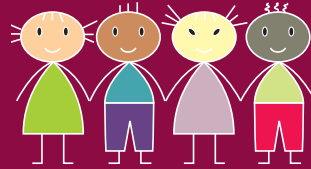


# XIV



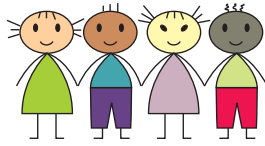
Reunión Anual de la Sociedad  
Española de Urgencias de Pediatría



Zaragoza, 2-4 abril 2009



## Posters defendidos



Viernes 3 de abril, 10:15 h

## ORGANIZACIÓN, CALIDAD, TRIAJE

*Moderador:* Dr. M. Jariod Pàmias

1 ANÁLISIS TEMPORAL DE DIEZ AÑOS DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS NO TRAUMATOLÓGICAS EN EL HOSPITAL DE CABUEÑES (GIJÓN). J. Melgar Pérez, C. Suárez Castañón, E. Fernández Fernández, P. García Peleteiro, J. Pérez, M.A.Pisano. *Unidad de Urgencias de Pediatría. Hospital de Cabueñes (Gijón).*

**Objetivo.** Conocer la distribución temporal (años, meses, días de la semana, horas) de las urgencias pediátricas no traumatológicas durante 10 años en un servicio de pediatría de un hospital cabecera de área sanitaria.

**Material y métodos.** Estudio ecológico de los datos informáticos de todas las urgencias pediátricas hospitalarias (0 a 14 años) no traumatológicas (aunque si se incluyen los traumatismos craneoencefálicos) en el Área Sanitaria V del Principado de Asturias (Hospital de Cabueñes) entre el 1-1-1999 y el 31-12-2008. Análisis temporal.

**Resultados.** Durante los 10 años estudiados se contabilizaron 175.755 visitas a urgencias de pediatría (no traumatológicas) correspondientes a 51.115 niños diferentes. El número de urgencias varió desde las 13.854 del 1999 a 20.329 del 2008. La media de niños atendidos al día fue de 48 (IC 95% 47-48), con un mínimo de 13 y un máximo de 145 niños al día. Los meses de menor afluencia fueron julio y agosto (33-34 niños/día) y el de mayor número de visitas diarias diciembre (65 niños/día). Las visitas ocurrieron por la mañana en 31%, por la tarde en 46% y por la noche en 23%. Los días de mayor afluencia fueron los domingos (64 niños/día) y los de menor número de visitas los miércoles (40 niños/día). La media de visitas por cada niño fue de 3, con un rango de 1 a 66 visitas durante los 10 años. El 0,6% de los niños (302) acudieron a urgencias más de 20 veces. Del total de las 175.755 visitas analizadas, se produjo un 8,3% de ingresos y un 0,59% de traslados.

**Conclusiones.** Durante los últimos 10 años ha existido un aumento progresivo de las visitas a urgencias en nuestro centro, con un perfil temporal constante y muy claro en la distribución temporal de las mismas. Su análisis temporal y la posible influencia de otros factores podrían servir para calcular previamente el consumo de este recurso y adecuar la asistencia necesaria. (Esta comunicación se ha realizado con una Ayuda de Investigación de la Fundación Ernesto Sánchez Villares de Pediatría).



2 AFLUENCIA EN LACTANTES MENORES DE 1 AÑO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS DEL HOSPITAL DE FUENLABRADA. F. Cordones Blanco, B. Toribio Rubio, S.S Carazo Camacho, D. González Bravo, C. Miguéles Guerrero, A. De la Peña Garrido. *Hospital de Fuenlabrada. Madrid.*

**Resumen.** En el servicio de urgencias Pediátricas de nuestro hospital se viene observando una sobreutilización y constante crecimiento de las consultas de los lactantes menores 1 año. En estos niños los signos y síntomas de enfermedad son más imprecisos y llamativos provocando un mayor grado de angustia y alarma en los padres. Esto unido a la vulnerabilidad de esta etapa de la vida y a la utilización de la urgencia como un recurso accesible, que no precisa derivación ni filtración alguna y que se puede utilizar para cualquier consulta derivada de un problema de salud, hace que bastante a menudo el servicio incremente en demasía la demanda.

**Objetivo general.** Conocer qué factores pueden influir a la hora de ofrecer al usuario una atención satisfactoria y de calidad.

**Objetivos específicos.** Conocer cuáles son los problemas de salud más frecuentes para adecuar la educación para la salud a cada motivo de consulta o necesidad detectada, determinar los días de la semana de más afluencia, conocer la “hora pico” en los fines de semana, comparar el porcentaje de casos de 0-14 años con la población menor 1 año, comparar la demanda entre sexos, conocer el destino al alta para determinar la gravedad de las consultas.

**Metodología.** Es un estudio descriptivo retrospectivo transversal que abarca el primer trimestre del año 2008.

**Resultados.** De 8581 casos totales vistos en la Urgencia Pediátrica en el primer trimestre del año 2008, 1933 casos corresponden a población menor de 1 año, lo que supone un 22.52% de la población. Enero: ingresos: 5.7%; alta fuga 0.1%; domicilio: 94.1%. Principales motivos de consulta más frecuentes: Fiebre: 24.1%, respiratorio: 27.9%. Hora pico: las 10 horas, seguido de las 11 horas y en tercer lugar las 12 horas. Día de más afluencia: martes 1 de enero, seguido del lunes 7. Hora pico fin de semana: 11 horas y 17 horas. Febrero: ingresos: 5.5%; alta fuga: 1 (0.1%); domicilio: 94.3%. Hora pico: las 20 horas, seguido de las 19, 21, 22 y 12 horas, en este orden. Día de más afluencia: Domingo 24 de febrero, seguido del viernes día 1 y el domingo 17. Hora pico fin de semana: 20 horas seguido de las 10, 11 y 18 horas por este orden. Marzo: ingresos: 4.9%; alta fuga: 0.3%; domicilio: 94.5%, éxitus: 0.1%, traslado a otro hospital: 0.1%. Hora pico: las 16 horas, seguido de las 12, 17 y 20 horas, en este orden. Día de más afluencia: domingo 16 de marzo, seguido del sábado 29 de marzo. Hora pico fin de semana: 16 horas seguido de las 12, 17 y 20 horas por este orden.

**Conclusiones.** Un alto porcentaje de la población vista en el primer trimestre corresponde a menores de 1 año. El destino mayoritario al alta es al domicilio, por lo que consideramos que la mayoría de las consultas son banales. Los días de más afluencia son los fines de semana. Durante los fines de semana estudiados, en enero y marzo ha existido más afluencia en el turno de mañana. La demanda del sexo masculino es mayor que la del femenino. Los motivos de consulta más frecuentes han sido por orden: fiebre, tos, dificultad respiratoria, vómitos, exantemas/ lesiones cutáneas/dermatitis, diarrea, llanto inconsolable y dolor abdominal.



3 ASISTENCIA PEDIÁTRICA DE URGENCIAS DE ATENCIÓN PRIMARIA UBICADA EN UN HOSPITAL. G.M. Lou Francés, E. Gracia Cervero, P. Blasco Aules, A. Lázaro Aláez, G. Manjón Llorente, C. Ruiz de la Cuesta Martín. *Hospital Royo Villanova. Zaragoza.*

**Objetivos.** Estudiar la demanda en un Servicio de Atención Primaria de Pediatría. Conocer las características de los pacientes que acuden a urgencias en horario nocturno.

**Material y métodos.** Hemos analizado el número de episodios registrados en tres épocas diferentes del año en nuestra Unidad de Pediatría ubicada en el Servicio de Urgencias de un Hospital terciario que no dispone de hospitalización pediátrica. 3297 niños menores de 14 años en 3 meses de diferente estación. Hemos recogido la edad, el género, si han sido remitidos por su pediatra, si son dados de alta a domicilio, ó remitidos al Hospital de referencia, la patología referida por los padres, las pruebas diagnósticas realizadas, y el diagnóstico final. Hemos recogido la hora en la que utilizan nuestra Unidad atendida por Pediatras; hemos clasificado en 2 grupos, antes de las 0 horas y después.

**Resultados.** Número de pacientes registrados: Enero: 1526. Marzo: 1335. Julio: 436. Media de edad±Desviación Estándar (DE): 3,99±3,34. Niños: 52,4%. Niñas: 47,6%. Remitidos por su pediatra: 1,2%. Patologías referidas más frecuentes: Fiebre 37,9%. Síntomas respiratorios 23,4% y Traumatismos 6,3%. Diagnósticos más frecuentes: Síndrome febril 12,7%, Infección de vías respiratorias altas 12,3%, Faringoamigdalitis aguda 11,5%, Otitis media aguda (OMA) 10,3%, y Traumatismos 6,2%. La única diferencia significativa se observa en las bronquitis y heridas, con más frecuencia en niños que en niñas. Pruebas no se han realizado en el 84,1%. Y en el 10,8% se ha solicitado estudio radiológico. Alta domiciliaria reciben el 96,5% de los pacientes. Traslados con UVI móvil: 0,3% (mayoría de crisis febriles). 3,2% se les envía al hospital de referencia para completar estudio ó para observación. Vistos hasta las 0horas: 91,7%. A partir de las 0 horas: 8,3%. Patologías más frecuentes nocturnas: Otalgia/OMA 38,7%, vómitos 18,8%, distrés respiratorio 15,9%, dolor abdominal 15,1%. Se realizan exploraciones complementarias en el 16,7% hasta las 0h, y el 6,9% a partir de las 0 h, pruebas de radiodiagnóstico en el 36% de los casos.

**Conclusiones:**

- El número de pacientes en invierno son más numerosos que en verano. La edad media es muy similar, entre 3 y 4 años de edad.
- La patología es diferente, en invierno hay más síndromes febriles, y en verano aumenta la frecuencia de GEA y Traumatismos.
- En más de la mitad de los casos ha sido suficiente una correcta anamnesis y exploración física no habiéndose realizado pruebas complementarias en el 84,1%.
- Los traslados (3,2%) fueron en su mayoría patologías que requerían de especialistas en Hospital de referencia; en UVI móvil fueron trasladados el 0,3% de nuestros niños.
- La presión asistencial en urgencias de pediatría disminuye por la noche. La patología nocturna más frecuente es la otalgia/OMA.



4 **CARACTERÍSTICAS DE LA PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE UNA UNIDAD DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS EN UN HOSPITAL DE ADULTOS.** M. De Ceano-Vivas la Calle, C. Puente Sánchez, I. Martos Sánchez, J. Adrián Gutiérrez, R. Jiménez García, E. Román Riechmann. *Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda. Madrid.*

**Introducción.** La puesta en marcha de un nuevo Servicio de Pediatría en un Hospital de área de alta complejidad, con una trayectoria previa de 44 años sin asistencia pediátrica reglada, que se traslada de ubicación y, simultáneamente, sufre un proceso de informatización plena, conlleva una serie de dificultades que interfieren en su desarrollo.

**Objetivo.** Describir las situaciones problemáticas identificadas en la apertura de una Unidad de Urgencias Pediátricas en un Hospital de adultos.

**Análisis.** Los problemas detectados fueron analizados desde distintos niveles:

- Administrativo: El flujo del paciente pediátrico está incluido dentro del circuito general de admisión, haciéndose necesarias estrategias para agilizar el proceso.
- Recursos humanos: Necesidad de formación específica en pediatría del personal sanitario no médico.
- Equipamiento: Preciso completar la dotación de mobiliario, electromedicina y material fungible específicos de una Unidad Pediátrica.
- Farmacológico: Necesidad de adaptar la guía fármaco-terapéutica previa a los requerimientos de la Unidad, incluyendo fármacos de uso exclusivo pediátrico, presentaciones pediátricas de fármacos ya existentes y elaboración de fórmulas magistrales específicas de la edad pediátrica.
- Laboratorio (bioquímica, hematología, microbiología y banco de sangre): Requirió incluir en los catálogos de pruebas las técnicas oportunas para adaptarse a las necesidades de la nueva Unidad, así como adecuar los analizadores a las micro-muestras, imprescindibles para la atención pediátrica.
- Relaciones con otras especialidades: Colaboración con otros especialistas (ORL, Oftalmología, Traumatología, Cirugía, Radiología y Anestesia) en la atención integral del niño, elaboración de nuevos protocolos de actuación conjunta y actualización de estos especialistas en el ámbito pediátrico.

**Conclusiones.** La inauguración de una nueva Unidad de Urgencias Pediátricas en el seno de un Centro Sanitario de atención especializada de adultos, ha supuesto un reto para todos los profesionales del hospital y ha requerido un gran esfuerzo y un alto nivel de implicación de todo el personal. Todo ello ha hecho posible la apertura de esta Unidad, cuyo objetivo principal es conseguir la excelencia en la calidad asistencial.



5 **CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES REMITIDOS A URGENCIAS DE PEDIATRÍA DE NUESTRO HOSPITAL.** M. González Sánchez, E. Larrea Tamayo, S. Suárez Saavedra, J. Mayordomo Colunga, M. García González, J. Rodríguez Suárez. *Unidad de Urgencias Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias.*

**Objetivos.** Describir las características de los pacientes remitidos desde atención primaria a nuestra unidad de Urgencias de Pediatría. Conocer si existen diferencias entre esos pacientes en función de que sean remitidos por el pediatra (PAP) o por el médico de familia (MF), refiriéndonos tanto a sus características epidemiológicas como clínicas.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo a partir de los informes de urgencias de todos aquellos pacientes remitidos desde el centro de salud en un periodo de 2 meses (24/11/08 al 24/01/09), tanto por el PAP como por el MF. Se recogen características epidemiológicas y clínicas de los pacientes, así como el día (laborable o festivo) y la hora de atención (mañana: 8-15 h, tarde 15-22 h y noche 22-8 h). Se excluyeron los pacientes remitidos de otros hospitales.

**Resultados.** Se recogieron un total de 333 pacientes derivados, lo que supone un 4,7% del total de urgencias atendidas en ese periodo (5159). El 46,4% fue remitido por el PAP y el resto por el MF. El 57,1% fueron varones y la edad media de los pacientes fue de 63 meses. El día con una mayor tasa de derivación fue el viernes (19%), seguido del lunes y el martes (ambos 18%). La mayoría de los pacientes fueron enviados en el turno de tarde (48%) y de mañana (46%). Las patologías más frecuentemente derivadas fueron los cuadros febriles (22,3%) y los traumatismos (15,7%) y los diagnósticos finales más encontrados fueron el síndrome febril (14,5%) y patología traumatológica (14,8%). Respecto al motivo de remisión un 61,6% solicitaba nueva valoración: 78,5% de los MF y 42,5% de los PAP ( $p < 0,000,1$ ), seguidos en éste último caso por la realización de pruebas complementarias (40,5%). La mitad de los pacientes llevaba menos de 24 horas de evolución con el cuadro que motivó su visita. En cuanto a su atención en el servicio de urgencias, al 47,6% no se les realizaron pruebas complementarias (de ellos 2/3 procedían del MF;  $p < 0,001$ ) y el estudio más practicado resultó ser la analítica sanguínea (16,5%) y la radiografía ósea (14%). Sólo un 13% precisaron ser valorados por otro especialista y 80,7% no recibieron ningún tratamiento en urgencias (los broncodilatadores fueron la terapéutica más utilizada). La tasa de hospitalización global fue 11,5% (3,4% de los remitidos por el MF y 20,3% de los remitidos por el PAP;  $p < 0,0001$ ).

**Conclusiones:**

- La mayoría de los pacientes acuden a Urgencias de Pediatría sin ser valorados previamente en su centro de salud.
- Los PAP derivan una gran parte de pacientes para realizar pruebas complementarias, por lo que un mejor acceso a las mismas probablemente disminuiría notablemente las remisiones.
- Los pacientes remitidos por el MF tienen una menor tasa de ingreso y se les realizan un menor número de pruebas complementarias.



6 IMPORTANCIA DE LOS TRASLADOS PEDIÁTRICOS DESDE LAS URGENCIAS DE UN HOSPITAL GENERAL.  
J. Planas Morant, M. Del Vecchio, M. Redondo, A. Nevot, M.C. Vidal. *Fundación Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca.*

**Introducción.** La estructura de nuestro sistema sanitario ha cambiando en la última década. La apertura continuada de nuevos hospitales generales y comarcales que atienden las urgencias pediátricas va en aumento en los últimos años, provocando la necesidad de mejorar y optimizar las derivaciones interhospitalarias. *Objetivo:* Analizar la incidencia y las causas de los traslados realizados de un hospital general, Hospital Son Llàtzer, al Hospital de referencia especializado del área sanitaria les Illes Balears, Hospital Son Dureta, en los 2 últimos años, 2007 y 2008.

**Método.** Estudio descriptivo y retrospectivo de los datos de la estadística de urgencias pediátricas del Hospital Son Llàtzer (HSL), gran hospital general nivel II, sin cirugía pediátrica ni UCIP. *Resultados:* El número de pacientes visitados en las urgencias pediátricas del HSL en 2007 y 2008, excluyendo las urgencias traumatológicas, son de 2.090 y 2.120, respectivamente. La incidencia de traslados desde urgencias al Hospital de referencia, en el 2007 y 2008, es del 2,9 y 3,1% respectivamente. De éstos, el 30% requirieron traslado con U.V.I pediátrica. Las causas más frecuentes de traslados fueron la necesidad de cirugía pediátrica (57,4%), de cuidados intensivos (22,8%), de valoración por causas digestivas (7%), oncológicas (2,3%) y otras causas (10,5%). Dentro de la necesidad de cirugía pediátrica diferenciamos, que el 7,8% precisó valoración por neurocirugía, el 4% por cirugía maxilofacial y el 2,4% por cirugía plástica. El 100% de los traslados pediátricos desde urgencias, fueron traslados terapéuticos, por necesidad de realizar gastroscopias, broncoscopias, tratamiento quirúrgico y/o precisar cuidados intensivos.

**Conclusiones.** En nuestro centro la mayoría de los traslados son por necesidad de cirugía pediátrica o por la necesidad de cuidados intensivos. En un hospital general que no tiene todos los recursos, materiales ni de personal especializado, para la atención del paciente pediátrico, es de vital importancia para el buen manejo de los enfermos, que existan unos criterios definidos para indicar el traslado.

Cabe destacar la importancia del transporte pediátrico especializado, sobretodo cara el paciente pediátrico grave que es estabilizado en un hospital general, sin UCIP, y precisa o precisará cuidados intensivos.





7 TRASLADOS DESDE UN PUNTO DE ATENCIÓN CONTINUADA DE PEDIATRÍA AL HOSPITAL DE REFERENCIA. G. Manjón Llorente, C. Ruiz de la Cuesta Martín, A. Lázaro Aláez, I. Lostal Gracia, E. Gracia Cervero, G.M. Lou Frances. Sector I. Hospital Rojo Villanova. Zaragoza.

**Objetivos:**

- Estudiar los pacientes que han precisado traslado a hospital de referencia desde un punto de atención continuada de pediatría ubicado en urgencias de otro hospital.
- Describir la patología más frecuente y el medio de transporte utilizado para el traslado.

**Pacientes y métodos.** Se han analizado 33.067 pacientes atendidos en nuestra unidad en 5 semestres diferentes elegidos de forma aleatoria, en el periodo comprendido entre 2004 y 2008. De aquellos que precisaron traslado, se ha analizado edad, sexo, hora de consulta, diagnóstico, tratamiento realizado en Urgencias y modo de realizar el traslado (UVI móvil o vehículo particular).

**Resultados.** Se han trasladado 1599 niños (4,8%), con una media de edad  $\pm$  Desviación Estándar (DE):  $4,9 \pm 3,91$  años. De ellos el 52,9% fueron niños y el 47,1% niñas. El 90,9% de los traslados se realizaron antes de las 0 horas. El diagnóstico más frecuente que motivó el traslado, en un 25,4% fue patología traumática con fractura, por no disponer en nuestro hospital de Servicio de Traumatología en el momento de estudio. Síndrome febril con sospecha de sepsis fue motivo de traslado en el 11,4%. Sospecha de pielonefritis 9,4% por carecer de la posibilidad de realizar sedimento de orina y urocultivo. Heridas complicadas 8,6%. Traumatismos craneoencefálicos con pérdida de conciencia o fractura craneal (5,4%) por carecer de sala de observación y de enfermería de pediatría.

El 92,7% no requirió tratamiento previo al traslado. Preciso tratamiento estabilizador el 7,1% y reanimación cardiopulmonar avanzada el 0,1%. Se trasladó en UVI-móvil el 4,6%.

En el año 2004 los traslados supusieron el 4,65% siendo los motivos mas frecuentes: fracturas 27,7%, síndrome febril 9,5%. En el 2005 se trasladaron el 4,28%, el motivo más frecuente síndrome febril 21,8% seguido de fracturas 19,2%. En el 2007 se trasladaron el 3,8% siendo las fracturas un 24,7%, sospecha de pielonefritis 12,8%. En el 2008 supusieron el 3,2%, el motivo más frecuente, con el 26,9%, fueron las fracturas y heridas en un 12,5%. No existen diferencias significativas en el porcentaje de traslados en los distintos periodos.

**Conclusiones:**

- La patología atendida en nuestro punto de atención continuada (PAC) precisa ocasionalmente tratamiento estabilizador e incluso reanimación cardiopulmonar avanzada.
- El porcentaje de traslados se ha reducido, siendo aun importante el número de familias que precisan acudir a dos hospitales para la resolución de la patología.
- El traslado de la mayoría de los pacientes se debe a la carencia de servicio de traumatología en nuestro hospital. Un buen porcentaje de traslados se podría evitar con la dotación adecuada de una sala de observación con asignación de turnos de enfermería de pediatría.





8 **TRANSPORTE URGENTE EN AMBULANCIA ¿REALMENTE SE NECESITA SIEMPRE QUE SE USA? R. Gil Aparicio, V. Trenchs Sainz de la Maza, D. Muñoz Santanach, C. Cayuela Guerrero, C. Luaces Cubells. Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Hospital Universitari Sant Joan de Deu. Universitat de Barcelona.**

**Introducción y objetivo.** Durante los últimos años diferentes comunidades autónomas han realizado campañas para promover y concienciar a la ciudadanía “el buen uso de la ambulancias”. La intención es racionalizar los servicios sanitarios dado que cada día parece más usual que la población emplee una ambulancia como si de un taxi se tratara. Este trabajo pretende determinar si todos los pacientes traídos en ambulancia a Urgencias de Pediatría la precisaban o si podrían haber sido trasladados adecuadamente con otro tipo de transporte.

**Material y métodos.** Estudio analítico-observacional. A través del registro informatizado de la historias clínicas de nuestro hospital se extrae una muestra aleatoria de 300 pacientes (15%) de los 1995 que durante el año 2008 acudieron en ambulancia a la Sección de Pediatría del Servicio de Urgencias. Se revisa el informe de alta de cada uno de los pacientes y se aplica la “PANE tool” (Pediatric Ambulance Need Evaluation tool) que estima a través del diagnóstico al alta qué pacientes precisaban de una ambulancia (básica y/o de soporte avanzado) y los que podrían haber empleado otro tipo de transporte.

**Resultados.** La mediana de edad de los pacientes que acudieron en ambulancia durante el 2008 fue de 7.2 años (p25-75: 2.1-14.6 años). El 52.2% eran de sexo masculino. El 26.7% ingresaron. El análisis de la muestra aleatoria refleja los siguientes datos. Se conoce la procedencia de 200 (66.6%) de los niños, la mayoría acudieron desde su domicilio (96 casos -48%; IC95% 41.4-54.6%), un Centro de Atención Primaria u otro hospital (36 casos de cada uno-18%; IC95% 12.9-23.1%). Sus diagnósticos más frecuentes fueron crisis epiléptica/convulsión afebril (38-12.7%; IC95% 9.2-16.1%), convulsión febril (36-12%; IC95% 8.6-15.4%), crisis de broncoespasmo/bronquiolitis (33-11%; IC95% 7.7 -14.3%), lipotimia/síndrome vasovagal (28-9.3%; IC95% 6.3-12.4) e ingesta de tóxico (27-9%; IC95% 6-12%). Con la PANE tool se estima que 93 (31%; IC95% 26.2-35.8%) pacientes podrían haber empleado otro transporte para acudir a la consulta. Sus principales diagnósticos fueron convulsión recuperada en epiléptico (23-24.7%), crisis de ansiedad (12 -12.9%), síndrome febril (12 -12.9%), infección respiratoria de vías altas (9-9.7%) y gastroenteritis aguda (6-6.5%). Al comparar estos pacientes con los clasificados como trasladados en ambulancia adecuados, no se detectan diferencias significativas en la edad, ni en el sexo ni en la procedencia; aunque se aprecia que los remitidos de otros centros sanitarios presentan menos transportes inadecuados que el resto (20.8 vs 32%; p=0.09). Los pacientes clasificados como transporte adecuado se asocian con mayor número de ingresos (28 vs 16.1%; p= 0.026).

**Conclusiones.** La mayoría de pacientes trasladados en ambulancia la precisan. Sin embargo, tanto la población general, como los profesionales sanitarios, deberíamos ser conscientes de los gastos que comporta el uso inadecuado de este recurso, e intentar reducir al máximo los traslados de pacientes que podrían acudir a Urgencias por otros medios.



9 ENCUESTA NACIONAL SOBRE TRIAJE EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS. J.M. Quintillá Martínez, Grupo de Trabajo de Triaje de la SEUP. *Hospital Sant Joan de Déu-Universitat de Barcelona.*

**Introducción.** El desequilibrio entre demanda y recursos hace útil disponer de un sistema que permita clasificar a los pacientes en función del grado de urgencia. Para ello, en los últimos años se han desarrollado diferentes escalas de triaje a nivel internacional. No hay estudios sobre el uso de estos sistemas en los servicios de urgencias pediátricos (SUP) de nuestro país.

**Objetivos.** Estudiar el grado de implantación y las características de los sistemas de triaje (ST) que se utilizan en los SUP españoles.

**Material y métodos.** En el seno del Grupo de Trabajo de Triaje de la SEUP se elaboró una encuesta que abarcaba diferentes aspectos organizativos de las urgencias pediátricas en relación con el triaje: datos demográficos y nivel del centro, gestión administrativa de la llegada de los pacientes, espacios de espera y de triaje, sistema de triaje utilizado y sus características, registro de datos en el triaje, personal que lo realiza, formación del mismo y control de calidad. La encuesta se envió por correo electrónico a responsables de los diferentes SUP de nuestro país, en un formulario estructurado que incluía opciones de respuesta cerrada y texto libre.

**Resultados.** Se obtuvieron 25 encuestas de hospitales de diferente tipo (80% general, 20% materno-infantil o pediátrico), nivel asistencial (48% nivel 3, 48% nivel 2, 4% nivel 1) y número de visitas anuales (20% más de 50000, 44% de 25000 a 50000, 36% menos de 25000). El 72% de los centros disponían de algún ST y todos los restantes afirmaban estar proyectándolo. En el 60% de los SUP con triaje, la iniciativa había sido del propio servicio. La mayoría de los ST eran de 5 niveles (65%), el resto de 4 ó 3 niveles. En alrededor del 40% de los casos el triaje se basaba sólo en el criterio del profesional. Los sistemas estructurados más utilizados eran el Sistema Español de Triaje (24%) y el Canadian Pediatric Triage and Acuity Scale (20%). Un 75% de los SUP con triaje tenían un box específico, pero sólo en el 46% la sala de espera era visible desde el mismo. Con respecto al personal, en el 81% era exclusivamente enfermería y en el 21% compartido con médicos. Había un 15% de centros donde no había recibido formación sobre triaje. El rango de horas seguidas dedicadas a triaje por el personal fue de 2 a 11, con una mediana de 6, y en un 40% de los centros realizaba otras tareas simultáneamente al triaje. Los objetivos de tiempo más habituales por nivel eran 0 minutos para el nivel 1, 15 para el 2, 30 para el 3, 60 para el 4 y 120 para el 5. Casi un 30% de los centros no tenían objetivos de tiempo. Un 60% aplicaban habitualmente indicadores de calidad relacionados con el ST.

**Conclusiones.** El interés por disponer de sistemas de triaje en los SUP de nuestro país es alto, pero las características de los distintos ST son muy dispares. El triaje es realizado mayoritariamente por enfermería. Es necesario destinar más recursos al triaje y unificar los criterios sobre sus requisitos y contenidos.



10 MANEJO DE LOS PACIENTES CON NIVEL DE PRIORIDAD IV Y V. ABANDONO DE LA URGENCIA. ¿VUELVEN?  
A. de la Peña Garrido, J.D. Pérez Macarrilla, O. Farraces Ramos, L.M. Rubio González, C. Migueles Guerrero, D. González Bravo. Hospital de Fuenlabrada. Madrid.

**Introducción.** El aumento de la demanda asistencial a la que se ven sometidos los servicios de urgencias pediátricas hace que en ocasiones puntuales, el niño que acude a urgencias con un motivo de consultado ubicado en un recurso físico con prioridad IV o V, tenga una demora en su atención superior a los criterios de calidad ideales; 120 y 240 minutos respectivamente. En octubre de 2007 se ponen en marcha el protocolo de control de fiebre, protocolo de manejo de vómitos/diarrea y abordaje de heridas con la finalidad de agilizar la atención de los pacientes mientras esperan a ser valorados por el facultativo.

**Objetivos.** *General.* Determinar que porcentaje de los niños que acuden a la urgencia pediátrica abandonan la espera sin completar su proceso asistencial durante el año 2008 y cuantos vuelven a consultar en las siguientes 24 horas.

*Específico.* Comparar los resultados con los del año 2007 y comprobar el efecto de las medidas de control del recurso físico para los niveles de prioridad IV y V por parte de los profesionales de enfermería introducidos en octubre de 2007 con este fin.

**Material y método.** Mediante estudio retrospectivo descriptivo del año 2007 y descriptivo analítico del 2008 se comparan los resultados obtenidos.

**Resultados.** Durante el año 2007, de los 36112 procesos, 488 (1.35%) decidieron no esperar a concluir su proceso asistencial. La distribución por edades fue 101 en < de 12 meses, 202 de 1 a 2 años, 101 entre 3 y 5, 68 entre 6 y 10 y 16 entre 11 y 14 años. Fiebre 32% principal motivo de consulta abandonado, patología respiratoria 13,32%, dolor 12,30% y otros 13,73%.

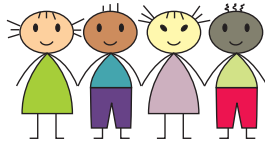
Durante el año 2008, de los 34512 procesos, 279 (0.81%) decidieron no esperar. La distribución por edades fue 53 en < de 12 meses, 112 de 1 a 2 años, 63 entre 3 y 5, 36 entre 6 y 10 y 15 entre 11 y 14 años. Fiebre 32.62% el principal motivo de consulta abandonado, patología respiratoria 14,69%, dolor 13,26% y otros 17,20%. La tasa de abandono se concentra el franja horaria de 15:01 a 22:01 con un 50 y un 45% anual respectivamente para 2007 y 2008.

El 7.88% (22) vuelve a consultar en las siguientes 24 horas en el año 2008; siendo la patología respiratoria (27.27%), fiebre (22.73%) y patología digestiva (13.63%) las que generan mas del 60% de las reconsultas.

**Conclusiones.** Las medidas introducidas como mejora del funcionamiento de nuestro Servicio de Urgencias pediátricas con protocolos de actuación de trabajo en equipo que traslada competencias y actuaciones de mayor complejidad al profesional de enfermería han permitido reducir los abandonos.

La fiebre sigue siendo el motivo de consulta más demandado, el que más incidencia de abandono provoca y el que más reconsultas a las 24 horas produce.

La franja horaria que comprende el turno de trabajo de tarde, soporta en nuestra urgencia, una mayor carga de trabajo. En el año 2007 (1.35%) y en 2008 (0.81%) el estándar de enfermo no visitado está por debajo del 2% como criterio de calidad que marca la SEUP.



Viernes 3 de abril, 10:15 h

ORGANIZACIÓN, CALIDAD, TRIAJE

Moderador: Dr. C. Luaces Cubells

11 ¿TODOS LOS NIÑOS DE 3-36 MESES QUE CONSULTAN POR FIEBRE DEBEN SER TRIAGEADOS COMO NIVEL III? I. Anguiano, I. Rajado, J. Humayor, M. Landa, M. Vázquez, O. Rotaetxe. *Hospital de Basurto. Bilbao.*

**Introducción.** Actualmente según la Pediatric Canadian Triage and acuity Scale (PaedCTAS) todo paciente entre 3 y 36 meses con temperatura mayor a 38.5°C corresponde a un nivel de triage III, lo que supone una actuación urgente y ser visto en menos de 30 minutos.

Nos parece que los niños mayores de 2 años con fiebre y sobre todo después de la era de la vacunación antineumocócica podrían no entrar en este nivel de triage.

**Objetivo.** Queremos comparar el manejo y la complejidad de los niños de 3-24 meses, 24-36 meses y mayores de 36 meses que acuden a un servicio de urgencias por fiebre como motivo de consulta.

**Material y métodos.** Este estudio retrospectivo evalúa los pacientes triageados en nuestro hospital durante 6 meses, periodo comprendido entre el 1 de Junio de 2008 al 30 de Noviembre de 2008. En nuestro estudio se incluyen los pacientes cuyo motivo de consulta fue fiebre.

Se excluyen todos los niños con aspecto séptico y cuadro petequial y se utiliza el porcentaje de ingresos y la necesidad de realizar una analítica de sangre como nivel de mayor complejidad y necesidad de atención urgente.

**Resultados.** Fueron un total de 12.410 consultas durante el periodo de estudio, incluyendo los 3.101 pacientes cuyo motivo de consulta fue fiebre. Estos 3.101 pacientes se dividieron en 3 grupos;

- *Primer grupo:* 3 meses-24 meses. 1.601 pacientes (51.6%). Ingresan 58 (3.6%) y se realiza analítica a 231 (14.4%).
- *Segundo grupo:* 24 meses-36 meses. 538 pacientes (17.3%). Ingresan 10 (1.9%) y se realiza analítica a 39 (7.2%).
- *Tercer grupo:* mayores de 36 meses. 962 pacientes (31%). Ingresan 16 (1.7%) y se realizan analítica a 59 (6.1%)

El rango de hospitalización y de realización de analítica es comparable para los niños del grupo 2 y del grupo 3 ( $p=0.402$  para la analítica y  $p=0.781$  para los ingresos)

El rango de hospitalización y de realización de analítica para los niños del grupo 2 es diferente al grupo 1 con una significación estadística  $p=0.001$  para analítica y  $p=0.04$  para los ingresos.

**Conclusiones.** Basándonos en estos resultados el manejo y la complejidad de los niños de 24-36 meses se asemejan al de los mayores de 36 meses, y por lo tanto, aunque sabemos que los niveles de triage son escalas internacionales y hacen falta muchos trabajos para cambiarlos, tenemos la sensación personal de que pueden ser triageados como nivel IV.



12 **EVALUACIÓN DE LA INSTAURACIÓN DE UNA UNIDAD DE OBSERVACIÓN EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA DE UN HOSPITAL DE NIVEL II.** A. Nevot Flor, M.C. Vidal Palacios, M. Redondo Gago, J. Planas Morant, X. Domingo Miró, M.P. Martín-Fernández Tormos. *Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca.*

**Objetivos.** Evaluar la variación en el número de ingresos tras la instauración de una Unidad de observación en el servicio de urgencias pediátricas de nuestro hospital; así como determinar la patología y la edad de los niños que se benefician de esta unidad con mayor frecuencia.

**Métodos.** Estudio descriptivo observacional retrospectivo entre febrero-julio del 2008. El estudio consta de dos partes; por un lado determinar la diferencia en el número de ingresos desde la apertura de la Unidad de observación comparando los ingresos del mismo periodo de tiempo del 2007 con los de este año. Y por otro, realizar un estudio descriptivo retrospectivo de todos los niños que han permanecido en la unidad durante los 6 primeros meses de su apertura. En el protocolo del estudio se valoran las siguientes variables: edad, diagnóstico al ingreso, diagnóstico al alta, tiempo de permanencia y destino al alta. Se analizan los datos mediante el programa estadístico SPSS para Windows versión 12.0.

**Resultados.** El número total de casos vistos en la urgencia entre febrero-julio del 2008 es de 10.753 urgencias, y en el mismo periodo de tiempo del 2007 se vieron 9.625 urgencias. El número de ingresos ha disminuido un 2% durante el 2008 con respecto al año anterior, que del total de las urgencias vistas supondrían 215 ingresos menos durante 6 meses. Comparando ambos periodos se aprecia un descenso de 5.6% a 3.6%, cumpliendo con ello uno de los indicadores de calidad de la SEUP (ingresar < 5% de las urgencias).

Han ingresado en la Unidad de observación 402 niños (3.75% de las urgencias de este periodo). La patología observada con mayor frecuencia ha sido: vómitos incoercibles (14.9%), gastroenteritis aguda (14.4%), fiebre sin foco (12.4%), traumatismos craneoencefálicos leves (8.4%), convulsiones febriles (7.4%), intoxicaciones (5%), broncoespasmos (4.5%), patología ORL (4.2%), bronquiolitis (3.7%), dolor abdominal (3.5%), neumonías/bronquitis (3.2%)... La edad media registrada es de 41 meses de vida con una desviación típica de 42 meses, con una estancia media de 10 horas 50 minutos. El número de ingresos en planta desde la Unidad de observación es de 62 niños (15.4%). Las patologías que más se han beneficiado de la instauración de la Unidad de observación, con porcentajes de ingreso en menos de un 10% de las ocasiones han sido: convulsión febril, gastroenteritis, vómitos, traumatismo craneal leve e intoxicaciones.

**Conclusiones.** La apertura de la unidad ha supuesto una disminución en el número de ingresos. Los resultados de la patología más observada son similares a los analizados en otros estudios en hospitales de tercer nivel, con la peculiaridad de que hemos analizado la patología en la que más ingresos se han evitado.



13 **IMPACTO DE LA APERTURA DE UNA UNIDAD DE OBSERVACIÓN EN EL MANEJO Y EN LA HOSPITALIZACIÓN DEL TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO.** S. Escibà Bori, F. Yagüe Torcal, M. Mambié Meléndez, T. Gayà Pascual, F. Ferrés Serrat. *Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca.*

**Introducción.** A partir de la puesta en marcha de nuestra Unidad de Observación y Corta Estancia (UO), conjuntamente con el servicio de Neurocirugía, modificamos nuestro protocolo de manejo del traumatismo craneoencefálico (TCE) en Urgencias.

**Objetivos.** 1) Conocer la incidencia y tipología de los TCE atendidos en nuestra UO. 2) Conocer los tiempos de estancia en la UO de las distintas tipologías de TCE y el porcentaje y motivos de ingreso posterior en Planta. 3) Conocer el número de ingresos en Planta antes y después de la apertura de la UO. 4) Conocer y comparar los tiempos globales de estancia hospitalaria de distintas tipologías de TCE antes y después de la puesta en marcha de la UO.

**Metodología.** 1) Estudio prospectivo de los casos de TCE ingresados en la UO y en Planta de hospitalización desde el 1/6/2007 (fecha de apertura de nuestra UO) hasta el 31/12/2008. 2) Revisión de los casos de TCE ingresados en Planta desde el 1/1/2004 hasta el 31/5/2007. 3) Se excluyeron los TCE con criterios de ingreso directo en Cuidados Intensivos.

**Resultados.** Desde el 1/6/2007 hasta el 31/12/2008 ingresaron en la UO 149 pacientes con TCE, el 7.9% de un total de 1895 niños atendidos en la UO en este período, 89 varones y 56 hembras, con edad media de 4 años y 6 meses. 98 (65.8%) presentaron TCE sin fractura ni lesión intracraneal (LIC), 40 (26.8%) fractura sin LIC y 11 (7.4%) LIC. Los TCE sin fractura ni LIC permanecieron en la UO un promedio de 12.4 horas, las fracturas sin LIC 17.2 horas y los afectados de LIC 17.3 horas. Ingresaron en Planta 18 (12.1%), 4 sin fractura ni LIC, 5 con fractura sin LIC y 9 con LIC. Motivos de ingreso en Planta: presencia de LIC 9 casos, síntomas persistentes 4 casos (vómitos 2, somnolencia 1, nistagmus 1), convulsión asociada 3 casos y miscelánea 2 casos. Desde el 1/1/2004 hasta el 1/6/2007 ingresaron en Planta 66 TCE con fractura sin LIC, que permanecieron en el hospital un promedio de 58.2 horas. Desde la apertura de la UO hasta el 31/12/2008 las fracturas sin LIC presentaron un promedio global de estancia hospitalaria de 24.3 horas ( $p < 0.0001$ ). En 2004 ingresaron en Planta 54 TCE, 41 en 2005, 41 en 2006, 28 en 2007 y 7 en 2008.

**Comentarios y conclusiones.** 1) Los TCE constituyen uno de los principales motivos de ingreso en una UO. 2) Desde la apertura de nuestra UO han disminuido significativamente los ingresos en Planta y el promedio de estancia hospitalaria de los TCE, especialmente del grupo con fractura y sin LIC ( $p < 0.0001$ ). 3) El manejo protocolizado y riguroso del TCE en las UO de las Urgencias Pediátricas ofrece seguridad y eficiencia.



14 UTILIDAD DE LA UNIDAD DE CORTA ESTANCIA EN EL MANEJO DE VÓMITOS CÍCLICOS. R. Blanco Lago, M. García González, A. Sariego Jamardo, C. Escribano García, J. Mayordomo Colunga, J. Rodríguez Suárez. *Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

**Introducción.** El síndrome de vómitos cíclicos (SVC) es un trastorno funcional consistente en episodios recurrentes de náuseas y vómitos intensos, de duración variable, separados por periodos en los que el paciente se encuentra asintomático. Se estima una prevalencia del 2% y provoca importantes trastornos en la vida familiar. Su manejo permanece todavía en discusión.

**Objetivos.** Analizar la utilidad del Hospital de Corta Estancia Pediátrico (HCEP) en el manejo del SVC y describir las características clínico-epidemiológicas de estos pacientes en un periodo de seis años (Enero 2003-Diciembre 2008).

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de los niños diagnosticados de SVC (criterios Roma III) que acudieron a Urgencias de Pediatría de nuestro hospital, recogiendo datos epidemiológicos, clínicos, terapéuticos y evolutivos. Datos: media (SD); IC 95%.

**Resultados.** Durante el período de estudio se registraron un total de 75 consultas correspondientes a 13 niños con SVC, con una ratio mujer-varón de 4,3:1. El rango de edad osciló entre los 4 y los 15 años, con una media de 10,3 (2,94) años. Se logró identificar un factor desencadenante en el 67% de los episodios, 6 de naturaleza infecciosa, 7 de tipo emocional y otro no tipificado. Los síntomas asociados más frecuentes fueron dolor abdominal y fiebre, presentes en el 57% y 22% de los casos respectivamente. En el 64% de los episodios se optó por el ingreso en planta de hospitalización mientras que en los 21 casos restantes el ingreso se produjo en el HCEP, precisándose en 3 ocasiones un posterior traslado a planta por un deficitario control de la crisis. De las 75 visitas documentadas, 7 pudieron ser manejadas ambulatoriamente. En el momento del ingreso, la mayoría de los niños (81%) no recibía tratamiento profiláctico y sólo el 28% de los casos habían intentado previamente abortar la crisis con algún tipo de medicación, principalmente antieméticos o loracepam. En cuanto al tratamiento instaurado en el HCEP, todos recibieron sueroterapia intravenosa, pautándose protección gástrica en el 86% de las ocasiones, siendo la ranitidina el fármaco de elección. El antiemético más utilizado fue el ondansetrón si bien sólo se pautó en 5 episodios optándose por la sedación con clorpromacina en el 57%, habitualmente en dosis única. El 76% de los niños ingresados en el HCEP adquirieron buena tolerancia oral durante las primeras 24 horas, incluso dentro de las primeras 12 horas en el 48% de los casos, lo que derivó en una estancia media de 29,3 (12,4) horas. La estancia media de los niños ingresados en planta fue de 81,9 (52,7) horas, significativamente mayor que en HCEP (IC 95%: 36,2-69,0);  $p < 0,001$ .

**Conclusiones.** En nuestro medio, el HCEP puede ser una buena opción para el manejo del SVC, posibilitando una rápida resolución de los síntomas con una estancia media menor que los niños ingresados en planta. Esto tiene gran importancia en una patología como ésta, dado el gran número de ingresos que tienen éstos niños, con el coste económico y social que ello supone.





15 UTILIDAD DEL HOSPITAL DE CORTA ESTANCIA PEDIÁTRICO EN EL MANEJO DE LA PATOLOGÍA NEONATAL. C. Escribano García, E. Larrea Tamayo, S. Suárez Saavedra, J. Rodríguez Suárez, R. Blanco Lago, J. Mayordomo Colunga. *Unidad de Urgencias de Pediatría. Hospital Central de Asturias. Oviedo.*

**Introducción.** La Unidad de Observación en nuestro servicio constaba clásicamente de 6 puestos. A comienzos del año 2008 se ha incorporado un nuevo puesto de aislamiento con flujo laminar que ha favorecido el incremento de los ingresos en niños menores de un mes.

**Objetivos.** Analizar la utilidad del Hospital de Corta Estancia Pediátrico (HCEP) en el manejo de la patología neonatal y describir las características clínico-epidemiológicas de estos pacientes durante el año 2008.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de los niños menores de 1 mes ingresados desde el 1 de enero de 2007 hasta el 31 de diciembre del año 2008 en el HCEP del Unidad de Urgencias de Pediatría de nuestro Centro. Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos, terapéuticos y evolutivos.

**Resultados.** Durante el año 2008 acudieron a urgencias de pediatría 640 niños de edad inferior a 1 mes. El 83% de los cuales fue dado de alta desde el servicio de Urgencias. Ingresaron un total de 106 pacientes, 23 de los cuales lo hicieron en el HCEP, frente a los 5 neonatos que ingresaron durante el 2007 pese a que el número de neonatos atendidos en el servicio de urgencias fue de 650.

La media de edad de los neonatos ingresados en HCEP fue de 22,6 días (rango de 13 a 30 días), siendo el 52,2% varones y el 47,8% mujeres.

La principal causa de ingreso fueron los vómitos (40,3%), seguidos del síndrome febril (21,7%), sospecha de estenosis hipertrófica de píloro (EHP), infección respiratoria de vías altas, espasmos del sollozo (2 casos cada una de ellas) y gastroenteritis y distensión abdominal (un caso respectivamente).

La media de estancia en el HCEP fue de 16,6 horas, con un rango de entre 1 y 45 horas. El 60,9% de los ingresados fue dado de alta a su domicilio. El otro tercio de los pacientes requirió ingreso en la unidad de neonatología o en planta de hospitalización en función de su patología.

A todos los pacientes se les realizó algún tipo de exploración complementaria salvo en 2 casos que ante lo persistente de la sintomatología precisaron traslado a planta donde se realizaron las pruebas pertinentes.

No se observaron diferencias significativas entre la hora de ingreso y el mes del año en el que fueron atendidos, aunque hay que tener en cuenta que el volumen de la muestra es escaso.

**Conclusiones.** La creación del puesto de aislamiento ha incrementado el número de ingresos en el HCEP. Dado el escaso porcentaje de hospitalizaciones a partir de HCEP, parece que esta unidad es de utilidad en el manejo de estos pacientes, sobre todo en determinados cuadros clínicos como los vómitos o el síndrome febril.



16 EL RECIÉN NACIDO EN URGENCIAS: UN PACIENTE DIFERENTE. M. Palacios López, J. Calzada Barrena, M.A. Pérez Sáez, L. Arranz Arana, M.J. Azanza Agorreta, E. Blarduni Cardón. *Hospital Virgen del Camino. Pamplona.*

**Introducción.** Las características particulares del período neonatal, como sintomatología inespecífica, elevada vulnerabilidad e inexperiencia de los cuidadores, hacen del recién nacido un paciente diferente en el servicio de urgencias.

**Objetivo.** Analizar los problemas de salud de los recién nacidos que consultan en urgencias, las características de la atención que precisan y la que reciben, para así poder adecuar nuestros recursos a las necesidades peculiares de esta franja de edad.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva, a partir de un sistema informatizado (PCH), de los informes de alta de todos los menores de 30 días atendidos durante 2008 en el servicio de urgencias de nuestro hospital, de ámbito comarcal. Se analizan los datos del nivel de triaje, motivo de consulta, porcentaje de ingresos y diagnóstico final.

**Resultados.** Durante el año 2008, se atendieron en nuestro hospital un total de 9.824 urgencias pediátricas, de las cuales 162 (1,6%) correspondieron a niños menores de 30 días. Los niveles de triaje adjudicado, según el sistema español de triaje pediátrico (SET) fueron, de mayor a menor grado de urgencia: nivel I: 0,6%, II: 35,6%, III 56,9%, IV 4,4% y V: 2,5%. Como motivos de consulta más frecuentes encontramos: Llanto-irritabilidad (21,6%) y síntomas catarrales (20,9%), seguidos de problemas con la lactancia o la ganancia ponderal (10,5%). Los principales diagnósticos al alta fueron: catarro de vías altas (15,4%), cólico del lactante (14,2%), “no patología objetivable” (14,2%) y fallo de medro (7,4%). El porcentaje de ingresos fue del 19,7%, en contraste con el 4,2% del grupo de 0 a 14 años. Como motivos más frecuentes de ingreso se registraron la bronquiolitis (28%) y el fallo de medro (18,7%). Se realizó un único traslado al hospital de referencia, con el diagnóstico de cardiopatía congénita.

**Conclusiones.** 1) El 95% de los neonatos que acuden a urgencias son catalogados a su llegada como “urgentes” o “muy urgentes” (niveles III y II del SET), protegiéndoles así de los riesgos que conlleva su difícil valoración y elevada vulnerabilidad. 2) El porcentaje de ingresos es considerablemente mayor que a otras edades, a pesar que la mayoría de consultas obedecen a procesos banales y dudas de puericultura, que podrían ser resueltas en el ámbito de la atención primaria.



17 CONSULTAS EXTERNAS DE SEGUIMIENTO SE URGENCIAS: RESULTADOS Y SATISFACCIÓN TRAS UN AÑO DE FUNCIONAMIENTO. A. Pizà Oliveras, E. May Llanas, N. Cortés Álvarez, R. García Puig, J. Margarill Mallol. *Hospital Universitario Mutua de Terrassa.*

**Objetivos.** En las últimas décadas el aumento de demanda asistencial y la profesionalización de los servicios de urgencias ha conllevado una preocupación por disminuir las tasas de reconsulta intentando mantener un adecuado seguimiento de los pacientes y una satisfacción por el trabajo realizado. En nuestro centro se creó una consulta de seguimiento de urgencias para resolver controles evolutivos y resultados pendientes que anteriormente se citaban en urgencias con la consiguiente sobrecarga asistencial. El objetivo de este trabajo es estudiar las derivaciones a consultas externas de seguimiento y valorar la satisfacción que este tipo de consulta genera en usuarios y profesionales.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de las historias clínicas correspondientes a los pacientes visitados en consultas externas de seguimiento de urgencias en su primer año de funcionamiento: Enero a Diciembre de 2008 (ambos incluidos). La fuente de datos ha sido el sistema informático del hospital, desde el cual accedemos a las historias clínicas de los pacientes visitados. Se valoran la edad y sexo de los pacientes, los motivos de seguimiento, el resultado de las exploraciones solicitadas, la necesidad de derivación al especialista, los ingresos y la satisfacción de los profesionales y pacientes mediante encuesta telefónica realizada a los 6 meses de la visita.

**Resultados.** Durante el periodo de estudio se atendieron un total de 270 visitas, de los cuales el 58,3% fueron niñas. El rango de edad comprende de 18 días a 14 años con una mediana de 59 meses. El motivo de derivación a consultas de seguimiento fue para resultados de exploraciones complementarias en un 70% de casos: Urocultivos (28.5%), coprocultivos (20.4%), frotis faríngeos (8%), serologías víricas (8%), PCR parotiditis (2.5%), RAST a alimentos (1.8%), otros (2%). Un 30% de pacientes fue citado para control evolutivo de varias enfermedades: neumonías (2.9%), bronquitis (1%), adenitis/abscesos (3%), dermatitis (2.6%), Sd febril (2.2%), hematuria (0.7%). Los urinocultivos fueron positivos en un 60% de los casos (57% E. Coli, 3% *Proteus mirabilis*). A los pacientes febriles con urinocultivo positivo se les solicitó ecografía reno-vesical si no había sido realizada previamente y se derivaron a nefrología pediátrica. Los coprocultivos fueron positivos en un 20% de casos: 25% campylobacter, 16% rotavirus, 7% salmonella. De los 14 pacientes con coprocultivo positivo a campylobacter la mitad precisó tratamiento antibiótico por persistencia de clínica. De los pacientes valorados para evolución de diferentes enfermedades 1 precisó ingreso (adenitis cervical en lactante de 4 meses de vida que precisó desbridamiento quirúrgico) y dos necesitaron 3 visitas de control y 1 derivación a cardiología para estudio de dolor torácico. Se realizó una encuesta telefónica aleatoria al 50% de los pacientes atendidos ma

**Comentarios.** Nuestros niveles de readmisión se encuentran en la línea del estándar de readmisión aceptado como indicador de calidad asistencial (inferior al 10%).

La tasa de reconsultas con resultado de ingreso es baja: del ...%. En la mayoría de casos el reingreso es debido a la progresión de la enfermedad o



18 PACIENTES ATENDIDOS EN URGENCIAS SIN DERIVACIÓN. ¿PODEMOS DETECTAR ERRORES EN EL CIRCUITO? R. Garcés Bordegé, E. Herrero Crespo, F. Paredes Carmona, A. Fernández López, E. Solé Mir, N. Pociello Almiñana. *Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida.*

**Introducción.** En nuestra área geográfica se está elaborando un plan de reorganización de la atención continuada para optimizar los recursos de las Áreas Básicas de Salud (ABS) y de nuestra Unidad de Urgencias Pediátricas (UUP). Creemos que un elevado porcentaje de pacientes acude sin derivación en horario en que hay atención continuada en su ABS.

**Objetivos.** Conocer la distribución geográfica de este tipo de paciente. Saber por qué acuden sin derivación en dichas franjas horarias. Buscar posibles soluciones para integrarlas en el nuevo planning territorial.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo prospectivo realizado entre el uno agosto de 2008 y el 31 de enero de 2009. Entre las 8 y 15 horas, tras la visita, el pediatra realizó encuesta verbal a los padres de aquellos pacientes con pediatra del ABS en horario de mañana. Se elaboró una base de datos, con análisis posterior de los mismos.

**Resultados.** En este período se han realizado 5268 visitas en la Unidad y 1523 (28.9%) han sido en horario de mañana. Se han realizado 146 encuestas y un 65% ya habían sido atendidos en urgencias por otros procesos. La media de edad fue 36.1 meses (DE: 39.6) y el 46.6% eran menores de 18 meses de edad. El 74.7% eran de nacionalidad española. No hemos encontrado diferencias en la distribución geográfica de los pacientes en función de su ABS de origen. Los motivos más frecuentes de acudir directamente a urgencias han sido: saben que no les darán hora para ese mismo día (19.8%), no pueden ser atendidos por un pediatra (15.9%), creen que la asistencia es mejor en el servicio de urgencias hospitalario (15.9%). Solamente un 3.2% refería no conocer el circuito. Un 15.1% había acudido previamente al ABS pero no aportaban hoja de derivación. En estos casos los motivos alegados fueron: no había pediatra (36.4%), consultaban para segunda opinión (27.3%) y les habían remitido verbalmente a urgencias (18.2%).

**Conclusiones.** Dados los resultados creemos conveniente mejorar la planificación de la atención continuada en el ABS en las diversas franjas horarias. El desconocimiento del circuito motiva un porcentaje muy reducido de las mismas. Hemos detectado un alto número de pacientes que acuden sin informe y con derivación verbal, aspecto que se debería analizar con más detalle.



19 RECITACIONES EN LA UNIDAD DE URGENCIAS. PERFIL DEL PACIENTE Y FUTURAS SOLUCIONES. E. Herro Crespo, R. Garces Bordege, J. Ortega Rodríguez, M. Plana Fernández, E. Solé Mir, N. Pociello Almiñana. *Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida.*

**Introducción.** Sabemos que se recitan pacientes en nuestra Unidad de Urgencias Pediátricas (UUP) pero desconocemos su perfil. En estos momentos se está organizando un nuevo plan de reordenación de la atención continuada en nuestra área que permitiría abordar dicho problema.

**Objetivos.** Conocer el perfil de pacientes que son recitados en nuestra UUP. Establecer el número de casos en que se podría haber evitado la recitación, si fuera posible la citación directa en su área básica de salud. Valorar el rendimiento que se obtendría con la creación de una consulta de atención rápida en nuestro hospital.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo prospectivo de los pacientes recitados entre el uno de agosto de 2008 y el 31 de enero de 2009. Se valoran las variables poblacionales, las causas de recitación y los cambios diagnóstico-terapéuticos realizados.

**Resultados.** En este periodo se han realizado 5268 visitas en la UUP, con un total de 45 recitaciones. La media de edad fue 30 meses (DE: 45.3) con rango entre 3 días y 13 años. Las causas más frecuentes de recitación han sido: necesidad de visita urgente por especialista (40%), pocas horas de evolución del cuadro (28.9%), no posibilidad de control por su pediatra (17.8%) y necesidad de repetir examen complementario urgente (11.1%). Los diagnósticos que más frecuentemente originaron la recitación fueron: fiebre (12%), ictericia neonatal (6,7%) e ingesta cuerpo extraño (6,7%). Los pacientes acudieron en todos los casos a la nueva cita, uno requirió ingreso y tres se volvieron a citar. En un 20% hubo cambio de diagnóstico y en un 13% de tratamiento.

**Conclusiones.** En nuestra UUP la valoración urgente por especialista y el proceso de pocas horas de evolución han sido los motivos más frecuentes de recitación. Creemos conveniente la instauración de la citación directa con el pediatra de atención primaria o con el especialista desde urgencias, o la posibilidad de disponer de una consulta de atención rápida, para disminuir estas visitas.



20 INFLUENCIA DE LA ANSIEDAD DE CUIDADORES Y NIÑOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS HOSPITALARIAS. S. Rosell, M. Azcarraga, I. Uriaguereca, A. Ruano, I. Serna, C. González. *Hospital de Basurto. Bilbao.*

**Objetivos:**

- Medir el nivel de ansiedad en niños y cuidadores atendidos en el servicio de urgencias pediátricas de un hospital general.
- Estudiar la asociación entre rasgos de ansiedad paternos y la demanda de asistencia urgente.
- Valorar la influencia que ejercen niveles de ansiedad elevados de cuidadores en la ansiedad de los niños.

**Material y Métodos.** Estudio descriptivo transversal. Sobre una muestra de 106 niños (71 niños y 35 niñas) entre 9-14 años y cuidadores mayores de 18 años que les acompañan, se aplican cuestionario sociodemográfico, historia médica y cuestionarios STAI y STAI-C para ansiedad estado-rasgo en niños y adultos (ansiedad definida cuando se supera el percentil 50), así como criterio médico sobre la urgencia de la demanda.

**Resultados.** No se encuentran niveles de ansiedad significativos ni en cuidadores ni en niños durante la estancia en la urgencia. No existen diferencias estadísticamente significativas entre sujetos con niveles elevados de ansiedad y valoración médica urgente y aquellos cuya valoración médica es de no-urgente bajo criterio del facultativo.

Una vez atendidos, solo el 35% de las consultas son consideradas urgencias reales por los facultativos

**Conclusiones.** Podemos afirmar que en nuestra muestra, acudir a un servicio de urgencias no eleva de forma significativa los niveles de ansiedad en cuidadores ni niños.

No podemos corroborar por tanto el papel que juega la ansiedad paterna tanto en la demanda de asistencia como en el nivel ansioso de los niños.



21 **BROSELOW TAPE. ¿ESTIMA ADECUADAMENTE EL PESO DE LOS NIÑOS?** I.U. Uriaguereca, S.R. Rosell, A.G. Gondra, J.R. Rementería, A.G. González, L.M. Madariaga. *Hospital Basurto.*

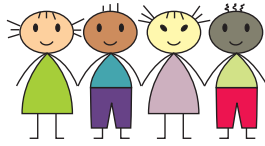
**Objetivos.** El *Broselow Tape* (BT) es un método de estimación del peso del niño según su talla que se ha venido usando durante 30 años en la reanimación cardiopulmonar para determinar la dosis de drogas y seleccionar el equipamiento médico de emergencia. Debido a la creciente tasa de obesidad entre la población infantil se está cuestionando su fiabilidad para dicha estimación. El propósito de este estudio es determinar la validez del BT en la población estudiada.

**Métodos.** Estudio observacional prospectivo realizado en un Servicio de Urgencias Pediátricas en el que se incluyen niños entre 1 y 11 años que acuden entre noviembre de 2008 y febrero de 2009. Las variables recogidas son la edad, el sexo, el peso, la talla y la etnia. Su peso actual fue comparado con el peso estimado usando el BT.

**Resultados.** Se incluyen 175 niños con una edad media de 4 años, siendo niños un 53% y el 85% de origen caucásico. En el 45% de los niños el BT infraestima el peso una media de 3 kg con respecto al peso real, mientras que en el 55% restante lo sobreestima una media de 1,5 kg.

**Conclusión.** El BT a menudo no es adecuado y tiende a infraestimar el peso de los niños estudiados por lo que debemos tenerlo presente a la hora de administrar drogas en niños que precisan asistencia urgente.





Viernes 3 de abril, 10:15 h

ORGANIZACIÓN, CALIDAD, TRIAJE

Moderador: Dr. J. Humayor Yáñez

22 ADECUACIÓN DE LA PRESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EN URGENCIAS. M.T. Penela Vélez de Guevara, A.I. Mohedas Tamayo, L. Llorente Otones, N. Nieto Gabuccio, M.P. Galán del Río, M.J. Rivero Martín. *Hospital de Fuenlabrada. Madrid.*

**Objetivos.** Conocer la situación actual de la prescripción de tratamientos antibióticos en nuestro Servicio de Urgencias Pediátricas y analizar su adecuación respecto a los protocolos existentes en dicho servicio.

**Métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de las infecciones respiratorias agudas (IRA) diagnosticadas entre los niños que acudieron a nuestro Servicio de Urgencias durante el segundo semestre del año 2008. Revisamos las historias clínicas de las IRA diagnosticadas en la primera semana de los últimos 6 meses del año, recogiendo las siguientes variables: edad, antecedentes personales de alergia a antibióticos y comorbilidad, tratamiento antibiótico previo, diagnóstico, tratamiento prescrito y destino del paciente. Dividimos las IRA en: infección de vías respiratorias superiores (IVRS), faringoamigdalitis aguda (FAA), otitis media aguda (OMA), sinusitis aguda, laringitis, bronquiolitis, bronquitis aguda, crisis asmática/broncoespasmo, tosferina/síndrome pertusoide y neumonía.

**Resultados.** En el periodo de tiempo estudiado fueron vistos en nuestro Servicio de Urgencias Pediátricas 3090 niños, siendo el 34% (1060) de los mismos diagnosticado de algún tipo de IRA. El diagnóstico más frecuente fue el de IVRS en un 33.7% (358) de los casos de IRA. El 30% (317) de estos niños recibieron tratamiento antibiótico, siendo en un 30.3% de los casos (96) un tratamiento inadecuado según los protocolos existentes en nuestro servicio. El mayor porcentaje de prescripción inadecuada se dió dentro de las OMA (23.3%).

**Conclusiones.** En nuestro estudio hemos encontrado un porcentaje alto de prescripción inadecuada de antibióticos en niños atendidos por IRA en nuestro Servicio de Urgencias Pediátricas, aunque algo más bajo que en otros estudios similares publicados.

Para mejorar la adecuación de los tratamientos y disminuir la variabilidad en la práctica clínica es necesaria la existencia de protocolos claros y detallados en los servicios de urgencias, y su revisión y actualización periódica. Además es importante concienciar a los profesionales médicos de seguir estas guías de práctica clínica y realizar una prescripción más selectiva y racional, para evitar las consecuencias del uso indiscriminado de los antibióticos.



## 23 IMPACTO DE LA INMIGRACIÓN EN LAS CONSULTAS DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO VALENCIANO. M. Miñambres Rodríguez, J. Aragó Domingo. *Servicio Urgencias. Hospital Infantil La Fe. Valencia.*

**Introducción.** En los últimos años, la población inmigrante en la Comunidad Valenciana ha alcanzado el 17% del total (INE, 1 Enero 2008). El personal sanitario, a veces, considera que esta población realiza un mal uso de los servicios de urgencias. Con la intención de objetivar esta apreciación se ha realizado el siguiente estudio.

**Objetivo.** Principal: Describir el porcentaje de urgencias que corresponden a la población inmigrante pediátrica que consulta en el Servicio de Urgencias del Hospital Infantil la Fe. Secundarios: 1) Comparar el uso del servicio de urgencias entre la población inmigrante y no inmigrante. 2) Comparar la apreciación por parte del personal sanitario con nuestros resultados.

