



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

COMUNICACIONES



MESA DE COMUNICACIONES ORALES Nº 1

Viernes 7 de mayo de 2004, de 12.00 a 14.00 horas

Moderadores: J. González del Rey, M. Santiago

ENFERMEDAD DE KAWASAKI: PRESENTACIÓN CLÍNICA Y EVOLUCIÓN

C. Montero Luis, M.C. Amigo Bello, M. de la Torre Espí, J.C. Molina Cabañero

Urgencias de Pediatría. Hospital Niño Jesús. Madrid

Objetivo: Describir los aspectos epidemiológicos, clínicos y terapéuticos de los pacientes diagnosticados de enfermedad de Kawasaki (EK) en el Servicio de Urgencias de nuestro hospital entre los años 1996-2003.

Materiales y métodos: Se revisaron las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de EK en el hospital Niño Jesús durante el período de enero-1996 a diciembre-2003.

Resultados: 28 pacientes fueron diagnosticados de EK en ese período, 17 niños (60%) y 11 niñas (40%); edad media: 2 años 8 meses (3 meses- 8 años 8 meses).

Las manifestaciones clínicas que se encontraron fueron: fiebre (> 5 días) al ingreso en 15 niños, y apareció en su evolución en otros 11; exantema, que estaba presente en 25 pacientes en el momento de la consulta y apareció posteriormente en 2; conjuntivitis, al ingreso presente en 24 y en 2 niños apareció en los días siguientes; afectación oro-mucosa presente al ingreso en 26 pacientes; afectación palmoplantar presente 14 niños al ser ingresados y posteriormente en otros 10 y adenopatías estaban presentes al ingreso de 13 pacientes y fue detectada en su evolución en 1 más.

Datos de laboratorio: aumento de reactantes de fase aguda: plaquetas (65%), VSG (81%), ó PCR (57%); elevación de transaminasas (60%). Análisis de orina en 17 niños, normal en 13 (76%), en el resto: piuria, con hematuria en uno.

Todos los pacientes recibieron tratamiento con gammaglobulina i.v. y ácido acetil-salicílico (AAS). Tres pacientes presentaron complicaciones secundarias al tratamiento con gammaglobulina: dos desarrollaron reacción anafiláctica que obligó a suspender el tratamiento. El tercer paciente mostró hipotensión transitoria que desapareció al suspender temporalmente la perfusión.

El estudio cardiológico resultó patológico en 7 niños (30%): 6 dilataciones aneurismáticas de las arterias coronarias y una insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) en un lactante de 18 meses que debutó con fiebre e ICC. En uno de los pacientes se observó asimismo un derrame pericárdico leve.

3 niños presentaron complicaciones extra-cardíacas: meningitis aséptica, dilatación leve de la vesícula biliar y artritis reactiva que necesitó reingreso por imposibilidad para la marcha.

Comentarios:

- El número de niños diagnosticados de enfermedad de Kawasaki en nuestro Servicio de Urgencias es de 3,5 casos/año (media), con dos picos de incidencias en 1997 y 2003.
- La enfermedad de Kawasaki debe plantearse dentro del diagnóstico diferencial en el caso de un paciente con fiebre, exantema y afectación de la mucosa oral o conjuntival.
- La fiebre menor de 5 días, si existe un cuadro clínico compatible con la enfermedad, no debe excluir el diagnóstico.



ESTUDIO CLÍNICO-MICROBIOLÓGICO DE CORTE EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

C. Rodríguez Dehli, R.P. Arias Llorente, M. Costa Romero, L. Somalo Hernández, M. Villar*, L. Villa*, S. Melón*, J.L. Fanjul Fernández

Departamento de Pediatría. *Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Introducción: Las infecciones respiratorias son un motivo de consulta frecuente en urgencias pediátricas (UPED) en otoño-invierno, siendo difícil valorar la actitud a seguir pues frecuentemente se ven con poco tiempo de evolución, puntualmente y sin conocer su evolución posterior.

Objetivos: Conocer la prevalencia vírica y bacteriana en la población pediátrica asturiana, analizando la relación clínico-terapéutica-microbiológica.

Métodos: Estudio de corte clínico- microbiológico de 24 horas de los casos atendidos en UPED de nuestro hospital el 20-10-03, recogiendo cultivos faríngeos y nasales para virus y bacterias.

Resultados: Acudieron 72 niños, recogiendo cultivos en 70 casos (<2 años 25,7%, 2-5 años 48,7%, ≥ 6 años 28,6%). Presentaron síntomas respiratorios 52 niños (75%), 43 fiebre, 21 vómitos, 8 diarrea, 7 cefalea. Fueron positivos el 31,4% de los cultivos virales nasales (todos *influenza A*) y el 34,3% de los faríngeos (28,6% *influenza A*, resto adenovirus, VRS, VHS). La prevalencia bacteriana en cultivos nasales fue elevada (73%): *B. catarralis* 19, *S. pneumoniae* 14, *S. aureus* 11, *H. influenzae* 7; mientras en exudado faríngeo sólo 14,3% fueron positivos: 6 *S. pyogenes*, 3 *S. pneumoniae*, 1 *B. catarralis*. Se diagnosticaron 16 infecciones respiratorias de vías altas aislándose en 9 *Influenza A*; 6 síndromes gripales, 2 con *Influenza A*, mientras que de los 27 niños en los que se aisló *Influenza A* sólo 14 (52%) tenían síntomas respiratorios. En el 67% de los síndromes febriles se aislaron virus respiratorios (*IA* y adenovirus). Estaban recibiendo antibióticos 11 casos (7 con amoxicilina), 6 con cultivo bacteriano negativo. Se pautaron antibióticos en 8 casos (1 cefalosporina+vancomicina profilácticos, 3 amoxicilina, 1 amoxicilina-clavulánico, 3 macrólidos), 6 con cultivo bacteriano positivo (3 *S. pneumoniae* y 3 *B. catarralis*), siendo 3 neumonías, 1 otitis, 1 sinusitis, 2 bronquitis y 1 perforación ocular.

Conclusiones: La elevada prevalencia de *Influenza* indica que el estudio se realizó en período de máxima incidencia de gripe. Su detección en niños sin síntomas respiratorios sugiere que los niños es un reservorio importante. Alto índice de cultivos positivos bacterianos positivos, aunque en muchos casos no se relacionó con patología. El amplio empleo de antibióticos puede dificultar el diagnóstico microbiológico. La terapéutica antibiótica pautada en UPED se correlacionó mayoritariamente con los hallazgos microbiológicos.



IMPACTO DE LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA (PCR) PRESENCIADA EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA (UP): SITUACIONES CLÍNICAS

S. Segura Tigell, E. Castellarnau Figueras, M. Jiménez Ximenis, E. Perera Martínez, C. Valldepérez Baiges, X. Allué Martínez

Servicio de Pediatría. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Tarragona

Fundamento y objetivo: La PCR presenciada es poco frecuente en UP. Suele ser resultado final de un progresivo deterioro de las funciones respiratoria y/o circulatoria Aunque tiene mejor pronóstico que la no presenciada, la coexistencia de otros factores puede influir en éxito de la reanimación. Creemos interesante mostrar diferentes situaciones clínicas que pueden conducir a PCR para aprender a reconocer precozmente los signos que la anuncian y evaluar los factores relacionados con mal pronóstico.

Observaciones clínicas: Presentamos 6 casos, 4 niñas y 2 niños, con edades entre 16 días y los 11 años 9 meses. Como antecedentes destacan: Hirschprung postcirugía reciente, PCI y epilepsia, síndrome Down y cardiopatía congénita compleja. Los signos de PCR inminente son: hipo-arreactividad (6 casos), hipoperfusión (6 casos) y bradicardia progresiva (4 casos). La forma de presentación clínica es como insuficiencia respiratoria o circulatoria (3 casos respectivamente). La PCR se presenta en bradicardia (3 casos), asistolia (2 casos) o fibrilación ventricular (1 caso). Se realiza reanimación cardiopulmonar (RCP) avanzada en todos los casos, entre 5 y 45 minutos. La evolución es desfavorable con exitus en 4 casos. Los diagnósticos finales son: enterocolitis por megacolon tóxico y shock hipovolémico-séptico, bronconeumonía bilateral con fracaso respiratorio, miocarditis vírica y shock cardiogénico, episodio aparentemente letal con estudio de muerte súbita negativo, oclusión de fístula subclavia-pulmonar y shock cardiogénico, y por último, bronquiolitis por virus respiratorio sincitial. Hemos valorado como factores de mal pronóstico: deterioro clínico previo (1 punto); parada cardíaca (1 punto); ausencia pulso palpable al ingreso (1 punto); necesidad más 2 dosis adrenalina (1 punto); mecanismo desencadenante, insuficiencia circulatoria (IC) y/o respiratoria (IR) que requiere ventilación, masaje y adrenalina (3 puntos), IC y/o IR que requiere ventilación y masaje (2 puntos), o IR que sólo requiere ventilación manteniendo pulso y ritmo cardíaco (1 punto). Los valores de las puntuaciones de mal pronóstico han sido: 6, 3, 5, 1, 7 y 3 puntos, sobre un máximo posible de 7.

Comentarios:

1. Los niños que requieren reanimación presentan elevada mortalidad aunque la parada sea presenciada.
2. La evolución de la PCR se relaciona con una conjunción de factores de mal pronóstico.
3. Son signos de alarma de PCR inminente: bradicardia progresiva, hipoperfusión periférica, letargia y/o disminución respuesta dolor.



FACTORES QUE IDENTIFICAN EN URGENCIAS LOS NIÑOS CON NEUMONÍA SUSCEPTIBLES DE ALTA PRECOZ TRAS UNAS HORAS EN OBSERVACIÓN

E. Astobiza Beobide, C. García Escudero, B. Azkunaga Santibáñez, A. Fernández Landaluce, J. Benito Fernández, S. Mintegi Raso

Urgencias de Pediatría Hospital de Cruces. Bizkaia

Introducción: Cerca del 80% de las neumonías diagnosticadas en nuestro Servicio de Urgencias se manejan ambulatoriamente y el 4% ingresa directamente en planta. El resto permanece unas horas en la Unidad de Observación de Urgencias (UOU) y, de estos últimos, algo más de la mitad pueden completar el tratamiento de manera ambulatoria, evitándose estancias prolongadas en el Hospital.

Objetivo: identificar si, en el grupo de niños diagnosticados de neumonía y que precisan permanecer unas horas en la UOU, existen factores a la llegada a Urgencias que permitan identificar aquellos susceptibles de un manejo ambulatorio posterior.

Pacientes y métodos: estudio caso-control retrospectivo de 112 pacientes con neumonía que, en 2003, precisaron ingreso en observación. Posteriormente, 56 precisaron ingreso en planta (grupo A) y 56 fueron manejados ambulatoriamente (grupo B).

Resultados: A la llegada a Urgencias, los pacientes de ambos grupos no presentaron diferencias de edad, sexo, vómitos o temperatura.

Los pacientes con tiraje en la exploración inicial precisaron ingreso con mayor frecuencia que los que no presentaban distress (57% vs 28%, $p=0,008$)

Los pacientes del grupo B presentaron al llegar a Urgencias una Sat O₂ media significativamente superior a la del grupo A (96.3 ± 1.9 vs 94.5 ± 3.2 , $p=0,001$). El 63.8% de los pacientes con Sat O₂ $\geq 97\%$ fueron manejados ambulatoriamente frente al 39.3% de los que presentaban una Sat O₂ < 97 ($p=0,01$). El 80% de los niños con Sat O₂ inicial $< 94\%$ precisaron ingreso en planta.

Los resultados analíticos (nº leucocitos, cayados, PCR, Na, urea y creatinina) no mostraron diferencias en ambos grupos.

Conclusiones: en la valoración inicial de los niños diagnosticados de neumonía y que precisan permanecer unas horas en la Unidad de Observación de Urgencias, los parámetros clínicos y la Sat O₂ tienen un valor superior a las pruebas complementarias de cara a identificar aquéllos susceptibles de una alta hospitalaria precoz.



UTILIDAD DE LOS ESTUDIOS VIROLÓGICOS DE SECRECIONES FARÍNGEAS EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS NEUMONÍAS

J.A. Gil Sánchez, F. Ferrés Serrat, J. Reina Prieto*, A. Costa Ballesteros, J.M. Román Piñana
*Servicios de Pediatría y *Microbiología. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca*

Introducción: Los cultivos virológicos de secreciones faríngeas han contribuido a aumentar el número de neumonías con agente causal identificado. Los test víricos de diagnóstico rápido pueden suponer un cambio en las estrategias diagnósticas y terapéuticas ante un niño con neumonía.

