

ARTÍCULO ESPECIAL

Resúmenes de comunicaciones largas (seleccionadas) del Congreso de la SEUP

CALIDAD DE LA ATENCIÓN PROPORCIONADA EN URGENCIAS AL LACTANTE MENOR DE 3 MESES CON FIEBRE SIN FOCALIDAD. Lejarzegi A¹, Velasco R², Gómez B¹, Andina D³, Mintegi S¹. ¹Hospital Universitario Cruces. Barakaldo, Bizkaia. ²Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. ³Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

Introducción y objetivos. Los indicadores de calidad son herramientas para monitorizar la atención proporcionada a los pacientes. A pesar de las guías de práctica clínica existentes, existe una gran variabilidad en el manejo de los lactantes febriles ≤ 90 días en los Servicios de Urgencias Pediátricas (SUPs), siendo una de las razones la falta de estándares de atención validados. El objetivo de este estudio es diseñar indicadores de calidad para el manejo de los lactantes ≤ 90 días con fiebre sin foco (FSF) en el SUP.

Metodología. Estudio multicéntrico avalado por la Red de Investigación de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría que incluye a 24 SUPs españoles. Primera fase: los 5 investigadores principales, tras revisar la literatura existente, elaboraron mediante la técnica de “brainstorming” vía teleconferencia una lista inicial de estándares de atención en el lactante ≤ 90 días con FSF. Segunda fase (método Delphi): el listado se difundió vía correo electrónico a todos los participantes en el estudio, que evaluaron la relevancia clínica de cada estándar utilizando una escala de Likert de 7 puntos. Se incluyeron en la lista final aquellos que recibieron una puntuación ≥ 4 por al menos el 70% de los participantes. Tercera fase: los investigadores principales, en colaboración con expertos en calidad, diseñaron un indicador de calidad para cada uno de los estándares de atención seleccionados. Los indicadores fueron diseñados para cubrir los seis dominios de la Calidad Asistencial (Seguridad, Eficacia, Eficiencia, Atención centrada en el paciente, Equidad y Oportunidad). Finalmente, se consideraron esenciales aquellos indicadores con una puntuación ≥ 4 por al menos 4 de los 5 investigadores principales.

Resultados. Se establecieron 20 indicadores de calidad relacionados con la organización (1), triaje (2), proceso diagnóstico (9), tratamiento (6) y disposición (2), cubriendo los seis dominios de la Calidad Asistencial. Se consideraron indicadores esenciales los siguientes: disponer de un protocolo de manejo en el SUP, realizar un análisis de orina a todos los lactantes, obtener un hemocultivo a todos los lactantes y administrar antibioterapia a los lactantes con mal estado general.

Conclusiones. A través de un método estandarizado, hemos elaborado una lista de indicadores de calidad para el manejo de estos pacientes en Urgencias, considerando esenciales 4 de ellos. Esta puede ser la base para la implementación de medidas correctoras y la mejora continua de la calidad.

CÓDIGO ICTUS PEDIÁTRICO: ¿QUÉ HEMOS APRENDIDO?

Jové Blanco A¹, González Posada AF², Ruiz Domínguez JA³, Baron González de Suso L², De Miguel Cáceres C³, Vázquez López M¹. ¹Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ³Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción. La activación del Código Ictus Pediátrico (CIP) precisa de la identificación precoz de síntomas sugestivos de ictus, que permite realizar una intervención precoz en centros especializados y disminuir las secuelas neurológicas.

Objetivos. Comparar los síntomas y signos que provocaron la activación del CIP de pacientes con diagnóstico de ictus frente a aquellos que finalmente presentaron otros diagnósticos (*stroke mimics*), así como describir el tratamiento y secuelas neurológicas de los pacientes con ictus.

Metodología. Estudio observacional, retrospectivo, multicéntrico de casos y controles. Se incluyeron menores de 16 años en los que se activó CIP (marzo/2019- enero/2022). Se consideraron casos aquellos con diagnóstico de ictus y controles los que recibieron otros diagnósticos. Se utilizan porcentajes para las variables cualitativas y medianas con rango intercuartílico (RIC) para las cuantitativas. Se utilizaron los tests Chi-cuadrado y U de Mann-Whitney para el análisis de asociación entre variables.

TABLA 1. Síntomas y signos de activación de CIP.

	Casos (N= 33)	Controles (N= 118)	p
Síntomas			
Alteración sensitiva/ motora-cara/miembros	13 (39,4%)	25 (21,2%)	p0,033
Disminución nivel conciencia	8 (24,2%)	6 (5,1%)	p0,003
Cefalea y alteración visual	5 (13,5%)	32 (27,1%)	p0,158
Dificultad habla/comprensión	3 (9,1%)	11 (9,3%)	p0,968
Crisis focal	3 (9,1%)	15 (12,7%)	p0,761
Cefalea y alteración habla	1 (3%)	22 (18,6%)	p0,028
Signos			
Déficit motor	20 (62,5%)	37 (31,9%)	p0,002
Afasia	11 (36,7%)	24 (20,5%)	p0,064
Desconexión del medio	9 (28,1%)	10 (8,6%)	p0,007
Déficit sensitivo	6 (19,4%)	26 (22,2%)	p0,732
Disartria	4 (13,3%)	18 (15,4%)	p0,077

Resultados. Se activó CIP en 151 pacientes, 33 (21,85%) correspondieron a casos y 118 (78,14%) a controles. Del total de CIP activados, se registraron 15 ictus isquémicos (5,4%), 16 hemorrágicos (5,7%) y 2 trombosis de senos venosos (0,7%). La mediana de edad fue de 9,30 años (RIC 6,63-12,96), siendo 17 (51,5%) mujeres.

Los síntomas de activación se describen en la [Tabla 1](#). Los pacientes con ictus presentaron con más frecuencia alteraciones en la EF (97% vs 75,4%, $p < 0,01$) ([Tabla 1](#)).

Se instauró tratamiento en 16 pacientes (48,5%). Entre los pacientes con ictus isquémico, 2 (13,3%) requirieron trombólisis, 1 (6,7%) trombectomía y 1 (6,7%) exanguinotransfusión. Doce (75%) ictus hemorrágicos requirieron tratamiento neuroquirúrgico.

El 54,5% (18) de los ictus presentaron secuelas neurológicas, fundamentalmente hemiplejía (13 [76%]) y afasia (4 [23,5%]). Presentaron secuelas con mayor frecuencia aquellos que precisaron tratamiento neuroquirúrgico (54,4% vs 45,5%, $p0,001$) y los no candidatos a tratamiento (21,1% vs 0,8%, $p0,001$). La presencia de secuelas no se relacionó con el tiempo transcurrido desde la activación hasta la neuroimagen en el centro de referencia de CIP (mediana: 63,09 minutos sin secuelas, 293,20 minutos con secuelas, $p0,16$). Fallecieron 2 pacientes (6,1%).

Entre las limitaciones, destacan su carácter retrospectivo y el número reducido de pacientes con ictus.

Conclusiones. Según nuestra serie, la pérdida de fuerza y disminución del nivel de conciencia son hallazgos sugestivos de ictus pediátrico. Dada la morbimortalidad asociada, es fundamental mejorar la formación en la detección de los síntomas de alarma.

INFECCIÓN BACTERIANA GRAVE EN LACTANTES MENORES DE 3 MESES CON FIEBRE SIN FOCO RECIENTEMENTE VACUNADOS. Barreiro Parrado AM, López E, Fernández-Uria A, Lejarzegi A, Gómez B, Mintegi S. *Hospital Universitario Cruces. Barakaldo, Bizkaia.*

Introducción. Las recomendaciones publicadas recientemente por la Academia Americana de Pediatría sobre la evaluación y el manejo de lactantes de 8 a 60 días de edad con fiebre excluyen los lactantes vacunados en las 48 horas anteriores, por no existir evidencia suficiente de su manejo más adecuado.

Objetivo. Comparar la prevalencia de infección bacteriana invasiva (IBI) e infección del tracto urinario (ITU) en lactantes de 42-90 días de edad, con fiebre sin foco (FSF) vacunados en las 48 horas anteriores y aquellos no recientemente vacunados.

