

16

Reunión Anual de la Sociedad Española de *urgencias de pediatría*

Gijón
7, 8 y 9 de abril de 2011



COMUNICACIONES POSTER



SEUP

Sociedad Española de Urgencias de Pediatría

gijón

Asturias con sal

**María Sanz Fernández, M^a Mar Ballesteros García, M^a José Rivero Martín,
Patricia Manzanares Blázquez, Nuria Nieto Gabucio, Miguel Zafra Anta**
Hospital Universitario de Fuenlabrada

SALBUTAMOL EN NEBULIZACIÓN CONTINUA EN URGENCIAS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Analizar los niños con broncoespasmo tratados con salbutamol en nebulización continua en la urgencia de nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis descriptivo de niños que acudieron a urgencias por dificultad respiratoria, entre Enero 2009- Diciembre 2010 y precisaron salbutamol en nebulización continua. Se consideró este tratamiento en crisis graves, con escasa respuesta tras administración de broncodilatadores nebulizados y dosis de choque de corticoides.

RESULTADOS

Los pacientes que precisaron salbutamol en nebulización continua fueron 8. El 87,5% eran varones. El 62,5% había necesitado tratamiento de mantenimiento con montelukast o budesonida. La mediana del tiempo que había transcurrido desde el último episodio de broncoespasmo por el que consultaron en urgencias era 5 meses (1 mes-10 meses). El 62,5% había ingresado previamente por broncoespasmo.

La saturación de oxígeno media a su llegada fue de 89,37% (DS 2,97) con un pH medio previo a la nebulización continua de 7,34 (DS 0,06) y pCO₂ 43,67 mmHg (DS 12,10). La dosis media acumulada de salbutamol en nebulización fue 1,67 mg/kg y el tiempo medio de administración 5,42 horas. Además el 75% precisó corticoides intravenosos, 50% sulfato de magnesio y 12,5% teofilina. Se realizó radiografía de tórax en 87,5% objetivándose condensación en 57%. Precisaron traslado a UCIP 3 niños (uno de ellos con ventilación mecánica). Los 5 restantes ingresaron en Planta de Hospitalización y su estancia media fue de 4,6 días.

CONCLUSIONES

1. El uso de salbutamol en nebulización continua en urgencias puede ser beneficioso en pacientes con broncoespasmo moderado grave.
2. Su uso podría evitar el traslado a UCIP en algunos casos.

María Sánchez Erce, Sara Viscor Zárata, Mercedes Odriozola Grijalba, Ana Cabrejas Lalmolda, Elena Sancho Gracia, Carmen Campos Calleja
Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Miguel Servet. Zaragoza

OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES SOBRE LA PRESENCIA DE PADRES DURANTE LOS PROCEDIMIENTOS INVASIVOS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Los procedimientos invasivos generan dolor y ansiedad en los niños, que disminuye con la presencia de sus padres. Sin embargo, en nuestra unidad, ésta no es una práctica que se lleve a cabo de forma frecuente. Nuestro objetivo es conocer la opinión de los profesionales que trabajan en la unidad de urgencias de nuestro centro, para plantear una línea de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo mediante la realización de encuestas de forma aleatoria a los profesionales que ejercen en nuestra unidad de urgencias pediátricas entre diciembre de 2010 y enero de 2011.

RESULTADOS

Se han obtenido un total de 54 encuestas, de las cuales un 64% son médicos, un 25% enfermeros y un 11% auxiliares de enfermería, con una media de edad de 30,2 años y un 85,5% de sexo femenino. Reconocen en un 45% que si los padres solicitan su presencia durante el procedimiento, lo permiten. Refieren que influye en su decisión la edad del paciente (45%), el volumen asistencial (17,7%) y la experiencia del personal que realiza el procedimiento (55%). Un 66,5% opina que la presencia de padres es beneficiosa para el niño, fundamentalmente en procedimientos como punción venosa, sutura de herida, sondaje vesical o realización de gasometría capilar (62%). Sin embargo, un 91,2%, opina que no es conveniente su presencia en punción lumbar o reanimación cardiopulmonar. Un 90% de los encuestados, estaría dispuesto a permitir la presencia de padres en contexto de un plan de mejora de la unidad.

CONCLUSIONES

La presencia de padres durante técnicas invasivas no está sistematizado en nuestra unidad. Se plantea crear una línea de mejora con la colaboración de los profesionales para llevarlo a cabo.

Irati Bizkarra, Laura Del Arco
Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la SEUP

OBSERVATORIO TOXICOLÓGICO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA: RESULTADOS DE LOS DOS PRIMEROS AÑOS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

El Observatorio Toxicológico del Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la SEUP recoge prospectivamente intoxicaciones atendidas en 41 servicios de urgencias pediátricos hospitalarios. Los objetivos son conocer la epidemiología de las intoxicaciones y su manejo en Urgencias con el fin de diseñar acciones de mejora. El objetivo es describir los resultados obtenidos en los dos años de funcionamiento del Observatorio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de los episodios incluidos en el registro entre octubre-2008 y septiembre-2010.

RESULTADOS

Durante este periodo se registraron 275 intoxicaciones en el Observatorio (0.32% de los episodios totales en Urgencias). Los grupos de tóxicos más frecuentes fueron: fármacos 142 (51.8%), productos del hogar 52 (18.9%) y alcohol 35 (12.7%). Los agentes más frecuentemente implicados fueron el etanol (44, 16.4%) y el paracetamol (32, 11.6%). El mecanismo de intoxicación más habitual fue el accidental (188, 68,4%). El grupo de edad más afectado fue bajo los 5 años (191, 69.5%) y por encima de 12 (61, 22.2%). El vehículo familiar fue el método de transporte preferido para acudir al hospital (192, 69.8%) salvo en mayores de 11 años. Alrededor del 40%, consultan previamente con otras instituciones (sobre todo, servicios de emergencias y atención primaria), recibiendo tratamiento prehospitalario 31 (11.3%). Presentaron algún síntoma 122 (44.4%), sobre todo neurológicos y la exploración física fue normal en 205 (74.5%). En Urgencias recibieron tratamiento 148 (53.8%), sobre todo descontaminación gastrointestinal (89, 60.1%), principalmente con carbón activado (86, 96.6%), realizándose lavado gástrico en 27 (30.3%). Alrededor del 50% fueron manejados ambulatoriamente y 3 (1.1%) ingresaron en UCIP.

CONCLUSIONES

Los fármacos son el grupo de tóxicos más frecuente de intoxicación en los servicios de urgencias pediátricos, si bien el agente mayormente implicado es el etanol. El consumo de recursos sanitario generado es importante. Debe adecuarse la práctica del lavado gástrico a los estándares internacionalmente aceptados.

María Teresa Alonso Salas, Josefina Cano Franco, Antonio Vázquez Florido, María Jesús Sánchez Álvarez, Manuel Fernández Elías, Mercedes Loscertales Abril
Hospital Infantil Virgen del Rocío de Sevilla

VENTILACIÓN NO INVASIVA EN BRONQUIOLITIS. NUESTRA EXPERIENCIA.

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Describir las características epidemiológicas y clínicas, efectividad y causa del fracaso de la ventilación no invasiva (VNI) en niños con insuficiencia respiratoria secundaria a bronquiolitis aguda viral.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de los niños diagnosticados de bronquiolitis y sometidos a ventilación no invasiva en nuestro hospital desde el 1 de Octubre de 2009 hasta el 30 de Enero de 2011. Se recogen los datos epidemiológicos, la causa de la indicación de VNI, modalidad, efectividad o fracaso de la ventilación, duración y causa de fracaso.

RESULTADOS

Se recogieron 33 casos de niños diagnosticados de bronquiolitis, el 72,7% niños y el 27,2% niñas con una mediana de edad de 35 (rango intercuartílico=16-48) días. En el 9% se indicó VNI por apneas repetidas, el 51,5% por insuficiencia respiratoria grave (Wood-Downes >7), en el resto la situación fue mixta. En el 27,2% se indicó CPAP y en el 72,7% BIPAP, la modalidad CPAP en niños más pequeños, con una mediana de edad de 16 (rango intercuartílico=13-23) días. La mediana de duración de VNI fue de 2 (rango intercuartílico=1-3) días. En el 81,9% de los casos fue efectiva permitiendo su retirada con evolución favorable posterior. En 6 casos fue necesaria intubación endotraqueal y conexión a ventilación mecánica: 4 de forma precoz, 3 de ellos por fracaso respiratorio y 1 por apnea prolongada. En 2 casos el fracaso fue tardío (tras 24 horas de VNI): uno por neumotórax a tensión y otro por insuficiencia respiratoria progresiva.

CONCLUSIONES

En nuestra serie la VNI resultó efectiva en la mayoría de los casos, pudiendo retirarse en poco tiempo. El fracaso de la VNI se relacionó con el grado de insuficiencia respiratoria a la llegada a la Unidad, por lo que pensamos podría ser útil iniciar la ventilación no invasiva en estadios más precoces.

Juan Dario Ortigoza Escobar, Vanesa Fernández Díaz, Yolanda Fernández Santervás, Victoria Trenchs Sainz de la Maza, Antoni Noguera Julian (1), Carles Luaces Cubells
Servicio de Urgencias. Servicio de Pediatría (1). Hospital Universitari Sant Joan de Déu. Barcelona

CONSULTAS EN URGENCIAS POR PINCHAZO ACCIDENTAL CON AGUJAS O JERINGAS DESECHADAS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

1. Describir las características de las consultas por pinchazo accidental. 2. Conocer la frecuencia de seroconversión para virus de hepatitis B (VHB), C (VHC) y de la inmunodeficiencia humana (VIH).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisan las historias clínicas de los pacientes que consultaron en Urgencias por pinchazo accidental del 01/01/2000 al 31/12/2010.

RESULTADOS

Se incluyen 160 pacientes, observándose una disminución progresiva de consultas en los últimos 5 años (2.7/10000 consultas en 2005, 0.7/10000 en 2010). Ciento ocho (67.5%) eran varones. La mediana de edad fue 6.3 años (p25-p75 4.8-9.1 años). Los lugares más frecuentes donde se produjeron los pinchazos fueron: parques (57%), playas (14.8%), alrededores de campos de fútbol (9.4%) y de escuelas (7.8%). La mediana de tiempo transcurrido del pinchazo a la consulta fue de 5 horas (p25-p75: 2-24 horas). Un 16.3% refirieron presencia de sangre en el objeto punzante y un 13.8% sangrado de la herida. En 112 consta el sitio anatómico del pinchazo, siendo los más frecuentes un dedo de la mano (63.4%) y un pie (18.8%). Se administró profilaxis para VHB al 46.5% de los pacientes (78.4% previas a la introducción de la vacuna en el calendario vacunal), y de VIH al 5%. Todas las profilaxis de VIH se administraron a pacientes con alto riesgo de contagio (pinchazos con restos hemáticos en la aguja y heridas sangrantes). A todos los pacientes se les realizó serologías para VHB, VHC y VIH que fueron negativas y no hubo ninguna seroconversión.

CONCLUSIONES

Las consultas por pinchazo accidental son poco frecuentes en urgencias y tienden a disminuir. El perfil es el de un varón en edad escolar que se pincha en zonas expuestas en lugares de ocio. No se observan seroconversiones, siendo nulo el riesgo de transmisión para los virus estudiados en nuestra serie.



Jose Antonio Ruiz Domínguez, Julia Martín Sánchez, Santos García García, Nieves de Lucas García, Juan Vázquez, Paula García Romero
Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Infantil Universitario La Paz. Madrid.

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LOS ACCIDENTES GRAVES ATENDIDOS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO Terciario

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Conocer las características de las lesiones infantiles graves producidas en nuestro medio, durante el primer año de funcionamiento del Registro de Trauma Pediátrico de nuestro Centro.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se recogieron de forma prospectiva, mediante registro informatizado online, las características demográficas, epidemiológicas y clínicas al ingreso y durante la evolución, de los pacientes atendidos a causa de lesiones por agentes externos, y que precisaron ingreso.

RESULTADOS

Entre Diciembre-09 y Noviembre-10 fueron registrados 230 pacientes (edad 5.76 años, SD 4.7; rango 7 días-23 años). Varones 68%.

Las causas más frecuentes fueron las traumáticas a todas las edades (65%), seguidas por las quemaduras (26%). Las intoxicaciones fueron más frecuentes entre los 1-5 años (11% de las lesiones en ese grupo). El mecanismo más frecuente entre los traumatismos fue la caída (54%).

El 24% presentaron Índice de Trauma Pediátrico ≤ 8 (menor puntuación en quemaduras -ITP 8.74, SD 1.95-).

Los meses con mayor incidencia fueron junio (11.7% del total) y septiembre (12.2%), frente a noviembre (4.3%). El 89.7% se produjeron en ámbito urbano; preferentemente en el domicilio cuanto menor fue la edad (74% en <1 año; 7% en >12 años). Entre los 1 y 12 años hubo un ligero predominio del horario escolar (52% de lesiones), mientras que en los <1 año y los >12 predominó el horario "extraescolar" (54%).

Se detectó intencionalidad en un 3% de los casos, y resultaron sospechosos otro 5.8%. La mortalidad en esta serie fue del 0.87%.

CONCLUSIONES

-El registro de Trauma es una herramienta fundamental para la investigación de los mecanismos y prevalencia de las lesiones en la población pediátrica.

-Permite identificar áreas de mejora, tanto en la prevención como en el tratamiento.
(Proyecto realizado con apoyo de una Beca de Ayuda a la Investigación de la Fundación Mutua Madrileña).



Luis Grande Herrero, Beatriz Huertes Diaz, M^a Pilar Antón Martín, Blanca Álvarez Fernández, Alicia Hernández Brea, M^a Pilar Gutierrez Diez
Hospital Universitario de Getafe. Servicio de urgencias pediátricas

EVALUACIÓN DE LA RELACIÓN ENTRE LOS PROFESIONALES DE LA URGENCIA PEDIÁTRICA: COMUNICACIÓN Y SATISFACCIÓN EN LA RELACIÓN INTERPERSONAL

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Evaluar la relación entre los profesionales de la urgencia pediátrica (médicos y enfermer@s) en términos de satisfacción y comunicación interpersonal, como punto inicial de partida para reconocer e intentar mejorar aquellos aspectos más debilitados y tratar de optimizar el entendimiento entre profesionales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal, mediante un cuestionario anónimo de 8 preguntas que se distribuyó al conjunto de enfermer@s y médicos que trabajan en urgencias. Se analizaron variables demográficas y de opinión sobre el funcionamiento general del servicio y las cualidades mejor valoradas en su relación con el sector opuesto.

Las respuestas presentaban varias escalas (buena, aceptable, mejorable o mala y siempre, habitualmente, ocasionalmente y nunca).

RESULTADOS

Se obtuvieron un total de 49 encuestas, que se analizaron en grupos separados.

Para el grupo de enfermería (n=26) la situación actual entre ambos servicios es mayoritariamente mejorable (42,3%), señalando la falta de comunicación como principal responsable. La relación con el médico adjunto y residente la definen como aceptable (42,3% y 57%), destacando como cualidades médicas más valoradas la accesibilidad (45%) seguidas de la experiencia y conocimientos. Sin embargo, el 50% se sienten solo ocasionalmente valoradas por el pediatra.

Para el grupo de médicos (n=23) la situación es mayoritariamente buena (39,1%). Consideran que habitualmente tienen en cuenta las apreciaciones de enfermería (73,9%) y comentan los planes de actuación (69,6%) sobre el paciente. Subrayan la experiencia (29,4%) y la empatía (26,4%) como mejores cualidades en enfermería. El 78,3% se siente habitualmente valorado por el otro servicio.

CONCLUSIONES

Queda reflejado en el estudio que la enfermería tiene una opinión más pesimista que el personal médico respecto a la situación general y relación con el grupo opuesto.

Quizá se precisen más diálogos abiertos para mejorar la comunicación en urgencias, donde la adecuada interrelación entre el personal sanitario puede ser clave en un momento determinado.

Lourdes Gómez Gómez, Miriam Palacios López, M^a Angeles Fernández Azcona, Rocío Ibáñez Espinal, Reyes Ezcurdia Sáez, Margarita de Miguel Maiza
Servicio de Urgencias de Pediatría. Complejo Hospitalario de Navarra.
Centro de salud de Burlada. (Navarra)

IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE NOTIFICACION DE SOSPECHA DE MALTRATO EN UNA COMUNIDAD AUTÓNOMA DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

El maltrato infantil (MI) es un problema complejo en la práctica pediátrica, que abarca aspectos clínicos, sociales y legales. Resulta un tema difícil e incómodo de afrontar, por falta de experiencia y de herramientas para su abordaje. Nuestros objetivos fueron: 1. Dotar a la urgencia pediátrica de un hospital terciario, de una herramienta de trabajo práctica y útil para afrontar los casos sospechosos de MI, mediante la elaboración de un protocolo. 2. Implantar un proceso de actuación "en red" con los diferentes niveles institucionales para mejorar la detección precoz de situaciones de riesgo y evitar pérdida de casos. 3. Crear un sistema de registro oficial de MI a nivel sanitario en nuestra comunidad

MATERIAL Y MÉTODOS

Tras revisar la literatura científica, se trabajó conjuntamente con pediatras, trabajadores sociales de urgencias y atención primaria, Dirección General de Familia y policía foral. El protocolo resultante se difundió entre los profesionales en diferentes talleres y reuniones científicas.

RESULTADOS

Durante el proceso de trabajo, detectamos la ausencia de un registro oficial de MI a nivel sanitario en nuestra comunidad, por lo que diseñamos un modelo oficial de notificación codificado e incluido en la historia clínica informatizada, como punto de partida para la creación de dicho registro

CONCLUSIONES

1. La urgencia pediátrica es frecuentemente el primer punto de sospecha del MI. Es necesario disponer de protocolos de actuación validados y conocidos por todo el personal para su correcto manejo. 2. Resulta fundamental establecer vías de coordinación entre todas las estructuras sociosanitarias para la optimización de recursos y el éxito de las intervenciones. 3. La hoja oficial de notificación de sospecha de MI es una herramienta válida para el intercambio de información entre pediatras de hospital y primaria. 4. Desde urgencias pediátricas es posible detectar deficiencias del sistema sanitario y tomar la iniciativa en su resolución.

María Concepción Moreno Algarra, Gema Lozano Sánchez, Silvia Oliva Pastor, Víctor Manuel Navas López, Isabel Durán Hidalgo, Juan Pedro López Sigüero
Servicio de urgencias pediátricas, servicio de Endocrinología pediátrica, Hospital Materno Infantil Carlos Haya Málaga

ÚTILIDAD DE LA CETONEMIA CAPILAR ANTE LA SOSPECHA DE CETOACIDOSIS DIABÉTICA EN EL ÁMBITO DE URGENCIAS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Estimar la utilidad de la determinación de cetonemia capilar como predictor de la acidosis metabólica secundaria a cetosis en pacientes diabéticos

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo observacional que incluyó a todos los pacientes menores de 14 años, con diagnóstico de debut o descompensación diabética, que acudieron a urgencias de nuestro centro desde enero de 2010 a enero de 2011. Definimos 3 grupos de pacientes en función de la situación en la que se encontraban: hiperglucemia sin cetosis (glucemia $>250\text{mg/dl}$ y cetonemia $<0.5\text{mmol/l}$), hiperglucemia con cetosis (glucemia $>250\text{mg/dl}$ y cetonemia entre 0.5 y 3), cetoacidosis diabética (glucemia $>250\text{mg/dl}$, $\text{pH} >7.30$ y cetonemia $>3\text{mmol/l}$)

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 34 pacientes, 17 niñas, con una edad media de 8.71 ± 1.2 años; un 64.7% de los casos correspondían a debut diabético, el 35.3% eran descompensaciones de diabéticos conocidos. De los 34 pacientes, 3 presentaban hiperglucemia sin cetosis, 7 hiperglucemias con cetosis y 19 cetoacidosis diabética. En 4 no se realizó gasometría venosa y no se incluyeron en ningún grupo. Se constató buena correlación entre el descenso de pH y el aumento de la cetonemia capilar (rho de Spearman -0.714 , $p < 0.0001$). Así mismo se objetivó una buena correlación entre glucemia venosa y capilar (rho de Spearman 0.871 , $p < 0.001$). Observamos que en todos los casos en los que la cetonemia fue inferior a 3mmol/l , el pH fue superior a 7.30.

CONCLUSIONES

A pesar de que se exponen un número escaso de casos, la cetonemia capilar baja ($<3\text{mmol/l}$) parece ser un buen predictor de ausencia de cetoacidosis, de modo que la determinación de cetonemia capilar en pacientes diabéticos que acuden a urgencias por hiperglucemia permitiría ahorrar tiempo de espera, reducir el número de extracciones al paciente y utilizar menos recursos.

Alba Palacios Cuesta (1), Jesús Sánchez Etxaniz (2), Luis Miguel Soria Blanco (3), Olga Ordoñez Saez (1), Silvia García González (2), Yolanda Ballester Diez (2)

(1): Urgencias de Pediatría. Hospital 12 de Octubre. Madrid. (2). Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Bilbao. (3). Servicio de Microbiología. Hospital de Cruces. Bilbao

FACTORES ASOCIADOS Y EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LAS INFECCIONES DE ORINA POR GÉRMENES CON β -LACTAMASAS DE ESPECTRO EXTENDIDO

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

El aislamiento de gérmenes con β -lactamasas de espectro extendido (BLEE) es cada vez más reportado en la literatura y en ocasiones plantea dudas de manejo. Nuestro objetivo es conocer si existen factores relacionados con estos aislamientos en Urocultivos (UC) y cuál es su evolución clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de los aislamientos de BLEE de un registro prospectivo de los UC positivos realizados en los S de Urgencias de pediatría de 2 hospitales terciarios entre el 01.01.08 y el 31.12.10. Todos los UC se recogieron por un método estéril. Todos los casos fueron seguidos evolutivamente.

RESULTADOS

Analizamos los 41 UC positivos con BLEE. Treinta (73.2%) eran mujeres. La edad media era de 37.17 meses (1-127), siendo el 51.2% menores de 12. Tenían uno o más antecedentes nefrourológicos 20 casos (48.8%): 17 infecciones urinarias (IU) previas; 9 reflujos vésicoureterales; 10 tenían profilaxis antibiótica; 8 tenían otras malformaciones. Los diagnósticos finales fueron: 24 (58.5%) pielonefritis; 14 (34.1%) IU de vías bajas; 3 bacteriurias asintomáticas (7.4%). El germen más frecuente fue Escherichia Coli, 38 (92.7%). En el antibiograma mostraban sensibilidad a aminoglucósidos 28 casos (68.3%); 26 (63.4%) a cotrimoxazol y 12 (29.3%) a quinolonas. Nueve casos (22%) fueron ingresados y tratados con antibióticos parenterales. Los 32 restantes fueron manejados ambulatoriamente: 29 con antibióticos orales y 3 sin tratamiento. Ninguno de estos casos precisó posteriormente ingreso hospitalario ni se registraron bacteriemias. Todos evolucionaron bien clínicamente, incluso aquéllos en tratamiento con antibióticos no sensibles.

CONCLUSIONES

En casi la mitad de los 41 aislamientos en UC de BLEE hemos registrado antecedentes nefrourológicos. A pesar de las resistencias encontradas en el antibiograma, todos los pacientes evolucionaron clínicamente bien, incluso los que recibieron antibióticos no sensibles. Aunque necesitan un seguimiento clínico, estos pacientes pueden ser manejados inicialmente con la pauta habitual de otras IU.

Tamara Intxausti Apraiz, Amaia Arbeloa Miranda, Montserrat Vázquez Ingelmo, Carlos Gonzalez Diaz, Pedro Manuel Gamboa Setien, Susana Esteban Lopez
Hospital de Basurto. Sección de Urgencias de Pediatría

COMA EN UN LACTANTE: MANIFESTACIÓN CLÍNICA DE ANAFILAXIA POR ABSORCIÓN TÓPICA DE PROTEÍNAS DE HUEVO

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Se considera criterio clínico diagnóstico de alta probabilidad de anafilaxia la presentación de cuadro cutáneo o mucoso asociado a clínica respiratoria, digestiva o cuadro de hipotensión manifestada como cuadro neurológico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Lactante de 15 meses que acude a la urgencia por cuadro neurológico de coma y angioedema labial y periorbitario. Como antecedente refería una quemadura de 2º en extremidad superior derecha y región anterosuperior del tórax (superficie corporal quemada 4%).

exploración: Obnubilado. Escala Coma de Glasgow 10 (E2 M5 V3). Meningeos negativos. Hemodinamicamente estable, FC 147 lpm. TA: 100/60 mmHg. No distress respiratorio. Afebril.

Con la sospecha de cuadro de anafilaxia se administra oxigenoterapia, expansión de suero salino fisiológico (10 cc/Kg), corticoide intravenoso y 2 dosis de adrenalina intramuscular. Estabilizado el paciente, se completa historia clínica donde se recoge la administración tópica de huevo crudo sobre la quemadura. Previamente habían introducido huevo cocido en la dieta con tolerancia normal. Ante la sospecha de anafilaxia por proteínas de huevo se solicita IgE específicas a proteínas de huevo y triptasa sérica. La IgE específica es positiva a Clara de huevo (0.95 KU/L) y a Ovoalbúmina (1.04 KU/L); con Ovomucoide de 0.25 KU/L (<0.34 KU/L). La triptasa sérica dentro de las primeras 3 horas del contacto es de 48.3 mcg/L y a las 24 horas de 3.4 mcgr/L.

RESULTADOS

Ante un lactante con coma neurológico, una de las posibilidades diagnósticas a tener en cuenta es un cuadro de anafilaxia. Este diagnóstico se confirma mediante niveles elevados de triptasa en las primeras 3 horas de la puesta en contacto con el alérgeno y normalización a partir de las 6 horas. Es posible la absorción tópica de proteínas de huevo en casos de pérdida de barrera cutánea. La negatividad de la IgE específica a Ovomucoide explica la tolerancia alimenticia al huevo cocido.

Miguel Ángel Molina Gutiérrez, Rebeca Palomo Fraile, Begoña Huete Hernani, Cristina Sevilla Arias, Antonio Martínez Bermejo, Santos García García
Hospital Universitario Infantil La Paz (Madrid)

CONVULSIÓN AFEBRIL NO TRAUMÁTICA: VALOR DE LOS EXÁMENES COMPLEMENTARIOS EN SU MANEJO

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Evaluar el protocolo de manejo de las crisis afebriles no asociadas a traumatismo craneal previo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo y descriptivo en el que incluimos los pacientes que consultaron por presentar su primer episodio de crisis afebril sin antecedente traumático, durante el periodo 1 de Enero-31 de Diciembre de 2009.

RESULTADOS

Del total de niños atendidos en 2009 (51031), 47 fueron convulsiones afebriles (0.09%). La edad media fue 5 años y 5 meses. Existían antecedentes personales de patología neurológica en 12 pacientes (25.53%), dos tenían además antecedentes familiares de epilepsia. El tipo de crisis más frecuente fue tónico clónica generalizada (36.17%). 11 niños repitieron una segunda crisis en urgencias, de ellos un caso derivó en estatus convulsivo. En ningún caso encontramos hipertensión arterial. 13 niños presentaron vómitos antes o durante su estancia en urgencias. El fondo de ojo se realizó en 19 casos (40.42%), todos con resultado normal. Se realizó Tomografía Axial Computerizada (TAC) en todos los casos, siendo informados como normales el 87.23%. Únicamente se encontraron dos casos con hallazgos patológicos: un caso de dudosa área de malacia en área temporal y un segundo de calcificaciones subependimarias. Se determinaron tóxicos en orina a 19 niños, el 100% resultaron negativos. Todos ingresaron para observación, practicando en 46 casos electroencefalograma (EEG), observándose anomalías epileptiformes en el 39.13%. La Resonancia Magnética Nuclear fue indicada de manera diferida, encontrando 4 exploraciones patológicas de 17 RMN efectuadas. Al alta, un total de 8 casos fueron catalogados de dudoso origen epiléptico.

CONCLUSIONES

La rentabilidad de las exploraciones complementarias en la valoración inicial de las crisis afebriles resulta muy baja; su uso debería ponderarse en función de la anamnesis y la exploración. Sin embargo el EEG diferido permitió una aproximación diagnóstica en el 39% de casos.

Vanesa Fernández Díaz, Juan Dario Ortigoza Escobar, Antoni Noguera Julian (1), Ana F. Valls Lafon (2), Victoria Trenchs Sainz de la Maza, Yolanda Fernández Santervás
Servicio de Urgencias. Servicio de Pediatría (1). Laboratorio Clínico/Tiempo Real (2).
Hospital Universitari Sant Joan de Déu. Barcelona

SEROLOGÍA A VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN URGENCIAS ¿CUÁNDO RESULTA POSITIVA?

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Determinar el motivo de solicitud de serología a virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en urgencias y su resultado. Describir el perfil de los pacientes en los que resulta positiva.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo. A través de la base de datos informatizada del hospital se seleccionan todos los pacientes a los que se les ha solicitado serología a VIH (ELISA) desde Urgencias entre los años 2000 y 2010. Se revisan los informes clínicos registrándose datos demográficos, del motivo de solicitud y su resultado. Se describen más detalladamente los casos positivos.

RESULTADOS

Se solicitaron un total de 933 determinaciones; 489 (52.4%) correspondían a varones. La mediana de edad fue 6.3 años (P25-P75: 2.7-13.3 años). Los motivos de solicitud más frecuentes fueron estudio de patología hemato-oncológica en el 40.1% de los pacientes, pinchazo accidental en el 17.8% y relación sexual de riesgo en el 14.3%. Resultaron positivas 6 determinaciones, confirmándose en 4 por Western-Blot (2 falsos positivos). Un caso correspondía a una niña inmigrante de 6 años, diagnosticada en su país de origen, a la que se practicó control serológico, los otros tres casos fueron diagnosticados de novo. Se trataba de: 1) Niña de 11 meses procedente de Etiopía tras adopción con padres biológicos VIH positivos. 2) Niña de 4 años remitida de otro centro por neumonía por P.jiroveci y madre VIH positiva. 3) Adolescente varón de 13 años, homosexual, con sífilis.

CONCLUSIONES

La mayoría de serologías de VIH se realizaron por protocolo para estudio de patología hemato-oncológica y pinchazo accidental. El número de pacientes diagnosticados de VIH en urgencias es bajo. La mayor parte de estos pacientes tienen antecedentes familiares conocidos o presentan clínica sugerente de esta patología en el momento de la solicitud de la prueba.

Rocío Cebrián Rubio, Susana Melendo Pérez, Ana Fábregas Martori, Ariadna Campos Martorell, María Gemma Codina Grau, Magda Campins Martí
Servicio de Urgencias Pediátricas, Microbiología y Preventiva.
Hospital Universitario Vall d'Hebrón. Barcelona

GRUPE A (H1N1) EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS. COMPARACIÓN DE LAS TEMPORADAS 2009-2010 Y 2010-2011

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Comparar los casos de gripe A H1N1 atendidos en el Servicio de Urgencias Pediátricas de un hospital de tercer nivel, durante la pandemia de gripe A H1N1 y la temporada gripal postpandémica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de los pacientes atendidos durante la pandemia de gripe A H1N1 (5 julio- 31 diciembre 2009) y los del período postpandémico (20 diciembre 2010 - 28 enero 2011). Se analizaron variables clínicas y epidemiológicas de los pacientes con confirmación microbiológica a virus influenza A H1N1 y se compararon ambos períodos.

RESULTADOS

Temporada gripal 2010-2011: 209 estudios de gripe, con resultado positivo para gripe A H1N1 en 51 (24,4%), 33 (65%) eran mujeres y 27 (53%) pertenecían a grupos de riesgo de presentar complicaciones. Edad mediana 2 años (intervalo 1 mes-16 años, rango intercuartílico 6 meses- 5 años). Presentaron neumonía 11 pacientes (22%). Ingresaron 33 pacientes (65%), dos de ellos en la unidad de cuidados intensivos pediátricos. Ningún paciente falleció. Pandemia 2009-2010: se realizaron 1.144 estudios de gripe, siendo positivos para gripe A H1N1 412 (36%). Diferencias significativas entre temporadas: en período postpandémico los pacientes son de menor edad, el porcentaje de niños con factores de riesgo es menor, así como la tasa de ingresos.

CONCLUSIONES

1. En la temporada gripal postpandémica, el virus de la gripe A H1N1 ha afectado de forma predominante a niños menores de 5 años.
2. A pesar de que la mitad de los pacientes pertenecían a grupos de riesgo de presentar complicaciones, la evolución de todos ellos ha sido favorable, con un bajo porcentaje de ingresos en UCI.
3. En comparación con la pandemia 2009-2010, el número de pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias por síndrome gripal ha sido menor, con mayor tasa de ingresos. Esto puede deberse a que al haber disminuído la alarma social, la derivación a Urgencias se ha basado más en criterios de ingreso o gravedad.

Francisco Jose Gil Saenz, Asier Saenz de Ibarra Perez, Desiree Morales Senosiain, Aurelio Barricarte, Mercedes Herranz Aguirre, Enrique Bernaola Iturbe
Hospital García Orcoyen. Complejo Hospitalario de Navarra

EVOLUCIÓN TEMPORAL DE LA ENFERMEDAD INVASIVA MENINGOCÓCICA EN PEDIATRÍA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La enfermedad invasiva meningocócica (EIM) es una patología poco frecuente pero con importante morbimortalidad, que exige un elevado índice de sospecha en servicios de urgencias, conllevando realizar pruebas complementarias a muchos pacientes. Desde el año 2000 se realiza vacunación sistemática con vacuna conjugada en población pediátrica frente a serogrupo C (SGC).

