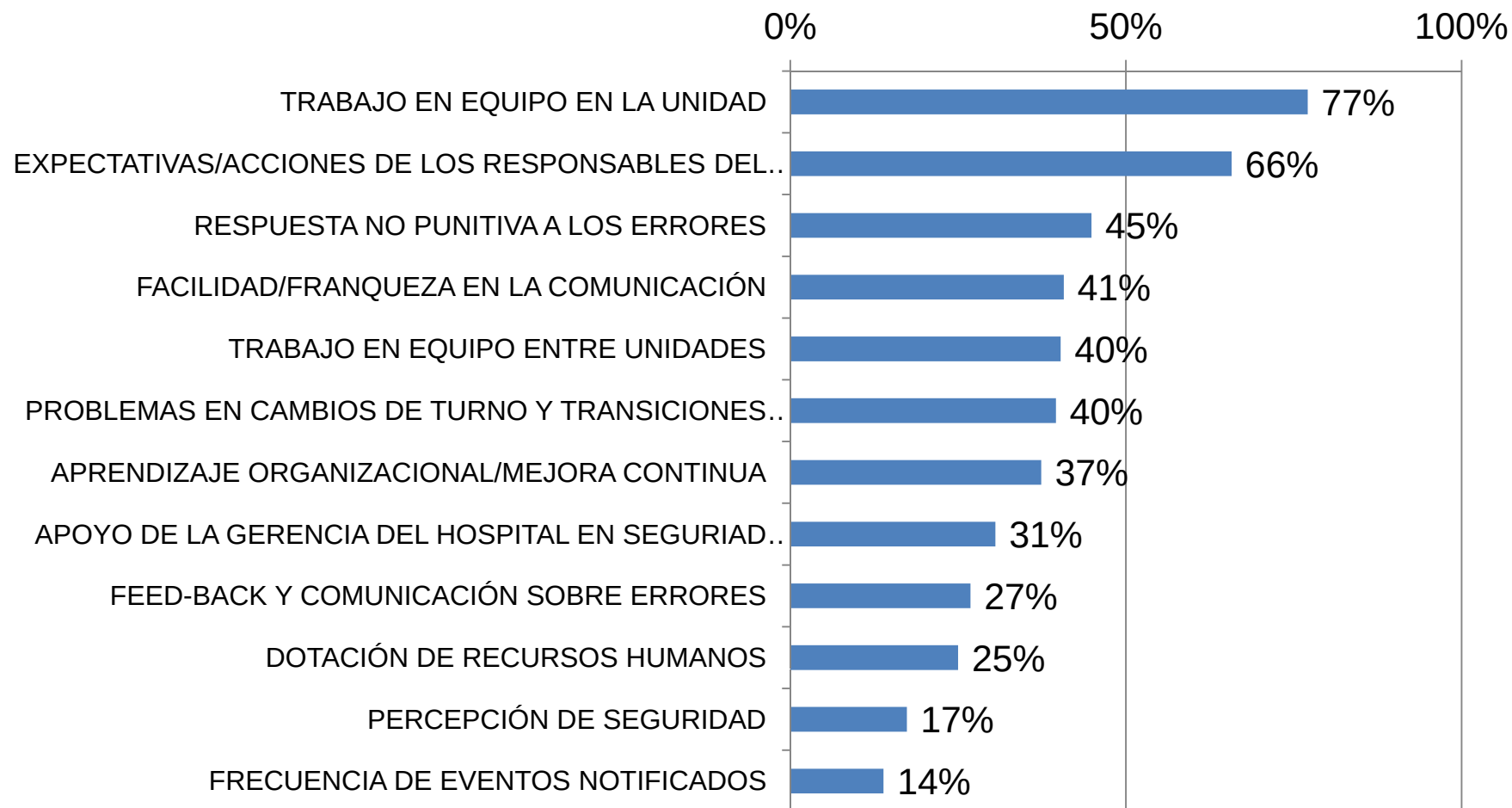
1. Cuestionario sobre Seguridad de los Pacientes: Versión Española adaptada de Hospital Survey on Patient Safety Culture (Agency for Healthcare Research and Quality- AHRQ). Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo;2005. (Consultado 23 Marzo 2014). Disponible en: <http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/CuestionarioSeguridadPacientes1.pdf>

Resultados

- Se obtienen 36 encuestas.
- La cultura de Seguridad se puntúa de forma global con una nota mediana de 6 (p_{25-75} 5-7).

