

ARTÍCULO ESPECIAL

Comunicaciones orales largas de la XXVIII Reunión de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP)

IMPACTO DE LA ADMINISTRACIÓN DE NIRSEVIMAB SOBRE LOS EPISODIOS DE BRONQUIOLITIS AGUDA ATENDIDOS EN LAS URGENCIAS PEDIÁTRICAS ESPAÑOLAS.

Andina Martínez D¹, Sánchez Tatay V², Escalada Pellitero S³, Pavlovic Nesic S⁴, Gimeno-Hernández Garza V⁵, Cámara Otegui A⁶.
¹Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. ²Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. ³Hospital Universitario de Canarias. La Laguna, Santa Cruz de Tenerife. ⁴Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno-Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria. ⁵Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. ⁶Hospital Universitario Donostia. Donostia, Gipuzkoa.

Introducción. La bronquiolitis aguda (BA) es la primera causa de ingreso en lactantes. Hasta el año 2023 la profilaxis contra el virus respiratorio sincitial (VRS), principal agente etiológico, se realizaba con palivizumab en lactantes con factores de riesgo. En 2023, ha sido sustituido por nirsevimab y la indicación se ha ampliado incluyendo a todos los lactantes sanos menores de 6 meses.

Objetivo. Estudiar el impacto de la recomendación del Ministerio de Sanidad de administrar una dosis única de nirsevimab a todos los lactantes menores de 6 meses sobre los episodios de BA atendidos en los servicios de Urgencias Pediátricas (SUP) españoles.

Metodología. Estudio analítico, retrospectivo y multicéntrico en el que participaron 8 SUP de 6 comunidades autónomas (CCAA). En una de las CCAA la indicación de inmunizar se limitó a los nacidos en la temporada epidémica sin realizar *catch-up* a los menores de 6 meses al inicio de la temporada.

Se analizaron los meses de noviembre y diciembre de cuatro temporadas epidémicas (2018, 2019, 2022 y 2023). Se excluyeron los años 2020 y 2021 por la alteración de la circulación del VRS debido a la pandemia COVID-19.

Resultados. Los 8 hospitales incluidos en el estudio atendieron 370.685 episodios (2018: 87.018; 2019: 84.412; 2022: 104.258; 2023: 94.997) de los cuales, 36.169 (9,8%) corresponden a menores de 6 meses (2018: 9.835; 2019: 8.952; 2022: 9.929; 2023: 7.453).

Respecto a la media de las temporadas epidémicas previas, en 2023 se produjo una disminución del 67,7% (intervalo de confianza al 95% [IC95%]: 66,2-69,3) de los episodios de

infección respiratoria del tracto inferior y del 62,5% (IC95%: 60,7-64,3) de los episodios de BA. La reducción de los episodios de BA atendidos en los SUP participantes presenta un rango del 29,2% al 93,9%. El menor porcentaje se corresponde con el Hospital de la CCAA cuya recomendación de inmunización no incluyó realizar *catch-up* a los menores de 6 meses al inicio de la temporada.

Respecto a los ingresos en planta por BA se produjo una reducción del 64,2% (IC95%: 60,9-67,3) con un rango entre hospitales del 41,3% al 87,5%. Los ingresos en Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) se redujeron un 58,3% (IC95%: 50,4-65,5) con un rango del 13,0% al 90,7%.

Conclusiones. La recomendación de administrar nirsevimab a todos los lactantes menores de 6 meses ha disminuido de forma significativa el número de episodios de BA atendidos en los SUP, así como los ingresos en planta y en UCIP.

INFECCIÓN INVASIVA POTENCIALMENTE LETAL POR STREPTOCOCCUS PYOGENES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS: UN ESTUDIO POBLACIONAL RETROSPECTIVO EN CATALUÑA.

Tomàs-Heras A, Rello-Saltor V, Wörner Tomasa N, Álvarez de Toledo-López-Herrera M, Vallhonrat-Munill M, Soriano-Arandes A. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción. En diciembre de 2022, el Reino Unido publicó una alerta del aumento de casos inesperado de infecciones por Estreptococo del grupo A incluyendo formas invasivas de la enfermedad (ESGAi).

Objetivo. Describir las características clínico-epidemiológicas y los posibles factores de riesgo asociados de los casos de ESGAi registrados en Cataluña que sufrieron infecciones invasivas potencialmente letales (IIPL), definidas como aquellas con necesidad de ingreso en UCI y/o exitus.

Metodología. Todos los casos de ESGAi pediátricos (<16 años) se recogieron retrospectivamente en la base de datos REDCap® (octubre 2022-junio 2023) con participación de 20 hospitales. Las fuentes originales fueron PedGASNet, red multicéntrica española, y COPEDICAT, red multidisciplinaria catalana. Se compararon las variables cualitativas mediante test Chi-cuadrado y las cuantitativas con U de Mann-Whitney.

Resultados. Sobre un total de 139 casos de ESGAi se incluyeron 53 pacientes con IIPL (38%), el 55% de sexo masculino, edad media 4 años (DE 3,59). En relación a la edad, el 45% menores de 5 años y el 26% \geq 5 años desarrollaron IIPL, respectivamente ($p=0,04$). La inmensa mayoría de pacientes con IIPL estaban previamente sanos (98,1%), correctamente vacunados (98%) y el 62% habían consultado recientemente (media 2,35 días). Dos tercios habían sido diagnosticados clínicamente de viriasis, siendo el virus Influenza el mayoritario (31%), aunque sin asociación significativa con IIPL. De los 75 pacientes con ESGAi que habían consultado previamente, 22 (29,3%) recibieron tratamiento antibiótico, siendo este un factor protector para el desarrollo de IIPL respecto los que no habían recibido antibioterapia, el 18% y el 55%, respectivamente ($p<0,01$). La presencia de shock séptico/tóxico o sepsis se asoció a IIPL (62%) en contraste con el resto de pacientes (9,3%) ($p<0,05$), sin diferencias en la positividad de hemocultivos en ambos grupos. La mortalidad fue del 7,6% (4/53) presentando en todos los casos shock séptico/tóxico o sepsis como único diagnóstico.

Conclusiones. Las ESGAi con riesgo de IIPL se asocian mayoritariamente con pacientes sanos menores de 5 años que consultan recientemente sin una aparente infección bacteriana y que no han recibido previamente antibiótico. La mayoría de los casos presentaron shock séptico/tóxico o sepsis durante el ingreso. Aun así, establecer un patrón común que facilite la identificación precoz en Urgencias de estos pacientes sigue siendo un desafío. Debemos mantener un alto nivel de sospecha clínica, dada la naturaleza impredecible y potencialmente grave de estas infecciones.

VALIDEZ DE LA HERRAMIENTA DE TRIAJE PEDIÁTRICO “STPED” EN LA COMUNIDAD DE MADRID: ESTUDIO MULTICÉNTRICO. Bueso-Inchausti Arias L¹, Míguez-Navarro MC^{2,3}, Guerrero-Márquez G^{3,4}, Storch De Gracia Calvo P⁵, De la Peña Garrido A⁶, Herranz López S⁷. ¹Médico Residente de Pediatría, ²Médico Especialista en Pediatría de Urgencias, Unidad de Urgencias Pediátricas, ⁴Enfermera Especialista en Pediatría, Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ³Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón. Madrid. ⁵Pediatra de Urgencias. Servicio de Urgencias. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. ⁶Enfermero Especialista en Pediatría. Hospital Universitario de Fuenlabrada. ⁷Graduada en Enfermería. Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Introducción. El triaje es considerado un indicador de calidad de los Servicios de Urgencias Pediátricos (SUP).

La incorporación de tecnología informática es un mecanismo de apoyo a la toma de decisiones y debe cumplir criterios similares del sistema de triaje al que apoya (validez, fiabilidad, utilidad).

La herramienta informática de triaje pediátrico STPED, es el programa informático basado en el sistema de triaje TRIPED-GM, que ha demostrado ser válido y fiable.

Objetivo. Determinar la validez de la aplicación informática STPED en una Comunidad Autónoma.

Metodología:

- Estudio multicéntrico, transversal, observacional, realizado en 8 hospitales de una Comunidad Autónoma.
- Población: pacientes < 18 años clasificados en sala de triaje del 1/10/2021 al 31/10/2022, excluyendo aquellos cuya prioridad final no fue establecida por el programa, sino modificada por el profesional.
- De 349.975 con criterios de inclusión, se recogió muestra aleatorizada de 545 (Excel®).
- Medida principal. Validez indirecta: es la asociación entre el nivel de prioridad y el consumo de recursos (número de pruebas/tratamientos), necesidad de observación en SUP, porcentaje de ingresos (planta/UCIP) y tiempo (estancia media).
- Estadística: para medir validez indirecta, se calculó: razón de tasas instantáneas (IRR) mediante regresión de Poisson para variables de recuento, odds ratio (OR) mediante regresión logística para variables binarias, y coeficiente beta mediante regresión lineal para variables continuas.

Resultados:

- Descripción de la muestra: [Tabla 1](#).

TABLA 1. Descripción de la muestra.

