# ESPECIALIDAD EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS:
# CALIDAD EN ATENCIÓN DE NIÑOS CON SHOCK SÉPTICO EN SERVICIOS DE URGENCIAS DE LATINOAMÉRICA

**GUILLERMO KOHN LONCARICA[1,2] ANA FUSTIÑANA[2] VIVIANA PAVLICICH[1] JAVIER PREGO PETTIT[1] ADRIANA YOCK[1] CONSUELO LUNA NUÑEZ[1,2] NILS CASSON RODRIGUEZ[1] EUGENIA ALVAREZ GALVEZ[1] IBELICE SAMBRANO[1] CRISTINA CONTRERAS NUÑEZ[1] CESAR SANTOS[2] GUADALUPE PANIAGUA[2] ROBERTO JABORNISKY[2] JORGE GALVEZ VALLENAS[2] CAMILO GUTIERREZ[1] FRANCISCO PRADO[1] SERGIO AMANTEA[1] AUGUSTO FLAVIO FIGUEROA URIBE[1] SEBASTIAN GONZALEZ DAMBRAUSKAS[2] MARIA JOSE SANCHEZ[2] PEDRO RINO[3] SANTIAGO MINTEGI RASO[4]**

*[1]INVESTIGADORES ASOCIADOS AL TRABAJO "SEPSIS PEDIÁTRICA EN EMERGENCIAS DE LATINOAMÉRICA (SPEEDLA)", [2]GRUPO DE TRABAJO EN SEPSIS DE LA SOCIEDAD LATINOAMERICANA DE EMERGENCIA PEDIÁTRICA (SLEPE), [3]COORDINADOR DE LA RED DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO DE LA EMERGENCIA PEDIÁTRICA DE LATINOAMÉRICA (RIDEPLA), [4]INVESTIGADOR ASESOR DEL TRABAJO SPEEDLA.*

SITGES 19-21 de abril 2018

23 REUNIÓN ANUAL
DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA

No tengo ningún conflicto de interés en relación a esta presentación…

Special Article

# American College of Critical Care Medicine Clinical Practice Parameters for Hemodynamic Support of Pediatric and Neonatal Septic Shock

Alan L. Davis, MD, MPH, FAAP, FCCM[1]; Joseph A. Carcillo, MD[2]; Rajesh K. Aneja, MD[2];
Andreas J. Deymann, MD[3]; John C. Lin, MD[4]; Trung C. Nguyen, MD[5];
Regina S. Okhuysen-Cawley, MD, FAAP[5]; Monica S. Relvas, MD, FAAP, MSHA, FCCM[6];
Ranna A. Rozenfeld, MD, FCCM[7]; Peter W. Skippen, MD, MBBS, FRCPC[8];
Bonnie J. Stojadinovic, DNP, CPNP[9]; Eric A. Williams, MD, MS, MMM[10]; Tim S. Yeh, MD, MCCM[11];
Fran Balamuth, MD[12]; Joe Brierley, MD, MA[13]; Allan R. de Caen, MD[14]; Ira M. Cheifetz, MD, FCCM[15];
Karen Choong, MSc, MB, Bch[16]; Edward Conway Jr, MD, MS, FCCM[17]; Timothy Cornell, MD[18];
Allan Doctor, MD[19]; Marc-Andre Dugas, MD, MSc[20]; Jonathan D. Feldman, MD[21];
Julie C. Fitzgerald, MD, PhD[22]; Heidi R. Flori, MD[23]; James D. Fortenberry, MD, MCCM[24];
Ana Lia Graciano, MD, FAAP, FCCM[25]; Bruce M. Greenwald, MD, FAAP, FCCM[26];
Mark W. Hall, MD, FCCM[27]; Yong Yun Han, MD[28]; Lynn J. Hernan, MD[29]; Jose E. Irazuzta, MD, FCCM[30];
Elizabeth Iselin, MD[31]; Elise W. van der Jagt, MD, MPH, FAAP, SFHM[32]; Howard E. Jeffries, MD, MBA[33];
Saraswati Kache, MD[34]; Chhavi Katyal, MD[35]; Niranjan (Tex) Kissoon, MD, MCCM, FCCM[36];
Alexander A. Kon, MD, FCCM[37]; Martha C. Kutko, MD, FCCM[38]; Graeme MacLaren, MD, FCCM[39–41];
Timothy Maul, PhD[42]; Renuka Mehta, MD, MBBS, FAAP[43]; Fola Odetola, MD, MPH[44];
Kristine Parbuoni, BCPS, PharmD[45]; Raina Paul, MD[46]; Mark J. Peters, MD, PhD[47];
Suchitra Ranjit, MD, FCCM[48]; Karin E. Reuter-Rice, PhD, CPNP-AC, FCCM[49];
Eduardo J. Schnitzler, MD[50]; Halden F. Scott, MD[51]; Adalberto Torres Jr, MD, MS, FCCM[52];
Jacki Weingarten-Abrams, MD[53]; Scott L. Weiss, MD[24]; Jerry J. Zimmerman, MD, PhD, FCCM[54];
Aaron L. Zuckerberg, MD[55,56]

[1] No institution affiliation.

[2] Department of Critical Care Medicine and Pediatrics, University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh, PA.

[3] Department of Pediatric Critical Care, Riley Hospital for Children, Indiana University, IN.

[4] Department of Pediatrics, Washington University School of Medicine, St. Louis, MO.

[5] Department of Pediatrics, Baylor College of Medicine/Texas Children's Hospital, Houston, TX.

[6] Pediatric Critical Care Medicine, Covenant Women and Children's Hospital, Texas Tech University, Lubbock, TX.

[7] Division of Pediatric Critical Care Medicine, Department of Pediatrics, Feinberg School of Medicine, Northwestern University, Chicago, IL.

[8] Division of Pediatric Critical Care, University of British Columbia, Vancouver, BC, Canada.

Copyright © 2017 by the Society of Critical Care Medicine and Wolters Kluwer Health, Inc. All Rights Reserved.

**DOI: 10.1097/CCM.0000000000002425**

[9] Division of Pediatric Critical Care Medicine, Department of Pediatrics, Medical College of Wisconsin, Milwaukee, WI.

[10] Department of Pediatrics, Baylor College of Medicine, Houston, TX.

[11] Department of Pediatrics, Saint Barnabas Medical Center, Livingston, NJ.

[12] Division of Emergency Medicine and Center for Pediatric Clinical Effectiveness, University of Pennsylvania Perelman School of Medicine, Children's Hospital of Philadelphia, Philadelphia, PA.