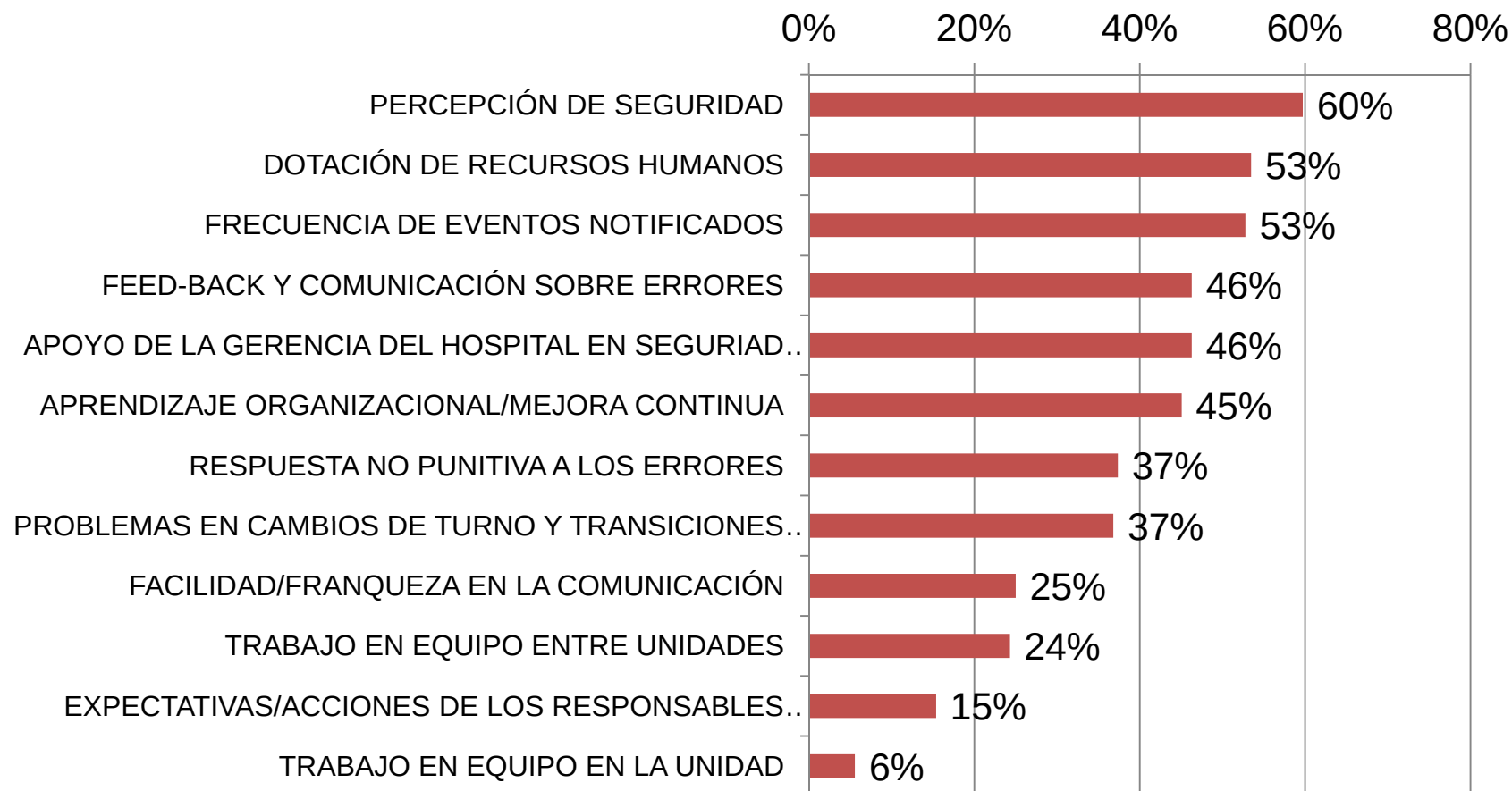
Resultados

RESPUESTAS POSITIVAS POR DIMENSIONES



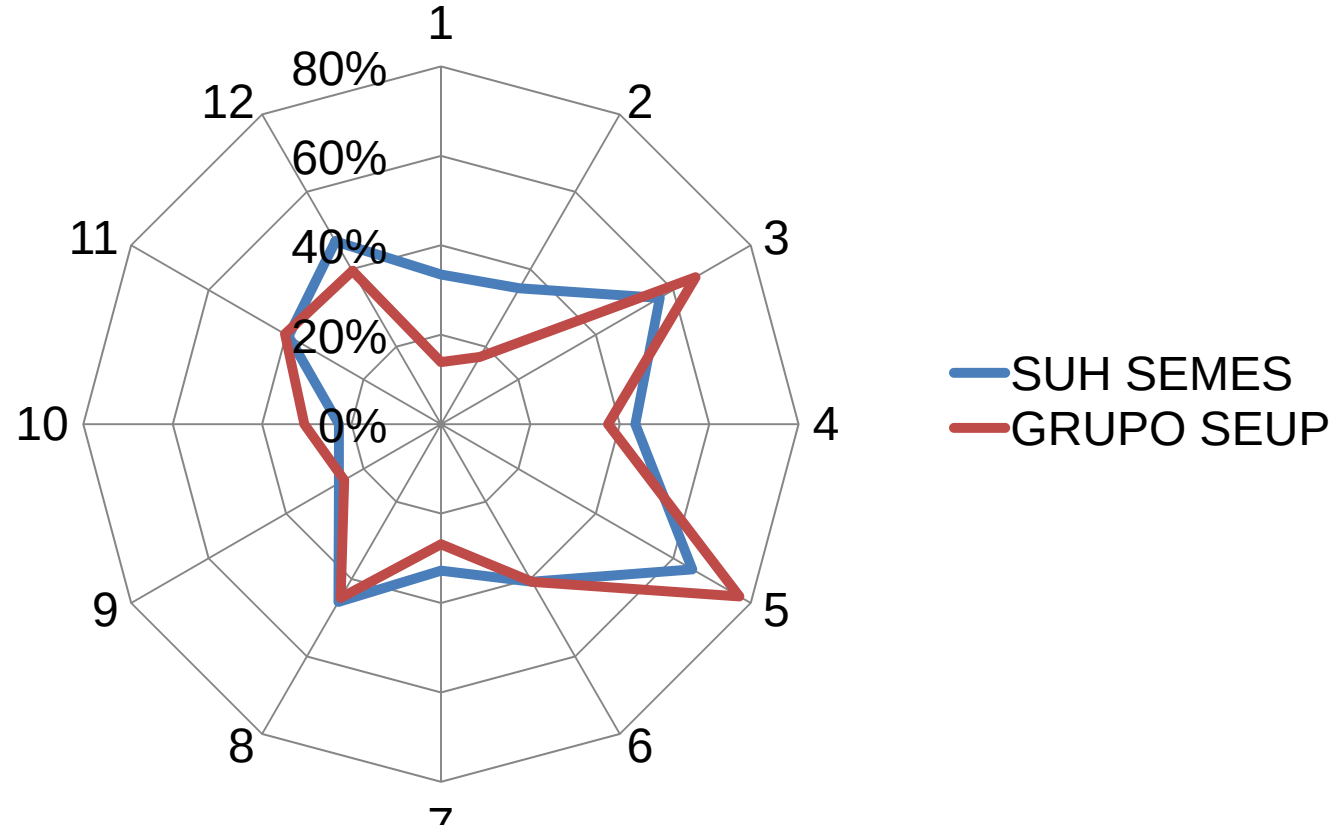
Resultados

RESPUESTAS NEGATIVAS POR DIMENSIONES



Resultados

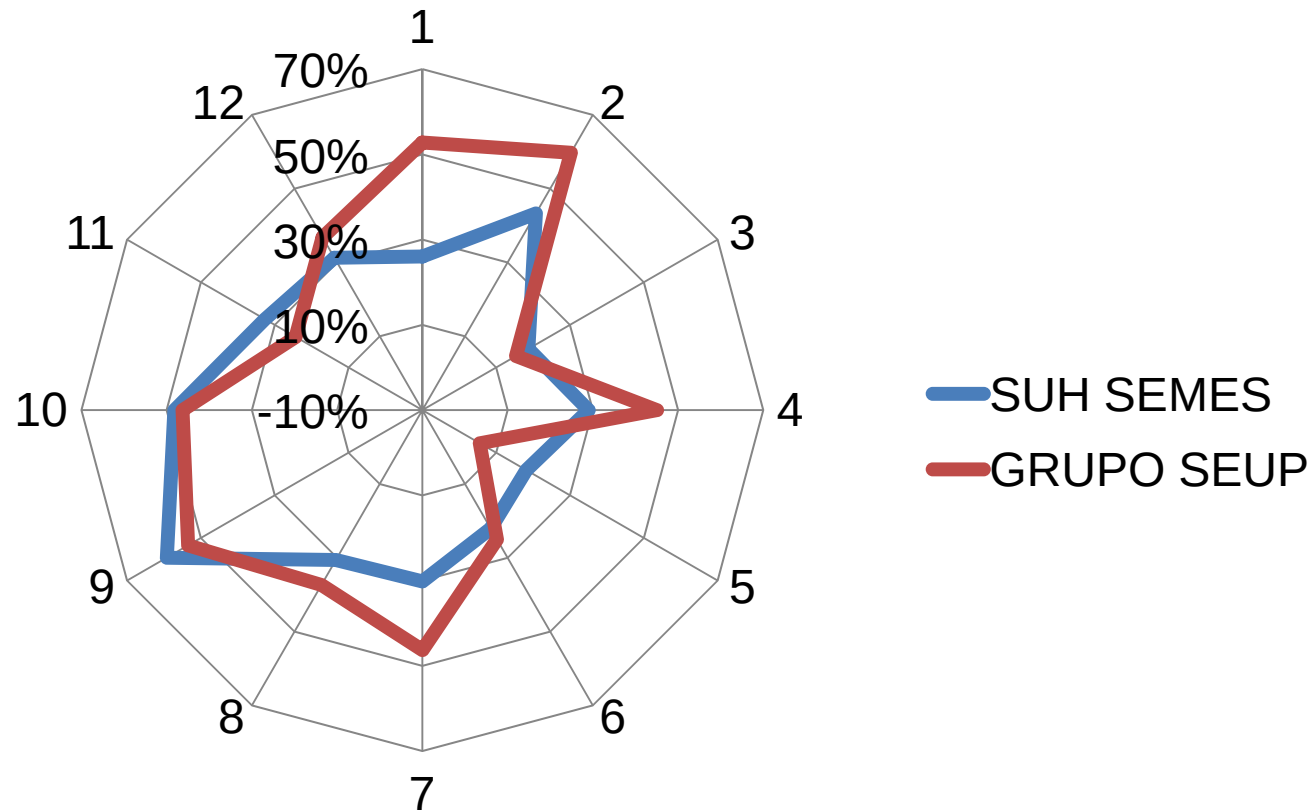
COMPARATIVO SEUP – SEMES RESPUESTAS POSITIVAS



1.Frecuencia de eventos notificados / 2. Percepción de seguridad / 3. Expectativas-acciones de los responsables del servicio o unidad / 4. Aprendizaje organizacional – mejora continua / 5. Trabajo en equipo en la unidad / 6. Facilidad – franqueza en la comunicación / 7. Feed-back y comunicación sobre errores / 8. Respuesta no punitiva a los errores / 9. Dotación de recursos humanos / 10. Apoyo de la Gerencia-Dirección en seguridad del paciente / 11. Trabajo en equipo entre unidades / 12. Problemas en cambios de turno y transiciones asistenciales

