



URGENCIAS DE PEDIATRÍA: PROTOCOLOS DE ATENCIÓN PREHOSPITALARIA

SUMARIO

- ▶ INTRODUCCIÓN
- ▶ TRIÁNGULO DE EVALUACIÓN PEDIÁTRICA
- ▶ TRIAJE DE ENFERMERÍA
- ▶ SCORE DE TRASLADO
- ▶ PROTOCOLOS
- ▶ Ejemplo: CRISIS ASMÁTICA
- ▶ MEDICACIÓN Y MATERIAL DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS

Las situaciones de urgencia que puede presentar un niño requieren atención inmediata y de alta calidad en cualquier medio donde se presenten: centros de atención primaria, transporte sanitario de emergencias, o urgencias hospitalarias o de otros centros sanitarios.

Una actividad básica para la mejora de calidad de la asistencia pediátrica urgente es la estandarización de las actuaciones, lo que contribuye a la reducción de la variabilidad en la práctica clínica, la mejora en la comunicación entre los diferentes niveles, así como la optimización de los recursos y la seguridad del paciente.

Este es el motivo fundamental por el que, a finales de 2012, se creó en Euskadi el **Grupo Interdisciplinar de Emergencias Pediátricas (GIDEP)**, con los siguientes objetivos:

- Mejora del circuito de comunicación entre los centros sanitarios y la red de emergencias.
- Elaboración de un protocolo de traslado pediátrico para facilitar la toma de decisiones en cuanto al tipo de transporte sanitario a solicitar, que sea adecuado a las necesidades de soporte vital de cada paciente.
- Actualización y estandarización de procesos asistenciales y protocolos de diversos procedimientos y patologías, en el ámbito prehospitalario.
- Difusión y actualización continua de los protocolos.
- Formación y reciclaje para el personal que atiende urgencias pediátricas.
- Establecimiento de indicadores que sirvan de referencia para la evaluación continua del proceso.

El GIDEP está formado por profesionales que tienen o pueden tener que enfrentarse a la atención de urgencias o de emergencias pediátricas y que trabajan en diferentes ámbitos asistenciales de Osakidetza: Atención Primaria (AP), Emergencias y Transporte Sanitario (EyTS) y Urgencias Hospitalarias (UH).

El objetivo de este boletín INFAC es dar difusión a los protocolos de urgencias de pediatría elaborados por el grupo GIDEP y a la medicación de urgencia pediátrica en los centros de salud de la CAPV.

NORMAS DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA EN LA ATENCIÓN A URGENCIAS PEDIÁTRICAS EN EL ÁMBITO PREHOSPITALARIO (GIDEP)

1. En todos los centros de salud debe haber medicación y material para la atención de las urgencias pediátricas. Dicho material debe estar ubicado en un carro de emergencias y también en bolsas o maletines por si hubiera que salir a atender una urgencia fuera del centro.
2. Debe existir un protocolo o proceso de revisión del material y de la medicación de urgencias con profesionales que se responsabilicen de él en cada centro.
3. La medicación y el material de urgencias deben estar consensuados y unificados, dependiendo de las organizaciones de servicios y atendiendo al ámbito de aplicación: Emergencias y Transporte Sanitario, Atención Primaria y Puntos de Atención Continuada (PAC).
4. En los centros de AP y PAC debe haber un sistema de triaje eficaz de los pacientes que solicitan asistencia urgente o indemorable para garantizar la atención en un tiempo proporcionado al nivel de gravedad y mejorar la accesibilidad.
5. Tiene que haber cauces de comunicación apropiados entre los diferentes niveles asistenciales para la atención, el transporte sanitario y la recepción del paciente cuando se precise el traslado desde el lugar o centro sanitario donde se preste la primera asistencia hasta el centro de destino. Se debe preconizar, además, el uso de una herramienta para establecer el tipo de recurso más adecuado para el traslado.
6. Deben existir protocolos por patologías, que estén consensuados, actualizados y revisados periódicamente, para estandarizar la asistencia entre los diferentes niveles asistencia-

les. Estos protocolos han de ser claros y concisos para que puedan servir al profesional sanitario en la toma de decisiones en el momento que se necesite.

