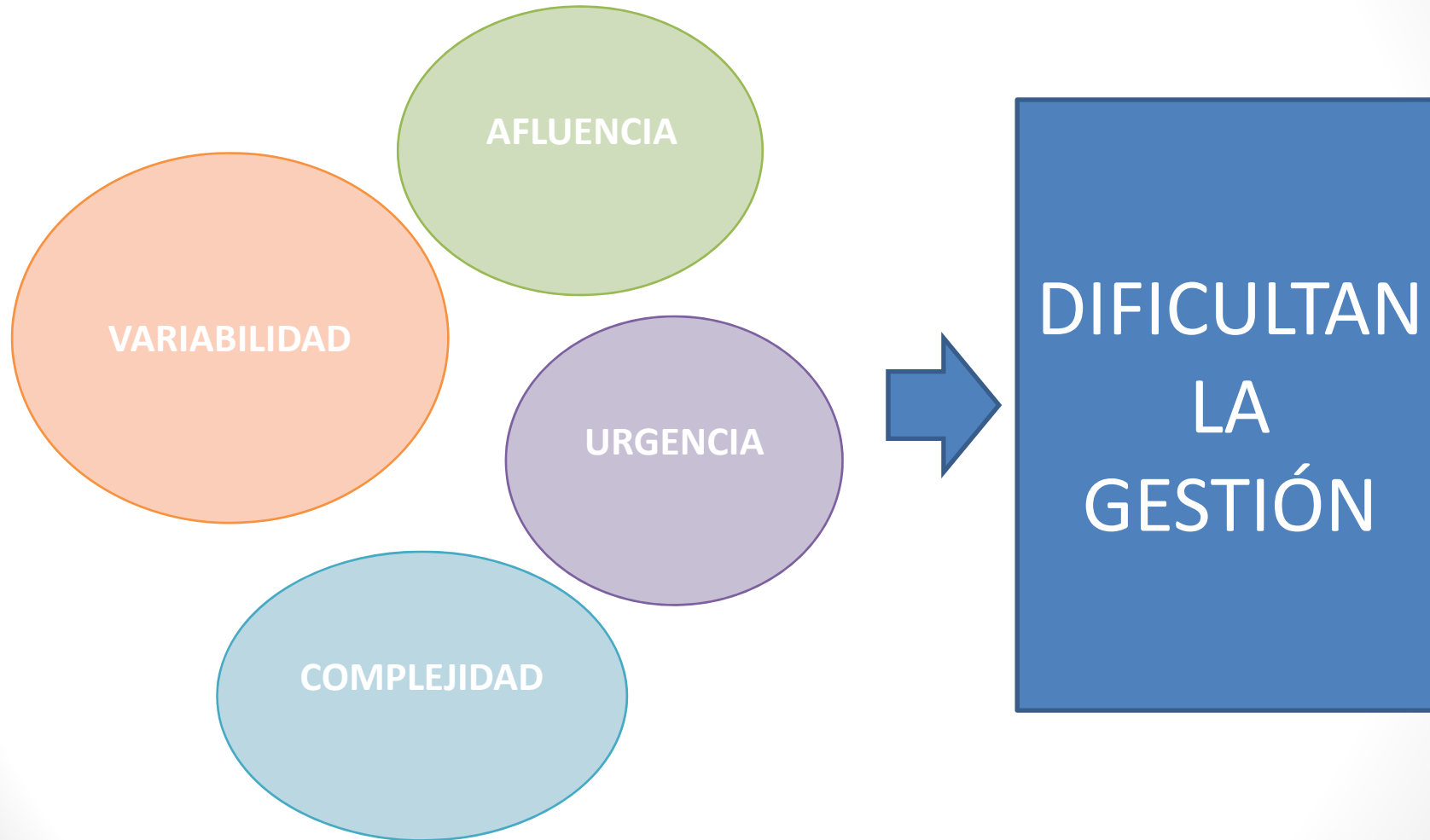


IMPLANTACIÓN DEL MAPA DE URGENCIAS Y DE UN COORDINADOR DE FLUJO DE PACIENTES.

MARTA LATORRE MÍGUEZ, VANESSA SÁNCHEZ LONGARES, JOSE MANUEL BLANCO GONZALEZ, RICARD CASADEVALL LLANDRICH, CARLES LUACES CUBELLS.

SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS, HOSPITAL SANT JOAN DE DÉU, BARCELONA

CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS



PLAN FUNCIONAL. ESTRATEGIAS DE MEJORA

MAPA DE URGENCIAS



**REDISTRIBUCIÓN DEL ESPACIO
FISICO**

**COORDINADOR DE
FLUJO DE PACIENTES**



MEJOR DOTACIÓN PARA TRIAJE

MAPA DE URGENCIAS



**HERRAMIENTA
INFORMÁTICA**

VISIÓN GLOBAL

**INFORMACIÓN
A TIEMPO
REAL**

- Afluencia
- Orden pacientes según nivel de triaje
- Tiempos demora
- Ocupación boxes
- Especialidades
- Actividades asistenciales
- Localización usuarios / prof
- Pruebas complementarias e interconsultas solicitadas y/o realizadas

COORDINADOR DE FLUJO DE PACIENTES

RECEPTOR DE INFORMACIÓN DEL MAPA DE URGENCIAS Y DEL
PERSONAL ASISTENCIAL



ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN



GESTIÓN GLOBAL DE RECURSOS

OBJETIVO

EVALUAR EL IMPACTO DE LAS ESTRATEGIAS DE MEJORA EN LOS
TIEMPOS DE RESPUESTA ASISTENCIAL

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo que analiza los resultados del año 2011 (previo a las medidas de mejora) y los del 2013 (instauradas las medidas de mejora)

VARIABLES:

- número de pacientes atendidos
- nº de pacientes triados
- % de pacientes triados pero no visitados
- % espera hasta triaje < 15min
- espera hasta el triaje (min)
- espera post-triaje (min)
- % pacientes nivel II espera < 15 min *
- % pacientes nivel III espera < 30 min*
- % pacientes nivel IV espera < 60 min *
- % pacientes nivel V espera < 120 min *

* Estándares según el MAT

RESULTADOS

AÑO	Nº DE PACIENTES ATENDIDOS	Nº DE PACIENTES TRIADOS	% PACIENTES ESPERA HASTA TRIAJE < 15MIN	% PACIENTES TRIADO PERO NO VISITADOS	ESPERA HASTA EL TRIAJE (min)	ESPERA POST-TRIAJE (min)	% PACIENTES NIVEL II ESPERA < 15 MIN	% PACIENTES NIVEL III ESPERA < 30 MIN	% PACIENTES NIVEL IV ESPERA < 60 MIN	% PACIENTES NIVEL V ESPERA < 120 MIN
2011	93.740	86.242	83,3%	1,9%	10,1	38,2	74,9%	67,1%	70,2%	87,4%
2013	97.038	95.293	89,6%	1,2%	9,0	29,3	88,4%	82,4%	77,3%	89,8%

COMENTARIOS

- MEJORÍA EN LOS TIEMPOS DE RESPUESTA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS
- LOS NIVELES 2 Y 3 SON LOS PRINCIPALES BENEFICIADOS DE ESTE MODELO DE GESTIÓN
- LA UTILIZACIÓN DEL MAPA DE URGENCIAS Y LA GESTIÓN POR UN COORDINADOR DE FLUJO DE PACIENTES PERMITE OPTIMIZAR LOS RECURSOS Y ESPACIOS SEGÚN LA DEMANDA ASISTENCIAL Y LA COMPLEJIDAD DE LOS PACIENTES



Actuaciones pre-hospitalarias en las intoxicaciones agudas pediátricas

Salazar J, Zubiaur O, Azkunaga B, Molina JC, Mintegi S y el GT de Intoxicaciones de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría



SEUP

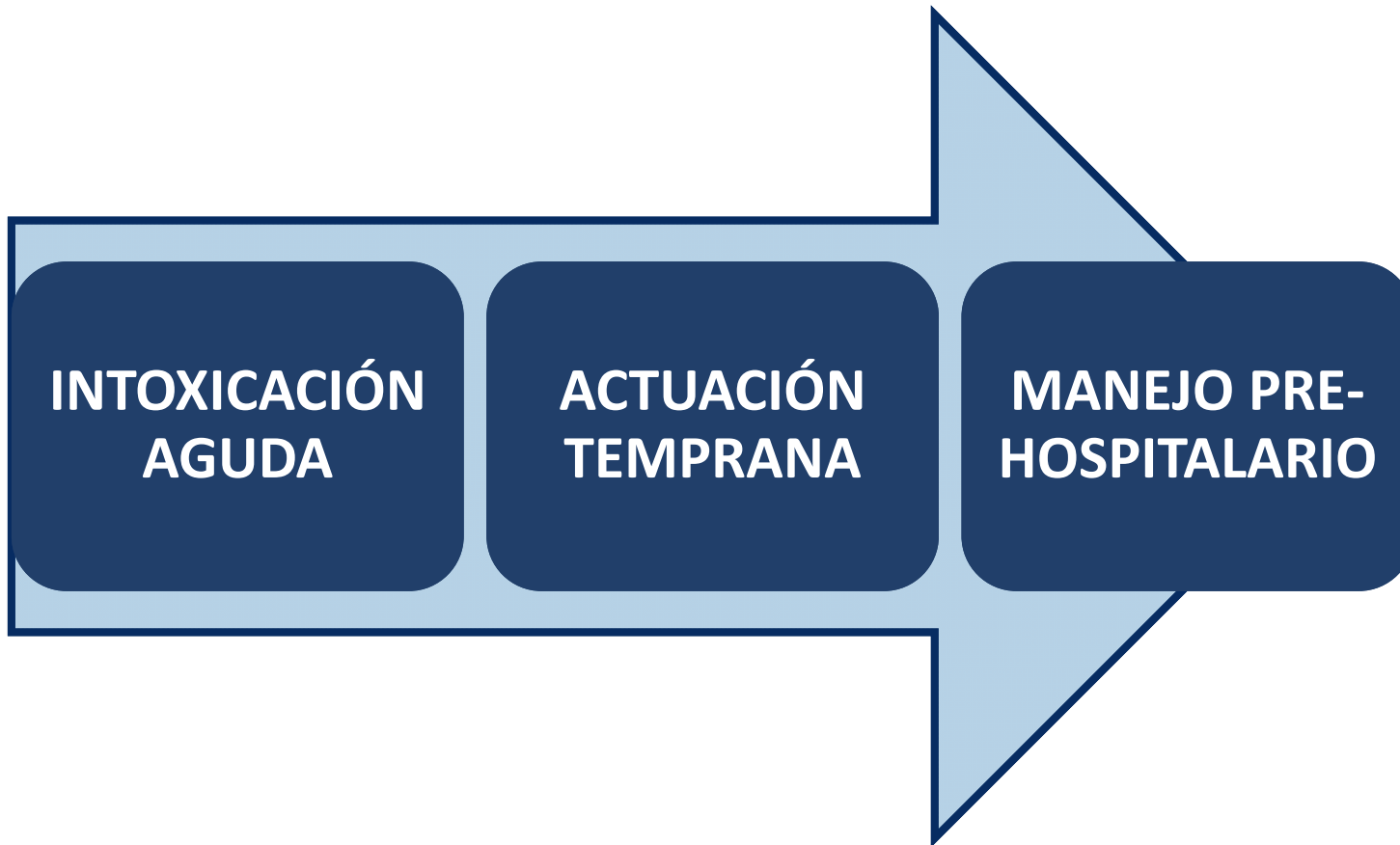
Sociedad Española de Urgencias de Pediatría

Declaración de potenciales conflictos de interés

No hay potenciales conflictos de intereses que declarar



Introducción



Objetivo del estudio

Analizar las actuaciones a nivel prehospitalario en las intoxicaciones agudas registradas en los Servicios de Urgencias Pediátricas (SUP) españoles.



Métodos

- DISEÑO: Estudio basado en un registro prospectivo.
- INCLUSIÓN: 59 servicios de urgencias pediátricos españoles que han participado en el Observatorio Toxicológico de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría entre 2008 y 2013.