Evaluar los cambios en la incidencia y en el riesgo poblacional de EIM.

Evaluar los cambios de serogrupos, la gravedad de las formas clínicas y los cambios en la mortalidad tras la introducción de la vacunación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se recogieron los datos de EIM en población pediátrica desde enero de 1987 hasta diciembre de 2009 a través del registro del instituto de salud pública de nuestra comunidad. Se obtuvieron cifras poblacionales del censo oficial. El análisis estadístico se realizó mediante SPSS: test chi cuadrado y regresión logística.

RESULTADOS

La incidencia de EIM disminuyó en periodo postvacunal (2001-2009) de 18,54 a 11,16c/10⁵(OR:0,594;IC95%:0,463-0,763). Este descenso fue debido sobre todo a SGC, que bajó de 5,67 a 1,26c/10⁵(OR:0,221;IC95%:0,110-0,444). Sin embargo el serogrupo B (SGB) aumentó de 5,76 to 9,1c/10⁵(OR:1,576;IC95%:1,13-2,198). Examinando la gravedad se observó un descenso global de los cuadros de sepsis (OR:0,617;IC95%:0,459-0,829) menos acusado que de meningitis (OR:0,511;IC95%:0,319-0,817). Esto se debe a que en SGC el descenso de sepsis (OR:0,196;IC95%:0,084-0,457) ha sido paralelo al de meningitis (OR:0,266;IC95%:0,078-0,905), mientras que en SGB el aumento ha sido fundamentalmente a expensas de sepsis (OR:1,812;IC95%:0,214-2,706). No se registraron diferencias significativas en mortalidad global y tampoco de manera aislada en los diferentes serogrupos

CONCLUSIONES

La EIM ha disminuido su incidencia tras la introducción de la vacuna. Sin embargo el descenso de incidencia no se ha asociado con descenso significativo de la letalidad, debido al aumento concomitante de formas graves causadas por SGB, siendo necesario mantener un elevado nivel de vigilancia en los servicios de urgencias.

Mireia Arroyo Hernández, Bárbara Fernández Barrio, Ana Isabel Fernández Castro, David Pérez Solís, Gabriel Redondo Torres, Isolina Riaño Galán
Servicio de Pediatría y Servicio de Urgencias. Hospital San Agustín, Avilés

MANEJO DEL TRAUMATISMO CRANEAL PEDIÁTRICO EN URGENCIAS POR MÉDICOS NO PEDIATRAS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

El manejo del traumatismo craneal pediátrico difiere en el adulto y en el niño; mientras en adultos la presencia de vómitos y/o pérdida de conciencia es criterio de realización de tomografía craneal (TC), en el niño no siempre es así. Ello condiciona un manejo diverso en función del facultativo encargado. Objetivos: Evaluar el manejo del traumatismo craneal pediátrico por médicos no pediatras en el Servicio de Urgencias de un hospital de segundo nivel y su adecuación a un futuro protocolo pediátrico.

MATERIAL Y MÉTODOS

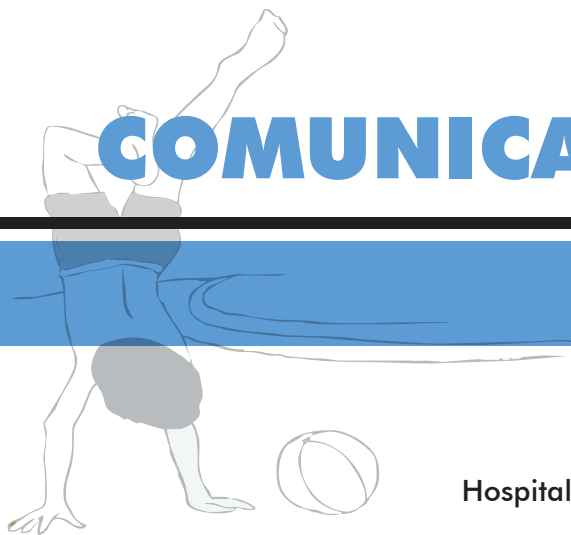
Estudio retrospectivo. Revisión de historias clínicas de traumatismos craneales atendidos durante 2010. Recogida de datos epidemiológicos, presencia de vómitos y/o pérdida de conciencia y pruebas complementarias realizadas. Se estableció posteriormente su adecuación a un protocolo de manejo del trauma craneal específicamente pediátrico.

RESULTADOS

Se incluyeron 309 traumatismos (3,14% de las urgencias; 61,5% varones; 65,4% mayores de 2 años). Localización más frecuente: frontal, 43,4%. Mecanismo traumático más frecuente, las caídas (65,37%; desde la propia altura, 52,47%). Presentaron vómitos el 11,4% y pérdida de conciencia el 2,9%. Se realizaron pruebas complementarias al 55,66% de pacientes (radiografías al 49,19% -fracturas 1,31%-; TC al 5,17% -12,5% alterados-; radiografía más TC al 1,29% -ninguna alterada-). Adecuación al protocolo propuesto: 37,86% (menores de 1 año, 75,51%; entre 1 y 2 años, 44,82%; mayores de 2 años, 26,86%).

CONCLUSIONES

El manejo del traumatismo craneal en nuestro hospital conlleva un exceso de radiografías craneales independientemente de la edad, localización y mecanismo traumático. Los vómitos y/o pérdida de conciencia suponen la realización de TC independientemente del número de vómitos y la duración de dicha pérdida de conciencia. La protocolización en las Urgencias Pediátricas hospitalarias es fundamental como herramienta organizativa para mejorar la calidad asistencial y favorecer el abordaje adecuado de esta patología.



**Nieves de Lucas, Santos García, Jose Antonio Ruiz,
Juan Vázquez, Sara Hernández, Julia Martín**
Hospital Infantil La Paz (Madrid), Hospital de Tomelloso (Ciudad Real)

FACTORES ASOCIADOS A RESULTADOS FUNCIONALES EN LOS TRAUMATISMOS INFANTILES

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Detectar factores asociados al pronóstico funcional al mes del traumatismo en niños que ingresan desde un servicio de urgencias de un hospital infantil terciario.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de cohortes prospectivo a partir del registro pediátrico de lesiones de un hospital terciario, con los niños ingresados por traumatismo entre diciembre de 2009 y el 15 de enero de 2011. Se recogieron edad, sexo, causa de traumatismo, constantes a la llegada al servicio de urgencias, volumen de expansión en primeras 6 horas y estado funcional al mes (o al alta si la puntuación era máxima) según Glasgow Outcome Scale (GOS). Análisis multivariante mediante regresión logística y curva ROC con SPSS 17.0

RESULTADOS

De los 253 pacientes ingresados por lesiones, presentaban traumatismo 43 (26,1%) niñas y 122 (73,9%) niños, con mediana de edad 5,8 años (rango 0-17 años), de los que 7,2% habían sufrido atropello, 5,4% otros accidentes de tráfico, 60,8% caídas o precipitaciones y 23,5% otros traumatismos. La ecuación obtenida para predecir GOS de 5 incluyó edad y volumen de expansión en las primeras 6 horas (asociadas inversamente), así como presión arterial sistólica. Área bajo curva ROC 0,87 (IC95% 0,77-0,98). Con un punto de corte 0,3 se predijo acertadamente GOS de 5 en el 91,5% de los pacientes (sensibilidad 81,8% y especificidad 99,2%). La significación de las pruebas sobre los coeficientes del modelo fue de 0,0001.

CONCLUSIONES

El pronóstico funcional al mes de los niños con traumatismos que precisan ingreso depende de la edad, tensión arterial a la llegada al centro hospitalario y volumen infundido las primeras 6 horas. Estudios prospectivos multicéntricos con análisis multivariante permitirían ajustar recursos y formación necesaria para mejorar el pronóstico funcional de este tipo de pacientes.

(Estudio financiado por una beca de la Mutua Madrileña).

**Carmen Carreras Blesa, Ana Pérez Aragón, Inmaculada Medina Martínez,
Marina Medina Navarro, Julia Castilla Valcárcel, Ambrosio Blesa Franco**
Hospital Universitario Virgen de las Nieves. HMI . S. Pediatría. S. de Atención al Usuario

SATISFACCIÓN DEL USUARIO. EVALUACIÓN DE LAS RECLAMACIONES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS. USO O ABUSO

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Objetivo. Estudiar las reclamaciones presentadas por los usuarios en el Servicio de Urgencias Pediátricas de un Hospital de tercer nivel: motivos, adecuación y posibilidad de intervención. Evolución en los últimos 3 años

MATERIAL Y MÉTODOS

Metodología. Estudio observacional de las reclamaciones recibidas durante 2008, 2009 y 2010: motivos, adecuación y evolución: relación con la mejoría asistencial.

RESULTADOS

Resultados. Total de pacientes atendidos: 152.000, derivándose de dicha asistencia 100 reclamaciones. El principal motivo fue la demora en la misma (40%), siempre en días con mayor presión asistencial, seguido de la asistencia por profesional (33%): trato inadecuado, desacuerdo en el diagnóstico, demanda de pruebas no procedentes (analítica, P. de imagen, orden de ingreso). Por organización del Area de Urgencias: 22: (Fallo Diraya, Extravío P. complementarias, demanda alimentación, prescripción recetas, personal auxiliar/celador). Los meses con mayor asistencia, observamos un aumento significativo del número de reclamaciones (invierno, primavera).

Distribución por factores causales: de accesibilidad (demora en la atención): 39; demora en la realización de pruebas complementarias: 7; asistenciales 25; Celadores: 2; del DUE: 1; organización y gestión: 22.

El número de reclamaciones no coincide con el de factores causales identificados, dado que una misma reclamación suele contener más de un motivo: habitualmente la demora.

CONCLUSIONES

Conclusiones. La mitad de las reclamaciones se deben a demora en la atención médica, en horas y días de máxima afluencia, por patología demorable. Estas reclamaciones tienen una difícil intervención si su causa es por aumento de la demanda.

Se podría realizar estudio retrospectivo con las consecuencias derivadas tras la asistencia a urgencias: reconsultas, posteriores ingresos o errores diagnósticos y terapéuticos. Muchas veces el paciente solicita atención urgente buscando pruebas complementarias o derivación a especialistas, no siempre indicadas. Habría que estudiar en cuantos de estos casos fue necesario el uso de estos recursos para llegar al Diagnóstico y tratamiento adecuados.

**Ana Belén Segura Serrano, Elisa De Miguel Esteban, Emmanuela Lodosa Aya-
la, Elena Maluenda Díaz, María Ruíz del Campo, Laura Martínez Mengual**
Servicio de Urgencias Pediátricas Hospital San Pedro, Logroño

ASISTENCIA A NEONATOS EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Analizar los motivos de consulta de los neonatos en Urgencias; y conocer las características clínicas y epidemiológicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo de los neonatos (3-30 días) que acudieron al Servicio de Urgencias entre el 1/6/10 y el 31/12/10. Las variables analizadas son: edad, sexo, ingreso previo, hijos de inmigrantes, derivación por otro médico/centro, tiempo de espera, franja horaria que fueron atendidos, motivo de consulta, necesidad de pruebas complementarias e ingreso.

RESULTADOS

En el segundo semestre de 2010 fueron atendidos 11.352 menores de 14 años en nuestra Urgencia, el 1,3% (144) fueron neonatos, y su edad media 16 días ($\pm 8,4$). El 51% fueron mujeres. El 8% había estado ingresado previamente, y el 45% eran hijos de inmigrantes. La franja horaria donde más acuden es por la tarde (49%), sin diferencias entre mañana y noche. La mediana del tiempo de espera es 19 minutos (± 26). El 14% era remitido por un Pediatra o citado para control desde la propia Urgencia. Un 6% consultó más de una vez por el mismo problema. Los principales motivos de consulta fueron: vómitos/regurgitaciones (15%), síntomas respiratorios (14%) y llanto (13%). Se realizó pruebas complementarias al 34%, siendo el hemograma (22) y el sistemático de orina (18) las más empleadas. Preciso ingreso el 15% (22) y las causas fueron vómitos (7), y bronquiolitis (4). Un 23% de los ingresos fue remitido por su Pediatra.

CONCLUSIONES

Los neonatos suponen una pequeña proporción en el volumen de urgencias atendidas en nuestro Servicio. La patología por la que consultan generalmente no es urgente y no precisa pruebas complementarias. La mitad consulta antes de la primera revisión (15 días), destacando el alto porcentaje de hijos de inmigrantes, lo que hace pensar en la no adecuada información hospitalaria al nacimiento o en la falta de accesibilidad al centro de salud.

M^ª Natali Campo Fernández, M^ª Elena Pérez Gutiérrez, Jose Fernández Arribas, Roberto Velasco Zúñiga, Sara Puente Montes, Leticia González Martín
Servicio Urgencias Pediatría, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES ANTE LA FIEBRE EN EL NIÑO ¿ES LA FIEBREFOBIA PASADO O PRESENTE?

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Conocer epidemiológicamente la población que frecuenta nuestro servicio de urgencias, describir sus conocimientos y actitudes ante la fiebre y analizar posibles relaciones entre ambos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo-analítico de corte transversal. Incluye a familiares de niños que consultan en nuestro servicio de urgencias por fiebre, entre febrero-marzo de 2010 y rellenan una encuesta con 17 preguntas sobre datos epidemiológicos y conocimientos acerca de la fiebre. Se excluyen los que no entienden castellano, acuden en momentos de presión asistencial o no dan su consentimiento.

RESULTADOS

Participan 253 familiares de niños con fiebre, 52.2% madres y 41.1% padres, con edad media de 35.2 años, nivel de estudios medio-superior (77%) y etnia caucásica (80%) o gitana (10%) mayoritariamente. Refieren tomar la temperatura en axila (70%) y en recto (20%), considerando fiebre cifras de temperatura $>38^{\circ}\text{C}$ axilar (28%) y temperatura $>38.5^{\circ}\text{C}$ rectal (25%). Los padres y aquéllos con estudios primarios consideran fiebre cifras más bajas de temperatura ($p<0.05$). Relacionan la magnitud de la fiebre con la gravedad del proceso subyacente un 73% y las complicaciones más populares son malestar, convulsiones, deshidratación y daño neurológico. El 74% utilizan dos antitérmicos con el objetivo de conseguir bienestar (38.7%) o apirexia (35.2%) y un 10% asociaría un antibiótico, sobre todo aquellos de etnia gitana y estudios primarios, que además prefieren usar un sólo antitérmico ($p<0.05$). Las medidas físicas son ampliamente utilizadas (95%). Acuden preferentemente al centro de salud (60%), pero los de menos nivel socioeconómico prefieren las urgencias ($p<0.05$). Sólo la mitad de los encuestados se sienten informados al respecto.

CONCLUSIONES

Es necesario elaborar programas educativos sobre la fiebre que divulguen información en la población y evaluar su eficacia, para acabar con la fiebrefobia, dar pautas adecuadas de actuación y disminuir el coste sanitario que suponen las consultas por fiebre, motivo más frecuente de demanda asistencial actualmente.

Xavier Codina Puig, Pilar Gussinyè Canabal, Maria Lluïsa Masiques Más, Berta Pujol Soler, Iñaki Alegria Coll, Georgina Artigas Corominas
Servei d' Urgències de Pediatria Hospital General de Granollers Barcelona

LA COMUNICACIÓN EN LA ANAMNESIS. SABEMOS QUE LES PASA PERO ... ¿Y LO QUE LES PREOCUPA?

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

- 1.-Conocer si pacientes/acompañantes verbalizan las preocupaciones de forma espontánea o no y cuáles son.
- 2.-Valorar la coincidencia entre “lo que le pasa” y “lo que le preocupa”
- 3.-Conocer si en la realización de la anamnesis se interroga sobre los motivos de preocupación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo observacional del inicio de la entrevista clínica, realizada con preguntas “abiertas” y “escucha atenta”, registrando: edad del paciente, antecedentes patológicos, motivo de consulta y hora, quién es el acompañante, la preocupación, verbalizada o no, y diagnóstico. Encuesta a los médicos en relación a sus actitudes durante la anamnesis.

RESULTADOS

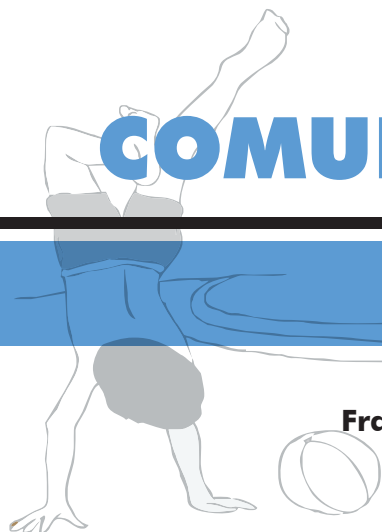
Evaluadas 300 consultas. La preocupación se verbaliza espontáneamente en 120 (40%); los principales motivos de preocupación: la propia enfermedad o síntomas de la misma 162 (54%), por evolución desfavorable 33 (11%), por temer un diagnóstico grave 31 (10.3%), por los antecedentes (personales/familiares) 29 (9.6%) o por falta de diagnóstico 31 (10.3%). Los síntomas que más preocupan son la fiebre 37 (35%) y la disnea 21 (20%). La verbalización de la preocupación y el tipo es independiente del acompañante y de la hora de consulta. No preguntamos explícitamente por la preocupación “casi nunca” el 80% de los médicos.

CONCLUSIONES

No se solemos preguntar explícitamente por lo que les preocupa, sin embargo, con preguntas “abiertas” y “escucha atenta”, 4 de cada 10 visitas verbalizan de forma espontánea la preocupación, además del motivo de consulta.

La preocupación principal, en 7 de cada 10 visitas, está relacionada con la propia enfermedad, la evolución o alguno de los síntomas de la misma siendo la fiebre y disnea los principales.

Encontramos preocupaciones “ocultas” en 3 de cada 10 visitas motivadas por los antecedentes familiares, la falta de diagnóstico o la posibilidad de diagnóstico grave.



Francisco José García Álvarez, Félix Morales Luengo, María González Sánchez, Francisco Álvarez Caro, Sonsoles Suárez Saavedra
Urgencias de Pediatría, Hospital Central de Asturias, Oviedo.

IMPACTO DEL DOLOR CARDIOGÉNICO EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Realizar un análisis epidemiológico de los episodios de dolor torácico en el área de Urgencias Pediátricas del Hospital Universitario Central de Asturias en un periodo de tres años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión retrospectiva de los archivos informatizados e historias clínicas de los pacientes atendidos en el área de Urgencias Pediátricas del Hospital Universitario Central de Asturias entre el 1 de Enero del 2008 y el 1 de Enero de 2011. El análisis estadístico de los resultados se llevó a cabo mediante el programa informático SPSS 15.0. Se recoge y analiza la variable "prioridad" del sistema "Manchester" de triaje para enfermería. Se identifican los diagnósticos de enfermería NANDA (North American Nursing Diagnosis Association) representativos.

RESULTADOS

En el periodo del estudio recogimos un total de 334 episodios de dolor torácico; 24 de los cuales fueron cardiogénicos (0,7%). Hubo un ligero predominio de varones (59,9%) frente a mujeres (40,1%). Los grupos de edad que presentaron más episodios fueron los escolares (81,7%) y preescolares (16,2%). Sólo trece casos, requirieron ingreso hospitalario (3,9 %). Son cuatro los problemas principales según la clasificación NANDA: disminución del gasto cardiaco, lactancia ineficaz, intolerancia a la actividad, y dolor agudo. El 61,7% se trataba de un nivel de urgencia naranja, y el 30,8% amarillo; según el sistema de triaje "Manchester".

CONCLUSIONES

Sólo los episodios cardiogénicos revisten cierta gravedad (tasa de ingreso del 25%, frente al 2,2% de los de origen no cardiogénico). El grupo de edad predominante es el escolar, cuando el niño refleja sus sensaciones. Según el sistema de triaje "Manchester", todos los casos requieren una rápida atención, debido a la importancia de descartar o abordar patologías cardiacas severas. Por ello, el tiempo de espera máximo se fija en diez minutos (naranja) en la mayoría de los casos.

Dunia Sánchez Garvín, Salvador Rigol Sanmartín, Irene Baena Olomí, Santiago Argemí Renom, Carmina Durán Feliubadaló, Francisco Javier Travería Casanova
Hospital Sabadell. Corporació Universitària Parc Taulí

TORSIÓN TESTICULAR EN URGENCIAS. ¿SERÁ LA GÓNADA VIABLE?

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Analizar las características clínicas y ecográficas de los casos de torsión testicular diagnosticados en nuestro servicio de urgencias en los últimos 7 años y comparar los datos según si se preserva la gónada o no.

MATERIAL Y MÉTODOS

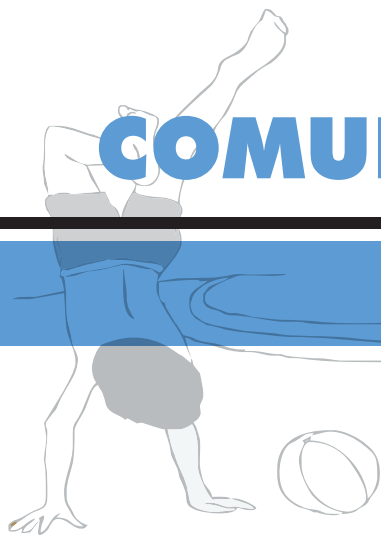
Estudio descriptivo retrospectivo mediante la revisión de casos diagnosticados de torsión testicular en nuestro servicio de urgencias entre 2003 y 2010. Se clasifican en 2 grupos según se practique o no orquiectomía.

RESULTADOS

Análisis de 208 historias con diagnóstico de escroto agudo, con 24 casos de torsión testicular (11,53%). Se practica orquiectomía en 8 (grupo 1), preservándose la gónada en 16 casos (grupo 2). El tiempo de demora entre la consulta y la intervención quirúrgica es de 4.25 y 3.1 horas, respectivamente. La edad mediana de los pacientes es de 5.48 años (8 meses - 14 años) y 11.69 años (3 meses -16 años), respectivamente. En 100% de los casos del grupo 1 se afecta el teste izquierdo respecto a 47% de los casos del grupo 2. La mediana de horas de evolución es de 34.57 y 20 horas, respectivamente. En 3 casos del grupo 1 no consta dolor, dato constante en todos los casos del grupo 2. Todos los casos presentan un reflejo cremastérico ausente. Se realiza ecografía testicular en los 8 casos del grupo 1 y en 12 casos del grupo 2 (70%). El patrón ecográfico más frecuente es la ausencia de señal doppler en 14 casos, detectándose flujo testicular conservado en 2 casos del grupo 1 y en 3 del grupo 2, con una imagen típica en todos ellos de remolino.

CONCLUSIONES

- La presencia de flujo testicular objetivado por efecto doppler no descarta la torsión testicular.
- Una edad más temprana y un mayor tiempo de evolución clínica son factores de riesgo de lesión irreversible y pérdida del testículo.
- La presencia de dolor y la afectación del teste derecho serian factores protectores la posible pérdida testicular.



**Ana Pérez-Villena, Reyes Novoa-Carballal, Sara García Ruiz,
Laura López-Marín, Ana Martínez Zazo, Mercedes de la Torre Espí**
Hospital Universitario Infantil Niño Jesús

SE VALORAN DE FORMA ADECUADA LOS ERRORES INNATOS DEL METABOLISMO EN SU DEBUT EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA?

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Evaluar la actuación en el Servicio de Urgencias (SU) ante pacientes que debutan con un error innato del metabolismo (EIM)

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión retrospectiva de los pacientes diagnosticados de EIM entre 1995-2010 a partir de un ingreso desde el SU. Se han recogido datos de filiación, edad, sexo, antecedentes, desarrollo psicomotor, datos registrados en la anamnesis y pruebas complementarias solicitadas en el SU.

RESULTADOS

Se han incluido 18 pacientes (11 varones). La mediana de edad al debut fue 6 meses (4 días- 6 años y 3 meses). Habían consultado previamente en el SU por el mismo motivo una mediana de 2,5 veces 10 pacientes. Los motivos de consulta fueron: alteración del nivel de conciencia (7 pacientes), síntomas digestivos (5 pacientes), dificultad respiratoria (3 pacientes), ictericia u otros (3 pacientes). Los antecedentes personales eran relevantes en 5 niños; todos estaban recogidos en la historia de urgencias.

En la anamnesis, consta en la historia la presencia e vómitos (12 pacientes), episodios previos similares (7 pacientes), episodios de alteración de la conciencia (5 pacientes), relación con el ayuno (2 pacientes) o con la ingesta de alimentos (1 paciente). Tres enfermos presentaron crisis epilépticas. Se realizaron las pruebas complementarias urgentes adecuadas en 10 casos en el SU. En 11 pacientes se solicita estudio de enfermedades metabólicas.

Los diagnósticos fueron: 5 alteraciones del metabolismo de los hidratos de carbono, 6 acidemias orgánicas, 5 alteraciones del ciclo de la urea y 2 citopatías mitocondriales. En 9 pacientes se inició tratamiento específico, cuatro de ellos eran trastornos del ciclo de la urea.

CONCLUSIONES

Es necesario tener más presentes los EIM en el SU y solicitar las pruebas de laboratorio urgentes adecuadas para una correcta valoración. Ante la sospecha, es importante comenzar en el momento de la descompensación con la recogida de las muestras biológicas necesarias para el estudio etiológico.

**ELENA SANTAMARIA MARCOS, ROBERTO VELASCO ZÚÑIGA, VERONICA PUERTAS Martín,
LETICIA GONZÁLEZ MARTÍN, BEATRIZ SALAMANCA ZARZUELA, SARA PLAZA LOMA**
HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL RIO HORTEGA

FIEBRE DE LARGA EVOLUCIÓN. ¿HAY QUE HACER ANALÍTICA SIEMPRE?

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Analizar la necesidad de pruebas complementarias (PC) en fiebres de más de 5 días de evolución, independientemente de la exploración física.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se recogen datos de todos los niños con fiebre de más de 5 días de evolución atendidos entre 2009 y 2010.

Se dividieron en dos grupos, dependiendo de que presentaran o no en la exploración signos de IBPG.

RESULTADOS

De un total de 240 niños se realizó analítica a 228, y radiografía a 92.

La media de edad fue de 42,5 meses, y la de los días de fiebre fueron 6,65 días.

El 71,7% presentaba exploración física (EF) normal o compatible con viriasis, 16'6% compatible con infección de vías altas, y sólo el 11,7% tenía signos sugerentes de infección bacteriana potencialmente grave (IBPG), tales como petequias o alteraciones en la auscultación.

Tras la realización de PC, en un 10% se diagnosticó una IBPG. Los diagnósticos más comunes fueron viriasis (44,9%) e infecciones ORL (18,8%).

Dentro del grupo sin signos de IBPG tan sólo al 7,1% de los pacientes se le diagnosticó una IBPG, por el 32,1% del grupo con signos IBPG ($p < 0,0001$)

El 7,1% requirieron hospitalización, mientras que el 12,1% recibieron el alta, con posterior revisión por el propio servicio de Urgencias.

CONCLUSIONES

La realización de pruebas complementarias en las fiebres de larga evolución está justificada en presencia de una exploración física sugerente de IBPG, no siendo rentable realizarlas en caso contrario

Ana María Abizanda Guillén, Eduardo Aguilar Perdiguer, Ana María Cabrejas Lalmolda, Sara Viscor Zárata, Elena Sancho Gracia, Carmen Campos Calleja
Hospital Infantil Miguel Servet de Zaragoza

ANALGESIA EN INTERVENCIONES DOLOROSAS DE CORTA DURACIÓN EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA. EXPERIENCIA CON EL ÓXIDO NITROSO

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Revisar el uso del óxido nitroso (Kalinox®) en los procedimientos dolorosos en nuestra Unidad de Urgencias desde su implantación.

MATERIAL Y MÉTODOS

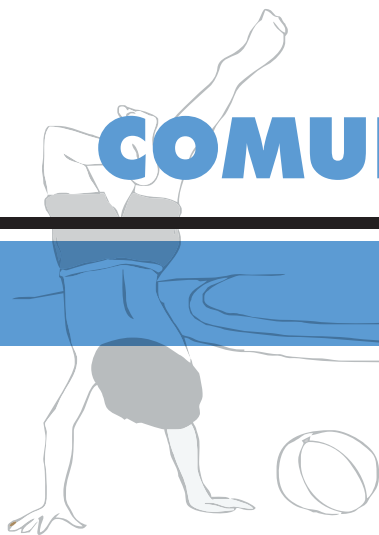
Estudio retrospectivo de 66 procedimientos en los que se empleó óxido nitroso, desde enero de 2008 hasta noviembre de 2010, a través de los registros de obligada cumplimentación cuando se hace uso del mismo, para conocer las características de la población y tipo de procedimiento, grado de eficacia, utilización y efectos adversos asociados.

RESULTADOS

Se registraron 66 procedimientos de sedoanalgesia con Kalinox®, en niños de edades entre 16 meses y 14 años, media de 7 años. Todos los procedimientos se realizaron en un quirófano habilitado en la Unidad de Urgencias bajo la supervisión de un médico y una enfermera, adecuándose a las indicaciones de uso recogidas en el manual de analgesia de la SEUP. Los procedimientos fueron reducción de fractura o luxación en un 39'3%, cura o sutura de heridas en un 30'3%, sondaje vesical en un 7'5%, punción lumbar y extracción de cuerpo extraño un 6% en ambas y biopsia de piel o artrocentesis en un 3% ambas. El tiempo de utilización osciló entre 3 y 60 minutos, media de 11 minutos. La eficacia de su uso fue buena en el 71'2%, parcial en el 24'2%, mala en un 3% y no constaba en un 1'5%. No se realizaron asociaciones farmacológicas. Se detectó algún efecto secundario en un 9%, siendo estos: risa, mareo y vómitos. Ningún paciente precisó ingreso en relación con su uso, pudiendo ser destinados a domicilio si lo permitía su patología.

CONCLUSIONES

El uso de Kalinox® logra una adecuada sedoanalgesia para procedimientos dolorosos de corta duración en niños, de forma segura al no alterar el reflejo tusígeno y al no presentar riesgo de depresión respiratoria. En ningún caso se asoció medicación coadyuvante, pudiendo haberse beneficiado de ésta aquellos pacientes en los que la eficacia no fue satisfactoria.



Idoia Grange Sobe, Anna Vinaixa Vergès, Núria Cortés Álvarez, Claudia Coderch Ciurans, Abel Martínez Mejías, Josefa Pérez Juvé
Hospital Univ. MutuaTerrassa/Consorti Sanitari Terrassa/Catlab (Terrassa)

ÚTILIDAD DE LA PCR MULTIVIRUS EN EL DIAGNÓSTICO DE INFECCIONES RESPIRATORIAS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Conocer la etiología de las infecciones respiratorias de etiología viral en nuestra área, valorar la gravedad en función del agente y analizar si existen diferencias significativas en las coinfecciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de los niños entre 0 y 5 años que consultaron nuestros servicios de urgencias con infecciones respiratorias entre septiembre de 2009 y noviembre de 2010. Se analizaron las variables: edad, etiología (detectada por técnica de PCR multivirus en aspirado nasofaríngeo) y gravedad según necesidad y días de ingreso y requerimiento de oxigenoterapia.

RESULTADOS

- Se recogen 413 pacientes con edad media de 5.1 meses. VRSA principal agente etiológico con un 43.4% (179).
- Otros virus aislados: 28.4% Rhinovirus, 5.3% VRSB, 5.3% CoronavirusOC43, 4.6% Adenovirus, 3.9% InfluenzaA, 3.9% Parainfluenza2, 3.2% Metapneumovirus, 2.9% Parainfluenza1, 2.2% CoronavirusOC229E, 1.5% Parainfluenza3, 1.5% Parainfluenza4, 1.2% Enterovirus, 0.7% InfluenzaB y 0.03% Bocavirus.
- Hubo 11.4% (47) coinfecciones; la más frecuente por VRS-A y Rhinovirus (2.4% del total). Las siguientes fueron: 1,2% VRSB-rinovirus, 1% VRSA-coronavirus OC43 y <1% VRSA-influenzaA, VRSA-bocavirus, rinovirus-adenovirus, rinovirus-parainfluenza 2 y VRSB-parainfluenza 2.
- Un 0,02% presentaban infección por 3 agentes siendo la más frecuente VRSA-coronavirus OC43-bocavirus.
- Un 40% (165) de los pacientes precisaron ingreso (51% VRSA y 30% rinovirus y 5.5% VRSA+Rhinovirus).
- Un 71% necesitó oxígeno una media de 2.5 días (44.7% VRSA y 70% VRSA+Rhinovirus). La media de días de ingreso en las infecciones únicas fue de 1.7 días y de 5.1 días en el caso de múltiples. La media de oxigenoterapia fue dos días superior (2.8) en las coinfecciones respecto a las infecciones únicas (0.7).
- La edad no influyó significativamente en la gravedad de los casos ($p=0.09$).

CONCLUSIONES

- El VRS es el principal agente etiológico y de mayor gravedad
- La coinfección más frecuente es VRSA-rinovirus con mayor tasa de hospitalización.
- Las coinfecciones asocian mayor estancia hospitalaria y mayor necesidad de tratamiento



**Maria del Mar Romero López, Julia Martín Sánchez,
Ana Pérez Vigara, Beatriz Fernandez Caamaño, Gloria López Sobrino**
Servicio de Urgencias de Pediatría, Hospital Infantil La Paz. Madrid

NEUMOMEDIASTINO ESPONTÁNEO, A PROPÓSITO DE DIEZ CASOS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

El neumomediastino espontáneo (NE) se define como un escape de aire no traumático en pacientes sin enfermedad subyacente. Nuestro objetivo es conocer la epidemiología en la edad pediátrica, la clínica de presentación y la evolución.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo de los ingresos por NE en los últimos diez años en un hospital infantil terciario. Se han recogido los antecedentes personales, sintomatología, radiología, pruebas solicitadas, tratamiento, evolución y estancia hospitalaria. Revisión bibliográfica.