Resultados

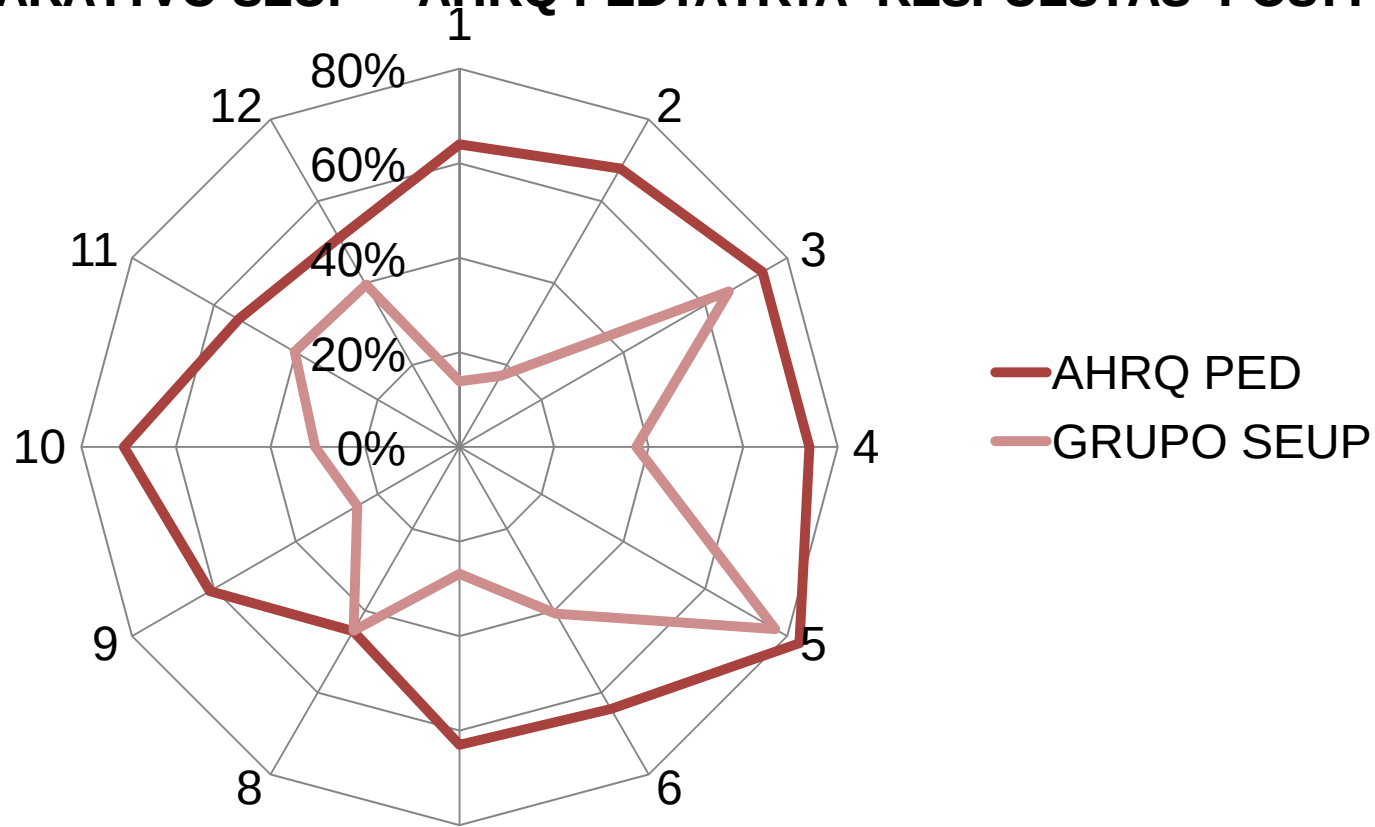
COMPARATIVO SEUP – SEMES RESPUESTAS NEGATIVAS



1.Frecuencia de eventos notificados / 2. Percepción de seguridad / 3. Expectativas-acciones de los responsables del servicio o unidad / 4. Aprendizaje organizacional – mejora continua / 5. Trabajo en equipo en la unidad / 6. Facilidad – franqueza en la comunicación / 7. Feed-back y comunicación sobre errores / 8. Respuesta no punitiva a los errores / 9. Dotación de recursos humanos / 10. Apoyo de la Gerencia-Dirección en seguridad del paciente / 11. Trabajo en equipo entre unidades / 12. Problemas en cambios de turno y transiciones asistenciales

Resultados

COMPARATIVO SEUP – AHRQ PEDIATRIA RESPUESTAS POSITIVAS



1.Frecuencia de eventos notificados / 2. Percepción de seguridad / 3. Expectativas-acciones de los responsables del servicio o unidad / 4. Aprendizaje organizacional – mejora continua / 5. Trabajo en equipo en la unidad / 6. Facilidad – franqueza en la comunicación / 7. Feed-back y comunicación sobre errores / 8. Respuesta no punitiva a los errores / 9. Dotación de recursos humanos / 10. Apoyo de la Gerencia-Dirección en seguridad del paciente / 11. Trabajo en equipo entre unidades / 12. Problemas en cambios de turno y transiciones asistenciales

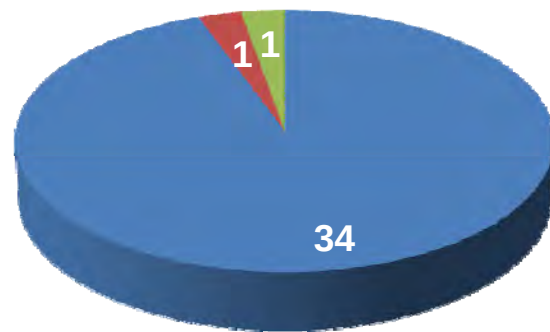
Conclusiones

- La cultura de seguridad se valora con una **nota media aceptable**.
 - La **notificación de errores** y su **comunicación** es un punto **a mejorar**.
 - Respecto a los resultados obtenidos en otros ámbitos, destaca una valoración más **positiva del trabajo en equipo** y más **negativa** en el aspecto de la **percepción de seguridad**.
-