**Material y métodos.** Revisión de todas las consultas atendidas en los 14 primeros días de noviembre de 2008 en el Servicio de Urgencias del Hospital Infantil la Fe, Valencia (n=1940). Se han excluido las urgencias exclusivamente traumatológicas o quirúrgicas. Se realiza una encuesta al personal de urgencias (médico y no médico) (n=60) sobre la apreciación del porcentaje de inmigración sobre el total. Se ha empleado  $\chi^2$  en el análisis estadístico

### Resultados.

1. Procedencia de los progenitores: 79% españoles, 4% matrimonios mixtos (un progenitor inmigrante) y 17% inmigrantes (9% Sudamérica y Centroamérica, 3% África, 3% Europa del Este, 1,5% Asia, 0,5% resto de Europa y 0% de Norteamérica).
2. Nacidos en España de padres inmigrantes: 103/162 Sudamérica y Centroamérica, 69/69 matrimonios mixtos españoles, 22/55 África, 14/47 Europa del Este, 14/25 Asia, 4/9 resto de Europa, 0/1 Norteamérica.
3. El origen (inmigrante/no inmigrante) no influye en un mayor uso del servicio de urgencias en términos de: hiperfrecuentación ( $\leq 6$  consultas/año, exceptuando pacientes con patología crónica) ni uso inadecuado (no se realizan pruebas diagnósticas, ni procedimientos, ni tratamiento distinto al sintomático).
4. Opiniones del personal sanitario sobre la proporción de inmigrantes (n= 60).
  - Personal médico: 15/30 correcta. 3/30 opina que suponen más de un 45%.
  - Personal no médico: 3/30 correcta. 21/30 opina que suponen más de un 45%.

**Conclusiones.** El aumento de la inmigración en los últimos años en nuestro país ha conllevado un aumento de consultas en el servicio de urgencia pediátrico de nuestro hospital.

Aunque casi el 20% de las consultas atendidas correspondía a población de origen inmigrante, destaca que más de un 60% de las mismas se trata de niños nacidos ya en España.

El origen no influye en términos de hiperfrecuentación ni de uso inadecuado.

Entre el personal sanitario (principalmente no médico) existe una sobreestimación de la proporción de inmigrantes que consulta en nuestro hospital.



24 SATISFACCIÓN FAMILIAR EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS. L. Pérez Tirado, M.D. Nogales Cortés, M. Hernández Blanco, M.J. Sánchez Sánchez. *Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.*

**Objetivo.** Determinar el grado de satisfacción de los familiares usuarios del servicio de urgencias pediátricas.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo. El muestreo fue aleatorio sistemático y como instrumento de medida se utilizó una encuesta telefónica. Se realizó un estudio descriptivo de los valores obtenidos en las distintas variables. En el estudio divariado se utilizó el estadístico chi-cuadrado para variables categóricas y análisis de varianza para aquellos que presentaban una distribución continua.

**Resultados.** El perfil demográfico de los acompañantes es mujer, casada en situación laboral activa y estudios medios/universitarios. En el 100% de los casos el acompañante es un familiar siendo en un 85% la madre.

Un elevado número de los encuestados responde que la patología del niño era leve, pese a lo cual eligen el servicio de urgencias como primera opción.

Existe una opinión mayoritaria en relación a la satisfacción sobre la resolución de su problema (86%) frente al que no lo consideró (14%).

Se constata poca discrepancia entre el tiempo real de asistencia (objetivo) y la percepción del familiar (subjetivo), considerando que el tiempo de espera fue necesario. Se observa un alto grado de satisfacción con la información recibida.

Existe una valoración muy positiva (76%) ante el trato humano que les ha dispensado el personal del servicio de urgencias y la amabilidad y el respeto con que lo trataron. No obstante, un (1%) de usuarios se encuentra muy insatisfecho en el trato que han recibido de los profesionales sanitarios.

Se detectan algunas áreas susceptibles de mejora como la identificación del personal sanitario y las instalaciones y juguetes de la sala de espera.

**Conclusión.** Puede decirse que los factores más determinantes en la satisfacción del familiar son aquellos relacionados con el acompañamiento, la amabilidad y el respeto. Si bien también detectamos otros menos relevantes: la comunicación con el personal sanitario, el estado y mantenimiento de las instalaciones y la resolución del problema de salud.



25 **EVALUACIÓN DE LA COORDINACIÓN DEL EQUIPO EN LA ATENCIÓN EN EL CUARTO DE CRÍTICOS DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS.** M.A Jiménez Carrascosa, M.C Ignacio Cerro, M.C Pascual Fernández. *Urgencia Infantil. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

**Objetivos.** Conocer la evaluación que realiza el equipo sobre:

- La coordinación del personal en la atención de un paciente en un cuarto de críticos.
- La adecuación de las actividades consensuadas previamente.

**Material y método.** Se realizó estudio observacional descriptivo, longitudinal de Marzo a Diciembre de 2008.

Se incluyó la opinión de todos los profesionales del turno de mañana que participaron en la atención de un paciente en el cuarto de críticos, con prioridades 1 y 2, de un sistema de triage canadiense pediátrico de 5 niveles. Se consensó previamente la atención a estos pacientes por el personal. Las variables fueron: dotación de recursos materiales y humanos; coordinación en la actuación entre profesionales, número de participantes y de observadores.

Los datos fueron analizados mediante programa estadístico SPSS.

**Resultados.** Durante el periodo de estudio, se atendieron 37 pacientes, 15 niñas (40,5%) y 22 niños (59,5%).

El número de enfermeras en relación con la patología atendida, ha sido más de 3 en atención inmediata o resucitación y menos de 3 en patología emergente. ( $P < 0,05$ )

El número de médicos en relación con la patología ha sido más de 3 en atención inmediata y de 1 a 4 en atención emergente.

En el 67,6% de los casos el número de enfermeras y en el 48,6% de los médicos, fue adecuado en relación a lo consensuado.

Hubo observadores en un 41,4% de los casos. Según los profesionales obstaculizaron el 30,8%. El 45,7% por ser número excesivo, y el 23,5% por estar en lugar inadecuado.

Los profesionales opinan que la actuación ha sido buena en un 92,9% de los casos, con buena coordinación entre enfermeras del 96,5% ( $P < 0,05$ ), y enfermera-médico en un 95,7%.

**Conclusiones:**

- La creación de un protocolo para atender pacientes que precisan atención en el cuarto de críticos facilita la coordinación en la atención entre profesionales, mejorando la calidad asistencial.
- Es necesario darlo a conocer a todo el personal que rota por la unidad para evitar que puedan obstaculizar la atención al paciente.



26 REVISIÓN DE PACIENTES INGRESADOS DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS DE NUEVA CREACIÓN. A. Martínez Ortiz, R. Díaz-Aldagalán González, E. Gembero Esarte, A. Sagastibeltza Zabalza, L. Gómez Gómez, C. Goñi Orayen. *Hospital Virgen del Camino. Pamplona.*

**Objetivos.** Revisión de todos los pacientes ingresados en una unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) desde su apertura, procedentes del servicio de urgencias de pediatría.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo descriptivo y analítico mediante SPSS 14.0 de los pacientes ingresados en la UCIP desde urgencias desde su creación en febrero de 2007 hasta febrero de 2009. Para valorar la gravedad y el riesgo de morbimortalidad de los pacientes se utilizó la escala de PRISM (Paediatric risk of mortality score).

**Resultados.** De un total de 77.145 pacientes atendidos en urgencias desde febrero de 2007 a febrero de 2009, ingresaron el 5,6%, de los cuales 89 pacientes ingresaron en UCIP (0,1%). De estos 89 pacientes, el 51% acudieron por iniciativa propia y el 89% no había consultado en las 24 horas previas. El 62% eran varones y 38% mujeres, con una media de edad de 4,9 años, siendo un tercio lactantes. El 33% de los pacientes presentaba patología de base. El motivo de consulta más frecuente fue la sintomatología neurológica y los motivos de ingreso en UCIP más frecuentes fueron alteración del nivel de conciencia, monitorización e insuficiencia respiratoria. El número de ingresos aumentó con el paso del tiempo, desde la apertura de la UCIP independientemente de la época del año. La mediana del PRISM fue de 6, no habiendo diferencias estadísticamente significativas en función de la edad, a pesar de que en los lactantes se observó un valor más alto. En el 70% de los pacientes la atención en urgencias fue inmediata, siendo el tiempo de espera menor de 5 minutos en los que presentaban PRISM más alto ( $p < 0,05$ ). Más de la mitad permanecieron en urgencias más de una hora antes de ingresar en UCIP. En el 95% el ingreso en UCIP fue menor de un semana detectándose que a mayor tiempo de estancia en UCIP existe más riesgo de morbimortalidad asociada (OR: 6,4). Un 9% requirió ventilación mecánica invasiva y un 20% se le realizó punción lumbar. A un 70% se realizó pruebas de imagen, siendo la más frecuente la radiografía de tórax. Un 25% se realizó TAC craneal y 9% RM craneal. Los tratamientos más utilizados fueron los antibióticos, antivirales, anticomociales, broncodilatadores y corticoides. El diagnóstico al alta en UCIP concuerda con el diagnóstico en urgencias, siendo los más frecuentes convulsión-estatus, TCE, obstrucción bronquial-insuficiencia respiratoria, síndrome febril-sepsis. El 16% de los pacientes presentó secuelas y 2 pacientes fallecieron.

**Conclusiones.** Desde la creación de la UCIP se ha detectado un aumento en el número de ingresos con el paso del tiempo independiente de la época del año. No se han encontrado diferencias significativas entre la edad de los pacientes y el valor del PRISM a pesar de que en lactantes se detectan valores de PRISM mayores. El tiempo de espera en urgencias fue significativamente menor en los pacientes con valores de PRISM más altos. A mayor tiempo de estancia en UCIP, existe más riesgo de morbimortalidad asociada.



27 **EVALUACIÓN DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA POR LAS ENFERMERAS SOBRE LOS NIÑOS QUE INGRESAN EN EL ÁREA DE OBSERVACIÓN DE UN SERVICIO DE URGENCIAS INFANTIL.** G. Guerrero Márquez, M. Ramírez Torres, A. García Cruz, I. Rodríguez Relaño, M.A. Almagro Colorado, M.C. Míguez Navarro. *H.G.U. Gregorio Marañón. Madrid.*

**Introducción.** En la sala de observación de nuestro centro se ingresan niños que tras valoración médica requieren evaluaciones, cuidados y/o tratamientos continuados. La información que reciba el personal de enfermería encargado de la sala es fundamental para asegurar una buena calidad asistencial. La información debe ser aportada por el médico que ha valorado al paciente. La información transmitida por segundas personas podría conllevar una pérdida de información importante.

**Objetivos.** comprobar la adecuación de la información transmitida al personal de enfermería encargado de la observación por parte de la persona que ingresa al niño (medico, personal de enfermería).

**Metodología.** Estudio observacional transversal durante 3 meses de los niños que tras valoración médica pasan a la sala de observación. Variables recogidas: personal que ingresa al niño (MIR, adjunto, personal de enfermería) adecuación de la información recibida. Siendo los criterios de adecuación: información sobre la sospecha diagnóstica, tratamientos y pruebas complementarias ya realizadas, tratamientos, cuidados y pruebas a realizar durante su estancia en observación. Valoración subjetiva del DUE de observación sobre la información recibida.

**Resultados.** La muestra fue de 176 niños. Distribución según personal que pasaba al niño a observación tras la valoración médica: MIR 33%, Adjuntos 8%, personal de enfermería 59%. No se informó sobre el diagnóstico o sospecha diagnóstica en un 64% de los casos. La valoración subjetiva del personal de observación sobre la información recibida fue: 27% mala o muy mala, 20% regular y 53% buena o muy buena. En un 25% de los casos el personal de observación percibió que la falta de información podía repercutir en la evolución del niño. El personal de enfermería no informaba sobre el tratamiento a administrar en un 38% frente a un 8,5% de los MIR ( $p < 0,05$ ). El personal de enfermería informaba sobre pruebas y tratamientos realizados en las salas de exploración en un 91% frente a un 62% de los MIR (ns). Respecto a la valoración subjetiva de la información recibida, la puntuación al personal de enfermería fue menor que al personal médico ( $p < 0,05$ ). Los casos en los que no se informaba de la sospecha diagnóstica recibieron una puntuación menor que en los que sí se informó ( $p < 0,05$ ). Se informaba mas sobre el diagnóstico cuando la prioridad del niño era más bajo ( $p < 0,05$ ).

**Conclusiones.** Existe una falta de información sobre la sospecha diagnóstica (64%). La valoración subjetiva fue buena/muy buena sólo en la mitad de los casos. La información transmitida directamente por el médico que valora al niño, y la información sobre la sospecha diagnóstica son valoradas de forma positiva. Creemos fundamental una completa información del paciente al personal de observación, evitando, si es posible, la información transmitida por segundas personas para evitar la pérdida o alteración de información que pueda perjudicar la evolución del niño.



28 **INCIDENCIA DEL PLAN DE FORMACIÓN EN LA CONTAMINACIÓN DE HEMOCULTIVOS.** M.C. Ignacio Cerro, M.C. Pascual Fernández, M.A. Jimenez Carrascosa. *Servicio Urgencia Infantil. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

**Objetivos.** Para la realización de hemocultivos se precisa técnica aséptica con el fin de disminuir o evitar el riesgo de contaminaciones que enmascaren los resultados.

Los objetivos de este estudio son:

- Valorar si los niños < de 7 meses tienen mayor índice de contaminación en los hemocultivos.
- Valorar si un plan de formación de enfermería disminuye la incidencia de hemocultivos contaminados

**Material y método.** Estudio descriptivo observacional y prospectivo realizado en la sección de urgencias pediátricas desde el 1 de Julio al 30 de Octubre de 2008 en niños menores de 7 meses de edad.

Se realizó previamente un curso de formación a un grupo de enfermeras en la técnica aséptica de recogida de hemocultivos.

Las variables recogidas fueron: Edad, sexo, turno de trabajo, enfermera que realiza la extracción (formadas o no), resultado de hemocultivo.

El análisis estadístico se hace mediante test de la Chi cuadrado de Pearson.

**Resultados.** Se recogieron 126 hemocultivos 88 niños (56,1%) y 69 niñas (43,9%). La edad media de recogida fue de 2.42 meses. Del total de hemocultivos, 106 fueron recogidos por personal no formado y 20 por personal formado. La tasa total de contaminación fue del 8%.

Comparando el grupo del turno de mañana de personal formado con el mismo turno pero de personal no formado obtenemos una tasa de contaminación del 0% frente al 8% ( $p= 0.03$ ). Asimismo se encuentra significación estadística si se compara la tasa de contaminación de hemocultivo entre el grupo formado frente al resto de personal no formado independiente del turno de trabajo.

**Conclusiones:**

- La edad de los niños no influye en la contaminación de hemocultivos.
- Es preciso realizar la técnica de manera aséptica pero no es necesario que sea estéril.
- Es necesario realizar cursos de formación para recordar la técnica de recogida de hemocultivos para evitar en la medida de lo posible las contaminaciones de estos.





29 PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE ENFERMERIA ANTE HERIDAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA. O. Farraces Ramos, L.M. Rubio González, A. de la Peña Garrido, J.D. Pérez Macarrilla, D. Corpa Santos, C. Miguéles Guerrero. *Hospital de Fuenlabrada. Madrid.*

**Objetivos:**

- Descripción del protocolo de actuación de enfermería ante heridas en un Servicio de Urgencias de Pediatría.
- Revisión del funcionamiento del protocolo de heridas existentes en las urgencias del hospital de Fuenlabrada.

**Material y métodos.** Estudio observacional descriptivo retrospectivo en el que se incluyen a los niños que acuden a la urgencia triados por herida entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2008. Se excluyen las heridas por mordedura. Realizado mediante revisión de registros y observación directa y detallada de la práctica diaria, que fue llevado a cabo en la unidad.

**Resultados.** Desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2008 fueron atendidos en el SUP del Hospital de Fuenlabrada un total de 34.512 urgencias de las cuales 708 fueron triadas como:

- Herida que precise cura / puntos de sutura: 534 casos.
- Herida no complicada: 99 casos.
- Otras heridas o traumatismo: 75 casos.

De entre este número, fueron valorados y tratados por enfermería un total de 478 casos, suponiendo el 67.5% de los mismos. Esto significa que el 1.38% del total de las urgencias son valorados, tratados y dados de alta por parte de enfermería sin ser valorados por otros profesionales.

Ello supone:

- Un considerable aumento de la autonomía de la enfermería
- Que 7 de cada 10 casos triados como heridas, son asumidos por enfermería.
- Que el 67.5% de los casos de heridas son dados de altas con informe de enfermería.

**Conclusiones.** La existencia de protocolos de actuación para el manejo de la atención de heridas por parte de enfermería están siendo útiles en la dinamización de la atención en la urgencia, reduciendo los tiempos de actuación y descargando de trabajo a otros profesionales.

Además la aplicación de protocolos en la urgencia pediátrica permite homogeneizar y optimizar la asistencia.



30 EFICACIA DE LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN HERIDAS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA. M.J.Rivero Martín, R.Rodríguez Díaz, J. Marín Martínez, A.I. Mohedas Tamayo, V. Manzanares Gómez, N. Nieto Gabuccio. *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.*

**Introducción.** En el artículo 9 del Título I de la Ley de ordenación de las profesiones sanitarias (*Ley 44/2003*) se establecen las relaciones interprofesionales y del trabajo en equipo; se abre la posibilidad de delegación de actuaciones estableciendo previamente las condiciones conforme a las cuales pueda producirse. Sobre la base de esta Ley se establece en Diciembre de 2007 un protocolo de actuación de enfermería ante heridas en la Urgencia de Pediatría del Hospital Universitario de Fuenlabrada. Según este protocolo la atención al paciente corre a cargo y es dado de alta por enfermería.

**Objetivo.** Evaluar la capacidad de resolución por parte de enfermería teniendo como indicador la consulta en menos de 48 horas por el mismo motivo o relacionado, así como las reclamaciones presentadas por los pacientes. Determinar la eficacia de dicho protocolo en cuanto a disminución de los tiempos de atención.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo donde se recoge el tiempo medio de espera para ser atendidos y dados de alta los pacientes que acuden a Urgencias de Pediatría y son dados de alta con el diagnóstico de "herida" durante el año 2007 y el año 2008. En el año 2007 fueron dados de alta con el diagnóstico de herida 615 niños y en 2008 718. Se elige una muestra de 100 pacientes en cada grupo por aleatorización simple, mediante programa estadístico EPIDAT.

**Resultados.** En el grupo de 2008 el tiempo medio desde la llegada al Hospital y su atención en Urgencias fue de 27 minutos y 12 segundos (DS: 19:04), en el grupo de 2007 de 29 minutos y 03 segundos. (DS 26:37). En 2008 el 55.32% de los pacientes acudieron en el turno de tarde y en 2007 el 65.62% ( $p=0.19$ ). El porcentaje de suturas realizadas en ambos grupos fue de 42.553% y 40.625% ( $p=0.9$ ). En ambos grupos un paciente consultó en <48 horas por el mismo motivo, no existiendo diferencias significativas. No hubo reclamaciones relacionadas con la atención en estos pacientes.

**Conclusiones.** El desarrollo de protocolos conjuntos de actuación entre enfermería y medicina puede mejorar la asistencia sanitaria de la población

Aunque no se ha encontrado diferencias en cuanto al tiempo medio de atención en los pacientes con heridas, hay que valorar la repercusión en el tiempo medio de atención en pacientes que acuden por otros motivos

No se encuentra mayor índice de consulta por el mismo motivo en <48 horas cuando los pacientes son atendidos por personal de enfermería.



31 REPARACIÓN DE HERIDAS EN LA URGENCIA PEDIÁTRICA. ASPECTOS LEGALES Y ENFERMERÍA. A. de la Peña Garrido, J.D. Pérez Macarrilla, O. Farraces Ramos, L.M. Rubio González, D. González Bravo, C. Migueles Guerrero. *Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.*

**Introducción.** La cirugía menor engloba los procedimientos y/o técnicas quirúrgicas sencillas, de corta duración, realizados sobre piel o tejido subcutáneo, en los que no se esperan complicaciones importantes, con cuidados posquirúrgicos no complejos y que se realizan bajo anestesia local; una de las técnicas frecuentes realizadas en los servicios de urgencias pediátricas por profesionales de enfermería es la reparación de heridas, práctica no exenta de requisitos legales que debemos conocer y dar respuesta.

**Objetivos.** Dar respuesta a los requisitos legales para el correcto desempeño de la cirugía menor potenciando su práctica entre los profesionales de enfermería.

Detectar el conocimiento que se tiene entre los profesionales de enfermería sobre el consentimiento informado y su necesidad de obtención frente a las heridas.

**Material y métodos.** Se desarrolla un informe de alta y un consentimiento informado a partir de un protocolo de actuación previo implantado.

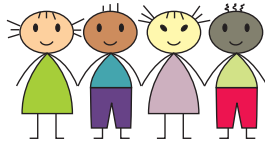
Se realiza encuesta en la unidad de urgencias pediátricas entre los profesionales de enfermería sobre si conocen los aspectos legales de la obtención del consentimiento informado en su actuación frente a las heridas.

**Resultados.** En octubre de 2007 se implanta en nuestro hospital un protocolo de actuación frente a heridas por el cual el profesional de enfermería es responsable de la valoración, derivación a otro profesional si cumple criterios de exclusión, reparación y cumplimentación y entrega a los padres, de un formulario de heridas con recomendaciones al alta. En respuesta a la demanda de los profesionales de enfermería que en el ejercicio de su profesión asumen nuevas competencias; se diseña un CI y un informe de alta pendiente de ser incluido en la historia clínica informatizada del hospital; siendo bien acogido por los profesionales del servicio.

La encuesta se realiza entre 15 enfermeras del servicio de urgencias pediátricas, obteniéndose que el 20% de los encuestados, tiene conocimiento de la utilización del consentimiento informado pero no lo da y que el 80% no tiene conocimiento de que se deba de utilizar dicho consentimiento informado.

**Conclusiones.** El profesional de enfermería está legalmente capacitado para realizar técnicas de cirugía menor. La capacitación legal no lleva implícita la teórico-práctica siendo responsabilidad del profesional su aprendizaje y desarrollo. Es obligada la obtención del consentimiento informado por escrito y la posterior entrega de un informe de alta debidamente custodiado en la historia clínica del paciente.

Por otro lado es necesario dar a conocer los aspectos legales del consentimiento informado. Además sería conveniente dar a los usuarios dicho consentimiento.



Viernes 3 de abril, 10:15 h

CIRUGÍA

Moderador: Dr. F.J. Travería Casanova

32 DOLOR ABDOMINAL EN ADOLESCENTES. ¿PATOLOGÍA URGENTE O BANAL? A. Castroviejo Gandarias, D. Morales Senosiain, M. Garatea Rodríguez, E. Delgado Fuertes, S. Souto Hernández, L. Gómez Gómez. *Hospital Virgen del Camino. Pamplona.*

**Objetivos.** El dolor abdominal es uno de los motivos de consulta más frecuentes en la urgencia pediátrica. Nuestro objetivo es analizar las características, diagnóstico y manejo de los adolescentes que acudieron por dolor abdominal a urgencias de un hospital terciario durante un año.

**Material y métodos.** Análisis retrospectivo descriptivo de los casos de dolor abdominal en adolescentes en el año 2008. Se consideraron adolescentes todos los pacientes de entre 12 y 14 años. Se seleccionaron los casos mediante un sistema de codificación diagnóstica. Se revisaron las historias clínicas recogiendo las variables: edad, sexo, procedencia, patología de base relacionada con el dolor abdominal, reconsulta en urgencias, síntomas asociados, estudios complementarios, interconsultas solicitadas, diagnósticos y destino. Se analizaron los datos mediante programa SPSS 14.0

**Resultados.** Durante el año 2008 se atendieron 38.118 urgencias. Eran adolescentes: 1.789 pacientes, 403 (22%) acudieron por dolor abdominal. Un 46,7% eran varones y un 53,3% mujeres. El 14% consultó en más de una ocasión. Provenían derivados desde atención primaria un 27%. Un 15,4% presentaba alguna patología previa relacionada con el dolor abdominal. Asociaron algún otro síntoma el 57%; fiebre un 20%, vómitos un 28% y disuria un 3,5%. Los diagnósticos en urgencias fueron: dolor abdominal inespecífico el 41,7%, epigastralgia el 10,9%, gastroenteritis aguda el 8,9%, estreñimiento el 8,2%, apendicitis aguda el 7,9%, dolor en fosa iliaca derecha el 7,4%, adenitis mesentérica o ileitis el 4,7%, patología ginecológica el 4%, patología nefrourológica el 1,7% y otros el 4,5%. Se solicitó analítica de sangre al 39,2%, analítica de orina al 16,1%, radiografía de abdomen al 9,2% y ecografía abdominal al 32%. Se realizó interconsulta a cirugía en un 10,4% y a ginecología en un 3,2%. Ingresaron en hospitalización el 14,9%. Entre los que ingresaron los diagnósticos más frecuentes fueron: apendicitis aguda en el 53,3%, dolor abdominal inespecífico en el 18,3% y dolor en fosa iliaca derecha en el 6%, sumando el resto de diagnósticos un 16,4%. Precisarón intervención quirúrgica un 8,4% del total de casos.

Ingresaron para cirugía un 13% de los remitidos desde atención primaria frente a un 5,8% de los que acudieron por iniciativa propia.  $\chi^2 = 25.6$  ( $p < 0.001$ ). Entre los que asociaban fiebre y vómitos los principales diagnósticos fueron: dolor abdominal inespecífico en el 25%, apendicitis aguda en el 14,9% y gastroenteritis aguda en el 16,7%.

Del total de mujeres, un 7,5% fueron diagnosticadas de patología ginecológica.

**Conclusiones.** El dolor abdominal supone un alto porcentaje de las consultas en urgencias en los adolescentes, siendo el diagnóstico más frecuente al alta el de dolor abdominal inespecífico.

La presencia de vómitos y fiebre no es indicador fiable de apendicitis aguda.

No debemos pasar por alto la patología ginecológica como causa de dolor abdominal en las mujeres adolescentes.



33 DOLOR ABDOMINAL DE CAUSA GINECOLÓGICA EN ADOLESCENTES ATENDIDAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA. S. Fernández Avalos, D. Muñoz Santanach, V. Trenchs Sainz de la Maza, C. Luaces Cubells. Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Hospital Universitari Sant Joan de Deu. Universitat de Barcelona.

**Introducción.** El dolor abdominal es un motivo de consulta muy frecuente en todas las edades pediátricas. Cuando se presenta en mujeres adolescentes puede ser la manifestación de una patología ginecológica, congénita o adquirida, por lo que es necesaria una anamnesis dirigida específica. Los objetivos del presente trabajo son: 1/ Determinar la frecuencia de las causas ginecológicas como etiología de dolor abdominal en las adolescentes atendidas en la Sección de Pediatría del Servicio de Urgencias Pediátricas (SP-SUP) 2/ Determinar las características clínicas, el manejo en urgencias y la evolución posterior de estas pacientes 3/ Determinar los diagnósticos más frecuentemente asociados al dolor abdominal de causa ginecológica.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo observacional. Se incluyen todas las pacientes con edad entre 12 y 18 años que consultaron durante el año 2008 en el SP-SUP por dolor abdominal que se orientó al alta como de origen ginecológico (DOG). Se recoge la clínica presentada, las exploraciones complementarias realizadas, la necesidad de ingreso y/o de intervención quirúrgica (IQ) y el diagnóstico definitivo.

**Resultados.** Las adolescentes ocasionaron 3370 consultas en SP-SUP durante el año 2008, 699 (20.7%) fueron por dolor abdominal, que se orientó como DOG en 54 (7.7%). La edad media de los DOG fue de 15.2 años (DE 1.7), siendo más frecuente en las mayores de 15 años (10.4% vs 5.8%,  $P=0.024$ ). El 94.4% habían tenido la menarquia. Trece (59.3%) de las 32 adolescentes a las que se les preguntó eran sexualmente activas. La mediana de tiempo de evolución del dolor fue de 2 días (p25-75: 6horas-4días). Veintidós (40.7%) presentaron dolor abdominal aislado. En el resto, los síntomas asociados más frecuentes fueron el síndrome miccional (11; 20.4%) y los vómitos (9; 16.7%). Quince (27.8%) presentaban la menstruación. Además de por el pediatra, 20 (37%) fueron valoradas por el ginecólogo, 6 (11.1%) por el cirujano y 5 (9.3%) por ambos. En 42 (77.7%) se realizó alguna exploración complementaria, siendo las más frecuentes el sedimento de orina (26; 48.1%), la ecografía (29; 53.7%) y el test de embarazo (13; 24.1%). Los diagnósticos más frecuentes fueron: dolor perioovulatorio (16; 29.6%), dismenorrea (14; 25.9%), quiste folicular (13; 24%) y malformaciones genitales (3; 5.7%). Seis pacientes (9.3%) ingresaron. La mediana de estancia hospitalaria fue de 1.3 días (p25-75: 0.5-3.9 día). Cuatro adolescentes (7.4%) precisaron IQ (2 por himen imperforado, 1 por torsión de quiste ovárico, y 1 por embarazo ectópico).

**Conclusiones.** 1) El DOG es una causa no despreciable de dolor abdominal en las adolescentes, aumentando su importancia con la edad de las pacientes. 2) La clínica de presentación del DOG es frecuentemente inespecífica, requiriendo en muchas ocasiones de una valoración multidisciplinar apoyada por exámenes complementarios. 3) El dolor perioovulatorio, la dismenorrea y los quistes foliculares son las causas más frecuentes de DOG.



34 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE APENDICITIS EN CANTABRIA DURANTE EL AÑO 2007. J.L. Guerra Díez, L. García Higuera, M.T. Leonardo Cabello, M. Pumarada Prieto, M.C. Freijo Martín. *Hospital Marqués de Valdecilla. Santander.*

**Introducción.** el dolor abdominal constituye uno de los motivos de consulta más frecuente en urgencias, siendo el diagnóstico de apendicitis aguda la causa más común de abdomen agudo en la infancia.

**Objetivo.** analizar las características de los pacientes diagnosticados de apendicitis aguda desde su llegada al servicio de urgencias y su evolución posterior.

**Material y métodos.** se revisaron de forma retrospectiva 99 historias clínicas de pacientes diagnosticados de apendicitis aguda en informe de alta. Se descartaron otras causas de abdomen agudo. El análisis estadístico se realizó mediante spss v.11.

**Resultados.** se analizaron 99 pacientes: 40,4% niñas y 59,6% niños. Edad media  $9,27 \pm 3,06$  años (el 43,4% menores de 10 años). El 16,2% había acudido más de una vez a urgencias (16 pacientes de los que 3 eran de edad  $\leq 5$  años, 18,8%). Presentaron vómitos el 71,7% y hasta el 78,8% febrícula o fiebre. La mitad de los pacientes presentaba menos de 24 horas de evolución (media  $26,29 \pm 23,12$ ). Los pacientes  $<10$  años presentan una leucocitosis y PCR mayor que los  $>10$  años, media de horas de evolución de  $22,93 \pm 16,35$  en  $<10$  años y  $28,87 \pm 27,06$  en  $\leq 10$  años. En el 55,6% de los casos se realizó una ecografía (55 casos): 40 fueron diagnósticas, 10 dudosas y 5 negativas (27,27%). Entre la llegada a urgencias y la realización de la intervención pasaron una media de  $6,47 \pm 6,50$  horas (mediana 5 horas). Tras la intervención, el diagnóstico establecido fue: 54,5% apendicitis flemosa; 27,3% gangrenosa; 7,1% perforada, 5,1% plastrón o absceso, 6% otros (hiperplasia linfóide). Los días de ingreso postintervención están en 4,52 días, con un máximo de 25 días por absceso intraabdominal. Nueve de los pacientes presentaron peritonitis: 9,1% (4 niñas y 5 niños), con una estancia media de  $10,22 \pm 8,39$  días. El antibiótico pre y postquirúrgico empleado en la mayoría de los casos fue amoxicilina-clavulámico. Un 8,1% de los pacientes presentaron complicaciones, sólo 1 caso era menor de 5 años.

**Conclusiones.** En nuestro medio la incidencia de apendicitis es similar en ambos grupos de edad sin producirse el pico característico entre los 10 y 12 años. La clínica principalmente y la analítica son claves en el diagnóstico de apendicitis, ya que hasta el 27,27% de las ecografías realizadas puede ser dudosas o no diagnósticas. En nuestra población sólo 1 de los menores de 5 años presentó complicaciones postquirúrgicas (obstrucción intestinal). La evolución postquirúrgica fue satisfactoria en el 91,9% de los pacientes.



35 APENDICITIS AGUDA EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA. M.J. Carbonero Celis, L. Yepes Carmona, F.J. Carrión Castell, J. Asensio García, F.J. Freire Domínguez. H.U. Virgen Macarena. Sevilla.

**Fundamento y objetivos.** La apendicitis aguda continúa siendo la causa más frecuente de cirugía abdominal de urgencia en la edad pediátrica. Los cuadros de presentación atípica dan lugar a retrasos y errores diagnósticos, sobre todo, en menores de 5 años. Los objetivos fueron estudiar la clínica, y complicaciones según la edad, en niños con esta patología.

**Material y métodos.** Estudio transversal retrospectivo de 46 niños entre 2 y 14 años, intervenidos entre Enero y Septiembre de 2008, con el diagnóstico operatorio de apendicitis. Fueron divididos en 3 grupos de edad: grupo I (2-5 años); n = 8 (17.4%); grupo II (6-10 años): n = 21 (45.6%) ; grupo III (11 -14 años); n= 17(37%). Se recogieron las variables sexo, edad, tiempo de evolución, demora diagnóstica, tiempo de cirugía, enfermedad intercurrente, pruebas complementarias, incidencia de peritonitis, complicaciones, tiempo de estancia hospitalaria y derivación por su pediatra.

**Resultados.** Predominio de varones en los 3 grupos (I: 62.5%; II: 85.7%; III:76.4%). El síntoma de inicio más frecuente fue el dolor abdominal, seguido de los vómitos y la fiebre. La diarrea se presentó en el 37.5% y 23.8% en los grupos I y II, y en ningún caso del grupo III. La leucocitosis con neutrofilia fue del 100% (grupos I y II), y en el 88.3% (grupo III). La radiografía abdominal, se efectuó al 12.5%, 57.1% y 35.3% (grupos I, II y III). La ecografía fue diagnóstica en el 100% de los niños a los que se practicó. La mayor demora diagnóstica (>4 días) en niños del grupo I se debió a un diagnóstico erróneo de GEA. El grupo I presentó peritonitis en un 25%, superior respecto a los otros grupos estudiados. Todos los niños se intervinieron en las primeras 24 horas tras el diagnóstico. La estancia media fue similar en los 3 grupos estudiados (6-7 días). Sólo el 17% de los niños fueron remitidos por su pediatra con el diagnóstico de sospecha acertado.

**Comentarios finales.** Ante un dolor abdominal con afectación del estado general en un cuadro aparente de gastroenteritis especialmente en niños más pequeños, hay que pensar en apendicitis, siendo en estas edades cuando existe mayor demora del diagnóstico y mayor número de complicaciones.

No sabemos si la apendicitis pudiera ser secundaria a una gastroenteritis inicial.

La ecografía y el recuento de leucocitos son de extrema ayuda para la identificación temprana del niño con apendicitis.





36 **PROTEÍNA C REACTIVA POSITIVA: ¿APENDICITIS O PERITONITIS?** E. Calleja Aguayo, E.M. Jiménez Pérez, S. Beltrán García, M. Domínguez Cajal, J. Elías Pollina, C. Campos Calleja. *Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza.*

**Introducción.** La apendicitis aguda es la urgencia quirúrgica más frecuente en la edad pediátrica. El objetivo del estudio es analizar los distintos marcadores de infección que pueden ser de utilidad en la diferenciación inicial entre apendicitis complicada y no complicada, y por consiguiente del tipo de abordaje quirúrgico.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de una cohorte de 70 pacientes diagnosticados de apendicitis aguda elegidos aleatoriamente en el año 2008. Los pacientes fueron clasificados en 2 grupos: grupo 1, apendicitis no complicadas, donde se incluyen apendicitis flemososas, y grupo 2, complicadas, donde incluimos apendicitis con líquido libre seropurulento y las peritonitis. Se realiza estudio estadístico descriptivo y analítico con el software SPSS utilizando la prueba U de Mann-Whitney para muestras independientes, comparando las horas de evolución clínica, la PCR y la fórmula leucocitaria entre los 2 grupos a estudio.

**Resultados.** Se han incluido un total de 40 apendicitis no complicadas y 30 complicadas. La prevalencia por sexos es 64.7% para el sexo masculino y 34.3% para el femenino, con un promedio de edad de 9.1 años (rango: 2-14). La media de duración de los síntomas hasta la intervención fue de 37.9 horas, siendo de 26.6 para el grupo 1 y 53 para el grupo 2 con una  $p < 0.01$ . La media de PCR para el grupo de apendicitis no complicada es de 5.5 mg/dl, frente a 14 mg/dl en las complicadas, encontrándose diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.01$ ). En todos los casos se encuentra leucocitosis con neutrofilia con una media de 16.200/ $\mu$ L con 82.4% de neutrófilos. En cuanto a la leucocitosis en el grupo 1 fue de 15.630/ $\mu$ L con 82% de neutrófilos y en el 2, 16.968/ $\mu$ L leucocitos y 77.5% neutrófilos, sin encontrarse en este caso diferencia estadísticamente significativa. Los pacientes con apendicitis no complicada permanecieron ingresados una media de 3.08 días, frente a 7.3 días en las complicadas (ya que en estos casos precisan tratamiento antibiótico durante un tiempo más prolongado), con una  $p < 0.05$ .

**Conclusiones.** Se han encontrado diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.01$ ) entre las horas de evolución de la clínica y la PCR con los 2 grupos de apendicitis. Sin embargo, la leucocitosis con neutrofilia, a pesar de que sí sería útil para la sospecha diagnóstica de apendicitis, no hemos hallado diferencias estadísticas entre los 2 grupos estudiados.



37 INVAGINACIÓN INTESTINAL: NUESTRA EXPERIENCIA DE 6 AÑOS. F. Morales Luengo, N. Vega Mata, M. García González, S. Suárez Saavedra, J. Mayordomo Colunga, J. Rodríguez Suárez. *Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

**Introducción y objetivos.** La invaginación intestinal es la causa más frecuente de obstrucción intestinal en niños entre los 3 meses y 6 años de edad. Constituye una emergencia médica ya que conduce a una importante morbi-mortalidad si no se realiza un diagnóstico precoz. El objetivo de este estudio es conocer las características clínicas y epidemiológicas así como el actual manejo de los pacientes con invaginación intestinal.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, retrospectivo, revisando las historias clínicas de aquellos pacientes con diagnóstico de invaginación intestinal que acuden al servicio de Urgencias de nuestro hospital durante un periodo de 6 años (Enero 2003-Diciembre de 2008).

**Resultados.** Se recogieron datos de 80 niños con invaginación intestinal, con una ratio varón-mujer de 1,2:1. El rango de edad osciló entre los 4 y los 149 meses (mediana 16,6 meses), ocurriendo el 30% de los casos antes del primer año de vida. Los síntomas más frecuentes fueron el dolor abdominal y los vómitos, presentes en el 76% y 66% de los casos respectivamente. La existencia de una masa abdominal palpable se documentó en 23 pacientes. Sólo 5 niños presentaron la triada clásica de vómitos, dolor abdominal y rectorragia. La duración media desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico fue de 22,1 horas. El diagnóstico se confirmó en todos mediante la realización de una ecografía abdominal, practicándose una radiografía previa en el 74%. En la mayoría de los pacientes, la invaginación se redujo satisfactoriamente mediante enema de bario o hidrosalino, precisando abordaje quirúrgico una quinta parte de los pacientes. Únicamente en 3 pacientes fue necesaria una resección intestinal, resolviéndose en el resto mediante reducción manual. Se logró identificar la causa de la invaginación en 26 pacientes (adenopatías en 24, un divertículo de Meckel y adherencias en otro). En cuanto a las recurrencias, éstas se produjeron en 8 niños, teniendo lugar durante las primeras 24 horas en 7 de ellos. En las recidivas se observó una menor tasa de éxito en la reducción hidrostática.

**Conclusiones.** En nuestro medio, la invaginación intestinal se manifiesta habitualmente con una sintomatología clínica inespecífica, faltando conjuntamente los hallazgos clásicamente descritos en la mayoría de los casos, lo que puede condicionar un retraso en el diagnóstico. Es preciso un alto índice de sospecha que obligue a la realización de pruebas complementarias que proporcionen el diagnóstico definitivo. La mayoría de las invaginaciones se resuelven satisfactoriamente mediante tratamiento conservador no siendo frecuentes las recurrencias u otras complicaciones.



38 INVAGINACIONES INTESTINALES EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS. M.A Partida Solano<sup>1</sup>, J. Cervera Corbacho<sup>1</sup>, J. Guerrero Espejo<sup>1</sup>, J.C. Flores González<sup>1</sup>, J. Acedo Ruiz<sup>2</sup>, L. Alonso Jiménez<sup>2</sup>. <sup>1</sup>Servicio de Pediatría, <sup>2</sup>Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

**Objetivos.** Revisar la casuística de las invaginaciones intestinales diagnosticadas en Urgencias de un hospital de referencia provincial para cirugía pediátrica, con objeto de analizar su frecuencia y en que medida la precocidad de la sospecha clínica y disponibilidad de pruebas diagnósticas influyó sobre el tipo de intervención para su resolución.

**Material y método.** Análisis retrospectivo de las historia clínicas de pacientes atendidos en Urgencias Pediátricas con invaginación intestinal en los últimos 2 años.

**Resultados.** De los 36 pacientes el 58% fueron varones. Rango de edad 3 meses a 6 años (mediana 10 meses). Síntomas predominantes: vómitos (30), dolor abdominal/llanto (28), sintomatología vagal (19), rectorragia (8), diarrea (5), fiebre (3). Tiempo de evolución de 1 hora a 8 días (paciente con fibrosis quística). Se realizó tacto rectal en 14 pacientes (6 positivos), radiografía en 9 (3 patológicas). La ecografía fue diagnóstica en todos los pacientes. Dos fueron íleo-íleales (50% precisó cirugía), 1 íleo-íleo-cólicas (cirugía), 14 íleo-cecales (21% cirugía) y 15 colo-colónicas (33% cirugía).

Se intentó resolución hidrostática en 31 (86%) pacientes (84% efectiva); 10 (32%) precisaron cirugía (resección en un paciente con divertículo de Meckel). Factores favorecedores: 32% adenitis/adenopatías, 14% GEA, 3% (1) divertículo de Meckel y 3% mucoviscidosis. Precisaron cirugía 21% de los diagnosticados en < 24 h, 50% entre 24-48 h y 57% en > 48 h. Se observaron 2 recurrencias.

**Conclusiones:**

- La ecografía fue el método diagnóstico más sensible, permitiendo además su resolución ecoguiada en un 84%.
- Constatamos que el retraso diagnóstico aumenta la necesidad de cirugía.
- El tamaño muestral no permite relacionar la localización de la invaginación con la necesidad de cirugía.
- En nuestra serie sólo hubo una resección, lo que apoya la importancia de la disponibilidad de un método tan sensible como la ecografía.
- Destacar los dos casos de invaginación en niños de 6 años, lo que nos debe recordar que esta patología no se limita al periodo de lactante.



39 FORMAS DE PRESENTACIÓN, COMPLICACIONES Y TRATAMIENTO DE LA INVAGINACIÓN INTESTINAL: REVISIÓN DE LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS. F. Ferrés Serrat, C. Armero Bujaldón, C. Pérez Velasco. *Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca.*

**Objetivos.** 1) Conocer la epidemiología, formas de presentación, complicaciones y tratamiento de las invaginaciones. 2) Conocer los estudios de imagen practicados. 3) Conocer las técnicas de desinvaginación utilizadas y su rendimiento.

**Material y métodos.** 1) Estudio longitudinal retrospectivo. 2) Se analizaron las historias clínicas de los pacientes menores de 15 años ingresados en nuestro hospital desde Enero de 1999 a Diciembre 2008 con diagnóstico de invaginación intestinal.

**Resultados.** Se han identificado 72 casos, 63% varones. Edad media 19 meses. Rango de edad entre 2 meses y 9 años. El 76% estaban dentro del rango típico, entre 6 y 36 meses. No ha habido predominio estacional ni cambios en la tasa de incidencia anual. 32 casos (44.4%) presentaron patología previa o concomitante: 15 infecciones respiratorias, 13 gastroenteritis, 2 púrpuras de Schönlein-Henoch (PSH), un divertículo de Meckel y una infección urinaria. 2 pacientes tenían antecedente de invaginación previa. El 47.7% de los casos presentaban más de 24 horas de evolución en el momento del diagnóstico. Sintomatología: dolor abdominal 49 casos (68%), vómitos 41 (56.9%), crisis de llanto 30 (41.7%), afectación del estado general 28 (38.9%), síntomas vagales 23 (31.9%), rectorragia 16 (22.2%). 2 casos presentaron perforación intestinal. Estudios de imagen: ecografía a 66 pacientes (91.7%), radiografía simple a 49 (68%), TAC a 2 y enema de bario a uno. Técnica de desinvaginación: enema de aire en 57 casos (en 40, 70.2%, fue efectivo) y enema de bario en 3 casos (ninguno efectivo). Se practicó cirugía a 27 pacientes (37.9%): 17 por enema de aire no efectivo, 2 por enema de bario no efectivo, 2 por perforación, 2 por sospecha de apendicitis (1 sospecha clínica, 1 sospecha ecográfica), 1 por ascitis (en PSH), 1 por localización ileoileal (en PSH), 1 por reinvasinación y uno por la edad (9 años). 5 casos (7%) se desinvaginaron espontáneamente. El 68.7% de los enemas no efectivos y las 2 perforaciones se asociaron a un tiempo de evolución mayor de 24 horas. 3 invaginaciones presentaron localización ileoileal (las 2 PSH y el Meckel), el resto la típica localización ileocecolica.

**Comentarios y conclusiones.** 1) Un diagnóstico tardío (sintomatología de más de 24 horas de evolución) se ha asociado a un mayor fracaso terapéutico de los enemas y en el 100% de los casos a la existencia de perforación intestinal. 2) Muchos pacientes han presentado clínica relativamente inespecífica, por lo cual es importante ante hallazgos compatibles con invaginación tener presente dicha entidad.



40 MALROTACIÓN INTESTINAL Y VÓLVULO EN UN LACTANTE CON VÓMITOS INGRESADO EN UN HOSPITAL DE CORTA ESTANCIA. A. Sariego Jamardo, M. González Sánchez, M. García González, S. Suárez Saavedra, F. Álvarez Caro, J. Rodríguez Suárez. *Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

**Fundamento y objetivos.** Los vómitos son especialmente frecuentes en recién nacidos y lactantes, constituyendo uno de los principales motivos de consulta en los servicios de Urgencias Pediátricas. Su presencia puede ser debida a procesos benignos autolimitados, como ocurre en la mayoría de las ocasiones, o por el contrario ser la forma de presentación de enfermedades graves. En el periodo neonatal, los vómitos pueden traducir la existencia de malformaciones digestivas en cuyo caso suelen acompañarse de otros signos obstructivos que orientan el diagnóstico. En otras ocasiones, la ausencia inicial de sintomatología clínica puede retrasar el diagnóstico hasta edades más tardías, como ocurre en un caso que describimos a continuación.

**Observaciones clínicas.** Varón de 3 meses de edad que acude a Urgencias de Pediatría por un cuadro de vómitos proyectivos postprandiales de escasas horas de evolución. Asocia deposiciones de menor consistencia sin aumento de la frecuencia de las mismas; afebril. Como antecedentes personales, cabe destacar un cuadro de enterocolitis grave a los 9 días de vida motivo por el cual ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatal durante 57 días. Es hijo de madre con hepatitis B, controlada a su vez por un absceso hepático secundario a una amebiasis intestinal. La exploración física no mostraba signos de deshidratación, siendo la palpación abdominal normal. Con el diagnóstico probable de gastroenteritis se decide ingreso en el Hospital de Corta Estancia para ver evolución y comprobar la tolerancia oral. Durante las 24 horas siguientes persisten los mismos síntomas, presentando vómitos tras todas las tomas, alguno de ellos de contenido bilioso. Se realiza una radiografía de abdomen en la que llama la atención una importante dilatación gástrica, objetivada nuevamente en un estudio ecográfico posterior en el que además se observa una pequeña cantidad de líquido libre perihepático. Ante la sospecha de patología obstructiva, se practica un tránsito gastrointestinal que pone de manifiesto la existencia de malrotación de las asas intestinales, posicionadas en el hemiabdomen izquierdo. A su vez se evidencia la típica imagen de intestino delgado en "sacacorchos" indicativa de la existencia de un vólvulo asociado. Posteriormente el paciente es intervenido quirúrgicamente con éxito mediante técnica de Ladd.

**Comentarios.** Las malformaciones digestivas pese a no ser la causa más frecuente, deben ser tenidas en cuenta en el diagnóstico diferencial de un lactante vomitador, especialmente si existen antecedentes de patología gastrointestinal en el periodo neonatal. La realización de pruebas complementarias no está indicada de forma rutinaria, pudiendo ser útil la observación hospitalaria en aquellos pacientes en los que el diagnóstico es incierto, practicándose estudios complementarios en caso de que la evolución no sea favorable. En el caso de la malrotación, la importancia del diagnóstico radica en su frecuente asociación con un vólvulo, pudiendo tener consecuencias fatales si no se establecen un diagnóstico y tratamiento precoces.



41 EFICACIA DE LOS ENEMAS DE SUERO SALINO EN EL TRATAMIENTO DE LA IMPACTACIÓN FECAL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICO. R. San Emeterio Herrero, G. Santos González, B. Galarraga Martín, T. Esquer-  
ra Gutiérrez, E. Barcena Fernández, J. Benito Fernández. *Hospital de Cruces. Barakaldo.*

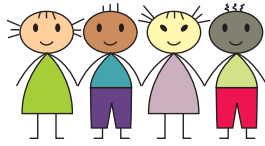
**Introducción.** El estreñimiento es un problema muy frecuente en el niño. Los enemas salinos son un método seguro para resolver la impactación y los síntomas asociados a ella. Hasta la fecha no hay estudios sobre la efectividad y tolerancia a este tratamiento.

**Objetivo.** El objetivo del estudio es evaluar la eficacia y tolerabilidad del tratamiento, además de conocer la percepción y aceptación del procedimiento por parte del paciente y su familia y del personal sanitario.

**Material y método.** Estudio observacional de carácter prospectivo de los niños y niñas, de entre 2 y 15 años, que al acudir al servicio de Urgencias del Hospital de Cruces fueron diagnosticados de impactación fecal y el facultativo que les atendió decidió realizar un tratamiento con enemas salinos. Se recogieron en un formulario la edad, sexo, talla y peso, el tipo de estreñimiento, el volumen y el número de enemas aplicados, la administración o no de otra medicación y se evaluó el grado de alivio experimentado, la valoración del tratamiento por parte de los padres y el investigador, el tiempo de respuesta y la tolerabilidad.

**Resultados.** Durante el periodo de tiempo comprendido entre Enero a Junio del 2008, fueron estudiados 86 pacientes, con una edad media de  $5,8 \pm 3,4$  años. El tiempo de respuesta medio tras la administración del enema fue de  $26 \pm 24,16$  minutos. Un 38% de los niños refirieron no tener alivio y un 62% si presentó alivio, de los que el 49,4% fue alivio sintomático y un 12,7% alivio completo. De los niños < de 3 años el 48,6% presentaron algún grado de alivio, entre 3 y 7 años el 70,4% y los de > 7 años el 75%. Según el peso, el 48,6% de los niños de < de 20 kg experimentaron alivio, el 78,3% de los de entre 20 y 30 kg y el 65% de los de > de 30 kg. En la valoración del tratamiento de los padres y del investigador, la puntuación media en una escala de 0 (totalmente insatisfactorio) a 10 (muy satisfactorio), fue de 5. Un 50% de los niños refirieron algún grado de molestias, en un 83% de los casos, leves.

**Conclusiones.** La administración de enemas de suero salino produce alivio sintomático de la impactación fecal en un porcentaje elevado de pacientes. Este tratamiento es en general bien tolerado, sin efectos adversos importantes y aceptablemente valorado por la familia del niño y el personal sanitario.



Viernes 3 de abril, 10:15 h

## RESPIRATORIO

Moderador: Dr. J. Valverde Molina

42

**ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LA BRONQUIOLITIS; RELACIÓN ENTRE PREMATURIDAD E INGRESO.**  
S. Congost Marín, M.P. Sanz de Miguel, A. de Arriba Muñoz, M.V. Velasco Manrique, B. Chapí Peña, C. Campos Calleja.  
*Hospital Miguel Servet. Zaragoza.*

**Introducción.** La bronquiolitis afecta aproximadamente al 10% de la población infantil en periodo de epidemia siendo el principal motivo de ingreso en lactantes menores de un año. Si nos referimos únicamente a prematuros (menores de 35 semanas de gestación) este porcentaje aumenta.

**Objetivos.** Conocer las características epidemiológicas de los pacientes atendidos durante el año 2008 en Urgencias de Pediatría de un hospital terciario con el diagnóstico de bronquiolitis y estudiar, como posible factor de riesgo para el ingreso, la prematuridad.

**Material y métodos.** Estudio observacional retrospectivo de los informes de urgencias con diagnóstico de bronquiolitis en nuestro Servicio de Urgencias en el año 2008.

**Resultados.** Se recogieron los datos de 400 informes con diagnóstico de bronquiolitis, lo que supone un 0,8% del total de las urgencias atendidas durante el periodo citado, de estos un 63,3% eran varones. Los niños menores de 6 meses representan el 77,5% y el 94% eran menores de un año. En los meses de noviembre a marzo se presentaron el 83,3% de todos los casos, siendo esporádicos en el resto del año. El 8,4% fueron prematuros, siendo el grupo predominante los comprendidos entre las 32-35 semanas de gestación que representan el 60% del total. El 38% requirieron ingreso, si estratificamos según la prematuridad encontramos que en el grupo de prematuros ingresan el 52%, llegando hasta el 61,5% si nos referimos únicamente a los grandes prematuros (menos de 32 semanas) frente al 30,3% de ingresos en los no prematuros. Los ingresos en uci supusieron un 3% (12 pacientes), todos ellos eran menores de tres meses, encontrándose el 91% en torno al mes, de estos un 17% eran prematuros, en un 84% encontramos cianosis y en un 80% se podía definir el episodio como grave.

### Conclusiones:

1. En nuestro estudio observamos una mayor proporción de bronquiolitis en varones, menores de 6 meses, lo que coincide con la bibliografía.
2. Encontramos una mayor proporción de ingresos en los pacientes prematuros y aun mayor en los prematuros extremos, lo que se puede explicar si tenemos en cuenta que nuestro protocolo contempla la prematuridad como factor de riesgo de infección grave, y por lo tanto de ingreso.
3. Sabiendo que a los menores de 32 semanas se administra palivizumab de forma sistemática durante los meses de epidemia, se explica que el porcentaje de prematuros afectados de bronquiolitis sea bajo respecto al total de pacientes, especialmente los menores de 32 semanas, aunque sea el grupo que, proporcionalmente, requiera mayor número de ingresos.



43 **EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE LA BRONQUIOLITIS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.** B. Chapí Peña, S. Congost Marín, M.P. sanz De Miguel, A. De Arriba Muñoz, M.V. velasco Manrique, Y. Aliaga Mazas. *Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.*

**Introducción.** En nuestro hospital venimos desarrollando la elaboración de pautas de actuación para distintas situaciones se ven frecuentemente en el servicio de urgencias de pediatría. En noviembre de 2007 se realizó la última actualización del protocolo de actuación en urgencias de la bronquiolitis, según la bibliografía disponible en el momento y basándose en la evidencia.

**Objetivos.** Analizar el grado de cumplimiento del protocolo en estos pacientes, con el fin de mejorar la atención de esta patología en urgencias.

**Material y métodos.** Se revisaron los informes de los pacientes atendidos por bronquiolitis a lo largo del año 2008. Los indicadores que se evalúan en nuestro protocolo de actuación son: 1. registro de la frecuencia cardíaca, 2. frecuencia respiratoria, 3. constancia de la presencia o ausencia de sibilantes, 4. constancia de la presencia o ausencia de tiraje y 5. saturación arterial de oxígeno.

**Resultados.** Durante el periodo de tiempo estudiado, se recogieron 400 casos de bronquiolitis, lo que corresponde al 0,8% del total de consultas en urgencias. La constancia de la existencia de tiraje se cumple en un 87,5%. La constancia de la presencia o ausencia de sibilantes se dio en un 90%. El registro de la frecuencia respiratoria consta en un 52,2% y de la frecuencia cardíaca en un 80%. La saturación arterial constaba en un 87% de los casos.

**Conclusiones.** En cuanto al cumplimiento de los indicadores, con atención al estándar propuesto (95%), si bien mejoramos en el cumplimiento con arreglo a revisiones previas, no se llegan a alcanzar dichos estándares. Esto nos invita a reflexionar sobre si la reevaluación constante de nuestras pautas de actuación mejoraría nuestra actuación general. Destacamos la importancia de la creación de protocolos, tanto para la revisión periódica de la mejor actuación de acuerdo a la evidencia actual disponible, como de homogeneización de las actuaciones en el servicio de urgencias.





44 LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN LA BRONQUIOLITIS. B. Chapí Peña, S. Congost Marín, M.P. Sanz de Miguel, A. de Arriba Muñoz, M.V. Velasco Manrique, C. Campos Calleja. *Hospital Miguel Servet. Zaragoza.*

**Introducción.** La bronquiolitis es una entidad clínica importante en la patología pediátrica que constituye la principal causa de hospitalización en los lactantes. El diagnóstico es clínico, sin necesidad de exámenes complementarios, que no aportan información de utilidad. Las últimas recomendaciones insisten en ello, desaconsejando su realización de forma sistemática. Sin embargo, ¿realmente hemos restringido su uso?

**Objetivo.** Valorar la utilidad de las pruebas complementarias en los pacientes con bronquiolitis y evaluar si se hace un uso adecuado de las mismas.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de los casos de bronquiolitis atendidos en la Unidad de Urgencias de un hospital terciario durante el año 2008.

**Resultados.** Fueron atendidos 400 casos de bronquiolitis, un 0,8% del total de urgencias correspondientes al periodo de tiempo estudiado. Se realizaron pruebas complementarias en 60 pacientes (15%): gasometría capilar en 14 (4%) y Rx tórax en 46 (11%). Todos los casos en los que se solicitó gasometría capilar corresponden a pacientes menores de 3 meses con distrés moderado y grave y SaO<sub>2</sub> menores de 92%. En los 14 pacientes se precisó ingreso, en 5 de ellos en UCIP. Las gasometrías no mostraron alteraciones en ninguno de los casos.

En cuanto a la realización de las radiografías, un 60% se realizó en pacientes sin respuesta a tratamiento broncodilatador en urgencias, un 14% por auscultación cardiopulmonar anómala o fiebre elevada, un 14% se realizó en pacientes que, por su gravedad, ingresaron en planta sin haber recibido tratamiento en urgencias; en un caso se realizó por antecedentes de cardiopatía y distrés moderado y SaO<sub>2</sub> 90% y en otro porque había sido remitido de su Centro de Atención Primaria para ello. Presentaron signos de afectación parenquimatosa 9 de los casos (20%), de los cuales ingresaron 3 y los 6 restantes se dieron de alta con tratamiento antibiótico, frente a 2 pacientes con tratamiento antibiótico del grupo de radiografías normales.

**Conclusiones.** El porcentaje de realización de pruebas complementarias en pacientes con bronquiolitis es similar al de la literatura. Consideramos que, en muchos casos, la indicación de las pruebas es correcta. Sin embargo, su realización cambia en pocos casos nuestra actitud clínica, fundamentalmente con respecto a necesidad de ingreso. Consideramos indicado la realización de Rx tórax en casos en se sospechen complicaciones de la enfermedad (fundamentalmente consolidación parenquimatosa), pues en este caso podría ser necesario la adición de tratamiento antibiótico, pero no de forma sistemática en niños que van a ser hospitalizados.



45

**MANEJO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO DE BRONQUIOLITIS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO MATERNO-INFANTIL DE LAS PALMAS DE GRAN CANARIA.** M.R. García Luzardo, Y. Rodríguez Santana, S. Todorcevic, N. Rodríguez Calcines, B. Santana Salguero, R. Rial González. *Servicio Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario Materno-Infantil Las Palmas de Gran Canaria.*

**Introducción.** La bronquiolitis es una enfermedad frecuente, que afecta a los menores de 24 meses, resultante de la obstrucción inflamatoria de las pequeñas vías aéreas. Se estima que en el periodo epidémico un 15% de las consultas a Urgencias son debidas a esta patología y hasta un 2% precisan hospitalización. El VRS causa entre un 50 y 70% de las bronquiolitis.

**Objetivos.** Analizar los datos demográficos, clínica, gravedad, factores de riesgo o comorbilidad previa, pruebas complementarias realizadas y tratamiento administrado tanto en fase prodrómica, aguda y de mantenimiento en los niños diagnosticados de bronquiolitis que acudieron a nuestra Unidad.

**Material y métodos.** Durante el periodo de 1 Octubre 07 a 31 Marzo de 08 se recogieron 159 casos que acudieron a nuestro Hospital, bien en el momento del diagnóstico o de forma retrospectiva mediante la revisión de informes de alta de pacientes. Este estudio forma parte del grupo investigador "Variabilidad e idoneidad del manejo diagnóstico y terapéutico de la bronquiolitis aguda. Proyecto de investigación UTE-Torrevieja Salud. Beca 0001".

**Resultados.** El 50,5% de los pacientes eran varones, la edad media era de 3,9 meses. El tiempo medio de estancia hospitalaria fue de 5,8 días. Un 16,5% eran prematuros, con edad gestacional media de 32,9 semanas. El 21,5% estaba expuesto a tabaco en domicilio. La mayor demanda hospitalaria se detectó en el mes de Diciembre. Un 50,9% presentaba temperatura al diagnóstico de 37-38°C y un 28,3% más de 38°C, 98,7% tos, 89,2% rinorrea, 32,9% vómitos, 69,4% rechazo de tomas. Sólo un 6,3% había presentado pausas de apnea, un 2,5% aspecto séptico. Tenían antecedentes de atopia el 12% de los pacientes, el 25,9% de las madres, el 17,1% de los padres y el 47,3% de los hermanos. La media de saturación al diagnóstico fue 96% (rango 90- 100) y la peor registrada 92,3% (rango 79-97). El score de Wood-Downes inicial fue de 2,9 DE 1,28 y el peor de 3,2 DE 1,76. De los parámetros que registra esta escala la frecuencia respiratoria fue el de mayor puntuación teniendo una media de 0,87 y moda de 1 en el inicial y media de 1,93, con moda 2 en el momento de mayor gravedad. Existe una correlación baja e inversa entre puntuación score y saturación, pero no resultó significativa. Los prematuros tenían un score inicial de 2,5 DE 1,2 y los a término 2,1 DE 1,28, no encontramos relación significativa entre gravedad clínica y menor edad gestacional. En cuanto al peor score registrado en los prematuros fue de 4,5 DE 1,71, mientras que en los a término de 3,26 DE 1,26; en este caso si existe relación significativa. El score inicial en los pacientes expuestos a tabaco fue de 2,16 DE 1,21 versus los no expuestos que presentaban un score de 2,22 DE 1,31, error típico de la media 0,24. Al 52% de los pacientes se les realizó Rx tórax, los hallazgos más frecuente fueron los infiltrados (65%) y la hiperinsuflación (36,1%). Al 74,8% se les realizó hemograma, de los cuales presentaban leucocitosis un 10%. Un paciente presentó in hemocultivo positivo a neumococo. Los fármacos más usados en los pródromos de la enfermedad fueron: 29,7% mucolíticos, 13,5% antitusígenos y 13% corticoides inhalados. En la fase aguda un 43% recibió O<sub>2</sub>, 44,3% sueroterapia, 49,4% antitérmicos, 93,7% beta2 inhalados, 27,8% esteroides orales, 25,9% esteroides intravenosos, 96,8% lavados nasales con aspiración de secreciones, 13,9% antibióticos intravenosos, 17,7% bromuro de ipatropio y 7,6% adrenalina inhalada.

#### Conclusiones:

- El síntoma más frecuente fue la presencia de tos, seguida de rinorrea y rechazo de la alimentación.
- Como se refiere en la literatura y según nuestros datos las escalas clínicas no parecen ser buenos predictores de la gravedad, siendo la FR la que mejor lo hace.
- Los prematuros no difieren significativamente en comparación con los a término en la puntuación de la escala de Wood-Downes inicial, pero sí en la peor.
- No encontramos relación significativa entre la exposición al humo de tabaco en domicilio y la mayor puntuación en la escala de Wood-Downes a pesar de estar descrito en la literatura. Tampoco se encontró relación significativa entre días de ingreso y edad del paciente.
- Pese a que los antitusígenos y mucolíticos no están recomendados en lactantes un casi un 30% de los pacientes los había recibido previamente. El tratamiento más usado en la fase aguda fue el de soporte junto con los beta<sub>2</sub> inhalados. Encontramos relación significativa entre la prescripción de corticoides orales y los antecedentes de atopia.



46 MAPA DE RIESGOS DE LA BRONQUIOLITIS AGUDA EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS. M. Fernández Elías, I. Sánchez Ganfornina, E. Pérez Navarro, A. Núñez Romero, M.T. Alonso Salas, M. Loscertales Abril. *H.U. Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Introducción.** La gestión de riesgos es una herramienta para garantizar la seguridad del paciente, y son actividades destinadas a identificar, evaluar y tratar el riesgo de que se produzca un efecto adverso (EA) durante la asistencia sanitaria. En la actualidad, se propone emplear técnicas anticipativas o inductivas de análisis de riesgos, para identificar y prevenir los incidentes antes y no después de que ocurran. El «Análisis de los Modos de Fallo y de sus Efectos» (AMFE) es un método que analiza de forma estructurada y sistemática todos los posibles modos de fallo de un nuevo producto o procedimiento e identifica el efecto resultante de los mismos sobre el sistema, con el fin de detectar los problemas que necesitan ser mejorados para asegurar su fiabilidad y seguridad. La identificación de todas las posibilidades de fallo de un proceso constituye su mapa de riesgos. Los servicios de urgencias (SU) son elementos del Sistema Sanitario donde pueden producirse una tasa de EA elevada. La bronquiolitis aguda es una patología frecuente que sobrecarga los servicios sanitarios pediátricos en los meses de noviembre a marzo de todos los años. Esta elevada incidencia, unida a su significativa morbilidad, genera un elevado coste sanitario y justifica la elaboración de su mapa de riesgos.

