

**UTILIZACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA DURANTE EL TRANSPORTE PEDIÁTRICO MEDIANTE INTERFASE TIPO HELMET Y RESPIRADOR DE TRANSPORTE.** *Del Villar Guerra P<sup>1,2</sup>, Manso Ruiz de la Cuesta R<sup>1</sup>, Bartolomé Cano M<sup>1</sup>, Hernández Frutos E<sup>1</sup>, Valencia Ramos J<sup>1</sup>, Santamaría Marcos E<sup>1</sup>, Bartolomé Albístegui MJ<sup>1</sup>, Barbadillo Izquierdo F<sup>1</sup>.* <sup>1</sup>Servicio de Pediatría. Hospital Santos Reyes. Aranda de Duero, Burgos. <sup>2</sup>Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial de Segovia.

**Introducción y objetivos.** El déficit de materiales y equipos adaptados a la población pediátrica incrementa las dificultades del transporte de estos pacientes. El objetivo de nuestro estudio es analizar la eficacia y seguridad del transporte en CPAP generada con los respiradores de transporte de los que disponemos actualmente aplicada con la interfase tipo Helmet.

**Métodos.** Estudio prospectivo observacional de los pacientes trasladados en CPAP desde el Hospital Santos Reyes a las Unidades de Cuidados Intensivos de referencia durante el periodo 2013-2014. Se evaluaron los parámetros clínicos, cardiorrespiratorios, saturación transcutánea de oxígeno y FiO<sub>2</sub> necesaria así como las características de la estancia hospitalaria y necesidad de traslado a UCIP del paciente.

**Resultados.** Se trasladaron 18 pacientes en CPAP durante dicho periodo. De los cuales 11 eran varones (61%) y 7 mujeres (39%). La edad media fue de 11,74 meses (rango 0,1-108) y de peso fue 6,96 kg (rango 3,8-21). Fueron bronquiolitis el 66,7% (12 pacientes) y 27,8% (5 pacientes) afecto de broncoespasmo, uno se diagnosticó de gripe (5,5%). El 33% presentó positividad para el VRS. Los traslados se realizaron con Oxilog<sup>®</sup> 3000, salvo un paciente que se trasladó con ELISE<sup>®</sup> 150. La PEEP media utilizada fue 5,63 cmH<sub>2</sub>O (rango 5-7). Durante el traslado no se observó ningún efecto adverso y ningún paciente fue intubado. Se observó una reducción de la escala clínica de gravedad, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca, S/F, pCO<sub>2</sub> y un aumento de la saturación de oxígeno (p<0,001). Durante su estancia la UCI los pacientes continuaron con VMNI una media de 5,63 días (rango 1-38) con un estancia en dicha unidad de 8,25 días (media 3-38). El soporte respiratorio de los pacientes trasladados en la UCIP fue: 12,5% OAF; 37,5% CPAP; 50% BIPAP. Ningún paciente precisó ventilación convencional.

**Conclusiones.** Nuestros resultados muestran que los traslados en modo CPAP con respirador de transporte e interfase tipo Helmet es un método eficaz y seguro en el transporte interhospitalario.

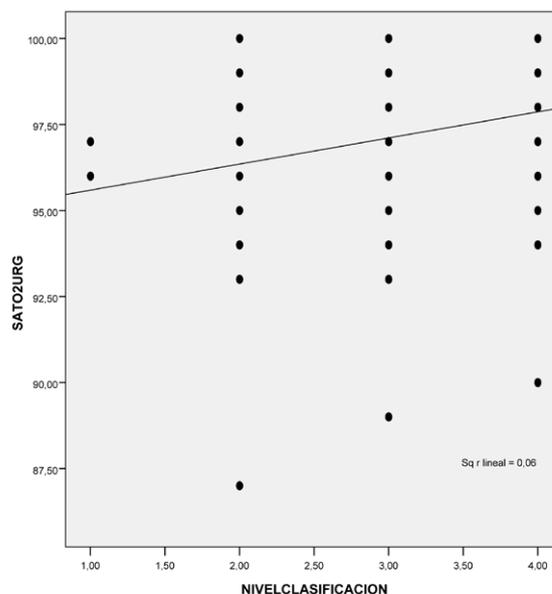
**CORRELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE CLASIFICACIÓN Y EL INGRESO HOSPITALARIO EN PACIENTES MENORES DE 12 MESES CON DIFICULTAD RESPIRATORIA.** *Peña Sainz-Pardo E, Fernández Calderón L, López Fernández C, Pérez Gómez L, Sánchez Hernández I, Guerra Díez JL, Cabero Pérez MJ, Álvarez Granda L.* Unidad de Urgencias de Pediatría. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