Método. Análisis secundario de un registro prospectivo incluyendo todos los lactantes ≤ 90 días de vida con FSF atendidos en un Servicio de Urgencias de Pediatría (SUP). Analizamos los lactantes de 42-90 días de edad atendidos entre 2010 y 2021. Se excluyeron los recién nacidos prematuros. Los lactantes fueron clasificados en dos grupos: recientemente inmunizados (RI, vacunación en las 48 horas previas a la visita al SUP) y no recientemente inmunizado (no-RI). Comparamos la prevalencia de IBI (aislamiento de un patógeno bacteriano en sangre o líquido cefalorraquídeo) e ITU (urocultivo con crecimiento ≥ 10.000 UFC/ml + leucocituria y/o nitrituria) en ambos grupos.

Resultados. Registramos 1.490 episodios correspondientes a lactantes de 42-90 días nacidos a término con FSF. La información sobre la vacunación reciente estaba disponible en 1.448 (97,1%): 174 (12,0%) en el grupo RI y 1.274 (88,0%) en el grupo no-RI. El 77,6% de los lactantes del grupo RI había recibido la inmunización el mismo día que comenzó la fiebre.

En total, 272 (18,7%) fueron diagnosticados de ITU y 18 (1,2%) de IBI (10 ITU con bacteriemia asociada, 7 bacteriemia oculta y 1 sepsis). La prevalencia de ITU fue significativamente menor en el grupo RI [6,9% vs 20,4% en el grupo no-RI, $p < 0,01$; Odds Ratio: 0,28 (IC 95%: 0,15-0,52)]. Ningún lactante del grupo RI fue diagnosticado de IBI [vs 18 del grupo no-RI (1,4%), $p = 0,15$].

Conclusiones. Aunque la prevalencia de ITU en lactantes de 42-90 días de edad con FSF vacunados dentro de las 48 horas anteriores es más baja que en aquellos no recientemente vacunados, parece apropiado mantener en ellos la recomendación de descartar la ITU. La prevalencia de IBI también fue menor entre los lactantes recientemente vacunados. Si estudios posteriores confirman este hallazgo, se debería reconsiderar la recomendación de realizar análisis de sangre de forma sistemática en estos lactantes.

MANEJO MÁS CONSERVADOR DE FRACTURAS EN RODETE EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA. Carmona Núñez A, Daghoum E, López E, San Emeterio RM^a, Mojás A, Fernández A. *Hospital Universitario Cruces. Barakaldo, Bizkaia.*

Introducción. Las fracturas en rodete (FR) de extremidad superior (ES) son fracturas estables, su desplazamiento es infrecuente y el pronóstico, excelente. Existe evidencia que indica que el tratamiento idóneo es la inmovilización con una férula antebraquial, con retirada 2-3 semanas después sin precisar seguimiento por Traumatología ni control radiológico.

Objetivo. Analizar la factibilidad, seguridad e idoneidad del manejo más conservador de las FR de ES por parte de pediatras de un Servicio de Urgencias (SU).

Método. Un equipo de trabajo multidisciplinar consensuó el cambio en el protocolo de manejo: férula en lugar de yeso y tiempo de inmovilización < 3 semanas. Se registraron, prospectivamente, durante 8 meses, los pacientes diagnosticados de FR por el pediatra de Urgencias y el manejo recibido (factibilidad). Como variables de control (seguridad e idoneidad): cambios de diagnóstico por Traumatología, cambios de inmovilización, duración de la misma, retorno a Urgencias por problemas derivados de la fractura, necesidad de intervención quirúrgica posterior y secuelas de la fractura.

Resultados. Durante el periodo de estudio se atendieron en nuestro SU 28.284 pacientes, de los cuales 3.592 fueron pacientes con traumatismo periférico. Se registraron 219 pacientes diagnosticados por el pediatra de FR de ES. Más de la mitad eran mayores de 8 años.

Factibilidad: 208 (95%) recibieron una férula como tratamiento.

Variables de control (seguridad e idoneidad): se cambió el diagnóstico tras la consulta con Traumatología en 17 (7,8%), se cambió la inmovilización en el control del traumatólogo 15 días después en 10 (5%), la inmovilización se mantuvo > 3 semanas en el 53,4% y 7 pacientes reconsultaron en Urgencias (salida del yeso 2; férula deteriorada 3, dolor 1). Todos los pacientes evolucionaron bien, ninguno requirió corrección quirúrgica ni presentó secuelas.

Conclusiones. El manejo de las fracturas en rodete con férula antebraquial por parte de pediatras de Urgencias es factible, seguro e idóneo. Debe considerarse la participación de los médicos que realizan el seguimiento de estos pacientes para adecuar el tiempo de inmovilización de la fractura.

SÍNDROME DE BURNOUT EN PEDIATRAS QUE TRABAJAN EN URGENCIAS HOSPITALARIAS. Rivas García A¹, Ferrero García-Loygorri C¹, Pérez Villena A², Acedo Alonso Y³, González Salas E⁴, Romero Castillo E⁵, Orejuela Ribera A⁶, Fernández Álvarez R⁷, García Herrero M⁸, Muñoz Lozón A⁹, de la Rosa Sánchez D¹⁰, del Río Martínez P¹¹, Plana Fernández M¹², Gómez Barrena V¹³, Mohedas Tamayo A¹⁴, Hinojosa Mateo C¹⁵, Velasco Zúñiga R¹⁶, Coderch Ciurans C¹⁷, Ruiz Domínguez JA¹⁸, González Peris S¹⁹, Angelats Romero CM²⁰, Pociello Almiñana N²¹, Pizá Oliveras A²², Alonso Cadenas JA²³, Parra i Cotanda C²⁴, Olaciregui Echenique I²⁵, Pons Morales S²⁶, Baltasar Navas C²⁷, Yáñez Mesía S²⁸, Reyes Balcells M²⁹, Gilabert Iriondo N³⁰, Santos Pérez JL³¹, Moralo García S³², Plaza Fraga G³³. ¹Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Hospital Universitario Infanta Sofía. San Sebastián de los Reyes, Madrid. ³Hospital Universitario Cruces. Barakaldo, Bizkaia. ⁴Hospital Universitario de Salamanca. ⁵Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz. ⁶Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona. ⁷Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón, Asturias. ⁸Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Madrid. ⁹Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. ¹⁰Hospital Universitario Insular de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria. ¹¹Hospital de Mendara. Gipuzkoa. ¹²Hospital Universitario Barbastro. Huesca. ¹³Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ¹⁴Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid. ¹⁵Hospital

Universitario del Tajo. Aranjuez, Madrid. ¹⁶Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. ¹⁷Consorci Sanitari de Terrassa. Barcelona. ¹⁸Hospital Universitario La Paz. Madrid. ¹⁹Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. ²⁰Hospital Francés de Borja. Gandía, Valencia. ²¹Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida. ²²Hospital Universitario Mutua de Terrassa. Barcelona. ²³Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid. ²⁴Hospital Universitario Sant Joan de Déu. Barcelona. ²⁵Hospital Universitario Donostia. Gipuzkoa. ²⁶Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. ²⁷Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ²⁸Hospital Universitario A Coruña. ²⁹Hospital Universitario Sant Pau. Barcelona. ³⁰Hospital Universitario Son Espases. Illes Balears. ³¹Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ³²Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. ³³Hospital Universitario Basurto. Bilbao, Bizkaia.

Introducción. Los profesionales de la salud parecen una población especialmente sensible a padecer el síndrome de Burnout (SBO). En el caso de Pediatría, los sanitarios se ven implicados con la atención integral del niño y la familia, por lo que la respuesta emocional puede ser más acusada. Además, los Servicios de Urgencias constituyen lugares generadores de estrés.

Objetivos. Describir la prevalencia de SBO entre los médicos pediatras que realizan actividad asistencial en Urgencias de Pediatría y analizar su asociación con diferentes factores sociofamiliares, demográficos, laborales y de recompensa.

Metodología y resultados. Estudio de encuestas transversales multicéntrico desarrollado entre los médicos con actividad en Urgencias de Pediatría (dedicación completa, parcial o guardias) durante la época prepandémica. Se estimó un tamaño muestral de 170 encuestas.

La variable resultado, presencia de Burnout, se evaluó con la escala *Maslach Burnout Inventory* para personal sanitario validada en español.

Como variables independientes: factores sociofamiliares, demográficos, laborales y de recompensa, agrupados de modo jerárquico en 3 niveles (individuo, hospital y Comunidad Autónoma [CC. AA.]).

Tras el análisis descriptivo y univariable, se crearon varios modelos mixtos de regresión logística multivariable y multinivel, introduciendo secuencialmente las covariables de los diferentes niveles jerárquicos con asociación al SBO determinada en el univariable.