Objetivos:

1. Conocer la contribución de los estudios virológicos de secreciones faríngeas al diagnóstico etiológico de las neumonías.
2. Conocer la sensibilidad y especificidad de los test víricos de diagnóstico rápido.
3. Conocer el perfil clínico, analítico y radiológico de las neumonías víricas.

Metodología:

1. Incorporación de los test de diagnóstico rápido del VRS y del virus influenza al protocolo diagnóstico de las neumonías en el período invernal.
2. Revisión de los casos de neumonía desde el 1 de noviembre de 2003 al 29 de febrero de 2004.
3. Exclusión de los casos de neumonías en niños con bronquiolitis clínicamente evidente.

Resultados: 33 casos analizados. 17 (51,5% del total) tuvieron un cultivo vírico positivo: 9 VRS, 6 virus influenza A (VIA) y 2 adenovirus. Del grupo de neumonías víricas demostradas (17) había 12 varones y 5 hembras. La edad media fue de 2 años y 8 meses, con rango de edad entre 11 días y 8 años y medio. Los test de diagnóstico rápido fueron positivos en 10 niños (58,8%): VRS 8 (8 de 9) y VIA 2 (2 de 6). No hubo ningún falso positivo. Presentación clínica: síntomas catarrales con tos 17 de 17 (100%), fiebre 16 (94,1%), buen estado general 12 (70,5%). 3 niños presentaron OMA asociada. Recuento leucocitario: media de 9980/mm³, con rango de 4300 a 19900. Neutrófilos: media de 6327/mm³ con rango de 1932 a 11144. PCR: media de 3,4 mg/dl, con rango de 0,4 a 9,6. Rx de tórax: en 5 casos infiltrados bilaterales y en 12 condensación focal. En ningún caso derrame pleural. Ingresaron 8 niños (47,1%). 2 niños (que precisaron hospitalización) no recibieron tratamiento antibiótico, siendo su evolución favorable.

Comentarios y conclusiones:

1. Elevada rentabilidad diagnóstica de los cultivos virales de secreciones faríngeas.
2. Especificidad del 100% y aceptable sensibilidad de los test de diagnóstico rápido.
3. Si buen estado general, no OMA asociada y fiebre < de 39,5°C, con un test rápido positivo pueden obviarse otras pruebas y debe considerarse no iniciar antibioticoterapia.



ASMA DE RIESGO VITAL (ARV): IDENTIFICACIÓN DE FACTORES ASOCIADOS Y DE PACIENTES CON PERFIL DE ALTO RIESGO

E. Villalobos Jarque, E. Castellarnau Figueras, M. Jarrod Pàmias, N. Garcia-Baiges, A. Tarrés Roure, X. Allué Martínez

Servicio de Pediatría. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Tarragona

Objetivos: Detectar factores relacionados con riesgo de muerte por asma mediante evaluación de enfermos que sobrevivieron a una crisis casi mortal, para establecer un perfil común que permita identificar pacientes de alto riesgo.

Material y métodos: Estudio retrospectivo (1998-2003) pacientes con criterio ARV (exacerbación grave asmática, hipercapnia y/o acidosis respiratoria, independientemente de necesidad o no de ventilación mecánica, y/o parada respiratoria). Se recogen variables epidemiológicas y relacionadas con mortalidad por asma. Para identificar mayor riesgo de muerte se consideran factores: clínica asma sin diagnóstico previo, síntomas intercrisis, hospitalización y visitas urgencias, control, automanejo, uso FEM), corticoides inhalados, infratratamiento y cumplimiento. Se analiza número total de factores, relación con edad, clínica, evolución, y asociación entre ellos. Los datos se registran en una base datos Microsoft® Excel y se analizan con el programa estadístico SPSS v11.5.

Resultados: Se registran 11 casos, 7 niños y 4 niñas, edad media $8,1 \pm 4,2$ años. La mayoría expuestos a tabaco y antecedentes asma y/o alergia. Diagnosticados de asma un 54,5%, (asma extrínseco y diversa gravedad). 5 seguimiento por especialista y 3 por pediatra. 3 llevan tratamiento de base que sólo 1 cumple y 4 están infratratados. 4 dispone de plan automanejo y 8 no usan FEM. No antecedentes ARV, ni precisado intubación, ni ingresos UCI. Presentan intercrisis sintomáticas un 63,6%. El 54,5% tiene alguna hospitalización por asma y un 81,8% ha acudido a urgencias el año previo. Se encuentra una mediana de 5 factores por paciente respecto a los 10 considerados de mayor riesgo. Se observa una tendencia a la agrupación de pacientes según 3 perfiles de alto riesgo: (a) Mal control médico: falta automanejo y FEM e infratratamiento; (b) Ausencia tratamiento base con corticoides y aumento reagudizaciones; (c) Mal control de su enfermedad: intercrisis sintomáticas y hospitalizaciones y/o visitas a urgencias frecuentes.

Conclusiones:

1. El factor de riesgo más frecuente para sufrir ARV son visitas frecuentes a Urgencias.
2. Hay características que nos previenen sobre pacientes con crisis asmáticas más severas, pero no todas se presentan en todos ellos y por ello deberíamos considerar que toda crisis presenta potencialidad de ser fatal.
3. Es necesario prestar atención a pacientes de alto riesgo definidos: deficiente control médico, ausencia corticoides inhalados y reagudizaciones frecuentes, y enfermedad mal controlada. 4. Particular atención deberán recibir los que han padecido una crisis casi fatal por riesgo de reincidencia.



SEDACIÓN Y ANALGESIA PARA PROCEDIMIENTOS MAYORES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA HOSPITALARIA

S. García González, N. Trebolazabala Quirante, M.A. Vázquez Ronco, S. Mintegi Raso, J. Benito Fernández, S. Capapé Zache

Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Barakaldo. Bizkaia

Introducción: la utilización de analgesia y sedación para procedimientos mayores en Urgencias de Pediatría (UP) es útil y necesaria. Quien realice estos procedimientos debe tener entrenamiento en el manejo de la vía aérea y conocer las propiedades farmacocinéticas y efectos secundarios de los fármacos utilizados.

Objetivo: describir nuestra experiencia en analgesia y sedación para procedimientos en UP.

Pacientes y método: estudio prospectivo de 19 procedimientos realizados en UP utilizando sedación y/o analgesia (analgésicos mayores vía intravenosa -IV- y sedantes vía IV), siempre con monitorización de constantes vitales. Se extraen datos del registro de analgesia-sedación de UP.

Resultados: se realizaron 19 procedimientos entre Marzo-2003 y Enero-2004. El 57.9% en ≤ 5 años. Los procedimientos fueron 5 suturas, 4 reducciones de fracturas, 2 curas de quemaduras, 2 retiradas de molluscum, una toracocentesis, un drenaje de absceso, una retirada de cuerpo extraño, una reducción de hernia incarcerada, una sedación para TAC y una exploración genital. La asociación de fármacos más utilizada fue ketamina+midazolam+/-atropina (9 pacientes, dos sin atropina), seguida de fentanilo+midazolam (5). En dos se utilizó únicamente ketamina IV (reducción de fractura y cura de quemadura) y en los tres casos restantes se utilizó midazolam IV (en uno conjuntamente con tiopental IV). No se registraron complicaciones hemodinámicas ni respiratorias, ni se precisó antídoto en ningún caso. Tres niños vomitaron, uno con clonias de una extremidad. Once niños permanecieron en la unidad de observación una media de 3 horas previo al alta (límites=1h-14 h) y 8 fueron hospitalizados.

Conclusiones:

- La introducción de pautas de analgesia y sedación para procedimientos ha sido satisfactoria.
- Conocer una o dos combinaciones medicamentosas para la realización de estos procedimientos puede ser suficiente.
- A pesar de utilizar asociaciones medicamentosas que pueden ocasionar depresión respiratoria, éstas parecen seguras utilizadas a las dosis adecuadas y titulando su efecto.



UTILIZACIÓN DE ÓXIDO NITROSO PARA PROCEDIMIENTOS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA

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

Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Barakaldo. Bizkaia

Objetivo: describir nuestra experiencia en la utilización de óxido nitroso como sedante para procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos en Urgencias de Pediatría (UP).

Material y método: estudio prospectivo de 19 procedimientos realizados en UP entre Octubre-2003 y Enero-2004 con óxido nitroso inhalado.

Resultados: recogimos 19 procedimientos realizados en niños con edad media de 3 años 8 meses (rango 11 m-13 a).

El procedimiento terapéutico para el cuál más se utilizó óxido nitroso fue la reparación de heridas en 13 (68.4%) casos. También se utilizó para la retirada de un cuerpo extraño en CAE y de un moluscum junto con analgésicos mayores y benzodiazepina intravenosa (IV). En 4 casos lo utilizamos para procedimientos diagnósticos (1 vía IV para TAC, 2 exploraciones genitales, una biopsia rectal).

De los 19, en 11 (57,9%) se obtuvo buena sedación, en 4 escasa sedación (2 suturas en lengua, un cuerpo extraño en CAE y una biopsia rectal en la que se asoció midazolam intranasal) y en 4 no conseguimos el efecto deseable (3 suturas en cara, labio y dedo, en las que se utilizó midazolam nasal y en una exploración genital que precisó sedo-analgésia IV). En los casos que fue efectivo se consiguió efecto en pocos minutos, mínimo a los dos minutos y máximo a los 8 minutos

Tres niños vomitaron, uno con relajación de esfínteres. En todos se administró oxígeno tras el procedimiento.

En los que se utilizó exclusivamente óxido nitroso, tras finalizar el procedimiento el tiempo medio para el alta fue 23 minutos (mínimo 4 - máximo 85).

Conclusiones:

- El óxido nitroso puede ser una alternativa útil en UP en casos seleccionados para disminuir la ansiedad y el temor que tanto nuestras exploraciones como procedimientos crean en el niño.
- Es fácil de utilizar, rápido, con escasos efectos secundarios y recuperación prácticamente inmediata tras su retirada.



INTOXICACIONES EN SERVICIOS DE URGENCIAS PEDIÁTRICOS HOSPITALARIOS (SUPH): ESTUDIO PROSPECTIVO MULTICÉNTRICO

S Mintegi. Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de SEUP: A. Fernández (*H. Cruces*), J.C. Molina (*H. Niño Jesús*), J. Pou (*H. Sant Joan de Deu*), P. Vázquez (*H. Gregorio Marañón*), N. Clerigué, M. Herranz (*H. Virgen del Camino*), E. Crespo (*H. Virgen de la Salud*), J. Humayor (*H. Basurto*), J. Alustiza (*H. Bidasoa*), J. Lasarte (*H. Mendaro*), A. Pérez (*H. Zumarraga*), V. Canduela, I. Mongil (*H. Laredo*), I. Caubet (*E. Val d'Aran*), C.A. Sánchez (*H. Virgen de las Montañas*), P. Fernández (*H. Carmen y Severo Ochoa*), J.L. Fanjul (*H. Central de Asturias*), J. Landa, J.A. Muñoz (*H. Donostia*), J. López Avila (*H. Universitario de Salamanca*)

Objetivo: describir las características de los episodios correspondientes a sospecha de intoxicación atendidas en SUPH y el manejo de las mismas.

Pacientes y método: estudio prospectivo multicéntrico en 17 SUPH entre 1-1-2001 y 31-12-2002: encuesta epidemiológica a los acompañantes de los 2157 pacientes <18 años que consultaron por posible intoxicación y análisis de su manejo.

Resultados: La posible intoxicación supuso el 0,28% de los episodios en Urgencias (2.157/753.961). La edad media fue 55 ± 56 meses (66,99%, menores de 4 años) y 1085 (50,3%) fueron varones. Agentes implicados: medicamentos 1180 (54,7%), productos del hogar 624 (28,9%), etanol 127 (5,9%), CO 97 (4,5%), droga ilegal 33 (1,5%), otros 96 (4,4%). El principio activo más frecuentemente implicado fue el paracetamol. El tóxico varió significativamente según la edad: niños pequeños, medicamentos y productos del hogar; niños mayores y adolescentes, medicamentos, alcohol y drogas ilegales. El 61,3% de los pacientes acudió a Urgencias antes de transcurrir una hora y 224 (10,3%) recibieron tratamiento antes de llegar. 628 pacientes (29,1%) referían alguna sintomatología, fundamentalmente neurológica. A 877 (40,7%) se les practicaron pruebas complementarias. Recibieron tratamiento 1116 (51,7%), sobre todo carbón activado, 697 (32,3%). El tratamiento varió significativamente según el SUPH. 1798 recibieron el alta (83,3%), 327 (15,2%) ingresaron en planta y 32 (1,5%) en UCIP. La tasa de ingreso de los niños con una posible intoxicación fue significativamente superior que la del resto de los que acudieron a Urgencias. Un paciente de 11 meses falleció por una intoxicación por CO. Hubo secuelas en 6: 5 estenosis esofágica y uno ceguera parcial.