	N= 542
Edad	
Mean (SD)	6,2 (4,8)
Median (IQR)	4,9 (2,1, 9,8)
Prioridad	
1	1 (0,2%)
2	21 (3,9%)
3	128 (24%)
4	386 (71%)
5	6 (1,1%)
Rectificador prioridad	
SI	38 (7,0%)
Turno	
Mañana	185 (34%)
Noche	111 (20%)
Tarde	246 (45%)
Ingreso	32 (5,9%)
Fallecimiento (NO)	542 (100%)
Observación en SUP	99 (18%)
Tiempo admisión-triaje	
Mean (SD)	8,3 (6,1)
Median (IQR)	7,0 (5,0, 10,0)
Tiempo triaje-médico	
Mean (SD)	35 (38)
Median (IQR)	21 (8, 50)
Tiempo total estancia en Urgencias	
Mean (SD)	127 (176)
Median (IQR)	86 (49, 145)

- Medida principal. **Validez indirecta:**
 - A mayor prioridad de triaje, mayor uso de recursos, mayor necesidad de ingreso u observación, así como mayor estancia media en Urgencias de forma estadísticamente significativa.
 - Por cada unidad que incrementa la prioridad, la probabilidad de necesitar observación aumenta 6 veces (OR 6,07; IC95% 4,10-9,22, $p < 0,001$), casi 5 veces la necesidad de ingreso (OR: 4,93; IC95% 2,97-8,43, $p < 0,001$), la probabilidad de realización prueba complementaria/tratamiento aumenta en 1,83 veces (IRR 1,83; IC95%: 1,66-2,02, $p < 0,001$) y se incrementa 69 minutos la estancia media total (beta: 69; IC95%: 44-95; $p < 0,001$).

Conclusión. La herramienta informática de clasificación STPED, es un instrumento válido para su utilización en SUP con pacientes de similares características.

Colaboradores: Amorós Villaverde S (Médico Residente de Pediatría. H.G.U. Gregorio Marañón. Madrid). Cerezo Cerezo MC (Enfermera. Urgencias Generales y Pediatría. H. Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid). De la Fuente de la Hoz MA (Enfermera. Servicio de Urgencias Pediátricas. H.U. de Getafe, Madrid). Vidal Esteban A (Médico especialista en Pediatría. Servicio de Urgencias Pediátricas. H.U. de Fuenlabrada). González Navarro P (Bioestadístico. Unidad de Investigación Materno Infantil. Fundación Familia Alonso [UDIMIFFA]. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón [IISGM]. Madrid). López López R (Pediatra. Servicio Urgencias Pediátricas. H.U. La Paz. Madrid). Martín Barba A (Enfermera Generalista y Especialista en Pediatría. Urgencias Generales y Pediatría. H. Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares, Madrid). Meneses Escribano MJ (Enfermera especialista en Pediatría. H.U. del Tajo. Aranjuez). Molina Navarro A (Enfermero. Servicio de Urgencias Pediátricas. H.U. Infantil Niño Jesús. Madrid, H.U. Reina Sofía. Córdoba). Padial Puerta E (Enfermera. Servicio de Urgencias. H.U. del Tajo. Aranjuez). Sainz de la Maza Gimenez MI (Enfermera. Supervisora Unidad de Urgencias Pediátricas. H.U. 12 de Octubre. Madrid). Salmeron López S (Enfermera. Urgencias Pediátricas. H.U. 12 de Octubre. Madrid). Vellosillo González P (Bioinformático. Unidad de Investigación Materno Infantil. Fundación Familia Alonso [UDIMIFFA]. Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón [IISGM]. Madrid).

EXPERIENCIA DE USO DE LA N-ACETILCISTEÍNA EN PAUTA SNAP Y COMPARACIÓN CON LA PAUTA CLÁSICA. Álvarez Zabala PB, Martínez Sánchez L, Trenchs Sainz de la Maza V, Velardocchio M, Molera Bussoms C, Luaces Cubells C. *Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona.*

Introducción. En la intoxicación por paracetamol, la pauta SNAP de administración de N-acetilcisteína (NAC-SNAP) administra en menor tiempo (12 horas) la misma dosis que la pauta clásica (NAC-clásica; 21 horas), aunque con una dosis de carga más lenta, y establece criterios de suspensión, adaptándose a la gravedad del paciente.

Objetivo. Comparar la pauta NAC-SNAP respecto a la NAC-clásica, evaluando eficacia y seguridad del paciente.

Métodos. Estudio descriptivo-observacional que incluye pacientes < 18 años tratados con NAC por posible intoxicación

por paracetamol. La NAC-SNAP se implementó en nuestro centro en noviembre de 2020. Se incluyen 60 pacientes que recibieron NAC-SNAP y se compararon con los últimos 60 casos tratados con NAC-clásica.

Se estudió eficacia (aparición de hepatotoxicidad) y seguridad (aparición efectos adversos [EA] e incidentes) de ambas pautas.

La definición clásica de hepatotoxicidad por paracetamol corresponde a ALT > 1.000 UI/L. También se consideró hepatotoxicidad si ALT > 150 UI/L, o si ALT > 50 UI/L y > 2 veces su valor inicial.

Se consideraron EA: 1) reacción alérgica que precisó tratamiento, y 2) alteración aislada de la coagulación (INR > 1,3 y/o TP < 60%). Se evaluó la existencia de incidentes declarados o prescripciones incorrectas de la perfusión (dosis y/o dilución).

Resultados. Ambos grupos fueron comparables en cuanto a sexo, tipo de ingesta (aguda-subaguda), dosis de paracetamol o existencia de factores de riesgo de hepatotoxicidad. En el grupo NAC-SNAP la ingesta fue voluntaria en 54 (90%) vs. 46 (76,7%) en NAC-clásica ($p = 0,05$). La mediana de tiempo de infusión fue 12 horas en NAC-SNAP vs. 21 horas en NAC-clásica ($p = 0,06$).

Al evaluar eficacia, 10 (16,7%) pacientes presentaron hepatotoxicidad en el grupo NAC-SNAP, con 3 (5%) cumpliendo criterios de hepatotoxicidad clásica. En el grupo NAC-clásica, 5 (8,3%) pacientes presentaron hepatotoxicidad y 2 pacientes hepatotoxicidad clásica (3,3%) ($p = 0,168$). Al evaluar seguridad, se objetivaron 30 (50%) casos de alteraciones de coagulación en el grupo NAC-SNAP en comparación con 12 (20%) en NAC-clásica ($p < 0,001$); sin diferencias en la necesidad de administración de vitamina K ($n = 12$, 20% vs. $n = 13$, 21,6%; $p = 0,469$). Se detectaron dos reacciones alérgicas en cada grupo, con un caso de anafilaxia en el grupo NAC-clásica. Se registraron 4 (6,6%) incidencias en la preparación/administración de NAC-SNAP y 12 (20%) en NAC-clásica ($p = 0,032$).

Conclusión. El uso de NAC-SNAP no muestra diferencias estadísticamente significativas respecto a NAC-clásica en términos de eficacia y aparición de EA que precisen tratamiento, si bien el único EA grave se produjo con NAC-clásica. Da lugar a menor número de incidencias por lo que, en global, presenta un mejor perfil de seguridad.

OTOSCOPIA DIGITAL EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA: ¿PUEDE REDUCIR LA NECESIDAD DE REPETIR LA OTOSCOPIA PARA SUPERVISAR A LOS RESIDENTES? Hernández Morrás I, Rey Grimón S, Vázquez Morales A, González Mentxakatorre M, Abeijón Vila M, Samson F. *Servicio de Pediatría, Sección de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario Basurto. Bilbao.*

Introducción/Objetivo. La otoscopia es clave para el diagnóstico de otitis media aguda, motivo de consulta muy frecuente en los Servicios de Urgencias Pediátricas (SUP). La otoscopia convencional es la técnica diagnóstica comúnmente utilizada. Sin embargo, la otoscopia digital (OD) es una alternativa prometedora.

Nuestro objetivo era **evaluar el impacto del uso de un OD por los residentes de Pediatría** de primer año (R1s) en la supervisión de la otoscopia por un adjunto.

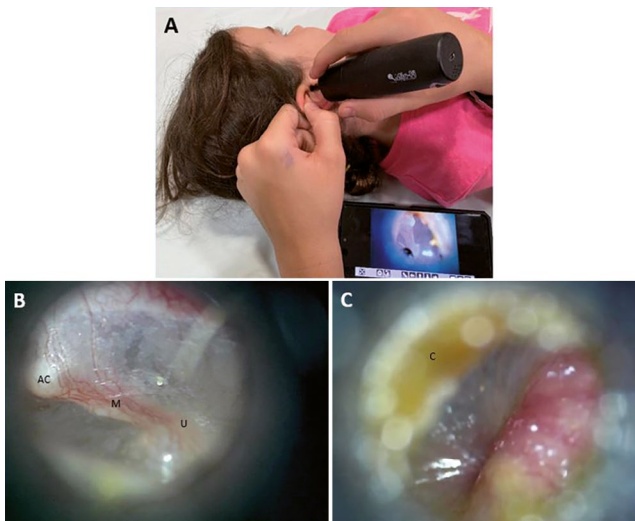


FIGURA 1. Otoscopia digital. A) Exploración de oído en una niña de 6 años mediante el otoscopio digital inalámbrico Mic-Fi[®] conectado a un Smartphone. B) Membrana timpánica normal (AC: apófisis corta del martillo, M: mango del martillo; U: umbo). C) Membrana timpánica abombada a tensión y eritematosa, compatible con otitis media aguda (C: cerumen).