En el modelo completo se incluyen, además del efecto aleatorio de los diferentes niveles, el efecto fijo de todas las covariables con asociación estadísticamente significativa detectada en los modelos previos.

Se reclutaron 32 hospitales de 12 CC. AA., incluyéndose 392 participantes (respuesta: 84,1%). La prevalencia del SBO fue 36,5% (IC95%: 31,7-41,2%). En el análisis multivariable, el modelo completo se evidenció como el más ajustado según el criterio de información de Akaike (AIC). El índice de correlación intraclase se redujo hasta no mostrar variabilidad entre hospitales tras introducir las covariables dependientes de este nivel (ICC= 0,000) y muy ligeras entre CC. AA. (ICC= 0,008). Las covariables con asociación significativa con SBO en el modelo completo se muestran en la [Tabla 2](#).

TABLA 2.

	OR (IC95%)	p valor
Sin círculo de amigos	2,57 (1,10-5,97)	0,029
Problemas laborales y en otros ámbitos	3,06 (1,60-5,88)	0,001
Tiempo trabajado ≤ 9 años	2,31 (1,37-3,90)	0,002
Profesionalmente reconocido por compañeros	0,48 (0,30-0,79)	0,004
Profesionalmente reconocido por jefe inmediato	0,62 (0,41-0,93)	0,023
Urgencias dependen del Servicio de Pediatría	3,81 (1,85-7,85)	< 0,001
Siempre hay un especialista en Urgencias de guardia	3,53 (1,62-7,73)	0,002
≥ 28 Urgencias por médico de guardia y día	2,05 (1,01-4,16)	0,048

Conclusiones. La prevalencia de SBO en estos profesionales es elevada. Existen factores sobre los que podemos incidir para modificar el SBO, independientemente del hospital o su Comunidad Autónoma.

IMPACTO DEL TIEMPO DE EVOLUCIÓN EN EL RENDIMIENTO DE LAS REGLAS DE PREDICCIÓN CLÍNICA DEL LACTANTE MENOR DE 90 DÍAS CON FIEBRE SIN FOCO. Labiano Fuente I, Mintegi Raso S, Fernández Uría A, Lejarzegi Beraza A, Benito Fernández J, Gómez Cortés B. *Hospital Universitario Cruces. Barakaldo, Bizkaia.*

Introducción. La rapidez con la que consultan en Urgencias los lactantes menores de 90 días con fiebre sin foco (FSF) condujo a introducir nuevos biomarcadores en las más recientes reglas de predicción clínica. Desde el diseño de la primera de ellas (Step-by-Step), la duración de la fiebre con la que consultan estos niños se ha acertado aún más.

Objetivo. Analizar el impacto del tiempo de evolución en el rendimiento de las reglas de predicción clínica de infección bacteriana invasiva (IBI) del lactante ≤ 90 días con FSF (Step-by-Step y PECARN).

Metodología y resultados. Análisis secundario de un registro prospectivo de todos los lactantes ≤ 90 días con

FSF atendidos en el Servicio de Urgencias de Pediatría de un hospital terciario entre 2008 y 2021. Se comparó el rendimiento de las reglas de predicción clínica en relación con el tiempo de evolución: sensibilidad, especificidad, valores predictivos positivo y negativo y razones de verosimilitud positiva y negativa. Se excluyeron los pacientes en los que no se dispuso del dato del tiempo de evolución, tira de orina, hemocultivo o alguno de los parámetros analíticos incluidos en dichas reglas.

De los 2.358 pacientes incluidos, 65 fueron diagnosticados de una IBI (2,7%). El tiempo de evolución de la fiebre hasta la consulta se redujo a lo largo del periodo de estudio: mediana 5 horas (rango intercuartil: 2-12) de 2008 a 2014 y 3 horas (rango intercuartil: 1-10) de 2015 a 2021 ($p < 0,01$). El rendimiento de las reglas disminuyó en los pacientes que consultaron con menos tiempo de evolución (Tabla 3).

Conclusión. Los lactantes ≤ 90 días con FSF consultan cada vez más rápidamente en Urgencias, lo que condiciona el rendimiento de las reglas de predicción clínica. Debe considerarse introducir el tiempo de evolución en las mismas y realizar un manejo más cauto en los que consultan con tiempos muy recortados.

INTOXICACIONES CON FINALIDAD SUICIDA DURANTE LA PANDEMIA: EVALUACIÓN DE LA ATENCIÓN RECIBIDA. Algarrada Vico L¹, Rodríguez Varela A², Gaitero Tristán J³, Muñoz Bernal JÁ⁴, Martínez Sánchez L¹, Miembros GT Intoxicaciones⁵. ¹Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona. ²Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia. ³Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid. ⁴Hospital Universitario Donostia.

Introducción. Durante la pandemia por COVID-19, se ha producido un aumento de las consultas por trastornos de salud mental en los Servicios de Urgencias Pediátricas (SUP) españoles, con un incremento del 122% en el diagnóstico de sobreingesta medicamentosa intencionada. Esto hace necesario revisar la atención recibida por estos pacientes, siendo fundamental el abordaje multidisciplinar, así como evitar las actuaciones no indicadas y potencialmente iatrogénicas.

Objetivo. Evaluar la calidad de la atención recibida por los pacientes que consultan en los SUP españoles por exposición a tóxicos con fin suicida.

Material y método. Estudio descriptivo-observacional basado en un registro multicéntrico. Se incluyeron pacien-

TABLA 3. Rendimiento de las reglas de predicción clínicas según tiempo de evolución.

	Sensibilidad	Especificidad	Valor predictivo positivo	Valor predictivo negativo	Razón de verosimilitud positiva	Razón de verosimilitud negativa
Step-by-Step	84,6%	56,9%	5,3%	99,2%	1,96	0,27
≤ 2 horas	(66,5% a 93,9%) 100%	(53,6% a 60,0%) 55,1%	(3,5% a 7,8%) 5,9%	(98,1% a 99,7%) 100%	(1,64 a 2,35) 2,22	(0,11 a 0,67)
> 2 horas	(91,0% a 100%)	(52,4% a 57,7%)	(4,4% a 8,0%)	(99,5% a 100%)	(2,10 a 2,36)	0
Regla de PECARN	88,5%	39,0%	3,9%	99,2%	1,45	0,30
≤ 2 horas	(71,0% a 96,0%) 94,9%	(35,9% a 42,2%) 43,0%	(2,6% a 5,9%) 4,5%	(97,6% a 99,7%) 99,7%	(1,25 a 1,68) 1,66	(0,10 a 0,86) 0,12
>2 horas	(83,1% a 98,6%)	(40,4% a 45,6%)	(3,3% a 6,2%)	(98,8% a 99,9%)	(1,53 a 1,81)	(0,03 a 0,46)

TABLA 4.

Indicador de calidad	Atención prehospitalaria	Atención en los SUP	Estándar
Descontaminación digestiva con carbón activado en las intoxicaciones por sustancias adsorbibles	86,4	96,6%	≥ 90%
Descontaminación digestiva mediante lavado gástrico	30,4%	4,8%	< 10%
Administración de carbón activado dentro de las 2 primeras horas tras la ingesta*	88,9%	87,3%	≥ 90%
Administración de flumazenilo a pacientes que han ingerido antidepresivos tricíclicos	0%	0%	0%
Valoración por el psiquiatra del paciente intoxicado con intención suicida	NE	99,1%	≥ 95%

NE: no evaluable; *Se excluyen los casos de ingesta de tóxicos enlentecedores del tránsito digestivo.

tes menores de 18 años que acudieron a 22 SUP españoles por exposición a tóxicos con finalidad suicida, desde enero-2021 hasta enero-2022. Se evaluó la calidad de la atención prestada, tanto en los SUP como a nivel prehospitalario, mediante: 1) indicadores de calidad (IC) en intoxicaciones pediátricas sobre: adecuación de las técnicas de descontaminación digestiva (DD), uso de flumazenilo y valoración psiquiátrica; 2) tasa de seguimiento al alta por parte de Salud Mental.

Resultados. Se registraron 427 casos, con edad media de 14,8 años (DS= 1,4). El 14,5% (n= 62) recibieron asistencia sanitaria prehospitalaria: 37 de ellos en Servicios de Emergencias médicas (59,7%), 16 en Atención Primaria (25,8%) y 9 en otros puntos (14,5%). Se practicó DD en 228 casos (53,4%), 23 (10,1% de las DD) en ámbito prehospitalario y 205 (89,9%) en un SU. En 92 casos (21,5%) se administró algún antídoto, destacando la N-acetilcisteína (68; 15,9%) y el flumazenilo (22; 5,1%).

