

XIII Reunión Anual de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría



Murcia, 17, 18 y 19 de abril de 2008

COMUNICACIONES ORALES



COMUNICACIONES ORALES

MESA DE COMUNICACIONES ORALES Nº 1

Viernes 18 de abril de 2008, de 09.00 a 11.00 horas

Moderadores: Dr. Ignacio Manrique Martínez y Dra. Ana M^a. Rodríguez Fernández

¿CÓMO TRATAMOS LAS OTITIS MEDIAS?

AUTORES: Crespo Azpiroz, Nagore. Olaciregui Echenique, Izaskun. Astigarraga Irureta, Uxue. Hernandez Dorronsoro, Unai. Muñoz Bernal, José Ángel. Landa Maya, José Julián
Centro: Unidad de Urgencias. Servicio de Pediatría. Hospital Donostia. San Sebastián.

Objetivo: Valorar el grado de adhesión al protocolo de otitis media (OMA) en nuestro servicio; según el cual deberíamos tratar con antibióticos (ATB) los < 2 años y los > 2 que presenten factores de riesgo (fiebre alta, supuración, inmunodeficiencia, OMA recurrente o malformaciones craneofaciales).

Material y métodos: revisión de historias clínicas informatizadas con diagnóstico de otitis media según criterios de la SEUP en niños de 0 a 14 años entre Enero –Junio 2007.

Resultados: 543 niños fueron diagnosticados de OMA. 213 <2 años y 330 > 2 años. El motivo de consulta fue Otagia 324 niños. Catarro 85, llanto 19 y otorrea 164 casos. A la exploración: 505 unilaterales y 38 bilaterales. 356 presentaban alteraciones timpánicas (hiperemia y/o abombamiento) y 200 otorrea. Tratamiento: 392 niños se trataron con amoxicilina, 60 con amoxicilina-clavulánico, 5 con eritromicina, 2 con Azitromicina, 7 con Claritromicina, 15 con Cefuroxima axetilo y 2 que ingresaron con Cefotaxima. 60 no recibieron tratamiento antibiótico (ATB) de los cuales 53 eran >2 años. 277 niños > 2 años fueron tratados con ATB. 167 presentaban factores de riesgo (63 fiebre alta, 89 otorrea y 15 OMA recurrente). 110 casos fueron tratados con ATB sin presentar factores de riesgo.

Comentarios:

3% de los < 2 años no recibieron ATB

80% de los > 2 años recibieron ATB, 60% por factores de riesgo y 40% sin factores.

18% del total de pacientes recibieron ATB sin estar indicado según nuestro protocolo.



COMUNICACIONES ORALES

INCIDENCIA DE NEUMONÍA EN LACTANTES CON FIEBRE SIN FOCO Y MÁS DE 20.000 LEUCOCITOS/MM³. ESTUDIO PROSPECTIVO MULTICÉNTRICO.

Alvarez E (#), Pijoán JI (#), Marañón R (*), Peñalba A (*), González A (**), Gondra A (**), Luaces C (&), Claret G (&), Mintegi S (#)

(#) Hospital de Cruces. Bilbao

(*) Hospital Gregorio Marañón. Madrid

(**) Hospital de Basurto. Bilbao

(&) Hospital Sant Joan de Deu. Barcelona

Introducción: La incidencia de neumonía en lactantes con fiebre sin focalidad (FSF) y más de 20.000 leucocitos/mm³ se cifra en el 20%, lo que motiva la realización de radiografías de tórax a este grupo de pacientes

Objetivo: identificar el rendimiento de la radiografía de tórax en lactantes con FSF y más de 20.000 leucocitos/mm³ en los que el estudio radiográfico se solicitó exclusivamente por el resultado analítico

Pacientes y métodos: Estudio prospectivo multicéntrico en 4 servicios de urgencias pediátricos hospitalarios. Se incluyeron los lactantes menores de 36 meses con FSF en los que la RX de tórax se solicitó exclusivamente por presentar más de 20.000 leucocitos/mm³. La radiografía fue interpretada por el pediatra y, en caso de dudas, por el radiólogo.

Resultados: En 12 meses consecutivos (Septiembre 2006 - Septiembre 2007) se incluyeron 168 lactantes (1-34 meses, 59% varones) con FSF y un recuento leucocitario entre 20.000 y 44.700/mm³ en los que se practicó una RX de tórax, 29 (17.3%) informadas por el radiólogo.

De los 168 lactantes, se apreció una condensación en la RX en 21 (12.5%). La probabilidad de que un lactante con FSF y más de 20.000 leucocitos/mm³ tenga una neumonía no es homogénea en este grupo y se relaciona con 3 de las variables estudiadas: edad, número absoluto de neutrófilos y PCR sérica.

La incidencia de neumonía se incrementa de manera significativa a partir de los 12 meses [20.3% vs 7.1% en menores de 12 meses, p=0.01, Odds ratio=3,35 (95% CI 1,27-8,80)].

La incidencia también aumenta con cifras de neutrófilos superiores a 20.000/mm³ [28.6% vs 8.2% en aquéllos con menos de 20.000 neutrófilos/mm³, Odds ratio=4,44 (95% CI 1,70-11,57) respecto a los que tienen menos de 20.000 neutrófilos/mm³] y PCR superior a 100 mg/litro (26.5% vs 9.0% en aquéllos con PCR inferior, p=0.01, sobre todo en niños mayores de 12 meses [Odds ratio= 14.03 (CI 1.9- 99.0) vs Odds ratio=2.06 (CI 0.30-14.19) en lactantes entre 3 y 12 meses].

Obviar la cifra de leucocitos no hace perder información predictiva de forma significativa

Conclusiones: la incidencia de neumonía en los lactantes con FSF y más de 20.000 leucocitos/mm³ es del 12.5%. De todas formas, no se trata de un grupo homogéneo. La incidencia de neumonía se incrementa a partir de los 12 meses de edad y con cifras superiores de neutrófilos y PCR. Es posible diseñar un modelo predictivo para establecer el riesgo de neumonía en estos pacientes en base a estas 3 variables.



COMUNICACIONES ORALES

DERRAME PLEURAL PARANEUMÓNICO EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS: INCIDENCIA Y MANEJO EN UN HOSPITAL TERCIARIO.

Adrián Gutiérrez J., Avellón Liaño H., Hernando Puente M., Berroya Gómez A., Peñalba Citores A., Santos Sebastián MM. Servicio de Urgencias Pediátricas. H.G.U.Gregorio Marañón, Madrid.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El derrame pleural paraneumónico (DPN) es una causa importante de morbilidad en niños. Los objetivos fueron conocer la incidencia del DPN en nuestro medio y analizar los posibles factores predictivos de evolución tórpida.

MÉTODO

Se diseñó un estudio prospectivo, analítico observacional, realizado en un Servicio de Urgencias Pediátricas (SUP), entre Septiembre 2005 y Noviembre 2007. La muestra fueron los pacientes con imagen radiológica compatible con DPN.

RESULTADOS

Se analizaron 34 pacientes, 58.8% niños y 41.2% niñas, con una media de edad de 52 meses. Un 52.9% de los pacientes presentaron un derrame pleural izquierdo. La ecografía presentaba loculaciones en un 25%. En este grupo de pacientes la EMH fue 17.8 días, mientras que en el resto fue 11.13 días ($p = 0,029$). Los pacientes que presentaban un $pH < 7.2$ en líquido pleural presentaron una EMH de 13.4 días frente a 7.8 días en pacientes con $pH > 7.2$ ($p = 0.02$). Un 23.5% precisaron antibioterapia y drenaje torácico, un 2.9% tratamiento con fibrinolíticos y en un 7% se realizó toracoscopia precoz. Un 10.6% de los pacientes precisó rescate quirúrgico posterior. La EMH de toracoscopia precoz fue 9.3, frente a la EMH del resto de 12.53 días ($p = 0.07$).

CONCLUSIONES

El DPN es una patología frecuente en SUP. La ecografía torácica debe ser la guía de la actitud terapéutica, precisando un tratamiento más precoz y agresivo si existen loculaciones. Se precisa más estudios para conocer si la toracoscopia precoz disminuye la EMH.



COMUNICACIONES ORALES

PCT SEMICUANTITATIVA VERSUS PCT CUANTITATIVA PARA EL DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN BACTERIANA POTENCIALMENTE SEVERA

García Casales, Zuriñe¹. González de Zarate Pérez de Arrilucea, Ainhoa¹. Rubio Olló, Izaskun². Martínez Campos, Carmen². Benito Fernández, Javier¹. Vázquez Ronco, Miguel¹.

1 Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Barakaldo. 2 Servicio de Bioquímica. Hospital de Cruces. Barakaldo.

Introducción:

La procalcitonina se ha mostrado como un parámetro analítico útil en el diagnóstico de infección bacteriana en la infancia.

Objetivo:

Comprobar cual de las dos pruebas, la PCT semicuantitativa (PCTs) o la PCT cuantitativa (PCTc) tiene mejor rendimiento para el diagnóstico de infección bacteriana severa (IBPS) en urgencias de pediatría.

Pacientes y método:

Estudio retrospectivo. Se realizó PCTs y PCTc a 100 niños. Para el análisis de los datos se crearon dos grupos:

A- IBPS: aquellos con hemocultivo o cultivo de LCR positivo y las ITU con fiebre elevada (>38,5°C).

B- Infección viral o bacteriana no grave: aquellos con cultivo o serología viral positiva, ITU con fiebre baja y aquellos con cultivos bacterianos negativos y con buena evolución posterior.

Se excluyeron las patologías en que no se pudo demostrar la etiología (neumonías, abscesos...)

Resultados:

Quedaron incluidos 66 niños (grupo A: 38, grupo B: 28). La probabilidad preprueba de tener una IBPS fue del 58%. Tanto la PCTs como la PCTc tuvieron la misma especificidad 75%, probabilidad postprueba 63% y LR+ 1,26. La capacidad predictiva de ambos test fue similar (área bajo la curva: PCTs 58,7% y PCTc 60,7%).

En los niños con un tiempo de evolución de los síntomas inferior a 12 horas, mejoró el rendimiento de ambas pruebas pero no hubo diferencias entre ambos: Especificidad 93%, LR+ 2,15, probabilidad postprueba 67% (preprueba 48%). El área bajo la curva ROC de la PCTc fue superior al de la PCTs (65,7% vs 57,1%).

El coeficiente de correlación (r de Pearson) entre la PCTs y la PCTc es del 0,763.

Conclusiones:

Existe una correlación aceptable entre la PCTc y la PCTs para el diagnóstico de IBPS en urgencias de pediatría. Tienen el mismo valor predictivo, aunque en los casos poco evolucionados la PCTc es ligeramente superior.