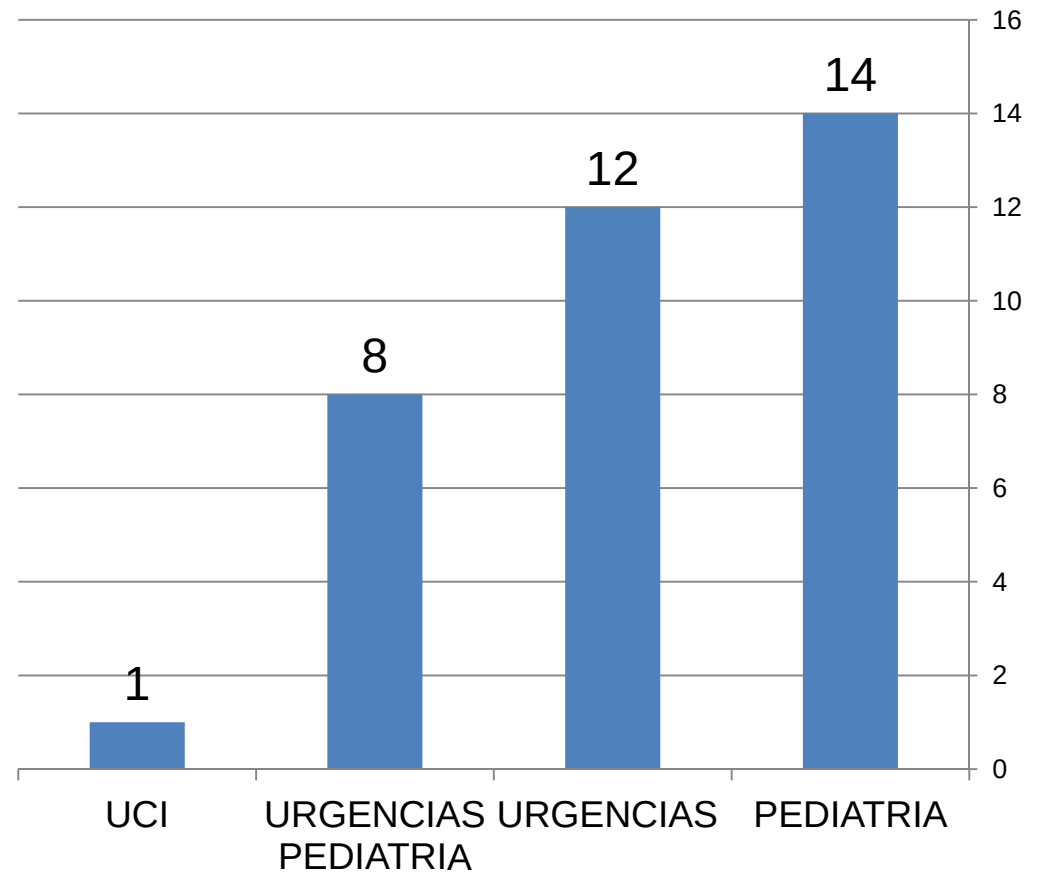
Resultados

36 RESPUESTAS



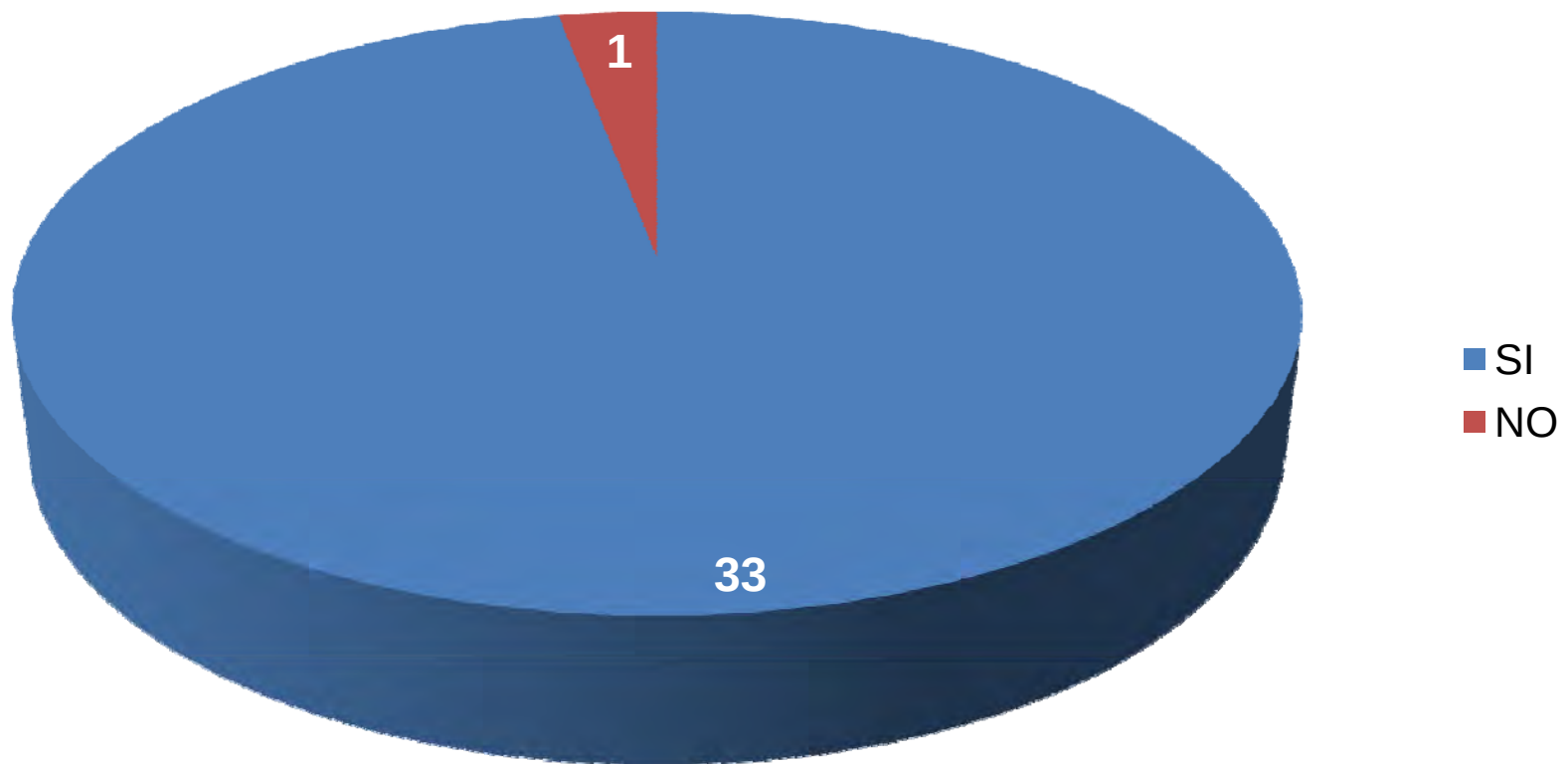
■ MÉDICO
■ SUPERVISOR
■ ENFERMERA

35 RESPUESTAS