RESULTADOS

La distribución por sexos ha sido del 50%. La distribución etaria es bimodal con dos picos, en menores de tres años y en preadolescentes; predominan las mujeres en los menores y los varones en los mayores. La presentación más frecuente ha sido el dolor torácico, la tos, la dificultad respiratoria y la fiebre. A la exploración los datos más referenciados son la hipoventilación, la polipnea, el tiraje y enfisema subcutáneo. En la radiología, junto al neumomediastino, se describe con más frecuencia el enfisema subcutáneo. Tres casos tenían episodios de broncoconstricción previos. Cuatro fueron manejados en la UCIP. El tratamiento en todos los casos fue conservador. Como circunstancia posiblemente desencadenante, en un caso había acudido al dentista, dos realizaron buceo, 1 tras vómito, 4 después de la tos y en dos no se objetivó. La evolución fue favorable sin presentar recidivas posteriores, con una estancia media de 5.8 días.

CONCLUSIONES

Presentamos la serie más amplia de esta infrecuente patología en la edad pediátrica.

- La distribución por edad es comparable a las escasas referencias publicadas.
- Para el diagnóstico es suficiente la clínica y la confirmación radiológica.
- Dada la evolución favorable con medidas conservadoras en nuestra serie podemos afirmar que no proceden actitudes agresivas ante este diagnóstico y que posiblemente la estancia hospitalaria podría reducirse.

Ane Zurutuza Bengoa, Joseba Rementeria Radigales, Naroa Peris Serrano, Maria Rivera Peña, Javier Humayor Yañez, Agustin Rodriguez Ortiz
Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital de Basurto. Bilbao.

DOLOR TORÁCICO EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Conocer las características y el manejo de los pacientes que acuden a urgencias de pediatría hospitalaria por dolor torácico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo revisando el historial clínico informatizado de los pacientes menores de 15 años, que consultaron por dolor torácico en el servicio de urgencias de pediatría, desde el 31-12-2009 hasta el 31-12-2010.

RESULTADOS

Acudieron 86 niños por dolor torácico (0.35% del total). El 64% eran de sexo masculino. La media de edad fue de 9 años. El dolor torácico constituía el único síntoma en un 55 %, con una evolución del mismo <24 horas en el 68%. El 88% de los niños era la primera vez que acudían a urgencias del hospital por esta causa. La exploración física fue normal en el 61%, siendo el dolor a la palpación de la pared torácica, el hallazgo exploratorio patológico más frecuente (29%). Se realizó alguna prueba complementaria al 89%: 58 electrocardiogramas (ECG), 4 de los cuales resultaron patológicos; 48 radiografías y únicamente una resultó patológica. En 6 niños se realizaron otras pruebas diagnósticas. Fueron hospitalizados 3 niños (3.5%): un niño con ECG patológico, otro diagnosticado de pericarditis aguda y un tercero con neumomediastino. El 13% fue derivado a consultas de cardiología infantil de forma no urgente. Tras evaluar las historias clínicas, se contabilizaron los siguientes diagnósticos etiológicos de presunción: dolor torácico idiopático (46), osteomuscular (27), origen respiratorio (4), psicógeno (4), digestivo (3) y cardiológico (2).

CONCLUSIONES

El dolor torácico es un motivo de consulta poco frecuente en pediatría y su forma de presentación suele ser aguda y autolimitada.

Es un proceso habitualmente benigno, siendo excepcional la confirmación de una enfermedad cardíaca o pulmonar de carácter grave.

Se realizan un exceso de pruebas complementarias que en muchas ocasiones podrían evitarse realizando una buena anamnesis y exploración física.



**Elisa García García, Paula Serrano Acebes, Ramón Fernández Álvarez,
Claudia Iñesta Mena, María Morán Poladura**
Hospital de Cabueñes

CEFALEA COMO MOTIVO DE CONSULTA EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La cefalea representa una consulta frecuente en las urgencias pediátricas, muchas veces acompañando a otra sintomatología o en el contexto de un cuadro infeccioso.

El objetivo es analizar las características y epidemiología de las cefaleas que acuden a nuestro servicio, así como los antecedentes, pruebas complementarias realizadas y diagnósticos al alta.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo y retrospectivo a partir de la revisión de las historias clínicas de los pacientes que consultaron por cefalea en el año 2009 en el servicio de Urgencias.

RESULTADOS

Se revisaron 507 historias, 2,16% de las Urgencias totales. El 58,4% fueron niños y el 41,6% niñas. La edad media era de 9,6 años. Sólo el 18,1% de los niños fueron remitidos desde el centro de salud. El 10,7% tenía cefaleas frecuentes y en el 15,6% existían antecedentes familiares.

En cuanto a la cefalea era más frecuentemente frontal, con una duración media de 55,8 horas y despertaba al 1,5% de los niños. Como síntomas acompañantes destacaban: 55,2% fiebre, 28,4% vómitos y 8,1% foto/sonofobia.

Se objetivó rigidez nuchal en el 2,4%. Se realizaron: 3,4% punciones lumbares, 4,7% FO y 1,2% TAC. Ingresaron el 4,5%. Los diagnósticos más frecuentes fueron síndrome febril (34,1%) y cefalea inespecífica (24%). Además 13 casos de meningitis vírica. Se prescribió ibuprofeno en 75% de los casos.

CONCLUSIONES

La cefalea es un motivo de consulta frecuente. Se debería recoger siempre la historia de la cefalea así como una exploración neurológica completa para determinar aquellos casos que pudiesen precisar pruebas complementarias. En ausencia de síntomas de alarma o examen físico anormal la cefalea como único motivo de consulta rara vez representa una enfermedad grave.

Olga Cadevall Solé, Paula Capel Hernández, Carles García Roca, Patricia Mertín Fernández-Tormos, Marina Del Vecchio, M Carmen Vidal Palacios
Fundació Hospital Son Llàtzer (Palma de Mallorca- Illes Balears)

LAS CONSULTAS A URGENCIAS DE LOS MENORES DE 3 MESES: ¿SON REALMENTE URGENTES?

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Determinar los motivos de consulta más frecuentes entre los pacientes menores de 3 meses en el servicio de urgencias de nuestro hospital. Analizar los motivos de consulta no urgente en este grupo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio descriptivo prospectivo analizando el registro de visitas a Urgencias de nuestro hospital del 15 Septiembre al 15 de Diciembre de 2010. Analizamos los motivos de consulta de los menores de 3 meses y desglosamos los casos no urgentes. Se define como consulta no urgente aquella que podría haber sido resuelta en Atención Primaria (AP).

RESULTADOS

Consultan un total de 421 pacientes (51% varones/ 49% mujeres) en este periodo, que suponen el 9'19% del total, por por 426 motivos distintos. La edad media es 4'9 semanas.

El 41'1 % de las consultas se relacionan con patología infecciosa, no objeto de nuestro estudio. En el 58'9 % restante, los motivos de consulta más frecuentes son: Vómitos (9'15%); problemas alimentación (7'51%); problemas del cordón (7'04%); lesiones piel (7'04%); llanto/irritabilidad (6'1%), Ictericia (4'22%); alteración deposiciones (4'22%); cólico (3'05%), problemas oftalmológicos (2'8%); apnea/alte (2'1%), hernias (1'6%); contusiones (1'6%); otros (2'3%).

CONCLUSIONES

Los lactantes menores de 3 meses acuden a Urgencias por múltiples motivos. Muchos de ellos consultan por patología no urgente o puericultura. Nos planteamos diseñar un programa formativo para los familiares, antes del alta de la Maternidad, que incluya cuidados del cordón, manejo de las regurgitaciones o resolver dudas sobre la lactancia materna.

Sería interesante conocer otros datos como la edad de la madre, si es el 1º hijo, nivel sociocultural, país de procedencia, etnia, etc para valorar los grupos de mayor riesgo, que precisen más apoyo o seguimiento precoz en A. P.

Sílvia Burgaya Subirana, Judit Dorca Vila, Eva Botifoll García, Gertrudis Martí Aromir, Zulema Lobato Salinas, Montserrat Garriga Badia
Althaia. Xarxa Assistencial Manresa.

REVISIÓN DEL DEBUT DIABÉTICO EN LA EDAD PEDIÁTRICA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Estudio descriptivo retrospectivo del debut diabético en la edad pediátrica en un período de 16 años. Analizamos aspectos epidemiológicos, analíticos y terapéuticos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis de 50 pacientes atendidos en hospital de referencia de la Cataluña Central con diagnóstico de debut diabético de 1994 a 2010. Se valora: edad, sexo, estación del año, antecedentes familiares, forma de debut, tiempo de evolución de la sintomatología, tratamiento recibido y hemoglobina glicosilada (HbA1C).

RESULTADOS

64% eran varones. La edad media al debut fue de 7,6 años.; distribuidos: <5 años: 30%, 5-10 años: 38% y > 10 años: 32%. El pico de incidencia fue en el período otoño-invierno. La HbA1C media fue 11,7%. Antecedentes familiares: 22% DM1, 16% DM2, 2% diabetes gestacional y 4% vitiligo. 54% debutaron en forma de cetoacidosis. El 8% requirió ingreso en unidad de cuidados intensivos. El tiempo medio de evolución de la sintomatología antes de consultar fue 13,27 días. 56% recibieron tratamiento con bomba de infusión continua de insulina y 44% con insulina subcutánea. 32% acudieron derivados por su pediatra. 48% debutaron los últimos 5 años.

CONCLUSIONES

Aunque la literatura no describe un predominio de sexo, nuestro estudio muestra un predominio de varones. Mayor incidencia en meses fríos y edad escolar a pesar de que muchos estudios describan un descenso en la edad de debut. El tiempo de evolución sugería una aceptable identificación clínica por parte del pediatra. Observamos un aumento de la incidencia del debut diabético los últimos 5 años.

**Irene Amalia García Osés, Laura Gil Ferrer, Rocío Conchello Monleón,
Raquel Garcés Gómez, Raquel Pérez Delgado, Carmen Campos Calleja**
Hospital Infantil Miguel Servet

CARACTERÍSTICAS DE LOS TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS EN MENORES DE UN AÑO Y SU MANEJO EN URGENCIAS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Los traumatismos craneoencefálicos (TCE) son motivo de consulta frecuente en urgencias pediátricas. Aunque el mecanismo traumático sea de poca intensidad, pueden tener complicaciones impredecibles; este riesgo aumenta en lactantes, en los que es más complejo valorar la normalidad neurológica.

Analizar las características de los TCE en menores de un año atendidos en urgencias y su manejo. Analizar las situaciones de mayor riesgo para intentar prevenirlas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de una muestra aleatoria de pacientes menores de un año atendidos en urgencias por TCE de febrero a noviembre de 2010, mediante la revisión de los informes de urgencias.

RESULTADOS

Se tomó una muestra de 127 pacientes (52,8% varones), de los cuales el 33,9% eran menores de seis meses. Los principales mecanismos fueron caída desde la cama (37%), carrito (15%), cambiador (4,7%) o golpe accidental (7,9%). El 56,7% acudieron a urgencias en la primera hora tras el traumatismo. La exploración neurológica fue normal en todos los casos y existía cefalohematoma en el 17,3%. Se realizó radiografía craneal al 95,3% de los pacientes, objetivándose posible fractura en 5 casos, realizándose TAC craneal en 2, sin lesiones intracraneales. El 15,7% ingresó para observación por alteración radiológica o edad menor de seis meses. El 84,3% fue dado de alta (49,6% tras unas horas en unidad de observación). En el 93,7% de los casos se entregó hoja informativa a los padres para vigilancia domiciliaria.

CONCLUSIONES

La mayoría de los TCE son evitables, por lo que es importante reforzar la información sobre medidas preventivas en situaciones de riesgo. Los padres perciben el TCE como una situación que requiere atención inmediata, ya que acuden con rapidez a urgencias. La mayoría de los casos son procesos leves con pacientes asintomáticos y sin complicaciones, pero especialmente en este grupo de edad es importante diagnosticar potenciales complicaciones.



**Miriam Aragón Ramírez, Rosa García Ortega, Estefanía Romero Castillo,
Moisés Rodríguez González, María Jesús Salado Reyes, Jesús Carrera Martínez**
Hospital Universitario Puerta del Mar

SÍNCOPE, ¿UNA PATOLOGÍA FÁCIL DE TIPIFICAR EN URGENCIAS?

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Analizar las características, diagnóstico y manejo de los pacientes que acudieron por cuadro sincopal a Urgencias de un hospital de segundo nivel, para conocer su incidencia real y trascendencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo de las consultas por síncope durante 2 años. Se recogieron datos referentes a: edad, sexo, procedencia, anamnesis, exploración física, estudios complementarios, manejo en Urgencias y necesidad de interconsultas especializadas o ingreso.

RESULTADOS

Se registraron 135 consultas (127 pacientes); 0,25 % de las consultas durante ese periodo de tiempo. Mediana 9 años. Procedencia: iniciativa propia 83 %, Atención Primaria 6 %, dispositivos móviles 7 % y otros hospitales 4 %. Se detectó factor precipitante 63 %, pródromos 68 %, pérdida de conciencia 76 %, hipotensión 4 %, hipoglucemia 3 % y datos de cardiopatía 2 %. Se realizaron: ECG en 39 % (7 patológicos), Radiografía de tórax en 10 % (2 patológicas), analítica en 25 %, otras pruebas en 15 %. Precisarón observación hospitalaria un 40 %, medidas terapéuticas un 11 %, interconsulta a Cardiología 3 pacientes y a Neurología 1. Los diagnósticos de presunción fueron: presíncope 24 %, neurocardiogénico 49 %, cardiaco 2 %, extracardiaco 11 % y síncope a filiar 14 %. Ingresaron un 6% y se derivaron a consulta especializada un 21 %. Se detectó patología de base en 8 %.

CONCLUSIONES

Incidencia en nuestro medio por debajo del 1-3 % recogido en la literatura, lo que probablemente indica que un número indeterminado de pacientes con cuadros sincopales no acuden al servicio de urgencias hospitalario. Destacamos la frecuencia de presíncopes y el predominio de síncope vasovagales. La anamnesis y exploración física suelen ser suficientes para tipificar el síncope.



Maria Ribes González, Marta Arqued Navaz, Gonzalo González García, Anna Miralles Piugbert, Isabel Ruiz Langarita, Pilar Murillo Arnal
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa de Zaragoza

REVISIÓN ANUAL DE LOS PACIENTES TRASLADADOS DESDE NUESTRO SERVICIO DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Nuestro servicio de Pediatría está ubicado en un hospital terciario, pero presenta determinadas carencias: no dispone de Servicio de Cirugía Pediátrica UCI Pediátrica ni posibilidad de anestesiarse de forma urgente a niños por debajo de 30 kg. Por ese motivo nos vemos obligados a trasladar pacientes a otro hospital terciario de la misma ciudad.

Nuestro objetivo es describir el número y las características de los pacientes atendidos en Urgencias Pediátricas que deben ser trasladados a otro hospital terciario.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo que incluye todos los pacientes en edad pediátrica que acudieron a nuestro servicio y fueron trasladados a otro centro durante el año 2010.

RESULTADOS

Se contabilizaron 61 pacientes, 30 varones (49.1%) y 31 mujeres (50.9%). La edad media fue de 4.3 ± 4.06 años. El motivo de consulta más frecuente fue el dolor abdominal (39.3%), seguido de traumatismos (13.1%), vómitos (9.8%), fiebre y dificultad respiratoria (6.5%).

35 pacientes (el 57.3%) se trasladaron para valoración por Cirugía (21 por sospecha de apendicitis, 6 por invaginación intestinal, 4 por estenosis hipertrófica de píloro -EHP-, 3 heridas complejas, 2 hernias inguinales y 1 SCALP); 12 (19.6%) por falta de camas; 8 (13.1%) por imposibilidad de sedación y 3 por otros motivos. De las sospechas de apendicitis se intervino al 80.9% (17). Todos los casos de EHP fueron confirmados previamente por ecografía y el 100% de estos operados. De las 6 sospechas de invaginación intestinal, 3 tuvieron que ser intervenidas y otras 3 se desinvaginaron espontáneamente.

CONCLUSIONES

El 54.09% de los pacientes trasladados fueron por sospecha de abdomen agudo (siendo la más frecuente la apendicitis aguda) y de ellos el 78.7% precisaron cirugía, confirmándose nuestro diagnóstico.

Si dispusiéramos en nuestro hospital de Servicio de Cirugía y Anestesia pediátrica evitaríamos el traslado del 77.04% de los pacientes; llegando a ser la cifra del 98.3% si además la disponibilidad de camas fuera mayor.

Carmen Gómez Santos, Isabel Martínez Romera, Manuela Fernández García, Ignacio Mastro Martínez, Juan Carlos Molina Cabañero, Pilar Storch de Gracia Calvo
Servicio de Urgencias del Hospital Infantil Universitario del Niño Jesús

NIÑOS DESHIDRATADOS QUE PRECISARON INGRESO. TÉCNICA DE LA REHIDRATACIÓN ORAL

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Valorar cuáles son las causas por las que los niños con gastroenteritis aguda deshidratados ingresan y comprobar si la técnica de rehidratación oral se realizó adecuadamente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión retrospectiva de los pacientes ingresados en el hospital desde el servicio de urgencias con los diagnósticos de gastroenteritis aguda y/o deshidratación, desde Enero a Diciembre de 2010. Se han recogido datos de la anamnesis, exploración física, pruebas complementarias, técnica de deshidratación oral y las causas de su fracaso que motivaron el ingreso. El análisis estadístico se ha realizado con la versión 15.0 del SPSS.

RESULTADOS

Se han estudiado 100 pacientes con un rango de edad entre 1 mes y 11 años y 10 meses (mediana 15.5 meses). Presentaron una deshidratación leve 20 pacientes, moderada 68 y grave 9, con medianas de edad de 17, 15 y 7 meses respectivamente. En 3 casos no se estableció el grado. Se intentó rehidratación oral en 13 pacientes de las leves, en 38 de las moderadas y en 2 de las graves. De los 55 pacientes en los que se probó rehidratación oral, tuvo éxito en 5 que a pesar de todo ingresaron: 4 por deterioro del estado general y 1 para estudio. El tiempo medio de rehidratación oral fue 150 minutos. Las causas de fracaso fueron vómitos (24 casos), deposiciones muy frecuentes (12), balance negativo (6), rechazo de líquidos (2), otras causas (7). 95 pacientes ingresaron con sueroterapia intravenosa. el tiempo medio de estancia hospitalaria fue 3,9 días.

CONCLUSIONES

Los niños que ingresan por deshidratación con gastroenteritis aguda lo hacen para recibir fluidoterapia intravenosa. La causa más frecuente por la que fracasa la rehidratación oral son los vómitos. Se detectaron errores en la técnica de rehidratación oral que podrían condicionar el ingreso de estos niños.

Ana Belén Pérez Santos, Jana Domínguez Carral, María Teresa Leonardo Cabello, Ana Orizaola Ingelmo, Leticia García Higuera, Luis Ramón De la Rubia Fernández
Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

CELULITIS PRESEPTAL: REVISIÓN DEL MANEJO INICIAL EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Valorar el manejo inicial de las celulitis preseptales atendidas en la Unidad de Urgencias pediátricas de nuestro hospital durante 6 años, para definir características clínico-epidemiológicas que influyen en la decisión de tratamiento ambulatorio u hospitalario.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo, mediante revisión de historias clínicas de los casos con diagnóstico clínico y/o radiológico de celulitis preseptal desde Enero de 2004 a Diciembre de 2009. Para el análisis de los datos se utilizó el programa estadístico SPSS versión 15.0.

RESULTADOS

Se recogieron datos de 77 episodios en 74 pacientes. Tras valoración clínica y/o analítica se decidió el ingreso de 54 casos (69,3%) frente a 23 pacientes (30,7%) que fueron manejados ambulatoriamente. La edad media del grupo que ingresó fue de 5,08 años (7 meses-13,67 años) frente a 4,98 años en el grupo de tratamiento ambulatorio (10 meses -13,92 años). La mayoría en ambos grupos eran varones y fueron más frecuentes en primavera. 20 pacientes (26%) habían tomado antibiótico oral antes de consultar y todos ellos fueron ingresados. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en las variables: lado afectado, solicitud de analítica, existencia de fiebre, tiempo de evolución, tratamiento antibiótico previo e interconsulta con especialista. No se encontraron diferencias respecto al sexo, edad, época del año, clínica previa, síntomas de celulitis, cifra de leucocitos ni valor de PCR.

CONCLUSIONES

Las recomendaciones actuales plantean el ingreso en función de la gravedad y en menores de 12 meses, en nuestra serie no hubo diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la edad o la sintomatología presentada entre ambos grupos. La no mejoría a pesar de la toma de antibiótico oral así como las horas de evolución han sido consideradas marcadores de gravedad a la hora de decidir el ingreso. No hubo complicaciones en ningún caso independientemente del manejo hospitalario o ambulatorio.



Lexuri Zugadi Zarate, Gloria Domínguez Ortega, M^a Jose Martín Diaz, Juan Carlos Molina Cabañero, Jaime Rodríguez Alarcon, Reyes Novoa Carballal
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús (Madrid)

FIEBRE SIN FOCO EN MENORES DE 3 MESES: ¿QUÉ VALOR TIENEN LAS PRUEBAS?

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

En nuestro centro, los pacientes diagnosticados de invaginación en Urgencias ingresan al menos 24 horas. El objetivo del estudio es conocer la tasa de recurrencias y complicaciones tras la desinvaginación hidrostática con suero salino fisiológico o espontánea, para valorar la necesidad de ingreso.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de pacientes diagnosticados de invaginación intestinal entre 2007-2009. Los datos recogidos fueron: edad, fecha de aparición, antecedentes personales, clínica de aparición, exploración física, método diagnóstico, localización de la invaginación, realización de otras pruebas complementarias, complicaciones, número de reinvasinaciones, tiempo de ingreso, realización de ecografía al alta. Análisis estadístico con SPSS versión 15.0.

RESULTADOS

Se recogieron 69 pacientes, se excluyeron 11 por precisar reducción quirúrgica. La mediana de edad fue de 14 meses; el 64% (37) eran varones. El motivo de consulta más frecuente fue el dolor abdominal 88% (51). Otros síntomas referidos fueron: vómitos 57% (34), llanto 52% (30) y deposiciones con sangre 12% (7). Todos los niños se diagnosticaron por ecografía con reducción hidrostática en 88% (51). Se reinvasinaron 12 niños (20%): 5 en las primeras 24 horas, 4 entre las 24-28 horas y 3 después de las primeras 48 horas. Todos ellos presentaron síntomas de fácil identificación. En 3 de ellos se visualizó una cabeza de invaginación. Todos los pacientes, tenían un control ecográfico previo al alta normal. No se han encontrado factores que ayuden a predecir la reinvasinación, y tampoco se observaron complicaciones tras la misma.

CONCLUSIONES

Nuestra tasa de recurrencias es más alta que en otras series publicadas. Sin embargo, la reinvasinación no se asocia a mala evolución. El ingreso tras la desinvaginación en pacientes asintomáticos, podría sustituirse por un periodo de observación en el servicio de urgencias, antes de remitirlos a su domicilio con las indicaciones de seguimiento adecuadas. La ecografía al alta no es útil.

**Alberto Barasoain Millán, Daniel Natera de Benito,
Lucía Ayala Bernaldo de Quirós, Manuela Martínez Campos, Cristina Notario Muñoz**
Hospital Universitario Fundación Alcorcon (Comunidad de Madrid)

INGESTA DE CUERPO EXTRAÑO. ¿MERECE TANTOS RECURSOS DIAGNÓSTICOS EN UP?

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La ingesta accidental de cuerpos extraños supone un motivo de consulta ocasional en SUP. Hasta la expulsión del objeto, estos pacientes son sometidos a serios estudios radiológicos ante el riesgo potencial de perforación o aspiración del mismo. Se ha estimado en 15%-20% la necesidad de extracción endoscópica y en 1% la cirugía. Nuestro objetivo fue revisar nuestra casuística estableciendo el rendimiento de la radiografía, relación con la clínica así como la necesidad de medidas urgentes y seguimiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Histórico de pacientes de 0-16 años atendidos en SUP por ingesta de cuerpo extraño entre 2005-2010. Se establecieron grupos etarios para el análisis (lactantes, preescolares, niños)

RESULTADOS

De 173 pacientes elegibles, el 52,6% fueron varones con edad media de 4,6 años. El tiempo global hasta la atención médica fue 1,5 horas. Los metálicos fueron los objetos más ingeridos (69,2%), de entre ellos las monedas (32,9%) y un 20,2% referían síntomas (+frec. 8,1% vómitos), en su mayoría resueltos a su llegada al SUP y sin diferencias por grupos.

Se realizó radiografía en 138 casos (79,8%), visualizando el objeto en 102 (77,5%). En 12 casos la localización fue supradiafragmática (11,3%) siendo asintomática en 5 de ellos, resolviéndose en 3 de manera espontánea. Los síntomas tienen una S:0,58% y un VPN del 94% para esta localización. El tamaño medio fue 20,87 mm x 18 mm, con diferencias aunque no significativas en objetos pre/post pilóricos.

Se derivaron 6 pacientes para manejo precoz y 5 recibieron endoscopias diferidas, todas sin complicaciones. Se registraron 1,33 reconsultas/paciente al SUP con un índice de 1,59 Rx/paciente.

CONCLUSIONES

La mayoría de objetos son romos, metálicos y no presentan síntomas significativos. Se hallan habitualmente infra-diafragmáticos y son expulsados entre 1-2 semanas.

Pese al alto rendimiento de la radiología, dada la frecuente benignidad, las radiaciones ionizantes y otros aspectos económicos, se impone la necesidad y utilidad de nuevos dispositivos localizadores.

**Manuel Rigal Andrés, Maria Rosa Del Fresno Valencia, Alba Palacios Cuesta,
Olga Ordoñez Sáez, Isabel Gimeno Sánchez, Lorena Peña González**
Hospital 12 de Octubre, Madrid

PRINCIPALES UROPATÓGENOS Y SENSIBILIDAD A ANTIBIÓTICOS EN PACIENTES PEDIÁTRICOS. FACTORES ASOCIADOS A RESISTENCIA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Describir las resistencias de las bacterias productoras de infección del tracto urinario (ITU) en nuestro medio. Analizar si existe algún factor asociado a resistencia a alguno de los antibióticos de primera elección.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio longitudinal prospectivo con datos de urocultivos procedentes de pacientes que acudieron a la urgencia pediátrica de un hospital terciario a lo largo de 4 meses. Se seleccionaron aquellos datos casos con crecimiento bacteriano significativo en orina recogida por medio estéril, de los que se recogieron datos de resistencia in vitro así como datos clínicos, epidemiológicos y analíticos.

RESULTADOS

Se incluyeron 130 pacientes con urocultivos positivos. La bacteria más frecuentemente aislada fue *Escherichia coli* (80,0%) seguida de *Proteus sp* (5,6%), *Enterococcus sp* (5,4%) y *Klebsiella sp* (4,6%). Los antibióticos que presentaron mayor tasa de resistencia fueron amoxicilina (62,3%), cefalosporinas de 1ª generación (38,5%), trimetoprim-sulfametoxazol (23,1%) y amoxicilina-clavulánico (15,4%). La resistencia para aminoglucósidos, nitrofurantoina, fosfomicina y quinolonas fue inferior al 10% para cada grupo.

Encontramos asociación estadísticamente significativa entre el antecedente de ITU, de ingreso y de toma de antibiótico en los últimos 6 meses con resistencia a alguno de los siguientes antibióticos: cefalosporinas de 1ª y 3ª generación y aminoglucósidos. Ninguno de los factores analizados se asoció con resistencia a amoxicilina-clavulánico.

CONCLUSIONES

La distribución de los agentes causantes de ITU fue similar a otras series. El patrón de resistencias de nuestra área difiere de lo descrito en estudios previos realizados en nuestra comunidad autónoma y otras zonas de España. Además están condicionadas por ciertos antecedentes personales de los pacientes. Por tanto la prescripción de antibióticos para tratar una ITU debe individualizarse en función del medio en que se trabaja y las condiciones particulares de cada paciente.

Elisa de Miguel Esteban, Ana Belén Segura Serrano, Emmanuela Lodosa Ayala, Isabel Sáenz Moreno, Bibiana Riaño Méndez, María Ruiz del Campo
Servicio de Pediatría. Hospital San Pedro. Logroño

MANEJO CLÍNICO DE LA LARINGITIS AGUDA EN URGENCIAS: REVISIÓN PREVIA A LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Conocer las características y el manejo de las laringitis agudas atendidas en Urgencias de un hospital de segundo nivel. Evaluar la calidad de la atención de acuerdo con las guías vigentes, de cara a la implantación de un protocolo propio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional descriptivo, mediante la revisión de historias de los niños diagnosticados de laringitis aguda, atendidos en Urgencias entre el 1 de julio y el 31 de diciembre de 2010.

RESULTADOS

Se diagnosticaron 86 laringitis agudas (0,76% del total de urgencias pediátricas). No hubo diferencias entre el número atendido por adjuntos, residente de pediatría y residente de familia. El motivo de consulta más frecuente, según triaje, fue disnea (34,9%), seguido de tos irritativa (25,6%). En conjunto, el 68,6% fueron clasificados con prioridad IV y V, el 27,9% como III, y el 3,5% como II (los que ingresaron). El tiempo medio de espera tras la clasificación fue de 27,98 minutos, y de 20 para los triados con III o menos. La constante más frecuentemente reseñada es la temperatura (96,5%), seguida de la saturación (32,6%). La valoración del score clínico figura solo en el 12,8%. El tiempo medio de permanencia en Urgencias fue de 71,74 minutos. Solo se realizaron pruebas complementarias (radiografía) a dos pacientes. La mayoría (45,3%) recibió tratamiento con dexametasona; el 35,7% además de budesonida nebulizada; el 4% adrenalina. El 34,9% no recibió ningún tratamiento, pero al alta, al 36,1% se pautó corticoides orales.

CONCLUSIONES

La valoración del triaje se corresponde adecuadamente con la gravedad final de los pacientes con laringitis, cumpliéndose los tiempos de espera recomendados. El detalle de la valoración clínica es incompleto en muchos casos, y existe una importante variabilidad en el tratamiento administrado y recomendado al alta. Es necesaria la implantación de un protocolo que mejore el manejo de esta patología.



Joan Petanàs Argemí, Pilar Gussinyé Canabal, Maria Pilar Vilarrasa Parcerisa, Xavier Codina Puig, Angels Lletjós Massó, Georgina Artigas Corominas
Hospital General de Granollers

ACCIDENTES INFANTILES. DESCONOCIMIENTO O INCONSCIENCIA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Evaluar la frecuencia de uso en el automóvil de sistemas de seguridad (dispositivos de telefonía “manos libres”, cinturón de seguridad y sistemas de retención infantil (SRI)).

Evaluar la frecuencia de uso de andadores y el conocimiento de su potencial peligro.

Conocer la utilización de la valla de seguridad en las piscinas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal mediante entrevista realizada a los padres de los niños menores de 8 años durante la revisión del niño sano atendidos en un Centro de Atención Primaria.

RESULTADOS

Se evalúan 160 entrevistas. El 63,2%(98) de los padres y el 43%(66) de las madres utiliza el móvil al conducir; el 25%(24) de ellos y el 35%(23) de ellas no utilizan el “manos libres”. El 7%(11) de los padres no utiliza siempre el cinturón de seguridad; tampoco el 4,4%(7) de las madres. El 91%(141) usa siempre SRI (en un 80,9%(123) es el adecuado) y nunca lo usa el 2,6%(4).

Usan andador el 40,4%(63) conociendo su peligro el 44,4%(28). De los que no lo usan, un 73,1%(68) conocen su peligro.

El 36,6%(30) de las piscinas no están valladas. El 23,8%(5) de ellos refiere la intención de vallarla.

CONCLUSIONES

- No utilizan “manos libres” una cuarta parte de los padres y un tercio de las madres a pesar del uso habitual del móvil durante la conducción.
- Persiste un pequeño porcentaje que no utiliza el cinturón de seguridad ni SRI.
- El andador es utilizado por más de un tercio de los encuestados a pesar de que casi la mitad de ellos conoce su potencial peligro.
- Un tercio de las piscinas no están valladas y además la mayoría sin intención de hacerlo



Andrea Lacasa Maseri, Carolina Jimenez Alcantara, Sonia Lacasa Maseri, Isabel Duran Hidalgo, Manuel García Merida, Raquel Gil Gomez
Servicio de urgencias. Hospital materno infantil (C.H. Carlos Haya). Malaga

PRESENTACIÓN ATÍPICA DE URETEROCELE: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TUMORACIÓN VULVAR

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

El ureterocele es una dilatación quística del segmento intravesical del ureter terminal, que puede tener repercusión en mayor o menor grado en el tracto urinario superior, pudiendo prolapsarse por la uretra si es de gran tamaño. Puede clasificarse en simple o duplicado. En cuanto a la clínica, puede ocasionar problemas obstructivos que provocan retención y secundariamente infecciones del tracto urinario. Una forma rara de presentación es la aparición de una tumoración vulvar roja intensa, correspondiente con el prolapso a través de la uretra de un ureterocele de gran tamaño.