**Objetivo.** Describir las características clínicas en la fase de recepción del sistema de clasificación de pacientes que acuden por dificultad respiratoria a la unidad de urgencias pediátricas. Valorar la correlación del nivel de clasificación, el valor de las constantes, la necesidad de observación/ingreso hospitalario y su duración.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes menores de 12 meses de edad clasificados en la unidad según su dificultad respiratoria y nivel de urgencia en el hospital de referencia de la comunidad entre diciembre de 2014 y febrero de 2015. Se recogieron datos de triaje, constantes vitales, pruebas complementarias, evolución posterior e ingreso. Análisis estadístico por spss v.15.

**Resultados.** Se seleccionaron 348 episodios urgentes de dificultad respiratoria. Media de edad: 4,76 (DE: 2,58) meses, mediana 5 meses.

Distribuidos en un 60,1% niños y 39,9% niñas. Se clasificaron el 96,8% de los episodios, de los cuales el 0,6% corresponde a un nivel 1, el 10,6% a un nivel 2, el 53,7% a un nivel 3, el 31,9% a un nivel 4 y un 0,0% a un nivel 5; un 3,2% de no fueron clasificados. Registradas las constantes a su llegada existe una correlación estadísticamente significativa (p < 0,05) entre el nivel de clasificación, la temperatura, la frecuencia respiratoria, la frecuencia cardíaca y saturación de oxígeno. Precisarón observación hospitalaria 91 episodios (26,1%), tiempo medio 88,23 (DE: 67,46) minutos, mediana 72 minutos. Existe correlación estadísticamente significativa entre el nivel de clasificación y el tiempo de ingreso.



**Conclusiones.** El nivel de triaje aplicado a un paciente que implica el grado de urgencia, se correlaciona con el valor de las constantes registradas, y por tanto se considera adecuado en su realización. También se asocia con el tiempo necesario de estancia en las unidades de observación/ingreso hospitalario. Una adecuada gestión del paciente en el proceso de clasificación ayuda de forma clara a prever cuáles serán sus necesidades de valoración, tratamiento y observación.

**INDICADORES DE CALIDAD INTERNA EN LACTANTES CON DIFICULTAD RESPIRATORIA EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA.** *Fernández Calderón L, López Fernández C, Sánchez Hernández I, Peña Sainz-Pardo E, Pérez Gómez L, Guerra Díez JL, Cabero Pérez MJ, Álvarez Granda L.* Unidad de Urgencias de Pediatría. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

**Objetivos.** 1) Describir la fase de acogida en el proceso de clasificación en lactantes que acuden por dificultad respiratoria. 2) Analizar el grado de cumplimiento de registro de actividad en dicha fase y durante el proceso de valoración urgente.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de episodios urgentes de dificultad respiratoria en menores de 12 meses valorados entre diciembre 2014 y febrero 2015 en la unidad de Urgencias Pediátricas. Excluidos pacientes con patología pulmonar crónica grave, malformación y/o enfermedad cardiovascular. Clasificados según sexo, edad. Analizados datos de: motivo de consulta y nivel de clasificación, temperatura, FR, FC, saturación de oxígeno, Score de gravedad y necesidad ingreso/observación. Análisis estadístico por spss v.15.

