

XIII Reunión Anual de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría



Murcia, 17, 18 y 19 de abril de 2008

POSTERS SIN LECTURA



POSTERS SIN LECTURA

IMPACTACION ESOFAGICA DE CUERPOS EXTRAÑOS EN PEDIATRIA

*López Liñán MJ, Martínez A. Velázquez M. Pallarés JA, Gil JM, Barrera E.
Servicio de Pediatría. Consorcio Hospitalario de Terrassa. Terrassa. Barcelona.*

La ingestión de cuerpos extraños es una urgencia frecuente en niños menores de 5 años. Representa la segunda indicación pediátrica de endoscopia alta urgente. Presentamos algunos casos vividos en urgencias y revisamos este tema.

CASO1. Niña de 12 años con disfagia, opresión retroesternal y sialorrea tras haber ingerido carne. La radiografía simple no ayuda al diagnóstico. Administrándole una mínima cantidad de contraste se detecta una obstrucción esofágica.

CASO 2. Niño de 23 meses que consulta por anorexia, tos e irritabilidad de varios días. La radiografía de cuello-tórax muestra imagen circular en esófago sugestiva de ser una moneda.

CASO 3. Niño de 5 años que consulta por odinofagia, carraspeo continuo y sialorrea tras comer arroz. La radiografía de cuello-tórax detecta imagen en esófago que podría ser la concha de una almeja. Realizaremos radiografías simples de cuello, tórax o abdomen y valoraremos en cada caso los riesgos, según el tipo de material ingerido y su localización. La mayoría se eliminarán con las heces quedando un 20% alojados en el esófago.

En estos casos, especialmente aquellos que ocasionen síntomas, el riesgo de aspiración, perforación o fistulización, hace que sea preciso su extracción o movilización endoscópica urgente, pudiéndose necesitar la extracción quirúrgica en un 1% de casos.

No debemos olvidar nuestra función educativa. Esta "patología", y otras con las que nos encontramos diariamente en urgencias, deriva en muchas ocasiones de actitudes negligentes en el entorno del niño, situaciones que hemos de evitar, ya que sin duda alguna, no existe mejor tratamiento que la prevención.



POSTERS SIN LECTURA

CONSULTAS POR INTOXICACIÓN ETÍLICA AGUDA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS

Sanz Marcos, N., Arias Constantí, V. Trenchs Sainz de la Maza, V. Curcoy Barcenilla, A.I. Matalí Costa*, J.L.L. Luaces Cubells, C.

Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Unidad de Adicciones*. Hospital Universitari Sant Joan de Deu. Barcelona

Introducción: Las consultas por consumo abusivo de alcohol se están convirtiendo en algo habitual en los Servicios de Urgencias Pediátricos. Es importante realizar un buen manejo de la situación aguda y establecer pautas de prevención.

Objetivo: Determinar el perfil de los pacientes atendidos en urgencias por intoxicación etílica aguda (I.E.A.).

Métodos: Estudio descriptivo de los pacientes atendidos en Urgencias de Pediatría durante el 2007 por I.E.A. Se definió I.E.A. como la presencia de uno o varios de los siguientes signos en un contexto acorde: fétor etílico, disartria, verborrea, inestabilidad de la marcha y/o inconsciencia con niveles elevados de etanol en sangre. Se excluyeron aquellos pacientes con intoxicación accidental o enfermedad crónica asociada.

Resultados: Se incluyeron 107 pacientes (51,4% varones) con media de edad de 16.2 (DE 1.2) años; el 95.3 % eran mayores de 14 años representando el 3.7 % del total de consultas a urgencias de los pacientes entre 14 y 18 años. El 72.9% de las consultas fueron en festivo y el 78.5% durante la noche (20:00-6:00 horas). El 82.2% de los pacientes acudieron en ambulancia. En 55 (51.4%) informes consta el tipo de bebida consumida, siendo el 90.9% de alta graduación (whisky, vodka). No se detectó ningún caso de hipoglucemia y un 5.6 % de pacientes presentó hipotermia ($T^{\circ} < 35^{\circ}C$). En 67 (62.2%) casos se realizó determinación de niveles de etanol y de tóxicos en orina. La media de etanol en sangre fue de 184.2 (DE 58) mg/dl; presentando el 22.4 % intoxicación leve (<150mg/dl), el 74.6 % moderada (150-300mg/dl) y el 3% grave (>300mg/dl). Se detectó consumo asociado de cannabis en 7 (10.4%) y de anfetaminas en 3 (2.8%). Tres (2.8%) pacientes requirieron ingreso.

Conclusiones: El perfil del paciente que acude a Urgencias por I.E.A es el de un adolescente con consumo moderado de bebida alcohólica de alta graduación y que no requiere hospitalización. Es importante tener en cuenta que la I.E.A se acompaña con frecuencia del consumo simultáneo de otras drogas. El pediatra de urgencias debe facilitar el acceso de estos pacientes a otros profesionales con la finalidad de realizar programas de prevención de adicciones.



POSTERS SIN LECTURA

EPISODIO PAROXISTICO NO EPILÉPTICO SECUNDARIO A COLIRIO DE FENILEFRINA EN UN LACTANTE DE DOS MESES

Autor principal: Huerta Aragonés, Jorge

Sección de Urgencias del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

Coautores: Rodríguez Castaño, MJ Adrián Gutiérrez J, Peñalba Citores A, Fontecha de Yébenes M

Introducción: La exploración del fondo de ojo en midriasis es un procedimiento habitual en la práctica clínica. A pesar del uso tópico de ciclopéjicos es posible la absorción sistémica por vía transconjuntival y a través del conducto lacrimonasal, estando descritos efectos secundarios generalizados.

Caso clínico: Lactante de 2 meses que acudió a urgencias por episodio de 20 segundos de duración de desconexión del medio, mirada fija, rigidez de miembros, cese de movimientos respiratorios y palidez cutánea ocurrido varias horas después de administración de colirio ciclopléjico y manipulación oftalmológica para estudio de coloboma congénito. Antecedentes personales sin interés. Exploración física sin hallazgos patológicos, con parámetros antropométricos y desarrollo neurológico normales. Pruebas complementarias (analítica sanguínea y tóxicos en orina) normales. Ingresó para estudio, objetivándose electroencefalograma de sueño-vigilia y ecografía transfontanelar normales, no volviendo a repetirse las convulsiones. Fue dado alta con el diagnóstico de episodio paroxístico secundario a midriático.

Discusión: La toxicidad sistémica causada por colirios ciclopéjicos está relacionada principalmente con la dosis. Otros factores predisponentes son: prematuridad, sexo femenino, enfermedad de base grave, baja actividad de pseudocolinesterasa o síndrome de Down. La toxicidad neurológica se debe a su efecto estimulante sobre centros cerebrales superiores y médula espinal, siendo las convulsiones generalizadas una complicación infrecuente. Para evitar la toxicidad sistémica de estos fármacos deben tomarse varias precauciones: dosificación correcta, elección adecuada del ciclopéjico, considerar posibles efectos adversos y la variabilidad biológica individual. En conclusión, ante crisis convulsivas en lactantes es fundamental realizar una anamnesis exhaustiva acerca de exposición a fármacos o tóxicos.



POSTERS SIN LECTURA

SÍNDROME ANTICOLINÉRGICO POR INGESTA DE DATURA STRAMONIUM

Ayechu Díaz A, Etayo Etayo V, Lavilla Oiz A, Zardoya Santos P, Iceta Lizarraga A, Durán Urdaniz G.

Hospital Virgen del Camino (Pamplona)

Introducción: el síndrome anticolinérgico puede deberse a distintas causas y nos obliga a plantearnos un riguroso diagnóstico diferencial. La anamnesis detallada es fundamental para el diagnóstico etiológico y el tratamiento.

Caso: Niño de 9 años que acude a urgencias por malestar general, vómitos, alucinaciones visuales y auditivas. No ingesta de drogas ni medicamentos. Exploración: afebril; frecuencia cardíaca: 95, presión arterial 116/63. Glasgow 15, pupilas midriáticas levemente reactivas, signos meníngeos negativos. Sequedad de mucosa bucal. Pruebas complementarias: analítica, TAC craneal y punción lumbar normales; tóxicos en orina negativos. Cuatro horas más tarde, tras remitir la sintomatología, el niño refiere antecedente de estancia en el campo donde ingiere semillas de un fruto (datura stramonium).

Discusión:

- Datura stramonium contiene, principalmente en sus semillas, alcaloides con efectos anticolinérgicos (hiosciamina, atropina y escopolamina).
- El diagnóstico es clínico, destacando taquicardia, HTA, sequedad de piel y mucosas, visión borrosa, midriasis y cicloplejia, disminución de la motilidad intestinal y retención urinaria. A nivel neurológico: delirio, alucinaciones y en casos graves convulsiones y coma. Los síntomas comienzan 1-4 horas tras la ingesta y sus efectos duran 24-48 horas.
- Se debe plantear el diagnóstico diferencial con la intoxicación por derivados atropínicos, anfetaminas, alcohol, LSD y otras entidades como la esquizofrenia.
- El tratamiento es sintomático. La fisostigmina se utiliza en casos de compromiso vital.
- Datura stramonium es una planta que puede encontrarse en nuestro medio. Es importante reconocer el síndrome anticolinérgico en el servicio de urgencias para realizar el tratamiento correcto y evitar exploraciones complementarias innecesarias.



POSTERS SIN LECTURA

HIPERCALCEMIA COMO CAUSA DE IATROGENIA POR VITAMINA D

Fernández López, M.T; Pérez Cánovas, C; Rodríguez García, J; Salinas Guirao, R; López Robles, M.V y Rodríguez Caamaño, J.
Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

Fundamento y objetivo: La intoxicación por Vitamina D es una causa bien conocida de hipercalcemia en niños. No es frecuente, y en los pocos casos publicados recientes la indicación se ha realizado por un facultativo. Exponemos el caso de un paciente ingresado en nuestro hospital por hipercalcemia grave secundaria a intoxicación por esta medicación.

Observaciones clínicas: Lactante de 14 meses que consulta en Urgencias por cuadro de vómitos, dolor abdominal, astenia y anorexia de una semana de evolución. Refieren diuresis e ingesta de líquidos escasas. En sus antecedentes destaca viaje reciente a país de origen (Ecuador) en el que inició tratamiento con Raquiferol®, una ampolla semanal en las últimas 3 semanas (600.000 UI/s). Exploración física normal salvo mucosa oral seca y abdomen ligeramente distendido. Entre las pruebas complementarias destacan Calcio plasmático total de 19 mg/dl, iónico de 2.64 mmol/l y acortamiento del intervalo QT. Por sospecha de intoxicación por vitamina D se inicia tratamiento con hiperhidratación, prednisona, furosemida y calcitonina para disminuir la calcemia, y nifedipino como protector cardiaco. Diagnostico confirmado con niveles plasmáticos de 25-OH-vitamina D3 de 274 ng/ml. Coincidiendo con la aparición de poliuria franca se realiza ecografía abdominal en la que se constata la presencia de nefrocalcinosis en riñón derecho. Estudio cardiológico y oftalmológico normal. Tras 6 semanas de tratamiento es alta con Calcemia total de 11 mg/dl e iónica de 1.39 mmol/l. Persiste poliuria que compensa satisfactoriamente ingesta oral.

Comentarios: Presentamos este caso comparándolo con nuestra casuística. Consideramos que nunca está justificada la administración de dosis suprafisiológicas de VitD por retraso en las adquisiciones motoras o infecciones de repetición.



POSTERS SIN LECTURA

INGESTA ACCIDENTAL DE ANFETAMINAS EN LACTANTE DE 18 MESES.

Tully, Alexandra Louise; Moreno Tejero, Maria Luisa; Pintor Trevejo, Isabel María; Villar Galván, Vanessa. Servicio de Urgencias de Pediatría, Hospital Materno-Infantil, Badajoz.

INTRODUCCIÓN: las intoxicaciones por ingesta accidental de productos tóxicos en niños son un motivo de consulta frecuente en las urgencias hospitalarias. Se producen de forma accidental en un 91% de los casos. Son más frecuentes en niños que en niñas (2:1). La edad de máxima incidencia está entre 1-4 años. La vía digestiva es la vía de entrada más frecuente. Los medicamentos representan el 42-45% de los productos ingeridos.

CASO CLÍNICO: acude a Urgencias niña de 18 meses por haber ingerido, accidentalmente, 30 minutos antes, al menos 12 comprimidos de Cloruro de Anfepramona (derivado anfetamínico), utilizado por su madre como producto adelgazante. Antecedentes personales y familiares sin interés. Exploración física: la paciente presenta buen estado general, con buena coloración de piel y mucosas. La exploración por aparatos y sistemas es rigurosamente normal. Saturación de oxígeno: 97-100%. Frecuencia cardíaca: 110 lpm. Se realiza lavado gástrico que resulta positivo, y se administra carbón activado. Permanece en observación durante varias horas, con evolución favorable, y es dada de alta del Servicio de Urgencias sin precisar ingreso ni ningún otro tratamiento.

COMENTARIO: ante una ingesta accidental de medicamentos, las medidas de estabilización y soporte vital son prioritarias. Una vez el paciente está estabilizado, el objetivo será tratar de conocer a través de la anamnesis la sustancia o sustancias ingeridas, su posible toxicidad, la cantidad ingerida y el tiempo transcurrido. Es importante recalcar la importancia de mantener medicamentos y otras sustancias tóxicas fuera del alcance de los niños para evitar intoxicaciones.



POSTERS SIN LECTURA

INTOXICACIÓN POR ETILENGLICOL

Plata Izquierdo B, Criado Muriel C, López Ávila J, Cuadrado Martín S, Mendoza Sánchez MC, Serrano Ayestarán O.

Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario de Salamanca

Fundamento

El etilenglicol es un líquido incoloro, inodoro y no volátil de uso como disolvente y como anticongelante. Es metabolizado por la alcohol-deshidrogenasa a ácido glicólico y ácido oxálico que son los metabolitos tóxicos. Produce una clínica similar a la intoxicación etílica inicialmente, acidosis metabólica, hipocalcemia, oxaluria, fallo renal, alteraciones del SNC, inestabilidad cardiovascular y muerte.

Objetivo

Revisar el manejo de la intoxicación por etilenglicol en el Servicio de Urgencias Pediátricas a propósito de un caso.

Observación clínica

Paciente de 4 años que acude a Urgencias por ingesta accidental 30 minutos antes de una cantidad indeterminada de anticongelante, calculándose una dosis máxima de 3mL/kg (grave riesgo vital >1,5mL/kg). Exploración física, constantes y analítica al ingreso normales. Se realiza lavado gástrico, se administra un bolo de alcohol etílico al 10% a 600mg/Kg seguido de una perfusión para mantener niveles de 100mg/mL de etanol y se pautan tiamina y piridoxina i.v. como cofactores. Se solicitan sedimento de orina (no oxaluria) y gasometrías (anion gap y gap osmolar normales). Se controlaron los niveles de etanol y de glucemia para monitorización del tratamiento. Como única manifestación clínica el paciente presentó en las primeras 12h tres vómitos y cefalea leve. Tras mantener perfusión de etanol durante 48h el niño permanece asintomático con controles analíticos normales y es dado de alta.

Comentarios

El diagnóstico de esta intoxicación se apoya en los hallazgos clínicos y de laboratorio pero sólo se establece mediante determinación de niveles séricos de etilenglicol. Así sólo se trataría si las concentraciones fueran superiores a 20mg/dL evitando medidas terapéuticas innecesarias.

El tratamiento clásico es el etanol pero presenta efectos secundarios como depresión del SNC, hipoglucemia e hipotermia. Actualmente se dispone del fomepizol, más seguro y eficaz, no se necesita monitorizar su concentración y la dosificación es más sencilla, pero tiene un coste elevado, se adquiere como medicamento extranjero y hay menor experiencia en niños. En determinadas circunstancias es preciso recurrir a hemodiálisis (etilenglicol en plasma >50mg/kg, acidosis metabólica refractaria, insuficiencia renal o síntomas del SNC).



POSTERS SIN LECTURA

POLITRAUMATISMO POR ONDA EXPANSIVA

Ventura Faci, M^a Purificación; Quevedo Sanchez, Eduardo; Bueno Lozano, Olga; Rodriguez Martínez, Gerardo

Muñoz Jalle, Elena; Delgado Bueno, Ana.

DEPARTAMENTO DE PEDIATRÍA. HOSPITAL CLINICO UNIVERSITARIO "LOZANO BLESA". ZARAGOZA

a) Fundamento y objetivos: Los traumatismos por onda expansiva son el conjunto de lesiones producidas por la propagación de una onda explosiva.

b) Observaciones clínicas: Varón de 1 mes, transportado en UVI móvil a urgencias tras explosión de olla a presión en la cocina del domicilio. Presenta insuficiencia respiratoria e inestabilidad hemodinámica. Requieren maniobras de RCP avanzada. Sangrado importante pulmonar, digestivo y urinario.

Exploración física: T^a<35°C, taquicardia, dificultad respiratoria, TA:31/13mmHg. Palidez. Cianosis generalizada. Hipoperfusión periférica. No hematomas, ni quemaduras. Hipotonía generalizada. No respuesta a estímulos. Fontanela anterior deprimida. Pupilas mióticas, poco reactivas. Otoscopia: Normal. Crepitación hemitórax izquierdo. Hipoventilación generalizada. Latido cardíaco apagado, desplazado hacia la derecha. Pulsos periféricos perceptibles. Abdomen: globuloso timpánico, no visceromegalias.

Pruebas complementarias: Hb:6,1g/dL, Ht^o:18%. pH:6,8; pO₂:60 mmHg; pCO₂:82 mmHg; CO₃H:14,7 mmol/L; EB: -17mmol/L. Actividad protrombina 63,2%. Radiología/TAC: Neumotórax izquierdo a tensión. Neumotórax derecho. Contusión pulmonar bilateral. Fracturas costales. Ligero colapso ventricular derecho. Hematomas intrarrenales bilaterales.

Tratamiento- evolución: Ventilación mecánica, analgesia y sedación. Drenaje del neumotórax. Corrección del shock, aminas vasoactivas, correcciones hidroelectrolíticas y hematológicas. Antibioterapia. Evolución satisfactoria, alta hospitalaria a los 9 días. Exploración neurológica y cardiorrespiratoria normal.

c) Comentarios: La clínica evidenciada obedece al efecto físico de la onda expansiva sobre todos los tejidos, afectando especialmente a las vísceras huecas. La gravedad clínica depende de: lugar de la explosión y distancia del afectado, posición respecto a la onda expansiva, velocidad de propagación, protecciones mecánicas y resistencia del individuo. Es importante la prevención de los accidentes infantiles: entre 0-4 años un 75% se producen en el hogar.



