



BILBAO

6, 7 y 8 de mayo - 2004

**IX REUNIÓN ANUAL DE LA SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA**

I Symposium Internacional de Urgencias Pediátricas

posters V



SESIÓN DE POSTERS DEFENDIDOS 5

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

Moderador: J. Alustiza

REGISTRO DE TRAUMA PEDIÁTRICO EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA: CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES.

S. García González, M. González Balenciaga, J. Sánchez Etxaniz, S. Mintegi Raso, J. Benito Fernández, S. Capapé Zache.

Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Barakaldo. Bizkaia.

Objetivo: describir las características de los traumatismos pediátricos (0-14 años) que ingresan en el Hospital (Unidad de Observación -UO-, planta y/o Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos -UCIP-).

Material y método: estudio retrospectivo de 516 traumatismos pediátricos que precisan ingreso hospitalario entre Abril-2002 y Diciembre-2003.

Resultados: Entre Abril-2002 y Diciembre-2003 ingresaron 516 traumatismos, 207 correspondían a fracturas de extremidades aisladas no incluidas en el estudio global. De los 309 restantes, 214 (69.3%) eran varones y el 50.6% menores de 5 años.

Los mecanismos más frecuentes fueron: caída casual (95, 30.7%), caída de altura (54, 17.5%) y accidentes de tráfico/atropello 40 (12.9%).

Reciben atención prehospitalaria 98 (31.7%). De éstos, 34 (34.6%) acuden con inmovilización cervical, 13 (13.2%) con inmovilización corporal, reciben líquidos intravenosos 17 (5.5%), medicaciones 13 (4.2%) y 4 (4%) acuden intubados.

El 8,1% fueron trasladados desde otro Hospital.

El pediatra atendió a todos los niños salvo a 5, 128 (41.4%) junto con otro especialista. El especialista que más intervino fue el cirujano plástico en 66 (51%).

Los hallazgos en la exploración más frecuentes se encontraron en la cabeza (195, 63.1%). El diagnóstico más frecuente fue el traumatismo craneal sin fractura ni lesión intracraneal (114, 36,8%). Presentaron lesión intracraneal 16 (5.1%).

Ingresaron 163 (52,7%) en UO, 121 (39,1%) en planta y 25 (8%) en UCIP.

De los 309, 22 (7%) fueron politraumatismos. Fallecieron dos niños.

Conclusiones:

- La atención prehospitalaria juega un papel importante en la atención de algunos de estos niños, en nuestra serie hasta de un 1/3.
- El abordaje inicial en urgencias en ocasiones requiere la atención integrada de varios especialistas.
- En nuestra serie casi un 10% los consideramos graves porque precisan ingreso en UCIP y/o porque son politraumatismos.
- Estos hechos recomiendan poseer un equipo de trauma pediátrico y una atención organizada y sistematizada a los traumatismos.



PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICOS EN URGENCIAS A LOS NIÑOS CON TRAUMATISMOS QUE INGRESAN EN EL HOSPITAL.

M. González Balenciaga, S. García González, M. Vázquez Ronco, S. Mintegi Raso, J. Benito Fernández, S. Capapé Zache.

Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Barakaldo. Bizkaia.

Objetivo: describir los procedimientos diagnóstico-terapéuticos realizados en Urgencias de Pediatría (UP) a los niños con traumatismos que precisan ingreso hospitalario (Unidad de Observación, planta y/o UCIP).

Material y métodos: estudio retrospectivo de 516 traumatismos atendidos en UP previo al ingreso hospitalario entre Abril-2002 y Diciembre-2003. Se extraen datos del registro de trauma pediátrico.

Resultados: de los 516 traumatismos, excluimos 207 con fracturas de extremidades. En éstos, el pediatra de urgencias exclusivamente decidió el tipo de exploración radiológica y la analgesia a pautar.

En los 309 restantes, la prueba radiológica más realizada fue la radiografía de cráneo en 111 (35.9%, alteradas el 36%), en 89 (28.8%) se realizó TAC craneal (33 patológicas, 37%: 16 lesiones intracraneales y 18 fracturas) y radiografía de tórax a 76 (24.5%). Se realizaron 26 ecografías abdominales (8.4%, alteradas el 30.7%) y 13 TAC abdominal (4.2%, alteradas el 46.1%). Se practicaron 50 radiografías cervicales (una alterada) y 29 radiografías de pelvis (una alterada).

Se canalizó vía periférica en 189 (61.1%). No fue necesario ningún acceso venoso central. En 124 (40.1%) se realizó analítica, recibieron líquidos IV 115 (37.2%) y en 86 (27.8%) se administró alguna medicación. Tres precisaron transfusión sanguínea.

Un paciente fue intubado en UP tras la administración de fármacos y 4 fueron manejados con ventilación mecánica al acudir intubados al Hospital. En dos se realizó toracocentesis y colocación de tubo de drenaje. Se colocó sonda urinaria y sonda nasogástrica en 7 y 6 pacientes respectivamente.

Conclusiones:

- Aun en los niños con traumatismos que precisan ingreso, la realización de procedimientos mayores en urgencias es excepcional. Esta excepcionalidad obliga a la necesidad de formación continuada en el paciente crítico.
- El rendimiento de las exploraciones es irregular, siendo escaso en pruebas como la radiografía cervical y de pelvis y alto en pruebas como la TAC abdominal.



CARACTERÍSTICAS DE LOS NIÑOS CON TRAUMATISMOS ATENDIDOS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA QUE INGRESAN EN CUIDADOS INTENSIVOS.

M. González Balenciaga, S. García González, E. Mora González, M. Vázquez Ronco, J. Benito Fernández, S. Capapé Zache.

Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Barakaldo. Bizkaia.

Objetivo: describir las características de los niños con traumatismos atendidos en Urgencias de Pediatría (UP) que precisan ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP).