COMUNICACIONES ORALES

UTILIDAD DEL TEST DE DETERMINACIÓN RÁPIDA DE GRIPE EN LA URGENCIA PEDIÁTRICA

Cordero Castro C, Mesa García S, Martínez Moreno C, Cruz Rojo J, Palacios Cuesta A, Marín Ferrer M.
Sección de Urgencias Pediátricas. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

OBJETIVO: La gripe es una enfermedad de alta incidencia estacional. La clínica en edades pediátricas es variable e inespecífica, lo que obliga en ocasiones a realizar pruebas complementarias invasivas (analíticas sanguíneas, radiografías, punciones lumbares y análisis de orina). Este estudio **trata de constatar el cambio de actitud en el manejo diagnóstico-terapéutico** de los niños que se diagnostican en la urgencia pediátrica de infección por virus de influenza mediante un test de diagnóstico rápido.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se trata de un estudio retrospectivo de historias clínicas de niños diagnosticados en la urgencia de infección por gripe mediante test de detección rápida (Directigen™Flu A+B), desde Enero-2.005 a Febrero-2.008.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio, se obtuvieron 54 resultados positivos para gripe. De estos se pudo recuperar datos en 34 (63%). La mediana de edad fue de 16 meses (RIQ=4,5-45,5 meses); 22 eran niños y 12 niñas (64,7% y 35,3%). En el 73,5% se detectó virus influenza A (26,5% influenza B). El motivo de consulta fundamental fue la fiebre (82,4%), y el motivo de petición del test más frecuente fue el estudio de síndrome febril (67,6%). En el **76,5% de los casos** (n=26), **se modificó la actitud** diagnóstico-terapéutica. El cambio de actitud más frecuente fue el no hacer pruebas complementarias (65,4%); se consideró que se evitó el ingreso en el 11,5% de los casos. Solo 2 niños con test positivo ingresaron.

CONCLUSIONES: El diagnóstico rápido de infección por virus influenza en la urgencia, modifica la actitud del pediatra en la mayoría de los casos. Este cambio de actitud supone una disminución de las pruebas complementarias realizadas y del número de hospitalizaciones y del uso de antibióticos.



COMUNICACIONES ORALES

IMPACTO DE LA VACUNACIÓN ANTINEUMOCÓCICA CONJUGADA HEPTAVALENTE EN LA ENFERMEDAD INVASIVA POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE EN NIÑOS.

De los Ríos A, Pineda V, Fontanals D, Moya S, Baena I, Clotet J, Sánchez D
Servicio de Pediatría. Hospital de Sabadell, Corporació Parc Taulí. Sabadell.

Antecedentes y objetivos:

La comercialización de la vacuna antineumocócica heptavalente se inició en España en Junio 2001. Nuestro objetivo es analizar el impacto de la vacunación antineumocócica en la enfermedad neumocócica invasiva (ENI) en niños de nuestra área de referencia.

Metodología:

Se incluyeron todos los casos diagnosticados en nuestro hospital de ENI en menores de 15 años entre 1996 y 2007. Se definió como caso aquel en el que se aisló Neumococo en líquido estéril. Se analizaron las características clínicas, analíticas y microbiológicas y se calcularon las tasas de incidencia anual comparando el período previo a la aprobación de la vacuna con el período posterior.

Resultados:

Se diagnosticaron 153 casos: 83 en período pre-vacunal y 70 en período post-vacunal. La incidencia global de la enfermedad disminuyó de 23.6 a 19 casos/100.000 niños < 15 años. La forma clínica más frecuente en el período pre-vacunal fue la bacteriemia, que junto con la meningitis han sufrido un descenso del 45% y 78% respectivamente, siendo la neumonía la forma más frecuente en el período post-vacunal. Aumentaron los casos de neumonía en el período post-vacunal (90%) con incremento de las formas con derrame (del 30% al 53%). En el período pre-vacunal los serotipos vacunales representaban el 72%, mientras que en el período post-vacunal el 75% eran no vacunales. En el período post-vacunal disminuyeron las resistencias a Penicilina, Eritromicina y Cefalosporinas de 3ª generación.

Conclusiones:

Desde la comercialización de la vacuna, ha disminuído la incidencia global de ENI en nuestra área. La disminución más importante se ha observado en la meningitis, seguido de la bacteriemia. Sin embargo han aumentado los casos de neumonía neumocócica así como sus formas complicadas con derrame pleural.

Los serotipos más prevalentes en el período post-vacunal son los no vacunales, principalmente el 1, 3, 19A y 6A, mientras que en el período pre-vacunal eran los cubiertos por la vacuna.



COMUNICACIONES ORALES

IMPACTO DE LA IMPLANTACIÓN DE UNA GUÍA DE ACTUACIÓN CLÍNICA DE BRONQUIOLITIS BASADA EN MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA.

Nieto Faza Manuel, Saéz de Ugarte Sobrón Iratxe, Sánchez Etxaniz Jesús, Benito Fernández Javier, García González Silvia, Andrés Olaizola Amagoia
Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Barakaldo

Objetivos: Comprobar las repercusiones de la implantación de una Guía de Actuación Clínica de Bronquiolitis basada en Medicina Basada en la Evidencia (MBE) antes del inicio de la epidemia del año 2007.

Metodología: Análisis comparativo retrospectivo de 2 cohortes de casos diagnosticados de bronquiolitis en nuestra Unidad de Urgencias, entre el 01.11 y el 31.12 de los años 2006 y 2007. Del programa informático de la Unidad se han extraído los datos que quedan registrados sistemáticamente (edad, sexo, tiempo de estancia, estancia en la Unidad de Observación (UO), realización de radiografía, alta/ingreso hospitalario, reconsultas). Además se ha analizado en una muestra de 260 casos de cada cohorte, seleccionada de forma aleatoria, el score de gravedad, la saturación de O₂ al ingreso, realización de tira reactiva de orina, administración de salbutamol y/o adrenalina durante su estancia y el tratamiento domiciliario indicado.

Resultados: En dicho periodo de los años 2006 y 2007 se diagnosticaron 563 y 570 casos de bronquiolitis, respectivamente. La edad media fue algo menor en el año 2007 (7.37 vs 6.57 m.) pero la diferencia no fue significativa. El tiempo de estancia global disminuyó significativamente en el año 2007: 4.18 h. vs 3.15h. ($p < 0.05$). Se indicó ingreso en la UO en el 21% y 14.2%, respectivamente ($p = 0.003$), mientras que la estancia media en ella (13.15 vs 13.56 h.) y la tasa de ingresos en planta (44 vs 51%) no variaron significativamente. Ni la tasa de reconsultas (18.4 % vs 16.6%) ni la ingresos global muestra diferencias significativas (11.5% vs 12.8%), siendo la edad media de los ingresados similar en las dos epidemias (3.32 vs 2.83m.), siendo significativamente menor a la de los dados de alta (7.78 y 7.11). Se ha reducido de forma significativa la realización de radiografías (26.5 vs 17.5%), $p < 0.001$. En las dos muestras analizadas hemos comprobado un nivel de gravedad similar: puntuación del score clínico (4.92 vs 4.91), y Sat O₂ (96.2 vs 96.3%). No hubo diferencias en el porcentaje de pacientes a los que se administró adrenalina nebulizada (13.8 vs 16.2%) ni en el número de nebulizaciones (1.28 vs 1.10); pero sí en la indicación y número de dosis de salbutamol (56 vs 35%, y 1.74 vs 1.31, respectivamente), $p < 0.001$. Ha habido una disminución de los broncodilatadores indicados al alta domiciliaria: 56.9 vs 32.3% ($p < 0.001$). La prescripción de antibiótico muestra una reducción no significativa (3.8 vs 2.3%). Se redujo de forma no significativa la realización de tira de orina (8.4 vs 4%)

Conclusiones: 1. Al comparar dos epidemias de similar gravedad, una buena adherencia a una Guía de Actuación clínica de Bronquiolitis basada en MBE ha mejorado la eficiencia del manejo de estos pacientes en Urgencias. 2. La mejoría se documenta en la disminución del tiempo medio de estancia; en la menor tasa de ingreso en la Unidad de Observación; en la reducción tanto del número de pacientes tratados con salbutamol como del número de dosis administradas en la unidad; en la disminución de broncodilatadores indicados al alta, y en la disminución de realización de radiografías de tórax.



COMUNICACIONES ORALES

CRUP MODERADO: EFICACIA DE LA ADMINISTRACIÓN DE HELIOX EN URGENCIAS

Autores: A. García Figueruelo, MJ Rodríguez Castaño, M Botrán Prieto, J Adrián Gutierrez, A Peñalba Citores, R Marañón Pardillo

Servicio Urgencias Pediatría, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

Objetivo: Valorar la eficacia de heliox inhalado en laringitis moderada en los Servicios de Urgencias Pediátricas

Material y métodos: Estudio prospectivo aleatorizado de casos y controles. Se recogieron 47 pacientes con laringitis moderada durante los años 2005 y 2006, valorando la respuesta al tratamiento mediante escalas gravedad clínica (Taussig) y frecuencia respiratoria (FR). A todos los pacientes, se administra dexametasona oral según protocolo de Urgencias. Se aleatorizaron pacientes en 2 grupos: A: nada, B: tratamiento con heliox inhalado durante una hora. Los criterios de inclusión fue edad comprendida entre 6 y 36 meses y Taussig entre 5 y 8. Se realizó el estudio estadístico mediante el programa SPSS 11.0 para Windows, utilizando el test Mann-Whitney para análisis de resultados ($p < 0.05$).

Resultados: Se recogieron datos de 47 pacientes, 37 varones y 10 mujeres, con media de edad de 18.87 meses. Se distribuyeron 23 pacientes en grupo A y 24 pacientes en grupo B. A los sesenta minutos de tratamiento se encontraron diferencias estadísticamente significativas: Media Taussig: grupo A: 3.7; grupo B: 2.6; media FR: grupo A: 35.6, grupo B: 30.7 rpm ($p < 0.05$). A las dos horas de tratamiento: Media Taussig: grupo A: 2.2, grupo B: 1.5; Media FR: grupo A: 32.2, grupo B: 29 rpm ($p > 0.05$). El 83.3% de los pacientes que precisaron medicación de rescate con adrenalina inhalada no habían recibido tratamiento con heliox.

Conclusiones: En nuestro estudio el heliox como tratamiento coadyuvante mejora clínicamente la laringitis moderada, precisando menor medicación de rescate.



COMUNICACIONES ORALES

EVALUACIÓN DEL MANEJO DE LAS CÁMARA INHALADORAS POR PARTE DE PADRES Y NIÑOS QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS

Llongueras Martí, Montserrat. Saenz Fortes, Carolina. Servicio de Urgencias Pediatría. Hospital Mútua de Terrassa, Barcelona

OBJETIVOS

En el servicio de urgencias de pediatría se ha apreciado un ascenso de la patología respiratoria (47.6 % de las visitas en 2006)

En el 2005 se implantó el protocolo de administración de broncodilatadores con cámara inhaladora en crisis leve-moderadas que incluyó la educación en el manejo de la técnica inhalatoria en las familias.

Nuestro objetivo ha sido evaluar los conocimientos de los padres/niños sobre el uso correcto de estos dispositivos.

MATERIAL Y METODO

Estudio descriptivo prospectivo realizado en muestra aleatoria de los pacientes que acuden a urgencias por patología que precisa terapia inhalatoria, de edades comprendidas entre 0 y 6 años, excluyendo las familias que utilizaban la técnica por primera vez, de octubre 2007 a enero de 2008. Los datos han sido recogidos a través de una encuesta que evalúa los conocimientos en la realización de la técnica de inhalación y el cuidado de las cámaras.

RESULTADOS

En una muestra de 40 niños/as:

- 76.9% utilizaba el dispositivo correcto.
- 94.9% agitaba el inhalador
- 59 % impregnaba la cámara previamente.
- 92.3 % inhalaba la medicación durante el tiempo correcto
- 46.2% realizaba la pausa adecuada.
- 64.1% evitaba las fugas.
- 74.4% no realizaba enjuagues bucales post-tratamiento.
- 23.1 % no efectuaba una higiene eficaz de la cámara.