POSTERS SIN LECTURA

PRESCRIPCIÓN DEPORTIVA EN LA CARDIOPATÍA CONGÉNITA INFANTIL.

DATOS DE PRIMER AUTOR: Servicio Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid

COAUTORES: de la Peña Garrido, Agustín; Pérez Campos, Dolores; Martínez Arco, María del Mar; Colino Romay, Elda I; Magán Rodrigo, Estefanía; Migueles Guerrero, Carmen.

Fundamento y objetivos: En el siglo XXI la mayoría de las cardiopatías congénitas tienen tratamiento orientado no solo a la supervivencia del niño, sino a asegurar una calidad de vida, desarrollo, crecimiento y actividad física normal. Se cree que hasta un 85% de los niños con cardiopatía congénita llegarán a la edad adulta; siendo la realización de deporte y actividad física una de las incógnitas que se plantean padres, educadores, profesionales de salud y los propios niños.

Describimos las recomendaciones para el ejercicio físico y el deporte para cada cardiopatía congénita concreta basándonos en la clasificación de los deportes según la carga estática o dinámica (baja, media o alta) y las combinaciones entre ambos; establecida por Mitchell.

Observaciones clínicas: Del total de motivos de consulta durante el año 2007 en nuestro servicio, el 0.33% corresponden a dolor torácico de aparición repentina, en niños sanos, en cardiopatías sin repercusión ó intervenidos; muchos de ellos traídos por sus tutores/padres tras la aparición repentina, demandando información para la práctica deportiva.

Comentarios: cardiopatía congénita no es sinónimo de inactividad física. Muchos niños con cardiopatía moderada o severa pueden mejorar su clínica al incorporarse a programas de rehabilitación cardiaca. Previa realización de prueba de esfuerzo la mayoría pueden realizar ejercicio físico de forma segura con buena tolerancia.

Presentamos un cuadro resumen con las indicaciones para cada cardiopatía: CIA, cirugía en los cortocircuitos izquierda a derecha, hipertensión pulmonar, hipertensión arterial, estenosis pulmonar o aórtica, coartación aorta, intervenciones de Fallot, transposición grandes arterias, alteraciones del ritmo, etc



POSTERS SIN LECTURA

DIAGNÓSTICO DE COLECISTITIS AGUDA EN UN NIÑO MENOR DE DOS AÑOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Viana Llamas H, Ots Ruiz C, Hernández Oliveros F
Servicio de Urgencias pediátricas. Hospital infantil universitario La Paz. Madrid.

Introducción: El dolor abdominal agudo es uno de los principales motivos de consulta de urgencias en la edad pediátrica. Es necesario un correcto diagnóstico diferencial en el que se consideren aquellas entidades menos habituales, entre las que se encuentra la colecistitis aguda. Su frecuencia se estima en 1,3 casos por cada 1000 en adultos, suponiendo la forma alitiásica más del 30% del total. Presenta predominio masculino (3:1), y la edad media de presentación oscila entre los 6 y 10 años, habiéndose descrito algún caso a edades más tempranas.

Caso clínico: Varón de 16 meses que acude a urgencias por dolor abdominal de 2 horas de evolución, precedido de vómitos autolimitados; afebril. A la exploración ofrece resistencia a la palpación y se detectan heces en ampolla rectal. Pruebas realizadas: 1) Radiografía abdominal: abundante aire intestinal; 2) Ecografía abdominal: informada como colecistitis aguda, con Murphy ecográfico positivo. 3) Analítica: sin hallazgos significativos; función hepática normal. Ante la aparición de claros signos de peritonismo durante el periodo de observación, se decide intervención mediante laparotomía exploradora, identificándose colecistitis aguda sin presencia de cálculos y realizándose colecistectomía.

Discusión: A pesar de lo infrecuente de la colecistitis aguda en la edad pediátrica, debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial de dolor abdominal agudo. La sospecha clínica junto con la confirmación ecográfica permite un diagnóstico y tratamiento precoz de esta patología.



POSTERS SIN LECTURA

PERFORACIÓN GÁSTRICA TRAUMÁTICA.

Sevilla Moreno, Luis Carlos. Servicio de Pediatría. Hospital Rafael Méndez, Lorca. Bragado Alcaraz, Esther; Pagán Muñoz, Inmaculada; Girón, Oscar*; Mula García, José Antonio; Espín López, Juana María. Servicio de Pediatría, Hospital Rafael Méndez (Lorca). *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción:

El traumatismo abdominal es una situación de especial importancia en pediatría, ya que la musculatura abdominal y grasa perivisceral menor en el niño asociada a mayor elasticidad de ligamentos de sujeción, expone los órganos viscerales a un riesgo mayor.

La perforación del tracto gastrointestinal es inferior al 1% del y su mortalidad del 20%.

Los signos del traumatismo abdominal pueden ser sutiles al inicio; la amnesia y exploración física meticulosa son imprescindibles.

Caso clínico:

Preescolar de 2 años y medio que, tras agresión por perro, presenta dolor abdominal y dificultad respiratoria de inicio brusco.

En la exploración destaca afectación del estado general, taquicardia y respiración superficial con abdomen doloroso a la palpación profunda y defensa generalizada, dos heridas incisas; una puntiforme epigástrica y otra longitudinal de 2 centímetros en hemotórax inferior izquierdo con enfisema subcutáneo.

En radiografía de abdomen en bipedestación se visualiza neumoperitoneo, presentando además líquido libre en flanco derecho visualizado por ecografía y TAC toracoabdominal.

Tras la sospecha de perforación de víscera hueca se decide laparotomía exploradora encontrándose perforación gástrica anterior y posterior producida por espolón delantero derecho, correspondiendo las heridas abdominales al zapazo. El paciente se intervino, evolucionando de forma favorable.

Discusión:

En la evaluación inicial del traumatismo abdominal debe valorarse: primero la existencia de lesiones asociadas que comprometan la vida; después estabilizar hemodinámicamente; y finalmente, descartar lesiones intraabdominales que precisen cirugía. La dificultad del diagnóstico en niños exige del médico un alto índice de sospecha y una exploración cuidadosa del paciente.



POSTERS SIN LECTURA

CRITERIOS DE DRENAJE QUIRÚRGICO DE ABSCESOS RETROFARÍNGEOS.

Vives Oñós, I.; Cebrián Rubio, R.; Sancosmed Ron, M.; Pumarola Segura, F ; Pellicer Sarasa, M ; Vázquez Méndez, E.

Servicio de Urgencias Pediátricas. Servicio de Otorrinolaringología Pediátrica. Servicio de Radiología Pediátrica. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

Objetivo: Revisar criterios de drenaje de abscesos retrofaríngeos en niños.

Metodología: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes menores de 16 años con diagnóstico de absceso retrofaríngeo ingresados en nuestro centro durante el año 2007.

Resultados: 5 pacientes (4 niñas; 1 niño), con edades entre 14 meses y 4 años. Clínica: todos presentaban fiebre, rechazo de alimentación. A la exploración física afectación del estado general y adenopatías laterocervicales. 2/5 compromiso de vía aérea. 3/5 tumefacciones laterocervicales. 4/5 amígdalas hipertróficas con desplazamiento de pilar anterior. 1/5 había recibido antibioterapia oral y endovenosa sin mejoría clínica. Exploraciones complementarias: todos presentaban leucocitosis y reactantes de fase aguda elevados. TC cervical con contraste: 3/5 cumplían criterios de probable absceso retrofaríngeo (captación de contraste en anillo). Se realizó drenaje: 2/3 se obtuvo material purulento. 1/3 se obtuvo material necrótico. 2/5 el TC orientó como adenoflemón, con buena evolución con tratamiento médico. Cultivo: hemocultivos negativos. Cultivo material purulento: S aureus. No se observa relación entre la clínica y presencia de absceso.

Conclusiones: Ante la sospecha clínica de absceso retrofaríngeo, la prueba de imagen de elección es el TC cervical con contraste. Las variables que orientan a absceso en el TC son: hipoatenuación central, efecto masa, anillo de captación periférica, morfología ondulada del contorno y obliteración de espacios grasos vecinos. El TC muestra un porcentaje no despreciable de falsos positivos (1/3), motivo por el cual proponemos tratamiento médico inicial (mientras el estado clínico del paciente lo permita) y según la evolución repetir TC, y si precisa, realizar drenaje quirúrgico.



POSTERS SIN LECTURA

ESCROTO AGUDO EN UN LACTANTE.

Tully, Alexandra Louise; Ayuso Velasco, Rafael; Ramírez Arenas, María Magdalena; Nuñez Nuñez, Ramón; Luque Salas, Manuel.

Servicio de Urgencias de Pediatría, Hospital Materno-Infantil, Badajoz.

INTRODUCCIÓN: la torsión testicular es una causa frecuente de escroto agudo. Se produce debido a un retorcimiento del eje axial del testículo, que altera inicialmente el retorno venoso del testículo y epidídimo, y posteriormente la irrigación arterial, con la consiguiente producción de infarto y gangrena. La máxima incidencia se presenta antes de los dos años de edad. La causa es desconocida.

CASO CLÍNICO: paciente varón de 13 meses de edad, sin antecedentes personales ni familiares de interés. Acude al Servicio de Urgencias a las 21:00horas. Los padres refieren que sobre las 16:00horas le notan el hemiescroto izquierdo enrojecido e inflamado. El paciente se encuentra afebril. La exploración física es normal salvo por el hemiescroto izquierdo, que se encuentra aumentado de tamaño, presentando rubor, calor e hidrocele reactivo. La transluminación es dudosa. Se realizan hemograma, bioquímica y coagulación, que resultan normales. No se realiza ecografía testicular. Ante la sospecha de escroto agudo quirúrgico, se decide la exploración quirúrgica inmediata, donde se objetiva un testículo izquierdo torsionado y necrosado, no viable. Se realiza orquiectomía izquierda y orquidopexia del testículo contralateral, en el que se observa ausencia de gubernaculum testis, lo que parece ser un factor predisponente para la torsión testicular.

COMENTARIOS: ante todo cuadro de escroto agudo siempre debe tenerse en cuenta la posibilidad de torsión testicular debido a la gravedad de sus consecuencias si no se actúa con rapidez. Si es descubierta la torsión antes de transcurridas 6 horas, es posible la recuperación del testículo en el 90% de los pacientes.



POSTERS SIN LECTURA

Diagnóstico y manejo de una crisis tirotóxica.

Autores: S. M. Fernández Hernández; M. Zambrano Castaño; M. P. Méndez Pérez; M. Núñez Estévez; S. Arias Castro; J. J. Cardesa García. Servicio de Pediatría. Hospital Materno-Infantil. Complejo Universitario de Badajoz.

Introducción: Niño de 8 años remitido a nuestro hospital por cuadro de 10 días de evolución de fiebre persistente, malestar general, aumento de deposiciones, hepatoesplenomegalia, latido hiperdinámico, soplo sistólico e HTA, bocio grado II y T4 elevada. Palidez cutánea y roce pericárdico (Means-Lerman). AP: Conjuntivitis de repetición. Taquicardia y crecimiento rápido de 1 año de evolución. Hiperlaxitud articular.

Caso clínico: Datos analíticos de interés: Hemograma y coagulación normales. Bioquímica sérica: GOT 104 UI/l, GPT 274 UI/l, LDH 314 UI/l, PCR 18,1 mg/dl, TSH 0 uUI/ml. T4I p55,2 pmol/l. Ac. Antitiroglobulina 328 UI/ml. Ac. Anti-TPO 764 UI/ml. Tiroglobulina 1,49 ng/ml. TSI 7,1 mUI/l, proteinograma, β HCG, Ac. Anti-Sm, anti-RNP, anti-SSA/Ro, anti-SSB/LA, anti-Ag. soluble hepático, serología celiaca, serología VHA, VHB y VHC negativos. Insulinemia normal ANA + débil, Ac. anti-músculo liso +. Eco abdominal: Discreta hepatoesplenomegalia. Eco tiroidea: Aumento global con alteración difusa de la ecoestructura. Edad ósea adelantada 6 meses. Oftalmología: hiposecreción lacrimal. Cardiología: prolapso de válvula mitral con insuficiencia leve. Cariotipo pendiente. Diagnóstico: Crisis tirotóxica. E. de Graves-Basedow. Hipertransaminasemia pendiente de completar estudio. Evolución: Tratamiento con reposo, propranolol, ibuprofeno, metimazol y omeprazol. Normalización clínica y analítica progresiva. Episodio de hiperdefecación. Elevación transitoria de T4I (74,5 pmol/l). Asintomático al alta.

Discusión: La crisis tirotóxica es una urgencia médica extremadamente infrecuente en la infancia asociada al diagnóstico de hipertiroidismo y a sus complicaciones, siendo potencialmente letal. Requiere diagnóstico precoz y tratamiento agresivo con monitorización estrecha, tratamiento de la causa y medidas de soporte vital, antitérmicos, betabloqueantes, tioureas y yodo para su manejo.



POSTERS SIN LECTURA

LACTANTE CIANÓTICO

Muñoz Jalle, Elena; Meavilla Olivas, Silvia; Delgado Bueno, Ana; Morales Hernández, Juan; Hernández Collado, María Pilar, Bueno Lozano, Olga.

Servicio de Urgencias de pediatría, Hospital Clínico Lozano Blesa, Zaragoza.

a) Fundamento y objetivos

Ante un paciente con cianosis hay que plantearse como posibles causas: patología cardíaca, pulmonar, séptica, el shock y la metahemoglobinemia.

b) Observaciones clínicas

Presentamos dos lactantes, uno de 11 meses y otro de 9 meses traídos a Urgencias por aparición de forma súbita de cianosis mucocutánea generalizada. No antecedentes de atragantamiento ni ingesta de tóxicos, medicamentos o inhalación de monóxido de carbono. Exploración en ambos casos: buen estado general, coloración azul-grisáceo de piel y mucosas, afebril, eupneico, sin otras alteraciones. Se realiza hemograma, bioquímica, gasometría, electrocardiograma y radiografía de tórax que son normales. Bacteriología negativa. Se solicitan carboxiHemoglobina: 0% y metahemoglobina: el primero presenta 31,4% y el segundo 57,3%. Ambos casos se tratan con oxígeno al 100% y, en el primer caso se pauta azul de metileno intravenoso y, en el segundo, ácido ascórbico intravenoso, desapareciendo la cianosis y normalizándose la MHb.

c) Comentarios

La metahemoglobinemia es la presencia en sangre de más del 3% de MHb, la cual es incapaz de transportar oxígeno por la presencia de hierro férrico en el grupo hemo. Puede ser hereditaria o, más frecuentemente, adquirida por exposición a aguas y alimentos ricos en nitratos (espinacas, zanahoria, acelgas, sobretodo si tras prepararlas se almacenan días en el frigorífico), anestésicos tópicos, tintes y fármacos. En nuestros casos se relacionó con la ingesta en días previos de puré de verduras.

La cianosis es visible con MHb >10%, con MHb >35% aparece cefalea, irritabilidad, disnea y, si la MHb es >70% puede ser mortal.



POSTERS SIN LECTURA

TELORRAGIA EN EL LACTANTE

Primer autor: García Hernández, Irene. Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Coautores: Jiménez Treviño, Santiago. Suárez Saavedra, Sonsoles. Rodríguez Suárez, Julián.

Fundamento y Objetivos: La telorragia en lactantes es un proceso infrecuente, que genera mucha ansiedad en la familia, y que en la mayoría de los casos responde a causas benignas, siendo la más frecuente la Ectasia Ductal Mamaria (EDM). Presentamos dos lactantes diagnosticados en Urgencias de EDM en 2007 para mostrar la forma de presentación y su evolución.

Observaciones clínicas: Dos lactantes, varón y mujer, con seis y tres meses de edad respectivamente, acuden a Urgencias por cuadro de telorragia unilateral de escasa cuantía y de varios días de evolución, sin otra clínica acompañante. La exploración de la mama no muestra alteraciones, ni se aprecian signos de desarrollo puberal ni sangrado en el resto de la exploración física. Se les realizó TSH, estradiol y prolactina, que fueron normales. La ecografía mamaria fue normal en el niño y reveló dilataciones ductales en la niña, que desaparecieron en el control posterior. El cultivo de la secreción fue negativo en los dos casos. El estudio microscópico, realizado a la niña, reveló abundantes macrófagos y células epiteliales ductales. La duración del cuadro fue de dos meses, remitiendo espontáneamente.

Comentarios: La EDM es la causa más frecuente de telorragia unilateral en la infancia, aunque hay muy pocos casos descritos en la literatura. Ante la telorragia en la infancia parece conveniente realizar estudios complementarios iniciales que no incluyan procedimientos invasivos, como el estudio microscópico y cultivo de la secreción mamaria, niveles hormonales y ecografía. Si todo resulta normal, la conducta será expectante, dada la tendencia a remitir espontáneamente. Es necesario informar a la familia de la probabilidad de recidiva sin significación patológica.



POSTERS SIN LECTURA

HERIDAS INCISAS Y CUERPOS EXTRAÑOS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA ¿SUTURAR Y LISTO?

González Jiménez David, Vivanco Allende Ana, Lobete Prieto Carlos, Blanco Lago Raquel, Mayordomo Colunga Juan, Rodríguez Suárez Julián
Servicio de Urgencias de Pediatría, Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Fundamento y objetivos:

Las heridas constituyen uno de los principales motivos de consulta en urgencias de pediatría, aunque en ocasiones pueden requerir la atención de otras especialidades, en nuestro centro, la valoración inicial, corre a cargo del pediatra.

Exponemos un caso clínico curioso que nos ayudara a repasar el manejo correcto de estos pacientes.

Observaciones clínicas:

Niño de 9 años, vacunado correctamente, que acude por herida incisa en codo izquierdo producida hace 2 horas, por un mecanismo poco claro (el niño únicamente refiere dolor súbito y sangrado por el brazo). Presenta una herida puntiforme en el codo izquierdo de 1 centímetro, sin visualizarse cuerpo extraño, la exploración neuromuscular fue normal. Se realiza Rx de codo: imagen radiopaca en cara posterior de codo compatible con cuerpo extraño, sin apreciarse fracturas. Valorada por traumatología que bajo anestesia local, extrae un perdigón, sutura la herida y pauta profilaxis antibiótica con amoxicilina-clavulánico.

Comentarios

Tras estabilización clínica del paciente, se debe realizar una buena historia incluyendo: cuándo (para decidir el cierre de la herida) cómo y dónde se produjo la herida, (para aclarar el mecanismo y valorar la posibilidad de cuerpos extraños).