Material y método: estudio retrospectivo de 25 traumatismos que ingresaron en UCIP entre Abril-2002 y Diciembre-2003 tras abordaje inicial en UP. Se extraen datos del registro de trauma pediátrico.

Resultados: de los 25, 20 (80%) eran varones y el 72% mayores de 5 años. La mayoría de los niños (80%) fueron atendidos entre las 16 y 24 horas. Los accidentes de coche y bici fueron los mecanismos más frecuentes, 6 y 5 casos respectivamente.

De los 25, 19 (76%) reciben atención prehospitalaria. Ocho niños (32%) acuden con collarín cervical, 7 (28%) con inmovilización corporal, 4 (16%) intubados, 11 (44%) reciben líquidos intravenosos y 8 (32%) alguna medicación. El 36% son trasladados desde otro centro hospitalario.

Todos los niños fueron atendidos por el pediatra de urgencias y 18 (72%) junto con otro especialista, el que más intervino fue el neurocirujano en 7 (28%).

Los hallazgos más frecuentes fueron a nivel de la cabeza (17, 68%) y en 10 (40%) alteración neurológica (Glasgow < 15).

El diagnóstico más frecuente fue la lesión intracraneal (19, 40%), 5 (20%) pacientes presentaron lesión intraabdominal. Hasta 10 (40%) presentaron más de una lesión traumática.

Precisaron ingreso hospitalario más de 7 días 18 niños (72%). Fallecieron dos niños.

Conclusiones:

- Los niños que ingresan UCIP requieren en muchas ocasiones una atención organizada desde el momento que se produce el accidente hasta su llegada a un servicio de urgencias hospitalario donde la intervención de varios especialistas puede ser necesaria. Esto hace necesario la creación de programas de atención al traumatismo grave.
- Las lesiones intracraneales y la presencia de más de una lesión traumática son las causas más frecuentes de ingreso en UCIP.



ACTUACIÓN EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS ANTE TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO.

I. Echevarría *, G. Navarro*, C. Campos *, J. Melendo**.

**Unidad de Urgencias. **Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza.*

Objetivos: 1) Conocer las características epidemiológicas y clínicas de los traumatismos craneoencefálicos (TCEs) atendidos en la Unidad de Urgencias y 2) valorar la idoneidad del protocolo de atención a los TCEs vigente, sobre todo en lo referente a la utilización de pruebas radiológicas y de la Unidad de Observación.

Métodos: Estudio retrospectivo de 575 TCEs asistidos entre Septiembre y Diciembre del 2003, que suponen el 4.3% de las urgencias de dicho periodo (n=13.202).

Resultados: El motivo de consulta más frecuente fue caída accidental aislada (90%). Los TCEs fueron más frecuentes en varones (n=389) y en menores de 3 años (55%). Los TCEs se produjeron con más frecuencia en viernes y domingos y en Octubre (30.4%). Precisaron ingreso en la Unidad de Observación el 27%, con una estancia media de 4 horas, siendo los pacientes de 1 a 3 años el grupo de edad predominante. El 7.8% de los pacientes fue remitido desde otros centros, precisaron vigilancia en la Unidad de Observación el 55.6% y se procedió al ingreso el 22%. Del total de TCEs, 31 pacientes precisaron ingreso (5,4%), siendo el 54.7% mayores de 3 años. El diagnóstico más frecuente fue fractura craneal (58%). Se realizó radiografía de cráneo al 73% de los pacientes atendidos y TAC craneal al 67.7% de los ingresos. La estancia media fue 4.6 días. Se produjo politraumatismo grave en el 10% de los ingresos, siendo la precipitación la etiología más frecuente.

Comentarios: A pesar de las controversias, la radiografía de cráneo es una prueba habitual en nuestra Unidad de Urgencias. La observación durante las primeras horas tras el traumatismo es la pauta de actuación más frecuente ante un TCE. La utilización de la Unidad de Observación permite disminuir el número de ingresos hospitalarios. En presencia de vómitos, disminución de conciencia o fractura consideramos indicado el ingreso y/o TAC craneal.



TRAUMATISMO CRANEAL PEDIÁTRICO.

J.A. Navascués, A. de la Huerga, C. Míguez, R. Marañón, P. Vázquez, J. Vázquez.
Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos: Analizar algunos de los aspectos epidemiológicos de los traumatismos craneales pediátricos en nuestro medio.

Material y métodos: Entre Enero de 1.995 y Abril de 2.002 fueron ingresados en nuestro Centro 2.633 niños por traumatismos, de los que 919 (34.9%) sufrieron un traumatismo craneal y constituyen la población del presente estudio.

Resultados: Hubo un claro predominio del sexo varón (n=607, 66.1%). La distribución fue bastante homogénea en todas las edades, aunque predominaron los niños de 14-15 años (n=178, 19.4%). Los mecanismos más frecuentes fueron las caídas accidentales (37.8%), seguidas de los atropellos (13.5%), las precipitaciones (10.7%), y los accidentes de automóvil (8.9%). El 62.7% fueron traumatismos craneales (TC) aislados y el 37.3% asociados a lesiones extracraneales (EC), principalmente del aparato locomotor (n=144) y faciales (n=142). Comparando ambos grupos (TC y EC), se hallaron grandes diferencias en cuanto a edad, etiología, severidad, necesidad de cuidados intensivos, estancia hospitalaria y morbimortalidad, que fueron claramente superiores en el segundo grupo. Según la escala de coma de Glasgow, hubo 43 traumatismos craneales severos, 89 moderados y 787 leves. Sin embargo, en 6 de los moderados y en 24 de los leves se diagnosticaron lesiones intracraneales como hemorragias, hematomas y contusiones cerebrales, a pesar de que sólo se realizó TAC craneal a un tercio y una décima parte de los niños, respectivamente. Casi la mitad de los traumatismos craneales severos se produjeron en accidentes de automóvil, y en ninguno de ellos los niños eran portadores de dispositivos de retención. Se realizaron 24 intervenciones neuroquirúrgicas en 21 pacientes. Los 10 niños que fallecieron habían sufrido un traumatismo craneal severo, siendo en este grupo la mortalidad del 23.3%. Estos fallecimientos representaron el 76.9% del total de muertes por trauma en el periodo de estudio.

