



BILBAO

6, 7 y 8 de mayo - 2004

**IX REUNIÓN ANUAL DE LA SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA**
I Simposium Internacional de Urgencias Pediátricas

posters VII



SESIÓN DE POSTERS DEFENDIDOS 7

Sábado 8 de mayo de 2004, de 8 a 9.30 horas

Moderador: F. Urribarri

AUMENTO DE LAS URGENCIAS EN MENORES DE 2 AÑOS: RELACIÓN CON LOS CAMBIOS DEMOGRÁFICOS DE LA POBLACIÓN DE REFERENCIA.

M. Herranz Aguirre, B. Solís Gómez, F. Gallinas Victoriano, M. Garatea Rodríguez, F. Sánchez Valverde, N. Viguria Sánchez.

Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona. Navarra.

Objetivos: Describir el número de niños < 2 años que consultan en nuestro servicio de urgencias y su índice de frecuentación. Valorar la evolución en últimos 8 años de estos parámetros teniendo en cuenta las modificaciones en la población de referencia, el número de urgencias totales y el de partos.

Material y métodos: Se recogen anualmente durante ocho años (1996-2003): número de urgencias totales, urgencias en niños < 2 años y número de partos.

Se evalúa su evolución en el tiempo y se estudia la existencia de correlación entre estas variables mediante los índices de correlación de Pearson y Sperman.

Se consulta el padrón de habitantes de los años 1996 y 2001. Se calculan los índices de frecuentación de los < 2 años (Nº urgencias/población de referencia).

Resultados

Año	Urgencias totales	Urgencias en < 2 años	RN vivos
1996	32.340	9.851	3.264
1997	33.319	10.225	3.439
1998	34.921	10.949	3.411
1999	35.190	10.656	3.613
2000	36.211	10.980	3.682
2001	35.264	11.581	4.089
2002	38.047	12.349	4.037
2003	40.003	12.925	4.028

El índice de correlación de Pearson entre urgencias totales y urgencias en < 2 años es 0,952 y la correlación de Sperman 0,952. Entre número de partos y urgencias en < 2 años: correlación de Pearson de 0,85 y de Sperman 0,81.

Índice de frecuentación: (urgencias en < 2 años/población de referencia <2 años)

- En 1996: $9851/8676=1,13$.
- En 2001: $11581/11034=1,05$.

Comentarios: Los niños < 2 años utilizan mucho nuestro servicio de urgencias con un índice de frecuentación > 1. El aumento progresivo del número de urgencias en < 2 años se correlaciona con el aumento del número total de urgencias y el de partos, manteniendo similar índice de frecuentación durante 5 años. El incremento de nuestra población de referencia parece ocasionar la mayor demanda en <2 años.



UTILIZACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO.

M. Fariñas, M.M. Santos, A. Peñalba, C. Míguez, P. Vázquez, E. Herrero.

Servicio de Urgencias Pediátricas. HGU Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos: Estudiar la utilización diaria de un servicio de urgencia pediátrico y determinar los pacientes que requieren una atención hospitalaria.

Método: Estudio transversal de 610 consultas en el servicio de urgencia pediátricas de niños comprendidos entre los 0 y los 15 años, durante un mes, los datos se recogen mediante una encuesta rellena por los médicos que atienden a cada niño. Se introducen en una base de datos de Excell y se analizan mediante el programa estadístico spss.

Resultados: durante el mes de enero de 2004 en el servicio de urgencias pediátricas se atendieron un total de 4691 urgencias de las cuales se recogen un total de 610 encuestas. De los niños estudiados el 23% venían remitidos por un médico y el 76.3% lo hacían por petición propia. De los remitidos el 57% lo eran por su pediatra, el 19.4% por un pediatra de este hospital, el 14.2% por un medico de familia o de urgencias de su centro de salud el 5.2% por otro pediatra que no es el habitual, y el 3.7% es trasladado por un servicio de urgencias del tipo 061. De los niños remitidos por un médico el 15.6% eran neonatos, frente al 4.6% de los que acuden por petición propia, el 42.2% de los remitidos tenía entre un mes y 24 meses frente al 49,8% que eran por petición propia, el 17.8% de los remitido tenían entre 3 años y 7, frente al 27.3% de los que no lo eran, el 24.4% de los remitidos tenían entre 8 y 16 años, frente al 19.7% de los que no lo eran siendo las diferencias encontradas estadísticamente significativas ($p<0.001$). El 40.3% de los niños precisaron pruebas complementarias. De los remitidos por un médico el 62%, frente al 34.6% de los que acuden por petición propia siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p<0.001$). El 5.9% del total requirieron ingreso, un 3.9% de los niños que acuden por petición propia frente a un 12.6% de los remitidos, siendo las diferencias encontradas estadísticamente significativas ($p<0.001$). La valoración subjetiva del médico que atiende en niños que acuden por petición propia podrían haber sido manejados en su centro de salud el 84.1%, frente al 48.1% de los remitidos, siendo estos resultados estadísticamente significativos ($p<0.001$).

Conclusiones: Predominan dos grupos de edad entre los niños remitidos por un pediatra los neonatos y los niños mayores de 8 años. La necesidad de pruebas complementarias y de ingresos suele ser más frecuente dentro del grupo de pacientes remitidos por un médico. De los niños atendidos en un servicio de urgencias la mayoría podrían haber sido atendidos en su centro de salud.



NECESIDAD DEL TRIAGE EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS.

F. Ferouelle Novillo.

Servicio de Urgencia Pediátricas. Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción y objetivos: La creciente demanda asistencial de los servicios de urgencia obliga a realizar una valoración previa o a establecer unos sistemas de selección que determinen la prioridad de la urgencia, para poder dar una atención adecuada (1 a 3) a la severidad de los casos. Priorizar al paciente en función de la gravedad y objetivar clínicamente la decisión de dicha priorización.

Material y métodos: Informatización del Servicio de Urgencias Pediátricas. Diseño de formularios en ordenador (en items) de triage, observación enfermería, análisis clínicos, informes e historias médicas. En cada página se visualizan todos los datos del paciente (valoración médica, pruebas realizadas o pendientes, tto. administrado, alergias, etc.)