**Objetivos.** Identificar y evaluar los posibles fallos y efectos adversos debidos a la asistencia sanitaria en el proceso de bronquiolitis aguda en el servicio de Urgencias Pediátricas. Así como, elaborar planes de acción para prevenir los riesgos.

**Material y métodos.** Se aplicó la metodología AMFE. Se constituyó un equipo multidisciplinario de trabajo formado por profesionales del servicio. Se elaboró el diagrama de flujos y las tablas de análisis de riesgos del proceso donde se recogen: los pasos del proceso, los posibles fallos, causas y efectos. Posteriormente y de forma consensuada se ponderaron en tres apartados: índice de gravedad, de aparición y de detección para determinar el índice de probabilidad de riesgo (IRP) para detectar los puntos críticos de actuación, y determinar las acciones de mejoras a implantar.: Consideramos puntos críticos como de probabilidad de riesgo del proceso a los  $IPR \geq 100$ , detectándose 19 (42,2%) del total de los posibles fallos. Las causas fueron la sobrecarga asistencial, no aplicación del protocolo, no informatización o estandarización de la prescripción de medicamentos, no comunicación entre profesionales, turnos de trabajo prolongados y la falta de formación y/o experiencia. Se proponen varias acciones de mejora: La formación continuada de los profesionales, la elaboración de un sistema de notificación de efectos adversos, otras medidas específicas y la realización de simulacros de casos de bronquiolitis.

**Conclusiones.** La metodología AMFE es un instrumento de utilidad para la prevención de efectos adversos debidos a la asistencia sanitaria en Urgencias Pediátricas. Incrementa la cultura de Seguridad del Paciente Pediátrico y permite un abordaje multidisciplinar de problemas de Salud.



47 **TRATAMIENTO DE LAS BRONQUIOLITIS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: ¿APLICAMOS LAS EVIDENCIAS?**  
M.V. Velasco Manrique, B. Chapi Peña, S. Congost Marín, M.P. Sanz de Miguel, A. de Arriba Muñoz, C. Campos Calleja.  
*Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.*

**Introducción.** Existen gran cantidad de estudios en la bibliografía sobre el tratamiento de la bronquiolitis, pero la verdad es que, hasta la fecha, no existe ningún tratamiento que modifique el curso de la enfermedad. Pese a nuestro conocimiento, la realidad es que seguimos utilizando tratamientos ineficaces.

**Objetivo.** Valorar la actuación terapéutica llevada a cabo en el Servicio de Urgencias de un Hospital terciario en los pacientes diagnosticados de bronquiolitis.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de los casos de bronquiolitis atendidos en la Unidad de Urgencias de un hospital terciario durante el año 2008.

**Resultados.** Fueron atendidos 400 casos de bronquiolitis, un 0,8% del total de pacientes correspondientes al periodo estudiado. Se administró tratamiento en urgencias en un 78% de los casos. Del 22% restante, sólo el 9% no recibió ningún tratamiento, y el 13% lo recibió en planta, al ser hospitalizado tras la primera valoración. Al respecto de los tratamientos empleados, se utilizó: salbutamol inhalado (4%), salbutamol nebulizado (25%), adrenalina nebulizada (4%) y salbutamol asociado a otros tratamientos (45%): con adrenalina (10%), con bromuro de ipratropio (25%), con corticoides orales (30%). Ingresó un 38% de los niños y un 62% fue dado de alta, destacando que un 95% lo hizo con tratamiento domiciliario. Los tratamientos prescritos fueron: salbutamol inhalado (74%), salbutamol nebulizado (7%), salbutamol asociado a: corticoides orales (35%), antibiótico (5%), budesonida (3,7%) y mucolítico (4%). En un 3% se prescribió broncodilatador oral.

**Conclusiones.** El salbutamol es el tratamiento más empleado. La gran proporción de casos en que se administra en urgencias puede deberse a que, en nuestra pauta de actuación, se indica la realización de prueba terapéutica previo a administrarlo como tratamiento domiciliario. Destaca que, en un porcentaje importante, se administra salbutamol asociado a bromuro de ipratropio y a corticoides orales, ambos considerados ineficaces. Otros tratamientos, como budesonida, mucolíticos y salbutamol oral se prescriben en pocos pacientes, en más de la mitad porque ya lo habían iniciado antes de consultar en urgencias. Consideramos necesario cambiar nuestra terapéutica en urgencias, fundamentalmente en relación a tratamientos como corticoides e ipratropio. Debemos considerar que eliminar medicamentos innecesarios es fundamental para conseguir una buena praxis.



48 NEUMOTORAX SECUNDARIO A BRONQUIOLITIS: ENTIDAD POCO CONOCIDA. M.P. Antón Martín, S. Guillén Martín, M.F López González, M.T. Cuesta Rubio, M.P. Gutiérrez Díez, J.T Ramos Amador. *Servicio de Urgencias. Hospital Universitario de Getafe. Getafe, Madrid.*

**Fundamento y objetivos.** Se denomina neumotórax a la presencia de aire entre las pleuras visceral y parietal. Se clasifica en espontáneo primario, secundario a enfermedades pulmonares, traumático, iatrogénico e idiopático. Su prevalencia en la población infantil es baja y su asociación a bronquiolitis aguda, sobre un pulmón no patológico, es altamente infrecuente. Se presenta el caso de una lactante con bronquiolitis que presentó episodio de neumotórax a las pocas horas de inicio del cuadro de dificultad respiratoria:

**Observaciones clínicas.** Lactante mujer de 6 meses que acude al servicio de urgencias por cuadro catarral de 2 días acompañado de dificultad respiratoria moderada-grave de 2 horas de evolución.

Antecedentes Personales: Embarazo controlado. Parto por cesárea a 38 semanas. Apgar: 7/9. REA II. Peso: 3600 g. Ingreso en Unidad Neonatal al 6º día por atragantamiento secundario a reflujo gastro-esofágico, con buena evolución posterior. Antecedentes Familiares: Sin interés.

Exploración física: Palidez cutáneo-mucosa, con importante tiraje subcostal y supraclavicular. Auscultación Pulmonar: hipoventilación generalizada con sibilancias tele-espiratorias y roncus dispersos. Resto normal por aparatos.

Radiografía de tórax inicial: Hiperinsuflación compatible con bronquiolitis aguda.

Se pautan 3 dosis de Adrenalina 1/1000 nebulizada, presentando empeoramiento progresivo del cuadro respiratorio, por lo que se realiza nueva radiografía de tórax a las 2 horas, donde se observa neumotórax derecho. Ante el hallazgo, se decide estabilización respiratoria y traslado a Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, donde precisa drenaje pleural durante 48h.

Estudios complementarios posteriores: niveles de alfa 1 antitripsina y cloro en sudor normales; CT Tórax sin alteraciones.

**Comentarios.** Los casos de neumotórax secundario a bronquiolitis sobre un pulmón no patológico existentes en la literatura son escasos. El posible mecanismo productor sería la reacción inflamatoria que produciría edema de mucosa y necrosis epitelial, que asociadas a un incremento de trabajo respiratorio desencadenaría ruptura de ciertos bronquiolos y por tanto, la presencia de aire ectópico. Se debe siempre investigar patología pulmonar de base. Son necesarios más estudios para establecer el mecanismo causal real del neumotórax, así como su prevención en patologías pulmonares agudas.



49 **COMPARACIÓN ENTRE LAS VIRASIS RESPIRATORIAS PRODUCIDAS POR METANEUMOVIRUS Y BOCAVIRUS FRENTE A VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL.** J. Fàbrega Sabaté, L. Fuenzalida, M. Martínez Colls, R. Cilveti Portillo, S. Blanco Palencia, J. Domínguez Benítez. *Servicios de Pediatría y Microbiología. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Universitat Autònoma de Barcelona.*

**Objetivos.** Evaluar la incidencia de los virus respiratorios recientemente descritos, metaneumovirus (hMPV) y bocavirus (hBoV) en Cataluña, y comparar sus espectros epidemiológicos y clínicos con los del virus respiratorio sincital (VRS).

**Material y Métodos.** Estudio descriptivo prospectivo de todos los niños menores de 5 años ingresados por patología respiratoria en los que no se evidenció etiología bacteriana, entre noviembre del 2006 y noviembre del 2007. Se recoge aspirado nasofaríngeo al ingreso, practicándose inmunocromatografía y/o inmunofluorescencia para VRS; PCR para hBoV e inmunoensayo y PCR a tiempo real para hMPV. Se comparan las variables clínicas y epidemiológicas mediante SPSS Windows v 16.0.

**Resultados.** Se estudian 184 muestras de 180 pacientes, detectando VRS, hMPV y/o hBoV en el 53% de ellas, con un 19% de coinfección viral. La infección más frecuente fue VRS (27%), seguida de hBoV (26%) y hMPV (11%). La máxima determinación de VRS y de hBoV fue entre noviembre y enero (86% y 77%, respectivamente), mientras que la de hMPV fue más tardía (60% entre febrero y mayo). Entre los meses de junio y octubre no se identifica ninguno de estos virus en el 89% de los casos. Los niños infectados por VRS fueron significativamente más pequeños que los infectados por hBoV ( $p=0,02$ ) o hMPV ( $p=0,04$ ); y, respecto a hBoV requirieron más días de oxigenoterapia ( $p=0,02$ ). Sin embargo, no hubo diferencias significativas en días de hospitalización ni diagnóstico al alta. Analíticamente, la leucocitosis fue mayor en hBoV que en VRS ( $p=0,01$ ), sin diferencias en las cifras de proteína C reactiva ni de procalcitonina. No obstante, las infecciones por hMPV se trataron con antibióticos con mayor frecuencia ( $\text{Chi}^2 7,83$ ;  $p=0,02$ ). El hBoV se detectó en un 40% en coinfección con otro/s virus y estaba presente en todas las coinfecciones, incrementando los días de hospitalización respecto a su infección simple ( $p=0,02$ ).

**Conclusiones.** Tanto hBoV como hMPV están presentes en las infecciones respiratorias en nuestro medio. El hBoV y el VRS se solapan en los meses fríos mientras que hMPV es más tardío. No identificamos estos virus en los meses cálidos. El VRS infecta niños más pequeños e implica mayor oxigenoterapia; hBoV está presente en todas las coinfecciones, implicando más días de hospitalización. Sin embargo es el cuadro clínico de hMPV el que induce más antibióticoterapia.



50 INFLUENCIA DE LA EDUCACIÓN SANITARIA EN EL MANEJO DE LA BRONQUITIS AGUDA Y LA CORRECTA UTILIZACIÓN DE LA CÁMARA DE INHALACIÓN. R. Lara Romero, M.L. Pedreño Cobo, P. Belloso Pérez, P. Rodríguez galán, R. Rodríguez Miranda. *Observación de Pediatría. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla.*

**Objetivos.** Valorar los conocimientos de la familia en cuanto a la sintomatología y tratamiento de la bronquitis aguda, realizar una educación sanitaria durante su estancia en el servicio de observación de pediatría, para que adquieran los conocimientos necesarios en el reconocimiento de una crisis aguda y el manejo de esta.

**Material y métodos.** Mediante encuestas realizadas a padres de niños ingresados en observación de pediatría durante el mes de Diciembre del 2008, se estudia el conocimiento de la familia sobre la bronquitis aguda y la utilización de la cámara de inhalación.

Durante el ingreso, se realiza una educación sanitaria sobre estos aspectos y una posterior valoración, mediante llamada telefónica, a las dos semanas del alta hospitalaria.

**Resultados.** Se incluyen un total de 33 pacientes ingresados por bronquiolitis/bronquitis aguda, con edad media de 10,8 meses.

A través de la encuesta se valora como los padres actúan ante una crisis, evaluando el reconocimiento de los síntomas, medicación utilizada, lugar al que se acude y el correcto manejo de la cámara.

Obteniendo que los familiares reconocen una crisis a través de los siguientes síntomas: tiraje “movimientos de pecho y barriga” (45,4%), pitos (27,3%), tos frecuente (25%), no reconoce la crisis (2,3%).

Sobre la medicación utilizada el 45,9% no usa ningún tipo de medicación y acude al médico, el 40,5% administra salbutamol inhalado, y el 13,6% utiliza otro tipo de medicación (budesonida, prednisolona,...).

En cuanto al lugar al que acuden ante una crisis aguda encontramos que el 40,6% optan por el hospital, el resto acude a centro de salud o intentan manejar la crisis en el domicilio en idéntico porcentaje (29,7%).

Con respecto a la utilización de la cámara, más de la mitad de los familiares (65,6%), han sido instruidos por personal sanitario.

En la revisión telefónica, realizada a las semanas del alta, evidenciamos una mejoría de los datos obtenidos anteriormente.

**Conclusiones.** El reconocimiento y manejo de una crisis de broncoespasmo mejora tras una correcta educación sanitaria, por ello podemos concluir, que esta educación debe ser parte fundamental del proceso asistencial a todos los niveles, destacando el importante papel que desempeña el personal de enfermería en la divulgación de la misma.





51 EL NIÑO ASMÁTICO: ¿CÓMO TRATAN LOS PADRES LAS CRISIS? A. Pérez Villena, S. García Ruiz, T.C. Pérez Rodríguez, M.J. Martín Díaz. *Servicio de Urgencias. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid.*

**Objetivos.** Evaluar la adecuación del control y el tratamiento que realizan los padres en las crisis asmáticas.

**Material y métodos.** Se ha realizado una encuesta a algunos padres de los niños que han consultado en nuestro Servicio de Urgencias por una crisis asmática, con al menos un episodio previo, entre noviembre de 2008 y enero de 2009. El médico que atiende al niño ha recogido los siguientes datos: edad, sexo, características de la crisis actual, tratamiento y técnica de inhalación. Los resultados se han analizado con la versión 17.0 del programa SPSS.

**Resultados.** Se han realizado 103 encuestas. La mediana de edad de los pacientes es de 37.5 meses, con un 37.9% de varones. La mediana de edad de la primera crisis es 8 meses. El control del asma lo lleva a cabo el neumólogo en un 20.4%. El 64,9% no tiene tratamiento de base. El 27.2% de los pacientes habían sido ingresados previamente. El motivo de consulta fue: dificultad respiratoria (58.3%), incapacidad para controlar la crisis en casa (31.1%), tos (27.2%) y necesidad de una dosis alta de broncodilatador (15.5%). La media del Pulmonary score fue de 4,4 (DS: 1,9) y la saturación de O<sub>2</sub> 94,7% (DS: 3,4). La mediana del tiempo de evolución antes de consultar en urgencias fue 24 h, siendo el primer lugar de consulta en un 67% de los pacientes. El 88.3% estaba siendo tratado con salbutamol inhalado, el 8.7% además con corticoides orales y el 11,7% había iniciado tratamiento con corticoides inhalados en la crisis. Un 26.2% de los pacientes espera la prescripción médica antes de comenzar el tratamiento broncodilatador. El 85.4% tiene cámara inhaladora; sólo el 33% la lleva cuando acude a urgencias. El 79,6% administra dos inhalaciones en cada dosis y un 4,8% más de 3 ó 4 inhalaciones. Utilizan un intervalo fijo entre dosis un 29,1% de los padres. Aun en los que refieren administrar el broncodilatador a demanda, el intervalo mínimo más frecuente entre dosis es de 4 horas (30,1%). El 17% de los usuarios de inhalador presurizado cometía errores en la postura y el 26,3% en la técnica de administración. El médico de Atención Primaria o el médico de Urgencias habían explicado la técnica de inhalación al 75,7% de los pacientes (45.6% y 30.1% respectivamente). No se encuentran diferencias significativas entre los pacientes controlados por el neumólogo y el resto.

**Conclusiones:**

- Los pacientes con crisis asmáticas con frecuencia consultan en urgencias antes que en su centro de salud.
- El tratamiento de la crisis es tardío en un número no desdeñable de niños; en muchos casos no se inicia antes de la consulta médica.
- Es necesario que los pediatras de Urgencias cuidemos la enseñanza de la técnica de inhalación.





52 UTILIZACIÓN DE LAS CÁMARAS ESPACIADORAS EN EL TRATAMIENTO DE LAS CRISIS DE ASMA LEVES-MODERADAS: LÍNEA DE MEJORA EN URGENCIAS. S. Beltrán García, I. Montejo Gañán, A. Mateo, M.C. García Jiménez, Y. Aliaga Mazas, C. Campos Calleja. *Hospital Miguel Servet. Zaragoza.*

**Objetivos.** La buena práctica clínica se ve favorecida por la estandarización de los procesos asistenciales de acuerdo con la evidencia científica disponible mediante la protocolización. Estos protocolos deben adecuar sus pautas de actuación a las posibilidades diagnósticas y terapéuticas del medio de trabajo. El objetivo de este trabajo es presentar las dificultades en la implantación de la línea de mejora para la utilización de las cámaras espaciadoras versus nebulizadores en el tratamiento de las crisis de asma leves-moderadas en urgencias de pediatría.

**Métodos.** Al actualizar y revisar el protocolo “manejo de la crisis de asma en urgencias de pediatría” se detectó como oportunidad de mejora, el cambio de tratamiento de las crisis de asma leves-moderadas. De acuerdo con todas las evidencias actuales de la bibliografía podía utilizarse para su tratamiento las cámaras espaciadoras versus los nebulizadores. Para ello se valoró la demanda; se realizó el protocolo de actuación de los sistemas de inhalación; se instruyó al personal de la unidad, estableciéndose un circuito de mantenimiento y unas normas escritas sobre el funcionamiento de estos dispositivos; y se elaboraron los criterios e indicadores necesarios para su evaluación.

**Resultados.** Esta línea de mejora se implantó en la Unidad de Urgencias de Pediatría en Enero de 2005. El cumplimiento observado en Septiembre 2006 en el criterio fue de un 9% (estándar propuesto 50%). Se informó al Servicio en sesión clínica y se introdujeron modificaciones en el proceso para simplificarlo. En abril de 2008 se ha reevaluado observándose un cumplimiento del 7%.

**Conclusiones.** No hemos conseguido implantar esta línea de mejora en nuestra Unidad. La no implantación de dicha línea de mejora repercute en la actuación de nuestros compañeros de Atención Primaria. En caso de dificultades, las evaluaciones deben realizarse con una periodicidad mayor y será preciso introducir nuevas medidas de mejora en el proceso.



53 EL PACIENTE NEUROMUSCULAR CON PATOLOGÍA RESPIRATORIA EN URGENCIAS. D. Muñoz Santanach, G. Claret Teruel, C. Parra Cotanda, J. Mayordomo Colunga\*, R. Garrido Romero, M. Pons Òdena. *Sección Urgencias. Servicio Pediatría. UCI Ped. H. Universitari Sant Joan de Déu. Universitat Barcelona. \*Unidad Urgencias Ped. Sec. Cuidados Intensivos Ped. Servicio Pediatría. H. Universitario Central de Asturias, Universidad de Oviedo.*

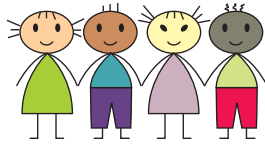
**Introducción.** Los pacientes con enfermedades neuromusculares acuden con relativa frecuencia a los Servicios de Urgencia Pediátricos (SUP) por sintomatología respiratoria. Debido a los escasos hallazgos clínicos iniciales que pueden presentar, su gravedad suele ser infravalorada, pues la limitada reserva respiratoria de estos pacientes hace que puedan desarrollar rápidamente insuficiencia y paro respiratorio. Actualmente no disponemos de herramientas que nos ayuden a su correcta valoración.

**Objetivos:** 1/ Describir las características de los pacientes con enfermedades neuromusculares que consultan por dificultad respiratoria en nuestro SUP. 2/ Valorar la eficacia de una escala desarrollada para identificar cuales de estos pacientes precisan ingreso.

**Material y Métodos.** Estudio prospectivo realizado en 2 centros hospitalarios de tercer nivel que incluye todos los pacientes con patología neuromuscular que consultan al SUP por dificultad respiratoria entre el 1/05/2007 y el 31/12/2008. Para la valoración inicial en el SUP, se diseñó una escala que incluye datos referentes a la anamnesis (5 ítems), exploración física (3 ítems) y exploraciones complementarias (2 ítems, radiografía de tórax y equilibrio ácido-base), puntuando cada uno de los ítems entre 0 y 4 puntos.

**Resultados.** En el periodo de estudio cumplen criterios de inclusión 22 pacientes que consultan en un total de 32 episodios, de los que se excluyen 11 por falta de datos para aplicar la escala. Los 18 pacientes que finalmente se analizan en el estudio, 13 de los cuales son varones, están afectos de Atrofia muscular espinal (AME) tipo-II (9 casos), AME-I (3 casos), Duchenne (1 caso) y otras patologías (5 casos). Nueve pacientes seguían controles en Neumología (5 con ventilación mecánica no invasiva domiciliaria). Estos pacientes consultan en un total de 21 episodios, con una edad mediana de 4.1 años (rango 0.5 a 17.6). A la exploración en urgencias se constata hipoxemia en 11 casos, y distrés respiratorio en 15 (grave en 13 casos). Ocho casos presentaban hipercapnia y 13 cambios en la radiografía de tórax. Ingresaron 17 episodios (6 en UCIP, ninguno requirió intubación endotraqueal). La puntuación mediana en la escala fue de 16 puntos (rango 4 a 27). Entre los 4 pacientes remitidos a domicilio en ningún caso la puntuación superaba los 10 puntos, con una puntuación mediana de 9 puntos (rango 4 a 10) y ninguno reconsultó en las siguientes 24 horas. Entre los casos ingresados la puntuación mediana es de 18 puntos (rango 6 a 27).

**Comentarios.** A pesar del reducido tamaño muestral creemos que esta escala puede ser útil para la valoración de los pacientes neuromusculares que consultan a urgencias por dificultad respiratoria y establecer, en el futuro, criterios para un ingreso precoz con un manejo acorde a la enfermedad de base del paciente.



Viernes 3 de abril, 10:15 h

## NEUROLOGÍA

Moderadora: Dra. I. García Jiménez

### 54 CRISIS FEBRILES EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA. F.J. García Álvarez. *Urgencias de Pediatría. Hospital Central de Asturias. Oviedo.*

**Objetivo.** Realizar un análisis epidemiológico de los episodios de crisis febriles en el área de Urgencias de Pediatría del Hospital Universitario Central de Asturias en un periodo de tres años, y enumerar los diagnósticos de enfermería de la NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) más representativos vinculados a estos procesos.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de los archivos informatizados e historias clínicas de los pacientes atendidos en el área de Urgencias del Hospital Universitario Central de Asturias entre el 1 de Enero del 2006 y el 31 de Diciembre de 2008. El análisis estadístico de los resultados se llevó a cabo mediante el programa informático SPSS 15.0. Empleo de la taxonomía NANDA, que define los diagnósticos enfermeros internacionalmente.

**Resultados.** En el periodo del estudio recogimos un total de 336 episodios de crisis febriles sobre 225 niños atendidos por este motivo. De ellas el 95,8% se trataba de crisis febriles típicas. La ratio convulsiones típicas/atípicas fue de 22/1. Hubo un ligero predominio de varones (57,8%) frente a mujeres (42,2%) si seleccionamos únicamente las convulsiones típicas; las diferencias por sexos se acentúan en el caso de las convulsiones atípicas con predominio de varones (78,6%) frente a mujeres (21,4%). Los grupos de edad que presentaron más episodios fueron los lactantes (51,2%) y preescolares (46,1%), existiendo sólo un episodio en neonatos. De todos los episodios un 18,5% requirió ingreso hospitalario. Éste es más prevalente en el caso de lactantes, y en las convulsiones atípicas (71,4%). Sólo el 16,1% de las convulsiones típicas requirió ingresar. Son cuatro los problemas principales según la clasificación NANDA: Alteración de la movilidad física; riesgo elevado de lesión; riesgo elevado de broncoaspiración; e hipertermia.

**Comentarios.** Las crisis febriles son una entidad de relativa frecuencia en las Urgencias pediátricas, aunque no suelen requerir ingreso hospitalario; y se asocia con el diagnóstico de enfermería de "Hipertermia en relación a infecciones". Existe una mayor frecuencia de crisis típicas. La diferencia de casos entre sexos se acentúa en las crisis atípicas.



55 IMPACTO DE VACUNACION NEUMOCÓCICA HEPTAVALENTE EN EL MANEJO DE NIÑOS MENORES DE 36 MESES CON PRIMER EPISODIO DE CONVULSIÓN FEBRIL. E. Mojica Muñoz, E. Astobiza Beobide, M. González Balenciaga, S. Capapé Zache, J. Benito Fernández, S. Mintegi Raso. *Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Barakaldo.*

**Introducción.** La incidencia de infección bacteriana intracraneal en los niños con convulsiones febriles (CF) ha disminuido con la introducción de vacunas frente a Hib y neumococo (VCN-7). Este hecho ha cuestionado la recomendación clásica de practicar una punción lumbar a estos pacientes.

**Objetivo.** Analizar el impacto de la VCN-7 en el manejo de los lactantes menores de 36 meses que acuden a un Servicio de Urgencias de Pediatría (SUP) con un primer episodio de CF.

**Pacientes y método.** Estudio retrospectivo de todos los lactantes menores de 36 meses atendidos en un SUP con un primer episodio de CF entre 01-01-2005 y 31-12-2007. Se recogen datos demográficos, estado vacunal, tipo de convulsión, pruebas complementarias realizadas, tratamientos recibidos y destino.

**Resultados.** Durante los 3 años de estudio, se registraron 900 episodios de CF, de los cuáles 387 (43.0%) fueron lactantes menores de 36 meses con un primer episodio de CF. Se incluyeron 334 (86.3%) en los que se pudo completar la recogida de datos (CF típica 279 -83.5%- y atípica 55 -16.46%). Habían recibido 2 ó más dosis de VCN-7 212 (63.4%-grupo A) y 122 habían recibido una o ninguna dosis (36.5%, grupo B). Recibieron tratamiento anticonvulsivo en Urgencias 12 (3.6%). Un paciente falleció por una sepsis meningocócica.

Se realizaron pruebas complementarias en Urgencias en 183 (54.7%). En los pacientes del grupo A se practicó alguna prueba complementaria a 104 (49%) vs 79 del grupo B (64.7%,  $p < 0.007$ , OR= 0.52 IC 95%: 0.32-0.85). Se practicó hemograma, PCR y hemocultivo a 82 (24.5%; 18.3% del grupo A vs 35.2% del grupo B,  $p < 0.0009$ , OR=0.41 IC 95% 0.24-0.71). La punción lumbar se realizó a 15 (4.5%; 2.3% del grupo A vs 8.2% del grupo B,  $p = 0.027$ , OR=0.27 IC 95%: 0.08-0.89). La radiografía de tórax se practicó menos frecuentemente en el grupo A, sin diferencias significativas (11.8% vs 17.2%,  $p = 0.22$ ).

Tras la evaluación inicial en el SUP, 302 (90.4%) recibieron el alta (93.4% del grupo A vs 85.2% del grupo B,  $p = 0.024$ , OR=2.45 IC 95%: 1.11-5.44) y 32 (9.6%) ingresaron (31 en la Unidad de Observación de Urgencias y 1 en planta).

**Conclusiones.** En la mitad de los lactantes con un primer episodio de CF se practica alguna prueba complementaria y en el 25% analítica sanguínea y hemocultivo. La administración de la VCN-7 se asocia con una reducción significativa de las pruebas practicadas en Urgencias (hemograma, PCR, hemocultivo y examen de LCR) y del ingreso hospitalario.



56 EPIDEMIOLOGÍA DE LAS CONSULTAS POR CONVULSIONES AFEBRILES. REVISIÓN A LO LARGO DE 5 AÑOS. E.M. Fernández Fernández, R. Fernández Álvarez, C. Menéndez Arias, C. Amigo Bello, M. Morán Poladura, J. Fernández Antuña. *Servicio de Pediatría del Hospital de Cabueñes. Gijón.*

Las consultas por crisis epilépticas son frecuentes en los servicios de urgencias pediátricos. Al contrario que con las convulsiones febriles, ante una primera crisis afebril, es necesario iniciar un estudio etiológico. Sin embargo, cada vez están cobrando más importancia las convulsiones parainfecciosas, siendo éstas de carácter benigno.

**Objetivos.** Conocer las características epidemilógicas de las consultas por convulsiones afebriles, su manejo en urgencias y su destino. Investigar cuántos de estos episodios podrían encajar en el concepto de crisis parainfecciosas.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo observacional. Revisión de las consultas a urgencias por convulsión (excluyendo las convulsiones febriles) durante el período 2004-2008. De cada uno de los casos se completó protocolo de estudio.

**Resultados.** Durante el tiempo revisado se han producido 118 casos de convulsiones afebriles (0,12% respecto al total de urgencias pediátricas no traumatológicas). La muestra presentó una distribución homogénea respecto al sexo y la media de edad fue 4,7 años (rango: 1 semana-14 años). Más de la mitad de los niños (55%) llegaron a urgencias acompañados por sus familiares; 37% en uvi móvil; 8% derivados del centro de salud. Once de ellos fueron estatus. El tipo de crisis más frecuente fue tónico-clónica generalizada (30,3%), seguida de crisis parciales secundariamente generalizadas (19,6%). En un 6,8% de los casos los niños estaban convulsivando a su llegada a urgencias y el 7,7% realizó un segundo episodio. El 10% de los casos necesitó fármacos para que la convulsión finalizase, siendo el más utilizado el diazepam. En el 65% de los niños se realizó alguna prueba complementaria (la más solicitada fue la analítica de sangre). El tiempo medio de estancia en urgencias fue de 2,1 horas. La mayoría de los niños (59%) fueron ingresados a estudio, el 32% fueron alta, 6 niños fueron trasladados a la UCIP. Veintinueve de los casos los sufrían una infección banal concomitante (clínica gastrointestinal o de infección respiratoria). La media de edad de los niños este grupo fue de 2,3 años. Ocho del los 29 casos sufrieron al menos una segunda convulsión a su llegada al hospital; en el 85% se realizó analítica sanguínea en urgencias y el 80% ingresaron a estudio. Se aisló rotavirus en las heces en tres casos, y en uno *Campylobacter jejuni*.

**Conclusiones.** Las consultas por crisis representan un porcentaje no despreciable de visitas a urgencias. La mayoría de los casos no requieren actuación urgente aunque sí generan pruebas complementarias e ingresos. Una de cada cuatro convulsiones se acompaña de infecciones banales, siendo los niños de este grupo de menor edad y recurriendo las crisis en un porcentaje elevado. Es importante identificar y separar este tipo de episodios críticos dado que su carácter benigno podría evitar pruebas complementarias e ingresos hospitalarios.



57 CONVULSIONES AFEBRILES EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO. Y. Castillo Reguera, A.M. Hurtado Mingo, M.A. Murillo Pozo, V. Sánchez Tatay, M. Alonso Salas, M. Loscertales Abril. *Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Introducción.** Las crisis convulsivas son la urgencia neurológica más frecuente en pediatría. La primera convulsión afebril supone un reto diagnóstico en el servicio de urgencias.

**Objetivos.** Analizar las características epidemiológicas y clínicas de las convulsiones afebriles ingresadas en el área de observación del servicio de urgencias de un hospital terciario desde Marzo de 2007 hasta Diciembre de 2008.

**Material y método.** Estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de historias clínicas incluidas en la base de datos digital del Servicio en el período de tiempo analizado.

**Resultados.** Desde Marzo de 2007 a Diciembre de 2008, han ingresado en observación 68 niños con convulsiones afebriles que representan el 1% del total de los ingresos. No existen diferencias de distribución entre ambos sexos. La edad media fue de 5,5 años. En el 44.1% de los casos fue el primer episodio convulsivo y en un 55,8% ocurrió en niños con antecedente neurológicos previos (epilepsia 66%, encefalopatía 42%, portadores de válvula de derivación ventrículo-peritoneal 18%). Las crisis en los pacientes sin patología previa fueron generalizadas en el 80% y parciales en un 20% de los casos. La duración de las mismas fue inferior a 5 minutos en el 60%. Sólo precisaron tratamiento el 33,3% de las crisis y el fármaco más utilizado fue diazepam. En el 30% de los pacientes la convulsión recurrió en las primeras 24 horas. Las causas más frecuentemente asociadas como desencadenante fueron: gastroenteritis aguda 20%, trastornos endocrino-metabólicos 13,3% y crisis postraumáticas 10%. En un 56.6% de los pacientes se realizó EEG de los cuales mostraron alteraciones el 10% y TC en 26,6% y todos fueron normales. Sólo en un 16,6% de los casos no se llegó al diagnóstico etiológico en el área de observación y precisaron ingreso en planta para completar estudio. La estancia media en observación fue de 1,7 días.

**Conclusiones.** Las convulsiones afebriles suponen un reto diagnóstico en un servicio de urgencias. El establecimiento de un protocolo diagnóstico en la observación de urgencias evita ingresos en planta y permite enviar al niño a domicilio para control por su pediatra.



58 CONVULSIONES AFEBRILES Y SU RELACIÓN CON EL ROTAVIRUS. NUEVA MANIFESTACIÓN EN NUESTRO MEDIO. I. Nieto Gámiz, A. Varona García, C. Torres González de Aguilar, M.C. Muñoz Yribarren, M.J. Martínez Roda, M.C. Jover Pereira. *Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Sevilla.*

**Objetivos.** la infección por rotavirus (RV) es la principal causa de gastroenteritis aguda (GEA) en niños menores de tres años de edad. Es conocida la sintomatología neurológica en los casos en los que dicha GEA se asocia a deshidratación aguda y alteraciones hidroelectrolíticas. Sin embargo se ha descrito, principalmente en Asia, su asociación sin deshidratación ni desequilibrio electrolítico. Presentamos 3 casos de convulsión afebril asociada a GEA por RV, ingresados en nuestro hospital en el último año.

**Observaciones clínicas.** *Caso 1:* niño de 23 meses que acude a urgencias por crisis de hipertonia generalizada afebril. Refiere cuadro de vómitos y diarreas en los días previos. A los pocos minutos de su llegada, sufre un nuevo episodio de similares características. Análisis sanguíneo y estudio de LCR normales. RV en heces positivo. Se derivó al hospital de referencia donde evolucionó favorablemente. *Caso 2:* niña de 23 meses derivada del centro de salud por haber presentado en su domicilio un episodio de hipertonia generalizada afebril. Refiere cuadro de vómitos alimenticios de 48 h de evolución con febrícula. Deposiciones normales. A los 30 minutos de su llegada, presenta un nuevo episodio convulsivo de similares características. Análisis sanguíneo, estudio de LCR y tomografía axial computerizada (TAC) craneal fueron normales. Detección de RV en heces positiva. Se derivó al hospital de referencia donde evolucionó favorablemente. *Caso 3:* niño de 13 meses que acude derivado en ambulancia desde su centro de salud por haber presentado en su domicilio un episodio de crisis convulsiva tónico-clónica generalizada afebril. Al parecer durante su traslado ha presentado un episodio similar de escasos segundos de duración. Refieren vómitos de 48 h de evolución sin diarrea ni fiebre. A las dos horas del ingreso presenta nuevo episodio convulsivo de similares características. Análisis sanguíneo, estudio del LCR y TAC craneal normales. RV positivo en heces. Se derivó al hospital de referencia donde evolucionó favorablemente.

**Comentarios.** Es importante considerar esta entidad para evitar exámenes complementarios innecesarios y tratamientos antiépilépticos prolongados.



59 CONVULSIONES BENIGNAS EN GASTROENTERITIS LEVE. Z. Lobato Salinas, Ll. Galceran Jové, L. Martí Mas, S. Zambudio Sert, J. Sitjes Costas, S. Nevot Falcó. *Servicio de Pediatría. Hospital Sant Joan de Déu. Althaia. Xarxa Assistencial de Manresa.*

**Fundamentos y objetivos.** Las convulsiones benignas asociadas a gastroenteritis aguda (GEA), son episodios generalizados breves, con frecuentes recurrencias antes de 24 horas, que ceden en los 3-4 días posteriores, sin fiebre ni alteraciones electrolíticas. Entidad clínica descrita en 1982 por Morooka i bien conocida en países Asiáticos. Los casos referidos en Occidente son escasos, aunque en los últimos años están apareciendo en nuestro medio nuevas aportaciones.

**Observación clínica.** *Caso I:* niño de 2 años de edad, raza caucasiana, sin antecedentes de interés. En urgencias presenta convulsión afebril generalizada, de dos minutos, en contexto de una GEA leve. Exploración física: T<sup>a</sup> 36.5°C. SatO<sub>2</sub> 97%. Destaca estado poscrítico, sin signos de deshidratación. A las 8 y 12 horas de ingreso repite crisis similares, instaurándose tratamiento con valproato. Exploraciones complementarias (PPCC): analítica básica, tomografía computerizada (TC) craneal, punción lumbar (PL), electroencefalograma (EEG) y estudio metabólico normal. PCR enterovirus y herpesvirus en LCR, coprocultivo, rotavirus y adenovirus en heces negativos. Tratamiento con valproato oral al alta, que se retira a los 15 días en el control posterior. Evaluación neurológica normal a los 6 meses de seguimiento.

*Caso II:* Lactante de 12 meses de edad, raza caucasiana, sin antecedentes de interés. Presenta episodio convulsión afebril generalizada de dos minutos, en el contexto de una GEA leve. Exploración física: T<sup>a</sup> 36.7°C, SatO<sub>2</sub> 99%. Destaca palidez cutánea, estado poscrítico y deshidratación leve. En las primeras 24 horas de ingreso repite tres crisis similares. PPCC: analítica básica, TC craneal, PL y EEG normal. Antígeno rotavirus en heces *positivo*. Evolución favorable, sin precisar tratamiento. Seguimiento discontinuado por la familia.

*Caso III:* lactante de 14 meses de edad, raza caucasiana, sin antecedentes de interés. Presenta convulsión afebril generalizada de dos minutos, en el contexto de una GEA. T<sup>a</sup>: 36°C, Sat O<sub>2</sub>: 97%. Exploración física: cianosis acra y estado poscrítico. PPCC: analítica básica normal. Coprocultivo, rotavirus y adenovirus en heces negativos. Repite dos crisis en las primeras horas del ingreso. Seguimiento neurológico normal a los 6 meses, no precisando tratamiento.

**Comentarios.** Las convulsiones benignas predominan en lactantes sanos de 12 a 24 meses y de noviembre a mayo, coincidiendo con la prevalencia de rotavirus, que es el agente causal más frecuente; como en nuestro segundo caso. Las exploraciones complementarias y estudios neurológicos son normales o inespecíficos. La normalidad posterior es la regla evolutiva, con o sin tratamiento. Conocer ésta entidad y su perfil clínico bien característico, en muchos casos, evitarán someter al paciente a estudios exhaustivos y tratamientos innecesarios, no siempre exentos de efectos adversos. La comunicación de las experiencias personales ayudará a definir mejor el perfil clínico y las pautas de actuación adecuadas.





60 CONVULSIONES HIPONATRÉMICAS TRAS CIRUGÍA MENOR. ¿SON EVITABLES? M.J. Carbonero Celis, P.J. Jiménez Parrilla, C. Cuadrado Caballero, A. Gómez Calzado, M. Losana Ruiz, F.J. Freire Domínguez. H.U. Virgen Macarena. Sevilla.

**Fundamento y objetivos.** Aproximadamente un 1% de los pacientes intervenidos desarrollan hiponatremia durante el postoperatorio. Los niños tienen un mayor riesgo de desarrollar complicaciones neurológicas secundarias a la hiponatremia, y posiblemente sean evitables con la utilización de líquidos de hidratación adecuados.

**Observaciones clínicas.** *Paciente nº 1:* niña de 4 años y 5 meses, que presenta a las 3 horas tras adenoamigdalectomía, una convulsión tónico-clónica generalizada. Cedió con una dosis de diacepan. Natremia 121 mEq/L. Había presentado náuseas y vómitos tras la intervención.

*Paciente nº 2:* niño de 4 años y 5 meses con síndrome de Down, que presenta a las 5 horas de orquidopexia laparoscópica una crisis convulsiva generalizada, que cede tras diacepan y se repite a los 30 minutos. Natremia 121 mEq/L. Presentó dos vómitos tras la intervención.

*Paciente nº 3:* niña de 2 años y 8 meses que presenta estatus convulsivo a las 3 horas tras herniotomía inguinal derecha. Tras la intervención presentó vómitos y tendencia al sueño. Natremia 112 mEq/L.

*Paciente nº 4:* niño de 2 años tras orquidopexia derecha y extracción de teste izquierdo atrófico por laparoscopia, presenta a las 4 horas crisis convulsiva generalizada, que se repite en 3 ocasiones. Natremia 117 mEq/L.

En todos los casos se administró suero glucosado al 5% y/o suero glucohiposalino, durante la intervención y no se realizó analítica de control postintervención.

**Comentarios.** La hiponatremia sintomática puede producir un daño cerebral permanente y una mortalidad del 8.4%. Además del uso de soluciones de hidratación hipotónicas, pueden encontrarse otros factores como un síndrome de secreción inadecuada de ADH secundario al estrés de la intervención quirúrgica, favoreciendo la retención de agua libre. Los síntomas iniciales de la hiponatremia (náuseas, vómitos, somnolencia), pueden ser poco valorados, no sospechándose el diagnóstico hasta que se presentan signos más graves de afectación cerebral (convulsiones, coma). Es fundamental consensuar la calidad de los líquidos a administrar durante los actos quirúrgicos, con control postquirúrgico y evolutivo de la natremia, pues es inexcusable la presentación de hiponatremia sintomática en los tiempos actuales, sobre todo, tras cirugía menor programada, como los casos que presentamos.



61 CONVULSIÓN AFEBRIL EN UN LACTANTE DE 7 MESES. M.J. Carbonero Celis, P.J. Jiménez Parilla, I. Juguera Rodríguez, E. Pérez González. *H.U. Virgen Macarena. Sevilla.*

**Fundamento y objetivos.** La hipomagnesemia con hipocalcemia secundaria, es una enfermedad infrecuente, de herencia autosómica recesiva. El déficit de magnesio está provocado por un defecto de la reabsorción de magnesio en el intestino y en el túbulo distal. Recientemente han sido identificadas mutaciones en el gen TRPM6 como desorden genético subyacente. La enfermedad se presenta en el periodo neonatal o primeros meses de la vida con convulsiones, tetania, espasmos musculares, retraso del desarrollo psicomotor y alteración del metabolismo mineral óseo.

**Observación clínica.** Lactante de 7 meses previamente sano, que acude a Urgencias por presentar un episodio de movimientos tónico-clónicos y desconexión del medio, de 2 minutos de duración, en ausencia de fiebre. La exploración al ingreso fue normal. En la bioquímica se detecta hipocalcemia, que se corrige. A las 4 horas presenta nueva crisis que cedió tras diacepan. Se solicitó nueva bioquímica donde se evidencia hipocalcemia (7.5 mg/dl) e hipomagnesemia severa (0.6 mg/dl). Se realiza una excreción fraccional de magnesio que es mayor del 3%, iniciándose tratamiento IV con sulfato magnésico. La calcemia se corrigió tras la administración de magnesio. La calciuria en orina de 24 horas y la ecografía abdominal fueron normales. Se instauro al alta tratamiento oral con magnesio, siendo su evolución favorable. Diagnóstico: Hipomagnesemia severa sintomática con hipocalcemia secundaria pendiente de estudio genético.

**Comentarios:**

- Es de pronóstico vital un diagnóstico de sospecha y tratamiento precoz con magnesio, que evitará la instauración de otras terapias innecesarias y la aparición de secuelas neurológicas.
- Ante cualquier episodio convulsivo de un niño afebril y previamente sano en el que se descubre una hipocalcemia, es obligado investigar los niveles de magnesio en sangre.
- Dentro del diagnóstico diferencial hay que considerar el síndrome de Bartter clásico y el síndrome hipomagnesemia familiar con hipercalciuria y nefrocalcinosis.



62 CEFALEA Y TC CRANEAL EN URGENCIAS. D. Sánchez Garvín, J. Clotet Caba, G. Viaplana Bartoli, V. Aldecoa Bilbao, F. Travería Casanova, R. Baraibar Castello. *Hospital Sabadell. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell.*

**Introducción.** La cefalea es un motivo de consulta frecuente en urgencias, a menudo en el contexto de un cuadro intercurrente. Sin embargo, puede ser un signo de alarma que exija una actuación inmediata. La tomografía computerizada craneal (TC) es la prueba de neuroimagen, no inocua, que nos permite detectar/descartar una alteración intracraneal grave de forma urgente.

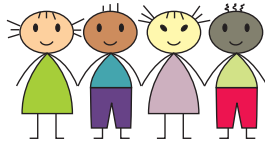
**Material y métodos.** Revisamos las TC craneales realizadas a menores de 16 años en nuestro servicio de urgencias durante el año 2008, seleccionando aquellos casos cuyo motivo de consulta fue cefalea. Comparamos antecedentes personales, clínica, exploración neurológica y orientación diagnóstica en urgencias de estos pacientes, según la presencia o no de alteración en la neuroimagen.

**Resultados.** De un total de 45.067 visitas realizadas en urgencias durante el periodo analizado, se realizaron 170 TC (0.4%). De estas exploraciones, 45 se indicaron por cefalea (26.5%). Fueron 17 niños (38%) y 28 niñas (62%), con una media de edad de 9 años (rango 2-16, DE 10,36). Sólo se obtuvieron 4 neuroimágenes alteradas (8%).

Se halló algún antecedente relevante en 16 de los casos: en 6 casos, un traumatismo previo (1 caso con TC alterada); en 7 casos, historia de cefaleas (1 caso con TC alterada); en 3 casos, una infección reciente (1 caso con TC alterada). La cefalea se presentó de forma aislada en 9 casos, obteniéndose en todos ellos una neuroimagen normal. En los 36 casos restantes la cefalea se presentó con síntomas acompañantes: 9 casos con vómitos (3 de los cuales con TC alterada); 8 casos con alteraciones visuales (1 de ellos con TC alterada); 4 casos se presentaron con alteraciones motoras, 4 con alteración del nivel de consciencia/vigilia, 9 con fotofobia y sonofobia, y 3 con cuadro vagal. El signo de alarma clínico más frecuente fue el dolor nocturno que despierta del sueño, en 22 casos, sólo encontrándose alteración intracraneal en 2 de ellos. En urgencias se constató alguna alteración en la exploración neurológica en 16 de los casos: 7 casos con signos cerebelosos (2 con TC alterada); 2 casos con papiledema (1 con TC alterada); 3 casos con alteraciones motoras y 3 casos con alteración del nivel de consciencia leve (GCS 12-14). De los 4 casos con alteración en la neuroimagen, 1 se presentó con una exploración neurológica normal. Los diagnósticos finales fueron: 1 hemorragia subaracnoidea post-traumática, 2 hidrocefalias (1 Sd Arnold Chiari-I y 1 post-meningitis neumocócica), 1 encefalitis vírica, 2 cerebelitis (1 con afectación de tronco encefálico), 2 pseudotumor cerebri, 1 intoxicación medicamentosa, 13 cefaleas migrañosas, 4 cefaleas post-traumáticas y el resto cefaleas inespecíficas.

#### Comentarios

- Las cefaleas, si se presentan de forma aislada sin otros síntomas acompañantes, rara vez traducen una alteración en la neuroimagen.
- En nuestra serie, los vómitos y la exploración neurológica alterada son los indicadores más sugestivos de patología intracraneal.
- Haría falta una muestra más amplia para poder extraer conclusiones.



Viernes 3 de abril, 10:15 h

## NEUROLOGÍA

Moderadora: Dra. R. Pérez Delgado

### 63 ATAXIA AGUDA EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA: REVISIÓN DE NUESTRO PROTOCOLO. I.B. Pomar, Y. Armendáriz Cuevas, J.L. Peña Segura, J López Pisón, M.C. García Jiménez, C. Campos Calleja. *Hospital Universitario Miguel Serret. Zaragoza.*

**Objetivos.** La inestabilidad en la marcha de instauración aguda es un proceso poco frecuente en las urgencias pediátricas pero que genera gran angustia familiar. Se revisa nuestro protocolo de actuación en urgencias ante la ataxia aguda en los últimos dos años, se evalúa el cumplimiento de los criterios de calidad y se propone un algoritmo de actuación sencillo de acuerdo con la bibliografía revisada.

**Material y Métodos.** Se han recogido datos de los pacientes que consultan en urgencias por inestabilidad de la marcha; en los últimos dos años. Se ha buscado según la codificación al alta de los siguientes términos: ataxia aguda, alteración de la marcha, ataxia postvaricelosa y ataxia locomotriz. Asimismo, se han revisado los registros de nuestra Unidad de Observación los pacientes con motivo de consulta o diagnóstico ataxia o inestabilidad.

**Resultados.** Se han recogido 13 pacientes, 10 mujeres y 3 varones. Edades entre 1 y 12 años. 7 pacientes con clínica de ataxia aislada, 2 ataxia y focalidad neurológica que resultaron ser una encefalomiелitis aguda diseminada (EMAD) y un tumor cerebral, 4 presentaban ataxia y clínica vegetativa. El tiempo de evolución cuando consultan variaba desde menos de 1 hora a más de 1 mes. Se realizó TAC craneal urgente en 9 casos: 7 fueron normales y un tumor de fosa posterior. En 3 no se realizó TAC: cuadro presincojal, vértigo y ataxia postvaricelosa. Se realizó RM en la EMAD y en el tumor cerebral. Los diagnósticos finales fueron: 3 intoxicaciones accidentales, 1 post-TCE, 1 post-varicela, 1 EMAD, 3 ataxia aguda autolimitada, vértigo, presincope, conversivo y tumor cerebral. Todos los pacientes ingresaron excepto el cuadro de vértigo. El tiempo de estancia media hospitalaria fue de 2,5 días. Y la mitad de los pacientes fueron controlados posteriormente en la consulta de neuropediatría. El cumplimiento de nuestros criterios de calidad de cumplimiento del protocolo variaba desde un 30% a un 100%.

**Conclusiones.** La ataxia aguda es una patología poco frecuente en urgencias de pediatría, suele tratarse de patología banal, pero puede ser signo de patologías graves. Creemos que debería plantearse siempre el ingreso para estudio y realizar un TAC craneal urgente si no hay una causa clara.

El cumplimiento de nuestros criterios de calidad es escaso. Dado que la mejora de la calidad no tiene punto final, en la actualización y revisión del protocolo se han propuesto acciones de mejora que nos permitan mejorar los estándares de cumplimiento de los criterios de calidad propuestos.



**CLÍNICA EN URGENCIAS DE HEMORRAGIA INTRACRANEAL NO ESPERADA. I. García Escobar, E. Lopez Ruza-fa, F.J. Aguirre Rodríguez, I. Ruiz Tudela, J.E. Cabrera Sevilla, A. Bonillo Perales. Servicio Urgencias. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería.**

**Introducción.** La incidencia de enfermedad cerebrovascular no traumática en la infancia es baja comparada con los adultos, aunque ha aumentado recientemente, por mayor capacidad diagnóstica. La causa más frecuente de hemorragia intracraneal (HI) tras la etapa neonatal son las malformaciones vasculares y entre ellas las arteriovenosas (MAV). Su diagnóstico puede ser dificultoso por presentar clínica solapada y dificultades al aplicar las técnicas diagnósticas en la infancia. Se revisan 5 casos de HI atendidos urgencias de nuestro centro en los últimos 5 años.

**Caso 1.** Varón de 8 años consulta por crisis convulsiva parcial secundariamente generalizada. AP: Epíxtasis de repetición. E.F: destaca pupilas reactivas con tendencia a midriasis y reflejos osteotendinosos exaltados en miembros inferiores. TAC craneal: Hemorragia parenquimatosa occipital izquierda e intraventricular. No coagulopatía. AngioRMN: arteria cerebral posterior izquierda desplazada por hematoma intraparenquimatoso, aparente ovillo vascular compatible con MAV. Confirmada por Angiografía. Tras radiocirugía persisten crisis focales secundarias.

**Caso 2.** Varón de 11 años acude por cuadro de cefalea occipital derecha de 5 días de evolución acompañado de vómitos. AP: Episodios de cefalea esporádicos. E.F: Discreta rigidez de nuca y neurologicamente normal. TAC: Imágenes hiperintensas a nivel del rodete del cuerpo caloso, hemorragia intraventricular en distintos estadios. RMN y AngioRMN: lesión hiperintensa en T1 en región central e izquierda de cuerpo caloso junto a maraña de finos vasos de 1.75-2cm que en secuencia TOF sugiere MAV. Confirmada por Angiografía. Actualmente asintomático.

**Caso 3.** Varón de 14 meses acude en estatus convulsivo, siendo sedado e intubado. E.F: Destacan pupilas intermedias. TAC: hemorragia intraparenquimatosa temporal izquierda e intraventricular. AngioRMN y Arteriografía: aneurisma sacular de 9x6mm en la bifurcación entre arteria temporal posterior y tronco parieto calcarino. Colocación válvula derivación ventrículo-peritoneal (VDVP), parálisis cerebral infantil con fallecimiento posterior.

**Caso 4.** Neonato 13 días acude por crisis de cianosis e hipotonía generalizada. AP: Ingresado en Neonatología por síndrome de abstinencia y madre VIH. E.F: Desconexión con el medio. Moro ausente. Mioclonias multifocales y midriasis arreactiva. TAC: hemorragia intraventricular, intraparenquimatosa y subaracnoidea. RMN: dilatación ventricular y adelgazamiento del cuerpo caloso. AngioRMN: no sugiere MV. Evolución: parálisis cerebral.

**Caso 5.** Neonato de 4 días consulta por crisis de llanto, irritabilidad y rechazo de las tomas con tendencia a hipertensión. Se detectan movimientos de chupeteo y pedaleo. TAC: hemorragia tetra ventricular masiva con dilatación. Estudio de coagulación normal. RMN: hidrocefalia con sangrado intraventricular masivo. Sin evidencia de MAV. Colocación VDVP. Asintomática.

**Comentarios.** Así como refleja la literatura en nuestra serie son las malformaciones vasculares las que han causado HI pasado el período neonatal, sin embargo la evolución no ha sido tan favorable como la constatada en otras series, quedando secuelas más importantes que en un déficit neurológico focal en 2 de nuestros pacientes.



65 DISARTRIA VESPERTINA EN NIÑA DE 9 AÑOS. C. Villalba Castaño, R. Díaz Conejo, M. Güemes Hidalgo, P. Navas Alonso, B. Martín-Sacristán Martín, E. Crespo Rupérez. *Hospital Virgen de la Salud. Toledo.*

**Fundamento y objetivos.** La miastenia *gravis* es una enfermedad autoinmune crónica que cursa con destrucción de los receptores de acetilcolina en la unión neuromuscular. Es característica la debilidad muscular fluctuante con fatigabilidad de distintos grupos musculares, que mejora con el reposo. Es una enfermedad relativamente rara (15-20 casos por 1000000 habitantes y prevalencia de 100-200 por millón). El 25% de los casos debutan entre los 10 y 20 años de edad y un 4% antes de los 10 años, con predominio del sexo femenino a partir de esta edad. Presentamos un caso precoz de miastenia con diagnóstico de sospecha en un servicio de Urgencias.

**Observaciones clínicas y comentarios.** Se trata de una niña de 9 años traída al Servicio de Urgencias porque desde hace dos meses sus padres observan menor expresividad facial y dificultad para hablar por las tardes que desaparece al levantarse por las mañanas. Hace un mes caída progresiva de los párpados a lo largo del día, mastica y traga más despacio. Antecedentes personales: dermatitis atópica, bronquiolitis y alergias múltiples. Exploración física y neurológica, normales salvo dudosa dificultad para la completa apertura ocular. Fondo de ojo, normal. Ante la sospecha clínica de miastenia *gravis* se remite a consultas de Neuropediatría. Vuelve a Urgencias por aumento de la disartria y ptosis de predominio vespertino. En la exploración destaca oclusión incompleta de la hendidura palpebral, ptosis y facies hipomímica. Ante la evolución se decide su ingreso para estudio. En el estudio de autoinmunidad, Ac. Antirreceptores de acetilcolina positivos y EMG con alteración compatible con trastorno de la unión neuromuscular de tipo postsináptico. TAC, aumento de densidad en mediastino anterior en área tímica. Se instaura tratamiento con neostigmina siendo dada de alta. A los cinco meses vuelve a Urgencias por episodio de desvanecimiento con cianosis de segundos de duración coincidiendo con acceso de tos. En Urgencias presenta un nuevo episodio de parada respiratoria secundaria a crisis miasténica por lo que ingresa en UCIP precisando ventilación no invasiva, gammaglobulina de rescate e inicio del tratamiento con prednisona. Durante el ingreso se realiza timectomía sin complicaciones. En la Anatomía Patológica se observa hiperplasia linfoide con centros germinales y manto constituido por linfocitos pequeños.

La miastenia es una enfermedad con poca incidencia en la edad pediátrica. En nuestra provincia se diagnostican casos/año. Ante un cuadro con debilidad muscular y fatigabilidad se debe sospechar un trastorno miasténico y excluir: miopatías, parálisis de nervios oculomotores, Sd Guillain- Barré, botulismo,... La determinación de anticuerpos contra receptores de acetilcolina es específica del trastorno, pero sólo son positivos en el 85% de los casos. Es imprescindible un diagnóstico precoz para controlar los síntomas y retrasar el avance de la enfermedad, ya que las crisis pueden poner en peligro la vida del paciente.



66 DISMINUCIÓN DE LA AGUDEZA VISUAL COMO MOTIVO DE CONSULTA EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA.  
S. Navarro Vilarrubí, M. García Bernal, R. García Puig, R. Arellano Pedrola, N. Magro Benito, J. Margarit Mallol. *Hospital Universitari Mútua de Terrassa.*

**Fundamento y objetivos.** La disminución de la agudeza visual (AV) es un motivo de consulta poco frecuente en la urgencia pediátrica, aunque puede reflejar patologías potencialmente graves. Presentamos 5 pacientes atendidos en urgencias de nuestro centro en los últimos dos años. Proponemos un algoritmo de actuación en urgencias.

**Observaciones clínicas.** *Caso 1:* niño de 9 años con cuadro de 5 días de evolución de disminución de la AV que se acompaña de vómitos, fotopsia, diplopía i cefalea hemicraneal aguda que le despierta por la noche. Fondo de ojo (FO): papiledema bilateral con media estrella macular en el ojo izquierdo (OI). Campo visual: aumento de la mancha ciega bilateral, más marcada en el OI, con defecto temporal asociado en este ojo. AngioRM cerebral: normal. Diagnóstico: hipertensión endocraneal benigna. Tratamiento: acetazolamida y dexametasona.

*Caso 2:* niña de 7 años que presenta disminución de la AV de más de 10 días de evolución. Exploración física completa y FO: normales. Derivado a consultas de oftalmología. Diagnóstico: miopía. Tratamiento: lentes correctoras.

*Caso 3:* niño de 8 años que presenta disminución de la AV del ojo derecho (OD) detectada en una revisión del ambulatorio. FO: palidez papilar leve. AV: disminuida para colores. Defecto pupilar aferente. RM craneal: masa fusiforme que engloba nervio óptico derecho y se extiende a región quiasmática derecha y medial, con áreas diseminadas de hiperseñal compatibles con hamartomas. Diagnóstico: glioma óptico. Tratamiento: quimioterapia.

*Caso 4:* niña de 14 años con disminución progresiva de la AV del OI. AV: 3/10. FO: palidez papilar izquierda con márgenes poco nítidos. RM órbita: nervio óptico izquierdo claramente engrosado sin signos de enfermedad desmielinizante en la actualidad. Diagnóstico: neuritis óptica. Análítica con marcadores de autoinmunidad y serologías: negativas. Diez días antes había recibido dosis vacunal desconocida. Tratamiento: metilprednisolona endovenosa.

*Caso 5:* niña de 11 años con disminución brusca de la agudeza visual bilateral de una semana de evolución. FO: papila de éstasis bilateral. AV: 1/10 bilateral. RM: descenso de amígdalas cerebelosas compatible con Arnold-Chiari tipo I y dilatación ventricular supratentorial sin signos de actividad hidrocefálica. Diagnóstico: hidrocefalia. Tratamiento: derivación ventrículo-peritoneal.

**Comentarios.** En un paciente con disminución de la agudeza visual, la valoración inicial en urgencias debe comprender una exploración neurológica y la capacidad para realizar un fondo de ojo básico.

Es muy recomendable la presencia de escalas visuales de optotipos en cualquier servicio de urgencias pediátricas.



67 HIPERTENSIÓN ENDOCRANEAL AGUDA EN PACIENTE PORTADOR DE VÁLVULA DE DERIVACIÓN VENTRÍCULO-PERITONEAL. A. Ramos, S. Zambudio Sert, R. Arbieto, L. Martí Mas, J. Sitjes Costas, S. Nevot Falcó. *S. Servicio de Pediatría. Hospital Sant Joan de Déu de Manresa. Althaia Xarxa Assistencial. Manresa.*

**Fundamento y objetivos.** Los pacientes portadores de válvulas de derivación ventriculoperitoneal (VDVP) pueden presentar hipertensión endocraneal por disfunción valvular, pero también por hemorragias cerebrales por traumatismos aparentemente banales.

**Observación clínica.** Niño de 5 años traído a urgencias por alteración del nivel de conciencia. Antecedentes de prematuridad moderada (35 semanas), sepsis y meningitis por listeria, hemorragia intraventricular con hidrocefalia secundaria (portador de VDVP) y secuelas motoras. La familia refiere que estando bien, presenta caída accidental desde su silla de ruedas seguida de obnubilación y desconexión del medio y dos vómitos a chorro. Durante el traslado hasta nuestro centro presenta dos episodios de bradicardia precedida de llanto e irritabilidad. Se administra sedación y atropina, con lo que se mantiene estable. Al llegar presenta hipertensión generalizada, con pupilas mióticas y simétricas. Se orienta como convulsión y se administran progresivamente dos dosis de diazepam y una de ácido valproico con lo que cede la crisis. Queda con Glasgow 4 y pupilas medias, isocóricas, reactivas a la luz. Se procede a intubación orotraqueal. Minutos más tarde presenta anisocoria por lo que se administra tratamiento para el edema cerebral con buena respuesta. Analítica con hemograma, función hepática y renal, gasometría, iones, marcadores de infección y coagulación normal. Se realiza TAC craneal que muestra una hemorragia subaracnoidea difusa bilateral y un hematoma intraparenquimatoso agudo parietal derecho de unos 49x26 mm, con importante efecto masa sobre el hemisferio derecho y discreto desplazamiento de línea media. VDVP con extremo en la asta occipital derecha. No hidrocefalia. No fracturas. Se traslada a un hospital de tercer nivel. En la UCI se coloca sensor de presión intracraneal (PIC) con presiones normales y estables, por lo que se decide inicialmente no intervenir quirúrgicamente. Precisa intervención a las 24 horas por obstrucción de la VDVP por un coágulo. Dos días más tarde, dada la inestabilidad en la PIC, se procede a craniectomía descompresiva. Presenta buena evolución por lo que se extuba a las 24 horas. Se evidencia afasia motora y paresia de extremidades superiores que no presentaba previamente.

**Comentarios.** Se presenta el caso por ser una urgencia neurológica y vital (con riesgo inminente de herniación) y porque es un ejemplo de como un traumatismo banal puede dar lesiones importantes en pacientes con cualquier antecedente de neurocirugía.





68 SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ EN URGENCIAS. REVISIÓN DE LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS. D. Morales Senosiain, R. Díaz-Aldagalán González, M. Garatea Rodríguez, A. Martínez Ortiz, E. Gembero Esarte, L. Gómez Gómez. *Hospital Virgen del Camino. Pamplona.*

**Introducción y objetivos.** El síndrome de Guillain-Barré es una polineuropatía inflamatoria aguda caracterizada por la debilidad simétrica y rápidamente progresiva de extremidades y por arreflexia. Es la causa más común de parálisis flácida aguda en niños. Nuestro objetivo es analizar la semiología de esta patología en urgencias.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo descriptivo. Se revisaron las historias clínicas de pacientes diagnosticados de síndrome de Guillain-Barré que consultaron en urgencias de pediatría en los últimos diez años. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, motivo de consulta, síntomas, tiempo de evolución clínica, antecedentes de infección, pruebas complementarias y exploración neurológica en urgencias.

**Resultados.** Se recogen ocho casos de edades comprendidas entre uno y trece años, media de edad de 5.5 años. Tres fueron varones y cinco mujeres. Los motivos de consulta en urgencias fueron: dificultad para la marcha (5), fiebre (1), dolor abdominal (1), dolor en extremidades inferiores (EEII) (1). Los síntomas que presentaban eran: debilidad en EEII (4), uno de ellos asociaba debilidad en extremidades superiores (EESS), dolor en EEII (2), dolor abdominal (2), parestesias en pies (1), falta de control del esfínter vesical (1) y fiebre (1). El tiempo de evolución de la clínica era de entre doce horas y tres semanas. Cinco de los casos referían antecedentes de patología infecciosa: 2 respiratoria, 1 gastrointestinal y en 2 casos ambas. La exploración neurológica en urgencias fue: denominada como normal (2), arreflexia simétrica de EEII (6), debilidad simétrica de EEII (5), dificultad para la marcha (4), arreflexia simétrica de EESS (1), afectación de pares craneales (VII y XI) (1), disestesias en manos y pies (1), sensibilidad normal (7) y meningismo (limitación a la flexión de nuca) (3). Las pruebas complementarias realizadas en urgencias fueron: analítica de sangre (8), radiografía de tórax (3), ecografía abdominal (2), punción lumbar (5) y electroneurograma (1). En ningún caso se realizó un TC craneal.