Conclusiones: Los traumatismos craneales constituyen la primera causa de muerte en la infancia, y los casos mortales se asocian principalmente a accidentes de automóvil en los que el niño no lleva ningún dispositivo de retención. Una puntuación elevada en la escala de coma de Glasgow no excluye en absoluto la posibilidad de que exista una lesión intracraneal.



TRAUMATISMOS TORACOABDOMINALES EN EL NIÑO.

J.A. Navascués, A. de la Huerga, C. Míguez, R. Marañón, P. Vázquez, J. Vázquez.
Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos: Analizar las características comunes y diferenciales de los traumatismos torácicos y abdominales en el niño.

Material y métodos: Se analiza la información de los 275 niños que ingresaron en nuestro Centro entre los años 1995 y 2003 tras sufrir un traumatismo torácico o abdominal. Se divide a los pacientes en 3 grupos: los que sufrieron un traumatismo torácico sin lesiones abdominales asociadas (TT, n=97), los que sufrieron un traumatismo abdominal sin afectación torácica (TA, n=129) y los que padecieron ambos tipos de lesiones (TTA, n=49).

Resultados: Los niños con lesiones torácicas (n=146) representaron el 5.2% del total de niños ingresados por traumatismos (n=2824) y los que sufrieron un traumatismo abdominal (n=178) el 6.3%. La razón entre sexos fue de 1.7 a 1 en el grupo TT, de 2.4 a 1 en el TA y de 1.9 a 1 en el TTA. La edad promedio de los niños del grupo TT fue de 10.9 años, la del grupo TA de 9.3 y la del grupo TTA de 10.7 años. Las etiologías más frecuentes en el grupo TT fueron las caídas (17.5%) y los atropellos (16.5%), en el grupo TA las caídas (16.3%) y los accidentes de automóvil (14.7%) y en el grupo TTA los accidentes de automóvil (30.6%) y los atropellos (24.5%). El 54.6% de los niños del grupo TT asociaron un traumatismo craneoencefálico y el 39.2% lesiones de extremidades. En el grupo TA ambos porcentajes fueron del 37.2 y 32.6%, y en el grupo TTA del 57.1 y 44.9%, respectivamente. El 13.4% de los niños del grupo TT precisaron cuidados intensivos, frente al 7.7% en el grupo TA y el 30.6% en el TTA, siendo las diferencias estadísticamente significativas para ambos parámetros. La mortalidad fue del 1, 0 y 2%, respectivamente, siendo la causa de muerte la asociación a un traumatismo craneal severo en todos los casos.

Conclusiones: Los tres grupos analizados mostraron marcadas diferencias epidemiológicas. Los traumatismos torácicos y abdominales se asocian entre ellos con gran frecuencia, así como a otras lesiones.



MANEJO EN UCI DEL TRAUMATISMO ABDOMINAL CERRADO EN NIÑOS: ACTITUD NO QUIRÚRGICA ANTE TRAUMATISMOS ESPLÉNICOS Y HEPÁTICOS.

F. Alonso, M. González, R. Reig, M. Herrera, J. Mira, J. Flores.

Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos y Servicio de Pediatría del Hospital General de Alicante.

Introducción: los traumatismos abdominales cerrados (TAC) son la principal causa de lesión intrabdominal pediátrica. Afectan, por orden de frecuencia, bazo, hígado, intestino delgado y duodenopáncreas. En las últimas décadas se ha establecido una actitud conservadora (no quirúrgica) ante los TAC hepatoesplénicos, basándose en el estado hemodinámico del niño, mostrando numerosas series buen pronóstico y menores requerimientos transfusionales.

Material y métodos: revisamos los ingresos en los últimos 7 años en UCI-pediátrica de nuestro hospital, referencia provincial en UCI y cirugía infantiles. Clasificamos las lesiones esplénicas según porcentaje de órgano afectado (S.J. Bond 1996) y las hepáticas según la "Hepatic Injury Scale 1989".

Resultados: hallamos 28 niños con TAC (1.7-15 años), 16 por accidente de tráfico. 8 recibieron ECO, 6 TC, y 14 ECO+TC. 13 presentaron lesión esplénica, 8 hepática y 2 ambas. Hubo 2 hemoperitoneos sin lesión visceral, 1 traumatismo vesicular, 1 hematoma de meso, 1 rotura duodenal y 1 de páncreas. Entre las lesiones asociadas destacan 12 TCE (7 graves), 7 traumatismos torácicos (3 hemoneumotórax), 1 fractura pélvica, y 4 femorales. Entre los traumatismos esplénicos hubo 5 grado I, 5 g II y 5 g III, requiriendo 7 cirugía (4 esplenectomía). En los hepáticos 4 eran g III, 2 g II y 1 g I, g IV y g V: sólo 1 requirió cirugía. La cirugía se basó en la inestabilidad hemodinámica (shock hemorrágico, anemia). 15 niños requirieron transfusión de hematíes: 9 intervenidos (32.6ml/Kg de media) y 5 tratamiento conservador (media 18.0 ml/Kg). Ningún paciente con hemoperitoneo aislado fue operado. Los hematomas de meso, rotura duodenal y pancreática fueron intervenidos de urgencia. 2 pacientes requirieron soporte inotrópico. 2 niños fallecieron: 1 TCE-severo y 1 hemotórax masivo (PRISM al ingreso de 19 y 26).

