



versión digital
ISSN: 1578-7516



Hospital Virgen de la Concha
Hospital Provincial
Hospital Comarcal de Benavente

COMPLEJO ASISTENCIAL DE ZAMORA

Unidad de Calidad
www.calidadzamora.com

NuevoHospital

Vol. IV - Nº 11 - Año 2004 - Nº edición: 69

Publicado el 23 de febrero de 2004

GUÍA DE URGENCIAS

PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS

- SÍNDROME FEBRIL - DESHIDRATACIÓN

Avellaner P¹, Lozano A², Fernández D³, Fernández Testa A⁴.

¹Supervisora de Enfermería, ²Enfermera, ³Auxiliar de Enfermería, ⁴Médico Adjunto Servicio de Urgencias.

Complejo Asistencial de Zamora. Hospital Virgen de la Concha

NuevoHospital
Unidad de Calidad
Hospital Virgen de la Concha
Avda. Requejo 35
49022 Zamora
Tfno. 980 548 200
www.calidadzamora.com

Periodicidad: irregular
Editor: Hospital Virgen de la Concha. Unidad de Calidad
Coordinación Editorial: Rafael López Iglesias (Director Gerente)
Dirección: Jose Luis Pardal Refoyo (Coordinador de Calidad)
Comité de Redacción:
Isabel Carrascal Gutiérrez (Supervisora de Calidad)
Teresa Garrote Sastre (Unidad de Documentación)
Carlos Ochoa Sangrador (Unidad de Investigación)
Margarita Rodríguez Pajares (Grupo de Gestión)
ISSN: 1578-7516

©Hospital Virgen de la Concha. Unidad de Calidad. Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida sin la autorización por escrito de los propietarios.

PROTOCOLOS DE ACTUACION EN
URGENCIAS PEDIATRICAS:

- **SINDROME FEBRIL**
- **DESHIDRATACION**

Servicio de Urgencias
Hospital Virgen de la Concha
Diciembre 2003

URGENCIAS PEDIATRICAS

Avellaner P¹, Lozano A², Fernández D³, Fernández Testa A⁴.

¹Supervisora de Enfermería, ²Enfermera, ³Auxiliar de Enfermería, ⁴Médico Adjunto
Servicio de Urgencias. Hospital Virgen de la Concha

CLASIFICACION INICIAL:

Cuando un paciente en edad pediátrica acude al Servicio de Urgencias es necesario realizar una valoración inicial, que incluirá:

- Conocer el motivo de consulta del paciente, interrogando a los acompañantes.
- No explorarlo, sino sólo ver su aspecto.

En función del aspecto del niño y del motivo de consulta se clasificará al paciente procediendo a una atención más o menos rápida. Se atenderá de forma inmediata a aquellos niños que consulten por:

- Dificultad respiratoria
- Alteración del nivel de conciencia
- Sospecha de intoxicación
- Lactantes menores de 6 meses con fiebre
- Pacientes con mal aspecto

MANEJO EN URGENCIAS :

- En función de la clasificación inicial se instalará al paciente en un box para proceder a su exploración
- Se permitirá estar a los padres durante la exploración y la práctica de extracción de sangre o curas. Para otro tipo de pruebas (suturas, punción lumbar, punción suprapúbica,..) plantearlo a los padres de forma individualizada. También suele ser útil dejar que el niño tenga su juguete durante la exploración.
- Lavarse y calentarse las manos antes de comenzar a desnudar al niño, manteniendo el pañal.
- Antes de ser valorado por el médico , si su estado lo permite, se registrará la temperatura. La temperatura registrada será rectal en el caso de lactantes, pudiendo ser axilar en el resto.
- Mirar al niño mientras se pregunta a su madre o mientras se prepara para la exploración:
 - ¿Está inquieto, inmóvil, alegre o jugando?
 - ¿Parece enfermo o sano?
 - Si llora ¿lo hace en tono normal o apagado?
 - ¿Existe ictericia, cianosis, lesiones cutáneas, signos de deshidratación o anemia?
- Hablar con el niño intentando tranquilizarle, explicándole lo que vamos haciendo.
- Llevar registro por escrito de las constantes del niño, pruebas complementarias realizadas y tratamiento administrado, indicando hora de cada una de ellas.

