

X REUNIÓN ANUAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA

BARCELONA, 21-23 ABRIL 2005



POSTERS



ORGANIZACIÓN

ANÁLISIS DE PACIENTES READMITIDOS EN MENOS DE 72 HORAS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA DE UN HOSPITAL TERCIARIO DURANTE EL AÑO 2004.

E. Gembero Esarte, M. Garatea Rodríguez, E. Rupérez García, N. Viguria Sánchez, D. Martínez Cirauqui, N. Clerigué Arrieta.

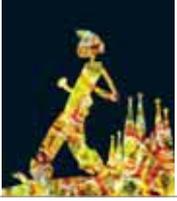
Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

OBJETIVOS: Describir las características de los pacientes readmitidos en el servicio de Urgencias en las 72 horas siguientes a la primera visita.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se recogieron todos los pacientes que reconsultaron en urgencias en un plazo inferior a 72 horas, durante el año 2004. Se obtuvo una muestra aleatoria seleccionando los casos de los 5 primeros días de cada mes. Para cada caso de la muestra se recogieron las siguientes variables: fecha y hora de la consulta, edad, médico que le atiende, enfermedad de base, motivo de consulta, pruebas complementarias realizadas, diagnóstico y destino. Se analizaron los datos mediante paquete estadístico SPSS 11.0 para Windows.

RESULTADOS: Del total de 36343 urgencias atendidas en el año 2004, en las siguientes 72 horas hubo 1811 reconsultas (4,98%). Se recogieron 313 casos correspondientes a las reconsultas de los 5 primeros días de cada mes y se analizaron los datos de la primera consulta. Ingresaron en planta el 12,77% de los pacientes que reconsultaron. La mediana de edad fue de 25,8 meses. Los menores de 3 años supusieron el 55,9% del total siendo los menores de 12 meses el 24%. El 14,4% de los niños que reconsultaron tenían enfermedad de base. La mayoría de los niños habían sido valorados durante el fin de semana (58,8%) y el turno de noche (45,4%). El 47,7% habían sido valorados por residentes de pediatría, el 27,8% por médico adjunto y el 23,5% por residentes de otras especialidades. Los motivos de consulta más frecuentes fueron fiebre (37,2%), síntomas respiratorios (13,4%), diarrea (10,3%) y dolor abdominal (7%). Se realizó alguna prueba complementaria al 67,1% de los pacientes: análisis de sangre al 21%, exploración radiológica al 19,5% y análisis de orina al 13,7%. En el 7,14% de los casos se hicieron 3 ó más pruebas complementarias. El diagnóstico al alta más frecuente fue fiebre (22,3%), infección respiratoria (16,1%) y gastroenteritis aguda (12,4%). Un 96,3% fueron remitidos a domicilio, 3,3% ingresaron en observación y 0,4% ingresó en planta.

CONCLUSIONES: Los pacientes que reconsultan habían sido atendidos con más frecuencia los fines de semana y en el turno de noche. Más de la mitad de los niños que reconsultaron son menores de 3 años. En nuestro servicio de urgencias el porcentaje de readmisiones en 72 horas es del 4,9%, cumpliendo los estándares de calidad propuestos por la SEUP (<7%). El porcentaje de las readmisiones en 72 horas con ingreso es del 12,77% y así mismo cumple los estándares de calidad de la SEUP (<15%)

**REVISIÓN DE LOS INGRESOS EN EL ÁREA DE OBSERVACIÓN PEDIÁTRICA.**

J.C. Salazar Quero, J. De la Cruz Moreno, I. Leiva Gea, E. Evangelista Sánchez, I. Peláez Pleguezuelos, C. Santiago Gutiérrez.

Complejo Hospitalario de Jaén. Servicio de Pediatría.

INTRODUCCIÓN: Nuestro hospital posee un área de observación pediátrica, desde abril 2003. Consta de cuatro camas y en ella se ingresan aquellos niños que una vez evaluados por el pediatra o especialista correspondiente, éste estima que la patología del niño no requiere hospitalización inmediata pero si un periodo de observación para valorar la evolución del niño o para instaurar tratamiento de corta duración que no precise ingreso hospitalario inmediato.

OBJETIVOS: Conocer las características de los pacientes ingresados en el área de observación de nuestro Hospital, para según los resultados mejorar la atención prestada en este servicio.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión retrospectiva de los ingresos de la Unidad de Observación de nuestro Hospital, en el periodo comprendido entre 01/01/04 al 31/12/04, registrando edad, sexo, diagnóstico, estancia, destino. Revisión retrospectiva de las consultas en urgencias de nuestro hospital, registrando sexo, destino y servicio al que ingresan.

RESULTADOS: Se registraron 26.999 consultas en urgencias correspondiendo un 55,7% a varones y un 44,3% a mujeres con un pico asistencial los meses de noviembre-diciembre. Fueron dados de alta el 92%, pasando a Observación el 6% e ingresando directamente el 2% de los cuales el 67% pertenecieron al Servicio de Pediatría, el 23% a Cirugía Pediátrica y el 8% a Traumatología. En Observación ingresaron un total de 1.607 niños, con una media de 4,4 pacientes día. Un 58% eran varones y un 42% mujeres, con una edad media de 4 años y 15 días, representando los menores de 3 años el 49,09% del total. Los motivos de ingreso más frecuentes fueron las gastroenteritis (12%), los cuadros febriles (11%) y la intolerancia oral (9%), permaneciendo de media 7 horas y 36 minutos. En el 85% se fueron de alta, siendo ingresados el 15%. Por último señalar que se ingresaron en total un 3% de todas las consultas atendidas.

CONCLUSIONES: 1) El área de Observación es una unidad útil en el manejo de patologías leves y de pocas horas de evolución. 2) Permite descender el número de ingresos innecesarios, permitiendo así poder prestar una mejor atención sanitaria y una utilización de los recursos más eficiente. 3) El porcentaje del 15% de pacientes ingresados en planta/UCI desde observación es un indicador de calidad en la utilización de esta unidad. 4) El bajo porcentaje de estancia de más de 24 horas indica una correcta utilización con respecto a la estancia del área de Observación.



CARACTERÍSTICAS CLINICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN LA UNIDAD DE OBSERVACIÓN.

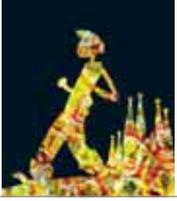
B. Csányi, E. Núñez Cuadros, I. Durán Hidalgo, J. Cano España, J. Camacho Alonso, C. Calvo Macías.
Hospital Materno-Infantil. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga.

OBJETIVOS: Describir las características clínico-epidemiológicas de los pacientes ingresados en la Unidad de Observación de nuestro hospital en los últimos 4 años así como evaluar los cambios en la demanda asistencial.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, descriptivo de los pacientes ingresados en la Unidad de Observación de Urgencias Pediátricas, excluyendo los pacientes de Cirugía Pediátrica y Traumatología. El periodo de estudio es de 4 años (Enero 2001-Diciembre 2004) y las variables analizadas son: edad, sexo, motivo de ingreso, promedio de estancia y destino de los pacientes.

RESULTADOS: El número total de pacientes menores de 14 años atendidos en las Urgencias de nuestro hospital en el periodo estudiado ha sido de 435.463. De ellas 353.373 (81,1%) fueron atendidas por Pediatría, 24.397 (5,6%) por Cirugía Pediátrica y 57.693 (13,2%) por Traumatología. La media asistencial diaria de Pediatría ha sido de 297,8/día. En Plantas de Hospitalización ingresaron un 2,50% de los pacientes atendidos. En el Área de Observación de Urgencias Pediátricas ingresaron 1,42% del total de urgencias, lo que supone una media diaria de 3,53 ingresos, de los cuales 59,83% eran varones y 40,17% mujeres. La edad media fue de 3,33 años distribuida de la siguiente manera: < 1 año el 28,11%, 1-3 años 41,38% y > 3 años 30,53%. Los procesos más frecuentes atendidos en este área fueron: convulsiones 24,26%, siendo febriles el 85,74% y afebriles 14,26%; fiebre sin foco (FSF) 16,01%; patología digestiva 15,98%; traumatismos 15,09%, siendo TCE 91%; patología respiratoria, principalmente broncoespasmos, 9,02%; intoxicaciones 4,01%; trastornos endocrinometabólicos 1,09%; otros 14,54%. La estancia media en nuestro área de Observación fue de 9,20 horas. El 85,07% de pacientes se fueron de alta a su domicilio, el 14,30% se ingresaron en planta y 0,63% fue trasladado a la UCIP.

CONCLUSIONES: Gran parte de los procesos que requieren hospitalización en la edad pediátrica son subsidarios de ingreso en el Área de Observación de Urgencias Pediátricas. La FSF, las convulsiones y los TCE constituyen el principal motivo de ingreso en este área de nuestro hospital. La inmensa mayoría de los pacientes ingresados en Observación se van de alta a su domicilio con un tiempo de estancia de menos de 24 horas. Constituye un apoyo importante para el pediatra de Urgencias, menor impacto psicológico para el niño y su familia y un menor coste.

**PAPEL DE LA UNIDAD DE OBSERVACIÓN EN LA PEDIATRÍA DE URGENCIAS.**

E. Astobiza Beobide, S. Mintegi Raso, J. Benito Fernandez, J. Sánchez Etxaniz, M.A. Vazquez Ronco, M. González Balenciaga

Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces

OBJETIVO: Analizar el papel que desempeña la Unidad de Observación (UO) en un Servicio de Urgencias Pediátrico (SUP) hospitalario.

PACIENTES Y MÉTODO: Análisis retrospectivo de los 9.978 episodios correspondientes a 8.149 niños ingresados en una UO de un SUP entre 2000-2003 (4,9% de los 202.746 episodios registrados en el SUP en el mismo periodo de tiempo).

RESULTADOS: Entre 01-01-2000 y 31-12-2003 se registraron en nuestro SUP 202.746 episodios correspondientes a niños < 14 años. 5.506 (2,7%) precisaron ingreso en planta, 2.404 tras un manejo inicial en la UO. De los 9.978 episodios registrados en la UO, 58,8% fueron varones y 4.276 (42,8%) menores de 2 años. Los motivos de consulta más frecuentemente asociados con ingreso en la UO fueron dificultad respiratoria 2.473 (24,7%) y fiebre 2.013 (20,1%). Los diagnósticos más habituales que recibieron los niños ingresados en la UO fueron asma 1.458 (14,6%), fiebre sin foco 936 (9,3%), vómitos 860 (8,6%), diarrea/GEA 713 (7,1%), bronquiolitis 695 (6,9%), neumonía 654 (6,5%), apendicitis aguda 293 (2,9%), traumatismo craneal (TC) 278 (2,7%), dolor abdominal 240 (2,4%) y convulsión 192 (1,9%) 7574 niños (75,9%) recibieron el alta tras una estancia menor de 24 horas en la UO. Los diagnósticos que mostraban una mayor tasa de altas tras las estancia en la UO fueron TC (97,5%), diarrea/GEA (94,5%), vómitos (93%), fiebre sin foco (88,7%) y asma (87,2%). Aquellos asociados con una mayor tasa de ingreso en planta fueron bronquiolitis (34,7%) y neumonía (31,7%)

CONCLUSIONES: La UO juega un papel muy importante en el manejo de los niños que requieren manejo intrahospitalario tras la valoración y tratamientos recibidos a su llegada a un SUP hospitalario. Los niños que parecen más susceptibles de ser manejados en esas Unidades son aquéllos con TC, diarrea/GEA, vómitos, fiebre sin foco y asma. Por otro lado, un porcentaje importante de niños con neumonía y bronquiolitis pueden también presentar una mejoría suficiente tras el tratamiento inicial en la UO que posibilite un manejo ambulatorio posterior.



VALORACIÓN DEL USO DE LA OBSERVACIÓN PEDIÁTRICA DURANTE EL PRIMER AÑO DE APERTURA DE UN HOSPITAL COMARCAL.

M.C. Jover, C. Torres, A. Varona, M.C. Muñoz, I. Nieto

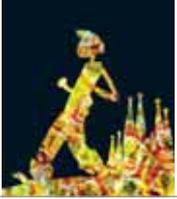
Servicio de Urgencias. Unidad de Pediatría. Hospital San Juan De Dios del Aljarafe. Sevilla.

OBJETIVOS: Conocer el uso y rendimiento de nuestra Unidad de Observación Pediátrica (UOP), ubicada en el Servicio de Urgencias de un Hospital comarcal de segundo nivel, que no posee hospitalización infantil. Dicha unidad consta de 5 puestos (3 camas y 2 cunas) para valoración y tratamiento de niños que inicialmente no requieren ingreso hospitalario.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo descriptivo de los niños ingresados en esta unidad durante el año 2004. Los datos se obtuvieron del registro de ingresos e historias clínicas, analizándose las siguientes variables: edad, sexo, tiempo de estancia, destino y diagnóstico al alta.

RESULTADOS: Durante el año 2004 se registraron 836 ingresos en la UOP, que corresponden al 4,5% del total de niños menores de 14 años atendidos en el Servicio de Urgencias, durante el período de estudio. Analizando los grupos de edad, los menores de 3 meses suponen un 11,5%, entre los 3 meses y 1 año el 14%, entre 1 y 3 años el 38,8%, y los mayores de 3 años el 35,5%. Por sexo se aprecia un predominio de los varones con un 63%. En el período octubre-diciembre se registró un aumento del 20% en los ingresos respecto a los meses anteriores, en relación directa con el incremento del número de urgencias en estos meses. La estancia media en la UOP fue de 17,7 horas. El 3,9% de los ingresos permaneció durante más de 36 horas. Las patologías más frecuentemente atendidas, con independencia de la edad, fueron: digestiva 39,3%, respiratoria 22,3%, traumatológica 10,5%, procesos febriles 9,5%, neurológica 8,2%, tracto urinario 2,2%, quirúrgica 1,5%, otros 6,8%. Se trasladaron desde la UOP al hospital de referencia 79 niños (0,9%), siendo los motivos más frecuentes de traslados: patología quirúrgica 26,5%, trastornos convulsivos 15%, ITU en lactantes <3 meses 13,9%, TCE con fractura 5%, bronquiolitis 6,3% y neumonías 2,5%.

CONCLUSIONES: La UOP es necesaria para la atención adecuada del niño que acude a urgencias. Cumple funciones de vigilancia y tratamiento en determinadas patologías con alta prevalencia en la infancia. Un elevado porcentaje de éstas, se resuelven sin necesidad de hospitalización, lo que supone un gran beneficio para el paciente y su familia. En este primer año, que no ha sido fácil, hemos obtenido resultados comparables a los de otros centros. Somos conscientes de que la estancia media es prolongada, debido a que no disponemos de camas de hospitalización y a nuestro interés en ser lo más resolutivos posibles.

**TASA DE ESTANCIA PROLONGADA EN UNA UNIDAD DE ESTANCIA CORTA.**

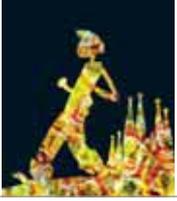
J.J. García-García, M. Simó Nebot, A. Domingo Garau, J.M. Quintillá Martínez, J. Pou Fernández, C. Luaces Cubells. *Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Unitat Integrada Sant Joan de Déu-Clínica. Universitat de Barcelona.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Las Unidades de Estancia corta (UEC) son un recurso de frecuente utilización en Urgencias. La monitorización de la actividad es imprescindible para comprobar un uso adecuado. Nuestros objetivos fueron conocer la tasa de ingresos prolongados, establecer una comparación con un estándar previamente establecido e identificar los diagnósticos con alta tasa de estancia prolongada (EP)

MATERIAL Y MÉTODOS: A partir de la base de datos propia de la Unidad se recogen de forma prospectiva desde septiembre 2003 a agosto 2004 los pacientes que ingresaron en la UEC (20 camas). Se definió EP aquella superior a 4 días. Se definió el indicador tasa de EP como el número de EP entre el número de estancias totales y, por consenso entre los médicos de la Unidad, se estableció que debía ser inferior al 12,5%. La correlación lineal se estudió con el coeficiente de correlación de Pearson y las diferencias de proporciones con una prueba de Chi cuadrado.

RESULTADOS: Ingresaron en la UEC 1.813 pacientes. De éstos 145 (8%) se trasladaron a planta. La mediana de estancia ha sido de 2 días (P25: 1 día; P75: 3 días) La ocupación media de la Unidad ha sido de 13 camas (65%) por día, con máximos los meses de diciembre y enero (19 camas/día) y mínimos en julio, agosto y septiembre (9 camas/día). 1574 pacientes (87,1%) estuvieron ingresados 4 días o menos mientras que 234 (12,9%) estuvieron más de 4 días. El estándar previamente establecido se cumplió desde abril a octubre (promedio: 7,6%) y fue superior entre noviembre y marzo (promedio: 19,6%). Observamos una alta correlación ($r=0,87$; $p=0,01$) entre la ocupación de la UEC por día y la tasa de pacientes con EP. No existe correlación entre el número de ingresos mensual y la tasa de pacientes con EP. Al efectuar el análisis por diagnósticos, se observó que un 37,4% de las bronquiolitis y un 24,2% de las neumonías tuvieron una EP, mientras que tan sólo un 13,3% de las crisis de asma, un 15,5% de las gastroenteritis y un 6,1% de los síndromes febriles.

CONCLUSIONES: La mayor parte de pacientes que ingresan en la UEC cumplen con el criterio de estancia igual o inferior a 4 días. La Tasa de EP de forma global excede ligeramente del estándar marcado y se correlaciona con la ocupación de la UEC y con la ocupación hospitalaria. En función del diagnóstico ya se puede prever una EP por lo que deben establecerse unos criterios de hospitalización de estos pacientes en la UEC o ingresarlos directamente en hospitalización convencional

**EVOLUCIÓN DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL DE UNA UNIDAD DE ESTANCIA CORTA.**

M. Simó Nebot, G. Sebastiani, J.J. García García, J.M. Quintillá Martínez, J. Pou Fernández, C. Luaces Cubells.
Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Unitat Integrada Sant Joan de Déu- Clínic. Universitat de Barcelona.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Las Unidades de Estancia Corta (UEC) son capaces de asumir un alto porcentaje de los procesos que requieren hospitalización por causa aguda en pediatría. Nuestros objetivos fueron: describir la actividad de la UEC (20 camas) anexa al Servicio de Urgencias y comparar la utilización actual con respecto a la utilización que de la UEC se efectuaba anteriormente, para conocer si, con el transcurso de los años, han tenido lugar cambios relevantes en la tarea asistencial.

MÉTODOS: Se analizan los datos obtenidos de la base de datos propia de la UEC y se comparan dos periodos de tiempo: septiembre 2003-agosto 2004 (periodo actual) y septiembre 1997-agosto 1998 (periodo histórico). Se utilizaron los grupos y códigos diagnósticos codificados según el CIE-9-CM adaptado para urgencias de pediatría (Grupo de trabajo de la SEUP 2001). Las comparaciones de proporciones se realizaron con una prueba de Chi cuadrado. Las variables cuantitativas se estudiaron con una prueba de T-test.

RESULTADOS: En el periodo actual (PA) se atendieron 72.986 vistas pediátricas en Urgencias, de las que 4.381 ingresaron en el Servicio de Pediatría, de las cuales 1.813 (41%) en la UEC. En el periodo histórico (PH) se atendieron 73.228 visitas pediátricas, de las que 4.955 ingresaron en el Servicio de pediatría, de las cuales 1988 (40%) en la UEC. La edad media del PA fue significativamente inferior a la del PH (3,5 vs. 4,3 años ($p < 0,001$)). Tanto en el PA como en el PH la mediana de la estancia fue de 2 días (P25: 1; P75: 3). El índice de rotación del PA ha sido de 90 niños/cama/año y del PH de 99 niños/cama/año. En ambos grupos el grupo diagnóstico más frecuente fue la patología respiratoria. En el PA se ingresaron en la UEC más crisis de asma (20,5% de los diagnósticos vs. 13,8% en el PH), más bronquiolitis (9% vs. 6,9%), más síndromes febriles (9% vs. 5,8%) y más infecciones urinarias (6,4% vs. 4,3%) ($p < 0,05$).

CONCLUSIONES: El porcentaje de ingresos en la UEC así como la estancia se mantienen estables en el tiempo. Se ha constatado una disminución de la edad media de los ingresos. Hemos observado un incremento de algunas patologías, posiblemente ligada a remodelaciones internas en la hospitalización pediátrica (desaparición de la Unidad de Lactantes), que sin duda repercuten en el funcionamiento de la UEC.

**TRIAGE DE PACIENTES EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS.**

J.S. Parrilla Parrilla, M. Loscertales Abril, M. Alonso Salas, N. García Zarza, E. Mellado Troncoso, A. Reina González. *Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

INTRODUCCIÓN: El objetivo del trabajo es la clasificación de los pacientes a su llegada al área de urgencias en función de la gravedad/tiempo, para poder establecer prioridades y evitar demoras en aquellos casos que sean urgencias reales.

PACIENTES Y MÉTODO: Se ha desarrollado una estructura funcional y un protocolo de clasificación. Las áreas funcionales son: Áreas de recepción, clasificación, policlínica y de observación. La clasificación de los pacientes se ha realizado en cuatro niveles y han sido atendidos en cuatro circuitos diferentes: Nivel I: Emergencia o Urgencia con riesgo vital inminente. Atención médica inmediata. Circuito de emergencias. Nivel II: Urgencia no demorable. Atención médica en menos de 15 minutos. Circuito preferente. Nivel III: Urgencia demorable. Atención médica en menos de 30 minutos. Circuito ordinario. Nivel IV: Urgencia no objetivable. Atención médica en menos de 2 horas. Circuito de atención básica. La población de estudio fueron 20.975 urgencias atendidas en nuestro hospital.

RESULTADOS: Se clasificaron en el nivel I, el 2% de las urgencias atendidas, en el nivel II el 20%, en el nivel III el 43% y en el nivel IV el 35%. Fueron ingresados en planta de hospitalización el 4,3%. De los pacientes clasificados en el nivel II ingresaron con diagnóstico de infecciones graves el 2,6%, patología neurológica complicada el 9,8% y epilepsia el 15%. De los clasificados en el nivel III, fueron infecciones urinarias el 10,5%, pacientes oncohematológicos el 7%, y nefropatías el 4,5%. Todos los pacientes clasificados en el nivel I ingresaron y ninguno del nivel IV. En el área de observación ingresaron el 6,1%. De los pacientes clasificados en el nivel II presentaban síndrome febril el 23%, gastroenteritis aguda el 14%, crisis convulsiva el 8,26%, traumatismo craneo-encefálico el 7,85% y dificultad respiratoria el 6%. De los clasificados en el nivel III, el 8,26% lo hizo por dolor abdominal. Desde observación a planta ingresaron el 22,8%. De los pacientes clasificados en el nivel II, el 12% fueron convulsiones, el 9% gastroenteritis aguda, el 8% fiebre en menores de 3 meses, el 5% dificultad respiratoria y el 6% neumonía. De los clasificados en el nivel III el 7% fueron infecciones urinarias y el 12,5% apendicitis aguda. Durante el periodo de estudio el número de reclamaciones por demora en la asistencia fue significativamente menor a años anteriores.

CONCLUSIONES. La clasificación es una actividad de atención al paciente de importancia principal y punto de partida de la organización de la asistencia de urgencias.



EFICACIA DEL TRIAJE DE ENFERMERIA EN EL PRIMER AÑO DE ACTIVIDAD DEL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS.

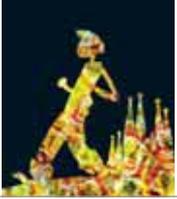
L. Acosta Arroyo, F. Jurado Tudela, S. Mendoza Montes, M. Peña Olid, R. Lara Romero, J.L. Rodríguez Baez.
Servicio de Urgencias. Unidad de Pediatría. Hospital de San Juan de Dios de Bormujos, Sevilla.

OBJETIVO: Determinar la eficacia del Triage realizado por Enfermería en el primer año de actividad de nuestro servicio de Urgencias Pediátricas, en un Hospital Comarcal de 2º nivel que presta atención a una población de 250.000 habitantes.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo y retrospectivo del sistema de clasificación de pacientes mediante una muestra de 1277 usuarios menores de 14 años que acuden al servicio de urgencias de nuestro hospital durante el mes de Noviembre de 2004. El Triage es realizado por el personal de Enfermería a través de una hoja de valoración estandarizada con soporte informático. Determinamos 4 niveles de prioridad: Nivel 1) Emergente- Atención inmediata; Nivel 2) Urgente- Atención < 15'; Nivel 3) No urgente- Atención < 30'; Nivel 4) Demorable- Atención < 60'. Realizamos análisis estadístico de los datos dirigidos a conocer los tiempos medios de espera de triaje y primera consulta para evaluarlos según el protocolo de triaje establecido.

RESULTADOS: La distribución de los usuarios obtenida por niveles de prioridad es: Nivel 1= 0,15%; Nivel 2= 9%; Nivel 3= 81%; Nivel 4= 12%. El tiempo medio de espera para la realización del Triage de enfermería es de 8,44 minutos y la mediana es de 5 minutos. Obtenemos una media de tiempo de espera para primera consulta de 32 minutos, que se ve ampliamente modificada si tenemos en cuenta los niveles de Triage, reduciéndose el tiempo de espera en los niveles de mayor gravedad. Tiempo de espera de Niveles 1= 0'; Tiempo de espera de Niveles 2= 13'; Tiempo de espera de Niveles 3= 27'; Tiempo de espera de Niveles 4= 33'.

CONCLUSIONES: Resaltamos un mayor porcentaje de usuarios clasificados con prioridad 3 con respecto a las otras prioridades. El tiempo medio de espera de primera consulta para cada nivel de prioridad cumple los criterios protocolizados. El tiempo medio de espera para la realización del triaje es ligeramente superior, cumpliendo la mediana los estándares establecidos. Consideramos el triaje una herramienta muy eficaz para determinar el área de prestación de cuidados pertinentes con la situación de los usuarios, disminuyendo el tiempo de espera y optimizando los recursos disponibles.



CONSULTAS Y TRIAJE TELEFÓNICO EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA PEDIÁTRICOS. ¿ES UNA REALIDAD EN NUESTRO PAÍS?

M. Landa, K. Díaz, S. Esteban, N. García, J. Humayor, A. González

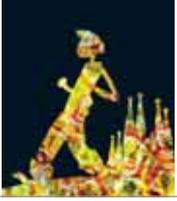
Urgencias de Pediatría. Hospital de Basurto. Bilbao.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Los Servicios de Urgencia Pediátricos reciben frecuentemente llamadas telefónicas de padres o cuidadores, pidiendo consejo para niños enfermos. En nuestro estudio, hemos utilizado un caso simulado, para comprobar si se atienden consultas telefónicas, y en caso de hacerlo, evaluar la calidad del triaje y la idoneidad de los consejos dados.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo realizado durante Diciembre de 2004 y Enero de 2005. Se han realizado llamadas a 18 hospitales del país (en 3 ocasiones a cada uno), y 22 llamadas al servicio de urgencia de nuestro hospital. Los colaboradores del estudio se presentaron así: "¿Urgencias de pediatría?, Hola, les llamo porque mi hijo lleva varias horas llorando y no sé qué hacer". En los centros en los que se atendía la llamada, se iniciaba una conversación en la que el colaborador iba respondiendo a las preguntas que se le realizaban. El caso clínico (compatible con invaginación intestinal) era de un niño de 15 meses, sin fiebre, ligeramente decaído ("como que se duerme mucho"), que ha vomitado las dos últimas tomas, con rechazo del alimento, que no ha realizado deposiciones y con crisis de llanto. Durante la conversación se registraban la preguntas que se realizaban y los consejos finales. Una serie de preguntas eran trascendentales para la correcta valoración del caso: edad, estado general, fiebre, vómitos, rechazo del alimento, deposiciones y características del llanto.

RESULTADOS: De los 18 hospitales estudiados, en el 50% se atienden consultas telefónicas. El 76,9% fueron atendidas por facultativos, el 15,3% por DUE y el 7,6% por administrativos. Acudir con el niño a urgencias fue el consejo en el 65,2%, observar al niño en su domicilio en el 17,3% y acudir a su pediatra al día siguiente en el 13%. La edad del niño se preguntó en el 60,8%, el estado general en el 21,7%, fiebre en el 52,1%, vómitos en el 13%, características del llanto en el 8,6%, rechazo del alimento en el 17,3%, deposiciones en el 21,7%. De las llamadas a nuestro centro: el 100% fueron atendidas por facultativos. Los residentes indicaron acudir a Urgencias en el 67% de los casos y los adjuntos en el 69,8%.

CONCLUSIONES: Solamente la mitad de los centros estudiados atiende consultas telefónicas. El triaje telefónico es bastante deficiente, y en los casos en los que el consejo dado se adecua al caso clínico, parece responder más a una práctica rutinaria que a una sospecha diagnóstica. De los datos de nuestro centro, podemos concluir que no hubo diferencias en cuanto a categoría profesional.

**MISCELÁNEA****SÍNTOMAS Y SIGNOS DE LOS TUMORES CEREBRALES PEDIÁTRICOS EN URGENCIAS.**

A. Martínez Antón, L. Llorente Otones, S. Vázquez Román, P. Rojo Conejo, J. Hinojosa Mena-Bernal*, V. Nebreda Pérez.

*Servicio de Urgencias Pediátricas. *Servicio de Neurocirugía Pediátrica. Hospital 12 de Octubre de Madrid.*

OBJETIVO: Estudio de la clínica de presentación de los tumores cerebrales en niños, así como de las características histológicas de los mismos y su localización. Se trata de intentar establecer cuales son los síntomas más habituales de consulta al inicio y en el momento del diagnóstico, con la intención de disminuir el tiempo medio de detección de estos tumores.

MÉTODOS: Se recogió la información de manera retrospectiva a partir de las historias clínicas de los pacientes entre -16 años intervenidos en nuestro centro por un tumor cerebral primario en los últimos 5 años.

RESULTADOS: Se incluyeron 50 pacientes, de los cuales el 58% eran varones y el 50% pertenecían al grupo de 5-16 años, siendo el 52% de localización supratentorial. El astrocitoma fue el tumor más frecuente (37%). Obtuvimos el tiempo al diagnóstico, siendo la mediana de 30 días, con un rango de 0 a 2190 días. El 75% fueron diagnosticados antes de los 2 meses del inicio de la clínica. Encontramos una relación estadísticamente significativa entre el tiempo al diagnóstico y la edad ($p=0,04$), siendo el grupo de 0 a 2 años en el que se diagnosticó antes (mediana 6 días), pero no se encontró relación con el resto de variables. En el momento del diagnóstico, en el grupo de 0 a 2 años el 50% presentaba un aumento del perímetro cefálico y el 33,3% un cuadro de náuseas/vómitos; de 2 a 5 años un 72,7% tenía náuseas/vómitos y el 54,6% presentaba cefalea; entre los 5 y 16 años la cefalea estaba presente en un 47,8% de los casos y en el 30,4% de ellos encontramos papiledema. El 83% de las cefaleas se acompañaban de náuseas/vómitos.

CONCLUSIONES: El correcto diagnóstico de los tumores cerebrales en niños requiere en general varios meses, siendo en nuestro estudio menor de lo esperado respecto a otras series. El tiempo transcurrido hasta el diagnóstico fue mayor en el grupo de 0-2 años. La clínica de presentación es significativamente diferente para los distintos grupos de edad, pero no es patognomónica de los tumores cerebrales, lo que dificulta el diagnóstico precoz.

**ASOCIACIÓN DE VIRUS DE EPSTEIN-BARR Y LEUCOSIS AGUDA: CONSIDERACIONES DIAGNÓSTICAS.**

R. Jordán Lucas*, P. Bastida Vila**, X. Perramon Montoliu*, E. Vara Robles*.

*Servicio de Urgencias Pediátricas, **Unidad de Hematología Pediátrica. Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron. Barcelona.

INTRODUCCIÓN: La leucosis aguda y el síndrome mononucleósico constituyen, en muchos casos, dos entidades de espectro clínico similar que, además, pueden presentarse asociadas en un mismo paciente. En las fases iniciales de una leucosis la detección de serologías IgM positivas para el virus de Epstein-Barr (VEB) puede retrasar el diagnóstico. Existen dos hipótesis sobre esta asociación: reactivación del VEB en un paciente inmunodeprimido por la leucosis incipiente (poco probable; sería asintomática e IgM VEB negativa) o primoinfección concomitante (lo más probable, aunque no existen estudios). La leucosis no puede considerarse una complicación evolutiva del síndrome mononucleósico por VEB.

CASOS CLÍNICOS:

Caso 1: Niño de 2 años. Fiebre de 2 días de evolución, odinofagia, exudados amigdalares y adenopatías laterocervicales. Recibió tratamiento antibiótico y acudió a urgencias por la aparición de urticaria. Analítica: leve anemia, leucocitos $5,2 \times 10^9/L$ (bandas 1%, neutrófilos 3%, linfocitos 94%, monocitos 2%); serologías VEB +. Enfocado como mononucleosis infecciosa y, por la persistencia de síntomas, se realizó nuevo control 10 días después: Hb 8,3 g/dL; Hto 24,8%; leucocitos $3,9 \times 10^9/L$ (neutrófilos 10%, linfocitos 76%, reactivos 10%); plaquetas $56 \times 10^9/L$; LDH 713 U/L; ácido úrico 2,3 mg/dL. Se decidió ingreso para estudio de pancitopenia y se practicó un aspirado de médula ósea que mostró infiltración por células blásticas linfoides.

Caso 2: Niña de 8 años. Astenia y adenopatías laterocervicales. Analítica: leucocitos $3,3 \times 10^9/L$ (cayados 2%, neutrófilos 56%, linfocitos 37%); Paul Bunnell +; A las 2 semanas, nuevas adenopatías. Analítica: leucocitos $13 \times 10^9/L$ (cayados 3%, neutrófilos 40%, linfocitos 45%, monocitos 7%); plaquetas $156 \times 10^9/L$; Serologías VEB +. 15 días después, aumentaron las adenopatías y la astenia y apareció hepatoesplenomegalia. Analítica: leucocitos $30,5 \times 10^9/L$ (neutrófilos 13%, linfocitos 55%, blastos 22%); plaquetas $68 \times 10^9/L$; LDH 1262 U/L. Se realizó aspirado de médula ósea que mostró infiltración por células de morfología linfoblástica.

COMENTARIOS: Los signos de alarma de leucosis en pacientes etiquetados de síndrome mononucleósico son: reacciones leucemoides o leucopenias severas; anemia grave; plaquetopenia severa y/o sintomática; aumento de LDH y/o ácido úrico. El examen a microscopía óptica de la sangre periférica es imprescindible para diferenciar linfocitos reactivos y blastos. Estas células pueden quedar enmascaradas cuando se utiliza un contador automático.

**ACTITUD ANTE EL PACIENTE INMIGRANTE EN URGENCIAS.**

R. Berrueco Moreno, P. Casano Sancho, O. García Algar, A. Martínez Roig, M. Bonet Alcaina, J. Lozano Blasco
Servicio de Pediatría. Hospital del Mar. Universidad Autónoma de Barcelona.

INTRODUCCIÓN: La población inmigrante en nuestro entorno está creciendo de forma exponencial. Según datos del último censo del 2002, supone el 3,2% de la población española, de los cuales el 10% son menores de 15 años. En nuestra área de referencia, en los últimos 15 años el número de inmigrantes se ha quintuplicado y representan el 9% de la población.

OBJETIVOS: 1) Conocer la patología que presenta la población pediátrica inmigrante que atendemos en nuestro centro. 2) Valorar la necesidad de protocolos específicos dirigidos a este grupo poblacional.

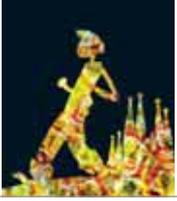
MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, en el que revisamos entre Enero 2002 y Enero 2005, los ingresos hospitalarios de pacientes inmigrantes con patología poco prevalente en nuestro medio.

RESULTADOS: En nuestro Servicio de Urgencias se atendieron en el periodo de estudio una media de 9.600 pacientes/año, con 1012 ingresos/año. De los niños inmigrantes ingresados, el 31,6% eran hijos de inmigrantes, y de estos el 20% habían nacido en nuestro país. En este periodo se recogen un total de 979 ingresos de pacientes inmigrantes. El 98,7% fue ingresado por patología propia de la edad pediátrica, y sólo el 1,3% por patología poco prevalente en nuestro medio.

Teniendo en cuenta su procedencia, las características clínicas, datos analíticos o exploraciones complementarias, se diagnostican 12 pacientes (con un rango de edad entre 1 mes y 13 años) de diferentes enfermedades poco frecuentes. De ellos, 4 habían nacido en nuestro país pero ambos padres eran inmigrantes; y el resto nacieron en otros países. En orden de frecuencia su origen fue: Pakistán (n=4), Marruecos (n=4), Filipinas (n=1), Bolivia (n=1), Rumanía (n=1) y Mozambique (n=1).

Las patologías diagnosticadas fueron: Paludismo (2) como diagnóstico de cuadro febril. Enfermedad tuberculosa como causa de tos persistente (1). Retraso pondoestatural (1), convulsión por hipocalcemia (1) y fontanela abombada (1) como manifestación de raquitismo. Exantema como presentación de sarampión (3). Lactante abandonado en el que se diagnosticó una sífilis congénita (1). Y otras enfermedades excepcionales en nuestro medio como: Convulsión focal como signo guía de neurocisticercosis (1), Síndrome febril y anemia producida por una colitis por *Trichuris trichiura* (1).

CONCLUSIÓN: La población inmigrante esta creciendo en los últimos años, sin embargo la patología presentada por estos no difiere de la patología pediátrica habitual. Ante un paciente inmigrante en urgencias nuestra actitud no debe diferir de la habitual, aun sin olvidar patologías infrecuentes que nos deben hacer ampliar nuestro diagnóstico diferencial.



CONOCIMIENTOS Y ACTITUD DE LOS PADRES ANTE UNA URGENCIA PEDIATRICA. REALIZACION DE UN CURSO DE FORMACION PARA PADRES.

G. Alvarez Calatayud, L. Taboada Castro, G. Pinel Simón, A. Rivas Castillo, A. Cristina de la Torre, E. Martín Olivera. *Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital San Rafael. Madrid.*

OBJETIVOS: Conocer cuáles son los conocimientos y la actitud de los padres y familiares de los niños que acuden a la Urgencia Pediátrica y evaluar la eficacia de un curso de formación para padres con la finalidad de mejorar dichos conocimientos. Metodología Se realiza una encuesta voluntaria y de distribución aleatoria a 200 padres que acudían con sus hijos a Urgencias para evaluar el nivel de conocimientos que tienen en relación con diversos síntomas y afecciones que presentan los niños o la actitud que adoptan ante diversas situaciones patológicas. Las preguntas del cuestionario fueron consensuadas por los pediatras de nuestro centro. Con estos datos se realizó un curso de formación para padres, que se incluyó dentro del programa de la III Semana de la Ciencia que organiza anualmente la Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid. El curso se dividió en tres módulos: Módulo A, ¿Qué hacer ante un niño con (fiebre, tos, diarrea y manchas en la piel)?; Módulo B, Patologías específicas (neonatal, urgencias bucodentales y prevención de accidentes); y Módulo C, Taller de RCP básica. Se realizó una encuesta al comienzo y finalización del mismo.

RESULTADOS: El perfil de los padres que asistieron al curso fue similar al grupo de control que contestó al cuestionario inicial. En general se trata de mujeres, entre 30 y 40 años con 2 hijos de media, nivel de estudios medios y clase social media-alta. Suelen acudir primero a su pediatra cuando sus hijos se ponen enfermos antes de acudir a Urgencias, siguiendo normalmente sus consejos, aunque una quinta parte suele buscar una segunda opinión a través de Internet. La media de los conocimientos de los padres fue la siguiente: acertaron unas 17 preguntas de un total de 30, dejando de contestar unas tres de promedio. Las preguntas que más dificultad crearon fueron las referidas a los bloques sobre enfermedades infecciosas y accidentes infantiles, estando mejor informados en las cuestiones referidas al control de la fiebre. Al final del curso los asistentes contestaron acertadamente una media de 27 de las 30 preguntas. La evaluación que efectuaron al final del curso fue excelente, valorando positivamente tanto los temas expuestos como a los ponentes. Hay que destacar las numerosas peticiones que se recogieron para la realización del taller en distintos grupos y colectividades (guarderías, colegios, etc.).

CONCLUSIONES: En general los conocimientos de los padres son aceptables, aunque todavía existen muchos tópicos que parecen difíciles de erradicar. El pediatra tanto en urgencias como en Atención Primaria juega un papel fundamental para que los padres sepan cómo cuidar a sus hijos y acudir a Urgencias cuando sea necesario. Es preciso valorar la importancia que para la educación para la salud tienen este tipo de cursos, primero por el gran interés que despiertan entre los padres y después por los excelentes resultados que se obtienen cuando se realizan los mismos.

**FORMAS DE PRESENTACIÓN CLÍNICA DEL SHOCK ANAFILÁCTICO.**

E. Perera Martínez, J. Bosch Castells, A. Batista Jiménez, E. Vilallobos Jarque, E. Castellarnau Figueras, X. Allué Martínez.

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

FUNDAMENTO Y OBJETIVO: La anafilaxia es respuesta organismo desencadenada tras interacción antígenos específicos y anticuerpos IgE. La respuesta extrema constituye shock anafiláctico: mediadores actúan sobre órganos diana comprometiendo varios sistemas. Las reacciones anafilácticas no son raras, pero es difícil determinar su incidencia, ya que muchas no son reconocidas, se confunden con otros procesos o no se notifican.

OBSERVACIONES CLÍNICAS:

Caso 1. Niña 3 años presenta, tras exposición crema solar, edema facial, dificultad respiratoria, tos, estridor y alteración conciencia. REG, edema facial, letargia, dificultad respiratoria, tiraje intercostal y supraesternal, aleteo nasal, hipoventilación, taquicardia. Leucocitosis, acidosis respiratoria, hiperinsuflación pulmonar y neumomediastino. Evolución satisfactoria tras tratamiento oxígeno, líquidos, adrenalina, broncodilatadores y corticoides.

Caso 2. Niño 5 años, antecedente episodio eritrodermia en comedor del colegio, inmediatamente después comer, presenta náuseas, irritabilidad, palidez, hipotonía y erupción. MEG, eritrodermia, piel fría, obnubilación, hipotonía, polipnea, taquicardia, mala perfusión, hipotensión. Leucocitosis, acidosis metabólica. Evolución satisfactoria tras tratamiento oxigenoterapia, adrenalina, líquidos, antihistamínicos y corticoides.

Caso 3. Niña 17 días rechazo alimento, vómitos, erupción, irritabilidad y postración. 3 días antes lactancia artificial. REG, palidez, erupción polimorfa, piel fría, cutis marmorata, mucosas secas, hipoactiva, hiporreactiva, hipotonía, fontanela deprimida, polipnea, taquicardia, mala perfusión, abdomen distendido. Leucocitosis, acidosis metabólica, anemia, hiponatremia, hipoproteinemia, prick- test proteínas leche vaca positivo. Evolución inicial tórpidas, requiriendo tratamiento oxigenoterapia, líquidos, transfusión, nutrición parenteral y antibioterapia, presentando vómitos biliosos y rectorragia por enterocolitis.

COMENTARIOS: Muchos casos anafilaxia son idiopáticos sin identificarse causa. Las más frecuentemente identificadas niños son antibióticos, picaduras y alergia alimentaria, aunque ésta es excepcional como origen shock anafiláctico. Aún así 2 casos pueden ser atribuidos a alergia alimentaria. La anafilaxia grave se suele presentar con síntomas cutáneos, respiratorios, gastrointestinales y cardiovasculares. Es importante diagnóstico precoz por sospecha clínica y papel primordial administración adrenalina, desaconsejándose vía subcutánea por demostrarse con intramuscular absorción más rápida y niveles plasmáticos más elevados y duraderos.



UTILIDAD DIAGNÓSTICA EN URGENCIAS DE LA TRIPTASA COMO MARCADOR DE ALERGIA (DATOS PRELIMINARES).

A. Martín*, J.L. Esseverri**, X. Perramon*, E. Vara*.

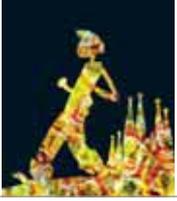
**Servicio de Urgencias Pediátricas, **Servicio de Alergología Pediátrica. Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron. Barcelona.*

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS: La triptasa es uno de los mediadores liberados por los mastocitos activados en las reacciones alérgicas. Sus niveles sanguíneos pueden ser cuantificados gracias a su prolongada vida media y a la facilidad del manejo de las muestras, por lo que podría ser de utilidad como marcador de reacción alérgica en pacientes con manifestaciones clínicas sospechosas (rash, urticaria, angioedema y anafilaxia) para seleccionar a aquellos tributarios de estudios posteriores.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo observacional de pacientes mayores de un mes y menores de 16 años que acudieron a urgencias por clínica sugerente de reacción alérgica: rash cutáneo, urticaria, angioedema y anafilaxia. Se historió en profundidad a los pacientes para identificar un posible alérgeno, se cursaron niveles séricos de triptasa y se les remitió al Servicio de Alergología de nuestro centro para la investigación de posibles alérgenos.

RESULTADOS: Se seleccionaron 12 pacientes con edades comprendidas entre 3 meses y 14 años que acudieron a urgencias por: rash cutáneo (5), urticaria (3), urticaria y angioedema (2) y anafilaxia (2). Tras historiar a los pacientes, se identificó un posible alérgeno en 10 de los pacientes: fármacos en 5 pacientes (beta-lactámicos y ácido acetilsalicílico) y alimentos en 5 de ellos (clara de huevo, jamón y proteínas de leche de vaca). Los valores séricos de triptasa se encontraron elevados en 4 de los pacientes: urticaria (2) y anafilaxia (2); confirmándose en los dos casos de anafilaxia un alérgeno, que resultó de tipo alimentario.

CONCLUSIONES: A pesar del carácter preliminar de nuestros datos, en pacientes con manifestaciones clínicas sospechosas de reacción alérgica, parece útil la determinación de la triptasa sérica; sobre todo, en aquellos pacientes que presentan manifestaciones clínicas que pueden asociarse a una mayor gravedad (urticaria, anafilaxia) y que, por tanto, podrían beneficiarse de un seguimiento más cuidadoso. La mediación de IgE en algunos tipos de reacciones alérgicas, por ejemplo las alimentarias, explicaría el aumento de la triptasa sérica en estos pacientes.

**PARÁSITOS FRECUENTES EN UNA LOCALIZACIÓN INFRECUENTE.**

J. Arnáez Solís, N. Gutiérrez Cruz, P. Herrera Yébenes, M. Arriaga Redondo, R. Villares Alonso, P. Pujol Buil.
Servicio de Pediatría. Hospital General de Móstoles. Móstoles, Madrid.

INTRODUCCIÓN: Los piojos del pubis son parásitos frecuentes en edades pediátricas tardías aunque no es frecuente encontrarlos en el cuero cabelludo o en las pestañas de un lactante.

CASO CLÍNICO: Niña de 6 meses y medio que acude a la urgencia de nuestro hospital por irritabilidad, pérdida de apetito y sospecha de infestación por piojos. En la exploración física se observan pequeñas costras de no más de 1 mm, en el cuero cabelludo y en región retroauricular. Ante la sospecha inicial de piojos comunes de la cabeza, se observa uno de ellos a microscopio en el que destaca la morfología típica de un piojo del pubis. Se busca la posibilidad de que alguno de los progenitores pudiera estar infestado, negando dicha posibilidad. La madre señala que unos días antes la niña estuvo en contacto con la barba de un disfraz en un centro comercial. Recibe tratamiento con champú de permetrina. Un día más tarde vuelve a urgencias con mejor estado general, al no poder retirar uno de los parásitos de una pestaña, hecho que se consigue con la aplicación de vaselina.

DISCUSIÓN. Dentro de la pediculosis podemos diferenciar tres tipos de piojos: los piojos del pubis o ladilla (*Pthyrus pubis*), los piojos de la cabeza (*Pediculus humanus capitis*) y los piojos del cuerpo (*Pediculus humanus corporis*). Sólo el piojo del cuerpo es vector de agentes patógenos de enfermedades del ser humano (tifus, fiebre de las trincheras, fiebre recurrente). Si bien el piojo del cuerpo y de la cabeza tienen características parecidas y miden unos 2-4 mm, el piojo del pubis tiene una morfología similar a la de un cangrejo y mide entorno a 1-2 mm. Las comúnmente llamadas ladillas son frecuentes en adolescentes ya que la posibilidad de contraer el piojo en un contacto sexual es del 95%. Dado que pueden migrar o transportarse por fómites debe investigarse su presencia en el vello del tronco, muslos, axilas, barba y pestañas, como en el caso de nuestra paciente. El tratamiento para las pestañas es vaselina 3-5 veces/día durante 8-10 días. También es posible aunque menos seguro, la aplicación de un ungüento oftálmico de fisostigmina al 0,25% 2 veces al día durante 8-10 días.

**PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA EN URGENCIAS: RECIDIVA DE BRUCELOSIS.**

A. de la Huerga López, C. López Menchero, J. Adrian Gutiérrez, M.L. Navarro Gómez, P. Chimenti Camacho, D. Crespo Marcos.

Sección Urgencias del Hospital infantil Gregorio Marañón. Madrid.

INTRODUCCIÓN: La brucelosis es una zoonosis que puede afectar a los humanos al tomar contacto con los animales, sus excreciones o productos derivados de éstos. Los síntomas más frecuentes son inespecíficos e incluyen fiebre, astenia, anorexia, artromialgias y alteración del carácter. La afectación neurológica es una complicación rara en niños (<1%) pero potencialmente grave, y puede aparecer en cualquier momento de la enfermedad. La tasa de recidivas es de un 3,5%. Presentamos el caso de una niña de ocho años con antecedente de brucelosis un año antes, que presenta una recidiva en forma de parálisis facial periférica.

CASO CLINICO: Niña de ocho años, natural de Ecuador, diagnosticada un año antes de brucelosis recibiendo tratamiento con Rifampicina y Cotrimoxazol oral durante cinco semanas, con buena respuesta.. La paciente consumió un mes antes queso procedente de su país. Acude a urgencias por cefalea periocular y desviación comisura bucal a la derecha de diez días de evolución, asociando fiebre, astenia y anorexia . En la exploración física destacaba exantema máculo-papuloso eritematoso a nivel de tronco y extremidades y cierre incompleto de ojo izquierdo con desviación comisura bucal a la derecha siendo el resto de la exploración normal. En urgencias: Hemograma: Hb 12,3 Hto 57%, 102.000 plaquetas, 4.200 L (43%L, 48%G, 6,4%M). Bioquímica: GOT 103, GPT 93. Hemocultivo y serologías para *Brucella*, CMV, VEB, Toxoplasma, Herpes y VVZ. A las 48 horas aislamiento de *Brucella* sp. en hemocultivo. Se realiza TAC cerebral normal y punción lumbar: glucosa 98, proteínas 43,97 leucocitos (90% MN, 10% PMN), Pandy negativo, cultivo LCR negativo. Se ingresa con diagnóstico de neurobrucelosis y se inicia tratamiento con Cefotaxima iv durante tres semanas, Trimetropin-Sulfometoxazol y Rifampicina orales que se mantienen hasta completar tres meses. Durante su ingreso se realiza ecocardiograma y gammagrafía ósea normales. Se recibe serología positiva para *Brucella* (Rosa de Bengala positivo, Test de Coombs + con títulos 1/256 que aumentan a 1/1.250 a las dos semanas). La paciente presenta buena evolución estando afebril a los siete días de tratamiento, con mejoría progresiva de la parálisis facial, desaparición del exantema, y hemocultivos de control negativos.

CONCLUSIONES: Ante un cuadro de fiebre y parálisis facial periférica en la Urgencia es importante la realización de estudio serológico y hemocultivo para diagnosticar causa infecciosa, en algunos casos tratables. En áreas endémicas la neurobrucelosis debe ser sospechada ante clínica neurológica de causa no aclarada.



¿ARTRITIS SEPTICA Ó SINOVITIS TRANSITORIA?: UNA DUDA DIAGNÓSTICA QUE CONDICIONA EL MANEJO DE LA COXALGIA FEBRIL EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS.

M. Lanaspa Pérez*, O. Ares Rodríguez**, X. Perramón Montoliu*, E. Vara Robles*.

*Servicio de Urgencias Pediátricas, **Servicio de Traumatología. Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron.

FUNDAMENTOS Y OBJETIVOS: La coxalgia febril en pediatría tiene como principales diagnósticos diferenciales la artritis séptica y la sinovitis transitoria, dos cuadros muy distintos en su pronóstico y gravedad. Clásicamente se han descrito cuatro criterios predictivos en un intento de seleccionar aquellos pacientes con mayor riesgo de artritis séptica: historia de fiebre, impotencia funcional, elevación de VSG y leucocitosis. Nuestro propósito fue estudiar los pacientes ingresados en nuestro centro desde urgencias pediátricas por sospecha de artritis séptica de cadera para evaluar su manejo y evolución.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisaron las historias clínicas de los pacientes menores de 15 años de edad que ingresaron en nuestro centro desde el servicio de urgencias pediátricas con coxalgia febril y sospecha de artritis séptica de cadera desde Enero del 2003 a Octubre del 2004.

RESULTADOS: Se encontraron 19 pacientes, excluyéndose 5 por falta de determinación de VSG y 3 por artropatías de base (Artritis Crónica Juvenil y Lupus Eritematoso Sistémico). Cinco de 14 se diagnosticaron de artritis séptica, 35,7%, (2 varones y 3 mujeres), con una mediana de edad de 7 años (mínimo 1,9; máximo 11). Cuatro de ellos cumplían los 4 criterios predictivos señalados y uno cumplía sólo 2. Se aisló el germen causante en 3 de los 5 pacientes: *S. aureus* (2) y *S. pneumoniae* (1). Los diagnosticados de sinovitis transitoria de cadera fueron 9 pacientes (7 varones y 2 mujeres), con una mediana de edad de 2,6 años (mínimo 1,7; máximo 9). Dos de ellos cumplían 4 criterios predictivos, 5 cumplían 2 criterios y 2 cumplían 1 criterio. Catorce radiografías de cadera realizadas sobre el total de los pacientes no resultaron concluyentes.

CONCLUSIONES: En el manejo de los pacientes pediátricos con sospecha de artritis séptica de cadera las pruebas de imagen no parecen tener un papel importante. La combinación de criterios clínicos y analíticos, en cambio, orienta la actitud ante estos pacientes. No obstante, la gravedad potencial de una posible artritis séptica, aun en aquellos casos que cumplen pocos de los criterios predictivos clásicos, justificaría el ingreso, aunque finalmente el diagnóstico no se confirme.

**EXANTEMA PERIFLEXURAL ASIMÉTRICO DEL NIÑO: NO SE DIAGNOSTICA SI NO SE SOSPECHA.**

M. Gispert-Saüch i Puigdevall, X. Codina Puig, V. Perez Herreros, B. Balsera Baños, M. Abad García, M. Català i Puigbó.

Hospital General de Granollers. Barcelona.