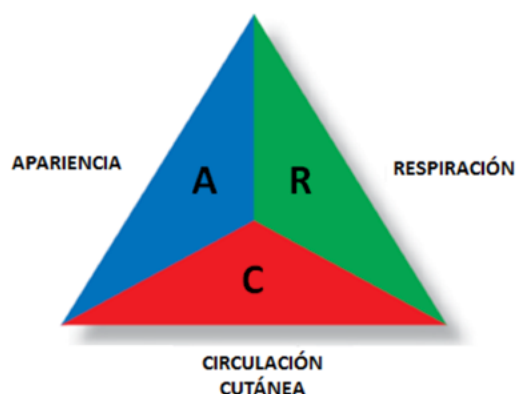
7. La documentación que se vaya a precisar para el manejo de la emergencia (esquemas protocolizados de atención sanitaria, documentos para el traslado y para el score del tipo de recurso sanitario, etc.), tiene que encontrarse muy accesible: una copia en el carro de emergencias y también un acceso informático desde la propia historia clínica de cada niño.
8. Los sanitarios y el personal implicados deben recibir formación continuada acerca de los protocolos de atención disponibles y sus actualizaciones, así como sobre las técnicas que se deben aplicar: RCP básica y avanzada, desfibrilador semiautomático (DESA), obtención de vías venosas, vía intraósea, etc.
9. Debe existir documentación sobre las condiciones de manejo de la medicación en situaciones de urgencia que facilite su preparación con la mayor seguridad posible, para minimizar los errores y garantizar la seguridad del paciente.
10. Los niños y adolescentes que precisen una atención de emergencia tienen derecho a estar acompañados, durante su atención y durante la realización de los procedimientos necesarios, por alguno de sus familiares o personas responsables, que además puedan aportar información para conseguir una anamnesis lo más precisa posible.

TRIÁNGULO DE EVALUACIÓN PEDIÁTRICA

En los protocolos de urgencias de GIDEP se ha integrado la valoración inicial pediátrica mediante la aplicación del **Triángulo de Evaluación Pediátrica (TEP)** y la **evaluación ABCDE** (A: vía respiratoria; B: ventilación; C: circulación; D: estado neurológico; E: exposición).

El TEP es una herramienta sencilla y rápida (se realiza en 30-60 segundos) con la que se efectúa una evaluación visual y auditiva sin tocar al paciente. No conlleva ninguna actuación clínica. Su objetivo es identificar a los pacientes que presentan inestabilidad clínica, permitiendo tomar medidas rápidas de soporte vital.

Incluye la valoración de tres elementos (ver figura):



- **Apariencia o aspecto general:** es el lado más importante, ya que refleja el estado de oxigenación y la perfusión cerebral. Se valora el tono, la interacción, si es consolable, el lenguaje o llanto y la mirada.
- **Respiración:** se examina de forma visual si hay signos de trabajo respiratorio y se escucha si hay ruidos respiratorios anormales.
- **Circulación cutánea:** se valora el color de la piel (palidez, piel moteada, cianosis) como signo de mala perfusión y shock.

Los tres componentes del TEP proporcionan información sobre el grado de oxigenación, ventilación, perfusión y la función cerebral. El objetivo no es establecer un diagnóstico específico, sino clasificar el estado fisiopatológico del niño, determinando si se encuentra en situación estable (cuando los tres lados del TEP son normales), o si hay dificultad respiratoria, shock o disfunción del sistema nervioso central. Sirve, por tanto, para tomar decisiones rápidas en la valoración inicial y tiene la ventaja de permitir a profesionales menos experimentados detectar pacientes graves en pocos segundos (ver tabla 1).