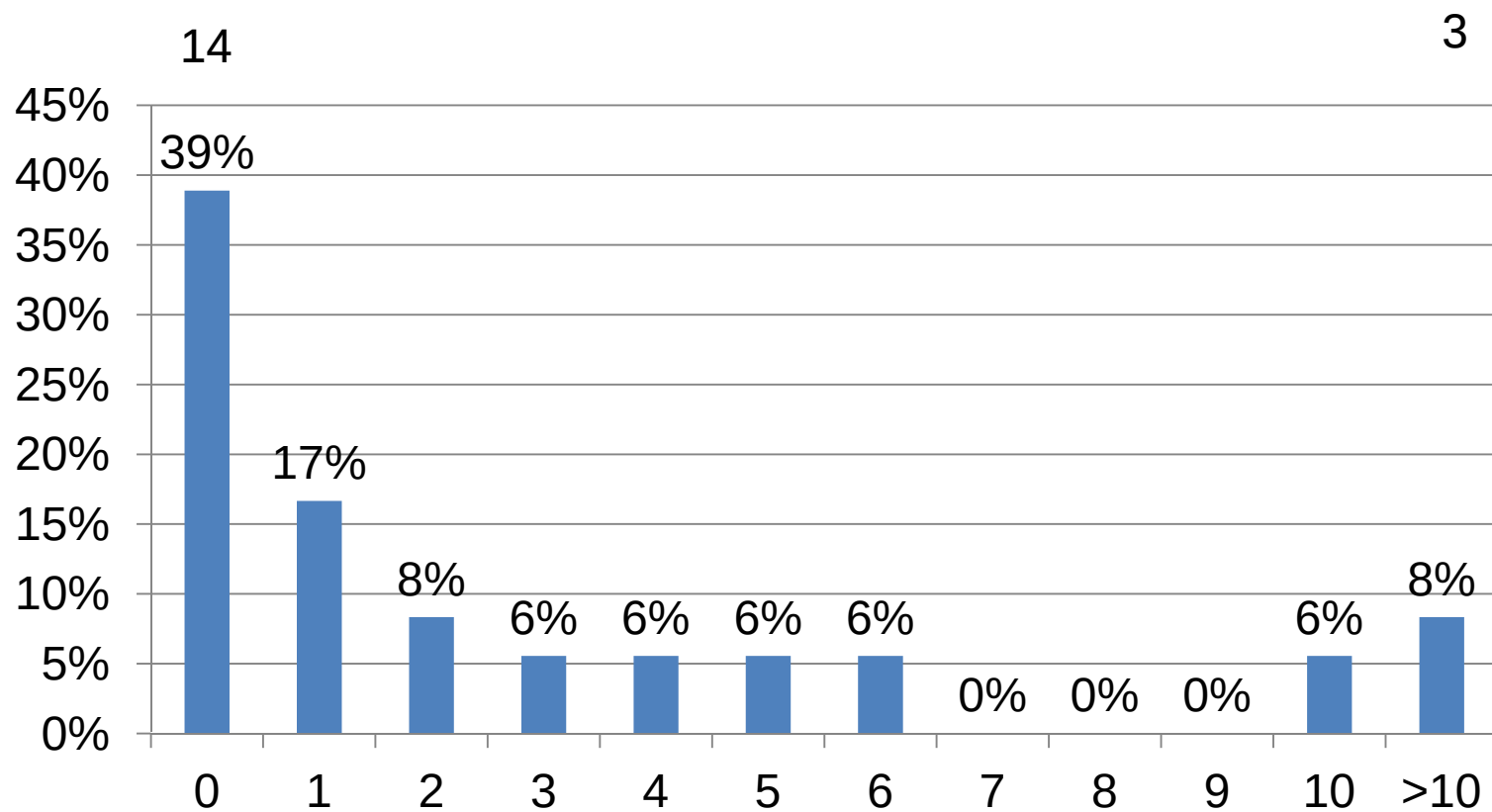
Resultados

CONTACTO DIRECTO CON EL PACIENTE



Resultados

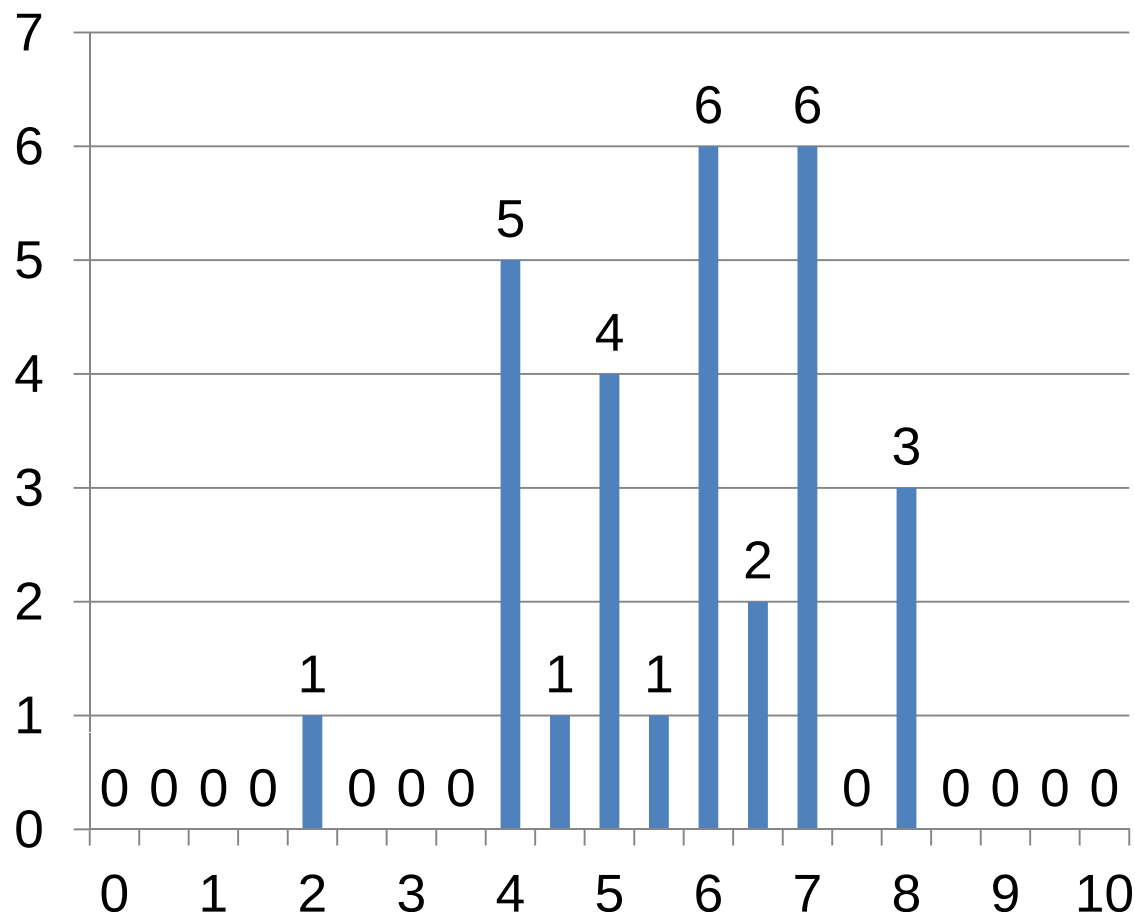
NOTIFICACIONES EN ÚLTIMOS 12 MESES



UNA RESPUESTA: 30!!!