INTRODUCCIÓN: El Exantema periflexural asimétrico del niño (EPA) es una entidad descrita ya hace unos años y, no obstante, aún poco diagnosticada. Las características del exantema, en ocasiones escarlatiniforme y, la asimetría en su distribución, conducen a frecuentes errores en el diagnóstico. Presentamos 4 casos, dos de ellos hermanos, en los que las características del exantema son claramente demostrativas.

CASOS CLÍNICOS:

Caso 1. Paciente de 12 meses, de sexo femenino, que presenta en el curso de cuadro febril de 3 días de evolución, en tratamiento con amoxicilina, exantema micromacular, eritematoso, escarlatiniforme, confluyente, de distribución asimétrica y de predominio en áreas de flexión. Se nos remite con sospecha de una toxicodermia, escarlatina o una dermatitis de contacto. Sin embargo, las características del exantema permitieron el diagnóstico de EPA.

Caso 2. Paciente de 3 años, de sexo femenino, que consulta por cuadro catarral y exantema máculo-papular, laterotorácico de 48 horas de evolución. La distribución y evolución del mismo es también característica.

Casos 3 y 4. Pacientes, de sexo femenino, de 16 meses y 8 años que se nos remiten para valoración por exantema escarlatiniforme, de predominio en zonas de flexión y de distribución asimétrica. La determinación rápida de antígeno estreptocócico y los cultivos de frotis faríngeo fueron negativos. Las características del exantema permitieron el diagnóstico. Se revisan las características del exantema periflexural asimétrico del niño. Se presentan imágenes de los exantemas de los 4 casos muy demostrativas.

COMENTARIOS. El exantema periflexural asimétrico del niño es una entidad de diagnóstico clínico fácil cuando se incluye en el diagnóstico diferencial. Aunque aún no se conoce con certeza la etiología, la coincidencia del cuadro en dos hermanas, apoyaría, en nuestro caso, la hipótesis de la etiología infecciosa viral.



ORGANIZACIÓN

CUMPLIMENTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS. VALORACIÓN Y UTILIDADES.

M.L. De Prado, A. Verdú, M. Samper, A. Fenollosa, M. Ferré, C. Daufi*.
*S. Pediatría, *S. Epidemiología. Hospital St Pau i Sta Tecla. Tarragona.*

OBJETIVOS: Valorar la cumplimentación de la historia clínica de urgencias de pediatría a partir de la informatización del servicio. Valorar la información que proporciona el programa de explotación de urgencias pediátricas.

AMBITO: Hospital de segundo nivel de 200 camas. El servicio de urgencias se informatiza en julio de 2003 con el programa GoWin el cual permite el acceso rápido al historial del paciente, solicitar analítica desde la pantalla y poder acceder de forma rápida a sus resultados, solicitar radiografías, pruebas especiales, interconsultas, etc., todo integrado desde la misma pantalla. En el formulario de urgencias se recogen diversos campos (datos de identificación, procedencia, motivo de asistencia, antecedentes, alergias, medicación actual, constantes, exploración, pruebas complementarias, evolución, diagnósticos, recomendaciones y tratamientos y destino) algunos de obligado cumplimiento.

MEDIDAS: Del programa de explotación se extraen los datos de todas las urgencias pediátricas atendidas en el 2004. Se valora la cumplimentación de los diferentes apartados Variables: datos de filiación, sexo, edad, procedencia, frecuentación, diagnóstico, destino al alta.

RESULTADOS: Se obtienen 8.414 urgencias. La edad media de 5,34 años con pico de frecuentación a los 2 años de edad. El 82,9 proceden del propio domicilio y un 17,1 son derivados desde otros centros El 87,7% son derivados al domicilio un 5,9ª consultas externas y el 5,3% permanecen ingresados El 51,7% de las historias carecen de código diagnóstico El 48,3% de los códigos diagnósticos reflejados contienen diferentes denominaciones para un mismo código o diferentes códigos para una misma enfermedad El porcentaje de historias con todos los datos correctamente rellenados es imposible de determinar en estos momentos.

CONCLUSIONES: La informatización de la historia clínica en urgencias permite el acceso inmediato al historial del paciente la valoración rápida de los exámenes complementarios Una mejor gestión Una mejor comprensión del alta por parte del paciente La existencia de apartados de obligado cumplimiento y otros que no hace que la historia no quede correctamente recogida y por lo tanto los datos obtenidos no son un buen reflejo de la realidad La diversidad de denominaciones para los mismos episodios hace que la recogida de datos por procesos esté sesgada Sería necesario unificar criterios tanto a nivel diagnóstico como a la hora de recogida de datos para poder crear una base de datos fiable para la realización de posteriores estudios.



¿ES NECESARIO UN CONTROL CLÍNICO DE NIÑOS EN URGENCIAS?

A. de la Hueriga López, M. Crespo Medina, C. Iglesias Fernández, L. Márquez de la Plata, C. Miguez Navarro, P. Vázquez López.

Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

INTRODUCCIÓN: En el servicio de urgencias de pediatría se atiende a pacientes con determinadas patologías que precisan un estrecho control clínico. Este seguimiento es hospitalario en muchos casos, pudiendo ser realizado por el pediatra del niño.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo de 128 niños remitidos a control clínico hospitalario en el servicio de urgencias pediátricas, desde Octubre a Diciembre de 2004. Datos recogidos: Edad, fecha, diagnóstico inicial y tras el control, exploraciones complementarias, tratamiento, evolución clínica, y necesidad de ingreso o de cambio en el tratamiento.

RESULTADOS: La edad media fue 16 meses (5 días-13 años); 70 niños (47,6%) eran menores de 4 meses y de ellos 32 (46,6%) menores de un mes. Los controles se realizaron a las 24 horas. Los diagnósticos más frecuentes en este grupo fueron ictericia (27,8%), bronquiolitis (20,3%), síndrome febril (14,7%), gastroenteritis (9,8%), infección vías respiratorias superiores (8,2%) e hipogalactia materna (5,8%). De los neonatos diagnosticados de ictericia el 58% precisaron ingreso para fototerapia y un 35% otro control. De los lactantes con síndrome febril un 22% precisaron un segundo control clínico, con buena evolución en todos los casos. En el grupo de bronquiolitis sólo un niño precisó ingreso. 23 niños (18%) fueron controlados a las 48 horas por diagnóstico de neumonía, precisando ingreso dos. 5 niños (4%) fueron avisados para control por crecimiento de microorganismos en el hemocultivo o urocultivo recogido en la primera visita. El 40% eran menores de tres meses. Un niño precisó ingreso por ser menor de 1 mes. Otras patologías enviadas a control clínico (23%) fueron: celulitis perianal poststep-tococcica, dolor abdominal, exantemas cutáneos y adenitis. De los 128 pacientes enviados a control clínico, 12 (9,6%) precisaron ingreso hospitalario (80% por hiperbilirrubinemia). Un 32,4% de los pacientes fueron enviados a control clínico en día festivo o fin de semana.

CONCLUSIONES: 1) La mayoría de casos enviados a control clínico hospitalario presentan buena evolución, por lo que sería recomendable un seguimiento por su pediatra, evitando así una sobrecarga de los servicios de urgencias pediátricas. 2) El control clínico hospitalario es recomendable en determinadas patologías como la hiperbilirrubinemia neonatal y los casos de cultivos positivos, que precisan nuevas exploraciones complementarias y en algunos casos ingreso. 3) El seguimiento en urgencias puede estar justificado en días festivos en los que los pacientes no pueden ser valorados por pediatras en los centros de salud.

**CORRELACIÓN DIAGNÓSTICA ENTRE URGENCIAS Y ALTA HOSPITALARIA.**

M. Fernández de Sevilla Estrach, M.García Puig, S.Hernández Bou, V.Trenchs Sainz de la Maza, E.Toral Rodríguez, G. Gelabert Colomé, C. Luaces Cubells.

Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Unidad Integrada Hospital Sant Joan de Déu-Clínica. Universidad de Barcelona.

INTRODUCCIÓN: La correlación diagnóstica entre urgencias y alta hospitalaria es uno de los indicadores de calidad seleccionados por la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP) para la evaluación de la calidad asistencial de los Servicios de Urgencias. Se determina mediante el cociente, en tanto por ciento, entre el número de pacientes con un mismo diagnóstico al ingreso y al alta hospitalaria y el número de pacientes ingresados desde urgencias.

OBJETIVOS: Aplicar el indicador de calidad que valora la correlación diagnóstica entre urgencias y alta hospitalaria en nuestro Servicio de Urgencias.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión retrospectiva de las historias clínicas de los niños ingresados desde el Servicio de Urgencias de Pediatría durante 10 días consecutivos. Se comparan los diagnósticos al ingreso y alta hospitalaria codificados según el CIE-9-CM adaptado para urgencias de pediatría (Grupo de trabajo de la SEUP 2001) y se analiza su coincidencia; ésta se clasifica en 3 grupos: 1) No coincidencia (discordancia diagnóstica); 2) Coincidencia parcial (orientación diagnóstica inicial correcta, el diagnóstico inicial sindrómico incluye al final); 3) Coincidencia completa (diagnóstico inicial = diagnóstico final). La coincidencia parcial y completa integran el grupo de pacientes con un mismo diagnóstico al ingreso y al alta hospitalaria.

RESULTADOS: Se analizan 62 pacientes, 48,4% de sexo masculino. La mediana de edad es de 21,7 meses (rango 13 días- 15 años). Se obtiene una correlación diagnóstica del 95,2% (58 niños; 48 con coincidencia completa y 11 parcial). En los 3 casos restantes (4,8%) no existe coincidencia y son: un niño con enfermedad celíaca que se orienta inicialmente como gastroenteritis aguda, un lactante con alergia a las proteínas de leche de vaca que se orienta como edema de origen traumatológico y un paciente con gastroenteritis por *Campylobacter jejuni* que ingresa con el diagnóstico de melenas.

CONCLUSIONES: La correlación diagnóstica entre el diagnóstico de Urgencias y el del alta hospitalaria ha sido muy elevada durante el periodo de estudio. Es importante para el pediatra de Urgencias conocer la evolución de los pacientes tras el ingreso; este indicador proporciona una información relevante al respecto.

**TRANSPORTE MEDICALIZADO PRIMARIO (TMP) EN PEDIATRÍA.**

I. Abalos Roman, A. Fernández Landaluze, B. Azkunaga Santibáñez, S. Mintegi Raso, J. Benito Fernández, M. Santiago Burrutxaga.

Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Bizkaia.

INTRODUCCIÓN: El TMP es el que se realiza desde el lugar en el que se produce la emergencia hasta el Servicio de Urgencias de Pediatría (SUP) en vehículo medicalizado con personal médico capacitado para una asistencia avanzada. La calidad del transporte condicionará el pronóstico de las emergencias.

OBJETIVO: Conocer la patología, procedimiento y proceso de traslado, y situación del paciente a su llegada al SUP.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo-descriptivo de los episodios de transporte medicalizado primario al SUP realizados por personal sanitario especializado no pediátrico.

RESULTADOS: Se han registrado 70 episodios desde mayo de 2004 a enero de 2005. La ambulancia fue el único vehículo utilizado. La asistencia fue demandada desde el domicilio en un 70% y desde la vía pública en el 30%. Las patologías asistidas fueron: convulsiones (42%), accidentes (37%), apnea-dificultad respiratoria (14%) y otros (7%). Hubo aviso previo al SUP en un 15% de los episodios y se adjuntó el documento de incidencias en el 95%. La apnea fue la única patología registrada en los menores de 6 meses y supuso el 80% de los cuadros respiratorios. A partir del 7º mes las patologías más frecuentes fueron las convulsiones y los accidentes. El 55% de las convulsiones fueron febriles. Los traumatismos cráneo-encefálicos y los politraumatismos representaron el 62% de los accidentes. Se monitorizaron constantes vitales durante el traslado en el 91%, y en el 51% se realizó alguna intervención: inmovilización (28%), canalización vía IV (21%), administración de O₂ (14%), anticomiciales (10%), secuencia rápida de intubación(4%), sedación(2,8%), broncodilatadores (1,5%). A la llegada al SUP el 14% presentaban una situación clínica inestable. El diagnóstico no coincidió en el 11% de los casos y en un 10% el traslado fue considerado incorrecto en algún aspecto por el pediatra receptor. El destino después de su valoración fue: 37% alta, 34% observación, 14% planta, 8% UCIP, 4% quirófano y 1,4%(1) fallecido. Los tres últimos destinos los consideramos representativos de la incidencia de emergencias verdaderas.

CONCLUSIONES: 1) Las convulsiones y los traumatismos son las patologías más frecuentes en activar el Sistema de Emergencias Médicas. 2) Los casos registrados en menores de 6 meses podrían incluirse en el concepto de "episodio de amenaza vital aparente". 3) Las emergencias verdaderas se podrían cifrar en un 14% de todos los episodios. 4) Sería deseable una mayor comunicación y coordinación entre las organizaciones que atienden las emergencias en pediatría.

**TRANSPORTE MEDICALIZADO SECUNDARIO A UN SERVICIO DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA.**

I. Abalos Roman, S. Capape Zacho, M.A. Vázquez Ronco, J. Sánchez Etxaniz, J. Benito Fernández, M. Santiago Burrutxaga.

Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Bizkaia.

INTRODUCCIÓN: El transporte secundario es aquel que se realiza desde un centro asistencial hasta el centro de referencia más especializado en vehículo medicalizado. El personal sanitario deberá estar capacitado para una asistencia avanzada con el fin de facilitar una estabilidad fisiológica del enfermo a lo largo del trayecto.

OBJETIVO: Conocer la patología, el procedimiento y proceso de traslado, y la situación clínica del enfermo a su llegada al Servicio de Urgencias de Pediatría (SUP).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo-descriptivo de los episodios de transporte medicalizado secundario al SUP realizados por personal sanitario especializado no pediátrico.

RESULTADOS: Se han registrado 28 episodios desde Mayo de 2004 a Enero de 2005. La ambulancia medicalizada fue el único vehículo utilizado. La demanda de asistencia provino de un Centro Hospitalario en el 54% de los episodios y del Centro de Salud en un 46%. Hubo aviso previo por parte del Centro Coordinador o del Centro Asistencial Emisor en un 68% de los casos y documento de registro de incidencias en el 89%. Las causas por las que se demandó la asistencia fueron: convulsiones-alteración conciencia (31%), patología quirúrgica (28%), sospecha de infección bacteriana severa (IBS) (14%), insuficiencia respiratoria (10%) y otros (17%). La patología quirúrgica (40%) fue la primera causa del grupo de procedencia hospitalaria, y la sospecha de IBS (31%) de los derivados desde un centro de salud. Las convulsiones-alteración de conciencia fueron la segunda causa en ambos grupos (27% y 23%). Durante el traslado se monitorizó al enfermo en un 93% de los casos. Se realizó algún tipo de intervención en el 78%: canalización vía IV (54%), administración de O₂ (43%), farmacológica (11%), RCP (3,5%; 1). A su llegada al SUP 2 niños (7%) presentaron una situación clínica inestable, hubo discrepancia en 3 diagnósticos (10,7%) y en 1 caso se consideró incorrecto algún aspecto del traslado. El destino después de su valoración y estabilización fue: planta de observación (25%), alta (21%), planta de hospitalización (21%), UCIP (18%), quirófano (11%) y fallecido(1).

CONCLUSIONES: 1) Aunque el espectro de patologías es amplio los cuadros neurológicos, quirúrgicos y la sospecha de IBS representaron la mayor parte de los episodios. 2) Los enfermos en una situación grave o crítica representaron una cuarta parte de los trasladados. 3) La estabilidad fisiológica del enfermo durante el traslado fue una constante en la mayoría de los casos. 4) La comunicación y coordinación entre las diferentes organizaciones que participan en el TMS son mejorables.

**RELACIÓN PRIMARIA-HOSPITAL: ANÁLISIS DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS DERIVADOS A URGENCIAS.**

A. Vázquez, A. Torrent, X. Perramon, E. Vara.

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

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS: La relación entre atención primaria y hospital siempre ha resultado controvertida y para comprenderla mejor parece necesario un análisis de los factores implicados en su articulación.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisaron las historias clínicas de los pacientes derivados desde Atención Primaria al Servicio de Urgencias de nuestro centro en el mes de diciembre del 2004 y se recogieron diversas variables sobre el paciente, su patología y la actitud tomada tanto en el centro emisor como en el hospital.

RESULTADOS: Se encontraron un total de 323 pacientes (6,3% de la actividad asistencial). La edad mediana fue de 2,6 años (de 15 días a 15,5 años), un 54,2% fueron varones. Los motivos de derivación más frecuentes fueron solicitud de: "valoración" (57,1%), estudio radiológico simple (21,6%), estudio de orina (4,4%) y analítica sanguínea (3,8%). Los diagnósticos presuntivos más frecuentes fueron: broncoespasmo (21,2%), neumonía (20,3%) y diversos de cirugía-traumatología menor (11,4%). En el 7,8% de los casos se realizó algún tipo de prueba diagnóstica con anterioridad a la derivación. En el 65,2% de los casos, a criterio del hospital, se juzgó razonable la derivación. Se realizaron exploraciones complementarias en el 61,7% de los pacientes: radiografías simples (58%), analítica sanguínea (20,5%), estudio de orina (18,5%). Los diagnósticos hospitalarios más frecuentes fueron: broncoespasmo (26%) y diversos de cirugía-traumatología menor (7,3%). En el 56% de los casos la patología resultó "banal". Ingresaron 10,2% de los pacientes. En el caso del broncoespasmo (82 pacientes) se realizaron nebulizaciones en primaria en el 8,2%, 64% en el hospital e ingresaron el 14,6%. Hubo concordancia entre el diagnóstico presuntivo de primaria y el hospitalario en el 49,8% y en el caso de las exploraciones pedidas y finalmente realizadas en el 61,3%. Los pediatras derivaron pacientes de edad significativamente menor y mayor porcentaje de pacientes "trauma-quirúrgicos" que los médicos de familia (el sector profesional derivador mayoritario en días festivos). Aunque se detectó una tendencia lineal en el porcentaje de exploraciones realizadas a mayor edad, ésta se debió a un mayor porcentaje de radiografías. A menor edad aumentó el porcentaje de ingresos y, por especialidades, ingresaron más los pacientes "médicos" derivados por pediatras.

CONCLUSIONES: Una mayor dotación de recursos en los centros de primaria podría facilitar el manejo de los pacientes pediátricos sin necesidad de recurrir al medio hospitalario. La formación específica en pediatría es fundamental para un uso eficiente de los recursos sanitarios.



INTERACCIÓN ENTRE LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS Y LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA. ¿QUE MODELO DE SANIDAD QUEREMOS?

J. Fàbrega Sabaté, R. García Puig, Y. Hernández Vega, A. Cueto González, N. Cortés Álvarez, L. Tobeña Boada.
Servicio de Pediatría. Hospital Mútua de Terrassa. Terrassa.

OBJETIVOS: Los servicios de urgencias hospitalarias presentan un continuado incremento del número de visitas, a pesar de disponer de una población pediátrica estabilizada, aparentemente más sana y mejor controlada sanitariamente, y de la existencia de centros de atención primaria (CAP) bien dotados y con servicios de urgencias de incluso 24 horas. Presentamos un estudio comparativo entre las visitas a nuestro servicio de urgencias derivados de los CAP y aquellos que acudieron por voluntad propia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes atendidos en nuestro servicio de Urgencias derivados de un CAP o por iniciativa propia durante el año 2004 (se excluyen las visitas traumatológicas). Se valoran los ingresos hospitalarios y las exploraciones complementarias practicadas en ambos grupos. Los datos se analizan a través del programa estadístico SPSS Windows v 12.0. Se utiliza el test Chi cuadrado para variables cualitativas con significación estadística de $p < 0,01$.

RESULTADOS: Mutua de Terrassa es un hospital de grupo 3 (BC) con cobertura sanitaria a 38.920 pacientes pediátricos, divididos entre sus 8 CAP en las poblaciones de Terrassa, Rubí, Sant Cugat, Valldoreix, Viladecavalls y Olesa, con una importante participación de los pediatras de primaria, tanto en el Servicio de Urgencias del hospital, como en su actividad docente, asistencial y investigadora. Durante este período se realizaron 24.370 visitas en Urgencias Pediátricas. De ellas, 1.746 (7,2%) fueron derivados del CAP y 22.624 (92,8%) por iniciativa propia. Se practicaron exploraciones complementarias en 1.094 casos (63%) de los pacientes derivados del CAP y 5.524 (24%) de los de iniciativa propia, diferencia significativa con $p < 0,001$. Requirieron ingreso hospitalario 237 (14%) del grupo CAP y 892 (3,9%) de iniciativa propia, diferencia también significativa con $p < 0,001$. Estas diferencias se aprecian tanto analizando los datos de forma global como mensualmente.

CONCLUSIONES: El incremento de la demanda de urgencias hospitalarias es un fenómeno social, no clínico y comporta una mala utilización de los recursos sanitarios. Los pacientes derivados del CAP están bien orientados, requiriendo por norma general los recursos que el hospital dispone. Para un correcto funcionamiento de la sanidad deberíamos aprender a utilizar de forma racional estos recursos. Esto permitiría una mejor asistencia de todos los pacientes urgentes, tanto los graves y/o críticos en el hospital como no graves en primaria.

**RECLAMACIONES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: ANTES Y DESPUÉS DEL TRASLADO.**

B. Riaño Méndez, A.C. Peñalba Citores, I. Marsinyach Ros, J. Adrián Gutiérrez, E. Herrero Román, C. Merello Godino.

Sección Urgencias del Hospital Infantil Gregorio Marañón.

OBJETIVOS: Valoración del grado de satisfacción mediante estudio de reclamaciones presentadas en el servicio de Urgencias de Pediatría, comparando las reclamaciones realizadas antes y después del traslado de la Urgencia Infantil a un nuevo centro.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de carácter descriptivo de las reclamaciones presentadas en el servicio de urgencias pediátricas del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, determinando como períodos comparativos los años 2003 y 2004. Se recogen una serie de variables: sexo y nacionalidad del demandante, fecha de la reclamación y naturaleza de la misma.

RESULTADOS: Durante el año 2003 se registraron un total de 59.422 urgencias y 67 reclamaciones, de las cuales el 71% (48) se presentaron en los dos meses posteriores al traslado, coincidiendo con un aumento de la asistencia del 12%. Los motivos más frecuentes de demanda fueron el tiempo de espera (32%), aparcamiento (17%), accesos (13%), calefacción (13%) y trato del personal (14%). En el año 2004, con una presión asistencial de 62.360 urgencias, se han presentado 27 reclamaciones. El tiempo de espera continúa siendo la reclamación más frecuente (48%), y en segundo lugar la falta de personal (14%) y el trato recibido (14%). Hasta un 11% de las quejas son por falta de especialistas (ORL, traumatólogo, oftalmólogo,...) en el hospital infantil. Las reclamaciones por aparcamiento, megafonía, calefacción y accesos se reducen a un 1%.

CONCLUSIÓN: Un año después del traslado al nuevo hospital, la asistencia en Urgencias ha aumentado en un 5% y el número de reclamaciones ha disminuido en un 60%. La naturaleza de las reclamaciones se ha modificado, a pesar de que el tiempo de espera continúa siendo el motivo más frecuente de demanda. En el año 2003 la mayoría de las reclamaciones fueron por desacuerdo con las instalaciones, mientras que en el año 2004 la asistencia médica y la falta de personal representan la práctica totalidad de las demandas.



¿HAY CONTROL DE LAS PRUEBAS DE IMAGEN IONIZANTES EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS?

F. Martín del Valle, I. Pinto Fuentes, M. Centeno Jiménez, S Fernández Fernández, M. Vázquez López, C. Gallego*.

*Servicio de Pediatría. *Unidad de Gestión. Hospital Severo Ochoa. Leganés. Madrid.*

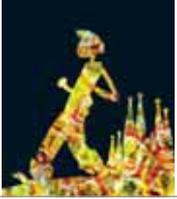
INTRODUCCIÓN: Los estándares de protección contra las radiaciones ionizantes se basan en la premisa de que cualquier dosis por pequeña que sea puede tener efecto dañino para la salud (cancer, daño genético); por lo que se establece la necesidad de reducir la exposición innecesaria a la radiación (directiva 97/43 Euratom) y se obliga a justificar el uso de las radiaciones ionizantes con fines médicos (RD815/2001 BOE), recomendando en las pruebas de altas dosis informar al paciente del riesgo. Por todo ello se han publicado unas guías de indicaciones para la correcta solicitud de pruebas de diagnóstico por imagen, destinadas a todos los profesionales sanitarios con capacidad de enviar pacientes a los Servicios de Radiodiagnóstico.

OBJETIVOS: Conocer si en la Comunidad de Madrid (CM) hay un control de las pruebas radiológicas ionizantes y si se sigue las Guías de indicación de pruebas de imagen y de protección radiológica en las Urgencias Pediátricas (UP).

MÉTODO: Estudio descriptivo realizado en los primeros meses de 2005 mediante encuesta telefónica por la mañana a adjuntos adscritos a las Urgencias Pediátricas de 14 hospitales públicos y 4 privados de la Comunidad de Madrid.

RESULTADOS: El 88% de los hospitales no han tenido, ni tienen una tarjeta de exposición a las radiaciones ionizantes en la UP. Cuatro hospitales (12%) sí la han tenido, pero en ninguno de ellos se utiliza en la actualidad. El 88% desconocen el programa TIERI de la CM (abril 2003, sobre la tarjeta infantil de exposición a radiaciones ionizantes). El 72% (13) desconocen la existencia de una Guía para las indicaciones de pruebas de diagnóstico por imagen y sólo en tres centros la consultan. El 16% no protegen las gónadas y sólo el 55% lo hacen a ambos sexos. En ningún hospital se informa de forma sistematizada de los potenciales riesgos que conlleva las radiaciones ionizantes antes de realizar un TAC. En el 100% se desconoce o no existe Comité de Protección Radiológica Pediátrica. En 14 (77%) hospitales no hay Servicio de Radiología Pediátrica y de estos, en 41% no hay un radiólogo específico para pediatría.

CONCLUSIONES: 1) No hay un control de la exposición a las radiaciones ionizantes en los hospitales madrileños encuestados. 2) Sólo el 16% consultan las Guías de indicación de Pruebas de Imagen. 3) No se informa de los riesgos de las radiaciones ionizantes previo a la realización de un TAC. 4) Sólo el 55% de los centros protegen las gónadas de niños y niñas. 5) No hay Comités de Protección Radiológica Pediátrica.

**PAPEL DEL MIR EN LA EVALUACIÓN DE SU FORMACIÓN EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA.**

M. González Balenciaga, S. Mintegi Raso, J. Benito Fernández, S. Capapé Zache, E. Astobiza Beobide, A. Corrales Fernández.

Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces.

La formación en Urgencias de Pediatría (UP) es uno de los pilares de la formación MIR en Pediatría y requiere una continua evaluación para adecuarla a las necesidades de los MIR. La formación MIR requiere un programa de formación específico con objetivos, medios y sistemas de evaluación. El diseño del programa de formación MIR en UP se realizó conjuntamente con los MIR de Pediatría entre 2002 y 2003. En el año 2004, en nuestro Servicio de UP se implantó este sistema formativo que se acompañaba de un nuevo sistema de evaluación realizado por todos los adjuntos de UP y todos los MIR de Pediatría (evaluación escrita de adjuntos y MIR y entrevista personal con los MIR)

OBJETIVO: Estudio de la participación de los MIR en el sistema de evaluación de su formación en UP en el año 2004. **Método:** La evaluación realizada por los MIR y los adjuntos de UP y las entrevistas personales se realizaron entre Junio y Septiembre de 2004 (fin del año formativo) y fueron estudiadas conjuntamente por el responsable de formación MIR en UP y el MIR miembro del Comité de Calidad de UP. La evaluación de los MIR detectó aspectos susceptibles de mejora en su formación general (mayor formación en asistencia al paciente crítico, mejoría en la transmisión de la actualización de protocolos, defectos formativos en patologías concretas e irregularidad en la práctica de técnicas diagnóstico-terapéuticas), específicos del MIR de 1º año (comunicación con familias, heterogeneidad en la asistencia prestada por los MIR, curso de inmersión en UP) y los de 3º-4º año (escasa presencia en UP). La detección de problemas en la formación MIR permitió desarrollar acciones de mejora específicas para cada aspecto.

CONCLUSIONES: La participación de los MIR de Pediatría en la evaluación de la formación que reciben a su paso por UP facilita la identificación de problemas formativos y el diseño de acciones de mejora que se creen convenientes. La participación de los MIR en la evaluación de su formación facilita, además, la evaluación del mismo sistema de formación MIR en UP.



ACCIDENTES Y TRAUMATISMOS

MORTALIDAD INFANTIL POR ACCIDENTE.

S. Grande Báñez, A. Grande Benito, R. Páez González, E. Vázquez Peñas, C. Hernández Zurbano, J. López Ávila.
Servicios de Pediatría y de Urgencias del Hospital Universitario de Salamanca.

OBJETIVO: Conocer la mortalidad infantil por accidente en nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo, desde el 1 de Enero al 31 de Diciembre de 2002, de los accidentes mortales ocurridos en niños menores de 14 años en nuestra provincia.

RESULTADOS: En nuestro hospital, durante el año 2002, se atendieron 5.327 accidentes infantiles, de los que 169 precisaron ingreso. Fallecieron tres de los niños accidentados: un varón de 2 meses por accidente de tráfico, un varón de 11 meses por intoxicación por monóxido de carbono y un varón de 8 años por accidente deportivo (traumatismo craneoencefálico severo tras caerle encima una portería de fútbol). La mortalidad por accidentes en los niños atendidos en nuestro hospital ha sido, por tanto del 0,056% (56 niños fallecidos por cada 100.000 accidentados). Hay además otros 5 niños fallecidos por accidentes de tráfico en el mismo lugar del accidente (todas mujeres, con edades comprendidas entre los 7 y los 10 años) y que por tanto no llegan al hospital; esto amplía la mortalidad infantil por accidente en nuestra provincia durante el año 2002 a 8 niños, por lo que la mortalidad total sería del 0,15% (150 niños fallecidos por cada 100.000 accidentados). Los accidentes de tráfico suponen, el 75% de todas las muertes accidentales infantiles en nuestro medio. De los 6 niños fallecidos por accidente de tráfico, tan solo uno llevaba dispositivo de retención infantil.

CONCLUSIONES: Las lesiones por accidente, en la población infantil mayor de un año, son la primera causa de muerte o discapacidad y una importante fuente de morbilidad. Sin embargo, no debemos olvidar que la mortalidad por accidente no refleja la verdadera magnitud del problema ya que, solamente es la punta del iceberg: por cada muerte hay un elevado número de lesionados, algunos de ellos con secuelas importantes para toda la vida. Es fundamental concienciar a la población de la importancia del problema e insistir en las medidas de prevención.

**TRAUMA PEDIÁTRICO: EDADES MÁS FRECUENTES EN NUESTRO MEDIO.**

L. Alonso Jiménez*, M. Santana Hernández*, E. Martín**, A. Sánchez Villegas***, M. Castro Sánchez*, J. Pochs Páez*.
*Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias. Servicio de Urgencias Pediátricas y Cirugía Pediátrica. Las Palmas de GC. **Servicio Canario de Salud. Las Palmas de GC. ***Dpto. Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Las Palmas de Gran Canaria.

INTRODUCCIÓN: Los accidentes ocupan el primer lugar entre las causas de mortalidad en sujetos de 0 a 14 años. Los accidentes en nuestro país, dadas la mortalidad y secuelas que provocan, están atrayendo un especial interés investigador. En niños, la escena y causas del accidente varían según el rango de edad estudiado, de ahí nuestro interés en su estudio y en la valoración comparativa con las publicaciones de nuestro entorno

MATERIAL Y MÉTODOS: El ámbito del estudio se circunscribe a sujetos con edades comprendidas entre los 0 y 14 años de la provincia de Las Palmas, atendidos entre los años 2001-2003 en el Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias. Los datos del ingreso y las causas del mismo se obtuvieron de la Historia Clínica hospitalaria.

RESULTADOS: Se observó que 49 pacientes del total tratado a nivel hospitalario accedieron al centro en transportes alternativos no sanitarios. El resto se efectuó por el Servicio de Urgencias Canario. En el nivel hospitalario fueron recogidos y ajustados a criterio de gravedad según el protocolo Atención Integral Trauma Pediátrico (AITP) 439 traumas pediátricos de diversa consideración. Los rangos de edad más significativos incluyeron un total de 65 traumas en niños de 5 años, 57 lesiones en sujetos de 13 años, 54 casos tanto en niños de 8 años como en los menores de 1 año, 53 traumas entre sujetos de 12 años y 52 lesiones en niños de 2 años. Las menores frecuencias de lesiones tuvieron lugar en niños de 1 u 11 años, donde se dieron 30 y 24 lesiones respectivamente. El principal diagnóstico al ingreso fue el de traumatismo craneoencefálico, que supuso un 22% de los diagnósticos (96 casos), le siguió el traumatismo abdominal con 78 casos (17%), el trauma de huesos largos con 69 (15%), el trauma torácico con 23 (5%), y 7 exitus (1,6% de los casos). El restante 39,4% de la muestra recibió otros diagnósticos.

CONCLUSIONES: El patrón de presentación de las principales lesiones atendidas en nuestro hospital, así como el escenario del accidente, coincide con el observado a nivel nacional e internacional. Se establecen dos picos temporales coincidentes con el inicio escolar y la práctica de actividades al aire libre, sin olvidar los accidentes en el hogar en la primera etapa de vida, así como los asociados a diversas aficiones de riesgo y al uso de vehículos motorizados. Esto refuerza la política de protección y estilo de vida que fomente las medidas preventivas a nuestro alcance.

**ACCIDENTES INFANTILES EN MENORES DE 1 AÑO.**

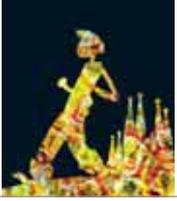
S. Grande Báñez, R. Páez González, O. González Calderón, R. Torres Peral, P. Prieto Matos, A. Grande Benito.
Servicios de Pediatría y de Urgencias del Hospital Universitario de Salamanca.

OBJETIVO: Conocer la epidemiología de los accidentes infantiles en los niños menores de 1 año, atendidos en el Servicio de Urgencias de un hospital terciario, con el fin de extraer conclusiones útiles para la prevención.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo, desde el 1 de Enero al 31 de Diciembre de 2002, de los accidentes ocurridos en niños menores de 1 año que acuden al Servicio de Urgencias de nuestro Hospital.

RESULTADOS: Se atienden 150 accidentados menores de 1 año; de ellos 141 niños (94%) son dados de alta desde Urgencias y 9 niños (6%) ingresan. La edad media es de 7,06 meses, con un desviación estándar de 2,83. Fueron más frecuentes en varones, con un 55%, frente al 45% de mujeres, pero la diferencia no es estadísticamente significativa ($p=0,08$). En cuanto al lugar del accidente, el 75% suceden en el domicilio; el 23% en la calle y el 2% en la guardería. El mes con más accidentes fue diciembre, con 23 casos y el día de la semana el sábado, con 34. El 55% de los niños son atendidos en el periodo horario de 13 a 21 horas. Las causas del accidente son: en 79 niños caída desde una altura; en 24 niños caída de sus propios pies; 17 pronaciones dolorosas; 14 cuerpos extraños (11 digestivos, 1 en árbol traqueo-bronquial y 2 en superficie corneal); 5 accidentes de tráfico (fallece un niño de 2 meses); 5 intoxicaciones (fallece un niño de 11 meses por intoxicación por monóxido de carbono); 3 quemaduras; 2 picaduras y 1 mordedura. Los diagnósticos más frecuentes fueron el Traumatismo Craneoencefálico (TCE), con 52 casos (34,67%); las contusiones con 36 casos (24%) y la pronación dolorosa con 17 casos (11,33%).

CONCLUSIONES: Los niños de esta edad son totalmente dependientes, por tanto los accidentes que padecen dependen casi en exclusiva de una falta de vigilancia por parte del cuidador. Es muy llamativo el elevado número de accidentes por caídas de altura, la mayoría de ellas desde el mobiliario doméstico (camas, cunas, sillas, etc.). La lesión más frecuente es el TCE, que potencialmente puede ser muy grave. Es fundamental informar a los padres de la necesidad de adoptar medidas preventivas para evitar los accidentes infantiles en todas las edades, incluidos los niños más pequeños.

**TRAUMATISMOS PERIFÉRICOS ATENDIDOS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA DE UN HOSPITAL TERCIARIO.**

I. Iturralde Orive, A. Barasoain Millán, N. Trebolazabala Quirante, S. Capapé Zache, S. Mintegi Raso, J. Bernito Fernández.

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

OBJETIVO: Características de los traumatismos periféricos atendidos en urgencias de pediatría (UP) de un hospital terciario.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo de 500 traumatismos periféricos atendidos en UP en el periodo comprendido entre Agosto- 2004 y Noviembre- 2004.

RESULTADOS: se recogieron datos de 500 niños con traumatismos periféricos que recibieron atención inicial en UP. La edad media fue 95,41 meses \pm 46,23 meses (mínimo 1 mes - máximo 14 años). Fueron atendidos entre las 16 y 24 horas (317; 63,4%), entre las 8 y 15 horas (172; 34,4%) y 11 (2,2%) entre la 1 y 7 horas. Los residentes de 1º año, 2º año y residentes de familia atendieron casi al 70% de los niños. El 90% acuden en las primeras 24 horas tras el traumatismo. De los 500, 115 (23%) reciben algún tipo de tratamiento previo a la consulta hospitalaria. El mecanismo más frecuente fue la caída accidental (204; 40,8%), seguido del traumatismo directo (186; 37,2%) y la torsión (87; 17,4%). La localización más frecuente fue muñeca/antebrazo (146; 29,2%), seguido de dedos (130; 26%) y tobillo/pie (123; 24,6%). El hallazgo clínico más frecuente fue edema leve (269; 53,8%) seguido de dolor leve a la movilización (210; 42%). Se solicitó radiología simple en 433 (86,6%) casos, a pesar de que en 161 niños (37,1%) se piensa que no existe patología ósea. De los 500, tuvieron fractura 114 (22,8%). Fueron remitidos al Servicio de Traumatología algo menos de la mitad de los niños (212; 42,4%). De los 212, 114 fueron remitidos por fractura, 67 por dudas diagnósticas, 28 para colocación de férula y 3 por otros motivos. Los diagnósticos de los niños atendidos en UP exclusivamente (288; 57,6%) fueron: 198 contusiones, 90 esguinces, 3 subluxaciones, 9 otros. De los 288 atendidos exclusivamente en UP, 182 (63,1%) reciben tratamiento analgésico, 103 (35,7%) inmovilización+analgésia y 3 (1%) desluxación.

CONCLUSIONES: muchos de los traumatismos que se producen en los niños pueden ser atendidos exclusivamente por el pediatra en UP sin necesidad de consulta al traumatólogo, ya que se tratan de traumas leves que se pueden resolver con analgesia y/o inmovilización. El número de radiografías realizadas a estos niños es muy elevado por lo que sería aconsejable tratar de delimitar su uso basándonos en signos clínicos y mecanismo de producción que nos hagan sospechar fuertemente la existencia de fractura.



ANÁLISIS DE LA PREVALENCIA EN LA ATENCIÓN AL TRAUMA PEDIÁTRICO PREHOSPITALARIO Y HOSPITALARIO EN GRAN CANARIA.

L. Alonso Jiménez*, M. Santana Hernández*, E. Martín**, A. Sánchez Villegas***, M. Castro Sánchez*, J. Poch Páez*.

*Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias. Serv. de Urgencias y Cirugía Pediátrica. Las Palmas de GC.

Servicio de Urgencias Canario. *Dpto. de Ciencias Clínicas. ULPGC.

INTRODUCCIÓN: Los accidentes son actualmente la primera causa de muerte en países industrializados. Siempre son previsibles y por tanto susceptibles de prevención. Por ello, es crucial tener datos fidedignos (descriptivos y causales) y emplear una metodología adecuada en su atención

MATERIAL Y MÉTODOS: Nuestro objetivo es la valoración casuística y metodología de la atención al trauma pediátrico en los niveles pre-hospitalario y hospitalario, y del impacto de la metodología AITP en dicha casuística. Los datos pre-hospitalarios han sido recopilados por el SUC y los hospitalarios a través de historias clínicas de los pacientes tratados por trauma en nuestro hospital. Todos los traumas pre-hospitalario atendidos con metodología AITP, se reevaluaron asignándoseles un ITP de ingresos, encontrando divergencias con la evaluación pre-hospitalaria.

RESULTADOS: Entre los años 2003-2004, se atendieron y pasaron a nivel hospitalario, 390 casos de trauma pediátrico de distinto grado pronóstico. Pre-hospitalariamente, 118 casos no se diagnosticaron, (ITP 70% de 9-10), 92 se diagnosticaron como traumas leves (ITP 85% de 9), 172 como traumas menos graves (ITP 100% < 7), 7 como traumas graves (ITP 100% entre 4 y 5) y 1 como exitus. Los principales lugares de accidente fueron la carretera (44%) y la escuela (12%). Los principales diagnósticos según lesiones fueron: traumatismo craneoencefálico (58), fractura de huesos largos (45), policontusionado asociado a trauma abdominal (36), y trauma cervical (26). Otros diagnósticos minoritarios fueron: traumatismo torácico y trauma columna dorso-lumbar (9 casos cada uno). Todos ellos se reevaluaron al ser recibidos en el hospital de referencia pediátrico y se aplicó metodología AITP, divergiendo en algunos diagnósticos y su severidad.

CONCLUSIONES: En la recogida de datos pre- y hospitalaria existe una notable divergencia de criterio metodológico y de casuística. El no manejar un índice de trauma hace que los recursos se lleguen a sobreutilizar. Sólo el 60% de los pacientes atendidos por trauma pediátrico derivados de la pre-hospitalaria, cumplieron los criterios de clasificación y tratamiento de los ABCs, así como la instrumentalización de inmovilización cervical y sonda nasogástrica. Ésto nos obliga a intentar obtener resultados más precisos, e implementar medios más solventes de prevención, en los cuales tienen una importante labor los Serv. de Transporte, Atención Hospitalaria, Unidad de Trauma, Registro y Formación Específica (AITP).



TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO (TCE) EN PEDIATRÍA. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO Y ACTITUD EN URGENCIAS.

M.C. Muñoz, C. Torres, M.C. Jover, A. Varona, I. Nieto, J.L. García Garmendia.

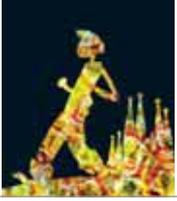
Servicio de Urgencias. Unidad de Pediatría. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla.

OBJETIVOS: Conocer las características demográficas y asistenciales, así como aspectos clínico-terapéuticos de los TCE en edad pediátrica atendidos en la urgencia de nuestro centro.

MÉTODOS: Estudio retrospectivo mediante revisión de historias clínicas informatizadas de pacientes menores de 14 años atendidos por TCE entre Diciembre de 2003 y Noviembre de 2004.

RESULTADOS. Durante el periodo de estudio consultaron por TCE 541 pacientes, lo que supone el 3,4% del total de urgencias pediátricas y el 0,7% del total de las urgencias. Fue más frecuente en varones (3:2) y en menores de 3 años (56%). La mayoría (59,5%) consultaron antes de una hora de producido el accidente, ocurriendo la mayor incidencia en otoño (31%) y en domingo (16,6%). El mecanismo de producción fue la caída desde su nivel (45,7%). La puntuación en la escala de Glasgow fué 15 en casi todos los casos (97,6%). Se practicaron 407 radiografías simples (66,4%), siendo patológicas 7 de ellas (1,7%), todas en menores de 3 años y con cefalohe-matoma. De los 22 TAC realizados (4,2%) 8 fueron patológicos (36%), sobre todo en mayores de 8 años (62,5%). Precisarón ingreso en Observación 67 pacientes (12,3%), con una estancia media de 12.4 horas, siendo deriva-dos a otros centros 8 pacientes.

CONCLUSIONES. 1) La rapidez de consulta sugiere una gran accesibilidad de nuestro centro. 2) Acuden muchos traumatismos leves que podrían atenderse en Atención Primaria. 3) El número de radiografías simples lo consideramos excesivo, por lo que tendríamos que revisar los protocolos asistenciales. 4) Sin embargo, la idoneidad de la indicación de TAC es muy alta. 5) La rentabilidad de la Unidad de Observación es muy elevada, ya que permite restringir el número de ingresos.

**REVISIÓN DE LA ACTUACIÓN ANTE LOS TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS EN URGENCIAS.**

J.C. Salazar Quero, C. Sierra Córcoles, M.D. Gámez Gómez, R. Parrilla Muñoz, P. Martín Mellado, J. De la Cruz Moreno.

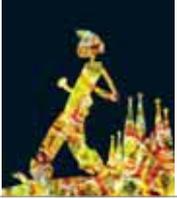
Complejo Hospitalario de Jaén. Servicio de Pediatría.

OBJETIVOS: Conocer las características epidemiológicas y clínicas de los TCE (traumatismo craneo encefálico) atendidos en nuestro hospital, valorando los procedimientos y la actitud tomada ante ellos. En base a los resultados crear una pauta de actuación uniforme ante un TCE pediátrico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión retrospectiva de los TCE que acudieron a las Urgencias de nuestro hospital en el periodo comprendido entre 01/01/04 y el 31/12/04. Comparación con la literatura existente.

RESULTADOS: Los TCE representan el 2% de las consultas en Urgencias, siendo un 60% varones y un 40% mujeres, con una mediana de edad de 3 años, una edad media de 4.1 años y representando los menores de 3 años el 54% del total. Desde Urgencias se van de alta el 73%, pasando a Observación el 24% y a Planta/UCI el 3%. Se realizan radiografías de craneo al 68,27% siendo patológicas el 16,68% y TAC craneal al 5,03% encontrándose patología en el 54,2%. En Observación los TCE representan el 7% de los ingresos, correspondiendo un 61% a varones y un 39% a mujeres, con una edad media de 5,5 años y una mediana de 4 años. La estancia media es de 11 horas (en comparación a las 7 horas y 36 minutos de estancia general), siendo todos dados de alta. De los TCE ingresados en UCI un 64% son varones y un 36% mujeres con una edad media de 6,5 años. Permanecen como media 2,6 días con una mediana de estancia de 1,5 días. Las causas más frecuentes de los TCE fueron caídas de más de 2 metros de altura (35%), y los accidentes viales (29%). Presentan un Glasgow de 13-15 al ingreso el 33%, de 10-12 otro 33% y de menos de 9 puntos otro 33%. Se le realizó TAC craneal al 85,7% encontrándose lesión intracraneal en el 33,3%.

CONCLUSIONES: 1) No está indicada la realización sistemática de Rx de cráneo, ya que tiene un rendimiento escaso. 2) El Glasgow es el mejor indicador de sospecha de la existencia de una lesión intracraneal. 3) El área de Observación permite disminuir el número de ingresos y pruebas innecesarias ya que permite valorar la evolución clínica de los pacientes con sintomatología leve que es el principal indicador de la necesidad de realización de TAC y/o ingreso. 4) En menores de 1 año la presencia de cefalohematomas puede ser una indicación de realizar Rx de cráneo aún no presentando sintomatología. En los demás casos de menores de 1 año la existencia de sintomatología pueden hacer recomendable la realización de un TAC y la permanencia en Observación unas horas independientemente del resultado. 5) A mayor edad, más gravedad del TCE y mayor utilización de los recursos sanitarios.

**TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS EN MENORES DE DOS AÑOS ¿ACCIDENTE O IMPRUDENCIA?**

T. Alarcón, L. Martínez, P. Gutiérrez, B. Martín, E. Corrales, C. Palomino.

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Getafe (Getafe).

INTRODUCCIÓN: Los traumatismos craneoencefálicos (TCE) en niños ≤ 2 años son una causa cada vez más frecuente de consulta en la urgencia de pediatría. Es habitual que sean referidos como accidentes domésticos, si bien, en nuestra opinión, muchos podrían ser evitados.

OBJETIVOS: Estudiar la frecuentación en la urgencia pediátrica por TCE en niños ≤ 2 años, así como evaluar sus mecanismos de producción para comprobar si existe un cierto grado de imprudencia por parte de los cuidadores.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza un estudio retrospectivo de los niños ≤ 2 años valorados en nuestro servicio de urgencias en el año 2004. Se estudió la distribución por edades, mecanismo de producción, hallazgos clínicos, pruebas complementarias realizadas, tiempo de observación y motivos de ingreso.

RESULTADOS: 1) Del total de urgencias en el 2004 (32.232), los TCE en ≤ 2 años suponen un 1,3%, distribuidos por edades del siguiente modo: <1 mes: 2,3%; 1 mes-1 año: 45,7%; 1-2 años: 51,6%. La edad media fue 12,3 meses. 2) El principal mecanismo de producción fue la precipitación (cunas, carros, ...) con una proporción del 45,2%, siendo la altura media de 73 cm. La segunda causa en frecuencia fue la caída durante el juego (19,5%). 3) Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron las lesiones de partes blandas (46%), seguidas de los vómitos (16,7%). En un 51,1% no se encontraron signos ni síntomas relacionados con el TCE. 4) La prueba complementaria más realizada fue la radiografía craneal (en el 46% de los casos), siendo patológicas el 2,9%. Se realizó TAC en 2,7%, siendo patológico en 2 casos, lo que supone el 0,5% del total de TCE valorados. 5) El tiempo medio de observación fue 2 h 15 min. 6) La proporción de ingresos fue 2,3%, lo que supone un 0,4% del total de ingresos.

CONCLUSIONES: 1) La mayoría de los TCE ocurren en edades cercanas al inicio de la deambulación, sin embargo es llamativo el elevado porcentaje de casos en menores de un año, incluido el período neonatal. 2) El TCE suele ocurrir en el entorno doméstico del niño y el mecanismo de producción más frecuente es la precipitación. 3) En un elevado número de casos se tratan de traumatismos de baja energía. 4) La incidencia de fracturas es escasa, por lo que habría que revisar la realización sistemática de radiografías de cráneo en estos casos. 5) En el grupo de edad analizado, las lesiones intracraneales son excepcionales. 6) Gran parte de estos traumatismos son evitables, lo que supone un cierto grado de culpa o imprudencia (infracción del deber de cuidado exigido en una situación concreta) por parte de los cuidadores del niño.

**TRAUMATISMOS DE PIE/TOBILLO: CARACTERÍSTICAS Y MANEJO EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA.**

A. Barasoain Millán, I. Iturralde Orive, S. Capapé Zache, N. Trebolazabala Quirante, E. Mora González, J. Benito Fernández.

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

OBJETIVO: Describir características y manejo de los traumatismos de pie/tobillo atendidos en Urgencias de Pediatría (UP).

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo de 123 traumatismos de pie/tobillo atendidos en UP entre Agosto 2004-Noviembre 2004.

RESULTADOS: De los 123 niños, 105 (85,7%) correspondieron a traumatismos de tobillo y 18 (14,6%) al antepié. La edad media fue $101,28 \pm 41,43$ meses (rango 13 m-13a). Casi el 70% se atendieron entre las 15 y 24 horas. De los 123, 86 (70%) fueron atendidos por residentes de pediatría de primer y segundo año y residentes de familia. El mecanismo de lesión más habitual fue la torsión (64; 52%). La mayoría de los niños (105; 85,4%) consultaron en las primeras 24 horas y hasta 68 (55,3%) en las primeras 6 horas. Casi el 25% de los niños consultan en algún servicio médico previo a la atención hospitalaria. Treinta y dos niños (26%) recibe algún tipo de tratamiento, en su mayoría analgésicos (20; 62,5%). El signo clínico más frecuente fue el edema en 102 (83%), siendo leve en 67 (67,6%), 21 (17%) tienen calor y eritema. De los 123, tienen dolor articular leve o moderado (80; 73%), cojera (71; 58%) y negativa a deambular (20; 16%). Cinco niños aportaban Rx normales. De los 118 restantes, se solicitó Rx en 95 (80,5%). En todos los casos de traumatismo de tobillo ($n=105$) con signos de Ottawa positivo se realizó Rx (47; 44,8%) versus 39 (67,2%) de los 58 casos con Ottawa negativo ($p<0,01$). Previo a la realización de la prueba el médico piensa que puede existir patología ósea en 46 (48,4%) casos. La Rx se interpretó como patológica en 12 (7 fracturas, 5 dudas diagnóstica). De los 123, 33 (26,8%), son remitidos al Servicio de Traumatología: 7 por fractura, 14 por dudas diagnósticas y 12 para colocación de férula. Los niños con Ottawa positivo fueron remitidos a traumatología con mayor frecuencia (16/47; 34% vs 10/58; 17,2%), no siendo la diferencia significativa. El resto (90; 73,1%) fueron manejados en UP: tratamiento analgésico 49 niños (54,4%) e inmovilización+analgésia 41 (45,5%). Los diagnósticos en UP fueron: trauma / contusión (116; 94,3%) y fractura (7; 5,6%).

CONCLUSIONES: La mayoría de los niños con traumatismo de tobillo/antepié pueden ser manejados en UP, con tratamiento antiinflamatorio y/o inmovilización sin necesidad de ser remitidos al Servicio de Traumatología. Existe un sobreuso de la radiología simple en esta patología, por lo que es necesario delimitar su uso teniendo en cuenta tanto la clínica como la exploración, así como recibiendo mayor formación en esta patología.

**PERFIL Y MANEJO DE LAS QUEMADURAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICO.**

A. Andrés Olaizola, M.I. Vega Martín, A. Fernández Landaluce, N. Trebolazabala Quitante, B. Azkunaga Santibáñez, S. Mintegi Raso.

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

INTRODUCCIÓN: El pediatra de Urgencias debe conocer el manejo de las quemaduras, como parte de la atención integral del niño. Desde hace 2 años todos los niños accidentados son inicialmente valorados por un pediatra en nuestro servicio. En Mayo 2004 iniciamos un registro de las quemaduras que se atienden en nuestro servicio.

OBJETIVO: Conocer el perfil de las quemaduras que atendemos en Urgencias de Pediatría (UP), el manejo de las mismas, y el papel del pediatra de urgencias. Diseñar las situaciones de mayor riesgo potencial de quemadura en nuestro entorno. Material y método: Estudio retrospectivo de las quemaduras atendidas en UP entre Mayo y Diciembre 2004. Se recogen datos demográficos, mecanismo de la quemadura, grado y superficie corporal quemada (SCQ), destino y su manejo en UP.