La **Tabla 4** muestra el resultado de los indicadores de calidad. El 99,5% (n= 425) quedaron vinculados, al alta, a Salud Mental.

Conclusiones. Los pacientes atendidos tras una intoxicación con fin suicida en los SUP reciben, en general, una atención multidisciplinar adecuada en base a la evaluación de IC. Como áreas de mejora destaca la frecuencia de realización de lavado gástrico en el ámbito prehospitalario. Con el fin de reducir el riesgo de repetición de la tentativa, es importante mantener el alto porcentaje de valoración y posterior vinculación a Salud Mental.

GRUPOS DE TRABAJO-SEUP UNIDOS POR LA CALIDAD: ACCIONES QUE NO HAY QUE HACER. Domingo Garau A¹, Miembros Grupo de Trabajo Mejora de la Calidad de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría². ¹Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona. ²SEUP.

Introducción. Con el fin de mejorar la calidad en la atención del paciente pediátrico en los Servicios de Urgencias, se propone la elaboración del documento “Acciones que no hay que hacer”, para evitar actuaciones innecesarias o incluso perjudiciales en el marco de cada uno de los Grupos de Trabajo (GT) de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP).

Objetivo. Describir el proceso de elaboración de un documento sobre las acciones que no hay que hacer en la práctica diaria en Urgencias, confeccionado por los GT-SEUP.

Metodología. El proyecto fue coordinado por el GT de calidad y seguridad. Se inició en noviembre de 2021, informando a los coordinadores de los 14 GT de SEUP del objetivo y la metodología a seguir.

En una primera fase, se realizó una “lluvia de ideas” entre los miembros de cada GT, recogiendo propuestas de acciones que no deben realizarse en su área de trabajo. En una segunda fase y siguiendo la metodología Delphi, se solicitó a cada miembro del GT que puntuase las propuestas según el grado de acuerdo o desacuerdo (de 1: totalmente en desacuerdo; a 9: totalmente de acuerdo) y, de manera optativa, que aportase una justificación a la puntuación o propuestas de mejora de la redacción. Cada GT propuso las 5 acciones más votadas, siempre y cuando hubieran obtenido una puntuación media > 8 y al menos 2/3 de los participantes le hubieran otorgado una puntuación ≥ 7.

Resultados. Se obtuvieron 13 propuestas de los GT: analgesia y sedación, catástrofes, ecografía a pie de cama, enfermedades infecciosas, hidratación y trastornos electrolíticos, intoxicaciones, maltrato, calidad y seguridad, paciente crítico, patología respiratoria, patología traumática, simulación y triaje.

A modo de ejemplo, se muestran las acciones que no hay que hacer del GT de calidad y seguridad: 1) impedir o dificultar la presencia de los padres y cuidadores durante la realización de procedimientos invasivos o maniobras de soporte vital; 2) administrar medicación sin verificar historia de alergias previas; 3) realizar prescripciones verbales, sin procedimiento de verificación, en caso de realizarla en emergencias vitales; 4) administrar cualquier medicación sin seguir los 5 correctos; 5) realizar actuaciones sobre los pacientes sin informar previamente a los padres/cuidadores del paciente o a él mismo si procede.

Conclusiones. El proceso seguido, basado en la metodología Delphi, ha permitido disponer del documento “Acciones que no hay que hacer de los GT-SEUP” con el que se pretende mejorar la calidad asistencial en los Servicios de Urgencias Pediátricos.

EXPERIENCIA DEL PACIENTE ADOLESCENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. Rojas Roig A, Pallache Ferreira A, Boada Farras M, Parra Cotanda C, Trenchs Sainz de la Maza V, Luaces Cubells C. Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.

Introducción. En el entorno sanitario, el estudio de la experiencia del paciente sanitario es especialmente importante

para evaluar la calidad asistencial. La mayoría de estudios infieren la experiencia del paciente pediátrico a partir de la de sus cuidadores, sin tener en cuenta la edad del menor. Sin embargo, los adolescentes son capaces de aportar su visión de la experiencia vivida.

Objetivos: 1) describir la experiencia de pacientes adolescentes atendidos en el Servicio de Urgencias Pediátricas (SUP) de un hospital terciario; 2) definir los factores condicionantes de la experiencia del paciente adolescente en el SUP.

Metodología y resultados. Estudio descriptivo cualitativo realizado entre septiembre-2021 y enero-2022 en el SUP de un hospital pediátrico terciario. Se diseñó una entrevista semiestructurada a partir de bibliografía sobre el tema. Se realiza un muestreo por cuotas (edad, sexo, nivel de triaje, especialidad, estancia en Urgencias), en base a los pacientes visitados durante el periodo 2020-2021. En el momento del alta del SUP, se entrevista a una muestra representativa de pacientes de 12-17 años; se excluyen pacientes psiquiátricos, pacientes que ingresan en la Unidad de Cuidados Intensivos o aquellos con incapacidad para contestar la entrevista.

La información obtenida se analiza siguiendo una metodología cualitativa: obtención de la información (entrevistas), captura y transcripción de la información (grabación en audio de las entrevistas y posterior transcripción literal), análisis (organización de la información y eliminación de las observaciones repetidas), codificación (en categorías y subcategorías) e integración de la información.

Se entrevista a 36 adolescentes, recogiendo 324 observaciones. Se eliminaron las observaciones repetidas, quedando finalmente 149 observaciones. Se clasifican en 5 categorías principales y en 7 subcategorías (ver [Tabla 5](#)). De las 149 observaciones, 81 fueron positivas (p. ej., “la atención es genial, 10 de 10”), 37 negativas (“en la sala de espera había demasiada gente”) y 31 neutras (“es normal que el personal se preocupe por mí, es su trabajo”). A partir de estos resultados se crearon dos perfiles de pacientes (arquetipos), con experiencia positiva y negativa en el SUP.

Conclusiones. Globalmente, la experiencia del paciente adolescente en el SUP es positiva. Esta experiencia está

condicionada por el entorno, el tiempo de espera, la comunicación y las emociones en el SUP. Es importante determinar y estudiar estos condicionantes para mejorar la calidad ofrecida a nuestros pacientes.

PASE A PIE DE CAMA: INTEGRACIÓN DEL PACIENTE Y SUS FAMILIARES EN EL PROCESO DE TRANSFERENCIA DE INFORMACIÓN CLÍNICA EN EL CAMBIO DE TURNO. Muñoz Cutillas A, Oujo Álamo E, Díaz Pozo L, Barrera Brito V, Mora Capín A, Vázquez López P. *Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

Introducción. La transferencia de información en los cambios de turno es clave para la seguridad y la experiencia del paciente. Se implanta un nuevo modelo de transferencia de información en el cambio de turno, “a pie de cama”, con participación multidisciplinar e integrando al paciente/familia.

Objetivos. Conocer y comparar las percepciones de los familiares en relación a la comunicación con los profesionales, la transferencia de información y la continuidad asistencial antes y después de la implantación del nuevo protocolo de transferencia (“Pase a pie de cama”).

Material y métodos. Estudio observacional, analítico, unicéntrico. Se incluyeron familiares de pacientes ubicados en Observación durante el cambio de turno del personal sanitario. Tras el cambio de turno se distribuyó una encuesta de 9 ítems basados en la encuesta multidimensional CAHPS®, incorporando 9 ítems para explorar las percepciones del cambio de turno y 4 ítems acerca del perfil de los encuestados. Fases del proyecto: 1) distribución encuestas preimplantación (transferencia de información paralela entre categorías profesionales con puesta en común posterior, sin participación de la familia); 2) implantación del “pase a pie de cama”; 3) distribución encuestas posimplantación.

Se utilizaron test de contraste de hipótesis (Chi-cuadrado o U de Mann Whitney). Se estableció la significación estadística en $p < 0,05$.

TABLA 5.

CATEGORÍA*	SUBCATEGORÍA	Número de observaciones			
		Totales	Positivas	Negativas	Neutras
Entorno (46)	Espacio físico	24	12	9	3
	Equipamientos	15	9	3	3
	Paciente en movimiento	7	4	2	1
Tiempo (41)	Tiempo espera	34	19	9	6
	Rapidez atención	7	4	2	1
Comunicación (29)	Información	18	7	4	7
	Trato recibido	11	8	1	2
Sentimientos** (20)	Agradables	11	11	x	x
	Desagradables	8	x	8	x
Evaluación global (13)		13	7	1	5

*Entre paréntesis, número de observaciones totales. **Estados de ánimo originados por las emociones hacia una persona, objeto o situación; se clasifican en positivos o agradables (“He estado muy cómodo en Urgencias”) y negativos o desagradables (“He vivido mal la espera porque ha sido muy larga”).