Tabla 1: **Situación del paciente en función de la alteración de los lados del TEP**

A	R	C	SITUACIÓN FISIOPATOLÓGICA
Anormal	Normal	Normal	Disfunción Cerebral Primaria
Normal	Anormal	Normal	Dificultad Respiratoria
Normal	Normal	Anormal	Shock Compensado
Anormal	Normal	Anormal	Shock Descompensado
Anormal	Anormal	Normal	Fallo Respiratorio
Anormal	Anormal	Anormal	Fallo CardioRespiratorio

Tras el TEP se procederá a la evaluación ABCDE, que incluirá la determinación de constantes y oximetría de pulso. La determinación de la glucemia capilar deber ser parte de la evaluación inicial del paciente crítico.

Así como el TEP no conlleva ninguna actuación clínica, la evaluación ABCDE se debe realizar aplicando medidas de estabilización ante los hallazgos patológicos de los diferentes sistemas evaluados, y por supuesto, conlleva contacto físico con el paciente, tanto en la evaluación como en la estabilización. La evaluación se realiza en un orden estricto, que es importante seguir y no pasar al siguiente nivel hasta no haber solucionado los problemas identificados.

TRIAJE DE ENFERMERÍA

El incremento progresivo de la demanda urgente pediátrica, tanto en el ámbito hospitalario como en el extrahospitalario, es un hecho referido a nivel internacional, que ha motivado el desarrollo de estrategias para gestionar con eficiencia el aumento del flujo de pacientes. Uno de los retos es evitar que la masificación demore la asistencia de un niño con un proceso de potencial gravedad, de ahí la importancia de los sistemas de triaje, que establecen una clasificación de los pacientes de forma rápida y sencilla a su llegada, en función de la gravedad, permitiendo una organización y gestión eficaz de la asistencia.

También en los centros de salud, esta demanda, que se comparte con el resto de la actividad diaria, supone un esfuerzo para los profesionales de pediatría, y conlleva la búsqueda de un sistema de organización para la atención pediátrica, especialmente en épocas epidémicas o en consultas de pediatría que presenten elevada demanda, ya sea de forma puntual o habitual. En AP, los objetivos del triaje de enfermería en los pacientes indemorables (o pacientes con cita y tiempo de espera estimado largo), serían por un lado, **discriminar la verdadera urgencia**, evitando que se demore la asistencia de niños graves, y por otro, **dar seguridad a los padres**, reduciendo la ansiedad y aumentando la satisfacción al recibir una atención preliminar inmediata. Permite además proporcionar medidas de educación a los usuarios y aumentar la satisfacción del personal de pediatría.

El sistema de triaje pediátrico por enfermería en AP propuesto en el protocolo GIDEP es una adaptación a nuestro medio de "The Canadian Paediatric E.D. Triage and Acuity Scale", y establece 5 niveles de gravedad que conllevan distintos tiempos de espera hasta la atención médica. El triaje incluye tres pasos: la aplicación del TEP, la valoración del motivo de consulta principal y la toma de constantes y aplicación de escalas de dolor.

El formulario de "TRIAJE Pediatría Enfermería" está disponible actualmente como [formulario en Osabide Global](#).

SCORE DE TRASLADO

El score de traslado ha sido el documento inicial que motivó la creación del grupo, y el que se publicó en primer lugar (octubre de 2013). Sirve para decidir y consensuar con el coordinador médico de emergencias el tipo de recurso más adecuado para el transporte sanitario del niño. Se realiza atendiendo a la valoración objetiva de parámetros y constantes que reflejan el estado fisiopatológico del paciente y sus necesidades de soporte vital. Está disponible actualmente como [formulario en Osabide Global](#).

Es importante señalar que, a la hora de rellenar los diferentes ítems del score, no se han de tener en cuenta únicamente los que hayan sido aplicados al niño antes de su traslado sino los que podría ser conveniente realizar durante el mismo, como una intubación orotraqueal o una vía venosa. Este aspecto es importante para poder precisar, en el momento de contactar con el médico coordinador de emergencias, cuál es el tipo de transporte más idóneo para el traslado del niño desde un centro de AP o desde un PAC.