Comentarios:

- La consulta precoz de niños pequeños que ingieren accidentalmente fármacos y, menos, productos del hogar constituye la mayoría de las intoxicaciones en Urgencias de Pediatría.
- Las discrepancias de manejo entre hospitales merecen una reflexión profunda de los profesionales que atienden a estos niños.



EPIDEMIOLOGÍA Y TRATAMIENTO DE LAS INTOXICACIONES QUE REQUIRIERON INGRESO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA VALL D'HEBRON (BARCELONA)

O. Segarra Cantón, A. De la Fuente Juárez, C. Mendoza Mayor, J. Fàbrega Sabaté, X. Perramón Montoliu, J. Ballabriga Vidaller

Servicio de Urgencias. Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron. Barcelona

Objetivo: Describir las características epidemiológicas y la necesidad de tratamiento de los niños que acuden a nuestro centro por sospecha de intoxicación aguda.

Material y método: Estudio retrospectivo de los casos de intoxicación aguda en niños de 0 a 18 años ingresados desde nuestro servicio de Urgencias entre el 1 Enero 2002 y el 31 Junio 2003 (18 meses). Se analizan variables epidemiológicas y terapéuticas (edad, sexo, tóxico, tratamiento general y específico).

Resultados: Se computan un total de 91 pacientes, lo que supone una frecuencia del 0.16% (91/57.809) del total de urgencias, con una distribución por edades con 2 picos claros de incidencia, un 61.5% (56/91) por debajo de los 4 años, accidental y sin diferencias por sexo (V 30/M 26) y un 26.4% (24/91) a partir de los 12 años, voluntario y con marcado predominio femenino (V 7/M 17). La vía de entrada es casi exclusivamente digestiva con 83/91 (91.2%), seguida de la inhalada (7.7%) y un único caso de irritación ocular (1.1%). Respecto al tóxico responsable, los medicamentos siguen constituyendo la 1ª causa con 59.3% (54/91), seguido de los productos del hogar con 20.9% (19/91), inhalación de CO 5.5% (5/91), alcohol 5.5% (5/91), drogas ilegales 3.3% (3/91) y productos desconocidos 5.5% (5/91). Dentro de los medicamentosos un 40.7% (22/54) para la medicación de ámbito pediátrico, de ellos 63.6% (14/22) para los antitérmicos (paracetamol 9/14 (64.3%) e ibuprofeno 5/14 (35.7%)); un 40.7% (22/54) para el grupo de psicotrópicos (fundamentalmente las benzodiacepinas con 77.3% (17/22); y un 18.5% (10/54) para el resto. La relación entre benzodiacepinas/antitérmicos aumenta proporcionalmente con la edad: por debajo de los 4 años, 12/12 (relación 1:1) y por encima de los 12 años, 7/2 (relación 3.5:1). En cuanto al tratamiento, observación clínica en un 92.3% (84/91), lavado gástrico en 15.4% (14/91), inducción del vómito en 20.9% (19/91), carbón activado en 24.1% (22/91) y antídoto en 17.6% (16/91). La necesidad de hospitalización por un período superior a las 48 horas se cifró en un 13.2% (12/91), aunque en el 8/12 (66.7%) fue para tratamiento psicológico, por fines autolíticos.

Comentarios: Una menor incidencia a la esperada en la relación a la bibliografía, por incidencia natural o por filtro en los centros de salud; el aumento progresivo de las benzodiacepinas como causa de intoxicación medicamentosa; y la relativa benignidad de las intoxicaciones con observación clínica y decontaminación intestinal como medidas habitualmente suficientes.



EPIDEMIOLOGÍA DE LAS INTOXICACIONES PEDIÁTRICAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA EN EL PERÍODO 2002-2003

J. López Ávila, V. Cantarín Extremera, A. Rodríguez Albarrán, A. Hernández Fabián, S. Grande Báñez, M.V. Rascón Trincado

Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital Universitario de Salamanca

Objetivo: describir las características de las intoxicaciones atendidas en el Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital Universitario de Salamanca.

Pacientes y métodos: estudio prospectivo desde enero de 2002 a diciembre de 2003. Se recogieron un total de 133 episodios de intoxicación que solicitaron asistencia en Urgencias.

Resultados: las intoxicaciones fueron más frecuentes durante los meses de enero (12,0%), febrero (11,3%), mayo (10,5%) y junio (12,8%), siendo abril y julio los meses con menor número de casos (4,5%). La edad media de los pacientes fue de 44 ± 40 meses con una mediana de 24 meses, y fueron varones el 51,9%. Los tóxicos más frecuentes fueron los siguientes: fármacos (45,1%), productos del hogar (27,1%), monóxido de carbono (17,3%), etanol (5,3%) y drogas ilegales (metadona) (1,5%). Paracetamol estuvo implicado en el 14,3% de los episodios. Presentaron alguna clínica en Urgencias el 39,1% de los niños. Se realizaron exámenes complementarios en el 58,6% de los episodios. En cuanto a la descontaminación intestinal no se realizó en 96 casos (72,2%), y cuando se hizo ésta consistió en: carbón activado (4,5%), lavado gástrico (11,3%) o lavado gástrico más carbón activado (12,0%). El destino de los pacientes fue: alta (44,4%), observación en Urgencias (33,1%) u observación en planta (22,5%)

Conclusiones:

- Llama la atención la alta prevalencia en nuestro medio de intoxicación por monóxido de carbono, incluso por delante de paracetamol. Por tanto, es preciso tener un alto índice de sospecha respecto a las intoxicaciones por monóxido de carbono.
- Así mismo destaca el menor uso del carbón activado respecto al lavado gástrico, que no sigue las recomendaciones más actuales en el manejo de las intoxicaciones. Debemos seguir formando a los Pediatras de Urgencias en la importancia del carbón activado como piedra angular del tratamiento inicial de la intoxicación pediátrica.



INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO EN LA INFANCIA

A. Rodríguez Albarrán, S. Grande Báñez *, A. Grande Benito, J. López Ávila, R. González García, R. Páez González

*Servicio de Pediatría. *Servicio de Urgencias. Hospital Universitario de Salamanca*

Objetivos: Obtener información epidemiológica en nuestro medio a fin de establecer estrategias preventivas en esta potencialmente grave intoxicación accidental. Dado que puede presentarse con síntomas poco específicos, simulando otros procesos, su frecuencia está muy probablemente subestimada.

Metodología: Revisión de las historias clínicas de los casos atendidos en urgencias por esta patología durante el año 2002.

Resultados: De un total de 5.327 accidentes de niños menores de 14 años, durante el período 1 de enero al 31 de diciembre de 2002, 113 lo fueron por intoxicaciones diversas; de ellos en 18 el agente causal de la intoxicación era el monóxido de carbono: 15,9% de todas las intoxicaciones atendidas. El grupo de edad que más consultó con este tipo de intoxicación fueron los niños de 5 años (4 casos), distribuyéndose el resto sin una agrupación determinada en ninguna otra edad. La relación varón/mujer fue de 7/11. La mayor parte acuden en las primeras horas tras la exposición al tóxico y es frecuente la consulta acompañado de otros familiares, niños, padres, abuelos (12 casos de afectación simultánea). El origen de la intoxicación estaba en el domicilio en todos ellos. En seis casos (33,3%) la causa de la intoxicación era el uso de braseros en las habitaciones de los niños. El resto obedecían a intoxicaciones por gas de utensilios domésticos que no estaban en perfecto funcionamiento. La distribución mensual muestra un claro predominio en los meses de invierno-primavera: diciembre 6 casos y marzo y abril con 5 casos en cada mes. La mayor parte de ellos a diferencia del global de las intoxicaciones, refieren algún tipo de síntomas clínicos (77% vs 38,9%). En todos los casos se determina el nivel de carboxihemoglobina y se administra oxigenoterapia como tratamiento (88%). Precisan ingreso cuatro enfermos todos con niveles de COHb superiores al 35%: 43%, 40,9%, 36% y 38,9%. El resto son atendidos en urgencias donde permanecen en observación mientras se le administra el tratamiento con O₂. El 80% de todos los atendidos, son dados de alta antes de las 24 horas. Un lactante de 11 meses fallece por parada cardiorrespiratoria en el Servicio de Urgencias

Conclusiones: Destacar en nuestra serie el alto índice de casos atendidos (15,9% de todas las intoxicaciones) hecho que destaca al compararlo con otras series publicadas (5,23% de las intoxicaciones del estudio nacional de 2001-2002). Importante también en nuestro medio el alto índice de intoxicaciones tras uso de braseros.

**MESA DE COMUNICACIONES ORALES N° 2**

Viernes 7 de mayo de 2004, de 16.00 a 18.00 horas

Moderadores: O. Bello, S. García

RENDIMIENTO DE UN TEST RÁPIDO ESTREPTOCÓCICO EN URGENCIAS PEDIÁTRICASM. de la Torre Espí, G. Domínguez Ortega, J.C. Molina Cabañero*Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Niño Jesús de Madrid*

Objetivo: estudiar el rendimiento de un test rápido (TR) estreptocócico en nuestro servicio de Urgencias pediátricas.

Material y métodos: durante 10 meses (Abril 2003 a Febrero 2004) se registraron 102 pacientes que consultaron en Urgencias por dolor de garganta y/o exudado amigdalino y/o con sospecha de infección faringoamigdalina (IFA) estreptocócica. Tres pediatras del Servicio de Urgencias recogieron de forma individual los siguientes datos: edad, sexo, estación anual, fiebre > 38°C, amígdalas congestivas o con exudado, adenopatías submandibulares dolorosas, síntomas catarrales y exantema escarlatiniforme. El cepillado faríngeo para la toma de muestras se llevó a cabo con 2 torundas de forma simultánea. Una de ellas se utilizó para la extensión en una placa de agar-sangre para cultivo y las dos se introdujeron en los reactivos del TR inmunocromatográfico para la detección del *Streptococcus pyogenes* (BKL). La interpretación del test se realizó, de forma independiente, por dos de los pediatras. Posteriormente, se compararon los resultados con los cultivos correspondientes. Los datos se analizaron mediante el programa SPSS. 8,0.

Resultados: De los 102 pacientes, 2 fueron desechados por problemas metodológicos. Se estudiaron 55 niños y 45 niñas. La edad media fue de 5 años y 8 meses, con una desviación estándar de 4 años. El nº de cultivos positivos fue 41. La odds ratio para el sexo femenino fue de 0.4. Sólo hubo 2 casos de lectura discordante del TR entre los dos médicos (kappa: 0.96). La odds ratio para cada uno de los criterios fue de 1.8. La sensibilidad y la especificidad de la fiebre asociada a exudado amigdalino fueron del 33% y del 18% respectivamente. El signo más específico fue el exantema (S: 51%; E: 84%). La sensibilidad del TR fue del 95%, la especificidad del 89%. La concordancia entre el TR y el cultivo tuvo una kappa de 0.83.

Comentarios: El TR puede sustituir al cultivo de exudado faríngeo en urgencias, permitiendo una administración racional de la antibioterapia en pacientes con sospecha de IFA estreptocócica. La asociación de fiebre y exudado amigdalino, que se trata a menudo con antibioterapia, no se correlaciona de forma estadísticamente significativa con la IFA estreptocócica. El exantema escarlatiniforme es el signo más específico. Es sorprendente la alta significación estadística de la diferencia por sexos, encontrando que el sexo femenino sería un factor protector frente a la IFA estreptocócica.



TRATAMIENTO DE LA FARINGOAMIGDALITIS ESTREPTOCOCICA CON AMOXICILINA DOSIFICADA CADA 12 HORAS

C. Freijo, L. Guerra, A. Benito

Servicio de Urgencias de Pediatría del H.U. Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria

El tratamiento habitual de la faringoamigdalitis estreptococica se realiza con penicilina o amoxicilina cada 8 horas durante 10 días, Esta pauta de dosificación propicia el incumplimiento del tratamiento y/o el uso alternativo de antibioticos de más amplio espectro con posología más comoda.

Objetivo: Verificar la efectividad del tratamiento con amoxicilina a 50 mg/kg/día cada 12 horas.