- **Anamnesis y exploración física:**

- Será realizada a los padres, pero incluyendo dentro de lo posible, al niño.
- Enfermedad actual
 - Edad.
 - Tiempo de evolución de la enfermedad.
 - Tratamiento recibido hasta este momento.
 - Respuesta a tratamientos previos.
 - Síntomas acompañantes.
- Antecedentes personales:
 - Embarazo
 - Nacimiento: prematuridad, tipo de parto, peso al nacer, necesidad de reanimación
 - Neonato
 - Enfermedades posteriores
 - Calendario vacunal
 - Lactancia materna
- Situación escolar y epidemiología familiar
- Exploración física:
 - Acompañar al médico durante la exploración, sujetando al niño si es preciso, aunque lo ideal es que uno de los padres sea quien lo inmovilice.
 - Si el niño está tranquilo o dormido es el momento de auscultarle tanto tórax como abdomen. Asegurarse que el fonendoscopio está templado.
 - Inspección:
 - Actitud (decaído, quejoso, irritable,..) y postura
 - Lesiones cutáneas
 - Dificultad respiratoria
 - Forma y tamaño de la cabeza, simetría facial. Tono y tamaño de la fontanela anterior (entre los huesos parietales y frontal). Posible rigidez de nuca. Presencia de mucosidad en fosas nasales. No explorar en este momento oídos ni orofaringe. Cadenas ganglionares cervicales
 - Tórax : número de respiraciones, ¿existe tiraje intercostal o supraclavicular?
 - Abdomen:
 - Uso de musculatura abdominal para respirar
 - ¿Está distendido?
 - Areas aparentemente dolorosas a la palpación
 - Masas o visceromegalias
 - Quitar el pañal, si lo lleva, inspeccionando su contenido. Explorar región genital y anal. Palpar testículos. Buscar posibles adenopatías inguinales.
- Exploración neurológica: una vez hecha la exploración general sabremos mucho de la situación neurológica. Comprobar:
 - Tono: flexión y extensión pasiva de las extremidades.
 - Coordinación: ofrecer alguna cosa pequeña y ver que la coge con ambas manos.
 - Explorar la simetría de los reflejos
 - Es difícil valorar la sensibilidad
- Oídos y orofaringe: se dejan para el final porque suelen suponer una importante dificultad ya que hay que inmovilizar al niño (preferiblemente por parte de la madre).

SINDROME FEBRIL EN LA INFANCIA

INTRODUCCION Y CONCEPTOS:

- La fiebre es el principal motivo de consulta de pacientes de edad pediátrica en los Servicios de Urgencias
- Se considera febrícula la temperatura axilar entre 37 y 38°C. Se considera fiebre la temperatura axilar superior a 38°C. Existe un gradiente térmico axilar-rectal de 0,5°C.
- La fiebre es tan sólo un síntoma y no implica riesgos específicos salvo en determinados grupos de edad donde puede favorecer la deshidratación y la presencia de crisis febriles.
- Tipos de procesos febriles:
 - **Fiebre de comienzo reciente:** fiebre de pocas horas de evolución en la que no se objetiva un foco o causa evidente
 - **Fiebre sin foco aparente:** suelen ser fiebres de poca duración (menos de 1 semana) en las que tras realizar la exploración y las pruebas complementarias necesarias no se objetiva causa
 - **Fiebre de origen indeterminado o desconocido:** fiebre persistente, durante más de 7-10 días, sin explicación clara.

ANAMNESIS:

- Además de la anamnesis general se preguntará sobre:
 - Tiempo de evolución de la fiebre.
 - Cuantía y tipo de fiebre.
 - Respuesta a antitérmicos.
 - Situación del paciente entre los picos de fiebre.
 - Tratamiento recibido hasta este momento.