PROTOCOLOS

El GIDEP tiene entre sus objetivos la actualización continua de los protocolos, editando nuevas versiones cada 2-3 años, aunque no haya cambios relevantes en las recomendaciones, con el fin de revisar y actualizar las referencias bibliográficas, asegurando así la validez de las recomendaciones emitidas.

Hasta la fecha se han elaborado (o están en elaboración) los siguientes protocolos:

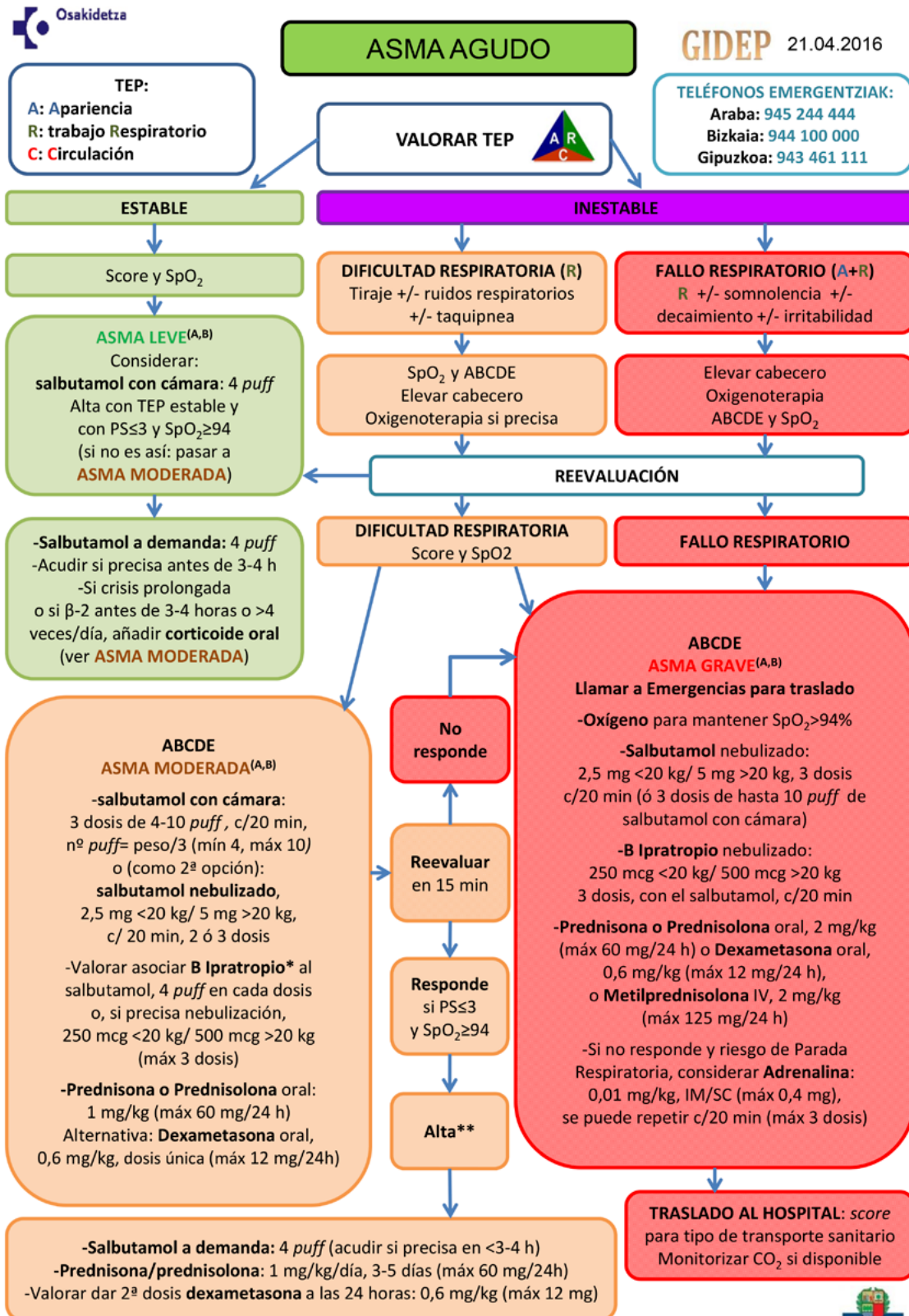
- Normas de buena práctica clínica en la atención a urgencias pediátricas en AP
- Cuestionario de traslado pediátrico (euskara y castellano)
- Score predictivo del tipo de recurso de traslado: SVB, SVE, SVA (euskara y castellano)
- Triage en pediatría de AP
- Evaluación inicial del paciente pediátrico: triángulo de evaluación pediátrica (TEP)
- Evaluación pediátrica: ABCDE
- Dolor y analgesia
- Material del carro de urgencias en AP
- Card de medicación de urgencias (en elaboración)
- Vía intraósea
- Parada Cardiorrespiratoria: RCP pediátrica + DESA
- Obstrucción de la Vía Aérea por Cuerpo Extraño (OVACE)
- Taquicardia supraventricular
- Intoxicaciones
- Shock
- Sospecha de sepsis
- Anafilaxia
- Convulsiones
- Hipoglucemia
- Traumatismo craneoencefálico (TCE)
- Dolor abdominal agudo
- Asma agudo
- Bronquiolitis
- Laringitis