Resultados: En 29.000 triages realizados de septiembre 2003 a febrero 2004: Patologías más frecuentes (D. Respiratoria 36,5%, Fiebre 38,16%, Convulsión 0,2%, D. Abdominal 19%, C. Lactante 2%, Patología Ocular 2%, Patología O.R.L. 2%, Patología Psiquiátrica 0,09%, Patología Oncológica 0,05%. Priorizaciones de triage: 1 - 3%, 2 - 8%, 3 - 89%. Franjas horarias de atención hospitalaria: De 8 a 15 - 21%, de 15 a 22 - 33%, de 22 a 8 - 46%. Urgencias atendidas por especialidades: Pediatría 58%, Cirugía 14%, Traumatología 18%, otras especialidades 10%. Pacientes con prioridad 1, ingresados 40%, derivados a domicilio 60%. Pacientes con prioridad 2, ingresados 9%, derivados a domicilio 91%.

Discusión y conclusiones: La utilización de una escala de triage en urgencias pediátricas es útil y fiable para seleccionar a los pacientes que precisan asistencia y tratamiento urgente.



EFICACIA DEL TRIAGE REALIZADO POR PERSONAL DE ENFERMERÍA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS.

V. Cañadas, F. Ferouelle, C. Soria, C. Ignacio, G. Guerrero.
Servicio de Urgencias. HGU Gregorio Marañón. Madrid

Introducción: Se entiende por triage la función de clasificación de los pacientes que acuden a un Servicio de Urgencias hospitalario, antes de que reciban asistencia médica, siguiendo criterios de gravedad clínica que permiten diferenciar lo realmente urgente de lo que no lo es. Está aceptado que esta función sea realizada por personal de enfermería.

Objetivo: Determinar la eficacia del triage realizado por el personal de enfermería en el servicio de urgencias pediátricas de nuestro hospital.

Material y métodos: Se consensuó previamente por todo el personal asistencial la prioridad de atención, estableciendo cuatro niveles en relación al tiempo de espera desde la realización del triage hasta recibir atención sanitaria. Prioridad 0 se consideró la atención inmediata, prioridad 1 se consideró un tiempo de espera menor de quince minutos, prioridad 2 un tiempo menor de treinta minutos y prioridad 3 un tiempo mayor de treinta minutos. El triage fue realizado en todos los casos realizado por personal de enfermería. Se recogieron de manera retrospectiva las prioridades, los tiempos de espera en recibir asistencia médica y el número de esos pacientes por prioridad que requirieron ingreso. El periodo de tiempo estudiado comprendido de Septiembre de 2003 hasta final de Enero de 2004, incluyéndose todos los pacientes que cumplían todos los requisitos del estudio.

Resultados: Se estudiaron un total de 2.749 pacientes, de los cuales 154 (5.6%) eran prioridad 1, 583 (21.3%) eran prioridad 2 y 2.012 (73.1%) eran prioridad 3. De los prioridad 1 todos fueron atendidos en menos de 30 minutos. El 84,4% (130) fueron atendidos en menos de 15 minutos. De los prioridad 2 fueron atendidos en menos de treinta minutos 484 lo que supone el 83%. De los de prioridad 3 fueron atendidos en menos de una hora 1743 lo que supone el 86% de los pacientes.

Conclusiones: El inicio de la utilización de una escala de triage por el personal de enfermería de nuestro hospital ha sido eficaz, lo pacientes se atendieron dentro del límite de tiempo previamente acordado para cada prioridad.



URGENCIAS NOCTURNAS EN UN HOSPITAL COMARCAL.

R. Laporta Ocaña, S. Ibáñez Esteller, C. Calls Vinardell, N. Palacio Marco, M. Casablanca Claramunt, J. Rivera Luján.

Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital de Sabadell. Sabadell

Objetivo: Conocer la frecuentación y diagnósticos de las consultas al servicio de urgencias de pediatría, en un hospital comarcal, entre las 0:00 y las 8:00 horas.

Material y métodos: Se analizan 4.497 visitas realizadas entre el 1 de febrero y el 31 de diciembre de 2.003 que acudieron al servicio de urgencias de pediatría entre las 0:00 y las 8:00.

Se estudian las siguientes variables: sexo, edad, procedencia, especialidad, destino y diagnóstico.

Resultados: Durante el citado periodo se realizaron un total de 49.412 visitas al servicio de urgencias, de las que 4.497 (9,1%) corresponden a visitas realizadas en el turno de noche. De éstas el 56,2% corresponden a niños y el 43,8% a niñas. Por edades, un 2,4% corresponde a menores de 1 mes; un 18,3% a niños de entre 1 mes y 1 año; un 51,2% niños de entre 1 y 4 años; un 17,1% niños de entre 5 y 9 años y un 10,9% niños mayores de 10 años.

Un 98,1% de las consultas fueron realizadas por iniciativa propia; un 1,6% procedían derivados de los centros de atención primaria; un 0,2% procedían de otros centros hospitalarios y un 0,1% fueron derivados por su pediatra. El 93,8% corresponden a consultas de medicina pediátrica, el 4,6% a traumatología pediátrica y el 1,6% a cirugía pediátrica. En cuanto a los diagnósticos en medicina pediátrica, el principal grupo es el de patología ORL con un 25,0% de las consultas; seguido de la patología del aparato respiratorio con un 23,1%. A continuación encontramos, por orden de frecuencia, patología del aparato digestivo (17,9%); síndromes febriles (12,6%); patología dermatológica (3,8%) y patología neurológica (1,7%). El resto de los diagnósticos se presentan en un porcentaje inferior con una gran variabilidad de ellos. Del total de visitas realizadas, a un 72,8% se le dio el alta, un 26,2% quedó en observación y un 1% ingresó. El grupo diagnóstico que presentó más ingresos fue el de patología respiratoria con un 30,2% del total de los ingresos.

Conclusiones:

- La mayor parte de las visitas al servicio de urgencias, entre las 0:00 y las 8:00 horas, corresponden a niños/as de entre 1 y 4 años que acuden por iniciativa propia y que consultan al servicio de medicina.
- Aunque el diagnóstico más prevalente fue el relacionado con la patología ORL, la patología del aparato respiratorio fue la que presentó mayor números de ingresos.
- Durante la noche se produce un alto porcentaje de pacientes que quedan en observación.



TRIAGE TELEFÓNICO REALIZADO POR MÉDICOS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA.

A. Fernández Landaluce, E. Mora González, N. Trebolazabala Quirante, S. Capapé Zache, S. Mintegi Raso, J. Benito Fernández.

Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Barakaldo. Bizcaia.