Conclusiones: Nuestra muestra, aunque sin un volumen suficiente como para extraer inferencias significativas, refleja bien la mayor frecuencia de lesiones esplénicas y hepáticas y la tendencia al tratamiento conservador de las mismas.



CALCIFICACIÓN DE DISCOS INTERVERTEBRALES COMO CAUSA DE DOLOR CERVICAL.

L. Gómez Gómez, M. Garatea Rodríguez, F. Gallinas Victoriano, F.J. Molina Garicano, N. Clerigué Arrieta, N. Viguria Sánchez.

Servicio de Pediatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

Introducción: En la infancia, las calcificaciones de discos intervertebrales (CDIV) como causa de tortícolis son raras y existen pocos casos descritos en la literatura. Presentamos un paciente con clínica de dolor cervical y tortícolis con CDIV múltiples.

Caso clínico: Paciente de 4 años. Acude al Servicio de Urgencias por presentar, 24 horas de evolución de dolor cervical, de aparición brusca y que limita la movilidad, sin otros síntomas acompañantes. No refiere antecedente traumático.

Antecedentes: familiares y personales sin interés. **Exploración física:** Afebril. Posición antiálgida. Movilidad cervical limitada por importante dolor a la flexión e hiperextensión. ORL: normal no apreciándose adenopatías ni otras masas cervicales. Resto de exploración por aparatos normal. **Exámenes complementarios:** Serie roja y plaquetar normales. Leucocitos: 9.500/mm³ (42.6%N, 42.5%L, 6.3%M) PCR: 1.2 mg/dl. Urea: 34 mg/dl. Creatinina: 0.4 mg/dl. Ca: 10 mg/dl. P: 5.9 mg/dl. GST: 13 U/L. GOT: 27 U/L. CK: 75 U/L. Ferritina: 36.4 ng/ml. PTH: 19.2 pg/ml. ANA: negativo. FR: negativo. Radiografía de columna cervical: Calcificación en discos intervertebrales C2-C3 y C5-C6, sin disminución de altura, con herniación anterior. **Evolución y tratamiento:** Se inicia tratamiento conservador con collarín cervical y antiinflamatorios no esteroideos, mejorando progresivamente hasta desaparecer la sintomatología.

Discusión: Las CDIV en la infancia son un hallazgo raro. Se producen en el núcleo pulposo y se cree que los síntomas aparecen coincidiendo con la resorción del disco calcificado. Suelen ser múltiples (en la literatura encontramos hasta 8 discos afectados en un paciente), los más frecuentemente afectados son C6-C7. Las complicaciones son muy raras y secundarias a herniación y protusión del disco. Se desconoce la etiología existiendo hipótesis que apuntan hacia microtraumatismos o infecciones como mecanismos patogénicos. En general, se trata de un proceso autolimitado y que no precisa la realización de más estudios de imagen (tomografías o resonancias) salvo que exista sintomatología neurológica acompañante.



ESPONDILODISCITIS: UN RETO DIAGNÓSTICO.

Y. Lage Alfranca, S. Quevedo Teruel, C. Calvo Rey, I. Pinto Fuentes, F. Verjano Sánchez.
H. Severo Ochoa. Leganés. Madrid.

Introducción: La espondilodiscitis es una inflamación del disco intervertebral y de las vértebras adyacentes. Su diagnóstico no siempre resulta fácil en las fases iniciales por presentar unas manifestaciones clínicas inespecíficas. Es importante hacer un diagnóstico precoz e iniciar cuanto antes el tratamiento para evitar secuelas ortopédicas que pueden producirse si se retrasa éste.

Material y métodos: Se realiza un estudio retrospectivo descriptivo de las espondilodiscitis entre 1998 y 2004. Se recogen datos epidemiológicos clínicos, analíticos y pruebas de imagen así como el tratamiento y la evolución a largo plazo.

Resultados:

En esta tabla se muestran las principales características clínicas de los pacientes:

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Edad (meses)	14	19	28	21
Sexo	V	V	M	V
Fiebre	SÍ	SÍ	NO	NO
Cojera	SÍ	SÍ	NO	SÍ

El dato analítico más destacado fue el aumento de la VSG. El hemocultivo en todos los casos fue estéril y el resto de estudios microbiológicos (Mantoux, Serologías) fueron negativos. La prueba de imagen más concluyente fue la RMN en la que se objetivaba una disminución de la altura del disco intervertebral afecto (tres en región lumbar y uno cervical). Todos recibieron tratamiento con reposo y antibioterapia, presentando buena evolución sin secuelas posteriores.

Conclusión: pretendemos hacer hincapié en esta patología, que es de difícil diagnóstico en fases iniciales si no hay una sospecha clínica.



LA DISCITIS EN LA INFANCIA: UNA ENTIDAD CON DIAGNÓSTICO TARDÍO.

S. Pérez, J.M. Rius, B. López, L. Aranda, I. Calvo, J. Aragón*.

*Unidad de Reumatología y *Urgencias Pediátricas. Hospital Infantil La Fe. Valencia*

Introducción: La discitis es una entidad poco frecuente que consiste en la inflamación del disco intervertebral. Aparece principalmente en niños menores de cinco años debido a que la vascularización de la placa terminal cartilaginosa, en la interfase disco-vértebra involuciona con la edad. El diagnóstico suele ser tardío. El tratamiento consiste en inmovilización, analgesia y antibioterapia en caso de cultivo positivo o evolución atípica.

Objetivo: Revisar a 10 pacientes ingresados por la Urgencia de un hospital terciario con el diagnóstico de discitis desde 1995-2003 y valorar el tiempo transcurrido desde la aparición de los síntomas hasta el diagnóstico.