MATERIAL Y MÉTODOS

Niña de 2 años y 9 meses que acude al Servicio de Urgencias por presentar una tumoración que sobresale por el introito interlabial durante la micción. En ese momento cursaba ITU por E.coli en tratamiento antibiótico. Entre sus antecedentes personales destaca pielonefritis aguda diagnosticada dos meses previos, que requirió ingreso. Durante su estancia hospitalaria se realizó ecografía abdominal, CUMS y urografía intravenosa, hallándose una lesión quística intravesical de 16 mm compatible con ureterocele simple derecho, sin datos de dilatación ni reflujo vesículo-ureteral. A la exploración física destaca una masa vulvar interlabial con introito vaginal libre, que protruye a través de la uretra durante el esfuerzo miccional. La paciente es remitida al Servicio de Urología pediátrica, confirmándose el diagnóstico de ureterocele simple prolapsado. Se realiza con éxito una punción endoscópica terapéutica, sin presentar sintomatología posterior.

RESULTADOS

Ante la presencia de una tumoración vulvar interlabial, es fundamental realizar una exploración física detallada para determinar el origen genital o urológico de la misma, para así llevar a cabo un adecuado diagnóstico diferencial. El hímen imperforado, los pólipos vaginales, los quistes parauretrales y el rabdiomiosarcoma son entidades a tener en cuenta. No hay que olvidar la posibilidad de un ureterocele prolapsado, a pesar de ser una etiología muy poco frecuente.



Raquel Herráiz Cristóbal, Blanca Toledo del Castillo, Nuria Gil Villanueva, Ana Malo de Molina, Ana Peñalba Cítores
Hospital General Universitario Gregorio Marañón

TROMBOSIS DE SENOS VENOSOS CEREBRALES ASOCIADOS A OTOMASTOIDITIS. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La otomastoiditis es una complicación de la otitis media aguda infrecuente cuyas complicaciones intracraneales (absceso subdural, trombosis de senos venosos e hipertensión craneal) han disminuido significativamente gracias al uso de antibióticos y las técnicas quirúrgicas específicas. La trombosis de senos venosos cerebrales (TSVC) implica un reto diagnóstico dada su variabilidad clínica, dividiéndose según la forma de presentación inicial en forma séptica y aséptica (neurológica o hipertensión intracraneal), condicionando así su tratamiento.

Presentamos dos casos de TSVC asociada a otomastoiditis diagnosticados en nuestro hospital en el último año, que ilustran ambas formas clínicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Caso 1: Varón de 2 años con fiebre alta de 5 días de evolución, que tras diagnóstico de bacteriemia por *Fusobacterium necrophorum* desarrolla otomastoiditis clínica. Dada la etiología se realiza Tomografía axial computarizada (TAC) que muestra imagen de absceso subperióstico y epidural con trombosis de seno venoso sigmoideo derecho.

Caso 2: Varón de 8 años que tras otalgia derecha afebril comienza con cefalea y diplopia, presentando edema de papila bilateral y parálisis del VI par craneal. El TAC sólo refleja afectación mastoidea. Se completa estudio con resonancia magnética nuclear (RMN) observándose trombosis de senos transversos y sigmoide.

Ambos pacientes recibieron antibioterapia intravenosa y anticoagulación subcutánea. El primer caso precisó drenaje de absceso y miringotomía con mejoría clínica posterior. El segundo caso, ante la clínica de hipertensión intracraneal, requirió punción lumbar evacuadora y tratamiento con acetazolamida, desapareciendo la sintomatología.

RESULTADOS

La TSVC es una complicación infrecuente de la otitis media aguda cuyos síntomas clínicos de presentación son muy variables, siendo la RMN la prueba de imagen electiva para su diagnóstico. Debemos sospecharla en aquellos pacientes con otitis media de evolución tórpida asociada a clínica neurológica o de etiología agresiva, ya que un diagnóstico precoz garantiza un mejor pronóstico de estos pacientes.

**Eugenia Villanueva Martínez, M^a del Mar Tirado Balagué, María Trinidad Ureña Hornos,
Laura Cabrera Morente, Enrique García Vena, Jesus De la Cruz Moreno**
UGC de Pediatría. Complejo Hospitalario de Jaén

MANEJO EN URGENCIAS DE UNA INTOXICACIÓN POR LEVOMEPIRACINA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Las intoxicaciones son causa frecuente de consulta constituyendo el 0.3- 1 % de las consultas de Urgencias pediátricas. La mayoría son accidentales y con sustancias no tóxicas, pero siguen siendo causa de morbimortalidad pediátrica. Los fármacos son responsables del 50%.

La levomepiracina es un antipsicótico típico. Está contraindicado en menores de 3 años y la dosis máxima pediátrica es de 40mg diarios. Presentamos un caso de intoxicación por levomepiracina con dosis diaria total 4 veces superior a la máxima.

MATERIAL Y MÉTODOS

Acude a urgencias varón de 22 meses derivado de Atención Primaria por somnolencia y opistotonos. No otra sintomatología salvo tos perruna y estridor. En tratamiento con levomepiracina 40mg/ml gotas orales 2 ml cada 12 horas desde hacía dos días en lugar de etilsona gotas por error en la dispensación del fármaco.

Presentaba aceptable estado general, tendencia al sueño, irritabilidad a la exploración e hipotonía generalizada. Pasó a Observación. Mantenía saturaciones del 97%, frecuencia cardiaca de 170lpm con QT corregido <0.44seg y glucemia capilar de 100mg/dl. Se dejó a dieta absoluta, se realizó lavado gástrico y se administró carbón activado a 1 gramo/Kg. Hemograma, bioquímica, coagulación y gasometría venosa normales. Se pautó tratamiento con biperideno, cediendo los opistotonos. Presentó cuadro atáxico agudo con disimetría, aumento de la base de sustentación, marcha inestable,... no valorable al inicio por la tendencia al sueño, haciéndose más evidente a medida que fue mejorando. Estuvo 24 horas en Observación con mejoría progresiva del cuadro y no se objetivó ninguna incidencia clínica, por lo que fue dado de alta con exploración general normal, persistiendo leve ataxia.

RESULTADOS

Es muy importante realizar prescripciones claras y de fácil lectura, así como insistir en la revisión de los prospectos.

Ante pacientes con alteración de conciencia sospechar intoxicación medicamentosa y realizar una anamnesis detallada y dirigida.

María del Mar Romero López, Rosario López López, María Laplaza Gonzalez, Yolanda De la Casa Ventura, Cristina Verdú Sánchez, Pedro Rubio Aparicio
Servicio de Urgencias Pediátricas, Hospital Universitario La Paz. Madrid

FIEBRE Y SIGNOS MENÍNGEOS POSITIVOS ¿ES SÓLO UNA INFECCIÓN?

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Fundamento: El agravamiento de enfermedades puede estar justificado por patología previa no diagnosticada.

Objetivo: La evolución patológica de un proceso nos debe hacer sospechar otra patología subyacente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Niño de 27 meses que acude por cuadro de vómitos y diarrea de 12 horas de evolución junto a fiebre desde hace 2 horas. Antecedente de otitis hace 1 semana tratada con amoxicilina-clavulánico. En la exploración presenta tendencia al sueño con Glasgow de 14 y constantes normales. Presenta meníngicos positivos, sin signos de focalidad. La sospecha clínica inicial fue de meningitis vs encefalitis. Se canaliza vía, se inicia sueroterapia y se realiza punción lumbar, obteniéndose líquido de aspecto amarillento. Ante la sospecha de meningitis se inicia tratamiento con dexametasona y antibioterapia. El paciente fue trasladado a la unidad de cuidados intensivos, presentando un deterioro progresivo del nivel de conciencia por lo que se realiza TAC y RNM en el que se objetiva un proceso expansivo gigante frontal derecho compatible con tumor cerebral con sangrado activo. Este desplaza la línea media con herniación subfacial y uncal incipientes, siendo operado de urgencia. La anatomía patológica es informada como tumor rabdoide cerebral. El resultado del líquido cefalorraquídeo fue leucocitos 202 (60% polimorfonucleares y 40 % mononucleares) con hematíes aislados, glucosa 73, proteínas 228, lactato 6.8. Actualmente está recibiendo tratamiento coadyuvante por parte del servicio de oncología infantil.

RESULTADOS

La fiebre junto con signos meníngicos positivos, nos deben hacer pensar en una meningitis como diagnóstico más probable, sin embargo, el deterioro progresivo de conciencia hace sospechar que existe otra patología. Probablemente nuestro paciente presentó un proceso intercurrente provocando el sangrado de la masa cerebral que originó el cuadro clínico. Llama la atención en la anamnesis la ausencia de síntomas neurológicos del paciente previos a este cuadro. La pericia médica junto a las pruebas de imagen son claves en estos casos.



Laura Sabidó Sánchez, Raquel Merino Amigó, Raquel Mañas Lorente, Antonio De Francisco Próximo, Rosa M^a Isnard Blanchar, Marta De Diego Suárez
Servicio de Urgencias de Pediatría y Cirugía Pediátrica,
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

HERNIA ABDOMINAL TRAUMÁTICA: ENTIDAD POCO FRECUENTE EN EL TRAUMATISMO ABDOMINAL CERRADO

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La hernia abdominal traumática secundaria a traumatismo abdominal cerrado es una entidad poco frecuente, con una incidencia del 1% en accidentes de alta intensidad. Se relacionan mayoritariamente con accidentes de tráfico, siendo muy infrecuente su aparición en accidentes de otra naturaleza. Se expone caso de hernia traumática abdominal tras contusión abdominal con el manillar de la bicicleta.

MATERIAL Y MÉTODOS

Niño de 10 años que presenta dolor y hematoma en flanco izquierdo de pared abdominal. Refieren impacto con manillar de bicicleta 28 horas antes, sin otra sintomatología. A la exploración está consciente, orientado, hemodinámicamente estable, presentando hematoma en flanco izquierdo con marca del manillar en el centro, dolor intenso y defensa voluntaria a la palpación.

Las exploraciones complementarias incluyen sedimento de orina, hemograma, bioquímica renal, pancreática, hepática y pruebas de coagulación que son normales. Se realiza TC abdominal con contraste que muestra discontinuidad de 4 x 4 cm entre el margen externo del músculo recto anterior y margen interno de los músculos oblicuos izquierdos, con protrusión de epiplón a través del orificio, sin presencia de afectación visceral ni hemo-neumoperitoneo.

A las 48 horas del ingreso se procede a reparación quirúrgica con reintroducción del epiplón herniado en la cavidad abdominal y sutura de la lesión músculo-aponeurótica. Postoperatorio correcto y alta a los dos días.

RESULTADOS

La hernia abdominal traumática es una complicación inusual en el traumatismo abdominal cerrado, siendo la afectación visceral más frecuente y la que mayor preocupación causa al equipo médico de urgencias. Sin embargo, ante un traumatismo abdominal tiene especial relevancia descartar afectación de pared abdominal ya que en ocasiones se requiere cirugía urgente.

La decisión de tratamiento urgente o diferido está debatido y se relaciona con la estabilidad del paciente, la presencia de lesiones intraabdominales o de hernias irreducibles con afectación vascular del contenido herniario.

Ana Belén Delgado García, Jorge Víctor Sotoca Fernández, Antonio Rosano Fernández, María Isabel Buedo Rubio, Tomás Hernández Bertó, Antonio Javier Cepillo Boluda
Servicio de Pediatría de Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

BROTE EPIDÉMICO DE MIOSITIS AGUDA BENIGNA DE LA INFANCIA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

- 1.- Describir la miositis aguda benigna de la infancia (MABI) como una patología que provoca inflamación muscular, generalmente en miembros inferiores, tras unos pródomos infecciosos.
- 2.- Analizar las características de nuestra casuística y comprobar que afecta a niños en edad escolar (7-14 años), en los que se han descartado otras causas de miopatía, enfermedades neurológicas como el Guillain-Barré y rambdomiolitis, complicación infrecuente pero grave.
- 3.- Confirmar que con tratamiento sintomático la autorresolución en < 1 semana es la norma.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de pacientes pediátricos atendidos en Servicio de Urgencias de Pediatría entre Enero y Diciembre de 2010.

RESULTADOS

Se recogen 11 casos de MABI, el 81'8% durante los meses de noviembre y diciembre. La edad media fue 6 años y 9 meses (rango: 5 - 9 años). Predominio en varones (72'7%). El 45'4% asociaban clínica gripal los días previos. Otras infecciones asociadas: 1 neumonía, 2 faringitis y 1 gastroenteritis. Todos presentaron fiebre 3-5 días previos. El dolor muscular se localizó en 7 casos a nivel gemelar, en 2 en cuádriceps y en otros 2 en ambas localizaciones. En la exploración ninguno presentó alteraciones. Un 36'3% asoció leucopenia y el 18'1% plaquetopenia. En todos aparecen niveles de CK elevados con una media de 1.953 U/L (máx 10.126 U/L). En los pacientes que se estudió un posible agente infeccioso (frotis faríngeo o serologías) el resultado fue negativo. Todos recibieron tratamiento sintomático con ibuprofeno y reposo. Ingresó un paciente con buena evolución posterior. El resto presentó resolución clínica completa en < 72h.

CONCLUSIONES

MABI debe ser considerado en niños con cojera o incapacidad para caminar. Su conocimiento permite el ahorro de pruebas o ingresos innecesarios, dado su excelente pronóstico. La serie presentada destaca por el evidente brote epidémico sin haber encontrado agente etiológico.

Ana María Angulo Chacón, Cristina Sánchez Vaquerizo, María De Ceano-Vivas La Calle, Consuelo Benito Caldés, Raquel Jiménez García, Cristina Casares
Unidad de Urgencias, Hospital Puerta de Hierro-Majadahonda. Madrid.

INFECCION INVASIVA POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS: UNA PATOLOGÍA EMERGENTE

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Analizamos los casos de infecciones graves por *Staphylococcus Aureus* adquiridas en la comunidad, atendidas en una Unidad de Urgencias de un hospital terciario.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo de infecciones graves por *S. Aureus* adquiridas en la comunidad, atendidas en una Unidad de Urgencias de un hospital terciario, en el período comprendido entre Enero y Diciembre del 2010. Los datos que se recogieron de las historias clínicas fueron: edad, antecedentes personales, localización de la infección, resultados microbiológicos, datos de laboratorio, tratamiento y evolución.

RESULTADOS

Se documentaron un total de 9 casos, con una edad media de 6,7 años, 6 niños y 3 niñas. Todos pacientes previamente sanos. Se diagnosticaron 2 pacientes con artritis séptica (tobillo y cadera), 2 con síndrome de piel escaldada, 1 con osteomielitis y piomiositis isquiopubiana, 1 con osteomielitis de tobillo y síndrome de shock tóxico asociado, 1 con bacteriemia por *S. Aureus*, 1 con absceso renal y 1 con celulitis periorbitaria. En todos los casos se aisló *S. Aureus* en distintas muestras microbiológicas. Todos se trataron con cloxacilina asociando además otros antimicrobianos según patología. Todos los *S. Aureus* aislados fueron sensibles a oxacilina (metilina). La evolución fue favorable en los 9 pacientes.

CONCLUSIONES

Aunque se ha demostrado un aumento de las infecciones graves por *S. Aureus* resistente a metilina, en nuestra serie todos los *S. Aureus* aislados fueron sensibles a oxacilina. En concordancia con lo descrito en la literatura, en las infecciones invasivas adquiridas en la comunidad se aísla con mayor frecuencia las cepas de *S. Aureus* sensibles a metilina. Dado que la infección por *S. Aureus* es una patología emergente, es importante conocer la sensibilidad del *S. Aureus* de cada área para orientar el tratamiento empírico hasta la obtención del antibiograma.



Patricia Rovira Castellví, Elisenda Busquets Casso, Jorgina Vila Soler, Marina Álvarez Beltrán, Pablo Velasco Puyó, Rocío Cebrián Rubio
Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Vall d'Hebrón. Barcelona

INTOXICACIÓN POR CONSUMO LÚDICO DE METANOL EN 6 ADOLESCENTES

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

El metanol es un alcohol altamente tóxico con elevada morbilidad y mortalidad. Dado el riesgo de secuelas irreversibles a nivel visual y de sistema nervioso central es importante su diagnóstico y tratamiento precoz. Presentamos la intoxicación aguda por metanol en un grupo de 6 adolescentes (13-15 años; 3 mujeres y 3 hombres).

MATERIAL Y MÉTODOS

El caso índice acudió a urgencias a las 36 horas de la ingesta por pirosis y vómitos. Ante la acidosis metabólica severa con anion gap elevado, se rehistorió al paciente que manifestó la ingesta de "alcohol de quemar" con finalidad lúdica junto con 5 adolescentes más. Se localizaron dichos adolescentes y acudieron a urgencias. Sintomatología: 4/6 pacientes permanecieron asintomáticos, 2/6 presentaron epigastralgia con vómitos y uno de ellos alteraciones visuales, disartria y bradipsiquia. exploraciones complementarias y tratamiento: 3/6 pacientes, que refirieron una ingesta mayor, presentaron acidosis metabólica (pH 7.14-7.2 y EB -7 a -18 mmol/L) con anion gap elevado (20-23mmol/L) y niveles de metanol detectables (<0.1 – 0'21g/L) se trataron con etanol y bicarbonato endovenoso (2-3 mEq/kg) . Dos de ellos precisaron ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos para hemodiálisis. Su evolución fue favorable. Los otros 3 adolescentes no presentaron alteraciones del equilibrio ácido-base, manteniéndose asintomáticos y con niveles de metanol indetectables. La exploración oftalmológica de todos los pacientes fue normal.

RESULTADOS

- La intoxicación por metanol debe formar parte del diagnóstico diferencial de acidosis metabólica con anion gap elevado. La presencia de alteraciones visuales orientan hacia este tóxico.
- Existe buena correlación entre la ingesta teórica de metanol, sus niveles en sangre y el anion gap.
- La administración de bicarbonato, del antídoto (etanol o fomepizol) y la hemodiálisis constituyen las principales herramientas terapéuticas.
- El diagnóstico y tratamiento precoces son cruciales para evitar complicaciones.

**Eduardo Aguilar, Ana Cabrejas, Ana Abizanda,
Mercedes Odriozola, Nuria Martín, Carmen Campos**
Unidad de Urgencias de Pediatría, Hospital Infantil Miguel Servet, Zaragoza

DOLOR TORÁCICO EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

El objetivo de nuestro estudio es analizar las características de los pacientes que acuden a nuestra Unidad de Urgencias por dolor torácico y el manejo de los mismos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudia de forma retrospectiva a los pacientes que consultaron por este motivo en el periodo de enero a julio de 2010. Se recuperaron los informes de alta codificados como dolor torácico y otras variantes. Se realizó una revisión descriptiva, valorando características epidemiológicas, clínicas, evolutivas y terapéuticas.

RESULTADOS

Un total de 78 pacientes consultaron por este motivo en nuestra Unidad, presentando una edad media de 9 años (rango de 4 a 14 años). El 55% fueron varones. El 65% tuvo un nivel de triaje de III, ninguno de ellos fue nivel I. Se solicitaron, siguiendo las indicaciones contempladas en nuestro protocolo de actuación, las siguientes pruebas complementarias: ecocardiograma en el 76% de los pacientes y radiografía de tórax en el 55% de los mismos. Seis pacientes precisaron ser valorados por la Unidad de Cardiología de forma urgente o preferente, tres de ellos tenían cita previa para una 1ª visita, dos ya estaban siendo controlados por dicha unidad y en uno su pediatra había observado una arritmia por preexcitación teniendo en urgencias un electrocardiograma normal. Todos pudieron ser dados de alta a domicilio, salvo uno de ellos que ingresó con sospecha de pericarditis, confirmándose posteriormente.

CONCLUSIONES

Pese a que en la literatura el dolor torácico aparece de forma más frecuente en la adolescencia, observamos que cada vez se presenta en edades más tempranas. En gran parte de las consultas no sería necesario la realización de pruebas complementarias, pudiendo valorar, dada su inocuidad y bajo coste, la realización de un electrocardiograma como medida tranquilizadora.

**Paola Arévalo González, Kinda Altali Alhames, Roi Piñeiro Pérez,
María de Ceano- Vivas La Calle, Cristina Puente, Agustín López López**
Hospital Puerta de Hierro Majadahonda (Madrid)

SHOCK TÓXICO ESTAFILOCÓCICO ASOCIADO A OSTEOMIELITIS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

El síndrome de shock tóxico estafilocócico (SSTS) es una enfermedad aguda y grave secundaria a la acción de toxinas producidas por el *Staphylococcus aureus*, siendo la más representativa la TSST-1. El origen de la infección suele ser cutáneo. Presentamos un caso de evolución atípica asociado a osteomielitis.

MATERIAL Y MÉTODOS

Niña de 8 años con cuadro de dolor en tobillo izquierdo de 24 horas de evolución, asociado a fiebre, cefalea, dolor abdominal y vómitos. En la exploración física presenta regular estado general, palidez mucocutánea, taquicardia, signos meníngeos, inyección conjuntival bilateral no supurativa y dolor a la palpación de tobillo izquierdo sin signos inflamatorios ni impotencia funcional.

En las pruebas complementarias destaca neutrofilia y PCR 21mg/L. Se ingresa para estudio, 48 horas después desarrolla una eritrodermia con respeto de región facial, palmas y plantas, persiste regular estado general, taquicardia y aparece leve hipotensión arterial, en analítica aumenta al PCR a 221mg/L y persiste neutrofilia. Se inicia antibioterapia empírica con cloxacilina y clindamicina con mejoría del estado general, desaparición de la fiebre y estabilización de las constantes hemodinámicas.

Dado el dolor en tobillo izquierdo se realizan ecografía articular y gammagrafía ósea que confirman el diagnóstico de osteomielitis aguda. Al 5º día de ingreso inicia descamación en pulpejos de manos, pies y región pélvica. Se aisló *Staphylococcus aureus* sensible a meticilina en hemocultivo y exudado nasal, la TSST-1 fue positiva.

RESULTADOS

- Es un caso de evolución atípica de SSTS (lenta y poco agresiva) que no precisó medidas de soporte vital en una UCIP.
- Hay pocos casos descritos de SSTS asociados a osteomielitis.
- La excelente respuesta al tratamiento antibiótico indica la importancia de un diagnóstico y tratamiento precoz ante cualquier cuadro de eritrodermia, fiebre e hipotensión arterial.

Leticia Ruiz Fraile, Mercedes Ludeña del Río, María Rosich del Cacho, Bárbara Fernández Valle, M^a Inmaculada Raya Pérez, Julia Pareja Grande
Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real.

INTOXICACIONES EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Las intoxicaciones en la edad pediátrica son bastante frecuentes, aunque su número va en descenso gracias a las campañas de prevención. Estudiamos el número de casos que acudieron a nuestro Servicio de Urgencias en un periodo de un año y sus repercusiones clínicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo y retrospectivo. Revisamos historias clínicas de pacientes pediátricos que consultaron en Urgencias por contacto con tóxicos en un periodo de un año, estudiando diversas variables, como edad, tipo de tóxico, tiempo de consulta desde el contacto y resolución del caso.

RESULTADOS

La incidencia de intoxicaciones fue 0.003% (52 urgencias de un total de 15952). La media de edad fue 2.98 años. Los productos del hogar fueron los más frecuentes (55.8%), seguidos de fármacos (34.6%), etanol (3.8%), monóxido de carbono (3.8%) y drogas ilegales (1.9%). El 96.2% de los contactos sucedieron en domicilio y la vía digestiva fue la mayoritaria (94.2%). En primavera y verano tuvieron lugar el 59.8% de las conductas. El tiempo medio de consulta fue de 2.31 horas. Se utilizó carbón activado en 17.3% y lavado gástrico en 19.2% de los casos. El destino fue domiciliario en 33 casos, hospitalización en 17 y cuidados intensivos en 2.

CONCLUSIONES

- La incidencia de intoxicaciones en nuestra provincia, es llamativamente baja, pudiendo deberse a que se atiende a una población mayoritariamente urbana.
- El tipo de tóxico y la vía de administración coinciden con los recogidos en otros estudios.
- En nuestro medio se utilizaron pocas medidas iniciales de evacuación del fármaco, debido principalmente a la demora en el tiempo de consulta.
- La gravedad de las intoxicaciones y sus complicaciones fueron también inferiores a la media.
- Es importante insistir en las campañas de prevención de accidentes en el hogar y asegurar la consulta rápida a los servicios sanitarios.

Beatriz Ruiz Sáez, Francisca Yagüe Torcal, Francesc Ferrés Serrat
Urgencias de Pediatría. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca.

ÚTERO DIDELFO CON TABIQUE VAGINAL COMPLETO COMO MOTIVO DE DOLOR SACROCOCCÍGEO: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

El útero didelfo es una anomalía del desarrollo embrionario que puede asociarse a otras malformaciones genitales, urológicas, raquimedulares y rectales. Si asocia tabique vaginal completo cursa con hematometrocolpos sintomático, fundamentalmente dolor abdominal o pélvico.

Presentamos 2 casos de hematometrocolpos cuyo principal motivo de consulta fue el dolor sacrococcígeo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Caso 1. Mujer de 14 años que consulta por dolor sacrococcígeo de 3 años de evolución con empeoramiento hace 2 meses, interfiriendo su actividad ordinaria. No dolor abdominal. Controlada por traumatólogo. Toma ansiolíticos. El inicio del dolor coincidió con la menarquia. Antecedente de riñón multiquístico izquierdo atrófico y de reflujo vesicoureteral intervenido. Presenta dolor a la palpación en región sacra, suprapúbica y fosa ilíaca izquierda, palpándose masa a ese nivel. La ecografía revela masa pélvica con contenido compatible con hematometrocolpos. La Resonancia Magnética (RM) evidencia útero didelfo con hematometrocolpos izquierdo.

Caso 2. Mujer de 11 años que consulta por dolor intenso en región sacra desde hace 24 horas. 2 meses antes acudió a urgencias por el mismo motivo. El dolor lleva 3 meses de evolución. En ocasiones asocia dolor abdominal. Menarquia hace 6 meses. Presenta dolor a la palpación en ambas articulaciones sacroilíacas. Se solicita ambulatoriamente TAC de sacroilíacas y se remite a consultas de Reumatología. El TAC revela imagen quística en pelvis y en ecografía posterior se observa agenesia renal derecha e hidrometrocolpos. La RM evidencia útero didelfo con hematometrocolpos derecho.

Ambas pacientes refirieron menstruaciones abundantes con ciclos muy irregulares. Tras la apertura quirúrgica del tabique vaginal desapareció la sintomatología.

RESULTADOS

- 1) Deben incluirse las malformaciones genitales en el diagnóstico diferencial del dolor sacrococcígeo en adolescentes.
- 2) La ecografía abdominal y ginecológica son las técnicas de elección en urgencias para una valoración inicial.
- 3) La RM permite diagnosticar con precisión las anomalías genitales y las malformaciones asociadas.

Emma Lombraña Álvarez, Teresa González Martínez, Ramón Fernández Álvarez,
Javier Melgar Pérez, Laura Calle Miguel, Cristina Suárez Castañón
Hospital de Cabueñes

HA CAMBIADO LA ACTITUD ANTE LAS MENINGITIS NO BACTERIANAS EN NUESTRO SERVICIO DE URGENCIAS?

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Identificar posibles cambios en el manejo de las meningitis no bacterianas en los últimos años y conocer sus características epidemiológicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo de los pacientes de 1 mes a 14 años diagnosticados de meningitis no bacteriana en el servicio de urgencias de un hospital general durante dos periodos (1999-2000 y 2009-2010). Se han considerado los casos con pleocitosis en líquido cefalorraquídeo superior a 5 células/microlitro.

RESULTADOS

Durante los años 1999-2000 se diagnosticaron 64 casos, en 46 de ellos (71,9+/-11) se identificó al Enterovirus como agente etiológico. El número de casos en el segundo periodo fue de 38, 18 causados por Enterovirus (47,4+/-16).

En el primer periodo fueron ingresados 28 pacientes (43,8%+/-12), 12 de ellos por dudas diagnósticas con meningitis bacteriana (iniciando antibioterapia en 9); los 16 restantes ingresaron para observación con el diagnóstico de meningitis vírica. Tras unas horas de vigilancia, 5 pacientes fueron hospitalizados por persistir la sintomatología. En el segundo periodo ingresaron 11 pacientes (28,9%+/-14), todos ellos por dudas con respecto a la etiología, instaurando antibioterapia en 7, de los cuales 5 tenían valores de procalcitonina menores de 0,5 ng/mL. Tras un periodo de observación 9 pacientes ingresaron por persistir la clínica.

En ninguno de los periodos los pacientes dados de alta reingresaron con el diagnóstico de meningitis bacteriana.


CONCLUSIONES

Existen diferencias en cuanto a la incidencia de las meningitis no bacterianas entre ambos periodos. El principal agente etiológico identificado fue el Enterovirus.

En los últimos años se tiende a un manejo más conservador de las meningitis no bacterianas, consiguiendo disminuir la tasa de ingresos potencialmente evitables.

A pesar de la existencia de nuevos marcadores como la procalcitonina, la celularidad del líquido parece seguir siendo el principal determinante del ingreso.

La disminución de la tasa de ingresos se ha efectuado manteniendo la ausencia de errores diagnósticos.



Ariane Calvo Sáez, Silvia Tabernero Barrio, Soledad Torrús Carmona, Concepción Salado Marín, Juan Montiano Jorge, Ainara Gamarra Cabrerizo
Servicios de Pediatría y Radiología, Hospital Txagorritxu, Vitoria-Gasteiz.

INVAGINACIÓN ILEO-ILEAL REDUCIDA MEDIANTE PRESIÓN HIDROSTÁTICA EN PACIENTE DE 6 AÑOS.

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La invaginación intestinal es la urgencia abdominal más frecuente en la infancia precoz, aunque puede presentarse en niños mayores y a cualquier edad. La invaginación de intestino delgado es rara en la infancia y supone alrededor del 4%; la clínica, etiología y edad de presentación difieren de la forma clásica siendo más frecuente la presencia de lesiones subyacentes. Presentamos un caso de invaginación atípica junto con revisión de la literatura.

MATERIAL Y MÉTODOS

Niña de 6 años con dolor abdominal tipo cólico de tres semanas, reagudizado en los tres días previos. Vómito alimenticio al inicio, sin diarrea ni sintomatología constitucional. exploración: abdomen blando, doloroso en flanco derecho, sin defensa. Hemodinámicamente estable. Resto normal. Analítica de sangre y orina anodinas. Ecografía abdominal: se objetiva invaginación íleo-ileal con cabeza en íleon distal sin signos de dilatación de asas ni de obstrucción; adenopatías subcentimétricas en área íleo-cecal, posible invaginación transitoria. Valorada por cirugía, dada la situación estable se adopta actitud expectante. Unas horas después reaparece el dolor por lo que se repite ecografía impresionando de invaginación ileocecal. Se procede a su reducción mediante presión hidrostática que demuestra, finalmente, una invaginación íleo-ileal, reduciéndose con éxito. Evolución favorable. En el estudio analítico, TAC abdominal y gammagrafía con tecnecio, se aprecia únicamente hiperplasia linfoide mesentérica.

RESULTADOS

Clásicamente las invaginaciones de intestino delgado eran manejadas quirúrgicamente. Según la literatura reciente, ante el hallazgo casual, en paciente asintomático, es posible su reducción espontánea. En sintomáticos, se puede intentar reducción no quirúrgica, aunque las tasas de éxito sean menores que en la invaginación idiopática.

Francisco José Martínez Arasa, Laura Franquesa Cervantes, Jordi Gibernau Quintana, Eufemia López Herrero, Maria Luisa Arcos Moreno, Guadalupe Gallego Ascaso
Servicio de Urgencia de Pediatría. Hospital de Sant Pau. Barcelona

IMPLANTACIÓN DE LOS SISTEMAS AUTOMATIZADOS DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS , PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Analizar y conocer la valoración que en el personal de enfermería produjo la implantación de los sistemas automáticos de dispensación de medicamentos (SADME)

MATERIAL Y MÉTODOS

- Estudio transversal no probabilístico.
- Población diana: usuarios reales de SADME incluyendo tanto al personal de enfermería como auxiliar, de los servicios de Urgencias de nuestro hospital.
- Se remitieron unas encuestas, englobando en la misma diversas variables, tanto demográficas, laborales y profesionales, además de preguntas cerradas relativas a los determinantes que han podido modular el uso de los SADME.

RESULTADOS

En nuestro estudio, la diferencia en la actitud en cuanto al uso de los SADME, se ha puesto de manifiesto según la categoría profesional, siendo más positiva para el colectivo enfermero en un 69%. Sobre la capacidad de aprendizaje y facilidad de uso, los resultados no pueden ser más concluyente. Así el 84% de las respuestas ha aprendido a manejar los SADME, en un período inferior a dos semanas. Un 92% de los encuestados, expresa que la utilización de los SADME, ha supuesto una experiencia fácil en su manejo, esto confirma la idoneidad del sistema derivado del entorno sencillo que el software proporciona. Cerca del 70% recomienda la implantación de estos sistemas en otros servicios de urgencias. Las tres ventajas más importantes de la utilización de los SADME han sido: Control de las caducidades, reducción stocks de farmacia y disminución de cargas de trabajo.

CONCLUSIONES

Este estudio nos ha permitido aproximarnos a los usuarios reales de SADME, y aunque se percibe poca mejora a la hora de desarrollar su trabajo, las respuestas son suficientemente consistentes, para considerar que la implantación de los SADME supone una serie de ventajas sobre el sistema tradicional.