Objetivo: Establecer la aplicabilidad de una consulta telefónica atendida por médicos en un Servicio de Urgencias Pediátrico.

Pacientes y método: estudio del registro telefónico iniciado en Octubre de 2003 en nuestro Servicio de Urgencias. Se recogen todas las consultas telefónicas recibidas (datos sociodemográficos, motivo de consulta, instrucciones ofrecidas y persona que atiende la llamada). Se contactó telefónicamente con una muestra de las consultas atendidas para conocer la efectividad de las recomendaciones administradas. Antes del inicio, se estableció un protocolo de respuesta y los MIR de Pediatría recibieron formación específica.

Resultados: Durante el periodo de estudio (1-10-03 al 31-1-04), se atendieron 1.071 consultas (media de 9/día). El 55% entre las 17 y 24 horas. La edad media de los niños cuyo problema se consultó fue de 28 meses, siendo el 80% menor de 4 años. Un 17% de los niños habían consultado las horas previas en nuestro Servicio. El motivo de la llamada fue la presencia de un síntoma (65%), dudas sobre fármacos (24%) y menos frecuentemente dudas de puericultura (5%). Se recomendó acudir a Urgencias a 106 niños (9.9%), y de éstos 2 requirieron ingreso en planta y 4 unas horas en observación. Todas las llamadas fueron atendidas por un médico (30% adjunto, 70% MIR). De las familias a las que se recomendó venir un 22% no siguió el consejo recibido. Mediante llamada telefónica se comprobó la adecuada evolución de éstos. El 17% de los que recibieron instrucciones de manejo domiciliario acudió a nuestro servicio en las siguientes 48h, el 99% fue dado de alta directamente.

Comentarios: La consulta telefónica en Urgencias de Pediatría supone una carga asistencial importante. La mayoría de las consultas son por síntomas o dudas sobre fármacos. Realizada de forma protocolizada es una herramienta útil y segura para el triage de los pacientes.



ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN A LOS PEDIATRAS RELACIONADOS CON NUESTRO SERVICIO DE URGENCIAS.

J. Sánchez Etxaniz, J. Benito Fernández, S. Mintegi Raso, S. Capapé, N. Trebolazabala, A. Fernández.
Servicio Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Barakaldo. Bizkaia.

Objetivo: Conocer la valoración del Servicio de Urgencias de Pediatría, tanto por parte de los pediatras extrahospitalarios (PEH), como de los del hospital terciario al que pertenecemos (PH).

Método: encuestas anónimas solicitando la valoración de 5 aspectos concretos: calidad de la atención; accesibilidad a la comunicación; calidad de los informes de alta; interferencia en su práctica; quejas de los familiares. Incluía apartado de observaciones.

Resultados: contestaron la encuesta 13 (26%) de los 50 PH, y 56 (40%) de los 140 PEH a los que se enviaron. La calidad de nuestro trabajo fue valorada como buena o muy buena por el 98.1%. Las dos valoraciones negativas fueron PH (p 0.03). La accesibilidad a la comunicación con nuestro servicio se calificó de buena o muy buena por el 84%. La calidad de los informes de alta se estimó como buena o muy buena por el 100%. El 95% piensan que nuestro trabajo no interfiere nunca o casi nunca con su práctica, mientras que 3 PEH contestaron que casi siempre. En opinión del 97% nunca o casi nunca perciben quejas de los padres. Las observaciones más frecuentes realizadas (17 PEH y 6 PH) fueron: cambios innecesarios de tratamientos (4), no respetar la opinión del PEH (4), felicitaciones (3), desacuerdo con los criterios de ingreso (3), estancia prolongada en la unidad de Observación (2).

Comentarios:

1. Para conocer aspectos susceptibles de mejora en la calidad de la atención prestada en los servicios de urgencia pediátricos es preciso la realización de encuestas de satisfacción de los PH como PEH.
2. Consideramos baja la tasa de contestación (26%) por parte de los PH, interpretándolo como un indicador negativo de la relación con ellos, y un punto susceptible de mejora.
3. Aunque globalmente consideramos positiva la valoración, se han detectado algunos aspectos negativos: accesibilidad a la comunicación; cambios terapéuticos innecesarios y sentimiento de no valoración del pediatra extrahospitalario.



REVISIÓN DE LAS QUEJAS POR ESCRITO AL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS EN LOS AÑOS 2000-2003.

M. García González, A. Melgar Bonis, P. Rojo Conejo, V. Nebreda Pérez. Urgencias Pediátricas. Hospital Doce de Octubre. Madrid.

Introducción: Las urgencias pediátricas es un lugar frecuente de queja debido al elevado número de pacientes y la patología aguda con que se presentan. Es importante conocer las demandas de los pacientes para mejorar las posibles deficiencias de nuestro Servicio.

Objetivos: Revisar las quejas recibidas por escrito en el Servicio de Atención al Paciente en los años 2000-2003 con intención de comprobar su frecuencia, pertinencia y la posibilidad de solución.

Material y métodos: Se revisan todas las historias de urgencias de los pacientes que pusieron una reclamación escrita en el periodo citado y se clasifican en función del motivo de queja, si está dirigida a Pediatría o a las diferentes especialidades y la posibilidad de solución.

Resultados: En el periodo revisado acuden 188100 niños a la urgencia pediátrica. Revisamos las 34 reclamaciones: la edad media fue de 4 años 6 meses, 24 de los cuales eran niñas, el tiempo medio de espera fue 39 minutos. 24 de las reclamaciones pertenecen a Pediatría, 3 a Traumatología, 3 a Cirugía, 1 a ORL, 1 a Oftalmología, 1 a Neurología y 1 a Neurocirugía. El motivo de queja se puede clasificar en 3 categorías:

1. Actitud del facultativo: 3 por su trato personal, 7 por considerar los padres que no se valora adecuadamente al paciente, 4 por no realizarse las pruebas diagnósticas solicitadas por los padres y 1 por disconformidad en el tratamiento administrado.
2. Diagnóstico inadecuado: 8 por evolución en días sucesivos a otra patología y 4 errores diagnósticos.
3. Tiempo de espera: 5 por espera prolongada para la atención del especialista (media 5h, rango 2-14h), 4 por espera prolongada en la atención inicial por pediatra de guardia (media 1h 8min, rango 45 min-1h 30min) y 2 por tiempo de espera excesivo para diagnóstico definitivo. Se consideraron pertinentes 9/34: 4 errores diagnósticos y 5 por tiempo de espera prolongado.