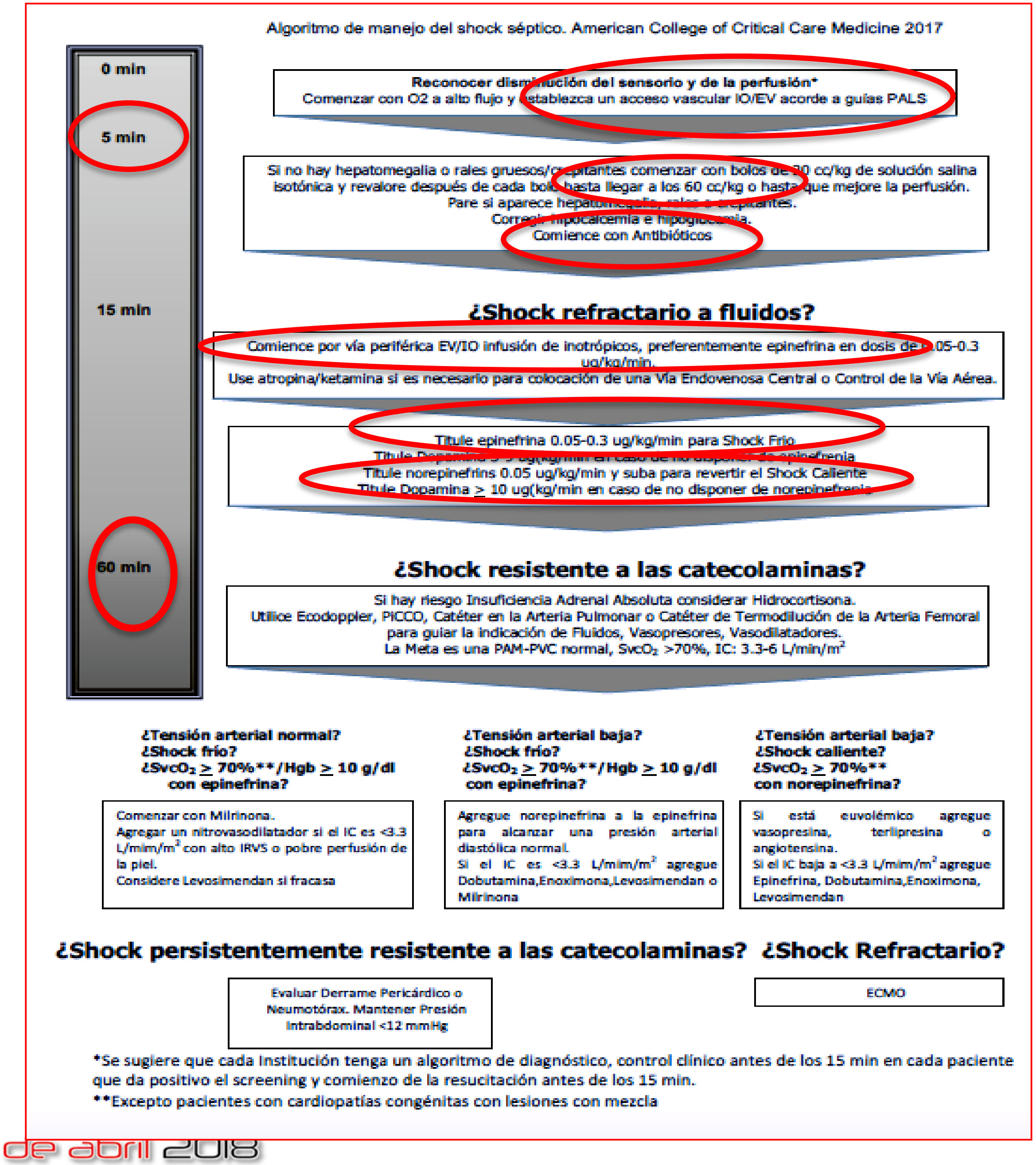
[13] Intensive Care & Bioethics, Great Ormond St Hospital for Sick Children, London, United Kingdom.

[14] Pediatric Critical Care Medicine, Department of Pediatrics, Stollery Children's Hospital/University of Alberta, Edmonton, AB, Canada.

[15] Division of Pediatric Critical Care Medicine, Department of Pediatrics, Duke Children's, Durham, NC.

[16] Departments of Pediatrics and Critical Care, Clinical Epidemiology and Biostatistics, McMaster University, Pediatric Intensive Care Unit, McMaster Children's Hospital, Hamilton, ON, Canada.

[17] Beth Israel Medical Center, Hartsdale, NY.



Algoritmo de manejo del shock séptico. American College of Critical Care Medicine 2017

0 min

5 min

15 min

60 min

**Reconocer disminución del sensorio y de la perfusión***
Comenzar con O2 a alto flujo y establezca un acceso vascular IO/EV acorde a guías PALS

Si no hay hepatomegalia o rales gruesos/crepitantes comenzar con bolos de 20 cc/kg de solución salina isotónica y revalore después de cada bolo hasta llegar a los 60 cc/kg o hasta que mejore la perfusión.
Pare si aparece hepatomegalia, rales o crepitantes.
Corregir hipocalcemia e hipoglucemia.
Comience con Antibióticos

## ¿Shock refractario a fluidos?

Comience por vía periférica EV/IO infusión de inotrópicos, preferentemente epinefrina en dosis de 0.05-0.3 ug/kg/min.
Use atropina/ketamina si es necesario para colocación de una Vía Endovenosa Central o Control de la Vía Aérea.

Titule epinefrina 0.05-0.3 ug/kg/min para Shock Frio
Titule Dopamina 5-9 ug(kg/min en caso de no disponer de epinefrenia
Titule norepinefrins 0.05 ug/kg/min y suba para revertir el Shock Caliente
Titule Dopamina ≥ 10 ug(kg/min en caso de no disponer de norepinefrenia

## ¿Shock resistente a las catecolaminas?

Si hay riesgo Insuficiencia Adrenal Absoluta considerar Hidrocortisona.
Utilice Ecodoppler, PICCO, Catéter en la Arteria Pulmonar o Catéter de Termodilución de la Arteria Femoral para guiar la indicación de Fluidos, Vasopresores, Vasodilatadores.
La Meta es una PAM-PVC normal, $SvcO_2$ >70%, IC: 3.3-6 L/min/$m^2$

**¿Tensión arterial normal?**
**¿Shock frío?**
**¿$SvcO_2 \geq 70\%$**/Hgb ≥ 10 g/dl con epinefrina?**

Comenzar con Milrinona.
Agregar un nitrovasodilatador si el IC es <3.3 L/mim/$m^2$ con alto IRVS o pobre perfusión de la piel.
Considere Levosimendan si fracasa

**¿Tensión arterial baja?**
**¿Shock frío?**
**¿$SvcO_2 \geq 70\%$**/Hgb ≥ 10 g/dl con epinefrina?**

Agregue norepinefrina a la epinefrina para alcanzar una presión arterial diastólica normal.
Si el IC es <3.3 L/mim/$m^2$ agregue Dobutamina,Enoximona,Levosimendan o Milrinona