Métodos: Estudio retrospectivo. Variables analizadas: Edad de presentación, tiempo de evolución, manifestaciones clínicas, hallazgos radiológicos y tratamiento.

Resultados: Media de edad: 3.9 años (1-12). Distribución por sexos: 6/4 (V/M). Tiempo medio de evolución al diagnóstico: 43.6 días (6-180). El síntoma inicial más frecuente varía con la edad, siendo en menores de dos años la cojera y el rechazo a la deambulación, y en mayores de dos años el dolor lumbar. El 60% de los pacientes no presentó fiebre y el 40% restante no sobrepasó los 38.5°C. En la exploración física el hallazgo más común en todas las edades es la rigidez del raquis (70%) seguido de alteraciones en la marcha (60%) y dolor a la presión en las apófisis espinosas (50%). En todos los pacientes se encontraron hallazgos radiológicos compatibles con discitis consistentes en disminución del espacio intervertebral y erosión de las superficies vertebrales adyacentes. El espacio afectado con más frecuencia es L4-L5 (60%). Todos los pacientes se ingresaron para estudio. No se aisló germen causal en ninguno de los cultivos. El tratamiento que se llevó a cabo en todos los pacientes consistió en inmovilización con corsé rígido, analgesia y antibioterapia.

Comentarios: Todos nuestros pacientes se diagnosticaron tardíamente a pesar de que el diagnóstico se basa principalmente en la clínica y en la radiología simple.

El tratamiento de elección consiste en reposo, analgesia e inmovilización; sin embargo todos nuestros pacientes fueron tratados con antibioterapia, siendo éste un tema controvertido en la literatura actual dado que en la mayoría de los casos no se aísla ningún germen responsable.

El pronóstico de la discitis en la edad pediátrica, según nuestros resultados, es favorable.



¿ES ÚTIL LA PROCALCITONINA EN LA ENFERMEDAD INFLAMATORIA?

L. Aranda, B. Lopez, I. Calvo, S. Pérez*, J.M. Rius*, J. Aragón*.

*Unidad de Reumatología, *Urgencias Pediátricas. Hospital Infantil La Fe. Valencia.*

Introducción: La Artritis Idiopática Juvenil (AIJ), es la enfermedad inflamatoria más frecuente en la edad pediátrica y la presentación Sistémica tanto en su debut como en sus brotes presenta características clínicas similares a la infección bacteriana invasiva.

La Procalcitonina (PCT) es un nuevo marcador de infección bacteriana ampliamente validado, con una especificidad del 94% y sensibilidad del 65% para valores > 0.53 ng/ml superiores a los obtenidos con los parámetros clásicos de laboratorio.

Objetivo: Evaluar los resultados en la aplicación de la PCT en nuestros pacientes con AIJ forma Sistémica y valorar su posible capacidad discriminativa respecto a la infección bacteriana.

Sujetos y métodos: Se inicia un estudio prospectivo desde Abril 2003 en el que participan un grupo de pacientes incluidos en la categoría de FOD con sospecha de enfermedad inflamatoria y aquellos ya diagnosticados de AIJ forma sistémica con proceso febril de 24 horas de evolución y $> 39^{\circ}\text{C}$. A todos ellos se les realizó hemograma, PCR (mg/l), estudio microbiológico (sangre, orina, frotis) y serología infecciosa. La PCT fue medida por test rápido semicuantitativo con cifras >0.5 ng/ml que fueron consideradas como altamente significativa de infección bacteriana.

Resultados: Un total de 10 pacientes son incluidos, 5 de ellos estaban diagnosticados de AIJ forma sistémica y la fiebre fue atribuida a una probable infección bacteriana y los 5 restantes se trataba del debut de esta enfermedad. En cuanto a los resultados de la PCT en todos nuestros pacientes fueron < 0.5 a pesar de las cifras alcanzadas en el número de leucocitos con una media de 22.700, (18.000-37.900), el número de neutrófilos fue de 82% (80-95) y la PCR fue 278 (130-540). En todos ellos el estudio microbiológico fue negativo.

Conclusiones: En todos nuestros pacientes los parámetros clásicos de laboratorio no excluyeron la infección bacteriana, sin embargo en todos los casos la PCT < 0.5 ng/ml, lo que demuestra su capacidad discriminativa respecto a los procesos infecciosos invasivos.

A pesar de nuestra escasa muestra poblacional por tratarse del inicio de un trabajo actualmente en elaboración, pensamos se trata de una técnica eficaz y de gran ayuda en el inicio de esta enfermedad, para descartar la infección bacteriana y no someter a estos pacientes a múltiples terapias con antibióticos para llegar a su diagnóstico por exclusión.



POLIARTRITIS: MANEJO EN URGENCIAS Y EVOLUCIÓN.

S. Yeste González, L. Lacruz Pérez, F. Ferrés Serrat, M.D. Rodrigo Jiménez, J.M. Román Piñana.
Servicio de Pediatría. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca.

Introducción: La poliartritis se define como la inflamación de más de cuatro articulaciones periféricas. Las causas más frecuentes son las reactivas, la Artritis Idiopática Juvenil (AIJ), las asociadas a enfermedad inflamatoria intestinal y las enfermedades sistémicas (lupus, vasculitis). Siempre deben descartarse las causas sépticas y tumorales.

Objetivos:

1. Conocer las formas de presentación de las poliartritis en urgencias.
2. Conocer su evolución y diagnóstico final. 3- Analizar y revisar su manejo en urgencias.

Metodología: Revisión de las historias de los niños menores de 15 años con poliartritis desde enero de 2001 a diciembre de 2003.