**Conclusiones:**

- El síndrome de Guillain-Barré es una patología potencialmente grave por lo que es importante un diagnóstico temprano. Debemos sospecharla en niños que consultan por alteraciones de la marcha, sobre todo si asocian síntomas como la debilidad o dolor en EEII.
- Es fundamental una exploración neurológica rigurosa y exhaustiva.
- El electroneurograma es la prueba más sensible en el diagnóstico, aunque en la mayoría de los casos no se realiza de forma urgente.
- Realizar una punción lumbar es fundamental para descartar otras patologías.



69 LA ENFERMEDAD CEREBROVASCULAR EN URGENCIAS. A. González Jimeno, M. Güemes Hidalgo, V. Losa Frias, M.S. Galán Arevalo, A. Verdú Perez, E. Crespo Rupérez. *Hospital Virgen de la Salud. Toledo.*

**Fundamentos y objetivos.** La enfermedad cerebrovascular es el resultado de una disminución de perfusión en el parénquima cerebral secundario a un infarto y produce un déficit neurológico focal que dura más de 24 horas. Se describen 4 casos diagnosticados en nuestro Servicio de Urgencias y posteriormente seguidos en nuestro Hospital desde enero 2008 hasta mayo de 2008

**Observaciones clínicas.** *Caso 1:* Niño de 13 años que presenta cuadro de cefalea, confusión y vómitos tras reajuste de ortodoncia. En la exploración se observa desviación de la comisura bucal hacia la derecha y disminución de fuerza 4/5 en miembro superior izquierdo (MSI). La resonancia magnética (RM) craneal muestra una lesión isquémica aguda en arteria cerebral media derecha (ACM derecha). Se inicia tratamiento con Heparinas de bajo peso molecular (HBPM) y al alta se cambia por Aspirina (AAS).

*Caso 2:* Niño de 2 meses con tendencia a desviar el ojo izquierdo y cabeza hacia la izquierda en las últimas semanas. A la exploración destaca una reacción a la luz con contracción pupilar del ojo derecho, ausencia de parpadeo y contracción pupilar lenta en ojo izquierdo. Ante la sospecha de una ECV se realiza una RM craneal que muestra una extensa lesión en todo el territorio de la ACM izquierda, incluyendo núcleos basales. Fondo de ojo con la papila blanca izquierda de aspecto atrófico y estudio de hipercoagulabilidad con alteración de homocisteína.

*Caso 3:* Niña de 4 meses y medio con vómitos iterativos de 24 horas de evolución, en la Urgencia llama la atención dificultad en la movilización lateral hacia la izquierda de la cabeza y ojos, de forma intermitente según la madre desde hace 2 semanas, además presenta un nistagmus horizontal hacia ambos lados con limitación leve de la cabeza hacia izquierda con tendencia de giro hacia la derecha. El TC craneal muestra una lesión vascular de arteria cerebral posterior (ACP) derecha. En el estudio de hipercoagulabilidad (existe un aumento de anticuerpos anticardioplipina). Al alta se mantiene tratamiento con AAS.

*Caso 4:* Niña de 3 años y medio con cefalea de intensidad creciente que no cede con analgesia e imposibilidad de mover miembro superior izquierdo (MSI) y miembro inferior izquierdo (MII) de 24 horas de evolución. A la exploración desviación de la comisura bucal hacia la derecha y disminución de fuerza 4/5 en MSI y MII. Marcha con apoyo en miembro inferior derecho (MID). Se realiza TC craneal que muestra lesión isquémica de una rama de ACM derecha.

En estudio de hipercoagulabilidad muestra alteración de anticuerpo de cardioplipina. Se inicia tratamiento con HBPM y al alta se cambia por AAS.

**Comentarios.** Nuestra pequeña muestra de casos en tan corto período de tiempo viene a confirmar el marcado aumento de incidencia de la ECV en los últimos años ya sea por un aumento en la detección (sospecha, neuroimagen) o por aumento de la supervivencia de niños con factores de Riesgo.



70 REVISIÓN DE ENCEFALITIS DIAGNOSTICADAS EN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO EN 2007 Y 2008. A. Castroviejo Gandarias, E. Gembero Esarte, M. Oscoz Lizarbe, J. Hualde Olascoaga, L. Gómez Gómez, N. Clerigué Arrieta. *Servicio Urgencias de Pediatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.*

**Objetivos.** Se denomina encefalitis al proceso inflamatorio difuso del sistema nervioso central de etiología generalmente viral, que se presenta con síntomas infecciosos, irritación meníngea, alteración del sensorio y en ocasiones convulsiones y/o focalidad neurológica. Nuestro objetivo es realizar un estudio descriptivo retrospectivo de los casos diagnosticados en nuestro servicio desde enero de 2007 hasta diciembre de 2008, analizando las formas más frecuentes de presentación a propósito de un caso que cursó con presentación atípica.

**Material y métodos.** Análisis descriptivo retrospectivo mediante programa SPSS14.0. Se recogen las variables: edad, sexo, época del año, antecedentes, vacunación, pródromos, clínica de presentación, pruebas complementarias, tratamiento, evolución y secuelas.

**Resultados.** Durante los años 2007 y 2008 se diagnosticaron 15 casos. Mediana de edad 9 años. 83.3% varones y 16.7% mujeres. Un 41.6% de los casos se diagnosticaron en otoño, 33% en invierno, 25% en primavera y ningún caso en verano. El 100% vacunado. En 4 casos antecedente de viriasis previa. Pródromos digestivos en el 75%. Las manifestaciones clínicas consistieron en: alteración de la conducta (41.6%), disminución de conciencia (83.3%), convulsiones (66.6%), fiebre (83.3%), cefalea y vómitos (66.6%), meningismo (16.7%). Citoquímica de LCR alterada en el 50%. Microbiología negativa en el 100%. Alteración electroencefalográfica en el 91.6%. Neuroimagen alterada en tres casos. Todos recibieron tratamiento con aciclovir y 10 también antibiótico. Evolución satisfactoria sin secuelas en el 91.6%. Un caso con secuelas (encefalomielitis aguda diseminada).

El caso de presentación atípica se trataba de una hemiplejía con parálisis facial central de instauración brusca en un niño de 10 años. La citoquímica de LCR fue normal y tanto la neuroimagen como el EEG estaban alterados. Recibió tratamiento empírico con aciclovir con buena evolución sin secuelas.

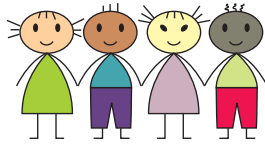
**Conclusiones.** Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron la disminución del nivel de conciencia y la fiebre. Un porcentaje importante debutó como crisis convulsiva. Ante una hemiplejía aguda en un niño, además de la patología vascular, paroxística ó traumática, se debe pensar en la posible infección focal del SNC. La rentabilidad de las pruebas complementarias en fase aguda es baja por lo que es prioritario iniciar el tratamiento ante la sospecha clínica.



71 TUMOR EVANESCENTE QUE DEBUTA COMO TORTÍCOLIS. S. Estebanez Seco, C. Villalba Castaño, P. Navas Alonso, A. González Jimeno, G. Iñigo Martín, E. Crespo Rupérez. *Hospital Virgen de la Salud. Toledo.*

**Fundamento y objetivos.** A pesar de que la cerebelitis aguda es una de las principales causas de disfunción cerebelosa en la infancia, la afectación unilateral (hemicerebelitis) es rara y lo es aún más infrecuente, su presentación de tipo pseudotumoral mimificando clínica y radiológicamente una masa tumoral. De este último cuadro hay descritos menos de 10 casos en la literatura. El diagnóstico en Urgencias de una cerebelitis aguda a menudo es complicado dado su amplio espectro de manifestaciones clínicas, desde asintomático a graves manifestaciones cerebelosas, o como en nuestro caso, un tortícolis persistente. Se requiere un alto grado de sospecha para interpretar correctamente las señales características de la neuroimagen y así evitar procedimientos invasivos diagnóstico-terapéuticos innecesarios

**Observaciones clínicas y comentarios.** Presentamos el caso de un niño con reiteradas visitas al Servicio de Urgencias ante la persistencia de tortícolis y cefalea a pesar del uso de antiinflamatorios y relajantes musculares. Presentaba una exploración general, incluyendo neurológica y fondo de ojo, rigurosamente normales, a excepción de la posición antiálgica cervical. Tras valorar los posibles diagnósticos diferenciales se solicitó una analítica básica de sangre con sistemática, bioquímica y PCR normales, así como un TAC cerebral que fue informado como sugestivo de probable glioma en protuberancia y pedículo cerebeloso medio derecho. Con este diagnóstico de presunción fue ingresado en la planta de Pediatría donde se prosiguió su estudio con marcadores tumorales y serología infecciosa que resultaron negativas así mismo RM compatible con el diagnóstico previo. Por todo ello se realizó intervención quirúrgica, durante la cual se aprecia la no existencia de tal masa sino de tejido inflamatorio. Simultáneamente se instauró tratamiento corticoideo al cual el paciente respondió en el plazo de pocos días con una gran mejoría clínica desapareciendo toda la sintomatología referida y con evidencia radiológica de regresión de la imagen ocupante de espacio. El cuadro es compatible con una hemicerebelitis de tipo pseudotumoral o vanishing tumor. Un mes y medio después de la intervención se recibe serología positiva a Enterovirus, orientando el diagnóstico hacia una etiología infecciosa de dicho pseudotumor. Tras revisión de la bibliografía, algunos autores refieren que el objetivar en la RM un realce con contraste de la pía, es altamente sugestivo de cerebelitis y es necesario tener en cuenta para un diagnóstico y tratamiento adecuados.



Viernes 3 de abril, 10:15 h

MISCELÁNEA

Moderador: Dr. J. García-Dihinx Villanova

72 ANEMIA SEVERA EN URGENCIAS COMO MANIFESTACION DE INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*. A PRÓPOSITO DE DOS CASOS. A. Martínez Ortiz, E. Gembero Esarte, E. Aznal Sainz, J. Pisón Chacón, M. Garatea Rodríguez, D. Martínez Cirauqui. *Hospital Virgen del Camino. Pamplona.*

**Fundamento y objetivos.** Ante el diagnóstico de una anemia severa en urgencias es necesario realizar una anamnesis completa incluyendo hábitos dietéticos, infecciones recientes, fármacos, historia familiar y neonatal, pérdidas de sangre etc y en la exploración física valorar si existe palidez, ictericia, petequias, linfadenopatías, esplenomegalia, síndrome constitucional etc que nos orientarán sobre la etiología de la anemia. La infección por *Helicobacter pylori* se presenta habitualmente como gastritis crónica, úlcera gastroduodenal y es una causa poco frecuente de anemia severa en la infancia. Presentamos dos casos de anemia severa en dos pacientes con infección por *Helicobacter pylori*.

**Observaciones clínicas.** *Caso clínico 1:* Paciente de 14 años que consulta por cefalea, astenia y taquicardia. Refiere dolor abdominal ocasional desde hace 8 meses. En la exploración física, palidez intensa de piel y mucosas, taquicardia rítmica. Tensión arterial: 110/60, frecuencia cardíaca: 140 lpm. Analítica sanguínea: hemoglobina 5 g/dl, hematocrito: 14,7%, eritrocitos: 1,8 mill/μl, VCM: 80 fl, HCM: 27,3 pg; CHCM: 33,8 g/dl, resto normal. Ante estos hallazgos y tras transfundir al paciente concentrado de hematíes se completa estudio con analítica sangre, estudio de heces (sangre oculta en heces positiva) y orina, ecografía abdominal, gammagrafía y fibrogastroduodenoscopia objetivándose una gran úlcera gástrica con diagnóstico de gastritis crónica folicular con marcada actividad aguda y presencia de *Helicobacter pylori* en el antro. Se instaura tratamiento con claritromicina, amoxicilina y omeprazol con buena evolución.

*Caso clínico 2:* Paciente de 13 años que consulta por dolor abdominal epigástrico de 3 días de evolución, un vómito hemático abundante, deposiciones melenas, fiebre y astenia importante. Refiere dolor abdominal epigástrico desde hace 1 año. En la exploración palidez intensa de piel y mucosas, soplo sistólico I-II/VI, taquicardia rítmica, dolor en región epigástrica. Constantes: tensión arterial 120/70, frecuencia cardíaca: 120 lpm. En la analítica sanguínea, hemoglobina 5,9 g/dl, hematocrito: 19,3%, eritrocitos: 2,8 mill/μl, VCM: 68,6 fl, HCM: 22,6 pg; CHCM: 33 g/dl, resto normal. Se transfunde al paciente concentrado de hematíes y se completa estudio como en el anterior caso objetivándose mucosa gástrica friable con presencia de *Helicobacter pylori* y diagnóstico de gastritis crónica con actividad aguda. Tratamiento con claritromicina, amoxicilina y omeprazol con evolución favorable.

**Comentarios.** El diagnóstico de anemia severa en urgencias de pediatría exige realizar una anamnesis y exploración física completas para orientar en primer lugar el tipo de anemia que presenta el paciente y posteriormente mediante pruebas complementarias hallar la causa última de esta anemia. Es necesario tener presente, aunque sea poco frecuente, la infección por *Helicobacter pylori* como causa de anemia en la infancia.



73 DOLOR LUMBAR EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. Y. Rodríguez Santana, B.C. Montoro González, A. Todorčević.  
*Complejo Hospitalario Universitario Materno-Infantil de Canarias.*

**Fundamentos y objetivos.** El dolor de espalda en el Servicio de Urgencias puede plantear dudas diagnósticas, al ser de causas variadas y de naturaleza diversa. En muchos casos, es el síntoma de procesos leves, pero en otras ocasiones constituye la manifestación de patología grave. Por nuestra situación geográfica, debemos incluir en el diagnóstico diferencial la patología propia del inmigrante, tal es el caso de la Drepanocitosis.

La drepanocitosis constituye la forma más frecuente y conocida de hemoglobinopatía estructural. Es muy frecuente en la raza negra y afecta al 10% de la población americana y a más del 40% en algunas poblaciones del continente africano. Clínicamente se caracteriza por anemia, dolores óseos y articulares, úlceras en piernas y crisis dolorosas. Genéticamente se transmite como un rasgo autosómico dominante incompleto.

**Observaciones clínicas.** Niño de 2 años de raza negra, procedente de Nigeria, que acude por dolor dorso-lumbar que le despierta por la noche de 3 días de evolución, acompañado de dolor abdominal reiterado. No otra sintomatología acompañante. No traumatismos previos.

Antecedentes personales: Nacido en Marruecos. Residente en España desde hace 18 meses. Antecedentes familiares: madre portadora hemoglobina S heterocigota.

Exploración Física: Dolor a la palpación a nivel de últimas vértebras torácicas y primeras lumbares. No limitación de la movilidad activa y pasiva. No signos inflamatorios.

Pruebas complementarias: Hemograma: hematíes: 3.260.000 u/ $\mu$ l; hemoglobina: 8.4 g/dl; hematocrito: 25,8%. Leucocitos: 10.400 (40% N, 48% L, 10% M, 2% Eo). 340.000 plaquetas.

Test de falciformación: positivo. Haptoglobina: 4,1 (23%). VSG: 48 mm/h. Estudio de anemia: microcitosis, hipocromía, algún hematíe en forma de hoz y algún dianocito.

Radiografía de la columna dorso-lumbar: no lesiones óseas agudas. Ecografía abdominal: normal. Gammagrafía ósea: sin alteraciones.

Dado el resultado de las pruebas complementarias y habiendo descartado anomalías anatómicas, inflamatorias o infecciosas de la columna dorso-lumbar, se concluye el diagnóstico de dolor lumbar secundario a crisis vaso-oclusiva en el contexto de una Anemia drepanocítica.

**Comentarios:**

- El aumento de la inmigración en nuestro medio puede estar modificando la incidencia de las diferentes causas de dolor lumbar.
- Las crisis vaso-oclusivas en el contexto de la Drepanocitosis deben ser incluidas en el diagnóstico diferencial del dolor lumbar, sobre todo en pacientes de raza negra.
- La oxigenación, sueroterapia y analgesia suponen los pilares básicos del tratamiento del dolor en las crisis vaso-oclusivas.



74 LACTANTE DE RAZA NEGRA CON DOLOR Y TUMEFACCIÓN EN PIE DERECHO. F. Fuertes El Musa, P. Huerta Blas, G. González García, L. Cuadrón Andrés, T. Pérez Roche, M. Gracia Casanova. H.C.U. Lozano Blesa. Zaragoza.

**Introducción.** Las urgencias pediátricas debidas a signos flogóticos a nivel de extremidades son frecuentes en la práctica diaria. Dada la gran afluencia de inmigración, y que en muchos de estos países la drepanocitosis es endémica, no debemos olvidar los fenómenos vaso-oclusivos como causa de inflamación en lactantes de corta edad.

**Caso clínico.** Lactante de 6 meses de edad, natural de Guinea Ecuatorial que acude a urgencias con un cuadro de fiebre, inflamación y dolor de pierna derecha de 24 horas de evolución sin antecedente traumático previo. A la exploración se objetiva impotencia funcional, con tumefacción, dolor, sin calor ni rubor a nivel de pie derecho. Extremidad flexionada en posición antiálgica. Resto de exploración compatible con la normalidad.

*Exámenes complementarios:(urgencias)* Hemograma: hematíes 3.48 mill/mm<sup>3</sup>; Hb: 8.3 g/dl; Hematocrito: 25.4%; VCM: 72.9 fl., HCM 23.90 pg, CHCM 32 g/dl, RDW 26%. Leucocitos 21.400 mil/mm<sup>3</sup> (N: 53%, L: 34%, M:7%, C:1%). PCR 0.74 mg/dL. Sedimento urinario normal.

Rx. de cadera-rodilla-tobillo y pie derecho sin alteraciones.

*Evolución:* Ante la fiebre y leucocitosis se sospecha osteomielitis y se ingresa para recibir tratamiento antibiótico endovenoso. Se descarta patología infecciosa mediante pruebas analíticas y de imagen (Rx, ecografía y gammagrafía). En el estudio de hemoglobinopatías se observa una banda anómala a nivel de HB SS que supone el 97% de la hemoglobina. Este hallazgo justifica un probable infarto óseo secundario a drepanocitosis, que dada la corta evolución del cuadro aún no había dado signos radiológicos.

**Comentarios.** La drepanocitosis o anemia falciforme es una enfermedad genética, autosómica recesiva donde se produce la sustitución de glutamina por valina en la posición 6 de la cadena  $\beta$  de la hemoglobina dando lugar a la hemoglobina S. Situaciones como la hipoxia, disminución pH o deshidratación del hematíe hace que la Hemoglobina S precipite y forme polímeros que alteran la estructura del hematíe: forma de hoz (falciformación). Dicho fenómeno junto con un aumento de la adhesividad al endotelio provoca oclusión de los vasos sanguíneos y hemólisis crónica. La presencia de hemoglobina F disminuye la polimerización de la hemoglobina S, por ello es excepcional antes de los 6 meses.

En conclusión, en todo paciente por encima de los 6 meses de raza negra con dolor y tumefacción de extremidades sería conveniente incluir la drepanocitosis en el diagnóstico diferencial. Somos conscientes de la dificultad de hacer un diagnóstico certero en el servicio de urgencias, pero en muchas ocasiones mediante visión directa del frotis sanguíneo se pueden apreciar células falciformes, orientando desde el inicio, el diagnóstico y el tratamiento.



75 MANEJO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE LAS PTI AGUDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS. R. Martín Pérez, G. Martínez Moya, A.I. González Espín, I. Peláez Pleguezuelos, A.B. López García, J. de la Cruz Moreno. *U.G.C. Pediatría. Complejo Hospitalario de Jaén.*

**Introducción.** Uno de los motivos frecuentes de consulta en el Servicio de Urgencias de Pediatría es la aparición súbita de hematomas o petequias. Esta clínica es expresión de un gran abanico de posibilidades diagnósticas, para lo cual es necesario una correcta anamnesis, exploración física y las pruebas complementarias necesarias a fin de discernir el origen de esta sintomatología.

**Objetivos.** Valorar la epidemiología y características clínicas de los niños atendidos en nuestro Servicio de Urgencias afectos de púrpura trombocitopénica durante los años 2007 y 2008. Estudiar las terapias realizadas en nuestro Servicio de Urgencias y en las siguientes 24 horas de su ingreso según Protocolo de la Sociedad de Hematología Pediátrica 2004.

**Método.** Estudio retrospectivo descriptivo de los niños asistidos en nuestro Servicio de Urgencias Pediátricas durante los años 2007-2008 diagnosticados en el mismo de PTI aguda.

**Resultados.** Analizamos un total de 11 niños diagnosticados de PTI en Urgencias de Pediatría, de los cuales, más del 50% eran menores de 5 años. En nuestra serie no encontramos diferencias entre sexos. La sintomatología apareció fundamentalmente en los meses de primavera. Entre los antecedentes personales destacan cuadros virales en la semana previa. Como motivo de consulta, la clínica cutánea en forma de petequias y equimosis fue la más frecuente, seguida de sangrado activo (epístaxis). En 3 de los casos se detectó sangrado activo con cifras plaquetarias entre 20.000 y 30.000. La mayoría de los pacientes recibieron terapia corticoidea a altas dosis al diagnóstico. Las IGEV se utilizaron en casos con cifras plaquetarias inferiores a 10:150. La evolución fue favorable, con desaparición clínica en menos de 6 meses en 7 de 11 casos. Cuatro de los casos evolucionaron a cronicidad.

**Conclusiones.** En nuestra experiencia, la mayor incidencia de PTI ha sido en menores de 5 años, coincidiendo con cuadros virales tal y como se publica en la literatura.

La clínica cutánea es la más frecuente a su diagnóstico en Urgencias.

Los exámenes complementarios que permiten diagnóstico y manejo adecuado de esta patología en Urgencias Pediátricas son el hemograma y la citomorfología periférica sanguínea junto con la clínica.

El tratamiento corticoideo administrado en urgencias ha sido la terapia princeps, con mejoría clínica en las primeras 72 horas de su administración.





76 PÚRPURA DE SCHÖLEIN-HENOCH: REVISIÓN DE CASOS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA. C. Salido Capilla, P. Aymerich Salas, M. del Cañizo Moreira, S. Pons Morales, J. Marin Serra. *Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.*

**Introducción.** La púrpura de Schölein-Henoch es una vasculitis leucocitoclástica que afecta a los vasos de pequeño calibre. Es más frecuente en la infancia (90%) siendo la edad media de presentación de 6 años, con un ligero predominio en el sexo masculino (1,2:1). Las manifestaciones clínicas más frecuentes son el exantema purpúrico palpable (100%), artritis de grandes articulaciones (60-80%) y dolor abdominal (50-70%). El diagnóstico es clínico y en la mayoría de casos no precisa tratamiento, excepto en la artritis o dolor abdominal dónde los corticoides son el tratamiento de elección.

**Material y métodos.** Describir las características clínicas y analíticas, así como la evolución de pacientes diagnosticados de Púrpura de Schölein-Henoch en Urgencias, a través de un estudio descriptivo retrospectivo de 64 pacientes diagnosticados de Púrpura de Schölein-Henoch en la unidad de Urgencias de Pediatría de nuestro hospital entre los años 2002 y 2007.

**Resultados.** De los 64 casos (38 niños y 26 niñas comprendidos entre 12 meses y 14 años, con una edad media de 5.8 años) 62 pacientes (96.8%) presentaban un exantema purpúrico palpable en el momento de consultar en Urgencias. Los 2 casos restantes consultaron por otro motivo (vómitos y dolor abdominal; poliartralgias) y desarrollaron con posterioridad las lesiones cutáneas. El 68.7% de los pacientes presentó fiebre, Un 34.3% dolor articular y tan sólo un 3.1% dolor abdominal. Un 3,2% tenía alteraciones macroscópicas de la orina, aunque en el sedimento apareció hematuria en el 17.2% de los casos. El 6.1% de los casos presentó síntomas típicos poco frecuentes (2 hematoma de pared abdominal, 1 edema de cuero cabelludo y 1 edema testicular). Ingresaron el 50% de los pacientes diagnosticados en Urgencias.

**Conclusiones.** La púrpura de Schölein-Henoch es la vasculitis más frecuentemente diagnosticada en urgencias pediátricas. En la mayoría de los casos se manifiesta como exantema purpúrico palpable aislado, aunque algunas ocasiones otras formas de presentación como el edema testicular, de cuero cabelludo o el hematoma de pared abdominal pueden orientar el diagnóstico en ausencia de las lesiones cutáneas. Hay que tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial de otras manifestaciones inespecíficas como el dolor abdominal o articular persistente.



- 77 TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA. ENTIDAD POCO FRECUENTE DE DIAGNÓSTICO URGENTE. J. Rodríguez Fanjul, V. Trenchs Sainz de la Maza, D. Muñoz Santanach, M. Fernández de Sevilla Estrach, T. Toll Costa\*, C. Luaces Cubells. *Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. \*Servicio de Hematología. Hospital Universitari Sant Joan de Deu. Universitat de Barcelona.*

**Fundamento y objetivo.** La trombosis venosa profunda (TVP) tiene una incidencia anual estimada de 0.07/10000 niños. La sospecha diagnóstica precoz en el servicio de urgencias es importante al ser una enfermedad grave que sin tratamiento puede desembocar en síndrome post-trombótico o tromboembolismo pulmonar. Nuestro objetivo es exponer los casos de un niño y de una adolescente que acudieron a nuestro Servicio de Urgencias y fueron diagnosticados de TVP.

**Observaciones clínicas.** *Caso 1.* Niño de 9 años diagnosticado de síndrome nefrótico corticodependiente que presenta dolor en la extremidad inferior izquierda y aumento de tamaño de 48 horas de evolución. Se orienta como probable TVP; la elevación del D-dímero en la analítica y las imágenes de la ecografía-doppler confirman el diagnóstico. Se pauta heparina de bajo peso molecular presentando buena evolución.

*Caso 2.* Adolescente de 16 años, madre de un lactante, que toma anticonceptivos orales y es fumadora ocasional, presenta aumento de tamaño y dolor de la extremidad inferior izquierda de pocas horas de evolución. Se sospecha TVP y el diagnóstico se confirma por ecografía-doppler. La evolución es favorable tras iniciar tratamiento con heparina de bajo peso molecular.

**Comentarios.** Aunque la TVP es poco frecuente en la edad pediátrica, es importante su detección precoz, siendo la anamnesis detallada, junto a la presencia de una extremidad edematosa, dolorosa y caliente, elementos claves para la sospecha diagnóstica. Las pruebas de imagen y de laboratorio la confirmarán, pudiéndose instaurar tratamiento anticoagulante que evite complicaciones.



78 SÍNDROME DE DIEAULAFOY COMO CAUSA DE HEMORRAGIA DIGESTIVA MASIVA. UNA URGENCIA VITAL.  
M.J. Olmos Jiménez, M. Royo Gómez, A. Malo de Molina Meléndez, T. de Miguel Serrano, A. Bodas Pinedo, C. Maluenda. *Servicio de Pediatría. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.*

La hemorragia digestiva alta (HDA) es una consulta frecuente en el servicio de urgencias, aunque en la edad pediátrica suele limitarse a pérdidas sanguíneas que no comprometen la estabilidad hemodinámica del niño, no hay que olvidar que es una entidad que puede tener consecuencias potencialmente graves.

**Caso clínico.** Paciente varón de 7 años sin antecedentes personales de interés que acude a urgencias por un cuadro hematemesis y melenas de 3 horas de evolución. Se realiza un aspirado gástrico y tacto rectal confirmándose el origen digestivo del sangrado. Durante su estancia en urgencias presenta tensión arterial, frecuencia cardíaca y hemoglobina dentro de límites normales para la edad y sexo. Realizamos una endoscopia en la que se observa hernia hiatal y erosión bulbar no sangrante. Es ingresado en planta para observación con omeprazol intravenoso. Durante el ingreso las tensiones arteriales comienzan a descender de forma progresiva asociando taquicardia y palidez cutánea, ante la inestabilidad hemodinámica del paciente se decide ingreso en UVI. Por este motivo se repite la gastroscopia observándose estómago con restos hemáticos, pequeñas erosiones superficiales sin signos de sangrado actual y en cara posterior de bulbo duodenal, inmediatamente sobrepasado píloro se visualiza lesión excrecente de aspecto pseudopolipoideo con sangrado activo en su base que impresiona de úlcera con vaso central aunque no puede descartarse una lesión vascular tipo calibre permanente (probable S. Dieulafoy) realizándose esclerosis endoscópica mediante infiltración con noradrenalina y alcohol cediendo la hemorragia. En el control analítico previo a la esclerosis endoscópica el paciente presentaba una Hb 6,5 g/dl por lo que recibe transfusión de concentrado de hematíes. Durante el resto del ingreso permanece hemodinámicamente siendo la hemoglobina al alta normal.

**Conclusiones.** La HDA es una patología grave que requiere vigilancia estrecha de constantes hemodinámicas. Ante la sospecha de HDA debemos confirmar la existencia y localización del sangrado mediante la realización de aspirado gástrico y tacto rectal. La endoscopia es la prueba con mayor y mejor rentabilidad diagnóstica y terapéutica; en más del 95% de los casos se podrá establecer el origen de la hemorragia, pero no debemos olvidar que existen falsos negativos. La hemorragia digestiva alta por Lesión de Dieulafoy es una causa rara de sangrado, siendo en la gran mayoría de casos masiva y de diagnóstico difícil. El método diagnóstico de elección es el endoscópico, requiriéndose a veces endoscopias repetidas. La terapia endoscópica es el método terapéutico de elección.



79 CAUSAS INFRECUENTES DE COJERA EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS. M.J. Lirola Cruz, M.A. Fernández de Alba, I. Salamanca de la Cueva, V. García Bernabéu, M. Mariño Gil, P. Camacho Conde. Instituto Hispalense de Pediatría. Clínica Sagrado Corazón. Sevilla.

**Fundamento y objetivo.** La cojera “dolorosa” es un motivo de consulta frecuente en Urgencias. Puede plantear dificultades diagnósticas. Exponemos 3 casos que lo ejemplifican.

**Observaciones clínicas.** *Caso 1:* Lactante de 15 meses, cojera izqda desde hace 3 días, fiebre alta en las últimas 24 horas, catarro. El día previo caída sobre pierna izqda, llanto escaso y deambulación inmediata. Exploración pasiva, balance articular normal, leve aumento de consistencia y tumefacción de zona pretibial, cara anterior de tobillo. Dudoso dolor a la palpación de 1/3 distal de diáfisis tibial. En bipedestación no apoya la pierna. Leve leucocitosis con monocitosis, PCR 7 mg/L. Rx pierna, no líneas de fractura. Gammagrafía ósea: Hiperemia con aumento de la actividad osteogénica pandiafisaria tibial izqda. Diagnóstico *fractura en tallo verde de diáfisis tibial*

*Caso 2:* Niño de 3 años, dolor en rodilla e importante cojera izqda desde hace 5 días. Precisa analgesia cada 4 horas, le despierta el dolor, febrícula vespertina. Exploración: discreto dolor y limitación a la movilidad de la cadera izqda, rodilla normal. Analítica normal. Rx PA y axial de caderas normal. Ecografía: sinovitis de cadera. Mejora con ibuprofeno, reinicia deambulación, aunque camina limitando la flexión de cadera y rodilla. A los 15 días en gammagrafía ósea intensa hiperemia y aumento de actividad osteogénica en trocánter mayor izqdo compatible osteomielitis. RMN: Cambios de señal de la médula ósea (MO) del cuello y región intertrocanterea y trocánter izqda, área irregular en trocánter mayor con centro redondeado (acúmulo de líquido), cortical conservada, cambios de señal de los tejidos blandos y grupos musculares adyacentes. Diagnóstico: *osteomielitis trocánter mayor de fémur*.

*Caso 3:* Niña de 2 años con cojera derecha desde hace 15 días, se sospecha traumatismo al caérsele encima ordenador portátil 1 hora antes. Diagnosticada de sinovitis de cadera, se indica reposo e ibuprofeno, con lo que mejora. Nuevo empeoramiento hace 3 días, con cojera más evidente tras el reposo, inflamación de rodilla dcha, afebril. Discreta leucocitosis con linfocitosis. PCR, ASLO, FR, ANA negativo. Serología vírica y bacteriana negativa. Rx comparada de rodillas sin hallazgos. ECO rodilla pequeño derrame articular a nivel de bursa suprarotuliana y recesos femororotulianos. Líquido sinovial leucocitos 14.000/ $\mu$ L, PMN 80%, glucosa y proteínas normales, cultivo negativo. RMN rodilla imagen laminar hiperintensa en la MO en la periferia del cóndilo lateral, localización epifisaria proximal, lámina subcortical hiperintensa en secuencia TR largo, grosor 1 mm y longitud 11mm, sin alteración de la señal de la MO de las diferentes estructuras incluidas, probable etiología postraumática. Diagnóstico: *fractura subcortical trabecular (contusión ósea) cóndilo femoral*.

**Comentario.** En el niño < 2 años la causa más frecuente de cojera es la traumática, siendo obligado descartar la causa infecciosa-inflamatoria. Entre los 3 y 8 años la etiología infecciosa es la más frecuente. El diagnóstico de sinovitis transitoria de cadera debe hacerse después de haber excluido otras patologías, cuestionándonoslo si la cojera se prolonga más de 1 semana.



80 DOLOR TORÁCICO EN URGENCIAS. M.J. García Catalán, F.J. Travería, R. Perich, S. Teodoro, V. Aldecoa, M. García.  
*Hospital de Sabadell. Corporació Sanitaria Parc Taulí. Sabadell.*

**Introducción.** El dolor torácico en la infancia es un motivo de consulta relativamente frecuente, de predominio en adolescentes, que suele provocar mucha angustia familiar y absentismo escolar. Solo una pequeña parte de los dolores torácicos son secundarios a patología cardíaca, siendo la mayoría de las veces secundario a otras patologías (traumatismos, musculoesquelético, psicógeno, procesos respiratorios o gastrointestinales).

**Objetivos y método.** Evaluar las formas de presentación de dolor torácico en nuestro servicio de urgencias, su epidemiología, su manejo y seguimiento posterior. Se realizó un estudio prospectivo descriptivo recogiendo todos los casos de dolor torácico que consultaron en urgencias entre Diciembre 2008 y Enero 2009, cumplimentando un formulario y adjuntándose un ECG.

**Resultados.** Consultaron 27 pacientes por dolor torácico (3,6% de visitas en los dos meses). El 70% de ellos de sexo masculino, de edades comprendidas entre 4 y 17 años (media 11,5 años, mediana 12 años). El 25% presentaban antecedentes personales o familiares de patología cardíaca. Ninguno de ellos presentó dolor opresivo con signos vegetativos. Destaca un paciente que presentó mareo asociado al esfuerzo y otro que consultó por palpitaciones asociadas al dolor torácico. La exploración física resultó anodina en todos los casos a excepción de 3 (crepitantes, soplo, hiperventilación). Se realizó ECG a todos los pacientes, siendo 1 patológico (Wolf-Parkinson-White) y el resto informados como normales. De entre éstos se hallaron anomalías en 4 casos en la valoración posterior por el cardiólogo (PR corto, WPW intermitente y 2 bloqueos incompletos de rama derecha, uno de ellos asociado a P amplias). Se realizó radiografía de tórax en un 41% de los pacientes siendo todas normales. No fue necesario realizar más exploraciones complementarias. El 55% de los casos fueron diagnosticados de dolor de características mecánicas (musculoesqueléticas el 37% del total, punzada de Teixidor 18% del total), el 26% de ansiedad, 11% inespecífico y 2 casos asociado a otra patología (bronquitis, WPW). Solo un niño fue derivado al servicio de cardiología.

**Conclusiones.** En nuestro estudio encontramos un predominio de sexo a favor de los varones. Pese a que el dolor torácico es clásicamente más frecuente en la adolescencia, cada vez más lo encontramos en edades más tempranas. El principal diagnóstico fue el dolor torácico mecánico, seguido por la ansiedad. Una adecuada anamnesis y exploración física, junto con estudios complementarios sencillos (ECG, RX tórax) nos permiten orientar y diagnosticar la gran mayoría de los dolores torácicos en urgencias. Es necesario que el pediatra de urgencias esté familiarizado con la lectura de ECG para evitar los falsos negativos.



81 MOTIVO DE CONSULTA: DOLOR TORÁCICO. L. Miñones Suárez, J. Mayordomo Colunga, M. García González, S. Suárez Saavedra, J. Rodríguez González. *Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

**Objetivos.** El dolor torácico durante la infancia suele ser síntoma de procesos benignos pero es motivo de preocupación entre los pacientes y las familias, lo cual motiva su consulta en los servicios de urgencias. El objetivo de nuestro estudio es conocer cuales son las características de los niños que consultaron por dolor torácico durante el último año, cómo se manejaron y cuáles de ellos se beneficiaron de la realización de pruebas complementarias.

**Métodos.** Estudio retrospectivo que ha incluido los pacientes que han consultado por dolor torácico de enero a diciembre de 2008. Se recogieron datos de edad, sexo, antecedentes personales, tiempo de evolución y características del dolor, síntomas asociados, así como pruebas complementarias solicitadas, sus resultados, diagnóstico, tratamiento y destino final. Los datos fueron analizados con el programa SPSS para Windows versión 15.0.

**Resultados.** El dolor torácico supuso un 0,003% del total de consultas. Edad de  $8,99 \pm 2,97$  años. El 63,7% carecían de antecedentes de interés, el 15,7% historia de asma, 9,8% de cardiopatía, 3,9% traumatismo previo y otro 3,9% ejercicio físico intenso como desencadenante del dolor. El tiempo de evolución fue entre 1 y 72 horas en el 57,8% casos, en el 21,6% de menos de 1 hora de duración. Presentaban sintomatología asociada un 47,1%, siendo la más frecuente la respiratoria (tos en 13,7%). En el 76,5% de casos la exploración física no mostró hallazgos. Se realizó radiografía en 58 casos (57,4%), siendo sólo 8 patológicas, neumonías en todos los casos. Se practicó ECG en 69 casos (68,3%), sólo un caso mostró alteraciones significativas (taquicardia supraventricular). El diagnóstico más frecuente fue el de dolor idiopático (49%), seguido de músculo esquelético (13,7%), infección respiratoria (9,8%), pleurítico (6,9%), psicógeno (5,9%) y crisis asmática (3,9%). Requirieron ingreso para observación 4 casos, un ingreso en UCIP (taquicardia supraventricular).

**Conclusiones.** En concordancia con la literatura, el dolor torácico sin otros síntomas suele tratarse de un cuadro banal, por que la radiografía de tórax no parece justificada de forma general. La realización de ECG, si bien poco rentable en nuestro trabajo, es inocua, rápida y sencilla, por lo que sí debe formar parte del estudio del dolor torácico.

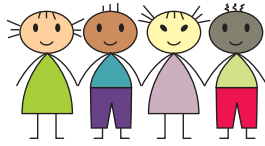


82 RIGIDEZ MUSCULAR GENERALIZADA DE APARICIÓN SÚBITA. E. Farreny Sastre, J.M. Muixí Rosset, L. Martí Mas, N. Rovira Girabal, J. Sitjes Costas, S. Nevot Falcó. *Servicio de Pediatría. Althaia. Hospital Sant Joan de Déu. Manresa.*

**Fundamentos y objetivos.** La rabdomiolisis es un síndrome poco frecuente en la edad pediátrica, con una incidencia alrededor de 0,26%. Los últimos años se ha visto incrementada su aparición sobretodo asociada a lesiones traumáticas, a la práctica de deportes con intensa actividad muscular o secundario a intervenciones quirúrgicas.

**Observaciones clínicas.** Niño de 4 años de edad, sin antecedentes de interés ni alergias conocidas. Traído a urgencias por dolor y gran rigidez muscular generalizada, de predominio en las extremidades, de aparición súbita mientras hacia un curso de natación. La exploración física es normal salvo la rigidez de extremidades, con piernas en extensión, brazos en flexión y agarrotamiento de las manos. Las constantes son normales. Se realiza un análisis de sangre donde destacan unos valores de CPK de 8.928 U/L, con aumento de AST, ALT y LDH. El resto de hemograma, bioquímica, coagulación y equilibrio venoso son normales. Se constatan tres cruces de sangre en la tira reactiva de orina, con un sedimento de orina normal. Mioglobinuria de 263 µg/L. Se realizó electrocardiograma y ecocardiograma, que fueron normales. Con la sospecha diagnóstica de rabdomiolisis inducida por ejercicio físico excesivo se instaura tratamiento con hiperhidratación endovenosa y se monitoriza la tensión arterial, frecuencia cardíaca y diuresis, que se mantienen normales en todo momento. Mantiene pH urinarios entre 6-7. Después de un aumento inicial de las cifras de CPK (hasta 499.713 U/L a las 24 horas), los niveles van disminuyendo progresivamente hasta alcanzar una cifra de 50.104 U/L en el momento del alta, después de 7 días de ingreso. La evolución del paciente es favorable y en ningún momento se objetivan datos analíticos que sugieran fracaso renal agudo.

**Comentarios.** La rabdomiolisis es un síndrome caracterizado por la lesión del músculo esquelético con la resultante liberación del contenido de las células musculares al plasma (enzimas musculares, mioglobina y electrolitos). Clínicamente cursa con mialgias y con orina hiperpigmentada debido a la mioglobinuria. En la mayoría de las ocasiones, la causa desencadenante es evidente por la historia clínica o las circunstancias previas al cuadro clínico. En niños con rabdomiolisis importante sin causa exógena evidente, episodios de rabdomiolisis recurrente o persistencia de CK elevada después de 6-8 semanas se tendría que hacer un despistaje de miopatías hereditarias. El tratamiento va dirigido a prevenir el fracaso renal agudo y consiste en una hidratación enérgica para mantener una diuresis por encima de 3 cc/kg/hora y corregir los trastornos hidroelectrolíticos. Puede ser necesario alcalinizar la orina para mantener pH urinarios superiores a 6,5 para evitar la precipitación de mioglobina en el túbulo renal.



Viernes 3 de abril, 10:15 h

MISCELÁNEA

Moderadora: Dra. P. Ventura Faci

83 ESTUDIO PRELIMINAR: PROLONGACIÓN DEL QTc EN NIÑOS CON GASTROENTERITIS Y ACIDOSIS METABÓLICA. M. Tolín Hernani, E. Barredo Valderrama, N. Gil Villanueva, J. Lorente Romero, R. Marañón Pardillo. *Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

**Objetivos.** La gastroenteritis aguda es un motivo de consulta frecuente en la urgencia pediátrica y en determinadas ocasiones puede acompañarse de acidosis metabólica y cetonemia según la gravedad del cuadro. La prolongación del intervalo QTc es una alteración electrocardiográfica grave por su asociación con el desarrollo de arritmias potencialmente letales. En estudios recientes se ha observado una correlación entre el QTc largo y la presencia de cetonemia en casos de cetoacidosis diabética, independientemente de otras alteraciones electrolíticas. Nuestro objetivo es describir la relación entre la aparición de acidosis metabólica y cetonemia en niños con gastroenteritis aguda y la prolongación del intervalo QTc en el electrocardiograma.

**Material y métodos.** Estudio observacional prospectivo desarrollado en el servicio de urgencias. Se recogieron datos analíticos (hemograma, iones), niveles de cetonemia (normales menores de 3 milimoles/litro), anion gap y electrocardiograma con medición del intervalo QTc en pacientes diagnosticados de gastroenteritis aguda y acidosis metabólica. Consideramos patológico un QTc ( $QT/\sqrt{RR}$ ) mayor de 444 milisegundos. Se realizó el análisis estadístico de datos mediante correlaciones no paramétricas (Rho de Spearman).

**Resultados.** Incluimos 15 pacientes diagnosticados de gastroenteritis aguda y acidosis metabólica con edades comprendidas entre 6 meses y 16 años. El valor medio del QTc en nuestro estudio fue de 340 milisegundos (rango 0,24-0,45). Presentaron aumento del anion gap, 14 pacientes (87,5%). El valor medio del mismo fue de 19,6. Cuatro de los niños presentaron valores de cetonemia elevados. El único paciente con prolongación de intervalo QTc desarrolló extrasístole auricular, no encontrándose otras alteraciones del ritmo en el resto de pacientes. No encontramos correlación entre alteraciones hidroelectrolíticas y/o hipoglucemia con QTc prolongado, tampoco entre el anion gap elevado, acidosis metabólica o cetonemia elevada con el QTc prolongado. En un caso se observó QTc largo (450 milisegundos) durante la acidosis metabólica (ph 7,16, HCO<sub>3</sub> 12, anion gap 19,7 y cetonemia 3,9 milimoles/litro) con normalización posterior de éste, en este caso no se asoció con hipoglucemia ni alteraciones hidroelectrolíticas.

**Conclusiones.** La prolongación del QTc puede ocurrir en pacientes con acidosis metabólica en el contexto de gastroenteritis aguda, asociándose a un mayor riesgo de presentar alteraciones del ritmo cardiaco. Con estos datos preliminares no hemos encontrado valores analíticos que se correlacionen con alteraciones del intervalo QT, siendo necesarios mayor número de pacientes para encontrar posibles correlaciones.





84 LOS ALAMBRES ESTERNALES ¿PUEDEN CAUSAR DOLOR TORÁCICO EN NIÑOS CON CARDIOPATÍA CONGÉNITA? A. Rodríguez Sánchez de la Blanca, N. Gil Villanueva, B. Huidobro Fernández, T. Álvarez Martín, P. Vázquez López. *S. Urgencias. H.G.U. Gregorio Marañón. Madrid.*

**Introducción.** El dolor torácico es un motivo de consulta poco frecuente en Pediatría que generalmente tiene un carácter benigno y autolimitado aunque genera una importante preocupación en el paciente y su familia. A pesar de que el dolor torácico de origen cardíaco representa una causa poco frecuente en la infancia, los niños con cardiopatías conocidas suponen un subgrupo que merece especial atención debido a la potencial gravedad de la etiología subyacente.

**Observaciones clínicas.** Presentamos 4 pacientes, con edades comprendidas entre 3,5 y 14 años, con antecedentes de cardiopatía congénita intervenida mediante realización de esternotomía media, que consultaron por dolor torácico. El dolor era de localización centrotorácica y de características inespecíficas, sin otra sintomatología acompañante. La exploración física no mostraba datos relevantes excepto en un caso que presentaba dolor a la palpación del tercio inferior esternal. Entre las pruebas diagnósticas se realizaron radiografías de tórax, en las que se objetivó una ruptura o desplazamiento de los alambres esternales en tres de los casos. El resto de exploraciones complementarias (ecocardiografía y ECG) no presentaron alteraciones. El intervalo de tiempo transcurrido tras la cirugía hasta la aparición de los síntomas varió entre 7 meses y 10 años. En un caso se decidió actitud expectante (analgesia con paracetamol) mientras que en el resto, uno de ellos con radiografía de tórax normal, se realizó retirada quirúrgica de los alambres. En todos los casos la evolución fue favorable, desapareciendo el dolor.

**Comentario.** El dolor torácico es una complicación frecuente en los pacientes sometidos a esternotomía media, presentándose en el 28% de los casos. Debe realizarse una anamnesis y exploración física detalladas, así como las pruebas complementarias necesarias para identificar patología grave como infecciones, isquemia miocárdica o inestabilidad esternal. Una vez descartadas estas etiologías el dolor puede atribuirse a las suturas metálicas, ya sea por rotura o desplazamiento de los alambres o por otras causas difíciles de objetivar (irritación perióstica directa, atrapamiento de fibras nerviosas o reacciones de hipersensibilidad al metal). Aunque generalmente el dolor se presenta en los primeros 6 años tras la cirugía inicial, se han descrito casos más tardíos. Se ha demostrado la evolución favorable de estos pacientes tras la retirada de los alambres, no obstante la mayoría de ellos pueden ser manejados con analgesia habitual.

Con esta serie de casos pretendemos destacar que una causa infradiagnosticada del dolor torácico en niños con esternotomía media son las suturas metálicas; incluso debe ser contemplada en aquellos casos en los que la radiografía de tórax sea normal.



85 MIOCARDITIS VIRAL DE CURSO FULMINANTE. M. Martínez Campos, C. Bezanilla López, A. Cuñarro Alonso, S. Jiménez Ruiz, A. Rábano Gutiérrez del Arroyo. *Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.*

**Introducción.** La miocarditis es un trastorno inflamatorio del miocardio que cursa con la necrosis de los miocitos. La principal causa son las infecciones virales (fundamentalmente adenovirus tipo 2 y tipo 5; y enterovirus: echovirus y cosackievirus tipo B). Es una rara entidad, de manifestación esporádica y ocasionalmente epidémica con distinta prevalencia según las zonas en función de la higiene y factores socioeconómicos. La OMS estima una prevalencia de miocarditis tras infección enteroviral del 1-4%. La mortalidad de este proceso es cercana al 75% en recién nacidos y en torno al 25% en niños mayores. La clínica está motivada por una disfunción miocárdica. Esta descompensación es debida al aumento de la precarga originada por la dilatación ventricular secundaria al daño. Como consecuencia de la inflamación no existe una adecuada respuesta contráctil (Ley de Starling) capaz de compensar la situación, derivando en insuficiencia cardíaca congestiva, edema agudo de pulmón y muerte. La presentación clínica es muy variada: desde formas leves subclínicas, hasta formas severas que cursan con una descompensación cardíaca fulminante y muerte. Estas últimas se inician con frecuencia con síntomas banales comunes en la consulta pediátrica.

**Caso clínico.** Presentamos el caso de un niño de 18 meses que acude a la urgencia porque desde el día previo estaba más cansado y con menos apetito y menor tendencia al juego. Referían cuadro respiratorio de vías altas la semana anterior estando afebril desde hacía 48 horas. Antecedentes personales y familiares sin interés. En la exploración física inicial el niño presentaba buen estado general, con resistencia activa a la exploración física. Estaba bien hidratado, bien nutrido y perfundido con una auscultación cardiopulmonar rigurosamente normal. ORL normal, restos sin hallazgos. Durante la exploración realiza un vómito, y ante la falta de presión asistencial se le deja en observación para valorar tolerancia, realizando dos vómitos más, motivo por el que se inicia fluidoterapia IV y se extrae analítica. El hemograma inicial mostraba una leucocitosis de 24.000 células/mm<sup>3</sup> (50% linfocitos, 8% monocitos) con serie roja y plaquetaria normal y PCR de 32 mg/l. La gasometría mostraba una acidosis metabólica con pH de 7,16, bicarbonato de 16,7 mmol/l y exceso de bases de -12. En la determinación bioquímica los iones fueron normales, la glucemia se elevó hasta 224 mg/dl y la creatinina hasta 1,1 mg/dl. Con la sospecha inicial de debut diabético y a la espera de confirmar la presencia de cuerpos cetónicos en orina, se decide ingreso y tratamiento. A su ingreso en la planta se vuelve a reevaluar. Presentaba aceptable estado general, con discreta palidez de piel, pero no de mucosas, auscultación cardiopulmonar normal sin soplos y buen relleno capilar. El niño respondía con normalidad a estímulos sin mostrar irritabilidad ni meningismo. Media hora más tarde presenta un episodio de taquipnea, cianosis perioral, hipertonia generalizada y revulsión ocular. En ese momento la frecuencia respiratoria era de 46 rpm, la tensión arterial de 52/34 (40 mmHg), la frecuencia cardíaca de 147 lpm y la saturación de oxígeno del 97% con oxígeno ambiente. Posteriormente entra en parada respiratoria iniciándose las maniobras de resucitación cardiopulmonar (RCP) avanzada con bolsa autoinflable y masaje cardíaco e intubación por bradicardia severa y asistolia. No respondió a ninguna de las maniobras terapéuticas efectuadas sin recuperar latido cardíaco en ningún momento. Tras el éxitus se recibe la orina en la que no se objetivan cuerpos cetónicos ni tóxicos. Se reciben además nuevas determinaciones bioquímicas en las que se constató un lactato elevado (11,4 mmol/l), una GOT de 339 UI/l, y un amonio y una GPT normales. Ante estos nuevos hallazgos se descartó la patología sospechada al ingreso y se solicitó necropsia. Histológicamente todos los bloques de tejido ventricular-auricular mostraban un abundante infiltrado inflamatorio intersticial de predominio mononuclear con focos de necrosis de miocitos, más densos en el septo y músculos papilares que afectaban a todo el espesor de la pared. Se constataron abundantes células de Anitschow. El estudio anatomopatológico demostró además retracción de la valva mitral posterior, una hepatitis reactiva inespecífica, linfadenopatía generalizada, congestión visceral y signos de isquemia-anoxia del sistema nervioso central con edema cerebral. Mediante reacción en cadena de la polimerasa tanto en tejido cerebral como en ganglio linfático se objetivó la presencia de un Echovirus 18.

**Conclusiones.** La miocarditis es un proceso grave que se inicia con frecuencia con síntomas banales e inespecíficos como en nuestro caso: vómitos aislados. Se precisa tener un alto grado de sospecha clínica para diagnosticar esta entidad de forma precoz. Una vez sospechada, son la radiografía de tórax, el electrocardiograma y la determinación de las transaminasas (especialmente la GOT) quienes apoyan el diagnóstico.



86 FIEBRE Y BUEN ESTADO GENERAL EN UN RECIÉN NACIDO DE TRES DÍAS DE VIDA. A. Navarro Ruiz, S. Aparici Gonzalo, I. Sanz Ruiz, A. Sanchis Calvo, A. Pineda Caplliure, E. Ballester Asensio. *Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.*

**Fundamento y objetivos.** Las infecciones en los recién nacidos con ambiente familiar infeccioso son en su mayoría de origen vírico. Los resultados analíticos tras el manejo de estos pacientes en urgencias suele confirmar esta sospecha diagnóstica, sin embargo, la cobertura antibiótica profiláctica y monitorización del recién nacido es necesaria. Presentamos el caso de una recién nacida de tres días de vida con fiebre sin signos de infección bacteriana. ¿Es tranquilizadora la sospecha de viriasis en el recién nacido?

**Caso clínico.** Recién nacida de tres días de vida remitida desde el centro de salud por fiebre de 8 horas de evolución, con irritabilidad y rechazo de las tomas. Gestación y parto sin incidencias, salvo fiebre materna iniciada las 24 horas previas al parto sin otros factores de riesgo infeccioso, que reinicia a los tres días tras el mismo, cuadro catarral asociado y analítica compatible con proceso vírico. Exploración clínica sin hallazgos significativos, sin foco aparente para la fiebre. Radiología, urinocultivo y cultivo de líquido cefalorraquídeo negativo. Analítica: 15.000 leucocitos con PCR menor de 5 al ingreso, y menor de 8 a las 24 horas. Se instaura cobertura antibiótica en espera de evolución clínica manteniendo febrícula con buen aspecto general. Hemocultivo negativo al tercer día. A los cinco días de ingreso, aparición de exantema micromacular en plantas y palmas sugestivo de enterovirus. Empeoramiento brusco al quinto día, con disnea, hipotensión, oliguria y bradicardia. Auscultación con crepitantes dispersos y ritmo de galope. Radiología con aumento de la silueta cardíaca y patrón de edema pulmonar. ECG con eje cardíaco derecho y descenso de ST en todas las derivaciones. Elevación de creatininkinasa y troponina I. A pesar de maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada, perfusión de drogas inotrópicas, diuréticos, adrenalina y bicarbonato es éxitus a las tres horas del empeoramiento. La necropsia confirma la miocarditis como la causa de la muerte. La determinación positiva de enterovirus en líquido cefalorraquídeo, sangre y heces confirma la etiología del proceso.

**Comentarios.** Las manifestaciones clínicas de la infección por enterovirus de transmisión vertical son variables. El 25% de los enterovirus congénitos tienen miocarditis, otro 25% se presenta como proceso séptico y el 50% restante como meningoencefalitis. La mortalidad en los casos de miocarditis es desde el 50 al 75%, mientras que el proceso séptico alcanza el 100%. Es importante una historia clínica detallada en urgencias ante todo recién nacido con fiebre, así como tener en cuenta la edad de presentación, los antecedentes perinatales, el ambiente familiar. La monitorización clínica estrecha de dichos pacientes es fundamental para prevenir, en la medida de lo posible, las complicaciones asociadas.



87 BROTE DE ONICOMADESIS EN URGENCIAS. M. Porcar Almela, A. Salazar, J.R. Bretón Martínez, J. Córdoba, E. Cutillas Marco, A. Fuertes Prosper. *Hospital Dr. Peset. Valencia.*

**Fundamento y objetivos.** La onicomadesis es una afectación poco frecuente de la uña que raramente es motivo de consulta en Urgencias. Consiste en el desprendimiento indoloro y sin inflamación de la lámina ungueal en sentido proximal-distal. Las causas son variadas, y entre ellas se encuentran las infecciones por enterovirus. En el pasado mes de junio se produjo un pico de incidencia de casos de onicomadesis en nuestra ciudad que fue motivo de consulta en Urgencias. El objeto de esta comunicación es dar a conocer esta entidad y el resultado del estudio realizado por la Sección de Epidemiología de nuestro Departamento de Salud en busca de la causa relacionada.

**Observaciones clínicas.** Durante los meses de mayo a julio se valoraron en Urgencias 4 casos de niños de edades entre 23 y 27 meses, 2 niños y 2 niñas con manifestaciones clínicas compatibles. El estudio realizado por la Sección de Epidemiología recogió incidencia de onicomadesis en nuestra ciudad y pueblos próximos de 221 casos. El 94% de los casos se dieron en niños de edad menor o igual a 4 años. En el estudio de casos-contróles realizado por Epidemiología observó que había relación entre la incidencia de onicomadesis y el acontecimiento de haber padecido un síndrome de boca-mano-pie en las semanas previas con una Odds Ratio (OR)=12,6 ( $p<0,01$ ). Los estudios microbiológicos (serología y cultivo de heces) demostraron una relación significativa entre haber padecido un síndrome de boca-mano-pie y el estudio de IgG cualitativa positiva para enterovirus con una OR=3,2 ( $p=0,028$ ). El aislamiento de enterovirus en heces fue mucho más frecuente entre los casos frente a los controles.

**Comentarios.** La onicomadesis es una entidad rara que puede ser motivo de consulta en Urgencias. Su presentación en forma epidémica puede hacer sospechar su relación con un brote infeccioso, como ocurrió en nuestro caso.



88 ONICOMADESIS. ¿UNA PATOLOGÍA EMERGENTE? N. Cortés Álvarez, M. Carreras Lavila, Ll. Tobeña Boada, J. Carreras Lavila, M. Olmo González, A. Pizà Oliveras. *Hospital Mútua de Terrassa*.

**Introducción.** La onicomadesis consiste en una inflamación del epitelio ungueal que conlleva un desprendimiento de la placa que la separa de la matriz subyacente con la posterior caída de la uña. Puede ser debida a múltiples etiologías como fármacos, enfermedades sistémicas, traumatismos e infecciones o en ocasiones idiopático.

En los últimos años se han publicado brotes epidémicos en relación con la infección por enterovirus, en Chicago en el año 2000 y en la Comunidad Valenciana en Junio del 2008. Coincidiendo con éste último se recogieron diversos casos en nuestra Área.

**Objetivos:**

- Describir los casos de onicomadesis reportados en nuestro Centro.
- Valorar si existe una relación causal con infección previa por enterovirus.

**Material y métodos.** Se recogen los casos de onicomadesis diagnosticados en nuestro Hospital y Centros de Salud del Área de referencia en los últimos 6 meses.

Se analizan las variables edad, sexo, antecedentes personales, asistencia a guardería, motivo de consulta y sintomatología acompañante. Asimismo número de uñas afectadas y localización.

**Resultados.** Se recogen un total de 20 niños (11 niñas/9 niños) que presentaron onicomadesis en los últimos 6 meses. El 90% de los casos se diagnosticaron entre los meses de Junio y Agosto de 2008 y únicamente 2 en Enero de 2009. La edad media fue de 25 meses.

Los pacientes no presentaban antecedentes de interés a excepción de uno de 8 meses de edad con una epilepsia con espasmos en flexión y 3 niños tenían antecedentes de crisis de broncoespasmo. El motivo de consulta fue la caída de las uñas en un 85% de los casos. Un 40% (8/20) presentaban de forma concomitante una enfermedad boca-mano-pie y el 30% (6/20) la había presentado los días previos (entre 2 y 4 semanas antes). En el 30% restante (6/20) no se pudo objetivar dicha asociación pero 3 de ellos presentaban en el momento del diagnóstico una gastroenteritis aguda y 2 un rash cutáneo maculo-papular las 3 semanas previas.

Ninguno de los niños refería traumatismo previo a nivel ungueal ni había presentado fiebre.

No referían ingesta de fármacos a excepción del lactante con epilepsia que trataba con vigabatrina y ácido valproico. 12 pacientes acudían a guardería (3 a la misma), 3 al colegio y 2 eran hermanos. El diagnóstico fue clínico. El 55% de los niños tenía sólo afectación de manos y el 40% de manos y pies. La media de uñas lesionadas fue de 4.

La evolución fue favorable en todos los casos con recuperación completa.

**Conclusiones.** En la mayoría de los casos existe una relación causal entre infección por enterovirus y onicomadesis. Es importante conocer esta entidad dado que pueden producirse brotes de manera periódica con importante alarma social.



89 ESOFAGITIS HERPÉTICA EN NIÑA INMUNOCOMPETENTE. A.L. Chindemi, I. Manrique Martínez. *Instituto Valenciano de Pediatría.*

**Fundamentos y objetivos.** La fiebre es uno de los motivos principales de consulta en Pediatría. La fiebre sin foco plantea un reto diagnóstico y terapéutico por la posibilidad de una infección bacteriana grave, aunque la mayoría de los casos corresponden a infecciones víricas autolimitadas.

**Observaciones clínicas.** Niña de 3 años de edad, previamente sana, que ingresa por diagnóstico de Síndrome Febril sin Foco de 5 días de evolución y astenia en los últimos 2 meses. La exploración física al ingreso es completamente normal, con discreto enanema en orofaringe.

Exámenes complementarios Analítica sangre: Leucocitos 12.400 (60% Neutrófilos / 22% Linfocitos / 16% Monocitos) Bioquímica: normal. Procalcitonina 2.88-PCR: 5.33 mg/dl. Rx Tórax: normal. Orina: Sedimento normal y Urinocultivo negativo. Mantoux: negativa

Durante el ingreso la niña refiere dolor al tragar, rechazando incluso alimentos blandos y frescos. Destaca un dolor a nivel epigástrico por lo que se realiza Ecografía abdominal normal y una gastroscopía que informa la existencia en el tercio medio del esófago de dos ulceraciones lineales una de 3 a 4 cm con fondo de fibrina y otra de de 1-2 cm, que se biopsian. Por debajo de las úlceras existen varias erosiones puntiformes. No existe compromiso gástrico ni duodenal.

En la anatomía patológica destaca una ulceración activa con inclusiones víricas compatibles con esofagitis herpética.

Se reciben serologías del ingreso: CMV, EBV, VIH: (-). IgM/IgG Herpes Simple 1: (-). IgM Herpes Simple 2: Indeterminado; IgG (-).

Se realiza el diagnóstico de Esofagitis Herpética, comenzando tratamiento con Exomeprazol 20 mg y Sucralfato 100 mg/k/día durante 2 semanas y Aciclovir 800 mg/día durante 5 días con buena evolución y respuesta.

**Comentarios.** La esofagitis herpética es una infección poco frecuente en pacientes inmunocompetentes y por ello, es posible que sea infravalorada. Ocupa el segundo lugar de las esofagitis infecciosas tras la candidiásica. Aunque la mayoría de los casos cursan con lesiones orofaríngeas que se diseminan, una minoría puede ser secundaria a una reactivación y diseminación por el nervio vago. Es un diagnóstico a tener en cuenta en niños con fiebre y odinofagia, incluso en inmunocompetentes.



90 TIROIDITIS SUPURADA DE REPETICIÓN POR FÍSTULA DE SENO PIRIFORME. P. García Montes, C. Pérez Cánovas, M.V. López Robles, C. Solano Navarro, J. Rodríguez García, J. Rodríguez Caamaño. *Urgencias de Pediatría Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

**Introducción.** La infección bacteriana del tiroides es un proceso excepcional en la edad pediátrica debido a la resistencia de la glándula a la invasión microbiana. Los patógenos que se implican con mayor frecuencia forman parte de la flora orofaríngea, Las infecciones recurrentes de la glándula tiroides deben sugerir la existencia de anomalías anatómicas que facilitan la reinfección.

**Caso clínico.** Niña de 6 años de nacionalidad ecuatoriana, residente en España desde hace un año, que presenta cuadro febril con dolor en cara anterior de cuello. A la exploración física se palpa un nódulo en línea media anterior del cuello, supraesternal, de consistencia leñosa y doloroso. Se diagnostica de absceso de hemitiroides izquierdo tras ecografía de zona y estudio gammagráfico. En cultivo de material recogido mediante PAAF se evidencia el crecimiento de *Streptococo*, que se trata con penicilina de forma satisfactoria. Al año de este episodio vuelve a ingresar en el hospital con un cuadro similar, siendo diagnosticada de tiroiditis aguda supurativa con crecimiento de *Streptococo*, *Bacteroides fragilis* y *melaninogenicus*; también recibe antibioterapia con eficaz resultado. En esta ocasión se decide hacer estudio inmunológico y cuantificación de hormonas tiroideas siendo el resultado normal. Tras un lapsus de 4 meses, tercer episodio de características similares, de igual localización y con crecimiento del mismo germen (*Streptococo*). Después de esta anuencia clínica se piensa en patologías que perpetuen la misma situación, por lo que se realiza esofagograma que muestra trayecto fistuloso que va desde el seno piriforme izquierdo hasta el lóbulo tiroideo homolateral. Se realiza resección de trayecto fistuloso; seguimiento clínico y de imagen a partir de entonces; mantiene buena evolución tras 4 años de seguimiento.