CONCLUSIONES

La técnica de administración es correcta en general, probablemente debido al aprendizaje realizado en urgencias pero los cuidados pre y post tratamiento son deficitarios. Entregando un folleto informativo a las familias podríamos mejorar estos aspectos.



COMUNICACIONES ORALES

ESTUDIO DE MARCADORES PREDICTORES DE AFECTACION RENAL EN PACIENTES CON SOSPECHA DE INFECCION URINARIA

Autores: Olaciregui Echenique, Izaskun. Aristimuño Urdampilleta, Henar. Muga Zuriarrain, Oihana. Empanza Knörr, José Ignacio. Muñoz Bernal, José Ángel. Landa Maya, José Julián.

Centro: Unidad de Urgencias. Servicio de Pediatría. Hospital Donostia. San Sebastián.

Objetivo

Determinar la capacidad de la procalcitonina (PCT), proteína C reactiva (PCR) y recuento leucocitario para predecir la afectación renal en los niños con sospecha de infección urinaria

Material y métodos

Estudio retrospectivo de los niños entre 1 mes y 14 años ingresados en un hospital terciario entre Enero 04 y Diciembre 07 por sospecha de infección urinaria (tira reactiva de orina alterada). La afectación renal se determinó mediante gammagrafía con ácido dimercaptosuccinico con Tc99 (DMSA), realizada durante los 5 primeros días tras el ingreso. La positividad del DMSA constituyó el grupo de pielonefritis, el resto formaron el grupo control. Se evaluó el poder discriminante de los datos demográficos, clínicos y analíticos como el recuento leucocitario, PCR y procalcitonina semicuantitativa (PCT-Q). Se realizaron curvas ROC (receiver operating characteristic) para los datos analíticos. Se seleccionaron aquellas variables que en el análisis univariante tenían una significación $<0,20$ y se realizó regresión logística multivariante con selección autoanalítica (backward stepwise).

Resultados

Muestra (n=192) constituida por 99 niños y 93 niñas con edad media de 10 meses. El 42,3% de los pacientes presentaron alteraciones en el DMSA. Tanto el valor de la PCT-Q (punto de corte 0,5) como el valor medio de la PCR, recuento leucocitario, edad, duración de la fiebre previa al diagnóstico y T^a máxima alcanzada fueron estadísticamente superiores en el grupo de pielonefritis ($p<0,05$). El área bajo la curva para la PCT-Q (0,72) y PCR (0,75) resultaron ser superiores a la del recuento leucocitario total (0,65). Se calcularon los valores de sensibilidad y especificidad de la PCT-Q para un punto de corte de 0,5 (S:71,43%, E:61,26%) y de la PCR para un punto de corte de 50 (S:76,32%, E:66,66%). Al someter los datos a un análisis multivariante se vio que solo la PCT-Q, PCR y la edad tenían capacidad predictora intrínseca de pielonefritis. Cuando la PCT y PCR se relacionaron con la severidad de la afectación renal (determinada por el DMSA) vimos una mejor relación con los niveles de PCT-Q que con los de PCR.

Conclusión

Tanto la PCT-Q como la PCR resultaron ser predictores intrínsecos de afectación renal en los niños con sospecha de infección urinaria con tendencia a mejorar la capacidad predictora de la PCT en el caso de afectación renal más severa.



COMUNICACIONES ORALES

ONDANSETRON ORAL PARA EL CONTROL DE VÓMITOS INCOERCIBLES

May Llanas, M^a Elena. Pizá Oliveras, Anna.Cortés Álvarez, Nuria.Tomasini, Rosangela. García Puig, Roger. Margarit Mallol, Jaume.

Introducción: El vómito constituye un motivo frecuente de consulta en Urgencias y a menudo obliga a ingresar a los pacientes para realizar una rehidratación endovenosa. El uso de fármacos antieméticos en pediatría es un tema controvertido.

El ondansetrón es un antiemético bien tolerado que se puede administrar por vía endovenosa u oral.

Objetivos: 1- Revisar nuestra experiencia en el uso de ondansetrón . 2- Valorar su eficacia en el control de los vómitos incoercibles. 3- Establecer la necesidad de una segunda dosis.

Material y métodos: Revisión retrospectiva de los niños tratados con ondansetrón en nuestro centro en octubre de 2007, recogiendo edad, síntomas acompañantes, necesidad de ingreso o terapia endovenosa y reconsulta. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 6 meses de edad con vómitos incoercibles que no respondieron a la rehidratación oral y a los que se administró ondansetrón.

Resultados: Se incluyeron 34 pacientes, con una edad media de 62.4 meses (7-151) y un tiempo de evolución de 14,3 horas (2-48). El 10% presentaban fiebre y el 40% diarrea. El ondansetrón fue efectivo en el 94% de los casos, precisando ingreso y rehidratación endovenosa sólo 3 pacientes (uno de ellos afecto de pielonefritis aguda), y reconsultaron en las siguientes 48 horas otros 3 pacientes.

*Conclusiones:*1- El ondansetrón es efectivo en el control de los vómitos incoercibles en urgencias de pediatría, observándose una disminución drástica de la necesidad de ingreso y rehidratación endovenosa. 2- Podría valorarse la administración de una segunda dosis a las 8 horas para evitar la reconsulta.



COMUNICACIONES ORALES

PUESTA EN MARCHA DE LAS PAUTAS DE REHIDRATACIÓN RÁPIDA EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS DE UN HOSPITAL GENERAL.

A. Pueyo Ferrer, A. Fernández López, N. Pociello Almiñana, F. Paredes Carmona, M. Plana Fernández, Z. Ibars Valverde, I. Morales Bara, A.R.Gomà Brufau.

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida.

INTRODUCCIÓN. Las pautas de rehidratación rápida (RR) se han ido incorporando a las guías de práctica clínica de los centros más prestigiosos. Su principal ventaja es la mejoría más rápida de la perfusión intestinal y renal con mejor tolerancia oral y corrección más precoz de trastornos hidroelectrolíticos. Recientemente ha aparecido controversia sobre el tipo de líquido a administrar y posibilidad de aparición de acidosis hiperclorémica en estos pacientes.

OBJETIVOS. 1.Actualizar el protocolo pediátrico de rehidratación endovenosa de nuestro hospital. 2.Analizar de forma prospectiva los resultados obtenidos en los primeros niños tratados con la nueva pauta.3.Comparar las cifras de cloremia tras reponer pérdidas con las previas a la RR. 4. Evaluar las cantidades de sodio administradas en estos pacientes por vía endovenosa (EV).

MATERIAL Y MÉTODOS. En Junio de 2007 se realizó revisión bibliográfica y se actualizaron las pautas de rehidratación oral (RO) y endovenosa (RE). Se adoptó el score de Gorelick para valorar el grado de deshidratación (DH) y se consensuó una pauta de RR basada en las realizadas en otros centros con modificaciones según la literatura. En DH iso-hiponatémica la reposición de las pérdidas la realizamos con SSF (en 4 horas si es leve-moderada y en 8 si es grave) y añadimos glucosa en todos los pacientes, para evitar la cetosis. En DH hipernatémica las pérdidas se pasan en forma de SGS 1/3 en 24-72 horas según natremia. Con posterioridad utilizamos SGS1/3 si precisan perfusión endovenosa (PE) tras la reposición. Estudio prospectivo de los primeros casos rehidratados con RR a partir de Septiembre de 2007 en nuestro centro.

RESULTADOS. Se han incluido 31 niños ingresados desde urgencias en hospitalización pediátrica (10 con DH moderada y 21 con DH leve y fracaso de la RO). Las pérdidas oscilaron entre el 2% y el 7% (media: 3.7 (DE:1.2)). La DH fue hiponatémica en 13 (41.9%) con valores de sodio entre 127 y 134 mEq/L, isonatémica en 16 (51.7%) e hipernatémica en 2 (natremia de 153.8 y 153.1 mEq/L). Al inicio de la RR el valor medio de cloro fue 103 mEq/L (DE:10) (mínimo:92.6 y máximo:134.6 mEq/L). Al finalizar la reposición de pérdidas, la cloremia fue 106.8 mEq/L (DE:6.4) con rango entre 99 y 127.1 mEq/L. En las DH iso-hiponatémicas no se han hallado diferencias significativas en la cloremia tras administrar las pérdidas con SSF (100.9 (DE:4.7) vs. 105.2 (DE:3.6)). En estos pacientes la natriuria media inicial fue baja (16.8 mEq/L) indicativa del déficit y necesidades elevadas de sodio que presentan. Se detectó cetonuria en el 38.7 % de los casos. En 19 niños se precisó PE tras reponer pérdidas por rechazo de ingesta o pérdidas intestinales mayores a las cantidades ingeridas de RO, pero en ningún caso por deficiente tolerancia oral. En las primeras 24 horas la cantidad media de sodio administrada fue 7.7 mEq/Kg/día (DE: 3.2) con valores entre 3 y 14.9 mEq/Kg/día.

COMENTARIOS. 1.La experiencia al inicio de la puesta en marcha de la RR ha sido satisfactoria. 2.En los primeros pacientes incluidos no hemos observado hipercloremia tras reponer las pérdidas. 3.Las cantidades de sodio EV administradas en 24 horas no han sido excesivas vistos los valores de natriuria y la tolerancia oral tras la reposición ha sido buena. 4.Con la próxima puesta en marcha de la Unidad de Observación 24 horas en nuestro servicio de urgencias este año 2008, nuestro objetivo es reducir número de ingresos por esta patología gracias a estas nuevas pautas de RR.



COMUNICACIONES ORALES

MESA DE COMUNICACIONES ORALES Nº 2

Viernes 18 de abril de 2008, de 11.30 a 12.30 horas

Moderadores: Dra. Paula Vázquez López y Dr. José Antonio López Soler

ESTUDIO DE FIABILIDAD DEL SISTEMA DE TRIAJE ESTRUCTURADO DE UN SERVICIO DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA EN UN HOSPITAL TERCIARIO

Fernández Landaluce A, Pijoan Zubizarreta JI*, Ares Ares MI, Azkunaga Santibáñez B, Mintegi Raso S, Benito Fernández FJ.

Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Barakaldo

*Unidad de Epidemiología Clínica. Hospital de Cruces. Barakaldo

Introducción: La fiabilidad o reproducibilidad es una de las características que debe cumplir un sistema de triaje estructurado.

Objetivo: Analizar la fiabilidad de la escala de triaje pediátrico canadiense (pCTAS) adaptada y aplicada mediante una herramienta informática.