RESULTADOS: Se atendieron durante 101 episodios de quemadura. En más de 2/3 de los casos eran varones y casi la mitad (45%) menores de 3 años. Los sólidos calientes en 1º lugar y las escaldaduras en 2º lugar son las causas más frecuentes. Tanto de forma aislada como en casos múltiples la localización más frecuente es la extremidad superior. La mano está afectada en el 32% de los casos (75% de las quemaduras por sólido caliente) y la cara en el 20% (33% de las escaldaduras). En las partes de las quemaduras la SCQ es igual o menor al 5%. En el grupo de SCQ >10%, el 36% son por escaldaduras y el 14% por llama (que globalmente es la causa en el 6,7%). En el 70% de las quemaduras la afectación era de 2º grado y en 7 casos de 3º (3 por llama, 3 escaldaduras y 1 por electricidad). El 51% de los pacientes fueron valorados por un cirujano plástico, siendo el resto manejados por el pediatra de urgencias. La mayoría (87%) fueron dados de alta tras el tratamiento recibido en UP. Cinco precisaron ingreso en planta, 3 en cuidados intensivos y 2 en la unidad de quemados. La probabilidad de que un niño requiriese ingreso fue muy superior en caso de quemadura por llama o explosión (OR 38,5, IC 95% 4,71-402). Ninguno de los niños con quemadura por un sólido caliente precisó ingreso.

COMENTARIOS: La mayoría de las quemaduras en nuestro entorno son de escasa gravedad y pueden ser manejadas de forma ambulatoria, siendo la causa más frecuente los sólidos calientes (hornos, planchas.) La escaldadura es el 2º mecanismo en frecuencia y en este caso se asocia con el grupo de quemaduras más severas, junto con las producidas por llama. En casi la mitad de las consultas por quemadura en nuestro servicio, el paciente es manejado exclusivamente por el pediatra de urgencias.



INTOXICACIONES Y CARDIOLOGÍA

INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO (CO).

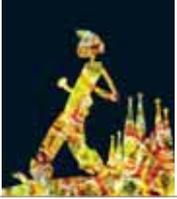
R. Gil Gómez, C. Gómez Robles, L. Martín de la Rosa, I. Durán Hidalgo, J. Cano España, C. Calvo Macías.
Servicio de Críticos y Urgencias Pediátricas. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga.

OBJETIVOS: Analizar los datos epidemiológicos, clínicos, analíticos, evolutivos a corto plazo y terapéuticos de casos de intoxicación por CO en la edad pediátrica, desde que se implantó la determinación de Carboxihemoglobina (COHb) en el Servicio de Urgencias y Críticos.

METODOLOGÍA: Estudio retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias entre Enero de 1998 y Diciembre de 2004.

RESULTADOS: Se atendieron 66 casos de intoxicación por CO, la mayoría en el período invernal (89,4%). La edad media fue de 8 años (4 días-14 años). 50% niños y 50% niñas. Con frecuencia existía asociación familiar (81,8%). Las fuentes de CO fueron sobre todo calentadores o estufas dependientes de butano (56%), seguido de brasero de leña o carbón (25,75%). Los síntomas de presentación más frecuentes fueron: cefalea (71,2%), vómitos (50%), y alteración del nivel de consciencia (37,8%), y en menor proporción mareos (31,8%), relajación de esfínteres (6%), dolor abdominal (4,5%),... 6 casos se mantuvieron asintomáticos. Se determinó la COHb en 63 casos (95,5%), con un nivel medio de 23,07% (rango 6,8-49,6). 20 casos (30,3%) tenían niveles inferiores al 15% de COHb; 22 (33,3%) entre 15-25% COHb; 18 (27,3%) entre 25-35% de COHb; y 3 (4,5%) superiores al 35% de COHb. Se administró oxigenoterapia a alta concentración en 53 casos (80,3%) durante una media de 8 horas; de ellos 13 (19,7%) precisaron tratamiento en cámara hiperbárica. Hubo un solo caso grave COHb (49,6%) que permaneció 8 días ingresado, con secuelas neurológicas al alta. Un RN estuvo ingresado en la Unidad de Neonatología durante 4 días y permaneció asintomático en todo momento (COHb inicial: 11,3%).

CONCLUSIONES: 1) La intoxicación por CO es una situación difícil de diagnosticar en niños porque los síntomas iniciales son muy inespecíficos y coinciden con los de otras enfermedades no tóxicas. La asociación familiar puede orientar al diagnóstico. Sospecharemos intoxicación por CO ante episodios de pérdida de consciencia o mareos en el baño/ducha. 2) Se deben realizar niveles de COHb ante la sospecha diagnóstica, e iniciar tratamiento con oxigenoterapia a alta concentración para prevenir las secuelas neurológicas. 3) La bibliografía recomienda oxígeno en cámara hiperbárica con niveles de COHb superiores al 25% y /o pérdida de consciencia en algún momento de la evolución.

**INTOXICACIÓN AGUDA POR INGESTIÓN ACCIDENTAL DE CANNABIS EN NIÑO DE 13 MESES.**

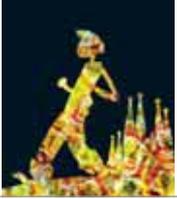
I. Leiva Gea, I. Peláez Pleguezuelos, C. Sierra Córcoles, J. Salazar Quero, P. Martín Mellado, A. Leiva Gea.
Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario de Jaén.

INTRODUCCIÓN: El cannabis es una de las drogas psicoestimulantes más utilizadas en la actualidad. El principal componente psicoactivo es el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC). La vía de administración más común es la inhalatoria, teniendo un promedio de 3.6% de THC y puede llegar hasta el 28%. Otra forma de consumirlo es la vía oral. El efecto por vía oral es más lento, duradero y variable. La marihuana por vía oral se absorbe entre el 5-10% (frente 50% cuando es inhalada) y sus efectos comienzan a ser aparentes a cabo de 1 hora con un efecto máximo a las 2-3 horas, prolongándose su acción aproximadamente durante 5 horas. La intoxicación por cannabis en niños pequeños se produce generalmente tras la ingestión de la droga por vía oral. Los efectos generales son náuseas, vómitos, sequedad de boca, palidez e hiperemia conjuntival. Alteraciones neuroconductuales como trastornos de nivel de conciencia de inicio agudo, hipotonía, ataxia, midriasis o miosis moderada, disminución de reflejos fotomotores, modificación del humor. El efecto cardiovascular más común es la taquicardia, sin embargo en dosis elevadas suele producir bradicardia. El tratamiento de la intoxicación aguda por cannabis se basa en medidas de soporte.

OBJETIVO: Presentación de un caso de intoxicación aguda por cannabis en lactante de 13 meses.

MATERIAL Y MÉTODOS: Lactante de 13 meses que acude a Urgencias por presentar, estando previamente bien, cuadro de somnolencia, temblor, disimetría y alteración del equilibrio. Inestabilidad de la marcha (ataxia aguda). No bipedestación anteriormente conseguida a los 10 meses de edad. AP: Sin interés. AF: Ambiente de drogadicción familiar. Exploración a su ingreso: mal estado general; afebril; irritable; rigidez de nuca con tendencia a la hiperextensión del cuello; pupilas isocóricas y normorreactivas. Glasgow 12/15. FC: 120 lpm. T.A.: 80/50. FR: 32 rpm. Sat.O₂: 97%. Se realiza TAC y punción lumbar que resultan normales. Hemograma normal salvo trombopenia (100.000). Bioquímica normal. PCR sin actividad. Control de glucemias dentro de la normalidad. Se solicitan tóxicos en orina que resulta positivo para THC. Evolución favorable a las pocas horas de su ingreso con medidas de soporte.

CONCLUSIONES: El importante consumo de cannabis en la sociedad actual facilita el acceso de los pacientes pediátricos a esta droga. En niños pequeños la intoxicación se produce generalmente por la ingesta accidental. El interrogatorio minucioso y la detección de la droga permite establecer el diagnóstico de esta intoxicación pocas ve

**INTOXICACIÓN AGUDA POR CANNABIS EN NIÑO DE 13 MESES.**

I. Leiva Gea, I. Peláez Pleguezuelos, C. Sierra Córcoles, J.C. Salazar Quero, L. Millán Miralles, A. Leiva Gea.
Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario de Jaén.

INTRODUCCIÓN: El cannabis es una de las drogas psicoestimulantes más utilizadas en la actualidad. El principal componente psicoactivo es el delta-9- tetrahidrocannabinol (THC). La potencia del cannabis varía según el tipo y la parte de la planta que se utilice para el preparado. La intoxicación por cannabis en niños pequeños se produce generalmente tras la ingestión de droga por vía oral. El efecto por vía oral es más lento, duradero y variable. Los efectos generales son náuseas, vómitos, sequedad de boca, palidez e hiperemia conjuntival. Alteraciones neuroconductuales: trastornos de nivel de conciencia de inicio agudo, hipotonía, ataxia, midriasis o miosis moderada, disminución de reflejos fotomotores y modificación del humor. El efecto cardiovascular más común es la taquicardia, sin embargo en dosis elevadas puede producir bradicardia. El tratamiento de la intoxicación aguda se basa en medidas de soporte.

OBJETIVOS: Presentación de un caso de intoxicación aguda por cannabis en niño de 13 meses.

MATERIAL Y MÉTODOS: Niño de 13 meses que acude a Urgencias por presentar, estando previamente bien, cuadro de somnolencia, temblor, dismetría y alteración del equilibrio. Inestabilidad de la marcha (ataxia aguda). No bipedestación (anteriormente conseguida a los 10 meses de edad). Ambiente familiar de drogadicción. Exploración: Mal estado general, afebril, irritable. Rigidez de nuca con tendencia a la hiperextensión del cuello. Pupilas isocóricas y normorreactivas. Glasgow 12/15. Frecuencia cardíaca: 120 latidos/minuto. Tensión arterial: 80/50. Exámenes complementarios: TAC craneal normal. Punción lumbar normal. Hemograma normal con trombopenia aislada (100.000). Bioquímica normal. PCR sin actividad. Control de glucemias que se mantienen dentro de la normalidad. Se solicitan tóxicos en orina que muestra positividad a THC. Evolución favorable a las pocas horas de su estancia.

CONCLUSIONES: El importante consumo de cannabis en la sociedad actual facilita el acceso de los pacientes pediátricos a esta droga. En niños pequeños la intoxicación se produce generalmente por ingesta accidental. El interrogatorio minucioso y la detección de la droga permiten establecer el diagnóstico de esta intoxicación pocas veces sospechada.

**INTOXICACIÓN AGUDA POR COCAÍNA: DIAGNÓSTICO EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA.**

L. García Arnaldich, J. Martí Mas, E. Bosch Castells, R. Castellarnau Figueras, R. Monné Gelonch, X. Allué Martínez.

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

FUNDAMENTO: La cocaína tiene acción estimulante sistema nervioso central y periférico con efectos fisiológicos y psicológicos, siendo órganos diana toxicidad: cerebro, corazón, vía entrada. Los efectos adversos están bien documentados en adultos, aunque son pocos casos pediátricos comunicados, originando intoxicaciones con manifestaciones clínicas diversas.

OBJETIVO: Presentar peculiaridades clínicas de 3 niños con intoxicación por cocaína con especial interés en que tanto la accidental o pasiva (leche materna, inhalación humo, ingesta), como la inducida (maltrato infantil) es posible en niños pequeños.

OBSERVACIONES CLÍNICAS:

Caso 1. Niño 13 años, náuseas, vómitos, sudoración y cefalea. Acude sin acompañante: hijo padres separados (padre ex-ADVP y HIV+), vive Centro Acogida, tratamiento psiquiátrico, solo en casa por ingreso del padre. Por clínica e historia se solicita tóxicos en orina positivos a cocaína. Reconoce inhalación 3 horas antes.

Caso 2. Niño 14 años 7 meses, trastorno agudo conducta. Despierta 6 madrugada con agitación, alucinaciones visuales y habla incoherente. Duerme 1 hora y despierta con náuseas, cefalea y amnesia. Exploración normal. Refiere incendio en su casa 1 año antes sufriendo madre intoxicación CO; día antes cuadro actual fue testigo incendio. Ante clínica neurológica poco clara se solicita tóxicos en orina positivo a cannabis y cocaína. Reconoce ser fumador, haber probado cannabis y alcohol.

Caso 3. Niña 2 meses, lactancia artificial, cianosis, dificultad respiratoria y alteración conciencia. REG, fiebre, desconexión, mirada fija, midriasis, hipertonía, taquicardia, taquipnea, sibilancias e hipoventilación. Oxigenoterapia, fluidoterapia y diazepam. Acidosis respiratoria y tóxicos orina positivos a cocaína. Los padres no acuden a urgencias por distocia social: padre HIV+ ADVP, madre epilepsia. Evolución satisfactoria desaparición clínica neurológica 6 horas episodio.

Características diferenciales de nuestros pacientes: edad, origen, presentación clínica y gravedad.

COMENTARIOS: Intoxicación por drogas abuso en niños es infrecuente pero debe tenerse en cuenta en urgencias. Aunque adolescentes son principales consumidores es una posibilidad a considerar en otras edades, ya que la intoxicación accidental o infringida es posible. Sospechar ante clínica neurológica etiología desconocida o poco clara, sobretodo niños sanos y entorno familiar sospechoso consumo, con especial importancia de anamnesis dirigida y exhaustiva. Los pediatras urgencias deben tener preparación suficiente para tratar esta intoxicación.

**CIANOSIS EN UN LACTANTE: METAHEMOGLOBINEMIA.**

M. Velázquez Cerdá, E. Cañadell Yetano, C. Parra Cotanda, V. Tenorio Romojaro, G. Estopiñá Ferrer, M. Morales Sánchez, J. Quilis Esquerra.

Hospital de Terrasa.

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS: Recordar la metahemoglobinemia como posible causa de cianosis en el lactante.

OBSERVACIONES CLÍNICAS: Lactante de 9 meses, sin antecedentes patológicos ni familiares de interés, que es remitida del ambulatorio por cianosis peribucal, irritabilidad y taquicardia de pocas horas de evolución. A su llegada a urgencias presenta: temperatura axilar 36,6°C; tensión arterial: 93/70mmHg, frecuencia cardíaca 150 lpm; frecuencia respiratoria: 46 rpm y saturación de hemoglobina del 89% con FiO₂ del 21%, que no mejora a pesar de la administración de oxígeno. A la exploración física destaca irritabilidad, cianosis peribucal y palidez cutánea, estando hemodinámicamente estable y con auscultación cardíaca y pulmonar normales. Se realiza radiografía de tórax y electrocardiograma que son normales, al igual que hemograma, ionograma y función renal, el equilibrio ácido-base venoso revela discreta acidosis metabólica. Al realizar la extracción de sangre destaca coloración marrón. Reinterrogando, la madre comenta que hace 5 días inició alimentación con puré de espinacas que ha mantenido en el refrigerador. Ante la sospecha de metahemoglobinemia, se realiza test de la mezcla, que es positivo y se cuantifican niveles de metahemoglobinemia. Se inicia tratamiento con azul de metileno, con mejoría rápida de la cianosis. Posteriormente, se confirma el diagnóstico al recibir resultados de metahemoglobinemia del 19,8%.

COMENTARIOS: La metahemoglobinemia es una enfermedad que tiene distintas etiologías, siendo más frecuente la adquirida que se produce por ingesta de agentes oxidantes, entre ellos las verduras con alto contenido en nitratos. Están especialmente predisuestos los lactantes menores de 6 meses por distintos factores. En urgencias, ante un lactante con cianosis, una vez descartada la etiología pulmonar y cardíaca hay que pensar en la metahemoglobinemia.



A PROPÓSITO DE DOS CASOS DE METAHEMOGLOBINEMIA EN EL ÚLTIMO AÑO TRAS CONSUMIR BORRAJA.
S. Torres Claveras, G. Lou Francés, A. Lázaro Aláez, M. Duplá Arenaz, C. Campos Calleja, J.L. Peña Segura.
Unidad de Urgencias de Pediatría. Hospital Infantil Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

FUNDAMENTOS Y OBJETIVOS: En la introducción de la alimentación complementaria del lactante es recomendable extremar las medidas de preparación y conservación de las verduras con alto contenido en nitratos para evitar nuevos casos de metahemoglobinemia adquirida. Deben ser preparadas para su consumo inmediato, o en caso de no ser posible, congelarlas.

OBSERVACIONES CLÍNICAS:

Caso 1: Lactante de 17 meses que acude por cianosis de 2 horas de evolución y vómitos. Sin antecedentes de interés. Había comido borraja preparada 8 horas antes y conservada en un termo. Presentaba buen estado general, cianosis generalizada, sin dificultad respiratoria ni taquipnea, resto de exploración física normal. Peso: 10,5 Kg (Percentil 25) Temperatura: 36,5°C. Frecuencia cardiaca: 170 lpm. Tensión arterial: 90/50. Saturación de oxígeno: 83%. Se administró oxígeno al 100%. Pruebas complementarias: 22.400 leucocitos con fórmula normal, hemoglobina, gasometría y bioquímica normales, nitritos en orina negativos. Metahemoglobinemia de 25%, control a las 5 horas 8,9%. Tras 15 horas en observación fue dado de alta, remitiéndose a consulta de hematología para estudio de hemoglobinopatías que fue normal.

Caso 2: Lactante de 11 meses que acude por cianosis de una hora de evolución. Desde hace 4 días cuadro cataral. Había comido puré de patata, borraja y carne preparado 24 horas antes y conservado en la nevera. Presentaba buen estado general, cianosis generalizada sin distress respiratorio y resto de exploración física normal. Peso: 9,4 Kg (Percentil 25-50) Temperatura: 36°C. Frecuencia cardiaca 180 lpm. Tensión arterial: 120/70. Saturación de oxígeno: 80%. Se administró oxígeno al 100%. Pruebas complementarias: 20.400 leucocitos con fórmula normal, hemoglobina, gasometría y bioquímica normales, nitritos en orina negativos. Metahemoglobinemia de 54,6%. Se administró 1 mg/Kg de azul de metileno intravenoso al 1%, siendo el nivel a las 5 horas menor del 1%. Estudio de hemoglobinopatías posterior normal.

COMENTARIOS: La ingesta de alimentos con alto contenido en nitratos, ciertos tóxicos, fármacos y la diarrea pueden provocar metahemoglobinemia adquirida. En nuestros casos, la causa fue la borraja, hortaliza típica de Aragón, que contiene altos niveles de nitratos. La forma y el tiempo de conservación probablemente incrementaron su concentración. La cianosis es el síntoma principal y el mejor indicador de la hipoxemia. Se recomienda tratamiento con azul de metileno intravenoso en los pacientes con niveles de metahemoglobinemia superiores al 30%, como sucedió en nuestro segundo caso.

**TAQUICARDIA MALIGNA COMO MANIFESTACION INICIAL DE UNA MIOCARDIOPATIA DILATADA.**

L. Gómez Gómez, E. Rupérez García, C. Romero Iturbe, N. Clerigué Arrieta, F. Gallinas Victoriano, J.E. Olivera Olmedo.

Servicio de Pediatría, Hospital Virgen del Camino, Pamplona.

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS: Describir la actuación en Urgencias ante un lactante con taquicardias, supraventricular y ventricular, malignas.

OBSERVACIONES CLÍNICAS: Lactante de 2 meses que acude a consulta de Gastroenterología para descartar reflujo gastroesofágico por vómitos postprandiales y escasa ganancia ponderal. Se le detecta una taquicardia, y es remitido a Urgencias. Antecedentes personales: Gestación normal de 37 semanas. Parto por cesárea por sospecha de pérdida de bienestar fetal. PRN: 2430 g. Metabolopatías negativas. No vacunación. Una consulta previa en urgencias por vómitos. No historia previa de fiebre, ni infecciones, ni tratamientos medicamentosos. Exploración: Peso: 3,9 Kg (< P3), t^a rectal 36,4°C. Aceptable estado general, bien hidratada, sin signos de bajo gasto y hemodinámicamente estable. Monitorización continua (FC 230, TA: 65/40, FR: 30, Sat O₂ 94%). ECG: taquicardia a 230 lpm con QRS estrecho alternando con periodos de salvas de taquicardia ventricular. Laboratorio: Hemograma, bioquímica e ionograma normales. Equilibrio ácido-base: pH 7,27; pCO₂ 50 mmHg; bicarbonato 23mmol/L. Enzimas cardíacos CPK-MB 12,2 UI/L, Troponina 0,03 ng/mL. RX tórax: cardiomegalia global (ICT= 0,57), vascularización pulmonar normal. Ecocardiografía: ventrículo izquierdo dilatado (DDVI 28 mm), disminución de la contractilidad (FE 35%), sin anomalías estructurales. Tratamiento en Urgencias: Amiodarona endovenosa (5 mg/Kg) con mejoría del trazado electrocardiográfico. Progresó hacia signos de bajo gasto (palidez, disnea, hepatomegalia), se asocia tratamiento inotrópico con Dobutamina y se traslada a la UCIP. Evolución en UCIP: Taquiarritmia controlada con perfusión de Amiodarona. Precisa Dopamina y Enalapril mejorando la contractilidad cardíaca. Ante la sospecha de miocarditis se asocian corticoides (Metilprednisolona) y gammaglobulina (2 g/Kg) endovenosos. Estudios serológicos y virológicos negativos (Coxsackie A y B, Echo, CMV, Adenovirus y Rotavirus). Actualmente sigue tratamiento ambulatorio con Amiodarona y se ha normalizado la función cardíaca.

COMENTARIOS: En los lactantes la taquicardia sostenida puede inducir insuficiencia cardíaca congestiva con manifestaciones clínicas muy inespecíficas (irritabilidad, rechazo de las tomas, vómitos). DD: cardiopatías congénitas, alteraciones hidroelectrolíticas severas, fármacos y drogas, infecciones severas, síndromes (WPW, Q-T largo), miocarditis, miocardiopatías metabólicas y alteraciones tiroideas. La Amiodarona es un arma eficaz para el tratamiento de las taquiarritmias malignas, con pocos efectos secundarios inmediatos y menos recurrencias.

**PERICARDITIS NEUMOCÓCICA EN LACTANTE DE 3 MESES.**

S. Prieto Martínez, I. Jiménez López, V. Nebreda Pérez, G. López González, R. González Escudero, O. Ordoñez Saez. *Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital 12 de Octubre, Madrid.*

INTRODUCCIÓN: La pericarditis neumocócica, rara en nuestros días, suele aparecer como complicación en pacientes con un foco primario de infección: neumonía, otitis media.. aunque puede ser manifestación primaria como ocurre en nuestro caso clínico. La etiología actual más frecuente de pericarditis bacteriana son bacilos Gram negativos y estafilococos.

CASO CLÍNICO: Lactante 3m con cuadro de irritabilidad nocturna, rechazo de las tomas y sdr. febril (máx: 38°C) en las 12h previas; en contexto de cuadro catarral de varios días de evolución. Embarazo controlado, RNT: 38 sem, calendario vacunal al día (no prevenir). Exploración física: Aspecto séptico, fr: 75rpm; fc: 170lpm; TA: 89/55; Sao₂: 96%. No distrés. ACP: normal. Abdomen: doloroso, hepatomegalia de 5,5 cm. Pulsos braquiales y femorales palpables. Menínges negativos. Ante el cuadro de polipnea sin distrés con ACP normal y buena Sao₂, taquicardia e importante hepatomegalia se sospechó insuficiencia cardíaca. El paciente presentaba asimismo aspecto séptico y abdomen muy doloroso. Se solicitaron las siguientes exploraciones complementarias: hemograma: 27.600 leucocitos/microlitro (64% segmentados, 5% cayados) y 443.000 plaquetas/microlitro. Hemocultivo. PCR > 12 mg/dl. Bioquímica LCR, pruebas de coagulación y ECG normales. Rx tórax: cardiomegalia; eco abdominal: normal apreciándose derrame pericárdico al explorar región cardíaca. Se trasladó a UCIp donde se realizó ecocardiografía, que mostró derrame pericárdico con tabicamiento y datos de pretaponamiento cardíaco. Se evacuaron 53ml de líquido seropurulento dejando catéter de drenaje y se inició antibioterapia empírica con ampicilina y cefotaxima iv. Tanto en hemocultivo como en cultivo de líquido pericárdico se aisló *S. pneumoniae* sensible a penicilina.

CONCLUSIÓN: No debemos olvidarnos del fallo cardíaco como posible etiología ante un cuadro con polipnea marcada y datos de pre-shock no explicables por patología pulmonar. La sospecha clínica urgente es vital para la buena evolución del cuadro.

**TENSIÓN ARTERIAL EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS. ¿SE VALORA DE FORMA ADECUADA?**

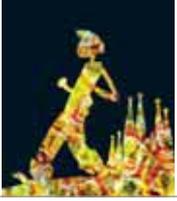
R. Marañón Pardillo, C. Míguez Navarro, D. Crespo Marcos, P. Vázquez López, A. Abad Revilla, C. Merello Godino.
Sección Urgencias Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid.

OBJETIVOS: Analizar los niños que se les toma la tensión arterial (TA) en la sala de triage de un servicio de urgencias pediátricas y determinar si las tomas de TA son valoradas de forma adecuada durante su estancia.

MATERIAL Y METODOS: Estudio descriptivo transversal desde el 1 de septiembre al 15 de diciembre de 2004 de los niños que se realizó toma de TA en el servicio de urgencias de pediatría. También se analizaron los pacientes que según el motivo de consulta y/o antecedentes personales se debería haber tomado la TA en triage. Se excluyeron aquellos pacientes con una prioridad 1 de un sistema de triage de 4 a los que se determina siempre las constantes vitales. Para el estudio se revisaron todos los informes de triage y de alta recogiendo los siguientes datos: edad, sexo, motivo de consulta, TA en triage, TA en la sala de exploración o en la sala de observación y diagnóstico al alta. Los motivos de consulta, antecedentes personales y diagnósticos al alta que consideramos adecuados para la toma de TA en triage son los revisados en la literatura. La determinación de los percentiles de TA se realizó según la Task Force Pediatrics de 1987. Se definió TA elevada la TA sistólica y/o diastólica $> P_{95}$ y TA baja la TA sistólica y/o diastólica $< P_5$.

RESULTADOS: Durante el periodo de estudio acudieron a urgencias 21.763 niños y se recogieron datos de 1159. La edad media de los niños estudiados fue de 6,4 años (1 mes a 16 años). De los niños a los que se debería tomar la TA en triage (973) sólo se tomó al 46,5%. De los pacientes que no se tomó la TA en triage tampoco se tomó posteriormente en un 73,1%. 86 niños (16,1%) tuvieron TA elevada en triage y sólo en 12 (14%) se volvió a determinar. 80 niños (15%) presentaban TA baja en triage y de estos sólo se volvió a tomar a 8 (10%). Por grupos de edad la toma de TA en triage fue: de 0 a 1 años de 35,7%, de 1 a 3 años el 43,4%, de 3 a 11 años el 47,8% y >11 años un 63,4%, siendo estos resultados estadísticamente significativos ($p < 0,001$).

CONCLUSIONES: De los niños a los que se debería tomar la TA en triage no se tomó a la mitad de ellos, por lo que es necesario consensuar las indicaciones de este parámetro en triage. Es importante valorar las cifras según el contexto clínico del paciente y no menospreciar las cifras de TA tomadas. Ante determinados motivos de consulta independientemente de la edad del niño se debería tomar la TA.

**INFRECUENTE ETIOLOGIA DEL SHOCK EN LACTANTE.**

M.J.Sánchez Álvarez, E.P.Torres Begara, V. García Bernabeu, M.J. Lirola Cruz, E. Pérez González, A. Carmona Martínez. *Servicio Urgencias Pediátricas. Instituto Hispalense de Pediatría.USP Clínica Sagrado Corazón Sevilla.*

FUNDAMENTO Y OBJETIVO: No es muy habitual encontrarnos con lactantes en estado de shock en el Servicio de Urgencias Pediátricas. La causa más frecuente de Shock en lactantes previamente sano en nuestro medio es la infecciosa; no obstante hay que descartar otras etiologías ya que, aunque la fase inicial es remontar la inestabilidad hemodinámica es fundamental tratar la causa desencadenante.

OBSERVACIONES CLÍNICAS: Lactante mujer de 2 meses de edad acude al Servicio de Urgencias por mal estado general, estancamiento de la curva estatura ponderal en las últimas 3 semanas, rechazo de las tomas en las últimas 36 horas y 3 deposiciones líquidas abundantes en las últimas 24 horas Se constata después de una segunda anamnesis una mala técnica en la preparación de la alimentación (fórmula más concentrada). Antecedentes personales: CIR por HTA materna, peso al nacer 1930gr, poliglobulia e hipoglucemia asintomática, ictericia isoimmune, en tratamiento con suplementos nutricionales por mala curva ponderal. Exploración: Peso 2.600 g, Tª 37,4°C, mal estado general, palidez cérea, cutis reticulada, desnutrida, sequedad marcada de mucosa, signo del pliegue, fontanela deprimida, relleno capilar lento, frialdad acra, subcianosis perioral. Corazón rítmico a 80 lpm, TA 95/78, pulsos periféricos débiles, polipneica, respiración acidótica, saturación al ingreso 75%, abdomen distendido. Pruebas complementarias Hemoglobina 8,9 mg/dl, leucocitos 38.000 con fórmula normal, plaquetas 116.300, PCR 44, gasometría venosa pH 6,78, HCO₃ 6, EB -27, pCO₂ 45, pO₂ 38, sodio 167, creatinina 0,9 resto bioquímica normal. Hemocultivo, Urocultivo, coprocultivo negativos, ECO cerebral normal. Se inicia tratamiento hemodinámico del Shock, se corrige acidosis metabólica y se inicia antibioterapia empírica con cefotaxima y gentamicina remontando paulatinamente en las siguientes 24 horas. Actualmente la niña se encuentra asintomática sin ningún trastorno metabólico.

COMENTARIO: 1) Actualmente el shock por deshidratación hipernatrémica causada por una mala preparación de la fórmula es muy infrecuente, pero tenemos que tenerlo presente en el diagnóstico diferencial del mismo. 2) Una correcta anamnesis es imprescindible para el diagnóstico etiológico de las enfermedades, ya que en este caso fue a las 24 horas de su ingreso cuando los padres admitieron la no correcta preparación de los biberones.



ORL

OTITIS MEDIA AGUDA (OMA): PROPUESTA DE UN PROTOCOLO RACIONAL BASADO EN LA EVIDENCIA.

E. Castellarnau Figueras, X. Allué Martínez.

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

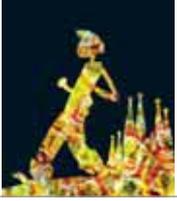
INTRODUCCIÓN: La OMA es la enfermedad que con más frecuencia se diagnostica en infancia después infección respiratoria superior, la infección bacteriana más frecuentemente diagnosticada en niños y motivo habitual de uso antibióticos.

OBJETIVO: En la práctica diaria, uno de los problemas a los que se enfrenta pediatra de urgencias es falta de acuerdo en criterios diagnósticos uniformes y correcto tratamiento de OMA. El objetivo de esta revisión es analizar y actualizar las recomendaciones terapéuticas basándonos en nivel de evidencia actualmente existente y proponer un protocolo de tratamiento racional.

MATERIAL Y MÉTODOS: Este trabajo se ha realizado siguiendo la estrategia empleada en medicina basada en la evidencia para valoración de medidas terapéuticas: a) búsqueda bibliográfica; b) determinación nivel evidencia de estudios seleccionados; c) evaluación crítica calidad de cada estudio, d) integración de evidencias en recomendación final. La revisión bibliográfica se ha realizado a través de Medline y Cochrane Library.

RESULTADOS: Es necesaria una estrategia para minimizar una prescripción innecesaria de antibióticos como es postergar éste durante 48-72 horas, ya que la OMA tiene un alto índice de curación espontánea y el riesgo de complicaciones es muy bajo, siempre que se seleccionen los pacientes. La terapéutica actual en la OMA se basa en considerar la etiología más probable y el grado de resistencia antibiótica, para lo cual es imprescindible un diagnóstico clínico lo más certero posible para no tratar innecesariamente. Una vez razonablemente seguros del diagnóstico, hay que considerar presencia de factores de riesgo para diferenciar pacientes son tributarios de tratamiento antibiótico retardado de los que precisan antibiótico de entrada. Los tributarios de antibiótico deben ser cubiertos frente a *S.pneumoniae* con amoxicilina a dosis estándar en >2 años sin factores de riesgo, reservando dosis altas para la población con factores de riesgo y <2 años. En determinadas situaciones se aconseja amoxicilina-ácido clavulánico 8:1 a dosis altas. El fallo terapéutico requiere una reconsideración del tratamiento para intentar cubrir tanto *S.pneumoniae* resistente como *H. influenzae* productor de betalactamasas.

CONCLUSIONES: Este trabajo pretende facilitar y fomentar la aplicación de pediatría basada en evidencia en tratamiento de OMA hasta llegar a la propuesta de protocolo racional que nos ayude en nuestra práctica diaria en urgencias. Evidentemente sin olvidar la experiencia de cada profesional, intentando integrar las evidencias mostradas y el juicio clínico en la aplicación práctica en cada paciente de forma individual.



NUEVAS RECOMENDACIONES EN EL MANEJO DE LA OTITIS: ¿REDUCEN REALMENTE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN URGENCIAS?

R. Pino Ramírez, N. Conde Cuevas, J.J. García-García, A. Domingo Garau, C. Luaces Cubells.

Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Unidad Integrada Hospital Sant Joan de Déu-Clínica. Universidad de Barcelona.

OBJETIVO: La Otitis Media Aguda (OMA) representa el motivo fundamental de prescripción de antibióticos en niños. En 2004, la Academia Americana de Pediatría ha publicado una Guía de Práctica clínica (GPC) que contempla la posibilidad del manejo sin antibióticos de pacientes seleccionados. El objetivo es comprobar si su aplicación en los pacientes que acuden a Urgencias disminuye la prescripción de antibióticos.

MATERIAL Y MÉTODOS: En primer lugar se recogieron los informes de Urgencias con diagnóstico de OMA durante una semana (23 al 28 noviembre 2004). Se analizó la adhesión al diagnóstico (OMA clara: abombamiento + hiperemia + signos de ocupación retrotimpánica; OMA dudosa: tímpano eritematoso, deslustrado) y se recogió el tratamiento administrado. En segundo lugar se difundieron las recomendaciones de la GPC, que contempla la posibilidad de conducta expectante en mayores de dos años o niños entre 6 y 24 meses con OMA dudosa sin fiebre elevada ni otalgia grave. Posteriormente se recogieron de forma prospectiva los informes de los pacientes con OMA diagnosticados entre los días 25 y 31 de enero de 2005. Los pacientes en que se siguió una conducta expectante fueron controlados telefónicamente. Por último se comparó la actuación seguida en cada caso con respecto a lo recomendado por la GPC.

RESULTADOS: Se recogieron 201 casos (115 del primer periodo y 86 del segundo). Mediana de edad de 1,45 años (rango 19 días-12,4 años). El 79% presentaban fiebre (temperatura media de 38,9°C (DE: 1°C)). En el primer periodo se diagnosticaron como OMA clara 83 pacientes (72%) y como OMA dudosa 32 (28%). El 99% (114/115) fueron tratados con antibióticoterapia. Constaba la prescripción analgésica en el 61,7%. En el segundo periodo se diagnosticaron como OMA clara 69 pacientes (80%) y como OMA dudosa 17 (20%). El 95,3% (82/86) fueron tratados con antibióticos. Constaba la prescripción de analgesia en un 72%. Al aplicar las recomendaciones de la GPC, en el primer periodo existió un cumplimiento del 78,3% y en el segundo del 90,7%. Los pacientes que fueron enviados a su domicilio bajo tratamiento analgésico evolucionaron favorablemente.

CONCLUSIONES: La adhesión a la GPC tras su difusión ha sido correcta. Las características de la población que acude a las Urgencias Pediátricas hacen que el impacto en la reducción de antibióticos que supone la GPC sea escaso.

**OTOHEMATOMA: ¿TRATAMIENTO CONSERVADOR O DRENAJE?**

B. Balsera Baños, X. Codina Puig, M. Gispert-Saüch i Puigdevall, V. Pérez Herrera, M. Abad Garcia, M. Català Puigbó.
Servicio de Pediatría. Hospital General de Granollers. Barcelona.

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS: El otohematoma es una patología traumática poco frecuente. Los traumatismos craneales acompañados de un hematoma, en mayor o menor grado, son habituales y la actitud terapéutica es conservadora. Por contra, los otohematomas requieren un tratamiento activo para evitar la necrosis del cartílago auricular y sus consecuencias estéticas debido a las características anatómicas de la zona.

CASO CLÍNICO: Paciente varón de 6 años que sufre traumatismo accidental presentando hematoma del pabellón auricular izquierdo. Se procede a su desbridamiento, previa anestesia tópica, y se indica cobertura antibiótica y vendaje compresivo de la zona. La evolución es favorable, no presentando complicaciones ni deformidad del pabellón en los controles posteriores. Se revisa el algoritmo terapéutico en esta patología.

COMENTARIOS: 1) A pesar de que el otohematoma no es una patología grave, sí pueden serlo las consecuencias estéticas de una conducta expectante. 2) Remarcamos la importancia, no solamente del drenaje, sino también de la compresión del pabellón y la cobertura antibiótica para evitar la recurrencia y la infección, respectivamente.

**ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE NIÑOS DIAGNOSTICADOS DE LARINGITIS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.**

D. Martínez, A. Merino, M. Herranz, E. Gembero, C. Lezaun, N. Clerigué.

Hospital Virgen del Camino (Pamplona).

OBJETIVO: La laringitis es el cuadro obstructivo de la vía aérea superior más frecuente en la infancia. A pesar de su elevada prevalencia, son pocos los niños que requieren hospitalización. El objetivo de nuestro estudio fue describir características de pacientes diagnosticados de laringitis en urgencias y analizar a niños ingresados en planta por dicho motivo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza revisión retrospectiva de pacientes diagnosticados de laringitis en urgencias durante el 2003, analizando: sexo, edad, mes del año, pruebas complementarias realizadas, tratamiento y destino. De los pacientes hospitalizados se describe: sexo, edad, área geográfica, días de ingreso, patología de base, nº de consultas durante el episodio. Se analizan resultados mediante SSPS.

RESULTADOS: Durante el 2003 fueron diagnosticados 1.067 niños de laringitis de un total de 33.703 urgencias (incidencia 3%) con predominio masculino (65%) y edad menor de 3 años (69%). Existe un pico en otoño (49% entre septiembre y noviembre, pico en septiembre, 27%). Sólo 5% eran derivados por otro especialista. Se solicitaron pruebas complementarias al 13%, siendo la rx de tórax la más realizada (10%). Los tratamientos más usados fueron: corticoterapia oral (52,5%), budesonida nebulizada (30%) y L-adrenalina nebulizada (14,3%). Un 23% de los niños no requirieron tratamiento. El 9,5% (100 pacientes) precisaron ingreso en la sala de observación durante unas horas, y posteriormente hospitalización en planta un 11% (11 pacientes). Los ingresados en planta suponen un 2% (22 pacientes) proviniendo un 50% de la sala de observación y el otro 50% directamente de urgencias. La edad media fue 22 meses (mín. 2 meses, máx. 7 años), siendo un 86% menores de 3 años (59% menores de 18 meses) con predominio de varones (68%). El 82% venían de Pamplona o área próxima. El mes con más ingresos fue Septiembre (50%). Un 59% de los ingresados acudieron a urgencias entre las 18.00 y las 6.00. Un 36 habían consultado por lo menos una vez durante el mismo proceso. El 50% había estado ingresado en observación previamente. La media de días de ingreso fue 2,2 días (mín. 1, máx. 6).

CONCLUSIONES: 1) La laringitis supone un motivo de consulta frecuente en urgencias aunque con las actuales pautas de tratamiento y teniendo la posibilidad de observación durante unas horas, solamente un pequeño porcentaje requiere ingreso en planta. 2) Existe un claro predominio estacional (otoño) con una mayor incidencia en varones y menores de 3 años. 3) Un alto número de niños no se tratan o únicamente se les administra corticoides en el servicio de urgencias (oral y/o nebulizado) sin tratamiento domiciliario posterior salvo medidas higiénico-ambientales.

**ESTUDIO RETROSPECTIVO DE FLEMONES - ABSCESOS PERITONSILARES.**

J. Lara Herguedas, J.C. Molina Caballero, G. Domínguez Ortega, M. de la Torre Espi.
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

OBJETIVOS: El absceso periamigdalino se caracteriza por la formación de una colección purulenta típicamente unilateral en un espacio comprendido entre los músculos constrictores de la faringe y la cápsula amigdalina.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se han revisado de forma retrospectiva las historias clínicas de los niños ingresados, en el Hospital Infantil del Niño Jesús de Madrid en el periodo de tiempo comprendido entre enero de 1993 y abril de 2004, con el diagnóstico de flemón - absceso peritonsilar según la clasificación de los diagnósticos por la CIE-9-MC. Se han recogido los siguientes datos: edad, sexo, factores predisponentes, síntomas, exploración física, exploraciones complementarias, tratamiento, complicaciones y tiempo de estancia hospitalaria.

RESULTADOS: Se han encontrado 62 niños diagnosticados de absceso peritonsilar. La media y la mediana de edad fue de 10 años y seis meses (DS 3,94). Se hallaron 43 mujeres y 19 varones. Los síntomas más frecuentes fueron: odinofagia en 56 pacientes (90%), fiebre y disfagia en 50 (80%). Los hallazgos de la exploración al ingreso fueron: buen estado general 55 pacientes (89%), exudado amigdalina 54 (87%), desplazamiento de la úvula 53 (85%), linfadenopatías 44 (71%). El hemograma mostraba una leucocitosis ($\geq 15.000/\mu\text{l}$) en 37 pacientes (60%). Otras pruebas complementarias solicitadas fueron: radiografía lateral cervical en 32 pacientes (normal en 31 - 97%), radiografía de tórax en 11 (todas normales), ecografía cervical en 4 (normal en 3), tomografía cervical en 5 (en todos alterada), frotis faríngeo en 25 niños (negativo en 19 - 76%; *Streptococcus pyogenes* en 3, *Streptococcus* grupo C, *Streptococcus pyogenes* y *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus* grupo C y *Haemophilus* en los otros tres). Se pautó tratamiento intravenoso con amoxicilina-clavulánico en 21 pacientes (34%) y con penicilina en 20 (32%). Nueve pacientes precisaron punción y drenaje (15%); el resultado de los cultivos fue: negativo en 4, *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus pyogenes* y *Streptococcus viridans*, *Streptococcus pyogenes* y anaerobios, *Streptococcus intermedius* y bacilos Gram negativos, *Streptococcus mitis* y *Streptococcus viridans* en los otros cinco. Un paciente tuvo una rotura espontánea del absceso a la vía aérea y otro un cuadro de obstrucción de la vía aérea. La estancia media fue de seis días.

CONCLUSIONES: 1) Fiebre, disfagia y odinofagia son signos sugestivos de absceso peritonsilar. 2) La radiografía lateral de cuello es poco útil para el diagnóstico de esta enfermedad. 3) Un alto porcentaje de nuestros casos se resolvieron con tratamiento antibiótico sin drenaje. 4) Las complicaciones pueden llegar hasta el 3% y afectan fundamentalmente a la vía aérea.

**SÍNDROME DE GRISEL. UNA RARA COMPLICACIÓN DE ABSCESO RETROFARÍNGEO.**

A. Pérez Casares, F. J. Travería Casanova, V. Pineda Solas, J. Ramírez Rodríguez, S. Argemí Renom, A. Mondéjar Rodríguez.

Consorci Sanitari Parc Taulí de Sabadell. Servicio de Pediatría (Barcelona).

INTRODUCCIÓN: El absceso retrofaríngeo es una complicación infrecuente pero que presenta una importante morbilidad y mortalidad. Se produce tras una infección previa del área orofaríngea (amigdalitis, faringitis,...) y extensión de ésta al espacio retrofaríngeo a través de los plexos venosos. El caso que exponemos a continuación se trata de una evolución muy atípica de esta complicación.

CASO CLÍNICO: Presentamos el caso de un niño de 5 años que ingresó para estudio de tortícoli de larga evolución. Presentaba antecedente de proceso infeccioso de orofaringe orientado como faringitis vírica. La semana siguiente empieza un cuadro de tortícoli. Consultó repetidas veces en urgencias por tortícoli persistente refractaria al ibuprofeno y una importante dificultad para abrir la boca. Afebril en todo momento se realizó una radiografía de perfil a los 2 días de clínica (informada como normal) y un TAC a las 3 semanas de sintomatología, en el que se observó una subluxación de C1 sobre C2, con ocupación del espacio retrofaríngeo derecho (Sd. de Griesel). Se instauró antibioterapia endovenosa con amoxicilina-clavulánico durante 8 días, presentando una evolución favorable con total resolución del cuadro. Se completaron 13 días más de tratamiento antibiótico oral en casa.

CONCLUSIONES: Queremos destacar en primer lugar, la importancia de la radiografía cervical de perfil, ya que es de gran valor diagnóstico y podía haber acelerado todo el proceso diagnóstico y posterior tratamiento. La realización del TAC completa el estudio y nos ayuda a definir con mayor precisión la localización y naturaleza del proceso inflamatorio. En segundo lugar, exponer la discusión que existen en la literatura sobre las dos opciones terapéuticas empleadas en estos casos. Por un lado, el tratamiento conservador con antibioterapia endovenosa y por otro lado existen los defensores del desbridamiento quirúrgico en caso de absceso bien definido. Nosotros optamos por la opción más conservadora.

**EPIDEMIOLOGIA DE LAS URGENCIAS ODONTOPEDIÁTRICAS.**

E. Martín Olivera*, M.J. Miñarro del Moral*, G. Álvarez Calatayud**, L. Taboada Castro**, G. Pinel Simón**, A. Rivas Castillo**.

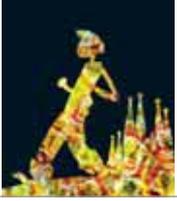
*Servicio de Odontopediatría. **Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital San Rafael. Madrid.

OBJETIVOS: Cuantificar el número de urgencias atendidas en el Departamento de Odontopediatría. Analizar las patologías más frecuentes en la demanda asistencial urgente en Odontopediatría. Descripción epidemiológica de las urgencias odontopediátricas atendidas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Sujetos: todos los niños entre 0-14 años que acudieron a urgencias en nuestro departamento en el período comprendido entre Enero de 2004-2005. Variables estudiadas: sexo, edad, tiempo de demora, época anual en la que se produce la demanda urgente, asistencia previa, ámbito de producción de la lesión, naturaleza de la lesión, localización, estructuras y dientes afectados, procedencia, pruebas complementarias. Análisis: estadística descriptiva.

RESULTADOS: En el período de estudio se atendieron 788 procesos odontológicos urgentes, 576 de los cuales eran pediátricos. En su mayoría se trataba de varones (380), lo cual representa el 66%. En cuanto a la edad, el 46,4% de las urgencias ocurrieron en los primeros cinco años de vida. El lugar donde más frecuentemente se producen las lesiones es en el colegio en los niños mayores de 6 años y el domicilio, en los menores de 5 años. Las lesiones fueron básicamente de tipo traumático (90,4% de los casos), el 7,1%, la patología encontrada fue infecciosa y el 2,3% de origen eruptivo. Prácticamente en todos los traumatismos, el mecanismo de producción de la lesión fue directo (98%). Aproximadamente en el 48% las lesiones afectaban a más de una estructura, siendo la más afectada el ligamento periodontal (61,48%), seguida de tejidos blandos (44,3%), y dientes (31,3%). La fractura coronaria no complicada fue la lesión más frecuente encontrada (25%). Los dientes más habitualmente involucrados fueron el 51-61 (incisivos centrales superiores temporales) y 11-21 (incisivos centrales superiores permanentes). Cerca del 89% no habían recibido atención previa. La prueba diagnóstica más practicada fue la radiografía periapical (86%), seguida de la ortopantomografía (3%).

CONCLUSIONES: Destaca el mayor predominio de las urgencias odontopediátricas en niños varones, en el ámbito escolar y con una localización preferente en los incisivos centrales superiores, tanto temporales como permanentes. Los traumatismos suponen el 90% de las urgencias odontopediátricas, siendo la más frecuente la fractura coronaria sin afectación pulpar y las luxaciones. La importancia de una correcta actuación en la asistencia urgente de cara al pronóstico de las lesiones es de gran trascendencia, especialmente en el paciente pediátrico.

**LINFOMA DE BURKITT VERSUS SINUSITIS BACTERIANA. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.**

L. Rodríguez-Zuloaga Montesino, A. Jiménez Moya, D. Tenas Bastida, M. Serra Córdoba, F. Gómez Sabrido.
Servicio de Pediatría. Hospital Virgen del Toro. Mahón, Menorca

INTRODUCCIÓN: El linfoma de Burkitt aparece habitualmente como una masa abdominal, asociada con dolor u obstrucción abdominal. A veces puede presentarse como una masa facial con clínica de sinusitis o infecciones del área otorrinolaringológica.

CASO CLÍNICO: Motivo de consulta: niño de 8 años con cefalea y malestar general. Antecedentes personales: dermatitis atópica, convulsión febril típica en 1998, refieren estar en tratamiento antibiótico por sinusitis desde hace 2 meses, sin obtener mejoría alguna e incluso empeorando la situación del niño con vómitos y cefalea. Así mismo, hace una semana acude al odontólogo por “dolor en la boca”, siendo diagnosticado y tratado de flemón periodontal. Consulta en urgencias 9 días antes de su ingreso por vómitos y cefalea, siendo dado de alta con el diagnóstico de sinusitis, tratamiento domiciliario y cita en consultas externas de ORL diez días después. No alergias conocidas. Vacunado correctamente. Exploración Física: P: 22.500 g; T^º: 36,7°C; TA: 115/68 mmHg; FR: 24 rpm. Aceptable estado general, consciente, alerta y colaborador, refiere cefalea que no cede con analgésicos habituales. Gran distorsión facial, con abultamiento de toda la hemicara izquierda sin signos flogóticos de la piel, con palpación dura y adherida a planos profundos así como importante proptosis del ojo izquierdo y desalineación de ambos ojos de la línea media. Refiere visión doble desde hace 2 días. Importante hipertrofia de la mucosa yugal y amigdalas de la zona izquierda con desplazamiento de la úvula, la cual está impactada contra el techo de la zona más lateral derecha del paladar blando. Resto de exploración física por órganos y aparatos, normal. Analítica: anodina. TAC craneal: masa de partes blandas que ocupa rinofaringe, parcialmente la fosa nasal derecha, totalmente la fosa nasal izquierda el seno maxilar izquierdo y protruye en la órbita, produciendo exoftalmos con destrucción de celdillas etmoidales, pared interna del seno maxilar, pared interna orbitaria, extendiéndose centralmente hacia la orofaringe, aunque siempre de forma más marcada en el lado izquierdo. Evolución y tratamiento: se deriva a hospital de referencia para diagnóstico final: linfoma de Burkitt craneal. Se inicia tratamiento con quimio y radioterapia y posterior trasplante autólogo de médula ósea. Actualmente se encuentra en remisión completa.

COMENTARIOS: Insistir en la importancia de realizar una anamnesis y exploración física detalladas con el fin de evitar demoras y errores en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Esta forma de presentación clínica de los linfomas en nuestro medio no es habitual.



INDICACIONES Y RENDIMIENTO DIAGNÓSTICO DEL TEST DE DETECCIÓN RÁPIDA DE ANTÍGENO ESTREPTOCÓCICO.

J.A. Gil Sánchez, M. Segura Moreno, F. Ferrés Serrat, A. Ramírez Rosales, J.L. Pérez Saenz, J.M. Román Piñana.
Servicios de Pediatría y Microbiología. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca.

INTRODUCCIÓN: La utilización razonada y protocolizada del test de diagnóstico rápido de antígeno estreptocócico del grupo A (TDR) introduce racionalidad en la indicación de tratamiento antibiótico en las faringoamigdalitis agudas (FAA). Pero su utilidad se extiende al diagnóstico precoz de otras enfermedades estreptocócicas.

OBJETIVOS: 1) Conocer las formas de presentación de las infecciones estreptocócicas diagnosticadas con TDR y/o cultivo del frotis de la lesión. 2) Conocer en nuestra serie la sensibilidad y especificidad del TDR. 3) Revisar la incorporación del TDR al protocolo diagnóstico de distintas entidades de posible etiología estreptocócica.

METODOLOGÍA: 1) Revisión de historias de menores de 15 años a quienes se practicó TDR junto con cultivo de frotis durante el año 2004. 2) Extracción de muestras, realización e interpretación del test por parte del facultativo que atiende al niño.

RESULTADOS: 80 pacientes estudiados (49 niños, 31 niñas), con edad media de 5,5 años. Las indicaciones fueron: FAA 43, adenopatías cervicales aumentadas (ACA) sin FAA 11, erupción con FAA 7, fiebre sin foco (FSF) 7, FSF con erupción 4, urticaria 2, eritema nudoso 1, dermatitis perianal 1 y varios 4. El número de cultivos positivos fue de 20 (12 varones y 8 hembras) y correspondió a: 11 FAA, 4 escarlatinas, 2 ACA sin FAA, 1 FAA con exantema eritematoso inespecífico, 1 anitis estreptocócica y 1 varicela con fiebre prolongada. La sensibilidad del TDR fue del 85% (valor predictivo negativo 94,6%) y la especificidad 88,3% (valor predictivo positivo 70,8%). Se prescribió tratamiento antibiótico al 40% de los pacientes estudiados.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES: 1) El TDR constituye un valioso instrumento diagnóstico para identificar a niños con enfermedad estreptocócica y reduce la prescripción de antibióticos. 2) Debe considerarse que hay niños con colonización faríngea por streptococcus pyogenes, las limitaciones del test y los posibles fallos en la obtención de la muestra por frotis. 3) Si hay datos altamente sugestivos de enfermedad estreptocócica y/o afectación del estado general aunque el test sea negativo es prudente iniciar antibioticoterapia a la espera del resultado del cultivo y de la evolución de la enfermedad. 4) A parte de la FAA y los exantemas escarlatiniformes, otras indicaciones del TDR lo constituirían las ACA, dermatitis perianales, vaginitis en menores de 3 años y lesiones cutáneas de posible etiología estreptocócica.

**VÉRTIGO ASOCIADO A OTITIS MEDIA: DIFICULTADES Y EXCESOS EN EL DIAGNÓSTICO.**

J.A. Peña Zarza, F. Ferrés Serrat, G. Jaume Bauzà, S. Mas Mercant, J.M. Román Piñana.
Servicios de Pediatría y ORL. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca.

INTRODUCCIÓN: La Otitis Media Aguda (OMA) y la Otitis Media Serosa Crónica (OMSC) son dos de las causas más frecuentes de laberintitis en la infancia. En niños de corta edad se presenta como marcha inestable que puede ser difícil caracterizarla como vértigo. El retraso en el diagnóstico de vértigo por laberintitis o un tratamiento no adecuado puede conllevar complicaciones, hospitalizaciones prolongadas, pruebas innecesarias y/o recurrencias del vértigo.

OBJETIVOS: 1) Conocer nuestra casuística de laberintitis asociada a Otitis Media (OM). 2) Revisar los retrasos en el diagnóstico, pruebas realizadas, tratamiento instaurado y evolución. 3) Analizar y revisar su manejo en urgencias. 4) Revisión bibliográfica del tratamiento más adecuado.

METODOLOGÍA: Revisión de las historias de los menores de 15 años con vértigo asociado a OM desde febrero de 2003 a febrero de 2005.