**Discusión.** La fístula de seno piriforme se ha implicado como responsable de tiroiditis aguda supurada e infecciones cervicales con alta prevalencia en la edad pediátrica. La mayoría de los casos se trata de localización izquierda. El esofagograma con bario se ha considerado la técnica adecuada para confirmar la existencia de fístula de seno piriforme. Un diagnóstico precoz y corrección definitiva del trayecto fistuloso evitan el desarrollo de infecciones cervicales de repetición.



91 TIÑAS INFLAMATORIAS. ERRORES DIAGNÓSTICOS. X. Codina Puig, P. Gussinye Canabal, M.T. Coll Sibina, M.Ll. Masiques Mas, J.M. Vidal Elías, M. Catala Puigbó. *Servicio de Pediatría. Hospital General de Granollers. Barcelona.*

**Fundamento y objetivos.** Las infecciones superficiales por hongos constituyen un problema frecuente en el niño. Aunque suelen ser diagnosticadas y tratadas ambulatoriamente, las tiñas inflamatorias pueden ser derivadas a urgencias por su localización, las características atípicas, la evolución desfavorable o dudas diagnósticas. Presentamos 4 casos que hemos creído de interés y que tienen en común errores diagnósticos y su agente infeccioso: *Trichophyton mentagrophytes*.

**Observaciones clínicas.** *Caso 1.* Niño de 6 años con lesión oval de 8 cm de diámetro de base muy eritematosa y múltiples lesiones vesículo-pustulosas en su interior. Ha recibido tratamiento antibiótico con evolución desfavorable. Corresponde a una tiña inflamatoria de la piel lampiña por un hongo zoófilo lo que le confiere un aspecto a menudo erróneamente diagnosticado como de infección bacteriana.

*Caso 2.* Niña de 3 años con lesión ovalada de 7 cm de diámetro que afecta a la región ocular y ya diagnosticada y tratada como tiña. Se nos remite para descartar afectación ocular. Los dermatofitos poseen enzimas proteolíticas para digerir la queratina, que es su nutriente, por lo que solo pueden afectar a pelo, piel, uñas y nunca al ojo.

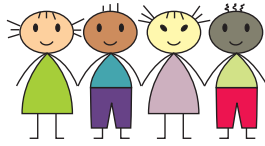
*Caso 3.* Niño de 5 años que consulta por lesión en la nariz catalogada y tratada como eczema y de evolución desfavorable. La supresión del tratamiento corticoideo, un control posterior en 48 horas y nuevos datos en la anamnesis demuestran un lesión sugestiva de tiña “incognita” que se confirmará microbiológicamente.

*Caso 4.* Niño de 3 años con tiña del cuero cabelludo, ya en tratamiento, remitido con sospecha de sobreinfección bacteriana (adenopatías regionales y abundante pus). La gran reacción inflamatoria es propia de los hongos zoofílicos y se produce como una reacción de hipersensibilidad. Pueden estar indicados los corticoides orales. No precisa aislamiento.

**Comentarios:**

- Las tiñas, como el resto de enfermedades dermatológicas, no deberían corresponder al ámbito de la visita urgente, sin embargo el pediatra de urgencias debe adquirir la formación adecuada para diagnóstico y tratamiento.
- Las tiñas inflamatorias por hongos zoofílicos dan a las lesiones un equívoco aspecto de “infección bacteriana”.
- Un mayor conocimiento del “comportamiento” de los dermatofitos es el pilar que nos ayudará a prever la evolución y conocer los escasos riesgos de estas infecciones.
- Debemos pensar en una tiña incognita ante una erupción inusual, de evolución crónica tratada con corticoides.
- *El hombre inteligente aprende de sus propios errores, el sabio aprende de los errores de los demás.*





Sábado 4 de abril, 10:15 h

## INTOXICACIONES

Moderador: Dr. S. Mintegi Raso

92 ¿TODO PACIENTE QUE CONSULTA POR INTOXICACIÓN REQUIERE ATENCIÓN PREFERENTE? M.P. Sanz de Miguel, A. de Arriba Muñoz, M.V. Velasco Manrique, B. Chapí Peña, S. Congost Marín, Y. Aliaga Mazas. *Hospital Miguel Servet. Zaragoza.*

**Introducción.** La toxicidad que produce una sustancia viene determinada por las características intrínsecas de dicha sustancia y la dosis ingerida de la misma. Por tanto, no todo paciente que consulta en urgencias por haber entrado en contacto con una sustancia tiene por qué ser catalogado sistemáticamente de “intoxicado”.

**Objetivos.** Describir las características epidemiológicas de los posibles contactos con sustancias de baja inocuidad y nuestra actuación ante ellas.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes atendidos por sospecha de intoxicación en la Unidad de Urgencias de un Hospital Terciario en el año 2008.

**Resultados.** Durante este periodo fueron atendidos 153 pacientes, de los cuales podemos considerar como ingestas de productos inocuos o banales 47 de ellos, lo que supone una de cada 3 consultas por sospecha de intoxicación. Dentro de este grupo encontramos gran heterogeneidad de sustancias, que tienen en común ser productos frecuentes en los domicilios y pobremente ocultados del alcance de nuestros pequeños pacientes: Productos de limpieza (25,5%), cosmética o higiene (21,3%), productos de homeopatía (12,7%), antibióticos (4,2%), y termómetros de mercurio (4,2%). Los varones supusieron un 57,42%. El 72,2% ocurrieron en menores de tres años, fundamentalmente en el período tarde-noche y todas ellas, en domicilio. Pese a que en un 25,5% era improbable la ingesta o de muy escasa cantidad (“un sorbo”), el 72,3% acudieron transcurridas menos de 1h de la ingesta. El 85,1% permanecieron asintomáticos, encontrando síntomas digestivos leves (dolor abdominal, vómitos) en el 10,6%, irritación ocular en un paciente y reacción exantemática local en otro. Respecto a nuestra actuación en urgencias, únicamente en dos pacientes se realizaron pruebas complementarias (normales), siendo implicados en ambos productos de homeopatía. Se empleó el carbón activado en 2 pacientes, protector gástrico en 3, antihistamínico en 1 y recomendación de leche en 5 pacientes. Cuatro pacientes (8,5%) pasaron a la Unidad de Observación y permanecieron en ella un mínimo de 4 horas.

**Conclusiones.** Gracias a los esfuerzos de prevención, fundamentalmente en relación a campañas informativas sobre intoxicaciones por medicamentos y nuevos envases de seguridad en tóxicos domésticos, hemos asistido a un descenso en intoxicaciones por estas sustancias. Sin embargo, se ven incrementadas las ingestas de sustancias banales. En nuestro hospital, destaca el número elevado de consultas por ingesta de productos de baja toxicidad y que no requieren, por tanto, nuestra atención inmediata, lo cual es importante tener en cuenta de cara a realizar un correcto triaje. Resalta, como dato significativo, la ingesta de productos de homeopatía, quizás por el aumento de su uso en la sociedad actual; sería interesante, por tanto, que los pediatras ampliáramos nuestros conocimientos sobre estas sustancias de cara a evitar la realización de pruebas complementarias innecesarias.



93 ACTUACIÓN DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICA ANTE PACIENTE INTOXICADO (REVISIÓN DE CASOS). M.V. Velasco Manrique, B. Chapí Peña, S. Congost Marín, M.P. Sanz de Miguel, A. De Arriba Muñoz, Y. Aliaga Mazas. *Hospital Miguel Servet. Zaragoza.*

**Introducción.** Todos los pacientes expuestos de forma aguda a un tóxico deben ser sometidos en primer lugar a una rápida valoración clínica de sus funciones vitales y a la aplicación de medidas de soporte vital si alguna de ellas estuviese comprometida, recurriendo, cuando se encuentre indicado, a medidas de descontaminación y/o tratamientos específicos (antídotos). Afortunadamente, la realidad es que el 90% de las intoxicaciones que se atienden en urgencias son de carácter leve y requieren, por tanto, pocos cuidados médicos.

**Objetivos.** Describir las pruebas complementarias realizadas y las medidas terapéuticas empleadas en los pacientes atendidos por sospecha de intoxicación.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes atendidos por sospecha de intoxicación en la Unidad de Urgencias de un hospital terciario durante el año 2008.

**Resultados.** Fueron atendidos 153 pacientes (108 menores de 6 años y 45 mayores de 6 años). Se realizó algún tipo de prueba complementaria en un 40% de los casos, lo cual corresponde a un 60% de los mayores de 6 años y sólo a un 21% de los menores de 6 años, siendo las más realizadas la analítica de sangre (20%), los tóxicos en orina (16%) y los tóxicos en sangre (15,6%), en dos casos de intoxicación por CO se solicitó carboxihemoglobina y gasometría venosa y en algún caso aislado ECG y pruebas de imagen. Por otra parte, recibió alguna medida terapéutica el 45% de los pacientes, un 56% de los mayores de 6 años y un 38% de los menores de 6 años. Los tratamientos administrados en los mayores de 6 años fueron: carbón activado (14%), fluidoterapia (14%), antídoto (12%), otros (16%) y en los menores de 6 años: carbón activado (25%), antídoto (8%) y lavado gástrico (3,7%), empleando en un 4% de estos casos más de un procedimiento. Los antídotos que se utilizaron fueron: oxigenoterapia, N-Acetilcisteína y Flumacénilo. De todos los paciente atendidos, un 63,5% recibió el alta casi inmediatamente, un 32% permaneció en la Unidad de Observación de corta estancia dándose de alta posteriormente y sólo un 4,5% precisó ingreso (uno de ellos en la UCI).

**Conclusiones.** Los pacientes mayores de 6 años precisaron pruebas complementarias y/o medidas terapéuticas en proporción muy superior a los menores de 6 años debido a la mayor toxicidad de las sustancias a las que fueron expuestos en ese rango de edad (alcohol, psicofármacos y drogas ilegales entre otras). La Unidad de Observación de corta estancia permite vigilar la evolución del paciente durante las primeras horas postingesta, disminuyendo el número de ingresos hospitalarios.



94 INOXICACIONES EN PEDIATRÍA. P. Martín-Fernández, C. Vidal Palacios, P. Aparicio García, A. Nevot Flor, M. Redondo Gago, M. Cañellas Fuster. *Hospital Son Llatzer. Palma de Mallorca.*

**Introducción.** Las intoxicaciones son motivo frecuente de demanda asistencial por su potencial gravedad y ansiedad familiar que provocan.

**Objetivos.** Describir la frecuencia, las características de los agentes implicados y manejo de las atendidas en urgencias pediátricas de un Hospital de nivel II.

**Material y métodos.** Estudio observacional descriptivo y retrospectivo de los pacientes menores de 14 años atendidos en urgencias por sospecha de intoxicación entre Abril del 2006 y diciembre del 2008. Los datos analizados fueron recogidos de los informes de alta de urgencias. Se exponen los resultados obtenidos tras análisis estadístico realizado con SPSS versión 12.0.

**Resultados.** Durante el periodo de estudio consultaron en el Servicio de Urgencias 54.859 niños de los cuales 153 (0,28%) fueron ingesta de tóxicos. El rango de edad estaba comprendido entre 2 meses y 13 años con un pico de máxima incidencia en el grupo de 0-5 años (79,08%). No hubo diferencias significativas en cuanto al sexo. El tiempo medio en consultar en el Servicio de Urgencias fue de 2 horas  $\pm$  2 DS. Se produjo por: ingesta accidental (87,5%), errores en dosificación (9,8%) y intento autolítico (2,6%). Los tóxicos implicados fueron: fármacos (58,8%), productos del hogar (28,7%), drogas de abuso (0,04%) y otros (12,46%). En cuanto a los fármacos el paracetamol fue el más frecuente (24,4%) seguido de los psicofármacos (23,3%) y anticatarrales (14,4%). El 73% de los casos se mantuvieron en observación con el fin de realizar medidas terapéuticas: lavado gástrico y carbón activado (13%), administración de carbón activado (11%), inducción del vómito (5,12%) y/o administración de antídoto (2,6%). El 0,1% requirió ingreso y otro 0,1% se derivó al hospital de referencia. Se realizaron pruebas complementarias en el 51% para determinar el grado de intoxicación y sus complicaciones: analítica sanguínea (58,9%), detección de tóxicos en orina (23%), radiografía de tórax (14%) y derivación al centro de referencia para endoscopia (7,6%). En cuanto al paracetamol, 8 de los 22 niños (36%) ingirieron una dosis superior a 150mg/kg y en tan solo 2 (9%) casos los niveles de acetaminofen fueron tóxicos. Por otro lado las benzodiazepinas constituyeron el 85% de los psicotropos ingeridos.

**Conclusiones.** Las ingestas en cantidades no tóxicas presentan una tendencia al aumento en los últimos años en nuestra área de influencia. Los fármacos son el grupo de tóxicos mas frecuentemente implicados. El porcentaje de las ingestas de fármacos psicotrópicos fue superior y la incidencia de intoxicaciones similar al de otros estudios publicados. La frecuencia de intoxicación por paracetamol es similar a la descrita en la literatura. El uso de jarabe de ipecacuana ha descendido en los últimos años. En la mayoría de las ocasiones las ingestas de sustancias toxicas no ha supuesto un problema de salud para los niños.



95 **PROTOCOLIZACIÓN DE LA PAUTA DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA INTOXICACIÓN ETÍLICA EN URGENCIAS.** J.I. Perales Martínez, I.B. Pomar Ladaria, E. Sancho Gracia, B. Romera Santa Bárbara, M.C. García Jiménez, C. Campos Calleja. *Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza.*

**Objetivo.** Actualizar el protocolo de actuación en urgencias de Pediatría ante sospecha de Intoxicación Etílica (IE) basándonos fundamentalmente en el nivel de conciencia del paciente. A su vez seleccionar indicadores de calidad para posteriores evaluaciones.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo mediante la revisión de los registros de urgencias e historia clínica de pacientes con el diagnóstico de intoxicación etílica en nuestro hospital entre Enero 2004 y Febrero 2008 recogiendo datos epidemiológicos, de destino y terapéuticos.

**Resultados.** Se han recogido 67 casos de IE con una media de edad de 13,71 años; el 58% eran mujeres y el 42% eran varones. Los pacientes acudían mayoritariamente en fin de semana, entre las 20 y 24 horas y trasladados en ambulancia. El 15% ingresó, 3 de ellos en UCI. Se registraron complicaciones en el 17%, tales como traumatismos asociados, hipoglucemia e hipotermias. El tratamiento consistió en medidas sintomáticas, sin administrarse en ningún caso piridoxina IV.

**Conclusiones.** Se aprecia una creciente precocidad en el inicio del consumo de alcohol en adolescentes, predominantemente en mujeres, de manera que se han visto incrementados el número de casos de intoxicación etílica en nuestras urgencias de Pediatría tras la ampliación del límite de edad a 15 años. Gracias al nuevo protocolo existe la posibilidad de remitir a la Unidad de Adolescencia. Hemos introducido una serie de indicadores de calidad, incluyendo la cumplimentación del parte al juzgado. De acuerdo con la literatura no se utiliza el tratamiento con Piridoxina IV, existiendo la posibilidad futura de la Metadoxina.



96 REVISIÓN Y EVOLUCIÓN DE LAS INTOXICACIONES EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA. B. Riera Hevia, P. Mosquera Pérez. *Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Son Llatzer. Palma de Mallorca.*

**Introducción.** Las intoxicaciones en urgencias de pediatría suponen un porcentaje bajo de las urgencias totales atendidas, pero son un problema importante por la posible situación de riesgo vital, la angustia de los padres y la facilidad de prevención de las mismas.

**Objetivos.** Describir la frecuencia y características de las intoxicaciones así como valorar su evolución en el tiempo.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo observacional de las intoxicaciones en niños menores de 1 años atendidos en urgencias de pediatría de un hospital de tercer nivel durante los años 2003.2004-2006.2008, contrastando las características clínico-epidemiológicas

**Resultados.** Fueron atendidos durante el periodo 2006-2008 un total de 57.673 niños, siendo 324 intoxicaciones (0.56%) de las urgencias atendidas. La sustancia ingerida más frecuente fueron los fármacos (36%), productos del hogar (21%), otros (27.6%), drogas (0.3%) y alcohol (0.3%). Las actividades de enfermería realizadas fueron: constantes 100% de los niños atendidos, administración de carbón activado 10.6%, jarabe de ipecacuana 3.6%, lavado gástrico 5%, analítica sanguínea y/o vía periférica 12% y administración de medicación 9%. El destino de los niños intoxicados es: domicilio 55.3%, observación/domicilio 30.3%, ingreso hospitalario 9% y traslado a hospital de referencia 5.3%.

Entre 2003- 2004 las intoxicaciones supusieron el 0.5% de 14.743 urgencias totales y un 0.56% en el periodo 2006-2008 de 57.673. La sustancia más frecuente en el 2003- 2004 fueron fármacos (39%) y en el periodo 2006-2008 fueron fármacos (36%). Durante 2003-2004 se trasladaron un 7% de los niños intoxicados a hospital de referencia.

**Conclusiones:**

- Las intoxicaciones son un motivo poco frecuente en urgencias de pediatría (0.56% del total de las urgencias).
- La causa más frecuente de intoxicación es la ingesta de fármacos, habiendo disminuido escasamente su incidencia a pesar de los dispositivos de seguridad.
- La especialización de la plantilla de urgencias de pediatría entre 2003/2008 ha supuesto una disminución de los traslados de niños intoxicados a hospital de referencia.
- A pesar de la amplia educación por parte de los profesionales sanitarios a los padres, la incidencia de intoxicaciones se incrementa paulatinamente en el tiempo.



97 INTOXICACIONES MEDICAMENTOSAS. N. Ramírez Martínez, A.M. Correas Sánchez, M. Terrasa Nebot, M. Sorlí García, M. Mayordomo Almendros, J.M. Siurana Rodríguez. *Hospital General Universitario de Albacete.*

**Objetivos.** 1) Estimar la incidencia de intoxicaciones medicamentosas atendidas en nuestro servicio de urgencias pediátricas desde Enero/07 a Octubre/08. 2) Conocer el tipo de fármacos más frecuentemente implicados en estas intoxicaciones, así como la relación de éstos con la edad. 3) Descripción del tratamiento realizado y evolución.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de las intoxicaciones medicamentosas que acudieron a nuestro servicio de urgencias durante el periodo de tiempo estudiado. Las variables estudiadas son: edad, tipo de fármaco, tratamiento empleado, carácter accidental o intencional de la intoxicación y evolución.

**Resultados.** Consultaron en nuestro servicio de urgencias del 01/01/07 al 30/10/08, un total de 51pacientes menores de 14 años por intoxicaciones medicamentosas (0,09% del total de Urgencias). Respecto al tipo de fármaco, los anticonvulsivos fueron los más frecuentemente implicados en las intoxicaciones (21,5%), siendo el paracetamol el segundo en frecuencia (13,7%), seguido de las benzodiacepinas (7,8%), AINESs (7,8%), antiácidos y omeprazol (7,8%), montelukast (5,8%) y antiepilépticos (5,8%). Otros fármacos causantes de intoxicación fueron enalapril, espirinolactona, vitamina D, paroxetina, metotrexate, salbutamol, carbonato de magnesio, anticonceptivos orales, rivastigmina, alopurinol, tiroxina, ácido ursodeoxicólico, y amoxicilina-clavulánico. Analizando el tratamiento empleado, se realizó lavado gástrico asociado a carbón activado en el 19,6% de los casos, carbón activado sin lavado gástrico en 11,7% (debido al tiempo transcurrido desde la ingesta del fármaco hasta la consulta), jarabe de ipecacuana en un caso, y antidotos específicos en 3 casos (N-acetil cisteína en un caso de intoxicación por paracetamol, flumacenoil en una intoxicación por benzodiacepinas y naloxona en una intoxicación por dextrometorfano). Referente a la edad, la mayoría de los casos se produjeron en niños de 1 a 5 años 76,4%; de 6-10 años 9,8%, menores de 1 año 7,8% y mayores de 10 años 5,8%. El 96% de las intoxicaciones por fármacos estudiadas fueron accidentales, siendo sólo el 4% intencionadas. El 92% de los casos fueron tratados y dados de alta desde Urgencias o el área de observación, precisando ingreso sólo 2 casos.

**Conclusiones.** 1) Los anticonvulsivos fueron los fármacos que con más frecuencias produjeron intoxicaciones en nuestro medio, desplazando al paracetamol, clásicamente descrito como el fármaco más frecuentemente implicado. 2) La forma más frecuente de descontaminación fue el lavado gástrico combinado con el carbón activado reservando actualmente el jarabe de ipecacuana para el medio extrahospitalario. 3) Las intoxicaciones farmacológicas son más frecuentes en el grupo de edad de 1 a 5 años, siendo en todas ellas accidentales y por un solo fármaco, las intoxicaciones intencionadas son más frecuentes en los adolescentes, y suelen ser polimedamentosas. 4) La mayoría de intoxicaciones fueron tratadas y dadas de alta desde el área de observación de Urgencias.



98 INTOXICACIONES POR ANTICATARRALES EN URGENCIAS. S. Congost Marín, M.P. Sanz de Miguel, A. de Arriba Muñoz, M.V. Velasco Manrique, B. Chapí Peña, I. García Jiménez. *Hospital Miguel Servet. Zaragoza.*

**Introducción.** los fármacos anticatarrales son un grupo de medicamentos muy frecuentemente usado en nuestro medio, principalmente en niños menores de 2 años, en los que, según la Agencia Española de Medicamentos, no están recomendados. Este amplio uso se debe a la no percepción de ellos como medicamentos y a su venta libre. En los últimos años se ha visto un aumento del número de intoxicaciones por estos fármacos y se han descrito casos de afectación neurológica severa e incluso de muerte relacionados con su ingesta.

**Objetivos.** Describir las características epidemiológicas de los pacientes pediátricos que acuden a urgencias con sospecha de intoxicación por fármacos anticatarrales.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de las hojas de urgencias de los pacientes pediátricos atendidos por probable ingesta de fármacos anticatarrales en el Servicio de Urgencias de un hospital terciario a lo largo del año 2008.

**Resultados.** Se han registrado 153 consultas de las que 14 eran por fármacos anticatarrales, lo que supone un 9,1%. Todos los pacientes tenían menos de 4 años, habían ingerido el fármaco en el domicilio, de forma accidental, hacia menos de una hora y acudían directamente a urgencias, sin previa visita a su centro de atención primaria, en vehículo propio y en horario vespertino. La incidencia fue mayor en los meses de septiembre, noviembre y abril, sin hallarse diferencias por sexos. Al su llegada a urgencias, todos ellos se encontraban clínicamente asintomáticos salvo dos casos de somnolencia y otro de ataxia asociados a la ingesta de opioides (dextrometorfano), aunque en ninguno de los casos se requirió tratamiento antidótico específico. Se administró carbón activado al 50% de los pacientes. Sólo dos pacientes permanecieron unas horas en la Unidad de Observación, sin llegar a requerir ingreso hospitalario ninguno de los casos.

**Conclusiones.** En nuestro estudio, afortunadamente no se ha producido ningún caso de gravedad pero en la bibliografía se han hallado casos de grave afectación neurológica e incluso muertes por intoxicación por opioides, se está estudiando su posible relación con casos de muerte súbita en lactantes. Además muchos de los fármacos Anticatarrales no tienen una eficacia demostrada y alguno de ellos no se recomiendan en menores de 2 años. Estos hechos deberían ser considerados a la hora de dispensar unos medicamentos cuyo valor terapéutico es, al menos, dudoso.



99 DILUCIONES POTENCIALMENTE LESIVAS. E. Larrea Tamayo, F. Álvarez Caro, J. Mayordomo Colunga, M. García González, S. Suárez Saavedra, J. Rodríguez Suárez. *Urgencias Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

**Introducción y objetivos.** La sobredosificación de paracetamol es una de las causas más frecuentes de intoxicación en la edad pediátrica. La mayoría de los casos son leves, pero en ocasiones precisan tratamiento específico con N-acetilcisteína debido a su hepatotoxicidad. Nuestro objetivo es llamar la atención acerca de la forma de administración de N-acetilcisteína, mediante la presentación de un caso clínico con complicaciones graves secundarias a un empleo inadecuado de dicho fármaco.

**Caso clínico.** Lactante de dos meses con cuadro febril secundario a vacunación (DTP, Hib, VHB) al que se administró tres dosis consecutivas de paracetamol diez veces superior a la correspondiente con un intervalo de seis horas. La última de las dosis había sido recibida dos horas antes de consultar en urgencias. Presentaba una exploración física y neurológica normales. Tras constatación de niveles sanguíneos de paracetamol de 113 mcg/ml se inició tratamiento intravenoso con N-acetilcisteína diluida con suero glucosado al 5%. Cinco horas más tarde presentó un episodio convulsivo tónico-clónico generalizado que cedió con administración de diazepam intravenoso. Ante la sospecha de encefalopatía hepática y ante mal manejo de las secreciones con respiración ineficaz, se intubó a la paciente y se conectó a ventilación mecánica. La analítica mostró hiponatremia (114 mg/dL) con transaminasas normales compatible con intoxicación hídrica (la N-acetilcisteína había sido diluida en 800 mL de suero glucosado 5%, sin iones). La corrección progresiva de sodio sérico se acompañó de una evolución neurológica favorable.

**Comentarios.** Ante la intoxicación por paracetamol en niños pequeños, la administración de N-acetilcisteína debe realizarse por vía enteral. Si no fuese posible, su uso intravenoso debe ser cuidadoso, aportando los iones necesarios para mantener el equilibrio hidroelectrolítico o bien utilizando una dilución de en torno a 40 mg de N-acetilcisteína por cada ml de suero glucosado. Creemos que este caso puede servir de atención para evitar complicaciones como la presentada.





**ADOLESCENTES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS: ROL DE LAS INTOXICACIONES POR ALCOHOL Y OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS.** V. Trenchs Sainz de la Maza, E. Velasco Arnaiz, J. Velasco Rodríguez\*, N. Sanz Marcos, V. Arias Constantí, A.I. Curcoy Barcenilla. *Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. \*Laboratorio de Urgencias. Hospital Universitari Sant Joan de Deu. Universitat de Barcelona.*

**Introducción y objetivo.** En los últimos años, la edad media de inicio de la ingesta de alcohol y otras sustancias psicoactivas ha disminuido en nuestro país, y el consumo abusivo de las mismas se ha convertido en un hecho cada vez más habitual en los Servicios de Urgencias Pediátricas (SUP). Nuestro objetivo es documentar el rol del alcohol y otras sustancias psicoactivas en los adolescentes que consultan en SUP.

**Métodos.** Se analizan los resultados de los test toxicológicos (determinación de etanol en sangre por método espectrofotométrico (alcohol deshidrogenasa) y de tóxicos en orina por técnica de enzimoimmunoanálisis homogéneo) que se realizaron según criterio médico en las 26420 consultas de adolescentes (pacientes con edad entre 12 y 18 años) en los años 2007 y 2008. Los pacientes que dieron positivo para alcohol y/u otras drogas psicoactivas se clasifican como AOD positivos.

**Resultados.** Se determinaron alcohol y/u otras drogas psicoactivas en 474 (1.8%) de las 26.420 consultas de adolescentes. En 221 (46.6%), se objetivó AOD positivo. Correspondían a 216 pacientes; hubo 5 (2.3%) que dieron positivo en dos ocasiones. La edad media fue de 16.1 años (DE 1.1 años); el 51.4% eran de sexo femenino. El 7.4% vivía en un centro tutelado para menores y el 14.8% presentaba antecedentes psiquiátricos, predominantemente trastornos de personalidad (11.1%). El 78.3% de pacientes acudió en ambulancia, con un predominio de las consultas los fines de semana (de viernes a domingo; 69.9%) y durante la noche (19:00-07:00 h; 76%). El día de más consultas fue el sábado (24%) y la hora, las 20 h (10.4%). En 164 (54.7%) de las consultas con AOD positivo se objetivó consumo de alcohol, con un rango de etanol en sangre entre 55-345 mg/dl. La concentración media fue de 192 (DE 53) mg /dl; similar en chicos (192 mg/dl) y chicas (191mg/dl). En cuanto a los tóxicos determinados en orina, se detectó *cannabis* en 70 (31.7%) de estos pacientes, cocaína en 11 (5%), anfetaminas en 6 (2.7%), benzodiazepinas en 4 (1.8%) y opiáceos en 4 (1.8%). Hubo 26 (11.8%) casos con positividad para 2 AOD y 1 (0.4%) para 3 (alcohol + *cannabis* + cocaína). Las combinaciones de 2 tóxicos más frecuentes fueron alcohol y *cannabis* en 11 (42.3%); cocaína y *cannabis* en 5 (19.2%); y alcohol y anfetaminas en 3 (11.5%). No se observaron diferencias significativas en la edad, ni en el sexo, ni en la existencia de patología psiquiátrica subyacente, ni en el hecho de estar tutelados por la Administración, entre los pacientes que dieron positivo para una sustancia y los que dieron positivo a dos o más.

**Conclusiones.** El alcohol es la droga de abuso que ocasiona más consultas por intoxicación en adolescentes en los SUP, seguida del *cannabis*. Existe un porcentaje considerable de paciente con poli-intoxicaciones. Los días y horas de mayor afluencia de las consultas sugieren que los adolescentes consumen estas sustancias durante actividades de ocio y recreacionales.



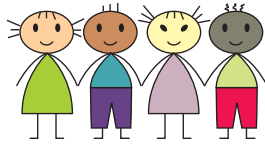
¿QUIÉN DA POSITIVO A *CANNABIS* EN URGENCIAS? E. Velasco Arnaiz, V. Trenchs Sainz de la Maza, A.I. Curcoy Barcenilla, J. Velasco Rodríguez<sup>1</sup>, J.Ll. Matalí Costa<sup>2</sup>, C. Luaces Cubells. *Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. <sup>1</sup>Laboratorio de Urgencias. <sup>2</sup>Unidad de Adicciones. Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitari Sant Joan de Deu. Universitat de Barcelona.*

**Introducción y objetivo.** El *cannabis*, especialmente en forma de hachís, es la droga ilegal más consumida en nuestro país, siendo la adolescencia el momento clave de toma de contacto con esta sustancia. Nuestro objetivo es valorar las características de los pacientes con consumo reciente de *cannabis* que acuden al Servicio de Urgencias con el fin de determinar su perfil y valorar las medidas de control y seguimiento establecidas.

**Métodos.** Estudio descriptivo observacional. Se revisan los informes de Urgencias de todos los pacientes que dieron positivo para *cannabis* en el examen de tóxicos en orina (técnica de enzimoanálisis homogéneo) solicitado por criterio médico durante los años 2007 y 2008. Se valoran características epidemiológicas, motivo de realización del examen de tóxicos y destino al alta de urgencias.

**Resultados.** Durante el periodo de estudio se solicitaron 533 determinaciones de tóxicos en orina resultando positivas para *cannabis* 72 (13.5%), que correspondieron a 71 pacientes (uno consultó 2 veces). Hubo un caso de un niño de 19 meses con consumo accidental. Los demás tenían una edad media de 16.2 años (DE 1.2 años; rango 13.4-19.3 años); 43 (60.6%) eran varones. Trece (18.3%) adolescentes estaban tutelados por la Administración y residían en Centros de Menores. Veinticuatro (30.6%) tenían antecedentes psiquiátricos. En 51 (70.8%) ocasiones llegaron a Urgencias en ambulancia. Treinta y seis (50%) consultas fueron entre viernes y domingo; sin predominio horario. Los motivos de consulta más frecuentes fueron alteración del nivel de conciencia (28-38.9%), agitación (19-26.4%) y lesiones por traumatismos accidentales (8-11.1%). Treinta y siete (51.4%) de las solicitudes de tóxicos las realizaron pediatras, 26 (36.1%) psiquiatras y 9 (12.5%) cirujanos y traumatólogos. En 37 ocasiones la concentración de *cannabis* en orina fue superior a 200ng/ml (límite superior de detección del test). En 12 (16.7%) casos se detectó el consumo asociado de alcohol (concentración media 178 mg/dl; DS 72 mg/dl) y en 4 de cocaína (5.6%); hubo un paciente con positividad para los 3 tóxicos. En 42 ocasiones (58.3%) los pacientes fueron dados de alta a domicilio, en 20 (27.8%) ingresaron (13 (18.2%) en el hospital y 7 (9.7%) en Unidad de Crisis) y en 10 fueron derivados para seguimiento ambulatorio (7 [9.7%] en Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil y en 3 [4.2%] en Unidad de Adicciones). A dos de los dados de alta se les ofreció la posibilidad de ingreso y seguimiento ambulatorio, rechazándola la familia.

**Conclusiones.** El perfil del consumidor de *cannabis* es el de un varón adolescente que con frecuencia presenta problemática psico-social y de consumo de otras drogas de abuso asociada. Es importante hacer hincapié en el seguimiento posterior de estos pacientes, siendo esencial que los médicos de Urgencias nos concienciamos que, además de reconocer los signos de sospecha de consumo de tóxicos, se debe facilitar el acceso de los pacientes a programas de prevención y tratamiento de adicciones.



Sábado 4 de abril, 10:15 h

## INTOXICACIONES

*Moderador:* Dr. X. Allué Martínez

### 102 OBSERVATORIO TOXICOLÓGICO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA (SEUP): SU PUESTA EN MARCHA Y RESULTADOS INICIALES. B. Azkunaga Santibáñez, S. Mintegi Raso, Grupo Trabajo Intoxicaciones de la SEUP. *Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Barakaldo.*

**Introducción.** Tras la realización de dos estudios multicéntricos sobre las intoxicaciones atendidas en Urgencias de Pediatría, se crea en octubre de 2008 el Observatorio Toxicológico (OT) de la SEUP con el objetivo de determinar tendencias epidemiológicas y elaborar recomendaciones sobre el manejo de niños con una intoxicación. Participan 33 hospitales.

*Objetivos:* Describir los datos preliminares obtenidos en los 4 primeros meses de funcionamiento.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de los datos recogidos en sistema informático de los episodios de intoxicación registrados en los 33 hospitales pertenecientes al OT entre octubre 2008 y enero 2009. Se recoge la edad, mecanismo de intoxicación, tóxico, clínica, exploraciones complementarias, tratamiento recibido y evolución, así como nº total de episodios atendidos en urgencias los días de estudio.

**Resultados.** Se incluyeron 59 episodios (0,42% del total de episodios registrados en Urgencias). Los fármacos fueron los productos más frecuentemente implicados (66,1%) seguido por los productos del hogar (16,9%), no estando el tóxico en su envase original en 14,3%. Los menores de 5 años constituyeron el 69,5% de las intoxicaciones (principalmente ingesta accidental de fármacos), seguido de los mayores de 12 años (25,4%, principalmente ingesta de fármacos con fin autolítico). El lugar más implicado en las intoxicaciones fue el domicilio familiar (89,5%). El 89,8% fueron traídos por sus padres, en vehículo familiar en un 78% existiendo antecedentes previos de intoxicación en el 10,3%. El 58,9% acudió directamente a urgencias hospitalarias, recibiendo algún tratamiento antes de llegar menos del 10%. El 62,7% presentó síntomas y la exploración física fue normal en el 64,4% realizándose pruebas complementarias en el 61%. Hasta el 61% recibió algún tipo de tratamiento, sobre todo descontaminación gastrointestinal (66,7% de los que recibieron tratamiento -100% carbón activado y 29,2% además lavado gástrico-) y antídoto 11,4%. La mitad de los pacientes ingresaron al menos durante unas horas en el Hospital. Todos evolucionaron bien.

**Conclusiones.** Las intoxicaciones son un motivo de consulta inhabitual en los servicios de urgencias pediátricas. La consulta más habitual es la ingesta accidental de un fármaco por parte de un niño menor de 5 años. En más de la mitad de los casos se administra algún tratamiento y/o se ingresa al niño en el hospital.



103 INTOXICACIONES EN PACIENTES MAYORES DE 6 AÑOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO. M.P. Sanz de Miguel, A. de Arriba Muñoz, M.V. Velasco Manrique, B. Chapí Peña, S. Congost Marín, C. Campos Calleja. *Hospital Miguel Servet. Zaragoza.*

**Introducción.** Las intoxicaciones son un motivo de consulta poco habitual en la edad pediátrica y, en muchas ocasiones, no se trata de intoxicaciones verdaderas sino de contactos con una sustancia en una dosis que no genera problemas. La edad diferencia grupos de intoxicaciones con pronóstico diferente. Así en mayores 6 años predominan aquellas no accidentales.

**Objetivos.** Describir la frecuencia y características epidemiológicas de las consultas por sospecha de intoxicación en pacientes con edades comprendidas entre 6 y 14 años.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de las hojas de urgencias de los pacientes entre 6 a 14 años atendidos por probable ingesta de tóxico en el Servicio de Urgencias de un Hospital Terciario a lo largo del año 2008.

**Resultados.** En nuestro hospital las intoxicaciones supusieron el 0,3% de las urgencias pediátricas en el periodo citado. Fueron atendidos 45 pacientes a partir de los 6 años de edad, con sospecha de intoxicación (61,9% varones y 38,1% mujeres) siendo la mayoría mayores de 12 años. En el 85,7% tuvieron lugar entre la tarde-noche, el tiempo transcurrido desde la ingesta hasta la llegada al hospital fue mayor a 1 hora en un 62,2%. El lugar fue fuera del domicilio en el 46,6%. Prácticamente la mitad de las intoxicaciones se produjeron por ingesta voluntaria, dato explicado por el alcohol, drogas ilegales y fármacos psiquiátricos empleados por adolescentes. Un 22,7% de éstas tenían fines autolíticos. Un 42,2% acudieron en ambulancia. El tóxico implicado fue el alcohol en un tercio de casos, psicofarmacos (24,4%), productos de limpieza e higiene (13,3%), drogas ilegales (6,6%) y monóxido de carbono (6,6%). El 36,3% permanecieron asintomáticos, siendo las manifestaciones neurológicas las más frecuentes (52,2%), seguidas de la clínica respiratoria (6,8%). El destino fue el domicilio en el 86,4% de casos, permaneciendo el 43% de estos en la Unidad de Observación durante más de 4 horas bajo vigilancia clínica.

**Conclusiones.** Pese a que en pediatría la mayor parte de las intoxicaciones son accidentales, es en este rango de edad, que incluye la adolescencia, donde mayor porcentaje de ingestas voluntarias encontramos, destacando como causa más frecuente el alcohol. Al ser un problema emergente, en nuestro hospital estos pacientes son seguidos ambulatoriamente en la consulta de adolescencia, como prevención de nuevos episodios. Merecen especial consideración por nuestro desconocimiento y su potencial gravedad los dos casos de drogas de diseño que encontramos, requiriendo uno de ellos ingreso en UCI por crisis hipertensiva y agitación



**INTOXICACIONES EN PACIENTES MENORES DE 6 AÑOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO.** M.P. Sanz de Miguel, A. de Arriba Muñoz, M.V. Velasco Manrique, B. Chapí Peña, S. Congost Marín, I. García Jiménez. *Hospital Miguel Servet. Zaragoza.*

**Introducción.** Las intoxicaciones son un motivo de consulta poco habitual en la edad pediátrica y, en muchas ocasiones, no se trata de intoxicaciones verdaderas sino de contactos con una sustancia en una dosis que no genera problemas. La edad diferencia grupos de intoxicaciones con pronóstico diferente. Así en menores de 6 años predominan las accidentales.

**Objetivos.** Describir la frecuencia y características epidemiológicas de las consultas por sospecha de intoxicación en pacientes con edades comprendidas entre 0 y 6 años.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de las hojas de urgencias de los pacientes entre 0 a 6 años atendidos por probable ingesta de tóxico en el Servicio de Urgencias de un Hospital terciario a lo largo del año 2008.

**Resultados.** En nuestro hospital las intoxicaciones supusieron el 0,3% de las urgencias pediátricas en el periodo citado. Fueron atendidos 108 pacientes menores de 6 años (58,3% varones y 41,7% mujeres), lo que supone el 70,5% del total de intoxicaciones vistas en el año 2008 por nuestro servicio de Urgencias. Predomina el grupo de edad entre 1 y 3 años con un 55,6%. Los meses más incidentes fueron julio (13,9%), septiembre (13,9%) y noviembre (11,1%). En el 76,4% tuvieron lugar entre la tarde-noche. El tiempo transcurrido desde la ingesta hasta la llegada al hospital fue de 30 a 60 minutos en el 61%. El lugar fue en el domicilio en el 100% de los casos. La causa fue accidental en todos, salvo uno de los casos (provocado por la madre de forma voluntaria). Sólo el 5,6% acudieron en ambulancia. El tóxico más frecuentemente encontrado fueron productos de limpieza del hogar (38%), seguido por fármacos antitérmicos (11,1%) y antitusígenos (9,3%). El 75,9% permanecieron asintomáticos, siendo las manifestaciones digestivas las más frecuentes (11,1%), seguidas de las neurológicas (6,5%). Fue necesario ingresar al 5,6% de los casos, debiendo permanecer el 13% en nuestra Unidad de Observación durante, al menos, 4 horas.

**Conclusiones.** Las intoxicaciones en los menores de 6 años son de causa accidental salvo raras excepciones. Suelen producirse por errores en la dosificación de fármacos prescritos o por ingesta de sustancias accesibles, destacando los productos de limpieza e higiene. La mayoría de las ocasiones no suponen una urgencia vital pero, en otras ocasiones, la exposición al tóxico puede tener potencial severidad o incluso ser letal, por ello no debemos subestimar una posible intoxicación. Un factor pronóstico clave es el tiempo transcurrido entre la exposición al tóxico y la actuación médica. Cuánto más precoz sea la intervención médica mejor pronóstico.



105

**INTOXICACIÓN AGUDA DE MONÓXIDO DE CARBONO EN NUESTRO MEDIO.** A.I. González Espin, T. Ballesteros Lara, E. García Vena, R. Martín Pérez, J.A. Cózar Olmo, J. de la Cruz Moreno. *UGC. Pediatría. Complejo Hospitalario de Jaén.*

**Objetivos.** Describir las características clínicas y epidemiológicas de una serie de niños ingresados en nuestro servicio por intoxicación de monóxido de carbono (CO).

**Pacientes y métodos.** Realizamos un estudio retrospectivo desde enero del 2008 hasta enero del 2009, recogiendo las variables epidemiológicas, la clínica y los niveles de carboxihemoglobina (COHB) tanto al ingreso como tras 2-4 horas de tratamiento con oxígeno al 100%. La evolución clínica ha sido recogida de forma telefónica.

**Resultados.** Durante el periodo estudiado atendimos un total de 14 casos intoxicados por CO (9 varones y 5 mujeres). La mayoría de ellos por debajo de los 5 años (9 casos). La incidencia máxima encontrada fue en época invernal (5 casos en diciembre y 2 en enero), en horario nocturno (11 casos a partir de 21 horas) y en el propio domicilio (14 casos). En casi todos los casos hubo afectación de varios convivientes y la principal fuente de combustión fue calentador de gas butano (7 casos). Los síntomas más frecuentemente encontrados fueron los neurológicos (pérdida de conocimiento, mareo, cefalea) y esporádicamente se acompañó de síntomas digestivos (vómitos). Los niveles de COHB al ingreso oscilaron entre 3,5% y 28%. A todos se administró oxígeno al 100% con mascarilla y reservorio, descendiendo los niveles de COHB entre 0% y 1,1% tras 2-4 horas de tratamiento. La evolución ha sido favorable en casi todos los pacientes, no encontrando secuelas neurológicas hasta el momento.

**Conclusiones.** 1) Hemos encontrado un mayor número de casos en nuestro medio, que lo atribuimos a la convivencia de hacinamiento de los trabajadores temporeros durante la época invernal. 2) No se encontró correlación entre los niveles de COHB y la intensidad de la clínica, como en otras series. 3) Los controles de los sistemas de combustión y una ventilación adecuada son las mejores medidas de prevención. 4) Incluir la determinación de COHB en niños con sintomatología neurológica sin fiebre, sobre todo si existen más afectados en la familia.



**INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO ¿ESTÁ DISMINUYENDO SU INCIDENCIA?** A. Romero Otero, N. Navarro Patiño, A.C. Peñalba Cítores, V. Cruzado Nuevo, S. Zarzoso Fernández, M. Tolin Hernani. *H.G.U. Gregorio Marañón. Madrid.*

**Introducción.** La intoxicación aguda por monóxido de carbono (CO) es una causa importante de morbimortalidad en pediatría, suponiendo el 1.5-2% de todas la intoxicaciones infantiles. Es un gas incoloro, inodoro, insípido y no irritante lo que lleva en ocasiones a un infradiagnóstico. La clínica es variada, desde trastornos banales como cefalea o dolor torácico hasta convulsiones, coma o la muerte del paciente.

**Objetivos.** Conocer las características clínicas de los pacientes intoxicados por monóxido de carbono que consultan en la urgencia de nuestro hospital, comparando dos años consecutivos.

**Material y métodos.** Estudio observacional prospectivo realizado entre noviembre de 2007 y enero de 2009. Se incluyeron pacientes con sospecha de intoxicación por CO o aquellos que presentaban sintomatología neurológica inespecífica. Las variables epidemiológicas analizadas fueron el tipo de calefacción y vivienda, el ambiente fumador en domicilio y el número de familiares afectos. También se analizó el motivo de consulta, las cifras de COHb al diagnóstico, las exploraciones complementarias realizadas y el tratamiento iniciado.

**Resultados.** Se recogieron 18 pacientes, 14 en la estación invernal de 2007-2008 y solamente 4 casos en la de 2008. Un 66.7% fueron varones. La mediana de edad fue de 5.5 años. La cifra media de COHb fue 14.9% (13.7% en el 2007 y 16.5% en el 2008). El tipo de calefacción más frecuente fue el gas natural y la calefacción eléctrica. De los 18 casos la mayoría se presentaron en noviembre (12) y diciembre (5). Todas las intoxicaciones se produjeron en el domicilio, siendo la fuente de intoxicación más frecuente el escape de gas natural (7) y la inhalación de humo (8). En 15 de los casos se sospechó intoxicación al conocer la fuente de intoxicación o la existencia de familiares afectos, presentando la mayoría sintomatología inespecífica como cefalea, mareo y vómitos (11) y 2 pérdida de conocimiento. 3 de los casos se presentaron de forma asintomática. Ninguno de los pacientes precisó ingreso, tratándose todos en la urgencia con oxígeno al 100% normalizando cifras de COHb en 2-5 horas (45% en 2 horas). En 8 pacientes se realizó ECG sin encontrar alteraciones en ninguno de ellos. El sedimento de orina tampoco mostró alteraciones.

**Conclusiones.** En época epidémica se debe sospechar la intoxicación por CO aunque la clínica inicial sea inespecífica debido a su potencial gravedad. El manejo inicial no precisa en la mayoría de los casos medidas adicionales a la oxigenoterapia. Hemos objetivado un descenso importante en el nº de casos en último periodo estudiado en relación con el año previo.



107 INTOXICACIÓN POR ORGANOFOSFORADOS. S. Fernández de Miguel, V. Murga Herrera, O. Serrano Ayestarán, E. Mójica Muñoz, J.M. Sánchez Granados, P. Gómez de Quero. *Hospital Universitario de Salamanca.*

**Fundamento y objetivos.** Los organofosforados (OF) constituyen una familia de productos químicos que pueden causar cuadros de intoxicación grave. Algunos se pueden adquirir fácilmente para uso domiciliario. Pretendemos repasar los principales síntomas de dicha intoxicación y su tratamiento inicial en el S. de urgencias.

Presentamos 6 niños que resultaron intoxicados por Diazinon 60% (Cruz Verde®).

**Observaciones clínicas.** El caso 1 y 2 son dos hermanos (2 y 7 años) y el caso 3 una niña de 8 años que sufrieron intoxicación tras lavado de cabeza con Diazinon 60% por pediculosis. El caso 4 es una niña que se intoxicó jugando en el jardín tras rociar las plantas. Los casos 5 y 6 son dos hermanas de 9 y 11 años que introdujeron la cabeza en cubo con Diazinon 60% preparado para las plantas.

Todos los pacientes presentaron síntomas muscarínicos, con un intervalo entre los 5 minutos y las 2 horas del contacto. Los más frecuentes fueron: vómitos (100% de los casos), miosis (83%), hipersecreción bronquial (66%), dolor abdominal (66%), sudoración (50%) y bradicardia (16,6%).

5 de los 6 (83%) presentaron síntomas nicotínicos: fasciculaciones (50%), aumento de la frecuencia cardíaca e HTA (50%) y debilidad muscular (33%).

5 pacientes (83% del total) presentaron alteración de conciencia, llegando al coma el 50% (precisando intubación en el S. de Urgencias). Ningún paciente presentó crisis.

El tratamiento de los síntomas muscarínicos se realizó con Atropina que recibieron todos los pacientes, las pautas variaron entre dosis repetidas (66%) o perfusión continua (33%) hasta lograr atropinización. Los síntomas nicotínicos se trataron con Pralidoxima que precisaron el 83% de los pacientes. Además los contactos por vía cutánea-capilar se trataron con lavados repetidos para evitar mayor absorción.

La evolución en todos los casos fue favorable, los pacientes intubados precisaron ventilación mecánica <12 horas, y el seguimiento neurológico fue normal.

**Conclusiones.** Los OF inhiben la acetilcolinesterasa produciendo un exceso de acetilcolina y síntomas muscarínicos y nicotínicos. También se puede producir clínica por afectación del sistema nervioso central. El diagnóstico de certeza se obtiene mediante la determinación de la actividad de la acetilcolinesterasa plasmática o eritrocitaria (no disponible en nuestro centro). La intoxicación por OF origina desde formas clínicas leves sin apenas repercusión hasta cuadros potencialmente letales (principalmente por depresión respiratoria). Ante la sospecha clínica el tratamiento comprende la estabilización del paciente asegurando la vía aérea, evitar en la medida de lo posible la absorción del insecticida, atropinización (dosis entre 0,02-0,1 mg/kg o perfusión) y si fuese necesario pralidoxima (15-40 mg/kg/dosis IV, IM).





108 MANEJO DE LAS INTOXICACIONES GRAVES EN URGENCIAS A PROPÓSITO DE UN CASO DE INTOXICACIÓN POR ORGANOFOSFORADOS. M. Imaz Murgiondo, J.A. Muñoz Bernal, I. Olaciregui Echenique, E. Oñate Vergara, A. Arrizabalaga van Remoortere, I. Martí Carrera. *Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Donostia. San Sebastián.*

**Fundamentos y objetivo.** Las intoxicaciones suponen porcentaje bajo de las consultas en los servicios de Urgencias de Pediatría (SUP). La mayoría son contactos accidentales con sustancias no tóxicas, pero ocasionalmente pueden suponer una situación de riesgo vital.

La intoxicación por vía tópica es rara pero potencialmente grave.

A raíz de un caso de intoxicación grave por organofosforados vía tópica presentamos el manejo de estas situaciones en el SUP.

**Observaciones clínicas.** Lactante de 18 meses que consulta por disminución del nivel de conciencia. No refieren antecedente traumático ni contacto con tóxicos.

En el SUP presenta convulsión tónico-clónica generalizada y en la exploración pupilas mióticas arreactivas e hipotensión, iniciándose medidas de soporte vital (mantenimiento de la vía aérea, ventilación, canalización de vía periférica e infusión de líquidos) y tratamiento anticonvulsivo (2 dosis de diazepam). Se traslada a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos por persistencia de la convulsión, bradicardia y vómitos.

Tras estabilización (intubación endotraqueal, atropina, fenitoína y fenobarbital) se realiza TC craneal que es normal.

Una segunda anamnesis revela la posibilidad de contacto con organofosforado, realizándose descontaminación gastrointestinal e iniciando tratamiento con atropina y pralidoxima.

Finalmente confirmamos contacto cutáneo en cuero cabelludo por sustancia organofosforada contenida en un bote de champú. Se realiza descontaminación cutánea de la paciente y del personal médico.

**Comentarios:**

1. En las intoxicaciones graves son prioritarias las medidas de soporte vital.
2. Pensar en una posible intoxicación ante cualquier cuadro clínico agudo, grave y de causa no clara.
3. Tener en cuenta la vía tópica como origen de una intoxicación grave.
4. Alarmar del riesgo de guardar sustancias tóxicas en recipientes de uso habitual en el hogar.



**DISMINUCIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA: UN RETO DIAGNÓSTICO.** N. Magro Benito, N. Cortés Álvarez, E. May Llanas, A. Pizà Oliveras, S. Navarro Vilarrubí, J. Margarit Mallol. *Hospital Universitario Mútua de Terrassa.*

**Fundamento y objetivo.** La alteración del nivel de conciencia es un motivo de consulta potencialmente grave y un importante reto diagnóstico para el pediatra de urgencias. En su diagnóstico diferencial debe considerarse la posibilidad de una intoxicación, siendo la ingesta de fármacos y productos del hogar la etiología más frecuente. No obstante, existen sustancias en nuestro medio aparentemente inocuas que pueden ser causa de importante toxicidad.

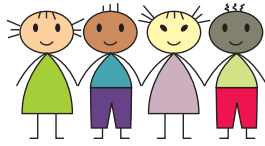
Describimos 3 casos de intoxicación aguda por ginesta atendidos en nuestro centro en junio de 2008 y su manejo en urgencias.

**Observaciones clínicas.** *Caso clínico 1:* Niño de 5 años de edad que consulta por disminución del nivel de conciencia, abdominalgia y vómitos incoercibles. A su llegada presenta alteración del nivel de conciencia (Glasgow 13) con respiración y circulación conservadas. Durante la exploración realiza un vómito alimentario con restos de semillas. Las maestras refieren la posibilidad de ingesta de ginesta en la escuela. Se canaliza vía periférica y se procede a lavado gástrico y administración de carbón activado. La analítica sanguínea muestra discreta acidosis y el electrocardiograma realizado resulta normal. Interrogando al paciente refiere la ingesta de 7-8 semillas. Se mantiene a dieta absoluta con perfusión de mantenimiento y protección gástrica, evoluciona favorablemente y se da de alta a las 24 horas.

*Caso clínico 2:* Niño de 5 años de edad que consulta por cefalea, vómitos, abdominalgia y tendencia a la somnolencia. A su llegada presenta respiración, circulación y sistema nervioso normales. Refieren ingesta de 4-5 semillas de ginesta en la misma escuela. La conducta diagnóstico-terapéutica es equivalente a la del paciente anterior, por lo que se da de alta a las 12 horas.

*Caso clínico 3:* Niño de 6 años de edad requerido por nuestro servicio por haber ingerido 1-2 semillas. No presenta sintomatología de intoxicación y la exploración es normal. Se mantiene en observación, practicándose electrocardiograma que resulta normal. Se da de alta a las 6 horas de su llegada.

**Discusión.** La ginesta es una planta común en el área Mediterránea. Contiene citisina, sustancia potencialmente tóxica que, por su actividad alcaloide, produce un efecto nicotínico sobre el Sistema Nervioso Autónomo Simpático y Parasimpático. La toxicidad depende de la dosis ingerida y del equilibrio simpático y parasimpático. Los síntomas incluyen náuseas, vómitos, diarrea, dolor abdominal, sialorrea, diaforesis, cefalea, trastornos de la visión y audición y confusión. En los casos más graves arritmias, convulsiones y fallo multiorgánico. El manejo en urgencias incluye lavado gástrico, carbón activado y corrección de las alteraciones analíticas. En la intoxicación severa puede ser necesaria la administración del antídoto (pralidoxima), para combatir los efectos nicotínicos más graves.



Sábado 4 de abril, 10:15 h

## MALTRATO

Moderador: Dr. X. Allué Martínez

**VIOLENCIA FAMILIAR EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS.** M.T. Fernández Soria, M. Soria López, L. Loro Navarro, A.B. Arredondo Provecho, A. Gancedo Baranda. *Hospital Universitario Fundación de Alcorcón. Madrid.*

**Introducción.** La violencia familiar se define como los malos tratos o agresiones físicas, psicológicas o sexuales, infligidas por personas del medio familiar y dirigida generalmente a los miembros más vulnerables: niños, mujeres y ancianos. Ante la frecuencia y connotaciones que presenta hemos decidido realizar un estudio sobre dicha patología en la Urgencia Pediátrica.

**Objetivo.** Describir la epidemiología y seguimiento de los casos de violencia familiar en un Servicio de Urgencias Pediátricas de un Hospital de 2º nivel.

**Métodos y resultados.** Estudio descriptivo-retrospectivo desde Mayo 2007 hasta Enero 2009, de los pacientes menores de 16 años atendidos en la Urgencia Pediátrica con sospecha de ser víctimas de violencia. De un total de 28.000 urgencias al año, 0,09% fueron por dicha causa (n=27). El 33,3% eran inmigrantes. El grupo de edad en el que ocurre con más frecuencia es de 6 a 12 años con un porcentaje del 33,3% (n=9), seguido de los menores de 2 años con un 25,9% (n=7). El tipo de maltrato ha sido: físico 40,7% (n=11); emocional 29,6% (n=8); negligencia 18,5% (n=5); abuso sexual 35,7% (n=10); prenatal 7,4% (n=2). En 9 casos (66,6%) encontramos más de un tipo. Tuvimos un caso de violencia de género en una adolescente de 15 años. Tras la detección en la Urgencia se adoptaron las medidas necesarias para asegurar la integridad del menor y en 3 casos se decidió ingreso. En todos intervino la trabajadora social del Hospital, derivando a Servicios Sociales de la Comunidad 15 pacientes (55,5%) y 4 (14,8%) a Salud Mental. 8 pacientes (29,6%) no acudieron a seguimiento.

**Conclusiones.** 1) La violencia familiar debe estar en nuestra mente como una “patología” más. 2) Debe formar parte del diagnóstico diferencial de múltiples enfermedades comunes. 3) La inadecuada atención puede conllevar importantes alteraciones en la salud del niño y perpetuar la situación de violencia. 4) Se requiere una coordinación multidisciplinar entre diferentes profesionales e instituciones encargadas de la protección de la infancia. 5) La implantación de protocolos específicos de actuación permitirían: a/Sensibilizar a todos los profesionales implicados en este problema tan complejo, b/Ayudar a un manejo más eficaz, con una detección y actuación unificada, no sólo en la urgencia pediátrica sino también en la hospitalización y en consultas externas. De esta manera, se proporcionaría una atención integral y coordinada a los/as pacientes menores que sufren violencia familiar.



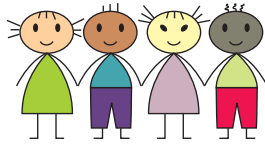
111 MANEJO DEL MALTRATO INFANTIL EN LA URGENCIA PEDIÁTRICA. P. Avedillo Jiménez, G. Sierra Colomina, P. Areal Hidalgo, A. Palacios Cuesta, J. Cruz Rojo, M. Marín Ferrer. *Hospital Universitario 12 Octubre. Madrid.*

**Objetivos.** Descripción de la casuística y evolución de los niños con sospecha de maltrato infantil físico y sexual que consultaron en una Unidad de Urgencia pediátrica hospitalaria.

**Material y métodos.** Se valoraron los pacientes que acudieron en 2008 con sospecha de maltrato infantil exceptuando las negligencias. El protocolo seguido está validado por la Unidad de Calidad. La actuación ante una sospecha de maltrato incluye valoración clínica, pruebas complementarias si precisa y/o interconsulta a otros especialistas y valoración social. Se cumplimenta la hoja de registro de maltrato de la Comunidad, se hace interconsulta con los trabajadores sociales y en su caso Parte Judicial. La actuación a seguir con estos pacientes es siempre fruto del consenso de los profesionales sanitarios y los trabajadores sociales. Para el diagnóstico de la casuística se ha utilizado los informes clínicos de la Urgencia, informes sociales e informes de alta en los ingresados.

**Resultados.** En el año 2008 acudieron a la Unidad un total de 40 niños con sospecha de maltrato, un 0,75% del total de pacientes asistidos. De los cuales 42,5% fueron niños y 57,5% (23) niñas. El 45% son menores de 3 años y 7 adolescentes (18%). El lugar del maltrato en el 60% es su domicilio y en el 10% es el de un familiar. El 34% de las consultas ocurren el fin de semana y de predominio (77%) tarde-noche. El maltratador en el 32% es el padre, en el 22% la madre y en el 10% ambos. Se hizo interconsulta en 15 pacientes, 50% a Ginecología. Se realizó Parte Judicial al 80% y se avisó a la policía en el 33%. El tipo de maltrato era físico en el 75% de los casos, de los cuales se consideró grave el 20%. Se diagnosticó de abuso sexual grave a 6 niñas. Se ingresaron 6 niños (15%) y de 3 se hizo cargo directamente la policía. La actuación social final es: Traslado a casa de acogida en el 10% de los casos y en el resto control por Servicios Sociales del Área.

**Conclusiones.** 1) Estos tipos de maltrato no son frecuentes en la consulta de urgencias pero su diagnóstico tiene enorme trascendencia. 2) El 45% de los maltratados son menores de 3 años y el 57% de los adolescentes presentan abuso sexual, todas niñas. 3) El domicilio del niño es el lugar del maltrato habitualmente siendo el 64% de los casos el maltratador el padre o la madre. 4) Es importante disponer de un protocolo multidisciplinario que permita una actuación homogénea y coordinada y de mecanismos sociales que protejan a estos niños.



Sábado 4 de abril, 10:15 h

## NEFROLOGÍA

Moderador: Dr. A. González Hermosa

### 112 EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE LA SOSPECHA DE INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO FEBRIL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS. B. Romera Santa Bárbara, E. Sancho Gracia, A. Campos Bernal, N. Laverro Montañés, Y. Romero Salas, C. Campos Calleja. Hospital Infantil Miguel Servet, Zaragoza.

**Introducción.** En nuestro Hospital se está trabajando en un plan de mejora de la calidad asistencial de las urgencias pediátricas mediante la protocolización de los procedimientos más prevalentes y/o importantes, como puede ser la infección del tracto urinario.

**Objetivos.** Evaluación del protocolo existente analizando el cumplimiento de los indicadores de calidad del mismo.

**Material y métodos.** Se realiza una búsqueda en la bibliografía y en la medicina basada en la evidencia acerca de las pautas de actuación ante la infección del tracto urinario febril. Se revisan, según el protocolo previo, las hojas de atención en urgencias y las historias clínicas de los niños ingresados por sospecha de ITU febril, con edades comprendidas entre un mes y 14 años, en el período de enero a agosto de 2008, ambos incluidos. Los indicadores evaluados son: hora de recogida, técnica y motivo de realización de urocultivo, constancia del resultado de las ecografías prenatales y existencia de anomalías miccionales en niños continentales.

**Resultados.** Durante el periodo de tiempo revisado se atendieron en urgencias 33.270 pacientes, de los cuales en 154 (0,5%) el diagnóstico fue sospecha de infección del tracto urinario, siendo el 40% de ellas infecciones del tracto urinario febriles de las cuales 57 precisaron ingreso hospitalario.

La constancia del motivo de realización del urocultivo se cumple en un 100% de los casos, siendo en un 82,5% síndrome febril sin foco y en un 17,5% fiebre asociada a síntomas miccionales. La técnica de recogida del urocultivo consta en un 73,7% de los casos utilizándose en el 52,6% el sondaje vesical, en 15,8% la media micción y en un 5,3% la bolsa colectora. La hora de recogida del urocultivo queda registrada en un 96,4% de las historias, siendo el 30,8% en la primera orina de la mañana y el 65,6% en el momento del ingreso. La constancia del resultado de las ecografías prenatales se cumple en el 84,2% de los casos habiéndose encontrado alteraciones sólo en un 4%. La existencia de anomalías miccionales se recogió únicamente en el 38% de los pacientes, de los cuales un 43% presentaban alteraciones en sus hábitos.

**Conclusiones.** La infección del tracto urinario es la infección bacteriana invasora más frecuente en la infancia siendo importante hacer un diagnóstico correcto y seguro para identificar a aquellos niños con riesgo de daño renal y evitar tratamientos innecesarios. El cumplimiento de los indicadores de calidad del protocolo se aproxima a los estándares propuestos, salvo en la constancia de anomalías miccionales en pacientes continentales y de la técnica de recogida del urocultivo en que los resultados no son los esperados. Recientemente se ha realizado una actualización del protocolo estableciéndose los nuevos indicadores de calidad, esperando que en próximos estudios, el cumplimiento de ellos sea adecuado.



113 TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LA INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO FEBRIL. M.E. May Llanas, A.M. Pizà Oliveras, N. Cortés Álvarez, A.M. García Henares, R. García Puig, J. Margarit Mallol. *Hospital Mútua de Terrassa. Barcelona*

**Introducción.** La infección urinaria es una de las causas más frecuentes de fiebre en urgencias de pediatría. En los últimos años varios autores han propuesto el tratamiento ambulatorio de las mismas. Desde enero de 2008 en nuestro centro las ITU febriles se tratan de forma ambulatoria siempre que cumplen ciertos requisitos: edad superior a 3 meses, buen estado general, buena tolerancia enteral, ausencia de uropatía previa y entorno social adecuado. Estos niños son citados en pocos días en la consulta externa de seguimiento de urgencias pediátricas para control evolutivo, resultado del urocultivo y, si este es positivo, puesta en marcha de pruebas de imagen y derivación a Nefrología pediátrica.

**Objetivos.** 1) Conocer la incidencia de ITU febril tratada ambulatoriamente en nuestro centro. 2) Valorar la evolución de estos niños.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de los casos de ITU febril tratada de forma ambulatoria en urgencias de pediatría entre enero y diciembre de 2008, recogiendo los siguientes datos: edad, sexo, antecedente de uropatía, resultados de pruebas complementarias, tratamiento realizado y evolución.