Metodología: Se realiza un estudio de concordancia y exactitud, mediante la comparación de la clasificación de casos prácticos simulados. Participa personal de enfermería de urgencias de pediatría que ha realizado un curso de formación de triaje. Un comité de expertos realiza la clasificación de los casos, que se usará de referencia en el análisis. En cada escenario clínico, se recoge el TEP (triángulo de evaluación pediátrica), motivo de consulta y nivel de gravedad. Se definen los conceptos de: desacuerdos relevantes y poco relevantes, acuerdo total, acuerdo razonable o suficiente. Se analizan las respuestas correctas en relación a la valoración de referencia (exactitud) y se calcula el índice kappa (concordancia)

Resultados: 30 evaluadores realizaron la valoración de 29 casos simulados. Con respecto al TEP, el 93,6% de las respuestas fueron exactas. La capacidad de detectar la necesidad de priorización del paciente, mediante el TEP (sensibilidad) fue de 92%. El índice Kappa para la valoración del TEP fue 0,77. En el caso del motivo de consulta el 75,8% de las respuestas fueron exactas. Las respuestas para el nivel de gravedad fueron exactas o aceptables (incluyendo desacuerdos poco relevantes) en el 80,3% de los casos. El índice Kappa ponderado para el nivel de gravedad fue de 0,473 (IC 95%0,46-0,483)

Conclusiones: La valoración del TEP en el proceso de triaje muestra un alto grado de concordancia, facilitando la priorización de los pacientes que lo precisan. Sin embargo, la fiabilidad global y la exactitud de la pCTAS adaptada e informatizada, son moderadas, lo que obliga a mantener y reforzar la formación



COMUNICACIONES ORALES

IMPLANTACIÓN DE UN MODELO DE EVALUACIÓN INICIAL DE ENFERMERÍA BASADO EN EL *PEDIATRIC ASSESSMENT TRIANGLE*

Escatllar González B (1), Berbis Morelló C (1), Fernández López J (1), Moya Bernad MT (1), Canadell Olivé M (1), Castellarnau Figueras E (2).

Enfermería pediátrica (1), Facultativo Especialista Pediatría (2)

Urgencias de Pediatría. Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona.

Objetivos: Implantar un modelo de evaluación inicial pediátrica para enfermería basado en el *Pediatric Assessment Triangle* (PAT) que permita confirmar la estabilidad vital del paciente y procure una mejora de la calidad asistencial.

Material y métodos: 1. Seminarios teóricos con casos clínicos para difundir el sistema PAT al personal de enfermería de Urgencias de Pediatría. 2. Elaboración de un modelo de evaluación inicial de aplicación a la práctica clínica diaria de enfermería. 3. Implantación del protocolo de evaluación inicial en el área de triage de Urgencias de Pediatría. 4. Análisis de los resultados de la aplicación del protocolo.

Resultados: Partiendo de un seminario teórico con casos clínicos para dar a conocer el sistema PAT, se han elaborado un tríptico y un póster que recogen la valoración inicial PAT, los patrones fisiopatológicos, las prioridades de manejo, y también las variables de las constantes vitales. En una segunda fase se ha implantado el protocolo de enfermería en el momento del triage pediátrico, obteniéndose buenos resultados en cuanto a: aceptación por parte del personal de enfermería, mayor precisión en la evaluación inicial, y sobretodo mayor seguridad en las decisiones y actuaciones de enfermería, con especial interés en el personal de nueva incorporación.

Conclusiones: 1. El modelo de evaluación inicial pediátrica basada en el PAT constituye una herramienta útil y fácil de usar. 2. Permite identificar pacientes con riesgo vital que de otra manera pueden pasar desapercibidos por síntomas o signos poco precisos o por inexperiencia del personal. 3. Procura una mejor asistencia al paciente priorizando según gravedad. 4. Confiere seguridad en las decisiones de enfermería.



COMUNICACIONES ORALES

REVISION Y CAMBIOS EN EL SISTEMA DE CLASIFICACION DE LAS URGENCIAS PEDIATRICAS

Autor: González Bravo, David. Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid

Coautores: García-Vao Bel, Carlos. Rodríguez Díaz, Rocío. De la Peña Garrido, Agustín. Migueles Guerrero, Carmen. Román Riechmann, Enriqueta.

Objetivos: Exponer el sistema de la clasificación de urgencias pediátricas revisado a los 3 años de su instauración

Implantación de 5 niveles de gravedad

Material y métodos: En junio 2004 se efectúa la apertura del servicio con un sistema de clasificación con 5 niveles de gravedad técnicos limitándose a 3 niveles reales por limitaciones de funcionamiento organizativo de la urgencia. Las características de este sistema de clasificación son: basado en el sistema de clasificación Canadiense, funcionamiento conjunto con el servicio de Urgencias generales, integrado en la historia clínica electrónica (Selene), realizado por Enfermería de urgencias. Tras tres años de funcionamiento de este sistema de clasificación se ha realizado una revisión profunda de los motivos de consulta contemplados así como de los niveles de gravedad y ubicación definitiva del paciente.

Resultados: El nuevo sistema de clasificación queda diseñado para adjudicar un nivel de gravedad individualizado a cada paciente al aplicar cuatro discriminantes que serían: afectación del estado general (basado en el triángulo de gravedad) edad, intensidad del dolor y de la fiebre. El motivo de consulta implica un nivel de gravedad, que puede ser modificado tras la aplicación de los discriminantes establecidos

Conclusiones:

- Rediseño de un sistema de clasificación propio revisando las características especiales de los pacientes pediátricos
- Integración de cuatro discriminantes fundamentales para la adjudicación del nivel de gravedad
- Cambios para ubicar a los pacientes clasificados de tres a cinco niveles de gravedad
- Planes de futuro: separación física de clasificación pediátrica de clasificación de adultos



COMUNICACIONES ORALES

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD PERCIBIDA POR LOS USUARIOS DE UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS.

Buenache Espartosa, Raquel; Rizo Pascual, Juana María; Mateo Martínez, Gonzalo; Suárez Cortina, Lucrecia, Yturriaga Matarranz, Rafael.

Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: conocer el grado de satisfacción de los padres de los niños atendidos en el servicio de Urgencias de nuestro centro y evaluar la calidad percibida por ellos, para poder mejorar la atención ofrecida.

Material y métodos: Se elaboró un cuestionario de 13 preguntas, que recogía los siguientes datos: motivo de consulta, edad, día de la semana y hora en que fue atendido; y sobre su percepción de la atención recibida: trato recibido por parte de la enfermera y del médico, opinión sobre las instalaciones, confianza que le ofrecieron los profesionales, y si en su opinión el médico había comprendido los síntomas del niño. También se preguntó si habían comprendido el diagnóstico y tratamiento explicados por el facultativo, y si volverían a utilizar nuestro servicio de urgencias en caso necesario. Finalmente, se pedía que valoraran de forma global la atención recibida del 1 al 10, y se dejó un apartado final abierto para sugerencias. Se solicitó la participación de todos los pacientes atendidos en Urgencias de Pediatría entre el 15 de octubre y 15 de diciembre de 2007 que su llegada a urgencias no ocurriera en situación de gravedad tal que implicara su atención en sala de emergencias. A todos ellos, junto con el informe de alta se les entregó la encuesta para cumplimentar de forma anónima y posteriormente depositar en un buzón instalado en la sala de espera para dicho efecto.

Resultados: Del total de pacientes atendidos (3293), un 27,2% realizó la encuesta (897 encuestas recogidas).

<i>Motivo de acudir a urgencias</i>	remitido por su pediatra: 24%	decisión propia: 59%	atención rápida: 11%	otros: 5% (por no haber pediatra en primaria 25%)
<i>Pacientes: edad</i>	de 0-24 meses: 44%	de 2-3 años: 25%	de 4-10 años: 20%	> 10 años: 11%
<i>Tiempo espera</i>	<30 minutos: 67%	30-60' : 13%	1-2 horas: 10%	2-3 horas: 4% >3 horas 3,5%
<i>Trato recibido</i>	Muy bueno 59%	Bueno 32%	Aceptable 6%	Malo/muy malo 0,4%
<i>Comprensión del diagnóstico</i>	91% Sí, completamente	6% Sí, con algunas dudas	0,3 % No	
<i>Comprensión del tratamiento</i>	95% completamente	2% sí, con algunas dudas	0,3% No	
<i>¿Cree que el médico le ha comprendido?</i>		Si : 95,1%	No: 2,3%	
<i>Confianza que le ofrece el médico</i>	Toda la deseable 61%	Bastante 34%	Regular 1,7%	Poca 0,6% Muy poca 0,0%
<i>¿Volvería?</i>	Sí, seguro: 79%	Probablemente 17%	No 1,8%	
<i>Instalaciones</i>	Muy buenas 20%	Buenas 55%	Regular 19%	Malas/Muy malas 4%
<i>Puntuación recibida Media: 8,5</i>	Sobresaliente 49%	Notable 40%	Aprobado 5%	Suspenso 1%
<i>Puntuación media en función del tiempo</i>	Espera menor de 15 minutos: 8,9	Espera entre 1 – 2 horas: 8,1	Espera entre 2 y 3 horas: 7,6	Espera mayor de 3 horas: 6,2
<i>Sugerencias</i>	43% instalaciones	15% felicitación	15% más personal	25 % tiempo de espera

Conclusiones: objetivamos buenos resultados en cuanto al trato del personal, buena valoración de los profesionales, y adecuada eficacia respecto a comprensión del diagnóstico y tratamiento. De acuerdo a los datos y sugerencias recogidos, se obtendría un máximo beneficio con una mejora de las instalaciones, de forma que fueran más amplias y confortables para niños y padres (en especial, la sala de espera) y con una disminución del tiempo en ser atendido.



COMUNICACIONES ORALES

CRITERIOS DE CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS.

Martín Álvarez, E; Martínez Pardo, L. M; Sánchez Tallón, R. Pacheco Sánchez-Lafuente J, Pérez Aragón A, López Contreras I, Moreno Galdó MF, Santos Pérez JL.

Unidad de Urgencias. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

Objetivo general: Evaluar el tratamiento antibiótico prescrito en un servicio de urgencias pediátricas.

Objetivos específicos:

1. Determinar el porcentaje de antibióticos prescritos en los procesos infecciosos en general y en función del diagnóstico.
2. Calcular la proporción de antibióticos por grupos.
3. Analizar la relación entre la prescripción de antibióticos y la realización de pruebas complementarias.
4. Proponer indicadores de calidad del uso de antibióticos en urgencias de pediatría.

Material y métodos:

Diseño: Estudio transversal.

Población de estudio: Pacientes que acuden a urgencias junio de 2007-febrero 2008 con motivo de consulta fiebre.

Muestreo aleatorio sistemático.

Variables: Diagnóstico al alta, Uso de antibióticos, Pruebas complementarias y tipo.

Fuente de datos: DIRAYA URGENCIAS.

Análisis: Descripción de variables y cálculo de Chi cuadrado para determinar la relación entre prescripción de antibióticos y pruebas complementarias.

Resultados:

1. Antibióticos en infecciones: 43%. Amoxicilina: 35 %, Amoxicilina / clavulánico: 39.77%, Cefalosporinas:14.77%, otros:16%.
2. Antibióticos en síndrome febril: 12.25%.
3. Antibióticos en Faringo-amigdalitis: 85.71%. amoxicilina: 42.86%, amoxicilina/ clavulánico:40.48, otros:16.67.
4. Antibióticos en IRA:30.61%. Amoxicilina: 43.75%, amoxicilina /clavulánico :31.25% , otros:25%
5. El uso de antibióticos no se relacionó con la realización de pruebas complementarias ($\chi^2=0.0176$)

Conclusión:

Los resultados muestran un uso preferente de amoxicilina y amoxicilina/clavulánico en las infecciones de forma global, así como en faringoamigdalitis e IRA. La SEUP establece como indicador de calidad de prescripción de antibióticos su uso en < 5%. En base a este estudio preliminar, proponemos añadir:

- I. % Amoxicilina/ Total de antibióticos.
- II. % Amoxicilina en las FA/ Total de antibióticos en las FA.
- III. % Antibióticos en niños < 3 años con fiebre sin foco y pruebas complementarias /Total de niños < 3 años con procesos de fiebre sin foco.