**¿Tensión arterial baja?**
**¿Shock caliente?**
**¿$SvcO_2 \geq 70\%$** con norepinefrina?**

Si está euvolémico agregue vasopresina, terlipresina o angiotensina.
Si el IC baja a <3.3 L/mim/$m^2$ agregue Epinefrina, Dobutamina,Enoximona, Levosimendan

## ¿Shock persistentemente resistente a las catecolaminas?

Evaluar Derrame Pericárdico o Neumotórax. Mantener Presión Intrabdominal <12 mmHg

## ¿Shock Refractario?

ECMO

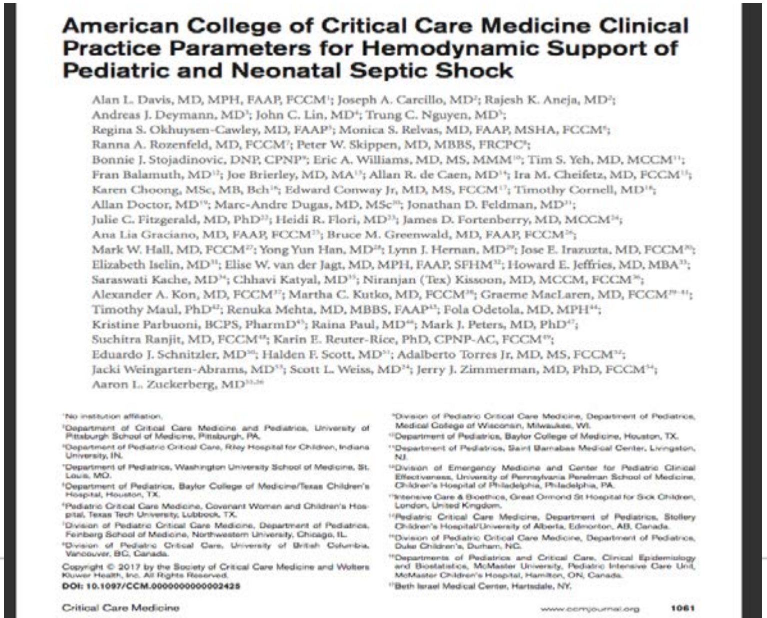
*Se sugiere que cada Institución tenga un algoritmo de diagnóstico, control clínico antes de los 15 min en cada paciente que da positivo el screening y comienzo de la resucitación antes de los 15 min.
**Excepto pacientes con cardiopatías congénitas con lesiones con mezcla

# OBJETIVO

Conocer el manejo shock séptico en los SUP en Latinoamérica e identificar si la atención coordinada por especialistas en urgencias pediátricas mejora la adherencia a las recomendaciones basadas en la evidencia.

# METODOLOGÍA:

- Encuesta electrónica, anónima, multicéntrica, internacional
- Médicos que atienden niños en SU de 12 países de Latinoamérica.
- Recomendaciones basadas en la evidencia: ACCM.



## American College of Critical Care Medicine Clinical Practice Parameters for Hemodynamic Support of Pediatric and Neonatal Septic Shock

Alan L. Davis, MD, MPH, FAAP, FCCM[1]; Joseph A. Carcillo, MD[2]; Rajesh K. Aneja, MD[2];
Andreas J. Deymann, MD[3]; John C. Lin, MD[4]; Trung C. Nguyen, MD[5];
Regina S. Okhuysen-Cawley, MD, FAAP[5]; Monica S. Relvas, MD, FAAP, MSHA, FCCM[6];
Ranna A. Rozenfeld, MD, FCCM[7]; Peter W. Skippen, MD, MBBS, FRCPC[8];
Bonnie J. Stojadinovic, DNP, CPNP[9]; Eric A. Williams, MD, MS, MMM[10]; Tim S. Yeh, MD, MCCM[11];
Fran Balamuth, MD[12]; Joe Brierley, MD, MA[13]; Allan R. de Caen, MD[14]; Ira M. Cheifetz, MD, FCCM[15];
Karen Choong, MSc, MB, Bch[16]; Edward Conway Jr, MD, MS, FCCM[17]; Timothy Cornell, MD[18];
Allan Doctor, MD[19]; Marc-Andre Dugas, MD, MSc[20]; Jonathan D. Feldman, MD[21];
Julie C. Fitzgerald, MD, PhD[22]; Heidi R. Flori, MD[23]; James D. Fortenberry, MD, MCCM[24];
Ana Lia Graciano, MD, FAAP, FCCM[25]; Bruce M. Greenwald, MD, FAAP, FCCM[26];
Mark W. Hall, MD, FCCM[27]; Yong Yun Han, MD[28]; Lynn J. Hernan, MD[29]; Jose E. Irazuzta, MD, FCCM[30];
Elizabeth Iselin, MD[31]; Elise W. van der Jagt, MD, MPH, FAAP, SFHM[32]; Howard E. Jeffries, MD, MBA[33];
Saraswati Kache, MD[34]; Chhavi Katyal, MD[35]; Niranjan (Tex) Kissoon, MD, MCCM, FCCM[36];
Alexander A. Kon, MD, FCCM[37]; Martha C. Kutko, MD, FCCM[38]; Graeme MacLaren, MD, FCCM[39–41];
Timothy Maul, PhD[42]; Renuka Mehta, MD, MBBS, FAAP[43]; Fola Odetola, MD, MPH[44];
Kristine Parbuoni, BCPS, PharmD[45]; Raina Paul, MD[46]; Mark J. Peters, MD, PhD[47];
Suchitra Ranjit, MD, FCCM[48]; Karin E. Reuter-Rice, PhD, CPNP-AC, FCCM[49];
Eduardo J. Schnitzler, MD[50]; Halden F. Scott, MD[51]; Adalberto Torres Jr, MD, MS, FCCM[52];
Jacki Weingarten-Abrams, MD[53]; Scott L. Weiss, MD[54]; Jerry J. Zimmerman, MD, PhD, FCCM[55];
Aaron L. Zuckerberg, MD[55,56]