Material y método: Se estudiaron 50 pacientes (edad media: 5,6 años, DS: 2,5, Rango: 2,6 – 12,8) que acudieron a Urgencias de PEDIATRÍA con sospecha de amigdalitis y/o escarlatina, que se confirmo mediante la positividad antigenica (inmunoanálisis enzimatico). En todos los casos se realizo cultivo y antibiograma. Se inició tratamiento con amoxicilina a 50 mg/kg/día cada 12 h. (dosis maxima 1500 mg/día). La efectividad del tratamiento se evaluo por la evolución clínica favorable (desaparicion de sintomas) a las 48 de su inicio. Se realizo una revision posterior a los 15 días para realizar control del frotis faringeo.

Resultados: En todos los casos, la sintomatología se negativizo en las primeras 48 h. de tratamiento. Así mismo, en todos los pacientes el cultivo mostro la existencia de estreptococo sensible a la amoxicilina, siendo en 49 de ellos del grupo A. El frotis de control a los 15 días se pudo realizar en 42 casos, siendo negativo en 38 de ellos (92%).

Conclusiones: En nuestro estudio se comprueba que el tratamiento de las faringoamigadaltis estreptococicas con amoxicilina cada doce horas es igual de efectivo que la posología habitual de tres veces al día, mejorando la tasa de fracasos de tratamiento (frotis de control positivo) ya que en los casos analizados se encontro una menor tasa de portadores (10%), probablemente relacionado con un mejor cumplimiento del tratamiento.



¿ES NECESARIA LA REALIZACIÓN SISTEMÁTICA DE HEMOCULTIVOS PARA ANAEROBIOS EN PEDIATRÍA?

N. García, C. Ezpeleta*, J. Ayala, A. Vereas, L. García, R Cisterna

Urgencias de Pediatría y *Servicio de Microbiología. Hospital de Basurto. Bilbao

Introducción y objetivos: En los últimos años ha disminuido la incidencia de hemocultivos positivos a microorganismos anaerobios. Esto cuestiona la necesidad de extracción rutinaria de hemocultivos para crecimiento de gérmenes anaerobios, especialmente en pediatría, donde la cantidad de muestra obtenida para cultivo suele ser escasa. En el presente trabajo valoramos el rendimiento del medio anaerobio en pacientes pediátricos.

Material y métodos: Hemos revisado 3328 hemocultivos recogidos en los 2 últimos años (2002-2003). La sangre obtenida por punción de vena periférica se inocula a partes iguales en una botella para cultivo de aerobios y otra para anaerobios. Los hemocultivos son recibidos por el Servicio de Microbiología que utiliza la monitorización continua para su lectura (Bactec 9240 de Becton & Dickinson). Las muestras se han mantenido en medio de cultivo entre 7 y 14 días.

Resultados: La positividad de los hemocultivos en este período es del 1,7%. En un 81.13% de los casos el crecimiento aparece en las primeras 48 horas. El porcentaje de microorganismos aislados corresponde en un 59.8% a Gram positivos y en un 40.2% a Gram negativos. Los gérmenes más frecuentemente aislados han sido *S. pneumoniae* (37%), siguiéndole en frecuencia *E. coli* (9.38%), *S. aureus* (8.7%), *Neisseria meningitidis* (7.17%). Durante todo este período no se aisló ningún microorganismo anaerobio.

Comentarios:

1. El procesamiento de hemocultivos únicamente en condiciones aerobias podría ser una estrategia válida, manteniéndose la recogida de cultivos anaerobios en casos seleccionados (inmunodeprimidos, mordeduras humanas, infecciones en cavidad oral e intraabdominal).
2. No podemos precisar los costes totales del procesamiento de cultivos anaerobios (el coste de cada botella es de 2,5 euros, lo que en nuestro caso supone aproximadamente 3.500 euros/año sólo por este concepto), pero su uso selectivo supondría una mejor utilización de los recursos económicos.



RESULTADOS DE LOS HEMOCULTIVOS PRACTICADOS EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS

A. Aguirre, C. Ezpeleta*, A. González, J. Humayor, C. González, R. Cisterna*

*Urgencias de Pediatría y *Servicio de Microbiología. Hospital de Basurto. Bilbao*

Introducción y objetivos: La fiebre y la bacteriemia son problemas comunes en todos los Servicios de Urgencia. En todos ellos es práctica rutinaria la extracción de hemocultivos para intentar documentar microbiológicamente el proceso. No obstante, su obtención es cuestionada (sobre todo en determinados procesos) por muchos autores, dado el bajo porcentaje de hemocultivos positivos que se obtienen y la poca trascendencia clínica que de ellos se deriva. Con el presente estudio pretendemos determinar la rentabilidad de los hemocultivos realizados en Urgencias de Pediatría, para en posteriores análisis determinar cuáles pueden ser los factores que influyen en dichos resultados e intentar mejorar el rendimiento de esta prueba.

Material y métodos: Se han revisado los hemocultivos realizados en el Servicio de Urgencias de Pediatría durante los años 2002 y 2003. Las muestras se han obtenido por punción de vena periférica según protocolo de enfermería de nuestro centro, y se inocula a partes iguales en frascos para gérmenes aerobios y anaerobios. Los hemocultivos son recibidos por el Servicio de Microbiología que utiliza la monitorización continua para su lectura (Bactec 9240 de Becton&Dickinson). En todos los casos de crecimiento de algún microorganismo, el Servicio de Microbiología se pone en contacto con Urgencias de Pediatría y se decide si ese hemocultivo es positivo o falso positivo en función del germen/es aislados, el tiempo transcurrido hasta el crecimiento y el estado clínico del paciente.

Resultados: Durante los 2 años de estudio se han realizado un total de 3238 hemocultivos. Se obtuvieron 58 positivos (1,7%), 81 falsos positivos (2,5%) y 3099 negativos (95,7%). El 57% de los hemocultivos positivos se dio en niños con edades entre 2 y 10 años, el 21,5% entre 2 meses y 2 años y el 11,5% entre 0 y 2 meses de edad. Por síntomas de localización, la bacteriemia primaria supone el 28,5% de los casos, los cuadros respiratorios el 36,3%, los procesos urinarios el 7% y los cuadros gastrointestinales el 9,8%.

Comentarios: Los datos obtenidos en cuanto a positividad (1,7%) o falsos positivos (2,5%) están en la línea de los referidos por otros Servicios de Urgencia Pediátricos y cumplen los estándares de calidad propuestos por la SEUP (tasa de falsos positivos < del 5%). No obstante, y dado el escaso rendimiento de la prueba, deberíamos plantearnos actuaciones para mejorarlo (ej: volumen de sangre inoculado) o cuestionarnos su obtención en aquellos procesos en los que la actuación clínica casi nunca va a ser modificada por sus resultados (ej: infección urinaria).



UTILIDAD DEL TEST RÁPIDO DE INFLUENZA EN EL ESTUDIO DE LA FIEBRE SIN FOCO EN MENORES DE 36 MESES

E. Morteruel Arizkuren, E. García Ojeda, S. Capapé Zache, J. Sánchez Etxaniz, M.A. Vázquez Ronco, J. Benito Fernández

Urgencia de Pediatría. Hospital de Cruces. Vizcaya

Objetivo: Determinar la utilidad de un test de detección rápido del antígeno de influenza mediante enzimo-inmunoanálisis, en la toma de decisiones en el lactante (0-36 meses) con fiebre sin focalidad.

Pacientes y método: Estudio prospectivo de los niños a los que se realizó el test de influenza (BD Directigen Flu A+B,), entre los meses de Noviembre y Diciembre de 2003. El test se realizó en niños con edades entre 0 y 36 meses con fiebre sin focalidad, en los que previamente se decidió la realización de exámenes complementarios. Se recogió información epidemiológica, pruebas complementarias realizadas y evolución del proceso (hospitalización, antibioterapia, reconsulta, etc.).

RESULTADOS: Se realizó el test a un total de 72 niños. Edad media: $7,22 \pm 8$ meses (8 días-36 meses). El test fue positivo para influenza A en 28 niños (38,8%). Se compararon las variables entre los niños con resultado del test (+) y (-):

	Test + (28)	Test - (44)	p
Edad (meses)	8,46 \pm 10 (0-36)	6,43 \pm 6 (0-32)	NS
Epidemiología familiar	16 (57,1%)	13 (29,5%)	0,02
Temperatura	39,2 \pm 0,75	39,32 \pm 0,8	NS
Analítica	12 (42,92%)	44 (100%)	< 0,001
RX de torax	3 (10,7%)	16 (36,4%)	0,01
Punción lumbar	2 (7,1%)	10 (22,7%)	0,07
Alta/Evolución-Ingreso	27/1	18/26(2-6)	< 0,001
Antibiótico al alta-ingreso	0	17 (38,6%)	
Reconsultas	2 (7,1%)	7 (11,7%)	NS

Se siguió telefónicamente a 27 niños con resultado del test +, no produciéndose cambio en el diagnóstico, salvo en 3 ocasiones en que se prescribió antibiótico, por presencia de otitis media como complicación. El mayor porcentaje de test positivos se objetivó cuando la tasa de incidencia de la gripe en la población general fue $\geq 200/100.000$ habitantes.

Conclusiones: Durante la epidemia gripal, conocer el resultado positivo del test de influenza condiciona un menor número de pruebas complementarias, un menor porcentaje de ingresos y permanencia en observación y una menor administración de antibióticos en los niños entre 0-36 meses que consultan por fiebre sin focalidad.



UTILIDAD DE LA PCR PARA ENTEROVIRUS EN EL MANEJO DE LAS MENINGITIS ASÉPTICAS

S. Hernández Bou, J.J. García García, M. Junyent, C. Esteva*, C. Luaces Cubells, C. Muñoz-Almagro*

*Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. *Servicio de Microbiología. Unidad Integrada Sant Joan de Déu-Clínica. Universitat de Barcelona*

Objetivos: Las meningitis asépticas (MA) suelen tener un curso benigno. No obstante, debido a la falta de un diagnóstico rápido, es frecuente el manejo hospitalario de estos pacientes hasta asegurar la negatividad de los cultivos bacterianos. El hecho de disponer de una prueba que nos confirmara la etiología vírica de forma rápida y fiable podría ser determinante en nuestra actuación. Una de las causas más frecuentes de MA es el *Enterovirus* (EV), para cuyo diagnóstico se ha desarrollado recientemente en nuestro hospital una técnica de detección por reacción en cadena de la polimerasa (PCR).

Material y métodos: Revisión retrospectiva de las historias clínicas de los pacientes atendidos en nuestro centro con diagnóstico de meningitis asépticas durante el año 2001. Se realiza la PCR-EV (duración 9 horas) en el LCR en todos los casos en los que se conserva muestra. El coste de esta técnica es de 36 €. Para el análisis de costos, consideramos ingreso una estancia superior a 24 horas en la Unidad de Estancia Corta. El coste de la estancia hospitalaria es de 300 €/día.

Resultados: Se revisan 40 casos de MA, 25 niños y 15 niñas. La mediana de edad fue de 5,1 años (p25:3,9-p75:7,1). Los síntomas predominantes fueron cefalea (34 casos) y vómitos (28 casos). La mediana de la duración de la clínica fue de 24 horas. Ocho niños (20%) recibieron antibiótico previo. Presentaron signos meníngeos 33 pacientes (82,5%). La mediana de leucocitos en LCR fue de 215 /mm³, con predominio de polimorfonucleares en 20 (60%). El score de Boyer fue ≤ 2 en todos los niños excepto en 3. La estancia hospitalaria resultó superior a 24 horas en 22 casos (55%). Seis pacientes (15%) recibieron tratamiento antibiótico o antiviral. De los 25 pacientes en los que se disponía de muestra de LCR para el análisis de EV, la PCR-EV fue positiva en 7 (28%). No hallamos diferencias significativas en relación con los datos clínicos o analíticos entre los pacientes con PCR-EV positiva y los pacientes con prueba negativa. De los 7 casos positivos, 5 ingresaron y 1 recibió tratamiento antibiótico y antiviral durante 36 horas. El coste de la realización de la PCR EV en las 25 muestras fue de 900 €, mientras que los 5 días de ingreso (1 por paciente) pasadas las 24 horas supusieron un coste de 1500 €.

Conclusiones: La meningitis por EV no presenta rasgos diferenciales clínicos ni analíticos que permitan discriminarla del resto de MA. La determinación sistemática de la PCR-EV en los pacientes con el diagnóstico de MA podría suponer un cambio en el manejo al permitir un alta precoz. En cambio, la restringida indicación de tratamiento antibiótico o antiviral en nuestra muestra explica que el posible ahorro económico dependa más de la reducción de la estancia hospitalaria que de la disminución del número de dosis administradas.