Se puede acceder a toda la documentación generada por GIDEP a través de los siguientes enlaces:
<https://osagune.osakidetza.eus/423/Documentos%20de%20Grupo/Forms/AllItems.aspx>
https://www.dropbox.com/sh/2d6yo8mn4eh1blj/AADJpdHHBPSGW_AX5fOa9UvVa?dl=0

Todos los protocolos tienen un diseño similar, con un código de colores en los algoritmos: verde, naranja o rojo, atendiendo al nivel de gravedad o de urgencia; el color amarillo se reserva para actuaciones que se vayan a efectuar en los transportes sanitarios con Soporte Vital Avanzado, que disponen de medios que no hay en los centros de AP.

Ejemplo: CRISIS ASMÁTICA

Dada la extensión del tema es imposible abarcar en este boletín el contenido de todos los protocolos, por lo que a modo de ejemplo se muestra el protocolo de CRISIS ASMÁTICA recientemente actualizado (ver imagen).



Valoración clínica de la gravedad del episodio: Pulmonary Score (PS) (Adaptado de Smith, Baty & Hodge)

Puntuación	Frecuencia respiratoria		Sibilancias	Muscultura accesoria
	<6 años	>6años		
0	<30	<20	No	No
1	31-45	21-35	Final de la espiración (con estetoscopio)	Dudoso incremento
2	46-60	36-50	Toda la espiración (con estetoscopio)	Incremento evidente
3	>60	>50	Inspiración y espiración (sin estetoscopio) ^(#)	Actividad máxima

^(#)Si no hay sibilancias y las retracciones son evidentes, puntuar 3

(A) Valoración de la gravedad del episodio según la puntuación obtenida mediante el PS

Leve	Moderada	Grave
0-3 puntos	4-6 puntos	7-9 puntos

(B) Valoración de la gravedad del episodio según la SpO₂

Leve	Moderada	Grave
SpO ₂ >94%	SpO ₂ entre 91-94%	SpO ₂ <91%

En caso de discordancia entre PS y SpO₂, clasificar según el de mayor gravedad

***BROMURO DE IPRATROPIO EN LOS EPISODIOS DE ASMA MODERADOS SI:**

- Pulmonary Score (PS) ≥5
- PS ≥4, pero no mejoran con salbutamol con cámara
- PS ≥4 con FACTORES DE RIESGO DE MALA EVOLUCIÓN**

****CONSIDERAR ANTES DEL ALTA OTROS POSIBLES FACTORES DE RIESGO DE MALA EVOLUCIÓN:**

asma persistente grave; ingresos en UCIP o múltiples ingresos por asma; mal control del asma; factores sociales o de acceso al hospital; enfermedades asociadas con riesgo respiratorio