Gema Lozano Sánchez, Víctor Manuel Candón Moreno, María Sheila Claros Tornay, Esther García Requena, Leonardo Martín de la Rosa, Isabel Durán Hidalgo
Servicio de Urgencias Pediátricas, Hospital Materno Infantil, Carlos Haya, Málaga

PARÁLISIS FACIAL Y ERITEMA MULTIFORME SECUNDARIO A VIRUS HERPES TIPO I

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La infección por virus del grupo herpes constituye una de las infecciones más frecuentes en niños durante los primeros años de vida. Concretamente el Virus Herpes Simple (VHS), puede producir parálisis facial (PF) y a su vez constituye una de las causas más frecuentes de eritema multiforme (EM).

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un niño de 2 años, que 3 días antes del ingreso, presentó fiebre y erupción dérmica, de predominio en tronco, que fue aumentando de forma progresiva. A la exploración se objetivó paresia facial periférica derecha, así como exantema vesiculoso y con lesiones “en diana”, de localización en tronco, miembros y cara. El examen de exudado vesicular reveló PCR positiva para virus herpes tipo I. Tras el diagnóstico, y ante la sospecha de virus herpes en la etiología del cuadro, se llevaron a cabo medidas generales y se inició aciclovir IV. Tuvo lugar una recuperación ad integrum a nivel dérmico, además de una mejoría progresiva de la paresia facial.

RESULTADOS

Pese a que el Virus Herpes tipo I constituye una de las causas más frecuentes de las dos entidades por separado, existen escasos casos descritos en la literatura en los que coincidan las dos manifestaciones. Existe gran controversia en la utilización de aciclovir y corticoides sistémicos en la PF idiopática. Por otro lado existen estudios a favor en cuanto al uso de aciclovir IV en fase aguda y prevención, ante la sospecha de herpes como etiología de EM. En general, el eritema multiforme menor no suele evolucionar hacia formas más graves, y respecto a la parálisis facial, la mayor parte de los pacientes recupera espontáneamente la función en los dos o tres meses siguientes a su instauración.

**Ana Izquierdo, Patricia Barros, Ofelia Fernández,
Amparo López, Rebeca Martín, Antonio Sánchez**

Servicio de Pediatría. Servicio de Urgencias. Hospital San Pedro de Alcántara. Cáceres.

HEMORRAGIA CEREBRAL ESPONTÁNEA: UN DIAGNÓSTICO A TENER EN CUENTA EN EL COMA PEDIÁTRICO

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La hemorragia cerebral espontánea es una rara condición pediátrica con una incidencia de 2-3/100.000 niños. La etiología más frecuente es la malformación vascular. La sintomatología es inespecífica. Dada su alta morbimortalidad, requiere una elevada sospecha clínica para su diagnóstico precoz. El tratamiento consiste en prevenir o tratar la hipertensión intracraneal y la evacuación del hematoma urgente siempre, que sea accesible.

MATERIAL Y MÉTODOS

Niña de 9 años sin antecedentes de interés traída a Urgencias por llanto y disminución del nivel de conciencia. Presenta vómitos durante el traslado. exploración física: temperatura 34,4°C, frecuencia cardíaca 60 lpm tensión arterial 113/65 mmHg, saturación de oxígeno 97%, Glasgow 6/15. Pupilas midriáticas arreactivas, desviación conjugada de la mirada hacia la izquierda, reflejo corneal abolido, miembros en extensión hipertónicos y reflejo cutáneo plantar extensor bilateral. Pruebas complementarias: hemograma, coagulación, proteína C reactiva, gasometría, carboxihemoglobina y orina normales. Tóxicos negativos. Bioquímica: glucosa 251mg/dl, lactato 4,8mmol/L, potasio 2,83mmol/L. Tomografía axial computerizada craneal: hemorragia intraparenquimatoso aguda fronto-temporal izquierda con comunicación con sistema ventricular, edema perilesional, desviación de la línea media y signos de herniación subfascial, sin identificar lesión subyacente. Se intuba y traslada urgente al Servicio de Neurocirugía de referencia para craniectomía y evacuación del hematoma. Angiografía cerebral inicial: no muestra imagen patológica que pueda ser origen de la hemorragia. Angiografía tras dos meses: pequeña imagen en hemisferio cerebral izquierdo compatible con malformación arteriovenosa. Evolución: hemiparesia residual derecha y disfasia. Pendiente de intervención quirúrgica.

RESULTADOS

La alta morbimortalidad que conlleva la demora en el diagnóstico de la hemorragia cerebral, hace imprescindible sospechar esta patología ante un cuadro brusco de disminución del nivel de conciencia para permitir un diagnóstico y tratamiento precoz. La rápida evacuación del hematoma mejora el pronóstico.

Pilar Rojo Portoles, Paula Santos Herraiz, Nuria Crespo Madrid, María del Carmen Segoviano Lorenzo, Laura García Arroyo, Esther Crespo Ruperez
Servicio de Pediatría . Hospital Virgen de la Salud. Toledo

HIPERSENSIBILIDAD A TATUAJES DE HENNA NEGRA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La henna es un colorante obtenido a partir de extractos naturales de plantas utilizado para la realización de tatuajes temporales. La llamada “henna negra”, es una variedad que se forma al añadir a la henna natural productos químicos como la parafenilendiamina (PPD), que le da un color negruzco y un carácter más duradero al tatuaje. La PPD se encuentra también en diferentes productos, como tintes de pelo, cosméticos, o ropa oscura.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 13 años que acude a Urgencias por aparición de eritema y tumefacción en codo derecho, dónde se había realizado un tatuaje de “henna negra” hacía 3 días. Refería prurito y dolor local desde hacía 48h, junto con ligera impotencia funcional para la extensión de dicha articulación. A la exploración presentaba un tatuaje de color negruzco en forma de estrella en codo derecho. El dibujo se encontraba sobreelevado, eritematoso y con pequeñas vesículas que liberaban una secreción serosa. Alrededor del dibujo se observaba un importante eritema y tumefacción. Ante la sospecha de reacción a PPD, se pauta tratamiento antiinflamatorio sistémico y corticoide tópico.

RESULTADOS

La PPD puede provocar dermatitis de contacto por reacción de hipersensibilidad, desencadenando una sensibilización permanente en algunos individuos. No obstante, la “henna negra” se continua utilizando en establecimientos no autorizados, especialmente en lugares turísticos, para la realización de tatuajes temporales, a pesar de las recomendaciones existentes de la no utilización de PPD. Es importante resaltar el riesgo de su utilización, debido a que puede producir lesiones cutáneas irreversibles (hipo/hiperpigmentación) y obliga a la no utilización de múltiples productos de uso cotidiano que contienen PPD.



L. Ferreras Antolín, E. De Santiago García-Caro, P.L. Martínez Martínez, V.M. Navas López, S. Oliva Rodríguez-Pastor, I. Durán Hidalgo
Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Materno-Infantil Carlos Haya. Málaga. España.

COLEDOCOLITIASIS EN EL LACTANTE

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La coledocolitiasis es una entidad poco frecuente en lactantes pese a que algunos de sus factores predisponentes (nutrición parenteral prolongada, prematuridad, cirugía gastrointestinal, sepsis, fármacos o anemia hemolítica) se han incrementado en la actualidad debido en parte, al tratamiento invasivo de determinados enfermos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Lactante mujer de 8 meses de edad que consulta por cuadro clínico de 5 días de evolución consistente en quejido continuo, rechazo de las tomas y vómitos de contenido gástrico. En las últimas 24 horas presentó acolia y coluria. Afebril. No presentaba antecedentes personales de interés. Antecedentes familiares de litiasis biliar en ambas líneas familiares. exploración física: mediano estado general, ictericia cutáneo-mucosa, abdomen blando, depresible, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho con sensación de masa a ese nivel y signo de Murphy positivo. Pruebas complementarias: Bilirrubina: total 4.5 mg/dl, directa 3.9 mg/dl, AST 275 U/L, ALT 383 U/L, GGT 754 U/L, hemoglobina 11.5 g/dl, hematocrito 35.8%, reticulocitos 1%, PCR 18 mg/L. Ecografía abdominal: Dilatación de vía biliar intra y extrahepática, hidrops vesicular, barro biliar, múltiples litiasis de hasta 5 mm en colédoco. Inició tratamiento con meperidina y dieta hipograsa. La evolución posterior fue favorable, no evidenciándose en ecografía de control nuevas litiasis. En colangioRMN realizada tras el alta: Elongación del cuello vesicular, con dilatación y arrosariamiento del cístico, sin imagen de litiasis.

RESULTADOS

La coledocolitiasis puede manifestarse en la infancia de forma similar a la edad adulta, con dolor abdominal, ictericia, coluria y acolia. En un 50% de los casos no se encuentra factor etiológico que justifique la litiasis, aunque en nuestra paciente la morfología del cístico podría haber favorecido su aparición. Si la situación clínica del paciente lo permite, debe mantenerse actitud conservadora, ya que la eliminación espontánea del cálculo es más frecuente a menor edad.

Alba Palacios Arroyo, Maria Pavia Lafuente, Marian Villar Álvarez, Maria Landa Garriz, Montserrat Vázquez Ingelmo, Andres Gonzalez Hermosa
Secciones de Urgencia y Neumología Infantil. Servicio de Pediatría. Hospital de Basurto. Bilbao

ÚTILIZACIÓN EN LOS SERVICIOS DE URGENCIA (SU) DE HERRAMIENTAS QUE NOS PERMITAN VALORAR EL CONTROL DEL ASMA EN LOS NIÑOS. ¿ MERECE LA PENA ?

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

1º) Demostrar que muchos asmáticos están mal controlados y son susceptibles de actuaciones en SU para mejorar dicho control.

2º) Determinar si existe concordancia entre herramienta utilizada en SU para valorar el control del asma (CMCAP) , con cuestionario autocumplimentado de control de asma en niños (CAN).

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos elaborado, basada en GINA/NAEPP, una herramienta: "Cuestionario Médico de Control Asma Pediátrico " (CMCAP) (Patrón "oro") . Estudio trasversal de una muestra de conveniencia (turno de tarde) entre octubre 2010 y enero 2011 de niños que acudieron consecutivamente con crisis de asma . Los padres/niños cumplimentan CAN . Pediatra cumplimenta CMCAP, ciego para resultado de CAN. Análisis con SPSS18/ MeDcale.

RESULTADOS

111 pacientes. Edad media 6,26 años ($\pm 3,39$ DS). 71 (64%) eran hombres . Tratamiento de fondo 46,4%. Según CMCAP, 27,7% bien controlado, 54,5% parcialmente controlado y 17,9% mal controlado. Según CAN 34,8% estaban controlados y 64,3% mal controlados. 49,3% de los pacientes parcial o mal controlados según CMCAP no recibían tto de fondo . 51,3% de los pacientes con mal control según CAN no recibía tto de fondo. Concordancia CAN/ CMCAP : 35,8% controlados según CAN estaban mal controlados según CMCAP y 6,9% no controlados según CAN estaban controlados según CMCAP, Chi-cuadrado 41,9 ($p < 0,001$) y coeficiente Kappa 0.63. Respecto al patrón "oro": sensibilidad y especificidad del CAN del 82,7% y 83,3% respectivamente , positive likelihood ratio del 4.96 y negative likelihood ratio del 0.21.

CONCLUSIONES

1º) Papel importante de SU en determinación del control del asma y adopción de medidas para lograrlo .

2º) Concordancia entre CMCAP y CAN buena para casos de asma no controlados según CAN , pero deficiente para casos asma controlados según CAN , confirmando tendencia del paciente/padres a infravalorar asma.

Tomas Hernandez Berto, Maria Isabel Buedo Rubio, Ana Belen Delgado García, Arancha Rubio Ruiz, Antonio Cepillo Boluda, Jorg Victor Sotoca Fernández
Hospital General Universitario de Albacete

OSTEOMIELITIS ASÉPTICA, UNA ENTIDAD PEDIÁTRICA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Describir la osteomielitis aséptica (OA) como entidad a tener en cuenta dentro del diagnóstico diferencial de osteomielitis agudas. La inflamación ósea focal no debida a un proceso infeccioso puede darse como osteomielitis multifocal crónica recurrente (forma más frecuente), o en una localización única de forma recurrente o no. Su presentación clínica es difícil de distinguir de una osteomielitis bacteriana, aunque un inicio más subagudo, una afectación sistémica menor y una elevación de reactantes inflamatorios menos marcada suele ayudar. Aunque el tratamiento habitual incluye antibióticos hasta la negatividad microbiológica, son los antiinflamatorios y los inmunomoduladores los fármacos más útiles. La evolución a largo plazo es variable, desde la ausencia de remisiones a brotes de distinta frecuencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presentan tres casos de OA de edad pediátrica.

Paciente 1: mujer 10 años, omalgia durante 2 semanas, posteriormente fiebre $< 39^{\circ}$ y bultoma en clavícula proximal derecha. Traumatología decide cirugía apreciando ausencia de material infeccioso y hueso desestructurado. Histología diagnóstica de OA.

Paciente 2: varón 2 años, cojera por gonalgia durante 1 semana. Clínica catarral y fiebre $< 39^{\circ}$, artritis en exploración. Traumatología decide artrotomía apreciando escasa cantidad de líquido sinovial estéril.

Paciente 3: varón 2'5 años, cojera durante 1 semana y clínica catarral. Afebril. Artritis rodilla izquierda. Tratamiento conservador.

Los 3 pacientes coinciden en resultados microbiológicos negativos, elevación moderada de reactantes inflamatorios, radiología compatible con Osteomielitis y evolución sin incidencias (6-18 meses de evolución).

RESULTADOS

La OA, enfermedad de etiología probablemente autoinflamatoria (aunque sigue sin conocerse claramente), es un diagnóstico de exclusión a iniciar por parte de Pediatría en el Servicio de Urgencias y debe incluirse en el diagnóstico diferencial de toda lesión ósea lítica. Su tratamiento debe ser inicialmente médico (antiinflamatorios y/o antibióticos) sin precisar cirugía.

Sonia Amat Valero, Ana Torres De Aguirre, Eva María Enríquez Zarabozo, Rute Isabel Cavaco Fernandes, Rafael Ayuso Velasco, Antonio Romero Salguero
Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Materno Infantil de Badajoz, CHUB.

ABDOMEN AGUDO: VÓLVULO COLON TRANSVERSO EN PACIENTE DE 13 AÑOS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

El vólvulo de colon transverso es una causa poco frecuente de obstrucción de intestino grueso, su incidencia se reporta entre el 1-3%, su Diagnóstico se apoya en la radiología convencional, y las variantes terapéuticas van desde la desvolvulación hasta la resección. Se presenta un enfermo diagnosticado y tratado en nuestro centro con vólvulo de colon transverso.

MATERIAL Y MÉTODOS

Niño de 13 años enviado por sospecha de vólvulo intestinal de inicio súbito. Comienza con cuadro de dolor abdominal agudo, continuo, generalizado, de intensidad creciente, acompañado de distensión abdominal, 2 vómitos biliosos. Previamente asintomático.

A la exploración taquipnea, hipertensión, sudoración profusa, abdomen distendido, timpánico, duro a la palpación. En Radiografía de abdomen se observa gran distensión de asa intestinal, ausencia de aire distal. Se realiza laparotomía medial, acceso a la cavidad peritoneal, encontrando el ciego en hipocondrio derecho y colon transverso volvulado. Ante los hallazgos se decide realizar desvolvulación del colon transverso, apendicectomía, revisión y cierre por planos.

RESULTADOS

El vólvulo de colon transverso es una rareza, su baja frecuencia como causa de obstrucción de intestino grueso lo demuestra, así como su incidencia en edades tempranas de la vida que es menor que en edades avanzadas, donde parece incidir en su etiología el encamamiento, la disminución de la actividad física, sedantes y drogas psicotrópicas, constipación habitual que unido a malformaciones congénitas en la fijación y redundancia en el colon conlleva a trastornos mecánicos que facilitan la volvulación.

Dada su baja frecuencia, es un diagnóstico a tener en cuenta, su importancia radica en la rapidez del tratamiento con el fin de evitar el compromiso vascular de las asas volvuladas. La mortalidad global por vólvulos de intestino grueso oscila en un 11% para los enfermos con colon viable al momento de la operación aumentando a un 14% cuando hay compromiso vascular.

**José Molina Valera, María del Rosario García Luzardo, Svetlana Pavlovic,
Diego Írigo Carosio, Sandra Serrano Perdomo**
Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias

COXALGIA COMO SÍNTOMA DE PRESENTACIÓN DE UN NEUROBLASTOMA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

El dolor es una causa frecuente de consulta a Urgencias, la mayoría de las ocasiones se debe a patologías banales, identificar su causa puede ser difícil especialmente en los lactantes por las limitaciones en su capacidad de comunicación.

Se presenta el caso de un varón diagnosticado de un neuroblastoma retroperitoneal cuyo principal motivo de consulta fue la existencia de dolor a la movilización de extremidades inferiores.

MATERIAL Y MÉTODOS

Lactante de 11 meses que consulta por cuadro de una semana de evolución consistente en dolor a la movilización de miembros inferiores, especialmente el izquierdo, incapacitándole para la sedestación y bipedestación en los últimos 3 días. Previamente había sido diagnosticado de sinovitis de cadera izquierda.

En la exploración destacaba únicamente dolor a la movilización activa y pasiva de miembros inferiores, con incapacidad para conseguir la sedestación voluntaria y bipedestación. Llamaba la atención la presencia de llanto intenso en la posición de decúbito supino, cediendo parcialmente al incorporarlo 30 grados.

Radiografía de miembros inferiores y ecografía de caderas normales. Hemograma, bioquímica y reactantes agudos normales.

Se ingresó con diagnóstico preliminar de discitis/osteomielitis. Se realizó RM lumbar en la que se observaba imagen compatible con neuroblastoma retroperitoneal derecho con extensión al canal medular.

Enolasa específica neuronal 35.2 ng/dl (0-18). Ácido Vanilmandélico y Homovanílico en orina 4.9 mg/24h (0.8-3) y 6.4 mg/24h (0-5) respectivamente. Biopsia de la masa compatible con neuroblastoma.

RESULTADOS

El neuroblastoma es uno de los tumores más frecuentes de la infancia, en ocasiones pueden imitar patologías ortopédicas generando dificultades para el diagnóstico. En algunas series publicadas hasta un 15% de los niños se diagnosticaron en el estudio por coxalgia; la presencia de anemia, elevación de VSG o de LDH en este contexto debe alertar al clínico.

Edurne Burguete Archel, Maite Ruiz Goikoetxea, María Garatea Rodriguez, Jorge Álvarez García, Asier Sáez de Ibarra Pérez, Amalia Ayechu Diaz
Servicio de Pediatría, Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona

INVAGINACIÓN INTESTINAL EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA, REVISIÓN DE TRES AÑOS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La invaginación intestinal es la causa más frecuente de obstrucción intestinal en los primeros años de vida. Generalmente ocurre entre los 6 meses y los 3 años, con un predominio del sexo masculino. Su diagnóstico y tratamiento precoz son importantes para evitar posibles complicaciones. El objetivo es describir la forma de presentación de las invaginaciones en un servicio de urgencias pediátricas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo de los casos diagnosticados de invaginación intestinal en un servicio de urgencias pediátricas, en el periodo 2008-2010, mediante revisión de las historias clínicas. Se recogieron las variables edad, sexo, tiempo de evolución, presentación, pruebas complementarias, tratamiento y complicaciones.

RESULTADOS

Se recogieron un total de 28 casos, el 71% varones. Edad media al diagnóstico de 22 meses (desviación estándar 16 meses). Tiempo medio de evolución al diagnóstico de 16.5 horas. El 10% había consultado previamente en urgencias. El 60% acudía remitido desde otro centro sanitario. Motivos de consulta más frecuentes: dolor abdominal (39%), afectación del estado general con palidez, irritabilidad o decaimiento (35%) y vómitos (17.8%), acompañados o no de diarrea. Tríada clínica típica solo en un paciente. Un caso secundario a púrpura de Schonlein-Henoch y otro a divertículo de Meckel. En el 96% se realizó ecografía, siendo diagnóstica en todos estos. Tratamiento: En 64% (16 casos) reducción mediante enema (todos por neumoenema salvo tres), 7 de ellos en quirófano. El 28% se resolvió espontáneamente y el 7% requirió intervención con resección intestinal. El 10% presentó complicaciones (pacientes con largo tiempo de evolución) y el 14% sufrió reinvasinación.

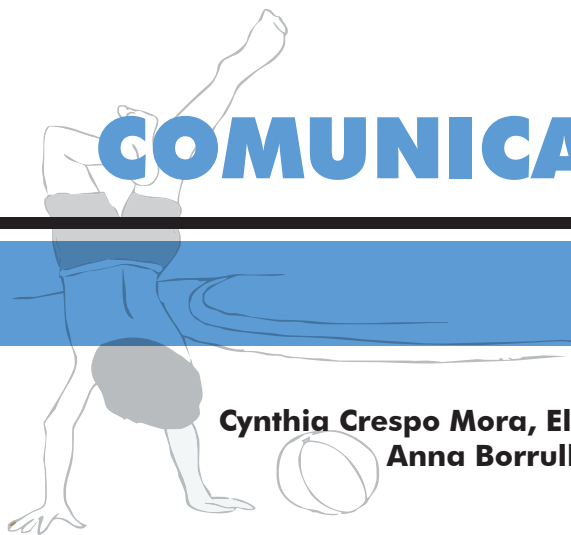
CONCLUSIONES

La irritabilidad y las crisis de llanto pueden ser la forma de presentación de invaginación, debiendo tener presente este diagnóstico ante lactantes con esta sintomatología.

La tríada clínica clásica es poco frecuente.

La ecografía abdominal es la prueba diagnóstico-terapéutica más importante

La precocidad en el diagnóstico y tratamiento es primordial para evitar complicaciones



**Cynthia Crespo Mora, Elisabet Coca Fernández, Jocelyn Betancourt Castellanos,
Anna Borrull Senra, Elisenda Moliner Calderón, Raúl Morales Prieto**
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

FIEBRE EN UN RECIÉN NACIDO DE 5 DÍAS: ¿SEPSIS NEONATAL PRECOZ POR *S. AGALACTIAE*?

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La fiebre sin foco es aquella de menos de 72h de evolución en la que no se descubre el origen de la misma tras una historia clínica y exploración física cuidadosas. Aunque en la mayoría de ocasiones este síntoma es secundario a una infección viral benigna autolimitada, en un recién nacido es siempre motivo de alerta.

MATERIAL Y MÉTODOS

Recién nacido de 5 días de vida que traen a Urgencias por fiebre de 38,5°C de pocas horas de evolución, rechazo del alimento y quejido intermitente durante las últimas 24h. Sin antecedentes perinatales de interés. Lactancia materna exclusiva.

En el triángulo de evaluación pediátrica se objetiva un shock descompensado con constantes mantenidas excepto bradicardia sinusal de 90. Tras la estabilización inicial, se explora, destacando irritabilidad, hipotonía y coloración pálida con recapilarización alargada. Se solicita analítica sanguínea, hemocultivo, antigenuria y estudio del líquido cefalorraquídeo (LCR), y se inicia tratamiento antibiótico empírico con ampicilina y cefotaxima endovenosas. En la tinción de Gram del LCR se observan cocos Gram positivos y antes de 12h se aísla *Streptococcus pneumoniae*.

Se traslada a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales presentando una correcta evolución, sin secuelas hasta el momento.

RESULTADOS

S. pneumoniae es una causa infrecuente de sepsis neonatal (1-11%), predominando la infección de tipo tardío. Las manifestaciones clínicas de la infección por este microorganismo son similares a las de la sepsis por *Streptococcus agalactiae* pero es causa de mayor mortalidad (20-60%). Esto sugiere la necesidad de considerar *S. pneumoniae* como causante de sepsis neonatal precoz y su transmisión vertical.

En nuestro caso llama la atención la buena evolución a pesar de la gran alteración de parámetros citoquímicos de sangre y LCR; la ausencia de factores de riesgo de infección perinatal y la imposibilidad de aislar el agente patógeno en la madre.



Judit Barrena Crespo, Abel Martínez Mejías, Jose María Gil Vázquez, Silvia Yévenes Ruiz, Davinia Vázquez Sánchez, Miriam Fernández Mateo
Servicio de Urgencias de Pediatría, Hospital de Terrassa, Terrassa.

EL LACTANTE MENOR DE 30 DÍAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La visita del lactante menor de 30 días constituye un reto para el pediatra dada la inespecificidad clínica de diferentes patologías, lo que dificulta el diagnóstico. Se revisan los principales motivos de consulta y características asistenciales en lactantes menores de 30 días que acuden al Servicio de Urgencias de un hospital secundario, comparando patologías entre los neonatos que recibieron alta precoz con los que precisaron mayor estancia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión retrospectiva de informes de urgencias en menores de 30 días atendidos durante 2009. Se excluyen pacientes ingresados directamente por Neonatología. Se analizan: edad, sexo, hora y fecha de llegada, tiempo de espera para triaje y demora en visita médica, derivación por otro centro, visitas de control, motivos de consulta y diagnóstico final, tanto en neonatos con alta precoz como los que precisaron mayor estancia.

RESULTADOS

En 2009 se realizaron 33.653 visitas, 519 corresponden a menores de 30 días, con edad media 15,25 días, predominando varones. Se constata un incremento de visitas desde viernes tarde hasta domingo. Los principales motivos de consulta fueron irritabilidad y cuadro catarral; los diagnósticos finales mayoritarios fueron puericultura e infección vías respiratorias altas. Al 50% se solicitó pruebas complementarias. El 16,37% precisó ingreso. Comparando la estancia previa, destaca la deshidratación hipernatrémica, observándose únicamente en neonatos con antecedentes de alta precoz.

CONCLUSIONES

Los motivos de consulta y diagnósticos finales fueron mayoritariamente procesos banales, a pesar de que se evidencia un alto porcentaje de pruebas complementarias e ingresos. No se aprecian diferencias significativas en el número de visitas de neonatos con alta precoz con los de mayor estancia, si bien destacan diferencias en algunas patologías como la deshidratación hipernatrémica. El número de controles de patología banal, visitas de puericultura y distribución semanal, debe motivar una reflexión en la programación de la visita precoz del neonato en los centros de Atención Primaria así como revisar protocolos de asistencia.

**Luisa Marco López de Lerma , Alba Faus Pérez , M. Ángeles Martín Serrano,
J. Rafael Bretón Martínez, Esther Ballester Asensio, Pilar Codoñer Franch**
Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia

EVALUACIÓN DE LA COMPRESIÓN DE LA INFORMACIÓN TRANSMITIDA SOBRE EL PROCESO DEL NIÑO EN URGENCIAS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Evaluar el grado de comprensión por los padres de la información transmitida en Urgencias sobre el diagnóstico, gravedad, pronóstico y tratamiento del proceso que padece el niño.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo descriptivo y analítico en el que se valoró el objeto de estudio mediante una encuesta que recogió datos del acompañante como edad, sexo, relación con el paciente, origen y nacionalidad, dificultad idiomática, nivel de estudios y ocupación profesional. Además se interrogó a los acompañantes sobre diagnóstico, gravedad, pronóstico y tratamiento del proceso del niño. La encuesta se recogió al alta y disponían del informe para contestar.

RESULTADOS

Se recogieron 110 encuestas, 36% en turno de mañana, 46% de tarde y 16% noche. La encuesta la contestó 78% la madre, 19% el padre. Hubo dificultad idiomática en 7 casos (6%). La información percibida fue correcta respecto al diagnóstico en el 75%, para la gravedad 73%, y para la duración estimada del proceso 60%. Respecto a los síntomas de gravedad y reconsulta, 55% respondieron correctamente; para el nombre de la medicación indicada 75%, dosis 63% y duración del tratamiento 52%. En el turno de noche la comprensión no fue peor. Los inmigrantes mostraron más dificultad para la comprensión de la gravedad ($p=0,05$), duración del proceso ($p=0,01$) y nombre de la medicación ($p=0,02$). En los 7 casos con dificultad idiomática la percepción de la información fue claramente peor aunque no alcanzó significación estadística. No se encontró en general relación con el nivel de estudios ni ocupación profesional de los padres.

CONCLUSIONES

Un 25-45% de los padres no pudo interpretar o reproducir información importante transmitida oralmente y contenida en el informe de urgencias. El grupo de inmigrantes mostró más dificultad. Es preciso mejorar las estrategias de transmisión de información. El pediatra de Atención Primaria juega un papel importante reforzando esta información.

Inmaculada Sánchez Ganfornina, Victoria Sánchez Tatay, Manuel Fernández Elías, Isabel Martínez Carapeto, María Teresa Alonso Salas, Mercedes Loscertales Abril
UGC Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.

NEUMOENCÉFALO Y FÍSTULA DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO COMO COMPLICACIÓN DE UNA ADENOIDECTOMÍA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

El neumoencéfalo (NE) es la acumulación de aire en la cavidad craneal. Generalmente es secundario a traumatismos y cirugías. Suele ser asintomático, se diagnostica por imágenes y se resuelve espontáneamente. En caso de deterioro neurológico por hipertensión intracraneal, hablamos de NE a tensión (NET).

El NE como consecuencia de una fístula de líquido cefalorraquídeo (LCR) a nivel faríngeo es una complicación extremadamente infrecuente tras una adenoidectomía.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una niña de 3 años, trasladada a Urgencias desde otro hospital, donde 48 horas antes, ha sido intervenida realizándose adenoidectomía y miringotomía con colocación de tubos de ventilación. Durante la cirugía se produce sangrado abundante con compromiso hemodinámico que requiere coagulación extensa. En postoperatorio presenta cefalea y vómitos. A las 24 horas, rigidez de nuca y fiebre elevada. En TAC cráneo-cervical se objetiva NE grande y trayecto fistuloso a nivel de faringe posterior. La paciente presenta afectación del estado general (dolor). Glasgow 15/15. Rigidez de nuca llamativa con hiperextensión cervical. Kerning positivo. Palidez de piel. Ojerosa. Resto exploración sin hallazgos. Se decide manejo conservador del NE, tratamiento con dexametasona, antibioterapia empírica (sospecha de meningitis bacteriana) y analgesia. Ante la persistencia de los síntomas y la reaparición de fiebre, se decide reparación de la fístula de LCR con plastia del defecto. Se deja drenaje lumbar y se toma muestra de LCR. Al alta: ligera ataxia de la marcha (atrofia por desuso) sin otros déficits.

RESULTADOS

1. Os presentamos este caso por la complicación extraordinaria (por su infrecuencia) de una adenoidectomía, como es la fístula de LCR, la meningitis secundaria y el NE; así como por las imágenes diagnósticas tan interesantes.
2. La meningitis es la complicación más frecuente de las fístulas de LCR, pero la punción lumbar debe evitarse en presencia de NE significativo.

Pablo Di Franco sio, Maria Amalia Pérez Sáez, Carlos Zabaleta Camino, Javier Calzada Barrera, Maria Jose Azanza Agorreta, Ester Zuazo Zamalloa
Servicio de Pediatría. Hospital de Zumarraga. Guipuzcoa

PAROTIDITIS BILATERAL; UNA CAUSA RARA DE OBSTRUCCION DE LA VIA AÉREA SUPERIOR. CASO CLÍNICO

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La obstrucción de la vía aérea superior de forma aguda constituye una emergencia que puede comprometer la vida del paciente, especialmente en niños por el pequeño tamaño de su vía aérea.

Las causas mas comunes en niños son infecciosas, destacando la laringitis, seguida en frecuencia por los cuerpos extraños.

Y, aunque posible por su proximidad a la vía aérea, se ha comunicado pocos casos secundarios a la inflamación de las glándulas parotideas

MATERIAL Y MÉTODOS

Niña de 8 años que acude a Urgencias por dificultad respiratoria.

Diagnóstico previo de Parotiditis el día anterior con fiebre hasta 40°C

Antecedentes personales : adenoidectomía y amigdalectomía.. Bien vacunada.

exploración física: FC 133, FR 24, T° 37,8, Saturación de O2 89%

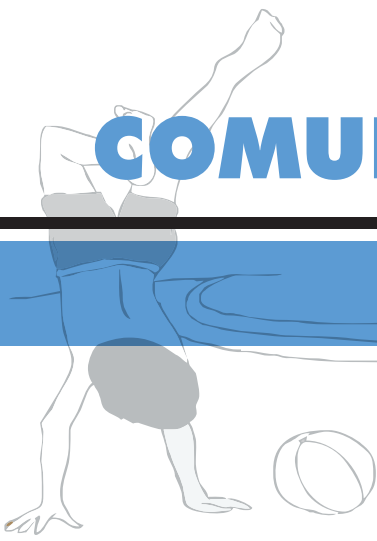
Triangulo de evaluación Pediátrica: Aspecto general anormal. Respiración anormal. Circulación normal. Estado general conservado Normo coloración cutáneo-mucosa. Tumefacción facial bilateral de consistencia dura, dolorosa a la palpación, eritematosa, y caliente, tensa. Se extiende por delante del pabellón auricular borrando el ángulo mandibular hacia el cuello y mentón. ACP normal. ORL sialorrea, imposibilidad de apertura completa de la boca. Lengua aframbuesada, hiperemia mucosa. Edema bilateral de párpados Resto de exploración física normal.

exploraciones complementarias: HRF normal. Amilasa total 86 U/L, LDH 504 U/L. PCR 23 mg/100ml

Tratada con Prednisona, Paracetamol y Furosemida i.v., con mejoría inicial de los síntomas SatO2 100%. Se mantiene bajo observación en UCI, no precisando intubacion.