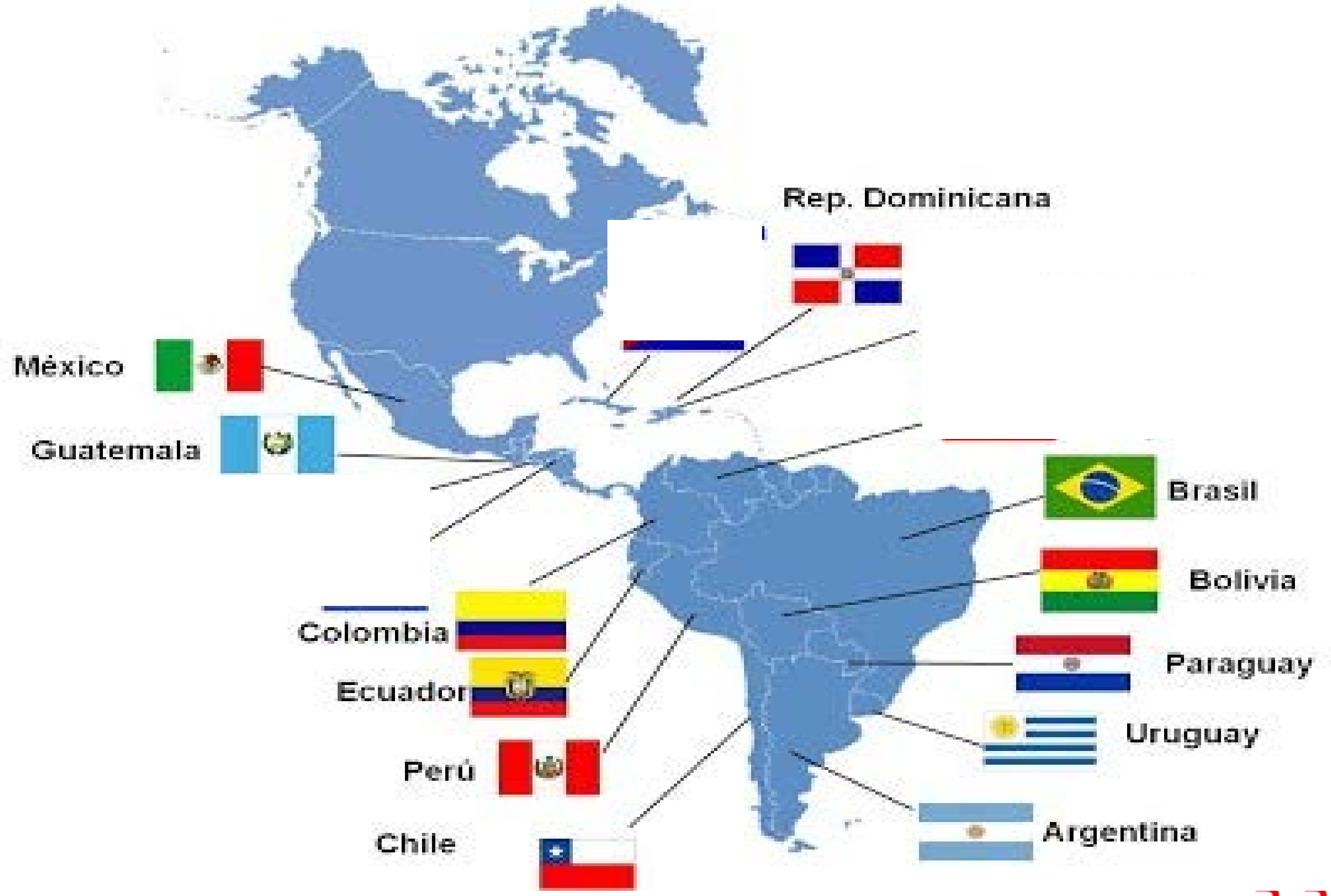
[1] No institution affiliation.
[2] Department of Critical Care Medicine and Pediatrics, University of Pittsburgh School of Medicine, Pittsburgh, PA.
[3] Department of Pediatric Critical Care, Riley Hospital for Children, Indiana University, IN.
[4] Department of Pediatrics, Washington University School of Medicine, St. Louis, MO.
[5] Department of Pediatrics, Baylor College of Medicine/Texas Children's Hospital, Houston, TX.
[6] Pediatric Critical Care Medicine, Covenant Women and Children's Hospital, Texas Tech University, Lubbock, TX.
[7] Division of Pediatric Critical Care Medicine, Department of Pediatrics, Feinberg School of Medicine, Northwestern University, Chicago, IL.
[8] Division of Pediatric Critical Care, University of British Columbia, Vancouver, BC, Canada.

Copyright © 2017 by the Society of Critical Care Medicine and Wolters Kluwer Health, Inc. All Rights Reserved.

DOI: 10.1097/CCM.0000000000002425

[9] Division of Pediatric Critical Care Medicine, Department of Pediatrics, Medical College of Wisconsin, Milwaukee, WI.
[10] Department of Pediatrics, Baylor College of Medicine, Houston, TX.
[11] Department of Pediatrics, Saint Barnabas Medical Center, Livingston, NJ.
[12] Division of Emergency Medicine and Center for Pediatric Clinical Effectiveness, University of Pennsylvania Perelman School of Medicine, Children's Hospital of Philadelphia, Philadelphia, PA.
[13] Intensive Care & Bioethics, Great Ormond St Hospital for Sick Children, London, United Kingdom.
[14] Pediatric Critical Care Medicine, Department of Pediatrics, Stollery Children's Hospital/University of Alberta, Edmonton, AB, Canada.
[15] Division of Pediatric Critical Care Medicine, Department of Pediatrics, Duke Children's, Durham, NC.
[16] Departments of Pediatrics and Critical Care, Clinical Epidemiology and Biostatistics, McMaster University, Pediatric Intensive Care Unit, McMaster Children's Hospital, Hamilton, ON, Canada.
[17] Beth Israel Medical Center, Hartsdale, NY.

# PAÍSES PARTICIPANTES
(12)


Rep. Dominicana
México
Guatemala
Brasil
Bolivia
Colombia
Ecuador
Paraguay
Uruguay
Perú
Chile
Argentina

# Outcomes estudiados:

- ✓ Obtener un acceso vascular o IO dentro de los primeros **5’**
- ✓ Infundir fluidos con técnica de **push o bomba presurizadora**
- ✓ Alcanzar 40-60 ml/kg en **30’**
- ✓ Administrar **inotrópicos** por **acceso vascular periferico**
- ✓ Optar por **adrenalina** en el shock **frío**
- ✓ Optar por **noradrenalina** en el shock **caliente**
- ✓ Administrar **antibióticos** dentro de los **60’**

# METODOLOGÍA:

- Se comparó la adecuación al tratamiento recomendado por ACCM entre 2 grupos donde la **coordinación** era realizada por:
  - **Médico certificado en urgencias pediátricas**
  - **Médico NO certificado en urgencias pediátricas**