Resultados



640 episodios

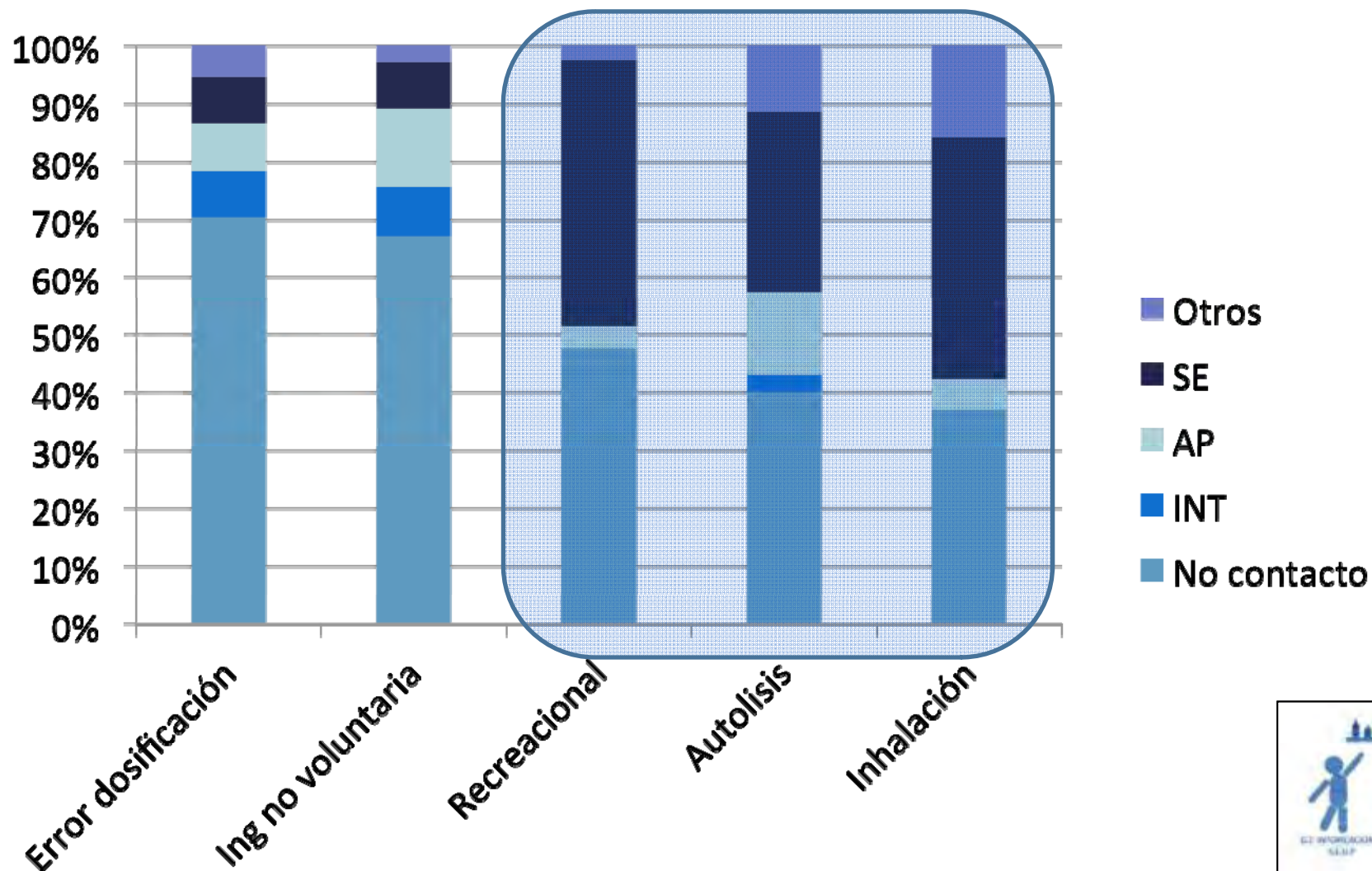


Tratamiento en algún momento: 55%

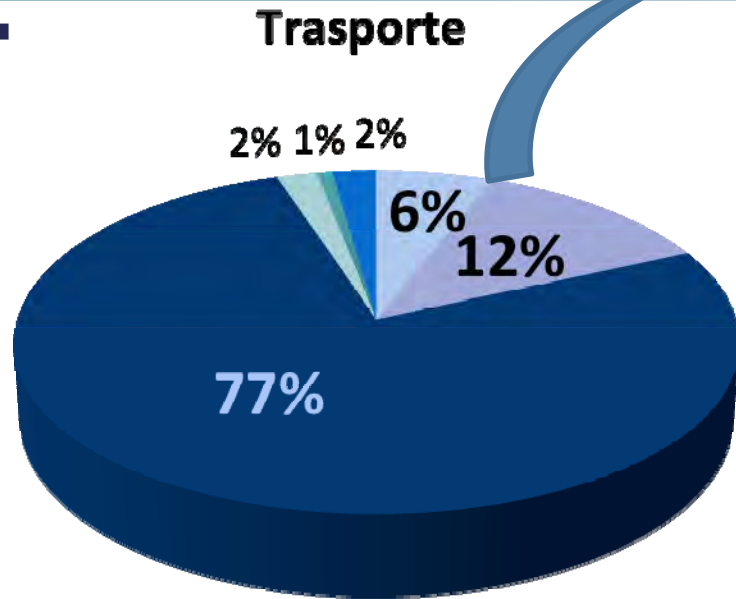


Resultados:

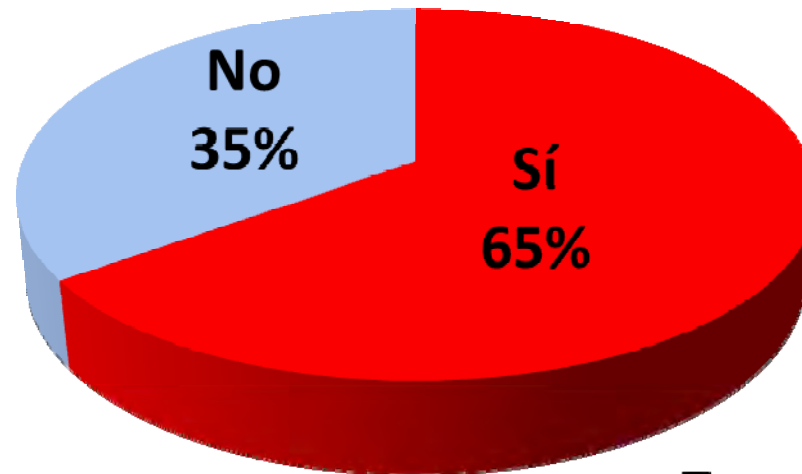
Contacto pre-hospitalario: 38%



Resultados: Transporte

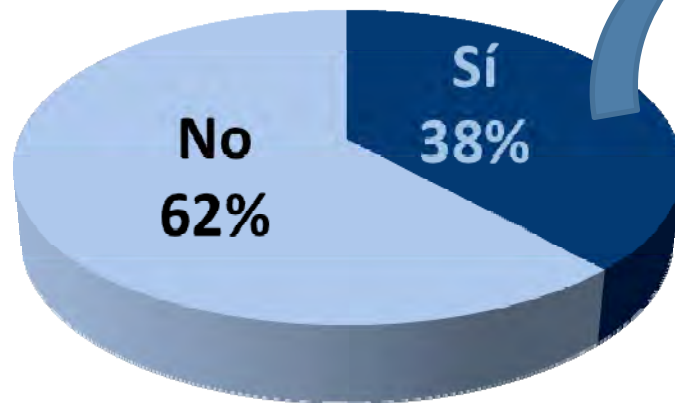


- Amb medicalizada
- Amb no medicalizada
- V. Familiar
- Transporte Público
- Policía
- Otros

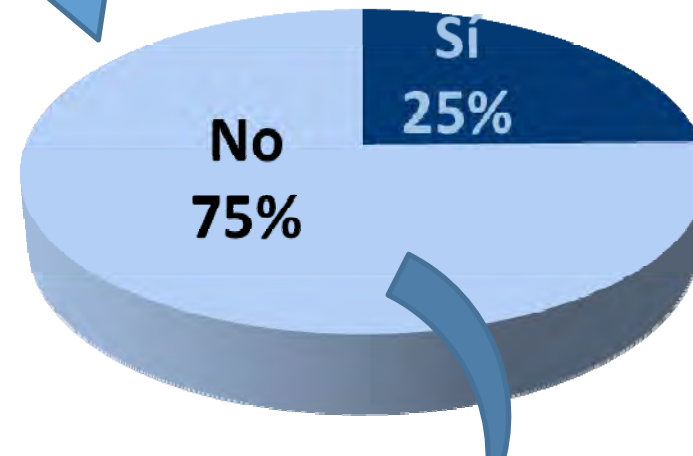


Resultados: Tratamiento

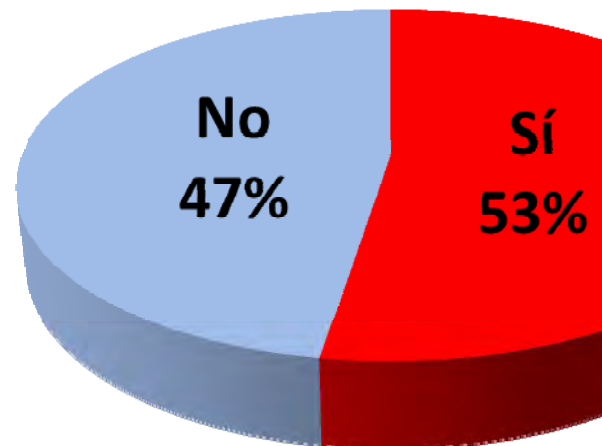
Contacto



Tto pre-hospitalario



Tto en SUP



Oxigenoterapia
Descontaminación GI
Sueroterapia
Antídotos
Alcalinización urinaria
...



Conclusiones

- Cerca del 40% de los pacientes pediátricos que acude a los SUP por una intoxicación aguda consultan antes con algún otro servicio sanitario.
- Una mejor gestión de estas consultas puede facilitar el iniciar más precozmente el tratamiento de los pacientes que lo requieren y también evitar consultas innecesarias en los SUP.



¿Qué era ya conocido?

- En una intoxicación aguda pediátrica es posible un contacto sanitario pre-hospitalario que puede orientar hacia un manejo más adecuado e iniciar un tratamiento pre-hospitalario si lo precisa.

¿Qué añade este estudio?

- Existe gran margen de mejora en estas actuaciones prehospitalarias, pudiendo gestionar de forma más adecuada los recursos existentes.



Muchas
Gracias!

PAUTAS DE REHIDRATACIÓN INTRAVENOSA RÁPIDA: ENCUESTA NACIONAL

Luis Guerra, María Slöcker, Concepción Míguez, Andrea Mora.
Sección Urgencias Pediátricas.



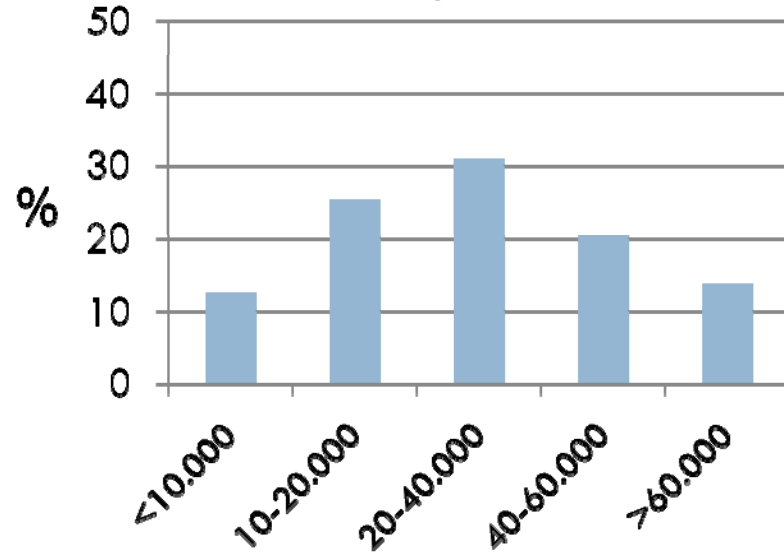
OBJETIVOS Y MÉTODOS



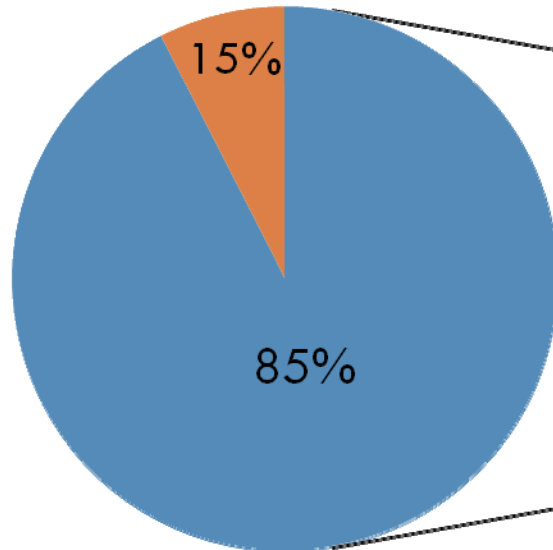
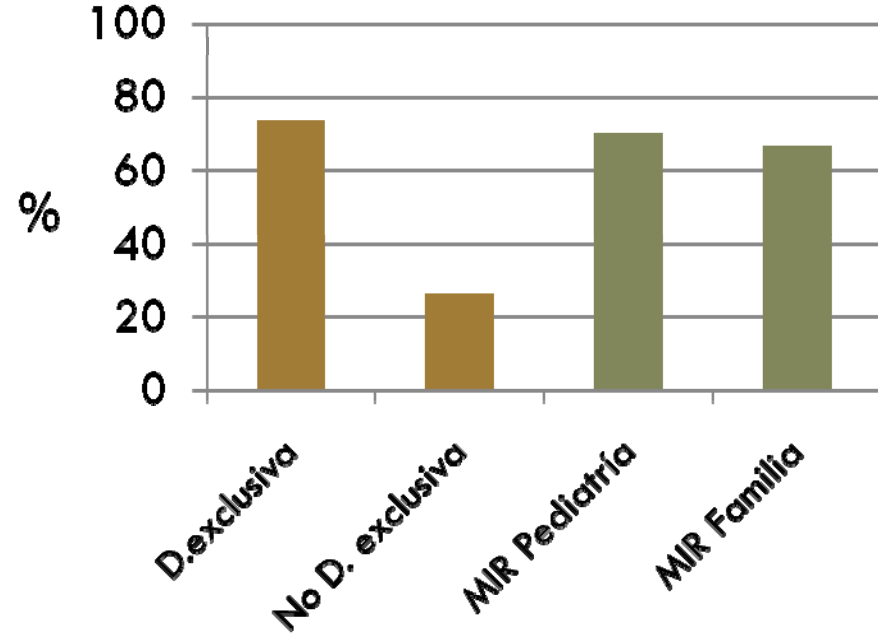
- Rehidratación IV rápida (RIR): “perfusión rápida de un volumen generoso de solución isotónica” para restablecer el volumen extracelular (AAP).
- **Objetivo:** Conocer la difusión y la variabilidad de los protocolos de RIR en los servicios de urgencias pediátricas (SUP) de nuestro país.
- Encuesta telemática anónima.
- Análisis descriptivo.