- En las **INHALACIONES CON CÁMARA** aprovechar para comprobar la **TÉCNICA DE INHALACIÓN**:
1º/ nunca MDI sin cámara; 2º/ probar cámara sin mascarilla facial en los ≥3años; 3º/ agitar el MDI;
4º/administrar los *puff* de uno en uno; 5º/ hacer 5 respiraciones profundas por cada *puff*
- Para las **NEBULIZACIONES**, preparar la **DILUCIÓN** añadiendo **SSF** hasta completar **5 ml** de volumen total y pasarlas con **FLUJO DE O₂ de 6-8 L/min**



MEDICACIÓN Y MATERIAL DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS

El GIDEP ha elaborado asimismo las recomendaciones sobre la medicación y material para la atención pediátrica urgente que debe encontrarse en los carros y bolsas o maletines de los centros de salud. Dicha medicación y material es el que se considera básico para la atención de las urgencias pediátricas más frecuentes, de forma que se garantice, entre otros aspectos, la calidad y la uniformidad de la asistencia, sin olvidar la optimización de los recursos.

El documento establece recomendaciones básicas y orientativas, que cada organización de servicios y centro de salud deberá adaptar a su ámbito de actuación, considerando la población que atiende, la distancia al centro hospitalario más cercano, las necesidades especiales de algunos pacientes pediátricos e incluso las características arquitectónicas del centro de salud.

Se hacen las siguientes consideraciones en relación con el material de carros y bolsas:

- Hay que tener en cuenta que la **intubación** no es una habilidad prioritaria para todos los profesionales sanitarios que trabajan con niños, y que sólo debería ser intentada por personas entrenadas y con experiencia en esta técnica. Por ello, el GIDEP recomienda disponer del **material adecuado para la técnica de ventilación con bolsa y mascarilla**, técnica que deben conocer correctamente todos los profesionales sanitarios que trabajan con niños. Sin embargo, como se ha señalado previamente, cada organización de servicios, incluso cada centro de salud, puede determinar, según los criterios antes mencionados o en función de la experiencia de sus profesionales, la necesidad de que exista material complementario para el manejo de la vía aérea y ventilación.
- La **vía intraósea** es de elección en los casos de parada cardiorrespiratoria y shock descompensado, recomendándose canalizar una vía intraósea cuando no se logre canalizar una vía periférica en un minuto. Todos los carros y bolsas deben disponer del material necesario para el acceso intraóseo. El GIDEP propone el sistema **B.I.G. (Bone Injection Gun)**, pero hay otros sistemas igualmente válidos, pudiendo cada organización de servicios determinar la conveniencia de uno u otro.

Otros aspectos que el grupo quiere señalar son los siguientes:

- Los protocolos elaborados por el GIDEP se actualizan periódicamente en función de la evidencia disponible, por lo que las recomendaciones sobre el contenido de los carros pueden modificarse en relación con dichas actualizaciones.
- Los protocolos son comunes a la atención prehospitalaria, pudiendo figurar técnicas o fármacos que son más propios del ámbito de Emergencias y Transporte Sanitario. Ejemplos de ello pueden ser el empleo de bomba de infusión de glucosa en el caso del protocolo de hipoglucemia, o cardioversión en el caso del protocolo de taquicardia, no incluidos lógicamente en las recomendaciones. En el caso de ciertos fármacos como la fenitoína o el valproato sódico en el protocolo de convulsión, no se recomienda su inclusión obligatoria en carros ni bolsas, aunque cada organización de servicios puede determinar la conveniencia de disponer de los mismos.
- **Material para inmovilización cervical.** La inmovilización cervical forma parte importante de la aproximación inicial al paciente con sospecha de lesión cervical y traumatismo craneal. Dado que en ocasiones la ausencia de profesionales sanitarios hace imposible mantener una inmovilización cervical manual adecuada, el GIDEP recomienda disponer de collarines de inmovilización multiposición, que incluyen varios tamaños en un solo collarín.
- **Material para otras técnicas:** el GIDEP propone la opción de disponer de material para la punción de neumotórax a tensión para aquellas organizaciones que así lo consideren, disponiendo de un catéter de 14 G.