Métodos. Estudio observacional que incluye una muestra por conveniencia de niños con otalgia, fiebre y/o infección de vías aéreas superiores atendidos por los R1s de nuestro SUP (noviembre 2023). Se excluyeron los pacientes con otorrea y aquellos con antecedentes de miringotomía o portadores de drenajes transtimpánicos.

El R1 (previamente entrenado) realizaba la primera exploración de oído con un OD inalámbrico (Mic-Fi[®]) conectado a un Smartphone (Figura 1). Cuando comentaba el paciente al adjunto, le enseñaba los vídeos de su exploración otoscópica. El adjunto determinaba si la segunda exploración de oído para supervisión se podía evitar.

Evaluamos dos variables: edad del paciente y porcentaje de membrana timpánica (MT) visualizada. Usamos regresión logística para determinar cuáles estuvieron asociadas con la NO realización de segunda otoscopia. Los R1s completaron cuestionarios para medir su confianza al realizar la otoscopia (escala de Likert 5-puntos) y su satisfacción docente respecto a la otoscopia pediátrica.

Resultados. Se incluyeron 172 pacientes (edad media 3,6 años [DE 2,6]; varones 59,3%) correspondiente a 344 oídos examinados, de los cuales el 70,6% no precisó una segunda exploración por un adjunto.

Se identificaron 157 tímpanos normales (45,6%), 71 tímpanos abombados/hiperémicos (20,6%), 27 otitis serosas (7,9%) y 89 tímpanos no se veían (25,9%).

Factores asociados con el éxito de la primera exploración con OD fueron: edad ≥ 2 años (OR= 3,1; 95%IC [1,9-5,2]) y > 50% de visualización de MT (OR= 5,9 [3,5-10,0]).

Cuando los R1s visualizaban el tímpano (74,1% de los oídos examinados), valoraban alta/muy alta la confianza en su interpretación otoscópica en el 79,6% de los casos. Todos los R1s participantes estuvieron muy de acuerdo en que la OD fue muy útil como herramienta docente.

Conclusión. El uso de la OD reduce la necesidad de repetir la otoscopia en pacientes pediátricos y se puede conside-

rar útil como herramienta docente. Seguiremos investigando el potencial de la OD, que además de mejorar el confort de los pacientes, la confianza de los padres y la docencia, puede ser una alternativa diagnóstica más eficiente.

ALTERACIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL EN LACTANTES MENORES DE 90 DÍAS CON INFECCIÓN URINARIA FEBRIL.

Serrano Oarbeaskoa M, Camarero Pagonabarraga M, Iriarte Uribe-Echeverría I, Gangoiti Goikoetxea I, Gómez Cortés B, Mintegi Raso S. *Hospital Universitario Cruces. Barakado, Bizkaia.*

Introducción. Una de las preocupaciones del manejo del lactante menor de 90 días de edad con una infección del tracto urinario (ITU) es el posible compromiso de la función renal. Para nuestro conocimiento, aunque diversos estudios muestran una baja prevalencia de este compromiso en niños previamente sanos con ITU febril, no existen estudios que lo analicen en lactantes ≤ 90 días de edad.

Objetivo. Analizar parámetros analíticos de función renal en lactantes ≤ 90 días con ITU febril en el momento del diagnóstico.

Metodología. Estudio basado en un registro prospectivo que incluye pacientes ≤ 90 días con fiebre sin focalidad (FSF) atendidos en un Servicio de Urgencias Pediátrico (SUP) de un hospital terciario entre 2010 y 2022. Se analizaron y compararon parámetros analíticos de función renal (creatinina, urea, filtrado glomerular) y alteraciones iónicas en relación con el diagnóstico de los pacientes que consultaron por FSF y con un grupo de control sano.

Resultados. Se incluyeron 2.361 pacientes y 205 controles. De los 2.361 pacientes, 2.325 (98,5%) tenían un triángulo de evaluación pediátrica (TEP) normal y la mediana de duración de la fiebre fue de 4 horas (rango intercuartil (RIC): 1,5-12 horas). Ningún paciente presentó signos o síntomas de daño renal agudo.

La Tabla 2 muestra las medianas y RIC de las variables analizadas.

Conclusiones. El compromiso de la función renal es excepcional en los lactantes menores de 3 meses con ITU febril que consultan con prontitud y tienen un TEP normal. Son necesarios estudios más amplios que confirmen estos hallazgos en lactantes con infección bacteriana invasiva.

DESARROLLO DE CRITERIOS CLÍNICOS PARA LA DETECCIÓN DE FRACTURAS EN LOS DEDOS DE LA MANO. ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO.

Suárez-Cabezas S¹, Sanavia Moran E¹, García García-Galán A¹, Meizoso López J¹, Molanes-López EM², Pérez-Moneo Agapito B¹. ¹Hospital Universitario Infanta Leonor. Madrid. ²Universidad Complutense de Madrid.

Introducción. Los traumatismos de los dedos de las manos son muy frecuentes, solicitándose radiografía hasta en el 90% de los casos a pesar de que la prevalencia de fractura es baja (4-15%). Existen criterios clínicos que permiten reducir el número de radiografías en caso de traumatismo en diferentes localizaciones, pero no para traumatismos digitales. Steiger

TABLA 2.

	Control sano N 205	No infección bacteriana N 1823	ITU N 462	ITU + bacteriemia N 30	Infección bacteriana invasiva sin ITU asociada N 46	Total N 2566
Creatinina (mg/dl)	0.17 (0,14-0,23)	0.2 (0,14-0,25)	0,2 (0,13-0,26)	0.25 (0,15-0,36)	0.19 (0,15-0,23)	0.2 (0,14-0,25)
Urea (mg/dl)	16 (12-19)	14* (11-17)	16 (12-20)	20* (17-28)	17 (13-20)	14 (11-18)
Filtrado glomerular (ml/min/1,73 m ²)	130 (100-168)	114.5 (93-160)	116 (90-178,5)	91.5 (63,5-157,5)	116.5 (99,2-148,7)	116 (93-164)
Na (mEq/L)	138 (136-139)	136* (135-138)	135* (134-137)	135* (133-136)	136* (133-137)	136 (135-138)
K (mEq/L)	5,5 (5,2-5,8)	5,1* (4,8-5,4)	5,1* (4,8-5,4)	5,1 (4,8-5,6)	5,1* (4,5-5,5)	5,1 (4,8-5,4)
Cl (mEq/L)	106 (104-107)	105* (103-107)	104* (102-105)	102* (101-104)	104* (102-105)	105 (103-106)
Edad (días)	45 (28-61)	54* (35-71)	56* (33-75)	31 (16-52)	31 (15-54)	54 (34-71)

*Diferencia significativa con el grupo control.

et al. publicaron en 2021 unos criterios clínicos solo para traumatismos por hiperextensión de la articulación interfalángica proximal causada por balones, no validados.

Objetivo. Determinar unos criterios clínicos de alto riesgo de fractura en caso de traumatismo en los dedos. Reducir el número de radiografías solicitadas.

Metodología. Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico, mediante revisión de historia clínica electrónica. Análisis multivariante para identificar posibles variables predictoras de fractura: edad, sexo, mecanismo lesión, localización, número de dedo, edema, hematoma, impotencia funcional, deformidad, inestabilidad y lesión cutánea. Desarrollo de una regla de decisión para la detección de fracturas con sensibilidad (S) del 100%. Tamaño muestral estimado 500 dedos.

Resultados. Incluidos 462 dedos (03/2019-03/2020). Edad media 9,79 (DE 3,81). Varones: 57,2% (252/438), razón de prevalencia de traumatismos M/F: 1,278 (Intervalo de Confianza 95% 1,059-1,544, p 0,0105). Fractura: 7,79% (36/462). Fracturas significativas: 0,22% (10/462). Variables de riesgo para fractura: deformidad, dedo distinto del índice, localización en falange media o proximal, impotencia funcional y mecanismo de hiperextensión o hiperflexión. Con estas variables se consigue un modelo de regresión logística en varones con curva ROC (Figura 2). En función del modelo se plantea una regla de decisión para detectar fractura en varones (Tabla 3) con una S del 100% y una especificidad (E) del 60,17%. Aplicada en mujeres, la S se mantiene en el 100%, pero la E se reduce al 55,28%. Quedarían sin detectar una fractura no significativa en varones y tres en mujeres. Ahorro potencial de radiografías: 52,55%.