RESULTADOS: Se encontraron 6 pacientes, 3 niños y 3 niñas, con rango de edad entre 17 meses y 13 años y edad media de 2 años y 2 meses. 5 presentaron OMA y 1 OMSC. 2 casos no diagnosticados inicialmente (OMA y OMSC) presentaron recurrencias del cuadro vertiginoso (2 y 3 respectivamente) hasta su correcta identificación y aplicación del tratamiento correspondiente, no habiendo presentado desde entonces más recurrencias. El niño con OMSC se trató con drenajes timpánicos. De los 5 pacientes con OMA a 3 se les colocó drenajes y 4 recibieron antibioticoterapia IV. Se realizó TAC craneal a 5, EEG a 4, Punción lumbar a 3 y RMN cerebral y Estudios metabólicos a 2. 3 pacientes fueron diagnosticados correctamente en Urgencias, aunque 2 de ellos en la 2ª y 3ª recurrencia (al cabo de 1 mes y de 9 meses respectivamente desde el inicio del cuadro). Otros 2 se diagnosticaron en Planta a los 3 y 4 días de su hospitalización. Un paciente fue etiquetado de OMA bilateral más alteración de la marcha.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES: 1) Una adecuada identificación en urgencias de un cuadro vertiginoso y una pronta valoración de un eventual foco ótico resulta clave para una correcta orientación del cuadro y una rápida instauración del tratamiento correspondiente. 2) Los vértigos asociados a OM deben ser tratados siempre con colocación de tubos de ventilación. 3) Si existe OMA debe realizarse tratamiento antibiótico, valorando vía IV y considerando punción lumbar si clínica compatible con meningitis. 4) En el vértigo asociado a OM otras pruebas sólo están indicadas de forma individualizada o si evolución no favorable de la sintomatología vertiginosa.



NEONATOS Y ANALGESIA

ASISTENCIA A NEONATOS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA.

M. Estévez Domingo, N. Crespo Azpiroz, J.A. Muñoz Bernal, J. Landa Maya.
Urgencias de Pediatría. Hospital Donostia Donostia (Gipuzkoa).

OBJETIVO: Conocer las características epidemiológicas y clínicas de los neonatos (0-28 días de vida) atendidos en el Servicio de Urgencias de Pediatría de nuestro Hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de los informes emitidos en nuestro Servicio de Urgencias a todos los pacientes con edad comprendida entre 0 y 28 días de vida, atendidos durante el año 2004. Solicitaron atención 556 niños menores de 28 días de vida (el 53,7% menores de 15 días), lo que representa un 1,73% del total de urgencias atendidas (32.061). El 56% fueron varones. La mayoría acudieron por iniciativa propia (85%). Los principales motivos de consulta fueron: patología digestiva (19,78%), patología respiratoria (18,52%), llanto (15,1%) y fiebre (8,63%). Se realizaron pruebas complementarias al 49% de los pacientes, siendo las pruebas más utilizada el hemograma (147 casos) y la tira reactiva de orina (146 casos). Necesitaron ingreso en Observación 31 pacientes (5%) e ingresaron en el Hospital 115 (21,22%). Los diagnósticos más frecuentes fueron: Patol. Digestiva (24,64%), Patología no objetivable (23,2%), Patología respiratoria (17,08%), Patología infecciosa (14,74%) y Patología del cordón umbilical (7,19%). De manera individual los diagnósticos más frecuentes fueron: En relación con problemas de puericultura (19,24%), Infección aguda de vía aérea (8,27%) y Vómitos (7,19%). Los motivos más frecuentes de ingreso fueron: Síndrome febril (19,49%), Episodio de apnea (19,49%), Bronquiolitis (15,25%), Infección de orina (10,16%) e Ictericia (8,47%).

CONCLUSIONES: La demanda asistencial de los neonatos no es elevada en nuestro Servicio y similar a la referida en otros Centros. Los motivos de consulta en un importante número de casos corresponden a situaciones banales no patológicas propias de la edad, no precisando exploraciones complementarias y que se resuelven con consejos de puericultura. Aún así este grupo de edad tiene un mayor índice de ingreso que la población <14 años atendidos en nuestro Servicio.

**USO DEL SERVICIO DE URGENCIAS POR LOS MENORES DE UN MES DE VIDA.**

P. Chimenti Camacho, C. Iglesias Fernández, I. Marsinyach Ros, M. Crespo Medina, C. Míguez Navarro, R. Marañón Pardillo.

Sección Urgencias del Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid.

OBJETIVO: Describir las características de los pacientes menores de 1 mes de vida que acuden a Urgencias y los factores asociados con su uso por patología no urgente.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio transversal realizado entre el 1-10 y el 30-11-04 de todos los niños menores de 1 mes que acudieron a nuestro servicio de Urgencias. Variables recogidas: datos epidemiológicos de los pacientes, motivo de consulta, pruebas complementarias y tratamiento. Los motivos de consulta fueron clasificados como urgentes si cumplían alguno de los siguientes criterios: necesidad de pruebas complementarias; necesidad de control clínico a las 24-48 horas; necesidad de ingreso hospitalario.

RESULTADOS: De un total de 12459 urgencias pediátricas el 3,5% fueron menores de 1 mes de vida. El 55% fueron niños y el 45% niñas. Acudieron con mayor frecuencia a urgencias los recién nacidos de menor edad (el 30,4% eran < de 7 días). El 24,5% de los pacientes acudieron a urgencias en más de una ocasión. El 88,4% eran a término, el 8,8% pretérminos y el 2,8% postérminos. Los motivos de consulta más frecuentes: ictericia 18,8%; cuadro catarral con o sin dificultad respiratoria 13,6%; irritabilidad 13%; vómitos 9,4%; fiebre o febrícula 7,7% y patología umbilical 5,8%. Un 45% precisó pruebas complementarias y el 16% precisó ingreso hospitalario, siendo las causas más frecuentes de ingreso: ictericia (32,7%), fiebre sin foco (16,3%), bronquiolitis (11%), infección urinaria (9%). El 23% tratamiento médico o quirúrgico y el 76,8% no. El 15,7% precisó control en 24-48 horas o ser derivado a consultas. Se clasificó como patología urgente el 49,6% y no urgentes al 50,3%. Se intentó relacionar distintos factores con un mayor uso del servicio de urgencias por motivos de consulta no urgentes, encontrando asociación solo con la primiparidad y la no disponibilidad de atención primaria, pero sin que estas diferencias sean estadísticamente significativas.

CONCLUSIONES: El servicio de urgencias es utilizado frecuentemente por patología no urgente que podría ser manejada de forma más adecuada en atención primaria. Existe un mayor uso del servicio de Urgencias por patología urgente por los neonatos de menor edad y por patología no urgente, por las madres primíparas y en los días en que no está disponible atención primaria, aunque estas diferencias no se ha podido comprobar que sean estadísticamente significativas. En nuestra muestra no se han encontrado otros factores asociados con el uso de urgencias por patología no urgente. Una mejor educación sanitaria podría contribuir a un uso más racional del servicio de urgencias.

**URGENCIAS DE RECIÉN NACIDOS EN HOSPITAL PEDIÁTRICO.**

L. Ruiz, N. Ruggeri.

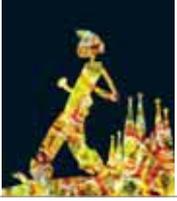
Servicio de Urgencias del Hospital Nens de Barcelona.

INTRODUCCIÓN: El periodo de recién nacido (RN) es un periodo crítico en la vida del individuo y de la familia que lo acoge. En el RN la posibilidad de patología y la rápida evolución de los procesos patológicos pueden poner en peligro su vida. En la sociedad actual se ha perdido la formación no reglada sobre el cuidado de los niños y los padres se sienten con mucha frecuencia sin conocimientos mínimos de puericultura y manejo del bebé. Las rutinas hospitalarias que no favorecen la confianza y aprendizaje en el manejo del bebé y las altas precoces que se realizan en la mayoría de hospitales dejan a los padres en una situación a menudo estresante que les lleva a la visita en el Servicio de Urgencias.

OBJETIVOS: Analizar los motivos de asistencia y diagnósticos de los RN en un Servicio de Urgencias hospitalario. Metodología: Análisis de los motivos de consulta, diagnóstico y otros parámetros de la Base de datos del Servicio de Urgencias en el HNB durante el año 2003.

RESULTADOS: 602 RN fueron visitados en el SUHNB del 1 de enero al 31 de diciembre de 2003. Representaron el 1% del total de las visitas (59407). La distribución horaria de las visitas fue similar a lo largo del día con un 29% de visitas nocturnas (21-9). Los motivos de consulta más frecuentes fueron: irritabilidad 7,8%, fiebre 7,5%, exantema 4,3%, vómitos 4,8%, tos 3,3% accidente 2% y dificultad respiratoria 1,7%. En el resto de los casos la causa principal de consulta fue etiquetada de otros problemas. El cólico del primer trimestre, el niño con exploración normal, y los trastornos alimentarios son los diagnósticos más frecuentes al alta.

CONCLUSIONES: Aunque la patología neonatal grave es motivo de consulta en el servicio de urgencias esta es un porcentaje bajo de las visitas. La puericultura, los trastornos de la lactancia y la angustia familiar son vividos por los padres como motivo de acudir a un servicio de urgencias sin presentar patología médica grave. La puericultura es una actividad que puede sobrecargar un servicio de urgencias pediátricas.

**ABCESO MUSCULAR EN UN NEONATO.**

M. Herrera López, A. Crespo Alonso, B. Martín Sacristán, E. Crespo Rupérez, M. Zamora, A. Pantoja Bajo.
Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

Una de las etiologías de más frecuentes de masa muscular en la infancia son los tumores de partes blandas, entre los que se encuentran el rhabdomioma, el fibrosarcoma congénito y el leiomioma. El absceso es una causa rara de masa muscular, más frecuente en adolescentes relacionado con traumatismos previos. Excepcionalmente aparece en neonatos, asociado con sepsis, artritis séptica y osteomielitis por contigüidad.

CASO CLÍNICO: Niña de 16 días de vida que acude a urgencias por presentar desde hace 2 horas masa en zona paravertebral derecha a nivel dorso-lumbar. A la exploración se observa una masa de 3x3 centímetros, fluctuante, mal delimitada, no dolorosa a la palpación con piel suprayacente normal. Antecedentes personales: Embarazo obtenido por Fecundación in Vitro (donación de ovocitos). Parto por cesárea. Pruebas complementarias: Hemograma normal. Bioquímica sanguínea con Transaminasas y Lactato deshidrogenasa normal. Proteína C reactiva elevada. Marcadores tumorales, incluidos enolasa, alfa-feto proteína, CEA125 y antígeno carcinoembrionario normal. Radiografía dorso-lumbar normal. Ecografía dorsolumbar en la que se observa tumoración de partes blandas, con abundante vascularización. Resonancia Magnética en la que se visualiza una masa mal delimitada, localizada en musculatura paraespinal de intensidad similar al músculo liso, hipointenso con reborde hiperintenso y aumento de la intensidad de la señal en el músculo adyacente. Ecografía abdominal y raquídea normal. Gammagrafía ósea normal. Hemocultivo negativo. Ante la sospecha de masa tumoral se realiza intervención quirúrgica, encontrándose abundante material purulento, localizado en el músculo iliopsoas derecho. Se realiza drenaje de la cavidad con colocación de catéter percutáneo durante 5 días, iniciándose antibioterapia de amplio espectro durante 3 semanas. En el líquido de drenaje se aísla *Staphylococcus aureus*. Presenta una buena evolución, con resolución del cuadro infeccioso local.

CONCLUSIONES: Ante la presencia de una masa muscular en el neonato debemos pensar en un proceso tumoral, siendo el más probable en nuestro caso, el fibrosarcoma congénito. Aunque no es la causa más frecuente debemos pensar en un origen infeccioso. El abordaje ha de ser urgente, hospitalario y valorar intervención quirúrgica. En nuestro caso se debe descartar la presencia de otros focos de infección y valorar la realización de estudio inmunológico para descartar una enfermedad granulomatosa crónica.



TROMBOSIS AORTICA Y CEREBRAL ASOCIADAS A DESHIDRATACION HIPERNATREMICA SEVERA EN NEONATO CON LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA.

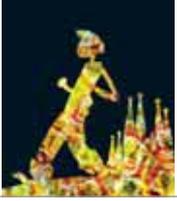
C. Iglesias Fernández, P. Chimenti Camacho, S. Villar Castro, D. Blanco Bravo, D. Crespo Marcos, A. De la Huerga López.

Servicio de Urgencias del Hospital infantil Gregorio Marañón.

FUNDAMENTO Y OBJETIVO: La trombosis completa de la aorta es una entidad rara con alta morbimortalidad. La causa más frecuente en el periodo neonatal es la canalización de la arteria umbilical, produciendo trombosis parcial y generalmente asintomática. Una menos frecuente es la deshidratación hipernatremica secundaria a una inadecuada técnica en la lactancia materna.

OBSERVACIONES CLINICAS: Neonato de 8 días de vida que acude a Urgencias por dificultad para la alimentación e irritabilidad. En urgencias fiebre de 39°C y deshidratación hipernatremica severa (pérdida del 21% del peso y sodio de 180 mEq/l). Ingresos en UCIN para rehidratación iv. Al ingreso: creatinina de 0,9 mg/dl, urea 157 mg/dl, úrico 6,4 mg/dl y eco abdominal con hiperecogenicidad del parénquima renal compatible con insuficiencia renal sin trombos venoarteriales. Inicia diuresis tras expansión de volumen. A las 72 horas presenta signos de insuficiencia cardiaca, edema agudo de pulmón, fallo renal, trombopenia y acidosis metabólica, objetivándose en eco abdominal trombo en aorta abdominal que ocupa casi toda la luz desde la mesentérica superior hasta la bifurcación de las iliacas. En eco cerebral trombosis del seno longitudinal superior. Precisa ventilación mecánica 4 días, heparina en perfusión 10 días, fibrinolisis con r-TPA durante 35 horas que se sustituye, debido a sangrado, por urokinasa durante 48 horas. A las 3 horas del tratamiento recupera diuresis y la onda de pulso femoral. A los 10 días se inicia heparina de bajo peso molecular. Durante el tratamiento con r-TPA presenta sangrado que precisa transfusión y síndrome compartimental en brazo derecho por sangrado con lesión axonal parcial del mediano a nivel proximal del antebrazo en el electromiograma. Recibió tratamiento antibiótico empírico hasta obtención de cultivos negativos. Estudio de trombofilia y neurofisiológico normal.

COMENTARIOS: La mala técnica alimentaria puede ser causa de deshidratación hipernatremica en recién nacidos con lactancia materna exclusiva y debe sospecharse en todo neonato con importante pérdida de peso y signos de deshidratación. Aunque la lactancia materna es de elección en el recién nacido, es importante: educación materna, realizar screening al alta hospitalaria identificando factores de riesgo que dificulten la lactancia materna y asegurar un seguimiento del recién nacido precoz tras el parto. Se debe tener en cuenta la posibilidad de trombosis como complicación de una deshidratación hipernatremica.

**HIPONATREMIA, CAUSA DE CRISIS CONVULSIVAS EN EL RECIEN NACIDO.**

M. Crespo Medina, R. Chacón Aguilar, S. Villar Castro, C. Menéndez Hernando, P. Chimenti Camacho, C. Iglesias Fernández.

Sección Urgencias del Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid.

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS: Las causas de convulsiones en el recién nacido más frecuentes son la asfixia perinatal y la hemorragia parenquimatosa en las primeras 48 horas de vida, y posteriormente las infecciones del SNC. Las alteraciones metabólicas están presentes en un 6% de los casos.

OBSERVACIONES CLÍNICAS: Neonato de 10 días de vida que acude al servicio de Urgencias por episodios de movimientos clónicos del brazo derecho y revulsión ocular de 5-10 segundos de duración, somnolencia posterior. Asocia dificultad para la lactancia materna por pezones invertidos. En las últimas 48 horas presenta rechazo de las tomas que se acompaña de alternancia de somnolencia e irritabilidad. AP: Embarazo controlado. Parto: fórceps por no progresión. EG 39 semanas. PRN 3380 g. Apgar 8/8. pH 7,22. Lactancia materna. Meconiorrexis y primera diuresis en las primeras 24 horas de vida. EF: Peso 3,510 g, TA 91/53, FC 129, Tª 36,5°C. Palidez e ictericia cutáneo mucosa. Mucosas húmedas, no signo del pliegue, edemas en dorso de manos. ACP y Abdomen normal. FANT. Irritable. Cefalohematoma parietotemporal derecho. Pruebas complementarias: Hemograma: normal. Bioquímica: bilirrubina total 19,4, GOT 53, GPT 36. Na 118 mmol/L, K 5,2 mmol/L. Cloro 86 mmol/L. Osmolaridad sérica 277. Orina: cetonuria 15 mg/dl, Na <20, K 7, Cloro <2, Osmolaridad orina 14. EAB venoso: pH 7,35 pCO₂ 20 PO₂ 48. BIC 11,3 EB -11. LCR: normal. Cultivos (sangre, orina y LCR) estériles. Tóxicos en orina negativos. Amonio 37.17. OHP Normal. Aldosterona: 334 pg/ml. Catecolaminas en orina: normales. Beta HCG y CEA: normales. Alfa feto proteína: 774.8 ng/ml. Aminoácidos y ácidos orgánicos en sangre, orina y LCR normales. Ecografía transfontanelar y ecocardiografía sin hallazgos patológicos. Ecografía abdominal: engrosamiento mural polipoideo de la pared inferior vesical. RMN abdominal: normal. Evolución: A su ingreso se pauta goteo de reposición corrigiendo el déficit de sodio y bicarbonato. Se realiza sondaje vesical: poliuria de hasta 21 cc/kg/hora normalizándose en días posteriores. A las 12 horas del ingreso presenta natremia dentro de límites normales. Se sospecha obstrucción vesical por masa vesical, descartándose tras RMN. Buena evolución posterior.

COMENTARIOS: 1) Las alteraciones metabólicas son una causa de crisis convulsivas afebriles en el periodo neonatal, siendo la hiponatremia una de las más frecuentes. 2) La causa más frecuente de hiponatremia en el periodo neonatal suele ser debido a una ingesta excesiva de líquidos, aunque se debe hacer el diagnóstico diferencial con otras etiologías.

**HEMORRAGIA INTRACRANEAL EN EL CONTEXTO DE ENFERMEDAD HEMORRÁGICA NEONATAL TARDÍA.**

I. Marín Valencia, N. Conde Cuevas, K. Juma Mohamed, C. Luaces Cubells, J. Pou Fernández.

Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Unidad Integrada Hospital Sant Joan de Déu-Clinic. Universidad de Barcelona.

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS: La enfermedad hemorrágica del recién nacido (EHRN) es una entidad secundaria al déficit de vitamina K, con tres formas de presentación: temprana, clásica y tardía. Se presenta el caso de un lactante de 5 semanas con hemorragia intracraneal como forma de presentación de EHRN tardía.

OBSERVACIÓN CLÍNICA: Lactante de 5 semanas de vida que es traído por cuadro de vómitos, sin fiebre ni deposiciones diarreicas de un día de evolución. No constaba profilaxis con vitamina K postparto. Alimentado con lactancia materna exclusiva. La exploración y la analítica general fueron normales y se remitió a domicilio con normas. Acudieron 3 días más tarde por persistencia de los vómitos con deterioro del estado general y coloración pálida. Fontanela normotensa. Resto de exploración sin hallazgos significativos. La analítica presentaba anemia (Hb 6,6 g/dl), con serie blanca y plaquetar normales. En el estudio de coagulación, TP 32 sg (10-12) y APTT 60,2 sg (25-45), objetivándose posteriormente niveles bajos de factores de coagulación vitamina K dependientes. Durante su estancia en urgencias presentó una convulsión tónico-clónica generalizada. Ante la sospecha de sangrado intracraneal se hizo una TAC, objetivándose hemorragia córticosubcortical parietal izquierda y hematoma subdural interhemisférico posterior. Se inició tratamiento con concentrado de hematíes, plasma fresco, vitamina K y fenobarbital. El paciente mantuvo estabilidad clínica sin nuevas crisis convulsivas, sangrados sistémicos ni secuelas neurológicas normalizándose los tiempos de coagulación. Se descartaron enfermedades hepato-biliares y procesos malabsortivos. Se remitió a domicilio con el diagnóstico de EHRN tardía por deficiencia de vitamina K en tratamiento con fenobarbital y RM de control a los 3 meses, presentando cavidad quística parietal izquierda residual, manteniéndose clínicamente asintomático.

COMENTARIOS: La forma tardía de EHRN es la segunda en frecuencia tras la clásica y aparece entre la 3ª y 6ª semana de vida. Los principales factores de riesgo son ausencia de profilaxis intraparto con vitamina K y lactancia materna exclusiva, si se excluyen las causas secundarias. Debemos pensar en esta entidad ante cuadros de en periodo neonatal tardío y de lactancia. Las hemorragias intracraneales son la forma de presentación más frecuente y grave de EHRN tardía, constituyendo el 50% de los casos.

**REGISTRO DE ANALGESIA Y SEDACIÓN PARA PROCEDIMIENTOS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA.**

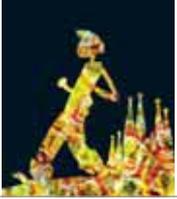
S. García González, M. Santiago Burrutxaga, B. Azkunaga Santibañez, S. Mintegi Raso, J. Benito Fernández, S. Capapé Zache.

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

OBJETIVO: Describir nuestra experiencia en analgesia con analgésicos mayores, sedación por vía parenteral y/o con óxido nitroso vía inhalada para procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos realizados en UP. Material y método: estudio prospectivo de 93 procedimientos realizados en UP con analgésicos mayores, sedantes por vía parenteral y/o con óxido nitroso (ON) por vía inhalada en el periodo comprendido entre Octubre 2003 y Diciembre 2004. Los datos se extraen del registro de analgesia y sedación de UP.

RESULTADOS: Se realizaron 93 procedimientos (70% en menores de 6 años). De los 93, en 49 se utilizó el ON, sobre todo en la reparación de heridas en 32 casos (68,1%). En dos niños se asoció a ketamina + midazolam + atropina para la retirada de molluscum y una exploración genital. En la mayoría (90%) se consiguió efecto en ≤ 5 minutos y casi el 75% de los niños reciben el alta en los primeros 30 minutos tras finalizar el procedimiento. En 46 casos se utilizó fármacos por vía parenteral. La asociación farmacológica más utilizada en 18 casos fue: ketamina + midazolam + atropina (2 junto con ON), seguida de la asociación fentanilo + midazolam en 11. En 13 se utilizó midazolam de forma aislada, en 3 ketamina, en 2 propofol y en 1 tiopental. Globalmente el procedimiento más frecuente fue la reparación de heridas (15, 32,6%), seguido de pruebas de imagen (10; 21,7%) y reducción de fracturas (6; 13%). En 44 (95,6%) se consiguió el efecto deseado en ≤ 10 minutos independientemente de los fármacos utilizados. La duración del procedimiento fue ≤ 30 minutos en 44 casos (91,3%). No hubo complicaciones hemodinámicas. En 9 niños ocurrieron efectos secundarios: vómitos (2), desaturación (3), nistagmo (2), clonías+vómitos (1), diplopía+nistagmo (1), todos ellos se resolvieron espontáneamente o tras administrar O₂. En una ocasión se requirió antídoto por un error de dosificación. Permanecen en la Unidad de Observación 31 (67,3%), recibiendo el alta en ≤ 6 horas la mayoría (86,5%) de los niños. Quince (32,6%) ingresan en planta por su patología de base.

CONCLUSIONES: La utilización de pautas de analgesia y sedación para procedimientos en UP ha sido satisfactoria. Existen diversas opciones farmacológicas útiles para la realización de estos procedimientos. Estos fármacos parecen seguros y eficaces ya que, consiguen el efecto deseado con pocos efectos secundarios y menores cuándo se producen. La utilización inhabitual en UP de estos fármacos hace que puedan ocurrir errores con su utilización, por lo que una formación continuada en analgesia y sedación es necesaria.

**SEDACIÓN CON ÓXIDO NITROSO PARA PROCEDIMIENTOS REALIZADOS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA (UP).**

S. García González, N. Trebolazabala Quitante, MA. Vázquez Ronco, S. Mintegi Raso, J. Benito Fernández, S. Capapé Zache.

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

OBJETIVO: Describir la utilización de óxido nitroso para procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos realizados en UP. Material y método: estudio prospectivo de 49 procedimientos realizados en UP entre Octubre-2003 y Diciembre-2004 con óxido nitroso inhalado.

RESULTADOS: Se realizaron 49 procedimientos en niños con edad media de 4 años 2 meses (rango 11 meses-13 años). El procedimiento terapéutico para el cuál más se utilizó óxido nitroso fue la reparación de heridas en 32 (68,1%) casos. En 6 casos, se realizaron procedimientos diagnósticos (2 exploraciones genitales, 2 vía IV, una toracocentesis y una biopsia). Otros procedimientos realizados fueron: 3 retiradas de cuerpos extraños, una retirada de molluscum, una extracción de fecaloma, 2 drenajes de hematomas y 2 retiradas de puntos. En 6 niños se utilizó el óxido nitroso junto con otros fármacos: ketamina + atropina + midazolam en dos casos, para la retirada de molluscum y para una exploración genital, en una biopsia rectal y tres suturas se utilizó midazolam IN por no conseguir el efecto deseado con el óxido nitroso. De los 49, en 34 (72,3%) se obtuvo buena sedación, en 6 escasa sedación (4 suturas en lengua (2), labio y ceja, una extracción de cuerpo extraño en CAE y una biopsia rectal) y en 7 no conseguimos el efecto deseado (5 suturas en cara, labio y dedo (3), en una exploración genital y en una extracción de cuerpo extraño en CAE). En los casos que fue efectivo, se consiguió efecto en ≤ 5 minutos en el 90% (rango 1 - 8 minutos). En el 70% de los casos la duración del procedimiento fue ≤ 15 minutos y casi el 75% de los niños reciben el alta en los primeros 30 minutos tras finalizar el procedimiento, 21 (45,7%) en menos de 10 minutos. Todos excepto 6 reciben el alta directamente, 5 permanecen unas horas en observación y uno ingresa por su patología base. Tres niños vomitaron y dos tuvieron relajación de esfínteres. En todos se administró oxígeno durante 3-5 minutos tras el procedimiento.

CONCLUSIONES: El óxido nitroso es una herramienta útil en UP para disminuir la ansiedad que ciertos procedimientos provocan en el niño, ya que es fácil de utilizar, rápido en su inicio de acción, con recuperación inmediata tras su retirada y escasos efectos



METAHEMOGLOBINEMIA Y TOXICIDAD NEUROLÓGICA SECUNDARIAS A LA APLICACIÓN DE EMLA EN UNA NIÑA DE 4 AÑOS.

S. Mintegi Raso, B. Azkunaga Santibañez, E. Mora González, I. Canales Arrasate, M.I. Suinaga Errasti, M. Martí Carrera

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

INTRODUCCIÓN: El alivio y la prevención del dolor son aspectos prioritarios en la Pediatría de Urgencias. El EMLA es un gel anestésico de amplio uso en los Servicio de Urgencias Pediátricos cuyo objeto es prevenir la aparición de molestias y dolor en procedimientos superficiales potencialmente dolorosos realizados a los niños. El EMLA está compuesto por lidocaína al 2,5% y prilocaína al 2,5% y se aplica sobre piel íntegra, manteniéndose tapado con cura oclusiva durante al menos 60 minutos.

CASO CLÍNICO: Niña de 4 años con una dermatitis atópica que presenta una afectación extensa de molluscum contagiosum (hemitórax izquierdo anterior, axila y raíz de brazo izquierdo). Una hora antes de proceder a la exéresis de los molluscum su dermatólogo aplica a la niña 30 gramos de EMLA en la zona afecta, cubriéndola con un apósito. Cincuenta minutos tras la aplicación del EMLA, la niña comienza con cefalea, inestabilidad en la marcha y visión borrosa, por lo que acuden a Urgencias. A su llegada a Urgencias la niña está irritable, muestra una cierta inestabilidad al caminar, cianosis labial franca y lesiones sangrantes en hemitórax izquierdo. A su llegada a Urgencias, se retira la ropa, se retiran restos de EMLA, se lava la piel, se administra O₂ al 100% y se practica determinación de metahemoglobina (19,0%). La administración de una dosis de 1 mg/kg IV azul de metileno se acompaña de la desaparición de la sintomatología y normalización de los niveles de metahemoglobina.

COMENTARIOS: El EMLA es un anestésico tópico de aplicación segura en la infancia. De todas formas, una dosis inadecuada y la presencia de una barrera cutánea no íntegra puede provocar efectos no deseados de gran severidad.



EPIDEMIOLOGÍA

URGENCIAS EN UN HOSPITAL INFANTIL.

J.S. Parrilla Parrilla, M. Loscertales Abril, M. Alonso Salas, J. Cano Franco, T. Charlo Molina, J.A. Soult Rubio.
Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

INTRODUCCIÓN. La mayoría de las urgencias pediátricas atendidas suelen ser procesos banales, y sobre todo cuadros autolimitados, que acuden sin consulta previa a su pediatra, no precisan ningún tipo de pruebas complementarias, ni tratamiento de urgencias.

OBJETIVO: El objetivo del trabajo es analizar parámetros e indicadores derivados de la atención de niños en el área de urgencias y observación de nuestro hospital.

PACIENTES Y MÉTODO: Estudio prospectivo de 70452 pacientes atendidos en el servicio de urgencias nuestro hospital entre Enero de 2004 y Diciembre de 2004. Se realizó el análisis estadístico de los datos obtenidos del sistema de información y evaluación del área de urgencias del Hospital Infantil Virgen del Rocío de Sevilla.

RESULTADOS: Durante el período de estudio se atendieron 70452 pacientes, objetivándose una atención media que oscila entre 234 urgencias/día en el mes de Enero y 154 urgencias/día en el mes de Agosto. Fueron remitidos por su pediatra el 7,3% y acudieron por decisión propia el 90% de los pacientes. El 78% de los niños atendidos eran menores de 4 años. Las urgencias que ingresaron en planta fueron el 4,5% y las que ingresaron en el área de observación el 5,5%. Desde el área de urgencias fueron derivados a consultas externas del propio hospital el 0,2%, al domicilio el 82,6%, a su pediatra de atención primaria el 4,4% y a otros centros el 0,05% de los niños atendidos. El porcentaje de urgencias no ingresadas ha sido el 94,16%. En el área de observación, dotada con 15 camas, ingresaron un total de 3908 pacientes. Se deduce que la rotación en observación es de 260,53 pacientes/cama. De ellos, el 25,7% ingresaron en planta, se derivaron a consultas externas el 0,3% y a su domicilio el 68%.

CONCLUSIONES: 1) El número de consultas al servicio de urgencias de pediatría es cada vez más elevado, con un incremento del 54% en los últimos 10 años. Sin embargo, el 94,16% son dados de alta a su domicilio en primera instancia. 2) Los porcentajes de ingreso en observación y planta son adecuados y el índice de rotación de pacientes en el área de observación es alto. 3) Se puede afirmar que más de dos tercios de las consultas de la sala de urgencias podrían ser inadecuadas y en muchos casos, incluso se habrían tratado mejor fuera de dichos servicios, ya que la asistencia médica puntual que se presta en las salas de urgencias impide que los pacientes reciban la asistencia primaria continua y adecuada para tratar sus problemas no urgentes.

**AFLUENCIA DEL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS DURANTE SU PRIMER AÑO DE ACTIVIDAD.**

L. Acosta Arroyo, F. Jurado Tudela, S. Mendoza Montes, M. Peña Olid, R. Lara Romero, M. Silva García.
Servicio de Urgencias. Unidad de Pediatría. Hospital de San Juan de Dios de Bormujos, Sevilla.

OBJETIVO: Describir la afluencia y principales motivos de consulta de los usuarios que acuden a nuestro servicio de Urgencias Pediátricas en el primer año de actividad en un Hospital Comarcal de 2º nivel que presta atención a una población de 250.000 habitantes.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de 17202 usuarios que acuden los servicios de nuestra Urgencia de Pediatría. Realizamos análisis estadístico de los datos para conocer la distribución de la afluencia por turnos de trabajo, días de la semana y meses del año, así como los principales motivos de consulta.

RESULTADOS: Entre Febrero'04 y Enero'05, han llegado a nuestra Urgencia de Pediatría 17.202 niños, distribuidos en turnos de Mañana (8-15 h), Tarde (15-22 h) y Noche (22-8 h), siendo la Tarde, con una media mensual de 711 pacientes, el turno más frecuentado. El día de la semana de máxima afluencia es el Domingo. El mes con mayor actividad desde su apertura es Diciembre de 2004 con un total de 1.811 pacientes. Entre los principales motivos de consulta se encuentran: traumatismos (20,79%); fiebre (18,70%); vómitos (4,83%); lesiones cutáneas (5,43%); dolor abdominal (4,57%); tos (3,91%).

CONCLUSIONES: Desde la apertura de nuestro servicio de Urgencias Pediátricas registramos un aumento progresivo de la afluencia, hasta llegar actualmente a cifras aproximadas de 1433 niños al mes. Destacamos cifras muy elevadas los días de fines de semana y Fiestas locales. Se observa una disminución significativa de casos los meses de verano, que relacionamos a la emigración vacacional típica de estas fechas. Los traumatismo y la fiebre son los motivos de consulta más frecuentes de los usuarios. Existe una relación de un 26% de patologías de traumatología frente a un 74% de patología no traumatológicas o pediatría.

**ESTUDIO DE FRECUENTACIÓN NOCTURNA EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS.**

J.J. Pardo Vázquez, M.D. Rodríguez Baz, L. Rey Cordo, A. Ruiz Conde.

Complejo Hospitalario Universitario de Vigo.

OBJETIVO: Análisis prospectivo de la demanda de asistencia urgente hospitalaria en horario nocturno en función de las siguientes variables: distribución geográfica, urgencia de la asistencia y vía de derivación.

MATERIAL Y MÉTODOS: Registro mediante un cuestionario en el tramo de las 24:00 a las 8:00 horas con los siguientes items: edad, sexo, centro de salud (C. S.) de referencia, motivo de consulta, derivación por orden facultativa o a petición propia, pruebas complementarias realizadas y tratamiento requerido, estancia en unidad de observación y/o ingreso hospitalario, diagnóstico final e interconsulta a otros servicios. El estudio se realizó entre los meses de marzo a mayo de 2004. Se recogieron un total de 407 cuestionarios, que fueron analizados con el programa estadístico Epilnfo 2.002. Los diagnósticos fueron codificados según el Manual de Codificación Diagnóstica de la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP). Consideramos como urgentes aquellas asistencias que cumplieran alguno de los siguientes criterios: necesidad de pruebas complementarias no disponibles en atención primaria (analítica de sangre urgente, punción lumbar, pruebas de imagen), tratamiento endovenoso y/o nebulizado, observación y/o ingreso en planta de hospitalización.

RESULTADOS: De las 407 asistencias realizadas, el 69% pertenecían al municipio de Vigo, y el 31% al resto del área sanitaria. El 53% de las asistencias provenían de C.S. próximos geográficamente al hospital. El 91% de los pacientes acudieron por iniciativa propia, frente al 9% remitidos por orden facultativa. De los pacientes remitidos por otro facultativo, el 88% necesitaron atención hospitalaria, según los criterios antes expuestos, frente a un 27% de los que acudieron por iniciativa familiar. Los diagnósticos más frecuentes fueron gastroenteritis aguda (código 780.6), infección aguda de vías respiratorias superiores (465.9), faringoamigdalitis (465.8), síndrome febril (780.6), asma bronquial (493.90) y laringitis (464.21).

CONCLUSIONES: La situación geográfica del hospital influye en la solicitud de demanda de asistencia urgente. Esta tendencia se hace más acusada entre los pacientes que acuden por iniciativa propia frente a los remitidos por un facultativo. El 51% de nuestra población infantil carece de alternativa de atención en el tramo horario nocturno. La mayor parte de las asistencias no pueden considerarse como urgentes y por lo tanto, no deberían ser atendidos en medio hospitalario. Las causas más frecuentes de consulta son la fiebre, la dificultad respiratoria y los vómitos.

**ANÁLISIS DE LA CONCORDANCIA DIAGNÓSTICA EN LOS PACIENTES READMITIDOS EN URGENCIAS EN 72 HORAS.**

E. Rupérez García, M. Garatea Rodríguez, E. Gembero Esarte, J. Duarte Calvete, F. Gallinas Victoriano, M. Herranz Aguirre.

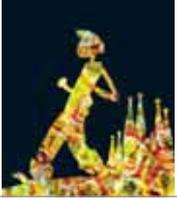
Servicio de Pediatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

OBJETIVO: Analizar la concordancia diagnóstica en los pacientes readmitidos en urgencias en menos de 72 horas y la adecuación del manejo médico inicial en aquellos que el diagnóstico varía tras la 2ª visita.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se recogieron todos los pacientes que reconsultaron en urgencias en un plazo inferior a 72 horas, durante un año (Enero 2004- Diciembre 2004). Se obtuvo una muestra aleatoria seleccionando los casos de los 5 primeros días de cada mes y se analizaron aquellos en los que constaba en la historia clínica informatizada el informe completo de las 2 visitas. Para cada caso de la muestra se recogieron motivo de consulta, diagnóstico y destino. Los informes de los pacientes en los que el diagnóstico no era coincidente fueron valorados por dos médicos adjuntos de pediatría que determinaron la causa de la discordancia. Se analizaron los datos mediante paquete estadístico SPSS 11.0 para Windows.

RESULTADOS: Del total de 1811 reconsultas atendidas en urgencias durante el año 2004, se incluyeron en el análisis 219 casos. Los motivos de consulta en la readmisión fueron: persistencia de sintomatología (40%), aparición de nuevas manifestaciones (27,6%), empeoramiento clínico (12,8%), citados para control (9,6%), síntomas no relacionados con la primera visita (7,2%) y otros (2,4%). El diagnóstico en la primera y segunda visita fue el mismo en el 47%. De los casos con un diagnóstico distinto, el 74,1% se consideró el curso de la enfermedad, en el 13,8% la segunda consulta no guardaba relación con la inicial, el 2,5% habían sido citados para continuar estudio. En los 11 casos restantes (9,5%) se consideró que la discordancia diagnóstica fue debida a una evaluación inicial inadecuada. De los pacientes con diagnósticos no concordantes que ingresaron tras la segunda visita, en el 18% la valoración inicial no fue adecuada. De todos los pacientes en los que se evaluó la atención médica se realizó alguna prueba complementaria en el 53,5% de los casos y en el 64% de los pacientes con una orientación diagnóstica inicial no adecuada.

CONCLUSIONES: La causa más frecuente de discordancia diagnóstica en los pacientes que reconsultan en urgencias, es la progresión de la enfermedad y por lo tanto, poco susceptible de modificarse por la actuación médica. En los casos en los que la valoración inicial no fue adecuada, la realización de más pruebas complementarias no supuso un mejor diagnóstico del paciente. Probablemente una anamnesis y exploración física más detalladas hubieran permitido una mejor orientación del cuadro.



ESTUDIO DE LAS PATOLOGÍAS ATENDIDAS EN EL ÁREA DE OBSERVACIÓN DE UNA UNIDAD DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS.

J. J. Pardo Vázquez, P. Lago Mandado, T. Palencia Ercilla, L. González Durán.
Complejo Universitario de Vigo.

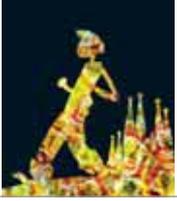
INTRODUCCIÓN: La Unidad de Urgencias de Pediatría del CHUVI atiende a unos 40.000 niños al año. Dispone de 6 camas de observación donde los niños no permanecen nunca más de 24 horas. Durante el período de estudio del 17/12/04 a 17/01/05 se atendieron 3.317 urgencias. De ellas 219 permanecieron en camas de observación.

OBJETIVOS: Estudio prospectivo de las patologías que con más frecuencia determinan la estancia en observación en urgencias de nuestros pacientes y las variables relacionadas con éstos: 1) Proximidad de residencia del paciente al centro hospitalario; 2) Patologías más frecuentes; 3) Relación entre la hora de asistencia y la indicación de permanencia en observación.

MATERIAL Y MÉTODOS: Registro mediante cuestionario de: edad, sexo centro de salud de referencia, motivo de consult, pruebas complementarias y tratamiento, tiempo de estancia, ingreso o no en planta, interconsultas y diagnóstico al alta en la unidad. Se recogieron 219 estancias. Se utilizó el manual de codificación diagnóstica de la SEUP. Los datos fueron analizados con el programa estadístico EpiInfo 2003.

RESULTADOS: La edad media de los pacientes fue de 4 años. De los 219 pacientes, el 39.26% residen en el municipio de Vigo, el 60.37% restante en el resto del área sanitaria. En cuanto a su distribución por tramos horarios: llegan a nuestra unidad entre la 08:00 y 15:00 el 29%, de 15:00 a 22:00 el 40% y de 22:00 a 08:00 el 31%. Los diagnósticos más frecuentes fueron por este orden: GEA 25%, síndrome febril 10%, bronquiolitis 8%, broncoespasmo 6%, dolor abdominal 5%, infección aguda de la vía aérea superior 6%. El tiempo de estancia media fue de 7 horas. Ningún paciente en el que se decidiese ingreso en planta de hospitalización permaneció más de doce horas en el área de observación.

CONCLUSIONES: La lejanía de residencia del paciente con respecto al hospital influye a la hora de decidir su permanencia en observación unas horas. La nocturnidad favorece la decisión de dejar al paciente en observación. Entre las patologías más frecuentes destaca gastroenteritis aguda 25%, y los procesos respiratorios (bronquiolitis, broncoespasmo) con un 14%.

**MOTIVOS DE INGRESO DEL LACTANTE MENOR DE TRES MESES.**

M. Arriaga Redondo, M.A. Roa Francia, N. Gutiérrez Cruz, M. Sebastián Planas, M. Ortega Molina, P. Puyol Buil.
Servicio de Pediatría. Hospital General de Móstoles. Móstoles, Madrid.

OBJETIVO: Conocer los motivos de ingreso, desde el servicio de urgencias, del lactante de corta edad en un hospital secundario de la periferia de Madrid.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza estudio descriptivo retrospectivo de los lactantes menores de tres meses ingresados en nuestro hospital en un período de doce meses. Analizando los parámetros: número, sexo, edad, diagnósticos, motivo de consulta y pruebas diagnósticas.

RESULTADOS: Se ingresaron en total 115 lactantes, que representaban el 0,55% de las urgencias y el 9,34% de los ingresos. Los motivos de consulta frecuentes fueron la sintomatología respiratoria con el 35,65%, fiebre el 30%, digestiva el 18,2%, sospecha de infección de orina (ITU) en el 11,3%, irritabilidad en el 5,2%. Los diagnósticos finales más frecuentes fueron: bronquiolitis en el 21,7%, ITU en el 15,65%, gastroenteritis aguda (GEA) en el 12,1%, infección respiratoria alta en el 19,1%, meningitis y/o sepsis en el 5,2%, alergia/intolerancia proteínas leche (IPLV) en el 6,95%, reflujo gastroesofágico (RGE) en el 6,08%. De los 115 lactantes 71 eran niños (61,7%) y 44 niñas (38,3%) con edad media de 40,6 días (rango: 6-88). De los pacientes con GEA el 12,5% tenían coprocultivo positivo, habiéndose realizado cultivo de heces en 64 lactantes (55,7%). Se realizó urocultivo en el 35%, se realizó estudio de líquido cefalorraquídeo en 17 lactantes (14,8%). Se realizó detección de virus respiratorio sincitial en 68 (59,1%), siendo positivo en 15 muestras (22,1%). Se realizó estudio radiológico torácico en 54 lactantes (47%), mostrando patología en 6 (5,2% del total de lactantes y 11,1% de las realizadas). El sedimento urinario estaba alterado en 18 pacientes coincidiendo con el 100% de los urocultivos positivos. Se realizó hemocultivo en 23 pacientes, obteniéndose crecimiento en 7 de ellos, aunque en 5 se consideraron probables contaminaciones. Se obtuvo un total de 52 cultivos positivos en 48 pacientes (41,7%). Los días de estancia media fueron de $5,65 \pm 3,96$ y los días con clínica previos al ingreso de $3 \pm 4,99$.

CONCLUSIONES: El lactante menor de tres meses precisa especial consideración diagnóstica y de vigilancia, ello lleva a un número elevado de ingresos probablemente innecesarios, así como un número importante de cultivos y estudios radiológicos. Consideramos nuestros resultados acordes con los datos de hospitales con nuestro nivel asistencial.



EFFECTO DE LA EPIDEMIA DE GRIPE EN LA PRESIÓN ASISTENCIAL EN SERVICIOS DE URGENCIAS PEDIÁTRICOS DE ALAVA, GUIPÚZCOA, NAVARRA Y VIZCAYA.

Grupo de Trabajo de Urgencias de Pediatría de la Sociedad Vasconavarra de Pediatría.

Las epidemias de gripe se asocian con un incremento de la afluencia de pacientes a los diferentes servicios de urgencias, pediátricos o generales. En ocasiones la atención sanitaria se incrementa con un mayor número de profesionales sanitarios y, menos, con una mayor dotación de recursos arquitectónicos.

OBJETIVO: estudiar el efecto de la epidemia gripal sobre la frecuentación asistencial a los servicios de urgencias pediátricos de Alava, Guipúzcoa, Navarra y Vizcaya, y determinar si los efectos son similares en los diferentes servicios.

PACIENTES Y MÉTODO: Estudio de las variaciones de flujo de pacientes de 11 servicios de urgencias pediátricos. Se recogen los episodios registrados en el año 2004 y se compara el flujo medio de pacientes con el registrado los días de máxima afluencia de niños coincidiendo con la epidemia gripal. Así mismo, se estudian las variaciones de flujo existentes en las horas de máxima presión asistencial.

RESULTADOS: se incluyen en el estudio 11 servicios de urgencias pediátricos. En los servicios citados se registraron en 2004 218.287 episodios (media 19.844 episodios, límites= 5.071 y 59.783). Los días y las horas de máxima afluencia fueron muy similares en todos los servicios (festivos y sábados, alrededor de las 12:00 am y 18:00-19:00). Los episodios/hora registrados en 2004 oscilaron entre 0,57 y 6,82 en los diferentes servicios de urgencias y los episodios/hora/box de urgencias variaron entre 0,23 y 1,38. En los días de máxima afluencia de la epidemia gripal los episodios/hora registrados se multiplicaron por 2-3 veces según los servicios y en los fragmentos horarios de máxima afluencia de esos días el incremento fue de 5-6 veces (siendo cercano a 10 en un servicio).

CONCLUSIONES: el efecto de la epidemia gripal es similar en los diferentes servicios estudiados. Los picos de presión detectados son similares y predecibles. La calidad de la atención urgente proporcionada en épocas epidémicas requiere una adecuación de diferentes recursos sanitarios.



UTILIZACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL COMARCAL EN SU PRIMER AÑO DE FUNCIONAMIENTO.

C. Torres, A. Varona, I. Nieto, M.C. Muñoz, M.C. Jover, J.L. García Garmendia.

Servicio de Urgencias. Unidad de Pediatría. Hospital San Juan De Dios del Aljarafe. Sevilla.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El 04/12/2003 se inaugura el servicio de urgencias de un hospital comarcal en la zona del Aljarafe de Sevilla, situado a 6 kms del núcleo de la ciudad. Dicho servicio es atendido por 3 ó 4 médicos de familia y un pediatra. El hospital ofrece asistencia pediátrica en el área de urgencias, labor realizada conjuntamente con los médicos de familia, y cuenta con una observación de 5 camas. Presta atención sanitaria a una población de 250.000 habitantes, siendo una de las zonas de mayor crecimiento demográfico. El objetivo de este estudio es conocer el uso que se hace de este servicio y los motivos de consulta más frecuentes.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo de los episodios de urgencia en niños menores de 14 años en el 2004. Se analiza la distribución por meses, días de la semana y turnos, así como la estancia media, tiempo de espera y destino final del episodio.

RESULTADOS: Se registraron 81.152 episodios en urgencias, de los que 15.682 (21%) fueron urgencias pediátricas, con una media de 43,6 pacientes al día. Los meses de mayor incidencia fueron noviembre y diciembre. Los días de mayor frecuentación fueron los del fin de semana. El turno de mayor presión asistencial fue el de tarde con un 50% del total diario. Los niños menores de cinco años suponen el 54,6% de las urgencias, siendo su distribución por edades: primer año 15,2%, segundo año 7,5%, tercer año 14,2%, cuarto año 10% y quinto año 7,7%. Las urgencias traumatológicas supusieron el 25% de las consultas y del 75% de las médicas, la distribución fue la siguiente: fiebre 30%, vómitos y diarrea 11,8%, tos y dificultad respiratoria 9,2%, lesiones cutáneas 8,8%, dolor abdominal 7,4%, heridas 4,8%, TCE 4,4% y otalgia 3,9%. Del total de niños atendidos en urgencias, el 95,5% fue dado de alta a su domicilio, el 4,5% fue ingresado en la unidad de observación pediátrica y el 0,5% fue trasladado al h. de referencia. La estancia media en el servicio de urgencias fue de 111 min, y la media de tiempo en ser visto por primera vez por un médico fue de 32 min.

CONCLUSIONES: La presión asistencial ha ido en aumento progresivo desde la apertura del hospital. Como se recoge en otros estudios, la demanda es alta sin estar justificada, dado que un elevado número de pacientes son remitidos al domicilio. Tan sólo 6 pacientes han sido derivados a la UCIP directamente. La estancia media en el centro pensamos que es razonable, porque se atienden adultos y niños; en los últimos meses esta media se ha reducido considerablemente gracias a la organización en perfiles de los médicos de urgencias.



HABITOS POBLACIONALES EN EL USO DE LAS SOLUCIONES DE REHIDRATACIÓN ORAL PARA EL MANEJO DE LAS GASTROENTERITIS AGUDAS EN LA INFANCIA.

J. de las Heras Montero, B. Azkunaga Santibáñez, S. Capapé Zache, M. Santiago Burrutxaga, S. Mintegi Raso, J. Benito Fernández.

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

OBJETIVO: Conocer el grado y adecuación de las soluciones de rehidratación oral (SRO) para el manejo de las gastroenteritis agudas (GEA) por parte de los padres en nuestra población.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio prospectivo aleatorio de 199 encuestas realizadas a los acompañantes de los niños que consultaron en Urgencias de Pediatría (UP) en el periodo comprendido entre el 15-12-2004 y el 31-1-2005.

RESULTADOS: Se encuestaron 199 familias, en más de la mitad de los casos (67,2%) la persona encuestada fue la madre. De los 199, 97 (48,7%) habían tomado en alguna ocasión SRO, siendo la edad media de estos niños $50,46 \pm 42,59$ meses (rango 2 meses-180 meses) y la distribución por sexos similar (47,7% varones versus 52,3% mujeres). Las SRO más utilizadas fueron las soluciones líquidas en algo menos de la mitad de los casos (42; 47,2%). La mayoría de los niños (92,7%) toman SRO según indicación de su pediatra (62; 63,9%) o por indicación en UP (28; 28,9%). La mayoría (94; 96,9%) administran la SRO según cantidades pautadas por pediatra (54; 55,7%) o a demanda (40; 41,2%). Algo más de la mitad (53; 54,6%) encuentran dificultad para la administración de SRO. Casi el 80% cree en la utilidad de las SRO. Del total de encuestados 64 (72,1%) han tomado en alguna ocasión SRO casera y/o coca-cola o zumos para el manejo de las GEA. Cerca de la mitad de los niños 15;(42,8%) que toman SRO casera lo hacen por indicación de un pediatra.

CONCLUSIONES: el uso de las SRO para el manejo de las GEA esta extendido en nuestra población, haciéndose en general un buen uso de éstas siguiendo las indicaciones de los profesionales. En el ámbito poblacional se valora la utilidad de las SRO a pesar de encontrar en ocasiones dificultades para su administración. Hoy en día se siguen utilizando SRO no óptimas como SRO caseras o coca/zumos para el manejo de las GEA, siendo éstas incluso recomendadas por los pediatras.



COOPERACIÓN ESPAÑOLA PEDIÁTRICA EN EL SURESTE ASIÁTICO.

J. Sánchez de Toledo Sancho¹, A. Aramburo Caragol¹, J. Fábrega Sabaté², A. Martínez Rodríguez³, M. Galbe Sada⁴, F. García-Muñoz Rodríguez⁵.

Servicios de Pediatría, ¹Hospital Vall d'Hebron, Barcelona; ²Hospital Mútua de Terrassa; ³Centro de Saúde de Cambre, A Coruña; ⁴Hospital Central de Asturias, Oviedo; ⁵Hospital Materno Infantil de Canarias, Las Palmas. Sociedad Española de Medicina de Catástrofes (SEMECA).

INTRODUCCIÓN: El 26 de diciembre un maremoto de 9 puntos en la escala de Richter, arrasó el sureste asiático dejando una ola de destrucción en >11 países, con un balance de víctimas que supera las 200.000 personas. El Tsunami levantó una ola de cooperación internacional que ha alcanzado un nivel de respuesta no conocido con anterioridad. La Agencia Española de Cooperación Internacional junto con la SEMECA, Bomberos Unidos sin Fronteras y el SAMUR de Madrid han representado un pilar básico en la asistencia sanitaria a la catástrofe.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos la experiencia de la Cooperación Española pediátrica en dos de las zonas más afectadas por el Tsunami, representando los dos modelos de trabajo clásico en zonas de catástrofe: 1) asistencia de emergencia y triaje de las víctimas, realizado en Banda Aceh, norte de Sumatra (Indonesia) y 2) asistencia sanitaria y soporte logístico al campo de refugiados de Kinniya, noreste de Sri Lanka.

resultados: Con más de 150.000 víctimas, Banda Aceh es la zona más afectada. La Cooperación Española dió asistencia en puestos médicos avanzados en el aeropuerto militar de la ciudad del 2 al 12 de enero. Se realizó el triaje de los pacientes evacuados por vía aérea por las fuerzas aéreas del ejército norteamericano desde la costa oeste de Sumatra. Se realizaron 400 emergencias (40 casos pediátricos) asistiendo principalmente cuadros de insuficiencia respiratoria y sobreinfección respiratoria por ingestión de agua marina, politraumatismos, desbridamientos de heridas, amputaciones y cuadros de ansiedad. Los pacientes eran evacuados a campos de refugiados o centros hospitalarios según su gravedad. Se realizaron 150 transportes con vehículo medicalizado. En Kinniya, población de 85.000 habitantes con 503 fallecidos, 50 desaparecidos, 2.850 heridos, 100 huérfanos, 8.241 familias desplazadas (38.543 personas) y que sufrió la destrucción del hospital local, se prestó asistencia sanitaria al campo de refugiados de Al-Hira, entre el 5 de enero y el 18 de febrero, tras pasándose los poderes a las autoridades locales. Se asistió a 5.764 pacientes (3.228 varones, 2.536 mujeres), 2.155 niños. La patología pediátrica asistida fue: respiratorio (29,7%), heridas y curas (19,8%), traumatología (12,2%), dermatología (8,7%), diarrea (8,3%), síndromes febriles (3,8%), oftalmología: (2,8%), cirugía: (2,2%) y odontología: (1,3%).