En heridas dónde el mecanismo de producción es poco claro o sospechemos cuerpos extraños radiopacos, es obligado la realización de radiografía.

Previo a la sutura es imprescindible realizar una exploración física de la herida y neuromuscular de la zona afectada. Además debe realizarse limpieza, desbridamiento y retirada de cuerpos extraño, de forma exhaustiva.



POSTERS SIN LECTURA

PREVENCIÓN DEL DOLOR FRENTE A LOS PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN URGENCIAS

Bosque Pareja, S. Benítez Gómez, M; Segura Casanovas, A. M.
División de Enfermería. Servicio de Urgencias. Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona.

Objetivos: Presentar la realización de un procedimiento de enfermería sobre la Prevención del Dolor en los procedimientos de enfermería en el servicio de urgencias, que relaciona las técnicas que se realizan con los métodos analgésico/sedantes que se utilizan para minimizar el dolor en éstos. Que sirva de herramienta a las enfermeras del servicio de urgencias para utilizar y manejar estos métodos de forma más autónoma en los distintos procedimientos que se realizan en nuestro departamento, y que puedan ser percibidos como dolorosos para el paciente.

Material y Métodos: En los cuidados de enfermería siempre aparece en la valoración y observación, la intensidad del dolor, como objetivos de los cuidados el control del dolor y la disminución de la ansiedad, y en la intervenciones realizadas para ello dentro de nuestro rol autónomo se encuentran todas aquellas actividades no - farmacológicas que ayuden a disminuir el dolor y la ansiedad como son el confort, la presencia de los padres, los estímulos sonoros y verbales, las técnicas de relajación, la información adecuada, estímulos táctiles,... y las medidas farmacológicas aparecen según indicación médica.

Resultados: Descripción: Prevención del dolor a un nivel de tolerancia aceptable por el paciente realizando una serie de intervenciones en los procedimientos dolorosos que enfermería realiza en el Servicio de Urgencias.

Criterios de indicación: Todos aquellos pacientes que han de ser sometidos a procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos dolorosos realizados por enfermería.

Preparación del paciente: Informar al paciente y a la familia del procedimiento que se va a realizar, como y porque y de que manera pueden colaborar. Ayudar al paciente a adoptar una postura cómoda. Realizar acciones no - farmacológicas para disminuir el miedo y la ansiedad.

Prevención de riesgos: Comprobar las alergias del paciente. Medicación habitual del niño. Si durante el desarrollo de la técnica se trabaja a un nivel bajo, intentar siempre flexionar las rodillas y no doblar la espalda en prevención de lesiones. Evitar el contacto directo con la sangre del paciente. Ponerse guantes. Evitar auto punciones accidentales.

Desarrollo:

- El niño sometido a sondaje vesical
- El niño sometido a punción venosa por extracción de sangre
- El niño sometido a cateterismo venoso en vía periférica
- El niño sometido a punción lumbar
- El niño sometido a sonda nasogástrica o orogástrica
- El niño sometido a cateterismo venoso en vía port-a-cath
- Administración de enemas
- El niño sometido a inyección intramuscular o subcutánea

Indicadores de evaluación: Valoración del dolor según escalas, Constancia del método utilizado, Constancia del registro de la administración.

Registro: Anotación del nivel de dolor del paciente según las "Escalas de Valoración del Dolor en Pediatría" y cual es la escala utilizada. Registrar el procedimiento, anestésico utilizado y efectividad del producto. Hacer constar la identificación de la enfermera responsable.

Conclusiones: Creemos que el tema de la Gestión del dolor es un ámbito muy amplio donde la enfermería puede ejercer además de su rol asistencial, un despliegue extenso de temas a investigar que ayuden a prevenir el dolor en los cuidados del niño.



POSTERS SIN LECTURA

ESTRANGULAMIENTO INTESTINAL POR DIVERTÍCULO DE MECKEL.

Bragado Alcaraz, Esther. Servicio de Pediatría. Hospital Rafael Méndez, Lorca. Sevilla Moreno, Luis Carlos; Pagán Muñoz, Inmaculada; Pérez Sánchez, Susana; Montero Cebrián, Teresa; Romero Egea, María José. Servicio de Pediatría. Hospital Rafael Méndez, Lorca.

Introducción:

Exponemos un caso de presentación atípica de divertículo de Meckel, como dolor abdominal cólico que indujo a confusión en las sucesivas exploraciones del paciente por parte del pediatra y cirujano al permanecer asintomático a intervalos.

Caso clínico: consulta escolar de 6 años por dolor abdominal periumbilical e intermitente, de unos 20 minutos de duración quedando posteriormente asintomático. En las últimas horas incremento del dolor abdominal asociando vómitos, febrícula e intolerancia oral.

Exploración física: buen estado general, adecuada hidratación y nutrición. Palidez cutánea. Tórax: respiración superficial, taquipnea y taquicardia. Abdomen globuloso, timpánico, doloroso de forma intermitente a nivel periumbilical y de ambas fosas ilíacas. Coincidente con los episodios de dolor abdominal, presenta Blumberg dudosamente positivo en fosa ilíaca derecha (FID).

Exploraciones complementarias: radiografía anteroposterior: ausencia de aire en ciego y colon ascendente; distensión asas de colon transverso con desaparición de haustras. Ecografía: asas intestinales distendidas. No líquido peritoneal libre ni colecciones. En FID no se visualiza apéndice.

Analítica: leucocitosis con desviación a la izquierda. PCR negativa.

Laparotomía urgente media infraumbilical: estrangulamiento de raíz mesentérica de tres asas finales de ileon por lazada formada por divertículo de Meckel. Resección de divertículo y apendicectomía profiláctica con recuperación vascular posterior del intestino afecto.

Anatomía Patológica: estructura diverticular con cambios congestivos hemorrágicos.

Diagnóstico: Hernia intestinal estrangulada por divertículo de Meckel.

Discusión:

Destacamos la rareza de la presentación clínica y la importancia de la exploración en las diferentes fases (sintomática y asintomática) a pesar de pruebas complementarias iniciales sugestivas de cuadro obstructivo.



POSTERS SIN LECTURA

MOTIVO DE CONSULTA: DOLOR ABDOMINAL RECURRENTE.

Rus Palacios M. Campo Barasoain A. Carbonero Celis MJ. Losana Ruiz M. Freire Domínguez F.
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla. Sección de Urgencias.

INTRODUCCIÓN: el dolor abdominal recidivante (DAR) es un motivo de consulta muy frecuente en urgencias a todas las edades. Se define como 3 o más episodios en un periodo superior a tres meses, que interfieren en la actividad habitual del niño. Aunque suele ser de carácter funcional (85%), o psicógeno (10%), en algunos casos existe una causa orgánica (5%). El manejo en Urgencias se limitará a descartar síntomas sugerentes de organicidad y derivar para estudio en consultas externas. Presentamos 3 casos de DAR de etiología orgánica diagnosticados en nuestra urgencia.

OBSERVACIONES CLÍNICAS:

Caso 1º: Niña de 8 años que consulta en 6 ocasiones en el servicio de urgencias por dolor abdominal difuso, en ocasiones acompañado de vómitos, febrícula y disuria. AP:cistitis. Exploración física normal. Hemograma: leucocitosis con neutrofilia. Bioquímica: potasio 1,9 mEq/L, magnesio 1,2 mg/dl. Gasometría: alcalosis metabólica. Orina: leucocituria con bacteriuria. Urocultivo: >100.000 UFC/ml E.Coli. Iones en orina: calcio 1,6 mg/kg/día, potasio 84 mEq/L. Orina alcalina y anión gap urinario positivo. ECG: descenso del ST. Juicio clínico: Síndrome de Gitelman. ITU.

Caso 2º: Niño de 7 años que consulta en 3 ocasiones por epigastralgia intermitente que alterna con periodos de deposiciones líquidas y malolientes, en ocasiones con sangre roja, con otros de vómitos, siendo diagnosticado siempre de gastroenteritis aguda. AP: asma bronquial extrínseco, alergia alimentaria. Exploración física normal. Hemograma: leucocitosis con eosinofilia. PCR: 55 mg/L. Endoscopia digestiva alta: esofagitis péptica leve y reflujo biliar. Gammagrafía: proceso inflamatorio intestinal difuso. Test sudor positivo. Juicio clínico: Fibrosis Quística.

Caso 3º: Niño de 9 años que consulta en 6 ocasiones por epigastralgia irradiada e hipocondrio derecho. AP: esofagitis péptica grado II, hernia de hiato y reflujo biliar. Gastritis antral por H. Pylori. Exploración física normal. Laparoscopia exploradora: banda fibrosa que fija colon ascendente a pared.

COMENTARIOS: La mayoría de DAR son de carácter funcional, si bien es importante descartar organicidad. Una anamnesis y una exploración física detalladas aportarán numerosos datos. Las pruebas complementarias deben solicitarse con criterios bien seleccionados ya que en muchas ocasiones su realización de forma indiscriminada puede contribuir a perpetuar la clínica. Una vez descartada organicidad y establecido el diagnóstico de DAR funcional, el mejor tratamiento es la explicación del cuadro clínico a la familia.



POSTERS SIN LECTURA

NIÑA DE 13 AÑOS CON TENESMO RECTAL.

Delgado Bueno Ana; Pérez Roche, Teresa; Ventura Faci, Purificación; Romero Cardiel, Manuel; Sobreviela Laserrada, Mercedes; González de Agüero Laborda, Rafael.

Servicio de urgencias de pediatría. Servicio de ginecología. Hospital Clínico Universitario 'Lozano Blesa' de Zaragoza.

a) Fundamento y objetivos

Destacar la posibilidad de malformaciones genitales en niñas en edad puberal sin presentar anomalías menstruales ni síntomas importantes.

b) Observaciones clínicas

Niña de 13 años que consulta en Urgencias por tenesmo rectal y dolor perineal de 2 meses de evolución que aumentan con la menstruación y en bipedestación, sin otra sintomatología. Antecedentes: menarquia a los 12 años, ciclos regulares. Exploración: abdomen blando, depresible, no doloroso, palpándose masa púbica lateral-derecha, genitales externos normales, vagina permeable. Tacto vaginal: tumoración en cara anterior de recto, dura, cilíndrica, contenido elástico de 8-9 cm. Ecografía: imagen cilíndrica de 9 cm hipoeoica, lateral derecha. Ecografía vaginal: se observa imagen de vagina normal en contacto con imagen mayor que corresponde a una vagina, útero y trompa llenos de sangre. Se realiza histeroscopia ginecológica apreciándose vagina corta normal y masa yuxtavaginal derecha que abomba introito compatible con segunda vagina ciega, ambas se continúan con su cavidad uterina. Tras su apertura se obtienen 500cc de sangre achocolatada y se resecciona el tabique vaginal. Ante la posibilidad de otras anomalías del sistema urogenital se solicita ecografía abdominal mostrando una agenesia renal derecha.

c) Comentarios

Las anomalías en el desarrollo embrionario del mesonefro dan lugar a este síndrome caracterizado por agenesia renal y vagina ciega isolateral, el cual se asocia, generalmente a útero didelfo, bicorne o septo. Tras el diagnóstico de una malformación genital femenina es preciso descartar otras posibles anomalías urogenitales.

Ante una paciente con tenesmo rectal hay que sospechar la posibilidad de patología ginecológica.



POSTERS SIN LECTURA

SOSPECHA DE HEPATITIS AUTOINMUNE EN NIÑA CON ICTERICIA

Aristimuño Urdampilleta, Henar; Imaz Murguiondo, Miren; Miner Kanflanka, Izaskun; García de Andoin Barandiaran, Nagore; Rezola Arcelus, Erika; Ruiz Benito, Angeles María.
Servicio de Pediatría. Hospital Donostia. Guipúzcoa.

Introducción: La hepatitis autoinmune es una enfermedad poco frecuente de origen desconocido que se caracteriza por hiperglobulinemia IgG, anticuerpos circulantes y cambios inflamatorios en la histología del hígado, pudiendo progresar a cirrosis, frecuentemente ligado a patología autoinmune.

Caso clínico: Niña de 4 años de edad que acude al servicio de Urgencias por orinas colúricas, heces acólicas e ictericia en los último 10 días.

Antecedentes personales: Controlada en Consulta por sospecha de Artritis Crónica Juvenil desde hacía 2 meses tras presentar 2 episodios de artritis oligoarticular con anticuerpos positivos (ANA +).

Antecedentes familiares: Madre con colitis ulcerosa.

Exploración física: ictericia, esplenomegalia de 1-2cm y hepatomegalia de 4cm bajo reborde costal junto con circulación colateral abdominal, siendo el resto de la exploración normal.

Pruebas complementarias: GOT 4481 U/L, GPT 2256 U/L, GGT 113 U/L, fosfatasa alcalina 282 U/L, bilirrubina total 10,7 mg/dL, bilirrubina directa 8,7 mg/dL, VSG 69, IgG 42,4 g/L, ANA + (título 320), Anticuerpos anti DNA nativo 21,8 U/mL, Anticuerpos anti Músculo Liso + (título 160), resto autoanticuerpos negativos. Alfa antitripsina 2,33 g/L, ceruloplasmina 0,7 g/L. Serología virus hepatotropos negativas, PCR y PCT negativas, hemograma normal.

Ecografía abdominal: vesícula engrosada y bazo discretamente aumentado de tamaño, sin patología asociada. Biopsia hepática: confirma diagnóstico de hepatitis autoinmune.

Se comienza tratamiento con prednisona a 2 mg/kg/día y azatioprina a 1 mg/kg/día con mejoría progresiva tanto clínica como analítica pudiendo disminuir progresivamente las dosis de corticoides.

Conclusiones:

En estudio de paciente con ictericia es importante valorar la edad, los antecedentes personales y familiares y determinar si se trata de una ictericia a expensas de hiperbilirrubinemia directa o indirecta, para así poder orientar el estudio etiológico

Aunque la hepatitis autoinmune sea infrecuente, tendremos que sospecharla ante todo niño con ictericia y signos clínicos de alteración hepática con antecedentes previos de autoinmunidad.



POSTERS SIN LECTURA

CLUSTER DE MENINGITIS VIRAL EN YECLA. UTILIDAD CLINICA DE LA PCR PARA EL DIAGNOSTICO DE LA MENINGITIS LINFOCITARIA.

Vives Piñera I¹, Moguelevsky De Dios J¹, Mercader Rodríguez B¹, Hernández Martínez M¹, Peñas Valiente A¹, Gómez Ortigosa MA¹, García de León González R¹, Moreno Docón A², Servicio de Pediatría Hospital Virgen del Castillo (Yecla)¹, Servicio de Microbiología (Unidad de Virología) Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca.

Introducción: La realización de una punción lumbar no solo es imprescindible para excluir una causa bacteriana sino que también lo es para determinar el agente específico viral que nos puede proporcionar información del pronóstico, reducir el uso de antibioterapia y prevenir su propagación.

Objetivo: Describir un cluster de Meningitis por enterovirus en nuestra área y analizar la utilidad clínica de la realización precoz de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR).

Metodología: Se recogen todos los casos de meningitis por enterovirus producidos entre los meses de octubre-diciembre de 2007.

Resultados: El número total de casos fue 14 (5 en octubre, 6 en noviembre y 3 en diciembre). No hubo diferencias significativas en cuanto a sexo ni edad. El cuadro clínico fue similar en todo ellos con una buena evolución y pronóstico. Los síntomas mas frecuentes fueron fiebre, cefalea, vómitos y somnolencia. Ingresaron todos por clínica neurológica y vómitos persistentes, ninguno de ellos recibió tratamiento antibiótico. El número de leucocitos en LCR fue menor de 1000 en todos los casos pero un 65 % presentaban predominio de polimorfonucleares, posiblemente debido a la precocidad de la muestra. Se envió LCR para estudio de virus por PCR en 13 pacientes siendo positivo para enterovirus en 10 casos (71%).

Conclusiones: El poder disponer recientemente de técnicas de identificación de agentes infecciosos como la PCR para virus es de gran utilidad clínica, evitando en nuestro caso el uso inapropiado de antibioterapia y la alarma social.



POSTERS SIN LECTURA

ESPONDILOCISCITIS TUBERCULOSA A NIVEL DORSAL. UNA CAUSA DE TORTICOLIS INFANTIL

AUTORES: Mercader Rodríguez B, Hernández Martínez M, Vives Piñera I, Moguilevsky De Dios J, Peñas Valiente A, Gómez Ortigosa MA, García de León González, R.

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Virgen del Castillo. Yecla (Murcia). Servicio de Pediatría.

Introducción: La incidencia de la tuberculosis (TBC) ha aumentado en los últimos años y debe incluirse en el diagnóstico diferencial de múltiples patologías ya que, aunque la forma pulmonar es la más frecuente, puede afectar a diferentes órganos. La tuberculosis ósea representa un 10% de las formas extrapulmonares y la afectación vertebral es la más frecuente (50%), la espondilodiscitis o enfermedad de Pott. La localización más frecuente es la región dorsal, siendo habitual la cifosis y la sintomatología neurológica por afectación del canal medular. La TC y la RM son las técnicas de imagen de elección. El tratamiento es debatido, se aconseja tratamiento médico 9-12 meses, reservando la cirugía para determinados casos.

Caso clínico: Paciente de 2'5 años que acude a Urgencias por llanto persistente y tendencia a la hiperextensión cervical de dos semanas de evolución, afebril. Analítica general sin alteraciones, Rx cervical normal. En Rx tórax se aprecia condensación en LSD por lo que se solicita mantoux con resultado positivo. Se decide entonces obtener muestra de LCR para descartar meningitis tuberculosa (tras realizar TAC craneal que descarta hidrocefalia) y al realizar punción lumbar se aprecia giba a nivel dorsal. La RM informa de espondilodiscitis D4-D5, por lo que se inicia tratamiento tuberculostático y ortopédico mejorando progresivamente la sintomatología. La exploración neurológica ha sido normal en todo momento.

Discusión: Debido al aumento de incidencia de la TBC, la enfermedad de Pott debe tenerse en cuenta en todo niño con dolor de espalda, deformidad cifótica o trastorno de la marcha.



POSTERS SIN LECTURA

PROBLEMAS GINECOLÓGICOS EN URGENCIAS DE PEDITRÍA, A PROPÓSITO DE UN CASO DE CÁNCER DE MAMA

Rodríguez Ogando A; Fernández López T.

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

Introducción:

Aunque infrecuente, el *cáncer de mama* puede aparecer en la adolescencia. La menarquia precoz asociada a ciclos anovulatorios constituyen un factor de riesgo.

Se presenta una paciente atendida en urgencias por aumento de tamaño y dolor de mama derecha.