N=87

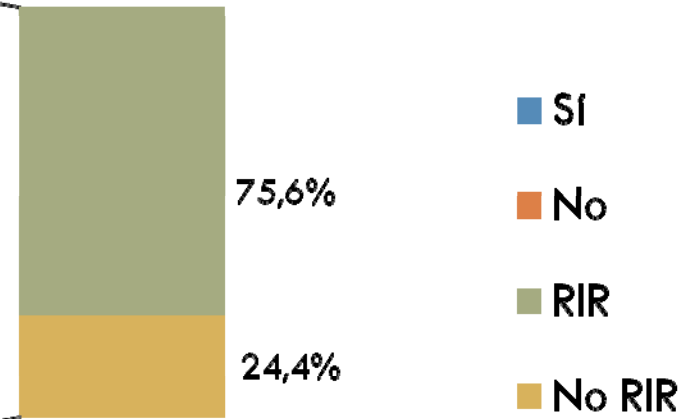
N° Urgencias



Profesionales

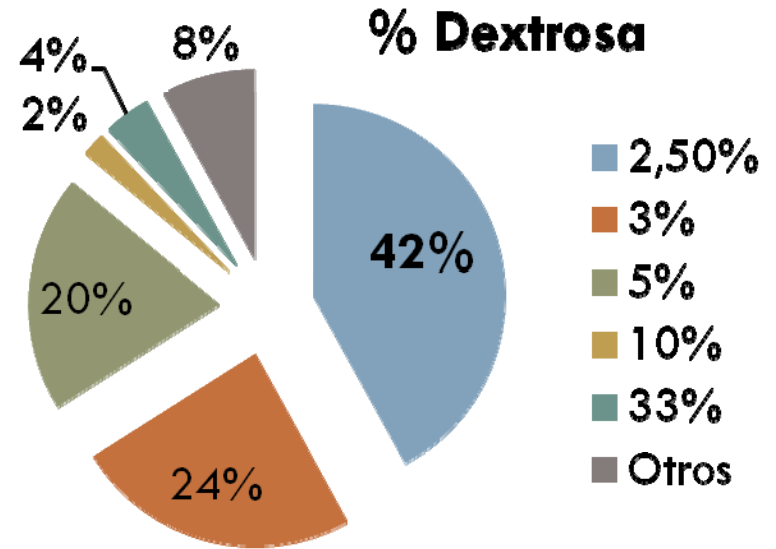
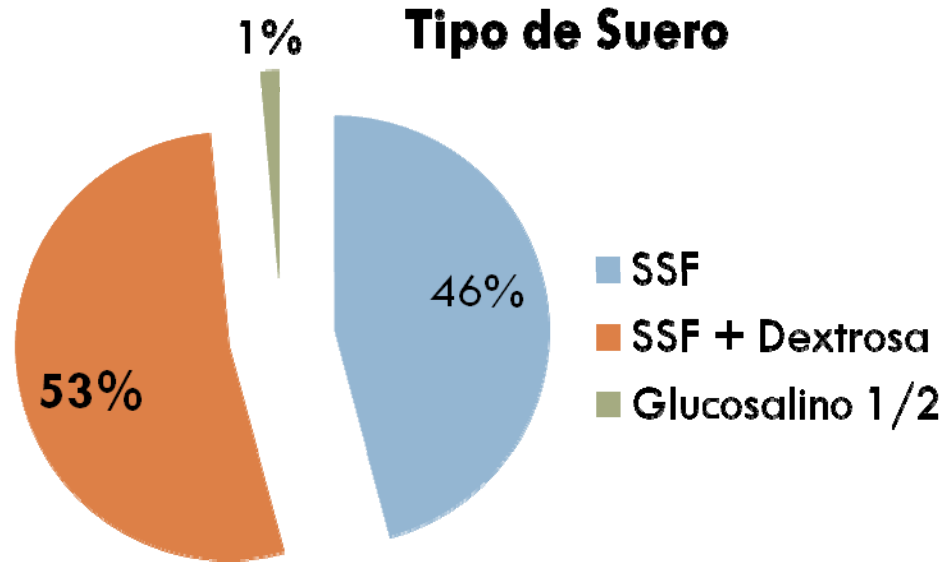


Protocolo RO/RIV

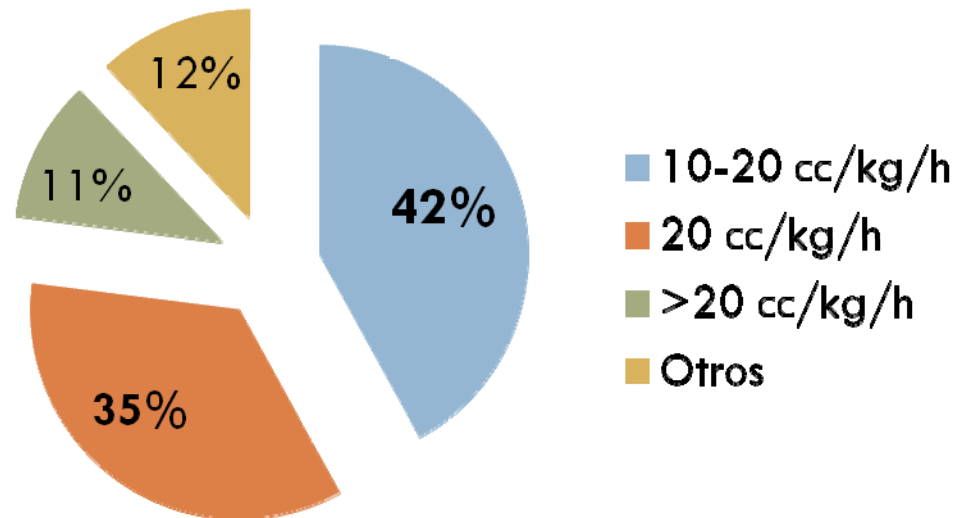


- Sí
- No
- RIR
- No RIR

N=87

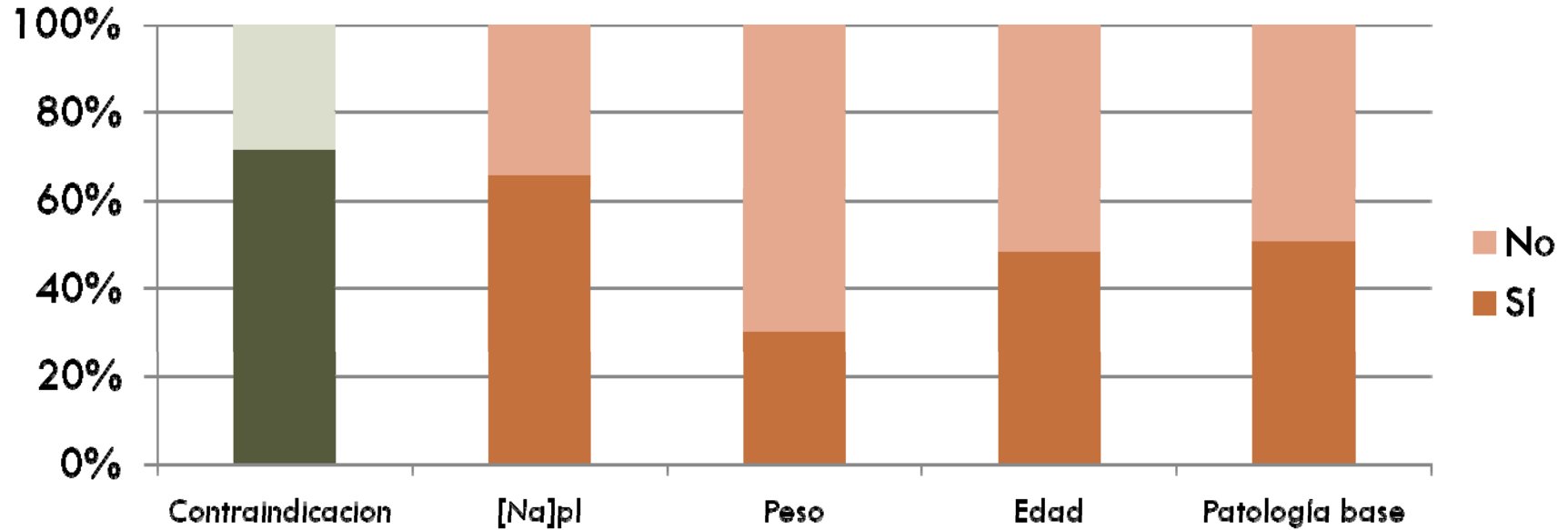


Velocidad de Infusión

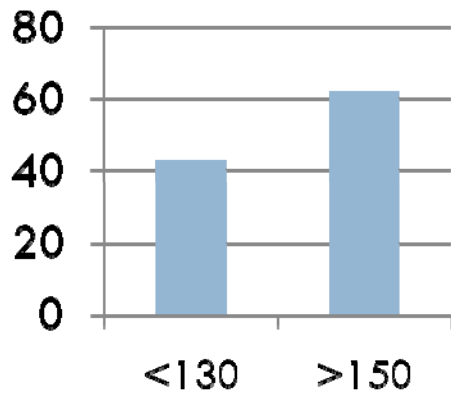


N=87

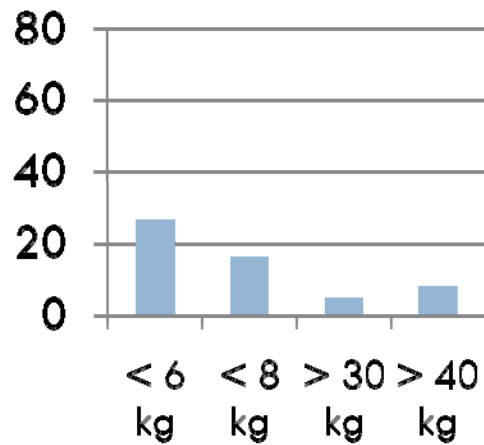
Contraindicaciones



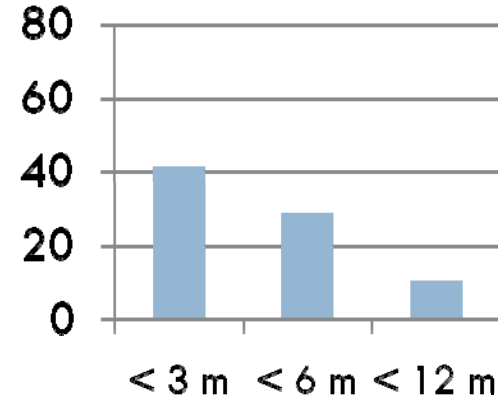
[Na]_{pl} mEq/L



Peso



Edad (meses)

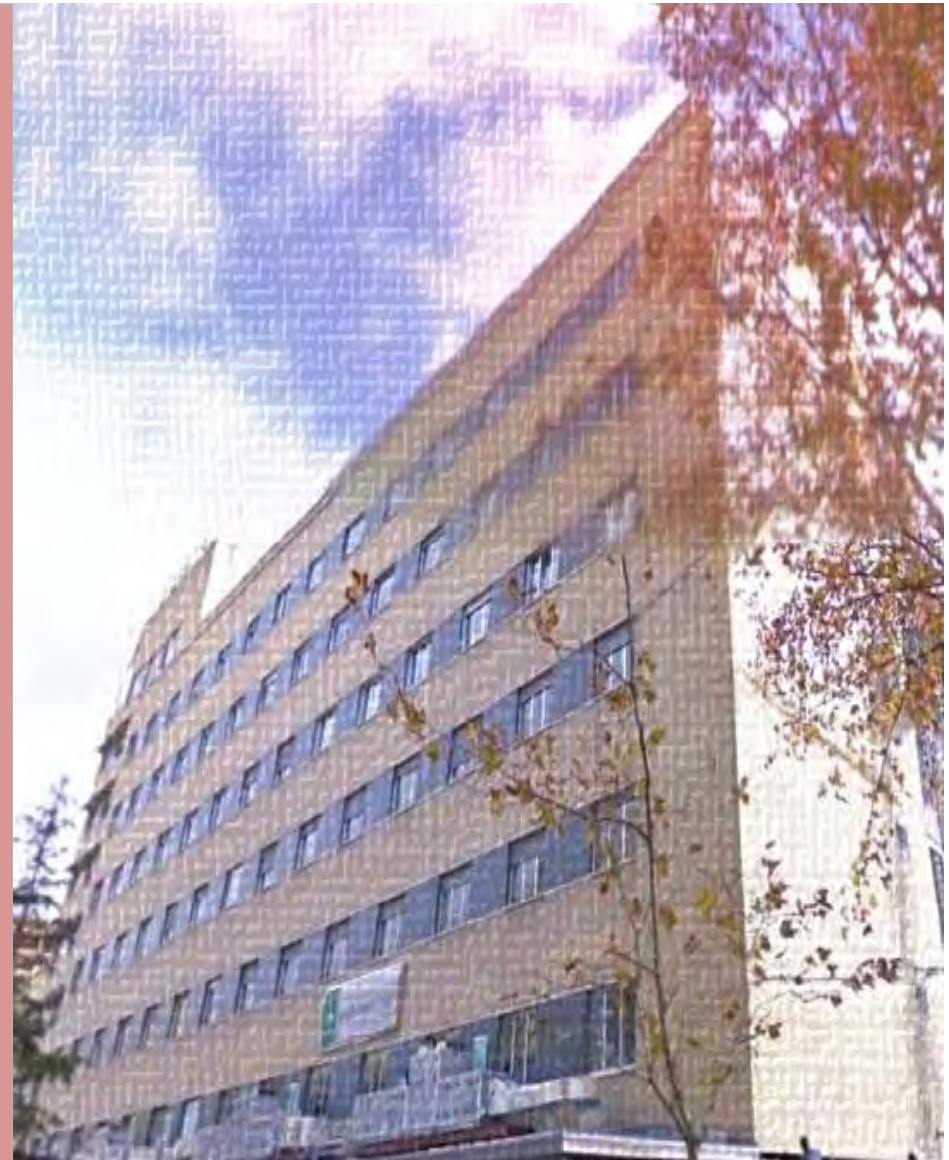


CONCLUSIONES



- Existe cierta **variabilidad** entre los distintos centros en las pautas de RIR.
- Se identifican **puntos comunes**, que podrían ser puntos de partida para crear protocolos de actuación unificados y estandarizados.
 - **SSF + Dextrosa 2,5%**
 - **10-20 cc/kg/h**

FACTORES RELACIONADOS CON EL INGRESO EN PACIENTES CON CONVULSIONES EN URGENCIAS



Patricia García Gálvez
Alba Henares Rodríguez
M^a José Salmerón Fernández
Juan Luis Santos Pérez.
Pediatria. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.