RESULTADOS

Aunque rara, la parotitis infecciosa, tanto epidémica como supurativa debe ser tenida presente como causa de Obstrucción Aguda de la vía aérea superior



**Gloria López Sobrino, María del Mar Romero López,
Fernando Carceller Benito, Antonio Martínez Bermejo**
Servicio Urgencias de Pediatría, Hospital Universitario La Paz

UN TUMOR POCO COMÚN

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Fundamento: La interpretación de las pruebas solicitadas pueden orientar al diagnóstico menos pensado.

Objetivo: Diagnóstico diferencial por imagen de las lesiones cerebrales en la infancia

MATERIAL Y MÉTODOS

Niña de once años derivada a urgencias por sospecha de tumor cerebral.

La semana previa presenta ataxia con hemiparesia derecha y aumento del área reflexógena del miembro inferior derecho con Babinsky ipsilateral positivo. Marcha en segador derecha y adiadococinesia.

Como pruebas complementarias aporta una analítica normal y un TAC informado como lesión intra-axial fronto-parietal izquierda hipodensa con moderado edema perilesional de dimensiones 17.7 x25.8 que ejerce ligero efecto masa sin desviación de línea media, compatible con tumor cerebral.

Inicia tratamiento con dexametasona a dosis 0.15mg/kg/día y omeprazol presentando una leve mejoría. No antecedentes personales ni familiares de interés. Se realizó fondo de ojo normal y una resonancia magnética cerebral en la que se constató lesión en lóbulo fronto-parietal izquierda hipointensa en T1 e hiperintensa en T2 junto con edema vasogénico periférico que no produce desplazamiento de la línea media. Tras administrar contraste se evidencia captación periférica irregular.

La prueba de imagen que aportaba junto con la nueva realizada, nos hizo dudar el diagnóstico inicial, por lo que se solicitó una resonancia magnética espectroscópica concluyendo que era una placa gigante de Esclerosis múltiple compatible con enfermedad de Schilder.

Se obtuvo LCR confirmando la síntesis intratecal de Ig M.

Inició tratamiento con metilprednisolona a 20mg/kg/día con importante mejoría clínica y radiológica. La evolución ha sido excelente sin presentar nuevos brotes.

RESULTADOS

Saber interpretar las pruebas de imagen es fundamental en el diagnóstico de las lesiones cerebrales. Existen nuevas técnicas que nos pueden ayudar en el diagnóstico diferencial, evitando así intervenciones quirúrgicas y sus secuelas.

Goizalde Lopez Santamaria, Agustin Rodriguez Ortiz, Daniel Jimenez Villarreal, Itziar Iturralde Orive, Ainara Rodriguez Achaerandio, Pilar Garrido Espinosa
Servicio de Pediatría y microbiología . Hospital Alto Deba. Arrasate. Mondragon

RESULTADOS DE LOS HEMOCULTIVOS PRACTICADOS EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS.

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Estudiar el resultado de los hemocultivos realizados en una unidad de urgencias de un Hospital comarcal durante el periodo comprendido entre Enero del 2010 y Diciembre del 2010

MATERIAL Y MÉTODOS

Durante el periodo a estudio se atendieron en la unidad de urgencias de pediatría un total de 6584 niños. Se realizaron 177 Hemocultivos. Medio de cultivo: Botellas Bac T/ALERT (frascos pediátricos FAN aerobios). Cantidad de muestra recomendada 1-4 ml. Tiempo de incubacion hasta 5 dias.

En todos los casos de crecimiento de algún microorganismo, el Servicio de Microbiología se pone en contacto con el servicio de Pediatría y se decide si ese hemocultivo es positivo o falso positivo en función del germen/es aislados, el tiempo transcurrido hasta el crecimiento y el estado clínico del paciente.

RESULTADOS

De un total de 177 Hemocultivos , 155 fueron negativos (87.57%) y 22 fueron positivos (12,42%) de los cuales 21(11.86%) se consideraron positivos contaminantes o falso positivo , informado como tal por el servicio de microbiología , y solo 1 fue considerado verdadero positivo (0.56%) (E. faecalis).

CONCLUSIONES

Llama la atención el escaso rendimiento de la prueba con tan solo 0,56 % de los hemocultivos verdaderos positivos y un 12,42% de los hemocultivos positivos contaminantes por lo que deberíamos plantearnos actuaciones para mejorarlo (Ej, volumen de sangre inoculado) o cuestionarnos su obtención en la era de la vacunación antineumococica y el descenso en las bacteriemias por neumococo.

Antonio Jesús Castellanos Alcarria, Álvaro Mula Antón, Carlos Iglesias Gómez, Carlos Pérez Cánovas, Carmen Solano Navarro, Jesús Rodríguez Caamaño
Servicio de Urgencias de Pediatría, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia

SÍNDROME OPSOCLONO-MIOCLONO. BÚSQUEDA DE PATOLOGÍA ASOCIADA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Fundamentos: El síndrome de opsoclono-mioclono es una rara entidad clínica consistente en la aparición de movimientos oculares irregulares, espontáneos, multidireccionales y caóticos acompañados o no de síntomas extrapiramidales como temblor, ataxia o mioclonías. Su etiología, aunque idiopática en muchos casos, puede tener un origen autoinmune relacionado con la presencia de un neuroblastoma, indetectable por técnicas convencionales de imagen en la mayoría de las ocasiones. Sólo el 1% de los neuroblastomas debutan con este cuadro clínico, cuya asociación específica se asocia a mejor pronóstico.

Objetivo: Comunicar el caso de un paciente que acudió a nuestras Urgencias de Pediatría con sintomatología relacionada y diagnóstico radiológico de masa torácica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Observaciones clínicas: Lactante mujer de 9 meses remitida por su pediatra a nuestro centro por presentar desde hace un mes, movimientos oculares erráticos, temblor, mioclonías e irritabilidad. Antecedentes familiares y personales sin interés. A la exploración física destacaba opsoclono-mioclonías, megacefalia e hipotonía generalizada con dificultad para mantener la sedestación. En estudio de descarte de patología orgánica se realiza radiografía de tórax con imagen de masa radiopaca en hemitórax derecho. La RMN torácica demuestra localización paravertebral derecha torácica con extensión abdominal y tamaño 8x 7,5 x 6 cm. Enolasa neuronal específica de 160 ng/ml (V.N. 0-16.3 ng/ml). Dopamina en orina elevada. El resto de exploraciones para despistaje de metástasis fueron negativas y el paciente fue derivado a sección de Oncología Infantil con diagnóstico de neuroblastoma torácico. Recibió tratamiento quimioterápico presentando mejoría notable de la sintomatología neurológica.

RESULTADOS

Comentario: Aunque el síndrome opsoclono-mioclono es una forma de presentación poco frecuente (< 3%) en el neuroblastoma, la especificidad de su asociación obliga al conocimiento de su existencia para iniciar enfoque diagnóstico desde Urgencias.

Paula Santos Herraiz, María del Carmen Segoviano Lorenzo, María Güemes Hidalgo, Juan Pedro Navarro Romero, Oscar García Campos, María Jesús Navarro Carmona
Servicio de Pediatría. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

COJERA NO SIEMPRE SINÓNIMO DE SINOVITIS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS: El Síndrome de Guillain-Barré o poliradiculoneuritis aguda es una entidad infrecuente, con una incidencia de 1'3 a 2/100.000 habitantes. Se trata de una enfermedad autoinmune desencadenada por una infección viral o bacteriana. Cursa con debilidad simétrica de inicio distal y avance proximal, asociado con arreflexia generalizada. El objetivo de esta comunicación es reseñar las características de esta enfermedad a la hora de hacer el Diagnóstico diferencial en la Urgencia de Pediatría.

MATERIAL Y MÉTODOS

ObservaciónES CLÍNICAS: Niña de 1 año que acude a Urgencias por cojera. Inicialmente se diagnostica de sinovitis de cadera y se pauta tratamiento antiinflamatorio. Acude de nuevo por fiebre alta, astenia e impotencia funcional de extremidades. Refiere cuadro de Gastroenteritis Aguda previo. A la exploración física presentaba hipotonía generalizada, axial y periférica, con ausencia de reflejos osteotendinosos en miembros inferiores, sin afectación de la musculatura respiratoria. Se realiza análisis de sangre con leucocitosis con desviación izquierda y elevación de reactantes de fase aguda. Se decide ingreso en UCIP con sospecha de Síndrome de Guillain-Barré, por lo que se inicia tratamiento con gammaglobulina intravenosa. Durante su hospitalización evoluciona a tetraplejía flácida y arrefléxica de las 4 extremidades con respeto de la función respiratoria. Posteriormente se realiza punción lumbar en la que se objetiva disociación albúmino-citológica. Al quinto día de ingreso inicia recuperación progresiva hasta el alta. Actualmente en seguimiento en rehabilitación.

RESULTADOS

COMENTARIOS: El síndrome de Guillain-Barré pese a su baja incidencia es la causa más frecuente de parálisis neuromuscular aguda. En la mayoría de los casos está precedida de una enfermedad de vías respiratorias superiores o gastroenteritis. Aunque nuestro caso evolucionó favorablemente, está descrita una mortalidad del 5-15% asociada a fallo respiratorio o complicación cardíaca. Por ello es importante tenerlo en cuenta en el diagnóstico diferencial de cojera.

Antonio Javier Cepillo Boluda, Jorge Víctor Sotoca Fernández, Arancha Rubio Ruiz, Tomás Hernández Bertó, Ana Belén Delgado García, Antonio Rosano Fernández
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

BRONQUIOLITIS: OBSERVAR, ANALIZAR Y EJECUTAR

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Analizar las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes diagnosticados de bronquiolitis en un Servicio de Urgencias Pediátricas en un año, así como el manejo de cada caso para proponer un modelo que optimice su atención.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo prospectivo, mediante la elaboración de hojas de recogida de datos con los parámetros establecidos a estudiar.

RESULTADOS

Se incluyeron los 108 pacientes que cumplían todos los requisitos: menor de 2 años, primer episodio, clínica catarral y dificultad respiratoria. Edad media de 5 meses y 8 días (rango 9 días - 23 meses). En la valoración inicial (Score de Wood Downes): 45% leve, 50% moderado y 5% grave. Sobre los factores de riesgo destacamos: 26% era menor de 6 semanas y un 3% era recién nacido pretérmino (menor de 32 semanas). Un 23% refería atopia. El virus respiratorio sincitial se testó en un 37% de los pacientes (24% positivos). En el 21% se realizaron exploraciones complementarias, siendo las más realizadas hemograma y radiografía de tórax, 13 y 12%, respectivamente. Recibieron tratamiento farmacológico un 70% del total: 71% Salbutamol (61% inhalado) y 27% Adrenalina. Empleamos Suero Salino Hipertónico 3% en un 20% y siempre previo ingreso. Destacan el gran número de ingresos: 37% de los que 1,8% fue en UCI. Las indicaciones de ingreso fueron: 29% por dificultad respiratoria importante, 26% por ser menor de 6 semanas, 19% por necesidades de oxígeno suplementario y 14% por intolerancia oral.

CONCLUSIONES

La trascendencia de las bronquiolitis se basa en su frecuencia, gasto sanitario, morbi-mortalidad y ausencia de tratamientos que modifiquen su curso evolutivo. Los resultados obtenidos en nuestra serie son comparables a otros trabajos similares. Reforzamos la necesidad percibida e implantamos un protocolo de actuación para mejorar la calidad asistencial.



**Nagore Español Roca, Maria Elena May Llanas, Anna Pizà Oliveras,
Ana María Pérez Pascual, Montserrat Arellano Pedrola, Jaume Margarit Mayol**
Hospital Universitari Mútua Terrassa

ATAXIA AGUDA EN URGENCIAS. CASUÍSTICA PROPIA Y PROTOCOLO DIAGNÓSTICO

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

- 1- Revisión de los casos de ataxia visitados en urgencias de pediatría de nuestro centro en los últimos 6 años.
- 2- Revisión del protocolo de actuación ante un niño con ataxia aguda.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión retrospectiva de los pacientes con ataxia aguda visitados en nuestro servicio de urgencias en el periodo 2004-2010 recogiendo: edad, sexo, horas de evolución, presencia de fiebre, antecedentes de infección reciente, posible ingesta de tóxicos o traumatismo, exploraciones complementarias y diagnóstico final.

RESULTADOS

Se han recogido un total de 8 pacientes, 6 niños y 2 niñas, con una edad media de 32 meses (12-49 meses), y tiempo de evolución entre una hora y 3 semanas. Un niño tenía fiebre, dos infecciones virales recientes, tres ingestas farmacológicas confirmadas y un traumatismo. Se realizaron 7 analíticas, 2 hemocultivos, un aspirado nasofaríngeo para virus respiratorios, 4 determinaciones de tóxicos en orina, 2 estudios de líquido cefalorraquídeo, una radiografía de tórax, 5 tomografías craneales y 2 resonancias craneales. Los diagnósticos finales fueron un traumatismo, dos tumores cerebrales (un meduloblastoma y un neuroblastoma), dos cerebelitis y tres ingestas farmacológicas (dos benzodiazepinas y un antitútisgeno).

CONCLUSIONES

- 1) La intoxicación medicamentosa accidental es la primera causa de ataxia aguda en nuestro centro.
- 2) Recoger correctamente los antecedentes de traumatismo, infección virar reciente o posible ingesta farmacológica permite evitar exploraciones innecesarias.

Guadalupe Membrillo Lucena, M^a Dolores Sardina González, Maria Luisa Moreno Tejero, Isabel Pintor Trevejo, Isabel Maria Ceballos Rodriguez, Paz Hurtado Sendín
Servicio de Urgencias de Pediatría. Unidad de Oncología Infantil.
Hospital Materno-Infantil de Badajoz. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz

HIPERTENSIÓN CRANEAL EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS. CLÍNICA DEBUT DE TUMORES INTRACRANEALES.

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La hipertensión craneal en niños provoca un número significativo de disfunciones neurológicas que pueden originar, además, morbilidad neurológica residual permanente, e incluso la muerte; por ello es primordial un diagnóstico y tratamiento lo más precoz posible.

La etiología suele ser amplia, destacando los traumas craneales graves, hidrocefalia y neoplasias intracraneales. Descripción de tres casos clínicos, diagnosticados de tumores intracraneales, con clínica debut de hipertensión craneal.

MATERIAL Y MÉTODOS

CASO 1:

Lactante de 12 meses con vómitos, tendencia al sueño, estrabismo y alteraciones de la marcha de una semana de evolución. A la exploración destaca estrabismo convergente del ojo izquierdo y ataxia de la marcha. Fondo de ojo: edema de papila bilateral. TC craneal: masa cerebelosa central/paracentral izquierda, con edema perilesional o componente quístico periférico. Efecto masa sobre el IV ventrículo que se encuentra colapsado. Hidrocefalia del III y IV ventrículo.

CASO 2:

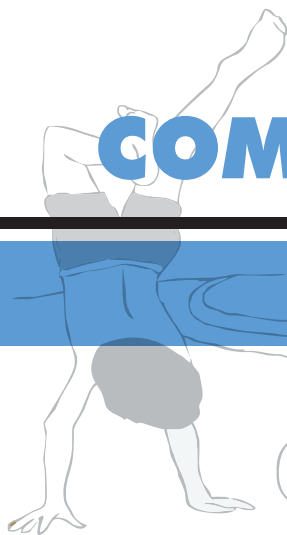
Niño de 4 años con estrabismo, cambio de carácter y alteración de la marcha de un mes de evolución. A la exploración destaca: lateralización de la cabeza hacia el lado izquierdo, sialorrea, estrabismo e hiperreflexia bilateral de miembros inferiores. TC craneal: hipodensidad a nivel del bulbo y protuberancia que se acompaña de efecto masa y deformidad del IV ventrículo.

CASO 3:

Niño de 7 años con diplopía de pocas horas de evolución. A la exploración destaca paresia del VI par craneal con papiledema bilateral. TC craneal: masa supratentorial en zona frontal izquierda.

RESULTADOS

- 1) Destacar que el niño tiene unas características anatómicas específicas, tolerando mejor las sobrecargas de volumen intracraneales.
- 2) Lo primordial es un diagnóstico y tratamiento precoz, consistiendo éste en restricción hídrica y dexametasona intravenosa.
- 3) La clínica de debut de los tumores intracraneales infantiles varía según: localización, edad y velocidad de crecimiento del tumor.
- 4) Los supervivientes presentan un 50% discapacidades motoras, 37% cefaleas y 28% convulsiones.



Mirian Palacios Sánchez, Rocio Sancho Gutierrez, Eva García Valle, Jose Lorenzo Guerra Diez, Cristina Alvarez Alvarez, Lino Alvarez Grandá
Unidad de Urgencias Pediátricas, Unidad de Hospitalización Pediátrica,
Hospital Universitario Marques de Valdecilla

ESTUDIO DESCRIPTIVO DE HOSPITALIZACIÓN POR VARICELA DESDE LA UNIDAD DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS .

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Determinar el numero de ingresos por varicela y causa desde la unidad de urgencias; características clínicas y analíticas, actitud terapéutica, tiempo medio de ingreso, complicaciones y porcentaje de reingresos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo de los niños hospitalizados con varicela entre el 01/01/05 y el 31/12/2010. Datos obtenidos de la historia clínica. Análisis estadístico SPSSv.11.

RESULTADOS

Analizados 40 niños, edad media $2,4 \pm 1,5$ años; niños 52,5%, niñas 47,5% (52,5% menores de 3 años). El 10% había consultado previamente en urgencias. Tiempo de evolución $5,1 \pm 2,5$ días, referían al ingreso $64,3 \pm 47,8$ horas de fiebre . El 20% presentaba un regular estado general. Motivos de ingreso principales: infecciones cutáneas (37,5%), respiratorias (25%), causas neurológicas (10%: ataxia y cefalea). Clasificados por edad: en menores de 3 años las causas más frecuentes fueron infección cutánea, convulsión febril y dificultad respiratoria; en mayores de 3 años: celulitis, ataxia y cefalea. El 67,5% recibieron tratamiento antibiótico (52,5% amoxicilina-clavulánico, 5% cefalosporinas y el 5% doble terapia). Estancia media $3,8 \pm 3,4$ días. El 10% presentó complicaciones: infección cutánea grave, broncoespasmo, hiponatremia. Solo un caso requirió reingreso.

CONCLUSIONES

El número de ingresos por varicela en nuestra medio es bajo. El motivo principal sigue siendo la infección cutánea, seguido de la patología respiratoria; precisando en la mayoría de los casos antibioterapia endovenosa. La mayoría de los síntomas neurológicos observados fueron de evolución autolimitada. El porcentaje de complicaciones y reingreso no superó el 10%.

Antonia López López, Ángela Gómez Farpón, Cristina Granell Suárez, Nataliz Vega Mata, Cristina Montalvo Avalos, Víctor Álvarez Muñoz
Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

TRAUMATISMO ABDOMINAL CERRADO: INDICACIONES DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO.

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

El traumatismo abdominal supone un 10 % de los traumatismos que acuden a Urgencias Pediátricas. Lo más frecuente es su hallazgo en pacientes politraumatizados, presentándose en el 10%-30% de éstos. Habitualmente se trata de un traumatismo cerrado, producido por accidente de circulación o caída, siendo las vísceras sólidas las lesionadas más frecuentemente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una niña de 10 años con traumatismo múltiple tras ser golpeada por caballo como paradigma del tratamiento quirúrgico en el traumatismo abdominal. La paciente acude al Servicio de Urgencias de Pediatría presentando dolor abdominal y múltiples erosiones cutáneas. Consciente y orientada. Respiración superficial con hipoventilación en base pulmonar derecha. Abdomen doloroso a la palpación, defensa generalizada. Erosiones cutáneas abdominales y dorsolumbares. Anemización progresiva, con administración de tres unidades de concentrado de hemáties. Hiperamilasemia, hiperlipasemia e hipertransaminasemia. Radiografía de tórax y cervical: normales. TAC abdominal: rotura hepática. Hemoneumotórax y contusión pulmonar basal derecha. Hemoneumoperitoneo. Fractura 7º arco costal derecho y cóccix. Se realiza laparotomía urgente, hallando múltiples laceraciones hepáticas e importante edema periduodenal, sin visualizar perforación. Hemostasia y colocación de drenaje transmesocólico. Ingreso postoperatorio en UCIP a dieta absoluta. Tratamiento con Octeótrido durante 4 días, con normalización de enzimas pancreáticas. Progresiva mejoría del dolor, con débito en descenso del drenaje. Se realiza tránsito digestivo a los 10 días, sin detectar estenosis ni fugas, iniciándose tolerancia oral. Alta a los 21 días, con reposo domiciliario. Posteriormente se realizan controles ecográficos: lesiones fibróticas hepáticas residuales, pequeño hematoma en resolución; permaneciendo asintomática.

RESULTADOS

El tratamiento quirúrgico de los traumatismos abdominales se indica, como en el presente caso, por la existencia de hemorragia con inestabilidad hemodinámica, perforación de víscera hueca o traumatismo abierto. Ante estos hallazgos es de vital importancia el tratamiento quirúrgico precoz, adquiriendo un papel fundamental la coordinación entre el Servicio de Urgencias y el de Cirugía Pediátrica.

Andrea Sarriego Jamardo, María González Sánchez, Elene Larrea Tamayo, Leticia Alcántara Canabal, Félix Morales Luengo, Sonsoles Suárez Saavedra
Servicio de Pediatría; Hospital Universitario Central de Asturias; Oviedo

BURNOUT EN PROFESIONALES SANITARIOS DE NUESTRO HOSPITAL ¿INFLUYE EL CUMPLIMIENTO DEL ART. 14 DEL REAL DECRETO 183/2008?

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

El artículo 14 del Real Decreto 183/2008 por el que se determina la necesidad de supervisión del MIR-1 por parte de un especialista conlleva cambios en la organización del servicio de urgencias. Nuestro objetivo es analizar el acuerdo con este decreto, la satisfacción con el trabajo en urgencias y el desgaste profesional de los profesionales sanitarios.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis descriptivo prospectivo mediante cuestionarios MBI, que miden el burnout, contestadas por médicos especialistas, residentes, enfermeros y auxiliares que trabajan en urgencias pediátricas; y dos escalas tipo likert, que analizan el nivel de satisfacción con la actividad en urgencias y el grado de acuerdo con el Real Decreto cumplimentadas por especialistas y residentes de nuestro hospital.

RESULTADOS

Se recogen 38 encuestas (44,6% residentes, 21,1% adjuntos, 13,2% enfermería y 21,1% auxiliares). Ningún médico presenta burnout frente a un 20% en enfermería y un 12,5% en auxiliares. El 75% de los adjuntos y el 23% de los residentes no creen que el Real Decreto sea positivo para la docencia aunque el 50% de los primeros y el 53% de los segundos opinan que sí mejora la seguridad del paciente. El 76% de los encuestados piensa que en los hospitales no se está cumpliendo el decreto. El 36% de residentes y el 12,5% de adjuntos se sienten realizados profesionalmente con su labor en urgencias. No se asocia el burnout con el nivel de acuerdo con el Real Decreto, ni con el grado de satisfacción en urgencias, ni con el puesto de trabajo.

CONCLUSIONES

El síndrome burnout no está presente en la mayoría de profesionales. Las reformas necesarias para cumplir con el nuevo decreto durante la asistencia en urgencias no parecen influir en el nivel de desgaste profesional.

Alba Faus Pérez, M. Ángeles Martín Serrano, Luisa Marco López de Lerma, Paloma Aymerich Salas, Cristina Salido Capilla, J. Rafael Bretón Martínez
Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia

OXIDO NITROSO: RESUMEN DE LA EXPERIENCIA EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA.

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Evaluar la seguridad y eficacia del uso de la mezcla equimolar de óxido nitroso con oxígeno al 50% (Kalinox®) en Urgencias de Pediatría en procedimientos cortos y moderadamente dolorosos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo observacional en pacientes de 4 a 14 años desde julio del 2007 hasta diciembre de 2010. Se monitorizaron constantes vitales (FC, FR, SatO₂ y TA) durante el procedimiento. La eficacia se valoró utilizando escalas de dolor.

RESULTADOS

Se recogieron 25 pacientes (16 niños y 9 niñas) con rango de edad entre 4-14 años (media 8.3 años) a los que se les había aplicado el Kalinox®. La duración media del procedimiento fue de 8 minutos, siendo en todos los casos menor de 20 minutos. En el 52% fue utilizado para curas o suturas de heridas, en el 20% para reducción de fracturas o luxaciones, en el 12% para punciones lumbares, y el 16% para otros procedimientos (cirugía menor, drenaje pleural y canalización venosa). Se utilizó anestesia tópica conjuntamente en el 36%. Al evaluar la eficacia, en el 40% el resultado fue excelente, en 36% adecuado y 12% pobre (no disponemos de datos del 12% restante). En aquellos en los que la eficacia fue excelente se combinó con anestesia tópica en el 60% de los casos. No hubo efectos secundarios en el 64%. Los efectos secundarios (16%) más comunes fueron mareo seguidos de casos aislados de euforia, náuseas y vómitos, somnolencia excesiva y fotopsias. No hubo descenso de la saturación de oxígeno por debajo del 95% ni necesidad de suspender la técnica en ningún caso.

CONCLUSIONES

El óxido nitroso ha demostrado ser una sedoanalgesia segura y eficaz para la realización de procedimientos menores en urgencias. Su administración conjunta con anestésico local puede resultar útil en aquellos procedimientos en los que su uso aislado no sea suficiente.

Elsa Puerto Carranza, Anaida Obieta Fernández, Francesc Ferrés Serrat
Urgencias de Pediatría. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca.

SÍNDROME COMPARTIMENTAL AGUDO

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

El síndrome compartimental agudo (SCA) es una entidad poco frecuente con amplias secuelas funcionales si se retrasa el diagnóstico y tratamiento.

El objetivo de este estudio es revisar los casos de SCA ocurridos en nuestro hospital para mejorar el conocimiento, manejo y prevención del mismo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de los casos diagnosticados en un hospital de tercer nivel entre 1998 y 2010. Se estudian los parámetros edad, sexo, mecanismo de producción, síntomas y horas pasadas hasta el diagnóstico.

RESULTADOS

Se registran 11 casos de SCA, 9 varones y 2 mujeres. Edad media 6,5 años. 8 de ellos localizados en extremidad superior y 3 en extremidad inferior. Causas: traumatismo 7 casos, sepsis 3 y extravasación de vía periférica 1. Todos los casos de SCA producidos por traumatismo tienen su origen en lesiones de alto impacto: 2 en accidente de tráfico, 2 en accidente peatonal, 2 por aplastamiento y 1 por caída de gran altura. 5 de estos casos acuden a urgencias con SCA asociado en el momento de la fractura y los otros 2 tienen SCA como complicación tardía (uno en domicilio y otro complicación postoperatoria). En estos 2 últimos casos, así como en el producido por extravasación, los pacientes se encontraban irritables, referían dolor importante y precisaban cada vez mayor analgesia, efectuándose el diagnóstico tras la aparición de palidez/edema, parestesias y ausencia de pulso al cabo de 48, 72 y 12 horas respectivamente después del inicio de la sintomatología.

CONCLUSIONES

- 1) La poca frecuencia de SCA en los servicios de urgencias pediátricos puede llevar a un retraso en su diagnóstico y tratamiento.
- 2) Siempre debe tenerse presente en traumatismos de alto impacto y en pacientes irritables con dolor excesivo y necesidades aumentadas de analgesia, procurando realizar el diagnóstico antes de que aparezcan los signos clásicos de necrosis muscular y nerviosa, cuando el daño tisular ya está establecido.

Emmanuela Lodosa Ayala, Elisa De Miguel Esteban, Ana Belen Segura Serrano, Bibiana Riaño Mendez, Isabel Saenz Moreno, Maria Ruiz del Campo
Servicio de Pediatría, Hospital San Pedro de Logroño, La Rioja

ÚTILIDAD EN URGENCIAS DE PROBPNP

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Se segrega péptido natriurético de tipo B (BNP) y su prohormona (proBNP) por aumentos de presión/volumen ventricular.

Estudios recientes en niños, confirman la relación entre los valores de proBNP y evolución a insuficiencia cardiaca (IC) así como marcador de disfunción ventricular.

Valores altos de BNP se relacionan con:

- Peor pronóstico
- Mayor riesgo de muerte/reingreso
- Respuesta al tratamiento

BNP/proBNP son reconocidos como esenciales en la evaluación cardiológica del adulto en urgencias. En pacientes pediátricos su conocimiento esta en desarrollo.

¿Tiene utilidad en las urgencias pediátricas como marcador de disfunción ventricular?

MATERIAL Y MÉTODOS

Niño de 3 años, acude a urgencias por vómitos, diarrea, insomnio, irritabilidad desde hace 48 horas.

exploración física:

Temperatura, tensión arterial, saturación de oxígeno, frecuencia respiratoria: normales.

Auscultación cardiaca: rítmico 211 lpm

Resto sin interés.

Pruebas Complementarias:

ECG urgencias: taquicardia sinusal 207 lpm.

ECG 48 horas: taquicardia sinusal 150 lpm. QRS estrecho. QTc 0,43. Ondas T aplanadas y negativas V1-V5

Bioquímica: normal



Emmanuela Lodosa Ayala, Elisa De Miguel Esteban, Ana Belen Segura Serrano, Bibiana Riaño Mendez, Isabel Saenz Moreno, Maria Ruiz del Campo
Servicio de Pediatría, Hospital San Pedro de Logroño, La Rioja

ÚTILIDAD EN URGENCIAS DE PROBPNP

Tóxicos orina: negativos

Hemograma: leucocitosis con 75% neutrófilos.

PCR/VSG: seriadas negativas.

Enzimas cardiacos seriados negativos.

proBNP (urgencias): 500 pg/ml

proBNP (48 horas): 448 pg/ml

Radiografía tórax: normal.

TSH/T4: normales.

Permanece taquicárdico 48 horas, hemodinamicamente estable, asintomático.

Sospecha diagnóstica: TAQUICARDIA SINUSAL, proBNP alto: disfunción ventricular subclínica.

Diagnóstico diferencial:

- Miocardiopatía de base: Ecocardiografía: normal. Aorta bicúspide.
- Taquimiocardiopatía aguda por viriasis: serologías: Parvovirus B19 Ig M positivo.
- Taquimiocardiopatía secundaria a arritmia: Holter: sin alteraciones de interés.

JUICIO CLINICO: Taquicardia sinusal por posible miocarditis por Parvovirus B19.

RESULTADOS

La realización de proBNP en urgencias nos orientó hacia el diagnóstico de disfunción ventricular por miocarditis como causa de la taquicardia.

Estamos siguiéndolo en la consulta por si desarrolla a medio-largo plazo una miocardiopatía dilatada secundaria, ya que proBNP es indicador de mal pronóstico en miocarditis.

Creemos útil introducir este marcador en la evaluación cardiológica del niño en urgencias.

**Pablo del Villar Guerra, Roberto Velasco Zúñiga, Laura Crespo Valderrábano ,
Elena Santamaría Marcos, Silvia Calderón Rodríguez, Verónica Puertas Martín**
Hospital Universitario del Río Hortega

ESOFAGITIS EOSINOFÍLICAS DIAGNOSTICADAS DESDE LA URGENCIA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La esofagitis eosinofílica es una de las principales causas de disfagia en niños. En el adulto joven se estima que la mitad de las impactaciones de bolo alimenticio son por esta causa. Se caracteriza por la infiltración del esófago por leucocitos eosinófilos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos cuatro casos de esofagitis eosinofílicas diagnosticadas desde la urgencia de Pediatría. En tres de los casos la clínica fue de impactación de bolo alimenticio (trozo de carne en dos casos y pipa de girasol en el tercero), que precisaron de endoscopia para su extracción. El cuarto caso consultó por disfagia de 15 días de evolución, tras episodio previo de atragantamiento con un trozo de carne.

En los cuatro casos el diagnóstico se confirmó mediante biopsia de la pared esofágica.

Tres de los pacientes se trataron con corticoides inhalados, y el cuarto con montelukast oral. Todos tuvieron buena evolución, sin nuevos episodios de atragantamiento.

RESULTADOS

Ante un episodio de impactación de bolo alimenticio, la esofagitis eosinofílica es uno de los primeros diagnósticos diferenciales que nos debemos plantear, por lo que es recomendable la toma de biopsias de pared esofágica al realizar la endoscopia para la desimpactación.

Silvia Tabernero Barrio, Ariane Calvo Sáez, Soledad Torrús Carmona, Mónica Arcos Bahillo, Concepción Salado Marín, Juan Ignacio Montiano Jorge
Servicio de Pediatría, Hospital Txagorritxu, Vitoria.

ELEVACIÓN DE VALORES DE PROCALCITONINA EN INFECCIÓN VIRAL LOCALIZADA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La procalcitonina (PCT) es un nuevo marcador de infección bacteriana que puede ofrecer varias ventajas sobre la Proteína C Reactiva (PCR). Sus valores se elevan a las 2 horas de la inflamación, alcanzando el pico máximo hacia las 6 horas y normalizándose a los 2-3 días. En humanos sanos los valores séricos de PCT son casi indetectables y se eleva intensamente (1-700ng/mL) en infecciones bacterianas sistémicas graves. En las infecciones virales el valor de PCT se puede elevar moderadamente, permaneciendo habitualmente en valores inferiores a 2ng/mL. En la bronquiolitis aguda los niveles de PCT permanecen por debajo de 0,5ng/mL y no se correlacionan con la severidad del proceso. La Sensibilidad de esta prueba es del 83%, la Especificidad del 93% y un Valor Predictivo Positivo mayor que la PCR, Interleuquina-6 e Interferón alfa para diferenciar entre infección bacteriana y vírica.