CONCLUSIONES: Ante las emergencias sanitarias internacionales es importante estar preparado, tanto técnica como logísticamente para prestar la asistencia necesaria con un tiempo de respuesta corto. El papel del pediatra en la asistencia sanitaria en las zonas de catástrofe se ha convertido en un punto clave de las expediciones de SEMECA. Una vez superada la fase de emergencia, los esfuerzos de la cooperación internacional deben ir encaminados a mantener activo el trabajo iniciado y a impulsar el desarrollo sanitario de las zonas devastadas.



NEFROUROLOGÍA

ADHESIÓN AL PROTOCOLO DE PIELONEFRITIS AGUDA.

L. Salamanca Fresno, A. García Pose, P. Rubio Aparicio.
Servicio de Urgencias. Hospital Infantil La Paz. Madrid.

OBJETIVOS: Llevar a cabo un estudio acerca del seguimiento del protocolo de pielonefritis aguda en el servicio de urgencias de nuestro hospital. Analizar posibles modificaciones de dicho protocolo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Nuestro estudio parte de un análisis del protocolo de pielonefritis en función de la edad del niño (menores y mayores de 2 años). En segundo lugar se establecen sobre el protocolo 15 puntos de decisión a evaluar. Para llevar a cabo el estudio se revisaron 98 historias clínicas realizadas en el servicio de urgencias de nuestro hospital entre los días 1 y 19 de Agosto del 2004. Los criterios de inclusión en el protocolo parten de una sospecha clínica de pielonefritis (fiebre asociada o no a otros síntomas como vómitos, anorexia, dolor lumbar o abdominal, irritabilidad, pérdida de peso o de apetito...sin olvidar la existencia de una fiebre sin foco en niños menores de 2 años). Se consideró como leucocituria un resultado en la tira reactiva de orina igual o mayor a dos cruces.

RESULTADOS: Llegamos a que el 67% de las historias se adherían correctamente al protocolo, mientras que en el 33% restante se recogen 1 o más errores. Analizando los puntos de decisión establecidos sobre el protocolo se observa como el error más frecuente (61%) aparece dentro de la rama de pacientes menores de 2 años y consiste en enviar a urocultivo una orina normal según la tira reactiva en mayores de tres meses. El segundo error en frecuencia (18%) se localiza en pacientes mayores de 2 años en los que tras realizar una tira reactiva normal se envía para cultivar. El tercer error (9%) radica en la comprobación de una primera muestra de orina alterada con un sondaje vesical u obtención de orina a mitad de chorro en vez de realizar una punción suprapúbica que aparecía como método de elección en el protocolo.

CONCLUSIONES: Como hemos podido comprobar la adhesión al protocolo de pielonefritis es más que aceptable (67% adheridas correctamente). Los errores se concentran en su mayoría en la rama de pacientes menores de 2 años, y consiste en solicitar en niños mayores de 3 meses cultivo (\pm GRAM) siendo la tira reactiva de orina normal. Discusión acerca del protocolo: 1) ¿Deberían tenerse en cuenta los antecedentes nefrourológicos?. 2) ¿Pueden considerarse equivalentes para obtener una muestra estéril la punción suprapúbica, el sondaje vesical y la obtención de orina a mitad de chorro?. 3) ¿Qué hacer ante una tira reactiva normal en niños mayores de 2 años. 4) ¿A partir de cuantas cruces en la tira reactiva se puede considerar leucocituria?

**TRATAMIENTO EMPÍRICO DE LA INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO EN PEDIATRÍA.**

M.E. May Llanas, A. Moreira Echeverría, M.J. Comesías González, A. Gasós Rubio*, C. Veciana García-Boente.
Servicio de Pediatría. * Servicio de microbiología. Hospital Sant Joan de Déu. Martorell. Barcelona.

INTRODUCCIÓN: La infección del tracto urinario (ITU) es una de las patologías que atendemos con más frecuencia en nuestro servicio de urgencias, constituyendo la segunda causa de ingreso en pediatría.

objetivos: Revisar la casuística propia de ITU que requiere ingreso y la política antibiótica empírica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión retrospectiva de 69 historias clínicas correspondientes a los ingresos por ITU en los años 2003-2004, recogiendo edad, sexo, antecedentes de uropatía, sintomatología, pruebas complementarias y tratamiento.

RESULTADOS: Se revisaron 69 pacientes (32 niños y 37 niñas) con edad media de 15,42 meses (62<24 meses). Uropatía previa en 6 casos. Síntomas : fiebre (62) con Tª media 38,42 °C, rechazo del alimento (22), vómitos (14), irritabilidad (7), disuria (5) y dolor lumbar (2). Sondaje vesical a 59 pacientes. Sedimento de orina: >50 leucocitos/campo (33), 15-50 (22), 5-15 (13) y <5 (1). Gram: abundante proliferación bacteriana (26), moderada (19) y escasa (24). Urocultivo: *E. coli* (52), *P. mirabilis* (8), *K. pneumoniae* (3), dos contaminaciones, *E. faecalis* (2), *E. hormaechei* (1) y *E. aerogenes* (1). Las cepas aisladas de *E. coli* mostraron una resistencia a la ampicilina del 57,4%, al cotrimoxazol del 22,2% y a la amoxicilina-clavulánico del 3,7% total e intermedia del 7,4%. Todas fueron sensibles a cefuroxima, cefotaxima, ceftriaxona y gentamicina. Análítica sanguínea: 15088,40 leucocitos/mm³ (5100-37200) con neutrofilia de 54,8% y PCR de 62,825 mg/L (3-230.3). Urea y creatinina normales en todos los casos. Hemocultivo positivo en 5 casos (3 *E. coli*, 1 *P. mirabilis* y 1 *E. hormaechei*). Tratamiento empírico: amoxicilina-ác clavulánico (54), cefotaxima (5), ampicilina y gentamicina (4), amoxicilina-ác clavulánico y gentamicina (2), gentamicina (1), cefuroxima (1), cefotaxima y gentamicina (1) y ceftriaxona (1). Tras el alta se indicó profilaxis hasta la realización de la cistografía en 48 pacientes. Se realizó ecografía en 68 casos (patológica en 20), cistouretrografía retrógrada en 60 (9 reflujo vesico ureterales y 2 pendientes de realización) y gammagrafía renal con DMSA en 41 (8 mostraron focos de pielonefritis y 18 están pendientes de realizarse).

CONCLUSIONES: La sensibilidad in vitro de la *E. coli* a la amoxicilina-clavulánico ha disminuído en los últimos años en nuestro medio del 96,3% en 2002 (fuente propia) al 86,8% en 2004 (p:NS), por lo que tal vez deberíamos plantearnos una alternativa como tratamiento empírico. En nuestra serie existe una sensibilidad del 100% a la cefuroxima, por lo que consideramos que podría ser una buena elección.



INFECCIONES DEL TRACTO URINARIO EN LA EDAD PEDIÁTRICA. UTILIDAD DE LAS DIFERENTES PRUEBAS DIAGNÓSTICAS.

A.M^a Cueto*, A. García*, J. Fàbrega*, S. Quintana**, Ll.. Tobeña*.

*Servicio de Pediatría, **Unidad de Cuidados Intensivos. Hospital Mútua de Terrassa. Terrassa (Barcelona).

OBJETIVOS: Realizar una casuística de las infecciones de tracto urinario (ITU) hospitalizadas desde nuestro Servicio de Urgencias, valorando la utilidad de las diferentes pruebas diagnósticas realizadas según los diferentes grupos de edad y analizando la frecuencia de los diferentes patógenos así como su antibiograma.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes diagnosticados e ingresados por ITU en nuestro servicio durante el período comprendido entre 1/1/2002 y 31/12/2004. Se define ITU como la presencia de un urinocultivo positivo a > 10.000 UFC/mL de un solo germen, obtenido por método estéril (sondaje vesical, punción suprapúbica) o > 100.000 UFC/mL por micción espontánea en niños continentales. Se han analizado según los diferentes grupos de edad los siguientes datos epidemiológicos: sexo, presencia o no de pielonefritis aguda (PNA) (definida como fiebre $>38^{\circ}\text{C}$ axilar o rechazo del alimento asociado a ITU); datos analíticos: leucocitosis, proteína C reactiva, procalcitonina y leucocituria; urinocultivo, hemocultivo y su antibiograma. Análisis estadístico mediante SPSS Windows v 12.0. Se predetermina la significación estadística como $p < 0,05$.

RESULTADOS: De los 177 pacientes revisados el 82% (146) presentaban PNA, con edades comprendidas entre los 6 días y los 15 años (media 1,7 años, DS 2,89 años), de ellos un 58% fueron niñas y un 42% niños. La etiología por orden de frecuencia fue: *Escherichia coli* 86%, *Proteus mirabilis* 6,2%, *Pseudomonas* 1,7%, enterococo 0,6% y otros 5,6%. Siendo la resistencia encontrada de *Escherichia coli* más frecuente a ampicilina (33,3%). Sólo un 6,8% (10) de los pacientes diagnosticados de PNA presentó hemocultivo positivo, correspondiendo en todos los casos al mismo germen hallado en el urinocultivo. No se encontraron diferencias significativas de la edad, sexo o parámetros analíticos en los pacientes con hemocultivo positivo.

CONCLUSIONES: En nuestra serie, al igual que en la literatura publicada, el germen más frecuente hallado es el *Escherichia coli*. Sólo un 6,8% de las PNA presentan una bacteriemia asociada. No se han encontrado diferencias significativas de edad, sexo o parámetros analíticos en los pacientes con hemocultivo positivo, probablemente porque el tamaño de nuestra muestra es pequeño. Los pacientes que presentan bacteriemias presentan los mismos gérmenes que los encontrados en los urinocultivos y con la misma sensibilidad, por lo que no han supuesto necesidad de cambio de cobertura antibiótica.

**ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS CULTIVOS ORINA RECOGIDOS EN UN SERVICIO DE URGENCIA.**

C. Ignacio del Cerro*, M. Jiménez Carrascosa*, C. Míguez Navarro**, O. Acero Medina*, C. Pascual Fernández*, V. Cañadas Franco.

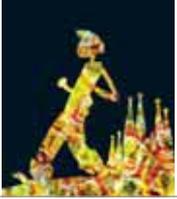
**Due de Urgencias*, ** *Adjunto de Urgencias. Sección Urgencias del Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid.*

OBJETIVO: La realización de cultivo de orina es una prueba muy solicitada en urgencias pediátricas, sobre todo en lactantes, por lo que decidimos analizar los resultados de cultivos de orina realizados en un Servicio de Urgencias pediátricas y relacionar dichos resultados con las distintas técnicas de recogida de orina.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza estudio descriptivo transversal desde el 1 de octubre al 31 de Diciembre de 2004 de los niños a los que se recogía cultivo de orina en el Servicio de Urgencias pediátricas del Hospital infantil Gregorio Marañón. Se recogían los urocultivos realizados en urgencias y posteriormente se revisaban las historias clínicas de urgencias de esos niños. Las variables recogidas son: edad, método de recogida de la muestra de orina (bolsa de orina, sondaje vesical, micción espontánea), resultado del cultivo, diagnóstico, ingreso o no y tratamiento. Los datos se introdujeron en una base de datos Microsoft Access 2002 y se analizaron estadísticamente en SPSS. Se consideraron cultivos positivos: $> 100.000 \text{ col/mm}^3$ si era recogido por bolsa o micción espontánea, $> 10.000 \text{ col/mm}^3$ si era recogida por sondaje.

RESULTADOS: Se analizaron 1522 urocultivos de los cuales un 47,1% eran recogidos por bolsa, un 30,9% micción espontánea, un 9,7% sondaje vesical y un 12,2% sin datos. Resultados de los cultivos: negativos el 70,6%, positivos 9,1%, contaminados un 10,7% y derramados 9,5%. Del total de muestras contaminadas un 25,3% eran recogidas por bolsa (2ª bolsa) y un 1,1% por sondaje vesical. Fue el grupo de niños diagnosticados de síndrome febril el de mayor número de contaminaciones en el urocultivo con un 26%, mientras que la diarrea y la Infección de orina presentaban contaminaciones en un 7,5% y un 7,4% respectivamente. Los niños diagnosticados de infección de orina presentaban cultivo negativos un 36%, positivo 46% y contaminados 8,8%.

CONCLUSIONES: En nuestro estudio hay un 70% de urocultivos negativos lo que nos hace pensar en un alto número de indicaciones innecesarias. Existe un elevado porcentaje de muestras derramadas (9,4%), siendo necesaria la supervisión de la cadena de transporte. El cultivo por sondaje vesical debe ser el método de elección de recogida de orina en niños incontinentes ya que es un indicador básico de calidad. La indicación innecesaria de urocultivos aumenta la iatrogenia, costes, tiempo y sufrimiento de los niños.



HEMATURIA MACROSCÓPICA COMO FORMA DE PRESENTACION DE ESQUISTOSOMIASIS VESICAL

M. Garatea Rodríguez*, N. Viguria Sánchez*, D. Martínez Cirauqui*, L. Torroba Álvarez**, J. Esparza Estáun***, E. Bernaola Iturbe*

*Servicio de Pediatría. **Servicio de Microbiología. ***Servicio de Radiología. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

INTRODUCCIÓN: La esquistosomiasis vesical es una infección por *Schistosoma haematobium*, parásito endémico de África Central y Oriental. La infección se contrae al bañarse en aguas dulces que contienen el parásito, emitido por el huesped intermediario (caracol). El parásito atraviesa la piel y a través del torrente sanguíneo llega a vejiga donde realiza la puesta de huevos. Los huevos se acumulan en vejiga y provocan la hematuria y la disuria. El acúmulo de huevos en vejiga puede producir obstrucción de las vías urinarias e insuficiencia renal e incluso por la irritación continua puede llegar a producir adenocarcinoma vesical. Presentamos dos casos clínicos en 2 hermanos procedentes de Mali (África).

CASOS CLÍNICOS:

Caso 1: Varón de 12 años que acude a Urgencias de Pediatría por presentar hematuria macroscópica al final de la micción de 15 días de evolución asociado a disuria y sensación febril no termometrada. Exploración física por aparatos normal. En la analítica de sangre realizada se aprecia anemia microcítica e hipocroma y marcada eosinofilia (19.9%). En el sedimento de orina se aprecia hematuria > 100 hematíes por campo y proteinuria moderada. En la ecografía abdominal se visualiza formación nodular sésil en pared de vejiga. El estudio microbiológico de la orina reveló la infección por *Schistosoma haematobium*, *Balantidium coli* y *Salmonella typhi*.

Caso 2: Varón de 10 años, hermano del anterior, con misma sintomatología pero sin alteraciones analíticas ni ecográficas. *Schistosoma* y *Balantidium* en análisis microbiológico de la orina. Ambos reciben tratamiento con Prazicuantel y TMP-SMX desapareciendo la sintomatología. Pendientes de control ecográfico y microbiológico.

CONCLUSIÓN: Ante una hematuria en un paciente inmigrante hay que descartar esquistosomiasis vesical. Con el aumento de la población inmigrante cada vez se ve más patología importada de otros países en los servicios de Urgencias. Es importante conocerla para poder tratarlas adecuadamente. Creemos necesario aplicar un protocolo de despistaje de enfermedades importadas en los pacientes inmigrantes.

**EDEMAS E HIPOPROTEINEMIA. CASO CLÍNICO.**

E. Gembero Esarte, B. Solís Gómez, N. Clerigué Arrieta, M. González Villar, J.M Del Moral Aldaz, F. Sánchez-Valverde Visus.

Servicio de Pediatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

INTRODUCCIÓN: El edema es la acumulación excesiva de líquido intersticial. Puede ser el resultado de un aumento de la presión capilar (insuficiencia cardíaca congestiva) o de la disminución de la concentración de proteínas en el plasma, que a su vez puede deberse a un incremento de las pérdidas (renales, cutáneas o digestivas), a un aporte disminuído (malnutrición) o trastorno del flujo linfático.

CASO CLÍNICO: Niña de 12 años, que consulta por edemas palpebrales y en extremidades inferiores de una semana de evolución, astenia, sensación nauseosa sin pérdida de apetito, y dolor abdominal postprandial en epigastrio. Antecedentes personales: atopia y asma. Hematemesis a los 3 años tras la ingesta de Antiinflamatorios no esteroideos. Antecedentes familiares: padre, ulcus duodenal. Exploración física: Peso: 62,9 kg. Talla: 152,2 cm. TA: 129/69, FC: 64 lpm, FR: 14 resp/min, Sat O₂: 97%. Edemas con fóvea en extremidades inferiores (hasta muslos), y en párpados. Auscultación cardiopulmonar no se apreciaron alteraciones. Abdomen: doloroso a la palpación en epigastrio. Resto de la exploración fue normal. Análisis sanguíneos: eosinofilia (17,3%), hipoproteïnemia (33 g/L) e hipoalbuminemia (18 g/L). Orina: normal. Rx de tórax y ECG: normal. Evolución: durante su ingreso se objetivó una pérdida digestiva de proteínas (alpha-1-antitripsina: 0,71 mg/g de heces). La serología y determinación de antígeno de *H. pylori* en heces fueron positivas. Se detectó sangre oculta en heces y se hizo una esofagogastroduodenoscopia con toma de biopsias, siendo sugestiva de gastritis linfocítica hipertrófica con presencia de *Helicobacter pylori* en cuerpo gástrico. Diagnóstico: Gastritis linfocítica hipertrófica pierdepoteínas. Enfermedad de Menetriere. Tratamiento: restricción de los aportes hídricos, Seroalbúmina (1g/kg/día) en perfusión continua y Furosemida (1 mg/kg/día). La infección por *H. pylori* se trató con Omeprazol (20 mg/12h), Claritromicina (15 mg/kg/día) y Amoxicilina (50 mg/kg/día). La evolución fue adecuada.

COMENTARIOS: 1) La enfermedad de Menetriere, aunque infrecuente es una causa de edemas en la infancia. 2) En ausencia de otras alteraciones, ante presencia de síntomas dispépticos, edemas e hipoproteïnemia, debemos sospechar esta entidad. 3) *H. pylori* es uno de los microorganismos más frecuentemente asociados a esta patología. 4) A diferencia de los adultos, en los niños es un cuadro benigno y autolimitado.

**PAPEL DE LA ECOGRAFÍA EN EL DIAGNÓSTICO DEL ESCROTO AGUDO EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS.**

I. Loverdos Eserverri, C. Duran Feliudabaló, T. Muñoz Espin, P. Abad Calvo, J. Pérez Sánchez. M. Vilà de Muga. *Servicio de Medicina Pediátrica. Hospital de Sabadell. Corporación Sanitaria Parc Taulí. Sabadell.*

INTRODUCCIÓN: El escroto agudo, definido como dolor o edema escrotal, representa sólo el 0,5% de las consultas a los servicios de urgencias, pero plantea un reto diagnóstico para el pediatra ya que su etiología es muy variada. La ecografía-Doppler representa el método diagnóstico de elección en la patología escrotal por ser rápido, sensible y permitir valorar el flujo vascular testicular. La gran mayoría de niños con clínica de escroto agudo presentan causas no subsidiarias de cirugía; sin embargo ante una clínica sugestiva de torsión testicular la ecografía-doppler puede resultar de gran ayuda.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos una revisión retrospectiva de los niños que acudieron al servicio de Urgencias con clínica de escroto agudo durante el año 2004. Se recogieron datos acerca de la edad, horas de evolución de la clínica, tratamiento recibido, realización de ecografía urgente y derivación a Cirugía Pediátrica.

RESULTADOS: De un total de 44.354 visitas al servicio de urgencias, 88 pacientes (0,2%) consultaron por clínica de escroto agudo. Se diagnosticaron 4 niños (4,5%) de torsión testicular mediante clínica y ecografía. Tres de ellos requirieron orquiectomía: una torsión prenatal y 2 niños que acudieron a urgencias con clínica de más de 12 horas de evolución. En el cuarto caso se realizó orquidopexia de teste viable en un niño que consultó a las 5 horas de inicio del cuadro. Se diagnosticaron 2 pacientes de 10 años de orquiepididimitis mediante ecografía, pautándose tratamiento antibiótico. 15 casos se orientaron como epididimitis (17%), 7 de ellos con ayuda de la ecografía, presentando una edad media de 10 años y 70 horas de evolución al diagnóstico. La torsión de hidátide fue el diagnóstico más frecuente, 35 casos (39,7%), con clínica de dolor de unas 40 horas de evolución y edad media al diagnóstico de 10 años; sólo en 2 casos en que la clínica fue dudosa se realizó ecografía urgente. El resto de pacientes que consultaron fueron diagnosticados de dolor testicular idiopático (18 casos) realizándose ecografía urgente en 6 de ellos, varicocele (2 casos), hernia inguinal (1 caso) e hidrocele (11 casos).

CONCLUSIÓN: La ecografía se ha convertido en una herramienta básica en el diagnóstico de la patología escrotal que debería estar al alcance de todo médico de emergencias. Debería ser un recurso al alcance de todo médico de emergencias, pero no deberá reemplazar al criterio clínico ni semiológico.



PRESENTACIÓN ATÍPICA DE PÚRPURA DE SCHONLEIN-HENOCH. REVISIÓN DE LA CASUÍSTICA DE UN HOSPITAL COMARCAL.

G. Sarquella Brugada, A. García Henares, Ll. Tobeña Boada, A. Díaz Conradi.
Servicio de Pediatría. Hospital Mútua de Terrassa.

INTRODUCCIÓN: La púrpura de Schönlein-Henoch (PSH) suele presentarse clínicamente como púrpura cutánea, pero puede debutar como afectación articular, abdominal o renal.

CASO CLÍNICO: Varón de 8 años, sin antecedentes, que consulta al Servicio de Urgencias por dolor abdominal cólico y vómitos biliosos de 24 horas de evolución, sin fiebre ni diarreas. La exploración física es anodina, salvo dolor a la palpación abdominal, sin peritonismo. No presenta lesiones cutáneas ni signos de artritis. La analítica sanguínea es normal. Dada la persistencia de vómitos, se realiza ecografía abdominal evidenciándose duodenitis. A las 24 horas aparece artritis de rodilla derecha. A los 4 días se observa rash petequeial, con lo que se diagnostica de PSH de presentación atípica. Se instaura tratamiento corticoideo para la sintomatología abdominal, con mejoría del cuadro. En el seguimiento en Consultas Externas de Pediatría, se observa proteinuria en rango nefrótico, sin insuficiencia renal, por lo que se inicia tratamiento con enalapril, con buena evolución.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se han recogido los pacientes diagnosticados de PSH en urgencias de pediatría, valorando la clínica de debut. Se ha revisado la evolución, valorando la afectación renal, uso de corticoides y nuevos brotes de PSH.

RESULTADOS: Se han recogido 12 casos de PSH, siendo sólo 3 de ellos niñas (25%). La edad al diagnóstico del primer brote está comprendida entre 3 y 8 años (media 5,2 años). La forma clínica de presentación más frecuente ha sido púrpura (92%), seguido de artritis (42%). En un solo caso la clínica de presentación fue duodenitis aislada. En 3 casos (25%) fueron necesarios tratamiento corticoideo para la mejoría de la clínica de dolor abdominal. Cuatro de los 12 pacientes (33%) tuvieron una recidiva cutánea en al menos una ocasión. En cuatro pacientes (33%) se detectó proteinuria en rango nefrótico, que obligaron a realizar tratamiento con enalapril. Ninguno de ellos ha desarrollado insuficiencia renal en 6 años de seguimiento. Sólo un caso se biopsia, apareciendo lesiones mínimas.

CONCLUSIONES: La PSH tiene un debut cutáneo en la mayoría de los casos, facilitando su diagnóstico. A pesar de esto, hay que tener en cuenta otras formas de presentación articular o abdominal. La duodenitis acompañada de artritis es muy sugestiva de PSH por lo que se debe vigilar la posible afectación cutánea posterior que nos confirma el diagnóstico y evita exploraciones complementarias innecesarias.

**PÓLIPO ANTROCOANAL: DIFERENTES FORMAS DE PRESENTACIÓN EN URGENCIAS.**

R.Rossich Verdés*, A.Vázquez Reverter*, C. Barceló Cañellas**, F.Pumarola Segura***, X.Perramon Montoliu*, E.Vara Robles*

*Servicio de Urgencias, **Servicio de Cirugía Pediátrica, ***Servicio de Otorrinolaringología. Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebrón. Barcelona.

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS: El pólipo antrocoanal (PAC) o pólipo de Killian se origina principalmente en el seno maxilar y en su crecimiento pasa y se extiende a cavidad nasal. Es benigno y más frecuente en niños y adultos jóvenes. Presenta poca o ninguna asociación con historia de alergias. Aunque la clínica más frecuente es la obstrucción nasal unilateral, en casos severos puede comportar compromiso respiratorio como síndrome de apneas obstructivas del sueño e incluso riesgo vital. Presentamos 5 casos que muestran la heterogeneidad en sus formas de presentación.

OBSERVACIONES CLÍNICAS:

Caso 1: Niña de 10 años que consulta por sensación de cuerpo extraño en faringe y tos irritativa de pocas horas de evolución.

Caso 2: Niña de 5 años diagnosticada de PAC, pendiente de cirugía, acude a urgencias por extrusión aguda de masa poliposa por narina derecha.

Caso 3: Niño de 5 años con cuadro catarral de vías altas. La madre aprecia masa en fosa nasal izquierda.

Caso 4: Niño de 7 años con rinolalia cerrada, cefalea, rinorrea purulenta y estornudos de 4 meses de evolución.

Caso 5: Niño de 9 años con obstrucción nasal izquierda, de predominio nocturno y ronquidos de 3 meses de evolución. La presentación clínica en urgencias fue aguda (caso 1-2-3) o subaguda (4-5).

En todos los casos la exploración física mostró una masa polipoidal y la TC, masa unilateral que ocupaba completamente antro maxilar. Todos los pacientes fueron tratados quirúrgicamente.

COMENTARIOS: 1) Debe considerarse el PAC en el diagnóstico diferencial de cualquier niño con masa nasal. Pese a la importancia de la historia clínica completa y detallada y la endoscopia nasal, las pruebas de imagen son imprescindibles para confirmar el diagnóstico. 2) El diagnóstico diferencial entre los pólipos nasales simples y el PAC se fundamenta en las características observadas en las pruebas de imagen, ya que no existen diferencias ni macro ni microscópicamente entre estas dos entidades. La prueba indicada en primer lugar es la Rx simple de senos. Posteriormente, sobretudo antes a la cirugía, se debería realizar una TC o RMN. 3) El propio crecimiento del pólipo y el compromiso de espacio de la misma pueden ocasionar la aparición de complicaciones graves como la torsión, estrangulación y posterior autoexpulsión del pólipo o parte del mismo: vía anterior (nariz) o vía posterior (boca) con el consiguiente riesgo de asfixia.



QUISTE OMENTAL: FORMAS DE PRESENTACIÓN CLÍNICA

J. Ruiz Jiménez, M.L. Mompó Marabotto, M. Vega Senra, A. Sánchez Lorente, J. Marín Serra, J.R. Bretón Martínez
Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.

INTRODUCCIÓN: Quiste omental, es una masa abdominal quística benigna. Los quistes de epiplón, mesenterio y retroperitoneo son poco frecuentes, y a veces, de diagnóstico difícil. En pediatría, estas masas corresponden a linfangiomas quísticos que pueden adherirse a los tejidos, pero no los invaden. Raramente son masas provenientes del tejido mesotelial o epiplón.

CASOS CLÍNICOS:

Caso 1: Varón de 14 meses con crisis de llanto asociadas a enrojecimiento facial, flexión de piernas (dolor abdominal) y defensa a la palpación abdominal. Inter crisis asintomática. No asocia otra clínica ni otros hallazgos a la exploración. Estudios de laboratorio normales. Rx simple y ecografía abdominal: imagen quística 5x2x4 mm en hemiabdomen izquierdo de localización mesentérica profunda sin calcificaciones. RNM con contraste: lesión de 3x3,5 mm localizado en cola de páncreas y anterior al riñón izquierdo sin depender de ellas, compatible con imagen quística mesentérica intrabdominal. Actualmente actitud expectante.

Caso 2: Varón de 2 años, distensión abdominal de un mes de evolución y aumento de su hernia umbilical. No otras manifestaciones clínicas. En la exploración intensa palidez cutáneo-mucosa, gran distensión abdominal con signo de la oleada positivo, hernia umbilical protuida, resto anodino. Anemia hipocrómica-microcítica con 8 g de Hb, 25% de Htco y VCM de 78 fl, serie blanca normal y 524.000 plaquetas. Ferropenia. Resto parámetros biológicos normales. Rx abdomen: desplazamiento medial de colon ascendente compatible con líquido ascítico. Eco-doppler abdominal: abundante líquido libre intraperitoneal con contenido ecogénico sugestivo de ascitis no serosa. TAC abdómino-pélvico: importante cantidad de líquido intrabdominal, resto anodino. Paracentesis: líquido hemorrágico, pH 8,5, proteínas 5,6 g/dl, glucosa 30 mg/dl, LDH 3.260 mU/l. Cultivo negativo. En la laparotomía exploradora: quiste omental de 12x8 cm de contenido hemorrágico. Se practicó quistectomía, siendo la evolución favorable.

COMENTARIOS: Las manifestaciones clínicas del quiste mesentérico suelen presentarse en la primera infancia y más raramente en el período neonatal. Los síntomas más comunes son dolor abdominal, distensión abdominal y menos frecuentemente, ascitis hemorrágica. La radiografía suele mostrar imagen no calcificada de características quísticas. La ecografía es la prueba de imagen de elección. A veces se requiere la laparotomía exploratoria para llegar al diagnóstico. El tratamiento será quirúrgico.



MALTRATO Y METABOLISMO

EPISODIO APARENTEMENTE LETAL COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DEL SÍNDROME DEL NIÑO AGITADO.

O. Ordóñez Sáez, R. González Escudero, I. Jiménez López, G. López González, S. Prieto Martínez.

Servicio de pediatría. Hospital 12 de octubre. Madrid.

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS: los niños que son sacudidos por sus cuidadores presentan un cuadro clínico muy variable, aunque existe una serie de características que aparecen en la mayoría de casos: ocurre en lactantes (sobre todo menores de 6 meses) que no suelen presentar signos externos de maltrato pero sí hemorragias subdurales y retinianas. En ocasiones pueden debutar con un episodio aparentemente letal para el observador (ALTE), como en el caso clínico que a continuación presentamos.

OBSERVACIONES CLÍNICAS: lactante de 5 meses con crisis de llanto y un ALTE, que ingresa para estudio. En la exploración se evidencia hematoma en mejilla izquierda y escasas petequias en cara y tronco. A los dos días del ingreso inicia crisis convulsivas motoras focales del hemicuerpo derecho, que no ceden a pesar del tratamiento anticonvulsivo, por lo que se traslada a la unidad de cuidados intensivos. Se realiza una resonancia magnética que muestra hemorragias subdurales hemisféricas e interhemisféricas y lesiones hemorrágicas corticales así como dilatación del sistema ventricular, sugerentes de traumatismo no accidental o síndrome del niño agitado. En el fondo de ojo se observan hemorragias retinianas. El paciente evoluciona favorablemente recuperando la movilidad del hemicuerpo afectado previamente al alta. Se da parte al juzgado que realiza las investigaciones precisas y al no encontrarse indicadores de riesgo se mantiene la custodia favorable a los padres. Actualmente sigue revisiones en consulta y no presenta hasta el momento ningún tipo de secuela.

COMENTARIOS: Es importante tener en cuenta la posibilidad del maltrato en el diagnóstico diferencial de los niños con ALTE. Los lactantes poseen unas características anatómicas que les hacen más vulnerables a las fuerzas de aceleración-desaceleración que se producen cuando se les agita. A partir de este punto todo lo referente a este síndrome es muy confuso, ya que existen pocos estudios de calidad que nos indiquen las fuerzas y mecanismos implicados en su producción. Lo que sí queda claro es la importancia de informar a los cuidadores de los riesgos que conlleva sacudir a los lactantes ya que en ocasiones pueden hacerlo de forma inconsciente y ofrecerles alternativas para superar el estrés que les produce el llanto.

**DETERIORO NEUROLÓGICO AGUDO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE MALTRATO INFANTIL.**

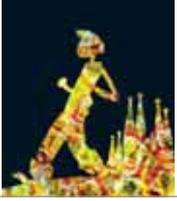
A. Torrent Vernetta, R. Rossich Verdés, A. Vázquez Reverter, J. Quintero Bernabeu, E. Vara Robles, X. Perramon Montoliu.

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

FUNDAMENTO Y OBJETIVO: El deterioro neurológico agudo en pediatría puede ser una situación potencialmente mortal que requiere la identificación rápida de su origen: traumatismo craneoencefálico, infecciones del sistema nervioso central, hipoxia, convulsiones y encefalopatía metabólica. Nuestro objetivo es exponer el caso de un lactante de 2 meses con deterioro neurológico agudo en el que es necesario hacer el diagnóstico diferencial de estas patologías y reconocer los hallazgos que orientan hacia el síndrome del niño maltratado.

OBSERVACIONES CLÍNICAS: Lactante de dos meses remitida por depresión neurológica con irritabilidad, hipoactividad generalizada, desviación de la mirada y rechazo del alimento de 4 días de evolución. Como antecedentes patológicos consta ingreso en otro centro 15 días antes por fiebre e irritabilidad, catalogado de otitis media tratada con cefotaxima endovenosa. En la exploración física destaca: mal estado general, aspecto distrófico, sequedad cutánea y frialdad acra. Neurológicamente destacan fontanelas amplias, diástasis de suturas, pupilas midriáticas lentamente reactivas, estrabismo convergente bilateral, ptosis derecha y nula fijación de la mirada, marcada hipotonía y episodios de somnolencia e irritabilidad oscilantes. Otros datos: tumefacción a nivel de sexta costilla derecha y dos lesiones ulceradas en pilares palatinos de distribución simétrica. Las exploraciones complementarias más relevantes al ingreso fueron: Rx tórax: fracturas costales (6ª y 7ª derechas), TAC craneal: colección líquida subdural. Ingresó en Cuidados Intensivos con el diagnóstico de hipertensión endocraneal secundaria a hidrocefalia externa. Ante el posible origen traumático se practica fondo de ojo que evidencia hemorragias retinianas bilaterales, y serie esquelética que muestra fracturas en diferentes estadios de consolidación en fémur izquierdo, húmero izquierdo y costillas. La RMN cerebral confirma hematoma subdural subagudo tributario de tratamiento quirúrgico. Todas las exploraciones orientan el cuadro como un caso de síndrome del niño apaleado.

COMENTARIOS: El maltrato infantil, ya sea en el contexto del síndrome del niño apaleado o en su variante, el síndrome del niño sacudido, es una de las causas importantes de daño cerebral de origen traumático en pediatría. Pueden no tener signos externos de traumatismo y manifestarse con cambios del nivel de conciencia, falta de apetito, convulsión o apnea. Ante la sospecha de esta entidad es básica la exploración sistemática por aparatos, y la práctica de fondo de ojo, TAC cerebral y serie esquelética.

**SÍNDROME DE MÜNCHAUSEN POR PODERES EN URGENCIAS: UN RETO DIAGNÓSTICO Y DE IMPLICACIÓN.**

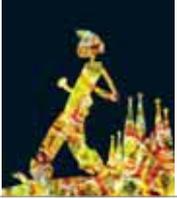
R. Rossich Verdés, A. Torrent Vernetta, A. Morales La Madrid, J. Quintero Bernabeu, E. Vara Robles, X. Perramon Montoliu.

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

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS: El síndrome de Münchausen por poderes (SMP) es una forma de maltrato infantil en el que el cuidador, habitualmente la madre, simula o provoca síntomas o signos de enfermedad en el niño. El abuso no empieza propiamente hasta que el médico se implica activamente en el proceso diagnóstico-terapéutico por lo que estos pacientes presentan una alta frecuentación hospitalaria, sobre todo del Servicio de Urgencias. Nuestro objetivo es presentar un caso de sospecha de SMP para destacar los signos de alarma y dificultades diagnósticas que caracterizan esta patología.

OBSERVACIONES CLÍNICAS: Niño de 7 años que acude a urgencias por dificultad respiratoria. Antecedentes patológicos: Alergia a los beta-lactámicos, látex y algunos alimentos. Ex-prematuro de 35 semanas. Bronquitis. Asma bronquial que requiere tratamiento de base y presenta exacerbaciones frecuentes. Reflujo gastroesofágico que ha requerido cirugía en 4 ocasiones. Reflujo vesicouretral grado II, últimos controles dentro de la normalidad. Herniorrafia bilateral. Adenoidectomía. Amigdalectomía. Estudios de apneas, bradicardias y hematuria: negativos. Hiper-hipoglicemias no filiadas. (58 Ingresos, consultas a Urgencias 78, consultas externas 54). Exploración física: Eupneico. A la auscultación respiratoria: sibilantes bilaterales. Se realiza en presencia de la madre una nebulización (1º) con salbutamol sin mejoría auscultatoria. Se repite nebulización (2º) observándose como a los pocos segundos la madre interrumpe el tratamiento. Posteriormente se realiza otra nebulización (3º) en presencia de la madre y de personal sanitario, presentando una importante mejoría auscultatoria. Se activa la revisión y estudio del caso para posterior comunicación a los órganos judiciales correspondientes si procede.

COMENTARIOS: El abordaje del SMP es complejo. El primer paso es identificar los signos de alarma y documentarlos. 1) Signos de alarma: Clínica inventada, incongruente, persistente, que no responde al tratamiento habitual o que presenta una evolución inusual e inexplicable. Desaparición de la clínica cuando el cuidador no está en contacto con el niño. Hospitalizaciones y consultas frecuentes sin llegar a ningún diagnóstico. 2) Documentación eficiente: Debe describir el comportamiento de la madre incluyendo la interacción con su hijo y con el personal sanitario así como los síntomas del niño en presencia y ausencia de la madre. Es un diagnóstico difícil por las importantes implicaciones médico-legales y por la necesidad de la implicación, cooperación y convencimiento del personal médico.

**INGESTA DE CUERPO EXTRAÑO EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS DEL HOSPITAL DE SABADELL.**

M. Torrabías Rodas, V. Vila Miravet, J. Travería Casanova, T. Gili Bigatà, M. Fletas Torrent y A. Pérez Benito.
Unidad de Urgencias pediátricas. Servicio de Pediatría. Consorci Hospitalari Parc Taulí. Sabadell (Barcelona).

OBJETIVOS: La ingesta de cuerpo extraño es un motivo de consulta relativamente frecuente en los servicios de urgencias pediátricas. Analizaremos los casos diagnosticados en nuestro servicio.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión retrospectiva de las historias clínicas de los pacientes menores de 15 años diagnosticados de ingesta de cuerpo extraño en el servicio de Urgencias Pediátricas de nuestro centro entre los años 2001 y 2004.

RESULTADOS: Se han revisado 50 casos con el diagnóstico de ingesta de cuerpo extraño. No se han incluido en el análisis un total de 26 casos que por sus características no se ha considerado la práctica de estudio radiológico. Se analizan 24 casos, 46% niños y 54% niñas, de edad media 4 años. Tres cuartos de los casos han ocurrido entre los 4 meses y los 5 años. 4 (17%) presentaron síntomas persistentes como silorrea y disfagia; 2 (8%) referían síntomas transitorios como náuseas, vómitos o disfagia; la mayoría, 18 (75%), se encontraron asintomáticos en todo momento. La forma de visualización del cuerpo extraño fue por radiografía simple en 23 casos (96%) y por endoscopia en 1 caso (4%). 16 (67%) se encontraban en estómago, 5 (21%) en esófago (3 en su trayecto cervical y 2 en su 1/3 inferior) y 3 (12%) en intestino. Los cuerpos extraños ingeridos fueron: monedas (16), pilas de botón (2), canicas (2), trozo de carne (1), mercurio (1), cremallera (1) y un colgante (1). Se indicó extracción en 6 pacientes (25%), 4 de ellos mediante endoscopia y 1 con sonda de Foley bajo control escópico. Las indicaciones de extracción fueron: localización en esófago (4), persistencia en estómago más de 2 semanas (1) y pila de botón en estómago (1). Destacaríamos los siguientes hallazgos endoscópicos: un anillo de Schatzky y erosiones en mucosa gástrica por pila de botón a las 12 horas de su ingesta. Ningún caso requirió cirugía.

CONCLUSIONES: La ingesta de cuerpo extraño es un accidente que ha afectado sobretodo a niños por debajo de 6 años. Los objetos que se han ingerido con más frecuencia son las monedas. La mayoría se han eliminado espontáneamente pero un 12% han requerido extracción. La endoscopia además de ser terapéutica, en 2 casos ha permitido diagnosticar lesiones secundarias así como malformaciones digestivas. Las pilas de botón pueden producir lesiones gástricas a las pocas horas de su ingesta haciendo recomendable su extracción. Proponemos un algoritmo diagnóstico-terapéutico.

**MANEJO DE LA INGESTA DE CUERPO EXTRAÑO EN EDAD PEDIÁTRICA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.**

D. García Aldana, C. Herráiz Perea, F.M. Pérez Fernández, S.M. Calero Cortés, A. Molina Jurado, E. Castuera Jurado. *Servicio de Críticos y Urgencias. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.*

OBJETIVOS: Establecer un protocolo de actuación de la ingesta de cuerpo extraño, por ser un motivo frecuente de consulta en los servicios de urgencias y abarcar distintas situaciones según localización y características del objeto y la edad del paciente.

MÉTODOS: Estudio retrospectivo de 124 casos atendidos en nuestro Servicio durante un periodo de 13 meses, analizando su manejo terapéutico.

RESULTADOS: 110 casos (88,7%) sólo requirieron control y seguimiento radiológico, sin precisar ingreso ni tratamiento. El cuerpo extraño, en 45 de estos casos (40,91%) fueron monedas; en 59 casos (53,64%), pequeños objetos romos (canicas, piezas de juguetes,) y en 6 casos (5,45%) se trataba de pilas de botón. Todos ellos alojados en estómago o intestino. En 14 pacientes (11,3%) fue necesario ingreso para aplicar el tratamiento oportuno. De estos casos, en 9 (64,29%) el cuerpo extraño se hallaba en tercio proximal de esófago y más de la mitad de estos pacientes (55,6%) presentaban sintomatología (sialorrea, disfagia.); en 3 casos (21,43%) se situaban en tercio distal de esófago, y 2 (14,29%) en estómago.

CONCLUSIONES: 1) A pesar de ser una situación frecuente en la edad pediátrica, la mayoría de los casos sólo precisan actitud expectante y controles radiográficos seriados. 2) Los objetos alojados en esófago son susceptibles de extracción, debiendo distinguir la urgente de la diferida en cada caso. 3) La actuación ante un cuerpo extraño localizado en estómago va a depender de su tamaño y características morfológicas, así como de la edad del paciente. 4) Las pilas de botón son motivo de controversia en cuanto a su manejo, inclinándonos hacia el control radiológico a las 48 horas si no existen manifestaciones clínicas.

**DIABETES MELLITUS TIPO 1: CARACTERÍSTICAS DE SU DEBUT.**

C. Gutiérrez Regidor, L. Márquez de la Plata Alonso, C. López-Menchero, A. Rodríguez Sánchez*,
D. Rodríguez Arnao*, R. Marañón Pardillo.

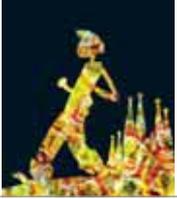
*Servicio de Urgencias Pediátricas. *Unidad de Metabolismo y Desarrollo. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

OBJETIVOS: Analizar la incidencia y características epidemiológicas, clínicas y analíticas de los nuevos casos de Diabetes Mellitus tipo 1 (DM 1) en niños de 0 a 16 años diagnosticados en el servicio de Urgencias del 1 de enero al 31 de diciembre de 2004.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión retrospectiva de los nuevos casos de DM 1 durante dicho período. Analizamos: edad, sexo, estación, clínica de presentación, días de sintomatología antes del diagnóstico, procesos intercurrentes previos, antecedentes personales y familiares de enfermedades autoinmunes, parámetros bioquímicos (glucemia, equilibrio ácido-básico y hemoglobina glicosilada), si precisó ingreso en Unidad de Cuidados Intensivos (UCIP) y si acudían remitidos por su pediatra.

RESULTADOS: Se diagnosticaron 17 casos de DM 1 de 62.360 urgencias, 57% niñas, edad media al diagnóstico 7,5 años (18 meses- 15 años). Variación estacional: verano 41%, otoño 29%, invierno 12%, primavera 18%. Tiempo medio de sintomatología previa: 23 días. El 35% presentó alguna situación estresante los días previos. El 23,5% tenían antecedentes personales de otras enfermedades autoinmunes (2 pacientes hipotiroidismo y 1 enfermedad celíaca). El 11% presentaba antecedentes familiares de DM 1 y el 29% DM 2. Clínica de presentación: 53% poliuria, polidipsia, polifagia y pérdida de peso, 23,5% asociaba nicturia; dolor abdominal aislado 12%. Glucemia media al ingreso 457 mg/dl (298-596). El 17% tenía glucosuria aislada, el 6% cetonuria aislada y el 64% glucosuria y cetonuria. El 6% presentó acidosis metabólica grave, el 35% acidosis metabólica moderada y leve y el 59% un equilibrio ácido-base normal. Hemoglobina glicosilada media 9,2% (6,7- 15,5). 3 pacientes ingresaron en UCIP (18%), 1 por cetoacidosis grave, 1 por deshidratación grave y 1 por edad menor a 2 años. El 59% de los pacientes acudían remitidos por su Pediatra.

CONCLUSIONES: En nuestra serie, la mitad de los niños presentaban edades de 5 a 10 años. El tiempo transcurrido entre los primeros síntomas y el diagnóstico fue de 23 días, similar a lo encontrado en la literatura. En el 30% la primera manifestación fue la cetoacidosis y el 60% fue diagnosticado por el pediatra, por lo que se deben realizar controles en población con factores de riesgo o síntomas cardinales. En nuestro estudio la DM 1 predomina en niñas y su debut es más frecuente en verano. 4 pacientes (23,5%) asociaban enuresis secundaria, síntoma importante y precoz que nos debe hacer sospechar el diagnóstico.

**COMPLICACIONES AGUDAS DE LA DIABETES MELLITUS (DM) QUE REQUIEREN INGRESO HOSPITALARIO: FORMAS DE PRESENTACIÓN CLÍNICA Y FACTORES ASOCIADOS.**

M. Jiménez Ximenis, L. Martí Mas, S. García Arnaldich, E. Castellarnau Figueras, R. Monné Gelonch, X. Allué Martínez.

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

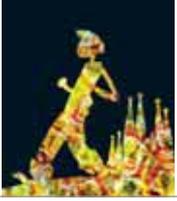
INTRODUCCIÓN: La DM tipo I es la enfermedad crónica más frecuente en edad pediátrica.

OBJETIVOS: Estimar frecuencia, características y factores asociados a complicaciones agudas de niños con DM que requieren ingreso hospitalario.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo de < 15 años ingresados por DM en 5 años (2000-2004). Se recogen variables epidemiológicas (sexo, edad, distribución) y clínicas (motivo ingreso, causa desencadenante, síntomas, datos laboratorio, estancia). Los datos se registran en una base de datos Microsoft Excel y se analizan con el programa estadístico SPSS v11.5.

RESULTADOS: Se registran 53 casos, 33 niñas y 20 niños, con edad 1-15 años y distribución anual en aumento (casi doble casos en 2 últimos años). Destacan 2 casos con múltiples reingresos. Las complicaciones que motivan ingreso pueden resumirse en 3 entidades: patología que no causa descompensación (7,54%), descompensación hiperglucémica (75,47%) e hipoglucemia (16,98%). En 1º grupo se encuentra: biopsia intestinal para diagnóstico celiaquía, crisis comicial, cólico nefrítico y fibrosis quística. En el grupo de hiperglucemia: la mayoría presenta cetoacidosis (23), de éstos 6 debuts, seguido de cetosis (12) e hiperglucemia aislada (5); en este grupo, la mayoría tiene hiperglucemia >250mg/dl (31), acidosis metabólica (23) con pH >7,10 (16), deshidratación (26) y vómitos (27); y la minoría presenta shock (1), alteración conciencia (4), hiponatremia <135 mEq/l (10) y causa desencadenante (15) mayoritariamente GEA. En el grupo de hipoglucemia, la mayoría son sintomáticas (7): síntomas vegetativos (2), pérdida conciencia (2), alteración sensorio (2) y convulsión (1); la hipoglucemia es <60mg/dl (7), y hay causa desencadenante (8) (viaje (3), vómitos (3), virasis (1), mal control debut reciente (1)). La estancia media hospitalaria es de 4 días.

CONCLUSIONES: Las complicaciones agudas DM son más frecuentes en niñas. Destaca frecuentación de ingresos por parte de 2 niños. Las complicaciones que motivan ingreso en DM son: cetoacidosis, cetosis, hipoglucemia e hiperglucemia aislada, por orden de frecuencia, siendo la prevalencia de cetoacidosis inaceptablemente alta, lo que puede ser debido a múltiples descompensaciones de sólo 2 pacientes. Los factores asociados son mayoritariamente las infecciones gastrointestinales en la descompensación diabética, mientras que no existe un factor mayoritario para la hipoglucemia.

**ENFOQUE DIAGNÓSTICO DE LA HIPOGLUCEMIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA.**

L. Asso Ministral, R. García Puig, M. Arellano Pedrola, Y. Hernández Vega, R. Puigarnau Vallhonrat, L. Tobeña Boada.
Hospital Mútua de Terrassa.

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS: La hipoglucemia en edad pediátrica puede resultar difícil de identificar debido a la inespecificidad de la sintomatología. El diagnóstico y el tratamiento precoces son de gran importancia dadas las graves consecuencias de una hipoglucemia mantenida.

CASO CLÍNICO: Niña de 8 meses que sufrió convulsión tónico-clónica con mirada fija. Refería algunos episodios previos de desviación de la mirada, en el contexto de una gastroenteritis aguda y de ayuno prolongado. Como antecedentes personales, presentaba alergia a las proteínas de leche de vaca. Se apreció estancamiento de la curva pondoestatural de los 2 últimos meses. A la exploración física destacaba el aspecto distrófico y una hepatomegalia de 3 cm A su llegada a urgencias se realizó glucemia capilar que resultó indetectable, confirmada por análisis sanguíneo (14 mg/dL). Se administró glucosa endovenosa, cediendo el cuadro comicial. El ionograma fue normal y el equilibrio ácido-base mostró una leve acidosis metabólica. Se apreció una disminución del tiempo de protrombina y un aumento leve de las transaminasas. En orina, los cuerpos cetónicos fueron positivos. La paciente fue ingresada para estudio y control metabólico. El estudio metabólico en sangre y orina permitió llegar al diagnóstico de tirosinemia, con lo que inició tratamiento dietético y con NTBC, consiguiéndose normalización de la coagulopatía y de las glucemias plasmáticas.

COMENTARIOS: Para llegar al diagnóstico etiológico de la hipoglucemia son necesarios una serie de estudios complementarios que generalmente requieren el ingreso del paciente. Sin embargo, es en urgencias cuando debemos llevar a cabo la primera aproximación diagnóstica mediante un algoritmo basado en exámenes complementarios no complejos, y cuando deben recogerse las muestras plasmáticas y urinarias que permitan llegar al diagnóstico etiológico en la mayoría de los casos. Ante sintomatología sugestiva debemos realizar una glicemia capilar. Si existe hipoglucemia, recogeremos muestras de sangre para comprobar la determinación, valorar el ionograma, equilibrio ácido-base, reservaremos sangre para el estudio metabólico e iniciaremos la recogida de orina para detectar la presencia de cuerpos cetónicos, reservando también muestra para el estudio metabólico. La recogida de muestras en fase aguda aumenta la rentabilidad diagnóstica. La somatometría y la exploración física pueden ser de gran utilidad. Estas actuaciones nos permitirán enfocar el diagnóstico, evitando su demora y la realización de exploraciones complementarias innecesarias y/o peligrosas. Así mismo, contribuiremos al tratamiento etiológico precoz y a la prevención de nuevos episodios.

**COMA HIPOGLUCÉMICO EN UNA LACTANTE DE 8 MESES: UN RETO DIAGNÓSTICO.**

D. Tenas Bastida, A. Jiménez Moya, M.L. Rodríguez-Zuloaga Montesino, Serra Córdoba, F. Gómez Sabrido.
Servicio de Pediatría. Hospital Virgen del Toro. Mahón, Menorca.

INTRODUCCIÓN: Las alteraciones agudas en el nivel de conciencia presentan grados variables que van desde el letargo leve y la confusión hasta el coma profundo. La realización de una historia clínica y exploración física detalladas aporta generalmente datos suficientes para diferenciar las tres principales categorías diagnósticas que pueden causar coma: metabólicas o tóxicas, infecciosas y estructurales.

CASO CLÍNICO: Lactante de 8 meses de edad que desde hace 48 horas presenta vómitos esporádicos (2 al día) y en las últimas 24 horas 3 deposiciones líquidas y rechazo de la ingesta. Esta mañana los padres la encuentran inconsciente e hipotónica. E. física: Peso: 9.475 g, T^a: 35.6°C, FR: 60, FC: 159, TA: 74/37 mmHg, Sat de O₂ transcutaneas con FiO₂ 21%: 90-94. Glasgow 3/15, paciente inconsciente que no responde a estímulos, pupilas mióticas e hiporreactivas. Hipotonía generalizada con contractura mandibular. Color normal de piel y mucosas. Meníngeos negativos. Resto de exploración, anodina. Analítica sanguínea: hemograma: 44.810 GR, 36.000L (fórmula normal) PCT: 2-10. Bioquímica: glucemia 21; creatinina 0,5; Na 142; K 4,2; Ca 9,5; Cl 110. Gasometría venosa: pH 6,86; pCO₂ 17; HCO₃ 3. Orina: D 1030; C. cetónicos: 4+, sangre 4+, resto negativo. Urocultivo, hemocultivo, TC craneal y LCR: normales. Evolución: se estabiliza y se corrige la hipoglucemia así como la acidosis mediante la administración de sueroterapia endovenosa y bicarbonato. Recuperación progresiva del nivel de conciencia siendo el Glasgow 15/15 a las 30 horas de su ingreso. Normalización de las glucemias y buena tolerancia oral. Se inicia tratamiento antibiótico endovenoso de amplio espectro ante la sospecha de infección. Se remite a hospital de referencia para completar estudio, siendo diagnosticada de déficit de beta cetotiolasa.

COMENTARIOS: El déficit de beta-cetotiolasa es un defecto mitocondrial de la acetoacetil coenzima A tiolasa, la cual participa en el metabolismo de la cetona y la isoleucina. Clínicamente se presenta como episodios intermitentes de cetoacidosis que pueden llegar a coma, siendo asintomática en los periodos intercrisis. El tratamiento de los episodios es tratar la hipoglucemia y acidosis metabólica. Además el manejo de estos pacientes incluye la restricción moderada de proteínas en la dieta y el aporte profiláctico de glucosa en caso de enfermedad intercurrente.