Resultados. Se recogieron 102 encuestas (51 en cada fase). A 48 familiares (94,1%) de la fase 1 les habría gustado participar en el cambio de turno. En la fase 2 se objetivó un mayor porcentaje de familiares que consideraban que los profesionales se habían presentado adecuadamente (nombre/categoría profesional) (49,01% vs 84,31%; $p < 0,01$), se les había mantenido informados del plan a seguir (58,82% vs 84,31%; $p < 0,05$) y se les había invitado a plantear preguntas (45,09% vs 82,35%; $p < 0,001$).

Los familiares de la fase 2 percibieron menor sensación de desorganización en el cambio de turno (25,49% vs 5,88%) y más sensación de continuidad en la asistencia (64,70% vs 86,27%), identificando mejor al profesional responsable de su hijo/a tras el cambio de turno (49,01 vs 88,23%) ($p < 0,001$). Seis familiares (11,7%) de la fase 2 y 9 (18%) de la fase 1 percibieron que el pase a pie de cama podía afectar a su intimidad.

Conclusiones. El pase a pie de cama es una estrategia útil para mejorar la experiencia del paciente en relación a la comunicación con los profesionales, la información recibida y a la continuidad asistencial en el cambio de turno.

AGUJAS INTRAÓSEAS: ¡LA LONGITUD IMPORTA! Goienetxe Muñoz I, González Amil N, Gorostiza I, Vadillo Álvarez I, Rodríguez Albarrán I, Plaza Fraga G, Ruiz Aranzana L, Gallettebeitia Laka I, Samson F. *Hospital Universitario Basurto. Bilbao.*

Objetivos. Existen varios tipos de dispositivos para inserción de vía intraósea (IO) con distintas características y técnicas de colocación. En los dispositivos de colocación IO mediante taladro EZ-IO® y pistola BIG®, la elección de la longitud de la aguja está basada en el peso y la edad respectivamente, pero no hay evidencia científica que valide esta práctica. El objetivo de nuestro estudio es describir la correlación entre la Medición Ecográfica (ME) del tejido en zona de inserción IO con el peso y la edad, y estimar, en base a nuestra medición, la posibilidad de que la aguja intraósea propuesta por el fabricante tenga una longitud insuficiente.

Métodos. Estudio analítico de correlación que incluye una muestra por conveniencia de pacientes hasta los 14 años atendidos en nuestro SUP durante el año 2021. La ME del tejido en tibia proximal, desde la epidermis hasta la cortical ósea, en la zona de inserción IO, es realizada por una pediatra de Urgencias con experiencia en ecografía clínica. La correlación entre ME y peso/edad es evaluada mediante el coeficiente de correlación de Spearman. Se estima el porcentaje de agujas con longitud insuficiente, sumando a nuestra ME los 5 mm teóricos necesarios para atravesar la cortical ósea y canalizar la cavidad intramedular; posteriormente se comparan dichas mediciones con la longitud de aguja propuesta por el fabricante según peso y edad.

Resultados. Incluimos a 237 pacientes. Edad media $4,7 \pm 4,1$ años (mediana 3,3; RIC 1,1-8,1). Peso medio $21,5 \pm 16,8$ kg (mediana 15; RIC 9,7-28). ME media $10,6 \pm 3,3$ mm (mediana 10; RIC 8,6-11,6). El coeficiente de correlación de Spearman entre la ME y peso/edad fue de 0,324 y 0,214, respectivamente. Con el dispositivo EZ-IO® ($n = 237$), la aguja de 15 mm propuesta por el fabricante en niños con peso entre 3 y 39 kg ($n = 204$), podría presentar una longitud insuficiente en

88 (43,1%). En este mismo grupo de peso, la aguja de 25 mm presentaría una longitud suficiente en todos los casos. Entre los pacientes con peso ≥ 40 kg ($n = 33$), la aguja de 25 mm podría tener una longitud insuficiente en 5 (15,2%) de ellos, todos con sobrepeso u obesidad (IMC $30,7 \pm 3,1$). Con el dispositivo BIG® pediátrico ($n = 227$), la longitud de aguja propuesta por el fabricante sería insuficiente en el 73,1% de los pacientes (100% en el grupo 0-3 años; 26,4% 3-6 años; 67,6% 6-12 años).

Conclusión. La correlación entre la ME del tejido en zona tibial proximal y peso/edad es débil. Las longitudes de aguja propuestas por BIG® pediátrica podrían suponer un problema de seguridad, sobre todo de 0 a 3 años. En el caso de EZ-IO, nuestro estudio evidencia la importancia de la elección de una aguja IO de longitud óptima y de mejorar las recomendaciones actuales en la población pediátrica. Se necesita realizar estudios para evaluar la introducción de nuevas longitudes de aguja IO que reflejen con mayor precisión la tendencia actual en la población pediátrica.

PREVALENCIA DE UROCULTIVOS POSITIVOS EN EL PACIENTE ONCOLÓGICO CON NEUTROPENIA FEBRIL. Alonso-Cadenas JA¹, Sancosmed Ron M², Herrero Velasco B¹, Lera Carballo E², Rodrigo García R², De la Torre Espí M¹. ¹Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. ²Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción. La fiebre en los pacientes con neutropenia inducida por quimioterapia suele ser el único signo de infección. La infección documentada más común es la bacteriemia, seguida de la infección gastrointestinal, respiratoria y urinaria (ITU). Las guías de práctica clínica recomiendan realizar análisis de sangre con hemocultivo a todos los pacientes, pero hay controversia en la realización de otros cultivos como el de orina.

Objetivo. El objetivo fue evaluar la rentabilidad del análisis del sedimento urinario y del urocultivo en los niños oncológicos con neutropenia febril.

Metodología y resultados. Estudio transversal, realizado en dos Servicios de Urgencias Pediátricos entre octubre de 2019 y noviembre de 2021, en pacientes oncológicos < 18 años continentales con neutropenia febril. Se realizó un análisis estadístico descriptivo y se calculó la prevalencia de urocultivos positivos y la sensibilidad, especificidad, valor predictivo negativo (VPN) y área bajo la curva (AUC) del análisis del sedimento de orina frente al urocultivo (*gold standard*).

Se incluyeron 205 pacientes; edad media de 9,2 años ($DE \pm 5,0$ años). Siete pacientes tuvieron urocultivos positivos (3,4%): 3 *Pseudomonas aeruginosa*, 1 *E. coli*, 1 *Enterobacter cloacae*, 1 *Enterococcus faecalis* y 1 *Citrobacter freundii*. Dos de ellos tenían antecedentes de patología renal (trasplante renal y portador de catéter doble J) y solo uno presentó síntomas urinarios y leucocituria. La prevalencia de urocultivos positivos en pacientes sin síntomas urinarios ni antecedentes renales fue del 1,6% (3/185), todos ellos sin leucocituria, ni nitritos positivos. Veintidós pacientes (10,7%) presentaron un hemocultivo positivo, todos ellos con urocultivos negativos. La sensibilidad, especificidad, VPN y AUC del sedimento urinario fueron: 16,7% (IC 95% 3,0-56,4); 98,4%

(IC 95% 95,3-99,4); 97,3% (IC 95% 93,9-98,9) y 0,65 (IC 95% 0,51-0,79), respectivamente.

Conclusiones. La ITU es infrecuente en niños continentales con cáncer y neutropenia febril. No se debe considerar en el proceso diagnóstico de estos pacientes salvo que presenten síntomas urinarios o tengan antecedentes de patología renal. En estos casos, se debe recoger siempre urocultivo con independencia del resultado del sedimento de orina.

TRAUMATISMO CRANEAL LEVE EN MENORES DE 3 MESES: ¿PODEMOS IDENTIFICAR A LOS PACIENTES CON BAJO RIESGO DE LESIÓN INTRACRANEAL?

Alonso-Cadenas JA¹, Calderón Checa RM², Rivas García A³, Durán Hidalgo I⁴, Ruiz González S⁵, De Ceano-Vivas M⁶, Jiménez-García R¹. ¹Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. ²Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. ³Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ⁴Hospital Universitario Infantil de Málaga. ⁵Hospital Universitario Severo Ochoa. Leganés, Madrid. ⁶Hospital La Paz. Madrid.