Conclusiones. Los hallazgos clínicos son muy similares en caso de contusión, esguince y fractura tras un traumatismo en los dedos, por lo que resulta complicado obtener unos criterios sencillos. Con el modelo propuesto sería posible detectar el 100% de las fracturas significativas, quedando sin detectar un bajo número de fracturas no

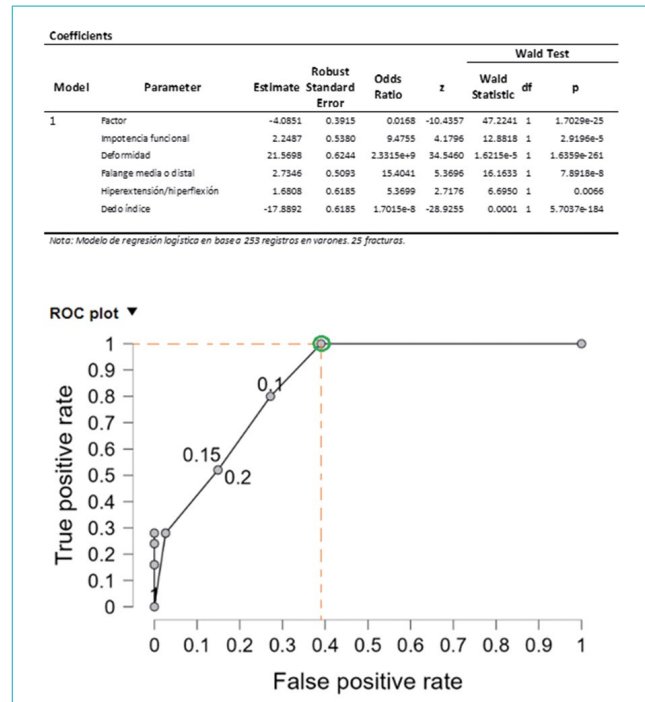


FIGURA 2. Resultados del modelo de regresión logística y curva ROC resultante con punto de corte para SE 100%.

TABLA 3. Regla de decisión.

- Deformidad o Dedo distinto del índice**
+
uno de los siguientes:
- Localización del dolor en **falange media o distal**
 - Mecanismo de **hiperextensión/hiperflexión**
 - **Impotencia funcional**

significativas que solo necesitarían tratamiento sintomático. Como sesgos encontramos: muestra retrospectiva, modelo no validado.

IMPACTO DE LA INMUNIZACIÓN POR VRS EN LA ATENCIÓN DE LOS PACIENTES CON BRONQUIOLITIS EN LAS UNIDADES DE URGENCIA PEDIÁTRICA. OBSERVATORIO MULTICÉNTRICO SEUP 2022-2024. Vázquez López P¹, Gómez Carabaza A², de la Rosa Sánchez D³, May LLanas ME⁴, De la Torre Espi M⁵, Campos Calleja C⁶. ¹Unidad de Urgencias Pediátricas. H.U. Gregorio Marañón. Madrid. ²Sección de Urgencias Pediátricas. H.U. Joan XXIII. Tarragona. ³Servicio de Urgencias Pediátricas. C.H.U. Insular Materno-Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria. ⁴Sección de Urgencias Pediátricas. H.U. Mutua Terrassa. Terrassa, Barcelona. ⁵Servicio de Urgencias Pediátricas. H. Infantil U. Niño Jesús. Madrid. ⁶Unidad de Urgencias Pediátricas. H.U. Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción. A finales de septiembre y octubre de 2023 se inició una campaña de inmunización pasiva frente a VRS en la mayor parte de las CCAA a recién nacidos,

Objetivo. Comparar el impacto de la inmunización con el anticuerpo monoclonal frente a VRS en la asistencia de pacientes pediátricos que acuden a Urgencias Pediátricas en el periodo epidémico.

Material y métodos. Estudio observacional, retrospectivo y multicéntrico, anidado en una cohorte de registros de bronquiolitis de SEUP. Este registro, con datos relativos a frecuentación relacionada con bronquiolitis, se inició en diciembre de 2022 y participan actualmente 31 hospitales pertenecientes a SEUP. Se incluyeron los registros del periodo epidémico de 2022 (pre-inmunización) y 2023 (post-inmunización). Se excluyeron los hospitales que no aportaron datos completos de los dos periodos. Se definió el periodo epidémico en función de los datos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica del Instituto Carlos III (ICIII), del 1-26 diciembre. Las variables cuantitativas de distribución no normal se describieron con mediana (RIC) y se compararon en ambos periodos mediante U de Mann-Whitney.

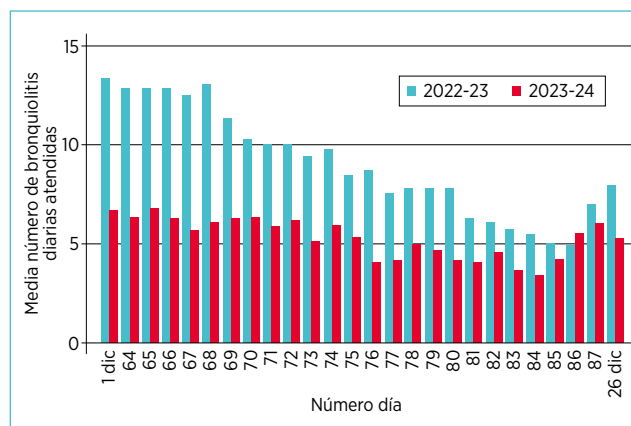


FIGURA 3. Media de número de bronquiolitis diarias atendidas.

Resultados. Tras excluir 6, se incluyeron 25 hospitales de 12 CCAA (19: alta complejidad; 6: media complejidad), que atendieron una media de 47.811 urgencias/año 2023 (DE: 26.675).

Los datos comparativos de ambos periodos se muestran en la [Tabla 4](#).

Limitaciones: la inclusión en el registro de edades de pacientes y estado de inmunización habría podido informar sobre la repercusión concreta en el grupo de edad inmunizado.

Conclusiones. Aunque no se ha objetivado repercusión sobre el número de urgencias diarias, tras la inmunización VRS, los datos relativos al impacto de la presión asistencial derivada de bronquiolitis, han descendido de manera relevante en su periodo epidémico.

UTILIDAD DE LA PCR PARA ENTEROVIRUS Y PARECHOVIRUS EN SANGRE EN LACTANTES CON FIEBRE SIN FOCO MENORES DE 90 DÍAS DE EDAD. Suárez Huélamo-Busta-

TABLA 4.

	Pre-inmunización (2022)	Post-inmunización (2023)	p valor	Ambos periodos
Nº urgencias	161 (119-211)	154 (112-202)	0,077	157 (115-207)
Nº bronquiolitis	8 (4-12)	4 (3-7)	< 0,001	6 (3-10)
Nº ingresos	6 (4-10)	6 (3-9)	0,001	6 (4-10)
Nº ingresos bronquiolitis	2 (1-3)	1 (0-1)	< 0,001	1 (0-2)
Nº ingresos bronquiolitis VRS	1 (1-3)	0 (0-1)	< 0,001	1 (0-2)
Porcentaje bronquiolitis	4,5% (2,8-6,4)	2,6% (1,5-4,5)	< 0,001	3,5% (2,1-5,6)
Porcentaje ingresos	4,0% (2,7-5,6)	3,8% (2,2-5,4)	0,019	3,9% (2,5-5,5)
Porcentaje ingresos por bronquiolitis	28,0% (16,7-42,9)	9,1% (0,0-25,0)	< 0,001	20,0% (0,0-33,3)
Porcentaje VRS de bronquiolitis que ingresan	94,4% (66,7-100)	100% (50-100)	0,023	100% (60-100)
Nº ingresos bronquiolitis en UCIP	0 (0-1)	0 (0-0)	< 0,001	0 (0-0)
Porcentaje ocupación UCIP	83,3% (66,0-83,0)	66,0% (44,0-83,0)	< 0,001	75,0% (50,0-22,0)
Nº bronquiolitis trasladadas*	0 (0-0)	0 (0-0)	< 0,001	0 (0-0)
Porcentaje ocupación Observación**	50,0% (25,0-66,0)	33,0% (16-50)	< 0,001	38,0% (20,0-60,0)
Nº niños con oxigenoterapia alto flujo**	0 (0-0)	0 (0-0)	< 0,001	0 (0-0)

mante M¹, Alonso Cadenas JA¹, Velasco Zúñiga R², Clerigué Arrieta N³, Amasorrain Urrutia J⁴, Gómez Cortés B⁵. ¹Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. ²Hospital Universitario Parc Taulí. Sabadell, Barcelona. ³Hospital Universitario de Navarra. Pamplona. ⁴Hospital Universitario de Mendaro. Mendaro, Gipuzkoa. ⁵Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo, Bizkaia.

Introducción. La técnica de reacción en cadena de la polimerasa (PCR) permite una rápida identificación de diferentes patógenos. Entre ellas, destaca la PCR en sangre para el enterovirus y parechovirus (PCR-ev), utilizada en el manejo de los lactantes ≤ 90 días de edad con fiebre sin foco (FSF). Sin embargo, no está incluida en los algoritmos diagnósticos más utilizados, regla PECARN o Step-by-Step.

Objetivo. Analizar la prevalencia de infecciones bacterianas invasivas (IBI) en lactantes ≤ 90 días con FSF y tira reactiva de orina (TRO) normal según el resultado de la PCR-ev.

Metodología. Estudio prospectivo observacional de 5 servicios de Urgencias Pediátricas (SUP) que incluye lactantes ≤ 90 días con FSF y TRO normal entre octubre de 2020 y septiembre de 2023. Criterios de exclusión: no tenían extraído hemocultivo o PCR-ev, habían recibido antibiótico en ≤ 48 horas o rechazaron participar. Todos fueron seguidos por teléfono o revisión de historia clínica a las 4 semanas del episodio.

Resultados. Se incluyeron 660 pacientes (Tabla 5), 21 (3,2%) diagnosticados de IBI. Las bacterias identificadas en sangre con mayor frecuencia fueron *S. agalactiae* 8, *S. aureus* 4 y *E. coli* 3. Tres asociaron meningitis (*S. agalactiae* 2, *S. galloyticus* 1).