# RESULTADOS

ENCUESTAS ENVIADAS

n = 2164

↓

RESPUESTAS

n = 898

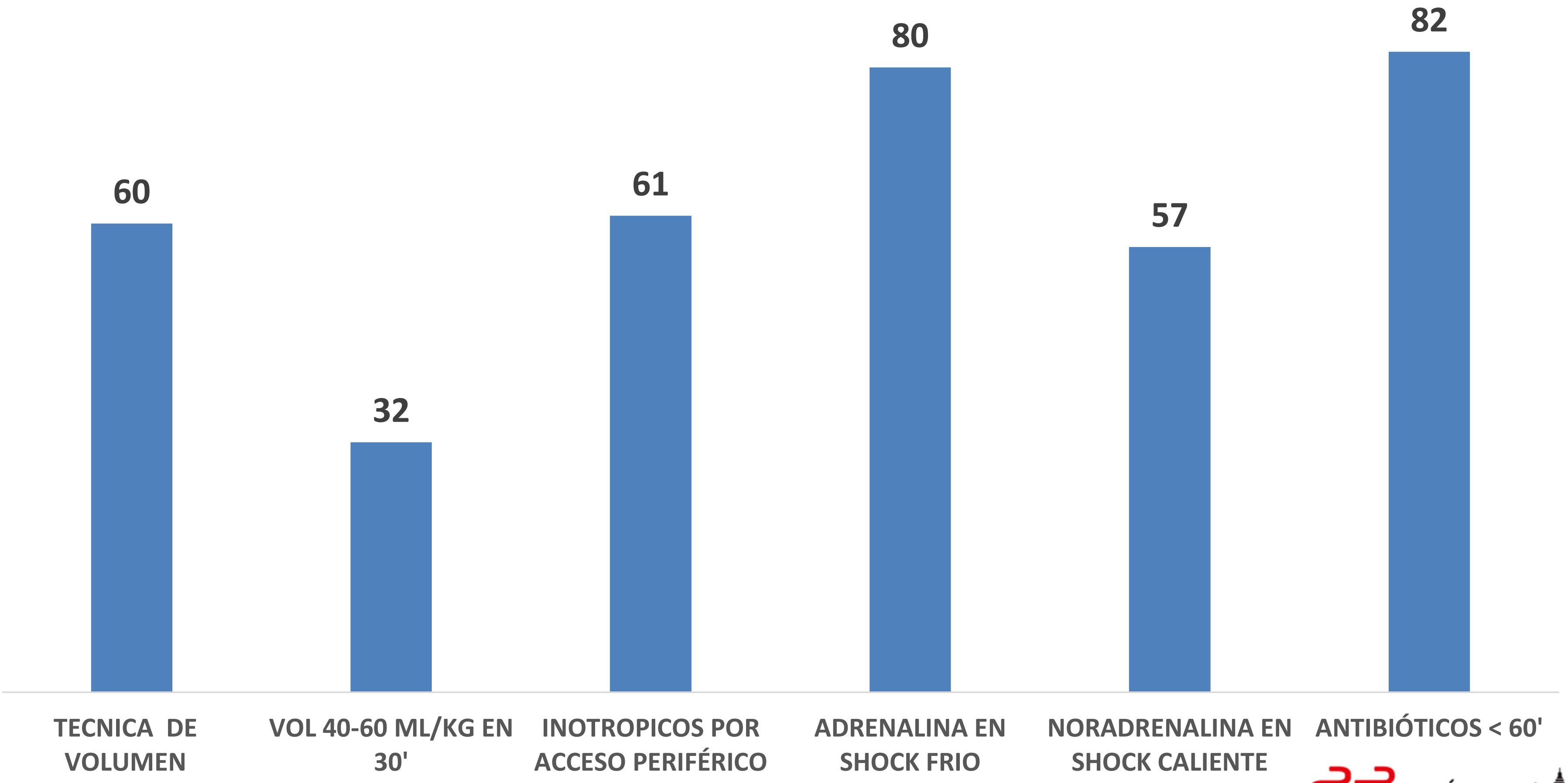
Tasa de respuestas

40%

# CARACTERISTICAS DE LA POBLACION ENCUESTADA

| | | % (n) |
|---|---|---|
| NIVEL DEL HOSPITAL (n=871) | TERCERO | 73 (638) |
| | SEGUNDO | 23 (205) |
| | PRIMERO | 4 (31) |
| HOSPITAL UNIVERSITARIO (n=853) | | 66 (566) |
| POBLACIÓN DEL HOSPITAL (n=821) | NIÑOS | 67 (492) |
| | ADULTOS | 0.9 (7) |
| | NIÑOS Y ADULTOS | 39 (321) |
| HORAS DE TRABAJO SEMANALES EN URGENCIAS (n=856) | ≤ 24 HS | 37 (315) |
| | >24 Y < 48 HS | 43 (369) |
| | > 48 HS | 20 (172) |
| EMERGENCIAS GENERAL /SUBESPECIALIDAD PEDIÁTRICA | | 24 |
| PEDIATRÍA/ SUBESPECIALIDAD EMERGENCIAS | | 62 |
| RECURSOS HOSPITALARIOS | TRIAGE (n=869) | 61 (533) |
| | TRIGGER SHOCK TRIAGE (n=792) | 14 (114) |
| | SHOCK ROOM (n=871) | 89 (776) |
| | ÁREA DE EMERGENCIAS (n=876) | 97 (850) |
| | UCI (n=872) | 79 (693) |

# Outcomes


60
32
61
80
57
82
TECNICA DE VOLUMEN
VOL 40-60 ML/KG EN 30'
INOTROPICOS POR ACCESO PERIFÉRICO
ADRENALINA EN SHOCK FRIO
NORADRENALINA EN SHOCK CALIENTE
ANTIBIÓTICOS < 60'

# POBLACION ENCUESTADA

| | | % (n) |
|---|---|---|
| **COORDINADOR ATENCIÓN DEL SHOCK SÉPTICO (n=873)** | **PEDIATRA** | **59 (518)** |
| | **EMERGENTÓLOGO GENERAL** | **1 (10)** |
| | **EMERGENTÓLOGO PEDIÁTRICO** | **23 (202)** |
| | **INTENSIVISTAS** | **14 (120)** |

|  | *MEDICO CERTIFICADO n=202 (%)* | MEDICO NO CERTIFICADO n=696 (%) | P |
|---|---|---|---|
| ACCESO VASCULAR EN 5 MIN | *176 (87)* | 506 (73) | <0.01 |
| TECNICA DE VOLUMEN | 146 (72) | 389 (56) | <0.01 |
| VOL 40-60 ML/KG EN 30 MINUTOS | 84 (42) | 203 (29) | <0.01 |
| INOTROPICOS POR ACCESO PERIFÉRICO | 153 (76) | 392 (56) | <0.01 |
| ADRENALINA EN SHOCK FRIO | 176 (87) | 538 (77) | <0,01 |
| NORADRENALINA EN SHOCK CALIENTE | 137 (68) | 376 (54) | <0.01 |
| ANTIBIÓTICOS < 60 MINUTOS | 182 (90) | 552 (79) | <0,01 |

# LIMITACIONES

- Tasa de respuestas
- Baja participación de algunos países
- Inherentes a toda encuesta