OBJETIVOS



ANALIZAR

- FACTORES RELACIONADOS CON EL INGRESO
- PACIENTES QUE ACUDIERON CON CONVULSIONES A URGENCIAS DE PEDIATRÍA
- ENTRE LOS AÑOS 2012-2013



METODOLOGÍA



TIPO DE ESTUDIO

- ANALÍTICO OBSERVACIONAL
- ALEATORIZACIÓN ESTRATIFICADA (INGRESO/NO INGRESO)
- CASOS Y CONTROLES
 - **CASOS:** INGRESAN
 - **CONTROLES:** NO INGRESAN
- 80 PACIENTES: 40 CASOS Y 40 CONTROLES



METODOLOGÍA



ANÁLISIS ESTADÍSTICO

- SE ANALIZÓ CON SOFTWARE SPSS 20
- SE CALCULARON ODDS RATIO (OR), INTERVALO CONFIANZA 95%
- χ^2 PARA EL CÁLCULO DE MEDIAS



METODOLOGÍA



RECOGIDA RETROSPECTIVA DE LAS SIGUIENTES VARIABLES

- ❖ EDAD
- ❖ SEXO
- ❖ ESTANCIA EN URGENCIAS (horas)
- ❖ AP Y TRATAMIENTO PREVIO
- ❖ FACTORES INFECCIOSOS
- ❖ EXPLORACIÓN: focalidad/no focalidad
- ❖ TEMPERATURA
- ❖ NUMERO DE CRISIS
- ❖ TIPO DE CRISIS: Febril/no febril. Generalizada/parcial simple/parcial compleja
- ❖ MEDICACIÓN ADMINISTRADA EN URGENCIAS
- ❖ PRUEBAS COMPLEMENTARIAS: Analítica, TAC, RM, EEG, ECOTF
- ❖ DIAGNÓSTICO AL ALTA



METODOLOGÍA



SE REALIZÓ ANÁLISIS MULTIVARIANTE

- **VARIABLE PRINCIPAL:**

- ❖ INGRESO/NO INGRESO

- **VARIABLES SECUNDARIAS:**

- ❖ EDAD
- ❖ SEXO
- ❖ ESTANCIA EN URGENCIAS (horas)
- ❖ AP Y TRATAMIENTO PREVIO
- ❖ FACTORES INFECCIOSOS
- ❖ EXPLORACIÓN: Focalidad /no focalidad.
- ❖ TEMPERATURA
- ❖ NUMERO DE CRISIS
- ❖ TIPO DE CRISIS, febril/no febril, Generalizada/parcial simple/compleja



RESULTADOS



MUESTRA DE 80 PACIENTES

- 40 CASOS (INGRESOS): **DE UN TOTAL DE 207 PACIENTES**
- 40 CONTROLES (NO INGRESOS): **TOTAL DESCONOCIDO**
- **SEXO:**
 - 51% VARONES
 - 49% MUJERES
- **EDAD:**
 - MEDIA **3.78 años** (MÁXIMO :14 años. MÍNIMO: días de vida)
 - 79% MENORES DE 5 años



RESULTADOS



VARIABLES **SIN** RELACIÓN ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVA CON PROBABILIDAD INGRESO

- ANTECEDENTES PERSONALES (**OR 0.453, p 0.501**)
 - ENFERMEDAD NEUROLÓGICA PREVIA
 - EPILEPSIA
 - CRISIS FEBRILES PREVIAS
 - OTRO TIPO DE PATOLOGÍA
- ESTANCIA EN URGENCIAS EN HORAS (**OR 1.239, p 0.538**)
- EDAD (**OR 3.66, p 0.056**)
- FACTORES INFECCIOSOS ASOCIADOS (**OR 2.532, p 0.282**)



RESULTADOS



VARIABLES **CON** RELACIÓN ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVA CON PROBABILIDAD INGRESO

- NÚMERO DE CRISIS (**OR 6.215, p 0.013, IC 95% 0.076-0.772**)
 - MAS DE UNA, MAYOR PROBABILIDAD DE INGRESO
- TRATAMIENTO PREVIO (**OR 7.5, p 0.006, IC95% 0.106-0.704**)
 - MAYOR PROBABILIDAD SI NO TENÍAN TRATAMIENTO; NO EPILEPSIA CONOCIDA
- EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS (**OR 5.115, p 0.024, IC95% 0.140-0.879**)
 - Si analítica Y TAC CRANEAL EN URGENCIAS, MAYOR PROBABILIDAD DE INGRESO
- TIPO DE CRISIS (**OR 35.208, p 0.0001, IC95% 0.008-0.121**)
 - EN GENERAL, PRIMER EPISODIO NO FEBRIL O MÁS EN UN EPISODIO FEBRIL
- FOCALIDAD NEUROLÓGICA (**OR 7.671, p 0.006, IC95% 0.351-0.582**).
 - MAYOR PROBABILIDAD DE INGRESO SI TENÍAN FOCALIDAD NEUROLÓGICA



RESULTADOS



RESUMEN DE RESULTADOS

- 78% < 5 años con igual distribución por sexo.
- No encontramos diferencias significativas para ingreso determinadas por:
 - EDAD.
 - ESTANCIA EN URGENCIAS.
 - CLÍNICA INFECCIOSA CONCOMITANTE.
(1/2 con datos de infección ingresan y 1/2, no)
 - ANTECEDENTES PERSONALES.
(1/2 con AP de patología neurológica previa ingresaron y 1/2, no)
- Sin embargo, si hemos objetivado mayor probabilidad de ingreso si:
 - PADECEN MÁS DE UNA CRISIS POR EPISODIO.
 - NO SON FEBRILES.
 - NO TIENEN TRATAMIENTO PREVIO PARA LAS CRISIS.
 - SE PIDEN EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS EN URGENCIAS.
 - ASOCIABAN FOCALIDAD NEUROLÓGICA.



RESULTADOS

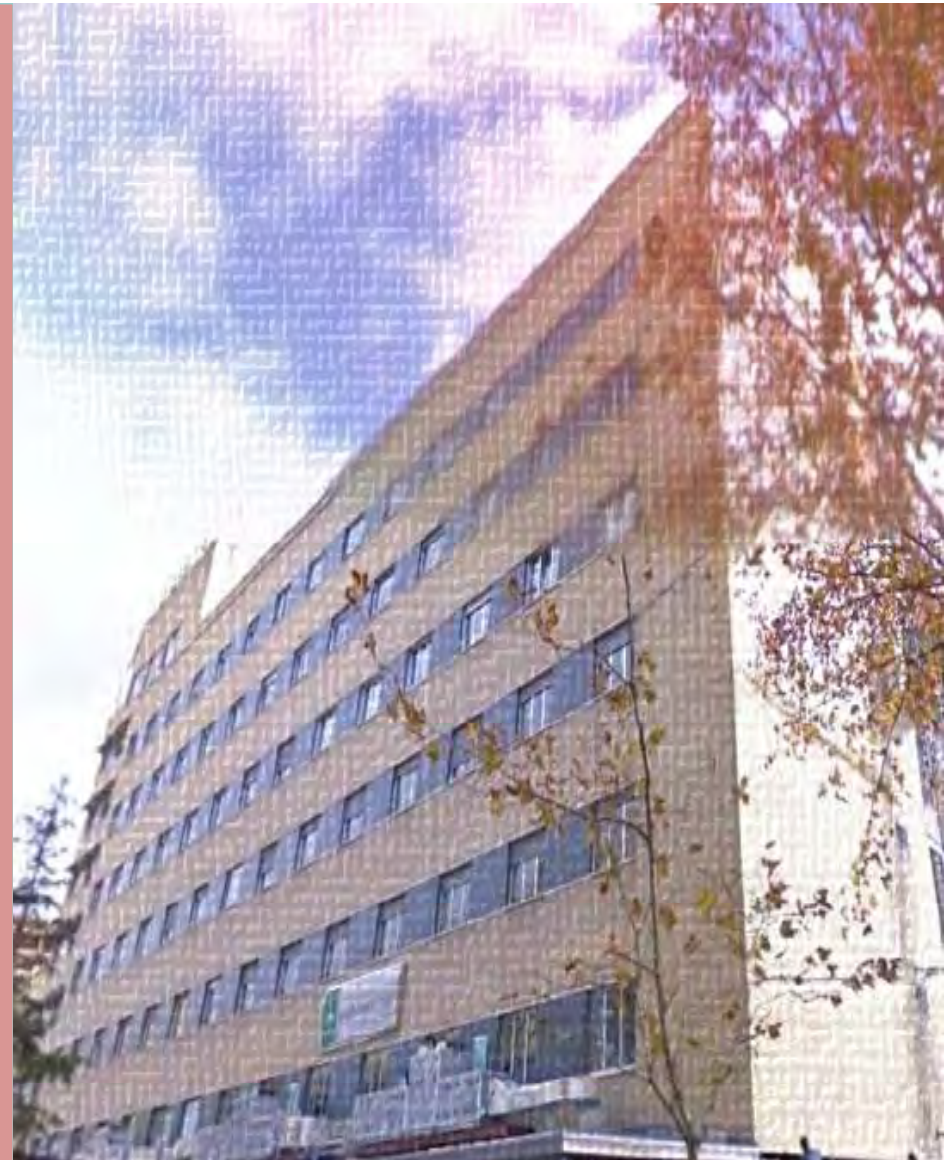


DISCUSIÓN

- Limitaciones de nuestro estudio: retrospectivo, muestra limitada.
- Según lo revisado en la literatura, existe gran variabilidad en cuanto a los criterios de ingreso, siendo los más frecuentes:
 - FOCALIDAD NEUROLÓGICA.
 - MENORES DE 2 AÑOS.
 - EXISTEN ANOMALÍAS ESTRUCTURALES EN EL TC.
 - SI SE PRODUCE MÁS DE UNA CRISIS.
 - PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO.
 - CRISIS FEBRIL ATÍPICA.
- Los resultados de nuestra muestra, por tanto, corroboran estas afirmaciones.
- Nuestro porcentaje de ingresos de crisis febriles es bajo, siendo menor del 2% (solo un único caso por crisis febril atípica), cumpliéndose por tanto los estándares de calidad establecidos por SEUP.



MUCHAS GRACIAS



Patricia García Gálvez
Alba Henares Rodríguez
M^a José Salmerón Fernández
Juan Luis Santos Pérez.
Pediatria. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.





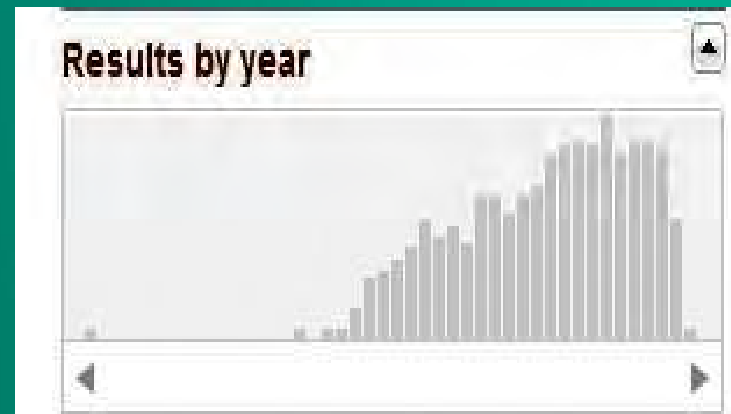
ENCUESTA NACIONAL SOBRE EL USO DE SEDOANALGESIA EN PROCEDIMIENTOS TRAUMATOLÓGICOS

Barasoain Millán A, Heras Sánchez E, Pérez-Somarriba Moreno M,
Notario Muñoz C, Patiño Hernández O, Lapeña Maján S

INTRODUCCIÓN

- Interés creciente. Incremento referencias bibliográficas.

Pubmed (1971-2013)



- GT Sedoanalgesia (SEUP) 2004-2010: “Evolución de la Analgesia y Sedación en Urgencias de Pediatría en la última década”

OBJETIVOS

PRIMARIO

- Uso clínico de sedo-analgésia en la realización de procedimientos traumatológicos a nivel nacional.

SECUNDARIOS

- Calidad y seguridad antes, durante y tras el procedimiento.
- Pautas farmacológicas más habituales.
- Interés profesional y formación.