**Resultados.** Seleccionados 348 episodios correspondientes a 272 pacientes. El 57,4% fueron niños, 42,4% niñas. Edad media 4,67 (DE: 2,63). Proceso acogida en triaje: 1) registro en admisión, 2) valoración en clasificación: triángulo evaluación pediátrica, anamnesis y toma de constantes. Fueron clasificados el 96,8% (nivel 1: 0,6%, nivel 2: 10,6%, nivel 3: 53,7% y nivel 4: 31,9%). Registrado motivo de consulta en el 99,4% siendo los más frecuentes dificultad respiratoria 40,8% y tos 24,1%. Registro de constantes en fase acogida: temperatura 96,83%, frecuencia cardiaca 73,85%, frecuencia respiratoria 37,93%, saturación de O<sub>2</sub> 92,81%. Calculado score de gravedad en el 21,55%. Tras realizar tratamiento adecuado en urgencias precisan observación/ingreso hospitalario el 26,2%. El 18,4% de los episodios presenta una visita previa 72 horas anteriores, con tasa ingreso de 25%.

**Conclusiones.** La utilización de protocolos de recepción y/o acogida de pacientes mediante sistemas de clasificación permite definir el nivel de urgencia de cada paciente. Una vez estabilizado el paciente, se debe garantizar el registro de datos mínimos que permitan una valoración y tratamiento adecuado. Es necesario medir y anotar en la historia clínica el score de gravedad en dificultad respiratoria de los pacientes, siendo el indicador de calidad óptimo del 100%.

**MANEJO DE REACCIONES ANAFILÁCTICAS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA.** *Siguero de la Infanta S, Carranza Ferrer J, Justo Vaquero P, Izquierdo Herrero E, Marcos Temprano M, Tobar Mideros MC, Moreno Carrasco JL, González-Lamuño Sanchís C. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

**Introducción.** La elaboración de un documento de consenso que define los criterios diagnósticos de anafilaxia pone al descubierto una realidad ya sospechada: el aumento en la incidencia del número de casos en la población pediátrica debido a la gran variabilidad en los criterios clínicos de selección preexistentes que subdiagnosticaban aquellos casos que se presentaban con reacciones leves.

**Objetivos.** Describir las características clínicas, etiología y manejo de las reacciones anafilácticas en el Servicio de Urgencias Pediátricas.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los informes de Urgencias de pacientes diagnosticados de anafilaxia entre Febrero y Septiembre de 2015 según los criterios clínicos de la guía GALAXIA. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, antecedentes personales de alergia, tratamiento administrado, determinación de triptasa sérica y seguimiento posterior por especialista.

**Resultados.** Se registraron un total de 7 casos de anafilaxia con discreto predominio en varones (57%). La mediana de edad fue 10 años, no detectándose ningún caso por debajo de los 8 años. En un 86% de los casos existían antecedentes personales de alergia, y un 71,5% mantenían revisiones periódicas en consulta de Alergología Infantil. El 57% de los pacientes habían sido instruidos en el uso de autoinyector de adrenalina; ninguno de ellos lo utilizó previamente a acudir a Urgencias. En aquellos casos en los que el agente causal pudo ser identificado los alimentos se postularon como alérgeno sospechoso más frecuente (100%). Los síntomas y signos presentes al diagnóstico fueron: afectación mucocutánea (100%), digestivos (57%), respiratorios (57%) y hemodinámicos (14%). No hubo éxitus. Se solicitó una única determinación sérica de triptasa en 2 pacientes, con valores en rango normal. Se pautó en todos los casos tratamiento con esteroides intravenosos, metilprednisolona (71%) e hidrocortisona (29%). La mediana de estancia en Urgencias fue 11 horas. Solo un caso precisó ingreso hospitalario. El 85% de los pacientes fueron remitidos de forma diferida al especialista, solo uno se interconsulta de forma urgente.