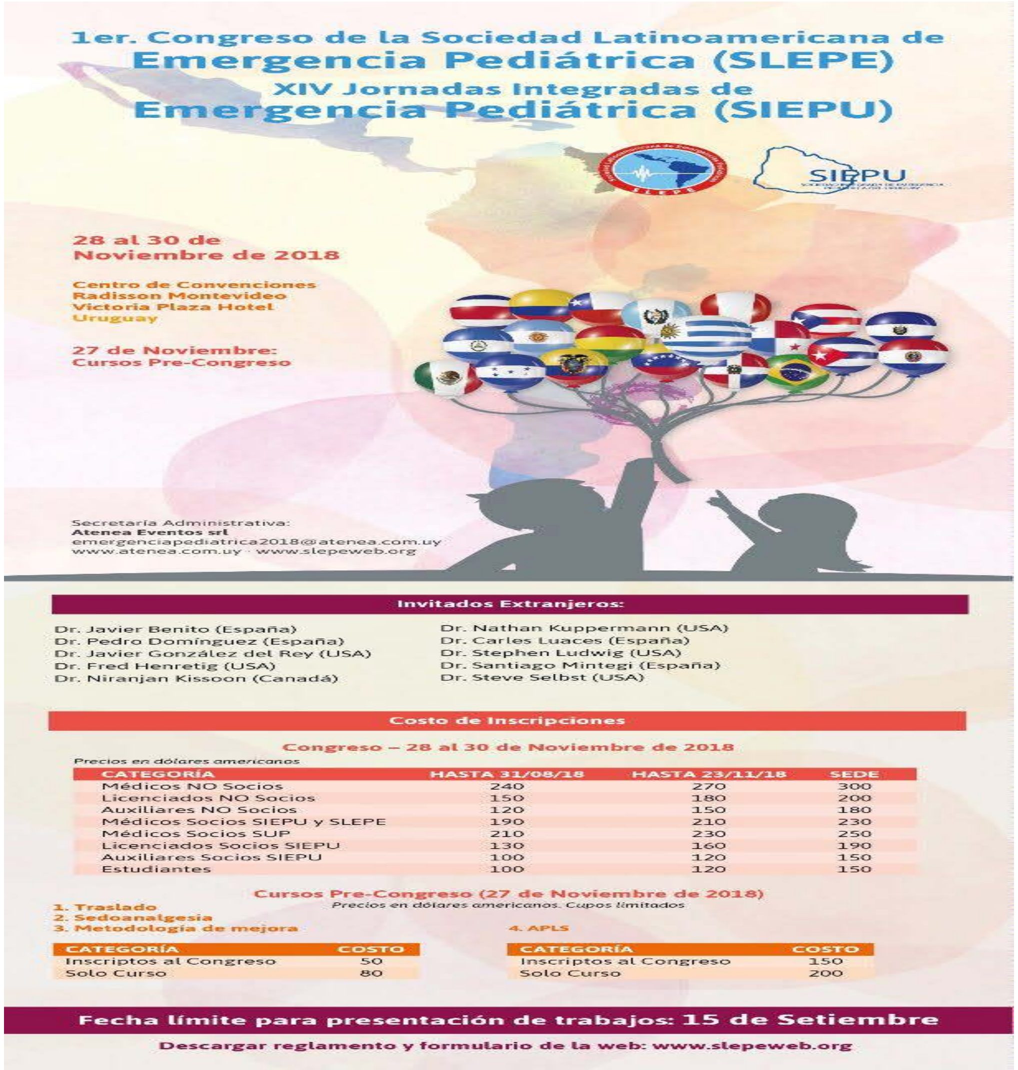
# Conclusiones

En algunos países de Latinoamérica:

1. Existe variabilidad en la adherencia a las recomendaciones basadas en la evidencia para el tratamiento de shock séptico durante la primera hora.

2. La coordinación del manejo de niños con SS por médicos especialistas en Urgencias Pediátricas se aproxima a una mayor adherencia a estas recomendaciones.

# Muchas Gracias!!!



1er. Congreso de la Sociedad Latinoamericana de
**Emergencia Pediátrica (SLEPE)**
XIV Jornadas Integradas de
**Emergencia Pediátrica (SIEPU)**

**28 al 30 de**
**Noviembre de 2018**

**Centro de Convenciones**
**Radisson Montevideo**
**Victoria Plaza Hotel**
**Uruguay**

**27 de Noviembre:**
**Cursos Pre-Congreso**

Secretaría Administrativa:
**Atenea Eventos srl**
emergenciapediatrica2018@atenea.com.uy
www.atenea.com.uy · www.slepeweb.org

**Invitados Extranjeros:**

Dr. Javier Benito (España)
Dr. Pedro Domínguez (España)
Dr. Javier González del Rey (USA)
Dr. Fred Henretig (USA)
Dr. Niranjan Kissoon (Canadá)
Dr. Nathan Kuppermann (USA)
Dr. Carles Luaces (España)
Dr. Stephen Ludwig (USA)
Dr. Santiago Mintegi (España)
Dr. Steve Selbst (USA)

**Costo de Inscripciones**

**Congreso – 28 al 30 de Noviembre de 2018**

*Precios en dólares americanos*

| CATEGORÍA | HASTA 31/08/18 | HASTA 23/11/18 | SEDE |
|---|---|---|---|
| Médicos NO Socios | 240 | 270 | 300 |
| Licenciados NO Socios | 150 | 180 | 200 |
| Auxiliares NO Socios | 120 | 150 | 180 |
| Médicos Socios SIEPU y SLEPE | 190 | 210 | 230 |
| Médicos Socios SUP | 210 | 230 | 250 |
| Licenciados Socios SIEPU | 130 | 160 | 190 |
| Auxiliares Socios SIEPU | 100 | 120 | 150 |
| Estudiantes | 100 | 120 | 150 |

**Cursos Pre-Congreso (27 de Noviembre de 2018)**

*Precios en dólares americanos. Cupos limitados*

1. **Traslado**
2. **Sedoanalgesia**
3. **Metodología de mejora**

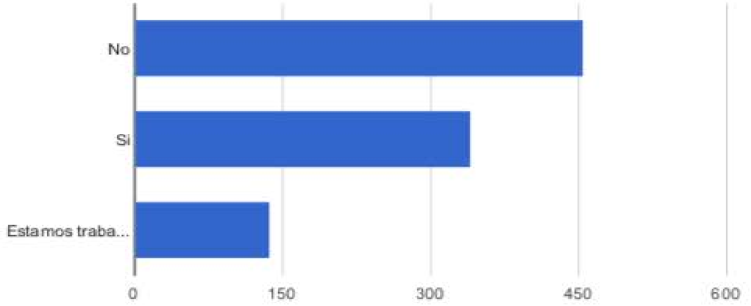
| CATEGORÍA | COSTO |
|---|---|
| Inscriptos al Congreso | 50 |
| Solo Curso | 80 |

4. **APLS**

| CATEGORÍA | COSTO |
|---|---|
| Inscriptos al Congreso | 150 |
| Solo Curso | 200 |