Resultados: Casos revisados 22, 12 niños y 11 niñas, con rango de edad entre 16 meses y 14 años y una edad media de 7 años. Evolucionaron a la cronicidad (AIJ) 16 pacientes (73%): 9 poliarticulares y 6 sistémicas. Presentaron fiebre 12 niños (55%), de los cuales 7 fueron diagnosticados de AIJ sistémica, 4 de poliartritis agudas y uno de AIJ poliarticular. Articulaciones afectadas: tobillos 14 casos, muñecas 14, rodillas 13, interfalángicas de las manos 11, carpo 7 y caderas 4. Los pacientes con formas agudas tenían una mayor afectación de rodillas, tobillos, muñecas y pequeñas articulaciones de las manos, mientras que los que evolucionaron a formas crónicas tenían, además, afectación de caderas y mayor afectación de codos. Datos analíticos: leucocitos $>$ de $10.000/\text{mm}^3$ un 55%, VSG $>$ 20 mm un 77% y PCR $>$ 2 mg/dl un 29%. Presentaron ANA positivos \geq 1/80 11 niños, de los cuales 10 se cronificaron (6 poliarticulares y 4 sistémicas). No hemos obtenido resultados valorables de los estudios serológicos.

Comentarios y conclusiones:

1. En Urgencias debemos saber identificar una poliartritis e iniciar el estudio diagnóstico de forma protocolizada; siempre se ingresarán; únicamente se pautará tratamiento analgésico (no antiinflamatorio).
2. Rutinariamente se solicitará un hemograma con morfología de sangre periférica, PCR, VSG, serologías y estudio inmunológico incluyendo poblaciones linfocitarias; si fiebre también hemocultivo; para cursar en Planta se solicitará una gammagrafía ósea.
3. Siempre que sea posible se realizará artrocentesis para analizar el líquido sinovial.
4. Destaca el hallazgo de mayor afectación de caderas y codos en las formas crónicas frente a las agudas; de confirmarse en estudios más amplios, la presencia de esta afectación podría considerarse un dato importante a la hora de adelantar un pronóstico de cronicidad.



INICIO DE PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA PARA LOS PROCEDIMIENTOS DOLOROSOS EN LA URGENCIA PEDIÁTRICA DE NUESTRO HOSPITAL.

P. Rojo Conejo, V. Nebreda Pérez, D. Agüero Orgaz, F. Gómez-Caminero López, D. Manso López.
Urgencias Pediátricas. Hospital 12 De Octubre. Madrid.

Introducción: En los servicios de urgencias pediátricas se realizan diferentes procedimientos terapéuticos que resultan muy dolorosos y que generan ansiedad en los niños: fundamentalmente reducción de fracturas o luxaciones y curas o suturas de heridas complejas. Existen numerosos estudios sobre la eficacia y seguridad de realizar sedoanalgesia en servicios de Urgencia Pediátrica.

Objetivos: Describir el inicio del protocolo de sedoanalgesia en nuestra unidad y la presentación de los primeros pacientes.

Material y métodos: Se realiza revisión del protocolo de Sedoanalgesia en la Urgencia y de la hoja de recogida de datos de los pacientes. Desde el inicio del protocolo, octubre de 2003, hasta enero de 2004 se ha realizado el protocolo de sedoanalgesia a 4 pacientes.

Resultados: De los cuatro pacientes a los que se les realizó sedoanalgesia en tres fue para reducción de fracturas (epifisiolisis de tibia, fractura de radio, fractura de cúbito y radio) y en uno para curetaje de múltiples lesiones de molusco contagioso. Ninguno de los pacientes tenía enfermedades de base de interés. La sedoanalgesia se realizó en el quirófano de la Urgencia, con todo el material de reanimación cardiopulmonar. A todos los pacientes se les monitorizó de manera continua la Sat O₂ y la frecuencia cardíaca. En los cuatro pacientes la sedoanalgesia se realizó con midazolam (Dosis inicial media: 0,06 mg/kg. Dosis total media: 0.11 mg/kg) y fentanilo (Dosis inicial media: 1 mcg/kg. Dosis total media: 2 mcg/kg). En todos los casos el procedimiento se realizó con éxito. El grado de sedación, valorado subjetivamente por el pediatra, la enfermera y la auxiliar de enfermería resultó entre aceptable y bueno. En tres de los pacientes no se observó efecto adverso alguno y en el otro paciente presentó desaturación del 88% durante el procedimiento que se resolvió con administración de oxígeno directo.

Comentarios: La sedoanalgesia en la Urgencia Pediátrica es un procedimiento bien establecido en otros países y unidades que se puede implementar en nuestras urgencias. Si se cuenta con el espacio, material y personal cualificado tiene una gran seguridad, en nuestra pequeña experiencia no hemos encontrado efectos adversos graves.



INMOVILIZACIÓN DE EXTREMIDADES CON MATERIAL SEMI-RÍGIDO EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA.

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

Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Barakaldo. Bizkaia.

Objetivo: Describir nuestra experiencia en la inmovilización de extremidades con material semirígido en pacientes pediátricos.

Material y método: Estudio prospectivo de 200 traumatismos periféricos en los que se realizó inmovilización con material semirígido. Se recogieron datos sobre la inmovilización y control posterior a las 2 semanas en el servicio de urgencias.

Resultados: De los 200 episodios recogidos, 29 no entraron en el estudio por no acudir a control. De los 171 niños controlados 53,2% fueron mujeres y la edad media 9,5 años. Se realizó radiografía en todos los niños excepto en 2 esguinces de tobillo, en los que se inmovilizó directamente. Todas las radiografías resultaron normales salvo 1 (fractura diafisaria de tibia) El diagnóstico más frecuente fue traumatismo tobillo/pierna en 91 casos, seguido de antebrazo/muñeca 43 y dedos 36, un caso se diagnosticó de fractura de tibia. Se realizó inmovilización de tobillo/pierna en 92 pacientes (53,8%) de muñeca/antebrazo 43 (25,1%) y de dedos 36 (21,1%). Fueron inmovilizados por el médico adjunto, 146 niños (85,4%), 23 (13,5%) por residentes y 2 (1,2%) por enfermería. Todos los niños fueron valorados por el pediatra y uno de ellos conjuntamente con traumatología.