La PCR-ev fue positiva en 152 (23,0%) lactantes. Solo uno de los pacientes con una prueba ev-PCR positiva fue diagnosticado de IBI (0,7% [IC 95%: 0,02-3,6%] frente a 3,9% [IC 95%: 2,4-6,0%] con una prueba PCR-ev negativa; [p= 0,04]). Los tres pacientes diagnosticados de meningitis bacteriana tuvieron la PCR-ev negativa.

Conclusiones. Los lactantes menores de ≤ 90 días con FSF y PCR-ev positiva tienen un menor riesgo de presentar IBI, a pesar de ser más pequeños y presentar irritabilidad con mayor frecuencia que aquellos con PCR-ev negativa. Incluir la PCR-ev en los SUP puede ayudar a evitar hospitalizaciones y tratamientos antibióticos innecesarios.

RESPUESTA DE LOS BIOMARCADORES EN SANGRE EN LACTANTES FEBRILES MENORES DE 90 DÍAS DE VIDA EN FUNCIÓN DEL TIPO DE INFECCIÓN BACTERIANA Y GERMEN CAUSANTE. ESTUDIO MULTICÉNTRICO. Sorolla Anglès A¹, Alonso Cadenas JA², Hernández Bou S³, Cámara Otegui A⁴, Gómez Cortés B⁵, Velasco Zúñiga R¹. ¹Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell, Barcelona. ²Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. ³Hospital Materno-Infantil Sant Joan de Déu. Barcelona. ⁴Hospital Universitario Donostia. Donostia, Gipuzkoa. ⁵Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo, Bizkaia.

Introducción. Diferentes estudios muestran que el rendimiento de los biomarcadores en sangre para identificar una infección bacteriana invasiva (IBI) varía según la bac-

TABLA 5.

	PCR-ev + (n= 152)	PCR-ev - (n= 508)	Diferencia (IC95%)	Valor p
Edad-días, mediana (RIQ)	34 (18,5-59)	51 (31-79)	-17 (-25,1 a -8,9)	< 0,001
Edad ≤ 21 días- n (%)	51 (33,6)	72 (14,2)	19,4 (11,3 a 27,5)	< 0,001
Horas de fiebre- mediana (RIQ)	3 (1-9)	4 (1,5-12)	-1 (-2,4 a 0,4)	0,16
Tª máxima (°C)- mediana (RIQ)	38,3 (38,2-38,4)	38,2 (38,1-38,3)	0,1 (-0,05 a 0,3)	0,2
Buen estado general-n (%)	142 (93,4)	486 (95,7)	-2,2 (-6,6 a 2,1)	0,26
Irritabilidad (referida)-n (%)	40 (26,3)	94 (18,5)	7,8 (0,04 a 15,6)	0,04

teria aislada y el tipo de IBI. Sin embargo, no hay trabajos que analicen específicamente a los ≤ 3 meses, en los que las bacterias causantes son diferentes.

Objetivos. Analizar el perfil de biomarcadores en lactantes febriles ≤ 90 días de vida diagnosticados de IBI en función del tipo de IBI y la bacteria causante.

Metodología. Estudio retrospectivo multicéntrico que incluye lactantes febriles ≤ 90 días atendidos en Urgencias de 12 hospitales pertenecientes al grupo de trabajo de enfermedades infecciosas de la SEUP entre el 01/01/2008 y el 31/12/2022 y diagnosticados de IBI (aislamiento de bacteria patógena en sangre o en líquido cefalorraquídeo). Se realizó un análisis descriptivo y uno multivariante (regresión lineal múltiple) incluyendo aquellos gérmenes con ≥ 10 aislamientos, y ajustando por edad, sexo, temperatura máxima, tiempo de evolución y estado general.

Resultados. Se analizaron 380 pacientes, con una mediana de edad de 31 días (rango intercuartílico: 16-54). Las bacterias patógenas más frecuentemente aisladas fueron *E. coli* (169; 44,5%), *S. agalactiae* (99; 26,1%), *S. aureus* (30; 7,9%), *S. pneumoniae* (15; 3,9%), *E. faecalis* (14; 3,7%) y *N. meningitidis* (10; 2,6%).

El análisis multivariante según el tipo de IBI mostró valores de proteína C reactiva (PCR) inferiores en las bacteriemias aisladas respecto del resto de IBI ($\beta = -22,4$; IC95%: [-41,9]-[-2,9]), y según la bacteria valores superiores en las IBI por *E. coli* ($\beta = 30,9$; IC95%: 9,9-51,8) y *S. pneumoniae* ($\beta = 40,6$; IC95%: 2,0-79,1), respecto de *S. agalactiae*. Se encontraron diferencias, no significativas, en los valores de la procalcitonina, leucocitos y neutrófilos en ambos análisis.

La Tabla 6 muestra los valores (mediana y rango intercuartil) de los distintos biomarcadores en relación con el tipo de IBI diagnosticada y la bacteria causante.

Conclusiones. Los valores de PCR en el lactante febril menor de 90 días con IBI varían según el tipo de infección y el patógeno causante de la infección.

CAPACIDAD DE NIÑOS DE 5 A 9 AÑOS PARA COLOCAR EN POSICIÓN LATERAL DE SEGURIDAD A UN ADULTO GUIADOS TELEFÓNICAMENTE DESDE EL 112. Nonide Robles M¹, de Lucas García N², Rodríguez Valdés A³, Vigil Lagranda R⁴, Pérez Regueiro I¹, García Fernández JA⁵. ¹SAMU Astu-

TABLA 6.

		N	Leucocitos (células/ μ l)	Neutrófilos (células/ μ l)	PCR (mg/L)	Procalcitonina (ng/ml)
Tipo de IBI	Bacteriemia	171 (45,0%)	10.700 (6.600-15.000)	5.766 (2.960-8.880)	8,2 (3,6-34,3)	0,57 (0,2-3,5)
	Resto IBI	209 (55,0%)	13.300 (8.365-17.800)	7.100 (4.178-10.600)	56,6 (21,0-116,0)	5,0 (0,7-17,1)
Bacteria	<i>E. coli</i>	169 (44,5%)	13.900 (9.400-17.300)	7.229 (4.750-10.280)	59,7 (26,0-113,7)	4,08 (0,61-14,60)
	<i>S. agalactiae</i>	99 (26,1%)	8.000 (4.600-14.000)	4.610 (2.500-8.640)	6,5 (3,0-20,8)	2,07 (0,45-12,92)
	<i>S. pneumoniae</i>	15 (3,9%)	13.120 (11.400-18.800)	7.144 (4.215-10.000)	62,0 (21,0-83,2)	0,34 (0,19-2,31)

rias. ²SAMUR-Protección Civil de Madrid. ³Coordinación 112 Asturias. ⁴Servicio de Urgencias. Hospital Universitario de Cabueñes. Gijón, Asturias. ⁵Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción. Colocar en posición lateral de seguridad (PLS) a un paciente inconsciente que respira puede evitar la obstrucción de su vía aérea por su lengua y la broncoaspiración por vómito. No hay evidencias sobre la capacidad de menores de 9 años para entender o ejecutar instrucciones telefónicas sobre PLS.

Objetivo. Conocer la capacidad de comprensión y ejecución de niños de 5 a 9 años para colocar a un adulto inconsciente en PLS guiados telefónicamente desde el 112.

Metodología. Estudio observacional de 76 alumnos. Ninguno había recibido formación previa sobre PLS. Se envió Consentimiento Informado a padres/tutores, y una encuesta para recoger las variables sexo, edad, peso y altura de los niños y los adultos colaboradores (con pesos entre 70 y 96 kg). Se pidió a cada niño que colocara al adulto en PLS siguiendo 9 instrucciones secuenciales ideadas por el proyecto "RCP desde mi cole". Después se explicó brevemente el método correcto y se realizó un segundo intento. Los resultados se recogieron en 9 ítems que valoraron el éxito o fracaso de cada instrucción y un ítem para el global de la práctica. Se realizó estadística descriptiva y analítica con T de Student para detectar asociación entre éxito y edad, peso y talla del niño; así como Chi cuadrado y prueba exacta de Fisher para encontrar asociación con el sexo del niño.

Resultados. Participaron 43 niñas y 33 niños de tres colegios, con mediana de edad 5,8 años (4,9-8,7 años), mediana de peso 21,1 kg (17-35 kg) y mediana de altura 117 cm (100-135 cm).

En el primer intento, el porcentaje de éxito en cada ítem estuvo entre el 63,2% y el 98,7%, realizando la práctica perfecta el 48,7% de niños. En el segundo intento, el porcentaje de éxitos osciló entre el 94,7% y el 100%, con práctica perfecta en el 93,4%.

Hubo asociación estadísticamente significativa entre la práctica perfecta al primer intento con peso ($p=0,032$) y con talla ($p=0,032$) pero no con edad ni sexo. Tras la formación no se encontró asociación estadísticamente significativa que relacionase la práctica perfecta y dichas variables.

Conclusiones. La mayoría de niños entre 5 y 9 años tienen habilidad y capacidad cognitiva suficientes para colocar a un adulto inconsciente en PLS con éxito guiados por instrucciones ofrecidas desde el 112. Las escasas dificultades

asociadas a peso y talla pueden solventarse con una breve formación.