VALORACION EN URGENCIAS:

- **Lactantes menores de 3 meses**
 - No localizan la infección y hacen sepsis con mayor facilidad. Su sistema inmune está estructurado pero es hipofuncionante.
 - La clínica de las infecciones bacterianas es en muchas ocasiones sutil y poco florida (en niños menores de 1 mes no es infrecuente que las elevaciones de Tª sean muy discretas)
 - Considerarlas siempre como infecciones graves, a pesar de que puedan presentar buen estado general y normalidad en la exploración física.
 - Valoración por Pediatría e ingreso hospitalario.

- **Entre 3 meses y 2 años**
 - Son frecuentes los procesos febriles autolimitados (48-72 h)
 - Tienden a localizar la infección, presentando síntomas y signos sugerentes del foco causal, que ayudan a enfocar el diagnóstico
 - Buena correlación entre el estado general y la gravedad del proceso. Por lo que lo fundamental es valorar la posible afectación del estado general.
 - No olvidar que en este grupo se implican las crisis febriles, tanto en procesos banales como graves
 - Consideramos dos grupos:
 - **Evolución menor de 72 horas:**
 - Valorar estado general
 - Buscar foco: fundamentalmente ORL
 - Pruebas complementarias según sospecha clínica:
 - Rx de tórax
 - Perfil urinario: la frecuencia de ITUs en este grupo es alta. Realizarlo sobre todo en niños menores de 1 años, si aparecen síntomas miccionales o si no se evidencia foco ORL
 - Valorar hemograma si existe afectación del estado general y las otras pruebas son negativas
 - Criterios de ingreso:
 - Niños con afectación del estado general, sin foco y con pruebas negativas
 - Niños con focos de posible gravedad (neumonías con condensación, meningitis, pielonefritis, GEA con deshidratación,...)
 - Niños con foco ORL con afectación del estado general o fiebre incontrolable.
 - **Evolución mayor de 72 horas:**
 - Exploración física
 - Rx tórax
 - Perfil urinario
 - Hemograma
 - Valoración por Pediatría
 - **Niños con alto riesgo:**
 - Niños menores de 18 meses
 - Fiebre mayor de 40°C
 - Leucocitosis superior a 15000 – 20000
 - Cayados > 10%
 - Trombopenia
 - Enfermedad crónica de base
 - Afectación del estado general, apetito y carácter
 - Contacto en primer grado con meningococo o Haemophylus
 - Crisis febril, sobre todo si es atípica, complicada o de larga duración
- **Mayores de 2 años**
 - Desarrollo inmunológico completo y eficaz
 - Menor riesgo de diseminación y de sepsis
 - Signos localizadores del foco
 - Anamnesis y exploración física más fáciles
 - Menos ingresos
 - Posibilidad de ser niños politratados con antibióticos
 - Dos grupos:

-
- **Evolución < 72 horas:**
 - Investigar foco ORL y signos meníngeos
 - Si sospechamos un foco claro distinto de ORL: pruebas complementarias apropiadas para ayudar al diagnóstico (Rx, perfil urinario,..)
 - Sin foco claro con alteración del estado general:
 - Hemograma,
 - Rx de tórax,
 - Perfil urinario
 - Criterios de ingreso:
 - Alteración del estado general con o sin foco
 - Focos potencialmente graves
 - **Evolución > 72 horas:**
 - Anamnesis, estado general, estudios y tratamientos previos tratando de determinar foco
 - Rx de tórax, perfil urinario, hemograma
 - Valorar por Pediatría (criterios de ingreso similares al grupo previo)
-
- **Síndrome febril con petequias:**
 - Plantea diagnóstico diferencial entre procesos víricos benignos y procesos bacterianos invasivos graves, que en ocasiones es difícil. En caso de duda diagnóstica, estos niños serán manejados como pacientes que pueden padecer una infección bacteriana severa.
 - Actitud en Urgencias:
 - Valoración por Pediatría
 - Existen una serie de datos clínicos y de laboratorio, que sin ser en ningún caso concluyentes suelen indicar benignidad del proceso:
 - Evolución de fiebre y petequias > 48 h sin afectación general o meningismo, sin tratamiento antibiótico
 - Petequias localizadas por encima de la línea intermamilar
 - Edad > 3 años con síntomas adicionales de dolor de garganta o faringitis clínica
 - Datos de laboratorio negativos para infección bacteriana
 - Hemograma anodino: leucopenia o leucocitosis discreta, con menos de 10% de cayados
 - Pruebas de coagulación normales
 - Pacientes de alto riesgo:
 - Edad menor de 2 años
 - Afectación del estado general
 - Meningismo
 - Petequias difusas gruesas de predominio distal
 - Leucocitosis con desviación izquierda
 - Leucopenia con neutropenia importante
 - Tratamiento antibiótico previo
 - Contacto con niños con sepsis o meningitis
 - LCR patológico