En el control realizado a las 2 semanas, en 143 de los casos (83,6%) la evolución fue favorable. En 28 niños persistía sintomatología realizándose segunda radiografía en 24 de ellos (85,7%) resultando 2 alteradas (fisuras dedo pie y mano). De los 22 restantes, 9 fueron remitidos para valoración traumatológica; 13 continuaron con inmovilización 1 semana más. De estos niños, 10 fueron controlados en urgencias y 3 por su pediatra, todos con evolución favorable. En los 4 casos en los que no se realizó control radiológico, en 3 de ellos persistía dolor leve que se trató con antiinflamatorios y uno (trauma tobillo) se remitió a traumatología.

Comentarios: El abordaje de los niños con traumatismo periférico debe realizarse en primer lugar por el pediatra de urgencias. Consideramos que la utilización de material semirígido para el tratamiento de traumas/contusiones de extremidades es una buena opción, dado que la mayoría de los niños tienen una evolución favorable.



PAPEL DEL PEDIATRA DE URGENCIAS EN LA REPARACIÓN DE HERIDAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICO HOSPITALARIO.

A. Andrés Olaizola, A. Pérez Fernández, A. Fernández Landaluce, B. Azkunaga Santibáñez, M.J. Bartolomé Albistegui, S. Mintegi Raso.

S. Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Barakaldo. Bizkaia.

Introducción: Todos los niños que consultan en nuestro Servicio de Urgencias son recibidos inicialmente por un pediatra, que decide quien debe atender definitivamente al niño. De cara a la reparación de heridas, los pediatras de Urgencias y MIR de nuestro hospital reciben formación específica.

Objetivos: Describir el papel del pediatra de urgencias en la reparación de heridas en un servicio de urgencias pediátrico hospitalario (preparación, analgesia y reparación en sí).

Pacientes y método: Estudio prospectivo descriptivo de los 350 niños que consultaron por herida en Urgencias de Pediatría durante 3.5 meses. Se recogieron datos sociodemográficos, características de las heridas, analgesia-sedación utilizadas y tipo de reparación. Se contactó telefónicamente con las familias 2 semanas después para evaluar el grado de satisfacción de las mismas. Se volvió a consultar a las que no se mostraron contentas un mínimo de 5 meses después.

Resultados: El 61,2% fue menor de 4 años. Las heridas fueron únicas, lineales, poco profundas y de 1-3 cm de longitud en el 90%. La localización más común fue la cara (73%). Más del 60% de los niños atendidos no recibió analgesia y sólo en el 3% se utilizó sedación farmacológica. El 96% de las heridas fueron atendidas exclusivamente por pediatras (90% adjuntos y 6% MIR) y el 4% por otros especialistas. El 35% requirió sutura en un plano, el 28% pegamento biológico y el 14% no precisó reparación. La estancia media en Urgencias fue de 44'. El 89% de las familias estaban satisfechas pasadas 2 semanas (96% transcurridos 3 meses).

Conclusiones:

- La mayoría de las heridas atendidas en nuestra Urgencia de Pediatría son menores y localizadas en cara.
- En general la atención puede ser proporcionada por un pediatra de urgencias adecuadamente formado, con resultados satisfactorios para la familia.
- Probablemente la sedación farmacológica está siendo infrautilizada.



SESIÓN DE POSTERS EXPUESTOS 5

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

ASPECTOS DIFERENCIALES EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS.

F. Ferouelle Novillo.

Hospital Materno Infantil Gregorio Marañón. Madrid.

Introducción y objetivos: Sin lugar a dudas, las urgencias pediátricas, constituyen uno de los terrenos de la medicina y de la enfermería donde se han observado los mayores cambios teóricos, prácticos, técnicos, diagnósticos y terapéuticos, así como en cuanto a cobertura, gestión y formación del personal sanitario.

Material y métodos: Explicación previa por parte del profesional sanitario y la familia, con un lenguaje adaptado a la edad del niño, qué es urgencias y qué se le va a hacer allí. Advertir al niño si se le va a provocar dolor o no. Permitir estar a los padres durante la exploración; también es útil, dejar que el niño tenga su mascota o juguete preferido durante el proceso diagnóstico.

Resultados: Adecuando las unidades de urgencias pediátricas a la idiosincrasia de los niños, se consigue un ambiente menos hostil. La educación sanitaria dirigida a los padres, en ciertos aspectos de la enfermedad, junto con medidas preventivas que frenen, aunque no detengan, el proceso evolutivo de la dolencia, hace que en las vistas a la urgencia sepan que signos deben vigilar y detectar rápidamente cualquier cambio negativo en la situación clínica del niño.

Discusión y conclusiones: Los cuidados de enfermería pediátrica requieren de una preparación especial, para poder realizar una valoración correcta de las necesidades físicas, psíquicas y sociales del niño y la familia.



QUISTE ARACNOIDEO GIGANTE.

A. Jiménez Moya, D. Iglesias Salvador.

Servicio de Pediatría. Hospital Verge del Toro. Mahón. Menorca.

Objetivo: describir un caso de quiste aracnoideo gigante en un lactante de 5 meses con clínica de aumento del perímetro craneal exclusivamente.

Observación clínica: Lactante de 5 meses de edad que acude a urgencias remitido por su pediatra de zona, con importante grado de ansiedad familiar, porque en la revisión del niño sano en su centro de salud se detecta importante aumento del perímetro craneal en los dos últimos meses.