**DESHIDRATACIÓN HIPERTÓNICA POR REHIDRATACIÓN INADECUADA.**

J.A. Villegas Rubio, J.A. Soult Rubio, J.S. Parrilla Parrilla, E. Sánchez Valderrábanos, M. Alonso Salas, M. Loscertales Abril.

Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.

INTRODUCCIÓN: La gastroenteritis aguda (GEA) es una entidad nosológica de gran importancia en nuestro medio por su prevalencia, siendo uno de los motivos de consulta más frecuente en Urgencias Pediátricas, tanto hospitalarias como extrahospitalarias. La principal complicación es la deshidratación, siendo la terapia de rehidratación oral el método de elección para reemplazar las pérdidas de líquidos y electrolitos. En 1975, la Organización Mundial de la Salud (OMS) acordó promover una única solución que contenía 90 mEq/litro de Na⁺ y una osmolaridad de 330 mM. A pesar del éxito de esta solución para reducir su morbi-mortalidad en los países en desarrollo, en nuestro medio sigue habiendo controversias, sobre todo en cuanto a la concentración de Na⁺ y osmolaridad de esta solución. Por este motivo la Sociedad Europea de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica (ESPGAN) recomienda una fórmula con un contenido en Na⁺ de 60 mEq/litro. Presentamos el caso clínico de un lactante que ingresó en nuestro servicio por cuadro de deshidratación hipertónica tras rehidratación con solución no hipotónica.

CASO CLÍNICO: Lactante de 10 meses y 9 kg. de peso, que acude a Urgencias por cuadro de fiebre, deposiciones patológicas y vómitos de 4 días de evolución, con irritabilidad y sensación de sed en las últimas horas. Los padres refieren que, en los 4 días previos al ingreso, le han administrado hasta dos litros de una solución comercial que contiene 90 mEq/l de sodio (Na⁺). En la exploración destaca un decaimiento importante, sequedad de mucosas y fiebre; siendo el resto normal, excepto un ligero aumento del peristaltismo intestinal. Ingresó en el hospital con diagnóstico de GEA y deshidratación; se inicia rehidratación con sueroterapia iv, corrección de la acidosis y tratamiento antitérmico. Los exámenes complementarios más relevantes se detallan en la tabla 1. Su evolución fue favorable, respondiendo al tratamiento y siendo alta tras 2 días de ingreso.

TABLA 1

	<i>Ingreso</i>	<i>7 horas</i>	<i>24 horas</i>
Urea (mg/dl)	46	25	13
Sodio (mEq/l)	162	159	147
pH	7,22	7,26	7,37
PCO ₂ (mmHg)	34,4	39,8	47,4
HCO ₃ ⁻ (mmol/l)	14,2	17,5	21,4
eB	-11,9	-5,7	-2,2

COMENTARIOS: Es necesario recordar que existen en el mercado fórmulas de rehidratación con contenido inadecuado de sodio, sobre todo para lactantes. La concentración de 60 mEq/litro de Na⁺, propuesta por la ESPGAN, es la más apropiada en nuestro medio. También es importante tener en cuenta que muchos remedios caseros no reúnen la composición recomendada por la ESPGAN.



RESPIRATORIO

ESTUDIO CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DE BRONQUIOLITIS AGUDA EN NUESTRO HOSPITAL.

I. Nieto, C. Torres, M.C. Muñoz, A. Varona, M.C. Jover.

Servicio de Urgencias. Unidad de Pediatría. H. San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla.

OBJETIVO: Conocer las características de los lactantes con bronquiolitis atendidos en el servicio de urgencias de nuestro hospital durante el primer año de su apertura.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de historias clínicas, evoluciones e informes de alta de las bronquiolitis diagnosticadas en nuestro servicio entre los meses de diciembre de 2003 y noviembre de 2004, ambos incluidos. Se revisan las historias cuya codificación al alta, según el CIE-9, fue: Bronquiolitis otras 466.19 o Bronquiolitis por VRS 466.11, excluyendo aquellas que no cumplían los criterios diagnósticos de dicha enfermedad. Se recogen datos epidemiológicos, clínicos, pruebas complementarias, destino y reconsultas.

RESULTADOS: Durante el período de estudio se diagnosticaron un total de 59 casos. Los meses de mayor incidencia fueron enero y febrero, donde se atendieron el 27% y el 33% de los casos, respectivamente. La distribución por sexo fue similar. El 78% de los casos eran menores de 6 meses. Los motivos más frecuentes de consulta fueron la dificultad respiratoria en un 66% y tos en un 27%. Una puntuación de 2, según la escala de Wood-Downes, presentaba el 50% de los casos. El antígeno del VSR en moco nasal se realizó en el 56% y de ellos, un 57%, resultaron positivos, de los cuales el 88% precisó observación y/o traslado para ingreso. La Rx de tórax se solicitó en un 60% de los casos, siendo patológica en tan sólo un 3% de los mismos. En el 90% de los pacientes, no se realizó analítica sanguínea. El 30% de los niños fueron remitidos a su domicilio, con instrucciones para su observación. El 75% de los mismos tenían más de 3 meses. Del 70% que precisó estancia hospitalaria, el 68% se resolvió en la unidad de observación, con una estancia media de 27 h. El 30% de los pacientes dados de alta por esta patología, volvió a consultar a las 24-48 h a nuestro servicio. Esta patología supuso el 7,9% del total de ingresos en observación durante el 2004.

CONCLUSIONES: La bronquiolitis es una patología frecuente en los meses de invierno, que ocasiona un número importante de consultas y reconsultas al servicio de urgencias. Aunque un alto porcentaje de pacientes requieren pasar a la unidad de observación, dicha unidad es muy resolutive. Las pruebas complementarias, sanguíneas y radiológicas, aportan poca información sobre el diagnóstico y curso de la enfermedad. Posteriormente al estudio, hemos elaborado un documento sobre cuidados y valoración en el domicilio del paciente que esperamos sea de utilidad para los padres.

**ANTIBIOTICOTERAPIA EN LACTANTES MENORES DE 90 DÍAS CON BRONQUIOLITIS FEBRIL.**

A.I. Curcoy Barcenilla, N. Rovira Girabal, S. Ricart Campos, V. Trenchs Sainz de la Maza, C. Luaces Cubells.

Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Unidad Integrada. Hospital Sant Joan de Déu- Clínic. Universidad de Barcelona.

INTRODUCCIÓN: La bronquiolitis es un proceso vírico que en determinadas situaciones clínicas, ante la edad del paciente y la sospecha de sobreinfección bacteriana, es tratada con antibióticos.

OBJETIVO: Revisar los motivos de administración de antibióticos en lactantes con bronquiolitis clínica febril.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de las historias clínicas de los niños menores de tres meses de edad ingresados con clínica de bronquiolitis y temperatura axilar $>38^{\circ}\text{C}$, durante el periodo epidémico 2003-2004. Las diferencias de proporciones se analizaron mediante una prueba de chi cuadrado.

RESULTADOS: Se incluyen 73 lactantes, 50,7% de sexo femenino. La edad media es de 44,4 días (DS 23,5), 25 niños son neonatos (≤ 28 días de vida). La media de temperatura máxima alcanzada es de $38,5^{\circ}\text{C}$ (DS 0,4), en 12 casos es $> 39^{\circ}\text{C}$. Las bronquiolitis se clasifican según la escala de gravedad HSJD en leves (26), moderadas (45) y graves (2); 61 (83,6%) son positivas para VRS. Reciben antibioticoterapia 42 lactantes (57,5%), 24 (32,9%) de ellos por vía parenteral. La causa que motiva su administración es: neumonía en 24 niños, otitis media aguda en 12 y sospecha analítica de infección bacteriana en 6 (confirmada por positividad de cultivos en dos de ellos). Los neonatos son sometidos a tratamiento antibiótico en más ocasiones (76% vs 47,9%; $p=0,02$), y éste se les administra con más frecuencia por vía endovenosa (78,9% vs 39,1%; $p=0,009$). Los pacientes con temperatura máxima $\geq 39^{\circ}\text{C}$ reciben más veces antibiótico (83,3% vs 51,7%; $p=0,04$) pero la temperatura máxima alcanzada no determina el modo de administrarlo (oral vs endovenoso).

COMENTARIOS: 1) La neumonía y la otitis media son las infecciones coexistentes con la bronquiolitis que con más frecuencia determinan el uso de antibiótico. 2) A pesar que la bronquiolitis clínica es un proceso vírico, la edad del paciente y la presencia de temperatura elevada son factores que influyen en la prescripción de antibiótico.

**INFECCIÓN CONCOMITANTE POR *BORDETELLA PERTUSSIS* Y VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL.**

C. Ortiz-Villajos Maroto, M.A. Roa Francia, R. Villares Alonso, E. Garrido Borreguero, J. Blumenfeld Olivares, P. Pujol Buil.

Servicio de Pediatría. Hospital General de Móstoles. Móstoles, Madrid.

INTRODUCCIÓN: La concomitancia de procesos víricos y bacterianos se da con frecuencia. Encontramos con un aumento en la incidencia de tos ferina en el lactante pequeño. La bronquiolitis por VRS es frecuente además y su diagnóstico puede enmascarar la existencia de procesos por *B. pertussis*. Presentamos 2 casos con dicha coinfección.

CASOS CLÍNICOS:

Caso 1: Lactante de 1 mes con tos en accesos cianóticos de una semana de evolución. Auscultación soplo I-II/IV. Leucocitosis con linfocitosis. VRS positivo. Cultivo *B. pertussis* positivo. Rx tórax normal. Tratamiento inicial con claritromicina. Al 2º día episodio de taquicardia a 190-200 lpm, EKG dudosa preexcitación y ecocardiograma compatible con miocarditis leve iniciándose tratamiento con corticoides. Nuevo episodio de TSVP el 9º día desde ese momento se instaura tratamiento profiláctico con propanolol. Alta al 16 día con los diagnósticos de tos ferina, bronquiolitis VRS positiva, síndrome de WPW con un episodio objetivado de TSVP, y miocarditis leve en contexto de tos ferina.

Caso 2: Lactante de 3 meses con tos en accesos emetizantes y dificultad respiratoria. VRS positivo, con el diagnóstico de bronquiolitis leve se remite a su domicilio. Reingresa 24 horas más tarde. Leve tiraje subcostal y espiración algo alargada. Leucocitosis con linfocitosis. Rx tórax normal. VRS positivo. Cultivo frotis faringeo *B. pertussis*. Se realiza tratamiento con claritromicina y broncodilatadores.

DISCUSIÓN: La frecuencia de esta coinfección puede ser muy variable, entre un 4% y un 32% de las tos ferinas podrían estar coinfectadas por el VRS. La gravedad puede ser importante en algunos casos aunque algunos autores no consideran que suponga un factor agravante. Ambos cuadros por separado en el lactante pequeño son graves pero debido a la posibilidad de un tratamiento claramente diferenciado se hace preciso el diagnóstico de coinfección y evitar caer en la exclusión de tos ferina una vez que obtenemos la positividad a VRS. Uno de nuestros casos presenta una complicación grave en la que no podemos descartar el papel de la coinfección. Por lo tanto, se puede argumentar que en urgencias ante los casos de bronquiolitis con tos prolongada en lactante pequeño debemos realizar más cultivos de *Bordetella*.

**VALORACIÓN DE INFORMES RADIOLÓGICOS EN URGENCIAS DE NIÑOS QUE INGRESAN POR NEUMONÍA.**

E. Rupérez García*, M. Herranz Aguirre*, E. Gembero Esarte*, J. Esparza Estaun**, A. González Alfageme**, E. Bernaola Iturbe*.

*Servicio de Pediatría. **Servicio de Radiología. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es realizar un control interno del servicio de urgencias de pediatría, valorando si se describen las radiografías de los niños hospitalizados por neumonía y si dicha descripción es correcta.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza un estudio prospectivo simple ciego de todas las hospitalizaciones por neumonía entre el 1/10/04 y el 31/01/05. Se define neumonía como fiebre \pm síntomas respiratorios y presencia de radiografía patológica (informada por radiólogo pediatra). Se analiza el informe realizado en urgencias por el médico de guardia al ingreso, recogiendo las siguientes variables: NHC, edad, médico y descripción de la radiografía en urgencias (completa cuando consta el patrón, la localización y las complicaciones presentes). Se compara el informe del médico de guardia con el del radiólogo pediatra durante el ingreso (concordancia completa si todo coincide, parcial o error diagnóstico). Se analizan los resultados con el paquete estadístico 11.0 para windows XP, mediante un estudio descriptivo y una comparación de proporciones mediante Chi-2.

RESULTADOS: Se analizan un total de 68 pacientes, con una media de edad de 33 meses (dt: 30 meses). Son descritas por residentes 26 casos, por adjunto 39 casos (57%) y radiólogo de guardia 3 casos. Del total, no consta la descripción en 3 casos, es incompleta en 57 casos (81,5%) y es completa en 8 casos. Comparando con el informe del radiólogo, en 11 casos hubo un diagnóstico erróneo: 3 no se diagnosticó la neumonía en urgencias y 8 fueron diagnosticados erróneamente de neumonía (5 atelectasias, 1 hernia diafragmática y 2 normales). En 57 casos (84%) el diagnóstico era coincidente: 4 completamente bien informado y 53 parcialmente (mayor coincidencia en la localización). En cuanto a las complicaciones, 6 pacientes tenían derrame pleural al diagnóstico: 5 se diagnosticó en urgencias y 1 no. No existen diferencias significativas en la descripción ni en la coincidencia según la distinta formación de los médicos que atienden en urgencias.

COMENTARIOS: Los médicos de urgencias de nuestro servicio no hacemos una descripción completa de las radiografías de los niños que ingresan por neumonía. El diagnóstico es coincidente en la mayor parte de los casos, aunque hay un porcentaje no despreciable de errores. Creemos necesaria una formación continuada en radiología pediátrica en los pediatras de urgencias.

**NEUMONÍA COMPLICADA: A PROPÓSITO DE DOS CASOS**

Z. Lobato Salinas*, J. Sitjes Costas*, J. Margarit mallol**, M. Canales Naharro*, Ll. Galceran Jové*, S. Nevot Falcó*.

*Servicio de Pediatría, **Servicio de Cirugía pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu. Althaia, Xarxa Assistencial de Manresa.

FUNDAMENTOS Y OBJETIVOS: En los últimos 5 años han aumentado las hospitalizaciones por neumonías complicadas. El *S. pneumoniae* representa en la actualidad la causa más frecuente, en pediatría, de empiema y neumonías necrosantes. Presentamos dos casos clínicos, el de una niña con neumonía neumocócica necrosante con empiema y neumatoceles, y un lactante con neumonía complicada con absceso pulmonar.

OBSERVACIÓN CLÍNICA:

Caso 1: Niña de 5 años, sin antecedentes de interés, no vacunada frente al neumococo, con neumonía lóbulo inferior izquierdo y derrame pleural, confirmado por ecografía. Tratada con cefotaxima y toracocentesis con drenaje pleural por empiema. Clínica y analítica compatibles con neumonía neumocócica confirmada por aislamiento de *S. pneumoniae* sensible a penicilina, en líquido pleural. A las 72 h persiste la fiebre y se realiza tratamiento fibrinolítico intrapleural. Presenta una evolución tórpida persistiendo la fiebre, con hemocultivo negativo, sin otra focalidad, precisando oxigenoterapia, y con aparición de tabicaciones e imágenes nodulares necróticas por ecografía. Al 8º día se traslada para realizar videotoracoscopia, previo escáner torácico, que confirma la presencia de neumatoceles. Se mantiene antibioterapia endovenosa 3 semanas y 2 semanas más con Amoxicilina oral con mejoría progresiva, pendiente de evolución radiológica.

Caso 2: Lactante de 15 meses, sin antecedentes de interés, no vacunado frente al neumococo, que ingresa con clínica, analítica y radiología compatible con neumonía bacteriana de lóbulo superior derecho, tratada con amoxicilina-clavulánico endovenoso. Antígeno pneumococo en orina, hemocultivo y prueba de tuberculina negativos. A los 6 días persiste febril, detectándose gastroenteritis por rotavirus. A los 12 días sigue febril, con analítica normal, y se detecta lesión cavitada apical derecha con nivel hidroaéreo, confirmada por escáner. Se orienta como absceso pulmonar y se mantiene misma antibioterapia prolongada, presentando una evolución clínica favorable.

COMENTARIOS: Sospecharemos desarrollo de neumonía complicada en casos de persistencia de fiebre o distrés respiratorio, a pesar de un tratamiento médico adecuado. Las complicaciones parenquimatosas como la neumonía necrosante o el absceso pulmonar son raras en pediatría. La neumonía necrosante se asocia con frecuencia con neumatoceles. La mayoría de los abscesos pulmonares primarios se resuelven con tratamiento conservador. Ninguno de los dos pacientes recibieron vacunación frente al neumococo.



¿ES EQUIVALENTE EL NÚMERO DE PUFFS DE TERBUTALINA Y SALBUTAMOL EN EL TRATAMIENTO DE LA CRISIS ASMÁTICA EN URGENCIAS?

M. Macho Díaz*, N. Trebolazabala Quirante*, M. Landa Gárriz**, J. Benito Fernández*, M. Santiago Burruchaga*, C. González Díaz**.

*Hospital de Cruces. **Hospital de Basurto.

INTRODUCCIÓN: La administración de broncodilatadores mediante MDI con espaciador es tan efectivo como su nebulización. Sin embargo, no existe acuerdo en la equivalencia real entre terbutalina y salbutamol.

OBJETIVO: Comprobar la eficacia de salbutamol y terbutalina administrados via MDI más espaciador, considerándolos equivalentes en el número de puff.

MÉTODO: Estudio prospectivo, ciego y randomizado de todos los niños de 2 a 14 años (n=324) atendidos de forma consecutiva en urgencias, entre el 1 de Octubre y 31 de Noviembre de 2004. Se establecieron dos grupos de tratamiento: el grupo A (n=168) recibió terbutalina y el (B) (n=156) salbutamol.

RESULTADOS: Los niños tratados con terbutalina tenían una edad media (\pm SD) ligeramente superior a los tratados con salbutamol ($68,18 \pm 37,92$ vs $55,64 \pm 32,09$ meses). No hubo diferencias en la saturación de oxígeno ($95,67 \pm 2,03\%$ vs $95,37 \pm 1,85\%$) y en la puntuación del 'Pulmonary Score' ($3,90 \pm 1,49$ vs $4,12 \pm 1,57$), en el momento del reclutamiento y después de recibir el tratamiento en urgencias, saturación de oxígeno ($96,29 \pm 1,61\%$ vs $96,23 \pm 1,77\%$) y en puntuación del 'Pulmonary Score' ($1,84 \pm 1,45$ vs $1,67 \pm 1,66$). La tasa de hospitalización fue también similar en ambos grupos (grupo A: 8,33% vs grupo B: 7,05%).

CONCLUSIONES: En el tratamiento de la crisis asmática, administrando los broncodilatadores mediante MDI más espaciador, terbutalina y salbutamol muestran la misma eficacia, cuando se consideran equivalentes puff a puff.

**LA UNIDAD DE OBSERVACION EN EL MANEJO DEL ASMA MODERADO- SEVERO EN URGENCIAS.**

E. Astobiza Beobide, M. González Balenciaga, N. Trebolazabala Quirante, J. Sánchez Etxaniz, J. Benito Fernández, S. Mintegi Raso.

Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Bizkaia.

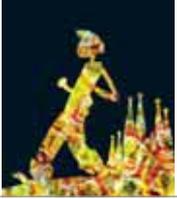
La mayoría de los niños que consultan en Urgencias de Pediatría (UP) por asma pueden ser manejados de manera ambulatoria tras recibir el tratamiento inicial en Urgencias (administración de beta-2 inhalado, corticoide oral e ipratropio inhalado según los casos). Aun así, pacientes con episodios de asma moderado-severos requieren continuar el tratamiento en el Hospital. Este grupo supone alrededor del 10% de las consultas en UP por asma.

OBJETIVO: establecer el perfil clínico del paciente con un episodio de asma moderado-severo susceptible de ser manejado en la Unidad de Observación (UO) (paciente que puede ser manejado ambulatoriamente tras permanecer unas horas en la citada Unidad). Pacientes y método: Estudio caso-control anidado en una cohorte clínica de pacientes diagnosticados de crisis asmática que requieren permanecer en UO de UP (n=354).

CASO: Niño < 14 años diagnosticado de crisis asmática en UP que requiere ingreso en planta y/o UCIP tras recibir tratamiento en UO (n= 177). Control: Niño < 14 años consecutivo al niño considerado caso diagnosticado de crisis asmática en UP que recibe el alta domiciliaria tras recibir tratamiento en UO (n= 177).

RESULTADOS: Entre 01-01-2001 y 31-12-2004 registramos en UP 11.955 episodios correspondientes a niños con asma, de los cuáles 10.502 (87,8%) recibieron el alta, 28 (1,9%) ingresaron directamente en planta y 1.425 (11.9%) en la UO de UP. De los 1.425 episodios registrados en la UO, 1.239 (86,9%) recibieron el alta tras una estancia inferior a 24 horas y 186 (13,1%) ingresaron posteriormente en planta. En el grupo de pacientes ingresado en la UO, los factores que se asociaron de forma significativa con la necesidad de ingreso posterior en planta fueron: ingreso previo por asma ($p=0,001$), visita previa ($p<0,0001$), presencia de fiebre ($p=0,004$), edad <1 año ($p<0,0001$), Sat $O_2<92$ a la llegada a UP ($p=0,002$), alteración radiológica ($p=0,002$).

CONCLUSIONES: La gran mayoría de los niños con asma que, tras el tratamiento inicial recibido en UP, requieren continuar el tratamiento intrahospitalario pueden recibir el alta en las primeras 24 horas. Sin embargo, dentro de los niños que requieren continuar tratamiento intrahospitalario, aquéllos menores de 1 año, con fiebre, Sat $O_2<92$ a la llegada a Urgencias y/o con alteración radiológica son más susceptibles de requerir estancias hospitalarias más prolongadas.

**DOLOR TORÁCICO EN LA INFANCIA: NO SIEMPRE UNA PATOLOGÍA BANAL.**

P. Chimenti Camacho, C. Iglesias Fernández, I. Marsinyach Ros, J. Delgado Carrasco, A. Casanova Morcillo, E. Cela de Julián.

Sección de Urgencias del Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid.

FUNDAMENTO Y OBJETIVO: El dolor torácico en la adolescencia suele ser de causa benigna. Sus diagnósticos más frecuentes son idiopático y músculoesquelético, pero existen otras causas menos frecuentes y de mayor gravedad, por lo que es importante la historia clínica y exploración física, ayudada en ocasiones de pruebas complementarias.

OBSERVACIONES CLÍNICAS: Niño de 15 años que acude a Urgencias por dolor en hemitórax y escápula derecha que va en aumento y se irradia a brazo derecho en los últimos días, sin relación con los movimientos ni con la respiración. Asocia tos seca con hemoptisis en las últimas 24h sin disnea ni fiebre. No síndrome constitucional. No refiere contacto con animales. Antecedentes personales: Bronquitis de repetición hasta los 3 años. Neumonía a los 11 y 13 años. Crisis asmática 3 meses antes. Exploración física: Postura antiálgica. AP: Sibilancias espiratorias. Microadenopatías laterocervicales. Resto normal. Pruebas complementarias: Rx de tórax AP: masa de contorno liso que ocupa el espacio correspondiente al vértice del pulmón derecho. Lesión osteolítica a nivel de tercera costilla derecha. Imagen compatible con masa quística en vértice pulmonar derecho, sin que pueda descartarse su origen costal. Ecografía torácica: masa redondeada de contorno bien definido, compatible con masa quística con contenido o infectada. TAC torácico: Masa en hemitórax derecho de 8-9 cm, con crecimiento intratorácico que asocia destrucción del arco costal posterior de la tercera costilla: primera posibilidad diagnóstica: sarcoma de Ewing. RMN con contraste: hallazgos similares al TAC. Biopsia: Tumor maligno indiferenciado de célula pequeña y redonda, con inmunofenotipo de Sarcoma de Ewing/PNET costal. Biopsia MO: No se observan metástasis. Diagnóstico: Sarcoma de Ewing/PNET de tercer arco costal derecho (tumor de Askin). Tratamiento: Inicia quimioterapia según protocolo EWING SEOP 2001.

COMENTARIOS: Aunque el dolor torácico en la infancia generalmente es de causa benigna, se deben tener en cuenta otras menos frecuentes que precisan pruebas complementarias. La presencia de una cavidad quística en la Rx de tórax es usualmente un hallazgo compatible con proceso benigno (quiste broncogénico o proceso infeccioso) pero se debe confirmar su etiología realizando otras pruebas complementarias. El sarcoma de Ewing es el tumor maligno más frecuente en la pared torácica en niños. Debutan con dolor torácico, disnea y masa torácica. La supervivencia a los 6 años es de un 15% pero el diagnóstico precoz aumenta la supervivencia.

**MASAS PULMONARES EN LA URGENCIA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.**

J. Adrián*, E. Cidoncha*, I. Marsinyach*, M. Echeverría*, P. Vázquez*, J. Delgado**, A. Casanova**.

*Servicio de Urgencias de Pediatría. **Servicio de Radiología Pediátrica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

OBJETIVOS: La consolidación pulmonar redonda aislada es un hallazgo radiológico común. Un porcentaje considerable se debe a procesos infecciosos pulmonares agudos, neumonía y absceso; el resto se deben a patología tumoral, pulmonar y torácica, y patología malformativa.

OBSERVACIONES CLÍNICAS:

Caso 1: Lactante de 22 meses con fiebre y síntomas catarrales de 3 días de evolución. Antecedentes personales (AP): episodios de sibilancias coincidentes con infecciones respiratorias sin tratamiento de base. La exploración física (EF) fue normal. Pruebas complementarias (PC): Radiografía de tórax: Imagen de mayor densidad y de contorno redondeado en base del lóbulo superior derecho, compatible con neumonía redonda. Juicio diagnóstico (JC): Neumonía redonda lóbulo superior derecho.

Caso 2: Paciente de 13 meses de edad con cuadro de 5 días de evolución de fiebre y tos. AP: sin interés. EF: normal. PC: Radiografía de tórax: En la silueta cardiomedial se observa un gradiente de línea paravertebral izquierda. TAC torácico: tumoración mediastínica paravertebral sin hallazgos típicos de secuestro pulmonar. Determinación en orina de catecolaminas: positiva. JC: Neuroblastoma torácico estadio I.

Caso 3: Lactante de 6 meses que consulta por fiebre y tos. AP: sin interés. EF: normal. PC: Radiografía de tórax: imagen consolidación pulmonar basal izquierda. Ecografía torácica: compatible con secuestro pulmonar. TAC torácico con contraste: secuestro pulmonar extralobar.

Caso 4: Varón de 15 años que acude por dolor torácico derecho irradiado a escápula de 3 meses de evolución. AP: sin interés. EF: normal. PC: Radiografía de tórax: masa quística en vértice de pulmón derecho. Ecografía torácica: masa redondeada de contorno bien definido, de pared fina, con ecos de mediana intensidad ligeramente heterogéneos. TAC torácico: masa en hemitórax derecho de 8-9 cm con características de formación extrapleurales y crecimiento intratorácico. Erosión y destrucción de arco costal posterior de 3ª costilla. JC: Sarcoma de Ewing no metastásico.

COMENTARIOS: El hallazgo de una masa pulmonar en una radiografía de tórax en Urgencias es un evento relativamente frecuente. Es importante un alto índice de sospecha para realizar el diagnóstico diferencial de patología de índole infecciosa con patología tumoral o malformativa. A veces es necesario realizar pruebas de imagen de mayor resolución, TAC o RM, para realizar el diagnóstico y así orientar el tratamiento adecuado

**DOLOR TORÁCICO EN LA INFANCIA: UN SÍNTOMA A TENER EN CUENTA.**

J. García, A. Morales, E. Vara, X. Perramon, T. Sábado.

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

INTRODUCCIÓN: El dolor torácico es un motivo de consulta bastante frecuente en los servicios de urgencias pediátricas, sobretodo en población adolescente, orientándose en la mayoría de los casos como patología de escasa repercusión vital después de un estudio más o menos extenso.

CASO CLÍNICO: Presentamos el caso de un varón de 12 años de edad, que acude al servicio de urgencias por presentar dolor torácico de una semana de evolución, junto a fiebre (38,5°C máximo) en las últimas 24 horas. Localiza el dolor a nivel centrotorácico, de tipo pleurítico, de instauración gradual y creciente en frecuencia e intensidad, no irradiado, sin asociarse a otros síntomas (niega tos, disnea, disfagia). A la exploración destaca un aspecto caquético, palidez cutáneo-mucosa, auscultación cardiorespiratoria con hipofonesis en hemicampo izquierdo, esplenomegalia dura no dolorosa de unos 2 cm, adenopatías laterocervicales y supraclaviculares de unos 1-2 cm, blandas, no adheridas y sin signos inflamatorios. Resto de la exploración por aparatos normal. Se realiza una radiografía simple de tórax que muestra la presencia de un ensanchamiento del mediastino superior y un derrame pleural izquierdo asociado. Llegados a este punto, se decide el ingreso del paciente para estudio de la masa mediastínica. Se practica un TAC torácico, estudio bioquímico, microbiológico y citológico del líquido pleural, y biopsia de una adenopatía, lo que permite realizar el diagnóstico de linfoma tipo Hodgkin.

CONCLUSIONES: 1) La etiología del dolor torácico en orden de frecuencia es: costocondritis, patología osteomuscular, patología respiratoria, idiopático y otras causas. 2) La forma más frecuente de presentación de las masas mediastínicas es con clínica respiratoria (tos, estridor, disnea). 3) En el estudio del dolor torácico es muy importante prestar mucha atención a los síntomas asociados y a la exploración física. 4) La exploración complementaria de más utilidad es la radiología simple.



¿ES NECESARIO LA DETERMINACION DE SATURACION DE OXIGENO EN UN BOX DE TRIAGE?

C. Míguez Navarro*, G. Guerrero Márquez**, C. Pascual Fernández**, R. Fernandez Diez.

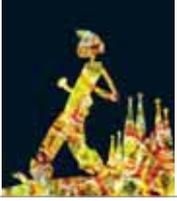
*Médico adjunto, **DUE. Sección de Urgencias del Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid.

OBJETIVO: Comprobar si la toma de Saturación de oxígeno (Sat O₂) en la sala de triage en urgencias pediátricas es adecuada según el motivo de consulta (MC) o antecedentes personales (AP) del niño y determinar si la prioridad dada al niño es adecuada según la medida de Sat O₂.

MATERIAL Y METODOS: Se realiza estudio transversal del 15-10 al 15-11-2004 de los niños que se clasifican en triage en Urgencias. Se seleccionó las hojas de triage en las que constaba toma de Sat O₂ o aquellos en que el MC o AP del niño debían requerir la toma de Sat O₂ en triage. Se excluyeron niños con prioridad 1 de un sistema de triage de 4. Se consideró Sat O₂ adecuada la que debía ser tomada por MC o AP en triage y fueron los siguientes: dificultad respiratoria, estridor, sospecha de atragantamiento o apnea, niños < de 6 meses con tos, dolor o trauma torácico, politraumatismo, convulsión, intoxicación, sospecha de reacción alérgica y AP de cardiopatía. Las variables recogidas fueron: edad, MC, AP, Sat O₂ en triage, box u observación, prioridad, diagnóstico, tratamiento en urgencias e ingreso.

RESULTADOS: De 7982 niños que acudieron a urgencias durante el periodo de estudio se recogió datos de 1044 niños (13%). Un 60% eran Sat O₂ adecuadas en triage y 40% no adecuadas (Sat O₂ en triage sin motivo aparente). Del total de ingresos (13) un 77% eran Sat O₂ adecuadas. De las adecuadas no se tomó Sat O₂ al 15% (93 niños), de los cuales tampoco se determinó posteriormente al 62%. En este grupo un 46% recibió tratamiento en urgencias y no hubo ingresos. De las Sat O₂ tomadas en triage no adecuadas el 8,5% presentó Sat O₂ < 94%, un 0,7% ingresó y un 42% requirió tratamiento en urgencias. Tenían Sat O₂ < 94% en triage un 18,6%, de los cuales no se determinó posteriormente en un 27%. Recibieron tratamiento en urgencias un 82% de los niños con Sat O₂ < 94% e ingresaron un 5,7%. Un 84% eran niños con indicación de toma de Sat O₂ en triage. El 74,7% de los niños tenían prioridad 4, 23,6% prioridad 3 y 1,5% prioridad 2. De los niños con prioridad 4 presentaban Sat O₂ < 94% un 4,5% lo que significa una priorización inadecuada. Diagnósticos sin Sat O₂ en ningún momento: asma 1,6%, bronquiolitis 5%, laringitis 15%, neumonía 14%.

CONCLUSIONES: La Sat O₂ es una técnica complementaria a la valoración clínica en triage que determina aquellos que podrían requerir asistencia médica más temprana. El 77% de los ingresos son niños en los que estaba indicado la toma en triage y el 84% de niños con Sat O₂ < 94% también lo eran, por lo que creemos útil definir indicaciones de toma de Sat O₂ en triage.

**PRESENTACIÓN TARDÍA DE LA HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA: A PROPÓSITO DE UN CASO.**

M.J. Navarro, B. Martín Sacristán, M. Herrera, E. Crespo, J.A. Alonso, L. Díaz.
Servicio de Urgencias de Pediatría, Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

INTRODUCCIÓN: La hernia diafragmática de Bochdalek se define como la presencia de vísceras abdominales en la cavidad torácica por defecto a nivel posterolateral del diafragma. En el 80-90% de los casos el defecto ocurre en el lado izquierdo. Presenta una incidencia de 1/4000 nacidos vivos.

CASO CLÍNICO: Lactante de 1.5 meses que ingresa procedente de urgencias por un cuadro de distrés respiratorio moderado de 12 horas de evolución. Antecedentes familiares: sin interés. Antecedentes personales: embarazo, parto y periodo neonatal normales. No clínica de dificultad respiratoria previa. Exploración física: Regular estado general, palidez de piel con buen color de mucosas. Llanto quejumbroso, quejido espiratorio con polipnea y discreto tirruaje intercostal y subcostal. Auscultación pulmonar: Hipoventilación en base izquierda, con ruidos hidroaéreos presentes a dicho nivel. Resto de exploración normal. Pruebas complementarias: Radiografía de Tórax: Asas de intestino delgado en hemitórax izquierdo con pulmón ipsilateral colapsado. Evolución: A las 48 horas de su ingreso se aprecia mejoría del cuadro respiratorio por lo que se indica cirugía reparadora de la hernia. A la espera de la cirugía presenta empeoramiento del estado general, con aumento del trabajo respiratorio y fiebre: Radiografía de tórax: condensación broncoalveolar en lóbulo superior izquierdo (PCR >120). Ingresó en UCIP, precisando ventilación mecánica y tratamiento antibiótico intravenoso. Tras estabilización se interviene quirúrgicamente, con reducción de asas intestinales a cavidad abdominal y cierre primario del defecto. El postoperatorio transcurre sin incidencias. Posteriormente ha sido controlado en consulta de Cirugía Pediátrica, sin incidencias y con radiografía de control normal.

COMENTARIOS: 1) El 80% de las hernias diafragmáticas congénitas se manifiestan al nacimiento como un cuadro de dificultad respiratoria grave que precisa reparación inmediata del defecto, tras estabilización del paciente. Sin embargo, existe un 20% que se descubre de forma casual al realizar una radiografía de tórax por otro motivo. 2) Habitualmente las hernias diafragmáticas congénitas de presentación tardía son asintomáticas, aunque en ocasiones se manifiestan con clínica gastrointestinal y/o pulmonar. En nuestro caso, es posible, aunque no se puede asegurar que la presencia de la hernia agravara el proceso respiratorio intercurrente.



NEFROLOGÍA

PATOLOGÍA NEUROLÓGICA EN LA URGENCIA PEDIÁTRICA: ESTUDIO RETROSPECTIVO EN UN AÑO.

L. Martínez, T. Alarcón, P. Gutiérrez, B. Martín, P. Donado, L. Cabanillas.

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Getafe (Getafe).

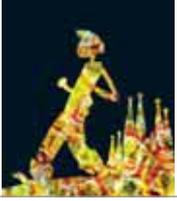
INTRODUCCIÓN: La patología neurológica es una causa relativamente poco frecuente de consulta en los servicios de urgencias pediátricas; suele asociarse con un importante componente de ansiedad familiar, así como requerir la valoración por el especialista más que otras patologías pediátricas.

OBJETIVOS: Evaluar la relevancia de la patología neurológica en la urgencia pediátrica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo de un año (2004) de todas las patologías neurológicas que acudieron a nuestra urgencia (excluyendo los traumatismos craneoencefálicos). Se valoró: distribución por edades, proporción respecto al número total de urgencias, sintomatología que motivó la consulta, pruebas complementarias realizadas, proporción de pacientes valorados por neuropediatría y proporción de ingresos.

RESULTADOS: 1) Del total del número de urgencias (32.232), la patología neurológica supone un 1,2% (391 casos). 2) La sintomatología clínica más frecuente fue la cefalea con un 54%, con un total de 211 casos y fundamentalmente la de tipo migrañoso (con 54 casos, lo que supone un 25,6%). Le sigue en frecuencia las convulsiones (con 102 casos, lo que supone un 26%), con mayor incidencia de las febriles (62 casos, que supone el 60% del total de convulsiones). 3) La distribución por edades fue: < 1 mes: 1%; 1 mes-1 año: 3,3%; 1-2 años: 16,6%; 3-5 años: 18%; 6-10 años: 29%; 11- 14 años: 26%; >14 años: 5,8%. 4) Se realizaron pruebas complementarias en 174 casos, lo que supone un 45,5% del total de casos. 5) Fueron valoradas por neuropediatría el 9% (35 casos). 6) El principal motivo de ingreso fueron las convulsiones afebriles con 14 casos (38,8% de los ingresos por motivos neurológicos). Del total de ingresos en 2004, la patología neurológica supone el 1,3%.

CONCLUSIONES: 1) La patología neurológica es una entidad poco frecuente en la urgencia pediátrica. 2) La migraña es una patología más habitual en la periadolescencia, así como las convulsiones febriles lo son en preescolares. 3) Las indicaciones más frecuentes de TAC fueron la cefalea de tipo migrañoso (primer episodio) y las convulsiones afebriles, siendo estas últimas los principales motivos de ingreso.



CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-ELECTROENCEFALOGRÁFICAS DE LAS CONVULSIONES ATENDIDAS EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS.

M.M. Montejo Vicente, S. Suárez Saavedra, A. Pérez Guirado, F. Villanueva Gómez*, J.L. Fanjul Fernández, J. Rodríguez Suárez.

*Unidad de Urgencias de Pediatría y *Servicio de Neurofisiología Infantil. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

La convulsión es la urgencia neurológica más frecuente en pediatría. Habitualmente produce angustia y situación de estrés en la familia, especialmente en aquellas más prolongadas. La atención en urgencias depende del estado a su llegada, del tipo de crisis y de la historia clínica. Normalmente no disponemos de datos electroencefalográficos para correlacionarlos con el diagnóstico clínico, hecho que sin duda podría ser de utilidad en el manejo y orientación posterior.

OBJETIVO: Analizar las características epidemiológicas, clínicas y electroencefalográficas de las convulsiones atendidas en nuestra unidad de urgencias de pediatría.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un análisis descriptivo de las variables recogidas en el estudio tras revisión de las historias clínicas de todas las convulsiones atendidas en nuestra unidad en el año 2004.

resultados: Se atendieron un total de 128 convulsiones de las cuales 108 fueron primeros episodios en este año, que son sobre las que se realizó el análisis. El 59,3% de las convulsiones se calificaron como febriles. Respecto al tipo de crisis un 33,3% fueron calificadas como tónico-clónicas, como clónicas un 17%, un 18% como hipertónicas, un 17,6% como parciales y un 9,3% atónicas.

	<i>C. febriles</i>	<i>C. afebriles</i>	<i>Todas</i>
Edad media	30 meses	72 meses	48 meses
Antecedentes familiares de convulsiones	45,3%	34%	40,8%
Persistencia de convulsión a su llegada	14,1%	4,5%	10,2%
Duración < 15 min	85,9%	75%	81,5%
Duración > 30 min	6,3%	9,1%	7,4%
EEG alterado ≤ 24 horas	38,5%	50%	41%
Repetición en mismo episodio	9,4%	20%	13,9%

COMENTARIOS: Únicamente en un porcentaje reducido de convulsiones se requirió tratamiento anticonvulsivante en urgencias, tanto en las crisis febriles como afebriles. Se ha observado un bajo índice de repetición en el primer día tras el episodio. Sólo un tercio de los casos de las crisis febriles fueron generalizadas según el resultado electroencefalográfico en las primeras 24 horas, lo cual podría hacer dudar de la descripción y diagnóstico iniciales.

**CONVULSIÓN FOCAL EN URGENCIAS: NUEVOS DIAGNÓSTICOS.**

R. Berrueco Moreno, I. Martín Ibáñez, A. Martínez Roig, I. Vollmer Torrubiano, J.A. Muñoz Yunta, F. Díaz Ledo.
Servicio de Pediatría. Hospital del Mar. Barcelona.

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS: Las convulsiones son un motivo de consulta frecuente en un Servicio de Urgencias pediátrico. Debido al creciente aumento de la inmigración, se deben tener en cuenta nuevas etiologías en el diagnóstico diferencial.

OBSERVACIONES CLÍNICAS: Niña de 8 años, procedente de Bolivia, traída a Urgencias tras presentar cuadro de crisis parcial en forma de movimientos tónico-clónicos en brazo y pierna izquierdos, versión oculo-celáfrica ipsilateral a los paroximos motores, generalización secundaria con pérdida de conciencia y postración postcrítica. A su recuperación refiere cefalea en hemicráneo temporal derecho. A la exploración física presenta un regular estado general, estando afebril, normohidratada y normocoloreada. Consciente y orientada. Pupilas isocóricas y normoreactivas. Glasgow 14. Sin signos de focalidad neurológica. Resto de la exploración física normal. En urgencias se realiza analítica sanguínea (hemograma, bioquímica, ionograma, equilibrio ácido-base y coagulación) que resulta normal; y una TC craneal sin contraste en la que se objetiva una lesión nodular hipodensa de aspecto quístico con un elemento nodulillar mural sólido, de localización frontal derecha con edema vasogénico asociado. Se inicia tratamiento con dexametasona y fenitoína. El tratamiento con prazicuantel se inicia el tercer día del ingreso, presentando una correcta evolución, sin reaparición de nuevas crisis ni otros síntomas.

COMENTARIOS: La neurocisticercosis es una de las causas más frecuentes de afectación parasitaria del sistema nervioso central (SNC) en áreas endémicas. Está causada por *Taenia solium*, un parásito intestinal que tiene como huésped definitivo al hombre y como intermediario al cerdo. Sus huevos atraviesan la pared intestinal y por la corriente sanguínea se depositan en el SNC, tejido subcutáneo, músculo cardíaco y ojos. En más del 70% de los casos aparecen convulsiones. Debido al progresivo aumento de patologías tropicales en nuestro medio, hay que incluir en los diagnósticos diferenciales esta enfermedad ante una convulsión focal afebril en un niño mayor procedente de una zona endémica.

**PRIMERA CONVULSIÓN AFEBRIL EN LA URGENCIA.**

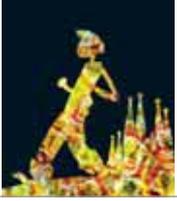
R. Porto Abal, A. Ruiz Hernández, G. Domínguez Ortega, M. de la Torre Espí, J.C. Molina Cabañero, M. Ruiz-Falcó Rojas.

Servicio de Urgencias, Servicio de Neurología. H. Universitario Niño Jesús. Madrid.

OBJETIVOS: 1) Describir las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes ingresados desde Urgencias tras una primera convulsión afebril. 2. Determinar la frecuencia de resultados anormales en la neuroimagen (urgente o diferida). **Materiales y Métodos:** Se han revisado, de forma retrospectiva, las historias de los niños ingresados desde el Servicio de Urgencias durante el 2003 con los diagnósticos de crisis afebril o episodio paroxístico seguidos de 6 a 18 meses. Los criterios de selección fueron: 1. No padecer patología neurológica conocida. 2) No tener estudios previos por este motivo. El total de pacientes fue 46. Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos y se realizó un estudio descriptivo.

RESULTADOS: El 63% fueron varones. La media de edad de los fue de 43 meses (40% <12 meses). Existían antecedentes familiares de epilepsia en 5 pacientes (11%); se diagnóstico de epilepsia a 3 de ellos. La duración de las crisis fue < 5 minutos en el 80,5% de los casos. Las crisis fueron descritas como tónico-clónicas (32%), tónicas (26%), clónicas (13%), hipotónicas (10%), mioclónicas (8%), atónicas (4%) y otras (4%). El 80% se consideraron generalizadas. Se realizó tomografía cerebral (TAC) urgente a 8 pacientes (17,4%) cuya exploración neurológica era normal. Todas fueron normales. Se solicitó una resonancia magnética (RM) diferida a 22 pacientes (48%), de los cuales, sólo 2 presentaron alteraciones: displasia cortical focal en lóbulo frontal izquierdo (1), alteración en la intensidad de señal en región hipocampal izquierda con signos de esclerosis mesial (1). Los diagnósticos finales fueron: 3 crisis provocadas [hipoglucemia (1), hipocalcemia (1), agrupadas en el contexto de gastroenteritis (1)], 23 crisis no provocadas [epilepsia (19), crisis únicas (4)], episodios paroxísticos (10), mioclonías benignas del lactante (2), pseudocrisis (1), espasmos del sollozo (2), reflujo gastroesofágico (1), síncope (2), gastroenteritis (1) y atragantamiento (1)] Se diagnosticó de epilepsia a 19 niños (41%): epilepsia generalizada idiopática (4), epilepsia idiopática del lactante (3), síndrome de West (1), epilepsia benigna de la infancia con paroxismos centro-temporales (5), epilepsia benigna occipital temprana (1) y crisis parciales secundariamente generalizadas sin encuadrar en ningún síndrome (5).

CONCLUSIONES: 1) La causa más frecuente de una primera convulsión afebril fue la epilepsia. 2) La realización de TAC urgente no implicó cambios en el tratamiento. 3) Ninguno de los pacientes en los que se realizó TAC urgente cumplía los criterios de recomendación actuales para su realización.

**CONVULSIÓN O NO CONVULSIÓN. ESTA ES LA CUESTIÓN. LA ANAMNESIS LA SOLUCIÓN.**

P. Gussinye Cannabal, X. Codina Puig, J. Bosch Marcet, V. Pérez Herreros, J.M. Vidal i Elias, M. Catalá Puigbó.
Hospital General de Granollers. Barcelona.

INTRODUCCIÓN: Las convulsiones y las alteraciones del sensorio son vividas por la familia y, ocasionalmente, por los propios médicos como una situación grave, generando angustia y dificultando la realización de una correcta anamnesis. Presentamos 3 casos de gravedad variable en los que una anamnesis poco precisa indujo, inicialmente, a error.

CASOS CLÍNICOS:

Caso 1: Paciente de 6 meses que consulta por cuadro de irritabilidad, llanto y depresión del sensorio de escasa duración que presenta después de bañarle y mientras le secan con un secador. No hay calefactores ni estufas en el baño. En urgencias la exploración física es normal e ingresa para estudio de episodio aparentemente letal.

Caso 2: Paciente de 14 meses remitido para valoración neurológica por traumatismo craneal con pérdida de conocimiento tras caída accidental. Se deja en observación en urgencias.

Caso 3: Paciente de 8 meses que en el curso de cuadro de gastroenteritis, y estando afebril, presenta episodio de alteración de la conciencia con desviación de la mirada e hipertonia generalizada. Se nos remite para estudio de convulsión atípica.

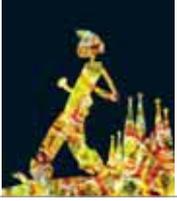
EVOLUCIÓN:

Caso 1: Ingresa para observación orientándose como cuadro compatible con espasmo del llanto. Reconsulta a las 72 horas por presentar, junto con otros miembros de su familia, episodio de alteración neurológica diagnosticándose de intoxicación por CO. La anamnesis más precisa, con la sospecha de intoxicación, descubre la fuente.

Caso 2: La anamnesis cuidadosa y realizada a quien presencié el suceso, así como la constatación de episodios similares permite el diagnóstico de espasmo del llanto.

Caso 3: La anamnesis junto con la sospecha clínica permite el diagnóstico de Distonía de torsión. Había tomado, y en dosis erróneas, un antiemético. Se revisan las características clínicas de estas tres entidades.

COMENTARIOS: En los tres casos una adecuada y dirigida anamnesis hubiese sido suficiente para orientar adecuadamente el diagnóstico. La anamnesis debería realizarse con quien presencia el episodio y con el familiar que conozca mejor al paciente. La anamnesis dirigida al diagnóstico de intoxicación por CO debe realizarse siempre ante clínica neurológica poco clara y, especialmente, durante el invierno. La historia de administración de medicación y su dosis deben conformar parte de toda anamnesis. Junto a una clínica compatible nos permitirán el diagnóstico de una extrapiramidalismo. El mejor conocimiento de las características y benignidad del cuadro de espasmo del llanto por parte de familiares, cuidadores y médicos evitaría angustias y visitas innecesarias.

**REVISIÓN DE CRISIS CONVULSIVAS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA.**

G. Manjon Llorente, C. Ruiz de La Cuesta Martín, I. García Jimenez, J.L. Peña Segura, J. López Pisón, C. Campos Calleja.

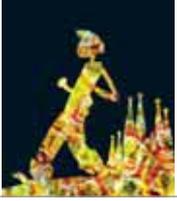
Unidad de Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

INTRODUCCIÓN: La crisis convulsiva es una patología relevante en los Servicios de Urgencias debido a la alarma familiar que originan, frecuencia, gravedad potencial y amplio abanico de problemas que las producen.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión de los niños que consultaron por convulsión desde el 15 de Septiembre de 2004 al 16 de Febrero de 2005, valorando especialmente nuestra actuación en aquellos que llegaron convulsionando.

RESULTADOS: Se atendieron 144 pacientes por crisis convulsiva, el 0,53% de urgencias. En 32 casos (22,2%) convulsionaron en Urgencias, de estos la edad media fue de 4,18 años (0,45- 13,7 años), el 56,2% niños y 43,8% niñas. Acudían directamente desde casa el 81,3%, derivados desde otro centro 12,5%, y 6,7% en ambulancia. Directamente ingresan el 53,2%, un 17,6% en Cuidados Intensivos. En Unidad de Observación permanecieron una media de 5,6 horas el 46,8% y posteriormente el 53,3% ingreso. Las crisis fueron: 68,75% generalizada, 25% focales y 6,25% de exclusiva alteración del estado de conciencia. La duración media prehospitalaria fue 30 minutos, la observada en urgencias de 15 minutos y la duración media total 45 minutos con normalización de estado de conciencia en 40 minutos. En el 46,87% era la primera crisis. Con antecedente previo el 47% eran febriles. Las constantes registradas a su llegada a Urgencias fueron: temperatura en 96,8% de casos, saturación de oxígeno en 56,2% y frecuencia cardiaca en 71,8%. Se realizó: glucemia capilar al 53,1%, gasometría capilar 18,75%; hemograma 53,2%; bioquímica 46,8%; gasometría venosa 40,6%; TAC urgente en 5 casos; EEG en 5 y una punción lumbar. En 4 pacientes la crisis cedió sin tratamiento. En los demás se administraron Diazepam, rectal e intravenoso, y Fenitoina en 9 casos. Los diagnósticos fueron: crisis febril 56,25%, epiléptico conocido con tratamiento 15,6%, 1 epiléptico conocido sin tratamiento, 1 crisis criptogénica, 1 confirmación de epilepsia sintomática, 2 segunda crisis que estableció el diagnóstico de epilepsia, 1 crisis sintomática aguda por hipoglucemia, y 2 crisis no epilépticas: una seudocrisis y una distonia medicamentosa.

COMENTARIOS: El pronóstico de las convulsiones depende fundamentalmente de la etiología, tratamiento específico en los casos que es posible, y duración, por lo que es necesario disponer de una adecuada estrategia diagnóstica-terapéutica. Esta revisión permite auditar nuestras intervenciones y definir aquellos indicadores de calidad que puedan mejorar los protocolos de asistencia urgente a las crisis convulsivas en un hospital terciario.

**MANEJO EN URGENCIAS DEL NIÑO CON VÉRTIGO PAROXÍSTICO BENIGNO.**

A. Castello Egea*, A. Macaya Ruíz**, X. Perramón Montoliu*, M. Raspall Chaure**, E. Vara Robles*, M. Roig Quilis**.

*Servicio de Urgencias Pediátricas, **Servicio de Neuropediatría Infantil. Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron.

FUNDAMENTOS Y OBJETIVOS: El Vértigo Paroxístico Benigno (VPB) es una entidad clínica que se caracteriza por crisis recurrentes de vértigo con tendencia a la curación espontánea y que motiva con frecuencia múltiples exploraciones complementarias tal vez innecesarias. Por este motivo nos planteamos revisar los aspectos clínicos y evolutivos, así como los tratamientos y exploraciones complementarias realizadas en los pacientes pediátricos con el diagnóstico de VPB.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas de los niños diagnosticados de VPB durante el período comprendido entre 1995 y 2003. Se excluyeron aquellos con un antecedente agudo que pudiera justificar el síntoma (traumatismos, accidentes vasculares cerebrales o crisis epiléptica).

RESULTADOS: Se incluyeron 11 casos en el estudio, 6 de ellos (55%) fueron varones. La edad media de presentación fue de 2 años (rango entre 12 meses y 48 meses). Los síntomas comunes a todos eran rechazo a la bipedestación, inestabilidad, miedo y llanto. Diez casos se acompañaron de síntomas vegetativos: vómitos en 7 (64%), hipotonía en 5 (45%), palidez en 4 (36%), somnolencia en 3 (27%). El cuadro tuvo una duración variable, de minutos a pocas horas y en todos los casos cursó con más de un episodio. A los 4 años, 4 pacientes presentaban episodios de cefaleas recurrentes acompañando o no a las crisis, uno de ellos con características migrañosas. En 5 (45%) había antecedentes familiares de migraña. En todos los casos se realizó un electroencefalograma y una prueba de imagen: tomografía axial computerizada en 7 (64%), resonancia magnética en dos (18%) y ambas en dos (18%); en todos los casos el resultado fue normal. En cinco casos (45%) se les administraron diversos tratamientos que no fueron efectivos. La edad de resolución del cuadro (7 casos) fue entre los 2 y 5 años con una media entre la edad de presentación y cese de las crisis de 1 año y 4 meses. En todos ellos destacó la ausencia de clínica intercrisis.

COMENTARIOS: El VPB es una entidad de diagnóstico clínico-evolutivo por lo que, si la clínica es altamente sugestiva y se realizan los controles adecuados, podrían evitarse exploraciones y tratamientos innecesarios. El alto porcentaje de antecedentes familiares migrañosos podría contribuir a reforzar este diagnóstico basado en una buena anamnesis y exploración física.

**PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA EN LACTANTES. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS.**

F. Martín del Valle, M. Centeno Jiménez, C. Blanco Rodríguez, M. Vázquez López, I. Pinto Fuentes, Ll. Carrasco Marina.

Servicio de Pediatría. Hospital Severo Ochoa. Leganés (Madrid).

INTRODUCCIÓN: La parálisis facial periférica (PFP) es una patología relativamente frecuente en la infancia. En la mitad de los casos corresponde a una neuritis inmune autolimitada, la parálisis facial idiopática o de Bell. En el resto es debida a patología infecciosa, traumática y más raramente a neoplasias o accidentes cerebrovasculares. En los primeros años de la vida las PFP agudas son raras. Presentamos los casos de dos lactantes que consultaron en el servicio de Urgencias por presentar una parálisis facial periférica aguda.

CASOS CLÍNICOS:

Caso 1: Mujer de 18 meses que acude al Servicio de Urgencias por presentar en los 2 últimos días desviación de la comisura bucal hacia la derecha y cierre palpebral izquierdo incompleto. Diez días antes había presentado un cuadro febril con otalgia bilateral siendo diagnosticada de otitis y tratada con midecamicina. Como antecedentes había tenido múltiples episodios de otitis media aguda no supurada. A la exploración presentaba una otitis media aguda bilateral y una paresia facial periférica izquierda siendo el resto de la exploración física y neurológica normal. Se realizó un TAC craneal que mostró ocupación de ambos oídos medios y celdillas mastoideas compatible con otitis sin signos de periostitis. Ingresó con antibióticos por vía parenteral. El seguimiento en consultas mostró una resolución completa en pocas semanas.

Caso 2: Varón de 12 meses que acude al servicio de urgencias por notarle en la última semana que cierra el ojo derecho al llorar y desvía la boca hacia la derecha, con empeoramiento en los dos últimos días, además le notan más irritable, despertándose con facilidad por las noches. La semana antes había presentado una otitis izquierda. Entre los antecedentes destacan ambos padres VIH positivo aunque los controles serológicos del paciente habían sido negativos. A la exploración el paciente estaba irritable, febril, con una parálisis facial periférica izquierda y desviación de la cabeza hacia la derecha. La RMN cerebral mostraba una imagen compatible con tumor que invade protuberancia, bulbo, y parte del hemisferio cerebeloso derecho.

COMENTARIOS: La parálisis facial periférica aguda es una patología rara en los lactantes. Aunque se han descrito pacientes con parálisis facial idiopática o de Bell en los primeros meses de vida, ésta aparece habitualmente en niños mayores de ocho años, por lo que ante un lactante con PFP aguda debemos descartar otras causas mediante una exploración física y neurológica completa y examen neurorradiológico.

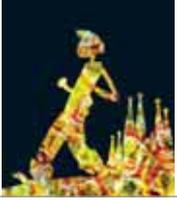
**PARÁLISIS FLÁCIDA EN URGENCIAS: A PROPÓSITO DE UN CASO DE MIELITIS TRANSVERSA AGUDA IDIOPÁTICA.**

L. Gómez Gómez, E. Gembero Esarte, T. Durá Travé, N. Viguria Sánchez, X. Duarte Calvete, M. Herranz Aguirre.
Servicio de Pediatría, Hospital Virgen del Camino, Pamplona.

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS: El diagnóstico de la parálisis flácida aguda se basa en la anamnesis, forma de inicio, clínica (simétrica, sensitiva, motora), correcta exploración neurológica, laboratorio estándar, punción lumbar, y TAC o RNM como pruebas complementarias. Describimos la actuación ante una parálisis flácida aguda, a propósito de un caso de mielitis transversa aguda (MTA).

OBSERVACIONES CLÍNICAS: Niña de 23 meses presenta debilidad aguda, simétrica y ascendente de extremidades inferiores (EEII) que imposibilita la bipedestación. No antecedentes infecciosos ni traumáticos. Antecedentes familiares y personales sin interés. Exploración física: Peso: 9,6 Kg (P3), TA: 130/70 (>P95), Tª 38,5, FR: 28, FC: 150, SAT 98%. Sensorio normal, pares craneales normales, pupilas isocóricas y normorreactivas. No signos meníngeos. Inestabilidad en sedestación. Bipedestación y deambulación imposibles. Dolor a la movilización de EEII. Tono, fuerza y sensibilidad de cuatro extremidades disminuidos. Ausencia de reflejos rotulianos y aquileos en EEII, cutaneoplantar, abdominales y anales. No disimetría, temblor ni nistagmo. Fondo de ojo y resto de exploraciones normales. Exploraciones complementarias: Normales (hemograma, bioquímica, CPK, gasometría, coagulación, LCR y TAC craneal). Evolución: En Urgencias la debilidad muscular progresa ascendente y rápidamente, precisando traslado a la UCIP para soporte respiratorio y ventilación mecánica. Inicialmente se trata con gammaglobulina, sin mejoría. La RNM muestra ensanchamiento medular cérico-torácico, compatible con MTA. Se instauro tratamiento con corticoides endovenosos, sin respuesta. EEG normal. Serologías y Ac anti-GM1 negativos. ENG y EMG con signos de denervación. Actualmente, tetraplejía espástica y arrefléxica, vejiga neurógena, traqueotomía con ventilación mecánica en domicilio, y alimentación por gastrostomía. RNM: cambios atróficos en médula y corteza.

COMENTARIOS: La parálisis flácida aguda constituye un motivo de consulta infrecuente que puede suponer una verdadera urgencia y requiere una actuación rápida para enfoque diagnóstico y terapéutico. La edad del paciente condiciona la falta de colaboración en la exploración sensitiva. El DD incluye afectación a nivel de médula (MTA, tumor, compresión), asta anterior (poliomielitis), nervio (Guillain Barré, Lyme...), unión neuromuscular (botulismo, miastenia grave.) y músculo (miositis.). La incidencia de MTA es muy baja, asociándose mayormente a inmunodepresión. La etiología se relaciona con procesos autoinmunes o infecciosos con agresión a médula. En nuestro caso no encontramos agente infeccioso.

**PACIENTES PSIQUIÁTRICOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA.**

D. Crespo Marcos, M.J. Solana García, R. Marañón Pardillo, L. Márquez De la Plata, C. Míguez Navarro, E. Herrero Román.

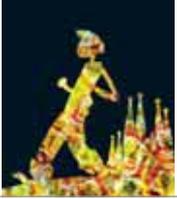
Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid. Servicio de Urgencias.

OBJETIVOS: Desde hace unos años se ha notado un aumento en la asistencia en urgencias pediátricas de pacientes psiquiátricos. El objetivo de este trabajo es el estudio de las características de los pacientes que requirieron asistencia psiquiátrica en nuestro servicio de urgencias.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo transversal, que incluyó a todos aquellos niños que tras acudir a nuestro servicio de urgencias pediátricas, precisaron asistencia por el servicio de psiquiatría. Se realizó entre el 1 de octubre de 2004 y el 31 de enero de 2005. Los datos recogidos fueron: sexo, edad, hora y fecha de asistencia a urgencias, antecedentes psiquiátricos, tratamiento psiquiátrico previo, motivo de consulta, quién trae al menor, diagnóstico y destino final del paciente.

RESULTADOS: 49 pacientes sobre un total de 26.233 urgencias (0,18%), requirieron asistencia psiquiátrica. De ellos, 25 (51%) eran niñas y 24 (49%) niños. En cuanto a la edad, la mediana fue de 14 años. 45 pacientes (92%) acudieron entre las 10 y las 2 horas. 28 niños (57%) tenían antecedentes psiquiátricos, y 15 (30%) tomaban medicación previamente. Sólo 6 (12%) fueron traídos por servicios de urgencias extrahospitalarios; el resto por padres, tutores o familiares. Los diagnósticos más frecuentes fueron: trastorno de conducta (20 casos, 41%), ideación o intento autolítico (11 casos, 22%) y trastorno por ansiedad (8 casos, 16%). Ingresaron 19 pacientes (39%), de los que 11 eran niñas y 8 niños. Del total de ingresos, 9 fueron por trastorno de conducta y 8 por ideación o intento autolítico. Se realizó también un análisis detallado dentro de cada grupo de las principales patologías; hallando que 15 (68%) de 22 pacientes con trastorno de conducta eran niños, mientras que 9 (82%) de 11 con ideación o intento autolítico, y 6 (75%) de 8 con trastornos por ansiedad, eran niñas.

CONCLUSIONES: 1 de cada 535 niños que acuden a nuestro servicio de urgencias precisa atención psiquiátrica. Suelen ser pacientes de 14 años que consultan entre las 10 y las 2 horas, sin predominio de sexo. En muchos casos tienen antecedentes y/o tratamiento psiquiátrico previo. Sólo 1 de cada 10 niños es traído por servicios de urgencias extrahospitalarias. Las patologías más comunes fueron por este orden: trastorno de conducta, ideación o intento autolítico y trastorno por ansiedad. Observamos un claro predominio de niños en el trastorno de conducta, y de niñas en ideación o intento autolítico y trastorno por ansiedad. Destaca la altísima tasa de hospitalización de este grupo de pacientes, unas 10 veces superior al índice general de nuestro hospital.

**TRASTORNOS CONDUCTUALES EN LA ADOLESCENCIA. IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.**

V. García Bernabeu, M.J. Sánchez Álvarez, M.J. Lirola Cruz, T. Bermejo González, A. Peralta Rodríguez, A. Carmona Martínez.

Instituto Hispalense de pediatría. Servicio de Pediatría Clínica Sagrado Corazón. Sevilla.

INTRODUCCIÓN: La adolescencia es una etapa de la vida en la que se produce un rápido desarrollo físico y profundos cambios emocionales. Con frecuencia los trastornos de conducta son transitorios y no progresivos. La anamnesis en este grupo de edad puede llegar a ser difícil y poco esclarecedora, corriendo el riesgo de infravalorar los síntomas. Presentamos 2 casos en los que a los iniciales problemas de adaptación y trastornos de conducta, se suma posteriormente sintomatología neurológica.

OBSERVACIONES CLÍNICAS:

Caso 1: Niña de 13 años, ingresa por cefalea frontal de carácter opresivo y vómitos precedidos de náuseas de 18 horas de evolución. Cambios de carácter durante el mes anterior y episodio de cefalea occipital 2 semanas antes que cede de forma espontánea en 1 semana. Exploración: TA 110/80, discreta rigidez a la flexión forzada del cuello, resto de la exploración neurológica rigurosamente normal. Analítica básica normal. Se realiza TAC craneal en el que se evidencia hemorragia intraparenquimatosa frontal derecha, con mínimo componente de edema perilesional y mínimo efecto masa, compatible con malformación vascular subyacente.

Caso 2: Niña sana de 11 años, ingresa por presentar durante las últimas 6 semanas episodios recidivantes de mareos, disartria, trastornos de la marcha y tendencia al sueño que se autolimitan en 2-3 días. Antecedentes personales: trastornos de adaptación escolar, régimen de adelgazamiento desde hace un mes. Antecedentes familiares: madre con síndrome depresivo en tratamiento con ansiolíticos y antidepresivos. En la exploración neurológica existía tendencia al sueño, pérdida de fuerza en hemicuerpo izquierdo, marcha inestable, disartria y disimetría, pupilas levemente mióticas con buen reactividad. A las 12 horas del ingreso se objetiva una total normalización de la exploración. Analítica general dentro de la normalidad. TAC craneal: Imagen hipodensa en región frontal. RMN craneal normal. Tóxicos en orina: positivo a benzodiazepinas.

COMENTARIOS: Aún siendo muy frecuentes los cambios de conducta y del estado de ánimo durante la adolescencia, puede llegar a ser necesario descartar patología orgánica subyacente e ingestión de tóxicos como etiología de las mismas.

**AMNESIA GLOBAL TRANSITORIA: UNA ENTIDAD INFRECUENTE EN LA INFANCIA.**

G. Sebastiani, M. Simó Nebot, C. Luaces Cubells, M Pineda Marfá*, J.J. García García.

*Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. *Servicio de Neurología. Unitat Integrada Sant Joan de Déu- Clínic. Universitat de Barcelona.*

FUNDAMENTOS Y OBJETIVOS: La amnesia global transitoria (AGT) es un cuadro de presentación aguda caracterizado por una intensa amnesia anterógrada con incapacidad para memorizar los acontecimientos que suceden, aunque la conciencia, el razonamiento y la percepción son normales. Los exámenes neuropsicológicos evidencian una amnesia anterógrada completa y una amnesia retrógrada variable. La memoria inmediata está conservada y el resto de la exploración neurológica es normal. La recuperación es progresiva en pocas horas. Este tipo de amnesia suele presentarse en pacientes de edades medias o avanzadas y su presentación es excepcional en la edad pediátrica.

OBSERVACIÓN CLÍNICA: Niña de 9 años que refiere amnesia anterógrada de inicio brusco, con memoria inmediata conservada y algún trastorno de la memoria retrógrada más discreto. Cefalea de intensidad leve. No refiere traumatismo previo ni abuso de drogas. Vive el suceso con mucha angustia. La exploración neurológica es normal. El episodio cede de forma espontánea al cabo de unas 4 horas. Posteriormente la paciente queda con cefalea leve y amnesia del episodio. Resto de memoria conservada. Se realiza TAC craneal que es normal por lo que el cuadro se orienta como AGT.

COMENTARIOS: La clínica descrita es característica de AGT. La aparición de este cuadro suele ser espontánea, aunque puede existir un factor desencadenante como el esfuerzo físico o el estrés emocional. Se ha postulado que podría deberse a un fenómeno vascular amplio con isquemia transitoria del territorio de la vertebrobasilar. Una historia precedente de migraña se ha encontrado como posible factor de riesgo asociado al cuadro. Los vasoespasmos migrañosos podrían producir una isquemia temporal transitoria en estructuras hipocámpicas. La migraña confusional aguda, típica de la infancia, tiene manifestaciones clínicas muy similares a la AGT. El diagnóstico de este proceso es exclusivamente clínico. Tiene un excelente pronóstico con poca tendencia a la recidiva. Dada la presentación poco habitual en la edad pediátrica en nuestro caso se realizó una prueba de imagen para descartar un accidente vascular cerebral que es la principal entidad con la que se debe efectuar el diagnóstico diferencial en Urgencias. La clínica típica y la normalidad de las pruebas de imagen nos deben hacer considerar este diagnóstico también en la edad pediátrica.

**CIRUGÍA Y COT****INVAGINACION EN ESCOLARES. A PROPOSITO DE DOS CASOS**

J. Llagostera Benedico, L. Ruiz Guzmán, N. Ruggieri Rodriguez, J.Canals Riazuelo, V.Soriano Zaplana, R. Clapés Ferran.

Servicio de Urgencias. Hospital de Nens de Barcelona.

RESUMEN: El dolor abdominal agudo es una de las consultas frecuentes en los Servicios de urgencias pediátricos. Cuando hablamos de invaginación intestinal pensamos siempre en lactantes y niños hasta los 2 años de edad sin tener en cuenta que esta patología es posible también en niños mayores de 5 años.

OBSERVACIONES CLÍNICAS: Presentamos 2 casos atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital de Nens de Barcelona (SUHNB) en el año 2003 por dolor abdominal agudo. En uno de los casos se sospechaba clínicamente la invaginación. En el otro la clínica inflamatoria era predominante. La edad de los niños fue de 10 y 12 años y los diagnósticos posteriores de Pólipo hamartomatoso y Divertículo de Meckel respectivamente. En ambos se confirmó invaginación intestinal.

**INVAGINACIÓN INTESTINAL COMO CAUSA DE DEBUT DEL SÍNDROME DE PEUTZ JEGHERS.**

J. Lara Herguedas, I. Gallardo Fernández, A. Rios González, A. Jiménez Jiménez, J.L. Alonso Calderón, J. Martínez Pérez.

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

OBJETIVOS: Describir las manifestaciones clínicas con las que puede debutar un Síndrome de Peutz-Jeghers en la infancia, siempre como causa urgente de consulta.

MATERIAL Y METODOS: Estudio descriptivo de 3 pacientes afectos de Síndrome de Peutz Jeghers, manifestaciones clínicas iniciales, así como evolución posterior a lo largo de su infancia y adolescencia.

RESULTADOS: Los tres pacientes debutaron clínicamente como cuadro de obstrucción intestinal, concretamente invaginación intestinal secundaria a pólipos hamartomatosos. En dos de ellos la invaginación intestinal tuvo carácter recurrente. Uno de ellos ha precisado cinco ingresos, por hematemesis y cuadros de pseudoobstrucción intestinal. Otro varios ingresos por rectorragia, hemorragia oculta en heces (sangre oculta positiva) en numerosas ocasiones y anemia ferropénica crónica resistente al tratamiento con hierro. Estos dos pacientes presentan poliposis gastrointestinal masiva (endoscópica), habiendo precisado múltiples intervenciones quirúrgicas, además de los ingresos previamente descritos. El último paciente, ha permanecido asintomático tras el primer cuadro obstructivo. En ningún caso se ha observado metaplasia de los pólipos.

COMENTARIOS: 1) La presencia de invaginación intestinal recurrente obliga a descartar causa orgánica intraluminal que lo favorezca. 2) La hemorragia gastrointestinal, en los pacientes con S. Peutz jeghers, traduce la presencia de pólipos gastrointestinales, sobre todo en niños mayores. 3) El seguimiento y control periódico de estos pacientes, es necesario para detectar el crecimiento de los pólipos y elegir el momento adecuado para el tratamiento quirúrgico. 4) La colonización masiva de la mucosa digestiva por pólipos plantea serios problemas pronósticos. 5) Hay que tener en cuenta siempre la frecuente coexistencia de neoplasias (intestinales y gonadales), y permanecer alerta ante las variaciones puberales.

**INVAGINACIÓN INTESTINAL: PRESENTACIÓN CLÍNICA Y DIAGNÓSTICO EN URGENCIAS.**

L. Arrabal, M.J. Martín, V. Rollán.

Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO: la invaginación intestinal es la causa más frecuente de obstrucción intestinal entre los 3 meses y los 6 años de edad. La historia clínica es fundamental para sospecharla y llegar al diagnóstico. La ecografía es la técnica de elección para confirmarlo. El objetivo de nuestro trabajo es describir las características clínicas y epidemiológicas de la casuística más reciente de nuestro hospital, así como la actitud diagnóstico-terapéutica adoptada.

MATERIAL Y MÉTODOS: Hemos realizado una revisión retrospectiva de las historias clínicas de los niños diagnosticados de invaginación intestinal durante los años 2003 y 2004, seleccionando el primer episodio.

RESULTADOS: Un total de 56 pacientes fue diagnosticado de invaginación intestinal. La edad media de presentación fue 17 meses, con un rango entre 2 meses y 10 años de edad. Existe un predominio claro de varones (n= 38; 67,8%) sobre mujeres (n= 18; 32,1%). El motivo de consulta más frecuente (76,8%; n= 43) fue el dolor abdominal tipo cólico. En 22 casos (39,2%), los padres referían signos de reacción vagal asociados al dolor. El signo acompañante más frecuente fueron los vómitos (n= 35; 66%), siendo raras las deposiciones sanguinolentas (n= 7; 12,5%). Presentaban afectación del estado general en la exploración inicial el 41% (n= 23) de los pacientes, con exploración abdominal patológica en el 73,2% (n= 41). Se realizó tacto rectal en el 30% de los casos (n= 17), siendo normal en el 82,3% (n= 14) de ellos. El diagnóstico final se obtuvo en el 100% de los casos con ecografía. Hubo 3 pacientes con invaginación íleo-íleo-ileocólica, y el resto fueron invaginaciones ileocecales. En un 57% (n= 32) se había realizado previamente radiografía de abdomen simple, obteniéndose datos sugestivos de invaginación en el 90% (n= 29). 9 pacientes (16,07%) precisaron cirugía, siendo en ellos mayor de forma estadísticamente significativa, el porcentaje de pacientes con una evolución clínica de 24 o más horas ($p < 0,001$), y el porcentaje de casos con deposiciones sanguinolentas ($p < 0,001$). En 5 de ellos, se encontró un sustrato anatómico como cabeza de la invaginación. Los dos casos de edades de presentación extremas (2 meses y 10 años), se encuentran en este grupo, y los dos presentaban un divertículo de Meckel.

CONCLUSIONES: 1) El dolor abdominal tipo cólico y los vómitos, en la edad típica, son los datos más valorables para sospechar invaginación intestinal. 2) La radiografía de abdomen no aporta nada adicional a la ecografía, ni la sustituye, por lo que no está indicada ante esta sospecha diagnóstica. 3) Una evolución prolongada (más de 24 horas), y las deposiciones sanguinolentas, deben alertar sobre la probable necesidad de tratamiento quirúrgico.

**VÓLVULO GÁSTRICO EN PEDIATRÍA. A PROPÓSITO DE DOS CASOS CLÍNICOS.**

I. Aguilar Moliner, A. Pizà Oliveras, W Fasheh Youssef, E Muñoz Fernández*, Margarita Vancells Garrido*, C. Luaces Cubells.

*Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. *Servicio de Cirugía. Unitat Integrada Hospital Sant Joan de Déu-Clínic. Universitat de Barcelona.*

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS: El vólvulo gástrico es una patología muy infrecuente en la infancia. Consiste en la rotación anormal del estómago alrededor de su eje, que puede ser primaria o secundaria. Clínicamente se puede presentar como un dolor agudo con distensión abdominal o ser de instauración crónica con dolor intermitente en epigastrio y sensación de plenitud postprandial. El objetivo de la siguiente comunicación es presentar dos casos clínicos de esta entidad y revisar la conducta a seguir ante esta sospecha.

OBSERVACIONES CLÍNICAS:

Caso 1: Niña de 3 años que consulta por dolor y distensión abdominal de 24 horas de evolución, sin vómitos, fiebre ni deposiciones dispépticas. Exploración física al ingreso: afectación del estado general, hemiabdomen superior distendido y doloroso a la palpación sin signos de peritonismo, resto de exploración física por aparatos normal. Exploraciones complementarias: En analítica sanguínea destaca discreta leucocitosis, resto normal. En radiografía de abdomen se observa gran dilatación de la cámara gástrica con un gran nivel hidroaéreo y falta de aireación distal. Se realiza tránsito esófago-gastro-duodenal donde se visualiza vólvulo gástrico mesentéricoaxial. Se realiza tratamiento quirúrgico a través de laparoscopia para reducción del vólvulo y gastropexia.

Caso 2: Niño de 3 años con vómitos incoercibles y distensión abdominal de dos días de evolución. En la exploración física en urgencias destaca regular estado general, con deshidratación moderada y distensión epigástrica, siendo el resto de la exploración normal. Se realiza analítica sanguínea que es normal. En la radiografía de abdomen se observa una dilatación de la cámara gástrica con un nivel hidroaéreo. Se realiza ecografía de abdomen que no aporta otros datos de interés. Tras realizar el TEGD el paciente es diagnosticado de vólvulo gástrico intermitente. Se realiza tratamiento quirúrgico por laparoscopia con desvolvulación longitudinal.

COMENTARIOS: 1) El vólvulo gástrico es una patología muy infrecuente en la infancia pero hay que tenerlo en cuenta en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal agudo o recurrente puesto que el diagnóstico precoz es la clave para la reducción de complicaciones (fundamentalmente sufrimiento vascular). 2) El tránsito esofagogastroduodenal es la exploración diagnóstica de elección. 3) El tratamiento es quirúrgico con reducción del vólvulo y gastropexia.

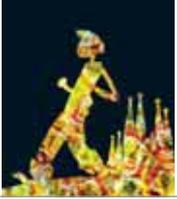
**APENDICITIS AGUDA EN EL LACTANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

R. Pinillos Pisón, M. Jiménez Fernández, R. Macipe Costa, J.L. Peña Segura, P. Burgués Prades.
Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza.

INTRODUCCIÓN: La apendicitis aguda es una patología poco frecuente en el lactante, en la que se suele presentar de forma atípica. Esto puede provocar un retraso en el diagnóstico y el consiguiente aumento de complicaciones secundarias al mismo. La asociación entre infección entérica por *Salmonella* y apendicitis ha sido ampliamente descrita en la literatura científica, considerando la infección por *Salmonella* bien como la causante de apendicitis o simuladora de la misma. A continuación presentamos un caso de apendicitis aguda de presentación atípica en un lactante en el que se daba la circunstancia de ser portador de salmonella.

CASO CLÍNICO: Lactante de cinco meses que presentó hace un mes un episodio de gastroenteritis aguda por *Salmonella*, siendo los coprocultivos de control positivos a la misma. Ingresó con cuadro de fiebre alta de dos días de evolución con irritabilidad y decaimiento progresivo. A la exploración únicamente se objetivó abdomen doloroso a la palpación profunda. Radiografía de abdomen informada como ligero edema de asas. Ante el mal estado general se pauta antibioterapia intravenosa a pesar de lo cual presenta un empeoramiento del cuadro en las próximas veinticuatro horas con fiebre alta, aumento del dolor abdominal, peristaltismo intenso y deposiciones semilíquidas con restos sanguinolentos. Se realiza nueva radiografía y ecografía abdominal en las que se aprecian imágenes sugestivas de obstrucción intestinal. Se coloca sonda nasogástrica por la que sale abundante contenido biliar. Con el diagnóstico de obstrucción intestinal de etiología desconocida se decide intervención quirúrgica urgente, donde se encuentra obstrucción a nivel de intestino delgado producida por plastrón apendicular secundario a una apendicitis gangrenosa perforada. Tras la intervención presentó buena evolución clínica.

CONCLUSIONES: En el lactante los signos y síntomas de apendicitis son generalmente inespecíficos lo que conlleva retraso diagnóstico y en consecuencia mayor número de complicaciones. La *Salmonella* ha sido descrita como posible agente causal de apendicitis aguda. En nuestro caso al ser la apendicitis poco frecuente en el lactante esta hipótesis cobra especial importancia. Una historia de deposiciones diarreicas es un importante factor de confusión en un cuadro de abdomen agudo en el lactante, por lo que debe tenerse en cuenta en los casos de niños con deposiciones diarreicas con mal estado general e hipersensibilidad abdominal.

**NECROSIS AVASCULAR DEL ESCAFOIDES TARSIANO COMO CAUSA DE COJERA.**

M. Velázquez Cerdà, V. Tenorio Romojaro, J.A. Mairal Cazcarra, A. Martínez Mejías, J.A. Pallarés Arranz, J. Quilis Esquerra.

Hospital de Terrassa.

FUNDAMENTOS Y OBJETIVOS: El síndrome de Köhler o necrosis avascular del escafoides tarsiano es una osteocondritis cuyo diagnóstico se establece por la presencia de dolor en el área del escafoides tarsiano junto con cambios radiológicos de esclerosis y disminución del tamaño del hueso.

OBSERVACIONES CLÍNICAS: Niño de 6 años que consulta servicio de urgencias por cojera derecha de 6 días de evolución, coincidiendo con excursión pero sin traumatismo evidente. El paciente, al ser interrogado, localiza el dolor a nivel de la planta del pie. Refieren cuadro de gastroenteritis aguda hace 10 días. La exploración física por aparatos es normal, sin presentar dolor a la movilidad de las articulaciones de la extremidad inferior derecha ni a la palpación ni alteración de los reflejos osteotendinosos. A la deambulación destaca postura antiálgica con rotación externa y sin apoyo de la cara medial del pie. No dificultad para la deambulación de talones pero sí de puntillas, con claudicación. Se realizan radiografías de cadera (frente y axial) sin hallazgos patológicos, por lo que se decide realizar radiografía de pies en las que se evidencia centro de osificación del escafoides muy estrecho en forma de lámina y triangular con aumento de la radioopacidad y con ausencia de marcas trabeculares.

COMENTARIOS: La cojera es una causa frecuente de consulta cuya etiología suele ser banal. No hay que olvidar la necrosis tipo enfermedad de Perthes como una posible causa, siendo la enfermedad de Köhler una forma menos frecuente en la que hay que pensar sobretodo cuando el dolor es referido a nivel de pie.

**MANEJO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DEL NIÑO CON CLAUDICACIÓN DE LA MARCHA.**

S. Miralbés Terraza, M. Cosculluela Aísa, M. M. Gil Marín, C. Campos Calleja.

Unidad de Urgencias. Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza.

OBJETIVO: Describir las características clínicas y el manejo diagnóstico-terapéutico de los niños que consultan en Urgencias por claudicación de la marcha de corta evolución. Revisión de nuestro protocolo de actuación.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo de 41 episodios correspondientes a 38 niños que consultaron en Urgencias desde octubre de 2004 a enero de 2005 por presentar cojera de poco tiempo de evolución. La muestra se seleccionó de forma aleatoria entre los casos cuya exploración física localizaba el origen de la claudicación en la cadera. Se revisaron las características epidemiológicas y clínicas, pruebas complementarias realizadas y la actitud terapéutica seguida.

RESULTADOS: La media de edad de los niños del estudio fue de 4,2 años (desviación típica 2,1). 27 pacientes fueron varones (65,9%). El tiempo de evolución medio fue 2,1 días. El 64,1% consultó antes de las 48 horas de evolución. 6 pacientes referían un episodio previo de sinovitis de cadera. La presentación fue unilateral en todos los casos recogidos. En 23 pacientes (56,1%) existía infección previa o concomitante (41,4% infección respiratoria). En el momento del diagnóstico 4 casos presentaban fiebre (38 a 38,5 °C). El dolor aparecía en 63,4% de los casos como síntoma acompañante. 7 pacientes habían sufrido traumatismo previo. Se realizaron 16 radiografías de caderas, el 31,2% de las mismas en aquellos casos con antecedente traumático, siendo todas ellas normales. Fueron practicados 6 estudios ecográficos que confirmaron el diagnóstico de sinovitis de cadera. En ningún caso se realizó análisis sanguíneo. Todos los pacientes fueron tratados con ibuprofeno y en el 85% se recomendó reposo. El diagnóstico al alta fue sinovitis transitoria de cadera en el 100% de los pacientes del estudio. Ninguno precisó ingreso hospitalario y fueron derivados al pediatra de Atención Primaria. Únicamente 3 casos reconsultaron en la Urgencia.

CONCLUSIONES: La cojera de corta evolución es un motivo frecuente de consulta en las Urgencias Pediátricas. Descartado el traumatismo, el diagnóstico más frecuente es sinovitis transitoria de cadera. La anamnesis y exploración física son los pilares fundamentales para el diagnóstico, precisando estudio radiológico en pocas ocasiones.

**ESPONDILITIS ATLOAXOIDEA. UNA CAUSA INFRECUENTE DE TORTÍCOLIS.**

I. Marín Valencia, J.J. Garcia-Garcia, W. Fasheh Youssef, R. Frías Riu*, C. Luaces Cubells.

*Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. * Servicio de Ortopedia y Traumatología. Unidad Integrada Hospital Sant Joan de Déu-Clinic. Universidad de Barcelona.*

INTRODUCCIÓN: El tortícolis es un signo frecuente en pediatría originado por múltiples patologías, entre las que se encuentran el grupo de tortícolis inflamatorios no traumáticos de localización craneocervical. Se aporta el caso de un paciente de 16 meses con tortícolis cuya causa fue orientada como espondilitis atloaxoidea.

CASO CLÍNICO: Lactante de 16 meses traído en varias ocasiones a urgencias por cuadro de desviación lateral derecha del cuello de 10 días de evolución, sin fiebre ni otros síntomas. En tratamiento con analgésicos y antiinflamatorios por sospecha previa de contractura muscular. No antecedentes de traumatismo. En la exploración presentaba desviación lateral derecha e hiperextensión del cuello, con limitación a la movilización. Palpación no dolorosa de apófisis espinosas. Resto de exploración por órganos y aparatos normal. Las pruebas complementarias iniciales en urgencias fueron radiografía cervical que fue normal, analítica general sin hallazgos significativos excepto VSG de 60 y PPD que fue negativo. Ingresó con tratamiento antiinflamatorio y collarín cervical por mantener la sospecha de contractura muscular como origen del proceso. Se realizaron TAC craneal, Gammagrafía ósea y Ecografía cervical que fueron normales. Posteriormente se realizó RM craneo-cervical y se objetivó proceso inflamatorio atloaxoideo y periodontoideo compatible con espondilitis atloaxoidea. Ante un posible origen infeccioso por este hallazgo radiológico, se inició tratamiento antibiótico endovenoso con cefotaxima y cloxacilina presentando mejoría progresiva hasta resolución clínica. Se añadió perfil reumatológico siendo negativo. Se dió de alta a las 2 semanas de ingreso con el diagnóstico de espondilitis atloaxoidea de posible origen bacteriano, en tratamiento con cefuroxima oral. Se realizó RM de control a los 10 días, que informaba de proceso inflamatorio residual sin objetivarse secuelas clínicas.

COMENTARIOS: A pesar que las causas secundarias de torticosis son raras en la infancia es importante sospecharlas en casos de evoluciones prolongadas o atípicas. La RM craneo-cervical es la prueba de diagnóstico por la imagen que más información puede aportar.

**HERNIA DISCAL.**

A. Santana Artilles. N. Delgado Cabrera. R. Rial González. E. González Díaz.

Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias, Unidad de Urgencias de Pediatría, Las Palmas.

INTRODUCCIÓN: La rotura del disco intervertebral es infrecuente en la infancia y poco común en la adolescencia. La frecuencia de hernia discal sintomática es mayor en los asiáticos que en la raza blanca, quizá por menor tamaño del conducto vertebral. Más frecuente en L4-L5 o L5-S1. Los síntomas en adolescentes son similares a los de los adultos: dolor de espalda y ciática, parestesias en miembros inferiores. En la exploración física encontramos espasmo de la musculatura lumbar, escoliosis y disminución del arco de movilidad lumbar. El levantamiento recto de la pierna está limitado y los cambios neurológicos son variables. En estos pacientes es muy frecuente la espina bífida oculta. El método de elección para localizar la lesión es la RMN. El tratamiento deberá ser primero con AINE, reposo y limitación de la actividad. En pocos casos se requerirá cirugía. El tratamiento conservador es suficiente en el 75% de los casos.

CASO CLÍNICO: Paciente mujer de 9 años que presenta cuadro de dolor localizado en columna lumbar de 22 días de evolución, que en ocasiones se irradia a región abdominal. Afebril. Sin otros síntomas. A la exploración destaca buen estado general, Dolor a la presión y a la movilización en región lumbosacra, no irradiado. No dolor ni limitación a la movilidad de extremidades inferiores. Analítica: hemograma: microcitosis. VSG, PCR, bioquímica, orina, ASLO, Factor Reumatoide, Rx lumbar, ecografía abdominal y gammagrafía ósea, normales. Mantoux negativo. TAC de columna lumbar: en el espacio L4-L5 se aprecia una protusión discal difusa que comprime y desplaza moderada y posteriormente el sacro y ambas raíces, sin obliterar los agujeros de conjunción. También a nivel de la región de L3- L4 existe discreta protusión discal difusa que oblitera el margen anterior del canal sin desplazar significativamente el saco dural. El tratamiento consistió en AINES y reposo, presentando buena evolución del cuadro, con remisión completa del dolor.

COMENTARIOS: 1) Entidad muy poco frecuente en la infancia, sin embargo, a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial del dolor de espalda. 2) En ocasiones existe un antecedente traumático. 3) Con frecuencia se encuentra historia familiar de hernia discal. 4) Descartar siempre espina bífida oculta. 5) Buena respuesta al tratamiento conservador. 6) En caso de cirugía, los resultados son satisfactorios en el 90% de los casos.

**MALFORMACIONES DE LA COLUMNA VERTEBRAL: BARRA DORSAL COMO HALLAZGO CASUAL.**

M. Serra Córdoba, A. Jiménez Moya, M L. Rodríguez-Zuloaga Montesino, D. Tenas Bastida, F. Gómez Sabrido.
Servicio de Pediatría. Hospital Virgen del Toro. Mahón, Menorca.

INTRODUCCIÓN: La barra dorsal o barra vertebral es una malformación congénita por desarrollo anómalo por falta de segmentación parcial o unilateral, que conlleva la aparición de escoliosis.

CASO CLÍNICO: Niño de 2 años y 9 meses que ingresa procedente de urgencias por presentar dificultad respiratoria de varios días de evolución con empeoramiento progresivo. Un pico febril en las últimas 6 horas de 38°C. Antecedentes personales: vacunado correctamente, no alergias conocidas, bronquitis de repetición que trata en su domicilio con salbutamol y corticoides presurizados en cámara espaciadora. Resto sin interés. Exploración física: Peso 11.200 g, talla 93,5 cm, temperatura 38°C. FC 130 lpm. TA: 116/61. FR: 38 rpm. Sat O₂ con FiO₂ 21%: 89%. Sat O₂ con oxígeno en gafas nasales a 2 litros: 94%. Aceptable estado general; bien hidratado y perfundido, color normal de piel y mucosas. Meníngeos negativos. Adenopatías laterocervicales bilaterales. AC: Rítmica, sin soplos. Pulsos periféricos palpables y simétricos. AP: tórax en embudo. Polipneico, respiración abdominal, tiraje intercostal, espiración alargada, hipoventilación generalizada. Abdomen: blando, depresible, sin masas ni megalias. ORL: normal. Exámenes complementarios: Hemograma: 4.970.000 glóbulos rojos; Hb 12,8; Hto 38,6; VCM 77,7; leucocitos 17.200 (1% Cy, 69% Ne, 22% Ly, 6% Mo, 2% Eo). Plaquetas 332.000. BQ: glucosa 82, urea 29, creatinina 0,27, Na 135, K 4,43, Cl 100,3. Procalcitonina > 0,5. Sistemático de orina: normal. Rx de tórax: escoliosis con concavidad a la derecha. Fusión de carillas articulares derechas entre D8 y D9. Fusión a nivel proximal a la articulación costocondral entre costillas IX- X del lado derecho; X-XI de lado izquierdo. No se objetiva imagen neumónica. Ecografía abdominal: normal. Evolución: favorable con tratamiento para el episodio de broncoespasmo que motivó el ingreso. Alta con tratamiento de base. Remitido a hospital de referencia para intervención quirúrgica de la malformación congénita que presenta.

OBSERVACIONES: Las escoliosis congénitas son menos frecuentes que las idiopáticas. Pueden asociarse a otras malformaciones congénitas cardíacas, renales, oculares, etc. La evolución va a depender del tipo de lesión y de su localización; las más progresivas son las debidas a barras vertebrales y a hemivértebras. Requieren artrodesis a temprana edad; si hay cifosis el pronóstico es peor por la posibilidad de paraplejía.

**QUISTE NEUROENTÉRICO CERVICAL.**

L. Ruiz*, N. Ruggeri*, H. Tchamitchian**, A. Guillén***.

Servicio de Urgencias, **Servicio Traumatología. Hospital de Nens de Barcelona. *Servicio de Neurocirugía. Hospital San Joan de Deu. Barcelona.*

El dolor y rigidez de cuello en los niños es en general de etiología benigna, aunque siempre es necesario descartar trastornos que entrañen peligro. Es frecuente la rigidez de nuca y tortícolis por un tumor de fosa posterior debido a posición antiálgica. El quiste neuroentérico es una persistencia de la comunicación del tubo neural con el endodermo. A nivel cervical son excepcionales, presentándose en adultos. Presentamos un caso de quiste neuroentérico (QN) cervical en un niño.

CASO CLÍNICO: Paciente de 3 años de edad con antecedente de caída en el colegio hace 24 h y sensación de dolor a nivel cervical. El paciente está afebril con buen estado general. Tortícolis derecha con contractura dolorosa muscular cervical. Resto de exploración anodina. Con collarín e ibuprofeno se cita a control en Traumatología en 24 h, donde se cita para nuevo control en 48 h. Al cuarto día presenta hemiparesia progresiva derecha y dificultad en la marcha. Sigue afebril y con tortícolis. Exploración neurológica: Disminución de fuerza distal extremidad superior derecha. Mano en garra 2/5 derecha y 4/5 izquierda. Eleva el brazo derecho hasta la vertical. Camina arrastrando ligeramente la extremidad inferior derecha. Bipedestación sin ayuda. Reflejo cutáneo plantar extensor derecho. Exploraciones complementarias: Rx columna cervical y dorsal: N. RM cerebral: normal RM cervical: lesión intradural extramedular, en parte ántero-lateral del canal espinal, C3-C4, compatible con quiste neuroentérico. No se observan alteraciones óseas. Potenciales somatosensoriales: alterados desde las dos extremidades inferiores. Evolución y Tratamiento: En el servicio de Neurocirugía se inicia tratamiento con corticoides con mejoría parcial del déficit neurológico. En 72 h es intervenido con registro de potenciales y ecografía. La laminotomía cervical C3-C5 y apertura dural muestra una lesión quística bien delimitada de tejido neural que se extirpa completamente. Anatomía patológica: QN. Hay mejoría intraoperatoria de los potenciales evocados motores. Evolución clínica favorable tras la intervención con recuperación progresiva del déficit motor, casi asintomático al alta.

COMENTARIOS: Presentamos un caso de dificultad diagnóstica debido a la rareza de presentación clínica en la infancia. La aparición de sintomatología neurológica y la realización de una cuidadosa anamnesis y exploración física son fundamentales para el diagnóstico de esta patología. La rápida evolución clínica es una rara característica que facilitó el diagnóstico. Ante la sospecha de lesión o compromiso medular se realizó un rápido diagnóstico con RMN y se instauró tratamiento, tanto médico como quirúrgico.



INFECCIOSAS

ENFERMEDAD INVASIVA NEUMOCÓCICA EN NIÑOS MENORES DE 5 AÑOS VACUNADOS CON LA VACUNA ANTINEUMOCÓCICA CONJUGADA HEPTAVALENTE.

A. Díaz Conradi*, E. Calbo Sebastian**, M. Xercavins Valls**, R. García Puig*, J. Fábrega Sabaté*, E. Cuchí Burgos**, A. García Henares*, Ll. Tobeña Boada*, J Garau Alemany***.

Servicios de *Pediatria, **Microbiología y ***Medicina Interna. Hospital Mutua de Terrassa. Terrassa. Barcelona.

INTRODUCCIÓN: La vacuna antineumocócica conjugada heptavalente (Pn 7v) ha conseguido disminuir la incidencia de enfermedad invasiva neumocócica (EIN) causada por serotipos vacunales (SV) en la población menor de 5 años. Ello ha significado un aumento de EIN por serotipos no vacunales (SNV)

OBJETIVO: Describir La EIN en nuestro medio diferenciando dos periodos: Prevacunal (1997-2001) y postvacunal (2002- 2004), haciendo hincapié en la EIN en niños vacunados con, al menos, dos dosis de Pn 7v.

MATERIAL Y METODOS: Estudio retrospectivo de la EIN desde Enero de 1997 hasta Diciembre de 2004 en población inferior a 5 años atendidos en Hospital Mutua de Terrassa (n= 17.000). Estudio de prevalencia de colonización por *S. pneumoniae* en niños menores de 5 años que acudían urgencias con patología respiratoria potencialmente neumocócica entre Enero 2001 y Diciembre 2003. Variables demográficas, diagnóstico clínico y microbiológico, así como tratamiento de 5 casos de EIN en niños que han recibido, al menos, 2 dosis de Pn7v. Tasa de vacunación en una muestra aleatoria de 180 niños/as que acudieron a urgencias por cualquier motivo en los meses de Enero y Febrero de 2005. Todas las cepas fueron enviadas al Laboratorio de Referencia de Neumococos del ISCIII para serotipificación y estudio de susceptibilidad.

RESULTADOS: Tasa de vacunación del 33%. La colonización nasofaríngea entre 2001-03 está producida por: SV (33%), SNV (46%) y serotipos relacionados con la vacuna SRV (21%). La EIN en el periodo prevacunal fue de 32 casos (prevalencia de 37,4 / 100.000) mientras que en el postvacunal fue de 25 casos (48,5 / 100.000). En el periodo postvacunal se observa un aumento de los SNV (48% frente a 28,1% del prevacunal) en relación con los SV y SRV (40% y 12%, respectivamente, frente a 37,5% y 34,4%) (p= 0,2; OR 2,35 (0,7-8). Se ha observado una leve disminución en la resistencia a penicilina de 53% frente a un 44% en el periodo postvacunal (p=0,67; OR= 0,69). Cinco pacientes con edad entre 18 y 42 meses que recibieron, al menos, dos dosis de Pn7v, presentaron EIN durante el 2004. Ninguno de los serotipos aislados estaban incluidos en la vacuna Pn7v y todos tenían una CMI a penicilina < 0,012.

CONCLUSIONES: La vacuna Pn7v constituye un elemento útil en la lucha por disminuir la incidencia de EIN. La efectividad de la misma viene condicionada por la epidemiología local. La vacuna no garantiza una completa erradicación de la EIN lo que obliga a mantener una vigilancia activa frente a esta enfermedad y tener en cuenta que el niño correctamente vacunado también puede desarrollar EIN por serotipos no incluidos en la vacuna.

**PALIVIZUMAB E INFECCIÓN POR VRS: ¿REDUCE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS?**

S. Todorcevic*, M. Santana Hernández*, I.A. Aguiar Santana**, R. Quintana Prada*, J. Poch Páez*, A. Suárez Suárez*

*Servicio de Urgencias. **Unidad de Gastroenterología y Nutrición Infantil. Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias.

INTRODUCCIÓN: El virus respiratorio sincitial (VRS) es el patógeno respiratorio más importante en niños, siendo la principal causa de morbilidad y mortalidad en lactantes menores de 2 años de edad, especialmente en prematuros y lactantes con enfermedad pulmonar crónica.

OBJETIVO: Evolución de la infección por VRS en pacientes prematuros, con profilaxis con palivizumab.

PACIENTES Y MÉTODOS: En el período comprendido entre octubre de 2004-febrero 2005, 162 pacientes menores de 35 semanas de edad gestacional han recibido profilaxis en nuestro Hospital con palivizumab. Además se les realiza la escala de Wood-Downes-Lecks.

RESULTADOS: 31 pacientes (19%) desarrollaron bronquiolitis con clínica moderada (escala de Wood-Downes-Lecks), siendo 8 (25,8%) de ellos VRS positivos (2 de ellos prematuros con peso < 500 gramos) y el resto negativos (74,2%). 2 pacientes fueron exitus: 1 VRS negativo (que recibió dos dosis de palivizumab) y 1 VRS positivo (que recibió una única dosis). Estos pacientes exitus ingresaron con clínica moderada (escala Wood-Downes-Lecks 6,7), complicándose posteriormente hasta una insuficiencia respiratoria.

CONCLUSIONES: En el período transcurrido entre octubre y abril, el palivizumab administrado una vez al mes, ha disminuido el número de hospitalizaciones en prematuros y en algunos niños con enfermedad pulmonar crónica y, sobre todo, la gravedad de la clínica. En nuestro medio, la profilaxis con palivizumab alcanzó una eficacia del 74,2%, similar a las descritas en la literatura.

**PAROTIDITIS RECURRENTE JUVENIL.**

A. Clement Paredes, S. Pons Morales, E. Muñoz Vicente, M.I. Vega Senra, A. De la Mano Hernández, F. Esteban Yuste.

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Dr Peset. Valencia.

La parotiditis recurrente juvenil es una entidad definida por la inflamación recurrente de la glándula parótida, generalmente asociada a la aparición de sialectasias o dilataciones no obstructivas en los conductos glandulares. Presentamos un total de 7 pacientes controlados en nuestro servicio con el diagnóstico de parotiditis recurrente, (4 niños y 3 niñas). La edad media de debut fue a los 4,5 años y clínicamente se caracterizan por aparición brusca de tumefacción parotídea, dolor local, febrícula y ocasionalmente secreción mucopurulenta por el conducto de Stenon, evolucionando en 3-4 días, precisando como tratamiento, antiinflamatorios y calor con masaje local y ocasionalmente tratamiento antibiótico. En todos los casos el calendario vacunal es correcto. En el seguimiento de estos niños se les realiza analítica destacando leucocitosis con neutrofilia, hiperamilasemia y VSG normal. Se solicitó serología para VEB, CMV, virus respiratorios y en algún caso VIH, siendo negativa. La cuantificación de inmunoglobulinas, la determinación del factor reumatoide y anticuerpos antinucleares (ANA, antiRo y antiLa) fueron negativos. A todos los niños se les realizó ecografía, mostrando aumento generalizado de la glándula con aspecto heterogeneo y zonas hipoecoicas sin imagenes nodulares, de litiasis o dilatación de los conductos, en ningún caso se detectó imagen sólida.

COMENTARIOS: La parotiditis recurrente juvenil es una entidad poco frecuente. Entre las causas de parotiditis recurrente se encuentran algunas infecciones virales (VEB, CMV), enfermedades autoinmunes (S. Sjögren) y algunas inmunodeficiencias (VIH), todos estos supuestos descartados en nuestros niños. La afectación es unilateral en la mayoría de casos con cierto predominio por el sexo masculino. La frecuencia de episodios es muy variable entre uno y 10 casos anuales. La evolución natural de la enfermedad es hacia la remisión espontánea durante el periodo puberal. A pesar de diversos estudios, la etiología sigue siendo desconocida. Se han postulado diversas hipótesis entre las que se encuentra la disminución del flujo salivar y la presencia de anomalías congénitas en el sistema ductal. El diagnóstico es clínico. La ecografía se considera actualmente la prueba de elección para el diagnóstico y seguimiento. Si la ecografía detecta lesiones sólidas debe realizarse RM o TC.

**ENCEFALITIS AGUDA: FORMAS CLÍNICAS DE PRESENTACIÓN.**

A. Pérez Benito, T. Gili Bigatà, F. Travería Casanovas, S. Sánchez Pérez, M. Fletas Torrent, M. Torrabias Rodas.
Hospital de Sabadell. Consorcio Sanitario Parc Taulí.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: la forma de presentación clínica de la encefalitis aguda es relativamente inespecífica y variada. Nuestro objetivo es analizar las características clínicas de las encefalitis diagnosticadas en nuestro servicio de urgencias.

MATERIAL Y MÉTODOS: revisión retrospectiva de las historias de pacientes pediátricos (hasta 15 años) diagnosticados de encefalitis aguda en nuestro centro en los últimos 6 años (1999-2004).

RESULTADOS: se han diagnosticado 10 casos de encefalitis aguda. A pesar del amplio rango de edad (6 m- 15 años) destaca el elevado número de casos en la preadolescencia (7 casos) así como el predominio en la estación primaveral (8 casos). El inicio de los síntomas se remonta desde los 24 días previos al diagnóstico al inicio súbito en forma de coma (glasgow 3). El espectro clínico inicial en la mayoría de casos (6) fue inespecífico en forma de fiebre, astenia, anorexia, odinofagia, otalgia y cefalea. Sólo 4 casos presentaron síntomas neurológicos en su inicio: un caso de crisis parciales (afebril), un caso de debilidad muscular y parestesias (afebril) un caso de coma (herpes periorcular 3 días antes) y un caso de convulsión febril atípica. En cambio todos presentaron posteriormente alteración del nivel de conciencia. En 6 casos el inicio del tratamiento fue inmediato, en 3 casos demoró 48 horas y en 1 caso 4 días. En tan sólo 2 casos se consiguió diagnóstico etiológico, en ambos por PCR positiva en LCR para Virus Herpes Simple, uno tipo 1 y el otro tipo 6. La evolución posterior fue favorable en 7 casos; un caso se diagnosticó de encefalomielitis aguda diseminada y 2 casos precisaron tratamiento por presentar hipertensión endocraneal.

CONCLUSIONES: el amplio espectro clínico de la encefalitis, la inespecificidad de los síntomas iniciales y su capacidad de mimetizar otras entidades clínicas conlleva en muchas ocasiones un diagnóstico tardío y un retraso en la instauración de tratamiento. La gravedad de esta infección del SNC requiere, a pesar de ello, un diagnóstico rápido y un inicio precoz del tratamiento ante la mínima sospecha.

**SOSPECHA CLINICA DE MENINGITIS.**

L. Salamanca Fresno, J. Yebra Yebra, J. Martín Sánchez.
Servicio de Urgencias. Hospital Infantil La Paz. Madrid.

OBJETIVO: Conocer la incidencia de punción lumbar “blanca” (líquido cefalorraquídeo con citoquímica normal y GRAM sin presencia de bacterias, así como cultivo negativo para bacterias y enterovirus) en los pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias de nuestro hospital presentando meningismo o clínica sugestiva de meningitis en la exploración física.

MATERIAL Y MÉTODOS: A través de un estudio retrospectivo se han analizado los resultados de aquellos pacientes de un mes o más de edad a los que se les realizó punción lumbar en el Servicio de Urgencias del Hospital La Paz de Madrid en el periodo comprendido entre el 1 de Enero del 2003 al 30 de Octubre del 2004 donde acudieron con meningismo o signos sugestivos de meningitis y cuyo análisis citoquímico y tinción de GRAM resultaron normales y negativos respectivamente.

RESULTADOS: Analizadas 373 muestras, 167 cumplían los criterios de inclusión (pacientes de un mes o más con punción lumbar blanca). Es decir, que el 44,77% de los niños de 1 mes o más de edad a los que se realizó punción lumbar, no tenían alteraciones en el líquido cefalorraquídeo, de donde se deduce que no tenían meningitis. En el mismo periodo sólo se han computado 5 meningitis bacterianas, y han precisado ingreso hospitalario 35 pacientes con síndrome postpunción de intensidad moderada.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES: Es conveniente realizar estudios prospectivos para validar unos criterios clínicos y/o biológicos que aumenten el valor predictivo positivo de la clínica para el diagnóstico de meningitis.

**ANÁLISIS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE LAS COMPLICACIONES POR VARICELA.**

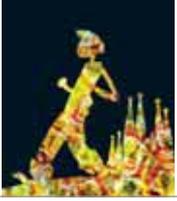
M. Vilà de Muga, V. Pineda Solas, F. Traveria Casanovas, J. Pérez Sánchez, I. Loverdos Eserverri.
Servicio de Medicina Pediátrica. Hospital Parc Taulí. Sabadell.

OBJETIVOS: Describir las complicaciones por varicela en niños y sus características clínico-epidemiológicas en el área de Sabadell.

MÉTODOS: Estudio retrospectivo analizando la edad, sexo, época del año, estancia media, inicio del exantema, antecedentes de inmunodepresión, tipo de complicación y necesidad de antibiótico o aciclovir en todos los niños menores de 15 años hospitalizados por varicela en el Hospital de Sabadell, con un área de influencia de 65000 niños menores de 15 años, entre 1996 y 2004.