MeSH: Training programs, Preschool child, Unconsciousness.

PREVALENCIA DE UROCULTIVOS POSITIVOS EN LACTANTES FEBRILES DE 22 A 90 DÍAS DE VIDA CON TIRA REACTIVA DE ORINA NORMAL. Sánchez Arranz E¹, Alonso Cadenas JA¹, Gómez Cortés B², Velasco Zúñiga R³, Mintegi Raso S², De la Torre Espí M¹. ¹Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. ²Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo, Bizkaia. ³Hospital Universitario Parc Taulí. Sabadell, Barcelona.

Introducción. La Academia Americana de Pediatría recomienda no realizar urocultivo en los lactantes de 8 a 60 días de edad con fiebre sin foco (FSF) y tira reactiva de orina (TRO) negativa. En estos pacientes, un urocultivo positivo puede representar con mayor probabilidad una bacteriuria asintomática o una contaminación que una verdadera infección urinaria. Sin embargo, estas recomendaciones no tienen en cuenta el valor de los biomarcadores sanguíneos.

Objetivo. Comparar la prevalencia de urocultivo positivo en lactantes de 22-90 días de edad con FSF, buen estado general y TRO normal en relación con el valor de los biomarcadores sanguíneos.

Metodología. Sub-estudio de un registro retrospectivo de lactantes < 90 días con FSF atendidos en dos servicios de Urgencias Pediátricos entre 2011 y 2022. Se incluyeron todos los lactantes de 22-90 días de vida con buen estado general y TRO normal en los que se realizó análisis de sangre (procalcitonina, proteína C reactiva y neutrófilos), y se recogió hemocultivo y urocultivo por método estéril. Se comparó la tasa de urocultivos positivos (≥ 10.000 ufc/ml por sondaje; ≥ 100.000 ufc/ml por micción espontánea) en pacientes con biomarcadores normales (procalcitonina < 0,5 ng/ml, proteína C reactiva ≤ 20 mg/L y neutrófilos $\leq 10.000/\mu$ l) y alterados. La infección bacteriana invasiva (IBI) se definió como un aislamiento de un patógeno bacteriano en sangre o líquido cefalorraquídeo.

Resultados. De 3.415 lactantes de 22-90 días de edad con buen estado general, 2.677 (78,4%) tenían una TRO normal. De ellos, 2.175 lactantes (81,2%) cumplieron los criterios de inclusión para este subanálisis. El urocultivo fue positivo en 168 (7,7%). Los principales microorganismos aislados fueron *E. coli* (79, 47,0%), *E. faecalis* (39, 23,2%) y *Klebsiella* spp. (22, 13,1%).

La prevalencia de UC positivo fue del 20,5% (IC 95% 15,6-26,1%) en pacientes con analítica alterada y del 6,1% (IC 95% 5,1-7,3%) en pacientes con biomarcadores normales, sin diferencias en la distribución de bacterias aisladas. La prevalencia de IBI fue del 9,8% (IC 95% 6,4-14,3%) y del 0,5% (IC 95% 0,2-1,0%), respectivamente. Todas las IBI identificadas asociaron un urocultivo positivo para la misma bacteria salvo una (bacteriemia por *S. agalactiae*; biomarcadores normales).

Conclusiones. Entre los lactantes febriles de 22-90 días de edad con buen estado general y TRO normal, aquellos con biomarcadores sanguíneos alterados tienen una mayor prevalencia de urocultivo positivo. Una proporción de ellos podría tener una verdadera infección urinaria y podría ser adecuada la recogida en ellos de urocultivo. Son necesarios estudios que confirmen este hallazgo.

CANALIZACIÓN ECOGUIADA DE VÍAS VENOSAS PERIFÉRICAS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA. Echeandia Lastra I, Sánchez Lago M, Vara Vecino S, González Amil N, Olondo Aguirre S, Samson F. *Servicio de Pediatría. Sección de Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Basurto. Bilbao.*

Introducción/Objetivo. El desarrollo reciente de la ecografía en los servicios de Urgencias de Pediatría (SUP) pone a nuestro alcance una herramienta que puede facilitar la canalización de vías venosas periféricas (VVP), pero las investigaciones en cuanto a su aplicabilidad son limitadas.

Nuestro objetivo era describir el proceso de implantación del procedimiento de canalización ecoguiada de VVP en nuestro SUP y sus principales resultados.

Métodos. Primera fase: formación teórico-práctica interna acreditada (4 horas), seguido de mínimo 3 meses de práctica en el SUP para integrar los aspectos técnicos/organizativos que requiere el procedimiento.

Segunda fase (marzo-agosto 2023): ensayo clínico aleatorizado de niños desde los 4 años, con DIVA score ≤ 4 , que precisaban canalización de VVP. Grupo control: procedimiento según el protocolo estándar. Grupo intervención: visualización ecográfica previa de la vena elegida e intento de canalización ecoguiada (Figura 4) por una de las enfermeras formadas.

Tercera fase (junio-noviembre 2023): estudio descriptivo que incluía una muestra por conveniencia de niños con acceso venoso difícil (DIVA score ≥ 3) que precisaba canalización de VVP, a los que se les realizó el procedimiento ecoguiado, siendo la enfermera con más experiencia la encargada del procedimiento.

Se recogieron datos demográficos, DIVA score, localización de la vena elegida y éxito en el primer intento.

Resultados. Primera fase: empezaron la formación 12 enfermeras del SUP.

Segunda fase: participaron 8 enfermeras. Se incluyeron 102 pacientes divididos en 2 grupos, sin diferencias significativas en sus características basales. Grupo control: n= 52 (51,0%); edad media 8,5 años (DE 2,9). Grupo ecoguiado: n= 50 (49,0%); edad media 9,4 años (DE 2,9). No observamos diferencias significativas en la tasa de éxito de canalización en el primer intento en el grupo control en comparación con el grupo ecoguiado (88,5% versus 88,0%). En el grupo control, se canalizaron preferentemente las vías venosas en flexura antecubital (90,4% versus 54,0%; $p < 0,001$). En el grupo ecoguiado, se utilizó únicamente el plano transversal para la canalización venosa en el 86,0% de los pacientes.

Tercera fase: participaron 7 enfermeras. Incluimos 29 pacientes (edad media 1,0 meses [DE 1,2]; DIVA score ≥ 4 : 79,3%). Tasa de éxito en el primer intento: 65,5%.

Conclusión. La canalización ecoguiada de VVP en Urgencias de Pediatría es factible. Su implantación requiere el diseño de un plan de formación progresivo, familiarizándose con la técnica, para luego aplicar esta competencia en pacientes con acceso venoso difícil y conseguir mejorar la tasa de éxito del procedimiento.

EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES ONCOLÓGICOS CON NEUTROPENIA FEBRIL SEGÚN LA DEMORA EN LA ADMINISTRACIÓN DEL ANTIBIÓTICO. Vergara Muñoz B¹, Sancosmed Ron M², Rodríguez Jiménez A¹, Lera Carballo E², Rodrigo García R², Alonso Cadenas JA¹. ¹Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. ²Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción. El riesgo de tener una infección grave es mayor en el paciente oncológico con neutropenia febril (NF). Por ello, se recomienda la administración precoz de antibiótico. Uno de los indicadores de calidad de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP) evalúa la demora del antibiótico en estos pacientes.

El objetivo fue analizar si el retraso del tratamiento antibiótico se asoció a mayor proporción de desenlaces negativos.

Material y métodos. Registro bicéntrico prospectivo de pacientes oncológicos de 2-17 años, en tratamiento quimioterápico activo con NF y triángulo de evaluación pediátrica (TEP) estable atendidos en Urgencias (1 de noviembre 2019-

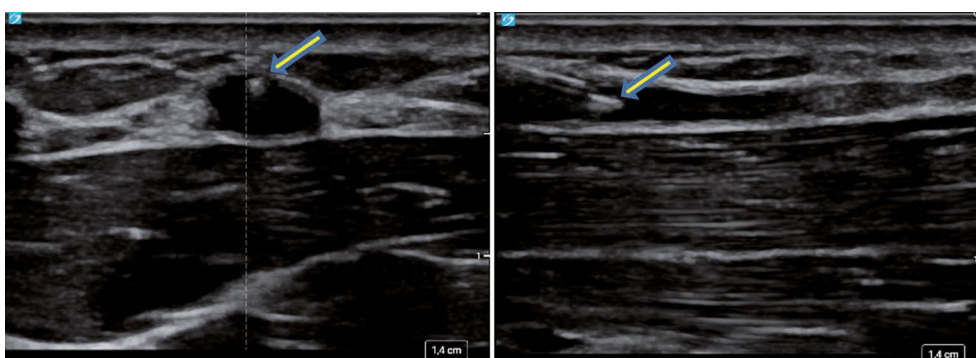


FIGURA 4. Abordajes para la canalización vascular ecoguiada. A) Visualización de aguja (flecha) en plano transversal. B) Visualización de aguja (flecha) en plano longitudinal.

TABLA 7.