Objetivo: presentar un caso con PCT elevada y revisión bibliográfica sobre el marcador.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una lactante de 7 meses con fiebre y gastroenteritis aguda. A su llegada se objetiva deshidratación hipernatrémica grado III con acidosis metabólica. Presenta a su vez cuadro respiratorio con tiraje y polipnea moderados. En la analítica sanguínea observamos PCT>100 ng/dL (en controles posteriores: 79,5 y 8,0), PCR: 1,7 mg/L y leucocitos: 7100/mm³ (Neutrófilos:35%, Cayados:2%, Linfocitos: 50%, Monocitos: 13%), antígeno de Rotavirus en heces: positivo y antígeno de virus respiratorio sincitial en lavado nasal: positivo.

RESULTADOS

Los valores elevados de PCT no siempre señalan hacia infecciones bacterianas graves diseminadas, sino que también pueden corresponder a infecciones localizadas y virales.

Maria del Mar Romero López, Julia Martín Sánchez, Francisco Javier Aracil Santos
Servicio Urgencias de Pediatría, Hospital Universitario La Paz. Madrid

LARVA CUTÁNEA MIGRANS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Fundamento: Las enfermedades tropicales son cada vez más frecuentes en nuestro país.

Objetivo: Sensibilizar a la comunidad pediátrica de la emergencia de esta patología a través de un caso en nuestro servicio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Niño de 17 meses que acude a Urgencias por lesión en brazo izquierdo lineal serpinginosa de color pardo y pruriginosa. En las 3 semanas de evolución había ido creciendo por un extremo. Mide aproximadamente 3 centímetros y no está sobreelevada. Como antecedente refiere haber viajado hace 2 meses a Bolivia coincidiendo con el verano austral, donde estuvo jugando en zonas pantanosas.

La clínica y exploración sugiere el diagnóstico de larva cutánea migrans. Se solicita serología e inicia tratamiento con Albendazol 200mg/24h 3 días sin presentar nuevo crecimiento.

RESULTADOS

La larva cutánea migrans es muy común en el trópico y subtropical. Penetra a través de los folículos pilosebáceos y orificios glandulares de zonas cutáneas en contacto con tierras húmedas.

El período de incubación oscila desde horas hasta varios meses. La lesión cutánea típica es serpenteante, pruriginosa, a partir del punto de penetración, avanzando por uno de sus extremos, de unos milímetros a centímetros al día reflejando la reacción inflamatoria secundaria al parásito, pero sin correlacionarse con su localización exacta.

El diagnóstico es clínico, siendo de gran valor los datos epidemiológicos. El estudio histológico es poco rentable y no suele realizarse. Igualmente la serología suele ser negativa como de hecho ocurrió en nuestro caso.

La evolución suele ser favorable, con curación espontánea en semanas o meses, por lo que la actitud terapéutica puede ser expectante, sin embargo, suele tratarse para acortar su evolución.

Actualmente el uso de Albendazol durante un periodo que puede variar entre dos y siete días o la Ivermectrina en 1 o 2 dosis son el tratamiento de elección.

María del Carmen Segoviano Lorenzo, Pilar Rojo Portoles, Jairo Vladimir Guarín Muñoz, Rut Del Valle Pérez, Begoña Losada Pinedo, María Jesús Navarro Carmona
Servicio de Pediatría. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

BRUCELOSIS, A PROPÓSITO DE TRES CASOS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La brucelosis es una zoonosis causada por diversas especies del género *Brucella*, capaz de producir una infección sistémica. Afecta principalmente al sistema osteoarticular, genitourinario, reticuloendotelial y neurológico; y es una causa de fiebre de origen desconocido. Se adquiere principalmente por la exposición a fluidos o productos de animales infectados. El propósito de esta comunicación es destacar la importancia de su sospecha ante cuadros febriles de origen incierto con afectación sistémica y articular.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de tres hermanos afectados de Brucelosis tras ingesta de queso no pasteurizado. Dos de ellos acuden a Urgencias por síndrome febril prolongado, sin otros síntomas destacables. Tanto la exploración como la analítica fueron anodinas. Se ingresan para estudio por síndrome febril sin foco. En la anamnesis destaca la ingesta de queso no pasteurizado procedente de Siria. Ante la sospecha de Brucelosis se realiza Test de Rosa de Bengala que en ambas resulta positivo con IgM frente a *Brucella* positivo. El cuadro se resuelve tras tratamiento con Trimetropin-Sulfametoxazol y Rifampicina. Posteriormente acude a Urgencias el tercer hermano con cuadro de tumefacción de rodilla derecha y cojera acompañado de fiebre. La analítica fue igualmente anodina. Ante los antecedentes se sospecha artritis secundaria a *Brucella* y se inicia tratamiento con Trimetropin-Sulfametoxazol, Rifampicina y Gentamicina con resolución de los síntomas. El Test de Rosa de Bengala y la IgM frente a *Brucella* igualmente confirma el diagnóstico.

RESULTADOS

La brucelosis continúa siendo un problema sanitario en todo el mundo. Se ha erradicado en muchos países desarrollados, pero continúa siendo endémica en países de la cuenca mediterránea, Golfo Pérsico, India, y Centro y Sudamérica. El incremento en el número de viajes a estas zonas, acompañado del aumento de la población inmigrante proveniente de ellas, hacen que para el pediatra sea importante tener un conocimiento amplio de esta enfermedad.



Daniel Natera de Benito, María Lorenzo Ruíz, Olga Patiño Hernández, Marta Soria López, Antonio Gancedo Baranda, Manuela Martínez Campos
Hospital Universitario Fundación Alcorcón

EDEMA DE ESCROTO AGUDO IDIOPÁTICO EN EDAD PREPUBERAL ¿INFRA-DIAGNOSTICADO?

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Presentamos dos casos de edema escrotal agudo idiopático. Constituye una patología que, a pesar de estar infra-diagnosticada, supone la causa más común de escroto agudo en menores de 10 años. Cursa con edema y eritema de aparición súbita en región escrotal, con posibilidad de extensión a las áreas adyacentes. Los episodios suelen ser autolimitados, con recidivas frecuentes.

Su similitud con el edema angioneurótico, la eosinofilia asociada en algunos casos y la ocasional respuesta a anti-histamínicos, lo señalan como un tipo de reacción alérgica. Hasta un 60% de los pacientes asocian otro desorden alérgico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Describimos los casos de dos varones, de 3 y 6 años, que acudieron a Urgencias de nuestro hospital por aparición brusca de dolor en bolsa escrotal. En la exploración física de ambos impresionaba el aumento de tamaño de bolsa escrotal y prepucio peneano, con piel caliente, engrosada, eritematosa y dolorosa al roce. Sin traumatismo previo y afebriles. Ambos presentaban antecedentes de desordenes alérgicos de otra índole. El paciente de 6 años presentaba antecedente paterno de episodios autolimitados, en su juventud, de inflamación escrotal y peneana.

El estudio ultrasonográfico con Doppler descartó otras causas de escroto agudo en uno de los pacientes. El otro paciente requirió valoración quirúrgica, debido a que la ecografía no fue capaz de demostrar vascularización intratesticular, por criptorquidia previa.

Tras diagnóstico de edema escrotal agudo idiopático, ambos fueron dados de alta con tratamiento antiinflamatorio y antihistamínico, con desaparición progresiva de la clínica en dos días. Uno de los pacientes presentó un nuevo episodio a los 22 días.

RESULTADOS

Dado que su diagnóstico es básicamente clínico, es de gran importancia que el pediatra de Urgencias conozca su presentación típica e incluya este cuadro en el Diagnóstico diferencial del escroto agudo. Ello evitará exploraciones, actuaciones quirúrgicas y antibioterapias innecesarias.



Sandra Díaz Parra, María José Bravo Sayago, Carolina Jiménez Alcántara, Patricia García Soler, Esther García Requena, Víctor Cuenca Peiró
Unidad de cuidados intensivos y urgencias pediátricas.

BLOQUEO AURICULOVENTRICULAR COMPLETO TARDÍO EN CARDIÓPATA INTERVENIDO

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

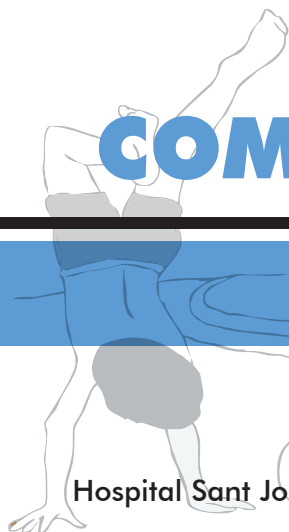
Introducción: El bloqueo auriculoventricular completo (BAVC) postoperatorio es una entidad rara con una incidencia de un 3-4% y suele estar asociada al cierre quirúrgico de comunicaciones interventriculares (CIV), corrección de tetralogía de Fallot y del canal auriculoventricular. La mayoría suceden en el postoperatorio inmediato, de forma transitoria debido al trauma sobre sistema de conducción. Debido a fibrosis local progresiva, el BAVC puede aparecer de forma tardía, con necesidad de marcapasos en el 0,3 – 0,7% de los pacientes. Presentamos un caso diagnosticado 21 meses tras la cirugía.

MATERIAL Y MÉTODOS

Caso clínico: Niña de 2,4/12 años de edad, afecta de síndrome de Down que ingresa por presentar en las 48 horas previas varios episodios de desconexión del medio acompañados de palidez cutánea, con pérdida del tono postural de 3-4 segundos de duración y recuperación rápida posterior. AP: CIV intervenida hace 21 meses en cuyo postoperatorio presentó BAVC transitorio en las primeras 48 horas, recuperando ritmo sinusal posteriormente. exploración: Auscultación cardíaca rítmica. Soplo sistólico I/IV en borde esternal izquierdo funcional. Pruebas complementarias. EEG: inespecífico; ECG: ritmo sinusal a 110 lpm, PR normal y bloqueo completo de rama derecha. Durante su estancia presentó episodios similares con auscultación arrítmica motivando el ingreso en UCI para monitorización. Se constata BAVC y se interviene de forma urgente para implantación de marcapasos definitivo monocameral epicárdico, con buena evolución posterior.

RESULTADOS

Conclusión: El BAVC transitorio en el postoperatorio precoz se considera factor de riesgo para presentar BAVC tardío. Ante un episodio sincopal en paciente intervenido de cirugía cardíaca hay que tener presente como sospecha diagnóstica el BAVC, resaltando la importancia de realizar un holter precoz, por el riesgo de muerte súbita asociado.



Judit Dorca Vila, Marta Castillo Rodenas, Zulema Lobato Salinas, Ruben Berrueco Moreno, Susana Rives Sola, Jesús Estella Aguado
Hospital Sant Joan de Déu. Althaia. Xarxa Assistencial Manresa. Servicio de Pediatría y Hospital Sant Joan de Déu. Barcelona. Servicio Hematología.

ANEMIA HEMOLÍTICA AGUDA EN PACIENTE DE SEXO FEMENINO DE 15 MESES

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

El déficit de glucosa-6-fosfato deshidrogenasa (G6PD), deficiencia enzimática más común en el mundo, está ligada al cromosoma X. Habitualmente pacientes asintomáticos hasta exposición a infecciones o agentes oxidantes como medicamentos o alimentos (habas).

MATERIAL Y MÉTODOS

Niña de 15 meses, padres consanguíneos. Llega a urgencias con mal estado general, ictericia, coluria, un vómito y fiebre de 48h de evolución. Sin antecedentes personales. Afebril. TA 101/66mmHg, FC 177lpm, SatO₂ 97%. exploración física: ictericia y hepatomegalia. Analítica: anemia severa normocítica (Hb 5,8mg/dL, Hto 17,1%), serie blanca y plaquetar, coagulación, EAB, folato y vitB12 normales, PCR 40mgr/L, reticulocitos 7%, bilirubina total 4,3mg/dL. Coombs i serologías negativas. Morfología sangre periférica: anisocitosis, policromasia. Hemoglobinuria. Fecatest: negativo. Se orienta como anemia hemolítica en contexto viral. Traslado a hospital de referencia. Se realiza transfusión de hematíes. Estudio enzimático: déficit G6PD (0.6UI/gHg). Reinterrogando familia y dada dificultad idiomática, se muestra una imagen de habas. Afirman ingesta, tras la que padre y hermana presentaron ictericia leve autolimitada. Estudio familiar: padre y hermano afectados, madre y hermana portadoras.

RESULTADOS

Ante sospecha hemólisis no inmune, descartar déficit G6PD y preguntar por ingesta de habas o fármacos. Destacar la rareza del caso por ser niña, debido a mutación homocigota y consanguinidad.

**José Luis Martín Alonso, Felix Morales Luengo, Ana Lobeiras Tuñon,
A. Mas Vidal, J. Santos Juanes, Julian Rodriguez Suarez**

Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. Asturias

PITIRIASIS LIQUENOIDE, UNA ENTIDAD A TENER EN CUENTA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La pitiriasis liquenoide es una dermatosis idiopática poco frecuente, si bien su incidencia no es bien conocida. Se presenta en dos formas, la aguda, variceliforme (PLEVA) o enfermedad de Mucha-Habermann y la forma crónica. La PLEVA es una vasculitis linfocitaria aguda, que se manifiesta como una erupción cutánea papular y hemorrágica, que se suele respetar las palmas, plantas, cuero cabelludo y mucosas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Niño de 10 años con erupción cutánea de 15 días de evolución. Inicialmente presenta algunas lesiones aisladas en el tronco, que se hacen más numerosas y progresan hacia la raíz de los miembros. No refiere prurito. No asocia fiebre, adenopatías u otra sintomatología. Al inicio se sospechó un exantema vírico o una varicela en fase inicial, pero ante la persistencia del cuadro consultan en nuestro centro. El paciente presenta un exantema maculopapuloso con lesiones hipo e hiperpigmentadas, junto a lesiones costrosas de predominio en cara, tórax, espalda y raíz de miembros superiores. No se objetivan lesiones en plantas y palmas. No presenta afectación de las mucosas. Ante la sospecha de pitiriasis liquenoide aguda se pauta tratamiento con eritromicina y exposición a rayos ultravioletas.

RESULTADOS

Es importante el conocimiento de esta entidad y considerarla en el diagnóstico diferencial de un exantema papular con lesiones hemorrágicas, pustulosas o necróticas de evolución prolongada, ya que posee un tratamiento específico.



Marina Medina Navarro, Elena Conde Puertas, Inmaculada Medina Martínez, Reyes Sánchez Tallón, Raúl Hoyos Gurrea, Lorena Moreno Requena
Hospital Universitario Virgen de las Nieves (Granada)

ACIDOSIS TUBULAR RENAL Y DESHIDRATACIÓN COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE GLOMERULONEFRITIS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Las alteraciones de la función renal que aparecen acompañando a trastornos hidroelectrolíticos deben ser tenidas en cuenta para identificar nefropatías subyacentes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de tres años que acude a Urgencias por vómitos de tres semanas de evolución, dolor abdominal, rechazo del alimento y fiebre intermitente.

Antecedentes: un hermano con diabetes tipo 1.

A la exploración presenta mediano estado general, palidez cutánea, mucosa oral seca, abdomen doloroso y fétor cetósico.

Analítica Hb 8.7mg/dl, Leucocitos 21.910/mm³ (PMN: 84.5%, Linfocitos: 11.9%, Monocitos: 3.2%, glucosa: 84 mg/dl, creatinina: 3.55mg/dl, urea: 158mg/dl Na 137.8 mmol/L, K, Cl 4.6 mmol/L: 118 mmol/l. Gasometría venosa: pH: 7.19, Bicarbonato: 11.3 mmol/L, EB -15.9).

Orina (proteínas 70 mg/dL, glucosuria 500 mg/dL, cuerpos cetónicos 10 mg/dL, ph: 7) Na, K, Cl, bicarbonato.

Con el diagnóstico de deshidratación con acidosis metabólica hiperclorémica, glucosuria e insuficiencia renal, se realiza corrección hidroelectrolítica, mejorando la situación clínica.

En los estudios posteriores destaca: Cistatina C 2.5mg/L, hipocomplementemia, ANA homogéneo 1/80, VSG 62. Ecografía: hiperecogenicidad ambos riñones. Anemia progresiva hasta Hb: 5.6 mg/dl.

Biopsia renal: glomerulonefritis proliferativa mesangial difusa con depósitos de IgG, C3, C4 y C9 en glomérulos y túbulos

RESULTADOS

La acidosis junto a glucosuria con glucemia normal orientó a afectación tubular renal. Los vómitos persistentes son causa de deshidratación con acidosis hipoclorémica. En nuestro caso, la acidosis hiperclorémica con hiato aniónico positivo y pH urinario >5,5, fueron indicativos de acidosis tubular renal distal tipo I.

La alteración de la función renal que aparece en situaciones de deshidratación es con frecuencia de causa prerrenal. En este caso, el Na urinario > 20 mEq/L con EFNa 3.3% establecieron el diagnóstico de fallo renal.

La coexistencia de ambos trastornos motivaron el estudio posterior que condujo al diagnóstico definitivo de nefropatía lúpica.

**M. Ángeles Martín Serrano , Alba Faus Pérez , Luisa Marco López de Lerma ,
J. Rafael Breton Martínez , Esther Ballester Asensio , Pilar Codoñer Franch**
Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Dr. Peset

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN PATERNA EN LAS URGENCIAS DE PEDIATRÍA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Conocer el grado de satisfacción y sugerencias de los acompañantes tras ser atendidos en Urgencias para detectar problemas y plantear actuaciones de mejora.

Material y métodos

Se evaluaron, mediante una encuesta de 17 preguntas, diversos aspectos a cerca de tiempos de espera hasta recibir asistencia, atención y trato recibido por los profesionales, organización y funcionamiento generales y sugerencias.

RESULTADOS

Se recogieron 95 encuestas. El tiempo hasta recibir asistencia fue adecuado para el 86%. El 51% consideró que el médico no se identificó. El 96% se sintió escuchado con atención. El 80% consideró que se explicaron los motivos de realizar exploraciones complementarias. La información recibida sobre la enfermedad y tratamiento del niño se valoró como buena o muy buena en el 95 y 97% respectivamente. El pediatra inspiró confianza y seguridad en el 96%. El 85 % consideró que el problema de su hijo se resolvería tras la asistencia. El trato recibido por el personal médico se valoró como bueno o muy bueno en el 98% y por enfermería en el 92%. La señalización dentro del hospital fue adecuada para el 94%, la limpieza para el 97%, la decoración adecuada o excelente para el 84%. Pudieron sentarse en la Sala de Espera el 82%. En la valoración global de Urgencias el 64% y el 32% estaba satisfecho o muy satisfecho respectivamente. Un 16,8% aportó 21 sugerencias acerca de personal facultativo, espacio físico, triaje, acceso y animación en urgencias.

CONCLUSIONES

Parecen necesarias intervenciones para mejorar la identificación del médico, la explicación del motivo de realizar o no exploraciones complementarias, la capacidad de la Sala de Espera y la decoración de Urgencias. A pesar de que un 95-97% valora adecuadamente la información recibida sobre el proceso del niño, un 15% no creen que el problema de salud quede resuelto tras nuestra asistencia.

María del Rosario García Luzardo, Noemí Rodríguez Calcines, Svetlana Paulovic, Sonia María Rivero Rodríguez, Sandra Serrano Perdomo
Hospital Universitari Sant Joan de Déu

CRISIS CONVULSIVAS AFEBRILES EN EL CONTEXTO DE GASTROENTERITIS AGUDA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La existencia de convulsiones durante una gastroenteritis sin deshidratación ni fiebre es una asociación descrita aunque probablemente infradiagnosticada. Es importante tenerla presente con el fin de evitar pruebas excesivas y/o tratamientos antiepilépticos prolongados.

Nuestro objetivo es describir dos casos que consultaron en nuestro Servicio por presentar convulsiones durante una gastroenteritis.

MATERIAL Y MÉTODOS

Caso 1: niño de 3 años, traído a Urgencias por 2 episodios de desconexión, mirada perdida e hipertonía generalizada. Dos días antes había comenzado con diarrea (6-7). Afebril.

Antecedentes personales sin interés. Antecedentes familiares: hermano con crisis febriles. exploración anodina. Hemograma, bioquímica y gasometría venosa normales.

En las siguientes 8 horas presenta 3 nuevas crisis que precisan diazepam IV, valproico IV seguido de perfusión continua. Se realiza TAC y EEG normales. Posteriormente, evolucionó favorablemente, sin nuevas crisis. En coprocultivo se aísla rotavirus. Seguimiento posterior sin nuevas crisis y desarrollo psicomotor normal.

Caso 2: niña de 22 meses, China, que acude a Urgencias por episodio de movimientos tónico-clónicos generalizados, pérdida de conciencia e incontinencia esfinteriana de 3 minutos que cedió espontáneamente. Desde 18 horas previas presentaba deposiciones líquidas (6) y vómitos (2). Afebril.

Antecedentes familiares y personales: sin interés. exploración física anodina. Hemograma, bioquímica y gasometría venosa normales.

Presenta nueva crisis que cede con diazepam rectal. Posteriormente no presenta nuevas crisis, la gastroenteritis se resuelve en 72 horas. En coprocultivo se aísla rotavirus. Evolución posterior favorable, sin crisis y desarrollo psicomotor normal.

RESULTADOS

Las crisis convulsivas parainfecciosas son afebriles a veces agrupadas, se asocian a procesos infecciosos banales, especialmente gastroenteritis e infecciones respiratorias altas.

Más frecuentes en asiáticos e invierno. Edad: 6 meses a 5 años.

No requieren pruebas complementarias rutinarias ni tratamiento antiepiléptico preventivo.

Tienen buen pronóstico global, con desarrollo psicomotor normal y escasa recurrencia de crisis.

co. **Javier Rodríguez Contreras, Josué Pérez Sanz, Cristina Ots Ruiz, Arantxa Gil Cabañas, Gloria Sánchez Arias, David Gómez Andrés**
Hospital Infantil Universitario La Paz, Madrid

NEUMOMEDIASTINO COMO COMPLICACIÓN DE MONONUCLEOSIS INFECCIOSA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Presentamos el caso de un niño de 5 años diagnosticado de mononucleosis infecciosa por virus de Epstein-Barr (VEB) que se complica con la aparición de un neumomediastino y atelectasia del lóbulo superior derecho (LSD). Se revisan la fisiopatología, la clínica y el manejo del neumomediastino espontáneo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Un niño de 5 años acude a Urgencias con cuadro catarral, fiebre, edema palpebral, odinofagia, anorexia, adenopatías cervicales, hepatoesplenomegalia y exudado amigdalár. El diagnóstico clínico de mononucleosis infecciosa se confirma posteriormente por serología positiva para infección aguda por VEB (VCA IgM +, anti EBNA IgG -). Acude de nuevo, a las 48 horas, con el mismo cuadro, al que se suma dolor abdominal de comienzo brusco y dificultad respiratoria, presentando pulsioximetría del 90 % y una imagen de neumomediastino en la radiografía de tórax. Ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, desarrollando en 24 horas un aumento del neumomediastino y la aparición de una atelectasia del LSD. El tratamiento de soporte permitió su recuperación y alta al domicilio en una semana.

RESULTADOS

El neumomediastino espontáneo suele iniciarse con la rotura casual de algunos alvéolos y la disección de bronquios y vasos por el gas ectópico hacia el hilio, siendo la causa más frecuente en niños la crisis de broncoespasmo. La clínica típica consiste en dolor torácico, aunque en ocasiones éste puede ser abdominal, junto a disnea y enfisema subcutáneo. Lo habitual es que el diagnóstico sea radiológico, al observar alguno de los signos típicos en una radiografía de tórax. El tratamiento del neumomediastino espontáneo debe ser conservador, de soporte, con reposo y analgesia, y tratando la patología desencadenante, si es posible. Puede manejarse de forma ambulatoria si el estado clínico del paciente lo permite, aunque en niños pequeños se recomienda un ingreso corto para observación inicial de la evolución.



**E. García Requena, V.D. Martínez Rivera, R. Moreno Cubero,
A. Morales Martínez, J.M. Cano España**
Servicio Urgencias de Pediatría, Hospital Materno-Infantil Carlos Haya, Málaga

HERPES ZOSTER DISEMINADO EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

El Herpes zoster es la reactivación del virus varicela-zoster que permanece latente en los ganglios de las raíces dorsales de la médula, caracterizado por presencia de lesiones vesiculares agrupadas en un dermatoma y excepcionalmente en más de uno.

Una forma clínica especial es el Herpes zoster diseminado (que parece atribuible a una diseminación hematógena del virus), en el que a distancia del territorio metamérico inicial aparecen lesiones cutáneas, en número superior a 25, y puede existir afectación visceral. Es más frecuente en pacientes con enfermedades cutáneas extensas previas, como atopia, y en sujetos inmunodeprimidos. No obstante, existen casos descritos en sujetos inmunocompetentes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Niña de 4 años que acude a urgencias por presentar: lesiones vesiculosas muy dolorosas agrupadas en antebrazo izquierdo y zona periocular derecha de 3 días de evolución, junto con lesiones vesiculosas generalizadas pruriginosas desde hace 2 días. Afebril. No otra sintomatología.

exploración: Buen estado general. Exantema pápulo-vesiculoso generalizado, algunas lesiones en fase de costra, respetando palmas-plantas (número aproximado: 60). Lesiones agrupadas vesiculosas en zona de inervación del nervio mediano izquierdo y 1ª rama del nervio trigémino derecho. ORL: lesiones vesiculosas en mucosa oral y en pilares amigdalinos anteriores.

Pruebas complementarias: Hemograma, bioquímica, inmunoglobulinas, complemento y subpoblaciones linfocitarias normales. PCR: 9.6 mg/l. Serología IgM e IgG a VVZ: Positivos. Resto de virus Herpes negativos. PCR en sangre (HSV1, HSV2): negativos.

Valoración oftalmológica: sin complicaciones oculares.

Evolución: Siguió tratamiento con Aciclovir oral, presentando buena evolución.

RESULTADOS

El Herpes zoster diseminado es una entidad poco frecuente pero posible en pacientes sin patología previa.

Es difícil el diagnóstico diferencial entre Herpes zoster con vesículas aberrantes y Herpes zoster diseminado, y hemos de basarnos principalmente en el número de vesículas.

La forma diseminada puede confundirse con varicela, ya que en ocasiones la lesión de Herpes zoster pasa desapercibida, lo que dificulta el diagnóstico.

Paula García Casas, Jacobo Cela Alvargonzález, Alvaro Gimeno Díaz de atauri, Consuelo Benito Caldés, Cristina Puente Sánchz, Isabel Martos Sánchez
Servicio Urgencias Pediátricas - Hospital Puerta de hierro Majadahonda

NEUMOTÓRAX SECUNDARIO A CRISIS DE BRONCOESPASMO

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

El neumotorax es una patología infrecuente en pediatría con dos picos de incidencia (periodo neonatal y adolescencia) y predominio en varones. Tras la etiología traumática y iatrogénica (ventilación mecánica), la causa más común de neumotórax secundario son las exacerbaciones asmáticas (0.2% de los casos), aunque el hallazgo inicial suele ser un neumomediastino que puede progresar hacia neumotórax y ocasionalmente asociarse a enfisema subcutáneo. En la mayoría de los casos evolucionan favorablemente con tratamiento conservador. La probabilidad de recurrencia es de un 30%. Ante un niño con exacerbación asmática y mala evolución a pesar de tratamiento broncodilatador se debe valorar realizar una radiografía de tórax para descartar complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Niña de dos años que consulta en urgencias por dificultad respiratoria y fiebre de 24h de evolución que no responde a broncodilatadores inhalados. Antecedentes personales: Sibilancias episódicas virales desde los 6 meses. exploración física: BEG, sat O2 93%, FR 55 rpm, tiraje subcostal moderado, sibilancias espiratoria dispersas, e hipoventilación en hemitórax superior derecho (pulmonary score 5-6), resto normal. Tras nebulizaciones de salbutamol persiste asimetría a la auscultación por lo que se realiza radiografía de tórax en la que se objetiva neumotórax apical derecho con colapso segmentario del LSD. Se extrae analítica para descartar otras complicaciones (gasometría, hemograma y bioquímica normales, PCR 20.69mg/l, virus respiratorios negativos). Ingres para oxigenoterapia intensiva (mascarilla con reservorio), terapia broncodilatadora y corticoidea. Se amplía estudio: alfa-1-antitripsina norma, ionotest y mantoux negativos. Radiografía de control a las 24 horas: desaparición de neumotórax, persiste atelectasia de segmento apical de LSD y atelectasia laminar retrocardiaca. Buena evolución clínica, alta a los 7 días de ingreso. Actualmente esta asintomática.



Carmen Carreras Blesa, Mónica Muñoz García, Beatriz Ruiz Cobos, M^a Ángeles Muñoz Miguelsanz, Isabel López Contreras, Javier Pacheco Sánchez-Lafuente
Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada

ESQUISTOSOMIASIS. DIAGNÓSTICO EMERGENTE EN URGENCIAS.

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

El aumento de la población inmigrante y la accesibilidad a Urgencias para este grupo poblacional nos hace plantearnos diagnósticos hasta ahora poco habituales.

Se expone el caso de hematuria en un inmigrante y la actitud diagnóstica y terapéutica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 10 años de edad, nacido en España de padres originarios de Mauritania, donde viaja regularmente. Consulta en Urgencias por hematuria y dolor abdominal intermitentes de dos semanas de evolución, con empeoramiento en las últimas horas, debilidad y afectación del estado general. En sedimento urinario presenta 2000 hematíes/mmc y cilindros hialinos y en la analítica sanguínea realizada destaca eosinofilia del 30%. La urea, creatinina y electrolitos en sangre son normales.

En ecografía se evidencia lesión sólida vascularizada, de 2 x 1 cm, en pared lateral derecha de vejiga urinaria.

El sedimento convencional no muestra parásitos, por lo que se solicita examen en fresco sobre orina centrifugada y posteriormente filtrada, identificándose huevos de *Schistosoma haematobium*. Tras el diagnóstico se inicia tratamiento con praziquantel.

En la evolución posterior desaparece la clínica y se normaliza el sedimento, aunque aumenta la lesión vesical, obstruyendo uréter izquierdo y causando hidronefrosis, por lo que se realiza resección cistoscópica, presentando como complicación perforación vesical y shock hipovolémico que precisan ingreso en UCI.

RESULTADOS

El diagnóstico diferencial de la hematuria en el niño escolar incluye entre otros procesos: glomerulopatías, infecciones, traumatismos, enfermedades quísticas renales, uropatías malformativas y tumores.

Para el diagnóstico es importante localizar el origen de la hematuria, determinar la función renal y las pruebas de imagen.

La eosinofilia asociada puede orientar hacia causa infecciosa parasitaria o a reacciones de hipersensibilidad. Los antecedentes epidemiológicos orientaron a la búsqueda de schistosomas en orina. Para el diagnóstico debe realizarse la búsqueda exhaustiva en orina centrifugada y posteriormente filtrada con membranas nucleopore.

Miriam Palacios Sánchez, M^a Isabel Montes Ciudad, Cristina Flores Rodríguez,
Lydia Hurtado Barace, Andrea Pascual Bonilla, Concepción Freijo Martín
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

EPIDEMIOLOGIA DE LAS INTOXICACIONES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Estudio retrospectivo y descriptivo de los aspectos clínicos y epidemiológicos de los niños que consultaron por sospecha de intoxicación en nuestro servicio de urgencias durante el año 2010.

MATERIAL Y MÉTODOS

92 pacientes (< 14 años) consultaron por sospecha de intoxicación durante el año 2010. Se analizó la edad, sexo, clínica, tipo de toxico, tratamiento.

RESULTADOS

92 pacientes analizados representan el 0.2% del total de las urgencias pediátricas (48.338), por sexos 50 (54%) niños y 42 (46%) niñas, la edad media fue de 3.6 años (rango 9 meses-14 años) distribuidos < 5 años 76 (82.6%), entre 5 y 10 años 10 (10.9%) y >de 10 años 6(6.5%). Fármacos como el paracetamol, ibuprofeno y la cloperastina fue la intoxicación más frecuente 42 (46%), productos químicos domésticos como lejía, amoníaco y colonia 37 (40%), intoxicación etílica 3 (3.3%), inhalación de monóxido de carbono 10 (10.9%). Todos fueron en el domicilio. El tiempo medio de consulta fue de 3 horas (rango 5 minutos - 6 días). Necesitaron tratamiento 37 (40.2%): 15 (40.5%) carbón activado, 9 (24.3%) lavado gástrico, 7 (18.91%) oxigenoterapia, 2 (5.4%) N-acetilcisteína, 2 (5.4) esofagoscopia, otros (27.02%). 25 niños (27.17%) requirieron ingreso hospitalario siendo la estancia media 1.8 días (rango 2horas-18días) y su mediana 1 día.

CONCLUSIONES

- 1) Las intoxicaciones en pediatría es un motivo poco frecuente de consulta.
- 2) La mayor incidencia en los menores de 5 años a pesar del aumento de las medidas de seguridad de los productos.
- 3) Los productos causantes de la intoxicación tanto medicamentosas como químicas son los de uso más frecuente en el ambiente familiar.
- 4) La escasa morbilidad en el conjunto de las intoxicaciones.
- 5) Prevención importante para los cáusticos, ya que las consecuencias suelen ser dramáticas.