INFLUENCIA DE LA PRUEBA DE DETECCIÓN RÁPIDA DEL VIRUS DE LA GRIPE EN EL MANEJO DEL LACTANTE FEBRIL

S. Segura Matute, J.J. García García, T. Juncosa Morros¹, E. Palacín Camacho¹, C. Luaces Cubells
Sección de Urgencias. ¹Servicio de Microbiología. Unidad Integrada Sant Joan de Déu-Clínica. Universitat de Barcelona

Introducción: Las pruebas de detección rápida pueden modificar las pautas clásicas del lactante febril. Los objetivos de este estudio son determinar las características clínicas de los pacientes diagnosticados de gripe y constatar las diferencias de actuación con respecto a los pacientes con resultado negativo.

Métodos: Revisión retrospectiva de las historias de aquellos pacientes en que se solicitó una prueba de detección rápida de *Influenzae* virus en aspirado nasofaríngeo, desde octubre a diciembre de 2003.

Resultados: Se solicitó el diagnóstico rápido del virus de la gripe en 142 pacientes. La mediana de edad fue 2,4 meses. El resultado fue positivo en 63 (44,4%). La indicación principal para solicitar la prueba fue la fiebre asociada a clínica respiratoria (62,7%), seguida de la fiebre sin foco (33,8%) y bronquiolitis VRS negativa (1,4%). De todos los pacientes con gripe sólo uno presentó urocultivo positivo; los hemocultivos realizados fueron negativos. Al comparar los pacientes diagnosticados de gripe con aquellos sin gripe, no detectamos diferencias en cuanto al sexo, edad, presencia de fiebre o de síntomas respiratorios. Los pacientes con gripe tuvieron menos dificultad respiratoria (1,6% vs. 17,7%) y existía con más frecuencia ambiente epidémico en el domicilio (54% vs. 31,6%) ($p < 0,01$). No observamos diferencias estadísticamente significativas con respecto a la realización de analítica sanguínea, hemocultivo, sedimento urinario y punción lumbar. A los pacientes con gripe se les practicaron menos Rx de tórax (30,2% vs. 51,9%) ($p < 0,01$), ingresaron menos (19% vs. 57%) ($p < 0,001$) y recibieron menos antibiótico (14,3% vs. 40,5) ($p < 0,001$). Un resultado positivo nos ha hecho modificar nuestra pauta diagnóstico-terapéutica tradicional en un 58,7% (37/63) de los casos. En el subgrupo de 25 pacientes menores de un mes no encontramos diferencias en ningún parámetro.

Conclusiones: La detección de virus de la gripe en nasofaringe cambia con frecuencia la pauta habitual utilizada en los lactantes febriles. Dada la baja prevalencia de enfermedad bacteriana grave concomitante debe tratar de definirse si la incorporación de esta prueba en el manejo del lactante febril modificaría la pauta de actuación habitual.



PREDICTORES DE ENFERMEDAD BACTERIANA GRAVE EN LACTANTES MENORES DE 3 MESES CON FIEBRE

S. Ricart Campos, E. Gargallo Burriel, J.J. García García, R. Garrido Romero, J. Pou Fernández, C. Luaces Cubells

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

Objetivos: Determinar la incidencia de enfermedad bacteriana potencialmente grave (EBPG) en menores de 3 meses y establecer sus predictores clínico-analíticos más sensibles.

Material y métodos: Se estudiaron de forma prospectiva los lactantes menores de 3 meses que ingresaron desde urgencias por fiebre. Las exploraciones complementarias, según protocolo habitual, se realizaron sistemáticamente en menores de 1 mes y según criterios clínicos en lactantes de 1 a 3 meses. Se solicitó la determinación de VRS y *V. Influenzae* en aspirado nasofaríngeo al iniciarse el período epidémico. Se determinó la presencia de enterovirus en LCR en los casos en que disponía de una muestra adecuada. Hemos considerado EBPG el crecimiento de un microorganismo en un líquido habitualmente estéril. Se utilizaron pruebas de T-test para variables cualitativas y χ^2 para cualitativas. Se realizó un análisis de regresión logística, con los parámetros disponibles para la mayor parte de los casos, con el objeto de identificar las variables predictoras de EBPG,

Resultados: Se incluyeron 136 pacientes (42% niñas y 57,4% niños), con una media de edad de 39,6 días. Los diagnósticos más frecuentes al alta hospitalaria fueron: 30,9% Síndrome febril autolimitado; 24,3% infección urinaria; 17,6% bronquiolitis VRS positiva; 7,4% gripe. La incidencia de EBPG en el total de la muestra fue del 24,3% y de enfermedad vírica demostrada del 30,1%. De los niños con infección vírica demostrada, tan sólo dos (5%) tuvieron una EBPG. En el análisis bivariante, la $PCTq \geq 0,5$ mg/dl mostró buena capacidad predictora de EBPG (sensibilidad 100% y especificidad 77%). En el análisis de regresión logística, los predictores con significación estadística fueron el incumplimiento de los criterios de Rochester (OR: 9,3) y una proteína C-reactiva superior a 30 mg/L (OR: 7,8).

Conclusiones: La infección del tracto urinario es la EBPG más frecuente en lactantes menores de 3 meses con fiebre. La constatación de una infección vírica selecciona un grupo de pacientes con menor riesgo de padecer una EBPG. La procalcitonina se apunta como el mejor predictor disponible para detectar a los pacientes de riesgo. Los criterios de Rochester y la elevación de la PCR son útiles en caso de no disponer de marcadores más sensibles.



MANEJO DE LOS SÍNDROMES FEBRILES EN MENORES DE 3 MESES DURANTE EL PERÍODO INVERNAL

E. Trillo Bris, F. Ferrés Serrat, A. Costa Ballesteros, J. Reina Prieto*, J.M. Román Piñana

Servicios de Pediatría y *Microbiología. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca

Introducción: Los lactantes menores de 3 meses con fiebre tienen una elevada incidencia de infecciones bacterianas potencialmente graves (IBPG), aunque los virus constituyen la etiología más frecuente. En época invernal los test víricos de diagnóstico rápido pueden contribuir a identificar precozmente los niños con bajo riesgo de IBPG.

Objetivos:

1. Conocer la contribución de los cultivos víricos de secreciones faríngeas a la identificación de los agentes causales de los síndromes febriles en los menores de 3 meses en período invernal.
2. Conocer las formas clínicas de los distintos virus identificados.
3. Conocer la existencia de eventuales coinfecciones bacterianas en niños con infección vírica demostrada.
4. Estudiar la utilidad de los test víricos de diagnóstico rápido en el manejo de los lactantes febriles menores de 3 meses.

Metodología:

1. Incorporación al protocolo diagnóstico de los síndromes febriles en menores de 3 meses, durante el período invernal, de los test de diagnóstico rápido en secreciones faríngeas para el VRS y virus *influenza*.
2. Revisión de las historias de los menores de 3 meses con fiebre desde el 1 de noviembre de 2003 al 29 febrero de 2004.

Resultados: 20 casos revisados. Se diagnosticó infección vírica en 11 niños (55%): 6 virus *influenza A* (VIA), 3 VRS y 2 virus *parainfluenza 3* (VP3). Formas clínicas: bronquiolitis 1 (VRS), neumonía 1 (VRS), infecciones respiratorias de vías altas 8 (6 VIA, 2 VP3 y 1 VRS). 3 infecciones respiratorias de vías altas se asociaron a IBPG: 2 (por VP3) a infección urinaria por *E. coli* y 1 caso (por VRS) a bacteriemia por *S. agalactiae*. Sensibilidad de los test de diagnóstico rápido: VIA 83,3% (5 de 6), VRS 100% (3 de 3). Ningún test rápido dio falso positivo.

Comentarios y conclusiones:

1. Tres niños con infección vírica demostrada presentaron IBPG.
2. Los cultivos virales de secreciones faríngeas han presentado una elevada rentabilidad diagnóstica.
3. Los test rápidos estudiados han tenido una alta sensibilidad y una especificidad del 100%.
4. Estos test constituyen un valioso elemento adicional para identificar a los niños de bajo riesgo, pero su positividad no excluye la existencia de una IBPG asociada.
5. La realización de técnicas de diagnóstico virológico a los lactantes febriles menores de 3 meses no puede implicar la no realización del resto de exploraciones complementarias contempladas en los protocolos habituales.



INFECCION NEUMOCOCICA EN LA URGENCIA PEDIATRICA

P. Chimenti, C. Menéndez, J. Urbano, R. Chacón, E. Cercenado, M. Navarro

HGU Gregorio Marañón. Madrid

Objetivo: el neumococo es una importante causa de morbimortalidad en la infancia, especialmente en menores de 2 años. Valoración del impacto de la vacuna antineumocócica heptavalente tras su comercialización en Junio del 2001

Material y métodos: estudio retrospectivo realizado en el Servicio de Pediatría del HGUGM en un período de 5 años (Enero 1999-Diciembre 2003) de los aislamientos de *Streptococcus pneumoniae*. Se recogen datos de filiación del paciente, clínica de presentación, analítica, cultivo y características del microorganismo (serotipo, resistencias).

Resultados: 197 aislamientos en 171 pacientes. Relación hombre/mujer 1,53/1. Distribución de las muestras: exudados óticos (50%), aspirado bronquial/BAL (21,4%), hemocultivos (19,4%), LCR (3,6%), líquido pleural (1%) y líquido peritoneal (0,5%). El 28,9% de los niños presentaba alguna patología de base. Los síntomas de presentación más frecuentes fueron: fiebre >39°C, afectación del estado general, vómitos y catarro de vías altas. Precisaron ingreso el 35% de los niños. Se produjeron dos fallecimientos, tres niños presentaron convulsiones y un niño quedó con hipoacusia neurosensorial severa. El 70% de los hemocultivos y el 85% de aislamientos en LCR fue en <24 meses. El 55% de hemocultivos y 57% de LCR fueron serotipos incluidos en la vacuna. Los serotipos aislados más frecuentes fueron: 6 (19,8%), 19 (19,38%), 14 (16,3%) y 23 (11,2%) que corresponde al 66,8% del total de aislamientos. La resistencia a penicilina en nuestra muestra se centra en 5 serotipos incluidos en la vacuna. Tras la introducción de la vacuna hemos encontrado una disminución de la prevalencia de los serotipos vacunables sin aumento de los no vacunables.

Conclusiones: la distribución de serotipos en nuestra muestra es similar a lo publicado en la literatura. La vacuna heptavalente podría haber evitado más de la mitad de las bacteriemias y meningitis secundarias a neumococo en nuestra población.

**BACTERIEMIA OCULTA POR STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE EN LA INFANCIA, ESTUDIO DE 14 AÑOS**

J. Pérez Sánchez, V. Pineda Solas, S. Sánchez Pérez, R. Bou Torrent, M. Vilà de Muga, I. Loverdos Eserverri
Servei de Pediatria. Hospital de Sabadell. Institut Universitari Parc Taulí

Objetivos: Conocer la incidencia, serogrupos causales, evolución clínica de la bacteriemia oculta por *S. pneumoniae* para establecer la necesidad y/o impacto que podría tener la nueva vacuna conjugada antineumocócica.

Material y métodos: Se evalúan en forma retrospectiva y observacional todos los niños (<14 años) diagnosticados en nuestro Hospital de bacteriemia oculta neumocócica (BON) desde enero de 1990 hasta enero de 2004, recogiendo los datos epidemiológicos, clínicos, analíticos y microbiológicos de los pacientes afectados. El Hospital de Sabadell tiene un área de influencia de 391.000 habitantes de los cuales 65.000 son menores de 15 años y 7.000 son menores de 2 años.

Resultados: Se han diagnosticado 84 casos de bacteriemia durante el período de estudio, con un mínimo de 2 casos en el año 1993 y un máximo de 9 casos en los años 1997, 1998 y 1999. La edad media fue 2 años y 2 meses con un rango de 1 mes a 9 años y 11 meses, siendo el 62% menores de 2 años y el 92% menores de 5 años. Un 70% de los casos se registraron entre los meses de octubre a febrero. El 49% se trataron a domicilio sin complicaciones. Se serotiparon 76 cepas, siendo los serogrupos más frecuentes el 18 (18 casos), el 19 (12 casos), el 6 (11 casos) y el 14 (10 casos). En menores de 2 años un 50% de cepas aisladas corresponde a los serogrupos 6 (21%), 19 (16%) y 14 (12%), mientras que en mayores de 2 años el serogrupo predominante es el 18. Un 80% de los serogrupos aislados están incluidas en la vacuna antineumocócica heptavalente. Un 40%, 16% y 36% de cepas presentaron algún grado de resistencia a penicilina, cefotaxima y eritromicina, respectivamente. El 73% de las cepas aisladas en los menores de 2 años presentaba algún tipo de resistencia. Los serogrupos que mostraron resistencias a los betalactámicos fueron el 6, 9, 14, 19, 23, todos ellos presentes en la vacuna antineumocócica heptavalente.