Introducción. Los lactantes < 3 meses con un traumatismo craneoencefálico (TCE) leve han sido evaluados hasta el momento dentro del grupo de niños < 2 años. Conocer los factores de riesgo que tiene este subgrupo de pacientes puede ayudar a adecuar la atención clínica que reciben en los Servicios de Urgencias Pediátricas (SUP).

Objetivo. El objetivo fue identificar los factores de riesgo para presentar una lesión intracraneal (LIC) o una fractura craneal aislada en lactantes < 3 meses con TCE leve.

Metodología y resultados. Estudio de cohortes prospectivo en lactantes < 3 meses atendidos en las 24 horas posteriores a un TCE leve (escala de coma de Glasgow 14-15) en 13 SUP españoles entre mayo de 2017 y noviembre de 2020. Criterios de exclusión: politraumatismo, enfermedad neurológica previa, diátesis hemorrágica o maltrato. Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos y radiológicos. Resultados de interés (hallazgos radiológicos): LIC clínicamente significativa (intervención neuroquirúrgica o ingreso > 48 horas por persistencia de síntomas), LIC radiológica y fractura craneal aislada. Todos los lactantes fueron seguidos telefónicamente en las siguientes cuatro semanas.

Se realizó un análisis multivariante, para identificar factores de riesgo de hallazgos radiológicos. Una vez identificados estos factores [mecanismo lesional grave (caídas > 0,7 metros o golpe de un objeto pesado contra la cabeza), comportamiento anormal según los padres, signos de fractura craneal y cefalohematoma no frontal], se clasificó a los lactantes en dos grupos: alto riesgo (si presentaban alguno de los cuatro factores de riesgo) y bajo riesgo (si no presentaban ninguno). Se calcularon las frecuencias, proporciones e intervalos de confianza (IC) de los resultados de interés en ambos grupos. El análisis estadístico se realizó con STATA v.15.

Se atendieron 21.981 niños con TCE leve, 366 (1,7%) eran < 3 meses. A 195 (53,3%) se les realizó neuroimagen: 37 (10,1%) TC craneales, 162 (44,3%) radiografías de cráneo y 22 (6,0%) ecografías. Entre los 131 (35,8%) lactantes del **grupo de alto riesgo**, 1 (0,8%, IC 95% 0,02-4,2) tuvo una LIC clínicamente significativa, 12 (9,2%, IC95% 4,8-15,5) una LIC radiológica y 18 (13,7%, IC95% 8,4-20,8) una fractura craneal

aislada. De los 235 (64,2%) del **grupo de bajo riesgo**, ninguno tuvo una LIC clínicamente significativa o radiológica y solo 2 (0,9%, IC95% 0,1-3,0) tuvieron una fractura craneal aislada. Ninguno de los lactantes presentó complicaciones durante el seguimiento.

Conclusiones. En nuestra serie, la ausencia de: mecanismo lesional grave, comportamiento anormal según los padres, signos de fractura craneal y cefalohematoma no frontal, identifica a los lactantes < 3 meses con TCE leve y bajo riesgo de hallazgos radiológicos. Es necesario un proceso de validación externa para confirmar la capacidad predictiva de estos factores.

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CRÍTICOS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA ESPAÑOLES: ESTUDIO MULTICÉNTRICO.

Martínez Miñambres N¹, Martín Irazabal G¹, Ballester Diez Y¹, Leonardo Cabello M²T², Sana-via Morán E³, Salamanca B⁴. ¹Hospital Universitario Cruces. Barakaldo, Bizkaia. ²Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. ³Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. ⁴Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

Introducción. Conocer la tipología del paciente crítico pediátrico es importante para facilitar su pronta identificación. Para nuestro conocimiento, no existen estudios multicéntricos desarrollados en España a este respecto.

Objetivo. Describir la tipología de los pacientes críticos atendidos en Urgencias de Pediatría en España.

Metodología y resultados. Estudio basado en un registro prospectivo en el que 14 Servicios de Urgencias Pediátricas (SUP) del grupo de trabajo de paciente crítico de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP) iniciado en febrero de 2021. Se incluyeron pacientes críticos menores de 18 años atendidos en el SUP 3 días al mes, entre febrero y noviembre de 2021. Se consideró paciente crítico aquel que precisa ingreso en una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) o estabilización de la vía aérea y/o circulatoria en el SUP. Se consideró mayor gravedad la necesidad de soporte inotrópico, ventilación mecánica invasiva (VMI), terapia de reemplazo renal (TRR) u oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO); y mal pronóstico presentar secuelas o fallecimiento.

Durante el periodo de estudio se registraron 43.042 episodios en Urgencias, de ellos 88 (0,2%) críticos: 60 (68,2%) por ingresar en UCIP, 26 (29,5%) estabilización respiratoria y 2 (2,3%) estabilización circulatoria. Cincuenta y dos (60,2%) fueron mujeres y la mediana de edad fue 12 meses (rango intercuartílico 5-60 meses). Veintiocho (31,8%) tenían una enfermedad de base, 14 (15,9%) ingresos previos en UCI y 15 (17%) había consultado en los 3 días previos por el mismo motivo.

Veintiséis (29,5%) recibieron atención prehospitalaria y de estos, 9 (34,6%) acudieron al SUP en medios propios. A su llegada al SUP, 14 (16%) presentaron un TEP estable y entre los pacientes con TEP inestable, la mayoría presentaba dificultad respiratoria (38, 51,3%).

La mayoría consultaron por un problema médico, 80 (90,9%): patología respiratoria (43, 48,9%), patología infecciosa (12, 13,6%), patología neurológica no infecciosa (10, 11,4%), patología cardiológica (3, 3,4%) y otra (12, 13,6%). Ocho ingresaron por lesiones no intencionadas (9,1%).

Precisaron soporte inotrópico 6 (6,8%), VMI 12 (13,6%), fallecieron 3 (3,4%) y presentaron secuelas 11 (12,5%). Ninguno precisó TRR ni ECMO.

Conclusiones. La exposición de los pediatras de Urgencias en España a los pacientes críticos es muy escasa. La patología médica en niños pequeños constituye la mayoría de los pacientes críticos en los SUP en España. Urge confirmar las áreas de mejora de la atención al paciente crítico identificadas en este estudio preliminar.

¿CÓMO PODEMOS IMPLEMENTAR LA SIMULACIÓN EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO? PUESTA EN MARCHA DEL PROGRAMA Y EVALUACIÓN DE RESULTADOS. González Álvarez P, Valls Llussà A, Rovira Remisa M^aM, De Francisco Prófumo A, Ventura Wichner PS, Francia Güil I. *Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Barcelona.*

Introducción. La simulación de escenarios clínicos es una práctica que mejora la calidad asistencial y tiene potencial docente. Ante su popularidad creciente, reportamos la implementación de un programa de simulación en un hospital universitario.

Objetivos. Describir el inicio y desarrollo de un proyecto de simulación en Urgencias Pediátricas de un hospital terciario, con objetivo de conocer su impacto en la formación, satisfacción y adquisición de confianza del residente. Detectar áreas de mejora y estimar la periodicidad idónea entre simulacros.

Metodología. Estudio prospectivo de intervención. Se diseñaron 13 escenarios clínicos asignados a cada participante en función del año de residencia. Las simulaciones se realizan mensualmente, supervisadas por dos facultativos que otorgan una puntuación total según unos ítems predefinidos. Los resultados se registran en una base de datos interna. Las respuestas falladas por un 40% o más de la muestra tras la sexta simulación se consideran puntos débiles a reforzar. Los residentes también completan una encuesta antes y después del primer simulacro y tras el tercer y sexto escenarios, que evalúa el nivel de satisfacción y confianza alcanzados.

Los resultados se expresan en mediana (IQR) y porcentajes. El análisis se realiza con SPSS_v23 mediante estadística descriptiva y test no-paramétricos para variables dependientes (Wilcoxon), estimando el nivel de significación en $p < 0,05$.

Resultados. Se recogen 119 escenarios clínicos realizados por 26 residentes. Se observa tendencia a la mejoría en puntuación mediana de cada escenario, siendo la del cuarto simulacro (26 [23-29]/31) significativamente mayor a la del primer simulacro (23,5 [19-26,3]/31; $p = 0,023$).