RESULTADOS: Durante estos 9 años acudieron al servicio de urgencias de nuestro centro 3015 niños por varicela, 0,67% del total de visitas a urgencias. De todos los casos de varicela visitados en urgencias ingresaron 36 (1,2%) por complicaciones de la enfermedad. La incidencia de hospitalización fue de $6,1 \pm 2/100.000$ habitantes por año. La edad media de los casos de varicela ingresados por complicaciones fue de $3,5 \pm 3$ años, el 56% fueron niñas, presentándose todos los casos entre diciembre y julio. La media de aparición del exantema fue de $4,6 \pm 2,2$ días antes del ingreso y la estancia media hospitalaria de $5,5 \pm 3$ días. Referían antecedentes de inmunosupresión (corticoides orales, déficit de IgA, síndrome Alps) 5 (14%) pacientes con varicela. Se objetivaron 46 complicaciones de la varicela, las más frecuentes fueron las infecciones cutáneas 21 (46%) y respiratorias (neumonías, bronquitis, laringitis) 12 (26%), seguidas por las neurológicas 3 (6,5%), gastrointestinales 3 (6,5%) y hematológicas (púrpura trombopénica) 2 (4,3%), entre otras (adenitis, otitis, artritis, pielonefritis). Los gérmenes aislados fueron *Streptococcus pyogenes* (4) y *Staphylococcus aureus* (2) en la piel, *E. coli* (1) en orina y *Staphylococcus haemolyticus* (1) en líquido pleural. Se administró antibioterapia en 9 casos de varicela: amoxicilina-clavulánico (19), ampicilina (4), cloxacilina (2) y otros antibióticos (2); y aciclovir sólo en 2 casos. Una niña con síndrome de Alps ingresó en UCI por varicela complicada, neumonía bilateral, síndrome de distrés respiratorio y murió por parada cardiorespiratoria.

CONCLUSIONES: La incidencia de hospitalización en nuestro centro es ligeramente inferior a la observada en otros estudios. La aparición de una vacuna efectiva ha comportado una disminución de la prevalencia, con mayor protección de los pacientes de riesgo en los países donde se ha instaurado, reduciéndose las hospitalizaciones y los costes de la enfermedad.

**ESTUDIO DIAGNÓSTICO DE MONONUCLEOSIS Y DE INFECCIÓN POR VIRUS EPSTEIN-BARR: CUÁNDO Y CÓMO?.**

Q. Soler Campins, A. Mena Ribas, F. Ferrés Serrat, F. Salvá Armengot, J.L. Pérez Saenz, J.M. Román Piñana.
Servicios de Pediatría y Microbiología. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca.

INTRODUCCIÓN: Muchos niños son remitidos a urgencias expresamente para descartar una Mononucleosis Infecciosa (MI), generalmente por una Faringoamigdalitis Aguda (FAA) que no responde al tratamiento antibiótico convencional. Por otra parte, distintas entidades clínicas pueden ser debidas a la Infección por el Virus Epstein-Barr (IVEB).

OBJETIVOS: 1) Conocer las formas de presentación y el perfil analítico de las IVEB. 2) Conocer la sensibilidad y especificidad del test de Anticuerpos Heterófilos (Paul- Bunnell). 3) Revisar las indicaciones de solicitud de estudio serológico y las pruebas complementarias acompañantes a solicitar ante la sospecha de IVEB dependiendo de la presentación clínica.

METODOLOGÍA: Revisión retrospectiva de las historias de los menores de 15 años a quienes se ha solicitado serologías de VEB desde abril a diciembre de 2004.

RESULTADOS: 184 pacientes estudiados con edad media de 4 años y 6 meses. Los pacientes con IgM positiva al VEB fueron 28: adenopatías cervicales aumentadas 12, FAA 7, fiebre persistente 5, artralgias 1, hepatoesplenomegalia 1, exantema inespecífico 1 y exantema petequial 1. La sensibilidad del Paul-Bunnell fue del 17% (5 verdaderos positivos y 23 falsos negativos) y la especificidad del 97% (152 verdaderos negativos y 4 falsos positivos), con valor predictivo negativo del 87% y valor predictivo positivo del 55%. Los recuentos leucocitarios de las IVEB presentaron media de 12854 leucocitos/mm³, con rango de 6400 a 26190. La linfocitosis presentó media del 54,7% con rango del 17 al 70%. Las transaminasas estuvieron aumentadas en el 40% de los pacientes.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES: 1) Baja sensibilidad del Paul- Bunell y pocos casos cumplen los criterios diagnósticos clásicos de MI. 2) Si el Paul-Bunell es negativo y/o el resto de determinaciones no cumplen criterios diagnósticos de MI, si el estado general del paciente lo permite deben posponerse más exploraciones hasta obtener la IgM a VEB. 3) Se impone un uso racional de las pruebas diagnósticas, su correcta interpretación y un manejo protocolizado de las sospechas de MI o IVEB. 4) Dependiendo de la entidad clínica que quiera descartarse se indicará sólo estudio serológico o un perfil analítico que incluya hemograma, extensión sanguínea para determinar linfocitos estimulados y transaminasas. 4) A los padres y niños con diagnóstico de MI se les instruirá para evitar las prácticas deportivas de contacto durante el período de convalecencia de la enfermedad.

**DIAGNÓSTICO DE MASA ABDOMINAL EN URGENCIAS. INFECCIÓN POR *SALMONELLA*.**

M.J. Solana García, M.A. Carreño Beltrán, C. Sánchez Sánchez, A. de la Huerga López, A. Parente Hernández, M.A. García Casillas.

Sección de Urgencias. Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid.

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS: La infección por *Salmonella* spp. suele ser causa de gastroenteritis aguda. Se han descrito, no obstante, clínicas de presentación diferentes, como apendicitis, obstrucción intestinal completa o abdomen agudo.

OBSERVACIONES CLÍNICAS: Varón de 13 años que acude a la Urgencia con dolor abdominal, diarrea y fiebre de una semana de evolución. En las últimas 48 horas el dolor se focaliza en fosa iliaca derecha. No refiere ingesta de carne ni pescado crudo, pérdida de peso ni diarrea previa. No ha presentado exantemas, lesiones articulares, patología perianal ni tenesmo. En la exploración destaca a la palpación la presencia de una masa en fosa iliaca derecha con defensa y signos de irritación peritoneal. Analítica: serie roja y plaquetaria normales, leucocitos 13.700 (L 30%, G 54.5%), PCR 12.7 mg/ml. Análisis de orina: esterasa leucocitaria +, 1-2 hematíes/campo, resto normal. En la ecografía abdominal se observa plastrón inflamatorio cecal. Ingresas con el diagnóstico de apendicitis aguda para cirugía urgente. Se recogen coprocultivos y muestras para parásitos en heces. Se extrae serología a *Anisakis* y RAST específico. Se realiza Mantoux. Se interviene quirúrgicamente, visualizándose plastrón inflamatorio a nivel de ciego, con apéndice de aspecto normal y presencia de adenopatías mesentéricas, y se realiza apendicectomía y biopsia de ciego. El paciente evoluciona favorablemente con buena tolerancia oral, quedando afebril en las primeras 48 horas tras el ingreso. La reacción de Mantoux es negativa. Presenta IgE para *Anisakis* de 5.95 KU/L (0-0.35). Hemocultivos y cultivos de líquido peritoneal estériles. No presencia de parásitos en heces. Se observa crecimiento de colonias de *Salmonella* B4,5 en cultivo de heces. Anatomopatológicamente se diagnostica de inflamación cecal inespecífica de probable origen infeccioso, sin visualizarse parásitos en la muestra. Se realiza seguimiento en consultas con coprocultivo de control a los 4 meses del ingreso.

COMENTARIOS: La *Salmonella* suele afectar a la mucosa intestinal y producir diarrea, pero puede atravesar la pared y penetrar en los linfáticos, dando lugar a una clínica muy variada, que va desde hiperplasia linfoidea del apéndice a linfadenitis diseminada, o desde ileitis a apendicitis supurada. Las infecciones intestinales deben considerarse como diagnóstico diferencial en los dolores en FID.

**ABDOMINALGIA, VÓMITOS Y PÉRDIDA DE PESO...**

M. Prats Julià, M. Ciurana Tebé, A. Ruiz Comellas, J.M. Badal Alter*, J. Sitjes Costas, S. Nevot Falcó.

*Servicio pediatría. *Servicio anatomía patológica. Hospital Sant Joan de Déu. althaia, Xarxa Assistencial de Manresa.*

FUNDAMENTOS: Presentamos este caso clínico debido a la rareza de perforación de ulcus duodenal en el niño, así como de la aparición en edad pediátrica de un tumor carcinoide en esta localización.

OBSERVACIÓN CLÍNICA: Niño de 12 años que consulta en urgencias por vómitos de 6 días de evolución, que se acompañan de febrícula, astenia, discreto dolor abdominal y diarrea. En la exploración se observa regular estado general, peso corporal: 45 kg (según la familia pesaba 48 Kg 8 meses antes), abdomen normal con palpación ligeramente dolorosa. Resto de exploración física normal. Analítica basal y Rx abdomen (AP y bipedestada) de urgencias: normales. Se ingresa el paciente en observación. Debido a empeoramiento con clínica de abdomen agudo, se practica analítica general destacando leucocitosis ($18.000/\text{mm}^3$), Rx tórax que muestra neumoperitoneo y ecografía abdominal que muestra ligera presencia de líquido intraluminal. Se decide laparotomía exploradora en la que se evidencia ulcus duodenal perforado con importante componente flogótico y líquido escaso en Douglas (cultivo negativo), se practica sutura del ulcus y epiploplastia. Se revisa el resto de la cavidad abdominal que es normal a excepción de un nódulo de 2 cm en el epiplon mayor que se biopsia. Anatomía patológica: tumor neuroendocrino bien diferenciado (tumor carcinoide). El paciente se deriva a hospital de tercer nivel para completar estudio y tratamiento.

COMENTARIO: Hipótesis diagnóstica: posible gastrinoma primario. Imposible confirmar hipótesis diagnóstica por no disponer de suero previo a la cirugía. La incidencia de gastrinomas en la infancia es de alrededor de un 2% de todos los síndromes Zollinger-Ellison en Estados Unidos. El primer caso de gastrinoma infantil fue descrito en 1960 y el mas precoz a los 7 años.

**ILEÍTIS POR SALMONELLA. IMPORTANCIA DE SU DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.**

M. Centeno Jiménez, F. Martín del Valle, S. Fernández Fernández, A. González Vergaz, I. Pinto Fuentes, M. Vázquez López.

Servicio de Pediatría. Hospital Severo Ochoa. Madrid.

FUNDAMENTO Y OBJETIVO: La infección por *Salmonella* puede producir un cuadro clínico por inflamación del íleon terminal o de los nódulos linfáticos que puede simular una apendicitis aguda. La historia clínica, exploración física y los análisis de laboratorio son comparables en ambos casos. Su diagnóstico diferencial es importante para evitar apendicectomías innecesarias.

OBSERVACIONES CLÍNICAS: Niña de 11 años de edad que acude a Urgencias por cuadro de tres días de evolución de deposiciones líquidas sin productos patológicos, dolor abdominal periumbilical de tipo cólico, fiebre de hasta 38,5°C y vómitos esporádicos. Antecedentes personales: episodios recurrentes de dolor abdominal periumbilical sin alteraciones del ritmo intestinal, pérdida de peso ni fiebre. Estudio analítico y ecografía abdominal realizados en su centro de salud normales. Antecedentes familiares sin interés. En la exploración física se evidencia afectación del estado general y palidez de piel, además de dolor a la palpación selectiva en fosa ilíaca derecha, sin defensa abdominal ni signos de irritación peritoneal y con aumento de ruidos hidroaéreos. Tacto rectal no doloroso. Se realizaron las siguientes pruebas complementarias: Hemograma: neutrofilia del 84% sin leucocitosis, aumento de los reactantes de fase aguda (PCR: 174 mg/L, VSG: 42 mm/1ª hora) y 3% cayados en el frotis; bioquímica, gasometría venosa: normales; mantoux; hemocultivo, coprocultivo, serología a Yersinia; y como prueba de imagen, una ecografía abdominal que mostró engrosamiento de paredes de íleon proximal, con falta del peristaltismo, aumento de la vascularización y pliegues cecales ligeramente prominentes (compatible con ileítis). Se decide el ingreso con sueroterapia intravenosa, sin tratamiento antibiótico. La evolución fue satisfactoria, cesando la clínica a los 8 días del inicio del cuadro. Los controles analíticos durante el ingreso mostraron mejoría progresiva de los reactantes de fase aguda. En el coprocultivo se aisló *Salmonella* Sp, siendo el resto de los cultivos, el mantoux y la serología a Yersinia negativos. La ecografía abdominal realizada 3 semanas después fue normal.

COMENTARIOS: La ileítis infecciosa es la infección del íleon terminal y ciego causada por *Yersinia enterocolitica*, *Campylobacter jejuni* o *Salmonella enteritidis* principalmente. Clínicamente se presenta como dolor selectivo en el cuadrante inferior derecho con diarrea escasa o ausente, síntomas que pueden simular una apendicitis aguda. La ecografía es una técnica útil e inocua para la discriminación entre ambas entidades.

**HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA E INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*: NUESTRA CASUÍSTICA.**

M. Santana Hernández*, I.A. Aguiar Santana**, S. Todorovic*, L. Peña Quintana**, J.C. Ramos Varela**

*Servicio de Urgencias Pediátricas, **Unidad de Gastroenterología y Nutrición Infantil. Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias.

INTRODUCCIÓN: Se entiende como hemorragia digestiva alta (HDA) aquella que se origina en segmentos del tracto digestivo por encima del ángulo de Treitz. Aunque en la mayoría de los casos su manifestación en la edad pediátrica suele limitarse a pérdidas de sangre que no comprometen la estabilidad hemodinámica del niño, no hay que olvidar que es una entidad que puede tener consecuencias potenciales graves.

OBJETIVOS: Establecer la relación entre HDA e infección por *H. pylori* (HP).

PACIENTES Y MÉTODOS: Se estudian 103 pacientes que acuden a la Unidad de Gastroenterología y Nutrición de nuestro hospital, remitidos por sus pediatras por dolor abdominal recurrente y síntomas dispépticos, y 6 pacientes que acuden al Servicio de Urgencias por presentar HDA. Los pacientes tenían edades entre 3-15 años ($10,4 \pm 2,93$ años para las mujeres, $9,4 \pm 3,1$ años para los hombres). Se les realizó Test de Aliento y serología IgG por ELISA para detectar HP y un cuestionario para recoger distintas variables (demográficas, socioeconómicas, sintomatológicas, etc). En 89 pacientes se practicó endoscopia.

RESULTADOS: De los 6 pacientes que acudieron por HDA: 4 tenían úlcera duodenal, 1 úlcera gástrica y 1 duodenitis (requiriendo ingreso en UMI por HDA persistente y activa). Todos ellos presentaban dolor epigástrico de semanas de evolución. En el resto de pacientes en que se realizó endoscopias y no había HDA, se encontraron además 41 gastritis crónicas antral, 6 duodenitis, 4 lesiones agudas de la mucosa gástrica y 1 gastritis atrófica.

CONCLUSIONES: La seroprevalencia de HP en la población infantil de Gran Canaria con sintomatología dispéptica es del 49.1%, incrementándose con la edad y el nivel socioeconómico bajo ($P < 0,05$). Se encontró relación entre la infección por HP y dolor epigástrico ($P < 0,01$) y HDA.

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE 19 PACIENTES CON TIBOLA EN CATALUÑA.**

D. Bartoli*, R. Monfort*, T. Muñoz*, E. Antón**, J. Luelmo***, FJ. Travería*.

*Servicio de Urgencias de Pediatría. **Unidad de Patología Infecciosa. ***Servicio Dermatología. Hospital de Sabadell. Corporació Sanitària Parc Taulí.

INTRODUCCIÓN: *Rickettsia slovaca* se aisló por primera vez en 1968. La enfermedad en el hombre no fue descrita hasta 30 años después denominándose TIBOLA (tick-borne lymphadenopathy) producida por picadura de garrapata. La forma de presentación y evolución difiere de la de otras enfermedades producidas por *Rickettsias*, como la fiebre botonosa.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se incluyeron los pacientes menores de 15 años que cumplían los criterios diagnósticos de TIBOLA en el período comprendido entre enero del 2001 y diciembre del 2004. Se describen los datos epidemiológicos, forma de presentación, tratamiento y evolución. Se realizó inmunofluorescencia indirecta (IFI) para *R. conorii* y *R. slovaca*.

RESULTADOS: Se incluyeron 19 pacientes con predominio en varones (1.7:1). La edad media fue de 7.5 años. La mayoría de los casos se presentaron en primavera (42%) y en invierno (26%). En todos ellos se produjo la picadura de la garrapata en cuero cabelludo. El inicio de los síntomas tuvo lugar a los 15 días (rango 2 a 45 días). Clínica: adenopatías regionales (100%), escara negra (79%), cefalea (72%), eritema (63%) y fiebre (50%). No se observaron alteraciones analíticas significativas a excepción de un caso con leucocitosis y otro con aumento de las transaminasas y CPK. Recibieron tratamiento antibiótico el 84% de los pacientes: claritromicina (50%) y doxiciclina (31%) con una duración entre 1 y 10 días. La evolución fue favorable en todos los pacientes. Tras la curación de la escara negra se apreció alopecia residual en el 53% de los casos. Las serologías para *R. conorii* y *R. slovaca* fueron negativas en todos los pacientes.

COMENTARIOS: El TIBOLA es una enfermedad de predominio en los meses fríos. Se trata de una enfermedad con manifestaciones locales y con pobre sintomatología sistémica. La serología no resultó útil para su diagnóstico, siendo éste básicamente por la clínica. La evolución fue favorable independientemente del tratamiento.



INFECCIOSAS

INCIDENCIA DE INFECCIÓN BACTERIANA POTENCIALMENTE SEVERA EN LOS LACTANTES MENORES DE 3 MESES CON FIEBRE SIN FOCALIDAD.

A. Corrales Fernández, E. Astobiza Beobide, M.A. Vázquez Ronco, A. Fernández Landaluze, J. Benito Fernández, S. Mintegi Raso.

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

La fiebre es el motivo de consulta más frecuente en los Servicios de Urgencias Pediátricos (SUP), correspondiendo en la gran mayoría de los casos a cuadros febriles autolimitados. En los lactantes menores de 3 meses con fiebre sin focalidad (FSF) atendidos en los SUP la infección bacteriana potencialmente severa (IPBS) es más frecuente, de tal forma que, según las series publicadas, su incidencia se sitúa alrededor del 10%.

OBJETIVO: cuantificar la incidencia de IBPS en los lactantes menores de 3 meses con fiebre sin focalidad (FSF) que consultan en un SUP en nuestro entorno.

PACIENTES Y MÉTODO: estudio de todos los lactantes menores de 3 meses que consultaron por FSF en nuestro SUP entre 01/09/03 y 09/01/05. En todos los episodios se rellenó un protocolo de recogida de datos y, una semana más tarde, se contactó telefónicamente con las familias para conocer la evolución posterior de los niños. Se entendió fiebre sin focalidad una $T^{\circ} \geq 38^{\circ}C$ registrada en domicilio o en el SUP (en este caso siempre rectal) sin clínica respiratoria o diarrea acompañante y una exploración física sin hallazgos que facilitaran la localización de la infección.

RESULTADOS: se recogieron 311 episodios (59,2% varones). Por edades, 16 (5,14%) fueron menores de 15 días, 41 (13,1%) entre 15 y 28 días, 135 (43,4%) entre 29 y 60 días y 119 (38,2%) mayores de 60 días. Se practicó tira reactiva de orina a 286 pacientes (alterada 53), urocultivo por sondaje a 98 (positivos 44), hemograma, PCR y hemocultivo a 269 (positivos 6), examen y cultivo de LCR a 101, RX de tórax a 40 y flutest a 36. En 46 niños (14,7%) creció una bacteria en el cultivo de orina y/o sangre y todos los cultivos de LCR para bacterias fueron negativos. Los diagnósticos finales recibidos fueron: sdr febril sin focalidad 209 (67,2%), infección urinaria (ITU) 56 (18%, 4 con bacteriemia asociada), meningitis aséptica 28 (9%), gripe 16 (5,1%), bacteriemia sin foco 2 (0,6%). Todos evolucionaron bien.

COMENTARIOS: La incidencia de IBPS en los lactantes menores de 3 meses con fiebre sin focalidad que consultan en un SUP de nuestro entorno se sitúa alrededor del 18%. La incidencia de infección urinaria es sensiblemente superior a la recogida en la literatura, probablemente por tratarse exclusivamente de lactantes menores de 3 meses con fiebre sin focalidad.



MANEJO AMBULATORIO SIN ANTIBIÓTICOS DE LOS LACTANTES DE 15- 90 DÍAS DE EDAD CON SINDROME FEBRIL SIN FOCALIDAD Y CRITERIOS DE BAJO RIESGO.

E. Astobiza Beobide, A. Corrales Fernández, B. Azkunaga Santibáñez, M. Santiago Burrutxaga, J. Benito Fernández, S. Mintegi Raso

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

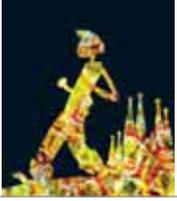
Los lactantes menores de 3 meses con fiebre sin focalidad (FSF) tienen un riesgo elevado de padecer infecciones bacterianas potencialmente severas (IBPS), lo que ha motivado tradicionalmente un manejo agresivo de estos pacientes, ingresando en el Hospital a un porcentaje muy elevado de ellos. En los últimos años varios grupos han descrito su experiencia de manejo de los lactantes mayores de 28 días con criterios de bajo riesgo de manera ambulatoria con/sin antibiótico. Algún grupo ha sugerido que los lactantes entre 15 y 28 días pueden manejarse de manera similar a los lactantes de 28-90 días de edad.

OBJETIVO: evaluar la experiencia del manejo ambulatorio sin antibióticos de los lactantes de 15-90 días de edad con SFSF y criterios de bajo riesgo.

PACIENTES Y MÉTODO: estudio retrospectivo de todos los lactantes de 15-90 días de edad con FSF y criterios de bajo riesgo (analítica de sangre y tira reactiva de orina anodinas) manejados ambulatoriamente tras una valoración inicial en Urgencias. A todos ellos se les proporcionaron instrucciones verbales y escritas acerca de la naturaleza del diagnóstico que recibió el lactante y aspectos a vigilar en el domicilio y se les indicó acudir a su pediatra en las siguientes 24 horas.

RESULTADOS: entre 01/09/03 y 09/01/05 registramos en nuestro SUP 195 lactantes de 15-90 días con SFSF. De éstos, 170 (87,1%) fueron manejados ambulatoriamente sin antibióticos (105 tras pasar unas horas en la Unidad Observación del SUP), siendo 21 menores de 28 días. La tira reactiva de orina (162 pacientes) y la analítica sanguínea (142) realizadas mostraron resultados anodinos. Se practicó PL a 32 (18,5%). El diagnóstico final varió en 5 niños (2,5%): 3 meningitis asépticas y 2 infecciones urinarias. 22 niños (12,9%) reconsultaron, ingresando 5 (2,9% del total): 3 meningitis asépticas, 1 ITU y 1 SFSF. El seguimiento pudo completarse telefónicamente en 134 pacientes (78,8%). Todos ellos evolucionaron bien. Catorce de estos 129 pacientes (10,4%) admitieron no haber acudido a su pediatra.

CONCLUSIONES: El manejo ambulatorio sin antibióticos de los lactantes de 15-90 días de edad con SFSF y criterios de bajo riesgo es posible en un porcentaje muy elevado de pacientes siempre administrando instrucciones detalladas.



ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO DEL LACTANTE FEBRIL MENOR DE TRES MESES QUE ACUDE A NUESTRO SERVICIO DE URGENCIAS.

I. Olaciregui Echenique, E. Oñate Vergara, J.A. Muñoz Bernal, J. Landa Maya.
Urgencias de Pediatría. Hospital Donostia San Sebastian (Gipuzkoa.)

OBJETIVO: Conocer las características de los pacientes de edad inferior a tres meses que consultan en nuestro Servicio por fiebre.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de todos los episodios registrados en el Servicio de Urgencias de nuestro Hospital entre el 1-1-04 y el 31-12-04, que consultan por fiebre o se detecta la misma durante su estancia en nuestro Servicio. Se recogieron los datos sobre las características de los pacientes, síntomas, pruebas complementarias realizadas, diagnóstico, tratamiento y número de ingresos.

RESULTADOS: Entre el 1-1-04 y el 31-12-04 se registraron en Urgencias 189 casos que correspondían a lactantes menores de tres meses con síndrome febril, sobre 32061 consultas realizadas durante ese período en nuestro Servicio (0,59%). El 55% fueron varones. 25 casos tenían menos de 28 días (13,22%), 70 casos entre 29 y 59 días (37%) y 94 casos entre 60 y 92 días (49,73%). La fiebre tuvo una duración previa de 15,76 horas. El valor medio de temperatura rectal medida en Urgencias fue de 38,15°C. Se realizaron las siguientes exploraciones complementarias: 150 analíticas (recuento y fórmula), 128 hemocultivos, 148 analíticas de orina, 57 punciones lumbares, 55 aspirados nasofaríngeos, 117 radiografías de tórax y 32 coprocultivos. Hubo cuatro hemocultivos positivos (3,12%): *E. B. agalactiae* (1), *K. pneumoniae* (1) y *E. coli* (2). En 71 casos (37,56%) no se pudo objetivar el foco de la infección. En el resto, los diagnósticos más frecuentes fueron: bronquiolitis 34 casos, infección de la vía aérea superior 30 casos, infecciones de la vía urinaria 25 casos, meningitis 14 casos y GEA 11 casos. Se detectó una infección bacteriana en el 15,3% de los casos. El 47% de los niños ingresaron en planta, 20% en observación, 4,2% en UCI y el 28,5% volvieron a su domicilio. Se inició tratamiento antibiótico en 75 niños (39,68%)

CONCLUSIONES: Se encontró la etiología de los pacientes febriles menores de tres meses en el 62,43% de los casos; de estos la mayoría (75,42%) fueron infecciones virales. De las cuatro bacteriemias positivas (3,12%), una fue una bacteriemia oculta (0,78%). La mayoría de los casos requirieron exploraciones complementarias y se ingresó al 71,5% de los pacientes incluidos en la revisión.

**SÍNDROME FEBRIL EN MENORES DE 36 MESES.**

J.D. González Rodríguez, D. Canalejo González, V.M. Navas López, I. Benítez Gómez, J.A. Souto Rubio, M. Muñoz Sáez.

H. I. Virgen del Rocío. Sevilla.

ANTECEDENTES Y OBJETIVO: La fiebre es el motivo de consulta más frecuente en Urgencias Pediátricas. Un porcentaje importante son niños menores de 36 meses, grupo con mayor riesgo de infección bacteriana grave. El objetivo de nuestro trabajo es determinar la prevalencia y características del síndrome febril en este grupo de edad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo de todos los pacientes, de 0 a 36 meses de edad, que consultan por síndrome febril en nuestro Servicio de Urgencias, durante un período de dos meses. Se analizan todos los datos epidemiológicos, clínicos y de laboratorio, recogidos mediante protocolo estandarizado.

RESULTADOS: Se han recogido 2200 pacientes con una edad media de $15 \pm 9,02$ meses, que representa el 16% de las consultas atendidas. La mediana de duración de la fiebre fue de 30 horas (12 h-72 h) y la temperatura media de $38,9 \pm 0,26^\circ\text{C}$. Un 98% de los pacientes estaba correctamente inmunizado y de ellos, un 7% había recibido la vacuna antineumocócica heptavalente. Entre los factores epidemiológicos asociados, un 15% asistía a guardería y un 0,5% había recibido una dosis de vacuna en las 48h previas. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron síntomas catarrales (28%), gastrointestinales (22%), otalgia y/o odinofagia (15%) y dificultad respiratoria (18%). Los diagnósticos más frecuentes fueron: síndrome febril sin foco (23%), catarro de vías altas (21%), gastroenteritis aguda (18%), foco ORL (15%), neumonía (4%), infección del tracto urinario (4%). El 3% tenía infección bacteriana invasiva. Los niños dados de alta tenían puntuaciones en las escalas de Yale y YIOS menores de 10 y 7, respectivamente. El 4,5% fueron hospitalizados. Se solicitó radiografía de tórax en el 30%, siendo patológicas el 25%. En 25% de los pacientes se analizó el sedimento de orina, resultando patológicos un 13%. Hemograma y proteína C reactiva (PCR) se solicitaron en el 16%, de los que el 30% tenían $>15.000/\text{mm}^3$ leucocitos con $>10.000/\text{mm}^3$ neutrófilos y el 45% tenía PCR > 40 mg/dl. El germen más frecuente aislado en hemocultivo fue *S. pneumoniae* y *E. coli* en urocultivo. Otros aislamientos fueron *Salmonella* y Adenovirus en coprocultivo y VRS en aspirado nasofaríngeo.

COMENTARIOS: El síndrome febril en menores de 36 meses tiene una alta prevalencia, siendo el motivo de consulta más frecuente. Las escalas de Yale y YIOS son herramientas muy útiles para su valoración. Los exámenes complementarios, en general, tienen una baja rentabilidad. *Streptococcus pneumoniae* es el germen causante de la mayoría de infecciones bacterianas graves, en menores de 36 meses. No debemos olvidar que existe un medio eficaz para prevenir la infección neumocócica invasiva, la vacuna neumocócica heptavalente.

**CAMBIOS EN LOS HÁBITOS POBLACIONALES EN EL USO DE ANTITÉRMICOS (AT) EN LA INFANCIA.**

A. Rodríguez Serna, E. Astobiza Beobide, M. González Balenciaga, M. Santiago Burrutxaga, S. Mintegi Raso, J Benito Fernández.

Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Bizkaia.

INTRODUCCIÓN: En una encuesta realizada en nuestro Servicio de Urgencias de Pediatría (SUP) en el año 2000, el AT más utilizado en la infancia fue el paracetamol, siendo en menores de 2 años la alternativa preferida el ibuprofeno y en los mayores el AAS. Los hábitos poblacionales de utilización de AT fueron, en general, correctos.

OBJETIVO: El objetivo de este estudio fue determinar la existencia o no de cambios en los hábitos poblacionales en el uso de AT en la infancia en nuestro entorno en los últimos años.

PACIENTES Y MÉTODO: Comparación de los resultados de 2 encuestas realizadas de manera aleatoria a los acompañantes de niños que consultaban en un SUP en 2000 (200 pacientes) y 2004 (421).

RESULTADOS: Ningún acompañante rehusó participar en el estudio. El lugar de registro de temperatura preferido fue la axila (83,5% en 2000 vs 77,2% en 2004, $p=0,08$), siendo el registro rectal casi exclusivo de los menores de 2 años (70% en el 2000 y 77,4% en 2004). En los menores de 2 años, el porcentaje en los que se registró rectal se mantuvo en torno al 30%. El termómetro digital se convirtió en el tipo de elección (46% en 2000 vs 60,6% en 2004, $p=0,0008$), sin encontrarse diferencias en las distintas edades. El administrador principal del antitérmico fue la madre (72% de forma exclusiva en 2000, 81% en 2004, $p=0,01$) y más del 95% escogió la vía oral en ambos años. Cerca del 40% recibió AT con una $T^a < 38^{\circ}\text{C}$ y alrededor de la mitad de los pacientes recibieron medidas físicas además del tratamiento medicamentoso. Se detectaron cambios significativos a la hora de escoger el AT: el ibuprofeno se ha convertido en el AT de elección (18% en 2000 vs 48,9% en 2004, $p < 0,00001$), habiendo descendido el porcentaje de familias que utilizan preferentemente el paracetamol (56% vs 45,4%, $p=0,01$) y, sobre todo, aspirina (20,5% vs 1%, $p < 0,00001$). Todos los niños menores de 6 meses habían recibido de forma exclusiva paracetamol, y de los menores de 12 meses un 83%. Alternaron AT alrededor de la mitad de las familias en ambas series.

CONCLUSIONES: El termómetro digital ha desplazado al de mercurio en la forma de registrar la temperatura en los niños con fiebre y el ibuprofeno se ha convertido en el AT de elección en el tratamiento de estos niños con fiebre, salvo en los menores de un año.

**ASPECTOS MEJORABLES DE LOS HÁBITOS POBLACIONALES EN EL MANEJO DE LA FIEBRE DURANTE LA INFANCIA.**

A. Rodríguez Serna, M. González Balenciaga, E. Astobiza Beobide, S. Capapé Zache, J. Benito Fernández, S. Mintegi Raso.

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

INTRODUCCIÓN: La fiebre constituye el principal motivo de consulta en los Servicios de Urgencias Pediátricos (SUP) por la preocupación que este signo genera sobre todo en los niños pequeños. La administración de anti-térmicos (AT) constituye una parte importante del manejo del niño con fiebre. A pesar de ser fármacos relativamente seguros, no están exentos de efectos secundarios y constituyen la primera causa de intoxicación accidental en la infancia.

OBJETIVO: Detectar los posibles errores en el manejo de la fiebre por parte de los padres en nuestro entorno. Pacientes y método: Estudio prospectivo de 421 encuestas realizadas de forma aleatoria a acompañantes de niños que consultan en un Servicio de Urgencias de Pediatría (SUP) desde el 15 Junio hasta el 15 Octubre de 2004.

RESULTADOS: Algo más de la mitad de los encuestados considera fiebre una temperatura inferior a 38°C y cerca del 80% de las familias registra la Tª en axila, si bien este porcentaje disminuye al 54% en los menores de 2 años. El 67,9% conoce la existencia de tapones de seguridad en los AT y utiliza preparados con este dispositivo el 54,4%. El padre participa en la administración del anti-térmico en 68 casos (16,5%) y la madre en 406 (96,4%, $p < 0,00001$). Cerca de la mitad de los encuestados administra el AT con temperatura por debajo de 38°C. El 10,4% administra una dosis incorrecta de AT: el 7,8% una dosis inferior a la correcta (la mayoría ibuprofeno) y el 2,6% una dosis excesiva (la mayoría paracetamol). Alrededor del 5% de los acompañantes reconocieron administrar el AT con un intervalo menor de 4 horas y consideró que el efecto del AT debía ocurrir en los primeros 30 minutos tras la administración. El 46% de los encuestados alterna AT en el mismo episodio febril. Más de la mitad de los encuestados asoció fiebre elevada con patología grave y cerca del 80% relacionó el no descenso de la temperatura tras la administración del AT con patología grave.

CONCLUSIONES: Los hábitos poblacionales en el manejo de la fiebre durante la infancia son, en general, adecuados. Los aspectos de mejora debieran incidir en un mejor conocimiento del significado de la fiebre, una más amplia utilización de preparados con tapón de seguridad y una mayor implicación del padre en la administración de los AT.

**TERMOFOBIA Y USO DE ANTITERMICOS.**

M. López Rivas, M. Gil, J.M. Cutrin, M. Bouzón. S. Almeida, F. Alvez.

Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario. Santiago de Compostela.

FUNDAMENTOS Y OBJETIVO: La fiebre es uno de los motivos más frecuentes de consulta en Pediatría, que genera ansiedad y miedo exagerados (termofobia) en los padres. Es práctica habitual asociar antitérmicos, generalmente paracetamol e ibuprofeno, en un intento de eliminar la fiebre a toda costa. No existe evidencia científica de que la asociación o alternancia sea segura o alcance mayor y más rápido efecto antitérmico que la utilización de uno solo. Por el contrario sí puede inducir a errores de dosificación y aumentar su toxicidad renal, sobre todo en estados de deshidratación leve o moderada en niños con vómitos, diarrea y escasa ingesta de líquidos. El objetivo es sensibilizar a los profesionales relacionados con la salud del niño para promover el uso de un solo antitérmico en el manejo de la fiebre.

OBSERVACIÓN CLÍNICA: Niña de 13 años, sana, que durante un proceso catarral presenta dolor en fosa renal derecha y fiebre (38,5°C). Consulta a su pediatra que recomienda ibuprofeno (400 mg c/8 horas). Al día siguiente refiere vómitos (5-6/día), aumento del dolor y escasa ingesta de líquidos. Su médico añade paracetamol (650 mg c/8 horas) alternando con ibuprofeno. Veinticuatro horas después acude a Urgencias al Hospital, donde se detecta condensación basal dcha y aumento de la urea y creatinina plasmáticas. Mantiene diuresis. No hematuria. En la exploración física se observa sequedad de mucosas, ojeras e hipoventilación en base dcha. No edemas. TA 90/50. En las exploraciones complementarias destaca en el hemograma leucocitosis (19.000/mm³), neutrofilia (92%) y desviación izda (32% bandas). VSG 87. Hb y plaquetas normales. Bioquímica sanguínea: urea 92 mg/dl, creatinina 1.7 mg/dl. A. orina: densidad 1025, sangre 2+, proteínas 1+, Na 8 mEq/l, K 86 mEq/l, urea 18 g/L, creatinina 165 mg/dl, excreción fraccional de Na 0.06%. Aclaración de creatinina: 54/ml/mto/1.73 m2. Con el diagnóstico de insuficiencia renal aguda (IRA) secundaria a la administración de ibuprofeno y paracetamol y neumonía se inicia rehidratación iv y cefuroxima iv. La evolución es favorable normalizándose la función renal 24 horas después.

COMENTARIOS: La IRA secundaria a la asociación de paracetamol e ibuprofeno es una complicación poco frecuente, que debe considerarse en el manejo de la fiebre. Ambos fármacos inhiben la síntesis de prostaglandinas, hecho que no parece tener consecuencias relevantes en niños normales, pero sí en pacientes con leve o moderada deshidratación, como ocurrió en esta niña. Parece por tanto recomendable erradicar posibles conceptos erróneos causantes de la termofobia y alertar a los padres de los riesgos de toxicidad que supone la asociación de antitérmicos.



RESISTENCIA BACTERIANA EN PEDIATRÍA Y SU RELACIÓN CON EL USO DE ANTIMICROBIANOS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA: PROYECTO VIRESIST.

J.R. Bretón¹, R. Hernández^{1,6}, J. Brines^{2,6}, G. Royo³, F. Pardo⁴, J.M. López-Lozano⁵.

Servicios de ¹Pediatría H. Universitario Dr. Peset, Valencia; ²Pediatría, H. Clínico Universitario, Valencia;

³Microbiología, H. General de Elche; ⁴Microbiología, Hospital General de Castellón; ⁵Unidad de Investigación H. de la Vega Baja, Orihuela (Alicante); ⁶Universidad de Valencia.

INTRODUCCIÓN: En Urgencias de Pediatría las enfermedades infecciosas constituyen cerca de la mitad de las sospechas diagnósticas. Sin embargo, el conocimiento de las resistencias bacterianas en niños es muy escaso. El Proyecto ViResiST (www.viresist.org) es un sistema de vigilancia local de las resistencias bacterianas y de uso de antimicrobianos que utiliza técnicas de análisis de series temporales en 6 hospitales de la Comunidad Valenciana y varios hospitales de Europa y EE.UU. Los objetivos de esta comunicación son 1) el estudio de las resistencias bacterianas en población pediátrica de los hospitales Dr. Peset, H. de la Vega Baja, H. Clínico Universitario, H. General de Elche, H. General de Castellón y 2) analizar la relación entre resistencias y uso de antimicrobianos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Con los datos del Proyecto ViResiST se calcularon los porcentajes de resistencia o sensibilidad intermedia de patógenos bacterianos a los antimicrobianos de interés. Se estudiaron con modelación ARIMA (Box- Jenkins) 812 combinaciones de series temporales de resistencia y uso de antimicrobianos para intentar encontrar una relación matemática entre ambas.

RESULTADOS: Los porcentajes más relevantes de resistencia o sensibilidad intermedia fueron: *S. pyogenes* a eritromicina 12-30%, *S. pneumoniae* a penicilina 45-60%, a amoxicilina 16- 55%, a eritromicina 40-60%; *S. aureus* a meticilina < 4%, a eritromicina 35%, a clindamicina < 10%; *E. coli* a amoxicilina 65-70%, a amoxicilina-clavulánico 10-20%, a nitrofurantoína y fosfomicina < 5%, a cotrimoxazol 30%; *Salmonella* spp. a amoxicilina 50%, a amoxicilina- clavulánico 10-20%, a cotrimoxazol 5-15%. De las 812 combinaciones estudiadas se encontró relación significativa entre resistencia y uso de antimicrobianos en 47 ocasiones (6%). Los antibióticos más utilizados fueron amoxicilina- clavulánico (23%), penicilinas de amplio espectro (22%) y macrólidos (20%). Se apreció un descenso en el uso de antimicrobianos durante el periodo de estudio.

CONCLUSIONES: Los datos del Proyecto ViResiST permiten disponer de información local y actualizada de las resistencias en Pediatría y del uso de antimicrobianos. Esta información es útil para orientar la terapia empírica. El bajo número de aislamientos en Pediatría sólo permitió objetivar matemáticamente la relación entre resistencia y uso de antimicrobianos en el 6% de los casos.

**UTILIDAD DE UN REGISTRO DE RESULTADOS MICROBIOLÓGICOS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA.**

M. Macho Díaz, N. Trebolazabala Quirante, E. Mora González, B Azcunaga Santibáñez, A. Fernández Landaluze, M. Vázquez Ronco.

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

INTRODUCCIÓN: El registro de todas las llamadas telefónicas realizadas desde urgencias de Pediatría (UP) para comunicar un resultado de microbiología, que estaba pendiente tras una consulta en UP, es otra de las actividades asistenciales que debemos realizar. Con el se pretende tener controlados todos los resultados y que no quede ningún episodio de urgencias pendiente de diagnóstico o tratamiento definitivo.

OBJETIVO: Conocer el rendimiento y utilidad que hemos encontrado en nuestro registro de llamadas microbiológicas.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo del total de llamadas telefónicas realizadas desde UP para comunicar un resultado microbiológico entre el 1 de Octubre de 2003 y 31 de Enero de 2004.

RESULTADOS: Se realizaron un total de 470 llamadas en los 16 meses de funcionamiento del registro (media 29,4/mes). Por sexo: 297 (63,2%) fueron llamadas para comunicar resultados en niñas. Por tipo de cultivo: Urocultivo 282 (60%), frotis faríngeo 140 (29,8%), hemocultivo 11 (2,3%), cultivo LCR 3 (0,6%). Comunicación de serologías, cultivos periféricos etc 34 (7,2%). Por sexo:

	Niñas	Niños
Urocultivo	213 (75,5%)	69 (24,5%)
Frotis faríngeo	62 (44,3%)	78 (65,7%)
Hemocultivo	7 (63,6%)	4 (36,4%)
Cultivo LCR	1 (33,3%)	2 (66,7%)
Otros cultivos	14 (41,2%)	20 (58,8%)

La media de días desde la recogida del cultivo y la llamada telefónica fue de 3,3 días (1-10). La indicación dada a los padres fue por tipo de cultivo:

	Suspender ATB	Inicio de ATB	Volver a UP	No cambios
Urocultivo	208 (74%)	28 (10%)	4 (1%)	42 (15%)
Hemocultivo	0	1 (9%)	3 (27%)	7 (64%)
F. faríngeo	6 (4%)	121 (87%)	0	13 (9%)
Cultivo LCR	0	0	1 (33%)	2 (67%)
Otros cultivos	3 (9%)	19 (56%)	0	12 (35%)

CONCLUSIONES: El registro de resultados microbiológicos es una herramienta útil para el seguimiento total del niño hasta su diagnóstico definitivo. La mayoría de las llamadas realizadas fueron para suspender el tratamiento ante un urocultivo negativo e iniciarlo por un frotis faríngeo positivo.



HEMOCULTIVOS EN URGENCIAS: DESCRIPCIÓN DE ASPECTOS DEMOGRÁFICOS, CLÍNICOS Y ANALÍTICOS EN UN PERIODO DE 6 MESES.

I. Marsinyach Ros, E. Cidoncha Escobar, J. Adrián Gutierrez,, C. Iglesias Fernández, C. Merello Godino, M. Rodríguez*

*Sección de Urgencias de Pediatría. *Servicio de Microbiología. Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid.*

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La obtención de muestras de hemocultivo es una práctica muy común en servicios de urgencias. En la población pediátrica, la fiebre es un problema frecuente y aunque en la mayoría de los casos se atribuye a infecciones virales, las bacteriemias son responsables del 3-5% de los episodios; la obtención de hemocultivos es la prueba de elección para descartar bacteriemia. Se plantea una descripción del contexto epidemiológico, clínico y analítico de los hemocultivos obtenidos en un servicio de urgencias pediátricas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realiza revisión retrospectiva de los registros de urgencias de pacientes de los que se obtuvo hemocultivo entre los meses de Junio a Diciembre 2004, ambos inclusive. Análisis descriptivo de los datos.

RESULTADOS: Se incluyeron 1.026 pacientes (37,3% varones), con edades comprendidas entre los 3 días y los 16 años, a los cuales se les había realizado un hemocultivo en el período de estudio. La distribución por rangos de edad fue: 5,36% menores de un mes, 12,8% entre 1-3 meses, 46,9% entre 3-36 meses y 34% por encima de esa edad. Respecto a los motivos de consulta iniciales, la fiebre fue el más frecuente (78,8%); los síntomas asociados más prevalentes fueron vómitos (73%), síntomas respiratorios (14,6%), vómitos y diarrea (8,57%), exantema (5,8%) y convulsiones febriles (2,2%). El 25,6% de los niños presentaba aumento del recuento leucocitario o de proteína C reactiva como criterios analíticos de riesgo de bacteriemia; de ellos el 2,2% presentó un hemocultivo con recuento significativo. Los diagnósticos al alta más frecuentes fueron: síndrome febril (22%), foco ORL (11,2%), gastroenteritis aguda (12,2%), neumonía (3,8%), bronquitis (1,85%), infección del tracto urinario (5,5%), convulsión febril (4,1%) y otras patologías (10%). El 31,48% de los pacientes precisaron ingreso hospitalario. El porcentaje de positividad de los hemocultivos fue del 0,01%.

DISCUSIÓN: La positividad de hemocultivos en cuadros febriles de nuestra muestra (1,2%) es inferior a la referida en la literatura (3-5%); la positividad aumenta al seleccionar los pacientes con factores de riesgo analíticos de bacteriemia (2,2%). Llama la atención que el 21,3% de los pacientes incluidos no presentaban fiebre. Su rentabilidad diagnóstica es baja pero es la técnica de elección para descartar bacteriemia en los procesos febriles de la infancia.



RENTABILIDAD DE LOS HEMOCULTIVOS REALIZADOS EN URGENCIAS EN UN HOSPITAL TERCIARIO EN UN PERIODO DE 2 AÑOS.

E. Gembero, T. Molins, B. Solís, M. Herranz, E. Bernaola, L. Torroba*.

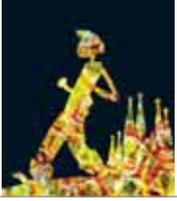
Servicio de Pediatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona Servicio de Microbiología. *Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS: Las recomendaciones para realizar hemocultivos son muy dispares en los distintos servicios de urgencias, lo que posiblemente influye en las diferencias interhospitalarias en su rentabilidad. El objetivo primario de este trabajo es evaluar la rentabilidad de nuestros hemocultivos con el protocolo actual y el secundario es describir los hemocultivos positivos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Las indicaciones de hemocultivo en nuestro servicio incluyen: Síndrome febril sin foco (con afectación del estado general; ó con buen estado general si $>39,5$ °C rectal en niños de 0 a 36 meses ó fiebre > 3 días independientemente de la edad), neumonías (si fiebre y radiología con condensación > 3 cm), y todas las infecciones bacterianas potencialmente severas. Del 1-1-02 al 31-12-03 se cuantifican las urgencias, hemocultivos realizados y resultados. Entre los hemocultivos positivos se analizan: germen, antibiótico previo, edad, sexo, tiempo de evolución de la fiebre, analítica, diagnóstico, tratamiento y evolución.

RESULTADOS: Del 1-1-02 al 31-12-03 se atendieron 78050 urgencias y se realizaron 1953 hemocultivos (2,5%). Se aislaron gérmenes en 200, de los que 163 (8,3%) eran contaminantes. Fueron positivos 37 hemocultivos (1,89% del total): 11 neumococos, 6 meningococos, 4 *S. aureus*, 3 *S. agalactiae*, 3 *E. coli*, 2 *H. influenzae*, 2 *Salmonella*, 2 *S. viridans*, 2 *S. pyogenes* y 2 *S. faecalis*. Habían recibido tratamiento antibiótico previo 4. La edad media eran 33 meses (DS: 42,7) y el 72,9% eran menores de 3 años. La evolución media de la fiebre fue de 36,97 horas (<12 h 17/37 casos, 12-24 h 3/37 y >24 h 17/37). Los signos analíticos de infección bacteriana fueron: >15.000 leucocitos en 18/37, <5.000 en 3/37, >10.000 neutrofilos totales 15/37 y PCR >3 en 23/37. Los diagnósticos fueron: 8 sepsis, 8 bacteriemia oculta, 4 pielonefritis, 4 neumonía, 4 varicela complicada, 3 gastroenteritis, 2 meningitis, 1 osteomielitis, 1 artritis, 1 celulitis y 1 otitis bacteriémica. Recibieron antibioterapia 34, una niña falleció, 1 caso curó con secuelas y el resto evolucionaron bien.

CONCLUSIONES: Baja rentabilidad de los hemocultivos (1,8%) con nuestra actual pauta. El germen más frecuente ha sido el neumococo, como está descrito en la literatura. Los diagnósticos más frecuentes han sido bacteriemia oculta y sepsis. El alto porcentaje de hemocultivos contaminados plantea la necesidad de revisar la extracción y procesamiento de las muestras en nuestro servicio.

**SEROLOGÍAS EN URGENCIAS: UTILIDAD, RENDIMIENTO Y ESTADO DE LA CUESTIÓN.**

H. Corral Barea, O. Gutiérrez Urbón, F. Ferrés Serrat, F. Salvá Armengot, J.L. Pérez Saenz, J.M. Román Piñana. *Servicios de Pediatría y Microbiología. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca.*

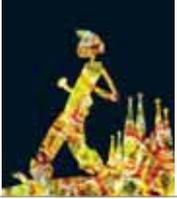
INTRODUCCIÓN: Los estudios serológicos (ES) forman parte de las rutinas diagnósticas de muchas entidades. Además no es infrecuente su uso ante procesos presumiblemente infecciosos y de etiologías incierta. Son pruebas muy solicitadas, de indudable valor diagnóstico en determinadas entidades, pero cuyo uso excesivo y no razonado tiene escaso rendimiento y puede conducir a una mayor confusión diagnóstica.

OBJETIVOS: 1) Conocer las entidades en que se han solicitado serologías desde urgencias. 2) Conocer las determinaciones serológicas (DS) solicitadas. 3) Conocer el rendimiento diagnóstico de los ES solicitados. 4) Establecer perfiles de serologías para las patologías más prevalentes en que esté indicado el ES.

METODOLOGÍA: Revisión retrospectiva de las historias de menores de 15 años con ES practicados en urgencias desde marzo a diciembre de 2004.

RESULTADOS: 333 ES con un total de 1460 DS de hasta 35 gérmenes distintos. Patologías estudiadas: síndrome febril, síndrome constitucional, convulsión, adenopatías, Kawasaki, artritis, Schönlein-Henoch, púrpura trombocitopénica idiopática, eritema nudoso, exantema/escarlatina, neumonía, bronquitis/asma, síndrome pertuosoide, estomatitis, faringoamigdalitis/mononucleosis, parotiditis, anemia, plaquetopenia, pancitopenia, leucemia, insuficiencia renal, sepsis, tics/distonías, ataxia, hematuria, meningitis, cefalea, abdominalgia, hepatomegalia, picadura garrapata, hepatitis, varicela, mialgia/miositis, noma, pinchazo jeringuilla y abuso sexual. Se ha repetido ES en 32 pacientes. El ES ha dado criterios serológicos diagnósticos en 47 casos (5 de ellos por viraje en el 2º ES) que corresponden a: Virus Epstein-Barr 28, *Rickettsia conorii* 5, *Mycoplasma pneumoniae* 5, *Chlamydia pneumoniae* 4, *Legionella pneumophila* 1, Parvovirus B-19 1, VRS 1, Herpes virus 1, *Leishmania donovani* 1, Virus hepatitis B 1, *Plasmodium falciparum* 1, Herpes virus 1 y Virus varicella-zóster 1. Se han detectado 4 posibles coinfecciones.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES: 1) Se constata un escaso rendimiento global de los ES, muchas DS sin ningún resultado diagnóstico y muy escasas extracciones de segundas muestras. 2) Debe conocerse bien el valor diagnóstico de las distintas DS para su adecuada indicación e interpretación. 3) Debemos ajustar más las DS solicitadas, preferentemente a través de perfiles previamente protocolizados. 4) En determinadas entidades es aconsejable protocolizar perfiles escalonados (uno o pocos ES iniciales y añadir según evolución).

**UTILIDAD DE LOS COPROCULTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA HOSPITALARIO.**

I. Delgado Pecellín, M. A. González Marín, M. T. Alonso Salas, M. Taguas-Casaño, J. Cano Franco, M. Loscertales Abril.

Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Infantil Virgen del Rocío de Sevilla.

OBJETIVOS: Estudiar la utilidad de los coprocultivos en un Servicio de Urgencias de Pediatría Hospitalario.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se recogieron los coprocultivos cursados en el Servicio de Urgencias de Pediatría del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla durante los meses de Junio y Julio de 2004, y se revisaron los datos de la historia clínica de los niños con gastroenteritis que ingresaron en Observación.

RESULTADOS: Se atendieron en Urgencias de nuestro Hospital 11.524 niños, el 6.1% ingresó en Observación, de los que el 14% fueron diagnosticados de gastroenteritis. Del total de niños dados de alta, se solicitó coprocultivo ante la existencia en niños menores de 1 año, de deposiciones claramente patológicas, o con evolución desfavorable, sin criterios de ingreso. De ellos resultaron positivos un 47,95%, de los que el 50% lo eran a *Campylobacter jejuni*, el 47,22% a *Salmonella enteritidis*, y el 2,78% a Rotavirus. Los niños que ingresaron en Observación por gastroenteritis lo hicieron por: afectación del estado general, con signos de infección bacteriana grave, o por necesidad de fluidoterapia: deshidratación o vómitos incoercibles. En todos ellos se solicitó coprocultivo. En el grupo de los niños ingresados en Observación, fueron positivos los coprocultivos en un 34,29%, y de ellos el 75% lo era a *Salmonella enteritidis*, el 16.67% a Rotavirus y sólo el 8,33% era positivo a *Campylobacter jejuni*. La edad de los niños ingresados por gastroenteritis fue de 1 mes-1 año en el 45,24%, entre 1 y 4 años el 21,43%, mayores de 4 años 33,33%. La mayoría de los niños estuvieron ingresados de 24 a 48 horas (45,73%), y requirieron ingreso en planta por evolución desfavorable el 31,59%. Recibieron antibioterapia empírica el 19% del total de niños, todos fueron trasladados a planta. De ellos el 50% tenían coprocultivo positivo a *Salmonella*, el resto era negativo. La presencia de dolor abdominal, leucocitosis e historia familiar se relacionó directamente con la positividad a *Salmonella*.

CONCLUSIONES: 1) En nuestro medio la mayoría de las gastroenteritis con positividad en el coprocultivo, que no necesitaron ingreso se debieron a campilobacter jejuni y salmonella enteritidis. 2) La *Salmonella enteritidis* se relaciona directamente con una peor evolución: cuadro séptico, deshidratación o persistencia de los síntomas. 3) Creemos que en la mayoría de los casos no está indicado realizar un coprocultivo porque no va a modificar nuestra actitud terapéutica, excepto en casos de cuadro séptico o evolución desfavorable.