Conclusiones:

1. La incidencia de la BON en menores de 2 años es de 52 casos por 100.000 entre 1990 y 2003.
2. El 49% de los casos se han tratado ambulatoriamente sin complicaciones.
3. El 80% de los serogrupos causales y el 100% de los serogrupos resistentes a betalactámicos están comprendidos en la vacuna conjugada antineumocócica heptavalente.



NUEVAS PERSPECTIVAS EN EL MANEJO DE LA INFECCIÓN URINARIA EN MENORES DE UN MES: QUÉ PAPEL JUEGA EL PEDIATRA DE URGENCIAS

E. Corrales Magín, J.J. García García, S. Zambudio Sert, J. Payeras Grau, A. Gené Giralt¹, C. Luaces Cubells.
Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. ¹Servicio de Microbiología. Unitat Integrada Sant Joan de Déu-Clínica. Universitat de Barcelona

Introducción: El manejo de las infecciones urinarias en niños menores de un mes presenta puntos convertidos (duración del tratamiento endovenoso, necesidad de punción lumbar y el significado de pleocitosis). Los objetivos de este estudio son comprobar la eficacia de una pauta antibiótica endovenosa corta en los lactantes por debajo del mes de vida y valorar la utilidad de la admisión de estos neonatos en unidades de corta estancia.

Métodos: Revisión retrospectiva de las historias de los lactantes menores de un mes ingresados con infección del tracto urinario (ITU) entre enero del 1997 y diciembre del 2002. Se definió pleocitosis como la presencia de más de 30 leucocitos/mm³ en LCR.

Resultados: Se diagnosticaron 172 pacientes (147 (85,5%) de sexo masculino). La mediana de edad fue de 19 días. Consta la realización de hemocultivo en 129 de los cuales en 16 casos fue positivo. Se realizó análisis de LCR en 75 pacientes (43,9%) de los sólo se halló pleocitosis en 5 (mediana: 40 leucos/mm³); todos los cultivos de LCR fueron negativos. El microorganismo más frecuente fue *E. coli* (150 (87,2%)). De los gérmenes aislados en los urocultivos 102 (59,3%) fueron resistentes a ampicilina, 7 (4,1%) a amoxicilina-clavulánico, 1 (0,6%) a cefotaxima y 2 (1,2%) a gentamicina. Ciento cinco (61%) pacientes se trataron con amoxicilina-clavulánico y gentamicina por vía endovenosa y 49 (28,5%) con ampicilina y gentamicina; sólo 12 (7%) con cefalosporinas por vía endovenosa. La mediana de duración del tratamiento endovenoso fue de 4 días (P25: 3; P75: 6); en los pacientes con pleocitosis de LCR la mediana fue de 5 días. El antibiótico más utilizado en la fase de continuación fue amoxicilina-clavulánico por vía oral (75%). No se detectó ningún fracaso ni recaída y sólo tuvieron lugar 10 reinfecciones. De los 126 pacientes con control gammagráfico, 11 (8,7%) tenían cicatrices renales a los 6 meses.

Conclusiones: Un tratamiento endovenoso corto y continuación posterior por vía oral se ha demostrado eficaz en el manejo de las ITU en los menores de un mes. La hospitalización de los pacientes en Unidades de Corta Estancia con alta precoz se muestra actitud razonable en este tipo de enfermos.

**MESA DE COMUNICACIONES ORALES Nº 3**

Sábado 8 de mayo de 2004, de 12.00 a 14.00 horas

Moderadores: A. González, M. de la Torre**ERRORES EN LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICACIÓN EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA (UP)**E. Castellarnau Figueras, J. Maixé Ceballos, M. Jariod Pàmias, X. Allué Martínez*Servicio de Pediatría. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII*

Objetivos: Estimar frecuencia, características y factores asociados a errores de prescripción detectados en los informes al alta UP.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de informes con prescripción farmacológica al alta en una semana. Se recogen variables epidemiológicas y 9 errores de prescripción (no constar vía administración, no constar dosificación por peso, uso nombres comerciales en lugar genéricos, no constar peso, ilegibilidad, dosificación errónea, medicación innecesaria, uso abreviaturas y prescripción en unidades galénicas en lugar unidades peso). Se analiza el número total de errores y su porcentaje en relación al total de ítems aplicables por prescripción y por paciente. Consideramos prescripción con morbilidad potencial la dosificada incorrectamente por exceso y la innecesaria. Los datos se registran en base de datos dBase y se analizan con programa estadístico SPSS v11.5.

Resultados: Se recogen 257 informes, 54,9% varones, edad media $2,7 \pm 2,7$ años. Han generado 434 prescripciones, $1,7 \pm 0,9$ por paciente. Los errores de prescripción son: vía administración (92,9%), dosificación (90,8%), nombres comerciales (90,3%), peso (52,8%), ilegibilidad (12,9%), dosis errónea (6,9%), medicación innecesaria (4,1%), abreviaturas (1,8%) y unidades galénicas (1,4%). Todas prescripciones tienen algún error, en promedio $3,8 \pm 0,9$ sobre máximo posible de 9, y $49,5\% \pm 10,3\%$ sobre total de ítems aplicables. El número errores por paciente es $6,5 \pm 4,0$, el $49,7\% \pm 9,5\%$ sobre total de ítems aplicables. No se encuentran diferencias por porcentaje de errores según prescriptor, hora, fármaco, vía ni diagnóstico. La ilegibilidad ocurre 42,7% prescripciones adjuntos y solo 4,4% residentes. El uso nombres comerciales se asocia más a residentes (100% pediatría, 94,1% familia) que a adjuntos (88,8%), aunque sin significación. No consta dosificación en ninguna prescripción de residentes y solo 9,3% adjuntos. Según el fármaco, existen diferencias en: dosificación incorrecta, prescripción innecesaria, no vía, uso genéricos. Se encuentran diferencias según vía administración: dosificación incorrecta, constancia vía, y abreviaturas. Detectamos 20 prescripciones con morbilidad potencial (4,6%) con diferencias significativas según el fármaco prescrito (29,8% antibióticos).

Conclusiones: El número de errores es elevado; no podemos compararlo por falta bibliografía en UP y puede ser debido a la búsqueda exhaustiva de errores realizada. Aunque el número de errores en un informe médico se asocia a la imagen subjetiva de calidad, el porcentaje de errores sobre los posibles es más apropiado usar como indicador de seguimiento. Es necesario validarlo pues se desconoce la repercusión de los errores sobre la medicación realmente administrada al paciente. Es más relevante el número y porcentaje de prescripciones con morbilidad potencial.



EVOLUCIÓN DE LA DEMANDA DE ASISTENCIA PEDIÁTRICA EN URGENCIAS HOSPITALARIAS. PATOLOGÍA RESPIRATORIA

L. Arranz Arana, M.E. Palacios López, E. Zuazo Zamalloa, E. Moreno Arnedillo, C. Calvo Monge, J.M. Bereciartua Eizmendi*

*Hospital de Zumarraga. Servicio de Pediatría. *Unidad Gestión Sanitaria. Zumarraga. Gipuzkoa*

Objetivo: Estudio de la evolución de demanda pediátrica en urgencias hospitalarias. Análisis de patología respiratoria.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los datos de niños de 0 a 14 años vistos en urgencias del hospital en una zona de 90.000 habitantes con población pediátrica de rango 11.469-11.215 en los años 1997, 2000 y 2003. Analizamos las variables número total de urgencias, ingresos, observaciones, según la diferente patología respiratoria.

Resultados: Año 97: total de urgencias atendidas 4.140 de los que ingresan: 434 (10,47%), acudiendo por patología respiratoria 1.050 (23,36%) precisando ingreso 122 (11,6%): asma / broncoespasmo 32,7%, bronquiolitis 11,81%, laringitis-laringotraqueitis 14,7%, neumonía 24,5 %; varios 6,56%). Del total de niños que permanecieron en Unidad de Observación 283, por laringitis 13,1 %, asma/ broncoespasmo 5,3%, bronquiolitis 3,8%.

Año 2000: total de urgencias 5911, siendo ingresadas 377 (6,41%). De ellas presentaban patología respiratoria 1.989 (33,64%) ingresando 146 (7,23 %): asma y/o broncoespasmo 25,3%, bronquitis 5,4%, bronquiolitis 23,9%, laringitis-laringotraqueitis 0,68%; neumonía 43,8 %; s. pertusoide 0,64%. Observación 376: asma /broncoespasmo 4,2%, laringitis 3,9%, bronquiolitis 1,5%.

Año 2003: 7496 urgencias un 43,1% corresponde a menores de 2 años. Ingresadas 406 (5,7%). Patología respiratoria 2.754 (36,7%). Se ingresan 142 (5,1%): asma/broncoespasmo 38%, bronquitis 9,8%, bronquiolitis 12,6 %, laringitis-laringotraqueitis 1,4%, neumonía 34,5 %; varios 3,7%. Observación 416: laringitis 13,1 % asma/ broncoespasmo 15,3 %, bronquiolitis 3,1%. En el tercer período la demanda por patología respiratoria se ha incrementado 44,79% ($p < 0,01$). La distribución de los ingresos por asma/broncoespasmo, bronquiolitis y neumonía ha disminuido respecto a la demanda en urgencias.

Conclusiones:

1. Incremento significativo ($p < 0,01$) de la demanda en Urgencias.
2. El aumento del número de urgencias por patología respiratoria ha sido a costa de procesos leves.
3. Hay disminución significativa ($p < 0,01$) del número de urgencias respiratorias ingresadas (asma/broncoespasmo, bronquiolitis y neumonía).



ESTUDIO DE LA MORTALIDAD EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA (UP): REVISIÓN DE LA CASUÍSTICA DE 10 AÑOS (1994-2003)

S. Segura Tigell, E. Castellarnau Figueras, J. Maixé Ceballos, M. Jarrod Pàmias, R. Monné Gelonch, X. Allué Martínez

Urgencias de Pediatría. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Tarragona

Objetivos:

1. Comunicar los principales aspectos epidemiológicos de los niños fallecidos en UP, así como la etiología de la enfermedad fundamental y la causa inmediata de muerte.
2. Relacionar existencia patología base y "esperabilidad de muerte".
3. Revisar las circunstancias de la parada cardiorrespiratoria (PCR) y la práctica de maniobras de reanimación (RCP).

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo, durante el período 1994-2003, de pacientes, que presentan o llegan en situación de PCR a UP, falleciendo. Se recogen: variables epidemiológicas (distribución, tasa mortalidad, edad, sexo, estancia, procedencia, acceso), circunstancias de la PCR (hora, lugar, RCP), patología base, enfermedad fundamental, causa muerte y resultados de la necropsia. Los datos se registran en una base de datos Microsoft® Excel y se analizan con el programa estadístico SPSS v11.5.

Resultados: Se registran 18 casos, de 152.504 niños atendidos, 13 niños y 5 niñas, con edad media de 4,5 años, y tasa de mortalidad de 0,12‰. La distribución anual es uniforme (1,8 casos/año), con mayoría de casos residentes en nuestra provincia (61,1%). La PCR sucede durante el día (77,7%) y generalmente en el domicilio (38,9%), seguido de la carretera y UP. No se realiza ninguna maniobra de reanimación en el lugar del paro en el 61,1% de casos, mientras que en el 33,3% se inicia con el SEM. La mitad accede en ambulancia. Se practica RCP en UP en 72,2% de los casos con una estancia media de 32,83 minutos. Existe patología de base en 5 casos, que podría justificar el exitus en 4. La enfermedad fundamental más frecuente es la traumática (50%), seguida de la respiratoria, infecciosa, cardiológica y muerte súbita. La muerte cerebral (44,4%) representa la causa inmediata de muerte más frecuente, seguida por el shock y la insuficiencia respiratoria. Se practica necropsia en 6 casos, que es concluyente para el diagnóstico de enfermedad fundamental en 4 de ellos.