COMUNICACIONES ORALES

APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE UNA EMERGENCIA EPIDEMIOLÓGICA EN URGENCIAS.

de Nicolás Navas, Luis^a; Ruiz Domínguez, José Antonio^a; García García, Santos^a; Mateos Rodríguez, Alonso^b; Gómez Villar, José^b.

^aServicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Infantil Universitario La Paz, Madrid.

^bEmergencias SUMMA 112, Madrid.

Objetivos: Verificar la correcta implantación del “Protocolo de Actuación ante una Emergencia Epidemiológica en Urgencias”, elaborado por nuestro Servicio, así como la coordinación con el Servicio de Salud Pública (SSP) y el Servicio de Coordinación de Urgencias (SCU), a raíz de la detección de un posible caso de gripe aviar.

Material y métodos: El Protocolo define su puesta en marcha tras la detección en Urgencias de un *Paciente Sospechoso*. Aunque se puede aplicar a cualquier emergencia epidemiológica de tipo biológico, su desarrollo se ha centrado en la actuación ante una sospecha de Gripe Aviar o SARS. El caso viene definido por criterios clínicos (clínica compatible) y epidemiológicos (posibilidad de contacto de riesgo en los 7 días previos) admitidos por la OMS. Una vez definido el riesgo, se instauran medidas para evitar la diseminación de la infección: 1) El personal sanitario necesario para la atención, debe vestir el equipo de protección personal recomendado por las directrices consensuadas (batas, gafas, guantes de nitrilo y mascarillas FFP2/FFP3, calzas); 2) El paciente debe usar mascarilla; 3) El paciente debe ser alojado en un área de aislamiento específica, con ventilación independiente, evitando a toda costa traslados intrahospitalarios (los familiares o convivientes deben ser considerados también como Posibles Casos); 4) Anamnesis detallada para confirmar la definición del Caso (conjunta con el Servicio de Medicina Preventiva); 5) Exploración: sólo en caso de necesitar datos específicos necesarios para tomar decisiones *inmediatas* respecto al tratamiento *inmediato*; 6) Notificación urgente al SSP, que activa al SCU para iniciar el protocolo de traslado interhospitalario al Centro de Referencia.

El SCU: 1) Pone en conocimiento de su Jefe de Guardia y del Equipo de UVI móvil la necesidad del traslado del paciente y sus acompañantes (todos los Casos) en condición de aislamiento; 2) Realiza preaviso hospitalario al Centro de Referencia para que prepare la recepción.

El personal de UVI móvil: 1) A su llegada a Urgencias, es informado de la situación clínica del paciente y se viste el equipo de protección personal; 2) Asume la transición del paciente (y resto de Casos) desde el Servicio de Urgencias a la UVI móvil; 3) Realiza el traslado al Centro de Referencia.

El personal sanitario se retirará el equipo protector una vez finalizado el contacto con el paciente, desechándolo en los contenedores para recogida de material biológico. Tras retirarse los guantes, se procederá al lavado de manos o empleo de solución antiséptica de base alcohólica. Proceder a desinfección de alto nivel del instrumental reutilizable que haya podido usarse, limpieza con agua, jabón y lejía (1/10-1/100) de las superficies y espacios utilizados (área de aislamiento, vehículos) y aireación durante 1 hora.

Notificar al Servicio de Riesgos Laborales el listado de contactos en sala de espera y personal del Área de Urgencias.

Resultados: La paciente había sido remitida desde un Centro de Atención Primaria, sin preaviso, mediante volante en el que se sugería el riesgo por procedencia geográfica de la niña (pero sin que dicha circunstancia se detectara hasta que la primera atención ya había sido realizada, sin iniciar medidas de aislamiento). Los padres tampoco habían sido advertidos de la sospecha. Una vez que se objetivó el motivo real de derivación a nuestro centro, se activó el protocolo de actuación, siguiéndose todos los pasos programados sin incidencias. La paciente no había contactado en sala de espera con otros pacientes, y la situación clínica, estable, no precisó de ninguna actitud terapéutica específica. En un plazo de 24 horas el Centro de Referencia informó a nuestro Servicio de la negatividad de las pruebas realizadas para el serotipo N1H5 de la gripe, desactivándose el periodo de observación del personal sanitario que contactó con la paciente.

Conclusiones: 1) La emergencia epidemiológica en un proceso poco frecuente en nuestro medio; la existencia de un protocolo bien estructurado facilita la toma de decisiones. 2) Es deseable la detección precoz del riesgo, en el primer proceso de filtro (triage). En este caso concreto, probablemente la mejor opción hubiera sido la activación del protocolo de traslado al Centro de Referencia desde el propio Centro de Salud, para evitar el riesgo de nuevos contactos. 3) Nuestra experiencia demostró una buena coordinación entre el nivel hospitalario, el Servicio de Salud Pública y el Servicio de Coordinación de Urgencias; el área de mejora detectado es la coordinación con el nivel de Atención Primaria.



COMUNICACIONES ORALES

MESA DE COMUNICACIONES ORALES Nº 3

Sábado 19 de abril de 2008, de 09.00 a 11.00 horas

Moderadores: Dr. Jesús Sánchez Etxaniz y Dr. Pablo Rojo Conejo

ASISTENCIA PEDIATRICA EN CATASTROFES. ACTIVIDAD DE LA UNIDAD DE CUIDADOS BÁSICOS DE SALUD DE CRUZ ROJA ESPAÑOLA EN BALAKOT. PAKISTAN.

Dr. Martínez Mejías, Abel*; Dr. Urkia Mieres, Carlos; Dra. Trayner, Marta; Dr. Barba, Carlos; DUE. Martín, María Jesús; DUE. Cabello, Fátima;

Delegados de Cruz Roja Española (CRE) en Pakistán; *Pediatra; Urgencias Pediatría, Hospital de Terrassa. Barcelona.

Introducción :

La Federación Internacional de Cruz Roja, dispone de Unidades de Respuesta a Emergencias (ERUs), con el objetivo de desplazar equipos humanos y materiales a las zonas afectadas por catástrofes, de ellas, la Unidad de Cuidados Básicos de Salud (UCBS) presta asistencia sanitaria en el terreno, tiene autonomía para 1 mes, y dispone de área de vida y asistencial. Su equipo lo forman médicos polivalentes, DUEs, y técnicos.

El 08/10/05, un terremoto 7,6 , afectó a Pakistán,, causando 80.000 muertos y 3.500.000 damnificados. La ERU-UCBS de CRE, fue enviada a Balakot.

Objetivos:

Analizar la patología por edades en relación con las condiciones de vida, y los aspectos específicos en las especialidades (pediatría, ginecología y traumatología), para mejorar la asistencia.

Metodología:

Se realizó registro estandarizado de asistencias de los cuatro meses de misión, con horario diario de consultas y urgencias. Se utilizó el Nehk98.

Resultados:

Se realizaron 7.364 visitas, de ellas 745 pediátricas (<5a). La patología global fue: 24% infecciones respiratorias, 14% algias, ,11% patología dermatológica, 13% traumatología, 12% patología digestiva, y otras.

Un análisis de nuevos casos de 224 visitas pediátricas demostró, 33% patología respiratoria, 18% traumatológica, 17% dermatológica, 6% diarreas, y otras. Con 4 casos de sarampión, 2 de malnutrición y 4 trasladados.

Conclusiones:

La patología pediátrica supuso un 10% del total. Tras las primeras semanas, predominaron las afecciones respiratorias, y dermatológicas facilitado por el invierno y hacinamiento, en detrimento de traumatismos,. La experiencia y el análisis de datos permitieron incorporar a la UCBS, Kits complementarios, para especialidades.



COMUNICACIONES ORALES

APLICACIÓN DE LA CETONEMIA CAPILAR EN EL MANEJO DEL PACIENTE DIABÉTICO EN URGENCIAS

Bonastre Blanco E, Garrido Romero R, Torres Lacruz ML*, Luaces Cubells C

Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. *Servicio de Endocrinología. Hospital Universitari Sant Joan de Deu. Barcelona

Introducción: La medida de la glucemia capilar y la cetonuria son las herramientas utilizadas habitualmente en el control de niños y adolescentes diabéticos. La cetonemia capilar es otro marcador metabólico que ha demostrado ser más útil en el diagnóstico precoz de descompensación cetósica, permite diferenciarla de la hiperglucemia simple y su técnica de extracción es menos cruenta.

Objetivos: 1. Analizar la relación entre glucemia y cetonemia capilar, cetonuria y equilibrio ácido base (EAB) en los pacientes con hiperglucemia. 2. Evaluar la utilidad de la cetonemia capilar como marcador precoz de cetosis en el manejo de los pacientes diabéticos en urgencias.

Material y Métodos: Se trata de un estudio prospectivo observacional, realizado entre septiembre de 2007 y enero de 2008. Se incluyen los pacientes con debut diabético o diabetes conocida, que presentan valores de glucemia ≥ 250 mg/dl en el momento de la visita en urgencias y a los que se les solicita analítica de sangre con EAB. Además se determina en cada uno de ellos la cetonemia capilar mediante el dispositivo Abbott® Optium. Se considera que la presencia de valores de cetonemia > 3 mmol/L es sugestiva de la presencia de cetosis.

Resultados: Se incluyen 31 casos. El 74,2% son pacientes de sexo femenino con una edad media de $10,5 \pm 4,5$ años. El 50% se trata de un debut diabético. En el grupo de pacientes con cetonemia > 3 mmol/L (24 casos), el diagnóstico final fue de cetoacidosis moderada ($\text{pH} < 7,20$) o grave ($\text{pH} < 7,10$) en el 50% de los casos. Los datos analíticos obtenidos fueron (media \pm DE): glucemia capilar 376 ± 101 mg/dl, cetonemia capilar 5 ± 1 mmol/L, $\text{pH} 7,20 \pm 0,14$, $\text{pCO}_2 28,9 \pm 8,1$ mmHg, bicarbonato $12,1 \pm 6,2$ mmol/L y EB $-14,8 \pm 8,1$. En todos los casos la cetonuria fue positiva (> 80 mg/dl). En el grupo de pacientes con cetonemia ≤ 3 mmol/L (7 casos), el diagnóstico final fue en todos ellos de hiperglucemia simple ($\text{pH} > 7,30$). Los datos analíticos obtenidos fueron (media \pm DE): glucemia capilar 335 ± 112 mg/dl, cetonemia capilar $1,3 \pm 1,1$ mmol/L, $\text{pH} 7,37 \pm 0,20$, $\text{pCO}_2 42,5 \pm 6,9$ mmHg, bicarbonato $23,8 \pm 3,1$ mmol/L y EB $-0,9 \pm 2,5$. El 75% presentaron cetonuria. Al comparar ambos grupos de pacientes (cetonemia capilar > 0 o ≤ 3 mmol/L), no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas entre la glucemia capilar y la cetonuria para el diagnóstico de la descompensación cetósica.

Conclusiones: El uso de la cetonemia capilar representa una mejora en el manejo del paciente diabético en urgencias. Nuestros resultados muestran que la cetonemia capilar es más sensible que el valor de hiperglucemia y cetonuria para distinguir entre hiperglucemia simple y cetoacidosis. Una cetonemia < 3 mmol/L excluye la acidosis metabólica, por lo que en estos pacientes no estaría justificada la práctica de una analítica de sangre.