DESTINO DEL PACIENTE:• **Alta hospitalaria:**

- Explicar a los padres el diagnóstico y la decisión tomada sobre su tratamiento. Asegurarse que ha sido correctamente entendido.
- Entregar informe clínico de Urgencias.
- Explicar la necesidad de ser valorado por su Pediatra habitual en las próximas horas.

- **Tratamiento en el Servicio de Urgencias:**

- **Antitérmicos:** sólo es necesario administrarlos en temperaturas superiores a 38°C rectales
- Paracetamol: 10-20 mg/kg./dosis cada 4-6 h. Puede usarse por vía oral, IV o rectal.

- Gotas: APIRETAL[®], FEBRECTAL[®] 0,1 cc/Kg./dosis

1 cc = 100 mg = 25 gotas

0 – 3 meses 0,6 cc

4 – 11 meses 1,2 cc

1 – 2 años 1,6 cc

2 – 3 años 2 cc

4 – 5 años 2,8 cc

6 – 8 años 3,6 cc

9 – 10 años 4,8 cc

6 horas

- Suspensión : TERMALGIN® 5 cc = 120 mg
- Comprimidos: TERMALGIN®, FEBRECTAL®, GELOCATIL®
- Supositorios: APIRETAL® (infantil = 250 mg, adultos = 500 mg), FEBRECTAL® (lactantes = 150 mg, infantil = 300 mg, adulto = 600 mg)
- Metamizol : NOLOTIL® 20 mg/Kg./dosis vía oral, rectal o IV (lento, en 15 minutos). Se puede administrar cada 6 horas
 - Cápsulas = 0,575 gr.
 - Supositorios: Adultos = 1 gr., Infantil = 0,5 gr.
 - Ampollas IM o IV = 2 gr. (0,5 cc / 10 Kg. peso / dosis)
- Ibuprofeno : 5 – 7 mg/Kg./dosis, en 3 – 4 dosis al día
 - DALSY® suspensión 5 cc = 100 mg

- Administrar el tratamiento prescrito por el médico. Repetir nueva toma de temperatura a los 30 minutos

• **Ingreso en Servicio de Pediatría:**

- Acompañar al paciente hasta el Servicio de Pediatría si su situación clínica así lo aconseja.

VALORACION DEL NIÑO CON

EDAD

< 3 meses

3 meses - 2 años

> 2 años

Valoración por Pediatría

Riesgo de convulsión febril

Tiempo de evolución

Menos de 72 h

Más de 72 h

Valoración del estado general
Exploración
Pruebas complementarias
según sospecha clínica

Valoración del estado general
Exploración física
Pruebas complementarias:
- Analítica
- Perfil urinario
- Rx de tórax

Afectación del estado general
Focos graves
Factores de riesgo

NO

SI

Alta hospitalaria
Vigilancia domiciliaria
Instrucciones para observación
Valoración por su pediatra en 24
horas

Valoración por Pediatría

DESHIDRATACION AGUDA

CONCEPTO Y CAUSAS :

- Se denomina deshidratación a la pérdida de agua y electrolitos que comporta un compromiso más o menos grave de las principales funciones orgánicas y que generalmente es secundaria a diarrea, vómitos o cualquier otra patología que origina un balance hidrosalino negativo.
- Las causas más frecuentes son, sin duda, las digestivas y dentro de estas las gastroenteritis agudas. En menor proporción los vómitos, síndromes de malabsorción , etc.
- Las causas extradigestivas son raras: el golpe de calor, causas metabólicas (diabetes mellitus, tubulopatías,...) y las pérdidas excesivas de agua y electrolitos (quemados, hipertermia,...).
- En cuanto a la edad de presentación. El 75-80% se producen en lactantes menores de 12 meses y más de un 90% por debajo de los 18 meses.