Conclusiones: El número de quejas por escrito para el periodo estudiado es bajo en relación al número total de pacientes atendidos, sin embargo pensamos que no es un medidor fiable del grado de satisfacción. Se consideran como razonables y solucionables el 26% de las reclamaciones. Una de las posibles soluciones sería el establecimiento de una clasificación o triaje para disminuir el tiempo de espera inicial del paciente.



RECLAMACIONES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN.

A. Peñalba, B. Riaño, J. Urbano, R. Marañón, C. Míguez, C. Merello.
Servicio de Urgencias Pediátricas. HGU Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos:

- Valoración del grado de satisfacción mediante estudio de reclamaciones presentadas en el servicio de urgencias
- Importancia del traslado a un nuevo centro en el grado de satisfacción
- Influencia de los picos estacionales en la demanda asistencial y número de reclamaciones.

Pacientes, material y métodos: Estudio retrospectivo de carácter descriptivo de las reclamaciones presentadas en el servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, determinando como períodos comparativos los años 2002 y 2003. Se recogen una serie de variables del demandante: sexo, nacionalidad, fecha de la reclamación y naturaleza de la misma.

Resultados: Desde Enero del 2003 a Enero del 2004 el número total de urgencias pediátricas fue de 57.597 y se produjeron un total de 60 reclamaciones. En el mismo periodo del año anterior el número de urgencias fue de 51.263, habiéndose producido un total de reclamaciones de 14. De las reclamaciones habidas en el año 2003 el 71% (n=48) se presentaron en los meses de Noviembre y Diciembre que coincidió con un aumento de la asistencia en urgencias del 12% con respecto al mismo periodo del año anterior y con el traslado al nuevo hospital. Los motivos de demanda más frecuentes en el año 2003 son tiempo de espera (28.8%), aparcamiento (15.26%), accesos (11.86%), sistema de calefacción (11.86%), trato del personal (10.16%), sistema de clasificación (5.08%), megafonía (3.38%) y extravío de material (3,38%). En el año 2002, la mayoría de reclamaciones fueron por tiempo de espera y trato del personal. La práctica totalidad de los demandantes son de nacionalidad española.

Conclusiones: El incremento de las reclamaciones en la urgencia en el año 2003 se produce durante el período de tiempo siguiente al traslado al nuevo hospital (octubre 2003), que coincide con el aumento de la utilización del servicio de Urgencias del 12%.

La mayoría de las demandas no son por asistencia médica.



REVISIÓN DE PARTES JUDICIALES DE LESIONES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS.

R. Sementé Puigdellívol, C. Blasco Valero, X. Perramon Montoliu, J. Fàbrega Sabaté, X. Ballabriga Vidaller.
Servicio de Urgencias del Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos: Revisar los partes judiciales de lesiones realizados en función de múltiples variables epidemiológicas como la edad y el sexo de los individuos implicados, motivo de realización del parte, tipo de lesiones descritas, así como el tratamiento recibido y el pronóstico de las lesiones.

Material y Métodos: Se analizan de forma retrospectiva 241 informes de asistencia de pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias del Hospital Materno-infantil de la Vall d'Hebron durante el segundo semestre del año 2003 y cuya atención se derivó en la realización de un parte judicial de lesiones.

Resultados: De los 241 casos revisados, un 17,4% se produjo por quemaduras de distinto grado, un 16,2% por accidentes de tráfico, un 15,7% por agresiones de distinta etiología, un 13,2% por atropellos, un 7,5% por caídas y contusiones accidentales, un 5,4% por malos tratos, un 5,4% por mordeduras de animales, un 4,6% por intoxicaciones, un 3,8% por precipitaciones, un 2% por abusos sexuales, y el resto por intentos de autolisis, casi ahogamientos y pinchazos accidentales con jeringas. De todos ellos se analizan múltiples variables epidemiológicas como la edad y el sexo de los afectados, los tipos de lesiones descritas así como el tratamiento recibido y el pronóstico de las lesiones.

Conclusiones: El parte judicial es un documento médico-legal realizado con frecuencia en nuestro centro (media de más de uno al día). Su cumplimentación se lleva a cabo, en más de la mitad de los casos, por sucesos ocurridos de forma accidental y en teoría evitable.



EVALUACIÓN DE LAS RECONSULTAS EN URGENCIAS DURANTE EL 2003.

E. Palomo Atance, A. Jordán Jiménez, N. Moreno Acero, J. García Aparicio, J. del Amo.
Servicio de Urgencias. Hospital Infantil La Paz. Madrid.

Los indicadores de calidad se emplean como medidas cuantitativas del control de calidad de la práctica asistencial. Deberían ser instrumentos de uso habitual en la evaluación de los Servicios de Urgencias. Uno de estos indicadores es el que determina el porcentaje de pacientes que vuelven a acudir dentro de las siguientes 72 horas a la primera visita. El objetivo de nuestro estudio es analizar retrospectivamente dicho indicador durante el año 2003, y su relación con la etiología prevalente de las reconsultas.

Material y métodos. Se estudian retrospectivamente las reconsultas que se han efectuado en el área de Urgencias del Hospital Infantil La Paz durante el año 2003. Nuestro hospital es de tercer nivel y atiende a una población de 175000 niños entre los 0 - 14 años. El total de Urgencias asistidas durante el periodo de estudio ha sido de 71573. lo que supone que un 40.8% de la población asistida acude al menos 1 vez a Urgencias durante ese periodo. De estos un total de 4943 reconsultan dentro de las 72 horas siguientes a la primera consulta, lo que supone un promedio del 6.87% de reconsultas del total de Urgencias. La distribución de las mismas por tramos horarios es de: < 12 horas 22,6%; de 12 a 24 horas 25,1%; 24 a 48 horas 33,5%; 48 a 72 horas 19,1%. El número absoluto de casos tiene un máximo en el mes de Diciembre con 667 reconsultas, (9.34%), y un mínimo en el mes de agosto con 294, (7.10%), sin que la diferencia porcentual sea significativa. En lo que se refiere a los diagnósticos la gastroenteritis-deshidratación es la patología que con más frecuencia reincide, seguida de las infecciones de vías altas, la fiebre sin foco y el dolor abdominal

Conclusiones:

1. El número relativo de reconsultas se mantiene estable a lo largo de todos los meses del año, no existiendo diferencias significativas entre los meses de mayor y menor demanda asistencial.
2. La franja horaria de mayor incidencia de casos es entre las 24 y 48 horas.
3. La patología más reincidentes coinciden, en nuestro medio, con las más frecuentes.



ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN UNA UNIDAD DE ESTANCIA CORTA POR POSIBLE APNEA.

A. Pertierra Cortada, W. Fasheh Youssef. V. Trenchs Sáinz de la Maza, C. Luaces Cubells.

Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Unitat Integrada Hospital Sant Joan de Déu-Clínica. Universitat de Barcelona.

Introducción: Los episodios de apnea son un motivo frecuente de consulta en Urgencias pediátricas. En ocasiones la causa de los mismos no es evidente por lo que estos pacientes deben ser ingresados para proseguir estudio y realizar más exploraciones complementarias.

Objetivos: revisión epidemiológica de los casos ingresados bajo la sospecha diagnóstica de apnea para adecuar el manejo de los mismos en urgencias.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los casos de pacientes menores de un año ingresados en la unidad de corta estancia por sospecha de apnea durante los últimos años.

Resultados: El total de pacientes fue de 82 (56% de sexo masculino). El 46.3% eran menores de un mes; sólo el 17% eran mayores de 2 meses. En un 25.6% de los casos existía algún antecedente durante el período gestacional. Los padres referían una duración de la apnea superior a 15 segundos en el 44% de los casos. En un 57.3% se realiza alguna maniobra de estimulación in situ (sobre todo zarandeos o estimulación táctil superficial). En un 69.5% de los casos, el paciente estaba despierto cuando presentó la pausa respiratoria. Los exámenes complementarios realizados fueron: Rx de tórax 75.6% de los casos, TEGD 46.3%, test de detección de VRS en aspirado nasofaríngeo 39%, ECG/Ecocardiografía 30.5%, perfil metabólico 22%, EEG 19.3%, ecografía cerebral 15.9% y Antígeno Bordetella 12.2%. Inicialmente fueron monitorizados el 76.6% de los pacientes. Los diagnósticos finales del episodio fueron: apnea 28.2%, atragantamiento 33.3%, pausas respiratorias fisiológicas 33.3%, convulsión 2.6%, espasmo del llanto 2.6%. Los diagnósticos concomitantes relacionados con el episodio: RGE/insuficiencia velopalatina 19.5%;, CVA 19.5%, crisis neurovegetativa 14.6%, bronquiolitis VRS + 3.7%, bronquiolitis VRS - 2.4%, tos ferina 2.4%, apnea obstructiva 2.4%, metabolopatía 2.4%, epilepsia 1.2%. Un 34.1% de los pacientes se trasladaron a planta de hospitalización para seguir estudio y monitorización. Un 4.6% de los pacientes recidivaron.

Conclusión: La máxima incidencia de los episodios de apnea o similares ocurre durante los primeros dos meses de vida. La mayoría de los episodios no son verdaderas apneas. La anamnesis y la exploración física deben dirigir la pauta de actuación con la finalidad de rentabilizar las exploraciones complementarias. Ante la ausencia de datos objetivos el principal papel del pediatra de Urgencias consiste en la adecuada monitorización del paciente con el fin de objetivar y prevenir nuevos episodios.



INGRESOS POR PATOLOGÍA RESPIRATORIA EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE CORTA ESTANCIA.

R. Quiroga González, B. Fernández Barrio, A. Pérez Guirado, A. Calvo Gómez-Rodulfo, S. Suárez Saavedra, J.A. Concha Torre.

Servicio de Pediatría. Hospital Central Universitario de Asturias. Oviedo. Asturias.

Antecedentes: El Hospital Pediátrico de Corta Estancia (HPCE) de nuestro Departamento consta de 6 camas y funciona para observación y tratamiento de niños que inicialmente no requieren ingreso en planta de hospitalización.

Objetivos: Conocer las características de los pacientes con patología respiratoria que ingresan en el HPCE y determinar las derivaciones a planta de hospitalización.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo de los ingresos por patología respiratoria en el HPCE durante 4 años (enero-00 a diciembre-03). Datos obtenidos del registro de ingresos e historias clínicas (edad, sexo, servicio responsable, tipo de patología, día, turno y mes de ingreso, estancia y evolución). Los resultados se almacenaron en una base de datos y se realizó análisis estadístico de los mismos con el programa SPSS®.

Resultados: Ingresaron en el HPCE 5.375 pacientes (3,67 pacientes/día) con una edad media de $60,4 \pm 50,3$ meses ($P_{50} = 48$ meses), predominio de varones (60%) y una estancia media de $17,6 \pm 11,8$ horas con un 9,5% de pacientes con estancia superior a 36 horas. 3/4 partes de los ingresos (4.125 casos) fueron realizados por Pediatría. Los procesos respiratorios fueron los terceros en frecuencia (15,5%, 643 casos), tras los digestivos e infecciosos. Las crisis asmáticas constituyeron el 39,2% de la patología respiratoria, seguido en frecuencia por las laringitis (15,2%) y las bronquiolitis (12,4%). La distribución por sexos y la estancia fueron similares a los de la totalidad de pacientes. Sin embargo, los pacientes con patología respiratoria eran significativamente más jóvenes ($39,4 \pm 41,7$ meses; $P_{50} = 24$ meses) y los ingresos significativamente más frecuentes en turno de noche (49%). También hubo una disminución de los ingresos en meses de verano en relación con una menor incidencia de patología respiratoria en Urgencias. Un dato relevante es que un tercio de pacientes fue trasladado a planta de hospitalización o cuidados intensivos, en comparación con el 18,6% del total de los mismos.

Comentarios: El HPCE es una herramienta útil para observar la evolución de algunos procesos respiratorios en las primeras horas. Sin embargo, el porcentaje de pacientes trasladados desde el HPCE a hospitalización es alto, lo que indica una inadecuada utilización del mismo para determinados procesos. El establecimiento de criterios de ingreso para la patología respiratoria en el HPCE permitirá reducir el número de estancias inapropiadas. La ausencia de codificación diagnóstica en nuestro Servicio dificulta en gran medida el análisis exhaustivo de las diferentes patologías.



ANÁLISIS DE LOS INGRESOS EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO DE CORTA ESTANCIA DURANTE LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS.