**Fecha límite para presentación de trabajos: 15 de Setiembre**

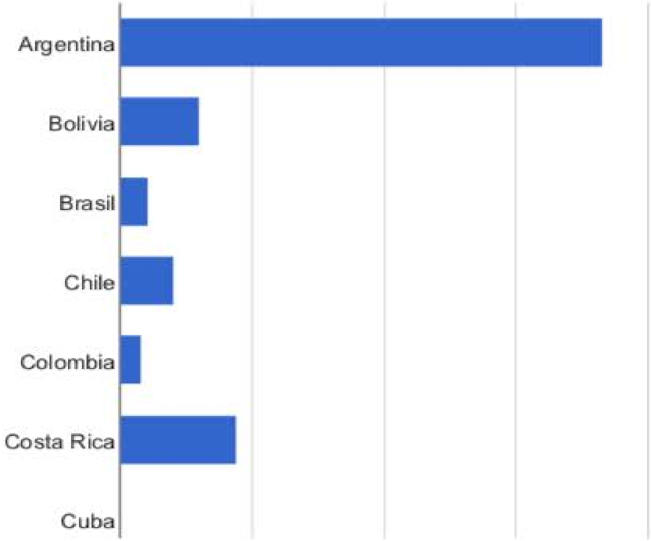
**Descargar reglamento y formulario de la web: www.slepeweb.org**

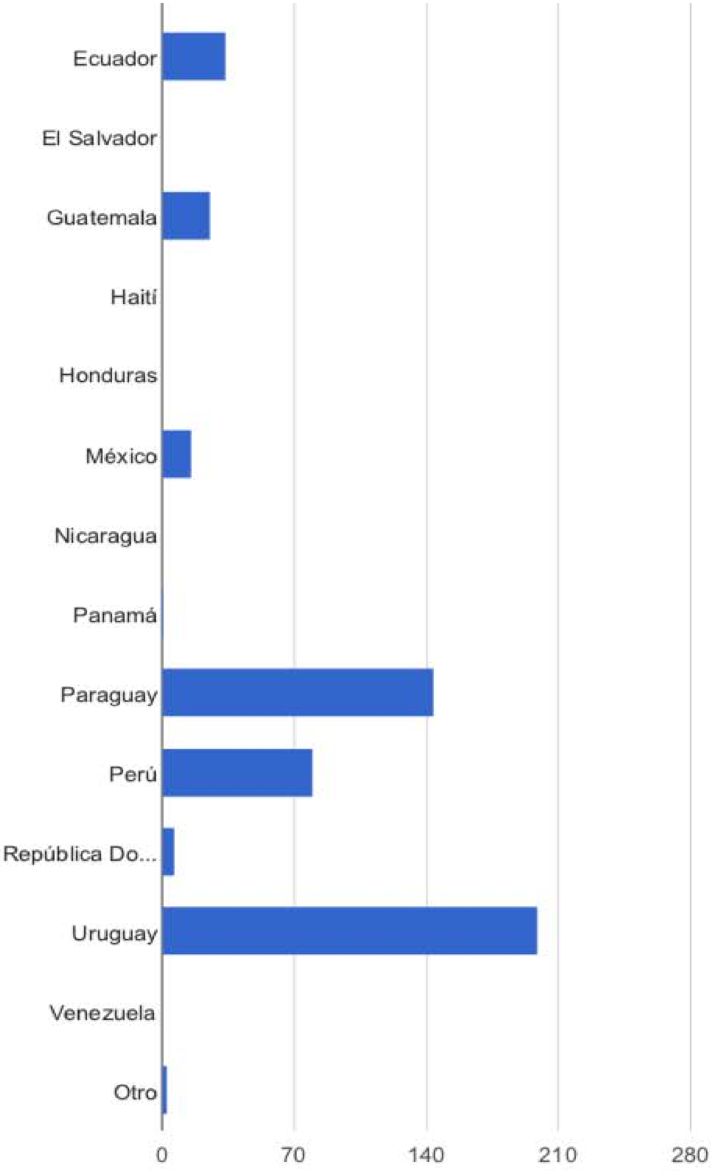


## Por favor, indique el País donde Ud. trabaja

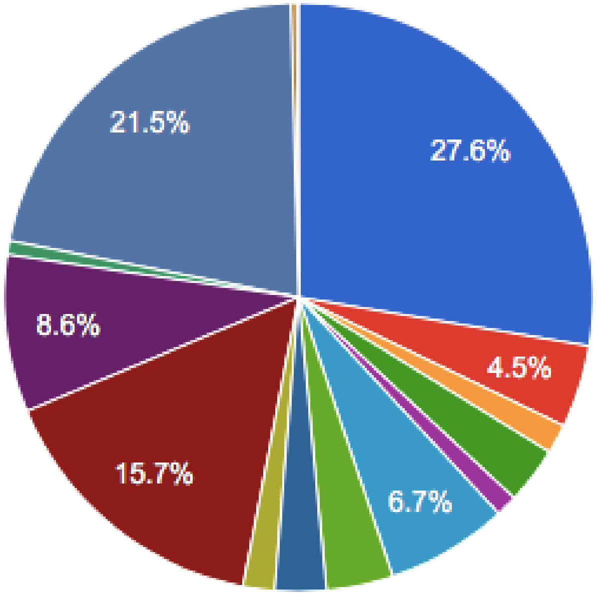
| Total Count (N) | Missing | Unique |
|---|---|---|
| 925 | 21 (2,2%) | 15 |

**Counts/frequency:** Argentina (256, 27,7%), Bolivia (42, 4,5%), Brasil (15, 1,6%), Chile (29, 3,1%), Colombia (11, 1,2%), Costa Rica (62, 6,7%), Cuba (0, 0,0%), Ecuador (34, 3,7%), El Salvador (0, 0,0%), Guatemala (26, 2,8%), Haití (0, 0,0%), Honduras (0, 0,0%), México (16, 1,7%), Nicaragua (0, 0,0%), Panamá (1, 0,1%), Paraguay (144, 15,6%), Perú (80, 8,6%), República Dominicana (7, 0,8%), Uruguay (199, 21,5%), Venezuela (0, 0,0%), Otro (3, 0,3%)