VALORACION EN URGENCIAS:

- **Anamnesis:**

Además de la anamnesis general habrá que centrar la atención en:

- Epoca del año, exposición al calor.
- Viaje previo
- Asistencia a guarderías
- Grado de hacinamiento
- GEA en la comunidad
- Edad del paciente (RN y lactantes pueden presentar diarrea en respuesta a infecciones en distintos órganos, mayor riesgo de deshidratación en el niño pequeño,...)
- Inmunodeficiencias y enfermedades crónicas
- Síntomas asociados: diarrea, fiebre, vómitos, síntomas respiratorios,..
- Cantidad y calidad de los líquidos ingeridos
- Diuresis
- Último peso conocido del niño

- **Exploración física:**

- El parámetro más objetivo en la valoración de la gravedad de la deshidratación es la pérdida de peso.

Se procederá a pesar al niño comparando el valor obtenido con el peso previo según sus padres.

- Toma de constantes: temperatura, tensión arterial, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca

- Signos de gran valor son:
 - Coloración, temperatura y turgencia de la piel: signo del pliegue cutáneo
 - Sequedad de las mucosas
 - Presencia de taquicardia o hipotensión arterial
 - Taquipnea
 - Fontanela y globos oculares hundidos
 - Trastornos de la conciencia, letargia

ESTIMACION DEL GRADO DE DESHIDRATACION

	LEVE	MODERADA	SEVERA
PESO (%)	< 5%	5-10%	>10%
ASPECTO DEL NIÑO	Sediento, alerta	Sediento, inquietud, letargia, irritabilidad, somnolencia	↓↓↓ Conciencia, frío, sudoroso, extremidades cianóticas
PULSO	Normal	Rápido y débil	Rápido, a veces impalpable
TA SISTOLICA	Normal	Normal, ↓ hipotensión ortostática	A veces indetectable
DIURESIS	Normal o ↓	↓↓↓	Anuria
MUCOSA ORAL	Húmeda o algo seca	Seca	Muy seca, manchada
FONTANELA ANTERIOR	Normal	Deprimida	Hundida
OJOS	Normales	Hundidos	Muy hundidos
LAGRIMAS	Presentes	Ausentes	Ausentes

ASPECTO DE LA PIEL	Normal	Fría	Fría, moteada, acrocianosis
TURGENCIA DE LA PIEL	Normal	↓	Pastosa
RESPIRACION	Normal	Profunda, a veces rápida	Profunda y rápida
RELLENO CAPILAR	Normal	±2 sg.	3sg.

Principal criterio de gravedad

- **Pruebas complementarias:**

- Hemograma.
- Bioquímico incluyendo glucemia, urea, creatinina e iones

- **Tratamiento y destino del paciente:**

- Los objetivos fundamentales en el tratamiento de la deshidratación aguda incluyen:
 - Aporte de líquidos correcto:
 - Reemplazar las pérdidas de líquidos y electrolitos.
 - Mantenimiento de las necesidades
 - Reposición de las pérdidas que puedan seguir produciéndose.
 - Implantar el empleo de soluciones de rehidratación oral (SRO)
 - Mantenimiento de la nutrición mediante la alimentación precoz
- **Niños < 6 meses:**
 - Valoración por Pediatría
 - Si se consideran subsidiarios de seguir tratamiento domiciliario:
 - Lactancia materna exclusiva: continuar la lactancia materna y suplementar las pérdidas con SRO entre las tomas.
 - Lactancia artificial: continuar con su leche habitual, sin diluir y sin administrar fórmulas sin lactosa, ofreciendo SRO entre tomas.
- **Deshidratación moderada-severa** (pérdida de peso < 5 %)
 - Valoración por Pediatría
- **Deshidratación leve:**
 - Rehidratación oral:

- **Fase de rehidratación :** en el Servicio de Urgencias

- Se explicará la técnica a los padres, valorando periódicamente la tolerancia del niño. Así mismo se les explicará que los vómitos aislados y de poca intensidad no justifican el abandono de esta

- Administrar pequeñas cantidades de 5 ml, con cuchara o jeringa, a intervalos de 1 ó 2 minutos, de una SRO (ORALSUERO®, por ejemplo). Esta técnica permite administrar de 150 a 300 ml/h

- Registro del comienzo de la terapia de rehidratación, de la tolerancia de la misma y de la evolución del paciente.