Los autores
de este
estudio
niegan
cualquier
conflicto de
interés

Manejo sedo-analgésico pediátrico en procedimientos traumatología

Responsable: Dr. Alberto Barasoain (abarasoain@fhacoroon.es)
Hospital Universitario Fundación Alcorcón (Madrid)

Código Postal del Centro Hospitalario

Puesto que desempeña

- Pediatra de Urgencias
 Pediatra con Guardias en Urgencias
 No Pediatra con Guardias en Urgencia
 Other:

Iniciales médico*

(únicamente para evitar duplicación información de centros)

Nivel hospitalario al que pertenece el centro

Años de experiencia en Pediatría:

(incluido MIR)

Tiempo de experiencia en sedo-analgésico

(años)

DISEÑO

- Estudio descriptivo de corte transversal (Enero 2014)
- Formato: Encuesta on-line multiopción de carácter voluntario.
- **Ámbito: Miembros SEUP**

PARTICIPACIÓN



HOSPITALES

n: 119 respuestas

•62 hospitales

↓ ↓
Nivel3/Ref. Nivel2/Comarcal
60,5% 33,1%

PERFIL MÉDICO

Pediatra de urgencias
(64,7%)

TIEMPO EXPERIENCIA

Pediatría

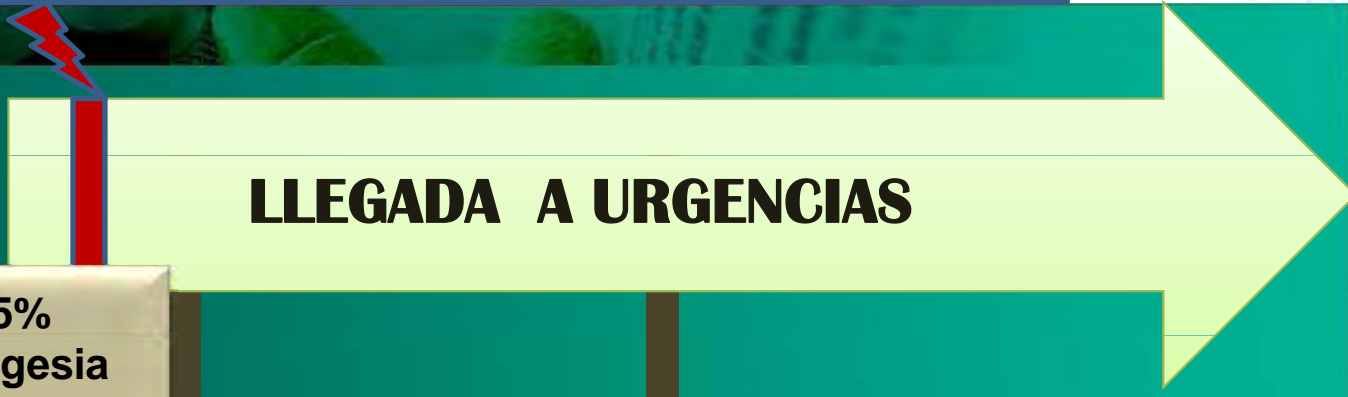
13 ±0,75 a.

Sedoanalgesia:

5,65 ±0,39 a.



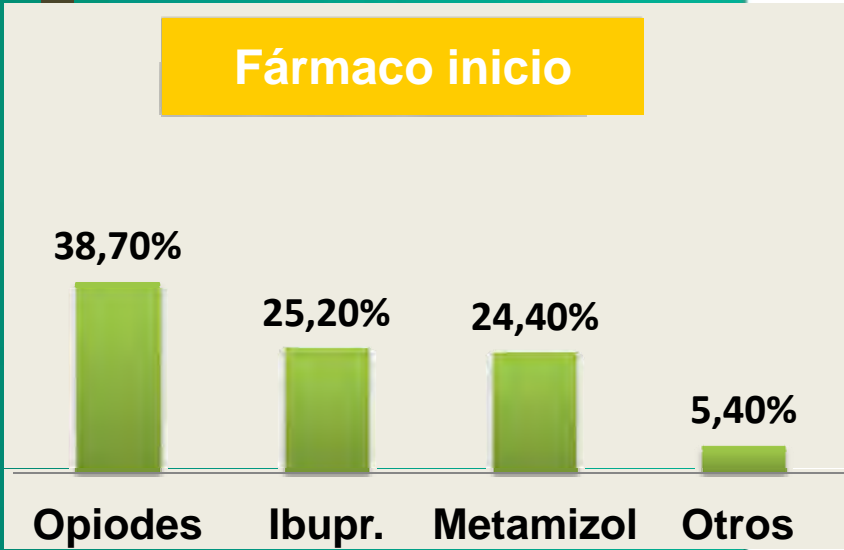
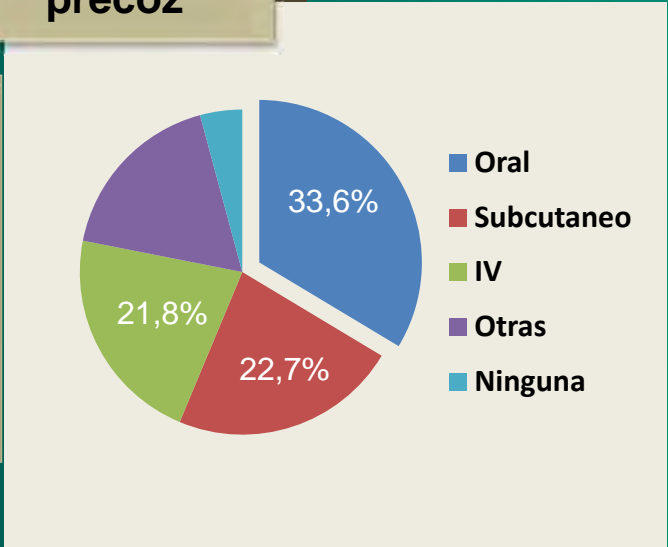
MANEJO INICIAL



LLEGADA A URGENCIAS

95%
Analgesia
precoz

V
Í
A



69,8% facultativos opinan que existe **ESCASA** percepción del dolor !

PREPARACIÓN



AYUNO PREVIO

PROCEDIMIENTO



•Pediatria

- Indicación: 70,6 % casos
- Realización: 89,1 % casos
- Sólo en 63,3% se permite siempre acompañamiento familiar.

Consentimiento informado

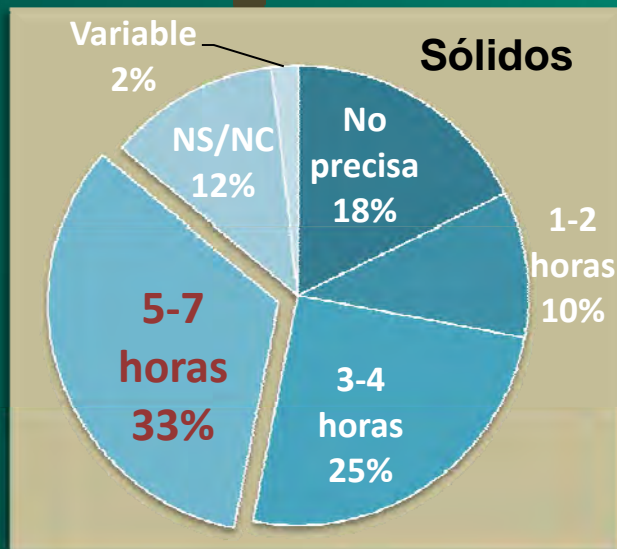
Si	No	Solo a veces
45,4 %	26,9 %	27,7 %

PREPARACIÓN



AYUNO PREVIO

PROCEDIMIENTO



•Pediatria

- Indicación: 70,6 % casos
- Realización: 89,1 % casos
- Sólo en 63,3% se permite siempre acompañamiento familiar.

Consentimiento informado

Si	No	Solo a veces
45,4 %	26,9 %	27,7 %

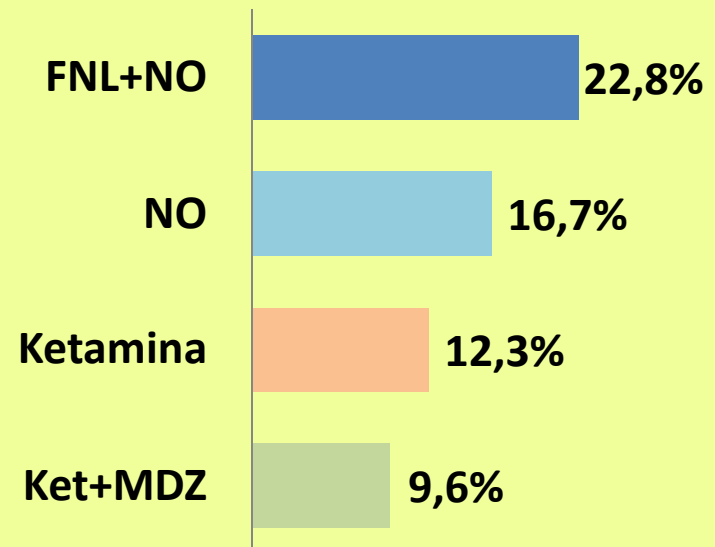
EVALUACION PROCEDIMIENTO

SEGURIDAD

	% de cumplimiento
Protocolo escrito	55,5 %
✓ Hoja de recogida de datos	57,1%
✓ Monitorización continua	89,1 %
✓ KIT RCP avanzada	100%

- 23,5% participantes describen Efectos adversos

PAUTA FCOS



- Vía admon: IV:51,7% IM: 20,7%
- **Un 20% de pautas carecen de un analgésico mayor!!**

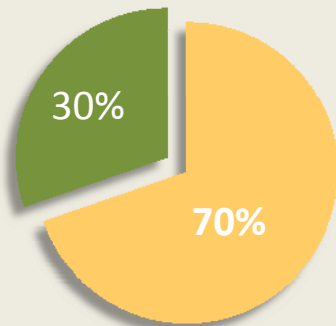
MANEJO POSTSEDACIÓN



TRAS SEDOANALGESIA

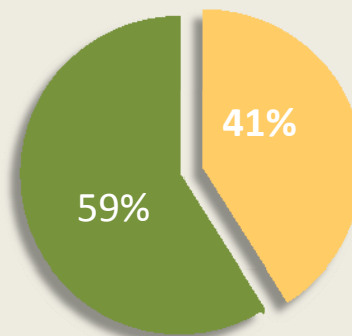
Circuito postsedación

SI NO



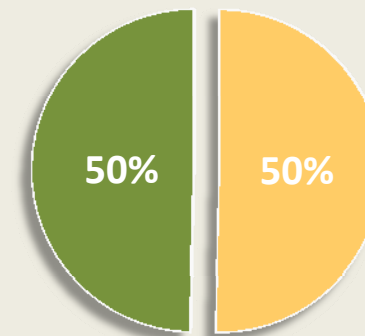
Hoja informativa

SI NO



Escala Prealta

SI NO



ANALISIS POR CENTRO

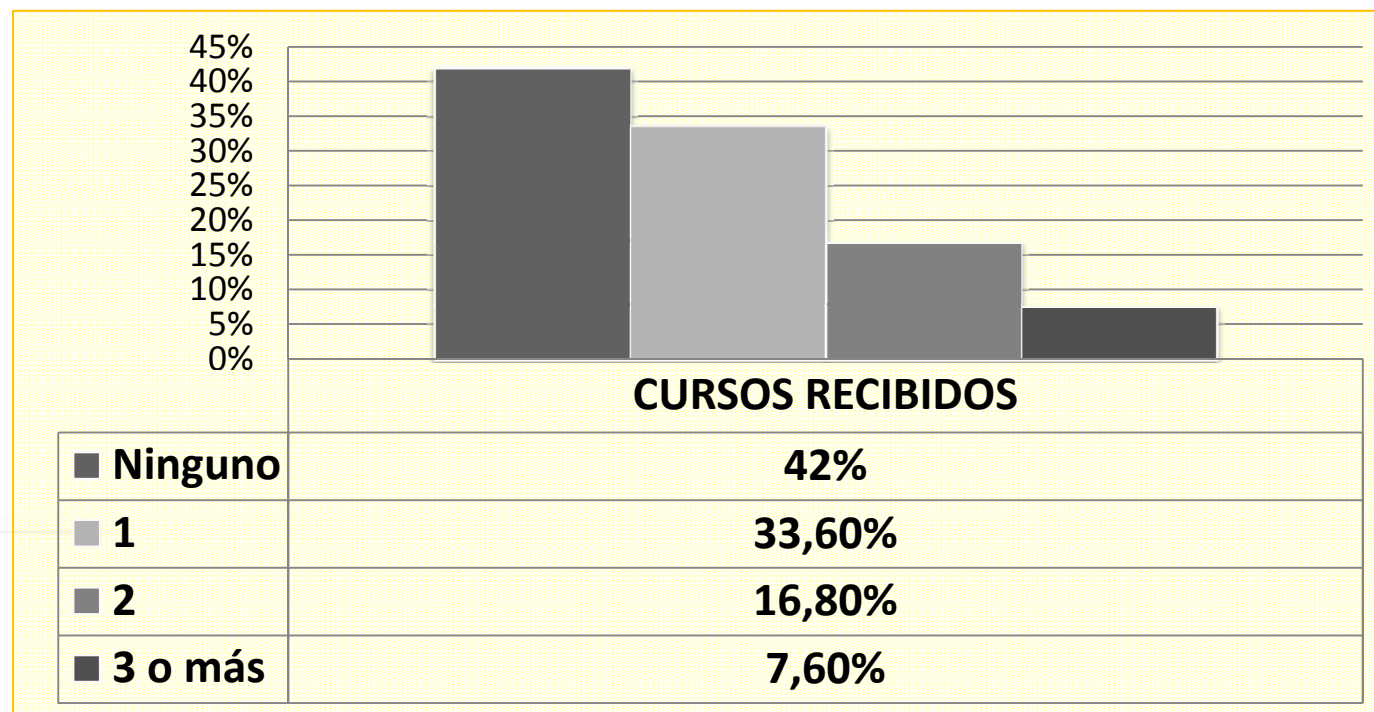


Diferencias por tipo de hospital

	Hospital Terciario	Hospital Secundario	p significación
Protocolo redactado	64,4%	41,9%	0,021
Consentimiento informado	58,9%	23,3	0,014
Hoja procedimiento	65,8%	41,9%	0,016
Circuito post-sedación	76,7%	58,1%	0,039
Hoja informativa	45,2%	18,6%	0,005
Analgesia inicial vo	23,3%	53,5%	0,004

- No diferencias: Indicación procedimiento, acompañamiento familiar, monitorización, kit RCP disponible, pauta farmacológica, escala prealta, docencia recibida.

FORMACIÓN Y DOCENCIA



FORMACIÓN MIR

- 30,5% imparten formación específica en Analgesia y Sedación.