Administración antibiótico N= 192	<60 minutos N= 83	≥ 60 minutos N= 109	Valor p
Mediana tiempo administración antibiótico, minutos (RIC)	35 (30-45)	100 (70-120)	< 0,001
Profilaxis antibiótica	80 (96,4)	107 (98,2)	n.s.
Valores análisis de sangre, mediana (RIC)			
Neutrófilos totales/mm ³	0 (0-100)	0 (0-200)	n.s.
Proteína C reactiva (mg/L)	31,8 (17,4-71)	35,4 (21-67)	n.s.
Procalcitonina (ng/ml)	0,17 (0,12-0,26)	0,2 (0,13-0,3)	n.s.
Ingreso, n (%)	83 (100)	107 (98,2)	n.s.
Mediana días (RIC)	6 (4-9)	5 (4-9)	n.s.
Ingreso en Cuidados Intensivos, n (%)	4 (4,8)	1 (0,9)	n.s.
Diagnóstico final sepsis, n (%)	4 (4,8)	1 (0,9)	n.s.
Complicaciones, n (%)	10 (12)	13 (11,9)	n.s.
Secuelas, n (%)	-	-	-
Fallecimiento, n (%)	-	-	-

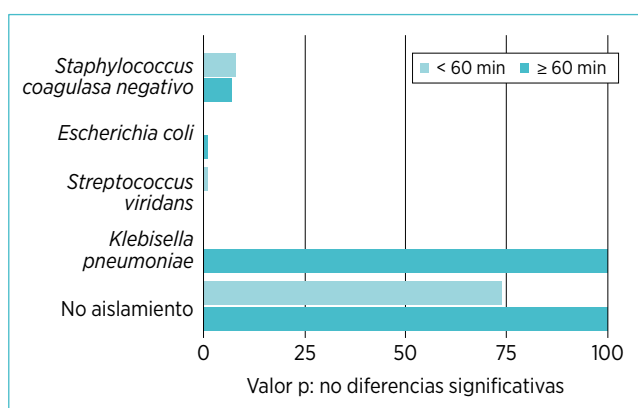


FIGURA 5. Aislamientos microbiológicos.

31 de diciembre 2021). Criterios de exclusión: administración de antibiótico en las últimas 48 horas y rechazo a participar.

Definiciones: neutropenia: neutrófilos < 500/mm³ o 500-1.000/mm³ en fase descendente tras quimioterapia; fiebre: temperatura ≥ 38°C; administración precoz de antibioterapia: < 60 minutos desde su llegada; desenlace negativo: mayor estancia hospitalaria, ingreso en Cuidados Intensivos, diagnóstico final de sepsis (criterios de Goldstein *et al.*), presencia de complicaciones agudas, secuelas o fallecimiento.

Resultados. De los 209 pacientes del registro, 192 (91,9%) tenían un TEP estable. La mediana de edad fue 7,4 años (RIC [rango intercuartílico] 4,8-13,7 años). Las características clínicas, analíticas y de evolución según el tiempo transcurrido hasta administrar el antibiótico están en la Tabla 7. La mediana de tiempo hasta la administración del antibiótico fue 60 minutos (RIC 40-100), sin diferencias en los antibióticos administrados entre los dos grupos. En la Figura 5 se muestran los aislamientos microbiológicos.

Conclusiones. Los pacientes oncológicos con NF y estables no tienen peor pronóstico cuando reciben el tratamiento antibiótico a partir de la primera hora de estancia en Urgencias.

DISMINUCIÓN DEL TRATAMIENTO CON CORTICOIDES ORALES EN MENORES DE 5 AÑOS CON SIBILANCIAS. Vega Blanco AI, Lloret Carnicero M, Esparza Isasa E, De La Torre Espí M, Pérez Suárez E. *Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.*

Introducción. Los corticoides orales han mostrado escasa utilidad en niños < 5 años con dificultad respiratoria y sibilancias inducidas por infecciones respiratorias, y solo estarían indicados en los casos más graves y en niños con criterios de riesgo de enfermedad asmática (CREA).

Objetivo. Comprobar que no administrar corticoide al inicio del tratamiento en los niños < 5 años con episodios de sibilancias con dificultad respiratoria (ESDR) con gravedad moderada (*pulmonary score*: 4-6 puntos o saturación de oxígeno: 91-94%) sin CREA no empeora la evolución.

Material y métodos. Estudio cuasi-experimental en un Servicio de Urgencias Pediátrico pre-post intervención de comparación de dos periodos: preintervención (P1): enero 2019-2020 y postintervención (P2): diciembre-enero 2023-2024 (Figura 6). Intervención: no administrar corticoides al inicio del tratamiento en población de estudio sin CREA. Población a estudio: < 5 años con ESDR de gravedad moderada. Criterios de exclusión: neumonía, bronquiolitis, o CREA; en P2 se excluyeron los que recibieron corticoide sin estar indicado. Variables independientes: administración de corticoide oral a la llegada. Variables dependientes: tasa de hospitalización, readmisiones en 72 horas, readmisiones con ingreso en 72 horas, tiempo de estancia en Urgencias y dosis de broncodilatador recibidas.

Resultados. Fueron incluidos 162 pacientes del P1 y 175 del P2. La edad fue similar (P1: $x=2,42$; $DS=0,72$ y P2: $x=12$; $DS=1,12$) ($p=0,12$); En P2 un 56% de los niños con ESDR moderada no cumplieron criterios CREA y no recibieron corticoide oral al inicio, de ellos un 72% mejoraron pudiendo ser dados de alta sin corticoide a domicilio (36,2% del total de ESDR moderado). No se encontraron diferencias significa-

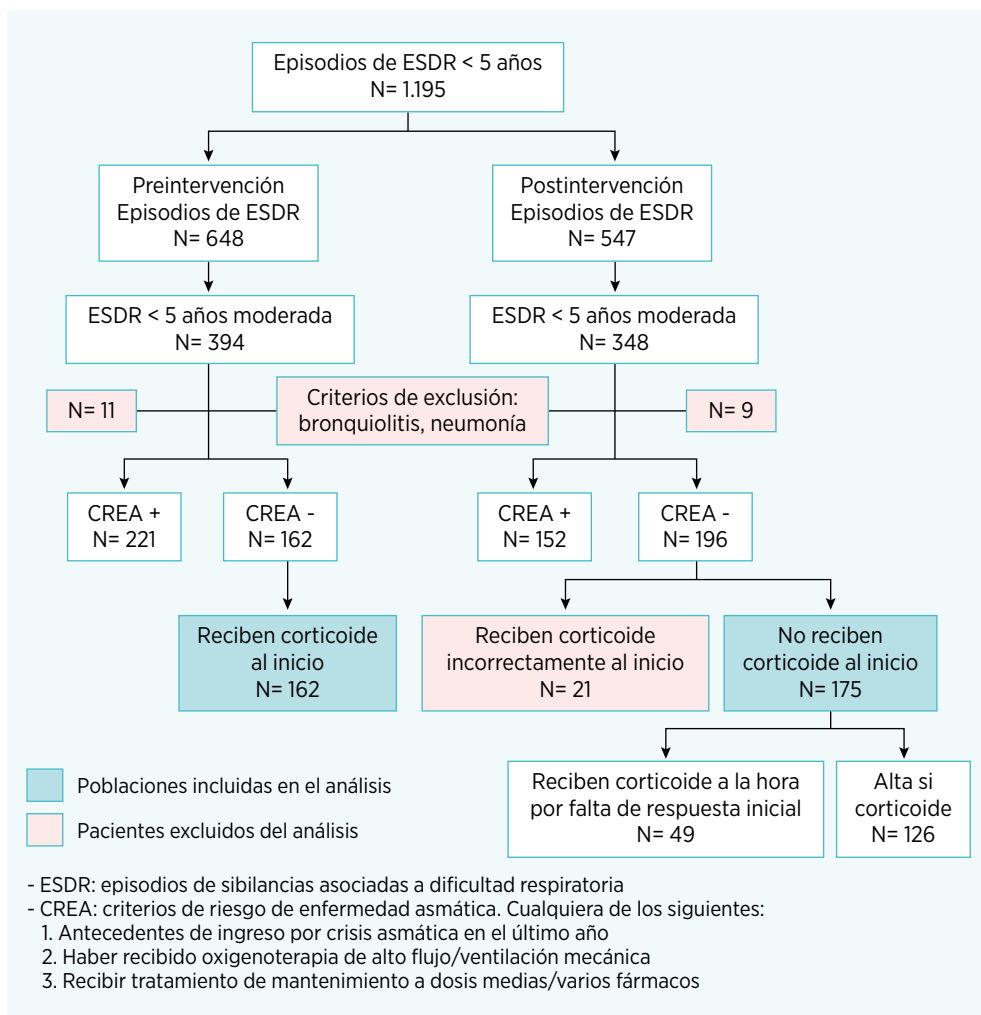


FIGURA 6. Diagrama de pacientes del estudio.

TABLA 8. Comparación P1-P2.

	Pre-intervención	Post-intervención	Significación estadística
Tasa de ingreso: (%)	12/162 (7,5%)	14/175 (8,57%)	p= 0,09 ^a
Readmisiones en 72 h: (%)	15/162	16/175 (9,14%)	p= 0,39 ^a
Readmisiones con ingreso en 72 h: (%)	1/15 (6%)	2/16 (12,5%)	p= 0,27 ^a
Nº de dosis de salbutamol: x (DS)	3,23 (1,07)	3,43 (1,14)	p= 0,29 ^a
Tiempo en Urgencias (h): x (DS)	211 (207,22)	235 (145,86)	p= 0,15 ^b

x: media; DS: desviación estándar; ^at de Student; ^bChi cuadrado.

tivas en el tiempo en Urgencias, el porcentaje de ingresos ni en el de reconsultas (Tabla 8).