- Control y registro de la diuresis y de las posibles deposiciones.

- Mantener al niño y a sus padres en un lugar cómodo y tranquilo proporcionando el material necesario para mantener la higiene

- Nueva valoración del niño en función de la cual se determinará necesidad de ingreso hospitalario o posibilidad de continuar tratamiento en su domicilio.

- **Fase de mantenimiento :** en domicilio

- Continuar administración de SRO cubriendo las necesidades basales y las pérdidas mantenidas (20-50 mg/Kg./h). Se debe administrar 5-10 ml/Kg. de SRO por cada deposición y 2 ml/Kg. por cada episodio de vómito

- Entregar a los padres informa clínico de asistencia, informándoles de una serie de recomendaciones:

- Los vómitos no contraindican la hidratación oral ya que están relacionados con el déficit energético que se compensa con el aporte de azúcar. Desaparecerán dando tomas fraccionadas a cucharadas cada 5 minutos.

- Los niños con deshidratación leve pueden ser tratados en su domicilio con SRO. Se les recomendará alguna de las fórmulas existentes en el mercado evitando las de preparación casera, refrescos gaseados o zumos. Se les informará de las cantidades que hay que ofrecer al niño.

- Reintroducir de forma precoz alimentación normal para su edad, evitando ayunos innecesarios. Restringir únicamente alimentos con alto contenido en azúcares elementales o grasas.

- Si existe diarrea se les informará que esta continuará durante algún tiempo y que el objetivo de las SRO no es que desaparezca la diarrea, sino evitar o tratar la deshidratación.

- Se informará de los signos que indiquen una deshidratación más grave, que haya preciso una nueva valoración.

- Se les recomendará acudir a su Pediatra en las próximas horas para seguimiento evolutivo.

- **Contraindicaciones de rehidratación por vía oral:**
 - Deshidratación severa (pérdida de peso > 10%).
 - Estado séptico e inestabilidad hemodinámica.
 - Disminución del nivel de conciencia.
 - Ileo paralítico o patología abdominal potencialmente quirúrgica.
 - Shock, anuria.
 - Rechazo total a la ingesta.
 - Vómitos incoercibles.

• En estos casos se procederá a la canalización de una vía venosa para administrar sueros. Se usará un Abocath nº 22 - 24 según la edad del niño, empleando Suero Salino o Suero Glucosalino 1/5. Vigilar el buen funcionamiento de la misma, evitando extravasaciones. Si está en flexura procurar que el niño no doble el brazo, colocando si es necesario una férula de inmovilización.

- Valoración por Pediatría e ingreso hospitalario.

BIBLIOGRAFIA:

SINDROME FEBRIL:

1. Ramos Amador JT, Ruiz Contreras J. Fiebre sin foco . Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Pediatría. <http://www.aeped.es/protocolos>
2. García Peñas JJ. Valoración del niño con fiebre. Manual de diagnóstico y terapéutica en Pediatría. Hospital Infantil La Paz. 1992
3. Mintegi S, Pocheville I. Síndrome febril. Diagnóstico y tratamiento de urgencias pediátricas. Hospital de Cruces. 3ª ed. 2002.
4. Luszczak M. Evaluation and management of infants and young children with fever. American Family Physician, 2001; 64,(7)
5. Alpizar L, Medina E. Efectos nocivos de la fiebre en el niño y medidas terapéuticas. Rev Cubana Pediatr. 1998; 70 (4):177-84;
6. Watts R, Robertson J, Thomas G. The nursing management of fever in children. Evidence Based Nursing and Midwifery. 2001.
7. Hernández Merino A. Fiebre y antitérmicos en Pediatría. <http://www.aepap.org>
8. Baraff Lj. Management of fever without source in infant and children. Ann Emerg Med. 2000 Dec; 36(6): 602-14
9. Casey G. Fever management in children. Nursing standard. 2000; 14: 3640.
10. Ruiz Benito. Síndrome febril sin foco en el niño menor de tres años. Protocolos de la Sociedad Vasco-Navarra de Pediatría. <http://www.svnp.es/Document>