S. Suárez Saavedra, A. Pérez Guirado, A. Calvo Gómez-Rodulfo, B. Fernández Barrio, R. Quiroga González, J.I. Fanjul Fernández.

Servicio de Pediatría. Hospital Central Universitario de Asturias. Oviedo. Asturias.

Antecedentes: El Hospital Pediátrico de Corta Estancia (HPCE) de nuestro Departamento consta de 6 camas y funciona para observación y tratamiento de niños que inicialmente no requieren ingreso en planta de hospitalización. Existen pocos estudios sobre los pacientes que ingresan en estas unidades, cada vez más utilizadas por proporcionar diagnóstico y tratamiento de forma eficiente con reducción de costes y optimización de recursos.

Objetivos: Conocer las características de los pacientes y las patologías que ingresan en el HPCE; determinar las estancias prolongadas y las derivaciones a hospitalización.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, descriptivo de los ingresos en el HPCE durante 4 años (enero-00 a diciembre-03). Datos obtenidos del registro de ingresos e historias clínicas (edad, sexo, servicio responsable, tipo de patología, día, turno y mes de ingreso, estancia y evolución). Los resultados se almacenaron en una base de datos en el programa SPSS® y se realizó análisis estadístico de los mismos.

Resultados: Ingresaron en el HPCE en el periodo de estudio 5.375 pacientes (3,67 pacientes/día) con edad media de $60,45 \pm 50,3$ meses y predominio de varones (60%). Los ingresos fueron significativamente más frecuentes en turno de tarde (41,5%) y los días de menos ingresos fueron sábados y domingos, en relación inversa a la asistencia a Urgencias. 3/4 partes de los ingresos fueron realizados por Pediatría y un 18% por Cirugía Pediátrica. Respecto a los ingresos del Servicio de Pediatría, un 23,4% correspondió a procesos digestivos, el 13,7% a procesos infecciosos que incluían fiebre sin foco y el 11,9% a procesos respiratorios. Se apreció disminución de los ingresos en meses de verano en relación con una menor frecuentación a Urgencias de Pediatría. La estancia media fue de $17,6 \pm 11,8$ horas con un 9,6% de pacientes con una estancia superior a 36 horas. El 80,6% de pacientes fueron dados de alta a domicilio con un porcentaje significativo (18,6%) que fue trasladado a planta de hospitalización, quirófano o cuidados intensivos.

Comentarios: El HPCE es una herramienta útil para la observación y tratamiento de pacientes sin patologías graves en las primeras horas de evolución de su enfermedad. En nuestro estudio, el número de pacientes con estancia prolongada (> 36 horas) no es elevado e indica una adecuada rotación de las camas. El porcentaje de pacientes trasladados desde el HPCE a hospitalización es alto, lo que indica una inadecuada utilización del mismo para determinadas patologías. El establecimiento de criterios de ingreso para el HPCE y vías clínicas para algunas patologías permitirá reducir el número de estancias inapropiadas.



VALORACIÓN DEL USO DE LA UNIDAD DE OBSERVACIÓN PEDIÁTRICA DE UN HOSPITAL TERCIARIO.

S. Conde, A.B. Lázaro, C. Ruiz de la Cuesta, C. Campos, S. Rite, L. Martín.

Unidad de Urgencias. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

Introducción: La función de una unidad de observación de corta estancia es la vigilancia e intervención durante periodos cortos de tiempo de determinadas patologías en espera de su mejoría o, en caso necesario, ingreso hospitalario. El objetivo de este estudio es evaluar el uso de nuestra unidad y los cambios producidos tras la revisión de nuestros protocolos de urgencias en 2002.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los niños ingresados en esta unidad en el segundo semestre de 2001 y de 2003, y comparación de ambos periodos. Variables recogidas: edad, sexo, hora y motivo de ingreso, procedencia, pruebas y tratamientos realizados, estancia, destino al alta y reincidencia. Análisis estadístico mediante test de Chi-cuadrado, t de Student y U de Mann-Whitney (significación estadística si $p < 0,05$).

Resultados: Se han recogido datos de 2.502 niños ingresados en los años 2001 (1.358) y 2003 (1.144), representando respectivamente el 4,82% y el 3,80% del total de niños atendidos en urgencias, siendo esta diferencia significativa. Encontramos una disminución significativa en la estancia media (5,56 horas en 2001 vs. 5,00 horas en 2003). El motivo más frecuente de ingreso en ambos periodos fue la patología digestiva. El grupo de edad entre 1 y 3 años ha sido el de mayor porcentaje de ingresos en ambos periodos. Encontramos un aumento significativo en el porcentaje de pacientes derivados de otros centros sanitarios (13,0% en 2001 vs. 18,9% en 2003), así como en el porcentaje de pacientes que requirieron tratamiento quirúrgico (4,4% vs. 5,7%).

Conclusiones: En nuestra unidad hemos observado principalmente una disminución del porcentaje de ingresos y de la estancia media, así como un aumento del número de ingresos por TCE e intoxicaciones y del porcentaje de ingresos procedentes de otros puntos de atención sanitaria.



UTILIDAD DE UNA SALA DE OBSERVACIÓN EN ÁREA DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS PARA MANEJO DE GASTROENTERITIS AGUDA.

M. Garatea Rodríguez, M. Herranz Aguirre, D. Martínez Cirauqui, M. González Villar, C. Romero Ibarra, F. Sánchez-Valverde.

Servicio de Pediatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

Introducción: La gastroenteritis aguda (GEA) es muy frecuente en la infancia generando muchas consultas en Urgencias Pediátricas.

En nuestro hospital disponemos de una Unidad de Observación (UO) en urgencias desde junio de 2001 que permite el manejo de estos casos.

Objetivos:

1. Describir los casos de GEA ingresados en la UO en los 2 primeros años de actividad.
2. Comparar los ingresos por GEA en planta de hospitalización antes y después de la instauración de la UO.

Material y métodos:

1. Los casos de UO se recogieron mediante muestreo consecutivo analizándose diagnóstico, edad, tiempo de estancia, destino.
2. Se recogieron los datos de los hospitalizados con diagnóstico al alta de GEA de junio-99 a mayo-03, la selección de los casos se hizo mediante un sistema de codificación diagnóstica. Se recogieron las variables edad, duración del ingreso, coprocultivo, complicaciones, enfermedad de base. Se analizaron los datos mediante paquete estadístico de SPSS con test chi-cuadrado y ANOVA.