Resultados

NOTAS (29 RESPUESTAS)

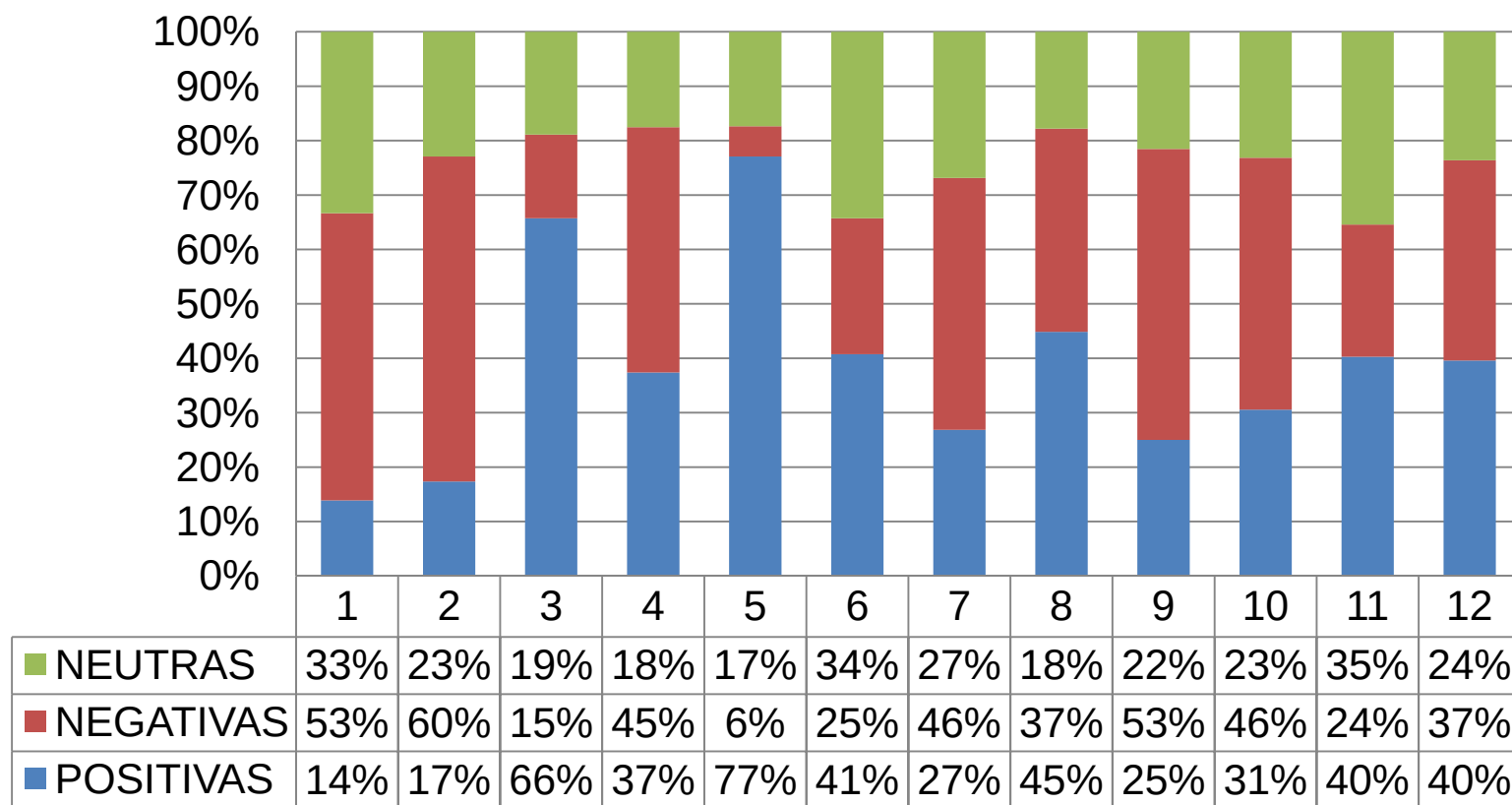


NOTA MEDIA 5,8

SUSPENSOS	24%
APROBADOS	17%
BIEN	28%
NOTABLE	31%
SOBRESALIENTE	0%

Resultados

RESPUESTAS

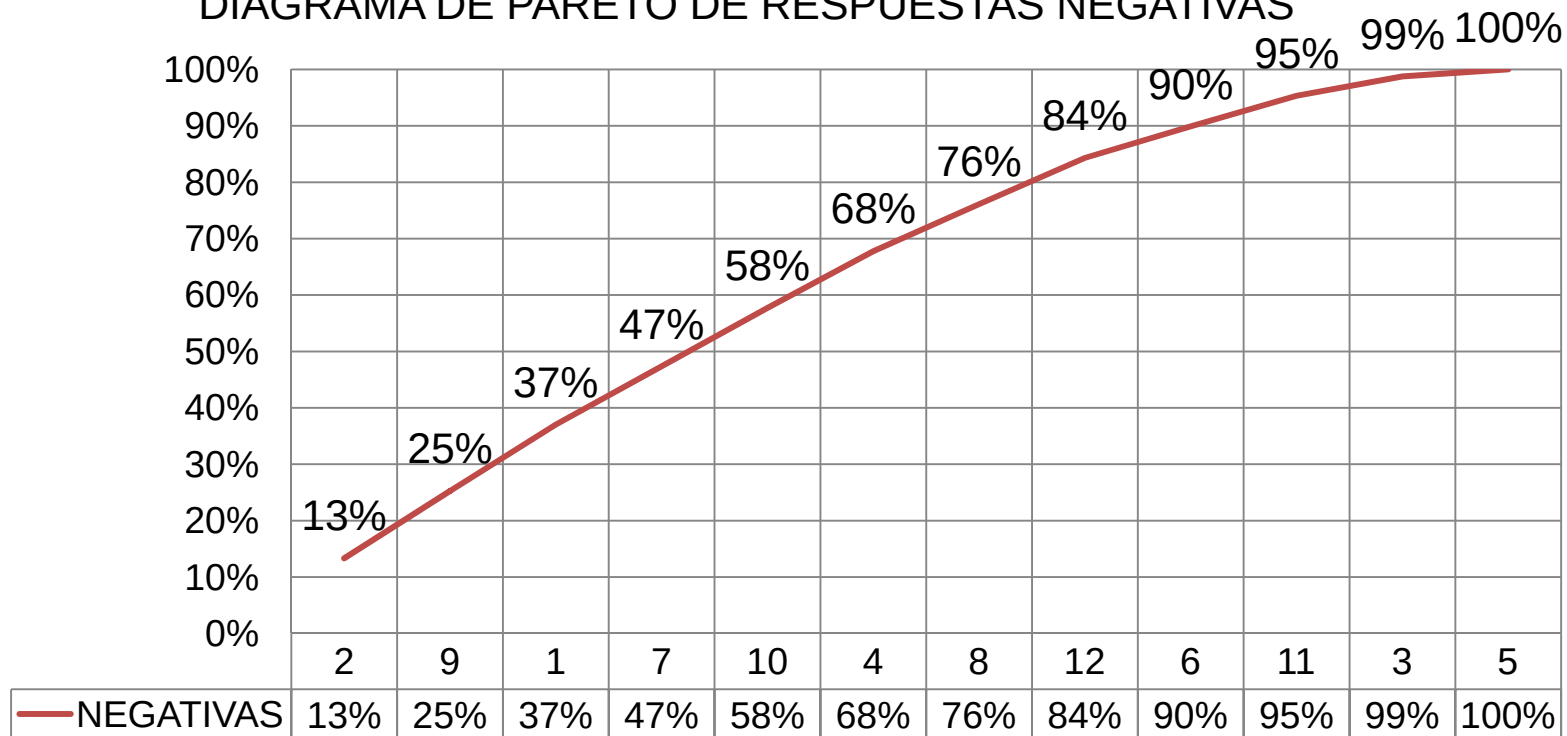


42% POSITIVAS
34% NEGATIVAS
24% NEUTRAS

Resultados

PORCENTAJES ACUMULADOS PESO DIMENSIONES

DIAGRAMA DE PARETO DE RESPUESTAS NEGATIVAS



1. Frecuencia de eventos notificados / 2. Percepción de seguridad / 3. Expectativas-acciones de los responsables del servicio o unidad / 4. Aprendizaje organizacional – mejora continua / 5. Trabajo en equipo en la unidad / 6. Facilidad – franqueza en la comunicación / 7. Feedback y comunicación sobre errores / 8. Respuesta no punitiva a los errores / 9. Dotación de recursos humanos / 10. Apoyo de la Gerencia-Dirección en seguridad del paciente / 11. Trabajo en equipo entre unidades / 12. Problemas en cambios de turno y transiciones asistenciales

Resultados

VARIABLES POR RESPUESTAS POSITIVAS

1	El personal se apoya mutuamente	92%
11	Cuando algún compañero está sobrecargado de trabajo, suele encontrar ayuda en sus compañeros	78%
19	MI superior/jefe (jefe de base) expresa su satisfacción cuando intentamos evitar riesgos en la seguridad del paciente	72%
22	Mi superior/jefe (jefe de base) pasa por alto los problemas de seguridad del paciente que ocurren habitualmente	72%
4	En esta unidad nos tratamos todos con respeto	72%
8	Si los compañeros o superiores (jefe de base) se enteran de que has cometido algún error, lo utilizan en tu contra	72%

Resultados

VARIABLES POR RESPUESTAS NEGATIVAS

17	En esta unidad hay problemas relacionados con la "seguridad del paciente"	78%
15	Nunca se aumenta el ritmo de trabajo si eso implica sacrificar la seguridad del paciente	75%
5	A veces, no se puede proporcionar la mejor atención al paciente porque la jornada laboral es agotadora	69%
