

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 O₂ 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 éxitos. 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 inyectable.

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.*

Objetivos. Analizar el nivel de clasificación de los pacientes que acuden a la unidad de urgencias pediátricas por traumatismo craneoencefálico. Correlacionar el nivel de clasificación con el manejo posterior del paciente.

Material y métodos. Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes valorados en la unidad de urgencias de pediatría del hospital de referencia de la comunidad durante el mes de julio de 2014. Clasificados por sexo y edad. Recogidos datos de nivel de clasificación, motivo de consulta, pruebas complementarias de imagen y evolución posterior. Análisis estadístico por spss v.15.

Resultados. Episodios seleccionados 77, 61% varones, 39% mujeres. El 62,3% mayores de 24 meses, 18,2% entre 12 y 24 meses, 19,5% menores de 12 meses. Clasificadas 73 visitas (94,8%): 5,5% nivel 5, 67,1% nivel 4, 26,0% nivel 3, 1,4% nivel 2. Respecto al motivo de consulta, un 61% de los casos traumatismo craneoencefálico sin clínica acompañante; un 6,5% de los casos asociaba vómitos, un 2,6% pérdida de conciencia, y un 2% somnolencia. En el 27,8% de los casos clasificados con un nivel 3 se realizó radiografía craneal, el 14,3% de los casos nivel 4. Entre los casos clasificados con un nivel 5 (4 casos), en uno se realizó una radiografía craneal, que supone el 25%. Corresponde a un lactante de 3 meses sin clínica asociada en cuya radiografía se objetivó una dudosa línea de fractura por lo que permaneció en observación 24 h. Se considera un nivel de clasificación no adecuado al motivo de consulta para la edad del paciente. Se realizó TAC craneal en dos casos, en paciente de 4 meses que asociaba vómitos que se observó durante 24 horas, y otro de 133 meses que presentaba vómitos y pérdida de conciencia que estuvo ingresado 48 horas. Respecto a la necesidad de ingreso/observación, el 100% de los casos nivel 2 fueron ingresados, el 10,5% de los casos nivel 3, el 4,1% de los casos nivel 4, y 1 caso de los niveles 5.

Conclusiones. La realización y registro de un adecuado nivel de clasificación está relacionada con la probabilidad de realizar pruebas complementarias y la necesidad de observación del proceso en las unidades de urgencias. Es fundamental formar a todo el personal que realiza triaje para adecuar al máximo el nivel de clasificación de urgencia al paciente recibido, por edad y motivo de consulta.

ESTUDIO COMPARATIVO EN LA VALORACIÓN URGENTE DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO ENTRE EL AÑO 2010 Y 2014. Pérez Gómez L, Sánchez Hernández I, Fernández Calderón L, López Fernández C, Peña Sainz-Pardo E, Guerra Díez J.L, Cabero Pérez M.J, Álvarez Granda L. Unidad de Urgencias de Pediatría. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Objetivo. Describir las características clínicas de los pacientes que han acudido a la Urgencia Pediátrica por traumatismo craneoencefálico (TCE) en dos periodos de tiempo. Comparar su manejo urgente respecto a la realización de pruebas complementarias radiológicas.

Método. Estudio transversal comparativo descriptivo de pacientes valorados en la Urgencia Pediátrica del hospital de referencia de la comunidad durante el mes de julio del año 2010 y 2014 y que refieren han presentado un TCE. Clasificados por sexo, edad y motivo de consulta. Analizada la realización de pruebas complementarias radiológicas y evolución posterior. Análisis estadístico por spss v.15.

Resultados. Seleccionados 169 episodios urgentes; 92 pacientes en el año 2010 y 77 pacientes en el año 2014. Año 2010: edad media 41,63 (DE: 37,13). Año 2014: edad media 52,35 (DE: 44,80). En ambos años existe predominio de niños respecto a niñas y porcentaje de clínica acompañante similar: vómitos (2010: 13,6; 2014: 14,3%); pérdida conciencia (2,2; 3,9%); herida externa (14,5; 17,3%). La realización de radiografía de cráneo se redujo en un 1,4% en el año 2014 (del 18,5% en 2010 al 17,1%). Analizados los datos por grupos de edad y año

de atención, encontramos los siguientes porcentajes de realización de radiografía convencional.

	Año 2010 (%)	Año 2014 (%)	Diferencia
< 12 meses	40	40	0
12-24 meses	28,6	21,4	-7,2
> 24 meses	5,9	8,5	+2,6

Realizados 3 TAC en 2010 y 2 en 2014. Todos informados como sin hallazgos. En ningún caso se realizó previamente radiografía. Preciso observación en 2010 un 13%; 2014 el 9,1%.

Conclusiones. En nuestro medio se ha producido una reducción del porcentaje de radiología simple craneal especialmente en la franja de edad entre 1 y 2 años. Existe controversia en los diferentes protocolos y escalas de atención sobre la necesidad de radiología convencional en menores de 2 años y neurológicamente normales. La posibilidad de realizar observación en las áreas de urgencias permite garantizar la benignidad en la evolución del proceso que asocian criterios de riesgo de lesión intracraneal.

MANEJO DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL. Tobar Mideros MC, Moreno Carrasco JL, Sigüero de la Infanta S, Izquierdo Herrero E, Justo Vaquero P, Carranza Ferrer J, López Wilches M, Mombiedro Aritzemendi MC. Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

Introducción y objetivos. El traumatismo craneoencefálico (TCE) constituye uno de los motivos de consulta más frecuentes en los Servicios de Urgencias Pediátricas. Existen diversas guías nacionales e internacionales que orientan en el manejo de estos pacientes, si bien no existe un consenso claro, fundamentalmente en el uso de pruebas complementarias. El objetivo de este trabajo es evaluar el manejo de los pacientes con esta patología en el Servicio de Urgencias en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes valorados en el Servicio de Urgencias Pediátricas de nuestro hospital con diagnóstico de TCE, en el período comprendido entre febrero y agosto de 2015. La recogida de datos se realizó a partir de las historias clínicas de urgencias; las variables analizadas fueron: sexo, edad, clínica asociada, riesgo de lesión intracraneal (según el protocolo de la Asociación Española de Pediatría, AEP), realización de pruebas complementarias, necesidad de hospitalización u observación, y tiempo de estancia hospitalaria. El análisis de las variables se realizó mediante el programa estadístico SPSS versión 20.

Resultados. Se analizaron las historias de 204 pacientes con TCE atendidos en el servicio de urgencias en el período especificado. El 61,8% corresponde a varones, con un 38,2% de mujeres. La mediana de edad fue de 3 años (Pc 25-75: 1-4 años). Como datos clínicos más relevantes, un 9,8% de los pacientes asociaba vómitos, un 5,9% pérdida de conocimiento, y un 27% cefalohematoma. La clasificación según riesgo de lesión intracraneal (LIC): riesgo bajo 75,5%, riesgo intermedio 22,5%, riesgo alto 2%. En el 16,2% de pacientes se realizó radiografía craneal, siendo el 72,7% menores de 2 años, y no objetivándose alteraciones en 93,9%. Se realizó TAC craneal en el 9,3% de los pacientes, resultando normal en el 57,9% de los mismos. El 18,6% de los pacientes se mantuvo en la Unidad de Observación y un 3,9% precisó ingreso hospitalario. La mediana de estancia hospitalaria fue de 6 horas (Pc 25-75: 4-11 horas).

Conclusiones. La mayoría de los pacientes que acuden al Servicio de Urgencia por un TCE presentan riesgo bajo de LIC, si bien es fun-