Conclusiones. Se puede ahorrar el corticoide oral a 1 de cada 3 niños < 5 años con SAIR moderada si no se le administra al inicio a los que no tienen riesgo de enfermedad asmática (CREA -) sin empeorar su evolución.

IMPLANTACIÓN DE UNA HERRAMIENTA ESTANDARIZADA PARA EL PASE DE PACIENTE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA. Álvarez García C¹, Acedo Alonso Y², Azkunaga Santibáñez B², Benito Fernández J², González Balenciaga M². ¹Servicio de Pediatría. ²Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario de Cruces. Barakaldo, Bizkaia.

Introducción. Los errores de comunicación suponen un factor contribuyente crítico en las incidencias de seguridad de un Servicio de Urgencias Pediátrico (SUP). Sistematizar la información en la transferencia de los pacientes ha demostrado incrementar la seguridad.

Objetivo. Implantar una herramienta estandarizada para la transferencia de pacientes a la Unidad de Observación (UO) de un SUP.

Método. Mediante una revisión bibliográfica se seleccionó la herramienta ED-IPASS (*Expected Disposition, Illness Severity, Patient Summary, Action List, Situation Awareness, Synthesis by receiver*) y se planificó su implantación mediante una iniciativa de mejora de la calidad. En la fase pre-implantación se constituyó un equipo multidisciplinar para la formación del equipo, difusión del protocolo, diseño de un formulario electrónico específico y valoración de la transferencia mediante encuesta al personal. La implantación se realizó del 1 de abril al 30 de octubre de 2023 en pacientes que ingresaron en la UO y cuando fuera preciso

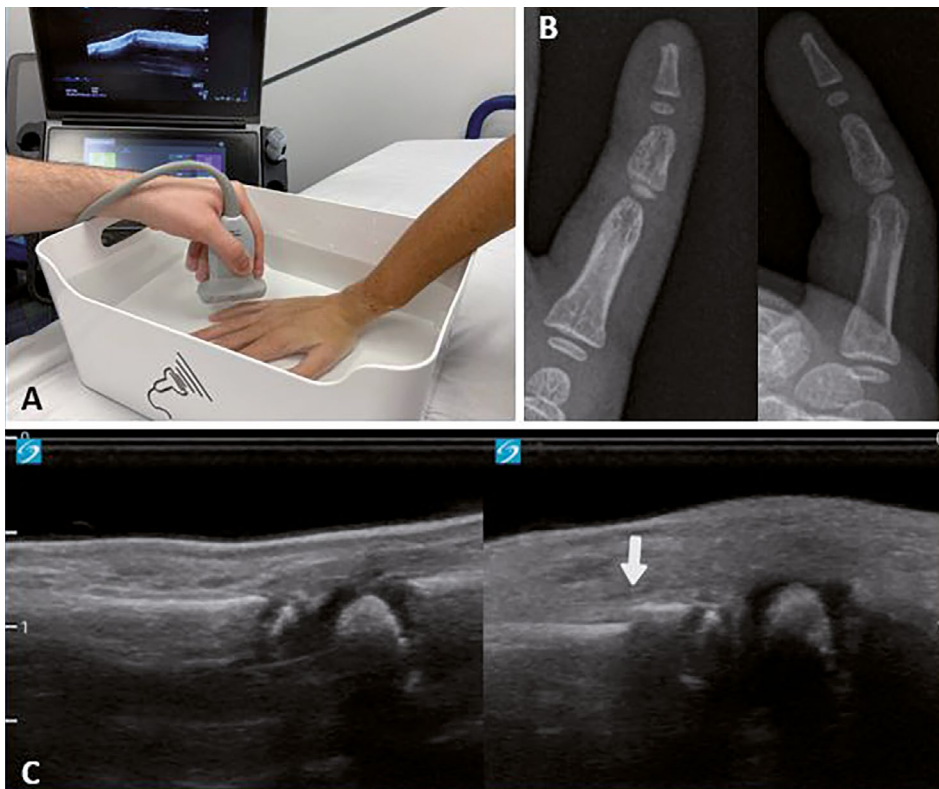


FIGURA 7. Ecografía clínica para detección de fracturas de dedo. A) Técnica de inmersión en agua (sin contacto con la piel). B) Radiografías (dos proyecciones). Fractura metafisaria de la base de la falange proximal del 5º dedo. C) Ecografía clínica bilateral y comparativa. Interrupción de cortical a nivel de la base de la falange proximal del 5º dedo (flecha) compatible con fractura.

transferir información al médico responsable de esta Unidad. En la fase post-implantación se analizó el grado de implantación del ED-IPASS y se distribuyeron de nuevo las mismas encuestas para realizar la comparativa con la fase pre-implantación.

Resultados. Durante el periodo de estudio, 1.164 pacientes ingresaron en la UO, en 736 se realizó cambio de médico responsable. De forma global, el ED-IPASS fue registrado en 337 pacientes; el 45,8% (39% en abril vs. 55% en octubre, $p=0,07$). El formulario se completó de forma más frecuente en pacientes de mayor complejidad: TEP anormal (63,4 vs. 40,3%, $p<0,05$), procedentes del área de Boxes (58,2 vs. 29,33%, $p<0,05$), patología no traumatológica (51,7 vs. 18,3%, $p<0,05$) y con estancia más prolongada (39,8 vs. 52,6%, $p<0,05$). El uso de la herramienta ED-IPASS aumentó de un 6,6% de uso esporádico a un 75% en el que los profesionales reconocieron usarla siempre o casi siempre. La percepción por parte de los profesionales de pérdida de información durante la transferencia de pacientes fue menor en la fase post-implantación (media puntuación escala Likert 2,6 a 3,15).

Conclusiones. La iniciativa de mejora llevada a cabo ha sido capaz de incorporar el ED-IPASS en la transferencia de un número significativo de pacientes que ingresan en la UO de un SUP. Son necesarios nuevos ciclos de mejora para conseguir generalizar su uso en la práctica clínica del SUP.

UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA CLÍNICA PARA DETECCIÓN DE FRACTURAS DE MANO EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA.

Astaburuaga Ereña I, Gabilondo Loizate A, Cuadrado Alonso L, Mikelarena Erdozain M, Vega-Arango Vega A, Samson F. *Servicio de Pediatría. Sección de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario Basurto. Bilbao.*

Introducción y objetivos. La ecografía clínica para la detección de fracturas de mano es técnicamente compleja. Pensamos que realizarla bajo el agua puede permitir superar numerosas limitaciones y aumentar la precisión diagnóstica al mejorar sustancialmente la calidad de la imagen.

Nuestro objetivo era determinar la precisión de la ecografía clínica multiplanos mediante técnica de inmersión en agua para el diagnóstico de fractura de falange y metacarpianos.

Métodos. Estudio observacional prospectivo que incluye a una muestra por conveniencia de niños atendidos en Urgencias de Pediatría por traumatismo en mano que precisan realización de radiografía para descartar fractura. Se excluyeron los pacientes diagnosticados previamente de fractura, aquellos con clara deformidad y/o herida abierta.

Tras tratamiento individualizado del dolor y exploración física enfocada, estando presente uno de los 6 médicos investigadores (5 médicos internos residentes [MIRs] de primer año que habían completado un plan de formación específico y un pediatra de Urgencias entrenado), se realizaba una ecografía clínica de la zona lesionada y de las zonas adyacentes, mediante técnica de inmersión en agua, multiplanos, bilateral y comparativa. Se consideraba compatible con fractura la identificación ecográfica de una interrupción y/o angulación de cortical (Figura 7). Tras realización de radiografías, los pacientes eran valorados por el Servicio de Traumatología, considerando su diagnóstico el *gold standard* para el diagnóstico de fractura.

Resultados. Incluimos 212 pacientes (edad media 10,3 años [DE 2,7]; varones 60,4%) correspondientes a 224 dedos evaluados, de los cuales 64 (28,6%) presentaron fractura, siendo la fractura de falange proximal del 5º dedo la más frecuente (42,2%).

La sensibilidad y especificidad de la detección ecográfica de fractura fueron del 79,7% (IC95%: 67,8-88,7) y 91,3%

(85,8-95,1) respectivamente; el valor predictivo positivo y el valor predictivo negativo fueron del 78,5% (69,2-86,3) y 87,9% (87,0-94,6), respectivamente.

La precisión diagnóstica del pediatra (n= 77) fue mejor que la del grupo de MIRs (n= 147): sensibilidad 85,2% versus 75,7%, p= 0,3704; VPP 88,5% versus 71,8%, p= 0,1093. El grupo de MIRs obtuvo mejores resultados con los últimos pacientes incluidos en el estudio (n= 74) que con los primeros

pacientes (n= 73): sensibilidad 88,2% versus 65,0%, p= 0,1371; VPN 96,2% versus 87,5%, p= 0,1638.

Conclusión. La ecografía clínica para detección de fracturas de mano con la técnica de inmersión en agua es factible y muy específica. Su precisión mejora con la experiencia. A nivel práctico, en manos de pediatras entrenados, podría ser útil para apoyar la impresión diagnóstica clínica y/o clínico-radiológica.