VS

INTERÉS

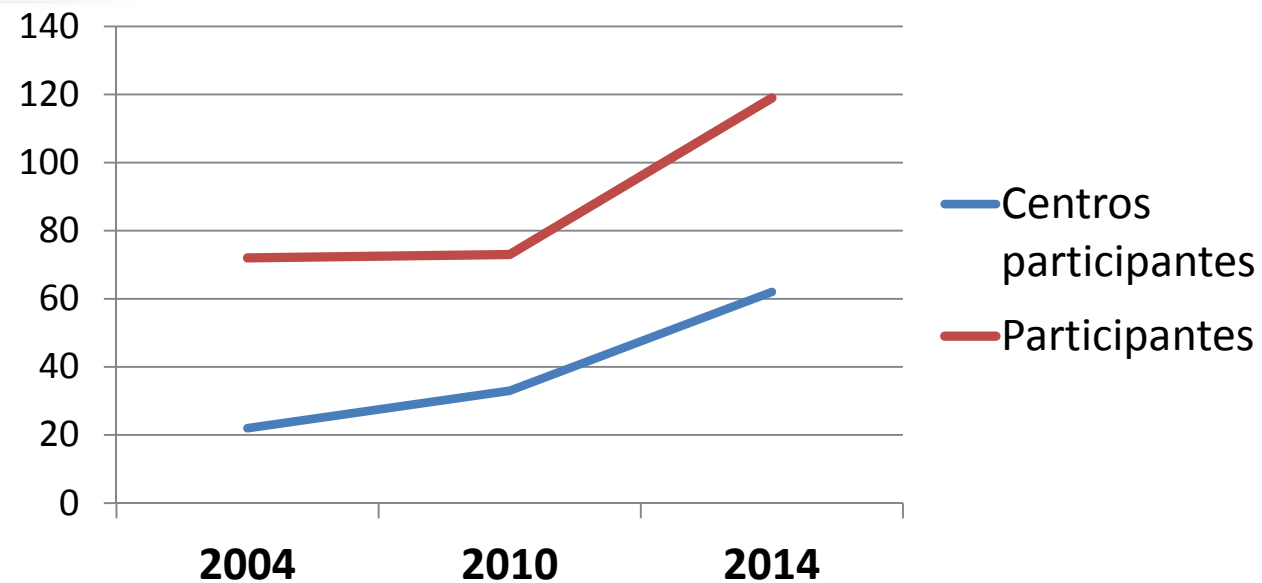
- 88,2% desearían tener más conocimientos y competencias.

LIMITACIONES

- Formato parcial cerrado del tipo de estudio (encuesta)
- Problemas de representatividad:
 - Alta participación de algunos centros.
 - Selección positiva de centros con nivel elevado de complejidad

CONCLUSIONES

- Se observa un incremento en el interés sobre el manejo del dolor traumatológico infantil



CONCLUSIONES

- Se detectan áreas de mejora en relación a las recomendaciones actuales (*Guidelines AAP y ASA*) de manera global, aunque especialmente en centros de nivel secundario.

	% cumplimiento
Protocolo escrito	55,5%
Formulario recogida datos	57,1%
Consentimiento informado	45,4%
Pauta adecuada fcos.	80%
Titulación fcos.	61%
Acompañamiento familiar	63,3%
Circuito post-sedacion	69,7%

- Interés profesional contrasta con la escasa formación.

Gracias por la atención !!



TRAUMATISMO DENTAL ¿QUÉ HAY DESPUÉS DE LA ATENCIÓN HOSPITALARIA?

F. Vázquez Gómez, C. Nova Lozano, C. E. García Soria, M.
T. Pinilla Martín, D. Blázquez Gamero, M. Marín Ferrer

TRAUMATISMO DENTAL

- Aquel en el que existen lesiones dentales, paradentales, con integridad o no del diente, pudiendo quedar éste parcial o totalmente desplazado de su posición habitual.



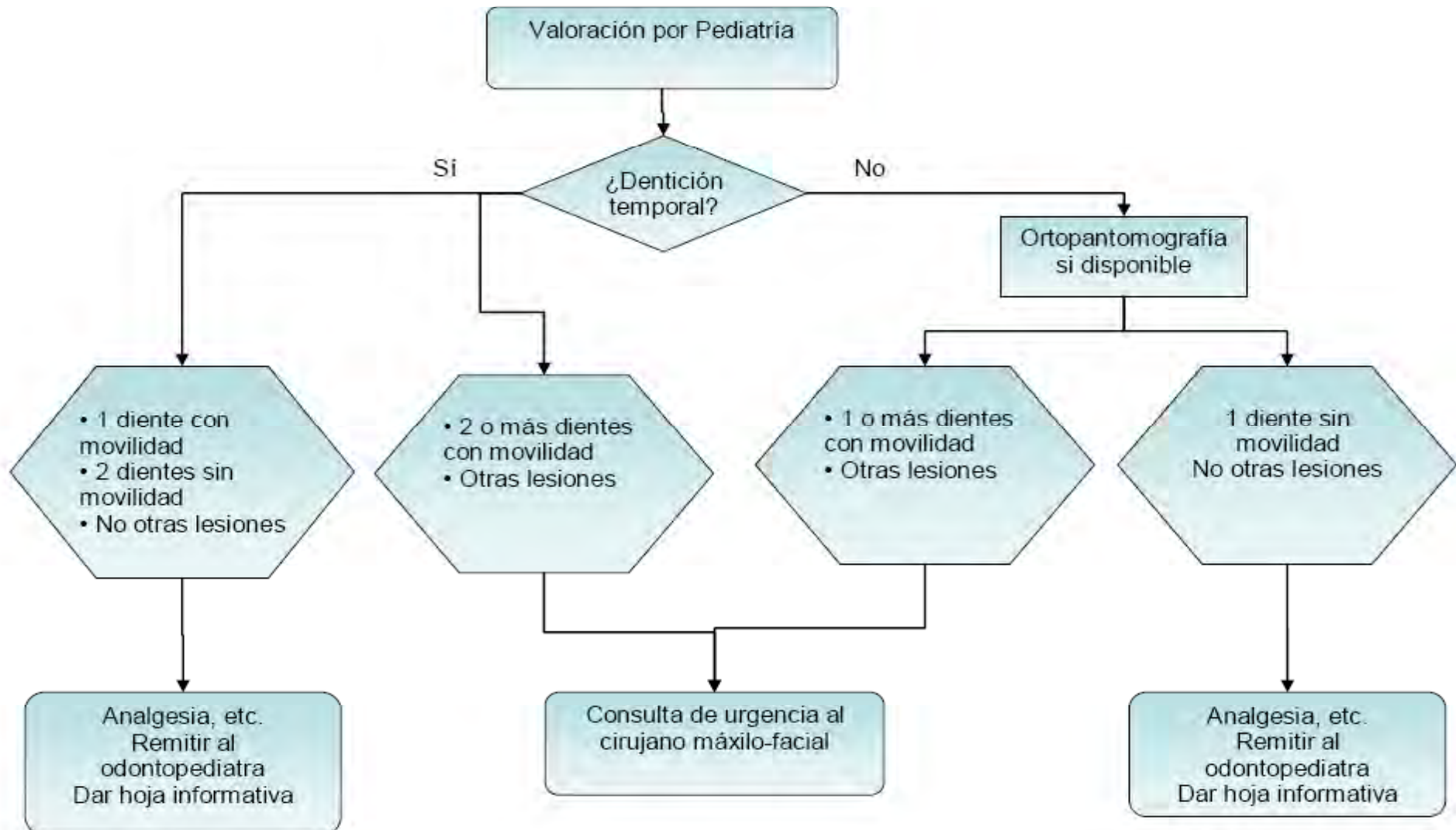
OBJETIVO

- Estudiar la respuesta y el manejo del odontopediatra en pacientes que sufren un traumatismo dental.
 - Frecuencia de consulta al odontólogo tras atención en el Servicio de Urgencias de un hospital terciario.
 - Manejo y seguimiento de los pacientes por parte del Odontopediatra.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Estudio descriptivo retrospectivo
- Se incluyeron 96 niños de entre 0 y 15 años que consultaron por trauma dental en Urgencias del H. 12 de Octubre entre septiembre y diciembre de 2013
- En todos se siguió el protocolo elaborado y aprobado conjuntamente con C. Maxilofacial en 2010

PROTOCOLO TRAUMA DENTAL



MATERIAL Y MÉTODOS

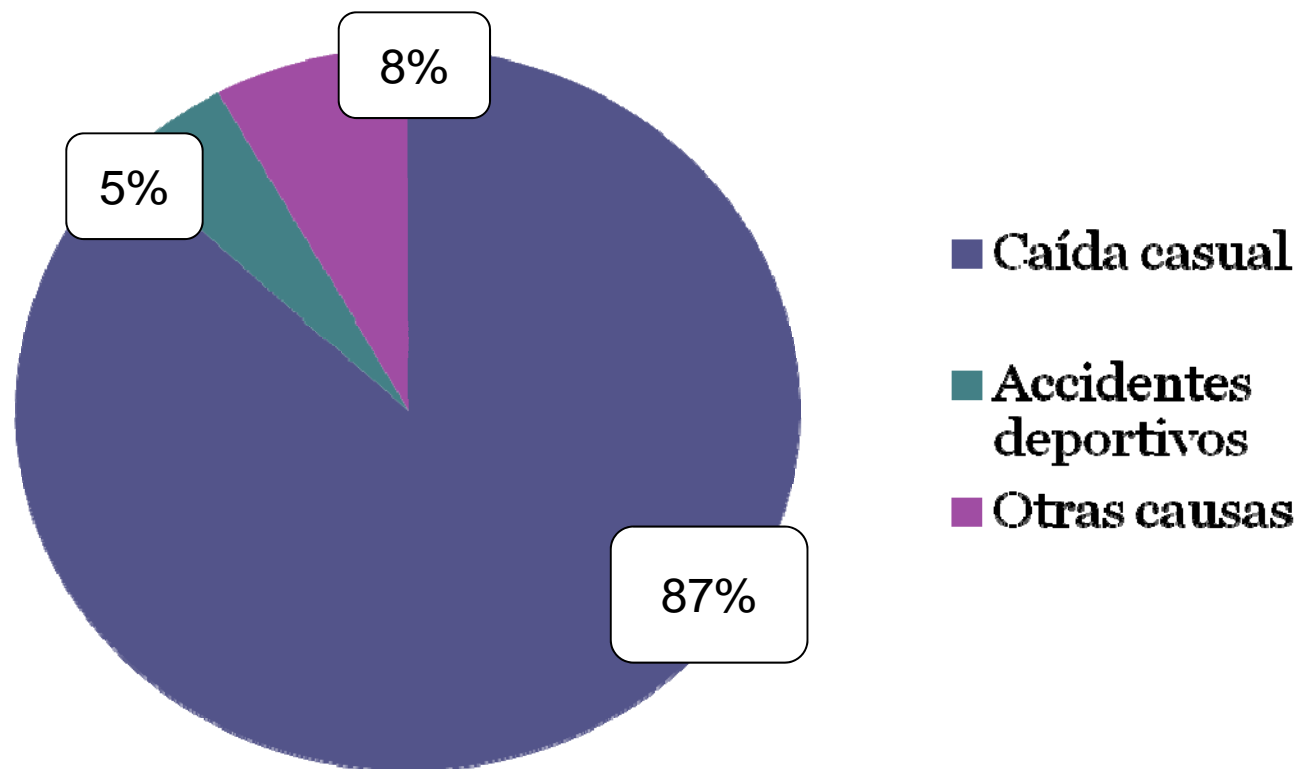
- Mediante revisión de la historia clínica y entrevista telefónica se recogieron los siguientes datos:
 - Demográficos
 - Etiología del traumatismo
 - Tipo de dentición afecta
 - Tratamiento recibido en Urgencias
 - Visita al odontopediatra y actuación del mismo
 - Repercusión posterior

RESULTADOS

- De los 96 pacientes que consultaron por traumatismo dental, respondieron a la encuesta telefónica 82 (85,4%):
 - El 62% varones
 - Media de edad: 4 años y 3 meses
 - 38% derivados de otro hospital

RESULTADOS

ETIOLOGÍA DEL TRAUMA DENTAL



RESULTADOS

- DENTICIÓN AFECTA

DENTICIÓN DECIDUAL (76,6%)



INCISIVOS CENTRALES
SUPERIORES (85,1%)