COMUNICACIONES ORALES

HIPOGLUCEMIA EN LA URGENCIA PEDIÁTRICA: FACTORES DESENCADENANTES, ETIOLOGÍA Y REVISIÓN DE SU MANEJO

Gilabert Iriondo, Núria. Escribà Bori, Silvia, Caimari Jaume, Maria. Ferrés i Serrat, Francesc.

Unidad de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitari Son Dureta. Palma de Mallorca.

INTRODUCCIÓN: Se considera hipoglucemia cuando los niveles séricos de glucosa son inferiores a 50 mg/dl. Son numerosas las causas: ayuno, errores innatos del metabolismo, sepsis, enfermedad gastrointestinal, enfermedad pancreática, enfermedad hepática, enfermedad renal, enfermedad hipofisaria, enfermedad suprarrenal, idiopática, etc. Las manifestaciones clínicas corresponden principalmente a síntomas relacionados con el sistema nervioso central o autonómico.

OBJETIVOS: 1- Conocer las enfermedades (distintas de la diabetes) u otros factores desencadenantes asociados a hipoglucemia. 2- Conocer los diagnósticos finales de los niños que presentaron hipoglucemia. 3- Revisar su manejo en Urgencias.

MATERIAL Y MÉTODOS: Examen descriptivo retrospectivo en el periodo 2003-2007 de las historia clínicas de los niños que en urgencias presentaron hipoglucemia. Se excluyeron las hipoglucemias que presentaron los pacientes diabéticos y las que tuvieron los recién nacidos antes de ser dados de alta del hospital.

RESULTADOS: Se han identificado un total de 29 pacientes, con una edad media de 3 años y un mes y rango de edad entre 9 días y 7 años y medio. 10 pacientes (34%) tenían una GEA, 3 (10%) neumonía, 2 (7%) bronquiolitis, 1 infección urinaria, 1 paciente presentaba únicamente vómitos y otro sólo rechazo de la ingesta; el resto de pacientes no presentaban un desencadenante aparente excluyendo el ayuno. En 2 pacientes la hipoglucemia se manifestó en forma de convulsión y en otros 2 como pérdida de conciencia. Sólo en 2 pacientes se cursaron muestras de sangre y orina para estudio bioquímico y hormonal en urgencias en el momento de la hipoglucemia y antes de corregirla. Los diagnósticos finales fueron hipoglucemia cetogénica 23 casos (79%), hiperinsulinismo 2 pacientes (7%), panhipopituitarismo 1 (3.5%), déficit transitorio de cortisol 1 (3.5%), trastorno de la beta-oxidación 1 (3.5%) y de un paciente no disponemos del diagnóstico final porque finalizó el estudio en su país de origen.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES: 1- La hipoglucemia generalmente se asocia al ayuno o a procesos infecciosos que provocan poca ingesta, vómitos y/o diarrea. 2- Siempre debe descartarse ante manifestaciones clínicas compatibles con neurogluopenia (disminución del nivel de conciencia, síncope, convulsión) o ante síntomas relacionados con alteraciones del sistema nervioso autonómico como palidez y sudoración. 3- Salvo en casos de un primer episodio de hipoglucemia cetogénica con desencadenante obvio, debe iniciarse desde urgencias (y antes de tratarla) el estudio bioquímico y hormonal pertinente (y toxicológico según el caso). 4- El diagnóstico precoz de las causas graves de hipoglucemia reducirá la morbimortalidad a los pacientes que las padezcan. 5- Todas las unidades de urgencias pediátricas deberían disponer de protocolos de actuación diagnóstico-terapéuticos en los que figure claramente las determinaciones que deben practicarse a los pacientes pediátricos que presenten una glucemia central por debajo de 50 mg/dl.



COMUNICACIONES ORALES

ESTUDIO DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA DE UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

Autores: Aymerich P¹, Navarro A¹, Talon S¹, Bretón JR¹, del Cañizo M¹, Señor RJ¹, Esteban F¹, Ruiz J¹, Sierra G¹, Hernández R^{1,2}

Centro: ¹Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Dr. Peset (Valencia); ²Universidad de Valencia

Objetivos: Conocer las características de los niños inmigrantes o hijos de inmigrantes en Urgencias y si su manejo difiere de la población pediátrica autóctona.

Metodología: Estudio descriptivo-analítico de una muestra de casos-contrroles mediante una encuesta aplicada al grupo de niños inmigrantes y un grupo control de población pediátrica autóctona.

Resultados: Se recogieron 570 encuestas (320 del grupo de estudio y 250 controles). Los países de origen de los niños o sus padres fueron especialmente Ecuador, Colombia, Bolivia, Marruecos y Rumanía. No se apreciaron diferencias respecto al grupo control en la mediana de edad de los niños (2,6 años vs 2,3), patrón de consulta por tramos horarios, mediana del tiempo de evolución de los síntomas (24 horas), distribución por niveles de gravedad de los motivos de consulta, necesidad de observación (15% vs 10,4% p=0,1), ingreso (4% ambos grupos) ni en la solicitud de exploraciones complementarias. El grupo control consultó al pediatra con más frecuencia antes de acudir a Urgencias (34% vs 23% p=0,04). El estado vacunal incompleto fue más frecuente en el grupo de inmigrantes que en el control (4,3% vs 0,8% p=0,01). El grupo control estaba mejor vacunado frente a neumococo (49% vs 18% p<0,01) No se identificó ningún caso de patología importada, desnutrición grave o raquitismo.

Conclusiones: Las diferencias en la consulta previa al pediatra y el peor estado vacunal, sugieren la tendencia a infrautilizar los servicios del pediatra de zona. Es importante investigar el estado vacunal de estos niños y ajustar a ello nuestra actuación en Urgencias.



COMUNICACIONES ORALES

UTILIDAD DEL OXIDO NITROSO EN URGENCIAS. NUESTRA EXPERIENCIA.

S. Oliva Rodríguez-Pastor, L. García Hidalgo, L. Martín de la Rosa, E. García Requena, I. Durán Hidalgo. Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Carlos Haya. Málaga.

OBJETIVO. El objetivo del presente estudio es comprobar la eficacia del óxido nitroso en nuestro servicio.

METODO. Estudio prospectivo a través de la recogida de datos en fichas de los procedimientos realizados con oxido nitroso en urgencias, durante 6 meses. Se registraron la edad, el procedimiento, uso de otros tipos de analgesia, los efectos secundarios y su eficacia.

RESULTADOS. Obtuvimos datos de 33 pacientes. La edad media fue de 7.8 años (1.11/12 – 14 años), 27 % (9) eran menores de 5 años. Los procedimientos llevados a cabo fueron: 59.3 % (19) punciones lumbares, 12.5 % (4) reducción de fracturas, 12.5 % (4) cura de quemados, 12.5 % (4) reparación de heridas y un 9 % (3), otros procedimientos. Se utilizó como única analgesia en el 75 % (24) de los casos. El tiempo medio de inhalación fue de 7 minutos. Se constataron efectos secundarios en el 9.3 % (3) de los pacientes y éstos consistieron en vómitos (1), agitación (1) y sensación vertiginosa e hiperventilación (1). La satisfacción del personal sanitario fue excelente en el 48.4 % (16), adecuada en 30.3 % (10) y se calificó como pobre en el 15.1 % (5) de los pacientes.

CONCLUSIONES. La eficacia del NO como analgésico para realizar procedimientos, hasta moderadamente dolorosos, en urgencias ha quedado constatada, no siendo igual de efectiva en todos los pacientes. Ha resultado más efectiva en el grupo de más edad, ya que precisa de una cierta colaboración por parte del enfermo. No hemos tenido ningún efecto secundario de gravedad.



COMUNICACIONES ORALES

ESTUDIO MULTICÉNTRICO SOBRE LA UTILIDAD DE LA DETECCIÓN DE PARACETAMOL EN ORINA EN LA SOSPECHA DE INTOXICACIÓN AGUDA

Molina Hermoso, E^{*1}. Quintillá Martínez, J^{*1}. Valls Lafon, A^{*2}. Crespo Ruperez, E[#]. Fernández Landaluce, A^{*}. Molina Cabañero, J. C⁺. Castanyer, T^Ω. Barceló, B^Ω. *Coordinadores:* Martínez Sánchez, L^{*1}. Luaces Cubells, C^{*1}. Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría^{*1}. Laboratorio de Urgencias^{*2}. Hospital Universitari Sant Joan de Deu. Barcelona^{*1,2}. Hospital Virgen de la Salud. Toledo[#]. Hospital de Cruces. Bilbao^{*}. Hospital Niño Jesús. Madrid⁺. Unitat de Toxicología. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca^Ω.

Introducción: En la ingesta tóxica o indeterminada de paracetamol (PCT) y en las poli-ingestas de tóxicos desconocidos con fin autolítico, se realizan niveles séricos de PCT a partir de las 4 horas. En una primera fase del estudio, se objetivó que la determinación urinaria de PCT (PCT-O) podía permitir diferenciar los pacientes que habían recibido dosis terapéuticas de PCT, con un punto de corte sugerido de 1 µg/ml.

Objetivos: 1) Estudiar la utilidad de la determinación de PCT-O para detectar la ingesta del fármaco a dosis no tóxicas y a dosis tóxicas. 2) Establecer el punto de corte óptimo de PCT-O que permita confirmar o descartar la ingesta de paracetamol en las 24 horas previas y en las primeras 8 horas tras la ingesta.

Material y Métodos: El periodo de estudio fue de septiembre de 2006 a enero de 2008. Se recogieron de forma prospectiva tres grupos: grupo A, niños que no habían recibido PCT en las 24 horas previas (controles); grupo B, que habían recibido dosis terapéuticas; grupo C, que consultaban por ingesta accidental o voluntaria de dosis potencialmente tóxicas (>140 mg/Kg). En todos ellos se determinaron los niveles de PCT-O y en los del grupo C los niveles de PCT en sangre (PCT-S) a las 4 horas de la ingesta. Se comparó entre casos y controles la proporción de pacientes con PCT-O positiva, así como los niveles urinarios obtenidos, se estudió la sensibilidad y especificidad de la prueba, se construyó una curva ROC y se determinó el punto de corte óptimo. El estudio se repitió en el subgrupo de pacientes con ingesta dentro de las 8 horas previas a la determinación. En los pacientes del grupo C se comparó la positividad de PCT-O con la de PCT-S.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 185 niños de edades comprendidas entre 17 días y 17 años (grupo A, 78 niños; grupo B, 86; grupo C, 21). La proporción de pacientes con PCT-O positiva fue significativamente superior en los grupos B (97.7%) y C (100%) frente al A (15.4%). Cuantitativamente los niveles de PCT-O fueron también diferentes: 22,4 µg/ml en grupo B y 108,2 µg/ml en grupo C frente a 0,14 µg/ml en grupo A ($p < 0,001$). En el grupo B hubo 3 pacientes con ingesta positiva y PCT-O negativo, pero todos habían recibido una dosis muy inferior a la terapéutica más de 8 horas antes de la determinación de PCT-O. En el grupo B el área bajo la curva ROC fue 0.983 (IC 95% = 0,962-1). El punto de corte óptimo fue el nivel > 1 µg/ml, con sensibilidad del 96,4% y especificidad del 96,15%. En el subgrupo de pacientes con tiempo de ingesta < 8 horas, la sensibilidad aumentó hasta el 98,3%. En los casos de ingesta tóxica (grupo C), el punto de corte óptimo fue el nivel > 6 µg/ml, con sensibilidad del 100% (IC 95% = 84,4 – 100) y especificidad del 100% (IC 95% = 95,3 – 100). En todos los casos en que se detectó PCT en sangre la determinación de PCT-O fue positiva. Dos pacientes con ingesta potencialmente tóxica tenían PCT-S negativa y en otros 2 los niveles de PCT-S indicaron la administración de NAC.