Caso clínico:

Niña de 12 años que acude por presentar asimetría mamaria de 2 meses de evolución, con aumento de tamaño y dolor de la mama derecha. Antecedentes familiares y personales: Sin interés. Exploración general: sin alteraciones. Exploración mamaria: Mama derecha con claro aumento de tamaño, consistencia pétreo difusa sin delimitarse masa, piel eritematosa a tensión. Mama izquierda: no nódulos palpables. Áreas ganglionares libres. Ecografía mamaria: masa sólida en mama derecha, ecogenicidad heterogénea, ocupando casi toda la glándula. Resonancia magnética: Mama derecha aumentada, prácticamente sustituida por la lesión, de 8,6 centímetros de diámetro, contornos lisos, bien definidos, con dos nódulos satélites de un centímetro. Biopsia con aguja gruesa: *Tumor Phyllodes borderline*. Biomarcadores: Antígeno carcinoembrionario 0,69 ng/ml, CA-15.3 4 U/ml. Tratamiento: Mastectomía simple de mama derecha. Anatomía patológica de pieza quirúrgica: Tumor Phyllodes de bajo grado de malignidad con áreas focales de tipo borderline y atipia leve, tamaño 10,5 por 5.5 centímetros. Bordes de resección libres de tumor. Se decide vigilancia y control en la Unidad de Mama.

Discusión:

En la edad pediátrica podemos encontrar un amplio espectro de alteraciones mamarias, siendo la patología maligna excepcional. La historia natural y presentación clínica difiere de la encontrada en adultos, siendo importante considerar e iniciar el estudio del paciente en el servicio de urgencias.



POSTERS SIN LECTURA

LA HIPOGALACTIA ¿UN PROBLEMA EMERGENTE?

M. I. Pescador Chamorro; M.C. Miranda Herrero; J. Sopeña; M. Hernando; J. Adrián; P. Vázquez López.
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Servicio de Urgencias.

INTRODUCCIÓN

La deshidratación neonatal en los últimos años se ha incrementado. La malnutrición por lactancia materna es un factor clave. Los primeros signos incluyen disminución de diuresis y deposiciones, presencia de cristales de urato y pérdida de peso.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo de 41 neonatos que acudieron a urgencias en un período de 10 meses con síntomas clínicos relacionados con hipogalactia. Los criterios de inclusión fueron una pérdida de peso mayor del 10% respecto al nacimiento o la no recuperación de peso al décimo día.

RESULTADOS

30 neonatos se incluyeron en el estudio con una edad media 6,57 días de vida. La mediana del porcentaje de pérdida de peso fue 17,4% y la clínica; ictericia (79,3%), mucosas secas (62,1%), pérdida del turgor cutáneo (41,4%) y alteración del estado general en 27,6%. La mediana de parámetros analíticos relacionados con deshidratación: urea 76 mg/dl, sodio 155mmol/L y bilirrubina de 21mg/dl. Los motivos de consulta más frecuentes fueron ictericia (46,7%), estreñimiento (20%), pérdida de peso (16,7%) y disminución de la diuresis (16,7%). El 90% ingresaron. El 86,7% de las madres eran primíparas y la estancia en la maternidad fue de 48 horas.

CONCLUSIONES

El alta precoz de los neonatos y de las madres primíparas predispone a un déficit en la lactancia por lo que es necesario un seguimiento temprano las dos primeras semanas de vida. Es importante identificar factores de riesgo (prematuridad, madre primípara, ictericia precoz...) que pueden producir la aparición de hipogalactias severas.



POSTERS SIN LECTURA

MASA CERVICAL DE ETIOLOGÍA INFRECUENTE

Carbonero Celis M^a José, Campos Barasoain Andrea, Rus Palacios Macarena, Losana Ruiz Mercedes, Freire Domínguez Francisco Javier

HU Virgen Macarena . Sevilla. Sección de Urgencias

Introducción: Las masas cervicales son un motivo frecuente de consulta en Urgencias y causan una gran alarma en las familias.

Caso clínico: Niño de 5 años que consulta por presentar una masa laterocervical izquierda que ha aumentado progresivamente de tamaño en los últimos 3 días. Afebril. En los meses previos padeció mononucleosis infecciosa con IgM positiva al virus de Epstein Barr. Adenopatía en esa misma localización coincidiendo con faringoamigdalitis aguda y que redujo su tamaño tras antibioterapia con amoxicilina clavulánico. Exploración: Masa en región laterocervical izquierda blanda , rodadera, no dolorosa de 5,5 cmx 4,5 cm.. , recubierta de piel normal. Resto normal. Pruebas complementarias: Hemograma y bioquímica: normales. LDH: normal.PCR: 55 mg/L. Mantoux: negativo. Serología a síndrome mononucleósico: negativa. Ecografía cervical: lesión quística posterior al ECM, con múltiples septos de 5,6 cm de diámetro, compatible con linfangioma quístico. PAAF: citología compatible. RM cervical: proceso expansivo multiloculado con tabiques finos que rodea a las estructuras vecinas sin desplazarlas. Juicio clínico: Linfangioma quístico cervical.

- El linfangioma quístico es una causa rara y benigna de masa cervical en el niño. Son malformaciones congénitas de los ganglios linfáticos, aunque sólo el 65% se diagnostican en el nacimiento. La localización más frecuente es la cabeza y sobre todo el cuello (90%). Son masas blandas e indoloras, recubiertas de piel normal, que a veces se inflaman como en nuestro caso, coincidiendo con traumatismos, hemorragias e infecciones bacterianas o víricas. A destacar en nuestro caso la dificultad y tardanza en el diagnóstico debido a la escasa expresividad clínica, y la importancia de realizar un a buena anamnesis para el diagnóstico.



POSTERS SIN LECTURA

DOLOR MUSCULAR SIN TRAUMATISMO PREVIO

Autores: *Hernández García, Bárbara*. Servicio de Pediatría. Hospital Fundación Jiménez Díaz, Madrid. Rado Peralta, Sandra. Sanz Calvo, María Luisa. Benitez Fuentes, Rocío. Leal Orozco, Ana. Domínguez Garrido, Nieves.

Introducción: La piomiositis es más frecuente en países tropicales, aunque su incidencia está aumentando en climas templados, asociada generalmente a factores de riesgo.

Caso clínico: varón de 9 años que consulta por dolor progresivo en muslo derecho de 10 días de evolución. En los dos últimos días le impide la deambulación y se asocia a sensación distérmica. No traumatismo previo. No otra sintomatología acompañante.

Antecedentes personales: Inmigrante desde Ecuador dos meses antes. Calendario vacunal en regla. No antecedentes infecciosos ni otros de interés.

Exploración física: Peso 25kg (p25). Talla 122 cm (p3). Tª 38°C. Buen estado general. Múltiples caries dentales. Induración dolorosa en tercio medio de cara interna de muslo derecho, mal delimitada, sin signos inflamatorios. No adenopatías regionales ni afectación articular. Impotencia funcional a la marcha.

Pruebas complementarias: Hemograma 17.200 leucocitos (70%S, 15%L, 7%M), Hemoglobina 11.6g/dl, Hematocrito 33%, plaquetas 367000. CK 67 UI/l, PCR 1.6 UI/l. Radiografía: aumento de partes blandas. RMN: absceso de 4 cm en vasto interno derecho, con edema que afecta a partes blandas en tejido celular subcutáneo. Punción-aspiración: se obtiene material purulento. Cultivo: Staphilococcus aureus meticilin-sensible.

Con el diagnóstico de piomiositis se indica antibioterapia intravenosa con cloxacilina. Diez días después se confirmó desaparición de la lesión mediante ecografía.

Comentarios: a pesar de su baja incidencia en nuestro medio, la piomiositis debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial de los cuadros de mialgia subaguda no traumática. El diagnóstico y tratamiento precoz evita la progresión de la infección con posible afectación ósea y diseminación hematogena.



POSTERS SIN LECTURA

APROXIMACIÓN AL DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO SENCILLO DE LA HIPERPOTASMIA. PRESENTACIÓN DE UN CASO ATÍPICO.

Sopeña, J.; Luengo, MV; Adrián, J.; Alcaraz A.; Morales MD. Servicio de Urgencias del Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

INTRODUCCIÓN: La hiperpotasemia es poco frecuente en las urgencias pediátricas, donde su manejo y aproximación diagnóstica son claves. Presentamos un caso de un lactante que acudió a Urgencias con síntomas gastrointestinales en el que se objetivó hiperpotasemia.

CASO CLÍNICO: Lactante de 36 días de vida, previamente sano, que acude a Urgencias refiriendo vómitos y 2 deposiciones líquidas de 48 horas de evolución. Sin antecedentes de interés, no recibe ningún tratamiento farmacológico y toma lactancia artificial. La exploración física es normal. Se realizaron hemograma, bioquímica, EAB sedimento de orina, radiografía de tórax y ecografía abdominal que fueron normales. Electrolitos en sangre: Na 131, K 8 (que se confirmó en muestras repetidas). ECG con ondas T picudas. En orina se encontró K 3, Na 25 y osmolalidad 74, con osmolalidad plasmática de 287, calculándose un gradiente transtubular de potasio (GTTK) de 1.8, lo que confirma una situación de baja excreción renal de potasio. Se descarta patología endocrinológica por la ausencia de pérdida salina. Posteriormente se determinan actividad de renina 6.8 ng/ml/h y aldosterona 567 pg/ml que confirman un pseudohipoaldosteronismo. En urgencias se inicio tratamiento con aerosoles de salbutamol, y durante su ingreso recibió resinas de intercambio iónico e hidroclorotiacida, mejorando la eliminación renal de potasio.

DISCUSIÓN: La hiperpotasemia es una alteración electrolítica grave cuyo manejo inicial debe realizarse en urgencias, en cuyo diagnostico etiológico es importante el cálculo de GTTK que puede hacerse de forma sencilla.



POSTERS SIN LECTURA

DIAGNÓSTICO TARDÍO EN PATOLOGÍA TRAUMÁTICA TRAS IMPACTO DE ALTA ENERGÍA.

AUTORES:

¹Berenguel Martínez P, ¹De Haro Ramírez N, ¹Zevallos Delgado J, ¹Heredia Pareja F

²Ríos Luna A, ³Cañabate Reche F.

A.I.G Cuidados Críticos y Urgencias. EP Hospital de Poniente.

A.I.G Cirugía Ortopédica y Traumatología. EP Hospital de Poniente.

A.I.G Pediatría. EP Hospital de Poniente.

INTRODUCCIÓN:

Debemos mantener un alto índice de sospecha de lesiones traumatológicas menores en pacientes pediátricos sometidos a politraumatismos de alta energía.

CASO CLÍNICO:

Varón de 10 años arrastrado por una ola en la playa. A su llegada a Urgencias presentaba múltiples contusiones y hematomas sin que inicialmente se apreciara ninguna fractura, salvo un absceso subgaleal secundario a un scalp craneal, lo cual requirió su ingreso. Conforme se recuperaba, continuaba con dolor sordo en la zona metafisaria proximal de la tibia derecha, acentuado con el deporte aunque sin provocar limitación en deambulación, con radiología sin hallazgos.

Por consultas posteriores se decide practicar RMN donde se apreció una Epifisiolisis proximal de tibia grado I, asociada a derrame articular.

Fue tratado con rodillera de yeso en descarga durante un mes, retirándose posteriormente con cese de la clínica. A los 3 meses la Rx simple mostraba un callo óseo pericondral que evidenciaba la localización de la primitiva lesión.

DISCUSIÓN:

Las fracturas en la infancia según su localización pueden ser: Diafisarias, Metafisarias o Epifisarias llamadas también Epifisiolisis.

En el niño la epífisis es una estructura de carácter vulnerable y de consecuencias importantes por la posible afectación del cartílago de crecimiento.

Destacar: la rareza de la lesión por su mecanismo de producción, un traumatismo de alta energía; su localización, la fisis proximal, que comprende sólo el 8% de las lesiones fisarias debido a la falta relativa de una inserción ligamentosa a ese nivel. Por último el papel de la Resonancia como exploración confirmatoria.



POSTERS SIN LECTURA

BRIDAS AMNIÓTICAS. APROPÓSITO DE UN CASO.

CENTRO: URGENCIAS PEDIÁTRICAS. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA MADRID

AUTORES: De la Peña Garrido, Agustín

COADORES: Pérez Macarrita, JD; Rubio González, LM, Farraces Ramos, O; Marín Martínez, J; González Bravo, D.

Fundamento y objetivos:

El síndrome de bridas amnióticas es una anomalía congénita producida por ruptura prematura del amnios, con formación de bandas que comprimen las partes fetales. Su incidencia varía entre 1:1.200 a 1:15.000 recién nacidos vivos con riesgo de recurrencia muy bajo. La presentación más típica consiste en anillos de constricción en miembros, amputaciones digitales asimétricas y pseudosindactilia. También se han descrito alteraciones faciales y defectos de la pared abdomino-torácica. La clínica varía dependiendo de las áreas afectadas.

Observaciones clínicas: presentamos el caso de un RNP BPEG varón, con lesión incisa en unión 1/3 medio distal antebrazo, compatible con lesión por brida, con continuidad de piel en cara volar y discontinuidad en dorso, respuesta al test de Allen alterada; 3º y 4º dedo mano derecha acortados, 2º, 3º y 4º dedos mano izquierda en pseudosindactilia y lesión por brida amniótica en 1º, 2º, 3º y 4º dedo miembro inferior izquierdo.

Comentarios:

Las anomalías anatómicas más comunes que provocan las bandas amnióticas son los anillos de constricción en los miembros y las amputaciones de los dedos.

Ya que las consecuencias de la rotura prematura del amnios pueden tomar diversas formas, el diagnóstico de síndrome de bridas amnióticas debe ser considerado en todo niño que presente múltiples defectos estructurales.

Es necesario el diagnóstico diferencial con algunas afecciones que presentan fenotipo parecido pero que son de origen genético (síndrome del “bebé Michelin” o síndrome de los surcos cutáneos circunferenciales múltiples benignos.)

El pronóstico depende de la severidad de las anomalías.



POSTERS SIN LECTURA

¿ COMO PERCIBEN LOS ADOLESCENTES SU DERECHO A LA INTIMIDAD EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS ?

Urgencias de Pediatría del Hospital de la Sta. Cruz y San Pablo . Barcelona.

Martínez Arasa, Fco.J. Franquesa Cervantes, L. . Gibernau Quintana ,J. . Grau Paredes, Esther.

López Herrero, Eufemia (CAP Martorell-Barcelona)

Objetivo:

Detectar el grado de percepción del derecho a la intimidad del colectivo de adolescentes desde los 14 hasta los 18 años en el Servicio de Urgencias pediátricas del Hospital de la Sta. Cruz y San Pablo de Barcelona.

Introducción

Detectar como perciben los adolescentes su derecho a la intimidad, es un primer paso para la revisión de actitudes, valores, ideas,... del personal asistencial.

La adolescencia según la OMS, comprende la etapa de la vida, desde los 14 años hasta los 18 años. Es una etapa de cambios, de paso de la niñez a la vida adulta y no es una época, por lo tanto estática, en el desarrollo del individuo ni todos los individuos que están en esa etapa tienen idénticas situaciones de madurez física ni psíquica..

Los derechos al honor, a la intimidad y a la propia imagen del menor se encuentran hiperprotegidos por nuestro ordenamiento jurídico. Estas garantías si no son respetadas pueden perturbar su correcto desarrollo físico, mental y moral, y empañar en definitiva su derecho al libre desarrollo de la personalidad y a la futura estima social.

Metodología

Ámbito: Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital de la Sta. Cruz y San Pablo de Barcelona

Período: Primer trimestre del año 2008.

Diseño: Estudio Observacional descriptivo transversal.

Sujetos de estudio: Población diana: Adolescentes de 14 hasta 18 años de la provincia de Barcelona. *Población de estudio:* Adolescentes atendidos en los servicios de urgencias pediátricas. *Muestra:* nº máximo de adolescentes de 14 hasta 18 años que acuden al servicio de urgencias pediátricas del HSCSP.

Técnica de muestreo: No probabilística, de conveniencia territorial.

Variables: Edad, sexo, Lugar de nacimiento, Motivo de su consulta a urgencias, Intimidad física, confidencialidad derecho a decidir.

Instrumentos de medida: Consiste en un cuestionario de 12 preguntas, las cuales serán cerradas, abiertas o semi-abiertas.

Limitaciones: Los adolescentes por motivos personales puede ser que no quieran contestar. Dejar preguntas sin contestar. Que no sean sinceros al contestar el cuestionario.

NOTA: Los resultados y las conclusiones serán presentados en caso de aceptarse antes del congreso.

Gracias

RESUMEN

El presente proyecto tiene como objetivo principal el detectar que grado de percepción tienen los adolescentes usuarios de los servicios de urgencias de su derecho a la intimidad.

Se realizará por medio de un estudio observacional descriptivo transversal, con adolescentes entre 13 y 17 años que son atendidos en el servicio de urgencias pediátricas de nuestro centro, desde febrero del 2008 hasta junio del 2008.

Se hará servir una técnica de muestra no probabilística y de conveniencia.

La recogida de información se hará mediante un instrumento de medida, de elaboración propia, que constará de X preguntas abiertas, semi-abiertas y cerradas, que se harán contestar inmediatamente antes del alta del adolescente del servicio de urgencias.

Los resultados nos permitirán valorar el grado de percepción de los adolescentes de su derecho a la intimidad en los servicios de urgencias pediátricas.



POSTERS SIN LECTURA

DENGUE: UNA ENFERMEDAD IMPORTADA.

AUTORES: Portolani, N, Armangué Salvador, T, Cebrián Rubio, R, Sancosmed Ron, M, Coll Usandizaga, F, Tobeña Rué, M.

Servicio de Urgencias de Pediatría. Servicio de Pediatría General. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

RESUMEN:

Introducción y objetivo:

El dengue está considerado actualmente una de las principales enfermedades virales emergentes a escala mundial. Está causado por el virus del dengue (VDEN, serotipos 1-4), con transmisión interhumana a través del vector artrópodo del género Aedes. Presenta una amplia variedad clínica: desde casos asintomáticos hasta formas graves hemorrágicas. Aunque es una enfermedad rara en nuestro medio, los fenómenos migratorios y los viajes turísticos a zonas endémicas están aumentando su incidencia.

Presentamos dos casos clínicos diagnosticados en nuestro hospital el último año:

Caso 1: Lactante español de 12 meses llegado hace 4 horas de vacaciones en Bolivia. Convivió con un familiar diagnosticado de dengue recientemente. Consultó por fiebre elevada, exantema maculopapular eritematoso en tronco, cara y extremidades superiores y punto de inoculación violáceo en espalda. La analítica fue anodina.