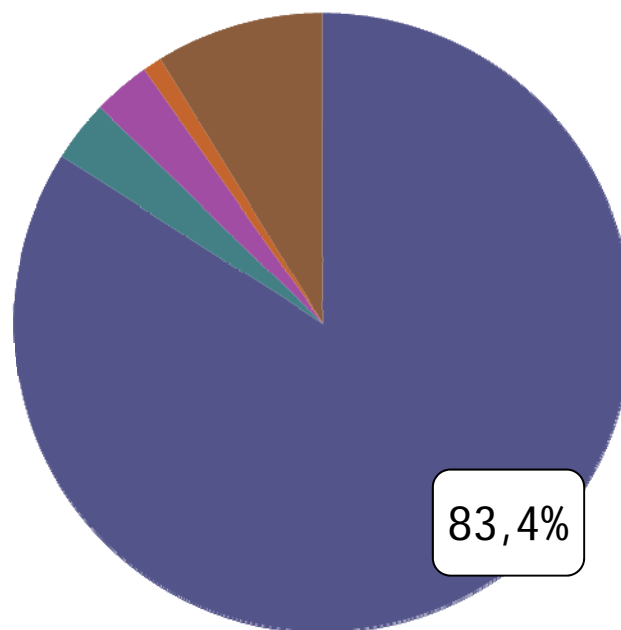


RESULTADOS

- ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

**56% PEDIATRÍA
EXCLUSIVAMENTE**

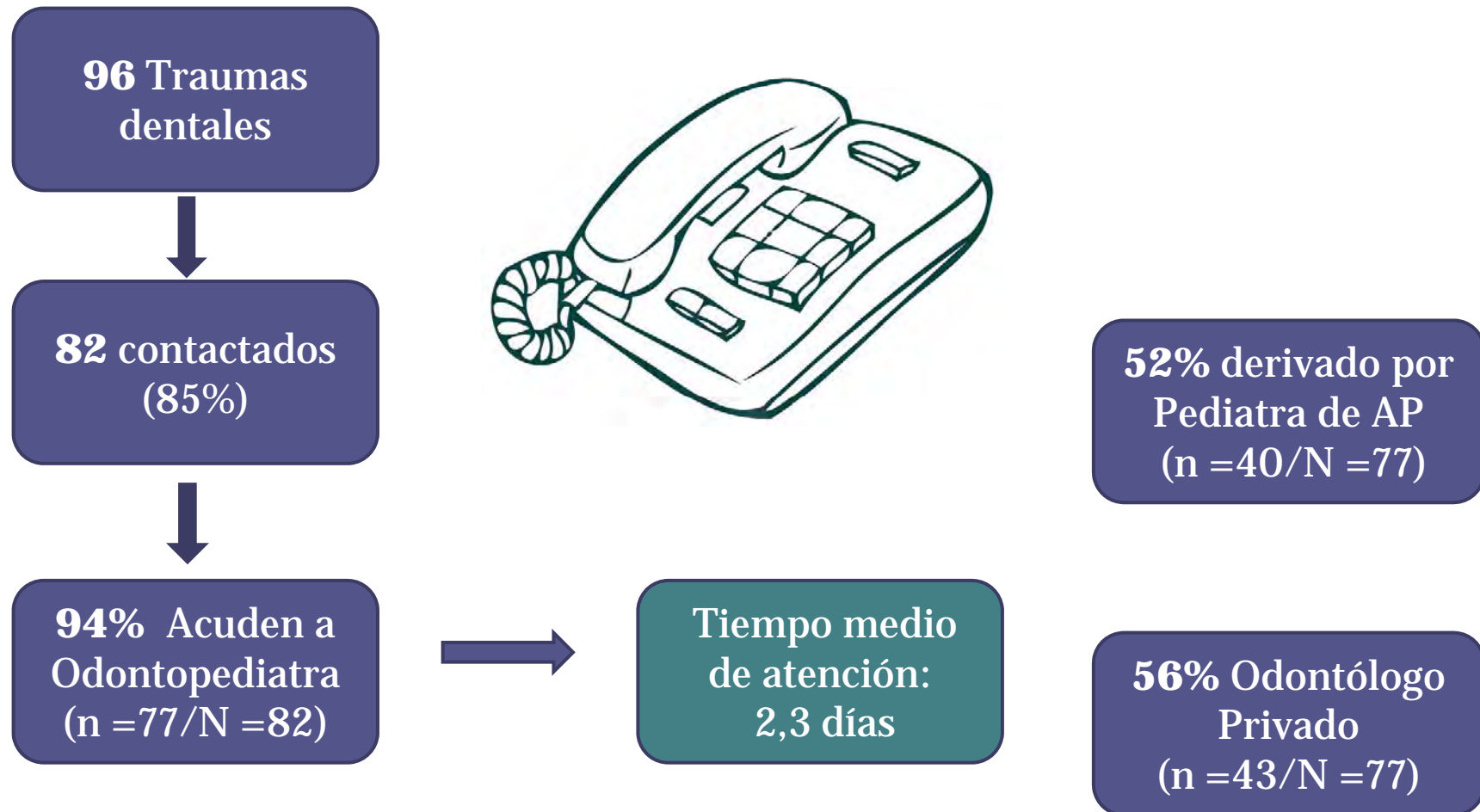
**44% PEDIATRÍA +
C. MAXILOFACIAL**



- Tto conservador
- Sutura gingival
- Ferulización
- Extracción
- Otros



RESULTADOS ENCUESTA TELEFÓNICA



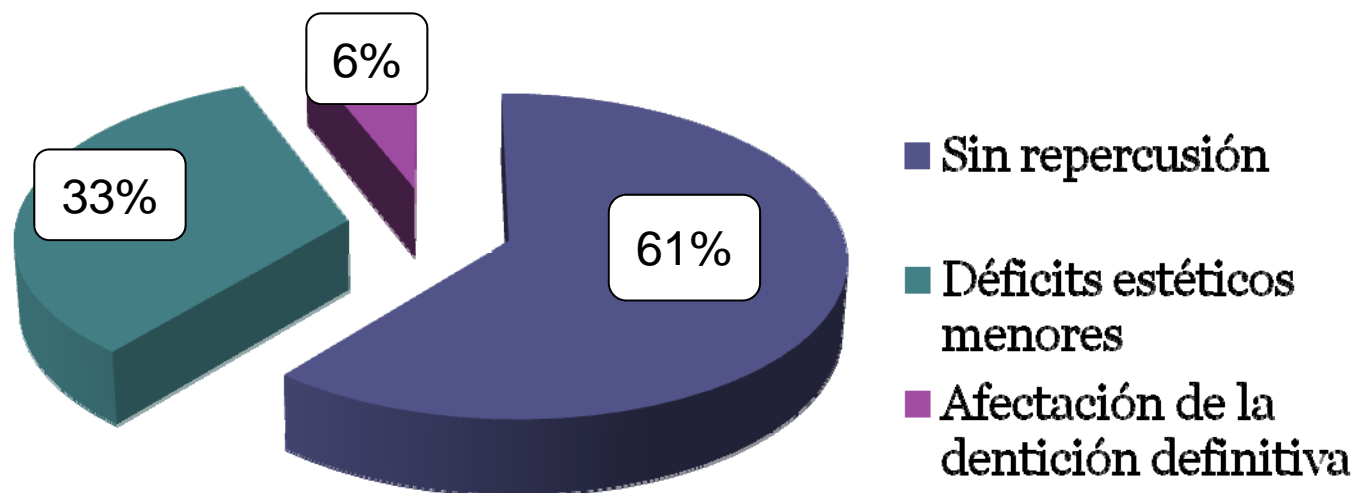
RESULTADOS

- ACTUACIÓN DEL ODONTOPEDIATRA:
 - Radiografía de confirmación: 35 %
 - Tratamiento conservador: 80%
 - Intervención: 20%
 - Exodoncia: 9%
 - Ferulización: 7,7%



RESULTADOS

- EVOLUCIÓN POSTERIOR



CONCLUSIONES

- El traumatismo dental es un motivo de consulta y derivación a hospitales de referencia relativamente frecuente
- La gran mayoría requieren, exclusivamente, tratamiento conservador siguiendo el protocolo de la Unidad
- La visita al odontopediatra siempre se incluye como recomendación a los padres, siendo seguida por la mayoría de éstos
- El manejo por parte de estos especialistas es, en su mayor parte igualmente conservador



¡MUCHAS GRACIAS!

Identificación de áreas de mejora en la formación en Urgencias de Pediatría mediante la simulación

*Mintegi S, Benito J, Azkunaga B, González M, Ballesteros Y, Gómez B
Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Cruces*

Conflicto de intereses

- Ninguno que declarar

Evolución Simulación H. Cruces

Inicio



2008

Junio
2013

Formulario de evaluación de simulacros

Nombre del alumno que actúa como líder *

Año de Residencia *

- Residente de primer año
- Residente de segundo año
- Residente de tercer año
- Residente de cuarto año realizando la especialidad
- Residente externo de otro hospital
- Residente de Familia
- Estudiante de medicina
- Otros:

Si se trata de un estudiante de medicina/MIR externo/MIR de Familia, indicar nombre, apellido y curso/año de residencia

Nombre del instructor *

Fecha de simulacro *

Month Day 2014

Tipo de simulacro *

- Simulación de emergencia
- Simulación de diagnóstico
- Simulación de habilidades
- Simulación de comunicación
- Simulación de liderazgo
- Simulación de trabajo en equipo
- Simulación de toma de decisiones
- Simulación de resolución de problemas
- Simulación de habilidades técnicas
- Simulación de habilidades blandas
- Simulación de habilidades de comunicación
- Simulación de habilidades de liderazgo
- Simulación de habilidades de trabajo en equipo
- Simulación de habilidades de toma de decisiones
- Simulación de habilidades de resolución de problemas
- Simulación de habilidades de habilidades técnicas
- Simulación de habilidades de habilidades blandas



2010

SIMBABY 28 de Octubre de 2010

SIMBABY durante casi dos horas:

Natalia Pizarro: única médica que hizo SIMBABY. Hace dos simulacros: croup y coronavirus. Total. La mayoría experimentada es notable. Se comenta con ella los posibles aspectos de...

Beatriz Pacheco: TCE con pérdida de conciencia. Aproximación adecuada, cierta confusión en algunos momentos al dar órdenes muy rápidas y alguna problema con el... comentamos los aspectos con ella. Cuando participo como enfermera, se... a los órdenes que el médico debía haber dado.

Natalia García (Guastigo de Cerepofalo): intoxicación sistémica. Experiencia previa en cursos no incorporados a la jornada laboral. aproximación adecuada, enfoque correcto. Problemas en el cambio de situación. Se comenta con ella.

Laura Elorriaga: hipertensión y asma. Aproximación adecuada. Órdenes correctas. Algun problema con el O2 y el monitor. Se comentan estos aspectos con ella.

Santi Mintegi

Objetivos

- **Identificar, a través de la simulación robótica, áreas de mejora en la formación de los Médicos Internos Residentes (MIRes) y estudiantes de Medicina en relación a**
 - **la aproximación al paciente grave en un Servicio de Urgencias Pediátrico (SUP) y**
 - **el manejo de patologías habituales en este área.**

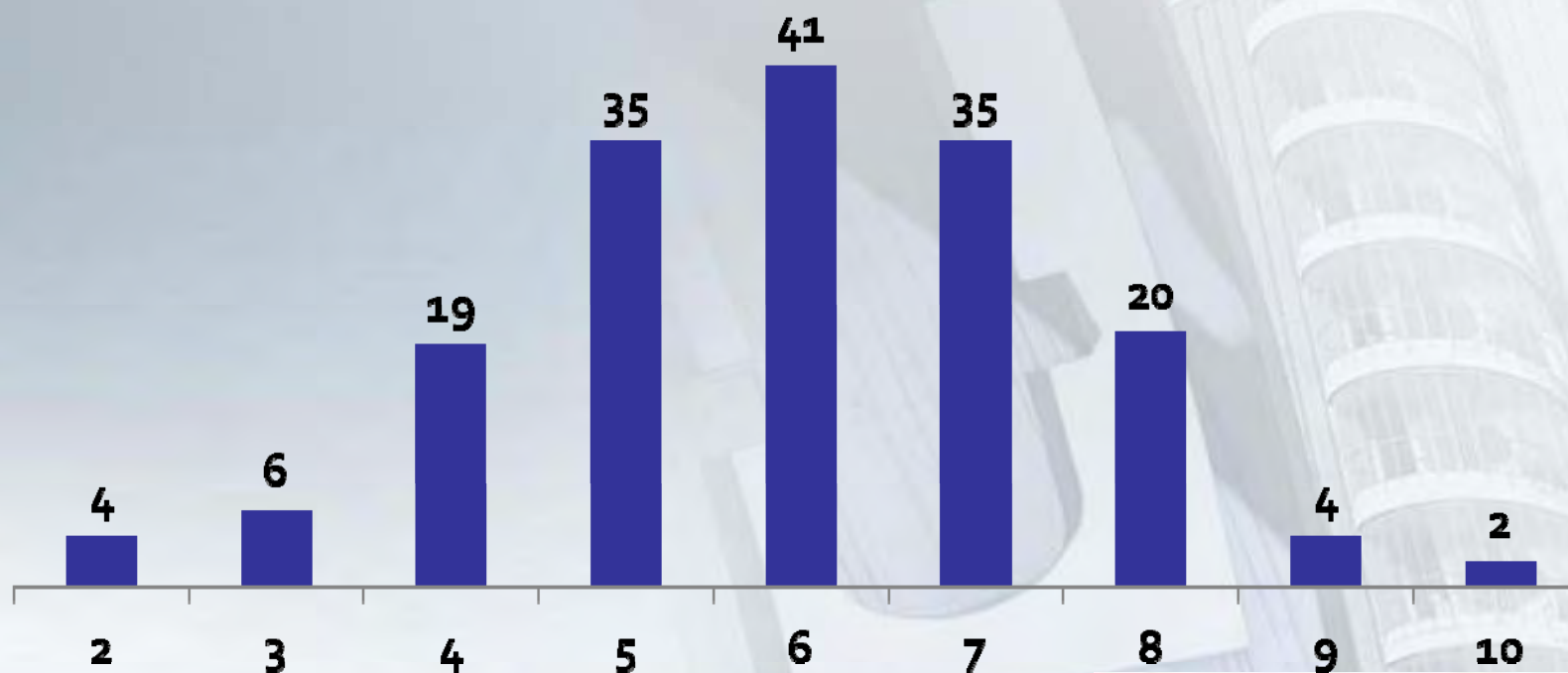
Metodología



- Seis instructores, Pediatras de urgencias
- MIRes, Estudiantes Medicina
- Escenarios prediseñados Simbaby®.
- Análisis de la evaluación por colectivos:
 - Diferentes ítems
 - comunes aproximación/ABC
 - específicos de cada simulacro.
 - Desempeño global