Resultados:

1. En la UO ingresaron 2438 niños de junio-01 a mayo-03, de estos 305 eran GEA. El número de ingresos en planta procedentes de la observación es significativamente menor si se trata de una GEA (17%) que de otra enfermedad (25%), $p < 0.001$
2. El número de hospitalizaciones por GEA disminuyó de 362 a 285 después de la UO. Los niños hospitalizados posteriormente a la UO tenían más patología de base, $p = 0.003$ y más coprocultivos positivos (44,5% vs 55%) $p = 0.0005$.
Para la edad no se encontraron diferencias significativas, excepto para el grupo de edad 0-12 meses, que después de la UO tenían menor edad, $p = 0.004$.
Para el resto de las variables no se encontraron diferencias significativas.

Conclusiones: La sala de observación es útil en el manejo de las GEA. Los pacientes ingresados en planta son más complejos tras la instauración de la UO.



SESIÓN DE POSTERS EXPUESTOS 7

Sábado 8 de mayo de 2004, de 8.00 a 9.30 horas

GOLPE DE CALOR EN PEDIATRÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

S. Sánchez Pérez, J. Pérez Sánchez, T. Gili Bigatà, S. Teodoro Marín, J. Travería Casanova, J. Rivera Luján.
Servicio de Pediatría. Hospital de Sabadell. Instituto Universitario Parc Taulí.

Fundamento y objetivo: El golpe de calor es una patología poco prevalente en pediatría, aunque su frecuencia aumenta en épocas de olas de calor, cuyo pronóstico que depende de un rápido diagnóstico y tratamiento, por lo que es importante un alto índice de sospecha diagnóstica en urgencias.

Observaciones clínicas: Paciente de 21 meses, afecto de una hipotonía severa y retraso mental no filiado, con padres consanguíneos, de etnia gitana y condiciones socioeconómicas desfavorables, que consulta por un cuadro de vómitos y deposiciones mucosas con febrícula 37.2°C, que se orienta como virasis y se remite a domicilio. Persiste el cuadro, con decaimiento, fiebre no termometrada y encontrando al niño poco reactivo, por lo que consultan de nuevo. A la exploración llama la atención malestado general, taquicardia (210 lpm), hipotensión arterial (TA:70/56), fiebre elevada (T^a:40°C), signos de deshidratación importantes, mala perfusión periférica, respiración acidótica, y letargia.

Analíticamente destaca hemograma y coagulación normal, acidosis metabólica severa (EB: -16) compensada respiratoriamente (pCO₂:15), uremia (urea:94, creat:1.7) con iones y glicemia normales. Ante deshidratación severa con shock hipovolémico se administran cargas de volumen y se traslada a UCIP, donde se pauta corrección hidroelectrolítica, mejorando el estado hemodinámico y la letargia, pero persistiendo anhidrosis e hipertermia de 40-41°C, refractaria a antitérmicos pero que mejora con medidas físicas, y evolucionando analíticamente hacia fallo hepático con coagulopatía (AST:2320, ALT:2530, Quick ratio >1.9, TTPA ratio >1.6, Dímeros D:1373), miolisis (CPK: 2040, CPK-MB: 101), ác. láctico 15.4 y LDH: 2202. Se descarta infección SNC, metabopatía e hipertermia maligna. Progresa favorablemente con normalización analítica a los 5-6 días del ingreso y cese de la hipertermia.

Comentarios: El golpe de calor clásico afecta principalmente a ancianos, pacientes con enfermedad de base y lactantes/niños pequeños expuestos a condiciones ambientales extremas. Se caracteriza por una hipertermia severa (fallo de termoregulación) con disfunción neurológica y afectación multiorgánica, que conlleva una morbimortalidad elevada (10-70%), que con tratamiento precoz (adecuada rehidratación, enfriamiento rápido y control complicaciones) puede tener una supervivencia del 90%.



ISOINMUNIZACIÓN RH E INMIGRACIÓN.

J.L. Hernández Zabalza, M. Garriga Badia, J. Pineda Sánchez, A. Navarro Rodríguez, E. Macià Riudevall, S. Nevot Falcó.

Servei de Pediatria. Hospital Sant Joan de Déu. Althaia. Xarxa assistencial.

Fundamento y objetivo: La isoinmunización Rh es una patología que en los últimos años ha disminuido su gravedad e incidencia, debido a la mejoría del control obstétrico, los tratamientos intraútero y la gammaglobulina anti-D. Con la llegada de la inmigración y el escaso control obstétrico de algunas de estas gestantes, vuelven a aparecer recién nacidos afectados de isoinmunización Rh.

Observación clínica: Presentamos dos casos de niños afectados de isoinmunización Rh. Ambos son hijos de inmigrantes, uno ecuatoriano y el otro magrebí. En ambos casos fueron gestaciones escasamente controladas.

El primero nació presentando una anemia (hematócrito: 35%) e ictericia muy precoz, con Coombs directo positivo, que hizo sospechar una isoinmunización, iniciándose tratamiento con buena respuesta, sin llegar a cifras de exanguinotransfusión. Preciso dos transfusiones de concentrado de hematíes por la anemia hemolítica tardía.

El segundo caso corresponde a una segunda gestación de una madre magrebí, cuyo primer hijo falleció en Marruecos a los 6 meses de edad por causa desconocida. En el primer control efectuado en nuestro Centro a las 36 semanas, se objetiva en el registro cardiotocográfico un ritmo silente y ausencia de movimientos fetales, efectuándose una cesárea urgente. Nace un varón de 3.200 g, con Apgar 8/9/9, intensa palidez e ictericia cutánea. Primera analítica: hematíes: $1,10^6$, hemoglobina: 6,3 g/dl, hematócrito: 16%, plaquetas 97.000 y bilirrubina: 7,3 mg/L. Coombs directo y indirecto positivos. Este niño presentó dificultad respiratoria progresiva con saturaciones del 62%, por lo cual tubo que ser intubado y ventilado. Se inició transfusión sanguínea. Fue trasladado a un Hospital de tercer nivel precisando dos exanguinotransfusiones.



TUMOR DE WILMS EN NIÑO CON TRASPLANTE RENAL. A PROPÓSITO DE UN CASO.