Conclusiones:

1. La tasa mortalidad se mantiene estable.
2. Existe predominio masculino.
3. La PCR sucede durante el día y en el domicilio habitual.
4. Hay un elevado porcentaje de casos en que no se practica ninguna maniobra de reanimación en el lugar del paro, por lo que es fundamental insistir en la formación en RCP de la población.
5. Cuando no se practica RCP en UP se justifica por el estado del paciente: cadáver o preagónico con patología terminal.
6. La muerte suele ser inesperada.
7. La enfermedad fundamental y la causa inmediata de muerte más frecuentes son respectivamente trau-



CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES FRECUENTADORES EN URGENCIAS

B. Solís Gómez, M. Herranz Aguirre, N. Clerigué Arrieta, E. Gembero, B. Bermejo, I. Remírez
Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona. Navarra

Introducción: Es un hecho conocido que existe un grupo de pacientes que sobreutilizan las urgencias, generando gran demanda asistencial. Esto puede deberse a factores como su patología de base ó la accesibilidad de los servicios de urgencias.

Objetivo: Conocer las características epidemiológicas de los pacientes frequentadores en urgencias.

Material y métodos: Se define paciente frequentador como aquel que consulta > 3 veces durante un período de estudio de 3 meses (Octubre-Diciembre 2003). Se recogen el número total de urgencias y de ingresos. Se analizan las consultas realizadas por pacientes frequentadores y se recogen las variables: número de urgencias, hora de consulta, número de ingresos, edad, existencia de antecedentes patológicos y población de residencia. Se define las áreas de población según la distribución de nuestra Comunidad Autónoma. Se analizan los datos con el paquete estadístico SPSS y se comparan con el test de la chi-cuadrado.

Resultados: Urgencias totales: 11328, ingresos: 587 (5.1%). Urgencias frequentadores: 973, ingresos 69 (7%). Existen diferencias significativas en el porcentaje de ingresos $p=0.005$.

Recogemos un total de 202 frequentadores que consultaron: 4 veces 124, 5 veces 41, 6 veces 22 y 7 ó más 15 (generaron 973 urgencias).

Características de los frequentadores: Edad media: 2.04 (DS: 2.656) el 74.3% < 3 años, antecedentes patológicos: 106 casos (52.5%). El 88.6% proceden de la Cuenca de Pamplona. Los pacientes sin antecedentes patológicos ingresan (16/96) significativamente menos ($p=0.005$) que los que sí los presentan (36/106), dichos ingresos están relacionados con la patología previa en un 77.7% de los casos.

Comentarios:

1. Los pacientes frequentadores tienen corta edad, antecedentes patológicos con frecuencia y habitualmente residen en una zona próxima a nuestro servicio de urgencias.
2. Requieren hospitalización con una frecuencia significativamente mayor que el resto de urgencias, lo que parece relacionarse con la mayor incidencia de antecedentes patológicos.



EVALUACIÓN DE ADECUACION DE INGRESO PROCEDENTE DE URGENCIAS MEDIANTE EL PEDIATRIC APPROPRIATENESS EVALUATION PROTOCOL

A. Domingo Garau, J.J. García García, C. Luaces Cubells, G. Gelabert Colomé, J. Pou Fernández
Sección de Urgencias de Pediatría. Unitat Integrada Sant Joan de Déu-Clínica. Universitat de Barcelona

Introducción: El instrumento más utilizado y conocido para identificar la utilización inapropiada de la hospitalización es la escala *Pediatric Appropriateness Evaluation Protocol*. La mediana del porcentaje de ingresos inadecuados en los estudios publicados se encuentra alrededor del 14%.

Objetivos:

1. Determinar el porcentaje de ingresos inadecuados desde el Servicio de Urgencias, según el *Pediatric Appropriateness Evaluation Protocol* (PAEP) y sus características.
2. Valorar las causas del ingreso inadecuado.

Material y métodos: Estudio prospectivo de una muestra de pacientes ingresados procedentes de Urgencias, entre mayo y septiembre del 2003. Se excluyen los ingresados en el Servicio de Psiquiatría, en la UCI-P y los lactantes con edad inferior a 6 meses. El día de revisión se elige aleatoriamente y se obtiene una muestra correspondiente al 10% de la ocupación hospitalaria de ese día, analizando de entre ellos los pacientes que han ingresado a través de Urgencias. Se considera ingreso adecuado aquel que cumple uno de los 22 ítems de adecuación del ingreso pediátrico del PAEP e inadecuado aquel que no cumple ninguno.

Resultados: Se obtiene una muestra de 77 pacientes. La mediana de edad fue de 6,8 años y la mediana de estancia hospitalaria de 7 días. Tras aplicar la escala PAEP se obtienen 11 casos considerados como ingresos inadecuados, que corresponden al 14,3% (IC95%: 7,4 - 24,1). Al seleccionar las tres especialidades con mayor número de ingresos, observamos que en Pediatría existe un porcentaje de inadecuación del 21,7% (5/18), en Traumatología del 14,3% (2/12) y en Cirugía pediátrica del 13,6% (3/19). El 63,6% de causas de inadecuación de ingreso corresponden al ítem "todas las necesidades diagnósticas y terapéuticas pueden ser realizadas como paciente externo".

Conclusiones: El porcentaje de inadecuación obtenido se corresponde con la mediana de los estudios publicados. Dado que la mayor parte de las inadecuaciones corresponden a procedimientos diagnósticos o terapéuticos que se podrían realizar de forma ambulatoria, el establecimiento de estructuras de soporte a Urgencias como las Consultas de Atención Rápida podrían ayudar a disminuir las inadecuaciones.



PACIENTES READMITIDOS Y READMITIDOS CON INGRESO. DOS INDICADORES PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS SERVICIOS DE URGENCIA

S. Esteban, S. Díaz, A. Ruano, A. Rodríguez, C. Larreina, C. Mourelo

Urgencias de Pediatría. Hospital de Basurto. Bilbao

Introducción y objetivos: La evaluación por indicadores se ha demostrado como un instrumento útil para valorar la calidad asistencial. La Sociedad de Urgencias de Pediatría (SEUP) así lo ha entendido y se ha constituido un grupo de trabajo que ha identificado y definido indicadores válidos para los Servicios de Urgencia Pediátricos. El objetivo de presente estudio es conocer dos de estos indicadores (pacientes readmitidos y readmitidos con ingreso a las 72 horas) para fijar la posición de partida de nuestro Servicio de Urgencias.

Material y métodos: Utilizamos la definición y fórmula de estos indicadores que ha proporcionado el grupo de trabajo de la SEUP sobre indicadores de calidad.

Readmisión a las 72 h: Explicación del término: paciente que acude a urgencias por cualquier motivo y que ha sido atendido previamente en 72 horas.

Fórmula: n° de pacientes que readmitidos en 72 h/ n° total de pacientes x 100.

Readmisión con ingreso: Explicación del término: todo paciente que es readmitido (visto previamente en 72) y que precisa ingreso.

Fórmula: n° de readmisiones ingresadas/ n° de readmisiones x 100.

El período de estudio ha sido el años 2003 y hemos utilizado como fuente de datos el sistema informático del hospital.

Resultados: Durante el año 2003 fueron atendidos 29.993 niños (no se incluyen los pacientes cuyo motivo inicial de consulta es patología traumática de extremidades que son atendidos directamente por el servicio de traumatología). La readmisión a las 72h es del 7% (2.095 niños), y la Readmisión con ingreso del 2,2% (47 niños)

Conclusiones: Los datos resultantes nos permiten comprobar que nuestro Servicio de Urgencias se encuentra dentro de los estándares de calidad propuestos por la SEUP para estos indicadores (< del 10% para readmisión y < del 15% para readmisiones con ingreso). No obstante, creemos que una readmisión del 7% supone una sobrecarga asistencial importante y el análisis de los factores que la determinan (para intentar actuar sobre ellos) puede permitir reducir dicha sobrecarga.



ANÁLISIS DE PACIENTES READMITIDOS CON HOSPITALIZACIÓN. UNA HERRAMIENTA PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS SERVICIOS DE URGENCIA

A. Rodríguez, P. Postigo, S. Campos, J. Rementería, R. Fernández, K. Díez

Urgencias de Pediatría. Hospital de Basurto. Bilbao

Objetivos: Analizar las causas de hospitalización tras visitas repetidas al Servicio de Urgencias. Crear una herramienta útil para utilizarla como indicador de calidad en el Servicio de Urgencias.

Métodos: En el período de Noviembre de 2002 a Noviembre de 2003 se estudiaron los pacientes que consultaban de nuevo en el Servicio de Urgencias dentro de las 72 horas siguientes a la primera visita y que fueron hospitalizados. Las historias de los pacientes fueron revisadas por miembros del Servicio de Urgencias, estudiando cada caso individualmente para identificar los factores que habían contribuido a que el paciente tuviese que ser hospitalizado según esquema modificado propuesto por DePiero y cols. en 2002 (*Ann Emerg Med* 2002; 39: 159-163): progresión de la enfermedad, fallo en el control por los padres, error en el tratamiento, diagnóstico incorrecto, evaluación incompleta, fallo en la consulta a subespecialistas.

Resultados: De un total de 29993 pacientes vistos en el Servicio de Urgencias durante ese período, 1637 fueron hospitalizados y de éstos, 47 habían consultado en las 72 horas previas a su hospitalización. De los 47 pacientes hospitalizados, 44 se debieron a una progresión de la enfermedad y 2 a errores médicos (1 en el tratamiento inicial y el otro en el diagnóstico), y 1 a que los padres rehusaron el ingreso en la visita inicial.

Conclusiones: En la mayoría de los casos (93,6%), la evaluación inicial en el Servicio de Urgencias fue apropiada y la hospitalización fue debida a una progresión de la enfermedad y no a errores producidos en la visita inicial. Estos datos coinciden con estudios previos publicados y nos permiten orientar los esfuerzos hacia una mejor evaluación en la progresión de determinados procesos, que eviten retrasos en tratamientos o incomprensión/ insatisfacción familiar.



LA TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS. NUESTRA EXPERIENCIA EN RADIOLOGÍA DE URGENCIAS

J. Rivera Luján, J. Travería Casanova, T. Muñoz Espín, C. Durán Feliubadaló, S. Argemí Renom, C. Rúbies Feijóo*
*Servicio de Pediatría. Hospital de Sabadell. *Servicio de Diagnóstico por la Imagen, UDIAT. Instituto Universitario Parc Taulí*

Fundamentos y objetivo: Los sistemas de información proporcionan almacenamiento, recuperación, conexión y evaluación de la información. Esta puede incluir datos clínicos o terapéuticos, elementos de decisión médica y control de cuidados del paciente entre otros. Tienen como objetivo proporcionar y facilitar el intercambio de información entre elementos del sistema sanitario situados en diversos emplazamientos con fines médicos, de cuidados del paciente, de investigación o educación. Con ellos se intenta mejorar la calidad del servicio prestado y solucionar algunos de los problemas que padecen los modernos sistemas de salud como son el manejo de una cantidad de información creciente.

Material y métodos: Visitamos al año 53.000 niños en urgencias, practicándoles exploraciones radiológicas al 25% (17,2% por motivos médicos, y 75% por motivos traumáticos), ecografías al 0,36% y TACS al 0,23%. Revisamos nuestra experiencia en la implantación de dichos sistemas en radiología. Analizamos ventajas e inconvenientes que los profesionales que trabajan en urgencias valoran de la utilización de la radiología digital y sus herramientas asociadas RIS-PACS (*Radiology Information System -Picture Archiving and Communications Systems*).

Resultados:

Ventajas observadas:

1. Visualizar los resultados sin moverse de la consulta, pudiendo visualizar y consultar la Rx simultáneamente con el radiólogo.
2. Posibilidad de ampliar imágenes dudosas, y modificar las características de la Rx para mejorar la visualización.
3. Acceso en segundos a las exploraciones radiológicas de visitas anteriores.
4. Menor radiación de los pacientes.
5. Visualización de TACS en formato cine.
6. Posibilidad de revisión y control de calidad, para descubrir errores.
7. Docencia.
8. Rapidez del proceso global

Inconvenientes:

1. Adaptarnos a las nuevas texturas de las imágenes y circuitos.
2. Averías frecuentes.
3. Necesidad de innovación constante de los sistemas informáticos

Comentarios: La implantación progresiva de la radiología digital y de las nuevas tecnologías de la información (RIS-PACS) frente a la radiología analógica tradicional proporcionan una mejor comunicación entre profesionales situados en diversos entornos como el pediatra de urgencias, los especialistas y el radiólogo facilitando el trabajo clínico, mejorando la calidad del servicio prestado y contribuyendo a disminuir los errores.