**Conclusiones.** La unificación de criterios en el diagnóstico de anafilaxia ha permitido la intervención terapéutica precoz en nuestro centro. Si

bien la hidrocortisona se perfila como el esteroide de primera elección en el manejo terapéutico, la metilprednisolona sigue siendo el esteroide más usado en nuestro medio. La determinación de triptasa sérica es la prueba de laboratorio más útil en el diagnóstico de anafilaxia. Sin embargo, una única determinación carece de valor, siendo necesaria su monitorización sérica durante las primeras 12-24 horas. Es preciso reforzar una intervención conductual que involucre a enfermo y familiares e incida en la importancia de la autoadministración de adrenalina inyetable.

**EFICACIA DEL USO DEL GEL-LAT EN EL MANEJO DE HERIDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE HCUV.** *Moreno Carrasco JL, Sigüero de la Infanta S, Carranza Ferrer J, Izquierdo Herrero E, Justo Vaquero P, Abad Arevalillo S, García Saseta P, Nieto Sánchez R. Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

**Introducción.** El alivio del dolor continúa siendo un reto para los pediatras. La reparación de heridas y laceraciones traumáticas constituye una práctica clínica habitual donde el uso de lidocaína se ha postulado tradicionalmente como método estándar de anestesia tópica, infravalorando en muchos casos el dolor originado por su administración.

**Objetivos.** Demostrar la eficacia del uso de la fórmula magistral gel-LAT (Lidocaína 4%, Adrenalina 0,1% y Tetracaína 0,5%), no invasiva, para el manejo y alivio del dolor en la reparación de heridas simples.

**Material y métodos.** Estudio observacional prospectivo. Se incluyeron todos los pacientes de entre 1 y 14 años de edad que acudieron a nuestro centro con heridas susceptibles de reparación mediante cirugía menor, entre los meses de Abril y Agosto de 2015. Se consideraron criterios de exclusión: nivel de conciencia alterado, localización mucosa o acra, heridas mayores de 8 cm o profundas y alergia conocida a algún componente. Registro de las siguientes variables: tipo de procedimiento, características de la herida (tamaño, localización, profundidad), tiempo de permanencia del gel, valoración del dolor (escala de Wong Baker en menores de 6 años; numérica en mayores de 6), efectos adversos y necesidad de inmovilización.

**Resultados.** Un total de 72 pacientes fueron registrados; 32 se descartaron por fallos iniciales en la metodología de recogida de datos. La mediana de edad fue 5 años. Se llevó a cabo sutura simple en el 72,5% de los casos. Las localizaciones más frecuentemente observadas fueron cara (52,5%) y cabeza (27,5%). El tamaño de la herida fue inferior a 3 cm en un 77,5% y en la mitad de ellas la dermis estaba afectada. Se administró medicación coadyuvante en el 12,5% de los casos (midazolam intranasal y mepivacaína tópica). El tiempo de permanencia del gel superó los 30 minutos en el 52,5% de pacientes. En un 7,5% hubo que repetir la dosis. En la valoración inicial del dolor, el 42,5% lo refirieron como leve, porcentaje que aumenta al 77,5% durante el procedimiento tras administrar gel-LAT. No se requirió inmovilización en el 57,5% de los casos ni se registraron efectos adversos.

**Conclusiones.** En nuestra experiencia, el gel LAT proporciona un grado de analgesia adecuada e indolora para la realización de procedimientos de cirugía menor. Será necesario establecer un tamaño muestral superior a fin de poder correlacionar las características morfológicas, anatómicas y topográficas de las lesiones con un mayor o menor grado de analgesia.

**ADECUACIÓN DEL NIVEL DE CLASIFICACIÓN EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA EN EL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO.** *López Fernández C, Fernández Calderón L, Sánchez Hernández I, Peña Sainz-Pardo E, Pérez Gómez L, Guerra Díez JL, Cabero Pérez MJ, Álvarez Granda L. Unidad de Urgencias de pediatría. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*