D. Crespo, C. Gutiérrez, B. Riaño, J. Delgado, A. Casanova, R. Zabalza.

Servicio Urgencias Pediátricas. HGU Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción: Los pacientes receptores de órganos tienen un elevado riesgo de desarrollar neoplasias. En la edad pediátrica, la mitad de las mismas son desórdenes linfoproliferativos, generalmente en relación con primoinfección por VEB. Se ha sugerido que la administración de GH en pacientes post-trasplantados pediátricos incrementa el riesgo de padecer cáncer.

Caso clínico: Niña de 6 años portadora de un trasplante renal desde hace 11 meses (en tratamiento inmunosupresor con FK-506, Tacrolimus y Prednisona) que acude a urgencias por presentar desde 3 días antes dolor en hipocondrio izquierdo definido como pinchazos que aumenta con los movimientos y cede con reposo. Afebril, sin otra sintomatología acompañante. AP: Insuficiencia renal terminal secundaria a hialinosis segmentaria y focal, tratada tras CAPD y hemodiálisis con trasplante renal de cadáver. Precisó posteriormente 2 ingresos: sepsis por *Pseudomonas aeruginosa* (3 meses post-trasplante) e infección por CMV (9 meses post-trasplante). Exploración: buen estado general. Palidez mucocutánea. Abdomen blando, se palpa masa dura y dolorosa, bien delimitada, de unos 4 centímetros localizada en hipocondrio izquierdo. No adenopatías ni hepatoesplenomegalia. Pruebas complementarias: en hemograma y bioquímica sanguínea destacan Hb 9.2 g/dl, Hto 27.9%, LDH 1420 U/l y VSG 75. Sistemático de orina: Hb +. Ecografía abdominal: masa redondeada bien delimitada de 10.9x9.5x8.7 cms, con contorno nítido e hipocóico, y contenido heterogéneo con pequeñas áreas anecoicas. Parece en relación con riñón izquierdo, que apenas se vislumbra. No sobrepasa la línea media y está muy vascularizada. No hallazgos valorables en injerto renal. Evolución: se completó estudio diagnosticando tumor de Wilms (estadio I e histología intermedia) en riñón nativo izquierdo. Se trató mediante quimioterapia preoperatoria y resección quirúrgica, con remisión completa. Posteriormente se extirpó el riñón nativo derecho.

Conclusiones: Los niños receptores de riñones donantes tienen riesgo aumentado de desarrollar neoplasias renales. Estas son con mayor frecuencia sobre los riñones nativos. Ello justifica la exéresis de los riñones enfermos y la realización periódica de ecografías tanto de los riñones propios como del trasplantado.



ESTACIÓN CLÍNICA. INFORMATIZACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS.

M. Santos, M. Fariñas, B. Riaño, R. Marañón, C. Merello, E. Herrero.

Servicio Urgencias Pediátricas. HGU Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción: La estación clínica informatizada es una herramienta de soporte asistencial para facultativos y personal de enfermería que se integra en los diferentes sistemas informáticos del hospital. Además de las mejoras a nivel asistencial, proporciona posibilidades de explotación estadística, optimización de recursos y la posibilidad de la historia clínica única. La estación clínica informatizada es una nueva herramienta de gestión de la información clínica del paciente, más ágil, para sustituir el sistema del papel.

Material y métodos: El programa estación clínica informatizada está desarrollada por Siemens realizada con tecnología web, en Java, que se adapta al Intranet del hospital. El uso de la aplicación se basa en la toma de datos a partir de formularios diseñados específicamente para cada tarea: triage, exploración médica y cuidados de enfermería. Los informes son generados en Microsoft Word, a través de distintas plantillas según patologías.

Comentarios: La utilidad de la estación clínica informatizada en la urgencia permite:

- La ubicación instantánea de cada paciente.
- La consulta electrónica del historial del paciente.
- La integración de los resultados de laboratorio y de rayos.
- La explotación de datos epidemiológicos.
- Un mejor control de los recursos humanos y materiales.
- Una mejor gestión informática del alta que facilita una mayor comprensión de las altas del informe médico por parte de los pacientes.



MALFORMACIÓN VENOSA: CAUSA POCO FRECUENTE DE COJERA EN NIÑOS.

M.J. Navarro, P. Falero, L. Sentchordi, M.J. Santiago, M.D. Sánchez-Redondo.

Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Fundamento y objetivos: Las malformaciones vasculares son producto de alteraciones ocurridas durante la morfogénesis vascular. Se clasifican en arteriales, venosas, capilares o linfáticas. Las más frecuentes son las venosas; éstas afectan más frecuentemente a las extremidades.

Observaciones clínicas: *MC:* Niño de 3 años que ingresa por vómitos y diarrea de 3 días de evolución. Presenta febrícula e impotencia funcional del miembro inferior izquierdo, sin traumatismo previo. *Exploración:* BEG, bien hidratado. Telangiectasias rojo violáceas en región lateral externa del muslo izquierdo. Dolor a la movilización de cadera y rodilla izquierda, con discreto aumento de tamaño y temperatura del muslo. Resto de exploración normal. *Exámenes complementarios:* Hemograma normal, bioquímica sanguínea: leve deshidratación hiponatémica. Rx de cadera, rodilla y muslo izquierdos normales. *Evolución:* Desde el punto de vista infeccioso ha sido favorable con mejoría del estado general tras corrección de las alteraciones hidroelectrolíticas. Ante la sospecha de sinovitis transitoria de cadera se realiza tratamiento con Ibuprofeno y reposo, con mejoría transitoria. Al 4º día presenta inflamación brusca del muslo izquierdo con impotencia funcional. Se descarta miositis asociada y se realiza Ecografía-doppler y RNM del muslo izquierdo compatibles con malformación venosa y probable fenómeno trombótico asociado al cuadro agudo de base. Tratamiento: Ante el tamaño de la lesión se realiza un intento fallido de esclerosis con control angiográfico, tras lo cual se realiza extirpación quirúrgica.

Comentarios:

1. El traumatismo es la causa más frecuente de cojera en los niños. Entre las causas no traumáticas a los 2-12 años destacan sinovitis transitoria, enfermedad de Perthes e infecciones articulares; otras causas menos comunes son las malformaciones vasculares.
2. Aunque las malformaciones vasculares son congénitas, pueden manifestarse en la infancia o adolescencia como inflamación o dolor explicado por trombosis intralesional.
3. La aspirina y el vendaje elástico son tratamiento sintomático. El tratamiento definitivo es la esclerosis de la lesión con control angiográfico, precisando resección quirúrgica en algunos casos.