Se detectan un total de 3/31 preguntas falladas por al menos el 40% de la muestra tras la sexta simulación, que evalúan el trabajo en equipo y liderazgo, considerándolas áreas de mejora. Se observa un empeoramiento de los resultados a partir de los 6 meses sin realizar simulaciones, pero sin significación estadística ($p = 0,857$). 83 cuestionarios completados por los residentes observan un mayor porcentaje de participantes que quieren acortar la periodicidad entre simulacros (53,8% vs 85%; $p = 0,020$) y prefieren liderar las simulaciones (3,8% vs 35%; $p = 0,028$), así como una disminución de nerviosismo ($p = 0,005$).

Conclusiones. La implementación de un programa de simulación en hospitales universitarios es factible, pero requiere definir previamente los objetivos de cada caso y herramientas de evaluación. Mejora la adquisición de conocimientos, sobre todo a partir del cuarto escenario realizado, sin haberse detectado la periodicidad idónea entre simulacros.

Además, puede emplearse como auditoría interna y mejora la confianza de los residentes.

UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA PARA EL DIAGNÓSTICO DE FRACTURAS DE ANTEBRAZO EN PEDIATRÍA. Magerter Carrasco P, Gelman Bagaria A, Marín Elguea E, Cahís Vela N, Santacreu Canudas I, Ranera Málaga A. *Consorti Sanitari Parc Taulí. Sabadell, Barcelona.*

Introducción. Las fracturas de antebrazo (FA) constituyen entre el 40-50% de todas las fracturas en Pediatría y representan un motivo frecuente de consulta en Urgencias. Hasta la fecha la radiografía se considera la técnica de elección para su diagnóstico. La ecografía musculoesquelética se utiliza de forma habitual en otros ámbitos, pero su uso para el diagnóstico de fracturas no está generalizado.

Objetivo. Determinar la validez de la ecografía clínica (EC) realizada por parte de pediatras entrenados para el diagnóstico de FA en niños, considerando como *gold standard* la radiografía.

Metodología y resultados. Estudio observacional y prospectivo donde se incluyen pacientes de entre 0 y 17 años que acudieron a Urgencias por sospecha de FA entre marzo de 2020 y febrero de 2021. Se les realizó una radiografía convencional y de forma paralela e independiente se les practicó una EC por pediatras previamente entrenados (formación virtual dirigida a la detección de FA por ecografía). Para la EC se utilizó una sonda lineal de alta frecuencia. Se cronometró el tiempo requerido para cada prueba. Evaluamos la efectividad de la EC para el diagnóstico de FA calculando la sensibilidad (S), especificidad (E), valores predictivos positivo (VPP) y negativo (VPN), razón de verosimilitud positiva (LR+) y negativa (LR-), así como el grado de concordancia entre ambas pruebas mediante el coeficiente kappa de Cohen (κ). Se incluyeron 41 pacientes con una media de edad de 9,5 años (rango intercuartílico 7-12,5 años). Se confirmaron 24 fracturas por radiografía correspondientes a 22 pacientes (53,7%), de las cuales 22 eran de radio y solo 2 de cúbito. Para el diagnóstico de fractura de radio, la EC mostró una S del 95%, una E del 84%, un VPP 88%, un VPN 94%, un LR+ 6,05 y un LR- 0,05. El grado de concordancia (κ) entre ambas pruebas fue del 0,8. Debido al bajo número de fracturas de cúbito (2), no se realizó análisis estadístico de las mismas. El tiempo empleado para la realización de la radiografía (28,2 min) fue mayor que el tiempo en realizar la ecografía (6,1 min; $p < 0,01$).

Conclusiones. A pesar del bajo tamaño muestral del estudio, los resultados apuntan a una alta validez de la EC para el diagnóstico de fracturas de radio, realizada por parte de pediatras con un mínimo entrenamiento previo. La EC tiene las ventajas de ser inocua, portátil y consumir menos tiempo que la radiografía.

ELABORACIÓN DE UN LISTADO DE PRIORIDADES PARA LA RED DE INVESTIGACIÓN DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA.

Segovia Molina I¹, Alonso Cadenas JA², De la Torre Espí M², Martínez Mejías A³, Yáñez Mesía S⁴, Gómez Cortés B⁵. ¹Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. ²Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. ³Consorti Sanitari de Terrassa. Barcelona. ⁴C.H.U. de A Coruña. ⁵Hospital Universitario Cruces. Barakaldo, Bizkaia.

Introducción. La creación de redes multicéntricas ha impulsado la investigación en la medicina de Urgencias Pediátricas. Al igual que han hecho otras redes previamente, la Red de la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (RISeuP-SPERG) necesita establecer las prioridades de investigación que orienten el desarrollo de futuros proyectos.

Objetivo. Definir las prioridades de investigación de RISeuP-SPERG.

Metodología y resultados. Estudio multicéntrico, avalado por RISeuP-SPERG, en el que participó personal médico y de enfermería de 54 Servicios de Urgencias Pediátricas (SUP) españoles.

En una primera fase, un grupo de siete miembros de RISeuP-SPERG con amplia experiencia en investigación elaboró una lista de temas de investigación mediante la técnica de lluvia de ideas. Además, se propuso a los coordinadores de los Grupos de Trabajo de la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas que sugirieran otros temas.

En una segunda fase, utilizando un método Delphi, se envió un cuestionario con esa lista a todos los miembros de RISeuP-SPERG, solicitando que evaluaran el nivel de relevancia de cada tema utilizando una escala Likert de 7 puntos. Aquellos temas puntuados con ≥ 4 puntos por $\geq 70\%$ de los miembros fueron incluidos en la lista final y aquellos votados por $< 50\%$ fueron excluidos. Se envió un segundo cuestionario con aquellos artículos con una puntuación ≥ 4 por el 50-70% de los encuestados para determinar su inclusión o eliminación.

Finalmente, el grupo de siete expertos ordenó la lista final utilizando un Proceso de Priorización de Hanlon (HPP) modificado. Este puntuaba la prevalencia (A), gravedad de la condición (B) y viabilidad de realizar proyectos de investigación (C) sobre esta. Se calculó una puntuación HPP para cada tema utilizando las puntuaciones medias de los tres dominios [$HPP = (A+2B) \times C$].

Finalmente, los siete expertos seleccionaron una lista de preguntas concretas de investigación para cada uno de los temas incluidos en la lista final.

El cuestionario Delphi fue respondido por 74/122 (60,7%) miembros de RISeuP-SPERG. Se estableció una lista de 38 prioridades de investigación relacionadas con la mejora de la calidad (11), enfermedades infecciosas (8), emergencias psiquiátricas/sociales (5), sedoanalgesia (3), cuidados críticos (2), urgencias respiratorias (6), traumatismos (2), emergencias neurológicas (1) y miscelánea (4).

Conclusiones. El proceso de priorización de RISeuP-SPERG identificó una lista de temas de investigación de alta prioridad específicos para la investigación multicéntrica en Urgencias Pediátricas. Este listado podría ayudar a guiar

los esfuerzos de investigación colaborativa dentro de la red RISeuP-SPERG para mejorar la atención de los pacientes en los SUP españoles.

PREVALENCIA DE PLEOCITOSIS ESTÉRIL EN LACTANTES FEBRILES MENORES DE 90 DÍAS CON SOSPECHA DE INFECCIÓN URINARIA. ANÁLISIS SECUNDARIO DE DOS MUESTRAS PROSPECTIVAS MULTICÉNTRICAS.

Ferrer Ortiz I¹, Bullón González I¹, Andrés Porras P¹, Perez Porra S¹, Velasco Zúñiga R¹, Grupo de Trabajo de Lactante Febril de RISeuP y REPEM². ¹Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. ²RISeuP.

La infección del tracto urinario (ITU) es la infección bacteriana más frecuente en lactantes febriles sin foco. A día de hoy, aún existe controversia sobre en qué pacientes está indicado descartar meningitis secundaria a la ITU. En estudios previos se ha descrito pleocitosis estéril en algunos de estos pacientes, que supone en ocasiones ingresos y antibioterapia más prolongados.

Objetivos. Definir la prevalencia de pleocitosis estéril en lactantes febriles con tira de orina alterada en nuestro medio.

Metodología. Análisis secundario retrospectivo de dos bases de datos pertenecientes a dos estudios prospectivos multicéntricos desarrollados por la Red de Investigación de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (RISeuP) y la red de Investigación en Medicina de Emergencias Pediátricas Europea (REPEM) en dos periodos (Oct-2011 a Sep-2013 [M1] y Dic-2017 a Nov-2019 [M2]).