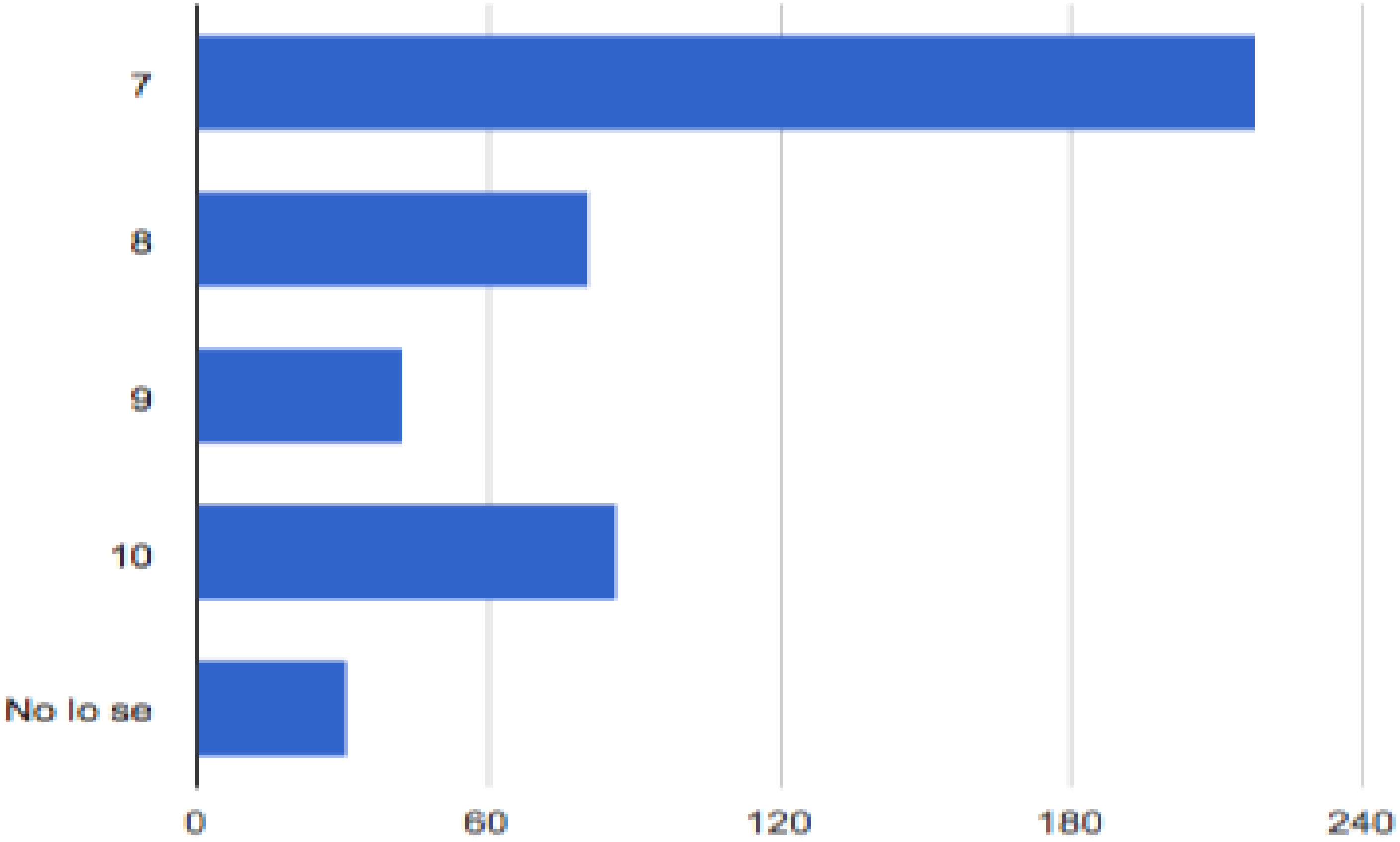




**Counts/frequency:** Argentina (256, 27,6%), Bolivia (42, 4,5%), Brasil (15, 1,6%), Chile (29, 3,1%), Colombia (11, 1,2%), Costa Rica (62, 6,7%), Cuba (0, 0,0%), Ecuador (34, 3,7%), El Salvador (0, 0,0%), Guatemala (26, 2,8%), Haití (0, 0,0%), Honduras (0, 0,0%), México (16, 1,7%), Nicaragua (0, 0,0%), Panamá (1, 0,1%), Paraguay (145, 15,7%), Perú (80, 8,6%), República Dominicana (7, 0,8%), Uruguay (199, 21,5%), Venezuela (0, 0,0%), Otro (3, 0,3%)



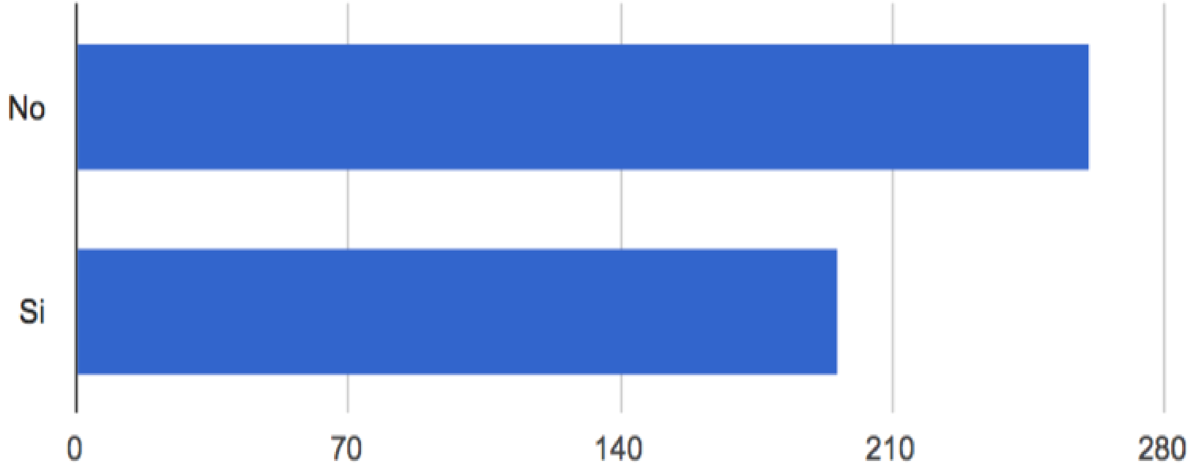
## Durante el tratamiento de la sepsis severa/shock séptico, ¿Qué valor de hemoglobina suele utilizar como punto de corte para indicar un tranfusión de glóbulos rojos?



# En su práctica diaria con niños con shock séptico y requerimientos de inotrópicos/vasopresores ¿son éstos habitualmente intubados como parte del manejo del shock en el departamento de emergencias (en ausencia de insuficiencia respiratoria)?

| Total Count (N) | Missing | Unique |
|---|---|---|
| 457 | 16 (3,4%) | 2 |

**Counts/frequency:** No (261, 57,1%), Si (196, 42,9%)



|  | MEDICO CERTIFICADO %(n 202) | MEDICO NO CERTIFICADO %(n 696) |
|---|---|---|
| NIVEL DEL HOSPITAL 3º (n=638) | 87 (175) | 67 (463) |
| HOSPITAL UNIVERSITARIO (n 566) | 75 (151) | 60 (415) |
| HOSPITAL DE NIÑOS (n=492) | 85 (172) | 46 (320) |
| >24 HORAS SEMANA (n=583) | 72 (146) | 63 (437) |