Caso 2: Niña de diez años, llegada hace 1 semana de su país de origen: Colombia. Presentaba fiebre alta, mialgias, eritrodermia generalizada con máculas hipocrómicas, gingivorragia, esplenomegalia y adenopatías múltiples. Analítica general: bicitopenia (leucopenia 3.700/ml con linfomonocitosis; plaquetopenia 69.900/ml) y aumento de transaminasas (AST 234, ALT 122 UI/l).

El diagnóstico se confirmó en los dos casos mediante serología positiva (IgM) .

La clínica de los dos pacientes se resolvió al tercer y quinto día respectivamente, con una exploración física y analítica normales al alta.

Conclusiones:

El dengue debe ser considerado en la evaluación de pacientes febriles recién llegados de países endémicos.



POSTERS SIN LECTURA

PANSINUSITIS COMPLICADA CON ABSCESOS POLIMICROBIANOS PERIAMIGDALINO, MAXILAR Y PALATINO

Vique García, C, Mora Sitjà, M, Sancosmed Ron, M, Cebrián Rubio, R, Pumarola Segura, F, Pellicer Sarasa, M, Vázquez Méndez, E, Moraga Llop, F.

CENTRO: Servicio de Urgencias Pediátricas. Servicio de Otorrinolaringología Pediátrica. Servicio de Radiología Pediátrica. Unidad de Enfermedades Infecciosas e Inmunodeficiencias. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

Introducción: Las complicaciones más frecuentes de la sinusitis son las orbitarias, siendo excepcionales las de la región palatina. El diagnóstico diferencial de una masa palatina incluye el absceso palatino, tumores benignos y malignos óseos y de las glándulas salivales, tumores neurales benignos y fibromas.

Objetivo: Se describe un caso de pansinusitis bacteriana aguda complicada con varios abscesos: maxilar izquierdo, periamigdalino izquierdo y palatino.

Caso clínico: Varón de 15 años con historia de dolor facial, rinorrea purulenta, fiebre y tumefacción hemifacial izquierda de varios días de evolución. La exploración física reveló nariz y párpado inferior izquierdo edematosos con aumento de la sensibilidad a la palpación de región maxilar izquierda y raíz nasal, en la cavidad oral se apreció una tumoración en paladar duro que se hacía convexo y otra retrofaríngea y de ambos pilares amigdalinos. El TC mostraba pansinusitis izquierda, afectando principalmente los senos etmoidal y maxilar, y abscesos en hemicara izquierda y paladar, sin signos de destrucción ósea o afectación ocular. Las analíticas sanguíneas presentaban leucocitosis y neutrofilia con desviación a la izquierda. Se inició amoxicilina-clavulánico endovenoso y se drenaron quirúrgicamente los abscesos maxilar y palatino con buena resolución clínica y radiológica. Los hemocultivos fueron negativos pero el cultivo de los abscesos reveló *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus viridans* y *Staphylococcus aureus*.

Conclusiones: Aunque las complicaciones más comunes de una sinusitis bacteriana aguda son las orbitarias e intracraneales, deben considerarse procesos que afecten al área palatina. El tratamiento incluye drenaje quirúrgico y terapia antibiótica endovenosa.



POSTERS SIN LECTURA

ABSCESO DEL PSOAS ILIACO; UNA PATOLOGÍA INFRECUENTE

García Escobar Itziar. Almería. Ortiz Pérez María, Baena López Miguel Angel, Giménez Sánchez Francisco, Ruiz Gómez Cristóbal, Fernández Dozagarat Salvador, Martín González Manuel. Sección de críticos y urgencias, Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Servicio de Pediatría.

Introducción

El absceso de psoas es una entidad poco frecuente en la edad pediátrica, resultando por esta razón un diagnóstico difícil que requiere un alto índice de sospecha. El agente etiológico más frecuente es el *Staphylococcus aureus*.

Se clasifican en primarios y secundarios según exista o no foco de propagación de la infección, siendo los primarios los más frecuentes en la infancia.

Caso clínico

Escolar de 4 años de edad que presenta dolor en FID (fosa iliaca derecha) e impotencia funcional de 5 días de evolución. A las 24 horas del inicio del cuadro consulta en otro centro hospitalario siendo diagnosticado de sinovitis transitoria de cadera. Posteriormente, tras la persistencia de la clínica con impotencia funcional total y aparición de fiebre de hasta 39°C, reconsulta en dicho servicio donde realizan analítica y ecografía de caderas y abdomen siendo diagnosticado de apendicitis aguda y derivado a nuestro hospital.

Exploración física: postura en flexión y rotación externa de miembro inferior derecho con dolor a la mínima movilización activa o pasiva de la articulación coxo-femoral. Resto de exploración por órganos y aparatos normal.

Exploraciones complementarias: Hemograma: leucocitosis con neutrofilia. Coagulación y bioquímica (iones, renal): normales. Discreto aumento de transaminasas. PCR: 30 mg/dl, VSG: 103 mmHg. Ecografía: absceso iliaco derecho con mínima cantidad de líquido en el receso anterior de cadera. TAC abdomino-pélvico: probable absceso en iliaco derecho con cambios inflamatorios secundarios en la raíz de músculos de muslo derecho y pared del flanco. RMN abdomino-pélvico: probable absceso de músculo iliaco derecho con cambios inflamatorios en su vecindad sin afectación articular ni foco abdominal. Gammagrafía: sin hallazgos. Ecocardiografía: normal. Estudio de inmunidad: normal. Hemocultivo: *Streptococo viridans*.

Evolución: A su ingreso se inicia tratamiento iv con Cefotaxima, Cloxacilina y Metronidazol. Persiste la fiebre a los 5 días del ingreso por lo que se modifica tratamiento a Imipenem + Cefotaxima desapareciendo la fiebre en 24 horas y mejorando progresivamente la movilidad pasiva. Se da de alta a los 15 días presentando cojera aunque buena movilidad activa y pasiva. 1 mes después, desaparece totalmente la impotencia funcional junto con RMN normal.

Conclusiones

Ante dolor localizado en fosa ilíaca derecha con impotencia funcional y fiebre debemos hacer diagnóstico diferencial con artritis séptica de cadera, osteomielitis y apendicitis.

La ecografía abdominal está indicada como primer cribaje ante la sospecha diagnóstica, aunque la TAC y RMN ofrecen una mayor rentabilidad. El tratamiento se basa en tres pilares: tratamiento del foco primario si éste existiera, drenaje percutáneo y antimicrobianos, aunque se puede conseguir la total resolución con el simple tratamiento médico, como ocurrió en nuestro caso.



POSTERS SIN LECTURA

HERPES ZÓSTER EN LACTANTE DE 2 MESES

de Juan Álvarez, Alberto¹; Mayordomo Colunga Juan¹; Suárez Saavedra, Sonsoles¹; Jiménez Treviño, Santiago¹; Santos Juanes, Jorge²; Rodríguez Suárez, Julián¹.

¹ Unidad de Urgencias de Pediatría. ² Servicio de Dermatología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

Introducción y objetivo: El herpes zóster es una infección infrecuente en el niño, en especial en los lactantes. Por otra parte, las lesiones cutáneas se asemejan a otras más típicas a esa edad. Presentamos un caso en lactante de corta edad con herpes zóster.

Caso clínico: Lactante de 2 meses vista en Urgencias por exantema en cuero cabelludo, detectado por su madre unas 24 horas antes. Afebril, con rinorrea acuosa y tos ocasional. Antecedentes familiares: gestación de 39+3 semanas, parto mediante cesárea por presentación podálica y varicela materna en la semana 17. Antecedentes personales: dermatitis seborreica. En la exploración se observan lesiones papulosas en cuero cabelludo, con importante costra láctea. Inicialmente se diagnostica de complicación de la dermatitis seborreica, aunque al día siguiente desarrolla vesículas en la misma zona, retroauriculares y en cuello. Se realiza cultivo y PCR de virus de exudado de lesiones positivo para VVZ, con Ig G positivos e Ig M inespecíficos para VVZ. Se trata con aciclovir oral, con buena respuesta.

Comentarios: El diagnóstico en nuestro caso se vio dificultado por la presencia de una dermatitis seborreica complicada, además de la infrecuencia de una lesión de este tipo a tan corta edad. Debe tenerse en cuenta la posibilidad del desarrollo de herpes zóster en un lactante que no haya padecido la varicela, insistiendo en la anamnesis acerca de la gestación.



POSTERS SIN LECTURA

LA IMPORTACIÓN DE ENFERMEDADES PEDIÁTRICAS EN URGENCIAS: ONCOCERCOSIS

AUTORES: ¹ De Haro Ramírez N., ¹ Berenguel Martínez P, ¹ Zevallos Delgado J, ¹ Godoy Sánchez V, ² Ríos Luna A, ³ Cañabate Reche F

A.I.G Cuidados Críticos y Urgencias. EP Hospital de Poniente.

A.I.G Cirugía Ortopédica y Traumatología. EP Hospital de Poniente.

A.I.G Pediatría. EP Hospital de Poniente.

INTRODUCCIÓN:

Las filariasis son un grupo de enfermedades parasitarias infecciosas diferentes que tienen como denominador común el ser producidas por nematodos de la misma familia, y transmitidas de persona a persona por la picadura de insectos.

CASO CLÍNICO:

Niña de 12 años, mejicana, residente en España desde hace un año. Consulta en el Servicio de Urgencias durante los últimos 8 meses por presentar fiebre y urticaria, no llegándose a termometrar temperaturas superiores a 37º C en ninguna de dichas ocasiones y siendo tratada repetidamente con antihistamínicos. En su última consulta se evidencia tumoración en cadera y glúteo izquierdos dura, presentando la piel: pérdida de elasticidad, despigmentación y engrosamiento.

Resto de exploración sin anomalías, encontrándose eosinofilia como único dato de interés.

Se realizó resonancia nuclear magnética encontrándose un absceso de 8 cmx10 cm y tras su diagnóstico microbiológico (microfilarias en piel de la región glútea) se instauró tratamiento con ivermectina 150 microgramos/Kg v.o. DU y extirpación quirúrgica del nódulo.

DISCUSIÓN:

Asistimos a un caso peculiar de oncocercosis, porque: es una paciente preadolescente, cuando la edad prevalente es entre los 25 y los 40 años. Se trata de una tumoración única de gran volumen y localizada, frente a la forma de presentación habitual consistente en múltiples nódulos de hasta 40 mm. Todo esto pone de manifiesto la importancia que tiene en zonas como la nuestra, con elevado índice de población inmigrante, el reconocimiento de estas enfermedades que, por no ser endémicas de nuestro país, desconocemos pasando muchas veces desapercibidas.



POSTERS SIN LECTURA

UNA CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL: ASCARIS LUMBRICOIDES .

Fernández López T.; Rodríguez Ogando A.

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

Introducción:

La ascariasis constituye la helmintiasis más prevalente, siendo la edad preescolar o escolar temprana su presentación más típica. El agente responsable es el nemátodo *Ascaris lumbricoides*, cuya transmisión fundamental es mano-boca.

Presentamos un caso de obstrucción intestinal por *ascaris lumbricoides* que acudió a urgencias por dolor abdominal.

Caso Clínico:

Niño de 4 años que acude por dolor abdominal de 24 horas de evolución impidiéndole conciliar el sueño. Refiere deposiciones muy escasas, líquidas y anorexia. Exploración Física: Aceptable estado general, pálido, ojeroso. Abdomen distendido, blando, con defensa predominante en hemiabdomen derecho y masa palpable dolorosa en flanco derecho de 3*4 cm. Resto normal. Analítica sanguínea: Hemograma: 4.7 millones de hematíes, Hemoglobina 13,1mg/dl, Hematocrito 39,4%, 685000 plaquetas, 11.100 leucocitos, (38,3% granulocitos, 53,1% linfocitos, 3,9% eosinófilos) Bioquímica: PCR 1,2 mg/dl. Resto normal. Ecografía Abdominal: grandes conglomerados con múltiples imágenes tubulares intraluminales que ocupan colon y sigma con distensión de asas y líquido libre intraperitoneal. Discreto engrosamiento de la pared en relación con edema e inflamación. Diagnóstico: Parasitosis intestinal. El paciente ingresó para tratamiento con Pirantel, cediendo el dolor abdominal tras eliminar en heces conglomerados con abundantes parásitos tipo *Ascaris Lumbricoides* *Discusión:* Ante el aumento de la población inmigrante y viajes a destinos tropicales, es obligado considerar las parasitosis intestinales en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal inespecíficos en la edad pediátrica.



POSTERS SIN LECTURA

Meningitis tuberculosa ¿Una enfermedad en regresión?

Gómez Bueno S, Calvo Bonachera M^ºD, Amo R, Aguilera P, Lorente Acosta M, Gimenez sanchez F, Diez Delgado J, Martin Gonzalez M.

Sección de Criticos y Urgencias. Servicio de Pediatría Hospital Torrecardenas. Almería

Introducción: La meningitis tuberculosa es una complicación seria en niños, con una alta morbi-mortalidad en ausencia de tratamiento eficaz. La clínica inicial inespecífica, la dificultad en identificar el caso índice y la disponibilidad de métodos rápidos para la identificación del M.Tuberculosis dificultan el diagnostico precoz.

Caso 1: mujer de 10 años acude a urgencias por cambios de carácter, vómitos y fiebre de una semana de evolución. A la exploración estado de agitación, movimientos incoordinados, conciencia fluctuante (Glasgow 10/15) y rigidez espinal. No afectación de pares craneales. AP: sin interés. No vacuna BCG. Pcomplementarias: LCR(leucocitos 133 cc/mm, PMN 58%, linfocitos 42%, glucosa 11mg/dl, proteínas 14,9 g/l; ADA 36,3 U/L. Mantoux negativo. Tres muestras de aspirado gástrico: BAAR escasos. PCR a micobacterias en LCR y cultivo pendiente. TAC craneal dilatación de ventrículos con signos de hipertensión craneal. Radiografía de torax infiltrado micronodular fino generalizado. Serología VIH negativa. Evolución: ingresa en estadio II según criterios del Medical research council. Se coloca válvula de derivación ventrículo-peritoneal y se inicia tratamiento antituberculoso con 4 fármacos y corticoides con buena evolución clínica. No se encuentra foco de contagio entre los familiares.

Caso 2: varón de 6 años acude a urgencias por cefalea y vómitos de 4 días de evolución, episodio de desconexión con el medio, desviación de la cabeza y dificultad para hablar.

Exploración: regular estado general, somnoliento, irritable a la estimulación, rigidez de nuca y espinal .AP: sin interés. No vacuna BCG. Pcomplementarias: LCR (leucocitos 115 mml, PMN5 %, linfocitos 95 %, glucosa 69 mg/dl, proteínas 0,75 g/l; cultivo negativo) Mantoux >10mm a las 72 horas. Cultivo de aspirado gástrico negativo. PCR de mycobacterias en LCR negativo. TAC sin hallazgos patológicos. EEG enlentecimiento difuso del trazado de fondo. Radiografía de tórax imagen de colapso en hilio izquierdo. TAC pulmonar: múltiples adenopatías hipodensas con captación periférica a nivel de hilio izquierdo. Serología VIH negativa. Evolución: ingresa en estadio II según criterios del MRC .Se inicia tratamiento profiláctico con aciclovir intravenosos que se retira a las 72 horas tras aparición de mantoux positivo iniciando terapia antituberculosa con 4 fármacos que se mantuvo 6 meses, no corticoides. Padres y abuela infectados sin enfermedad. Recuperación sin secuelas.

Caso 3: mujer de 8 años acude a urgencias por cefalea y fiebre de 4 días de evolución recibiendo tratamiento con amoxicilina. Cuatro días mas tarde se diagnostica de meningitis modificada y se inicia cefotaxima. Tras mejoría inicial comienza con focalidad neurológica y paresia de III/VI y VII pares craneales, disminución del nivel de conciencia. Exploración: regular estado general, Glasgow 13, paresia del VI y VII pares craneales izquierdos. Pcomplementarias: LCR(455 cc/mm³, PMN 20%, Linfocitos 80%, glucosa 15mg/dl, proteínas 116mg/l) ADA 9 U/L. Mantoux > 11mm a las 48 horas. Cultivo de aspirado gástrico negativo. PCR para M. Tuberculosis positivo. TAC craneal: moderada hidrocefalia. Serología VHI negativa.

Evolución: al ingreso disminución progresiva del nivel de conciencia (glasgow 9) se coloca válvula V-P y se inicia tratamiento tuberculostático con 4 fármacos y dexametasona durante 12 meses. Resolución progresiva de la focalidad neurológica y la paresia de pares craneales, sin secuelas. No se detecto el caso índice.

Comentarios: la baja incidencia de meningitis tuberculosa en nuestro medio no debe ser causa de retraso en el diagnostico e instauración de tratamiento específico que debe considerarse en cualquier niño con meningitis e hidrocefalia o parálisis de pares craneales y LCR compatible pues el pronostico esta relacionado con el inicio del tratamiento.



POSTERS SIN LECTURA

MENINGITIS TUBERCULOSA: UNA ENTIDAD DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO EN URGENCIAS

Launes Montaña, C. Turón Viñas, A. Parra ComandaCotanda, C. Gargallo Burriel, E. Roca Martínez, J. García García J.

Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Hospital Universitari Sant Joan de Deu. Barcelona

Introducción: La meningitis tuberculosa (MT) es la forma de enfermedad tuberculosa más grave, con una importante morbimortalidad asociada. Su diagnóstico precoz en Urgencias es difícil dado que la clínica inicial suele ser inespecífica.

Objetivos: 1. Estudiar si la incidencia de MT se ha mantenido estable en los últimos años. 2. Analizar las características clínicas iniciales en Urgencias de los pacientes finalmente diagnosticados de MT.

Material y Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los casos diagnosticados en un hospital pediátrico terciario en los últimos 12 años.

Resultados: Se obtuvieron 19 casos (edad mediana 25 meses, rango de 5 meses a 12 años), Ocho eran de sexo masculino y cinco, inmigrantes 11 niñas y 5 inmigrantes. Diez casos fueron diagnosticados en los últimos 3 años. Once pacientes habían consultado previamente, con una mediana de número de consultas previas de 1.5 (rango de 0 a 5). Los síntomas más frecuentes en el momento de la consulta fueron fiebre de más de 7 días (14 casos), síndrome tóxico (13 casos), vómitos (11 casos), tos (8 casos) y cefalea (7 casos). La exploración física mostró alguna alteración neurológica en 14 casos, de los cuales 7 presentaban una focalidad, 7 rigidez meníngea y 7 disminución del nivel de conciencia o marcada somnolencia. En Urgencias, se realizó radiografía de tórax en 14 casos (alterada en 12 casos), punción lumbar en 12 casos (mostrando pleocitosis discreta, hipoglucorraquia e hiperproteíorraquia en 10 casos), tomografía axial computerizada craneal en 12 casos (alterada en 10 casos). En 12 casos, se sospechó la MT en Urgencias, iniciándose tuberculostáticos en 9 de ellos. El resto fue orientado como síndrome febril, meningoencefalitis, neumonía, disfunción valvular o gastroenteritis aguda. De los 19 casos, fueron éxitus 3.