Comentarios: La detección de PCT-O es una técnica útil para descartar la ingesta del fármaco a dosis terapéuticas o superiores en las 24 horas previas, lo que puede hacer innecesaria la determinación de niveles séricos si ésta es negativa. Un punto de corte de 1 µg/ml es adecuado para valorar la ingesta de dosis no tóxicas y de 6µg/ml para dosis tóxicas.



COMUNICACIONES ORALES

FACTORES DE RIESGO DEL EPISODIO APARENTEMENTE LETAL: SE PUEDE PREDECIR SU EVOLUCIÓN DESDE URGENCIAS?

D. Jaramillo Hidalgo, D. Bartoli, J. Travería Casanovas, M. García González, MJ García Catalán. Urgencias de Pediatría, Hospital de Sabadell.

Introducción

El episodio aparentemente letal (EAL) se considera un estadio preliminar del síndrome de muerte súbita del lactante (SMSL).

Objetivos: Analizar los datos de la historia clínica a su llegada a urgencias e identificar factores de riesgo que puedan predecir la evolución posterior.

Metodología: Estudio retrospectivo de los pacientes atendidos en Urgencias por EAL que fueron ingresados entre enero de 2001 y diciembre de 2007.

Se realizó estudio según protocolo de la unidad y registro de la monitorización cardiorrespiratoria continua durante 5 días. Los pacientes fueron divididos en 2 grupos: Grupo A pacientes con monitorización patológica y Grupo B el resto. Las variables comparadas fueron: edad, motivo de consulta, antecedentes patológicos y patología hallada mediante pruebas complementarias.

Los resultados fueron analizados con el paquete estadístico SPSS-14.

Resultados: Se estudiaron 94 niños con una edad media de 2 meses y 7 días (8 días-11 meses). La lectura del monitor fue patológica en 14 (14.8%) que fueron incluidos en el Grupo A. El resto se incluyó en el Grupo B (80 pacientes).

La edad media en el Grupo A fue de 2 meses 10 días y en el Grupo B de 2 meses 7 días. Antecedente personal de prematuridad (Grupo A 21.4% / Grupo B 13.7%). La sintomatología referida fue, además de apnea: cianosis (14% / 15%), hipotonía (28% / 26%), palidez (14.2% / 7.5%), hipertonia o movimientos anómalos de las extremidades (21.1% / 21.2%), mucosidad de vías altas (7% / 8.7%), durante el sueño (14.2% / 7.3%), en relación con la ingesta (35% / 38.7%), y realización de estimulación (21.1% / 8.7%). La patología hallada fue: RGE (42% / 20%), alteración metabólica (14.2% / 7.5%), crisis comiciales (0% / 33.3%) y 46 primarias (42% / 47%). No se observaron diferencias estadísticamente significativas.

Se facilitó monitor ambulatorio en 29 casos (30.8%). No se ha descrito ningún caso de SMSL.

Conclusiones: No se ha encontrado diferencia entre los pacientes candidatos a monitor ambulatorio y los que no. No se ha hallado ningún factor que pueda predecir desde urgencias la necesidad de ingreso y estudio.



COMUNICACIONES ORALES

EMPLEO DEL SCORE DE ALVARADO CONJUNTAMENTE CON TECNICAS DE IMAGEN PARA EL DIAGNOSTICO DE APENDICITIS AGUDA EN URGENCIAS

PUMARES PARRILLA, NURIA¹, Abad Calvo Pilar², Travería Casanova Francisco Javier¹, Durán Puigbadaló Carmina³, Aldecoa Bilbao Vitoria¹, Argemí Renom Santiago¹.

Servicios de Pediatría¹, Cirugía² y Radiología³. Hospital de Sabadell. Corporació Sanitaria Parc Taulí

Objetivo:

Analizar el empleo del Score de Alvarado (ScA)* conjuntamente con las técnicas de imagen para el diagnóstico de apendicitis aguda con la finalidad de evitar intervenciones quirúrgicas innecesarias.

Métodos:

Revisión retrospectiva de pacientes entre 5 y 15 años que consultaron en urgencias de nuestro centro por dolor abdominal en un periodo de 10 meses en los años 2006-07 excluyendo aquellos producidos por traumatismo abdominal.

Resultados:

De un total de 777 pacientes atendidos, 33 fueron intervenidos quirúrgicamente (IQ) con la sospecha de apendicitis, tras valorar su clínica y las exploraciones complementarias. En 18 (54%) se confirmó el diagnóstico por histología.

En total se practicaron 100 ecografías abdominales de las cuales 9 se informaron de Apendicitis (5 se confirmaron histológicamente, 4 no), 3 de otras patologías quirúrgicas, 10 de patologías no quirúrgicas y 68 fueron dadas como normales (de las cuales 12 fueron IQ: 8 normales y 4 Apendicitis confirmadas histológicamente). Se practicaron 7 TAC abdominales de los cuales 2 se informaron de Apendicitis, siendo IQ confirmándose la sospecha diagnóstica.

De los 33 IQ, 13 tuvieron ScA <7 y en ninguno de ellos se confirmó la apendicitis y 20 ScA \geq 7, (18 apendicitis confirmadas). De los 12 pacientes IQ con ecografía normal, los 6 casos con ScA <7 tuvieron histología normal, mientras que de los 6 restantes en 4 se confirmó la apendicitis.

Conclusiones:

En nuestro centro, la ecografía para el diagnóstico de Apendicitis aguda tiene una Sensibilidad baja, del 56% y una Especificidad del 67% mientras que el ScA considerando positivo con valores iguales o superiores a 7 tiene una Sensibilidad del 100% y una Especificidad del 86.7%. Si evaluamos conjuntamente los dos métodos diagnósticos (imagen y clínica con ScA), se obtienen Sensibilidades y Especificidades del 100%. El ScA, es una herramienta útil, barata y rápida que permite, por sí sólo, estratificar a los pacientes con sospecha de Apendicitis y evitar la realización de ecografías innecesarias. Utilizada de forma coadyuvante con técnicas de imagen puede reducir aún más las IQ innecesarias

* ScA: Dolor migratorio a fosa ilíaca derecha: 1; Náuseas o vómitos: 1; Anorexia: 1; Defensa en fosa ilíaca derecha: 2; Temperatura superior 37.3°C: 1; Signo Blumberg positivo: 1; Leucocitosis > 10.000/ mm³: 1; Neutrofilia superior 75%: 1



COMUNICACIONES ORALES

VALORACIÓN DE LAS ESCALAS DE BOYER Y NIGROVIC EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LAS MENINGITIS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.

Reyes Novoa Carballal; Oñoro Otero Gonzalo; Martín Díaz, M^a José; Molina Cabañero, Juan Carlos; de la Torre Espí, Mercedes.

Servicio de Urgencias. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

Objetivos

La meningitis bacteriana es una enfermedad grave que debe ser diagnosticada adecuadamente en urgencias con el fin de iniciar el tratamiento antibiótico lo más precozmente posible. El diagnóstico diferencial con las meningitis víricas (procesos autolimitados benignos), puede ser difícil de realizar en el servicio de urgencias. En este sentido, se han descrito escalas de valoración que permitan diferenciar el origen bacteriano o vírico de las meningitis. En nuestro hospital se utiliza desde hace años la escala propuesta por Boyer. Recientemente se han publicado otras, siendo la de Nigrovic la que mayor efectividad ha demostrado. El objetivo de este estudio es comparar la utilidad para el diagnóstico diferencial de las meningitis víricas y bacterianas de las escalas de Boyer y Nigrovic a la que añadimos la procalcitonina (PCT) cuando la puntuación de 1 era debida a los neutrófilos totales en sangre.

Material y métodos

Se han revisado retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de meningitis en el servicio de urgencias desde enero de 2003 a diciembre de 2007. Han sido excluidos los pacientes menores de un mes de edad, inmunodeprimidos, portadores de válvula ventriculoperitoneal y aquellos con antecedentes de traumatismo craneoencefálico abierto o cirugía craneal reciente.

Resultados

Durante el periodo de estudio han sido diagnosticados de meningitis 181 niños, con una edad media de 60 meses (mediana 55 meses). El 6,6% (12 casos) fueron meningitis bacterianas, todas ellas con cultivo de LCR positivo, y 5 de ellas con hemocultivo positivo para el mismo germen. Las bacterias aisladas fueron: neumococo 5 casos, meningococo 4, *E. coli* 1, *S. agalactiae* 1 y *S. bovis* 1. Utilizando tanto la escala de Boyer (181 casos) como la de Nigrovic más PCT (72 casos) todas las meningitis bacterianas fueron identificadas, sin embargo con la escala de Boyer se trataron 38 casos (22.5%) de meningitis aséptica y con la Nigrovic más PCT 15 (22.4%). Se realizó la PCT a 6 meningitis bacterianas, todas tuvieron $PCT \geq 0.5$ ng/ml; de las meningitis víricas se realizó PCT a 82 niños de los cuales sólo 5 casos (6.1%) superaron este valor. La proteína C reactiva fue ≤ 4 mg/dl en 6 de los 12 casos de meningitis bacteriana.

Conclusiones

La mayoría de las meningitis atendidas en urgencias son de origen vírico, sin embargo un pequeño porcentaje son producidas por bacterias. La utilización de escalas validadas ayuda a diferenciar ambas etiologías, con el objetivo de que ninguna meningitis bacteriana quede sin tratar con antibiótico pero sin sobretratar aquellas que no lo precisan. Tanto la escala de Boyer como la de Nigrovic son igual de efectivas, aunque la segunda es más fácil de aplicar.



COMUNICACIONES ORALES

BICICLETAS: ¿NOS PONEMOS EL CASCO?

Autores: Del Valle Pérez R, Ortiz Valentín I, Losa Frías V, Martín Delgado CM, González Jimeno A, Crespo Rupérez E.

Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

Objetivo: Estudio intervencionista para valorar la efectividad de una campaña no legislativa para fomentar el uso del casco.

Metodología: Entrega y explicación de tríptico sobre ventajas del uso del casco. Recogida de datos y encuesta telefónica a niños atendidos en Urgencias por accidente de bicicleta entre junio-diciembre del 2007, comparándolos con los resultados obtenidos en el mismo periodo del 2006(sin campaña informativa).

Resultados: Se atendieron 71 niños(0,2% de las Urgencias en este periodo). De éstos, 79% eran niños, siendo la mediana de edad 11 años. Durante los meses de julio-septiembre se produjeron el 97% de los accidentes. En cuanto al uso del casco, sólo el 10% de los niños lo llevaban. En relación a las lesiones, 76% fueron contusiones, seguidas de fracturas y esguinces(31%) y heridas(25%). El 48% de los pacientes sufrieron traumatismo craneoencefálico(TCE). Se realizó radiografía al 50% de los casos. Respecto al destino, ingresaron el 15%(7% en Cuidados Intensivos). Según la encuesta, un 31% habían comprado casco y un 20% ya lo tenían. El 46% refería utilizar siempre el casco. De los que no compraron casco, un 64% aseguraba no haber vuelto a montar en bicicleta.