Antecedentes personales y familiares: Embarazo y parto normal. PC al nacer 34 cm. Hijo de madre *S. agalactiae* positivo. Lactancia materna 2 meses, actualmente artificial. Calendario vacunal correcto para su edad. Madre PC 53 cm. Padre PC 58,5 cm. Resto sin interés para el proceso actual.

Exploración física: Peso 7.440 g (P 50-75). Talla 62.5 cm (P 10-25). PC 47 (P > 97). Excelente estado general. Bien hidratado y perfundido. Color normal de piel y mucosas. Macrocefalia. Fontanela anterior normotensa, a punta de dedo. No diastasis de suturas. Tórax normoconfigurado. ACP: normal. Abdomen normal. Genitales infantiles masculinos normales. ORL normal. Desarrollo psicomotor normal. Exploración neurológica normal. Exámenes complementarios: TAC sin contraste: En fosa temporal derecha, región parietal hasta el vertex así como región frontal del mismo lado, se visualiza una estructura hipodensa (que es isodensa respecto al líquido cefalorraquídeo) con un tamaño de 11x5x13 cm en sentido anteroposterior, lateromedial y cráneocaudal respectivamente, en relación con quiste aracnoideo que condiciona efecto de masa con pinzamiento del ventrículo lateral derecho y herniación subfalcina hacia el lado izquierdo, y desplazamiento del parénquima del lóbulo fronto-parietal derecho. Evolución y tratamiento: se realiza TAC craneal bajo sedación con hidrato de cloral, observándose gran quiste aracnoideo. Se realiza traslado a centro de referencia para intervención quirúrgica del quiste mediante válvula de derivación cisto peritoneal. Evolución favorable, sin complicaciones hasta la fecha.

Comentario: En la literatura, la macrocefalia es el hallazgo más referido. El tratamiento depende de la localización y tamaño del quiste, síntomas neurológicos que produce y anomalías asociadas. Insistir una vez más en no restar importancia a los motivos de consulta que genera la urgencia de pediatría, a pesar del burn out que puede y suele existir entre el personal facultativo y no facultativo que las atiende.



FRECUENTACIÓN DE LA URGENCIA PEDIÁTRICA: EVOLUCIÓN EN LOS 2 ÚLTIMOS AÑOS.

B. Martín Cuesta, M.P. Gutiérrez Díez, M. Cortés Coto, A. Galera, T. Alarcón Alacio, E. García Zarza.
Hospital Universitario de Getafe.

Introducción: La presión asistencial en nuestra urgencia pediátrica se ha ido incrementando desde la apertura del Hospital, hace trece años, si bien en el último año este incremento ha sido del 16,6% en relación al año anterior.

Material y métodos: Se recoge el número de asistencias y su distribución por turnos, grupos de edad, días de la semana, nacionalidad y procedencia de otras áreas.

Conclusiones:

1. Se confirma el incremento progresivo del uso del Servicio de Urgencias (16,6%), sin que la patología que lo motive sea de asistencia hospitalaria obligada, como lo confirma el hecho de que los ingresos no aumentan en la misma proporción (9,7%).
2. Elevación del número de urgencias por la mañana a pesar de estar en funcionamiento los equipos de atención primaria.
3. La cantidad de población inmigrante atendida supone casi una cuarta parte del total.
4. Una mínima parte (6-7%) de los pacientes vistos corresponden a otras áreas.
5. Aumento en el número de asistencias los Domingos.
6. Los menores de 2 años constituyen el grupo de edad de mayor frecuentación en la urgencia (57%).
7. Incremento en el rango de edad de 3 a 5 años.



VÓMITOS PERSISTENTES COMO PRESENTACIÓN DE UN TUMOR MALIGNO DE FOSA POSTERIOR.

D. González Santana, C. Trujillo Cabrera, R.J. González González, A. Espino González, I. Reyes Azpeitia, E. González Díaz. D. González Santana, C. Trujillo Cabrera, R.J. González González, A. Espino González, I. Reyes Azpeitia, E. González Díaz.

Unidad de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias.

Fundamento y objetivo: Con este caso clínico queremos resaltar que una sintomatología aparentemente banal, puede ocultar una patología grave.

Observaciones clínicas: Lactante varón de 11 meses con cuadro de 4 meses de evolución consistente en vómitos alimenticios en número de 1-4 al día, rechazo del alimento y pérdida de peso (830 g en 5 semanas). Había acudido en varias ocasiones al servicio de Urgencias por el mismo motivo, siendo dado de alta con el diagnóstico de vómitos inespecíficos. Ante la persistencia del cuadro se ingresa en nuestro hospital para estudio. A su ingreso se realiza hemograma, VSG, bioquímica sanguínea, gasometría, urocultivo, radiografía y ecografía abdominales, siendo todas normales, y un tránsito esofagogastroduodenal con resultado de reflujo gastroesofágico. Se instaura tratamiento con sueroterapia, omeprazol y domperidona, sin apreciarse mejoría. Al no parecer de causa digestiva, se realiza un fondo de ojo (que es normal) y una tomografía computarizada de cráneo en la que se objetiva una tumoración de fosa posterior. El resultado del análisis anatómo-patológico fue de tumor teratoide-rabdoide atípico del sistema nervioso central (SNC). Aunque se realizó una extirpación tumoral total desde el punto de vista macroscópico, el paciente desarrolló diversas complicaciones, como hipertensión intracraneal aguda y signos de infiltración del tronco cerebral, falleciendo a los 46 días del ingreso.

Comentarios:

1. Ante la persistencia del mismo motivo de consulta, es preciso una correcta reevaluación para descartar otras patologías.
2. Los tumores intracraneales pueden debutar sin clínica neurológica.
3. La presencia de vómitos con un fondo de ojo normal, no excluye la existencia de un tumor intracraneal.
4. Mal pronóstico e infrecuente presentación de los tumores teratoides-rabdoides atípicos del SNC.