Conclusiones: En los últimos años se ha producido un incremento en la incidencia de MT. Dada la poca especificidad de la clínica y su gravedad, es necesario mantener un alto índice de sospecha diagnóstica fundamentalmente en niños casos de fiebre de más de 7 días de evolución con alteración neurológica. Las características del líquido cefalorraquídeo y una neuroimagen alterada son los hallazgos más constantes y que más orientan al diagnóstico de MT en Urgencias.



POSTERS SIN LECTURA

ENFERMEDAD DE LYME COMO CAUSA DE PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA

Menasalvas Ruiz, A.I.; Pérez Cánovas,C; Rodríguez García ,J; Salinas Guirao, R;
López Robles, M.V y Rodríguez Caamaño, J
Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Fundamento y objetivos: Describir el caso de un paciente con parálisis facial periférica izquierda, diagnosticado de enfermedad de Lyme, atendido en nuestro servicio en agosto de 2007.

La enfermedad de Lyme es una etiología poco frecuente de parálisis facial periférica en niños en nuestro medio. El tratamiento antibiótico precoz evita la progresión de la enfermedad.y la aparición de complicaciones.

Observaciones clínicas: Varón de cinco años, natural de Suecia, de viaje por España. Consulta por aparición brusca de parálisis facial periférica y sensación febril. La exploración física muestra febrícula y parálisis facial periférica izquierda con área otorrinolaringológica normal. Analíticamente no hay hallazgos de interés. Por los antecedentes epidemiológicos del paciente se recogieron muestras para serología y se realizó una punción lumbar que mostró únicamente pleocitosis mononuclear. Ante la sospecha de enfermedad de Lyme se inició tratamiento antibiótico con ceftriaxona. Serología frente a *Borrelia spp* positiva en suero y negativa en líquido cefalorraquídeo, así como la determinación de PCR en LCR frente a enterovirus y *Borrelia spp*. Tras una semana de tratamiento parenteral se trasladó al paciente a su país de origen por solicitud de sus padres para completar allí al resto del tratamiento.

Comentarios: Es importante sospechar la enfermedad de Lyme en niños con parálisis facial que procedan de países endémicos para esta enfermedad. Se debe realizar siempre una punción lumbar para descartar afectación meníngea, aún en ausencia de clínica compatible y, en estos casos, iniciar tratamiento parenteral. El diagnóstico y tratamiento precoz adecuado permite evitar las complicaciones (carditis, artritis, encefalitis...)



POSTERS SIN LECTURA

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA: CELULITIS; ¿DIAGNÓSTICO DEFINITIVO?

AUTORES: Pisa Gatell, Sandra; Badía Mayor, José Luis; Gallardo Ordóñez, Patricia; Tornador Gaya, Ester; Martín Arenós, José Manuel.

CENTRO: Servicio de Pediatría. Hospital General de Castellón, Castellón.

FUNDAMENTO: La celulitis es una inflamación aguda de dermis y tejido subcutáneo con epidermis relativamente respetada. Son factores predisponentes: lesiones cutáneas o cirugía previa. Se presenta como zona cutánea edematosa, eritematosa, caliente, dolorosa al tacto, con márgenes mal definidos.

OBSERVACIONES CLÍNICAS: Acuden a urgencias 3 niños de 9, 2 y 2,5 años con fiebre alta de 24-48h y zona cutánea edematosa, caliente, eritematosa, dolorosa en rodilla izquierda; brazo derecho; y antebrazo izquierdo respectivamente. El primero presenta herida en rodilla. El tercero asocia varicela con lesiones típicas generalizadas. Sin otros hallazgos. Analítica: leucocitosis, neutrofilia, aumento de reactantes de fase aguda. Ante sospecha de celulitis ingresan para tratamiento intravenoso con amoxicilina-clavulánico.

Evolución: *Paciente 1:* tras 24h empeora con aumento de eritema y edema, adenopatías inguinales dolorosas, se palpa cadena linfática. Se diagnostica de erisipela, sin respuesta al tratamiento, se cambia a cefuroxima, vancomicina y corticoterapia; la fiebre cede en 48h, la inflamación se reduce progresivamente. *Paciente 2:* tras 5 días inicia fluctuación del área. Ecografía: colección abscesificada de 5 cm; se realiza drenaje quirúrgico y se completa tratamiento antibiótico. *Paciente 3:* tras 48h queda afebril, disminuyen los reactantes de fase aguda. No obstante, persiste el edema indurado en antebrazo. Ecografía-doppler: Trombosis venosa superficial (complicación rara de varicela). Se instaura tratamiento con enoxaparina subcutánea con mejoría progresiva (controlando proteína C, S y Anti-Xa).

COMENTARIOS: Ante un caso de supuesta celulitis deben valorarse otras posibilidades diagnósticas si la evolución no es favorable tras 24-48h de tratamiento y/o si aparecen nuevos hallazgos, como en nuestros casos, en los que los diagnósticos definitivos fueron Erisipela, Absceso y Trombosis venosa superficial.



POSTERS SIN LECTURA

PIOMIOSITIS DESENCADENADA TRAS FRACTURA DE PELVIS

PRIMER AUTOR:

Lirola Cruz, María José

Servicio de Pediatría. Clínica Sagrado Corazón, Sevilla.

COAUTORES:

García Valdecasas, Esther; Lirola Cruz, Marta; , García Bernabéu, Virtudes; Camacho Conde, Pilar.

INTRODUCCION:

La piomiositis es una entidad poco frecuente que afecta normalmente a los grandes grupos musculares de los miembros inferiores y cintura pélvica. Aunque su etiología es incierta, con frecuencia existe algún factor predisponente, entre los que destaca la existencia de un traumatismo previo.

CASO CLINICO:

Niña de 12 años que ingresa por fiebre de 6 días de evolución, persistente inicialmente, para hacerse vespertina y asociarse a dolor de tipo mecánico en nalga derecha los 3 últimos días. Refiere caída desde pequeño escalón con traumatismo en nalgas y rodilla izqda unas horas antes de iniciarse de la fiebre. Hemograma: Leucocitos 12170/uL, PMN 75%. PCR 75 mg/L. Orina normal. Rx cintura pélvica: Imagen de distorsión perióstica a nivel de rama isquiopubiana derecha. RMN: Imagen de fractura al nivel referido, con formación de callo óseo y sin alteraciones en los grupos musculares adyacentes. La paciente queda afebril y es dada de alta hospitalaria a las 48 horas. Mejora el dolor y la cojera, y permanece afebril.

A los 10 días de su alta reaparece fiebre alta, con intenso dolor a nivel de cadera e ingle derechas e imposibilidad para la marcha. Hemograma: leucocitos 17120/uL, PMN 86%. PCR 270 mg/L. RMN: Cambios de señal a nivel de obturador interno, piramidal y psoasiliaco derechos de probable etiología inflamatoria- infecciosa, observándose tres colecciones líquidas, 2 en psoas-iliaco de 18 y 24 mm y otra milimétrica en el piramidal. Cambios de señal menos intensa a nivel de glúteo medio y musculatura paravertebral. Edema a nivel de grasa pélvica y sacroiliaca derecha. Imagen de fractura – derrame isquiopubiano derecho. Se realiza tratamiento antibiótico parenteral que se mantiene durante 3 semanas, hasta la normalización de la analítica y la mejoría clínica de la paciente.

COMENTARIO:

El absceso del músculo iliopsoas es raro, con una incidencia mundial estimada de 12 casos por 100000 habitantes. La forma primaria ocurre como consecuencia de la diseminación hematógena de una infección a distancia y la secundaria se debe a la extensión de infecciones desde tejidos vecinos. El músculo iliopsoas se extiende desde los márgenes de la vértebra D-12 a la vértebra L-5 y el trocánter menor del fémur, manteniendo además una relación posterior con muchas de las vísceras abdominales y retroperitoneales. La triada clásica de fiebre, dolor (en cadera, ingle, espalda o abdomen) y cojera se presenta raramente, siendo con mayor frecuencia los síntomas de presentación inespecíficos. El microorganismo implicado es en la mayoría de los casos el *S. aureus*. El TAC y la RMN permiten hacer un diagnóstico precoz del proceso, determinando su localización, tamaño y su posible relación con patología a nivel de estructuras vecinas. El tratamiento será medico- quirúrgico. La mortalidad oscila entre el 1-10%, estando en relación con la demora en el diagnóstico y la existencia de complicaciones.



POSTERS SIN LECTURA

¿Debemos medir la tensión arterial en el dolor abdominal?

Sarmiento Martínez, Mercedes. Mayordomo Colunga, Juan. Suárez Saavedra, Sonsoles. Concha Torre, Jose Andrés. Medina Villanueva, Jose Alberto. Santos Rodríguez, Fernando.
Unidad de Urgencias de Pediatría. Servicio de Pediatría. Hospital Central de Asturias. Oviedo.

Introducción: Las crisis hipertensivas son cuadros infrecuentes en niños pero potencialmente graves. Presentamos dos casos de urgencia hipertensiva de presentación atípica.

Casos clínicos: niño de siete años que consulta por cuadro de dolor abdominal cólico con vómitos y mareos. En Urgencias presenta episodio de dolor abdominal intenso con palidez y afectación del estado general. Posteriormente cuadro sincopal con recuperación espontánea en pocos segundos. Exploración física sin soplos cardíaco ni abdominal, pulsos periféricos palpables y exploración neurológica normal salvo la sensación de mareo. Se constata TA de 150/110 mmHg persistente en miembros superiores e inferiores. Se realiza TC craneal urgente que es normal. Veinticuatro horas más tarde su hermano gemelo consulta por idéntica sintomatología. Ambos casos ingresan en UCIP para monitorización y se tratan con nifedipino sublingual. Se realizan bioquímica sanguínea y urinaria, ecografía abdominal, catecolaminas, hormonas tiroideas, renina y aldosterona que fueron normales y tóxicos en orina negativos. En el plazo de 2-3 días normalización de TA confirmado por registro MAPA.

Conclusiones: estos casos se interpretaron como crisis hipertensivas secundarias a una probable intoxicación y sugieren la importancia de la medición de la TA en el dolor abdominal. Ante una crisis hipertensiva con sintomatología neurológica se debe realizar TC craneal. Los pacientes con una urgencia hipertensiva deben ingresar en cuidados intensivos y tratarse bajo monitorización, inicialmente con medicación oral.



POSTERS SIN LECTURA

PSICOSIS INDUCIDA POR CORTICOIDES

Jana planas morant, Ana nevot flor, Marta redondo gago, Margarita A. Cañellas fuster, Carmen vidal palacios Marina del vecchio, cristina diaz roman, Juan A. Hervás
Servicio de pediatría. Hospital Son Llátzer

Introducción: La psicosis en niños es una causa infrecuente de consulta en las salas de urgencias, aunque es una patología en auge. Caso: Niño de 13 años que presenta un cuadro de 24 horas de desorientación y "comportamiento extraño". El paciente presenta insomnio casi total, refiere "sentirse muy bien", tiene alucinaciones auditivas y visuales, está inquieto. De los antecedentes personales destaca episodio de urticaria recidivante de 2 meses de evolución, tratada, desde entonces, con dexclorfeniramina oral y prednisona oral 60mg/día, aunque algunos días esporádicos había tomado 90mg/día. No otros antecedentes de interés. Exploración física dentro de la normalidad excepto a nivel psíquico: inquietud, desorientación temporal, aunque no de espacio ni de persona, alteraciones amnésicas, fluctuaciones de la atención y comprensión, ecolalia, estereotipias motoras, conductas repetitivas, risas inmotivadas, desinhibición, momentos de aumento de la excitación, respuestas ambivalentes.

Exploraciones complementarias: Hemograma, coagulación, gasometría, bioquímica (iones, función renal, transaminasas, Cobre, ceruloplasmina, estudio del hierro), hormonas tiroideas, factor reumatoide, inmunoglobulinas, complemento normales. Serologías: HIV, VHB, VHC, VHA, VHS 1+2, CMV, borrelia, rickettsia, adenovirus y coxackie B6, mycoplasma y parvovirus negativas, VEB infección pasada. Bioquímica y presión de líquido cefalorraquídeo (LCR) normal, cultivo de enterovirus y herpes simple en LCR negativo. Tóxicos en orina negativos. Cortisol basal al ingreso: 45'01mcg/dl (de 7 a 9am: 4'3-22'4mcg/dl), a los 3 días el cortisol es de 22'3mcg/dl y la TSH de 141mcg/dl. Cortisoluria: 14188 mcg/24horas (28'5-213mcg/24h). TAC y RMN normales. Electroencefalograma normal. Evolución: Ante la sospecha de psicosis secundaria a corticoides se inicia descenso rápido de los mismos con aparición de cuadro compatible con insuficiencia suprarrenal aguda leve, lo que obliga a un descenso lento y progresivo. Valorado por psiquiatría que inicia tratamiento con risperidona, para controlar los síntomas psicóticos. Ante la aparición de distonías secundarias al tratamiento se sustituye por amisulpiride. Buena respuesta al tratamiento con alta a los 10 días. Control del descenso de los corticoides y del tratamiento psicótico, por parte de endocrinología infantil y psiquiatría, respectivamente. Conclusión: La aparición de síntomas psiquiátricos inducidos por los corticoides son poco frecuentes. En la etiología de la psicosis hay que tener presente el papel de ciertos fármacos. En el caso de los corticoides, el papel es más relevante si se realiza un tratamiento crónico a altas dosis.



POSTERS SIN LECTURA

RETRASO PONDERAL Y EOSINOFILIA EN LACTANTE DE 7 MESES

Martí Mas, Laia; Lobato Salinas, Zulema; Torredemer Palau, Anna*; Ferre Ybarz, Laia*; Sitjes Costa, Joan; Nevot Falcó, Santiago

Servicio de Pediatría. Servicio de Alergia. Hospital Sant Joan de Déu. Fundació Althaia. Manresa

Introducción

La eosinofilia se define como un aumento en el número de eosinófilos en sangre periférica superior a $0,55 \times 10^9/L$. La eosinofilia puede ser primaria, debida a una anomalía adquirida de una célula madre hematopoyética o secundaria cuando la producción aumentada de eosinófilos se debe a un proceso reactivo. La causa más frecuente de eosinofilia en países industrializados son las enfermedades alérgicas y en los países no industrializados, las enfermedades parasitarias. Presentamos el caso de una lactante de 7 meses con estancamiento ponderal y eosinofilia en sangre periférica

Observaciones clínicas

Lactante de 7 meses que consulta por cuadro de deposiciones líquidas y mucosas de diez días de evolución. Como antecedentes personales fue una recién nacida a término, con un peso al nacer de 2950g, nacida por parto eutócico, hija de madre con diabetes gestacional, sin otros factores de riesgo. Alimentada al pecho de forma exclusiva hasta los 4 meses. Desde el nacimiento sigue una curva ponderal en el percentil 3. A los 4 meses se introduce la fruta, a los 6 meses la verdura y el resto de tomas continúan siendo de leche materna. A partir de los 6 meses se detecta estancamiento ponderal con curva de peso que desciende por debajo del percentil 3. Presenta rechazo parcial de las tomas, regurgitaciones habituales y algún vómito alimenticio. En los últimos diez días se añaden deposiciones líquidas mucosas, sin sangre ni otros productos patológicos. La exploración física es normal. Se decide ingreso para estudio y se realizan las siguientes exploraciones complementarias: Sedimento y cultivo de orina negativos. Coprocultivo negativo. Parásitos en heces positivo a *Blastocystis hominis*, que carece de significación patológica. La analítica sanguínea muestra: Hemoglobina 11,4 g/dL. Hematocrito 32,9%. Leucocitos $15,3 \times 10^9/L$ con 14% de eosinófilos. Plaquetas 822.000. PCR 2 mg/L. Función hepática, renal y ionograma normales. Proteínas totales y albúmina normales. Metabolismo del hierro normal. Inmunoglobulinas normales. Se realizan pruebas cutáneas a alimentos que resultan positivas a huevo. IgE específica clara, yema y huevo positivas.

Se da de alta con su dieta habitual y dieta materna exenta de huevo, aunque la madre prefiere iniciar lactancia artificial. Evoluciona favorablemente, ceden los vómitos y las diarreas, come adecuadamente y en los siguientes meses recupera su curva de peso habitual.

Comentarios

El huevo es uno de los alimentos que más frecuentemente causa alergia en los niños menores de 2 años. La mayoría de las reacciones por huevo son las de hipersensibilidad inmediata o mediadas por IgE. Este tipo de reacciones cursan con manifestaciones cutáneas (urticaria y/o angioedema) que pueden acompañarse de síntomas digestivos inmediatos y/o respiratorios, que suelen tener lugar en las dos primeras horas tras la toma de huevo y en las que se demuestra sensibilización tipo IgE (pruebas cutáneas positivas y/o detección de anticuerpos IgE específicos en suero). Las reacciones de alergia IgE mediada a huevo ocurren tras una sensibilización previa que puede producirse por diversas vías. Es posible la sensibilización intrauterina y a través de la lactancia materna. Esta vía podría explicarnos la clínica y la sensibilización a huevo que se detecta en nuestro caso, sin que la paciente hubiera ingerido huevo. El diagnóstico deberá confirmarse más adelante con una prueba de provocación oral.



POSTERS SIN LECTURA

REACCIÓN DISTÓNICA ASOCIADA A DEXTROMETORFANO

Hervás Masip, Daniel. Yagüe Torcal, Francisca. De Carlos Vicente, Juan Carlos. Ferrés i Serrat, Francesc.

Servicio de Pediatría. Hospital Universitari Son Dureta. Palma de Mallorca.

INTRODUCCIÓN: El dextrometorfano es el antitusígeno más utilizado en la edad pediátrica. A pesar de su elevado uso son escasas las complicaciones neurológicas descritas. Presentamos un caso de reacción distónica asociada a dextrometorfano.

OBJETIVOS: Conocer los efectos secundarios del dextrometorfano y otros fármacos similares, de cara a una utilización más racional de las pruebas complementarias a la hora de evaluar a un paciente con manifestaciones neurológicas y que esté tomando estos medicamentos.