El listado de materiales recomendados está disponible [aquí](#).

SUEROS	
Fisiológico 10 ml	Glucosado 5% (100 ml)
Fisiológico 100 ml	Glucosado 5% (500 ml)
Fisiológico 500 ml (Bolsa)*	Glucosado 10% (500 ml)**

* la bolsa es necesaria cuando la administración es por vía intraósea; ** para el tratamiento de la hipoglucemia

MEDICACIÓN	Indicaciones GIDEP
Adenosina 6 mg/2 ml, viales (Adenocor®)	Taquicardia supraventricular
Adrenalina 1 mg/1 ml, ampollas	RCP, anafilaxia, asma agudo, laringitis, bronquiolitis
Adrenalina 1 mg/1 ml, jeringas precargadas	RCP, anafilaxia
Amiodarona 150 mg/3 ml, ampollas (Trangorex®)	RCP, taquicardia supraventricular
Atropina 1 mg/1 ml, ampollas	Intoxicaciones
Bicarbonato 1M, 840 mg/10 ml, ampollas	Intoxicaciones; para tamponar lidocaína como anestésico local
Biperideno 5 mg/1 ml, ampollas (Akineton®)	Intoxicaciones
Carbón activado, 50 g granulado, frasco (Carbón Ultra adsorbente Lainco®)	Intoxicaciones
Cefotaxima 2 g/10 ml, ampollas	Sospecha de sepsis
Dexametasona 1 mg/1 ml suspensión oral FM	Laringitis, asma agudo
Dexclorfeniramina 5 mg/1 ml, ampollas	Anafilaxia
Diazepam 10 mg/2 ml, ampollas (Valium®)	Convulsiones
Diazepam rectal 10 mg/2,5 ml, microenemas (Stesolid®)	Convulsiones
Diazepam rectal 5 mg/2,5 ml, microenemas (Stesolid®)	Convulsiones
EMLA (prilocaína/lidocaína) 25/25 mg/g, crema 30 g	Dolor y analgesia
Fenitoína 250 mg/5 ml, ampollas*	Convulsiones
Fenobarbital 200 mg/1 ml, ampollas (Luminal®) + Agua para inyección	Convulsiones (en neonato)
Flumazenilo 0,5 mg/5 ml, ampollas	Intoxicaciones
Gel LAT 3 ml, miniplascos FM (vía tópica)	Dolor y analgesia
Glucagon 1 mg/1 ml, vial+jeringa (Glucagen Hypokit®)	Hipoglucemia
Ibuprofeno 20 mg/ml, suspensión oral	Dolor y analgesia
Ipratropio bromuro 20 mcg/puls, aerosol 200 dosis (Atrovent®)	Asma agudo
Ipratropio bromuro 500 mcg/2 ml, sol. inhalación (Atrovent Monodosis®)	Asma agudo
Mepivacaína 2%, 40 mg/2 ml, ampollas (Scandinibsa®)	Dolor y analgesia. Alternativa: lidocaína 5%
Metamizol 2 g/5 ml ampollas (Nolotil®)	Dolor y analgesia
Metamizol 500 mg/ml gotas orales solución 20 ml (Metalgia®)	Dolor y analgesia
Metilprednisolona 40 mg/2 ml, ampollas (Urbason®)	Anafilaxia, asma agudo
Midazolam 5 mg/ml, ampollas (varias presentaciones)**	Convulsiones
Morfina 1% (Cloruro mórfico) 10 mg/1 ml, ampollas	Dolor y analgesia
Naloxona 0,4 mg/1 ml, ampollas	Intoxicaciones
Paracetamol 100 mg/ml, solución oral	Dolor y analgesia
Paracetamol 250-300 mg, supositorios infantil (varias presentaciones)	Dolor y analgesia
Paracetamol 150 mg supositorios lactante	Analgesia (en maletines y sala de emergencia)
Prednisolona 13,3 mg/ml, gotas orales suspensión 10 ml (Estilsona®)	Asma agudo (en sala de emergencia)
Prednisona 30 mg, comprimidos	Asma agudo (en maletines y sala de emergencia)
Salbutamol 100 mcg/puls aerosol 200 dosis (+ cámara inhalación)	Asma agudo
Salbutamol 2,5 mg/2,5 ml, sol. inhalación (Salbuair®)	Asma agudo, bronquiolitis, anafilaxia
Valproato sódico 400 mg, vial + disolvente 4 ml *	Convulsiones