**Resultados.** Se han recogido 32 casos (23 niñas y 9 niños). Edad: 11 de 3 a 12 meses, 6 de 12 a 24 meses y 15 mayores de 24 meses. Una paciente presentaba el antecedente de una cloaca con múltiples intervenciones quirúrgicas e ITU de repetición. El sedimento de orina mostró una media de 70 leucocitos por campo (1-200) y los nitritos fueron positivos en 19. Se realizó analítica sanguínea a 19 pacientes, con leucocitos 14676 (5690-25100), PCR 67,7 (3-191) y PCT cualitativa (14 niños) que fue <2 en 8 y >o igual a 2 en 6. El germen más frecuente fue *E. coli* (30) y hubo un caso de *P. mirabilis* y un *Citrobacter*. El hemocultivo fue negativo en todos los casos. El antibiótico empleado fue amoxicilina-clavulánico en 26 y cefixima en 6. Acudieron a control en consultas externas 29 pacientes, todos con evolución clínica correcta. Se realizaron 24 ecografías (20 normales, 2 ectasias, 1 ureteroceles, 1 doble sistema) y 13 CUMS (10 normales, 1 reflujo grado I-II, 1 reflujo grado IV, 1 reflujo grado V).

**Conclusiones.** 1) Los pacientes con una ITU febril que cumplen unos requisitos pueden ser tratados de forma ambulatoria y evolucionan de forma correcta. 2) Probablemente en aquellos pacientes en los que nos planteemos un tratamiento ambulatorio no sería necesario realizar analítica sanguínea.



114 **PARÁMETROS PREDICTORES DE DAÑO RENAL EN LAS PIELONEFRITIS AGUDAS EN URGENCIAS.** R. Ramos Graciano, J.M. Barroso Jornet, A. Feliu Rovira, M. Rimblas Roure, J. Escribano Subías. *Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Tarragona.*

**Objetivos.** Valorar qué parámetros obtenidos en urgencias pueden tener una elevada capacidad predictiva de daño renal a los 6 meses tras un episodio de infección urinaria febril.

**Pacientes y método.** Estudio cohortes retrospectivo. Población diana: 50 niños que acuden a urgencias en 2006-07 con un episodio de infección urinaria febril, que posteriormente ingresan en planta para recibir tratamiento antibiótico endovenoso y se les sigue en consultas externas con la realización de ECOGRAFIA RENAL, CUMS y DMSA, determinando ésta última la presencia de daño renal a los 6 meses del episodio. Variables analizadas: sexo, edad, peso, talla, tensión arterial sistólica/diastólica, clínica asociada, patología urológica asociada (RVU; EPU), ectasia piélica congénita, antecedentes de inmunodeficiencia o prematuridad, fiebre de más de 48 horas; PCR > 50 mg/L; neutrofilia > 15.000 o neutropenia <4.500.

**Resultados.** De todas las variables analizadas, hallamos un aumento de riesgo de daño renal en el sexo femenino (RR 1.75, IC 95% 0.72-4.28), y en los pacientes que cumplen dos de los siguientes 3 criterios: fiebre de más de 48 horas; PCR > 50 mg/L; neutrofilia > 15.000 o neutropenia <4.500 (RR 1.52, IC 95% 0.81-2.83), sin ser resultados estadísticamente significativos. Resulta de la agrupación de estos criterios una sensibilidad del 47.6% (IC 95% 26.3%-69%) y una especificidad del 70.4% (IC 95% 53.1%-87,6%), con CPP 1.61 (IC 95% 0.77-3.35) y CPN 0.74 (IC 95% 0.45-1.23). No hallamos relación estadísticamente significativa entre el resto de variables analizadas y daño renal.

**Conclusiones.** El sexo femenino y el cumplimiento de 2 de los 3 criterios previamente definidos pueden ser parámetros predictores de lesión renal a los 6 meses tras el episodio y podrían definir un subgrupo de pacientes para realizar un tratamiento más agresivo.



115 ALTERACIONES IÓNICAS EN PIELONEFRITIS. ESTUDIO PRELIMINAR. N. Navarro Patiño, B. Huidobro Fernández, M.A. Gil-Ruiz Gil-Esparza, R. López López, A. Alcaraz Romero, R. Marañón Pardillo. H.G.U. Gregorio Marañón. Madrid.

**Introducción.** Los pacientes con pielonefritis pueden presentar alteraciones en la función tubular renal. La más frecuentemente descrita es el pseudohipoaldosteronismo secundario en los pacientes con reflujo vesicoureteral grado III-V y uropatía obstructiva, que provoca una situación de acidosis metabólica, hiperpotasemia e hiponatremia.

**Objetivos.** Describir las alteraciones electrolíticas en pacientes con pielonefritis aguda, comparando los pacientes que presentan uropatía frente a los que no.

**Material y métodos.** Estudio observacional prospectivo (febrero-diciembre de 2008). Se incluyeron pacientes menores de 3 años con clínica compatible con pielonefritis y urocultivo positivo (sondaje >10:150 ufc/ml o micción espontánea >100.000 ufc/ml). Variables analizadas: sodio, potasio, creatinina y osmolaridad en sangre y orina al diagnóstico. Para valorar la función tubular se utilizaron el gradiente transtubular de potasio (GTTK), disminuido si se encontraba por debajo de 5; y la excreción fraccional de sodio (EFNa), elevada por encima de 0.9%. Fueron excluidos los pacientes que presentan alteraciones electrolíticas de otro origen (patología metabólica de base, insuficiencia renal, cardiopatía, tratamiento con diuréticos, glucocorticoides sistémicos o IECAs).

**Resultados.** Se recogieron 80 pacientes de los cuales 58 cumplían los criterios de inclusión, presentando un 32.8% uropatía. La edad media fue de 7 meses. Valores medios plasmáticos de sodio ( $134.8 \pm 3.6$  mmol/L), potasio ( $4.9 \pm 0.7$  mmol/L) y osmolaridad ( $284.9 \pm 24.5$ ), sin diferencias significativas entre el grupo de los urópatas y los pacientes sin patología renal. El 17.2% de los pacientes presentaban hiperpotasemia ( $K > 5.5$  mmol/L) y el 53.44% hiponatremia ( $Na < 136$  mmol/L) sin encontrar diferencias significativas entre ambos grupos (hiperpotasemia: no urópatas 15.4% vs urópatas 21%  $p > 0.05$ ) e (hiponatremia no urópatas 56% vs urópatas 47%  $p > 0.05$ ). Dentro del grupo de pacientes con uropatía obstructiva el 71% presentaba hiponatremia con un valor medio de sodio de 132 mmol/L. El 50% de los pacientes con hiperpotasemia presentaban un GTTK disminuido (frente al 18.7% de los pacientes con normocaliemia) siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0.017$ ). Encontramos una EFNa elevada en el 16% de los pacientes con hiponatremia. Dentro del subgrupo de los pacientes que presentan uropatía obstructiva y RVU grado III-V el 43% de los que presentan hiponatremia presentaban EFNa elevada frente a un 12.8% de los pacientes sin uropatía y ningún paciente con uropatía no obstructiva.

**Conclusiones.** Las alteraciones electrolíticas son frecuentes en los pacientes con pielonefritis encontrando en más de la mitad hiponatremia. La elevación de la EFNa y la disminución del GTTK en los pacientes que presentan hiponatremia e hiperpotasemia respectivamente, pone de manifiesto un aumento de la excreción renal de sodio y una disminución de la de potasio, que traduce un déficit de aldosterona o la incapacidad de responder a esta hormona, y que en el contexto de una pielonefritis es compatible con un pseudohipoaldosteronismo.





116 HEMATURIA MACROSCÓPICA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS. B. Montoro González, Y. Rodríguez Santana, S.M. Rivero Rodríguez, B. Valenciano, I. Melián, S. Todorcevic. *Complejo Hospitalario Universitario Materno-Infantil de Canarias.*

**Introducción.** La emisión de “orina oscura” en el niño constituye un signo de alarma para los padres que lo consideran un motivo para demandar la atención en un Servicio de Urgencias.

**Objetivo.** Analizar los datos epidemiológicos de los pacientes que acuden a un SU por la presencia de “orina oscura” en los que se confirma la presencia de Hematuria Macroscópica (HM).

**Material y métodos.** Estudio epidemiológico, descriptivo y retrospectivo en el que se incluyen aquellos pacientes de 1 mes-14 años de edad que acudieron al SU durante el año 2008 y en los que se confirmó la presencia de HM mediante el análisis microscópico de la orina. Se analizaron los siguientes datos: incidencia global y estacional, edad, sexo, presencia de otras alteraciones en el sedimento urinario, síntomas asociados, sospecha diagnóstica, diagnóstico definitivo y la correlación entre la sospecha diagnóstica y el diagnóstico definitivo.

**Resultados.** Durante el año 2008 se recibieron en el S.U. 51.638 pacientes de los cuales 78 consultaron por orina oscura. La incidencia global fue de 15 de cada 10:150 pacientes, situándose la moda en el mes de julio, en el que acudieron 13 pacientes. La edad media fue de 74 meses (rango 1 a 156 meses con una desviación típica de 44), el 56,4% fueron varones y el 43,6% mujeres.

La HM fue el único síntoma en el 16,6% y se asoció a síntomas nefrourológicos en el 60,2% y a sistémicos en el 7,6%. El diagnóstico definitivo más frecuente fue el de infección del tracto urinario. La correlación entre el diagnóstico de sospecha y el definitivo fue del 96,2%.

**Conclusiones:**

1. En un SU pediátrico la HM constituye una causa poco frecuente de consulta, es más frecuente en varones en edad escolar y tiene una incidencia estacional.
2. La causa más frecuente fue la Infección del Tracto Urinario.
3. En nuestro SU el diagnóstico de sospecha fue confirmado en el 96,2% de los casos lo que indica que una exploración y una HC inicial correcta permite una correcta orientación diagnóstica.



117 HEMATURIA MACROSCÓPICA EN URGENCIAS. MOTIVO FRECUENTE DE INGRESOS. ESTUDIO DESCRIPTIVO. E.M. Jiménez Pérez, S. Beltrán García, Y. Romero Salas, M. Justa Roldán, C. Campos Calleja. *Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.*

La hematuria macroscópica es un hallazgo frecuente en los Servicios de Urgencias pediátricas. Vamos a exponer una casuística descriptiva realizada en colaboración con los Servicios de Urgencias y Nefrología de un Hospital de referencia.

**Material y métodos.** Para su elaboración hemos revisado todas las historias clínicas entre los años 2005 y 2008 de niños con edades comprendidas entre 1 mes y 15 años, cuyo motivo de ingreso desde urgencias fue hematuria macroscópica.

**Resultados.** Se han recuperado un total de 60 historias. Por grupos de edades el más frecuente fue el de niños entre 5 y 10 años, siendo un 44% del total. El sexo más afectado fue con clara superioridad el masculino con un 72% de los pacientes. Se ha investigado el antecedente de infección, encontrándose en un 62% de los casos; siendo en el 36% previo al episodio de hematuria, y en un 27% coincidente con el mismo. El foco era respiratorio en el 72% de las ocasiones. La hematuria macroscópica se acompaña de proteinuria en el 43% de las historias revisadas, un 13% de HTA, un 20% de edemas y un 8% de disminución del filtrado glomerular. El diagnóstico etiológico al alta para el grupo total fue: glomerulonefritis postestreptocócica (29%), hematuria aislada autolimitada (13%), ITU baja (10%), pielonefritis aguda (5%), nefropatía Ig A (8%), Púrpura de Schönlein-Henoch (5%), infección por *Schistosoma haematobium* (5%), urolitiasis (2%). En un 23% de los casos, no se ha determinado hasta el momento actual el diagnóstico etiológico estando pendientes de biopsia renal en algunos de ellos.

**Conclusiones.** La hematuria macroscópica supone un motivo nefrológico frecuente en urgencias. Cuando nos encontramos en esta situación, debemos ser capaces de identificar precozmente alguna de las enfermedades que por su pronóstico más grave precisan de una consulta urgente con la unidad de Nefrología. Es por ello que en nuestro Servicio de Urgencias disponemos de un protocolo de actuación que facilita el manejo diagnóstico y terapéutico de estos niños.



118 **GLOMERULONEFRITIS AGUDA ASOCIADA A NEUMONÍA NEUMOCÓCICA.** C. García-Vao Bel, T. Alarcón Alacío, M. Zafra Anta, N. Nieto Gabucio, M.M. Manrique Arcos, M.J. Mivero Martín. *Hospital de Fuenlabrada.*

**Fundamentos.** El estreptococo pyogenes es la causa más frecuente de glomerulonefritis aguda (GNA) postinfecciosa en la infancia. Una causa menos frecuente de la misma es el estreptococo pneumoniae. Presentamos el caso de un paciente de 2 años con cultivo en sangre positivo para estreptococo pneumoniae asociado a glomerulonefritis aguda.

**Observaciones clínicas.** Paciente varón de 2 y medio años de edad que acude a urgencias por presentar orinas oscuras de 48 horas de evolución y polaquiuria, afebril las últimas 48 horas, previamente había presentado fiebre en picos la última semana en tratamiento con antitérmicos, había sido valorado por su pediatra como viriasis y no se refiere ingesta de antibióticos. Exploración Física (EF): peso: 13.7 kg (P50), talla: 91 cm (P75), T<sup>a</sup> (axilar) 36.7°C, TA: 105/64. Buen estado general, no erupciones anómalas, edemas palpebrales. No dificultad respiratoria. ACP normal. Abdomen normal. ORL: hiperemia faringoamigdalal sin exudado. Resto normal. Exploraciones complementarias: Hemograma: Hb: 10.2, 15.100 leucocitos (39%N, 45%L, 12%M), 429.000 plaquetas. Coagulación normal. Bioquímica: PCR: 5.2 mg/dl, cr 0.4 mg/dl, iones normales. Prot totales 7.9 g/dl, albúmina 3.3 g/dl, C3: 8 mg/dl, C4: 22.8 mg/dl, ANAs negativos. ASLO 1.380 UI/ml. Hemocultivo: positivo para *Streptococcus pneumoniae* (serotipo 33). Frotis faríngeo: flora saprofita. Sistemático de orina: D 1.020, pH: 6, proteínas +++, sangre +++, leucocitos +, sedimento: hematuria, 15-20 leucos/campo, índice proteínas/cr: 4.75. Urocultivo negativo Rx de torax: infiltrado en segmento postero basal derecho.

**Evolución y tratamiento:** Se instauró tratamiento con amoxicilina, IECAs y dieta hiposódica mas restricción líquida con favorable evolución, normalizó complemento a las 6 semanas, mantuvo microhematuria y proteinuria durante 2 meses (en disminución).

**Comentarios.** Aunque el estreptococo pyogenes sea la causa más frecuente de GNA postinfecciosa, deben considerarse otras etiologías en el diagnóstico diferencial de un síndrome nefrítico tras una enfermedad febril. La realización de hemocultivo con presencia de neumococo fue lo que condujo al diagnóstico etiológico en este caso, debido a la ausencia de sintomatología respiratoria. La existencia de unos títulos altos de ASLO asociado originan cierta confusión en el diagnóstico etiológico. Se precisa un seguimiento ambulatorio cuidadoso en estos casos para confirmar la evolución favorable o no de la nefropatía originada.



119 **GLOMERULONEFRITIS AGUDA POSTINFECCIOSA EN PACIENTE CON SÍNDROME NEFRÓTICO.** M.C. Carrasco Hidalgo-Barquero, A. Romero García, A. Romero Salguero, P. Asensio González, D. Naranjo Vivas, E. Hidalgo-Barquero del Rosal. *Hospital Materno Infantil Badajoz.*

**Introducción.** El síndrome nefrótico es el síndrome renal más frecuente en pediatría y está constituido por: edemas generalizados, oliguria, proteinuria, hipoalbuminemia e hipercolesterolemia. La glomerulonefritis aguda postinfecciosa es una inflamación aguda del riñón localizada principalmente en el glomérulo, que suele presentarse de forma aguda con hematuria, proteinuria, oliguria, edemas, hipertensión e insuficiencia renal, lo que constituye el denominado síndrome nefrótico. La incidencia de glomerulonefritis aguda ha disminuido considerablemente en los países industrializados como resultado de la mejoría de las condiciones de vida.

**Caso clínico.** Varón de 8 años diagnosticado a los 2 años de síndrome nefrótico córticosensible (probable lesiones mínimas) con frecuentes recaídas coincidentes con procesos infecciosos. Acude a urgencias por edemas palpebrales coincidiendo con proceso catarral. No oliguria, orinas de aspecto normal. Se constata en la exploración física dichos edemas, taquipnea, taquicardia e hipertensión arterial. En tira reactiva de orina se detecta microhematuria y mínima proteinuria. La ausencia de proteinuria severa, como era de esperar en un síndrome nefrótico, nos alerta de la posibilidad de otra patología. En bioquímica sanguínea: ascenso leve de urea y creatinina. No hipoproteinemia ni hipoalbuminemia Ecografía abdominal (detectándose derrame pleural bilateral) y radiografía de tórax (patrón compatible con edema agudo de pulmón). Con estos datos clínicos, se descarta recaída de su síndrome nefrótico y catalogamos de síndrome nefrótico agudo, precisando tratamiento con furosemida y enalapril.; evolucionando favorablemente. Los exámenes complementarios realizados confirmaron el diagnóstico de glomerulonefritis aguda postinfecciosa (descenso C3, ASLO y AntiDNAsa B elevados).

**Comentarios.** Destacamos la importancia de realizar un diagnóstico adecuado en un paciente en el que se presupone una recaída de su patología de base, dados sus antecedentes, y de conocer sus complicaciones más comunes. El empleo de medidas terapéuticas dirigidas hacia el tratamiento del síndrome nefrótico, en este caso podrían haber tenido graves consecuencias.



**ACTUACIÓN EN URGENCIAS ANTE SOSPECHA DE SÍNDROME NEFRÍTICO AGUDO: REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE NUESTRO PROTOCOLO.** L. Zanduetta Pascual, M.V. Velasco Manrique, Y. Romero Salas, M. Justa Rolán, C. Campos Calleja. *Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza.*

**Introducción.** En nuestro hospital se está trabajando en un “plan de mejora de urgencias pediátricas”, uno de cuyos objetivos es la protocolización y evaluación permanente de la pauta de actuación en Urgencias. El protocolo del Síndrome Nefrítico se creó en el 2007 y se fijaron como criterios de calidad la toma de Tensión arterial (TA), realización de Creatinina en plasma urgente con cálculo del Filtrado Glomerular (FG) estimado, instauración de la dieta sin sal como pilar fundamental del tratamiento y realización del cálculo de la Excreción fraccional de sodio (EFNa) en Urgencias como marcador de riesgo para plantear el tratamiento con furosemida en los pacientes que presentan edemas, cifras elevadas de TA o disminución del filtrado.

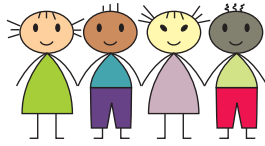
**Objetivos.** Revisión de los casos de Síndrome Nefrítico en los años 2007 y 2008, evaluación del cumplimiento de los criterios de calidad de nuestro protocolo y revisión bibliográfica para actualizar las pautas diagnósticas y terapéuticas.

**Material y métodos.** Se han revisado las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de Nefritis aguda en el periodo de tiempo comprendido entre el 2007 y 2008 y se ha realizado un estudio descriptivo de la actuación en el servicio de Urgencias previa al ingreso.

**Resultados.** Del total de urgencias atendidas durante los años 2007 y 2008, 12 pacientes (0,01%) ingresaron con sospecha de nefritis aguda y fueron finalmente dados de alta con dicho diagnóstico. El motivo de consulta más frecuente fue la hematuria macroscópica (80% de los casos). Únicamente un 30% de los pacientes referían un antecedente claro de cuadro infeccioso en las semanas anteriores. En cuanto al cumplimiento de nuestros indicadores de calidad, los resultados han sido: constancia de la TA (100%), realización de Creatinina urgente en plasma (90%), constancia de dieta sin sal en las órdenes de tratamiento (60%) y cálculo de la EFNa en Urgencias (100% de los pacientes en los que así estaba indicado)

**Conclusiones:**

- El cumplimiento del protocolo se ha conseguido con éxito, con excepción de la instauración de la dieta exenta de sal, indicador en el que nos hemos alejado del objetivo teórico. Si bien en prácticamente todos los casos se autó restricción hidrosalina, nos parece importante que se haga constar también la dieta sin sal como complemento a lo anterior.
- Basándonos en las nuevas evidencias científicas, la pauta de actuación en urgencias no ha precisado ser modificada.



Sábado 4 de abril, 10:15 h

## ACCIDENTES

Moderador: Dr. J.C. Molina Cabañero

### 121 ACCIDENTES TRAUMÁTICOS EN LACTANTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE SABADELL EN 2008. I. Iglesias Rodríguez, E.J. Travería Casanova, R. Baraibar Castelló. *Corporació Parc Taulí de Sabadell.*

Los primeros meses de vida son periodo de rápido desarrollo en el que los lactantes adquieren nuevas competencias que implican mayor riesgo de lesiones y traumatismos. Los accidentes resultan de la interacción entre el estadio de desarrollo de los lactantes, el entorno y sus cuidadores de los que depende exclusivamente.

**Objetivos.** Conocer el tipo de lesiones y parte del cuerpo afectada en los accidentes traumáticos en lactantes de hasta 12 meses, así como la causa y factores implicados en las mismas para una mejor prevención.

**Método.** Realizamos un análisis retrospectivo descriptivo de los casos de traumatismos en lactantes de hasta 12 meses atendidos en urgencias. Analizamos la edad (meses), sexo, lesión, parte del cuerpo afectada, causa o mecanismo de lesión, factores implicados, supervisión de adultos, pronóstico de las lesiones y atención precisada en urgencias. Para un mismo lactante, asignamos a cada episodio traumático un número en orden creciente.

**Resultados.** Se recogieron 174 episodios traumáticos de los cuales resultaron en traumatismo craneoencefálico 103 (59,8%), objetivándose fractura en 4 (3,8%) y lesión intracraneal en 1 (0,9%) de casos. Los episodios con resultado de contusión supusieron 17 (12,79%) casos siendo la cabeza la parte afectada con más frecuencia. Los accidentes de tráfico supusieron 16 episodios (9,3%). Por quemaduras fueron atendidos 6 lactantes (3,4%), siendo en todos los casos las partes afectadas las extremidades. La parte del cuerpo afectada fue la cabeza en 113 (65,6%) y el 14,5% las extremidades. La caída supuso la causa del episodio traumático en 101 (58,7%) episodios, siendo 83 (82,1%) de altura superior a la del lactante. Los factores implicados son cochecito 19 (26,3%), sofá/cama no adaptada en 28 (16,2%) del total de casos, brazos adulto 17 (9,8%) cambiador 6 (3,4%), trona 3 (1,7%), andador 3 (1,7%), escaleras 2 (1,16%), mesa 2 (1,16%) y cuna 1 (0,58%) del total de casos.

**Comentarios.** Destacan los episodios ocurridos en lugares no adaptados a las necesidades de los lactantes por lo que los pediatras no debemos descuidar la educación de la población en la prevención de accidentes. Esto hace pensar en la importancia del seguimiento y valoración del entorno de los lactantes que acuden en más de una ocasión al servicio de urgencias con lesiones traumáticas. Asimismo, episodios traumáticos repetidos aunque sean leves deben hacer extremar la vigilancia sobre el entorno del lactante.



**EPIDEMIOLOGÍA DE LAS LESIONES POR ACCIDENTES DE TRÁFICO EN MOTOS Y FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS.** F. Panzino, N. Torre Monmany, V. Trenchs Sainz de La Maza, C. Luaces Cubells, J. Pou Fernández. *Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Hospital Universitari Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona.*

**Introducción.** Las motos, sus conductores y acompañantes, constituyen una población vulnerable frente a otros vehículos con lo que comparten la vía pública. Existen escasos estudios sobre lesiones por este tipo de accidentes en edad pediátrica.

**Objetivos.** Definir el perfil del accidentado en motos. Describir la epidemiología de las lesiones producidas por estos accidentes y los factores relacionados. Describir la relación entre el uso del casco y la morbilidad de las lesiones.

**Material y métodos.** Estudio analítico-observacional. Se recogen los datos procedentes de las Historias Clínicas Informatizadas (HCI) y Partes de Accidentes (PA) de los menores accidentados, visitados en nuestra Sección de Urgencias (SU) desde Junio de 2005 a Mayo de 2006. Se clasifican las lesiones según el Injury Severity Score (ISS) en leves: ISS<10, moderadas: ISS: 11-19 y graves: ISS>20.

**Resultados.** Se incluyeron 213 pacientes (85% varones), la mediana de edad fue 16,4 años (p25-75:15,4 -17,1). El 84,5% de los accidentes ocurrieron en área urbana; el 38% en verano; el 33,3% en fin de semana y el 38,5% entre las 18 y 21 hs. Los accidentes más frecuentes fueron: Colisión con automóvil (52,3%) y caída simple (38,3%). El sistema de emergencias se activó en 73,1% de los casos y la ambulancia convencional fue el vehículo más empleado (56,3%). La mediana de tiempo de respuesta fue de 10 min. (p25-75: 10-15 min). Ocho pacientes (3,8%) requirieron RCP in situ (1 básica y 7 avanzada); 39 (18,3%) requirieron curas tópicas y 16 (7,5%) inmovilización de fracturas. El hospital fue el primer centro consultado (97,7%) y la mediana de tiempo de traslado fue: 10 min. (p25-75: 10-20 min.). Dos pacientes (2%) resultaron ilesos y 32 (15%) presentaron politraumatismo. De los 211 (98%) lesionados, 192 (91%) sufrieron lesiones leves, 12 (5,7%) moderadas y 7 (3,3%) graves, localizadas principalmente en extremidades (86,7%) y cabeza/cuello (25,6%); las lesiones más frecuentes fueron: Contusiones (73,9%), fracturas cerradas (33,2%), heridas superficiales (29,4%) y traumatismos craneo-encefálicos simples (TCE: 14,2%). Un 5,2% sufrieron lesión intracraneal (LIC). De los 154 casos (72,3%) en los que pudo conocerse la utilización del casco, el 11% no lo llevaba. Los pacientes sin casco presentaron lesiones más graves y moderadas que leves (35,3% vs. 8%-p<0,004), mayor índice de politrauma (52,9% vs. 12,4%-p<0,001) y LIC más frecuentemente que los que lo usaron (29,4% vs. 3,6%; p=0,002). Requirieron ingreso 64 (30%) pacientes con una estancia mediana de 3 días (p25-75: 1-12 días). Dos pacientes (0,9%) fallecieron a las 24 hs; uno de ellos no llevaba casco.

**Conclusiones.** 1) El perfil del accidentado es el de un varón adolescente que circulando por área urbana las tardes de un fin de semana del verano colisiona contra un automóvil. Conocer este perfil permite definir el grupo de riesgo hacia el cual dirigir futuras estrategias preventivas. No llevar casco significó mayor morbilidad y un riesgo 8 veces superior de sufrir LIC. 2) Aunque la mayoría de lesiones resultaron leves es destacable el elevado índice lesional y la mortalidad inherente a los accidentes de tráfico en motos.



123 **EPIDEMIOLOGÍA DE LAS LESIONES POR ATROPELLO Y FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS.** N. Torre Monmany, F. Panzino, V. Trenchs Sainz de La Maza, C. Luaces Cubells, J. Pou Fernández. *Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Hospital Universitari Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona.*

**Introducción.** Los atropellos constituyen la segunda causa de lesión no intencional asociada a muerte entre niños de 5 a 14 años. En 2005 España registró el peor índice de muertes de peatones por millón de habitantes entre 10 países de la U.E.

**Objetivos.** 1) Definir el perfil del atropellado. 2) Describir la epidemiología de las lesiones causadas por atropello y los posibles factores de riesgo relacionados.

**Material y métodos.** Estudio analítico-observacional. Se realiza una recogida de datos procedentes de Historias Clínicas Informatizadas (HCI) y Partes de Accidentes (PA) de los atropellados, visitados en nuestra Sección de Urgencias (SU) desde febrero de 2005 a junio de 2006. Se clasificaron las lesiones según el Injury Severity Score (ISS) en leves (ISS<10), moderadas (ISS: 11-19) y graves (ISS>20).

**Resultados.** Se incluyen 134 pacientes (61.9% varones), la mediana de edad fue 8.8 años (p25-75: 4.5-12.2). El 94.1% ocurrieron en área urbana, el 32.1% en verano entre las 17-20 horas (45.8%) y no se encontró diferencia estadísticamente significativa entre los días de la semana. El vehículo más implicado fue el automóvil (77.8%). El sistema de emergencias se activó en el 63.4% de los casos utilizándose principalmente la ambulancia convencional (49.3%) con un tiempo medio de traslado de 15 minutos. El 32.8% empleó un vehículo particular. El centro más consultado fue el hospital (93,3%). Resultaron ilesos 4 pacientes (3%) y 19 (14.6%) sufrieron politraumatismo. De los 130 (96%) pacientes lesionados, el 91.7% sufrió lesiones leves, el 3.1% moderadas y un 2.4% graves; localizadas principalmente en: Extremidades (70.1%), cráneo (37%), cara (17.9%) y tórax (11.2%); siendo las lesiones más frecuentes: Contusión (67.2%), traumatismo cráneo-encefálico simple (34.3%), fractura cerrada (26.1%) y herida superficial (17.2%). Requirieron ingreso 32 pacientes (23,9%) con una mediana de estancia de 2.5 días (p25-75: 1-4). La mortalidad a las 24 hs fue 1.5% (2 pacientes).

**Conclusiones.** 1) El perfil de las víctimas de atropello responde al de un varón en edad escolar que resulta atropellado principalmente por un automóvil circulando en área urbana en las tardes de verano. Conocer este perfil nos permitirá saber a qué grupo de riesgo y en que ámbito es necesario difundir las futuras estrategias de prevención. 2) Aunque la mayoría de las lesiones resultaron contusiones leves es destacable el elevado índice lesional y la mortalidad inherente a los atropellos.





**EPIDEMIOLOGÍA DE LOS ACCIDENTES ESCOLARES ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.** E. Guirado Sayago, S. Larrosa Capacés, A. Domingo Garau, F. Panzino, J.M. Quintillá Martínez, C. Luaces Cubells. *Hospital Universitari Sant Joan de Deu. Barcelona.*

**Objetivos.** Conocer las características de los accidentes escolares que son atendidos en el Servicio de Urgencias (S.U.) de nuestro hospital y definir el perfil del paciente accidentado en ámbito escolar.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo y descriptivo. A través del registro informatizado de las historias clínicas de Urgencias se extrae una muestra aleatoria del 15% de la población (224/1493 pacientes), visitada en el S.U. durante el 2008, por las lesiones sufridas en el ámbito escolar. Las variables estudiadas son: sexo, edad en años (se clasifica en 3 grupos: <3, 3-10 y 11-18), motivo de consulta, medio de transporte y acompañante, franja horaria de visita (escolar entre 9:00 h y 17:00 h, extraescolar de 17:00 h a 21:00 h y nocturna, después de las 21:00 h) y destino al alta.

**Resultados.** De la muestra estudiada el 63.8% son niños con mediana de edad 9,83 años (rango: 6 meses y 17.92). Los motivos de consulta más frecuentes en el total de la muestra son: la caída, incluyendo 2 precipitados (54.1%), los golpes (44.1%), cuerpo extraño ocular (1,3%) y lesión por cáusticos (0,4%). Por grupos de edad encontramos que en <3 años (n=16) el 75% consultan por caída y el 25% por golpes; de 3-10 años (n=99), el 51.5% por caídas, por golpes el 46.5% y cuerpo extraño ocular el 2% y de 11-18 años (n=109) 53.2% caídas, 44.9% golpes y cuerpo extraño ocular y lesión cáustica el 0.9% cada uno. El 85.5% llegan al hospital acompañados por un familiar, el 12.6% lo hace con personal del centro escolar, 2 casos (0.9%) acuden solos y en 2 casos no consta. El 80.9% de pacientes no hacen uso de transporte sanitario. El 65,6% de los casos consultan en horario escolar, un 20.9% de las visitas son en horario extraescolar y un 5.4% acuden durante la noche. El 6.4% de los pacientes ingresan en el hospital.

**Conclusiones.** El traumatismo por caída o golpe es el principal mecanismo del accidente escolar. El porcentaje de ingresos es similar al general de todos los motivos de urgencia.



125 TRAUMA CRANEOENCEFÁLICO EN URGENCIAS: NUESTRA CASUÍSTICA. J. González González, M.J. Carbonero Celis, I. Juguera Rodríguez, M. Losana Ruiz, F.J. Freire Domínguez, J. González-Hachero. H.U. Virgen Macarena. Sevilla.

**Objetivos.** Revisar la actuación habitual en el área de urgencias del Hospital Universitario Virgen Macarena.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de revisión de historias clínicas en la que se incluyeron pacientes menores de 14 años, que no presentaran patología neurológica previa y que acudieron por traumatismo craneoencefálico (TCE) a la urgencia de nuestro servicio en el período comprendido entre el 1/10/07 y el 25/03/07. Los datos recogidos fueron edad, sexo, lugar y forma en que se produjo el traumatismo, signos y síntomas acompañantes, pruebas complementarias realizadas y evolución hasta el alta.

**Resultados.** se incluyeron 300 pacientes de los que el 57% eran varones. El grupo etario más numeroso fue el comprendido entre 1 y 2 años (35%). la causa más frecuente fueron las caídas accidentales (73%) de las que el 42% de éstas fueron desde una altura de 50-100 cm. El síntoma más prevalente fue el vómito (30%). Se realizó radiografía craneal al 80% y TC al 2%. Sólo el 2% de los pacientes presentó fractura o lesión intracraneal (LIC). El 18% permaneció 12-24 h bajo observación hospitalaria por vómitos persistentes o tendencia al sueño tras el TCE. 2 pacientes (0,67%) precisaron ingreso en UCIP por LIC y otros 4 (1,3%) fueron ingresados por fractura craneal no precisando cirugía. Todos los casos evolucionaron favorablemente y sin incidencias.

**Comentarios:**

1. El grupo más numeroso fue el comprendido entre 1-2 años, debido principalmente a distracciones de los progenitores.
2. Se detectó una alta prevalencia de los vómitos en la muestra estudiada
3. Se realizaron un excesivo número de radiografías de cráneo tal vez debidas a la presión asistencial y a la falta de un protocolo de actuación.
4. Se detectó una baja tasa de LIC que no corresponde con las series de similares características revisadas.
5. Se puede indicar la observación domiciliaria si no existen parámetros clínicos de alerta y existe la posibilidad de supervisión por un adulto responsable.



126 TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS LEVES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS. A.M. Corre-  
as Sánchez, M. Terrasa Nebot, N. Ramírez Martínez, I. Onsurbe Martínez, J.V. Sotoca Fernández, M. Doyle Sánchez. *Hos-  
pital General Universitario de Albacete.*

**Objetivo.** Analizar la idoneidad de los criterios utilizados en un hospital terciario para la realización de tomografía computeri-  
zada (TC) craneal tras un traumatismo craneoencefálico (TCE) leve.

**Métodos.** Se incluyen los pacientes atendidos en el servicio de urgencias pediátricas durante 7 meses con TCE leve (entendido  
como Glasgow mayor o igual a 13), describiendo los criterios empelados para la realización de TC craneal y los resultados obte-  
nidos.

**Resultados.** Se obtienen, desde Junio hasta Diciembre de 2008, un total de 467 pacientes con TCE leve (2,6% del total de las  
urgencias atendidas). Un 97,6% presentaron un Glasgow de 15. La edad media de los pacientes fue de 4,6 años (rango desde 7  
días hasta 13 años) y el 63,3% fueron varones. Se realizó TC a 18 pacientes (3,8%). El deterioro del nivel de conciencia fue la  
manifestación clínica que motivó la solicitud de TC con más frecuencia (55%). La presencia de más de 3 vómitos aislados (22%)  
o asociados a cefalea (11%) también fueron indicaciones de realización de TC. Un paciente presentó una convulsión y otro un  
hemotímpano, realizándose TC a ambos. La TC craneal fue normal en 44% de los pacientes. Entre los hallazgos de la TC se  
encuentran: fractura no desplazada en 4 pacientes, uno de ellos con hematoma subdural asociado; hemorragia subaracnoidea  
en 2 pacientes; fractura deprimida en uno y hematoma epidural en otro; solo los dos últimos fueron subsidiarios de intervención  
neuroquirúrgica.

**Conclusiones:**

1. La ausencia de criterios estandarizados para la realización de TC craneal tras un TCE leve propicia una frecuencia variable de  
realización de pruebas de imagen según cada centro.
2. En la serie presentada destaca la alta frecuencia de hallazgos patológicos en los TC practicados.
3. A pesar de los hallazgos, ha sido excepcional la necesidad de tratamiento quirúrgico.
4. Sería necesaria la implementación de guías clínicas con criterios estandarizados para homogeneizar la realización de neuroi-  
magen tras un TCE leve.



127 RELEVANCIA DE LA DETERMINACIÓN PLASMÁTICA DE LOS NIVELES DE PROTEÍNA S100 EN EL MANEJO PRÁCTICO DE LOS TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA. C. Pérez Cánovas, L. Quesada Dorigne, M.V. López Robles, C. Solano Navarro, J. Rodríguez García, J. Rodríguez Caamaño. *Urgencias Pediatría. H.U. Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

**Introducción.** El traumatismo craneoencefálico (TCE) se asocia a alteración en la función de la barrera hematoencefálica. En ese contexto resulta posible encontrar en sangre periférica indicadores analíticos de daño neuronal. En concreto, la proteína S100 B sintetizada por las células astrogliales, que aparece en el torrente sanguíneo tras la agresión craneoencefálica ha sido estudiada con el fin de identificar traumatismos complicados, postulándose su mayor utilidad en aquellos casos en los que la valoración clínico radiológica ofrece dudas.

**Objetivos.** El propósito de nuestro estudio es analizar los niveles séricos de proteína S100 en los TCE pediátricos atendidos en Urgencias de Pediatría de nuestro hospital, según su nivel de gravedad por escala de Glasgow, la existencia o no de sospecha radiológica de fractura y la sintomatología asociada al traumatismo. Nos detendremos en la capacidad predictora de la proteína S100 en el análisis de los TCE de gravedad leve y moderada.

**Material y métodos.** Recogida sistemática de los datos dentro de un protocolo de estudio abierto analizando datos de la historia clínica (Glasgow, patología asociada, clínica neurológica...) y estudios analíticos y de imagen (determinación plasmática de proteína S100, radiología, TAC...). Se presentan los resultados de 99 pacientes recogidos hasta la fecha.

**Resultados.** No encontramos una relación estadísticamente significativa entre los niveles plasmáticos de la proteína S100 y la gravedad del traumatismo. En los casos de gravedad intermedia y en aquellos en los que la valoración clínica y radiológica puede ofrecer dudas al pediatra, la elevación significativa del nivel de la proteína S100 (por encima de 1 mg/dL) se asocia positivamente a hallazgos patológicos en el TAC.

**Conclusión.** Por su alto valor predictivo negativo, la proteína S100 constituye un elemento de cierta utilidad en la valoración del TCE leve y/o moderado. En principio, a expensas del análisis de mas casuística, creemos que podría tener utilidad para limitar pruebas de neuroimagen en aquellos casos con niveles de proteína S100 normales para los diferentes rangos de edad.



128 PREDICCIÓN DE SUPERVIVENCIA A 7 DÍAS EN EL NIÑO TRAUMATIZADO GRAVE: ANÁLISIS DE 255 PACIENTES. N. de Lucas García, J. Martín Sánchez, J.A. Ruiz Domínguez, M.J. García-Ochoa Blanco, P. Cuesta Alvaro, S. García García. *Servicio Urgencias de Pediatría. Hospital General Universitario La Paz. Madrid.*

**Introducción.** El traumatismo grave es la principal causa de muerte y secuelas graves en el niño mayor de un año. Distinguir los factores asociados a su supervivencia tiene diversas utilidades: a) ayuda a la toma de decisiones relativas al tratamiento y hospital de traslado cuando la herramienta de apoyo a la decisión es sencilla y precoz, b) selección y análisis de pacientes con mortalidad no esperada, c) establecimiento de hipótesis sólidas para mejora de los procesos asistenciales, etc.

**Objetivos.** Detectar variables asociadas a supervivencia a los 7 días en el niño traumatizado grave.

**Métodos.** Se estudiaron 255 niños traumatizados graves atendidos por un Servicio de Emergencias Prehospitalario. Se analizaron variables asociadas al paciente (edad, sexo), al traumatismo (tipo de accidente, área corporal más afectada), a la relación temporal con la asistencia (tiempo hasta llegada de la ambulancia, tiempo de asistencia en el lugar del accidente, tiempo hasta la llegada al hospital), constantes (FC, FR, PAS, PAD) y GCS al inicio de la asistencia en el lugar del accidente, variables asociadas al tratamiento inicial (intubación previa a la llegada al hospital, fluidoterapia por kg de peso) y se relacionaron con la supervivencia a 7 días. Se realizó análisis multivariante con regresión lineal.

**Resultados.** Se trataba de niños menores de 18 años (54,1% accidentes de tráfico, 19,6% precipitaciones, 12,2% heridos por arma blanca) de los que el 94,5% habían sobrevivido a las 6 horas del traumatismo y el 90,5% a los 7 días. El análisis multivariante seleccionó como variables firmemente asociadas a supervivencia a 7 días, con  $R^2 0,51$ ,  $p < 0,0001$  ( $10^{-16}$ ): a) GCS, b) PAS mayor del percentil 10 para la edad, c) menor administración de fluidos intravenosos por kg y d) la intubación en el medio prehospitalario.

**Conclusiones y discusión.** Destaca que la supervivencia a 7 días del niño traumatizado grave se explique en un 51% únicamente con factores prehospitalarios, dos de ellos no modificables (GCS y PAS por encima del percentil 10 medidas inicialmente en el lugar del accidente). La intubación prehospitalaria tuvo efecto protector, probablemente porque fue llevada a cabo por personal sanitario entrenado y con buen criterio. La administración de más fluidos por kg de peso como factor negativo independiente merecería un estudio específico aparte, con el fin de seleccionar los subgrupos que se beneficiarían de mayor y menor administración de fluidos intravenosos. La transferencia de los datos prehospitalarios debería realizarse con gran rigor y ser incluida sistemáticamente en la historia clínica del paciente. La falta de asociación entre tiempos y supervivencia puede deberse a que el tiempo de respuesta de las ambulancias se movió en un rango homogéneamente bajo.



**ASPIRACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO: NO ES UN JUEGO DE NIÑOS.** L. Rodríguez Romero, M.A. Murillo Pozo, A. Amieva Torres, V. Sánchez Tatay, M.T. Alonso Salas, M. Loscertales Abril. *Servicio de Urgencias, Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Introducción.** La obstrucción de la vía aérea por aspiración de cuerpo extraño (ACE) es una patología prevalente en pediatría con alta morbilidad especialmente en menores de 5 años.

**Objetivos.** Analizar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes que consultan por ACE en el servicio de urgencias de un hospital terciario.

**Método.** Estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de historias clínicas incluidas en nuestra base de datos informatizada. Para el análisis de las variables cuantitativas se utilizaron porcentajes de frecuencias relativas y, para las variables agrupadas en intervalos la mediana como medida de centralización.

**Resultados.** Del total de urgencias atendidas en el periodo de Marzo de 2007 a Diciembre del 2008 (134197) se registraron un total de 17 casos de ACE, 6 en 2007 y 11 en 2008. De ellos, el 76,5% (13/17) ocurrió en menores de 5 años. El 52,9% (9/17) eran mujeres. Un 53% de los cuerpos extraños aspirados fueron frutos secos y en menor frecuencia (11,8%) pequeños juguetes. Los meses de mayor prevalencia fueron los correspondientes al otoño, con un discreto repunte en primavera.

La crisis de tos fue la forma de presentación más frecuente (41,2%) seguida de sofocación (23,5%). Un caso debutó con un síncope y otro llegó a urgencias en parada cardio-respiratoria. La mediana del intervalo de tiempo hasta la primera consulta fue de 3-6 horas y la mayoría (64,7%) consultó por primera vez en urgencias de este hospital. El antecedente no siempre fue claro y la sospecha clínica resultó determinante para el diagnóstico.

Analizando la semiología al ingreso, el 58,8% presentaba hipoventilación, el 23,5% sibilancias y en el 17,6% la auscultación fue normal. La radiografía de tórax realizada al ingreso mostró atrapamiento aéreo en el 41,1%, atelectasia en el 23,5% y fue normal en el resto. La broncoscopia rígida fue la técnica de elección empleada para la extracción en el 87,5% y sólo en dos casos se usó la fibron Broncoscopia, localizándose la mayoría (82,3%) en bronquio principal derecho.

Todos los pacientes evolucionaron favorablemente excepto un caso que ocasionó parada cardiorrespiratoria inmediata en domicilio y fue éxitus.

**Conclusiones:**

- La ACE es un motivo de urgencia que requiere una atención especializada inmediata.
- La localización del cuerpo extraño es fundamental para el pronóstico.
- Los frutos secos son la causa más frecuente de broncoaspiración en nuestra serie.



130 **COMPLICACIÓN RESPIRATORIA TRAS INGESTA DE CUERPO EXTRAÑO.** C. Remón García, M.I. Díaz Flores, C. Montero Valladares, I. Benítez Gómez, M.T. Alonso Salas, M. Loscertales. *U.G.C. Cuidados Críticos y Urgencias Pediátricas del H.U. Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Fundamento y objetivos.** La ingesta de cuerpos extraños es frecuente en las urgencias pediátricas, más en menores de 5 años. La mayoría consultan en las primeras 36 horas del accidente. El 20% de los mismos quedan alojados intraesofágicos. El 50% están asintomáticos, y la clínica más frecuente es la disfagia, odinofagia, sialorrea y regurgitación. Si existe lesión de la mucosa o perforación es común la presencia de fiebre, enfisema subcutáneo y más rara vez cuadro séptico

**Observaciones clínicas.** Lactante de 8 meses con tos continua de un mes de evolución diagnosticado de bronquitis, con aumento de la dificultad respiratoria en las últimas 24 horas. Es remitido por su pediatra por presentar un cuerpo extraño en radiografía de tórax realizada en su centro de salud. La madre niega historia de sofocación o ingesta de cuerpo extraño. A su llegada a urgencias presenta buen estado general, polipnea, leve tiraje subcostal y en la auscultación pulmonar existe una hipoventilación y sibilancias en hemitórax izquierdo. En la radiografía anteroposterior de tórax se evidencia un cuerpo extraño punzante (imperdible abierto) en porción medial de hemitórax izquierdo, atelectasia y derrame pleural ipsilateral. Se realiza radiografía lateral de tórax localizándose el cuerpo extraño posterior a la tráquea, a nivel del tercio medio del esófago. Diagnóstico: Cuerpo extraño intraesofágico con perforación del mismo y afectación del pulmón izquierdo. Tratamiento: Se procede a su extracción vía endoscópica y colocación de drenaje torácico en el mismo acto quirúrgico. Posteriormente pasa a UCI intubado y conectado a ventilación mecánica, realizándose en las siguientes 24 horas una fibrobroncoscopia flexible para determinar las lesiones ocasionadas en vía aérea, observándose una reacción inflamatoria tipo granulomatosa a nivel del bronquio principal izquierdo con una obstrucción del 90% de su luz. Se instaura tratamiento con corticoides a dosis altas y antibióticos de amplio espectro. Posteriormente evolución favorable con reducción progresiva del tamaño del granuloma consiguiéndose la extubación del niño a los 9 días de su ingreso. En controles posteriores tras el alta se evidencia la desaparición del granuloma dejando una reacción cicatricial sin obstrucción bronquial.

**Conclusiones:**

- La ingesta de un cuerpo extraño puede causar una perforación esofágica y afectación de órganos situados en proximidad.
- Es importante descartar la presencia de un cuerpo extraño ante síntomas respiratorios sin mejoría o ante una asimetría en la auscultación, aunque no exista historia previa sugestiva, siendo la radiografía de tórax el mejor método para el diagnóstico inicial.



131 CUERPOS EXTRAÑOS EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS. B. Toribio Rubio, E. Colino Romay, R. Rodríguez Díaz, V. Manzanares Gómez, F.J. Torres Núñez, M. Gómez Serrano. *Hospital de Fuenlabrada. Madrid.*

**Introducción.** Estudio realizado en nuestro hospital durante el año 2008, sobre pacientes que acuden a Urgencias Pediátricas por motivo de consulta: Cuerpo extraño. Los niños pueden llegar a introducirse por la boca diferentes objetos, denominándose cuerpo extraño. Estos objetos producen una serie de manifestaciones que pueden presentarse de diferentes formas: tos, disnea, vómitos...

**Objetivos:**

- Clasificar el tipo de cuerpo extraño en pacientes que acuden a Urgencias Pediátricas en 2008 con el fin de determinar el método diagnóstico que evidencie la existencia del cuerpo, el tratamiento y cuidados posteriores.
- Valoración de signos y síntomas para la determinación del riesgo evidente o potencial, y la celeridad en la actuación (priorización).

**Métodos.** Se recogieron pacientes en Urgencias Pediátricas cuyo motivo de consulta fue “Introducción de cuerpo extraño”, durante el período de 2008.

Se obtuvo un total de 12 casos y se recogieron las siguientes características: Localización, características del CE, características radiológicas, necesidad de traslado a otro centro o tratamiento in situ.

**Resultados.** El número de consultas en UP en el año 2008 fue de 34.036 pacientes, de los cuales 117 fueron por motivo de consulta “Introducción de cuerpo extraño”, es decir, un 0.34%.

De éstos 117 casos, en 86 casos existía evidencia de cuerpo extraño: 73.50%.

Se obtuvieron los siguientes resultados: 73.50% cuerpo extraño. Por localización: 51.16% localización en abdomen, 2.3% en vía aérea y 46.54% en otros. Características del CE: 99% regulares y 1% Irregular. Por características: 1% sustancias no radio opaca y 99% sustancias radio-opacas.

Traslado: 1.16% se trasladó y 98.8% resuelto in situ.

**Conclusiones:**

- Un 75% de las consultas a la UP por cuerpo extraño son justificadas, por existir evidencia radiológica y sintomatología.
- En prácticamente el 99% de los casos que vemos en nuestro centro, se resuelven in situ y 1% presenta complicaciones y se realiza el traslado del paciente.
- La localización del cuerpo extraño en vía aérea entraña una mayor gravedad del proceso, así como la necesidad de empleo de técnicas más cruentas.
- Las características del cuerpo extraño determina el tiempo de estancia en la UP.





132 MORDEDURA DE VÍBORA: ACTUACIÓN EN URGENCIAS. N. Valverde Corres, L.E Seidler, M. Sancosmed Ron, N.T. Wörner, E. Lera Carballo, M. Martín González. *Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.*

**Fundamento y objetivos.** La mordeduras de víbora son poco frecuentes pero potencialmente graves. Según factores como la cantidad de veneno inoculado, localización de la lesión, la edad y la rapidez de instauración del tratamiento adecuado, el grado de envenenamiento puede variar desde una reacción localizada hasta la aparición de graves manifestaciones sistémicas.

**Observaciones clínicas.** Presentamos dos casos atendidos en nuestro centro en los últimos dos años. Dos varones de 5 años remitidos con historia de picadura de víbora en mano de 4 horas de evolución. El primero presentaba reacción local intensa con edema progresivo y sintomatología general leve. El segundo sólo reacción local. Se realizó en ambos casos lavado, desinfección y aplicación de frío local e inmovilización de la extremidad. Ingresaron con analgesia, antibióticos, corticoides y antihistamínicos endovenosos, precisando el primero además la administración de suero antiofídico específico. La evolución fue favorable en los dos casos.

**Comentarios.** Es importante conocer el manejo en urgencias de la mordedura de víbora y valorar la necesidad de administración de suero antiofídico.



Sábado 4 de abril, 10:15 h

## INFECCIOSAS

Moderador: Dr. F. Ferrés Serrat

133 **PATOLOGÍA RESPIRATORIA Y ORL EN 100.000 URGENCIAS PEDIÁTRICAS HOSPITALARIAS.** J. Melgar Perez, N. Iglesias, C. Sánchez Fontecha, M. Pulgar, M. Aguado, A. Castaño. *Unidad de Urgencias Pediatría. Servicio de Pediatría. Hospital de Cabueñes. Gijón.*

**Objetivo.** Conocer la importancia cuantitativa y la distribución de la patología respiratoria y ORL en las urgencias pediátricas no traumatológicas en un servicio de pediatría de un hospital cabecera de área sanitaria durante 6 años.

**Material y métodos.** Estudio ecológico (descriptivo y retrospectivo) de los datos informáticos de todas las urgencias pediátricas hospitalarias (0 a 14 años) no traumatológicas en el Área Sanitaria V del Principado de Asturias (Hospital de Cabueñes) entre el 1-1-2002 y el 31-12-2007. Selección y análisis temporal de la patología respiratoria y ORL.

**Resultados.** Se estudiaron 109.331 visitas a urgencias de pediatría (no traumatológicas), de las que 48.226 (44,1%) fueron procesos respiratorios y/o ORL. De los 48.226 niños con patología respiratoria y/o ORL, 18.253 fueron diagnosticados de infección respiratoria inespecífica de vías altas (16,7% del total de urgencias pediátricas y 37,8% de las urgencias respiratorias/ORL), 8.027 fueron diagnosticados de crisis de asma (7,3 y 16,6%, respectivamente), 7.739 otitis medias agudas (7,1 y 16%, respectivamente), 7.260 faringitis y amigdalitis (6,6 y 15,1%, respectivamente), 3.799 laringitis agudas (3,5 y 7,9% respectivamente), 1.984 neumonías (1,8 y 4,1% respectivamente), y 1.874 bronquiolitis (1,7 y 3,9%, respectivamente). De las 109.331 urgencias pediátricas totales, ingresaron en planta 8.366 niños (7,6%) y se trasladaron 630 niños (0,6%) a nuestro hospital de referencia para consulta quirúrgica y/o asistencia intensiva. De las 48.226 visitas por procesos respiratorios y/o ORL, ingresaron en planta 3.650 niños (7,6%) y se trasladaron 18 niños (0,4 por mil).

**Conclusiones.** La patología respiratoria y/o ORL supone más del 40% de las causas no traumatológicas de visita a un servicio de urgencias pediátrico. El consumo de recursos asistenciales de este tipo de patología parece excesivo si se tiene en cuenta la excelente cobertura de la atención primaria pediátrica en nuestro medio. (Esta comunicación se ha realizado con una Ayuda de Investigación de la Fundación Ernesto Sánchez Villares de Pediatría).



**IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA EL USO RESTRINGIDO DE ANTIBIÓTICOS EN LA FARINGOAMIGDALITIS AGUDA.** E. Mójica Muñoz, G. De la Fuente Echevarría, J.M. Sánchez Granados, S. Fernández de Miguel, V. Murga Herrera, A. Manzano. *Hospital Universitario de Salamanca.*

**Introducción.** La faringoamigdalitis aguda (FAA) es una de las causas más frecuentes de prescripción de antibióticos en pediatría, aunque la gran mayoría sean de etiología viral.

**Objetivos.** Realizar un protocolo de uso racional de antibióticos en niños diagnosticados de FAA en la Urgencia y valorar la seguridad, el cumplimiento y la eficacia del mismo. De forma simultánea realizar un estudio epidemiológico de los aislamientos bacterianos y analizar la sensibilidad de los mismos.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo realizado en el periodo de tiempo de mayo de 2007 a diciembre de 2008 de los niños <14 años que acudieron a urgencias y fueron diagnosticados de FAA. Los pacientes que ya estaban recibiendo antibioterapia fueron excluidos. Se procedió a la recogida de cultivo faríngeo y solo en los casos de fuerte sospecha clínica se iniciaba antibioterapia. Una vez recibido el resultado del cultivo se contactaba telefónicamente con los padres para iniciar o suspender el tratamiento en función de los resultados y de la actitud tomada en urgencias.

**Resultados.** En los 19 meses del estudio se incluyeron 871 pacientes, con una media de edad de 4,5 años. Por meses, la mayor incidencia de casos fue en Diciembre, con un 18,7%. En un 72% de los pacientes (626) no se identificó causa bacteriana. De los aislamientos, el 96% (236) resultaron *Streptococcus pyogenes*, 3,2% (8) *S.B.H.* grupo C y en un caso neumococo. Por grupos de edad, entre los 0-2 años la etiología bacteriana es excepcional (9%), entre los 3-4 años la gran mayoría (68%) tienen cultivo negativo y entre los 5-10 años se obtienen el 65% de los aislamientos de estreptococo ( $p < 0,001$ ). De los 871 casos, en un 56% (489) no se inició tratamiento y de estos solo en un 21% (105) se confirmó la etiología bacteriana. Respecto a la sensibilidad de los aislamientos, todos los casos resultaron sensibles a penicilina. En referencia al antibiótico prescrito, en los menores de 4 años se observa un mayor uso de amoxicilina y amoxicilina-clavulánico (81%), en tanto que en edades superiores a 8 años predomina la penicilina (42%). Durante el periodo del estudio no se registró en la provincia ningún caso de fiebre reumática.

**Conclusiones.** En nuestra experiencia, de forma inicial en más de la mitad de los casos no se inició tratamiento y de forma diferida el 21% de los pacientes recibieron antibiótico, con un ahorro de 384 ciclos de antibióticos. En nuestro medio está justificada la administración inicial de penicilina o amoxicilina debido a la baja prevalencia de resistencias. La implantación de un protocolo de uso restringido de antibióticos hasta la confirmación mediante cultivo resulta seguro y eficaz, no identificando casos de fiebre reumática durante el periodo del estudio.



**UTILIDAD DE TEST DE DIAGNÓSTICO RAPIDO EN LA INFECCIÓN POR EBHGA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.** Y. García Santos, S. Bozicnik, S. Serrano Perdomo, D. Irigo Carasio, A. Nimo Roman, S. Todorcevic. *Complejo Hospitalario Universitario Materno-Infantil de Canarias.*

**Introducción.** La faringitis aguda es una causa frecuente de consulta médica en los servicios de urgencias. El estreptococo del grupo A es responsable del 15 al 30% de casos de faringitis en niños, y su detección precoz es prioritaria, para implementar un tratamiento rápido y oportuno que evite tanto las complicaciones supurativas locales, como las tardías (fiebre reumática, glomerulonefritis). Los test rápidos son altamente específicos para la de detección del EBHGA, pudiendo ser comparables al cultivo de fauces. En nuestro servicio de urgencias fue introducido de forma rutinaria en el año 2007.

**Objetivos.** Conocer la utilidad del test de detección rápida del EBHGA en el servicio de Urgencias.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo realizado en pacientes menores de 14 años que consultaron en servicio de urgencias del Hospital durante el periodo julio-setiembre de 2008. Se revisaron las historias clínicas con diagnóstico de faringitis, faringoamigdalitis, angina y escarlatina. Las variables analizadas fueron edad, sexo, sintomatología, resultado del test y tratamientos administrados.

**Resultados.** De los 314 niños estudiados, se realizaron 178 test, 51 fueron positivos (40 mayores de 3 años, y 11 entre 24 y 35 meses); 127 pacientes resultaron negativos. De los 51 positivos, 46 presentaron fiebre, 25 odinofagia, 28 con exudado faríngeo y hubieron 4 casos de escarlatina.

De los 127 negativos, 116 presentaron fiebre, 46 odinofagia, 75 exudado faríngeo. No fueron prescritos antibióticos a los pacientes cuyo test resultó negativo.

**Conclusiones.** Las técnicas antigénicas rápidas son útiles para el diagnóstico de infección estreptocócica. La clínica es inespecífica, y la podemos encontrar en pacientes menores de 3 años a pesar de su baja incidencia. Estos test son rápidos, sencillos de realizar y no interfieren con la actividad habitual del servicio de urgencias, permiten disminuir la prescripción innecesaria de antibióticos, por lo que somos partidarios de continuar fomentando la implementación de estos test en los servicios de urgencia pediátricos.



**ABSCESOS PERIAMIGDALINOS EN PEDIATRÍA: ETIOLOGÍA, CLÍNICA Y EPIDEMIOLOGÍA.** E. Barredo Valde-rama, S. Zarzoso Fernández, N. Gil Villanueva, J. Lorente Romero, N. Navarro Patiño, C. Merello Godino. *Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

**Objetivos.** Los abscesos periamigdalinos son la infección más frecuente de tejidos profundos de cabeza y cuello y la complicación por excelencia de la infección amigdalar en pediatría. El *Streptococcus β hemolítico grupo A (S. pyogenes)* ha sido el principal patógeno implicado en la etiología de estas entidades. Sin embargo, algunos estudios han puesto en evidencia la importancia etiopatogénica de los microorganismos anaerobios. El objetivo de nuestro estudio es describir las características clínicas, epidemiológicas y la etiología de abscesos periamigdalinos en nuestra área sanitaria.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de niños con edades comprendidas entre 3 y 16 años diagnosticados de absceso periamigdalino en el Servicio de Urgencias entre junio de 2004 y junio de 2008. Mediante la revisión de historias clínicas se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, antecedentes, síntomas y signos al diagnóstico, pruebas complementarias, actitud terapéutica, microorganismo aislado y evolución clínica

**Resultados.** Incluimos 19 casos con diagnóstico de absceso periamigdalino según criterios clínicos y analíticos. La mediana de edad fue de 10 años, un 55% de casos fueron niñas. Los principales síntomas y signos que presentaban al diagnóstico fueron: odinofagia (100%), fiebre (75%), hipertrofia amigdalar (100%), asimetría amigdalar (80%) y adenopatías cervicales (40%). El 95% de los niños incluidos fueron tratados con drenaje quirúrgico y antibioterapia intravenosa (amoxicilina-clavulánico), un paciente presentó una evolución clínica favorable sin necesidad de drenaje quirúrgico. Un 15% de pacientes tenían como antecedente un episodio previo. El estudio microbiológico se realizó en 13 pacientes, aislándose en 7 de éstos *Streptococcus pyogenes* (38%), en otros 7 casos se aislaron bacterias anaerobias (38%) entre las que destacan *Fusobacterium sp*, *Prevotella sp* y *Clostridium sp*, en un caso *Streptococcus β hem grupo C* y en otro caso *S.pyogenes* asociado con *Bacillus sp*. La evolución fue satisfactoria en todos los pacientes, sin presentar complicaciones.

**Conclusiones.** Los abscesos periamigdalinos constituyen una enfermedad potencialmente grave que es diagnosticada clínicamente en el Servicio de Urgencias. Se aísla como agente etiológico una proporción semejante de bacterias anaerobias y *Streptococcus pyogenes*. El drenaje quirúrgico junto con la antibioterapia intravenosa (amoxicilina-clavulánico) es un tratamiento eficaz en esta patología.



137 PARESIA DEL VI PAR CRANEAL. SÍNDROME DE GRADENIGO COMO COMPLICACIÓN DE UNA SINUSITIS MAXILAR. E. Sanavia Morán, A. Rodríguez Sánchez de la Blanca, R. Rodríguez Caro, B. Huidobro Fernández. *Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

**Fundamento y objetivos.** El síndrome de Gradenigo es una forma de presentación de la petrositis aguda caracterizado por la tríada otitis media, dolor facial unilateral en la zona de inervación del trigémino y diplopía secundaria a parálisis del VI par. En la actualidad, debido al uso generalizado de los antibióticos, es una entidad poco frecuente siendo excepcionales los casos que cursan con la triada completa. La afectación del VI par es el signo más constante y en ocasiones el único hallazgo presente, como en el caso que presentamos a continuación.

**Observaciones clínicas.** Niña de 7 años que acude a urgencias por diplopía de 25 días de evolución y cefalea holocraneal opresiva intermitente con buena respuesta a analgésicos convencionales. No asociaba fiebre, síndrome constitucional ni otra sintomatología acompañante. En la exploración física se objetivaba paresia del VI par craneal derecho sin ningún otro signo de focalidad neurológica. Funduscopia y otoscopia normales. Resto de exploración sin alteraciones. Inicialmente se solicitó TAC craneal en la que se observaba lesión destructiva del ápex petroso. Ante estos hallazgos se realizó RMN que demostró ocupación del seno maxilar y las celdillas otomastoideas derechos y confirmó las lesiones anteriormente descritas, sugiriendo como primera posibilidad diagnóstica una petrositis apical y sinusitis maxilar. Inicialmente se instauró tratamiento antibiótico intravenoso con piperacilina-tazobactam continuándose con amoxicilina-clavulánico y ciprofloxacino oral. Presentó una evolución clínica satisfactoria, confirmándose normalización de los hallazgos radiológicos en control efectuado a las 6 semanas.

**Comentarios.** La parálisis del VI par en la infancia puede ser el síntoma inicial de diversas patologías. La valoración integral del paciente es fundamental para una correcta orientación diagnóstica. Cuando la parálisis del VI par aparece en el contexto de una afectación del área ORL, la petrositis es una de las entidades a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial, siendo necesaria la realización de una prueba de imagen. Clásicamente los casos descritos de síndrome de Gradenigo presentan antecedentes de otitis media. Sin embargo, en nuestra paciente se relacionó con una sinusitis maxilar, siendo esta asociación un hallazgo más infrecuente. En la actualidad el tratamiento antibiótico constituye el pilar terapéutico fundamental. Sólo en aquellos pacientes en los que no se evidencia una mejoría clínico-radiológica es necesaria la intervención quirúrgica. La mayoría de los casos presenta una evolución favorable con recuperación completa de la función del nervio.



138 SINUSITIS Y POTT'S PUFFY TUMOR; ¿UNA COMPLICACIÓN EVITABLE? I. Iturralde Orive, C. Canduela Fernández, G. López Santamaría, D. Jiménez Villareal, J. Gil Antón, J. López Bayón. *Hospital de Alto Deba Arrasate. Mondragón.*

**Fundamento.** La sinusitis es una patología frecuente en pediatría. El uso de antibióticos ha descendido la incidencia de sus complicaciones pero todavía hoy en día la sinusitis puede derivar en patología más grave como son las infecciones periorbitarias y/o intracraneales.