DESHIDRATACION:

1. Alvarez Calatayud G, Manrique I, Gomez Campdera JA, García Herrero MA, Claver E. Terapia de rehidratación oral. Situación actual. Acta. Pediatr. Esp. 2001.
2. Alvarez Calatayud G, Rivas Castillo A, Cañete Díaz A. Deshidratación aguda. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Pediatría. <http://www.aeped.es/protocolos/urgencias>
3. Román Riechmann E, Barrio Torres J. Diarrea aguda. Protocolos diagnósticos y terapéuticos en Pediatría. <http://www.aeped.es/protocolos/urgencias>
4. Cala Vecino J, Rodríguez Hernández M. Soluciones empleadas en la terapia de rehidratación oral: estado actual. Med. UNAB.2003;vol. 6 nº 17:80-88.
5. Quintana Prada MR, Peña Quintana L, Santana Ramirez A. Manejo terapéutico actual de la gastroenteritis aguda. BSCP Can Ped 2001; 25- nº3.
6. Ramos Lizana J. Diarrea aguda. Deshidratación. Manual de diagnostico y terapéutica en Pediatría. Hospital Infantil La Paz. 1992; 42-50
7. Capapé S. Diarrea aguda. Deshidratación. Diagnóstico y tratamiento urgencias pediátricas. Urgencias de Pediatría Hospital de Cruces. 2002; 222-237.
8. Alvarez Calatayud G, García Herrero MA, Canals Baeza A, Cañete Díaz A, et al. Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría SEUP. Diarrea aguda . Deshidratación. http://www.seup.org/seup/grupos_trabajo



NORMAS DE PUBLICACIÓN

- **Objetivo:** difundir conocimientos sobre calidad asistencial (metodología, objetivos de calidad, plan de calidad) que ayuden a mejorar la formación de todas aquellas personas implicadas en la mejora continua de la calidad.
- **Tema:** cualquier tema relacionado con calidad asistencial (objetivos de calidad, investigación, metodología, legislación, revisiones de temas concretos, revisiones bibliográficas, trabajos de investigación etc.).
- **Formato:** NuevoHospital se publicará en formato digital (disponible en la web) y en papel (trimestralmente). Todos los trabajos serán publicados en el formato digital.

- Estructura de los trabajos:

- Título
- Autor/es
- Área - servicio ó unidad
- Función o cargo que desempeña/n
- RESUMEN
- Introducción (motivación, justificación, objetivos)
- Texto: según el tema que se trate
 - en trabajos de investigación: material y métodos, resultados, comentarios-discusión
 - en artículos de revisión bibliográfica: desarrollo del tema, comentarios-discusión
- Conclusiones
- Bibliografía

- Formato de los trabajos:

- presentación **en MS-Word** (en disquette ó por correo electrónico)
- tipo y tamaño de letra: **Arial de 10 puntos**
- **tamaño de papel A4** (en el caso de ser enviados por correo ordinario, se ha de acompañar el disquette con una copia en papel)
- pueden incluirse tablas o dibujos (blanco y negro)
- en la versión digital podrán incluirse fotografías y gráficos en color
- **los trabajos han de tener el formato definitivo para ser publicados**

- Modo de envío de los trabajos:

- por **correo ordinario:** Hospital Virgen de la Concha. Unidad de Calidad. Avda. Requejo Nº 35. 49022 Zamora
- **depositándolos directamente** en la Unidad de Investigación ó en la Unidad de Calidad (indicar en el sobre que es para publicar en la revista del Hospital)
- por **correo electrónico:** ucalid@hvcn.sacyl.es (disponible en la web: www.calidadzamora.com)