LA COMUNICACIÓN ORAL DE LA FAMILIA EN LA VISITA DE URGENCIAS

X. Codina Puig, F. Codina Garcia *, J.M^a. Vidal i Elias, M. Gispert-Saüch, J.L. Simón Riazuelo

*Servicio de Pediatría Hospital General de Granollers (Barcelona) y *Hospital Comarcal de la Selva (Girona)*

Objetivo: Describir y analizar la actitud y forma de comunicación del acompañante en relación con las circunstancias de la visita.

Material y métodos: Estudio prospectivo, descriptivo de 190 visitas espontáneas realizadas en el servicio de urgencias en dos hospitales en enero de 2004. Se recogen las variables: edad del paciente, parentesco del acompañante, motivo de consulta, tiempo de evolución, antecedentes relacionados con el motivo de consulta, número de hijos y diagnóstico. Se relacionan con el tiempo de exposición inicial, el tipo de comunicación: 1) descriptiva (describe los síntomas), 2) interpretativa (interpreta los síntomas –diagnostica–), y 3) resolutive (indica la forma de resolución) así como la actitud de la familia.

Resultados: El acompañante es la madre en 161 visitas (85%); el tiempo de evolución es menor de 12 horas en 50 (26%) y mayor de 48 h. en 41 (22%); en 55 casos (29%) hay antecedentes relacionados con el motivo de consulta. En 147 casos (77%) el tiempo de exposición inicial es inferior a 30 segundos; la comunicación es descriptiva en 150 casos (79%), interpretativa en 34 (18%) y resolutive en 6 (3%); la familia es valorada como "sensata" 129 (68%), "alborotada" 34 (18%), "muda" 4 (2%), "que culpa" 7 (4%), "intelectual" 11 (6%) y "ensimismada" 5 (3%).

Comentarios:

1. En la visita tipo el acompañante es la madre que consulta por un proceso de corta evolución, exponiendo brevemente el motivo, de forma descriptiva y mostrando una actitud "sensata".
2. Un tiempo de exposición inicial mayor se relaciona con la existencia de antecedentes y con un tiempo de evolución más largo.
3. La comunicación no descriptiva (interpretativa o resolutive) es más habitual en los casos con antecedentes.
4. La actitud "sensata" es independiente de la edad del niño y del tiempo de evolución siendo menor en las familias sin hermanos y si el acompañante es el padre.
5. Una de cada cuatro acompañantes muestra una actitud que dificulta la comunicación.



¿PUEDEN LOS PADRES REDUCIR LA PRONACIÓN DOLOROSA TRAS UNA ADECUADA INSTRUCCIÓN?

X. Codina Puig, F. Codina García, P. Gussinyé Canabal, B. Balsera Baños, S. Corral Arboledas, J.L. Simón Riazuelo
Servicio de Pediatría Hospital General de Granollers. Barcelona

Introducción: La pronación dolorosa (pd) constituye un problema ortopédico habitual en pediatría que se observa en niños entre 1 y 5 años. Su diagnóstico y tratamiento es relativamente fácil para el personal entrenado. Dado el carácter recurrente de la pd nos proponemos instruir a los padres para su prevención, diagnóstico y tratamiento.

Objetivos:

1. Instruir en urgencias a personal no médico (padres del paciente) para el diagnóstico y tratamiento de la pd recurrente.
2. Comprobar la eficacia de dicha instrucción en nuevos episodios.

Material y métodos: Se incluyen los padres de pacientes entre 1 y 5 años, con sospecha de pd, sin antecedente traumático ni deformidad de la extremidad y con mecanismo causal sugestivo. Se solicita el consentimiento y se instruye en la maniobra de tratamiento clásica (estiramiento del codo, supinación y flexión del codo).

Tras realizarla dos veces se comprueba clínicamente el resultado de la reducción. Se recogen los datos del paciente referentes a: antecedentes de pd, edad, sexo y tiempo de evolución. Se encuesta a quien realiza la maniobra sobre: conocimientos previos de la pd, valoración sobre la dificultad de la técnica, satisfacción e intención de practicarla en caso de recurrencia. Seguimiento mediante contacto telefónico.

Resultados: Se recogen 81 casos, 42 niños y 39 niñas, siendo en 19 casos recurrentes. La edad media ha sido de 22 meses. El tiempo medio transcurrido 4 horas. 22 familiares tienen conocimientos de la pd. En 77 de los casos (95%) consienten en realizar la maniobra siendo exitosa en 72 (89%). El 78% la consideran fácil y el 97.5% lo realizaría ante una recurrencia. En el seguimiento se obtienen datos de 49 pacientes de los cuales 16 (33%) han presentado una nueva pd. En 14 casos (87.5%) los padres intentan la reducción, sin acudir al hospital, consiguiéndolo en 12 (86%).

Conclusiones:

1. Una adecuada instrucción a los padres permite la resolución de una patología, considerada urgente, sin la necesidad de una consulta al servicio de urgencias.
2. La información e instrucción de los padres debe constituir una parte más de cualquier acto médico en pediatría.



LESIONES RAQUIMEDULARES EN LA INFANCIA

J.A. Navascués, C. López, C. Míguez, R. Marañón, P. Vázquez, J. Vázquez
Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid

Objetivos: Analizar distintos aspectos de las lesiones raquimedulares en nuestro medio.

Material y métodos: Entre Enero de 1995 y Abril de 2002 fueron ingresados en nuestro Centro 2.640 niños tras sufrir traumatismos. De ellos, 86 (3.3%) sufrieron una lesión raquimedular y constituyen la población del presente estudio.

Resultados: Fueron 45 niños y 41 niñas. Hubo 71 casos con fracturas vertebrales, 3 de ellos con afectación medular (4.2%), 13 subluxaciones vertebrales, 11 de ellas a nivel C1-C2, y 2 casos de lesión medular aislada (SCIWORA). Los 71 niños con fracturas vertebrales representaron el 4.9% del total de niños ingresados con algún tipo de fractura (n=1.457). Se diagnosticaron 130 fracturas vertebrales en los 71 niños, siendo en 35 de ellos (49.3%) fracturas múltiples. Las vértebras torácicas fueron las más afectadas (n=82, 63%). El grupo de edad más numeroso fue de 12 a 15 años (n=35, 49.3%), con sólo 5 casos por debajo de los 6 años de edad (7%). La etiología más frecuente fueron los accidentes de automóvil (n=20, 23.3%), y el 81% de los niños no portaban ningún dispositivo de retención. En 54 casos (62.8%) se asociaron otras lesiones, siendo las más frecuentes los traumatismos craneales (35.2%) y las lesiones del aparato locomotor (33.3%). De los 10 niños con lesiones cervicales que fueron atendidos por personal sanitario antes de su llegada al Hospital, sólo a 4 de ellos les fue colocado un collarín cervical, y de los 35 niños atendidos con lesiones a nivel torácico o lumbar sólo 27 fueron trasladados a nuestro Centro en un medio de transporte especializado, y ninguno de ellos fue correctamente inmovilizado en una tabla de transporte. Sólo 2 casos precisaron tratamiento quirúrgico, ambos fracturas inestables con compromiso medular. El resto de los casos se trató de forma ortopédica. La estancia hospitalaria osciló entre 2 y 37 días, con un promedio de 6 días.

Conclusiones: La incidencia de traumatismos raquimedulares en nuestra serie es superior a la referida en la literatura. La mayor parte tienen lugar en niños mayores y a nivel torácico. El manejo prehospitalario de este tipo de lesiones es claramente mejorable, y el hecho de que la mayor parte de los niños que sufrieron un accidente de automóvil no portara ningún dispositivo de retención debe hacer reforzar las medidas orientadas en este sentido.



REGISTRO DE TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS LEVES: ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE LA SEUP

J.J. García, I. Manrique, A. Canals, E. Crespo, C. Luaces, L. Martín, J. Nadal, V. Sebastián, J. Sitjes, A. Suárez, J. Travería

Grupo de trabajo de la SEUP de Trauma Craneal

Los protocolos de actuación ante el traumatismo craneoencefálico leve (TCE) son diversos. El objetivo de este estudio es revisar la actuación habitual en los Servicios de Urgencias de nuestro medio y determinar los factores predictivos más importantes de lesión intracraneal (LIC) de cara a establecer recomendaciones propias.

Material y métodos: Estudio multicéntrico prospectivo en que se incluyen aquellos niños menores de 18 años que han padecido un TCE en las 72 horas previas y que llegan a Urgencias con Glasgow (GCS) entre 13 y 15, sin politrauma asociado relevante.

Resultados: Se han recogido un total de 1070 pacientes (655 niños/414 niñas), correspondientes a 9 hospitales españoles. La mediana de edad fue 2,3 años y la mediana desde el TCE 1 hora. Se practicó Rx simple de cráneo al 64,5% de los niños y resultó normal en el 91,4%. Un 74,7% de los niños se dieron de alta a domicilio. La TAC se practicó en un 9%. Quince casos tuvieron LIC (1,4%). Sólo 4 pacientes precisaron neurocirugía, 9 ingresaron en UCIP y ninguno falleció. Se asociaron a mayor prevalencia de LIC: Fractura craneal en Rx (16,9%), GCS de 13 (16,7%), deterioro neurológico (9,1%), cefalohematoma (7,8%), caída desde más de un metro (4,6%), pérdida de conciencia (4,3%) y alteración en exploración neurológica (3,9%). En el análisis multivariante, las variables que se asociaron con un riesgo incrementado de LIC fueron: presencia de cefalohematoma, deterioro del nivel de conciencia y pérdida de conciencia. La presencia de fractura no alcanzó el nivel de significación. En nuestra serie, la sensibilidad de la Rx en la detección de LIC fue 100% con un valor predictivo positivo de tan sólo 17%.

Conclusiones: En nuestro medio es frecuente la realización de Rx y se restringe el uso de la TAC. En vista de los resultados, no parece justificado de entrada el uso rutinario de Rx simple de cráneo de forma que una combinación de parámetros clínicos permite seleccionar de forma adecuada a los pacientes que se beneficiarán de pruebas de imagen o de una estancia en Observación de Urgencias.



TRANSPORTE PEDIÁTRICO INTERHOSPITALARIO EN CATALUÑA: EXPERIENCIA DEL EQUIPO VALL D'HEBRON EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS

J. Fàbrega Sabaté^{1,2}, M. Pujol Jover¹, M. Raspall Chaure¹, S. Cañadas Palazón¹, A. Filgueira Posse¹, P. Domínguez Sampedro¹

¹Equipo de Transporte Pediátrico Vall d'Hebron (SEM-18). ²Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Maternoinfantil Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivos: El transporte pediátrico interhospitalario (TPI) acerca la asistencia al niño críticamente enfermo donde se detectan sus necesidades y lo desplaza donde existen recursos para su tratamiento definitivo. En España no existe un modelo homogéneo de TPI. Presentamos la experiencia en Cataluña de un equipo de TPI pediátrico.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de todos los traslados pediátricos (edad >1 mes) efectuados por el equipo de transporte pediátrico Vall d'Hebron (ETPVH) en los últimos 2 años.

Resultados: El TPI en Cataluña, integrado en el Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM) se inició en junio de 1995. Asume niños de 0 a 18 años. Cubre Cataluña y Andorra. Cuenta con 2 equipos terrestres (UCI móvil) y un aéreo (helicóptero medicalizado). Desde su inicio hasta 31/12/2003 se han efectuado 7389 traslados, de ellos el ETPVH (uno de los equipos terrestres) 3.405 (46%): 1.599 pediátricos (47%) y 1.806 neonatales (53%). En los 2 años de estudio los traslados pediátricos han sido: 237 de 501 (47%) y 266 de 537 (50%), con edad media de 3,5 años (1 m-20 años) y 4 años (1 mes-18 años). Los motivos de traslado por categorías: Respiratorio 33% y 26%; Circulatorio 11% y 12%; Neurológico 20% y 29%; Trauma 22% y 25%; y Otros 14% y 9%. Su unidad de destino fue urgencias en un 32% y 35% (resto UCIP). Las intervenciones relevantes efectuadas por el hospital emisor o por el ETPVH fueron, respectivamente: Intubación 17% y 8%; Vía central 7% y 2%; Vía periférica 92% y 8%; Drogas 4% y 6%. El tiempo de estabilización fue de 38 minutos (10-255) y 42 minutos (12-210).

Conclusiones: El TPI es necesario y existen razones para realizarlo por equipos pediátricos preparados para afrontar los problemas más frecuentes y realizar intervenciones de estabilización de alto nivel, dedicándole un tiempo relativamente largo. El modelo catalán de TPI, con gran protagonismo de los pediatras de urgencias, intensivistas pediátricos y neonatólogos, ha demostrado su efectividad y puede servir de referencia para profesionales de otras comunidades autónomas.