**Objetivo.** Nuestro objetivo es el de presentar un caso clínico en el que la sinusitis debutó como una complicación intracraneal poco frecuente y dar a conocer esta entidad; tumor de Pott's puffy.

**Caso clínico.** Niña de 11 años sin antecedentes de interés remitida por su pediatra a Urgencias por tumoración frontal en el contexto de cefalea, cuadro catarral y fiebre elevada de varios días de evolución. En la anamnesis únicamente presenta mínima tumefacción en zona seno frontal derecho sin ningún otro hallazgo. Se establece la sospecha clínica de sinusitis y se realiza Rx senos siendo informada como normal por lo que se decide instaurar tratamiento sintomático y observación domiciliaria.

24 horas después reconsulta por presentar convulsión focalizada en cara y pierna derecha ya resuelta y en exploración se objetiva únicamente claro aumento de tumefacción frontal dolorosa sin focalidad neurológica. Se realiza TAC cerebral que se informa como colección epidural y subdural frontoparietal derecha decidiéndose instaurar tratamiento antibiótico parenteral de amplio espectro y traslado al hospital de referencia donde ingresa en Unidad de Cuidados Intensivos.

A los 5 días de ingreso tras no mejoría con terapia conservadora se realiza drenaje quirúrgico con evolución clínica posterior satisfactoria.

En la actualidad no presenta secuelas siendo controlada por Neuropediatría.

**Comentarios.** El tumor de Pott's Puffy es una entidad clínica infrecuente consistente en un absceso subperióstico y osteomielitis del hueso frontal asociado o no a absceso sub/epidural que generalmente se presenta como consecuencia de una sinusitis frontoetmoidal parcialmente tratada.

Posiblemente el inicio temprano de terapia antimicrobiana en pacientes con sinusitis pudiera contribuir a erradicar esta patología; nuestra paciente quizá no hubiera desarrollado esta complicación si se hubiera instaurado tratamiento antibiótico de forma precoz



139 MASTOIDITIS, ACTUACIÓN EN URGENCIAS. A.M. Mateo Ferrando, I. Montejo Gañán, J.P. García Iñiguez, S. Beltrán García, M.C. García Jiménez, N.D. Royo Pérez. *Servicio Urgencias Pediatría. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.*

**Introducción y objetivos.** La mastoiditis aguda puede ser: simple, con periostitis y con osteítis. En los dos últimos casos es necesario una actuación más agresiva que en la simple, precisando tratamiento antibiótico intravenoso, miringotomía y en ocasiones mastoidectomía urgentes. El objetivo de este estudio es evaluar los casos con diagnóstico de mastoiditis y la actuación que precisaron en urgencias.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo, mediante la revisión de informes de los niños ingresados con diagnóstico de mastoiditis entre Agosto de 2005 y Diciembre de 2008. Se han recogido las variables edad, sexo, motivo de consulta, días de estancia hospitalaria, tratamiento antibiótico previo, radiografía de mastoides, analítica, consulta a otorrino, procedimientos, germen, tratamiento antibiótico intravenoso de elección y otros tratamientos.

**Resultados.** Se han recogido 41 casos con edades comprendidas entre los 7 meses y los 11 años, de los que 28 eran varones (68,30%) y 13 mujeres (31,70%). El motivo de consulta fue la fiebre, acompañada de despegamiento del pabellón auricular en 40 de los casos (97,56%), presentaron además eritema y edema retroauricular 26 (63,41%) y dolor a la palpación en esa zona 19 (46,34%). Todos quedaron ingresados en el servicio de infecciosos con un tiempo de estancia media hospitalaria de 6,29 días. 26 de los pacientes llevaban tratamiento antibiótico domiciliario por OMA (63,41%), los cuales tuvieron una estancia hospitalaria media de 5,92 días (en comparación con los de sin tratamiento previo con estancia media de 6,66 días). Respecto a nuestra actuación, se realizó radiografía de mastoides en 25 de los casos (60,97%), hemograma, PCR y consulta con otorrino en todos, precisando miringotomía en 16 de ellos (39,02%), y en 3 drenaje de absceso retroauricular. En un paciente se realizó TAC craneal por ataxia al 5º día de ingreso. En 10 casos se aisló el germen causal, en 4 de ellos positivo a *St. pneumoniae* (vacunación antineumocócica completa en 2 de ellos), 3 positivos a *Pseudomonas aeruginosa*, 1 positivo a *St. capitis*, 1 positivo a *st. pyogenes* y otro positivo a *Olliococcus otitidis*. Se instauró tratamiento antibiótico intravenoso en todos, siendo de elección Amoxicilina-clavulánico en 25 de ellos (60,97%) y Cefotaxima en 16 (39,03%), se añadió además tratamiento corticoideo en 4 (9,75%) tratamiento antibiótico tópico en 21 (51,21%), y tratamiento nasal tópico descongestionante en 3 (7,31%).

**Conclusiones.** La radiografía de mastoides debería ser una técnica en desuso por su difícil interpretación, y por la poca información que proporciona. Debemos tener en cuenta los síntomas de la mastoiditis, realizando un diagnóstico y tratamiento precoz para evitar complicaciones.





140 **CÓMO TRATAN LA FIEBRE LOS PADRES. I. Mastro Martínez, E. Pérez Suárez, D. Clemente Garulo, M. Martín Díaz, M. De la Torre Espí, J. Molina Caballero. Servicio de Urgencias. H.U.I. Niño Jesús. Madrid.**

**Objetivos:**

- Evaluar el tratamiento antitérmico que aplican los padres.
- Comparar los resultados con los de una encuesta similar realizada en el año 1999.

**Material y métodos.** Desde diciembre de 2008 hasta enero de 2009 se han realizado 201 encuestas a padres de niños que consultaron en el Servicio de Urgencias y que estaban ingresados en Pediatría general.

Se han considerado dosis correctas 10-15 mg/kg/dosis de paracetamol (dosis máxima diaria: 90 mg/kg/día) y de 5-10 mg/kg/dosis de ibuprofeno (dosis máxima diaria: 40 mg/kg/día).

**Resultados.** Utilizan medidas físicas 146 padres (72.6%); la más frecuente fue desnudar al niño (103; 70.5%). Todos pautan además antitérmicos: sólo paracetamol 73 (36,3%), sólo ibuprofeno 38 (18,9%) y alternan antitérmicos 90 (44.8%); de éstos, la mayoría cuando la fiebre no se controla con uno solo (70; 77.8%) y 17 lo hacen habitualmente (18.9%). El 42.8% (86) de los encuestados administra antitérmicos para controlar la fiebre aunque sea menor de 38°C.

Las dosis de los fármacos son inadecuadas en el 26.9% de los casos, en el 20,1% de los que utilizan paracetamol y en el 15,6% de los que usan ibuprofeno (no significativo).

Los padres que no alternan antipiréticos (111) pautan dosis inadecuadas en 34 niños (30.6%), 26 del grupo del paracetamol y 8 del grupo del ibuprofeno (no significativo). Son infraterapéuticas en 23 (paracetamol 15, ibuprofeno 8) y se sobrepasa la dosis máxima diaria en 11 tratados con paracetamol. En ningún caso se superó la dosis máxima diaria de ibuprofeno.

Los padres que alternan antitérmicos pautan dosis inadecuadas en 20 niños (22.2%) (paracetamol 8, ibuprofeno 12); infraterapéuticas 18 de ellos (7 paracetamol, ibuprofeno 11) y por encima de la dosis diaria recomendada 2 (paracetamol 1, ibuprofeno 1).

En comparación con el estudio previo de 1999, es mayor el número de padres encuestados que administran antitérmicos con temperaturas inferiores a 38°C (19.4% en 1999, 42,8% en la actualidad;  $p<0.001$ ) y que alternan fármacos (34.9% frente a 44.8%;  $p<0.05$ ). Sin embargo, ha disminuido la administración de dosis incorrectas (26.9% contra 48.1%;  $p<0.001$ ).

**Conclusiones:**

- El tratamiento farmacológico de la fiebre se instaura con temperaturas que en principio no necesitarían nada más que medidas físicas.
- Cada vez es mayor el número de padres que alternan antitérmicos.
- Sería importante unificar el tratamiento de la fiebre para evitar confusión entre los padres y errores en su administración.



**FIEBRE FOBIA ¿AÚN EXISTE?** L. Ruiz Tudela, S. Gómez Bueno, Sara, J.L. Gómez Llorente, E. Azor Martínez, J. Díez-Delgado Rubio, A. Bonillo Perales. *Servicio Urgencias Pediátricas. Hospital Torrecárdenas. Almería.*

**Introducción.** A mediados de los años 80 Barton Schmitt, fue el primero en estudiar y publicar los diferentes conceptos erróneos que padres europeos y americanos tenían de la fiebre, acuñando el término de “fiebre fobia”. Han pasado casi 30 años desde entonces y muchas de las ideas de las que Schmitt hablaba aun persisten en la población.

**Objetivos.** Examinar los conocimientos, percepciones y actitudes de los padres almerienses ante la fiebre de sus hijos.

**Metodos.** Utilizamos un cuestionario compuesto por 26 preguntas tipo test (variables demográficas, clínicas y actuación ante la fiebre), usando de base el validado por Schmitt en su estudio e incluyendo nuevas variables citadas en la bibliografía revisada. Se entregó a todos los padres que accedieron a responderla en nuestro servicio de urgencias y de un centro de atención primaria, durante diciembre de 2008. Se solicitó la participación independientemente del motivo de consulta, raza o etnia, nivel de estudios o edad de los padres. Criterio de exclusión: rechazo a responder la encuesta.

**Resultados.** 130 cuestionarios fueron contestados. El 27.7% acude con fiebre, de ellos, un 64% de los padres experimentan un grado de ansiedad moderado-alto. El 62.2% de lo encuestados tienen un nivel de estudios medio-superior. 91% piensan que no tratar la fiebre produce algún tipo de secuela (48,4% convulsiones, 1,6% lesiones cerebrales, 26% ambas asociadas, 3,6% muerte), solo el 7,9% piensan que no ocurriría nada. Resultados independientes del nivel cultural (test de Chi-cuadrado, p 0.067). El 66.1% creen que hay que despertar siempre al niño cuando tiene fiebre para dar tratamiento. El 68% contesta que siempre es necesario que se revise al niño en las primeras 12-24 h. El 57,4% opinan que tener fiebre alta es un motivo de vigilancia en observación de urgencias. Dentición como causa de fiebre es admitida en el 74%. El 69,4% de los padres utiliza la alternancia de anti-térmicos. El ibuprofeno es el fármaco de elección en el 64% de los casos. El termómetro electrónico se utiliza en el 60%, termómetro cristal en un 34,6%. El 91.5% perciben el mercurio como peligroso. En el 85.3% el recto es el lugar adecuado para medir la temperatura en los menores de 3 años. El 93.1% contesta que la temperatura normal es 36-37°C. El 72.3% responden que a partir de 38°C hay fiebre.

**Comentarios.** Nos encontramos en el siglo XXI, era digital, con bombardeo de información de todos los medios en temas de salud y con gran accesibilidad a ellos, y a pesar de que el nivel educativo de nuestra población ha aumentado en estos últimos treinta años, podemos afirmar que el término acuñado por Schmitt persiste a pesar de todo.

**Conclusiones.** Aunque los conocimientos sobre la fiebre son aceptables, los padres almerienses perciben la fiebre con ansiedad, y con temor a las lesiones que puede llegar a provocar si no la tratan, lo que les lleva a polimediar para bajar la temperatura a un rango de normalidad y consultar precozmente en los servicios de urgencias para erradicar la causa.



**FIEBRE, PADRES Y ANTITÉRMICOS ¿QUÉ PAPEL TIENE ENFERMERÍA?** M.M. Llongueras Marti, C. Saenz Fortes, N. Cortés Álvarez, M. García Bernal, M.E. May Llanas, A.M. Pizà Oliveras. *Hospital Mútua de Terrassa.*

**Introducción y objetivos.** La fiebre constituye el principal motivo de consulta en el Servicio de Urgencias de pediatría, y en ocasiones provoca gran angustia familiar. Habitualmente, enfermería tiene un papel clave en el control de la temperatura. Nuestros objetivos son evaluar los conocimientos de los padres sobre la fiebre y su manejo, e identificar los errores más frecuentes.

**Material y método.** Estudio descriptivo realizado en una muestra aleatoria de 60 padres/cuidadores que acudieron al servicio de urgencias pediátricas durante el mes de enero de 2009. Los datos han sido recogidos a través de una encuesta anónima que evalúa los conocimientos y manejo de la fiebre, y que consta de 8 preguntas sobre medición de la temperatura, utilización de antitérmicos y medidas físicas. Para la elaboración del cuestionario y la interpretación de los resultados, se han utilizado las recomendaciones sobre la fiebre de la Asociación Española de Pediatría de Abril del 2008.

**Resultados.** El 51,7% de los encuestados considera fiebre a partir de 37°C axilar.

El 86,1% toma la temperatura en la axila frente a un 13,9% que la mide en otras localizaciones (oído, frente y recto). El 40% utiliza un termómetro de mercurio, y un 16,7% de estos espera más de 5 minutos para la lectura.

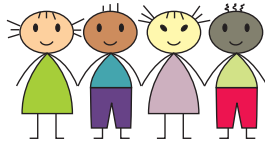
El 53,3% administra un antitérmico entre los 37-37,5°C axilar.

La mayoría de los encuestados conoce las dos marcas comerciales de antitérmicos en solución oral más utilizadas en nuestra área, pero únicamente un 6,7% conoce el nombre genérico del principio activo que contienen.

El 75% de los participantes alterna paracetamol e ibuprofeno, de los cuáles un 35,5% espera más de 5 horas para alternarlos. Si 2 horas después de la administración de un antitérmico la fiebre no ha bajado el 53,3% acudiría a urgencias.

Un 40% de los padres/cuidadores realiza baño de agua fría como medida física para disminuir la fiebre.

**Conclusiones.** Los padres tienden a sobretratar la fiebre dando antitérmico de forma precoz. La escasa respuesta al antitérmico es considerado un signo de alarma y motivo de acudir a urgencias. Tras analizar las encuestas, hemos objetivado que las dudas y las pautas de actuación erróneas de los padres son comunes en la mayoría de los casos. Por este motivo, creemos adecuado aprovechar la consulta a urgencias para realizar educación a los padres y entregar material informativo.



Sábado 4 de abril, 10:15 h

INFECCIOSAS

Moderadora: Dra. J. Rivera Luján

143 MANEJO DEL SÍNDROME FEBRIL SIN FOCO EN NIÑOS DE 24-36 MESES DE EDAD SEGÚN LA PREVALENCIA DE BACTERIEMIA OCULTA Y ENFERMEDAD POTENCIALMENTE GRAVE. I. Rajado, I. Anguiano, A. Rodríguez, N. García, G. Muñoz, U. Jiménez. *Hospital de Basurto. Bilbao.*

**Introducción.** La mayoría de los procesos febriles infantiles son benignos y autolimitados, de hecho, menos del 10% de los pacientes padece una infección bacteriana grave. A pesar de existir muchos estudios sobre el tema, la asistencia de los niños febriles continúa siendo controvertida, sobre todo en aquellos de 3-36 meses de edad. Tenemos la impresión que en el manejo de los niños con síndrome febril sin foco en el grupo de edad 24-36 meses es más flexible que por debajo de esta edad, ajustándose menos al protocolo.

**Objetivo.** Identificar la prevalencia de bacteriemia oculta y enfermedad potencialmente grave en niños de 24-36 meses diagnosticados de síndrome febril sin foco en nuestro medio. Evaluar el manejo del síndrome febril sin foco por parte de los médicos del staff en este grupo de edad.

**Material y métodos.** Se estudia retrospectivamente los pacientes que acuden a nuestro Servicio de Urgencias durante 6 meses, entre el 1 de Junio de 2008 al 30 de Noviembre de 2008. En nuestro estudio se incluyen los pacientes cuyo diagnóstico al alta fue síndrome febril sin foco. Se analizan el número de analíticas realizadas y el resultado del hemocultivo.

**Resultados.** Fueron un total de 3.101 pacientes que consultaban por fiebre durante el periodo de estudio, incluyendo los 1.308 pacientes cuyo diagnóstico al alta fue síndrome febril sin foco.

Estos 1.308 pacientes se dividieron en 3 grupos;

- Primer grupo: 3 meses- 24 meses; 736 pacientes (56.3%). Analítica a 138 (18.8%).
- Segundo grupo: 24 meses- 36 meses; 202 pacientes (15.4%). Analítica a 20 (9.9%).
- Tercer grupo: mayores de 36 meses.; 537 pacientes (41%). Analítica a 21 (4%).

Se estudia el resultado del hemocultivo en el segundo grupo de edad y la realización de analítica en cada grupo. En nuestro grupo de edad a estudio (24-36 meses) ningún resultado en el hemocultivo ha sido positivo y se realizó una analítica sanguínea a un 9.9% frente al 18.8% en el primer grupo. El porcentaje de vacunación antineumocócica es de un 50%.

Se revisa a posteriori los posibles reingresos por enfermedad potencialmente grave, no detentándose en ningún caso.

**Conclusiones.** Basándonos en estos resultados, dada la baja prevalencia de bacteriemia oculta en nuestro estudio debería reconsiderarse la realización de pruebas analíticas en niños de 24-36 meses de edad diagnosticados de síndrome febril sin foco. Observamos una flexibilidad en el manejo del síndrome febril sin foco en este grupo de edad, siendo similar al de los niños mayores de 36 meses.



144

**EPIDEMIOLOGÍA Y MANEJO DE LA ENFERMEDAD INVASIVA POR MENINGOCOCO B EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO.** R. Díaz-Aldagalan González, E. Gembero Esarte, FJ Gil Sáenz, D. Morales Senosiain, M. Garatea Rodríguez, D. Martínez Cirauqui. *Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.*

**Introducción.** La enfermedad meningocócica se presenta fundamentalmente como meningitis y sepsis. La incidencia anual en España es 2-3 casos por 100.000 hab, habiéndose detectado en nuestro medio un brote epidémico en el último año.

**Material y métodos.** Se ha realizado un estudio retrospectivo y descriptivo de todos los casos de sepsis y meningitis por meningococo B en pacientes pediátricos diagnosticados en nuestro hospital entre enero de 1999 y diciembre de 2008. En todos los casos se aisló el meningococo B en cultivo de líquido cefalorraquídeo y /o sangre. Se ha realizado mediante revisión de historias clínicas y utilización del programa SPSS14.0, usando los test estadísticos de análisis de la varianza, Correlación de Pearson, T de Student, Chi cuadrado y Regresión logística binaria.

**Resultados.** Se han diagnosticado un total de 43 casos, atendidos en el Servicio de Urgencias de nuestro hospital. Edad media: 4,3 años (DS 4,3). Todos presentaban fiebre. Un 37% había acudido previamente a urgencias. El 76% presentaba lesiones purpúricas, siendo en el 30% equimóticas. En el 63% se observó leucocitosis y en 9,5% leucopenia. El 44% presentó coagulopatía. Al 74% se le realizó punción lumbar en la urgencia y un 60% ingresó en UCIP. El 54% se manifestó como sepsis meningocócica y el 56% como meningitis, habiéndose producido secuelas en un 9,6%, principalmente insuficiencia renal, amputación de miembro, hipoacusia y sólo se registró un caso de exitus. De los pacientes con secuelas, el 60% acudió con menos de 12 horas de fiebre y todos presentaron en la analítica de urgencias coagulopatía (siendo los resultados estadísticamente significativos). El diagnóstico de meningitis o sepsis meningocócica B se sospechó por la clínica y se confirmó mediante hemocultivo (63% de los casos), cultivo y/o PCR de Meningococo B en el LCR (51% de los casos). La incidencia de infección meningocócica B ha aumentado en un 150% en los últimos 3 años respecto a los 7 años anteriores, habiéndose detectado un brote epidémico en nuestra comunidad autónoma durante el último año (incidencia de 11,3 casos/100.000 hab). Para calcular la incidencia hicimos análisis de la varianza comparando tres periodos: (1999-2002), (2003-2005), (2006-2008), no detectando diferencias entre 1º y 2º (incidencia media de 3,5 casos/100.000 hab) pero sí entre 1º y 3º periodo, así como entre 2º y 3º periodo), con una incidencia en 3º periodo de 9 casos/100.000 hab/año. Comparando estos grupos, no ha habido diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la frecuencia de morbimortalidad, a pesar del aumento de la incidencia en los últimos 3 años.

**Conclusiones:**

- La incidencia anual ha variado durante estos 10 años, registrándose durante 1999-2005 una incidencia media de 3,5 casos/año, siendo la media en el último periodo (2006-2008) de 9 casos/año con diferencias estadísticamente significativas (OR 2,52 con IC (1,37-4,63)
- Al estimar factores de riesgo de morbimortalidad según sus características al llegar a Urgencias, se observó que era significativo la leucopenia, coagulopatía y <12 horas de fiebre.



145 MENINGITIS BACTERIANA: REVISIÓN DE LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS. F. Ferrés Serrat, A. López Rodríguez, P. Jarque Aguilar, V. López Corominas. *Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca.*

**Objetivos.** 1) Conocer las formas de presentación clínica en Urgencias de las meningitis bacterianas. 2) Conocer su perfil analítico y los agentes etiológicos identificados. 3) Revisar factores predisponentes y antecedentes relevantes.

**Metodología.** 1) Estudio longitudinal retrospectivo. Se han revisado las historias clínicas de los pacientes menores de 15 años ingresados en nuestro hospital desde Enero de 1999 a Diciembre 2008 con diagnóstico de meningitis bacteriana. 2) Se han excluido los pacientes con sepsis asociada y los neonatos con meningitis adquirida antes de haber ido a su domicilio.

**Resultados.** Se revisaron 93 historias, cumpliendo criterios de inclusión 50 casos, 24 mujeres (48%) y 26 varones (52%) con una media de edad de 3 años y 9 meses (rango 3 días-14 años), siendo 20 menores de 18 meses y 30 mayores de 18 meses. La fiebre fue el síntoma más frecuente, sólo 2 niños estaban afebriles (2 neonatos). En los menores de 18 meses otros síntomas fueron: irritabilidad (70%), vómitos (40%), decaimiento-somnolencia (35%), convulsiones (25%) y rechazo de tomas (15%); mientras en los mayores de 18 meses fueron: vómitos (63%), cefalea (50%), decaimiento-somnolencia (33.3%), irritabilidad (6.6%) y convulsiones (6.6%). Presentaron fontanela abombada 4 lactantes y signos meníngeos 2 pacientes menores de 18 meses (10%) y 23 mayores de 18 meses (76.6%). Antecedentes relevantes: fractura craneal reciente (2), tumor del sistema nervioso central (2), meningitis neumocócica (2), sepsis reciente a *S. Agalactiae* (SA) (1), cirugía de fistula de LCR (1) y válvula de derivación ventrículo-peritoneal (1). Analítica sanguínea: leucocitos valor medio 19183/mcl (rango 2010-63500), neutrófilos valor medio 16624/mcl (rango 1500-60452), PCR valor medio 15 mg/dl (rango 0.3-36.3). LCR: 3216 leucocitos/mm<sup>3</sup> de media (rango 30-18000), neutrófilos valor medio del 80.5%, glucosa valor medio 27.5 mg/dl (rango 0-113), proteínas valor medio 150 mg/dl (rango 20-177), tinción GRAM positiva en 9 niños (18%), PCR de *S. pneumoniae* (SP) positiva en 2 y antígeno de SP positivo en 2. Cultivo de LCR: positivo en 24 casos (48%), SN en 12, SA en 5, *H. influenzae* (HI) en 4, Meningococo en 1, *E. coli* en 1 y *E. cloacae* en 1. Hemocultivo: positivo en 17 niños (34%), SN en 12, SA en 2, HI en 2 y *E. coli* en 1. Fallecieron 3 pacientes, representando el 6% del total de meningitis bacterianas.

**Comentarios y conclusiones.** 1) Los 2 agentes etiológicos más frecuentes han sido el *S. agalactiae* en el período neonatal y el *S. pneumoniae* a partir del segundo mes de vida. 2) 9 pacientes (18%) presentaban factores predisponentes o antecedentes relevantes para el diagnóstico. 3) Hallazgos clásicos como la fontanela abombada en lactantes o la presencia de signos meníngeos en niños mayores estaban ausentes en un considerable número de pacientes.



146 MENINGITIS VÍRICA EN NUESTRO MEDIO. S. Henríquez Santana, S. Molina Marrero, S. Todorcevic, R. Rial González, I. Triana Pérez, B. Ruiz Derlinchan. *Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias.*

**Objetivo.** Conocer las características clínicas, analíticas y microbiológicas de los casos de meningitis de etiología viral en nuestro medio.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio retrospectivo y descriptivo. Se incluyeron todos aquellos pacientes diagnosticados de meningitis vírica en el servicio de urgencias en el periodo comprendido entre Junio y Diciembre del 2008. Se aplicó un cuestionario que recoge variables sociodemográficas, clínicas, analíticas y estudio etiológico. Se excluyen los niños menores de 28 días, por ser diagnosticados en el servicio de neonatología, los que carecen de datos analíticos, del LCR, datos necesarios para incluirlos en el registro y aquellos con diagnóstico de meningitis bacteriana o tuberculosa. El tratamiento estadístico de los datos se realizó con el programa SPSS.

**Resultados.** De las 30.356 visitas registradas en nuestro Servicio de Urgencias, en ese periodo de tiempo, se recogieron un total de 105 casos de meningitis vírica (0.35%), con un pico de máxima incidencia en el mes de Octubre (30.5%). Del total de pacientes, 64 eran niños (61%) y 41 niñas (39%), con una media de edad que se situó en los 6.5 años. La clínica que con más frecuencia se presentó en nuestros pacientes fueron los vómitos (81%), seguido de cefalea (79%) y fiebre (73%). Con respecto a los valores analíticos en sangre, estimamos una media leucocitaria entorno a 12.000/ $\mu$ l, con un claro predominio de polimorfonucleares y una de proteína C reactiva de 2 mg/dl. En el estudio del LCR se objetivó una pleocitosis con un valor medio de 216,33 células, con predominio mononuclear. La media para los valores de proteínas en el LCR fue de 36.79 mg/dl y de glucosa de 72 mg/dl. Del total de pacientes, 13 (12,4%) requirieron ingreso. El 94,3% del total precisó tratamiento sintomático y el 46% de los ingresados recibió tratamiento antibiótico. La reacción en cadena de la polimerasa del líquido fue positiva para enterovirus en el 82% de los casos (sensibilidad = 80%), sin embargo el cultivo fue negativo en el 68.6% de los casos, aislándose en el resto de las muestras: echovirus tipo 4 (78%), tipo 30 (18%), tipo 6 (6%) y tipo 9 (6%).

**Conclusiones.** La meningitis vírica en nuestro medio, durante el periodo de tiempo estudiado, fue una patología de predominio en el sexo masculino con una mayor incidencia en otoño. El hemograma y los reactantes de fase aguda fueron inespecífico, por lo que para el diagnóstico nos apoyamos en la clínica y en el análisis del líquido cefalorraquídeo. El diagnóstico etiológico se obtuvo a través de la PCR del líquido, gracias a su alta sensibilidad, siendo el enterovirus el virus que con mayor frecuencia se identificó. El echovirus tipo 4 es el virus que se aisló en mayor proporción en el cultivo. El tratamiento que se administró fue principalmente sintomático y sólo en casos aislados se precisó ingreso hospitalario.





147 **ENTEROVIRUS EN URGENCIAS: ¿CUÁNDO DAR EL ALTA?** F. Gómez Martín, P. García Romero, J.A. Ruiz Domínguez, F. Baquero Artigao, T. del Rosal Rabes, M. Lorenzo Paredes. *Servicio de Urgencias de Pediatría, Hospital Universitario La Paz, Madrid.*

**Objetivos.** Definir las características clínico-analíticas de los pacientes en los que se detectó enterovirus en líquido cefalorraquídeo y determinar cuáles nos permiten identificar a aquéllos que presentan una coinfección bacteriana o una complicación grave.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Infantil La Paz (Madrid) entre marzo de 2004 y diciembre de 2008 en los que se detectó enterovirus en líquido cefalorraquídeo por cultivo celular o por PCR (GeneXpert Dx system). Se realizó un estudio estadístico con el software SPSS 11.0 usando T-Student para variables cuantitativas y Chi cuadrado para las cualitativas (significación en  $p < 0,05$ ).

**Resultados.** Se incluyeron 120 pacientes, de edades comprendidas entre 1 día y 13.4 años (mediana 1.3 meses); el 63% eran menores de 3 meses. La mayoría de los casos se detectaron en primavera (42%) y verano (35%). Los motivos de consulta más frecuentes fueron fiebre sin foco (58%) y cefalea (20%). Tuvieron fiebre 100 pacientes (83%), meningismo o fontanela abombada 31 (26%), cefalea o irritabilidad 52 (43%), vómitos 35 (29%), diarrea 13 (11%). Fueron ingresados 110 pacientes (92%), con una estancia media de 6 días y recibieron antibioterapia 73 pacientes (61%) durante una media de 3.5 días. Se definieron como complicados a 12 pacientes (10%) que presentaron coinfección bacteriana o clínica séptica. No hubo diferencias estadísticas entre pacientes complicados versus no complicados respecto al grado de fiebre, leucocitosis, neutrofilia, proteína C reactiva y citoquímico de líquido cefalorraquídeo. La comparación de la edad tampoco resultó significativa ( $p = 0.06$ ), pero si se excluyen un paciente con neumonía y otro con infección urinaria baja (detectadas clínicamente), el resto de complicados tenían menos de 3 meses ( $p < 0.0001$ ).

**Conclusiones.** 1) En los menores de 3 meses con clínica infecciosa inespecífica no se demostró que existiera ninguna característica analítica que pudiera identificar a los pacientes complicados, por lo que en este grupo de edad recomendamos una observación y seguimiento estrechos. 2) Los mayores de 3 meses complicados podían ser identificados por datos clínicos evidentes, de modo que si éstos no aparecen, en este grupo de edad podría valorarse un manejo ambulatorio.





148 MENINGITIS POR ENTEROVIRUS EN LACTANTES MENORES DE 3 MESES CON FIEBRE SIN FOCALIDAD. D. García Urabayen, A. Egireun Rodríguez, B. Gómez Cortés, E. Astobiza Beobide, J. Benito Fernández, S. Mintegi Raso. *Hospital de Cruces. Barakaldo.*

**Antecedentes.** Los lactantes menores de 3 meses presentan una mayor frecuencia de infecciones bacterianas severas. Además, clásicamente se ha descrito que las meningitis por enterovirus pueden tener en este grupo de edad un curso más tórpido. Esto hace que se recomiende la realización de examen de LCR en menores de un mes con fiebre sin foco (FSF) y que en lactantes de entre 1 y 3 meses se practique con mayor frecuencia que en lactantes mayores.

**Objetivos.** Describir las características de las meningitis por enterovirus diagnosticadas en un Servicio de Urgencias Pediátricas (SUP) en lactantes menores de 3 meses con FSF y su curso evolutivo a corto plazo.

**Pacientes y método.** Estudio retrospectivo descriptivo que incluyó los lactantes < 3 meses atendidos por FSF entre septiembre 2003 y agosto 2008 en un SUP y que recibieron el diagnóstico final de meningitis por enterovirus (mediante detección de PCR y/o cultivo de enterovirus en LCR). Se extrajeron los datos de nuestro registro del lactante < 3 meses con FSF. Se llevó a cabo un seguimiento telefónico con aquellos niños que no ingresaron.

**Resultados.** Se atendieron 1125 lactantes < 3 meses con FSF, realizándose punción lumbar a 341 (30,3%); 49 (4,3% del total) recibieron un diagnóstico final de meningitis vírica. La mayoría (32; 66,3%) se diagnosticaron entre abril y julio. De los 49, 47 presentaban buen estado general a su llegada; en 10 (20,3%), los padres referían irritabilidad asociada (sin diferencias significativas con respecto a los lactantes diagnosticados de síndrome febril). En 31 (63,2%), la analítica inicial mostraba parámetros de bajo riesgo de infección bacteriana: leucocitos 5.000-15.000/ $\mu$ l, PMN<10:150/ $\mu$ l y proteína C reactiva (PCR)<20 mg/l. De los 49, a 46 se les realizó punción lumbar en la primera visita, presentando 18 (39,1%) pleocitosis. Ingresaron en planta los 18 lactantes con pleocitosis y 20 de los 28 con LCR normal. De los tres dados de alta sin realización de examen de LCR, dos reconsultaron en las 24 horas siguientes por persistencia de la fiebre y el tercero cuatro días después por presentar una convulsión generalizada; los tres ingresaron tras realización de punción lumbar. Cuatro de los 49 lactantes asociaron un urocultivo positivo para *E. coli*. Los 49 lactantes evolucionaron bien y ninguno presentó complicaciones a corto plazo.

**Conclusiones.** La sintomatología de los lactantes menores de 3 meses con meningitis por enterovirus es similar a la de los que tienen un proceso febril autolimitado sin infección intracraneal. La PCR y el recuento leucocitario no son buenos predictores de meningitis vírica. El examen citoquímico del LCR es anodino en un porcentaje importante de los casos, luego es recomendable un examen virológico en todos los lactantes febriles menores de 3 meses en los que se practica punción lumbar en meses cálidos. La evolución de la meningitis por enterovirus es benigna en este grupo de edad.



**FALLO HEPÁTICO AGUDO Y GRIPE B.** A. Barrio Merino, R. Mata Fernández, A. Gancedo Baranda, R. Martín Molina, C. Tomé Nestal, L. Ayala Bernardo de Quirós. *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.*

**Fundamentos y objetivos.** El fallo hepático agudo es muy poco frecuente en niños. Las causas más comunes varían en función de la edad. De forma global, las más frecuentes son: fármacos, metabopatías, hepatitis autoinmune e infecciones. Describimos el caso de un niño con infección por Gripe B que desarrolló un Fallo Hepático Agudo, complicación excepcional en esta enfermedad viral.

**Observaciones clínicas.** Niño de 6 años, previamente sano, que presenta fiebre de 24 h, hasta 39,3°C, cefalea, rinorrea y dolor abdominal; exploración física anodina, siendo diagnosticado de Síndrome Gripal. 3 horas después, nuevo pico febril con desconexión del medio, hipotonía generalizada sin movimientos anormales, mirada desconjugada, y relajación de esfínter anal, de 15 minutos de duración, seguido de automatismos orofaciales, disartria y vómitos. A su llegada al Hospital: Glasgow 13, disartria y descoordinación motora. TAC craneal normal. Analítica: 3210 leucocitos, bioquímica hepática normal; detección de Ag de Gripe B: positiva. Ingresa con el diagnóstico de Gripe B y convulsión febril atípica. Tras su ingreso, afebril y Glasgow entre 13 y 14. A las 6 h: hipotensión arterial que precisa expansión. Control analítico: plaquetas 63.000, Tiempo de protrombina 24.4s, I.N.R. 2.1s., GPT 950 UI/L, GOT 1600 UI/L, albúmina 3.30 g/dl, y amonio normal. Con el diagnóstico de Fallo Hepático Agudo o Sd de Reye en el contexto de Gripe B se traslada a UVI Pediátrica. Recibe tratamiento con cefotaxima, vancomicina, aciclovir y oseltamivir. EEG con enlentecimiento de la actividad de fondo sin actividad epileptiforme. Permanece estable desde el punto de vista respiratorio y hemodinámico, afebril, sin sangrado clínico ni hipoglucemia. Tras 4 días presenta mejoría progresiva de función hepática y del cuadro neurológico (encefalopatía hepática grado II). Evolutivamente el niño ha presentado resolución total del cuadro y no presenta secuelas.

**Comentarios.** En niños se define el fallo hepático agudo como comienzo agudo de enfermedad hepática sin antecedentes conocidos de hepatopatía previa, con evidencia clínica o bioquímica de disfunción hepática severa: a) T. Protrombina  $\geq$  a 20 s o INR  $\geq$  a 2,0 s que no se corrige tras la administración de Vit. K parenteral con o sin encefalopatía hepática; b) T. Protrombina  $\geq$  a 15-19,9 s o INR  $\geq$  a 1,5-1,9 que no se corrige con la administración de vitamina K parenteral con encefalopatía hepática. La asociación fallo hepático agudo y virus de la gripe es excepcional; se han descrito previamente en la literatura solo 5 pacientes, 1 por gripe B y 4 por gripe A (referidos en 2 artículos). A pesar de ello, debemos tener presentes las posibles complicaciones de infecciones aparentemente banales.



150 FIEBRE Y TEST DE GRIPE POSITIVO, ¿TENEMOS FOCO? A.F. González-Posada, A.M. Marcos Oltra, P. Avedillo Jiménez, I. Amores Hernández, A. Alcolea Medina, D. Blázquez Gamero. *Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

**Introducción.** La fiebre en los lactantes es uno de los motivos de visita más frecuentes en los servicios de urgencias pediátricos. El riesgo de infección bacteriana oculta condiciona en muchos casos la realización de pruebas complementarias costosas y molestas para los niños. La detección precoz de la infección por Influenza en estos pacientes en época epidémica podría limitar la necesidad de otras pruebas diagnósticas.

**Objetivo.** Estudiar la presencia de bacteriemia e infección urinaria en los lactantes febriles de nuestra población, analizando las diferencias entre los pacientes Influenza positivos y negativos.

**Material y métodos.** Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo en el que se recogieron datos procedentes de las historias clínicas de los niños menores de 36 meses que acudieron al servicio de urgencias por fiebre, entre enero del 2003 y enero del 2009. Se incluyeron aquellos pacientes sin enfermedades de base ni tratamiento antibiótico previo a los que se realizó un estudio de Influenza (test rápido y/o cultivo viral), hemocultivo o urocultivo.

**Resultados.** De los 114 pacientes incluidos en el estudio, 82 (71,9%) eran niños y 32 (28,1%) niñas. El 15,8% (n=18) eran menores de 1 mes, el 27,2% (n=31) de 1 a 6 meses, el 17,5% (n=20) de 6 a 12 meses y el 39,5% niños (n=45) tenían de 12 a 36 meses de edad. La media de edad fue de  $11 \pm 9,8$  meses. La distribución por edad y sexo fue similar en los dos grupos, gripe positivo y negativo. Se realizó hemocultivo en 108 casos (94,7%), urocultivo a 41 casos (35,9%) y estudio para Influenza (Test rápido o cultivo) a todos los pacientes. Se detectó el virus Influenza en 43 pacientes (37,7%), entre los que ninguno presentó bacteriemia. De este grupo se realizó urocultivo a 14 pacientes (32,5%), creciendo  $> 10^5$  colonias de *E. coli* en 2 (14,3%) de ellos. En el grupo Influenza negativo, constituido por 71 niños (62,3%), se recogió hemocultivo al 95,7%, resultando positivo en 2 (2,9%) de ellos (una bacteriemia por *N. meningitidis* y otra por *S. viridans*). Se recogió urocultivo a 27 (38,02%) pacientes Influenza negativo, entre los que resultaron positivos 7 (25,9%) (3 *E. coli*, 3 *P. mirabilis* y 1 *S. agalactiae*). Al comparar la incidencia de bacteriemia y de positividad en los urocultivos entre ambos grupos, las diferencias encontradas no resultaron estadísticamente significativas ( $p=0,52$  y  $p=0,69$  respectivamente).

**Conclusiones.** En nuestra muestra ninguno de los lactantes febriles con infección por Influenza presentó bacteriemia, frente al 2,9% de aquellos niños Influenza negativos. La incidencia de urocultivos positivos también fue menor entre los lactantes con gripe (14,3%) frente a los lactantes sin gripe (25,9%). Es necesario ampliar el tamaño muestral para comprobar la significación estadística de las diferencias observadas en nuestra población.



**EVALUACIÓN DE LAS CONDUCTAS EN EL MANEJO DE LAS GASTROENTERITIS AGUDAS EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS. ESTUDIO CONGA.** G. Álvarez Calatayud, I. Manrique Martínez, E. Román Riechmann y Grupo de Trabajo de diarrea aguda-deshidratación de la SEUP. *Departamento de Pediatría. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.*

**Objetivos.** 1) Conocer la incidencia, el perfil epidemiológico y demográfico de las gastroenteritis agudas que se atienden en los servicios de urgencias pediátricos. 2) Evaluar si su manejo diagnóstico y terapéutico coincide con las recomendaciones recomendadas por las distintas sociedades científicas.

**Material y métodos.** Se realiza un estudio epidemiológico, observacional, transversal y multicéntrico sobre la diarrea aguda en los servicios de Urgencias pediátricos. Para ello se protocolizaron las conductas sobre su manejo en 45 centros hospitalarios de nuestro país. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, tratamiento previo pautado y derivación por parte de Atención Primaria, sintomatología, realización de pruebas complementarias, grado y tipo de deshidratación, tratamiento pautado en urgencias y destino final del paciente. Se consideraron estadísticamente significativos aquellos hallazgos con una  $p < 0.05$ . Todos los datos fueron analizados en el sistema SPSS v. 12.0.

**Resultados.** Un total de 610 pacientes evaluables constituyeron la población para análisis por protocolo. El 43,8% tenían menos de 2 años. El 89,5% no estaban vacunados frente al rotavirus. Sólo el 13% fueron remitidos a Urgencias por su pediatra, no habiendo recibido ninguna terapia el 51,5%. La diarrea se acompañaba de vómitos en el 66,6% y de fiebre en el 55,9% de los casos. Se realizaron analítica de sangre en el 33,4% y de heces en el 29,5% de los pacientes. Más de la mitad presentaban signos de deshidratación (leve, 54,3%; moderada, 8,9%; grave, 0,2%). Se rehidrató por vía oral (46,1%), intravenosa (20%) y por sonda nasogástrica (0,3%). El 14,8% precisó ingreso en la Unidad de Observación y el 11,6% en planta. La mayoría de los niños que recibían rehidratación oral les fue pautada en Urgencias.

**Conclusiones.** El presente estudio determina un buen manejo de la diarrea aguda en los servicios de Urgencias pediátricos de nuestro país habiéndose corregido las carencias detectadas en una evaluación realizada hace 10 años por el Grupo de Trabajo de diarrea aguda-deshidratación de la SEUP. Queda por analizar la 2ª parte del estudio donde se evalúan las conductas en Atención Primaria.



152 GASTROENTERITIS AGUDA POR ROTAVIRUS EN URGENCIAS DURANTE 2008. T. Viñambres Alonso, P. Areal Hidalgo, T. Viñambres Alonso, R. Calderón Checa, O. Ordóñez Sáez, M.A. Orellana Miguel. *Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

**Objetivos.** Describir la casuística de las gastroenteritis producidas por rotavirus en el Servicio de Urgencias de un hospital terciario durante el año 2008.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo y retrospectivo, en niños menores de 15 años, con coprocultivo positivo para rotavirus durante 2008. Se analizaron los informes de alta de Urgencias u hospitalización.

**Resultados.** Se obtuvieron un total de 110 coprocultivos positivos para rotavirus, sin obtenerse datos de 4 de estos pacientes. En el 95.2% de los casos afecta a niños menores de 2 años, siendo el 58.5% menor de un año. De los afectados el 69% eran varones. Se observa un claro predominio estacional, dado que el 96% de los casos se producen en los meses de octubre a diciembre. Un 57% de los pacientes acudieron en una sola ocasión a Urgencias, el 31.1% realizó 2 visitas y el 11.4% fue atendido en más de 2 ocasiones. Los síntomas más frecuentes son la diarrea (98%) y los vómitos (91.5%). En más de la mitad de los casos se asociaba fiebre superior a 38°C (60.3%). Sin embargo era poco frecuente encontrar productos patológicos en las deposiciones (mucosidad 13.2% o sangre 2.83%). En cuanto al manejo en el Servicio de Urgencias, se realizó analítica de sangre a un 69.8% de los pacientes; un 55.6% de ellos precisó estancia en observación. Un 44.2% de los pacientes presentaba algún grado de deshidratación (17.9% leve, 22.6% moderada, 3.7% grave). Fue necesaria la rehidratación IV en un 47% de los casos, utilizándose la pauta clásica en el 54% y la pauta rápida en el 36%. Precisarón ingreso el 25.4% de los casos.

**Conclusiones.** La gastroenteritis producida por rotavirus es una causa frecuente de consulta en Urgencias Pediátricas. En nuestro estudio encontramos que afecta fundamentalmente a niños menores de 2 años. La incidencia en los últimos 3 meses del año fue máxima. En un porcentaje importante de los mismos aparece algún grado de deshidratación, siendo necesario realizar analítica, observación y rehidratación en Urgencias. La cuarta parte de los niños precisó ingreso hospitalario.



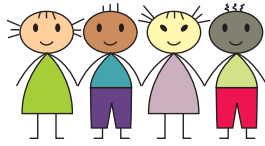
TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EN LA DIARREA POR *CAMPYLOBACTER*, ¿CUÁL ES SU UTILIDAD REAL? N. de Lucas García, N. Ibáñez González, R. Gómez-Gil Mira, S. García Bujalance, S. García García, J.A. Ruiz Domínguez. *Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital General Universitario La Paz, Madrid.*

**Introducción y objetivos.** Aunque se conoce la sensibilidad in vitro de esta bacteria a varios antibióticos, su utilidad real en niños que consultan por diarrea en un Servicio de Urgencias no está bien establecida. Pretendemos confirmar si la duración de la fiebre y la diarrea cambiaron con la administración de antibiótico en niños con diarrea por *Campylobacter*, así como establecer modelos predictivos sencillos de duración de la diarrea.

**Métodos.** Estudio observacional de 80 niños que habían acudido por diarrea a un servicio de Urgencias hospitalario, con coprocultivo positivo para *Campylobacter*. Se comparó la duración media de la diarrea y de la fiebre en tratados y no tratados con antibiótico mediante T de Student e IC95%, con igual análisis en subgrupos clásicos de riesgo. Regresión lineal.

**Resultados.** Eran 80 niños de 1 mes a 11 años de edad (mediana 1,9 años), 50 (63%) niños y 30 (37%) niñas. Recibieron tratamiento antibiótico 41 (51%), en 30/41 fue azitromicina y en 17 de esos 30 se inició en los dos primeros días de diarrea. Al inicio del cuadro presentaron entre 3 y 16 deposiciones/día (mediana 6,5), sangre en heces 69 (86%) pacientes y fiebre 60 (75%). Quince tenían patología de base (6 patología digestiva). El antibiótico se inició entre 1 y 15 días (mediana 2 días) desde el inicio del cuadro. Los grupos tratados y no tratados con antibiótico fueron homogéneos para las variables con las que hemos descrito el grupo general. En niños tratados con antibiótico duró más la diarrea y la fiebre, sin significación estadística. Ninguno de los subgrupos se benefició del antibiótico: con patología de base, con patología digestiva de base, con sangre en heces al inicio, con fiebre inicial, menor edad o inicio antibiótico más precoz. En cambio cuando se analizaron únicamente niños tratados con azitromicina frente a no tratados, se encontró a) que la diarrea duró menos si se comenzó con azitromicina en un máximo de 2 días desde el inicio de la diarrea, ( $3,4 \pm 1,3$  días frente a  $5,7 \pm 4,5$ ,  $p=0,044$ , IC95% de la diferencia de medias 0,1 a 4,4 días); b) en menores de un año se acortó la diarrea casi significativamente ( $3,9 \pm 1,5$  días frente a  $7,7 \pm 5,5$ ,  $p=0,06$ ; IC95% de la diferencia de medias -0,2 a 7,9 días). Al relacionar los días de duración de la diarrea (DD) con el día de inicio de tratamiento con azitromicina desde el comienzo de la diarrea (DI) se obtuvo con  $R^2 0,75$  y  $p<0,0001$ :  $DD= 1,826 +1,07DI$ .

**Conclusiones.** La diarrea por *Campylobacter* a) fue más breve en niños que iniciaron azitromicina en un máximo de dos días desde el inicio de la diarrea independientemente de su edad y b) se acortó casi significativamente ( $p=0,06$ ) en menores de un año independientemente del momento de inicio con azitromicina. En niños con diarrea por *Campylobacter*, la azitromicina decapitó la diarrea en torno a dos días tras iniciar su administración. Resulta esencial la comunicación temprana de la detección de *Campylobacter* en las heces (Gram en heces, etc.). El tratamiento antibiótico indiscriminado no se respalda estadísticamente e incluso podría aumentar la duración de la diarrea y la fiebre.



Sábado 4 de abril, 10:15 h

## INFECCIOSAS

Moderador: Dr. I. Manrique Martínez

154 NEUMONÍAS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA, ¿QUÉ PODEMOS MEJORAR? A.M. Mateo Ferrando, I. Montejo Gañan, J.P. García Iñiguez, S. Beltrán García, M.C. García Jiménez, C. Campos Calleja. *Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.*

**Introducción y objetivos.** La neumonía es un diagnóstico frecuente en los servicios de urgencias. El objetivo de este estudio es conocer la epidemiología, clínica, necesidad de ingreso y complicaciones en los niños diagnosticados de neumonía, así como valorar nuestra actuación en estos casos.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo realizado mediante la revisión de los informes de urgencias con el diagnóstico de neumonía, eligiendo de forma aleatoria 6 meses del año 2008. Se recogen las siguientes variables: motivo de consulta, vacunación antineumocócica, dificultad respiratoria, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, radiografía de tórax, necesidad de ingreso, derrame pleural, tratamiento antibiótico, drenaje pleural.

**Resultados.** Se revisan 233 casos con edades comprendidas entre los 6 meses y 11 años, de los que 122 (52,3%) eran varones y 111 (47,6%) mujeres. El motivo de consulta más frecuente fue fiebre acompañada de tos en 153 casos (65,6%). Precisarón ingreso 47 (20,1%) motivado principalmente por dificultad respiratoria en 22 de ellos (46,8%) y por presencia de derrame pleural en 9 (19,1%), de los cuales requirieron drenaje pleural 7. En cuanto a la constancia de vacunación antineumocócica en el informe de Urgencias, no se registró en 92 informes (39,4%), constaron como vacunados 98 (42,0%) y como no vacunados 43 (18,4%). De los 47 ingresados, se registraron 16 (34,04%) no vacunados, 12 (25,53%) vacunados y en 9 (19,1%) no constaba. De los 9 pacientes que presentaron derrame pleural, 4 habían sido vacunados y 5 de ellos no. La constancia de otros indicadores como frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno solo se refleja en 34 casos (14,59%). El tratamiento de elección fue Amoxicilina-Clavulánico en 140 casos (60,08%), Amoxicilina en 79 (33,90%) y Claritromicina en 14 (6,02%).

**Conclusiones.** La asociación Amoxicilina-Clavulánico continúa siendo el tratamiento más prescrito, a pesar de la evidencia de la eficacia de Amoxicilina en estos casos. Las neumonías que precisan ingreso o presentan complicaciones constituyen un pequeño porcentaje respecto al total de los casos diagnosticados en un Servicio de Urgencias. Debemos insistir en la importancia de la recogida en los informes de Urgencias de la vacunación antineumocócica (principalmente en niños menores de 5 años), así como de la frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno, con el fin de cumplir los estándares propuestos en nuestro protocolo como parte de un plan de mejora de la labor asistencial.



155 **SOSPECHA DE TOS FERINA EN EL LACTANTE: PROTOCOLO DE ACTUACIÓN EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA.** N.T. Wörner, A. Fábregas Martori, E. Lera Carballo, A. Casquero Cosío, F. Moraga Llop, M. Martín González. *Servicio de Urgencias Pediátricas y Unidad de Enfermedades Infecciosas e Inmunología. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.*

**Objetivo.** Realización de un protocolo de actuación en urgencias ante la sospecha clínica de tos ferina en los niños menores de 12 meses.

**Material y métodos.** Revisión de la bibliografía médica más actual y de 2 estudios descriptivos realizados en nuestro hospital en los años 1989-2000 y 2005-2007.

**Resultados.** Criterios de ingreso: edad inferior a 4 meses, pacientes no vacunados, inmunodeprimidos o con patología cardiopulmonar de riesgo y los que presentan síntomas graves. A éstos se les realizará una analítica sanguínea y una radiografía de tórax por el riesgo de tos ferina maligna. A todos los pacientes se les realizará PCR y cultivo a *Bordetella p.* en aspirado nasofaríngeo, se iniciará tratamiento antibiótico con azitromicina vía oral y se estudiarán los contactos.

**Conclusiones.** Nuestro protocolo pretende ser una guía para la identificación y manejo del lactante con una mayor probabilidad de complicaciones y mortalidad. Es importante la vacunación con dTpa en los adultos jóvenes para evitar el contagio a los lactantes susceptibles.





156 SÍNDROME MONONUCLEÓSICO EN URGENCIAS: ESTUDIO DE 59 CASOS. P.I. Navas Alonso, I. Ortiz Valentín, M. Güemes Hidalgo, C.M. Martín Delgado, M. Zamora Gómez, E. Crespo Rupérez. *Servicio de Pediatría. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.*

**Objetivo.** Describir las características epidemiológicas de los pacientes diagnosticados de síndrome mononucleósico en el Servicio de Urgencias.

**Material y métodos.** Estudio epidemiológico descriptivo de historias clínicas de los grupos de pacientes entre 0 y 4 años y entre 5 y 14 años diagnosticados de mononucleosis en el período comprendido de octubre de 2007 a enero de 2009.

**Resultados.** Se recogieron 59 casos con sospecha clínica de mononucleosis infecciosa siendo el 72% niños. El 52% de total son menores de cinco años, presentando dos picos de incidencia: a los tres (22%) y a los catorce años (22%). La clínica de presentación más frecuente es fiebre (100%) con una media de 4 días, seguida de las adenopatías (95%), odinofagia (78%), exudado amigdalár (71%) siendo más frecuente en los mayores de cuatro años ( $p=0,082$ ), astenia (38%), esplenomegalia (34%) y hepatomegalia (29%) siendo más frecuente en los menores de cuatro años ( $p=0,082$ ). Como datos analíticos destacan: linfomonocitosis (79%), elevación de transaminasas (65%), linfocitos activados (50%). El agente etiológico más frecuente en nuestra serie es el VEB (67%) seguido de CMV (9%) y Toxoplasma (7%).

**Conclusiones.** Fiebre, adenopatías y odinofagia es la sintomatología más frecuente en nuestra serie. Encontramos una tendencia a presentarse con más frecuencia el exudado amigdalár en niños mayores de 4 años y la hepatomegalia en menores de 4, sin llegar a ser diferencias estadísticamente significativas en posible relación con el tamaño de la muestra. En nuestra serie, al igual que en la literatura, el patógeno más frecuente es el virus Epstein-Barr.



157 EPIDEMIA DE MIOSITIS AGUDA: ¿SE PUEDE REALIZAR SEGUIMIENTO AMBULATORIO? E. Sancho Gracia, J.I. Perales Martínez, B. Romera Santa Bárbara, I. Pomar Ladaria, C. Campos Calleja, M.C. García Jiménez. *Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza.*

**Introducción.** La miositis viral aguda es un cuadro de instauración brusca con una evolución favorable y autolimitada en la mayoría de los casos. Se caracteriza por mialgias y/o debilidad muscular de predominio en extremidades inferiores, con reflejos osteotendinosos conservados y elevación de CK. Suele asociarse a infección de vías respiratorias previa, demostrándose la presencia del virus influenza-b en la mayor parte de los casos.

**Objetivos.** Analizar los casos de miositis aguda diagnosticados en urgencias de nuestro hospital durante el primer trimestre de 2008.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo obtenido mediante la revisión de los registros de urgencias e historia clínica de niños afectos de miositis aguda que fueron atendidos en urgencias del hospital infantil Miguel Servet de Zaragoza durante el periodo de Enero a Marzo de 2008.

**Resultados.** Se recogieron 24 casos de miositis aguda, siendo el 66% de ellos varones. El 71% presentaban edades comprendidas entre los 5 y 7 años. El motivo de consulta fue dolor, debilidad e impotencia funcional objetivándose en la analítica elevación de la CK. En el 83% de los casos constaba como antecedente una infección respiratoria aguda aislando en el 80% de los aspirados nasofaríngeos realizados el virus influenza-b. El 12% de los pacientes ingresaron por clínica llamativa. Ninguno de nuestros pacientes presentó complicaciones normalizándose los niveles de CK en controles posteriores de forma ambulatoria.

**Conclusiones.** La miositis aguda es una patología de naturaleza benigna con una clínica muy característica. Este cuadro puede aparecer como complicación de la infección por virus influenza-b. Su correcta identificación nos permite eludir exploraciones agresivas y tratamientos innecesarios. Con nuestra actuación y seguimiento ambulatorio se han evitado un elevado número de ingresos.



158 MIOSITIS AGUDAS BENIGNAS EN LA INFANCIA. A. Marcos, E. Fernández, D. Blázquez, M.D. Folgueira, J. Cruz, M. Marín. *Hospital 12 de Octubre. Madrid.*

**Fundamento y objetivos.** Las miositis agudas benignas son una patología propia de la edad infantil, que cursan típicamente con dificultad o imposibilidad para la deambulación y tienen un curso autolimitado. Por su característica presentación clínica obligan a descartar otro tipo de procesos que revisten mayor gravedad. El objetivo de este estudio es describir la etiología, presentación clínica y evolución posterior de aquellos pacientes diagnosticados de miositis agudas asociadas a procesos infecciosos en las urgencias pediátricas de un hospital de tercer nivel.

**Observaciones clínicas.** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo desde noviembre de 2007 a enero de 2009, en el que se recogieron los pacientes que presentaron miositis (definida por la elevación de creatinfosfokinasa por encima de los valores de referencia) en el contexto de una viriásis. Se recogieron 12 pacientes, de los que el 91,6% eran varones con una mediana de edad de 5 años y 4 meses. En todos los casos la anamnesis clínica puso de cuadro febril: el 100% presentaba en el momento de la exploración o los días inmediatamente anteriores fiebre mayor de 39°C. El 100% refería dolor en masas sóleas y el 91,6% se negaba a caminar o caminaba de puntillas. Todos los pacientes presentaron exploración neurológica normal. La media del recuento leucocitario fue de  $4885 \pm 1884$ ; con un 37,01%  $\pm 14.86$  de neutrófilos, un 50,25%  $\pm 11.1$  de linfocitos (linfomonocitosis de 61,42%  $\pm 14.3$ ). En todos ellos la PCR fue menor de 2. La mediana para el valor de CPK fue de 649,75 U/l (3 veces el límite superior de normalidad) con un rango intercuartílico de 629 U/l. En 11 de los 12 pacientes se realizó estudio de la función hepática y renal, encontrando una elevación aislada de GOT en el 90,9% de los casos y elevación de GOT y GPT en el 9,1% restante. La función renal fue normal en todos. En 3 pacientes se estudio la presencia de mioglobulinuria resultando negativa en todos ellos. Mediante estudio antigénico en aspirado nasal se aisló virus influenza B en 7 de los 12 pacientes; la detección viral fue negativa en el resto de pacientes.

Se hizo seguimiento telefónico de todos los casos. La mediana de la recuperación clínica completa de las mialgias fue de 24 horas, con una rango intercuartílico de 48 horas.

**Comentarios.** La miositis benigna aguda de la infancia es un cuadro que se presenta con relativa frecuencia en los servicios de urgencias, siendo el virus influenza B la causa más frecuente en nuestro estudio. Todos los casos recogidos presentaron una resolución espontánea del cuadro con tratamiento sintomático. En ninguno de ellos se alteró la función renal. En cualquier caso, se debería estudiar la presencia de rabdomiolisis y en caso de existir monitorizarla de forma estrecha.



**MIOSITIS COMO COMPLICACIÓN DE LA INFECCIÓN POR VIRUS INFLUENZA.** A. Mora Capín, I. González Vives, M.A. Gil-Ruiz Gil-Esparza, J. Adrián Gutiérrez, A. Rivas García. *Servicio de Urgencias Pediátricas. H.G.U. Gregorio Marañón. Madrid.*

**Introducción.** La infección por el virus Influenza se caracteriza por su gran variabilidad clínica. La manifestación más común es la infección respiratoria autolimitada, acompañada de signos y síntomas de afectación sistémica. Aunque tradicionalmente la gripe se ha considerado una enfermedad benigna en la población pediátrica, no está exenta de complicaciones, siendo la sobreinfección bacteriana la más frecuente. No debemos olvidar el riesgo de afectación muscular, hepática, cardíaca o neurológica.

**Objetivos.** Describir las características clínicas y los hallazgos analíticos de pacientes diagnosticados de miositis como complicación de la infección por virus Influenza.

**Material y métodos.** Se diseñó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo, basado en la revisión de historias clínicas de los pacientes diagnosticados de miositis en el contexto de un síndrome gripal, durante el periodo epidémico de virus *Influenza* 2008-2009 en nuestro servicio de urgencias. Se recogieron variables epidemiológicas y clínicas (síntomas, tiempo de evolución del cuadro gripal al inicio de los síntomas de miositis, uso de antibióticos y necesidad de ingreso) así como datos analíticos (leucocitos totales, CPK, GOT, función renal y sedimento de orina) y microbiológicos (cultivo de virus en aspirado nasofaríngeo). Los datos recogidos se analizaron mediante el programa estadístico SPSS. Actualmente se está ampliando el estudio con carácter prospectivo.

**Resultados.** Se incluyeron un total de 18 pacientes de edades comprendidas entre los 2 y los 12 años, de los cuales 89% eran varones. Las mialgias, síntoma cardinal presente en todos los casos, se asociaron a fiebre en el 94% de los niños, impotencia funcional en el 83%, síntomas catarrales en el 67% y artralgias en el 6%. La media de días de evolución del síndrome gripal al inicio del cuadro de miositis fue 3.4 días (rango: 1-7 días). En un 33% de los casos se había administrado antibioterapia previa. El cultivo de virus en aspirado nasofaríngeo confirmó el diagnóstico de gripe en 10 de los pacientes estudiados (64.7%), aislando virus Influenza tipo B en el 70%. En todos los casos se detectó elevación de las cifras de CPK, con una mediana de 1.476 UI/L (rango: 218-17.117 UI/L). La GOT estaba elevada en el 87%, con una mediana de 74 UI/L (rango 34-608 UI/L). Se objetivó leucopenia en un 22% de pacientes. No detectamos alteración de la función renal ni mioglobulinuria en ninguno de nuestros pacientes. Todos fueron dados de alta con tratamiento sintomático y control ambulatorio.

**Conclusión.** La miositis constituye una complicación de la infección por virus Influenza, asociada con más frecuencia al serotipo B. Se caracteriza por la presencia de mialgias, habitualmente acompañadas de fiebre e impotencia funcional. Los síntomas aparecen en la primera semana de evolución del síndrome gripal. En los datos analíticos destacan la elevación de la CPK y la GOT. No debemos olvidar vigilar la función renal, si bien es cierto que en la mayoría de los casos es un cuadro de curso benigno.



REVISIÓN DE LAS ARTRITIS SÉPTICAS EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS (1999-2008). F. Ferrés Serrat, M. Soriano Arola, A. Obieta Fernández. *Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Son Dureta. Palma de Mallorca.*

La artritis séptica es una urgencia médico quirúrgica, en ocasiones con poca expresividad clínica, en la que un diagnóstico temprano puede evitar complicaciones y/o secuelas.

**Objetivos.** 1) Conocer la localización articular y los agentes etiológicos más frecuentes de las artritis sépticas en nuestro medio. 2) Conocer su perfil clínico, analítico y radiológico.

**Material y métodos.** 1) Estudio longitudinal retrospectivo. 2) Revisión de las historias clínicas de los menores de 15 años ingresados en nuestro hospital con sospecha diagnóstica de artritis séptica (AS) en el período 1999-2008.

**Resultados.** 45 historias revisadas y 37 casos incluidos. Edad media 4 años y 3 meses (rango 13 días a 14 años), 15 menores de 2 años (40%), 23 hombres y 15 mujeres. Todos presentaban clínica articular con dolor e impotencia funcional, fiebre 27 casos (73%) y signos inflamatorios locales 10 (27%). Tiempo de evolución de la clínica hasta la primera visita en Urgencias: media 2 días (rango 1-10). Número de veces que acudieron a urgencias: media 1,3 veces (rango 1-3). Días de evolución hasta el diagnóstico e inicio del tratamiento: media 3.2 días (rango 1-10). Articulaciones afectadas: cadera (15), rodilla (11), codo (4), tobillo (3), hombro (3) y articulación esternoclavicular (1). Se identificó microorganismo causante en el 63% de los casos (22/37), 19 por cultivo positivo en líquido articular positivo y 3 por hemocultivo positivo. Gérmenes identificados: *S. aureus* (11), *S. pneumoniae* (4), *S. pyogenes* (2), *S. agalactiae* (2), *Salmonella* (1), *Kingella kingae* (1) y *Rickettsia conorii* (1). Analítica sanguínea: leucocitos media 14248/mcl (rango 6890-32300), neutrófilos media 8399/mcl (rango 1456-28424), VSG media 46.85 mm (rango 0-128) y PCR media 9.4 mg/dl (rango 0.4-28.5). Estudios de imagen: 27 radiografías simples, 18 ecografías, 3 gammagrafías, 2 TAC y una resonancia. Se objetivó ocupación articular en 20 casos (54%) y en una gammagrafía hubo aumento de captación. Enfermedades predisponentes y/o factores de riesgo: varicela (1), drepanocitosis (1), neumonía (1), osteomielitis (1), leucemia (1) y cirugía reciente en la articulación (1). Todos los pacientes evolucionaron favorablemente salvo un caso que presentó necrosis avascular de fémur.

**Comentarios y conclusiones.** 1) En nuestra revisión la articulación más afectada es la cadera (35% de los casos) y el agente causal más frecuente el *S. aureus* (29.7% de los casos), datos similares a los descritos en la literatura. 2) La ayuda al diagnóstico proporcionada por los estudios de imagen y la analítica sanguínea inicial ha sido limitada en nuestra serie, por lo cual hay que poner énfasis en que la sospecha diagnóstica de AS es fundamentalmente clínica.