Resultados

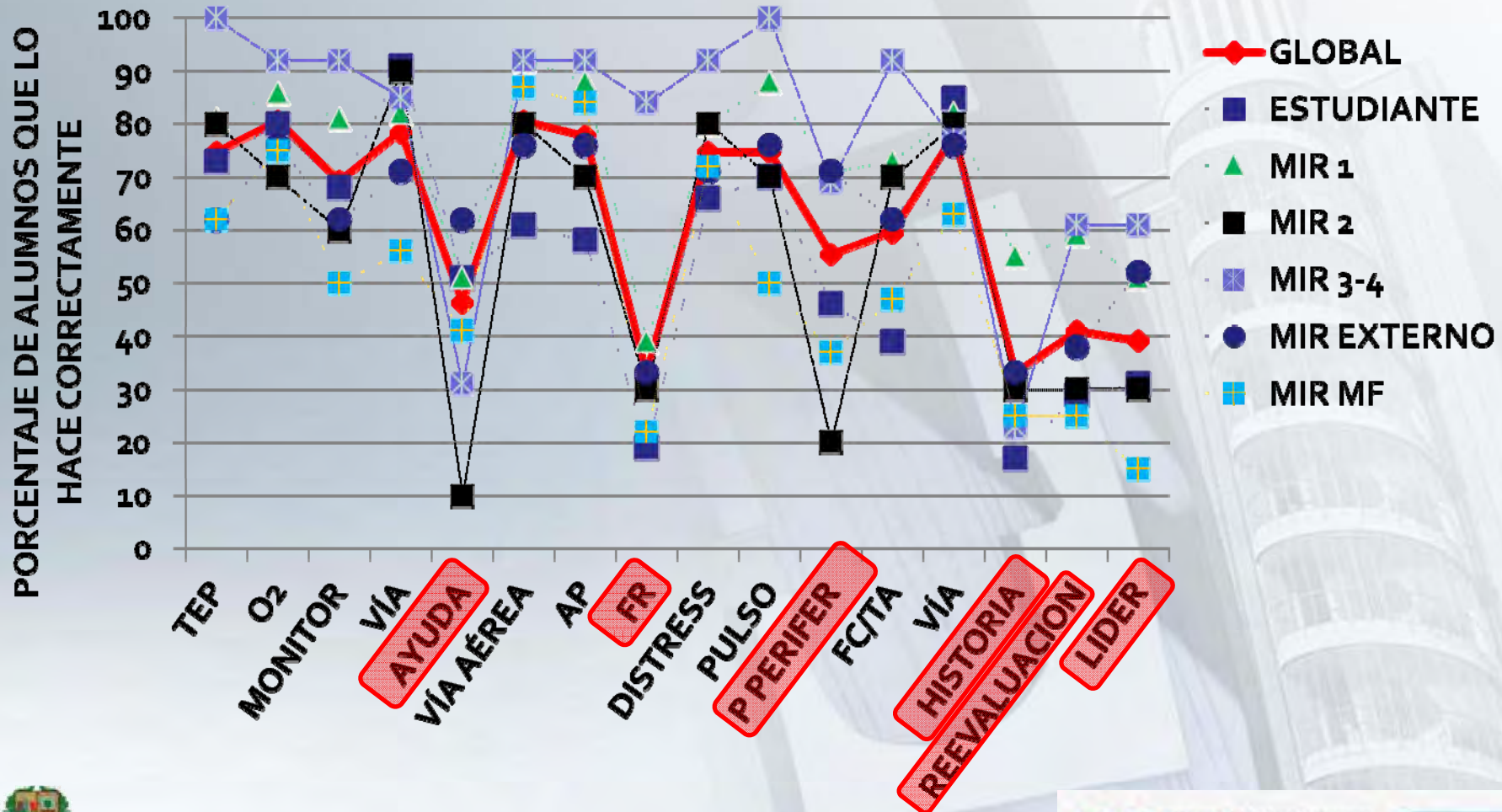
En los siete primeros meses, 166 ejercicios.
Puntuación media= $5,9 \pm 1,5$



Aspectos generales del paciente crítico: TEP, Estabilización inicial, ABC



Aspectos generales del paciente crítico: TEP, Estabilización inicial, ABC



Resultados

Actual

Escenarios con un peor
bal

Glucem

Prueba

Preven

Hallazg

Técnica

TPSV

Convulsión

Laringitis

Deshidratación

Puntuación global media:

- Muy similar para cinco de los instructores (rango: 5.6-6.1).
- La del sexto fue de 6.7

Limitaciones

- No multicéntrico
 - Diseño de episodios
 - Capacitación de estudiantes y MIR

Conclusiones

- La simulación robótica en Urgencias de Pediatría permite identificar aspectos de mejora en la formación médica pre-grado y post-grado
- La introducción de una herramienta evaluativa objetiva ha permitido homogeneizar la valoración entre los distintos instructores.

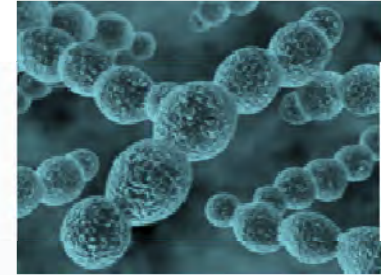
¿Qué añade este estudio?

- La simulación robótica identifica aspectos de mejora tanto personales como colectivos



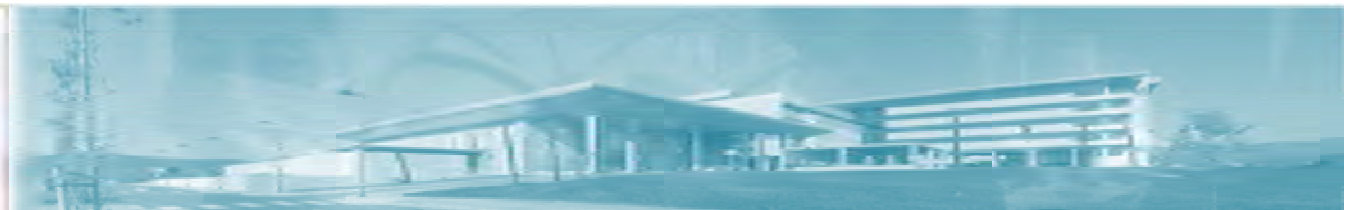
Gracias





Intértrigo estreptocócico: ¿Todavía infradiagnosticado?

Andrea Álvarez García
Residente de 2º año de Pediatría
Hospital Universitari Son Espases
Palma de Mallorca



Estreptococo beta-hemolítico del grupo A (EBHGA)

➤ Infecciones cutáneas comunes en la infancia

- Impétigo
- Ectima
- Celulitis
- Erisipela
- Periproctitis

➤ Infecciones graves invasivas

- Bacteriemia
- Sepsis
- Shock tóxico



INTÉRTRIGO

■ El intertrigo:

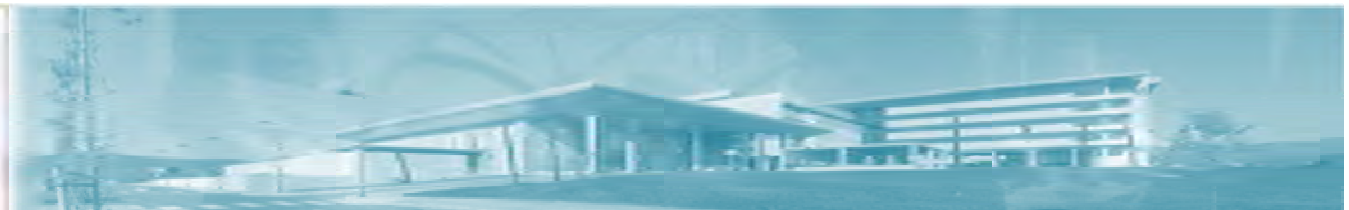
- Es una dermatosis o enfermedad de los pliegues de la piel.

FACTORES FAVORECEDORES

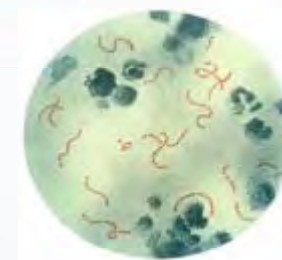
- Dermatitis atópica
- Lesiones que alteren la barrera cutánea

■ Se manifiesta en forma de:

- Enrojecimiento, erupción, maceración de la piel, fisuras, exudado...
- Provoca ardor o prurito intenso...



CAUSAS INFECCIOSAS DE INTÉRTRIGO



■ **Cándida Albicans:**

- Causa infecciosa más frecuente de intertrigo.
- Es frecuente la coinfección con estafilococo.

■ **Streptoco del grupo A:**

- Menos frecuente.
- Debe incluirse en el diagnóstico diferencial de las infecciones cutáneas, especialmente en **lactantes y niños pequeños**.



CASO CLÍNICO 1



CASO CLÍNICO 2



CASO CLÍNICO 3



CASO CLÍNICO 1



CASO CLÍNICO 2



CASO CLÍNICO 3



EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS Y TRATAMIENTO

■ Pruebas complementarias:

- Test de diagnóstico rápido de EBHGA del exudado **POSITIVO**.
- Cultivo del exudado **POSITIVO PARA EBHGA**.
- Caso 1 Hemocultivo **POSITIVO PARA EBHGA**.



■ Plan:

- Tratamiento:
 - Caso 1: IV Amoxicilina-Clavulánico. Posteriormente Amoxicilina oral.
 - Casos 2 y 3: oral con Amoxicilina-Clavulánico.
- Tratamiento tópico:
 - Caso 1: Inicialmente Clotrimazol + Mupirocina. Al alta Ketoconazol.
 - Casos 2 y 3: Valerato de betametasona con ácido fusídico. Clotrimazol.

■ Evolución:

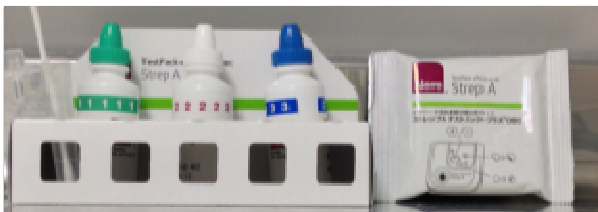
- Favorable en todos los casos.



COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

1

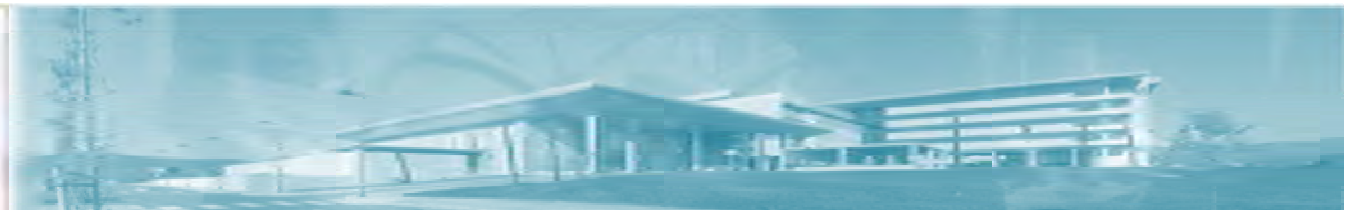
1. Es fundamental el diagnóstico de sospecha.
2. Pensar en etiología estreptocócica si:
 - Dermatitis de color rojo intenso, húmeda y bien delimitada **sin lesiones satélites.**
 - Evolución rápida.
 - No responde a tratamiento antifúngico o esteroideo tópico.
3. El **Test de diagnóstico rápido de EBHGA** del frotis cutáneo de la lesión → valiosa herramienta de apoyo diagnóstico en urgencias.
4. El diagnóstico se confirma con cultivo del exudado cutáneo.



COMENTARIOS Y CONCLUSIONES 2

5. El tratamiento consiste en:

- Antibioticoterapia con amoxicilina +/- clavulánico oral o sistémica.
- Asociaremos antibiótico tópico.
- Si existen antecedentes de dermatitis atópica → Se pueden asociar antifúngicos y corticoides tópicos de baja potencia.

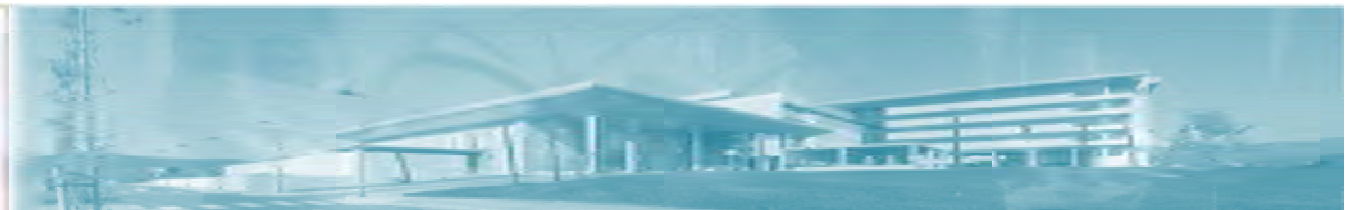


COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

3

6. El diagnóstico y tratamiento antibiótico precoz:

- Produce mejoría rápida de las lesiones.
- Disminuye la posibilidad de complicaciones invasivas graves.
- Evita complicaciones a largo plazo por infección EBHGA (fiebre reumática y glomerulonefritis).



BIBLIOGRAFÍA

1. Honig P.J. *et al.* Streptococcal intertrigo: an underrecognized condition in children. *Pediatrics* 2003;112:1427–1429.
2. Neri I. *et al.* Streptococcal intertrigo. *PediatricDermatoly*2007;24:577–578.
3. Silverman R.A., Schwartz R.H. Streptococcal intertrigo of the cervical folds in a five-month-old infant. *Pediatric InfectiousDiseaseJournal*2012;31:872–873.
4. Janniger C.K., *et al.* Intertrigo and common secondary skin infections. *Am FamPhysician*2005;72:833–838.
5. López-Corominas V. *et al.* Streptococcuspyogenes cervical intertrigo withsecondary bacteriemia. *PediatricDermatology* 2014; 31(2) 71-2. doi: 10.1111/pde.12256. Epub 2014 Jan 23



GRACIAS