Conclusiones: No hemos encontrado asociación entre la compra de casco y la entrega del tríptico. Tampoco hemos encontrado diferencias entre la compra de casco en relación con haber sufrido TCE. Concluimos que la actividad educativa e informativa tiene una repercusión escasa, siendo el aspecto legislativo fundamental para aumentar el uso del casco en bicicleta.



COMUNICACIONES ORALES

PROTEINA S-100 BETA EN EL TRAUMATISMO CRANEOENCEFALICO

Murillo Pozo, M. A, Fernández Elías, M, Mellado Troncoso, E, Benitez Gómez, I, Alonso Salas, M. T, Loscertales Abril, M.

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

INTRODUCCIÓN:

El traumatismo craneoencefálico leve constituye un motivo de consulta frecuente en los servicios de urgencias pediátricos. Aunque la mayoría son leves y sin consecuencias clínicas, el temor a que una lesión intracraneal pase desapercibida, genera la puesta en marcha de una gran cantidad de pruebas diagnósticas. La proteína S-100 β que es liberada por las células gliales al torrente circulatorio ante una lesión traumática, según diversos estudios, es capaz de discriminar a los pacientes con lesión intracraneal (LIC).

OBJETIVOS:

Determinar el valor de proteína S-100 β obtenido en las primeras 3 horas post-accidente en pacientes con TCE leve y su utilidad para discriminar lesión intracraneal (LIC).

MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio observacional prospectivo en pacientes mayores de 2 años atendidos en Urgencias-Observación desde Febrero a Septiembre del 2007 con TCE leve , Glasgow 15 y que presentaron algunos de los siguientes signos o síntomas: pérdida transitoria de conciencia, amnesia, cefalea holocraneal, vómitos de repetición, convulsión, agitación, vértigo, fractura de cráneo. A los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, se les extrajo una muestra de sangre en las tres primeras horas post-accidente para determinar la cifra de proteína S-100 β y se les realizó una TAC craneal en las primeras 24 horas post-traumatismo.

RESULTADOS:

Se analizaron un total de 21 casos, la media de edad fue de 7,38 años con un predominio en niños (76%). El valor medio de proteína S-100 β fue de 1.347 $\mu\text{g/l}$. Las causas más frecuentes que determinaron la extracción de proteína S-100 β fueron la pérdida de conciencia en un 42,8% de los pacientes, seguido de los vómitos en 28,57% de los casos. En los pacientes en los que no se detectó LIC el valor medio fue 0,73 $\mu\text{g/l}$.

En los pacientes con LIC (4 casos), el valor medio fue 3,98 $\mu\text{g/l}$, 3 de los cuales no precisaron tratamiento quirúrgico y en los que no se encontraron diferencias en el valor con respecto a los que no presentaron LIC (contusión cortical temporal derecha (0,252 $\mu\text{g/l}$), hematoma epidural sin efecto masa (0,168 $\mu\text{g/l}$), contusión hemorrágica de la cisura de Silvio derecha (0,846 $\mu\text{g/l}$) y un caso que sí presentó lesiones graves en la TAC (hematoma epidural con efecto masa, hemorragia subaracnoidea y parenquimatosa) y que fue éxitus varias horas después, siendo en este el valor claramente mayor (14,66 $\mu\text{g/l}$).

CONCLUSIONES:

- No se han encontrado diferencias en los pacientes sin LIC de aquellos con LIC que no precisaron tratamiento quirúrgico.
- Se necesita un estudio más amplio para validar el valor de corte que discrimine a los pacientes con LIC.



COMUNICACIONES ORALES

UTILIDAD Y SEGURIDAD DEL SUMATRIPTÁN INTRANASAL EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

González Martínez, F; Márquez, L; Martínez C; Huerta, J; Avellón, H; Vázquez M.

Servicio Urgencias pediátricas Hospital general Universitario Gregorio Marañón. Madrid

Introducción: La migraña es el tipo más frecuente de cefalea primaria en la infancia. El sumatriptán intranasal es un fármaco de primera línea en el tratamiento de la migraña en adultos. Presentamos un estudio longitudinal prospectivo realizado en el Servicio de Urgencias pediátrico, sobre el uso de sumatriptán intranasal en pacientes con migraña.

Material y métodos: Los criterios de inclusión fueron: cefalea con criterios de migraña, mala respuesta al tratamiento analgésico habitual y edad >12 años. Se administró una dosis única de sumatriptán intranasal (Inmigran® 10mg) recogiendo datos sobre la intensidad de la cefalea, clínica asociada y efectos secundarios. A las 48 horas se contactó telefónicamente para conocer la evolución.

Resultados: Trece pacientes recibieron tratamiento con sumatriptan intranasal en la urgencia. Ocho mujeres y cinco hombres. Ninguno refería aura, 4 presentaban fotofobia, 7 sonofobia, 2 vómitos y 6 náuseas. Ocho presentaban intensidad moderada, tres severa y dos leve. Tras la administración del sumatriptán intranasal, todos mejoraron, presentando a las 2 horas disminución del dolor de dos puntos en 7 y de un punto en 4 ($p=0.03$). Respecto los síntomas asociados no mejoraron tras dos horas del tratamiento. El único efecto secundario fue mal sabor de boca. 5 de los 13 pacientes de los pacientes presentaron cefalea a las 24-48 horas.

Conclusiones: El sumatriptan intranasal puede ser un fármaco eficaz y seguro para el tratamiento de la migraña en la Urgencia.

Hemos demostrado la eficacia del mismo en el descenso de la intensidad del dolor, no así en la sintomatología asociada.



COMUNICACIONES ORALES

COMUNICACIÓN ESPECIAL BECA CASEN-FLEET

Sábado 19 de abril de 2008, de 13.00 a 13.15 horas

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y FACTORES DE RIESGO DE LOS EPISODIOS APARENTEMENTE LETALES EN NUESTRO MEDIO

Sánchez Etxaniz Jesús¹, Rodríguez Serrano Raul², Vega Martín Maria Isabel¹, González Hermosa Andrés², Santiago Burruchaga Mikel¹, Astobiza Beobide Eider¹.

Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces-Barakaldo¹. Hospital de Basurto-Bilbao²

Objetivos: 1. Conocer la incidencia de los Episodios Aparentemente Letales (EAL) en Bizkaia. 2. Conocer sus características epidemiológicas. 3. Valorar la existencia de indicadores clínicos y/o bioquímicos de gravedad del episodio, de encontrarse una patología subyacente y de predecir recidivas. 4. Conocer el rendimiento de las pruebas complementarias realizadas en el Servicio de Urgencias de Pediatría (SUP).

Metodología: Estudio abierto y prospectivo de aplicación de un protocolo a los lactantes que acudieron a los SUP de los 2 hospitales terciarios de Bizkaia, con historia de haber padecido un EAL, entre el 01.06.06 y el 31.05.07. Se define EAL según el consenso del NIH Americano del año 1986. Con el mismo reparto entre sexos y edades se establece un grupo control. En los casos se realizó una batería analítica (BA), EKG y RX de tórax. Si la historia era sugestiva se solicitaba estudio de tóxicos, y detección de Bordetella, VRS e Influenza. Todos los casos estuvieron ingresados un mínimo de 24 horas. Tanto en los casos como en los controles se realizó un control telefónico a los 12 meses de edad cronológica.

Resultados: En el periodo de estudio recogimos 50 casos de EAL (23 varones y 27 niñas), que supone una incidencia en Bizkaia de 0.5 por cada 100 recién nacidos vivos, y de 0.2 por cada 100 visitas a urgencias de menores de 12 meses. La edad media fue de 8.46 semanas. Respecto al grupo control hemos encontrado diferencias en el hecho de ser primogénito (58% de los casos, $p < 0.001$); existencia de problemas en el embarazo (10%, $p < 0.001$); antecedentes familiares (AF) ($p < 0.001$); EAL previos (20%, $p = 0.003$); y alteraciones previas del comportamiento (22%, $p = 0.001$). El EAL ocurrió durante el sueño en el 32%, la vigilia en el 46%, y las tomas en el 20%, sin que tuvieran relación con la severidad ni con la existencia de diagnóstico subyacente. Referían duración menor al minuto el 48% de los casos. Los síntomas más referidos fueron apnea (66%), hipotonía (62%) y palidez (60%). La exploración física (EF) en el SUP se consideró normal en el 74%. El 80% no precisó ningún tipo de tratamiento en el SUP. Durante su estancia en el SUP presentaron un nuevo EAL el 12%. El 82% de los casos mostraron algún tipo de alteración en la BA, siendo las pruebas más alteradas el recuento plaquetar (34%), y los niveles séricos de amonio (32%) y ácido láctico (64%). Se realizó determinación de VRS en 11 casos siendo positiva en 7 (63%), y de Bordetella en 3, siendo positivo en uno (33%). Todos los EKG realizados fueron normales, excepto en la cardiopatía (2%). Hemos considerado que solo en 8 casos (16%: 7 bronquiolitis y 1 tosferina) las pruebas analíticas contribuyeron al diagnóstico final, aunque no se asociaron de forma significativa a la existencia de recidivas. El diagnóstico final fue de Idiopáticos en el 56%, y con patología subyacente en el 44%: 7 Bronquiolitis por VRS, 6 RGE, 4 Infecciones Vías Altas, 2 convulsiones, 1 tosferina, 1 casi ahogamiento, 1 cardiopatía. Falleció una niña de 14 semanas de edad, que había estado ingresada 10 días antes por otro episodio, con estudio normal (2%). Durante el estudio 4 casos han presentado nuevos EAL (8%), sin encontrar ningún factor que se haya relacionado significativamente con este hecho, salvo la necesidad de RCP ($p = 0.02$). Como factores relacionados con la gravedad del episodio y/o posibilidad de encontrar patología subyacente, hemos encontrado significativa la presencia de AF ($p = 0.02$); edad gestacional < 37 semanas ($p = 0.002$); edad cronológica > 12 semanas ($p = 0.02$);



COMUNICACIONES ORALES

necesidad de RCP ($p = 0.01$), alteración de la EF en el SUP ($p < 0.001$), y necesidad de intervención en el SUP ($p = 0.037$).

Conclusiones: La incidencia de EAL ha sido del 0.5 por cada 1000 nacimientos vivos. Un 56% fueron etiquetados de EAL Idiopáticos, y en 44% se encontró patología subyacente, sobre todo infecciones respiratorias y RGE. Hubo un fallecimiento (2%). Respecto al grupo control hemos encontrado diferencias en el hecho de ser primogénito, existencia de problemas en embarazo, AF, antecedentes de EAL previos, y alteraciones previas del comportamiento. Como factores relacionados con la gravedad del episodio y/o posibilidad de encontrar patología subyacente, destacamos la presencia de AF, edad gestacional < 37 semanas; edad cronológica > 12 semanas; necesidad de RCP, alteración de la EF y necesidad de intervención en el SU. Durante el estudio 4 casos recidivaron (8%), sin encontrar ningún factor que se haya relacionado significativamente con este hecho, salvo la necesidad de RCP. Hemos constatado un bajo rendimiento de las pruebas analíticas realizadas en el SUP en cuanto al diagnóstico de patología subyacente y relación con recidivas posteriores.