**SÍNDROME DEL SHOCK TÓXICO ESTAFILOCÓCICO. A PROPÓSITO DE DOS CASOS.** A. Martínez Otiz, D. Morales Senosiain, M. Garatea Rodríguez, R. Díaz-Aldagalán González, A. Castroviejo Gandarias, D. Martínez Cirauqui. *Hospital Virgen del Camino. Pamplona.*

**Introducción.** El síndrome de shock tóxico estafilocócico (SST) es una patología multisistémica muy grave e infrecuente en pediatría. Está producido por las toxinas del *Staphylococcus aureus*, principalmente la TSST-1. Se ha descrito fundamentalmente en niños mayores de 5 años y en mujeres que utilizan tampones (SST menstrual). Se presentan dos casos de niños diagnosticados de SST en los meses de febrero a noviembre del año 2008. Destacamos lo excepcional de los casos, su aparición en un período corto de tiempo y la excelente respuesta al tratamiento instaurado.

**Caso 1.** Niño de 13 años y 6 meses con fiebre y odinofagia de 24 horas de evolución. A la exploración destaca hipotensión, exantema eritematoso e hiperemia conjuntival. Analítica con coagulopatía, desviación izquierda y aumento de reactantes de fase aguda y aumento de urea y creatinina. Estreptotest positivo. Comienza con oligoanuria y aumento progresivo de creatinina y urea, por lo que ingresa en UCI-P. Se pauta antibioterapia de amplio espectro y se administran gammaglobulinas 2 g/kg. En glúteo derecho presenta una lesión eritematosa sobreelevada que preserva la integridad de la piel. Se realiza drenaje y se cultiva el material purulento, en el que se aísla *S.aureus*. Ha presentado una buena evolución.

**Caso 2.** Niña de 13 años con fiebre elevada de 24 horas de evolución, cefalea y dolor abdominal. AP: Menarquia a los 12 años, uso habitual de tampones. En la exploración destaca palidez cutánea con eritema facial y en extremidades, enantema, hiperemia conjuntival bilateral e hipotensión; analítica con datos de fallo renal (creatinina elevada) y hepático (aumento de transaminasas y coagulación alterada) por lo ingresa en UCIP. Se realiza tratamiento antibiótico empírico, previa recogida de cultivos (vagina, faringe, nasal y hemocultivo), y ante la llegada de *S.aureus* en frotis vaginal se sustituye por antibióticos sensibles con mejoría clínica.

**Conclusión.** El SST presenta algunas dificultades para realizar el diagnóstico en la fase aguda porque algunos síntomas iniciales son inespecíficos por lo que requiere alta sospecha clínica y tratamiento inmediato para evitar la alta morbimortalidad. El tratamiento con gammaglobulina endovenosa a altas dosis es controvertido: se ha aconsejado para disminuir la activación linfocitaria y neutralizar las toxinas; sin embargo, no está probada su utilidad y podría dificultar la síntesis de anticuerpos frente a TSST-1.



ECTIMA GANGRENOSO EN NIÑO SANO. P. Asensio González, M. Carrasco Hidalgo-Barquero, A. Romero García, A. Romero Salguero, D. Naranjo Vivas, L. Zarallo Cortés. *Hospital Materno Infantil Badajoz.*

**Introducción.** El ectima gangrenoso es una manifestación cutánea de infección por *Pseudomonas* que lleva a confusión diagnóstica y que puede tener consecuencias devastadoras para el paciente. El ectima gangrenoso se manifiesta como una lesión papular de color rojo violáceo, hemorrágica, que se rompe con rapidez y evoluciona a una úlcera gangrenosa con una costra grisácea rodeada por un halo eritematoso.

**Caso clínico.** Varón de 12 meses que acude a urgencias por fiebre alta de 4 días de evolución, que no cede pese a tratamiento domiciliario con amoxicilina-clavulánico durante 4 días (fue diagnosticado de faringoamigdalitis aguda en nuestro servicio). A la exploración física se constata hiperemia faríngea con exudado amigdalar, hiperemia conjuntival en ojo derecho con secreción acuosa y lesiones residuales generalizadas de varicela. Hemograma: 4000 leucocitos (85,4% linfocitos, 0,4% monocitos, 13,4% neutrófilos (500)). PCR 7.8 mg/l. Es ingresado. Es ingresado tras recogida de frotis faríngeo, ocular, se suspende antibioterapia oral y se toma una actitud expectante. En las primeras 24 horas de estancia hospitalaria, destaca la aparición de lesión úlcero-necrótica de rápida evolución en región lagrimal del ojo derecho. Ante la tórpida evolución se inicia antibioterapia empírica y anfotericina iv ante la sospecha de mucormicosis. Se realiza TAC urgente (celulitis preseptal de ángulo anterointerno de órbita derecha), hemograma (9600 leucocitos con 5600 neutrófilos), PCR 7.8 mg/l. Se desprende la escara negruzca apareciendo lesión ulcerativa que avanza, destruyendo canto interno del ojo derecho. Frotis ocular y faríngeo positivo a *Pseudomonas aeruginosa* sensible a ceftacídima y tobramicina. Se suspende anfotericina y se inicia antibioterapia según antibiograma. Posteriormente se observa evolución favorable de lesión ulcerosa con buena cicatrización.

**Comentarios.** Clásicamente el ectima gangrenoso ocurre durante una septicemia por pseudomona aeruginosa. Más común en pacientes inmunosuprimidos, con enfermedades crónicas o que reciben terapia inmunosupresora; en nuestro caso se trata de un niño aparentemente sano con inmunodepresión transitoria por varicela reciente. Tradicionalmente esta lesión correspondía a *P. aeruginosa*; en los últimos se han descrito lesiones producidas por otras bacterias y por hongos. La neutropenia es un factor de mal pronóstico. Fundamental el diagnóstico precoz para modificar el pronóstico.



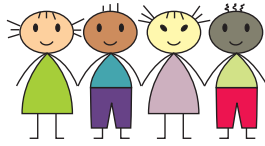
163 **GANGRENA DE FOURNIER EN LA INFANCIA. A PROPÓSITO DE UN CASO.** I. Marti Mas, E. Farreny Sastre, M. Obiols Torrabadella, N. Rovira Girabal, J. Sitjes Costas, S. Nevot Falcó. *Servicio de Pediatría. Hospital Sant Joan de Déu. Fundació Althaia. Xarxa Assistencial de Manresa.*

**Fundamento y objetivos.** La gangrena de Fournier es una fascitis necrotizante de etiología infecciosa, que afecta a la piel y al tejido celular subcutáneo, de inicio súbito y diseminación rápida. Se origina en escroto, pene o periné y se extiende con cierta frecuencia a la pared abdominal anterior. Se presenta fundamentalmente en la sexta década de la vida y es infrecuente en la infancia. En la edad pediátrica se presenta con unas características bacteriológicas, patogénicas, clínicas, terapéuticas y pronósticas específicas, que la diferencian de la gangrena del adulto.

**Observaciones clínicas.** Niño de 15 meses, sin antecedentes de interés, que consulta por un cuadro de fiebre de 39°C de 24 horas de evolución y lesión cutánea en la base del pene. Visitado en el Servicio de Urgencias horas antes, dónde se había detectado una lesión ampollosa en el dorso del pene y se había iniciado tratamiento con cloxacilina oral. El paciente se muestra con regular estado general, irritable y en la exploración destaca celulitis de la zona escrotal, perineal y lesión en el dorso del pene, eritrodermica, violácea, con fondo necrótico y friable, que produce compresión y edema balano-prepucial. Lesiones ulceradas en zona escrotal, perineal y nalga. Se cursa hemograma y PCR que son normales. Hemocultivo posteriormente negativo. Frotis de la herida: positivo a *S. aureus*. Se inicia tratamiento con cefotaxima y cloxacilina endovenosa y se deriva a Hospital de referencia para valorar desbridamiento quirúrgico. Se mantiene tratamiento conservador con tratamiento antibiótico endovenoso. El paciente evoluciona favorablemente con mejoría de los signos inflamatorios y curación de las lesiones de la zona perineal, escroto y pene.

**Comentarios.** La gangrena de Fournier infantil muestra importantes diferencias con respecto a la del adulto. Desde el punto de vista microbiológico, el *Streptococcus* y el *Staphylococcus* son los gérmenes identificados con más frecuencia, aislándose en más del 60% de los casos. En la edad pediátrica, los focos infecciosos que más habitualmente dan lugar a este proceso son las lesiones cutáneas (traumatismos, picaduras o cirugía). La presentación clínica también es diferente, ya que la afectación del estado general es menor, encontrándose con cierta frecuencia una necrosis cutánea extensa con poca o nula repercusión clínica. El tratamiento conservador puede ser suficiente para lograr la curación, con antibióticos de amplio espectro y resección sólo de la piel claramente necrótica. El pronóstico también es sustancialmente mejor, con una tasa media de mortalidad del 9%. Es importante diagnosticar a los pacientes en fases tempranas de la enfermedad, ya que el pronóstico se relaciona con la extensión y tiempo de evolución de la enfermedad





Sábado 4 de abril, 10:15 h

MISCELÁNEA

Moderadora: Dra. M. Bustillo Alonso

164

**EFICACIA Y SEGURIDAD DE LOS PROCEDIMIENTOS DE SEDOANALGESIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS.** R. López López, A. Mora Capín, G. Guerrero Márquez, L. González Vives, E. Sanavia Morán, C. Míguez Navarro. *Servicio Urgencias Pediátricas. H.G.U. Gregorio Marañón. Madrid.*

**Introducción.** La Asociación Internacional para el Estudio del Dolor lo define como “una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a un daño hístico real o potencial”. Existe un interés creciente entre los profesionales de la pediatría para mejorar el manejo del dolor, siendo cada vez es más frecuente la aplicación de sedoanalgesia para procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos en los servicios de urgencias pediátricas.

**Objetivos.** Describir la experiencia en la aplicación de sedoanalgesia en nuestro servicio de urgencias pediátricas. Valorar la eficacia de la sedoanalgesia mediante escalas de dolor y grado de sedación, así como evaluar los efectos secundarios inmediatos y a las 24 horas del procedimiento.

**Material y métodos.** Se diseñó un estudio observacional prospectivo y descriptivo, incluyendo niños (entre 1 mes y 15 años) que precisaron sedoanalgesia en el servicio de urgencias pediátricas. Se excluyeron situaciones de emergencia, niños con ASA mayor de 2 o criterios de intubación difícil, epilépticos o en tratamiento crónico con analgésicos o fármacos eutimizantes. Las pautas de sedoanalgesia se dejan a criterio del profesional que realiza el procedimiento. Se valoran el grado dolor (escalas adaptadas según la edad: Flacc, Wong-Baker y escala analógica) y el nivel de sedación (escala de Ramsay) antes, durante y tras el procedimiento. Se registran los efectos secundarios inmediatos y a las 24 horas mediante encuesta telefónica. Los datos se analizaron con el programa estadístico SPSS versión 15.0.

**Resultados.** Se analizaron 18 pacientes. Las indicaciones más frecuentes para la aplicación de sedoanalgesia fueron la reducción de fracturas/luxaciones y la realización de pruebas de imagen. El 44.6% de los niños recibieron sedoanalgesia, el 27.7% sedación pura y el 27.7% analgesia pura. Los fármacos más utilizados fueron midazolam (27.8%), ketamina (22.2%), midazolam más ketamina (16.7%) y fentanilo (16.7%) a las dosis habituales. La efectividad del procedimiento fue valorada como buena en el 83.3% y mala sólo en uno de los casos (5.5%). La administración de analgesia ( $\pm$ sedación) redujo significativamente la mediana de puntuación de dolor (antes: 7.5/10, durante: 3/10 y después: 3/10). De los 9 pacientes que recibieron sedación ( $\pm$ analgesia) el 66% alcanzó nivel de sedación profunda. Un 39% de pacientes presentó efectos secundarios inmediatos leves, con resolución en menos de 2 horas, siendo los más frecuentes los síntomas neurológicos (nistagmus y/o visión borrosa) en el 28% y los digestivos (vómitos) en el 11%. De los 15 pacientes encuestados a las 24 horas, sólo el 26.7% presentaba algún efecto secundario de carácter leve (síntomas digestivos 20% y mareo 6.7%) Ninguno de los pacientes presentó depresión respiratoria ni efectos cardiovasculares.

**Conclusiones.** Según nuestra experiencia la sedoanalgesia en niños es un procedimiento eficaz y seguro. Encontramos una tasa de efectos secundarios inferior a la registrada en la bibliografía previa consultada, siendo en todos los casos síntomas de carácter leve. Por lo tanto, consideramos que debería formar parte de la práctica clínica habitual en los servicios de urgencias pediátricas.



**UTILIDAD DE LA CAPNOGRAFÍA EN LA MONITORIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE SEDOANALGESIA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS.** A. Mora Capín, R. López López, A. Rivas García, E. Sanavia Morán, L. González Vives, C. Míguez Navarro. *Servicio de Urgencias Pediátricas. H.G.U. Gregorio Marañón. Madrid.*

**Introducción.** La aplicación de métodos de sedoanalgesia para procedimientos diagnóstico-terapéuticos en el servicio de urgencias pediátricas es cada vez más frecuente en nuestro medio. Estas técnicas no están exentas de riesgos y, por lo tanto, deben ser llevadas a cabo por personal entrenado bajo una monitorización adecuada. La monitorización recomendada por las guías clínicas actuales mediante inspección visual y pulsioximetría tiene sus limitaciones, ya que la desaturación representa un signo tardío de depresión respiratoria. El uso de oxígeno suplementario puede enmascarar la hipoxemia, retrasando la intervención ante una situación de riesgo. La capnografía puede ser una herramienta útil para la detección precoz de hipoventilación y cambios en el patrón respiratorio.

**Objetivos.** Valorar la utilidad de la capnografía en la monitorización durante procedimientos de sedoanalgesia. Analizar la influencia del oxígeno suplementario en la detección de depresión respiratoria mediante pulsioximetría.

**Material y métodos.** Se diseñó un estudio observacional prospectivo aleatorizado para la administración o no de oxígeno suplementario. Se incluyeron niños de 1 mes a 15 años de edad que precisaron sedoanalgesia en nuestro servicio de urgencias, excluyendo situaciones de emergencia, niños con ASA mayor de 2, intubación difícil, epilepsia o tratamiento crónico con analgésicos o fármacos eutimizantes. Se aplicaron las pautas de sedoanalgesia según protocolo habitual. Se monitorizó a todos los pacientes mediante inspección visual, pulsioximetría y capnografía (cánulas nasales Philips microstream®). Se recogieron variables epidemiológicas y valores de saturación de oxígeno y CO<sub>2</sub> espirado previos y de forma seriada durante el procedimiento. Los datos se analizaron mediante el programa estadístico SPSS versión 15.0.

**Resultados.** Se analizaron 9 pacientes, de los cuales 66% eran varones, de edades comprendidas entre 16 meses y 13 años. Distribución por grupos: A (oxígeno suplementario): 5 pacientes, B (no oxígeno): 4 pacientes. Ninguno presentó depresión respiratoria detectable mediante capnografía ni pulsioximetría. La media de CO<sub>2</sub> espirado al inicio del procedimiento fue de 34.4, siendo más elevados los valores registrados a los 5, 10 y 15 minutos (medias: 36.1, 35.8 y 35.7 respectivamente) con una p que tiende a la significación estadística (p 0.072). La saturación de oxígeno no mostró variaciones relevantes a lo largo del procedimiento, con medias en rango de 99.4-99.7%, no habiendo encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes que recibieron oxígeno suplementario y los que no.

**Conclusiones.** La integración de la capnografía en los protocolos rutinarios de monitorización de procedimientos de sedoanalgesia puede mejorar la seguridad de los mismos, si bien sería necesario ampliar nuestra muestra para alcanzar un resultado estadísticamente significativo. Nuestro estudio no ha podido demostrar la influencia del oxígeno suplementario en la detección de depresión respiratoria mediante pulsioximetría.



¿ESTÁN PRESENTES LOS PADRES DURANTE LOS PROCEDIMIENTOS INVASIVOS? ESTUDIO MULTICÉNTRICO EN 32 HOSPITALES DE ESPAÑA. C. Parra Cotanda, A. Gamell Fulla, P. Corniero Alonso, V. Trenchs Sainz de la Maza, C. Luaces Cubells. *Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Hospital Universitari Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona.*

**Introducción.** La participación de los padres en la toma de decisiones diagnósticas y/o terapéuticas sobre su hijo es un elemento clave. Un aspecto importante de esta participación es su presencia durante la realización de los procedimientos invasivos (PI).

**Objetivos.** 1) Conocer la frecuencia de la presencia de los padres durante diferentes PI en los servicios de urgencias pediátricos (SUP) de España. 2) Conocer los motivos por los que se restringe la presencia de los padres. 3) Conocer el grado de acuerdo del personal sanitario sobre la presencia de los padres.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo multicéntrico, basado en encuestas dirigidas a los responsables de diferentes SUP de España y difundidas vía mail.

**Resultados.** De las 43 encuestas enviadas, se obtiene respuesta de 32 hospitales. La mediana de visitas de los SUP de la muestra es de 35.000/año. En 11 hospitales (34.4% de la muestra) no se da nunca la opción a los padres de presenciar los PI. En el resto, la presencia varía en función del PI: extracción sanguínea o colocación de vía periférica (15 hospitales), sutura de heridas (14), sondaje gástrico (10), sondaje vesical (9), lavado gástrico (8), punción lumbar (7), reducción esquelética (5), toracocentesis (1), intubación (1) y maniobras de reanimación cardiopulmonar (1). No se encuentran diferencias significativas en función de las características de los hospitales. En cuanto a los motivos para restringir la presencia, los encuestados argumentan ansiedad de los padres (26/30), el hecho de que los padres no están preparados (24/31) y un peor rendimiento del personal sanitario (23/30). Según todos los encuestados, ocasionalmente han surgido problemas derivados de la presencia familiar, siendo los más frecuentes el mareo (22/28) y un peor comportamiento del niño (19/30). Los responsables creen que el personal sanitario está poco o nada de acuerdo con la presencia de los padres durante los procedimientos poco invasivos en 19 hospitales; en 27, durante los procedimientos moderadamente invasivos, y en 31, durante los muy invasivos. De los 32 hospitales, 2 tienen un grupo de trabajo sobre el tema y uno un protocolo específico. Veintitrés responsables creen que es bastante necesario realizar programas de formación y crear grupos de trabajo y protocolos sobre el tema.

**Conclusión.** La participación de los padres durante los PI es claramente mejorable en nuestros SUP. El personal sanitario está poco de acuerdo, especialmente durante las técnicas más invasivas. Por todo ello, es necesario desarrollar grupos de trabajo y protocolos sobre el tema.



167 **CORTICOIDES ¿ES RELEVANTE SU MALA TOLERANCIA ORAL EN URGENCIAS?** S. Morala Morena, N. Fernández López, S. Polo Jiménez, E. Baldazo Villarrubia, M.C. Martínez Loza, N. de Lucas García. *Servicio Urgencias de Pediatría. Hospital General Universitario La Paz. Madrid.*

**Objetivos.** Los niños que acuden a un servicio de urgencias hospitalario con frecuencia precisan tratamiento con corticoides, fármacos habitualmente mal tolerados vía oral. Nos proponemos analizar las circunstancias que se relacionan con la baja tolerancia del corticoide oral, así como el posible impacto del vómito asociado al corticoide sobre los ingresos.

**Métodos.** Estudio observacional de 147 pacientes atendidos en un servicio de Urgencias que precisaron tratamiento con corticoide oral a causa de su proceso base. Se empleó T de Student, Chi cuadrado y prueba exacta de Fiseher para comparar variables en vomitadores y no vomitadores. Se realizó análisis multivariante de las variables seleccionadas. Se calculó Odds ratio para ingreso de vomitadores con IC95%.

**Resultados.** Se estudiaron 88 niños (59,9%) y 59 (39,1%) niñas con rango de edad 1,3 meses a 14,1 años (mediana 2,2 años). La patología diagnosticada fue broncoespasmo en 86 (59%) niños, laringitis en 22 (15%), bronquiolitis en 11 (8%), urticaria en 20 (14%) y otras en 2 (1%). En 139 (95%) no constaba patología ni sintomatología digestiva reciente. Los corticoides administrados fueron deflazacort en 88 (60%), prednisona 35 (24%), dexametasona 19 (13%) y prednisolona 5 (3%). Del total de niños, 55 (37%) recibieron el corticoide en forma de comprimidos y el resto en suspensión. Administró el fármaco en 88 casos (60%) un DUE, en 31 (21%) la madre, en 15 casos (10%) un auxiliar, en 10 (7%) el padre y en 3 casos (2%) otra persona. El niño estaba tranquilo en 92 (63%) ocasiones. Ingresaron 36/147 (24,5%). No se detectó diferencia significativa en vomitadores en cuanto a edad, peso, sexo, patología digestiva previa, presentación en comprimidos o suspensión oral, ni en cuanto a quién administró el corticoide. Vomitaron menos: Los niños con laringitis 1/22 (4,5%) frente a otras patologías 28/125 (22,4%), casi con significación estadística ( $p=0,078$ ); los niños tranquilos 12/92 (13%) que los que tenían algún nivel de agitación 17/55 (30,9%) con  $p=0,008$ ; los que recibieron dexametasona 0/19 (0%) o prednisolona 0/5 (0%) frente a prednisona 7/35 (20%) o deflazacort 22/88 (25%),  $p=0,004$ . El análisis multivariante seleccionó con el hecho de vomitar solo dos de las tres asociaciones: a) la circunstancia de que se tratara de deflazacort o prednisona y b) la intranquilidad del niño, con  $p=0,0004$  de la regresión lineal. Ingresaron 15 de 29 pacientes vomitadores (51,7%) y 21 de 118 pacientes no vomitadores (17,8%),  $p=0,0001$ . Odds ratio de ingreso para vomitadores 4,95 (IC95% 2,08 a 11,79).

**Conclusiones.** Se evidencian dos aspectos relevantes en mala tolerancia oral del corticoide: a) el estado de agitación del niño y b) algunos preparados concretos de corticoides (prednisona y deflazacort). Dado que el vómito se asoció a alto riesgo de ingreso (ventaja para ingreso casi 5 a 1), resulta importante a) favorecer un entorno tranquilo y estrategias adecuadas de administración de corticoide oral y b) contemplar la posibilidad de buscar corticoides o presentaciones de estos de mayor palatabilidad y menor rechazo por parte de los niños.



**PATOLOGÍA METABÓLICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA: UNA AGUJA EN UN PAJAR.** J.P. García Iñiguez, I. Montejo Gañán, L. Monge Galindo, S. Beltrán García, M.M. Domínguez Cajal, M.C. García Jiménez. *Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza.*

**Objetivos.** Valorar el beneficio en un Servicio de Urgencias de Pediatría de: 1) la existencia de una adecuada protocolización de patologías metabólicas que permita el reconocimiento de datos clínicos y bioquímicos que nos pueden alertar sobre la posibilidad de su existencia; 2) la importancia de una adecuada recogida de muestras que son fundamentales para la adecuada orientación diagnóstica.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes que han debutado con una enfermedad metabólica y que ingresan procedentes del Servicio de Urgencias en los últimos tres años en un hospital terciario. Se revisan los informes de asistencia en Urgencias y la historia clínica. Se recogen motivo de consulta, principal alteración bioquímica, signos clínicos y diagnóstico final.

**Resultados.** Se han recogido 16 pacientes afectados de enfermedad metabólica que ingresaron desde urgencias. El signo guía fue: en 8 de ellos la hipoglucemia, en 3 la existencia de una anemia megaloblástica, 3 de los casos presentaron patología neurológica (crisis, alteración conciencia), otro de los casos presentó episodios repetidos de deshidratación hiponatrémica y otro de los casos debutó con rechazo de las tomas y somnolencia. Los diagnósticos finales han sido: e defectos del metabolismo de la cobalamina, 1 CDG Ib, 1 defecto de la beta oxidación, 2 homocistinurias clásicas, 1 hiperinsulinismo, 2 X-adrenoleucodistrofias, 2 defectos de la cetolisis, 1 defecto de la cetogénesis, 1 aciduria metilmalónica, 1 deplección del ADN mitocondrial, 1 sospecha de glucogenosis 0.

**Conclusiones.** Conocimientos básicos sobre la patología metabólica se han mostrado útiles como herramienta para los facultativos de los Servicios de Urgencias a la hora de reconocer pacientes susceptibles de presentar una enfermedad metabólica. La correcta recogida de muestras en el Servicio de Urgencias proporciona una ayuda, en algunos casos imprescindible, para la orientación diagnóstica posterior de éstos pacientes. En nuestro hospital la protocolización de la hipoglucemia, que es la alteración bioquímica más frecuente sospechosa de enfermedad metabólica, se ha mostrado muy útil.



**REHIDRATACIÓN INTRAVENOSA RÁPIDA EN LA URGENCIA: COMPARACIÓN CON LA PAUTA TRADICIONAL.** R. Mosqueda Peña, P. Rojo Conejo, J. Cruz Rojo, A. Palacios Cuesta, M. Marín Ferrer, N. Ureta Velasco. *Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

**Objetivos.** Determinar si la rehidratación rápida es un método efectivo para corregir la deshidratación en niños con gastroenteritis aguda (GEA) y deshidratación leve-moderada comprobando si permite restablecer en menos tiempo el estado de hidratación en comparación con el método tradicional y logra reducir el tiempo de estancia en el servicio de Urgencias.

**Material y métodos.** Se trata de un estudio retrospectivo analítico-descriptivo llevado a cabo sobre los niños atendidos en la Urgencia, con deshidratación leve-moderada isonatémica desencadenada por una GEA, y que han precisado rehidratación intravenosa (iv) tras haber fracasado la tolerancia oral. Se recopilaron un total de 42 casos y se compararon dos pautas de rehidratación: la rápida (19 casos), consistente en administrar 20 mililitros por kilogramo (ml/kg) de suero salino fisiológico (SSF) en 1 hora, seguido de 10 ml/kg/hora de glucosalino  $1/2$ , añadiendo las necesidades basales de potasio, hasta completar la rehidratación; y la tradicional (23 casos) consistente en reponer el déficit de agua y electrolitos estimado junto con las necesidades basales a un ritmo calculado para 24 horas.

**Resultados.** El tiempo empleado para la rehidratación iv fue menor en la pauta rápida en comparación con la tradicional, con medias de 3,53 horas (desviación estándar (DS): 1,3) y 12,04 horas (DS: 4,08) respectivamente. Esta diferencia fue estadísticamente significativa ( $p < 0,01$ ). También se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tiempo necesario para alcanzar una tolerancia oral exitosa, con una media de 6,37 horas (DS: 3,63) en el grupo de la pauta rápida, frente a 9,35 horas (DS: 5,16) en el grupo de la pauta tradicional ( $p = 0,04$ ). Por el contrario, a pesar de que el tiempo medio de estancia en urgencias fue menor para la pauta rápida y que la ganancia de peso fue mayor que en la pauta tradicional, estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. De igual forma, las variaciones de los parámetros de laboratorio analizados no difirieron significativamente entre ambos grupos.

**Conclusiones.** La rehidratación iv rápida supone una alternativa a la pauta clásica con una serie de ventajas como son: facilidad de cálculo con menor posibilidad de errores; mejoría más rápida del estado de hidratación y del estado general, que permite una tolerancia oral más precoz; corrección más rápida de las alteraciones electrolíticas y del equilibrio ácido-base gracias a la restauración precoz de la perfusión renal; y todo esto de forma segura, sin que aumente el riesgo de complicaciones tales como la hipernatremia.



170 EPISODIOS APARENTEMENTE LETALES: ¿CÓMO ACTUAMOS ANTE ELLOS? M.P. Sanz de Miguel, B. Chapí Peña, M.V. Velasco Manrique, S. Congost Marín, A. De Arriba Muñoz, Y. Aliaga Mazas. *Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Miguel Servet de Zaragoza.*

**Objetivos.** Conocer las características clínico-epidemiológicas de los EAL (episodios aparentemente letales) acontecidos en nuestro centro a lo largo del año 2008. Analizar los datos de la historia clínica a su llegada a urgencias y evaluar nuestra actuación en urgencias ante ellos.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los pacientes atendidos en Urgencias de un Hospital terciario por EAL durante el año 2008 por episodio de atragantamiento, apneas, cambios de la coloración y del tono muscular en menores de 1 año, criterios que definen un EAL según el consenso del NIH Americano de 1986.

**Resultados.** Se revisaron 89 informes de urgencias que consultaron por EAL correspondientes a 75 niños, lo que supone un 0,17% del total de las urgencias en el periodo citado. Se trataba del primer episodio en el 65,4%. El motivo de consulta más frecuente fue el atragantamiento (41,2%), otros motivos fueron: alteraciones del tono (24,7%), apneas (22,4%) y alteraciones del color (11,8%). En un 21,1% precisaron estímulo como reanimación inicial en domicilio y en 4 casos se realizaron maniobras de reanimación por parte de los padres y en 1 de ellos en el hospital. Respecto al desencadenante, se relacionaba en un 27,5% con la ingesta, en un 22,5% con cuadros catarrales, un 17,5% con vómitos, 10% con el llanto y 5% con el sueño. Entre los antecedentes personales: un 26,4% son exprematuros, Apgar alterado en un 19,7% y patología perinatal en el 27,5%. En urgencias, la exploración física fue normal en un 61,1%, en cuanto al resto, se encontraron síntomas catarrales en un 20,1%, dificultad respiratoria en un 12,2 y en un 4,9% se constató cianosis. El 26,4% de pacientes según referían los padres presentaban alteraciones en las tomas previas al episodio. Respecto a las pruebas complementarias, la más realizada en urgencias fue la gasometría capilar en el 55,1%. Requirieron ingreso el 84,1%, 2 de ellos en UCI (<1%). Los diagnósticos correspondientes a los 14 pacientes que no ingresaron fueron: episodio de atragantamiento (66%), espasmo de sollozo (33%) y alteraciones en el monitor domiciliario de apneas (<1%) Al 50% de éstos no se les realizó pruebas complementarias y, en los restantes, todas ellas fueron normales (radiografía de tórax y analítica básica).

**Conclusiones.** Los EAL constituyen una causa importante de ingreso en lactantes menores de 1 año y dado que en nuestro Hospital no existe un protocolo de actuación ante EAL como tal, consideramos conveniente la realización de un protocolo de actuación en urgencias que sirva como guía de trabajo y nos ayude a diferenciar aquellos episodios de riesgo de otros de dudosa gravedad (cuadros catarrales y atragantamientos durante las tomas).





171 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS EPISODIOS APARENTEMENTE LETALES EN EL ÁREA DE URGENCIAS. A. Torres Amieva, V. Sánchez Tatay, L. Rodríguez Romero, M.A. Murillo Pozo, M.T. Alonso Salas, M. Loscertales Abril. *Hospital Infantil H.U. Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Introducción.** Se define como episodio aparentemente letal (Apparent Life-Threatening Event, ALTE) a un episodio brusco e inesperado caracterizado por pausa respiratoria, cambio de color y/o alteraciones en el tono muscular que genera en el observador sensación de muerte inminente. Según su gravedad se clasifican en: mayor si revierte con estimulación vigorosa o maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) o menor si se recupera espontáneamente o con estimulación leve.

**Objetivos.** Describir la incidencia, características y evolución de los ALTE mayores atendidos en el área de Urgencias entre Marzo de 2007 y Diciembre de 2008.

**Material y método.** Estudio descriptivo retrospectivo realizado mediante revisión de historias clínicas.

**Resultados.** Los ALTE diagnosticados en el servicio de Urgencias durante el periodo reseñado fueron 91, representando un 0,067% del total de niños atendidos (134.197) y un 1,4% de los ingresos en Observación (6.500). Un 20,8% (19 casos) fueron episodios mayores, con ligero predominio del sexo femenino (11/19) y edades entre los 5 y 100 días de vida (edad media de 41 días, mediana de 1 mes). La clínica más frecuente fue cianosis (79%), apnea (68,5%) y/o hipotonía (42%), precisando todos estimulación vigorosa y en 3 casos maniobras de RCP en domicilio. Como antecedente de interés destacó la prematuridad (37%). Tal y como está descrito, la exploración física no mostró hallazgos patológicos. Todos ingresaron para la realización de pruebas complementarias de primera y de segunda línea. La causa más frecuente de ALTE mayor fue el reflujo gastroesofágico (RGE) (47,3%) y se catalogaron de idiopáticos hasta un 26%. Al alta hospitalaria de los ALTE de alto riesgo (21%), se indicó monitorización domiciliaria y se proporcionó formación reglada de maniobras de RCP básica a los padres.

**Conclusiones:**

- La atención de ALTE en la consulta de Urgencias representa una baja incidencia, pero son situaciones de emergencia y gran alarma social.
- El RGE la causa más frecuente de ALTE en los lactantes.
- Los ALTE menores en ocasiones requieren un corto ingreso que ayuda a manejar la ansiedad familiar que generan.
- Los ALTE mayores de alto riesgo de apnea o bradicardia recurrente precisan monitorización domiciliaria y aprendizaje de maniobras de RCP básica a los padres.





LA REACCIÓN ANFILÁCTICA EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA. L. Ochoa Gómez, M.T. Llorente Cereza, A. Campos Bernal, J.P. García Iñiguez, S. Beltrán García, M.C. García Jimenez. *Hospital Miguel Servet. Zaragoza.*

**Introducción.** La anafilaxia es un síndrome multisistémico potencialmente fatal que con frecuencia se presenta de forma inesperada. Precisa un reconocimiento y tratamiento precoz, siendo el fármaco de elección la adrenalina intramuscular. Es muy importante un periodo de observación de 8-24 horas debido a que hasta en el 20% de los casos puede aparecer una reacción bifásica de igual o mayor intensidad.

**Objetivo.** Revisión del manejo de las reacciones anafilácticas atendidas en nuestro servicio de urgencias pediátricas así como los cambios en nuestra actuación introducidos tras las últimas recomendaciones dadas en el 2007 por la Academia Europea de Alergología e Inmunología Clínica. **Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo comparativo de dos cohortes históricas, una de junio de 2005 a octubre de 2007 y otra de enero a diciembre de 2008, tras la actualización de nuestro protocolo con las últimas recomendaciones. Hemos revisado las historias de urgencias durante estos periodos y hemos realizado un estudio estadístico.

**Resultados.** En la primera cohorte se han recogido un total de 9 reacciones anafilácticas (6.8/100.000). 66% de los casos fueron varones con una edad media de 4,3 años. Todos los casos presentaban clínica cutánea (urticaria y/o angioedema) acompañados de síntomas respiratorios, el 22% síntomas gastrointestinales y ningún caso afectación cardiovascular. En 8 casos se relacionó una causa etiológica. Solo en el 55% de los casos se usó la adrenalina vía subcutánea. El 89% permanecieron en observación una media de 4 horas. El 44% fueron derivados a consultas de alergología para estudio. En la segunda cohorte se han recogido 17 nuevos casos de anafilaxia (30.9/100.000), el 58% fueron varones y con una edad media de 5.9 años. La clínica que presentaban es similar a la de la primera cohorte. Se relacionó una causa etiológica en el 58%. En el 76% se usó adrenalina vía intramuscular como tratamiento; el 100% permanecieron en observación, una media de 6 horas y el 94% se derivaron a estudio a consultas de alergología. No hemos observado ninguna reacción bifásica.

**Conclusiones.** La anafilaxia es una patología poco frecuente pero potencialmente muy grave. En nuestras 2 series encontramos anafilaxias leve-moderadas, ningún caso de shock anafiláctico ni ninguna reacción bifásica. Tras la instauración de las nuevas recomendaciones, hemos mejorado los criterios de calidad. Hemos encontrado un aumento de la frecuencia de reacciones anafilácticas en nuestro servicio de urgencias, probablemente, debido a que hemos mejorado su reconocimiento. Se ha usado en mayor proporción el tratamiento de elección y se ha aumentado el periodo de observación y la derivación para su estudio alergológico.



**SOSPECHA DE ALERGIA A PROTEÍNAS DE LECHE DE VACA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: ¿QUÉ HACER?**  
L. Batalla Fadó, V. Aldecoa Bilbao, D. Bartoli, E.J. Travería, G.Pujol Muncunill, S. Moya Villanueva. *Hospital de Sabadell. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell.*

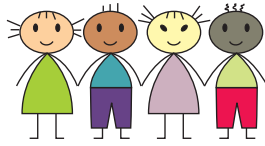
**Introducción.** La alergia a proteínas de la leche de vaca (APLV) es la alergia alimentaria más frecuente durante primer año de vida. Su presentación suele ser brusca, en forma de erupciones cutáneas o síntomas digestivos, motivos de consulta frecuentes en urgencias.

**Objetivos.** Analizar los pacientes que por anamnesis y exploración física se sospechó APLV y comparar las características de los pacientes en los cuales se confirmó APLV y los que no.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo de los pacientes visitados en el servicio de urgencias durante los años 2007-2008 con sospecha clínica de APLV. Las variables analizadas son: edad, sexo, tipo de lactancia, sintomatología, exploraciones complementarias y tratamiento realizado en urgencias y recomendación o no de leche hidrolizada, separándolo en dos grupos en función si se confirmó alergia (grupo A) y los que no (grupo B).

**Resultados.** Durante este periodo se visitaron 53 niños con sospecha clínica de APLV. Se confirmó alergia mediante IgE específica circulante (CAP) y *prick-test* en 29 pacientes (54,7%). La edad media de los pacientes del grupo A fue de 3,11 meses (rango 16 días-12 meses, DE 2,3) frente a los del grupo B que fue de 2,88 meses (rango 27 días-6 meses, DE 1,9). La proporción de niños y niñas fue la misma en los dos grupos. Las manifestaciones clínicas por las que se sospechó APLV en el grupo A fueron: un 90% cutáneas, (urticaria 72%; eritema 25%), un 25% vómitos y 10% respiratorias (broncoespasmo). En 2 casos (3,7%) la anafilaxia fue la forma de presentación. En el grupo B las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron: el eritema 62%, seguido de la diarrea (25%), vómitos y urticaria (8%) y broncoespasmo (4%). En un 54,4% de los pacientes la sintomatología coincidió con la primera toma de leche artificial, de los cuales un 79% de los pacientes eran del grupo A y 29% del grupo B. En urgencias se realizó análisis de sangre y CAP en el 66% de los pacientes. Precisaron tratamiento en urgencias el 28,3% de todos los pacientes, de los cuales un 38% fueron del grupo A (adrenalina en 2 pacientes, corticoides en 3, antihistamínicos en 14 y broncodilatadores en 2) y un 16% del grupo B (adrenalina en 1, corticoides en 2, antihistamínicos en 4). En un 77,3% de los niños se cambió la leche a un hidrolizado de proteínas en el momento de la visita en urgencias. En el grupo A hubo un 20% de los casos en que no se recomendó cambiar el tipo de leche y en el grupo B se cambió la leche en un 75% de los casos.

**Comentarios.** No encontramos diferencias significativas en cuanto a edad y sexo que nos permita diferenciar ambos grupos. Hemos observado que la urticaria y la introducción reciente de la leche artificial es más frecuente en el grupo que se confirma el diagnóstico. Dado que la APLV se confirma en al mitad de los pacientes creemos recomendable iniciar el estudio en urgencias y retirar la leche en aquellos pacientes con sospecha clínica.



Sábado 4 de abril, 10:15 h

MISCELÁNEA

Moderador: Dr. P. Gómez González

174 TUMORES INFANTILES: DIAGNÓSTICO EN EL ÁREA DE URGENCIAS. C. Montero Valladares, I.L. Benítez Gómez, E. Mellado Troncoso, V. Sánchez Tatay, M.T. Alonso Salas, M. Loscertales Abril. *Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Críticos y Urgencias del Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.*

**Introducción.** El cáncer es una patología poco frecuente en la infancia. La leucemia es la neoplasia más frecuente, seguida de los tumores cerebrales. El diagnóstico de esta patología en Urgencias no siempre es fácil debido a la presentación de síntomas muy inespecíficos en muchos de los casos.

**Objetivos.** Estudiar la incidencia y las características clínicas, epidemiológicas de los tumores diagnosticados durante una consulta al servicio de urgencias desde enero 2007- diciembre 2008.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de historias clínicas digitales de niños diagnosticados de tumores en el servicio de urgencias durante el período reseñado. Se recogieron las siguientes variables: edad, sexo, síntomas de presentación, tiempo de evolución, tipo de consulta en urgencias (decisión propia o derivada), tipo y localización del tumor.

**Resultados.** El número total de tumores diagnosticados en Urgencias fue de 43. Incidencia 0,03% del total de urgencias atendidas (147.076 urgencias totales). Distribución por edades: neonatos 2.3%, lactantes 13.9%, preescolares 41.9%, escolares 23.3% y adolescentes 18.6%. Sexo: 68% niños y 33% niñas (relación 2:1). Tiempo de evolución de los síntomas: 49% entre 1 semana-1 mes, 34% síntomas de < 1 semana de evolución, 11% > 1 mes de evolución y 5% fueron hallazgo casual. El 63% de los pacientes acudió a Urgencias de por decisión propia. El tumor más frecuente fue el tumor cerebral (49%) seguido de la leucemia (35%). Un 73% de los tumores cerebrales eran supratentoriales. El 43% de ellos presentó como síntoma de presentación la focalidad neurológica, el 33% cefalea y el 23% ambos síntomas. De los pacientes diagnosticados de leucemia el 60% se presentaron como fiebre sin foco y el 14% como síndrome constitucional y artralgias. Otros tumores diagnosticados en el área de Urgencias fueron: linfomas, histiocitosis X, tumor de Wilms, neuroblastomas rhabdomyosarcomas y tumores testiculares.

#### Conclusiones:

- La consulta en urgencias por cefaleas y otros signos neurológicos, debe obligar a incluir en el diagnóstico diferencial la posible presencia de un tumor cerebral.
- Aunque la mayoría de las consultas a urgencias son procesos banales, la correcta atención pediátrica, permite llegar a diagnósticos precoces de enfermedades con una alta morbimortalidad en la infancia.



**FORMAS DE PRESENTACIÓN DEL ASTROCITOMA PILOCÍTICO JUVENIL.** M. Gil-Ruiz Gil-Esparza, N. Gil Villanueva, R. Rodríguez Caro, A. Mora Capin, C. Garrido Colino. *S. Urgencias. H.G.U. Gregorio Marañón. Madrid.*

**Introducción.** El astrocitoma pilocítico juvenil (APJ) es el tumor cerebral más frecuente de la infancia. Se caracteriza por su baja capacidad invasiva y metastásica, constituyendo una neoplasia de curso indolente y buen pronóstico. Su presentación clínica está relacionada con la localización, siendo el cerebelo la más frecuente, provocando cefalea, náuseas, vómitos y trastornos del equilibrio y la coordinación. La cirugía es el tratamiento de elección, con carácter curativo si se consigue resección completa.

**Objetivo.** Describir la presentación clínica inicial y la evolución de los pacientes diagnosticados de APJ en nuestro servicio de urgencias pediátricas.

**Material y métodos.** Se diseña un estudio descriptivo y retrospectivo, basado en la revisión de historias clínicas de los pacientes diagnosticados de APJ entre Enero de 2007 y Diciembre de 2008. Recogimos y analizamos variables epidemiológicas (edad, sexo), clínicas (signos, síntomas y tiempo de evolución), pruebas complementarias (neuroimagen y tipo histológico), así como la evolución postquirúrgica.

**Resultados.** Se incluyeron 6 pacientes de edades comprendidas entre los 20 meses y los 8 años, de los cuales 83% eran varones. El síntoma de presentación más común fue la cefalea (83%), asociada a vómitos y ataxia en el 33% de los casos. Otras manifestaciones clínicas menos frecuentes fueron fotofobia, tortícolis, temblor fino distal y pérdida de conciencia. El tiempo de evolución osciló entre 1 mes y 3 años. Hallazgos de la exploración física: 50% papiledema bilateral, 50% disimetría y 33% aumento de la base de sustentación e inestabilidad. En el 100% de los casos la RM cerebral mostraba un tumor de fosa posterior, de localización cerebelosa en 5 pacientes (1 intraventricular). Uno de los pacientes presentaba hidrocefalia grave con herniación amigdalárica y compresión del tronco del encéfalo, precisando ingreso en UCIP y cirugía urgente. El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico de astrocitoma pilocítico juvenil grado I en todos los casos incluidos. En todos los pacientes se realizó resección quirúrgica, siendo macroscópicamente completa en 5 de los casos. Ninguno de nuestros pacientes recibió tratamiento médico coadyuvante. En cuanto a las secuelas postquirúrgicas 50% presentó disimetría, 33% paresia del VI par craneal unilateral y 33% cefalea recurrente. En controles de neuroimagen posteriores 2 de nuestros pacientes han presentado recidiva tumoral, siendo la supervivencia actual del 100%.

**Conclusiones.** En nuestra serie, la forma de presentación más frecuente del APJ fue la clínica de hipertensión intracraneal (cefalea y vómitos), que puede estar asociada a otros síntomas neurológicos como la ataxia. Es obligado incluir los tumores de fosa posterior en el diagnóstico diferencial de síntomas frecuentes en la urgencia pediátrica como la cefalea, las náuseas y los vómitos. Aunque se trata de tumores de naturaleza benigna y elevada supervivencia, no debemos olvidar la calidad de vida y las posibles complicaciones o secuelas a medio-largo plazo en la valoración pronóstica de estos pacientes.



**PRESENTACIÓN ATÍPICA DE TUMOR MEDULAR.** N. Nieto Gabucio, L. Llorente Otones, P. Galán del Río, C. García-Vao Bell, R. Rodríguez Díaz, M.J. Rivero Martín. *Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.*

**Objetivos.** Resaltar la importancia del diagnóstico y tratamiento precoz de la compresión medular como urgencia oncológica. Considerar formas de presentación clínica atípicas que condicionan visitas repetidas al Servicio de Urgencias.

**Observaciones clínicas.** Niño de 14 años que acude a Urgencias por sensación de adormecimiento de piernas de tres días de evolución, con alteración en la marcha en las últimas 24 horas. No dolor de espalda. Valorado en Urgencias en dos ocasiones recientes por episodios de dolor tóraco-abdominal y dolor de brazo derecho inespecíficos, que desaparecieron sin tratamiento analgésico cuando se tranquilizó al paciente. Diagnosticado de crisis de ansiedad. Seguido en consultas externas de Psiquiatría por esta causa. En la *exploración física* destacada aspecto sindrómico. Mostraba un comportamiento infantil aunque sus padres no reconocían alteración en el desarrollo. En miembros inferiores: fuerza 4/5, disminución de sensibilidad con respecto a miembros superiores y reflejos osteotendinosos exaltados. Imposibilidad para la marcha en tandem. Presencia de Romberg. Resto de exploración sin hallazgos. Se le realizan analítica de sangre, radiografía cervical y de tórax, tomografía computarizada cerebral que fueron normales. Tóxicos en orina: negativos. Estudio de líquido cefalorraquídeo: intensa proteinorraquia (322 mg/dl), resto sin alteraciones. Se ingresa para observación para realización de Resonancia Magnética (RM) craneal y medular. Tras una leve mejoría clínica inicial, a las 24 horas del ingreso comenzó con imposibilidad para la deambulación con retención urinaria progresiva. Se realizó RM craneal y medular de urgencia. Se diagnosticó tumor óseo a nivel de D2 con componente de compresión medular y se trasladó al paciente a nuestro hospital de referencia, donde se le realizó una laminectomía descompresiva de urgencia con buena evolución posterior.

**Comentarios:**

1. La compresión medular es una urgencia oncológica cuyo diagnóstico y tratamiento precoz son los principales factores pronósticos para evitar un daño neurológico irreversible.
2. El dolor lumbar es el síntoma más precoz y frecuente (aparece en el 80% de los niños con compresión medular), apareciendo posteriormente síntomas motores y sensitivos a medida que el cuadro progresa.
3. Las visitas repetidas a Urgencias son frecuentes en el debut de un paciente oncológico por la clínica insidiosa inicial y la baja incidencia de esta patología en la población infantil. Es necesario reevaluar al paciente en cada consulta para evitar errores diagnósticos o retraso en los mismos debidos a la adhesión a un juicio clínico emitido previamente.



177 ACTITUD EN URGENCIAS ANTE LOS PSEUDOTUMORES QUÍSTICOS ÓSEOS DE CARACTERÍSTICAS BENIGNAS. P. Murillo Arnal, F. Fuertes El Musa, G. González García, D. Clavero Chueca, E. Elías, J. Morales. *H.C.U. Lozano Blesa. Zaragoza.*

**Introducción.** Los pseudotumores quísticos son frecuentes en la edad pediátrica. El pediatra debe conocer las características radiológicas, clínicas y anatomopatológicas de benignidad de este tipo de lesiones.

**Caso clínico 1.** Paciente mujer de 9 años de edad acude a urgencias por presentar dolor de rodilla izquierda tras sufrir un traumatismo. Movilidad articular normal a la exploración. En la radiografía simple se evidencia lesión lítica de características benignas con márgenes esclerosos bien definidos, situada en región metafiso-diafisaria de peroné, a nivel cortical. No hay reacción perióstica ni expande la cortical. La imagen es compatible con fibroma no osificante. Se cita en consultas de traumatología para control evolutivo.

**Caso clínico 2.** Paciente mujer de 11 años que acude a urgencias por dolor en tobillo derecho tras sufrir un traumatismo. En la exploración se evidencia dolor a la flexo-extensión y eversión interna del pie derecho. En la radiografía simple se aprecia lesión lítica en cortical de tibia con borde escleroso radioluciente en su interior con borde esclerótico compatible con fibroma no osificante. Se cita en consultas de traumatología para control evolutivo.

**Caso clínico 3.** Paciente varón de 8 años de edad que acude a urgencias por presentar dolor en extremo distal de tibia derecha tras sufrir un traumatismo en dicha localización. No se aprecia hematoma ni inflamación. No presenta limitación de la movilidad pero es dolorosa. En la radiografía simple se aprecia lesión osteolítica focal con asiento cortical y medular localizado en extremo distal de tibia derecha de 3 x 1,5cm de diámetro que sugiere tumor benigno de larga evolución y que es compatible con fibroma no osificante. Se recomienda control por su pediatra para seguimiento evolutivo.

**Comentarios.** El fibroma no osificante o defecto fibroso cortical es una patología frecuente en la infancia, sobretudo en varones y en la metafisis de huesos largos. Puede producir microfracturas o fracturas de estrés en el área, pero sólo cuando el tumor ocupa el 50% del hueso, aumenta el riesgo de fractura. Suele ser un hallazgo casual ya que es asintomático. En general las radiografías simples son suficientes para el diagnóstico. El tratamiento consiste en la observación, ya que suelen involucionar de forma espontánea, pudiendo ser controlado por su pediatra sin necesidad de seguimiento por el especialista. Desde nuestra experiencia y tras seguir la evolución de varios casos en consultas externas de traumatología, se acordó con dicho servicio que el control de estos pacientes puede hacerse desde atención primaria sin ningún tipo de riesgo. Es conveniente que todo pediatra conozca las características radiológicas de benignidad de este tipo de pseudotumores para que su actitud terapéutica sea adecuada y no se genere alarma en la población general.



178 LINFANGIOMA QUÍSTICO Y ECOGRAFÍA ABDOMINAL; LA CLAVE DEL DIAGNÓSTICO. I.Iturralde Orive, M.A. Gui Solano, C. Canduela Fernández, B. Rocandio Cilveti, N. Martínez Ezquerro, N. Insausti Jaca. *Servicio de Urgencias Pediatría. Hospital de Alto Deba Arrasate-Mondragón. Gipuzkoa.*

**Fundamento y objetivos.** En un Servicio de Urgencias de Pediatría (SUP) la ecografía es la herramienta diagnóstica principal en la patología abdominal; su resultado en la mayor parte de los casos es diagnóstico pudiendo incluso ofrecer hallazgos inesperados para el facultativo.

Presentamos uno de estos casos en los que la ecografía resultó diagnóstica y sorprendente.

**Observaciones clínicas.** Lactante de 14 meses de edad que es remitido a SUP por vómitos y distensión abdominal en últimas 48 horas tras un proceso de diarrea autolimitado.

En la exploración física impresiona la marcada palidez del niño(a la familia no les ha resultado llamativo) junto un abdomen blando, depresible, distendido, no timpánico sin sensación de masa y levemente doloroso en fosa iliaca derecha con ruidos intestinales presentes y aumentados.

Se realiza Rx abdomen con llamativo silencio abdominal en todo el marco cólico con escaso contenido en gas por lo que se solicita ecografía pensando en descartar invaginación intestinal "secundaria" a diarrea. La ecografía es informada como imagen de tumoración de aspecto quístico que ocupa todo el hipo/mesogastrio y flanco izqdo con múltiples ecos finos en su interior compatibles con sangre (HRF; importante anemia con Hb 5.6 g/dl Htco 19.1% por lo que se transfunde).

Ante la sospecha de patología abdominal quirúrgica (posible linfangioma) se deriva a hospital de referencia donde se realiza TAC abdominal a fin de delimitar topográficamente la tumoración. Se realiza resección quirúrgica completa confirmándose mediante anatomía patológica el diagnóstico. Es dado de alta 24 horas después sin interurrencias.

**Comentarios:**

- El linfangioma quístico es una rara malformación tumoral benigna de los vasos linfáticos (mayor en varones menores de 5 años).
- Aunque su localización en zona abdominal es infrecuente, en urgencias, debiera ser incluida dentro del diagnóstico diferencial de toda masa abdominal.
- En este caso, la ecografía, por tener un iconografía muy característica, fue vital para realizar el diagnóstico de linfangioma quístico ya que previo a su realización esta posibilidad no se había contemplado.



**NEOPLASIAS GINECOLÓGICAS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA.** F. Álvarez Caro, A. Gómez Farpón, S. Suárez Saavedra, J. Mayordomo Colunga, M. García González, J. Rodríguez Suárez. *Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo*

**Objetivos.** Descripción de las características clínico-epidemiológicas, así como diagnóstico-terapéuticas de las neoplasias ginecológicas observadas en los últimos 9 años en el área de Urgencias de Pediatría en el Hospital Universitario Central de Asturias.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo, retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas de las pacientes menores de 14 años atendidas desde el 1 de Enero del año 2000 hasta el 31 de Enero del año 2009, en Urgencias de Pediatría, con el diagnóstico al alta de neoplasia ginecológica (incluyendo mama, y aparato reproductor femenino).

**Resultados.** Se recogieron un total de 13 pacientes con neoplasia ginecológica en el periodo establecido, sobre un total de 237545 pacientes atendidos. El motivo de consulta más frecuente fue el dolor abdominal (53,8%), seguido de la palpación de una masa abdominal (30,8%). Otros motivos de consulta fueron vómitos, sangrado vaginal, alteraciones de la continencia intestinal, alteraciones menstruales y del desarrollo puberal. El tiempo de evolución de la sintomatología fue 5 días como valor mediana (rango: 1-365 días). La edad media de las pacientes fue de 10 años y 11 meses (rango: 6 años y 8 meses-13 años y 4 meses). No se encontraron diferencias en cuanto a la presencia o no de menarquia (30,7% cada grupo). La exploración abdominal realizada en el área de Urgencias fue patológica en el 69% de los casos, en ellas hasta en el 77,8% se palpaba una masa abdominal. Todos los casos fueron valorados por Pediatría, un 92,3% por Cirugía infantil y un 23% por Ginecología. Respecto a las pruebas complementarias solicitadas en Urgencias, en todos los casos se realizó analítica sanguínea (sólo una paciente presentó alteración de la misma con anemia), y estudios de imagen. En el 100% de los casos se realizó ecografía abdominal siendo la única prueba de imagen realizada en el 23,1%. Fue patológica en todos los casos, y tan sólo en un 25% no sugirió explícitamente el diagnóstico. El 61,5% de ellas se realizó el mismo día de su solicitud. Otro estudio de imagen realizado fue la radiografía abdominal en el 46,2% de los casos. El tratamiento fue exclusivamente quirúrgico en el 84,6%, asociando tratamiento quimioterápico en el 15,4%. El tiempo medio transcurrido desde el diagnóstico hasta la resección quirúrgica fue de 6,1 días (rango: 0,08-13 días). En cuanto al diagnóstico, encontramos un predominio de teratomas ováricos (92,13%), mientras que sólo una paciente presentó un rabdomiosarcoma embrionario botroide de cérvix.

**Comentarios.** Las neoplasias ginecológicas pediátricas son una entidad con baja frecuencia. Según nuestros datos, los principales elementos de sospecha son el dolor abdominal unido a la presencia de una masa a la palpación de igual localización. Probablemente dada su relevancia, la demora diagnóstica no es prolongada. La ecografía abdominal parece ser la prueba de imagen de elección en Urgencias, por su rentabilidad diagnóstica, y nula radiación. La estirpe más frecuentemente encontrada es el teratoma ovárico.





**ALTERACIONES RADIOLÓGICAS TORÁCICAS COMO ERRORES DE INTERPRETACIÓN.** P. García Montes, C. Pérez Cánovas, M. Zornoza Moreno, J.F. Pascual Gázquez, M.V. López Robles, J. Rodríguez Caamaño. *Urgencias de Pediatría. H.U. Virgen de la Arrixaca. Murcia.*

**Introducción.** Las masas *tumorales* torácicas en la infancia son infrecuentes, de etiología variada, aunque mayoritariamente neoplásicas, por lo que el diagnóstico precoz es de vital importancia. Dentro de los tumores destacan por su frecuencia los tumores neurogénicos y los linfomas. El diagnóstico, desde el punto de vista de un servicio de urgencias, suele entrañar dificultades por la gran variabilidad de sintomatología que presentan además de la similitud de su patrón radiológico con la patología pulmonar más frecuente, por lo que la definición definitiva de la afección suele precisar más de una consulta. Las técnicas de imagen son la herramienta fundamental para la orientación diagnóstica, por lo que el conocimiento anatómico de cada uno de los compartimentos mediastínicos es básico.

**Casos clínicos.** Presentamos tres casos clínicos en los que inicialmente el paciente fue diagnosticado erróneamente de otra patología.

*Caso 1.* Niño de 2 meses remitido desde otro centro hospitalario por dificultad respiratoria en el contexto de una bronquiolitis con imagen radiológica de crecimiento tímico diagnosticada de hiperplasia tímica. En nuestro hospital se realiza ecografía y TAC en el que objetiva masa en mediastino anterior de 8.9x.5x6 con imágenes que sugieren pequeñas calcificaciones. Tras realizar biopsia de la masa se llega al diagnóstico de Histiocitosis de Langerhans mediastínica.

*Caso 2.* Escolar de 3 años que consulta por cuadro de dolor torácico de un mes y medio de evolución que empeora en las últimas semanas; asocia febrícula. Imagen radiológica de masa redonda en lóbulo inferior izquierdo sin borramiento de silueta cardiaca por lo que se diagnostica inicialmente de neumonía y se inicia tratamiento antibiótico. Ante la persistencia de la clínica, con aumento radiológico del tamaño de la masa, se solicita ecografía y TAC torácico que informan de masa de 7,4x7,2x8 cm. La biopsia de la masa es compatible con sarcoma de Ewing dependiente de costilla.

*Caso 3.* Escolar de 7 años y medio con dos episodios de estridor y dificultad respiratoria que se catalogaron de crup espasmódico y que mejoraban con tratamiento corticoideo. En el segundo, y por la presencia de hipoxemia, ingresó en la sala de observación de Urgencias de Pediatría; en esta ocasión se realiza radiología torácica que el pediatra de turno valoró como normal. A las 12 horas, tras nueva valoración, se objetiva un ensanchamiento del mediastino superior, confirmándose en TAC subsecuente una masa mediastínica de 5x8x2. La PAAF de adenopatía satélite es diagnóstica de LNH de células pequeñas de alto grado de malignidad.

**Discusión.** El objetivo de la comunicación es mostrar gráficamente los posibles diagnósticos diferenciales de la patología tumoral torácica en la infancia que, debido a su escasa prevalencia, frecuentemente son confundidos con alteraciones más frecuentes.



181 **DERRAME PLEURAL COMO PRESENTACIÓN DE LINFOMA NO HODGKIN TIPO T. A. Malo de Molina Menéndez, M. Royo Gómez, M.J. Olmos Jiménez, C. Gil López, D. López de Lara, B. Joyanes Abances. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.**

La etiología más frecuente en la edad pediátrica de derrame pleural es el derrame paraneumónico, sin embargo no debemos olvidar que éste puede ser una manifestación de otros procesos sistémicos. El siguiente caso clínico es un ejemplo de cómo una patología tumoral puede tener como primera manifestación el derrame pleural masivo.

**Caso clínico.** Presentamos el caso de una mujer de 13 años, de origen Colombiano residente en España desde hace 1,5 años, sin antecedentes personales de interés, que consulta por clínica de disnea progresiva de un mes de evolución, que se ha hecho de mínimos esfuerzos en las últimas 48 horas. Se acompaña de tos seca con expectoración no hemoptoica. Asocia una pérdida de peso de 5 kg desde el inicio del cuadro. Afebril. No otra sintomatología acompañante. En la exploración física presenta leve taquipnea, SaO<sub>2</sub> 95% (FiO<sub>2</sub> 21%), frecuencia cardiaca de 93 lpm, asimetría de movimientos torácicos, con inmovilidad de hemitórax izquierdo. A la auscultación pulmonar pectoriloquia en hemicampo izquierdo, con silencio auscultatorio ipsilateral, murmullo vesicular conservado en hemicampo derecho; auscultación cardiaca con tonos cardiacos atenuados, rítmico, sin soplos. En abdomen se palpa bazo a 3 cm de reborde costal izquierdo. Ante los signos y síntomas de la paciente se decide realizar radiografía de tórax en la que se observa derrame pleural masivo izquierdo. La analítica sanguínea realizada en urgencias no presenta alteraciones significativas. Tras confirmar la presencia de derrame pleural masivo con ecografía se realiza toracocentesis obteniéndose líquido de aspecto seroso. El análisis del líquido pleural muestra características bioquímicas de exudado, cultivo negativo y presencia de linfocitos inmaduros con marcadores compatibles con Linfoma T no Hodgkin. Se coloca tubo de drenaje torácico que se conecta a pleur-e-vac a caída libre. Durante las primeras 24 horas drena unos 2.300 cc. Progresivamente va disminuyendo la cantidad de líquido drenado así como la sintomatología respiratoria. Control radiológico postdrenaje normal. Tras realizar estudio de extensión la paciente es dignosticada de Linfoma no Hodgkin tipo T (estadio III) iniciándose tratamiento quimioterápico.

**Conclusiones.** El derrame pleural masivo es una urgencia pediátrica. Una historia clínica detallada y una exploración física exhaustiva son imprescindibles para su sospecha, confirmándose mediante las pruebas de imagen. El diagnóstico etiológico se obtiene con el estudio bioquímico, microbiológico y anatomopatológico del líquido pleural. Actualmente se ha observado un aumento de la incidencia de derrame pleural en la edad pediátrica, siendo mayoritariamente de causa paraneumónica. Ante un derrame pleural no debemos olvidar el posible origen paraneoplásico del mismo.



**HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA DE PRESENTACIÓN TARDÍA.** J. Clotet Caba, D. Bartoli, V. Aldecoa Bilbao, I. Baena Olomi, S. Sánchez Pérez, S. Rigol Sanmartín. *Hospital de Sabadell.*

**Fundamentos y objetivos.** La hernia diafrágica congénita es un defecto del desarrollo del diafragma que produce el paso de contenido abdominal dentro de la cavidad torácica. Se diagnostica habitualmente en el período prenatal o neonatal inmediato dando sintomatología en las primeras horas de vida. La presentación tardía es mucho menos frecuente (5% del total). Presentamos un caso en un lactante de 7 meses que acude al Servicio de Urgencias por irritabilidad.

**Observaciones clínicas.** Niño de 7 meses de edad que consulta a urgencias por llanto de 4 horas de evolución sin otra sintomatología acompañante. Antecedente de gastroenteritis aguda en días previos. Controles ecográficos prenatales dentro de la normalidad. A su llegada el paciente se encuentra afebril con constantes vitales dentro de la normalidad. A la exploración física únicamente destaca abdomen doloroso a la palpación, con disminución del peristaltismo y sin signos de clínica respiratoria. Analítica sanguínea y radiografía abdominal dentro de la normalidad. Durante su estancia realiza cuadro autolimitado de palidez cutánea, sudoración e hipotonía por lo que se realiza ecografía abdominal que descarta invaginación intestinal. Se pauta analgesia endovenosa y se mantiene en observación. A las pocas horas de ingreso inicia dificultad respiratoria brusca con hipofonosis en hemitórax izquierdo, se realiza radiografía de tórax que muestra pulmón blanco con desplazamiento de estructuras hacia hemitórax derecho. Se ingresa en UCI por insuficiencia respiratoria que requiere ventilación mecánica. Con sospecha de derrame pleural masivo se practica toracocentesis evacuadora con salida de líquido sero-hemático. Se realiza ecografía torácica donde se aprecia contenido abdominal intratorácico sugestivo de hernia diafrágica; confirmándose el diagnóstico mediante TAC. Se realiza intervención quirúrgica reparadora, observándose defecto postero-lateral con contenido intestinal sin saco, y resección parcial de colón descendente por signos de isquemia irreversible. Presenta una evolución posterior favorable dándose de alta asintomático con controles radiológicos dentro de la normalidad.

**Comentarios:**

- La hernia diafrágica congénita tardía es una entidad que, aunque poco frecuente, debería figurar en el diagnóstico diferencial ante un lactante con síntomas de dolor abdominal e irritabilidad con presentación brusca de clínica respiratoria.
- La baja incidencia y la gran variedad de manifestaciones clínicas puede dificultar el diagnóstico. Las pruebas de imagen y en especial, la radiografía de tórax, es una prueba de primera línea en el diagnóstico de esta entidad.