CASO CLÍNICO: Lactante varón de 20 meses de edad sin antecedentes personales ni familiares de interés. Presenta una infección de vías aéreas altas, estando afebril y en tratamiento con dextrometorfano a 1 mg/kg cada 12 horas desde el inicio del cuadro. Al 5º día presenta, 45 minutos tras la administración de dextrometorfano, un vómito seguido de alteración de la marcha, incapacidad para la deambulación y tendencia a la desconexión con el medio. Acude a un centro extrahospitalario de urgencias donde observan un exantema macular tenue con distribución homogénea en cara y extremidades. Es remitido a urgencias de nuestro hospital donde se aprecia desconexión del medio, midriasis pupilar y crisis de hipertensión con opistótonos que cede con la administración de dos dosis de 5 mg de diazepam rectal. A los pocos minutos presenta nistagmus horizontal. Las pruebas complementarias fueron normales o negativas incluyendo: TAC craneal, RNM cerebral, Rx tórax, EEG, punción lumbar, cociente IgG y estudio de bandas oligoclonales en LCR y suero, analítica de sangre (con amonio y ácido láctico), hemocultivo y serologías múltiples en LCR y sangre. Su evolución fue favorable persistiendo inicialmente el nistagmus y la tendencia a la somnolencia, normalizándose la exploración neurológica a las 36 horas del inicio del cuadro.

COMENTARIOS: 1- Las reacciones distónicas o equivalentes convulsivos asociados al dextrometorfano han sido escasamente descritas en pacientes pediátricos. 2- Se conoce la capacidad anticonvulsivante y proconvulsivante del dextrometorfano por efecto sobre la amígdala cerebelosa. 3- La dosis proconvulsivante se desconoce y parece existir una gran variabilidad en función de la capacidad metabolizadora del N-metil-D-aspartato (NMDA). 4- Aunque clásicamente se ha recomendado la utilización de naloxona para revertir el cuadro, se han descrito fracasos tras su administración y se han utilizado con más éxito las benzodiazepinas y la fenitoína, por lo que recomendamos su uso como primera elección. 5- Deben conocerse estas reacciones distónicas asociadas al dextrometorfano, pero si no tenemos la certeza que el niño ha tomado dicha sustancia deberemos excluir todas las posibles causas de manifestaciones distónicas.



POSTERS SIN LECTURA

Dificultad respiratoria severa: es sólo un problema pulmonar?

E. Algans, M^a D Rodrigo, D De Sotto, C Climent, L Lacruz, B Osona, J. Figuerola, F Ferrés.
Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Son Dureta. Mallorca

Introducción: Caso ilustrativo de paciente grave con disnea severa. **Caso clínico:** Varón de 10 años con dificultad respiratoria de 2 semanas de evolución, que es traído al servicio de urgencias por el 061 por empeoramiento severo de su disnea, administrándose en el traslado tratamiento continuo con broncodilatadores, adrenalina y oxigenoterapia. **A.P:** Distocia social, embarazo no controlado, madre fumadora, RNAT-BPEG(1500g) . Bronquiolitis a los 3 meses. No vacunado. No control por su pediatra. FAA hacía 2 meses, tratada con amoxicilina durante 2 semanas. **A.E:** Padre fallecido por sobredosis de cocaína, diabetes tipo I y alcoholismo, 2 hermanos exprematuros de 7 y 8 meses. A la exploración física destaca: MEG, HTA severa (TA 167/105), insuficiencia respiratoria (Sat O2 86% con FiO2 21%), distrés respiratorio, hipoventilación bibasal y discreta fóvea en de tobillos y pies. **E.Complementarios** realizados en urgencias: analítica de sangre anodina con creatinina de 0,8mg/dl e hipoxemia, analítica orina con hematuria-proteinúria, Rx tórax con cardiomegalia, derrame pleural bilateral y condensación hiliofugaz algodonosa bilateral, Ecocardio con dilatación de VI con función normal. Se etiqueta de Sdme. Nefrítico se monitoriza, con control estricto de diuresis, se suspende broncodilatador y se incrementa la oxigenoterapia con VMK al 50% y se pauta 1 dosis de furosemida e.v. iniciando diuresis notable. Se añade nifedipino por persistencia de TA > p95. Tras estabilización hemodinámica y respiratoria sube el 2º día a planta etiquetándose de neumonía atípica más síndrome nefrítico. Se pauta tratamiento con macrólidos y furosemida. Se solicita al control: analítica de sangre completa que resulta inespecífica, con función renal normal, analítica de orina con EFNa de 0.9 % (<1%), >100 hematies por campo, 35% dismórficos y proteinúria patológica. En la Rx tórax y ecocardiografía de control no existe mejoría del derrame pleural bilateral. Se realizan: fibrobroncoscopia que es normal, punción torácica compatible con trasudado, pruebas funcionales respiratorias con patrón restrictivo, tóxicos, mantoux, cultivos y serologías negativos. Al recibirse los resultados de Inmunología destaca: disminución del complemento y ASLO elevado. La evolución posterior fue favorable con alta a los 8 días, normalización del complemento tres semanas después. **Diagnóstico:** Glomerulonefritis postestreptocócica con presentación atípica con edema agudo de pulmón (EAP). **Discusión:** La GNPE o postinfecciosa es una entidad con presentación clínica variable, siendo la más frecuente subclínica, y en 2º lugar como sdme nefrítico agudo con evolución favorable. Es muy infrecuente la presentación con edema agudo de pulmón. Debe diferenciarse de otras etiologías que cursan con síndrome pulmonar-renal como las vasculitis o el lupus. **Conclusión:** Ante cuadro de disnea + RX compatible con EAP se debería realizar toma de TA y análisis de orina con iones para descartar enfermedad renal glomerular asociada y poder realizar un enfoque diagnóstico y terapéutico adecuado



POSTERS SIN LECTURA

EPILEPSIA OCCIPITAL (SINDROME PANAYIOTOPOULOS) COMO PRESENTACION DE SINCOPE EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

González Jiménez David, Álvarez Caro Francisco, Blanco Lago Raquel, Escribano García Carla, Málaga Diéguez Ignacio. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Fundamento y objetivos

El síncope se define como pérdida de conciencia y tono postural breve, brusca y con recuperación espontánea posterior.

Las crisis epilépticas constituyen una causa excepcional de síncope, sin embargo pueden presentarse de forma muy similar.

Presentamos un caso de epilepsia occipital idiopática de inicio precoz, diagnosticado previamente en varias ocasiones de síncope vaso vagal.

Observaciones clínicas

Niño de 5 años que acude a urgencias en 3 ocasiones, todas ellas por la *noche*, por *perdida de conciencia* (en una ocasión breve, las otras no cuantificada) acompañadas de náuseas, *vómitos* y dolor abdominal, sin realizar movimientos tónicos, clónicos ni rigidez. Se realizan: glucemia capilar, tensión arterial y electrocardiograma normales, diagnosticándose como síncope vaso-vagal y se da el alta.

A los 7 años, episodio nocturno de pérdida de conciencia de 15 minutos, acompañada de vómitos y dolor abdominal sin realizar movimientos. El electroencefalograma mostró un foco occipital derecho, la RMN fue normal, y se inició tratamiento con ácido valproico durante 2 años, con éxito.

Comentarios

-La piedra angular del diagnóstico de síncope es la historia clínica (síntomas premonitorios, postura previa evento, cuando se produjo, duración, síntomas acompañantes, antecedentes familiares y personales)

-El electroencefalograma no está indicado de rutina en el síncope, salvo que se sospeche causa neurológica.

-La epilepsia occipital idiopática de inicio precoz, se caracteriza por crisis nocturnas de larga duración, con componente autonómico importante (vómitos, palidez, sudoración...), sin presentar obligatoriamente rigidez ni movimientos tónico-clónico, por lo que se confunde con múltiples patologías (encefalitis, *sincope*, migraña, histeria, gastroenteritis.....)



POSTERS SIN LECTURA

SÍNDROME DE HIPERSENSIBILIDAD POR CARBAMAZEPINA

Arias Constantí, V. Sanz Marcos, N. Trenchs Sainz de la Maza, V. *Pineda Marfa, M. Luaces Cubells, C. Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. * Servicio de Neurología. Hospital Universitari Sant Joan de Deu. Barcelona

Introducción: El síndrome de hipersensibilidad por carbamazepina (SHC) es una reacción adversa farmacológica de tipo idiosincrásica. Es frecuente en la edad pediátrica y puede presentarse con fiebre, exantema y linfadenopatías, simulando enfermedades exantemáticas típicas de la infancia. Suele aparecer durante las 8 primeras semanas de tratamiento.

Caso clínico: Varón de 7 años que consultó por fiebre y erupción cutánea generalizada. Se diagnosticó de exantema infeccioso, por lo que se inició tratamiento analgésico y antipirético. Reconsultó a nuestro servicio a las 48 horas por persistencia de la clínica. Entre sus antecedentes destacaba el diagnóstico de epilepsia parcial tratada con carbamazepina desde hacía una semana. En la exploración presentaba un exantema eritematoso reticulado generalizado que respetaba palmas y plantas. Destacaban adenopatías submandibulares reactivas bilaterales. El resto la exploración por aparatos era anodina. Se realizó analítica sanguínea (hemograma y bioquímica general) sin hallar alteraciones significativas. Con la orientación diagnóstica de reacción farmacológica adversa se prescribió ingreso y tratamiento corticoide y antihistamínico, presentando remisión de la fiebre al segundo día y desaparición progresiva de las lesiones cutáneas.

Comentarios: El diagnóstico de SHC puede ser difícil de establecer debido a su amplia variedad de manifestaciones clínicas (fiebre, afectación cutánea, hepática, renal, hematológica e inmunológica). El tratamiento consiste en la retirada del fármaco y sintomático. El curso clínico es variable, ya que, incluso en los casos leves, la clínica puede persistir varias semanas tras la retirada de la carbamazepina. Destacamos la importancia de una anamnesis completa, incluyendo la medicación ingerida habitualmente, ante todo paciente atendido en Urgencias por fiebre y exantema.



POSTERS SIN LECTURA

ACCIDENTES CEREBROVASCULARES POSTVARICELA: A PROPÓSITO DE UN CASO

García Luzardo M R; Aguilar Fernández A; Todorcevic S; Cervantes Chirino D; Pérez Pardo A M; Fleites Pérez L.

Servicio de Urgencias de Pediatría del Hospital Universitario Materno-Insular de las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: Las complicaciones neurológicas por varicela son frecuentes. La angiopatía postvaricela es una complicación rara, pero causa 1/3 de los accidentes cerebrovasculares (ACV) pediátricos.

Caso clínico: Acude mujer de 4 años, con una semana de: pérdida transitoria de fuerza en hemicuerpo derecho al inicio, somnolencia y marcha inestable. Afebril. Antecedentes de varicela hace 40 días, no vacunada contra varicela-zoster (VZV).

En la exploración: somnolencia, disartria, sialorrea. Reflejo patelar exaltado. Sedestación con desviaciones. Romberg patológico. Marcha inestable con aumento de la base y pasos desiguales.

Pruebas: Hemograma, bioquímica, VSG y coagulación: normales. Tóxicos en orina: negativos. TAC/RM: infarto lacunar en el brazo anterior de la cápsula interna izquierda. Bioquímica líquido cefalorraquídeo (LCR): 23 leucocitos, proteínas 24'8 mg/dl, glucosa 58 mg/dl. Hemocultivo: negativo. Serología: infección reciente por varicela. Fondo de ojo: normal. AngioRM: normal. Cultivo LCR: negativo.

Se inicia tratamiento con aciclovir intravenoso.

Durante el ingreso sus déficits neurológicos mejoraron progresivamente.

Comentarios: los ACVs postvaricela afectan a niños inmunocompetentes.

Edad media de 5 años. Intervalo medio de 2 meses (1 semana a 12 meses).

Son más frecuentes en territorio de la Cerebral media y Cerebral anterior. La hipótesis más aceptada es la migración del VZV al Polígono de Willis, a través de fibras aferentes gangliónicas trigeminales, la invasión del vaso produce lesiones en el endotelio, con estenosis progresiva.

Ayuda a diferenciar de los infartos de las encefalitis el ser focal, con lesión arterial, afectando predominantemente a la sustancia gris.

La forma más frecuente de presentación es con hemiparesia aguda.

En TAC/RM suele verse un infarto unilateral en estructuras profundas (cápsula interna, ganglios basales...). La angiografía puede ser normal o con vasculopatía. El LCR puede ser normal o mostrar pleocitosis, glucosa normal y proteínas elevadas; pueden encontrarse anticuerpos anti-VZV y DNA viral.

No hay consenso sobre el tratamiento. Se suelen usar antivirales, esteroides y antiagregantes/anticoagulantes.

El pronóstico es bueno. Un 25% tienen ACV recurrentes asociados a arteriopatía progresiva.



POSTERS SIN LECTURA

Debilidad muscular, parestesias y arreflexia asimétrica de implantación aguda. Caso clínico

Rodríguez Zaragoza N, Janer Ortuño S, Genaró Jornet P, Rosal Roig J, Cardona Barberán A, Sorni Hubrecht A, Suwezda A.

Introducción

El Síndrome de Guillain-Barré (GB) es una polirradiculoneuropatía inflamatoria aguda desmielinizante caracterizada por debilidad muscular simétrica, arreflexia y trastornos sensitivos.

Caso clínico

Niño de 7 años que acude a urgencias por dolor en extremidades inferiores de 3 días de evolución, parestesias distales, marcha inestable y falta de control del esfínter anal. Antecedentes: infección respiratoria 3 semanas antes. No vacunaciones recientes.

Exploración física: leve disminución de la fuerza y reflejos conservados en extremidades superiores, parestesias en manos. Extremidades inferiores: fuerza muy disminuida, arreflexia asimétrica de predominio derecho, palpación dolorosa de gemelos. Sensibilidad conservada. Deambulación limitada. Resto de la exploración normal. Hemograma, bioquímica y proteína C reactiva normal. Líquido cefalorraquídeo sin disociación albúmina-citológica. Dada la sospecha de GB iniciamos tratamiento con gammaglobulina y medidas de soporte. La progresión es ascendente con afectación de pares craneales bajos, disfagia y dificultad respiratoria progresiva por lo que decidimos observación en UCIP. No requiere ventilación asistida. El diagnóstico se confirma mediante velocidad de conducción nerviosa disminuida y aumento de la proteinorraquia. Serologías negativas excepto *helicobacter pylori*. A los 15 días inicia remisión de la sintomatología.

Discusión

El pronóstico de la enfermedad es generalmente bueno, aunque se han descrito casos con progresión ascendente provocando insuficiencia respiratoria y muerte.

La arreflexia asimétrica y la ausencia de disociación albúmino-citológica podrían haber demorado el diagnóstico en nuestro caso. La historia clínica y la exploración física son primordiales para sospecharlo e iniciar tratamiento de soporte y rehabilitador de forma precoz, para lograr una recuperación más rápida e intentar minimizar las posibles secuelas.



POSTERS SIN LECTURA

CONVULSIÓN EN RECIÉN NACIDO

Quevedo Sánchez, Eduardo. Ventura Faci, Purificación. Rodríguez Martínez, Gerardo. Bueno Lozano, Olga. Valle Gil, Sofía. Ayerza Casas A.

Sección de cuidados intensivos del servicio de neonatología del Hospital clínico universitario Lozano Blesa de Zaragoza.

Introducción: Existen diferencias clínicas entre las convulsiones del neonato y las del lactante mayor. Se debe a la inmadurez del cerebro neonatal donde predomina el desarrollo de estructuras límbicas y sus conexiones con el tronco cerebral y diencefalo, lo que justifica el predominio de fenómenos orales y anomalías de mirada, y la ausencia de crisis tónico-clónicas típicas. La etiología más frecuente es la encefalopatía hipóxico-isquémica (25 – 40%). También frecuentes son las hemorragias intracraneales, infecciones, hipoglucemia, hipocalcemia, metabolopatías de los aminoácidos, etc. Menos frecuentes son las facomatosis y la abstinencia a drogas. Las idiopáticas suponen del 3-25 %.

Caso clínico: Recién nacida a término que ingresa en unidad neonatal por presentar a las 36 horas de vida episodios de mioclonias generalizadas junto con movimientos de oclusión palpebral menores a 30 segundos de duración. No antecedentes perinatales de interés. Exploración física: Destaca aumento de la neuroexcitabilidad. Resto normal, incluyendo las constantes vitales. Afebril.

Resultados: Hemograma, bioquímica básica, Proteína C Reactiva, glucemias, calcemia, amonio y estudio de líquido cefalorraquídeo normales. Tóxicos en orina negativos. Ecografía transfontanelar, fondo de ojo y electroencefalogramas normales. Screening infeccioso negativo. Resonancia magnética nuclear: Quiste aracnoideo frontal izquierdo con área de hemorragia periférica. Presentó varios episodios convulsivos en las primeras 24 horas tras su ingreso que requirieron tratamiento con fenobarbital intravenoso.

Conclusiones: El pronóstico de las convulsiones neonatales depende de su etiología por lo que exigen un amplio estudio metabólico, infeccioso y de imagen. El tratamiento anticonvulsivo es fundamental para evitar lesiones cerebrales y para mantener estables parámetros como ph, calcio y glucemias ya que la alteración de los mismos al ser también causa de convulsión agravaría estas situaciones.



POSTERS SIN LECTURA

ABSCESO CEREBRAL COMO COMPLICACION DE SINUSITIS

Portillo Salazar S, Contreras García C, López Nicolás A, Fernández Gutiérrez M, Jiménez Guerrero MR, Valverde Molina J.

Servicio de Urgencias. Hospital los Arcos. Santiago de la Ribera. Murcia.

Introducción: Las complicaciones de la sinusitis en la infancia, aunque relativamente raras desde la introducción de la antibioterapia, suelen consistir en la propagación de la infección/inflamación por contigüidad hacia la órbita, el hueso o el sistema nervioso central, o incluso vía hematógica dada la especial vascularización de los senos. Describimos el caso de un absceso cerebral como complicación de un cuadro de sinusitis de tórpida evolución.