* Disponibilidad según criterio de la OSI/UAP (ver consideraciones en texto); **Existen presentaciones con 1mg/ml; FM: fórmula magistral

IDEAS CLAVE

1. La atención al niño que presenta un proceso grave, susceptible de traslado desde AP o PAC al hospital mediante un transporte sanitario significa la puesta en marcha de un proceso de atención multidisciplinar que merece ser consensuado y protocolizado.
2. La evaluación sistemática mediante el TEP y el ABCDE, ayuda a distinguir las necesidades de estabilización de cada niño y su nivel de gravedad, en función de su estado fisiopatológico.
3. El score de traslado ayuda a precisar y consensuar el recurso de transporte sanitario que necesita cada niño para su traslado.
4. La formación y reciclaje del personal que atiende las urgencias pediátricas son elementos básicos para una asistencia de calidad en estas situaciones.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a Emilio Aparicio, pediatra del Centro de Salud Bombero Etxaniz de la OSI Bilbao-Basurto y coordinador del Grupo GIDEP, la revisión del texto, así como sus acertados comentarios y sugerencias.

BIBLIOGRAFÍA

- Protocolos de GIDEP. Disponibles en:
<https://osagune.osakidetza.eus/423/Documentos%20de%20Grupo/Forms/AllItems.aspx>
https://www.dropbox.com/sh/2d6yo8mn4eh1blj/AADJpdHHBPSGW_AX5fOa9UvVa?dl=0
- Storch de Gracia Calvo P. Valoración inicial del niño grave en Atención Primaria. Form Act Pediatr Aten Prim.2014;7(4):169-75.
- Fernández A, Pijoan JI, Ares MI, Mintegi S, Benito FJ. Evaluación de la escala canadiense de triaje pediátrico en un servicio de urgencias de pediatría europeo. Emergencias. 2010;22:355-60.

Fecha de revisión bibliográfica: diciembre 2016

Es de gran importancia que se notifiquen a la Unidad de Farmacovigilancia del País Vasco las sospechas de reacción adversa a los nuevos medicamentos. La notificación se puede realizar a través de OSABIDE, del formulario de notificación on line de la intranet de Osakidetza, rellenando la tarjeta amarilla o a través de la nueva web de la AEMPS: <https://www.notificaRAM.es>

Para consultas, sugerencias y aportaciones dirigirse a: el farmacéutico de su organización sanitaria o CEVIME - tel. 945 01 92 66 - e-mail: cevime-san@euskadi.eus

Consejo de Redacción: José Ramón Agirrezabala, Iñigo Aizpuru, Miren Albizuri, Iciar Alfonso, María Armendáriz, Sergio Barrondo, Maite Callén, Saioa Domingo, Maitane Elola, Arritxu Etxeberria, Julia Fernández, Ana Isabel Giménez, Naroa Gómez, Eguzkiñe Ibarra, Juan José Iglesias, Josune Iribar, Nekane Jaio, Itxasne Lekue, M^º José López, Javier Martínez, Amaia Mendizabal, Carmela Mozo, Elena Oloquegi, Elena Ruiz de Velasco, Rita Sainz de Rozas, Elena Valverde.



<http://www.osakidetza.euskadi.eus/cevime>
Intranet Osakidetza · <http://www.osakidetza.eus>

Eusko Jaurilaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco

 Queda totalmente prohibido el uso de este documento con fines promocionales