Se incluyeron lactantes ≤ 90 días de vida con temperatura axilar o rectal $\geq 38^\circ\text{C}$ (en domicilio o en el Servicio de Urgencias), ausencia de signos o síntomas de infección respiratoria o gastrointestinal en la anamnesis o la exploración, y tira de orina alterada (test de leucoesterasa o nitritos positivos). Se consideró pleocitosis como ≥ 10 leucocitos en líquido cefalorraquídeo.

Resultados. Se estudiaron 1.280 pacientes (766 de M1 y 514 de M2), con mediana de edad de 51 días (P25-P75: 29-71). Un 33,6% (430) fueron mujeres. No hubo diferencias entre ambas muestras respecto a edad o sexo.

Se realizó punción lumbar a 296 pacientes (195 [25,5%] de P1 y 101 [19,7%] de P2, $p = 0,016$). Los pacientes a los que se les realizó punción eran más jóvenes (edad media de 24,5 días [DE 17,4] frente a 57,1 [DE 21,0] del resto; $p < 0,01$) y presentaron un TEP alterado más frecuentemente (12,2% vs 5,0%; $p < 0,01$).

De los 258 casos (87,2%) en los que se obtuvo una muestra de líquido cefalorraquídeo, 102 (39,5%) presentaron pleocitosis. En tres creció un patógeno (2 *S. aureus* y 1 *E. coli*). Los tres lactantes con meningitis presentaron elevación de reactantes de fase aguda, y uno, además, alteración del TEP. En total, 99/258 (38,4%, IC95% 32,7-44,4) pacientes presentaron pleocitosis estéril.

Fueron ingresados 293 (99,0%) de los pacientes a los que se realizó punción lumbar, con mayor duración media del ingreso en aquellos con pleocitosis (7,9 días vs 6,7 días; $p = 0,01$).

Conclusiones. Más de un tercio de los lactantes febriles ≤ 90 días con sospecha de ITU presenta pleocitosis, con una

prevalencia real de meningitis baja. Por ello, debe valorarse el manejo sin punción lumbar, especialmente en aquellos con buen aspecto y biomarcadores normales.

COMPARACIÓN DE ESCALAS DE GRAVEDAD CLÍNICA PARA BRONQUIOLITIS AGUDA EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA.

Andrés Porras P, Granda Gil E, Urbano Martín M, Corchete Cantalejo M, Cano Garcinuño A, Velasco Zúñiga R. *Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

Introducción. Una reciente revisión sistemática de 32 escalas clínicas validadas para la bronquiolitis concluyó que seis de ellas [Wood-Downes, M-WCAS, *Respiratory Severity Score*, *Respiratory Clinical Score*, *Respiratory Score* (Gajdos et al.) y *Bronchiolitis risk of admission score* (Marlais et al.)] fueron las mejores respecto a fiabilidad, sensibilidad, validez y facilidad de uso. Sin embargo, hasta donde sabemos, ningún estudio ha comparado todas ellas en un contexto clínico. Además, tras esta revisión, se han publicado tres escalas más: BROSJOD, et al. modified y una escala desarrollada por PERN.

Objetivo. Comparar el rendimiento de diferentes escalas clínicas de bronquiolitis para predecir cualquier evento clínicamente relevante.

Métodos. Estudio observacional prospectivo que incluyó pacientes = 12 meses de edad atendidos por bronquiolitis en nuestra Unidad de Urgencias Pediátricas del 1/10/2019 hasta el 31/1/2021. Por cada paciente, el médico que lo atendía rellenó un formulario con los ítems de las escalas, descompuestas, para evitar que el clínico conociera la puntuación de cada escala. Se realizó una llamada telefónica a cada paciente para comprobar si acababa siendo ingresado en las siguientes 48 horas. Para el propósito del estudio, se consideró como evento clínicamente relevante la necesidad de oxígeno suplementario, ventilación no invasiva, fluidoterapia intravenosa e ingreso en UCIP dentro de las siguientes 48 horas o fallecimiento.

Para el objetivo del estudio, se calcularon el área bajo la curva (AUC) y la odds ratio (OR) para un evento clínicamente relevante para cada escala. Además, se estimó el mejor punto de corte de acuerdo con el índice Youden, y se calculó su sensibilidad (Sn) y especificidad (Sp) para un evento relevante.

Resultados. Se incluyeron 265 pacientes (52,1% varones) con una edad media de 5,3 meses (DE 3,0). De ellos, 60 (22,6%) tuvieron algún evento clínicamente relevante. El AUC para la predicción de un evento relevante osciló entre 0,697 (Gajdos) y 0,788 (BROSJOD), aunque ninguna escala funcionó significativamente mejor que otras. Tras seleccionar el mejor punto de corte para cada escala, BROSJOD presentó el valor más alto de índice de Youden (0,488). No obstante, una puntuación =2 en la escala PERN mostró la mayor sensibilidad (88,3% [IC95% 77,8-94,2]), con solo siete pacientes mal diagnosticados (tres de ellos precisaron VNI).

Conclusión. No hubo diferencias en el rendimiento de las nueve escalas para predecir eventos graves en pacientes con bronquiolitis. Sin embargo, la escala PERN podría ser más útil para seleccionar pacientes con un riesgo bajo de evento grave.

¿QUÉ OCURRE DESPUÉS DEL CONGRESO? ANÁLISIS DE LAS PUBLICACIONES DE ESTUDIOS PRESENTADOS EN LA REUNIÓN ANUAL DE SEUP.

Pérez Porra S, Andrés Porras P, González Bullón I, Ferrer Ortiz I, Velasco Zúñiga R. *Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.*

Introducción. El número de comunicaciones que se presentan cada año en la Reunión Anual de la SEUP es creciente, con presencia de nuevos centros y temáticas más variadas. No obstante, pocas de estas comunicaciones terminan siendo publicadas, lo que limita el impacto científico de estos trabajos.

Objetivos. El objetivo de este estudio es describir el número de comunicaciones presentadas en las últimas cuatro ediciones de la Reunión Anual de SEUP que posteriormente han sido publicadas en una revista indexada.

Metodología. Se trata de un estudio retrospectivo en el que se han revisado las comunicaciones orales presentadas en formato oral en las cuatro últimas reuniones de la SEUP (2017, 2018, 2019 y 2020-21).

Se consultaron las presentaciones disponibles en la web de la SEUP (<https://seup.org/>), y de cada comunicación se recogieron el formato de presentación, el título y el nombre y centro de trabajo del primer y último autores. Aparte, se recogió el dato de si el estudio había sido realizado en el entorno de algún grupo de trabajo (GT) de la SEUP o de otra sociedad científica, o de la Red de Investigación de la SEUP (RISeUP).

Posteriormente, se realizó una búsqueda bibliográfica para comprobar si se había publicado el estudio en alguna revista indexada. Para cada resumen se realizó la revisión por dos de los investigadores, en tres bases de datos diferentes: Embase, Medes y Medline. Se buscó cada resumen por los nombres del primer y último autor, y en aquellos que no se encontró correspondencia se buscó también por los centros de trabajo y por alguno de los autores que iban del segundo al quinto lugar.

Los resultados se describen mediante frecuencias absolutas y relativas, así como con intervalos de confianza al 95% (IC95%).

Resultados. Se consultaron 890 resúmenes, pudiéndose descargar la presentación de la web en 872 (98,0%). El formato de presentación fue comunicación oral larga en 94 (10,8%) resúmenes. En global se publicaron 109 (12,5%) resúmenes, 56 (51,4%) de ellos en revistas internacionales. En la [Tabla 6](#) se muestran los resultados de cada reunión.

Los 47 estudios realizados en el entorno de algún GT o de RISeUP se publicaron en mayor proporción que el resto (48,8% vs 10,6%; $p < 0,001$).

Conclusiones. La traslación científica en nuestra sociedad es aún escasa, y tan solo uno de cada ocho de los resúmenes que se presentan en la reunión anual son posteriormente publicados. La investigación multicéntrica en el entorno de redes o grupos de trabajo facilita este proceso.

TABLA 6.

Reunión	Revista nacional	Revista internacional
2017 (n= 99)	9 (9,1%)	17 (17,2%)
2018 (n= 204)	16 (7,8%)	13 (6,4%)
2019 (n= 251)	16 (6,4%)	10 (4,0%)
2020/21 (n= 318)	12 (3,8%)	16 (5,0%)