Caso clínico: Varón de 11 años, sano, no vacunado contra neumococo. Acude a urgencias con historia de 2 semanas de febrícula, congestión nasal y cefalea, diagnosticado por su pediatra de catarro común. Una semana después consulta por fiebre de 38°C acompañada de cefalea, continua de predominio frontal. A la exploración física se encuentra dolor a la palpación en región frontal izquierda y ambos maxilares. Se realiza Radiografía de senos en la cual se objetiva opacificación parcial de seno maxilar derecho y velamiento del izquierdo. Diagnosticándose de sinusitis e iniciando tratamiento antibiótico con Amoxicilina-clavulánico oral, el cual no tolera y precisa cambio terapéutico a cefalosporinas (3 días 2ª generación IM, posteriormente 3ª generación oral –cefixima-). Cinco días después, consulta nuevamente, por empeoramiento clínico con fiebre elevada, 40°C, episodio de desorientación de breve duración y con persistencia de la cefalea. Se detecta rigidez de nuca en los últimos grados de flexión sin signos de HIC ni otros signos de focalidad neurológica, acompañado de leucocitosis leve con neutrofilia (13,000 L -N85%-) y PCR: 3.82 mg/dl. Se realiza punción lumbar: LCR: Leucocitos 390 (PMN44%), Glucosa: 60mg/dl, Prot: 24mg/dl. Presenta nuevos episodios de desorientación por lo que se realiza TAC craneal detectándose lesión quística con realce periférico en lóbulo frontal Izq. Efecto masa sobre astas frontales y edema perilesional, ocupación de ambos senos frontales y trombosis del 1/3 anterior del seno long. Superior. Se decide traslado a servicio de Neurocirugía donde realizan trepano frontal Izq, con evacuación de gran cantidad de material purulento, aislándose *Streptococcus* Sp. Presenta evolución favorable.

Discusión: Las complicaciones intracraneales de las sinusitis, aunque raras, precisan un alto índice de sospecha dado la clínica usualmente insidiosa del proceso, evolucionando a lo largo de días o semanas, y debemos tenerlas en cuenta en procesos sinusales con mala evolución clínica y/o inadecuada respuesta terapéutica.



POSTERS SIN LECTURA

RETINOBLASTOMA VIA LEUCOCORIA

García Montes, P; López Robles, MV; Pérez Cánovas, C; Rodríguez García, J; Salinas Guirao, R y Rodríguez Caamaño J. Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

Fundamento y objetivos: El objetivo del poster es exponer, desde la óptica de Urgencias, el diagnóstico diferencial de las principales enfermedades que pueden presentarse con leucocoria en la infancia. Destacando, por orden de frecuencia, el retinoblastoma, la retinopatía del prematuro y la enfermedad de Coats. Otras enfermedades a tener en cuenta son la catarata congénita o infantil, el desprendimiento de retina, la persistencia de la vasculatura fetal y la toxocariasis, sin olvidar otros posibles tumores intraoculares y procesos inflamatorios.

Observaciones clínicas: Lactante de 12 meses, remitida a Urgencias de Pediatría por su oftalmólogo de zona, en la que se aprecia un desprendimiento masivo de retina en globo ocular derecho. Los padres refieren, únicamente, pupila derecha blanquecina en los días previos. En Urgencias, tras realizar pruebas de imagen (TC y ECO), se llega al diagnóstico de retinoblastoma. Se realiza tratamiento quimioterápico con carboplatino y etopósido, con buena respuesta hasta el momento actual. Pendiente de resultados del estudio genético.

Comentarios: El retinoblastoma es el tumor intraocular primario más frecuente de la infancia; supone el 1-3 % de todos los tumores pediátricos. Hasta un 30 % puede tener alteraciones genéticas en el gen supresor tumoral del retinoblastoma (RB1), localizado en el segmento 14 del cromosoma 13. La principal manifestación clínica es la leucocoria. En la actualidad, la quimiorreducción consigue evitar la enucleación y radioterapia externa, en fases localizadas de la enfermedad, con una tasa de curación de aproximadamente el 95 %.



POSTERS SIN LECTURA

URGENCIA ONCOLÓGICA: SÍNDROME DE LISIS TUMORAL

Zambrano Castaño, Moisés; Fernández Hernández, Santiago; Moreno Tejero, M^a Luisa; Guerrero Rico, Ana; Pintor Trevejo, Isabel; Cardesa García, Juan José

Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Materno Infantil. Badajoz

Fundamento y objetivos: El síndrome de lisis tumoral (SLT) es una alteración metabólica provocada por la rápida destrucción de células tumorales de forma espontánea o por tratamiento quimioterápico. Como consecuencia se producen hiperuricemia, hiperpotasemia e hiperfosforemia asociándose secundariamente hipocalcemia y fracaso renal agudo. Las neoplasias más frecuentemente asociadas al SLT son Linfoma no Hodgkin, LLA, LMA, Hepatoblastoma y Neuroblastoma. Situaciones de alto riesgo son aquellos pacientes con gran masa tumoral, tumor metastásico, hiperleucocitosis, compresión o infiltración del tracto genitourinario y niveles elevados de LDH y Ác. Úrico previos al tratamiento.

Observaciones clínicas: Varón de 9 años de edad que ingresa por dolor abdominal y anorexia de 1 mes de evolución asociándose en los últimos 5 días estreñimiento y vómitos. *Exploración física:* Aceptable estado general, palidez de piel y mucosas, correctamente hidratado. Afebril. TA: 124/80 mmHg (P97). No adenopatías. ACP: normal. Abdomen globuloso, depresible, dolor a la palpación en hemiabdomen izquierdo donde se palpa tumoración dura no desplazable, redondeada de unos 7 x 5 cm. *Exámenes complementarios:* Hemograma y frotis sanguíneo normal. Bioquímica: LDH: 1834 UI/l (n: 230 – 480), Ác.Úrico: 9,5 mg/dl (n: 3,5 – 7), Urea: 59 mg/dl, Creatinina: 1,5 mg/dl. Potasio: 3,9 mEq/l. Fósforo: 4,4 mg/dl. Calcio: 10,7 mg/dl; aclaramiento de creatinina: 73 ml/min/1,73 m²; Sedimento urinario > 100 Htes/c. Rx. Tórax: normal. Rx. Abdominal: efecto masa paraumbilical izquierda. Ecografía abdominal: masa heterogénea paraumbilical izquierda. TAC Abdominal: El hemiabdomen izquierdo está prácticamente ocupado por una masa hipodensa, con desplazamiento anterior de asas de intestino delgado y vasos mesentéricos; hígado: múltiples imágenes hipodensas e irregulares, una de ellas parece englobar a la porta en su rama izquierda; riñones: aumentados de tamaño, con múltiples imágenes hipodensas, sugestivas de infiltración; páncreas mal definido. Con la *sospecha clínica* de Linfoma no Hodgkin abdominal, tipo Burkitt, estadio IV y los datos de insuficiencia renal, secundaria a lisis tumoral e infiltración renal, se inicia tratamiento de la lisis tumoral con hiperhidratación, hipouricemiantes, alcalinización de la orina y quelantes del fósforo y se completa estudio anatomopatológico y de extensión, confirmándose el diagnóstico de sospecha. El paciente precisó hemodiálisis y falleció a los 2 meses del diagnóstico por complicaciones del tratamiento.

Comentarios: El Síndrome de Lisis Tumoral es una complicación metabólica que resulta en un aumento de la morbi-mortalidad en pacientes con neoplasias potencialmente curables. El manejo de estos pacientes va dirigido al control de las alteraciones metabólicas y prevención del desarrollo de una insuficiencia renal. Es una urgencia médica que todos los pediatras deben saber reconocer y manejar, pues la evolución de estos pacientes va a depender de la instauración precoz de un tratamiento profiláctico antes que se establezca el fallo renal.



POSTERS SIN LECTURA

Fiebre prolongada y pancitopenia. Caso clínico.

Rodríguez Zaragoza N, Janer Ortuño S, Genaró Jornet P, Cardona Barberán A, Sorní Hubrecht A, Suwezda A, Mercè Gratacós J.

Hospital de Tortosa Verge de la Cinta

Introducción

La Leishmaniasis visceral, kala-azar, es una enfermedad endémica del mediterráneo, predominante en áreas húmedas (Delta del Ebro). Debemos sospecharla cuando un niño presente fiebre prolongada, hepatoesplenomegalia y pancitopenia.

Caso clínico

Niña de 3 años que acude a urgencias por tos, vómitos, sudoración nocturna, rechazo parcial del alimento, astenia y fiebre de dos semanas de evolución. Viven en ambiente neo-rural, rodeados de muchos animales sin control veterinario. Exploración física: mal estado general. Palidez de piel y mucosas. Irritable. Distensión abdominal, esplenomegalia palpable hasta cresta iliaca, mínima hepatomegalia. Resto de exploración por aparatos normal. En la analítica destaca hemoglobina 7.3g/dl, leucocitos 2.800 (27.2% segmentados, 62.2% linfocitos), plaquetas 92.000, proteínas totales 8,9g/dl. Punción-aspiración de médula ósea: parasitación del sistema retículo-endotelial por amastigotes de leishmanias. La respuesta al tratamiento con anfotericina B liposomal es favorable. Seguimiento clínico y analítico posterior sin incidencias.

Discusión

El Kala-azar es producida por *Leishmania infantum* y transmitida por el mosquito del género *phlebotomus*, cuyo reservorio son roedores, cánidos salvajes y perros domésticos. Suele manifestarse con la triada consistente en fiebre, esplenomegalia y pancitopenia. Aunque la clínica es típica, el diagnóstico puede demorarse si no se tiene un elevado índice de sospecha. El diagnóstico diferencial incluye los síndromes linfoproliferativos, con un tratamiento y pronóstico muy diferentes. La evolución con el tratamiento suele ser rápidamente satisfactoria. Debemos recordar que no existe inmunidad permanente para la enfermedad, por lo que las medidas de prevención ambientales son muy importantes para evitar reinfecciones.



POSTERS SIN LECTURA

CRISIS HEMOLÍTICA EN LA CONSULTA DE URGENCIAS: ¿FAVISMO?

Autores: Galván Villar, V. Fernández Carbonero, M. Vagace, J.M. Zarallo Cortés, L. Cardesa García, JJ. Hospital Materno Infantil (Complejo Hospitalario Infanta Cristina), Badajoz.

Introducción: El déficit de Glucosa 6-PDG se caracteriza por episodios de anemia de aparición brusca (crisis hemolíticas). Son provocadas por medicamentos, infecciones o alimentos, especialmente las habas (favismo). Su transmisión es hereditaria (ligada al sexo).

C. Clínico: Lactante de 2 años, de etnia gitana, que acude a urgencias por febrícula e ictericia de 48 horas de evolución, sin otra sintomatología acompañante. Previamente había realizado alguna deposición líquida y orinas oscuras.

AP: Correctamente vacunado, no ingestión previa de medicamentos. AF: 3 hermanos sanos. Domicilio en un campo de habas.

Exploración: Regular estado general. Mal aspecto, coloración morena (etnia gitana), subictericia, siendo el resto de exploración sistemática normal. Pruebas complementarias: Hemograma: Hb 6.3 gr/dl. Hcto 18.9%. VCM 93.3 fl. HCM 30.9 pg. CHCM 33.1 gr/dl. RDW 18.5 %. 27.300 leucocitos (42% S). 778.000 plaq/mm. Frotis de sangre periférica: leucocitosis con desviación izquierda, trombocitosis. No se observan blastos. Serie roja policromasia +++ y algún excentrocito y eritroblasto aislado. Reticulocitos > 20%. Coombs directo negativo. Bioquímica: BbT 1.2 mg/dl. BbD 0.2 mg/dl. Resto normal. Haptoglobina 175 mg/dl. Orina, urocultivo y hemocultivo negativos. Rx tórax normal. Test sucrosa negativo. Estudio HPN negativo. Test Donald Landsteiner negativo. Test azul metileno positivo.

Se instauró tratamiento antibiótico, desapareciendo la fiebre y recuperándose espontáneamente la hemoglobina, sin precisar transfusión.

Conclusiones:

Existen varias situaciones que pueden provocar este cuadro, en pacientes con déficit de G-6-PDG, entre los que destacan determinados medicamentos, situaciones infecciosas y alimentos como las habas, tanto frescas como secas e incluso está descrita la provocación de la crisis por inhalación del polen de la planta.

El paciente que nos ocupa no había ingerido ningún medicamento previo ni había comido habas, pero vivía en un campo de habas y había estado con su madre mientras esta limpiaba las habas durante toda la semana. En ningún momento había comido ninguna por lo que es de suponer que la coincidencia de un proceso catarral con la inhalación del polen de la planta precipitó la crisis.

Entre las recomendaciones con respecto a la alimentación de pacientes con déficit de G-6-PDG está prohibida la ingesta de habas y de sus derivados y se recomienda evitar el contacto próximo con la planta de la haba. Si toma leche materna ésta tampoco debe de tomarlas.



POSTERS SIN LECTURA

¿Podemos estratificar el riesgo en los cuidados pediátricos en urgencias?

Autores: Martín Rodríguez, M*; Mayor Martín, AB*; Martín Rodríguez, J*; Ruíz Lavela, FM**; Herrera Nicolás, S*; García Pina, M^a J*.

* Enfermero ** Médico adjunto de urgencias

Centro de trabajo: Servicio de Urgencias del Hospital Los Arcos.

Introducción:

La estratificación de riesgos del paciente pediátrico en urgencias debiera ser una de las prioridades de cualquier hospital dada las especificidades del mismo y las repercusiones profesionales y sociales que tienen cuando estos, los riesgos, pasan de ser entes latentes a problemas reales, es por ello que los profesionales de enfermería deben estar familiarizados en su prevención integral.

Objetivos:

- 1º Prevenir y detectar complicaciones debidas a errores.
- 2º Ser eficientes y efectivos en los cuidados asegurando la calidad asistencial.
- 3º Conseguir cambios en la organización que optimicen la asistencia.

Metodología:

Estudio descriptivo observacional mediante revisión bibliográfica y mediada por la experiencia profesional en urgencias, a través de entrevista a los profesionales de Enfermería de urgencias del Hospital Los Arcos, recabando información complementaria y necesaria para el mismo.

Resultados:

Teniendo presente la premisa de que la sola presencia de un niño en urgencias ya supone un riesgo para su salud, se pueden realizar estudios enfocados a minimizar los mismos y evitarlos en la medida de lo posible.

Es posible revisar la actuación en diversos procedimientos, tales como:

Yatrogenia en procedimientos invasivos, errores en la medicación, prevención de efectos secundarios, caídas, identificación reglada del paciente, de sus registros y de sus muestras, información adecuada, etc.

Esta revisión nos permite obtener datos objetivos que permiten identificar oportunidades de mejora capaces de resultar en unos cuidados impartidos con más calidad

Conclusiones:

Es imperativo el seguimiento del desarrollo profesional para poder detectar errores y que se valide el trabajo realizado, lo cuál antecede a los cambios oportunos en aras de lograr una sólida metodología de trabajo con criterios científicos. Ello no impide que se realicen modificaciones en los hábitos laborales basados en la evidencia.



POSTERS SIN LECTURA

TRANSPORTE EN AMBULANCIA A URGENCIAS DE PEDIATRÍA: ¿ES ADECUADO?

Zardoya Santos Patricia, Garatea Rodríguez María, Martínez Cirauqui Diana, Lavilla Oiz Ana, Iceta Lizarraga Ainhoa, Clerigué Arrieta Nuria.

Urgencias de Pediatría. Hospital Virgen del Camino de Pamplona

Introducción

El traslado de pacientes pediátricos no siempre se coordina por personal especializado en pediatría. Analizar si la derivación y el manejo en ambulancia es adecuada a la gravedad de la patología.

Material y métodos

Estudio prospectivo descriptivo de pacientes trasladados en ambulancia a urgencias de un hospital terciario del 1 junio al 31 octubre 2007. Se recogieron datos de filiación, motivo de consulta, procedencia, manejo y destino. Se analizó mediante SPSS 14.0. Para analizar la gravedad se utilizó la escala canadiense con 5 niveles (1 el más grave).

Resultados

Se trasladaron en ambulancia 155 pacientes (60% varones, 40% mujeres), siendo medicalizadas el 52%. Edad media 7.1 años. El 27% de pacientes fueron remitidos de atención primaria y el 10% trasladados de otro hospital. El motivo de traslado fue traumatismo en 32%, convulsión en 30%. El 73% de los trasladados presentaban niveles 3 y 4 de gravedad. Cuando la derivación era indicada por médicos el 50% presentaban nivel 1-2. Todos los pacientes de gravedad 1 y 2 venían con oxígeno, vía periférica y monitorización. Se administraron fármacos en el 13% y se realizó inmovilización en 45% de traumatizados (47% de traslados medicalizados, 33% de no medicalizados). Un 35% ingresaron en planta, 22% en observación, 4.5% en UCIP y un 38.5% fueron dados de alta.

Conclusión

La mayoría de traslados en ambulancia no son de gravedad, aunque son pacientes que requieren atención hospitalaria, dado el elevado porcentaje de ingresos entre ellos. El manejo de los pacientes graves es correcto.



POSTERS SIN LECTURA

JUSTIFICANTES PARA EL TRABAJO SOLICITADOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS

Hernando Puente M, Fernández López T, Rodríguez Ogando A, Adrián Gutiérrez, Javier, Marañón Pardillo R, Merello Godino C.
S Urgencias HGU Gregorio Marañón. Madrid.

INTRODUCCION

En los últimos años se ha observado un aumento de la presión asistencial en los servicios de Urgencias Pediátricas. Es interesante analizar la petición de justificantes por parte de los padres.

OBJETIVOS

El objetivo de nuestro estudio es analizar las características de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias cuyos acompañantes solicitan justificante de su estancia.

METODOLOGIA

Realizamos un estudio descriptivo revisando los pacientes atendidos en Urgencias que solicitan justificante de su estancia. Se recogieron las siguientes variables: día, hora, acompañante, edad, sexo, motivo de consulta, prioridad, remitido, pruebas complementarias, observación, diagnóstico, tiempo de estancia e ingreso.

RESULTADOS

De 31.647 pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias de un hospital terciario entre julio y noviembre de 2007, 1.255 (3,96%) solicitaron justificante. La edad media fue de 4,8 años y la distribución por sexos 56,6% varones y 43,4% mujeres. 73,5% de los justificantes fueron solicitados en días laborables; 25,5% de ellos en lunes. La mayor parte se pide en horario laboral habitual, pero destaca que 28% de los justificantes son requeridos de 8 de la tarde a 8 de la mañana. El pico máximo de solicitudes es de 9 a 12 de la mañana (37%). La principal consulta fue fiebre seguida de síntomas gastrointestinales y traumatismos; sólo 19% fueron triados como prioritarios y 8% acudían remitidos. Un tercio precisaron pruebas complementarias y/o observación y 3% fueron ingresados.

CONCLUSIONES

El 81% de los justificantes solicitados fueron triados como prioridad 4-5, y una cuarta parte fuera del horario laboral habitual.