13	Los cambios que hacemos para mejorar la seguridad del paciente se evalúan para comprobar su efectividad	69%
16	Cuando se comete un error, el personal teme que eso quede en su expediente	64%
41	Se notifican los errores que previsiblemente no vayan a dañar al paciente	61%
10	No se producen más fallos por casualidad	58%
7	En ocasiones, no se presta la mejor atención al paciente porque hay demasiados sustitutos o personal temporal	58%
34	Cuando notificamos algún incidente, nos informan de qué tipo de actuaciones se han llevado a cabo	56%
14	Trabajamos bajo presión para realizar demasiadas cosas demasiado deprisa	56%
33	Surgen problemas en la atención de los pacientes como consecuencia de los cambios de turno	56%
40	Se notifican los errores que son descubiertos y corregidos antes de afectar al paciente	53%
31	La gerencia i dirección del sistema de emergencias sólo parece interesarse por la seguridad del paciente cuando ya ha ocurrido algún suceso adverso en un paciente	53%

Resultados

COMPARATIVO SEUP - SEMES

Variables	SEUP	SEMES
Nota media	5,8	6,4
Suspensos	24%	15%
Aprobados	17%	15%
Bien	28%	20%
Notables	31%	41%
Sobresalientes	0%	8%
Notificaciones 0	39%	77%
Notificaciones >0	61%	23%
Respuestas positivas	42%	45%
Respuestas negativas	34%	29%
Respuestas neutras	24%	26%
Contacto directo	97%	97%

Resultados

CURIOSIDADES

SEMES	%	SEUP	%
Trabajo en equipo en la unidad	65	Trabajo en equipo en la unidad	77
Acciones de los responsables del servicio/unidad	57	Acciones de los responsables del servicio/unidad	66
Problemas en cambios de turno y transiciones	47	Respuesta no punitiva	45
Respuesta no punitiva a los errores	46	Facilidad/franqueza en la comunicación	41
.....	...		...
Percepción de seguridad	43	Frecuencia de notificación	42
Apoyo de la gerencia	48	Dotación de RRHH	53
Dotación de RRHH	59	Percepción de seguridad	60