Carlos Manuel Mengotti Caligaris, Ana Moreira Echeverria, Ely Suset De Dios Melenciano, Angel Moral García, Hussein Al-Kassab, María José Comesías Gonzalez
Servicio Pediatría, Hospital Sant Joan de Deu Martorell (Barcelona)

QUISTE LARINGEO CONGÉNITO Y APNEA OBSTRUCTIVA GRAVE

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La incidencia de quistes laríngeos congénitos (QLC) es 1,82/100.000 recién nacidos vivos. Provocan estridor y excepcionalmente apnea obstructiva, responsable de su elevada morbimortalidad. Solo 2% de los neonatos con estridor laríngeo tienen QLC, siendo la laringomalacia su etiología más frecuente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 5 días. Consulta en paro respiratorio, hipotérmico y cianótico. En las últimas 12 horas hipoactivo, succión débil y quejido. No fiebre. Antecedentes: 2ª gestación bien controlada (TPAL 1001). Ecografías prenatales normales. Serologías negativas. EGB negativo. Amniorrexia de 6 horas. Parto eutócico a las 37s de gestación. PN: 2.720gr. APGAR 9/10/10.

Consulta en apnea con FC: 150pm y SaO₂ 63%. Se realiza intubación orotraqueal y ventilación con Ambú. Extubación accidental a los 20 minutos con buena dinámica respiratoria por lo que continúa con O₂ por gafas nasales. Se administran Ampicilina + Gentamicina ev por imagen radiológica sugestiva de neumonía. Equilibrio venoso: pH 6.93 EB: -16.7 mEq/L. Hemograma: 24.200 leucocitos/mm³ (Neutr. 49%, linf. 41%, bandas 5%). Glucemia: 95 mg/dl. Calcemia total 2.44 mmol/L. PCR < 5mg/L. Traslado a UCI neonatal. Se reintuba por hipoxemia y acidosis respiratoria, visualizándose durante la maniobra tumoración a nivel de la glotis.

RM: quiste laríngeo supraglótico de 16 mm de diámetro mayor con compromiso grave de la vía aérea. A los 8 días de vida: excéresis de la tumoración sin incidencias, vía microlaringoscopia directa. Al no constatar signos de infección, a las 24 horas de la cirugía se suspenden antibióticos. Alta a domicilio 3 días después. Biopsia: resultado pendiente.

RESULTADOS

En el período neonatal, el diagnóstico de malformación congénita de la vía aérea superior requiere un alto índice de sospecha sobre todo cuando los síntomas respiratorios son atípicos y los antecedentes perinatales irrelevantes frente a etiologías más frecuente como inmadurez, infección, trastornos neurológicos o metabólicos.

**María Álvarez Fuente, Luis Escosa García, Rosario López,
Cristina Schüffelman, Esther Ramos, Fernando Baquero**
Hospital Universitario La Paz

MENINGOENCEFALITIS COMPLICADA POR LISTERIA EN UNA PACIENTE ADOLESCENTE

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Listeria monocitogenes es un bacilo gram positivo que infecta principalmente a pacientes en los extremos de la vida, embarazadas e inmunodeprimidos con compromiso de la inmunidad celular. Presenta además un especial tropismo por el sistema nervioso central (SNC), generando cuadros graves.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una adolescente de 13 años diagnosticada de enfermedad de Crohn y en tratamiento corticoideo de instauración reciente. Acude a urgencias por un cuadro de fiebre, cefalea y diplopia. Los exámenes complementarios resultaron poco reveladores. Presenta una analítica con leucocitosis con predominio de neutrófilos y PCR de 88 mg/L. Se realiza un TC craneal en el que no se observan hallazgos patológicos. En el análisis del líquido cefalorraquídeo (LCR) presenta glucosa de 9 mg/dl, proteínas de 186 mg/dl, lactato de 9.1 mmol/l, 165 leucocitos (polimorfonucleados 35% y monocitos 65%). Ante los Resultados descritos se inició tratamiento empírico para meningitis bacteriana (incluida Listeria), viral y tuberculosa. A las 24 horas se aisló Listeria monocitogenes en el cultivo del LCR y se optimizó el tratamiento. No obstante, la evolución de la paciente en las primeras 72 horas no fue favorable, presentando progresivo deterioro del nivel de conciencia, como consecuencia de una hidrocefalia no obstructiva que precisó drenaje ventricular. Posteriormente la paciente comenzó con clara mejoría clínica, permaneciendo con antibioterapia intravenosa prolongada.

RESULTADOS

El paciente inmunodeprimido es susceptible a infecciones poco habituales, por lo que no debemos olvidar Listeria monocitogenes, así como otros patógenos oportunistas, al realizar el diagnóstico diferencial. Sospechar esta etiología puede resultar determinante para el pronóstico, ya que frecuentemente, como en este caso, la clínica y los Resultados de las pruebas complementarias no orientan al diagnóstico. Estos pacientes precisan un seguimiento estrecho por la mala evolución que sufre a pesar de la correcta instauración del tratamiento.

Ester Cid París, Nerea Lopez Andrés, Eliana Rubio Jiménez, Gonzalo Galicia Poblet, Gema Arriola Pereda, Jose María Jiménez Bustos
Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Guadalajara. Universidad de Alcalá.
Departamento de especialidades médicas.

INTOXICACIÓN POR AMANITA PHALLOIDES

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La Amanita Phalloides es la causa principal de intoxicaciones mortales por setas en nuestro país. Presentamos el caso de 2 hermanos (niña de 15 y niño de 10 años) con insuficiencia hepática, en el contexto de intoxicación familiar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Acude a urgencias una familia que presenta cuadro de vómitos, abdominalgia y deposiciones diarreicas, de 16 horas de evolución. Como antecedente destaca ingesta de setas silvestres 24 horas antes. Impresión de mayor gravedad el padre y la hermana siendo la clínica del hermano y la madre menos acentuada. Ante la posibilidad de intoxicación por Amanita Phalloides o Amanita Virosa, se inicia tratamiento al ingreso mediante hiperhidratación y senósidos para forzar eliminación de toxina, carbón activado y sibimarin para limitar su absorción, y ondasetrón. El padre es trasladado a hospital terciario a las 3 horas, precisando trasplante hepático urgente. A las 14 horas del ingreso ambos hermanos, presentan afectación de parámetros analíticos con elevación de transaminasas, descenso de la actividad de protombina y prolongación de INR. Se trasladan ambos niños a un hospital terciario con programa de trasplante hepático, donde posteriormente presentan encefalopatía hepática grado I. Tras recibir varias sesiones de MARS (Molecular Adsorbent Recirculating System), son dados de alta con mejoría clínica y analítica. En revisión en consultas externas de nuestro hospital, a los 11 días de la ingestión, presentan completa normalización tanto clínica como analítica.

RESULTADOS

La insuficiencia hepática aguda grave tras una intoxicación por setas es infrecuente en nuestro medio, pero tiene elevada morbimortalidad si no se instauran precozmente las medidas terapéuticas adecuadas. El desarrollo de técnicas de depuración extracorpórea (MARS), es un importante avance en el tratamiento de estos pacientes, fundamentalmente en fases precoces de la intoxicación.

Pablo Del Villar Guerra, Jose Luis Fernández Arribas, Helvia Benito Pastor, Nathali Campo Fernández, Roberto Velasco Zúñiga, Sara Puente Montes
Unidad de Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Del Rio Hortega. Valladolid.

LA TORTÍCOLIS ES EL ÚNICO SÍNTOMA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La tortícolis adquirida en los niños tiene diferentes y muy variadas etiologías. Las más frecuentes son traumáticas, inflamatorias, tumorales e infecciosas. Presentamos un caso de tortícolis como único síntoma de presentación de una patología infecciosa. Pretendemos ilustrar con este caso la necesidad de un diagnóstico diferencial adecuado de este síntoma.

MATERIAL Y MÉTODOS

Niño de 4 años de edad, con tortícolis derecha como único síntoma de 18 horas de evolución, cuando aparece fiebre de hasta 39.4. Su pediatra le prescribe cefixima oral tras diagnosticarle de amigdalitis y contractura del esternocleidomastoideo. Acude a urgencias 48 horas después por persistencia de la fiebre, la tortícolis y el dolor cervical. A la exploración presenta tortícolis derecha y múltiples adenopatías cervicales, principalmente del lado derecho, con borramiento del ángulo mandibular derecho. Se realiza analítica sanguínea y ecografía cervical, compatible con absceso parafaríngeo derecho. Se decide ingreso con antibioterapia y corticoterapia intravenosas. Tras 48 horas, y ante la mala evolución, se decide realizar TAC cervical, donde se observa adenopatía retrofaríngea abscesificada, y se decide extirpación y drenaje quirúrgicos, con buena evolución posterior.

RESULTADOS

En nuestro caso la tortícolis fue el único síntoma de presentación de un absceso parafaríngeo y retrofaríngeo, patología infecciosa potencialmente grave, que no fue considerada inicialmente en el diagnóstico diferencial. Este caso demuestra la necesidad de considerar diagnósticos alternativos a las patologías banales más frecuentes en los niños con este síntoma, y que el retraso diagnóstico puede empeorar el pronóstico del paciente.

**Elena Cobos Carrascosa, Irene Alías Fernández, Javier Aguirre Rodríguez,
Antonio Toro de Federico, Itz'ar García Escobar, Antonio Bonillo Perales**
CH TORRECÁRDENAS, SAS

INTOXICACIÓN AGUDA EN NEONATO DEBIDO AL MAL USO DE REMEDIOS CASEROS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Introducción: El uso de infusiones de anís estrellado como carminativo, eupéptico y antiespasmódico en el tratamiento del cólico del lactante tiene un amplio arraigo cultural. Tras la ingesta de pequeñas cantidades puede aparecer sintomatología neurológica, gastrointestinal, cardiológica e incluso se ha evidenciado muerte en animales de experimentación.

MATERIAL Y MÉTODOS

CASO CLÍNICO:

Anamnesis: neonato de 17 días de vida que en su domicilio presenta cuadro de hiperexcitabilidad, irritabilidad e hipertonia junto con movimientos anormales de 24 horas de evolución, por lo que acude a urgencias.

Antecedentes personales: embarazo controlado, parto por cesárea por desproporción pélvico-cefálica, a término.

Peso recién nacido: 4.300 gr. Lactancia materna exclusiva. Perinatal normal.

Diagnosticado por su pediatra 72 horas previas a la clínica de cólico del lactante, que comenzó a tratar en domicilio 48 horas antes de su llegada a urgencias con infusión de anís estrellado.

Antecedentes familiares: sin interés.

RESULTADOS

exploración Física: Aceptable estado general, buen color de piel y mucosas. Bien hidratado, nutrido y perfundido. No exantemas ni petequias. Fontanela anterior normotensa.

ACR. Normal. ORL: normal. Abdomen: blando, depresible, no doloroso a la palpación, sin masas ni megalias.

Neurológico: hipertonia generalizada, movilidad activa escasa y pasiva con limitación de movimientos de las 4 extremidades. Ante mínimos estímulos aparece sobresalto.

Pruebas complementarias: Se realiza triage en orina para descartar otros tóxicos, siendo éste negativo.

CONCLUSIONES

Evolución: Tras la retirada de anís estrellado se produce mejoría clínica, desapareciendo hipertonia e hiperexcitabilidad en las 48 horas posteriores.

Conclusión: Aunque el anís estrellado ha demostrado ser una sustancia terapéutica segura y eficaz, su uso incontrolado también entraña un riesgo potencial para la salud. Por esto, su comercialización debe ser regulada por las autoridades sanitarias al igual que debe controlarse el proceso de distribución y dispensación para evitar adulteraciones más peligrosas.

Sergio Benito Fernandez, Cristina Naranjo Gonzalez, Miriam Palacios Sánchez, Rocio Sancho Gutierrez, Eva García Valle, Jose Lorenzo Guerra Diez
Unidad de urgencias de pediatría, Hospital marques de valdecilla, Cantabria

IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE CEFALEA EN URGENCIAS. DESCRIPCIÓN DE TRES CASOS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La cefalea constituye un motivo de consulta frecuente en pediatría, estimándose entre 1 y 2% en unidades de urgencias. Se relaciona con procesos intercurrentes banales, pero es imprescindible descartar patología orgánica severa. Objetivo: describir 3 casos de cefalea aguda y subaguda y su evolución clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Caso1: Niño de 8 años que acude por cefalea frontal, fiebre de 40.5°C, secreción mucosa, tos, dolor abdominal y vómitos; 6 días de evolución. Presentaba leucocitosis y desviación izquierda; PCR de 29.20 mg/dl. Radiografía de tórax normal. Ingreso y antibioterapia. Persistencia de cefalea y parálisis facial derecha. TAC: pansinusitis y empiema subdural y epidural.

Caso2: Niño de 5 años con cefalea parietal derecha de 3 meses de evolución tras traumatismo craneoencefálico parietal izquierdo con pérdida de conciencia. Ingresado en observación 24h sin incidencias. Posteriormente cefalea diaria que le despierta por la noche, asocia visión borrosa, mareo y cambio de comportamiento. TAC: Hidrocefalia tetraventricular y quiste aracnoideo en fosa posterior.

Caso3: Niño de 7 años con cefalea mal localizada de 4 meses de evolución, hemianopsia bitemporal, astenia, pérdida de apetito y abundante ingesta de agua. TAC: Craneofaringioma. Estudio Hormonal: Déficit parcial de ADH e hipotiroidismo primario.

RESULTADOS

Es imprescindible diferenciar la cefalea con componente orgánico de la relacionada con procesos banales. Debemos seleccionar adecuadamente a los pacientes para obtener un mayor rendimiento del TAC y evitar radiaciones innecesarias.



Luis Grande Herrero, M^a Cristina Aparicio López, M^a Teresa Cuesta Rubio, Beatriz Huertes Díaz, Alicia Hernández Brea, M^a Pilar Gutiérrez Díez
Servicio de Urgencias Pediátricas, Hospital Universitario de Getafe

TRAUMATISMO ABDOMINAL EN LA INFANCIA. TÉCNICAS DE IMAGEN DIAGNÓSTICAS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Los traumatismos abdominales pueden presentarse como entidad clínica aislada o en el contexto de un politraumatismo; clasificándose en cerrados y penetrantes.

Es importante conocer las técnicas de imagen diagnósticas y su manejo, siendo éste en la mayoría de los casos conservador.

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Niña de 6 años con dolor en flanco y costado izquierdo, tras caída accidental de su litera. exploración física; Glasgow 15/15 Peso:23 kg TA: 104/61 mmHg FC 79 lpm; Hematoma palpebral izquierdo. Dolor en fosa renal izquierda. No dificultad respiratoria
Hemograma, bioquímica y coagulación normal. Orina: tira reactiva; hematíes +++, sedimento 50-100 eritrocitos/campo.
Ecografía abdominal. Hematoma perirrenal izquierdo de 5 mm. Sin alteraciones en la vascularización ni liquido libre intraabdominal.
TAC abdominal con contraste i.v. Laceración renal de 1,4 cm en cara anterior, hematoma perirrenal contenido, sin extravasación de contraste. No afectación de la vía excretora ni vascular.
Permanece ingresada 3 días en reposo absoluto. Primeras 24 horas microhematuria, desapareciendo el dolor progresivamente. Control ecográfico sin cambios con respecto al previo.
2. Niño de 5 años con dolor en flanco derecho y hematuria tras caerse la madre, invidente, sobre él. Peso 20 kg. TA: 98/65
Hemograma, bioquímica y coagulación normal. Orina:sedimento 50-100 eritrocitos/campo.
Ecografía abdominal: hematoma perirrenal derecho (45x51x23 mm) sin ruptura de la cápsula.
TAC abdominal: laceración renal compleja con disrupción del parénquima renal, hematoma perirrenal contenido.
Reposo absoluto durante su ingreso. Ecografías abdominales seriadas: hematoma en fase de resolución

RESULTADOS

Los traumatismos renales son infrecuentes, así como su mortalidad, pero si no se diagnostican y tratan adecuadamente pueden tener una elevada morbilidad por sus posibles complicaciones tardías como HTA, hidronefrosis o litiasis renal.

La prueba de imagen de elección en niños estables es el TAC con contraste (menor grasa perirrenal y tejido conectivo). La ecografía es orientativa y de primera elección solo en pacientes inestables.

Laura Cuesta Herraiz, Adelaida Cardona Barberan, Neus Rodriguez Zaragoza, Irene Insausti Fernandez, Aina Maria Aguiló Sabaté, Josep Mercé Gratacos
Servicio de Pediatría. Hospital de Tortosa Verge de la Cinta

NEUMATOCELE COMO COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE EN LAS NEUMONIAS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Las complicaciones de la neumonía no son infrecuentes. No obstante, los neumatoceles sólo aparecen en un 2-3% de los casos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Niña de 2 años sin antecedentes personales ni familiares de interés, que acude urgencias por fiebre y tos de 3 días de evolución. Vacunada correctamente (incluidas neumococo heptavalente y rotavirus). En la exploración física presenta hipofonesis en ápex pulmonar izquierdo, crepitantes finos y soplo tubárico. No cianosis, taquipnea, ni signos de dificultad respiratoria. Hemograma: leucocitosis con desviación izquierda y PCR elevada. Radiografía de tórax: condensación con cavitación en lóbulo superior izquierdo. Se decide ingreso y antibioterapia endovenosa (cefotaxima y clindamicina). Evolución favorable y desaparición de la fiebre a las 72 horas. Normalización radiológica en los controles posteriores

RESULTADOS

El neumatocele consiste en una formación adquirida, de contenido aéreo y paredes finas, que se desarrolla en el intersticio pulmonar después de la inflamación del parénquima.

El *Staphylococcus Aureus* es el agente más comúnmente aislado, seguido de *Streptococcus Pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y *Escherichia coli*.

El mecanismo de formación consiste en la necrosis alveolar y bronquial localizada, permitiendo el paso de aire hacia espacio intersticial.

La mayoría de los casos son asintomáticos, y se resuelven espontáneamente en un promedio de 6 semanas sin dejar secuelas.

El estudio radiológico muestra una cavidad, generalmente única, de paredes finas y sin niveles hidroaéreos, a diferencia del absceso pulmonar. El TAC pulmonar y la ecografía torácica nos ayudan en caso de dudas diagnósticas.

El tratamiento es conservador en los neumatoceles no complicados, reservándose para los complicados (neumatoceles a tensión, sobreinfección, ruptura al espacio pleural...) el tratamiento quirúrgico.

**Paloma Huerta Blas, Fadia Fuertes El Musa, Gonzalo González García,
Lorena Cuadrón Andrés, Anna Miralles Puigbert, Isabel Ruiz Langarita**
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

ÁNALISIS CLÍNICO DE LA FIEBRE SIN FOCO EN MENORES DE 3 MESES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La fiebre sin foco en lactantes menores de 3 meses es una patología que crea gran preocupación en las Urgencias pediátricas. Nuestro objetivo es analizar las características clínicas, analíticas y actuación diagnóstico terapéutica ante estos pacientes en urgencias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de los lactantes menores de 3 meses que acudieron a nuestro servicio de urgencias por el motivo de fiebre sin foco de Junio a diciembre del 2010.

RESULTADOS

Se incluyeron 41 pacientes de un total de 9544 (0,42%). El 56,09% eran varones y el 53,91% mujeres, siendo la edad media $48,95 \pm 24,52$ días. El 80,48% acudieron por cuadro febril de < de 12 horas de evolución. La temperatura media fue de $38,36 \pm 0,45$. El 75,60% cumplían criterios de bajo riesgo de Rochester. Los síntomas acompañantes más frecuentes fueron: mucosidad (58,53%), anorexia (51,21%), vómitos (14,63%), tos (31,70%), quejido (26,82%) e irritabilidad (9,75%). Se realizó análisis de sangre en el 60,97% de los pacientes. Se ingresó al 46,34% y se dejó en observación al 31,70% de ellos. De los ingresados se les puso antibiótico intravenoso al 78,94%. En los pacientes < de 1 mes (29,26%) se sacó analítica en el 83,33%, se ingresó al 58,33% y se dejó en observación al 25% de ellos. Se realizaron 4 punciones lumbares, todas en menores de 1 mes. De los 11 pacientes con quejido se realizó analítica en el 100%, se ingresaron al 81,81% dejando en observación al resto.

CONCLUSIONES

Los pacientes menores de 3 meses acuden a urgencias con cuadros febriles poco evolucionados y la mayoría cumplen criterios de bajo riesgo de Rochester. Las pruebas complementarias se realizan de forma frecuente y se ingresa a un porcentaje elevado de los pacientes, aumentando este porcentaje en los menores de 1 mes y en los pacientes que presentan fiebre y quejido.

**Alicia Hernández Brea, Luis Grande Herrero, Beatriz Huertes Díaz,
Laura Fuente Blanco, Cristina Aparicio Lopez, M^aPilar Gutierrez Díez**
Hospital Universitario de Getafe

MIOCARDIOPATÍA DILATADA EN CONTEXTO DE BRONQUIOLITIS AGUDA VRS POSITIVA: CASO CLÍNICO

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La insuficiencia cardiaca por miocardiopatía dilatada no es frecuente en pediatría pero es uno de los diagnósticos diferenciales a tener en cuenta ante un niño con dificultad respiratoria. La mayoría de los casos se presentan como enfermedad aguda o fulminante y conlleva una alta morbilidad y mortalidad por el riesgo de arritmias y fallo circulatorio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Niña de 5 meses que traen a urgencias por dificultad respiratoria de 12 horas de evolución y fiebre de 39°C. Tratamiento domiciliario con salbutamol inhalado y prednisolona oral. Ingresos por bronquiolitis VRS positiva con salbutamol nebulizado y oxigenoterapia en gafas nasales. A las 24 h del ingreso se produce un empeoramiento clínico con rechazo de tomas y persistencia de picos febriles. En Rx tórax se objetiva cardiomegalia importante con dilatación de cavidades izquierdas. Se realiza Ecocardiografía urgente, evidenciándose VI severamente dilatado con disfunción sistólica severa (FE 20%), VD, válvulas y arco aórtico normales. No derrame pericárdico. ECG con signos de hipertrofia de VI. Ante la sospecha de miocardiopatía dilatada en seno de bronquiolitis aguda se contacta con Hospital de 3º nivel para traslado a UCIP precisando drogas vasoactivas.

RESULTADOS

Ante un niño con dificultad respiratoria hay que tener en cuenta otros diagnósticos, entre ellos la miocardiopatía dilatada que aunque poco frecuente es muy relevante dada su gravedad. Debido al alto riesgo de arritmias y compromiso hemodinámico debe tratarse en una unidad de cuidados intensivos.

Debe realizarse serología a virus cardiotropos y en ocasiones se aconseja tratamiento de sostén con inmunoglobulinas.

Casos con fallo circulatorio severo pueden beneficiarse de soporte mecánico temporal de la circulación con ECMO o Asistencia ventricular.

Algunos casos precisan trasplante cardiaco.

Mercedes Odriozola Grijalba, Laura Gil Ferrer, María Sánchez Erce, Sara Viscor Zárate, Sara Beltrán García, Inmaculada García Jiménez
Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza

DACTILITIS EN EL LACTANTE

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

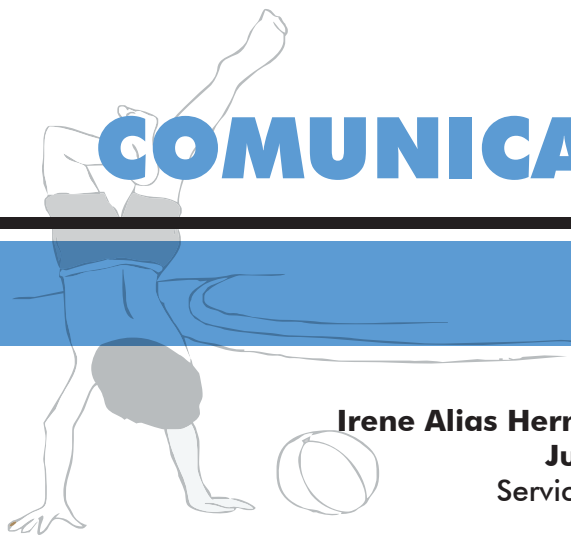
Los episodios dolorosos agudos constituyen la manifestación más frecuente e importante de la drepanocitosis; sin embargo, la primera prueba evidente de que un lactante sufre una drepanocitosis es la dactilitis falciforme aguda, que se manifiesta como un síndrome mano-pie.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente mujer de raza negra, padres procedentes de Senegal, sin antecedentes familiares ni personales de interés. Ingresada a los 16 meses por edema en dorso de manos. Reingresa a los 20 meses por presentar dolor e inflamación de extremidad inferior izquierda y ambos pies de 2 días de evolución, con rechazo de la deambulación. No antecedente traumático ni infeccioso previo. En la exploración física destaca edema doloroso a la palpación en dorso de pies, con zona eritematosa, y tumefacción de primer dedo de mano derecha. La radiografía de las extremidades no muestra alteraciones. En la analítica destaca leucocitosis de 18900 (neutrófilos: 58%), con Proteína C Reactiva negativa, y se observa una Hb de 9,2 g/dl con gran reticulocitosis, anisocitosis, policromatofilia y numerosos hematíes falciformes, proporcionando en diagnóstico de anemia drepanocítica. Las serologías realizadas para VVZ, VEB, Brucella, Yersinia, CMV y Parvovirus B19 resultaron negativas, así como el estudio de autoinmunidad. Recibió tratamiento antiinflamatorio con disminución del edema y el dolor, siendo dada de alta con tratamiento continuado con ácido fólico. Actualmente sigue controles en consulta de pediatría, y no ha presentado nuevo episodio.

RESULTADOS

El curso clínico común de la anemia drepanocítica en la infancia está basado fundamentalmente en los episodios agudos de dolor, denominados crisis vasooclusivas. Sin embargo, la forma de comienzo en los lactantes no sigue un patrón típico, sino que pueden existir manifestaciones clínicas muy diversas que habrá que sospechar para permitir el diagnóstico.



Irene Alias Hernández, Begoña Hernández Sierra, Sara Gómez Bueno, Juan Salvador Poveda González, Antonio Bonillo Perales
Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Torrecárdenas. Almería

ATENCIÓN A RECIEN NACIDOS EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS; EPIDEMIOLOGÍA Y ANÁLISIS DE COSTES

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Definir el perfil epidemiológico y clínico de los neonatos (0-28 días) que acuden a urgencias. Analizar los costes derivados de su atención.

MATERIAL Y MÉTODOS

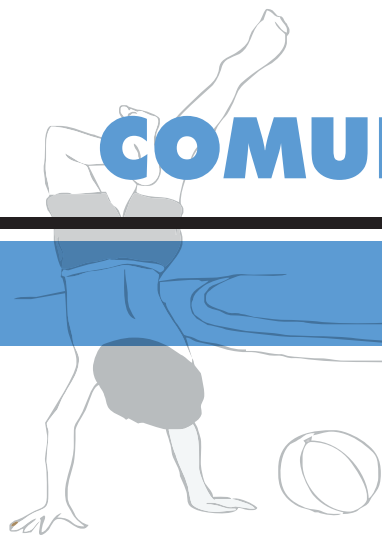
Análisis retrospectivo de los neonatos(RN) atendidos durante 5 meses aleatorios en 2009. Se analizó motivo de consulta (mc), diagnóstico final (dx), horario y día de atención. Se registró el empleo de pruebas complementarias (p.compl) y el ingreso en observación (obs) o planta. Se clasificó la patología en urgente o no, considerándose urgente la necesidad de p.compl, ingreso ó control clínico en 24/48 horas.

RESULTADOS

Se registraron 222 RN,91% a término, 120 varones con una media de edad de 13 días +/- 8,6 DE. La mayoría de raza caucasica(61,3%). No hubo diferencias estacionales, con mayor demanda en turno de mañana y sólo un 33% derivados de centro de salud. Los mc más frecuente: ictericia (20,7%) y llanto/irritabilidad 13,1% y los dx: ictericia 21,6%, cólico del lactante 18,5% y problemas de alimentación 11,3%. El 9,5% no presentaba patología objetivable y el 44,3% de casos no requirió p.compl. Se catalogó de patología no urgente un 42%. Precisarón ingreso en obs el 16,2% y en planta el 13,5%. La atención de RN en urgencias fue un 2,6% respecto al total de urgencias pediátricas del mismo periodo con una tasa de ingreso del 13,9% y un índice de rotación en obs de 12,96.

CONCLUSIONES

Los mc de RN a veces corresponden a situaciones banales resueltas con cuidados de puericultura. El desconocimiento de éstos por los padres conlleva a un mayor uso/abuso de los servicios de urgencias. Reforzar la educación perinatal intrahospitalaria, adelantar la primera consulta de atención primaria y la existencia de talleres de puericultura podría contribuir a disminuir los costes hospitalarios, disminuir la demanda asistencial y aumentar el ratio de atención de minutos/paciente (calidad asistencial percibida).



Laura Del Arco, Irati Bizkarra
Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la SEUP

INCREMENTO DE LAS INTOXICACIONES ETÍLICAS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA EN LA ÚLTIMA DÉCADA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Las intoxicaciones etílicas son un problema relativamente habitual en Urgencias. El objetivo del estudio es estudiar la evolución de estas intoxicaciones en los servicios de urgencias pediátricos españoles (SUPE) en la última década y describir las características de las mismas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio comparativo de cohortes. Analizamos las circunstancias de las intoxicaciones en distintos SUPE incluidos en el Grupo de Trabajo de intoxicaciones de la SEUP en dos periodos de tiempo (Cohorte A: enero 2001-diciembre 2002, 17 SUPEs mediante registro manual. Cohorte B: octubre 2008-septiembre 2010, 38 SUPEs, cuestionario electrónico vía Internet).

RESULTADOS

En relación al número de consultas a los SUPE, la tasa global de intoxicaciones fue superior en el Grupo B (0.28% vs 0.32, $p=0.02$) y los medicamentos fueron las sustancias más implicadas en ambos grupos (54.7% vs 51.8%, n.s.). Las intoxicaciones relacionadas con etanol aumentaron significativamente (6.8% vs 16.4%, $p<0.00001$). El paracetamol fue el agente más frecuentemente implicado en 2001-2002, y el etanol lo fue en 2008-2010. La mayoría de las intoxicaciones por etanol fueron intencionadas, en pacientes mayores de 11 años, y en algunos casos (8%), asociada a drogas ilegales, principalmente cannabis. Alrededor del 90% ocurrieron fuera del hogar, y más del 80% fueron trasladados al SUP en ambulancia medicalizada, aunque sólo el 7% recibió tratamiento previo a su llegada. La mayoría de ellos presentaban síntomas, y aproximadamente el 70% fueron ingresados.

CONCLUSIONES

Las intoxicaciones relacionadas con etanol han aumentado de forma significativa en los SUPE, en los que, hoy en día, el etanol es el agente más frecuentemente implicado en las intoxicaciones agudas.

Pilar Gussinye Canabal, Xavier Codina Puig, Joan Petanàs Argemí, Georgina Artigas Corominas, Berta Pujol Soler, Maria LLuïsa Masiques Más
Servei d'Urgències de Pediatria. Hospital General de Granollers. Barcelona

LA COMUNICACIÓN POR PARTE DE LOS FAMILIARES. ¿SON TAN DEMANDANTES Y EXIGENTES COMO CREEMOS?

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

- 1.-Describir y analizar la forma de comunicación oral del acompañante del paciente, al comienzo de la anamnesis, en relación con las circunstancias de la visita.
- 2.-Detectar los problemas de comunicación por "barrera idiomática".

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, descriptivo de 300 visitas. Se recoge: parentesco del acompañante, si son más de uno, antecedentes patológicos de interés, motivo de consulta y tiempo de evolución y en relación a la exposición durante la anamnesis: duración y tipo de discurso (descriptivo, interpretativo, resolutivo/demandante). El médico no interrumpe el relato. Problemas idiomáticos.

RESULTADOS

Se estudian 300 visitas que corresponden a pacientes entre 0-17 años de edad, con una media de 4.1 años, a los que acompaña la madre 255 (83%), el padre 130 (43%) o ambos 85 (28%). La duración de la exposición sin interrupción es <30 segundos 204(68%), 30''-1minuto 72(24%), >1 minuto 24(8%). El tipo de discurso es descriptivo 236 (78%), interpretativo 46 (16%) y resolutivo/demandante 17 (6%);si hay antecedentes es interpretativo en 22.5% y si el paciente viene derivado es resolutivo/demandante en 20.5%. Encontramos problemas por "barrera idiomática" en 29 casos (10%).

CONCLUSIONES

La visita tipo es la de un niño pequeño que acude acompañado por su madre la cual en 9 de cada 10 ocasiones expone el caso en menos de un minuto y en 8 de cada 10 sin interpretar los síntomas ni demandar exploraciones/tratamiento.

La exposición más elaborada, interpretando los síntomas o solicitando exploraciones/tratamientos, se da más en los casos con antecedentes en relación con el motivo de la consulta o si vienen derivados.

Los problemas por "barrera idiomática" se dan en 1 de cada 10 visitas.



Soraya Polo Jiménez, Eva María Martínez López, Araceli Granados Muela, Jesús Noci Belda, María A. Morales Flores, Nieves de Lucas García
Hospital Universitario La PAz. Servicio Urgencias Pediátricas. Enfermería

PRIMEROS CUIDADOS APLICADOS EN QUEMADURAS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Detectar si son correctas las curas realizadas en quemaduras de niños antes de llegar a un hospital terciario en domicilio, atención primaria o servicios de emergencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo descriptivo de todos los niños que acudieron a urgencias hospitalarias entre 1 septiembre 2010 y 15 enero 2011. Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, procedencia, localización quemadura, grado, causa, lugar accidente, lugar donde se realizó primera cura y cual fue, cura realizada en Urgencias y si precisó ingreso. Cada cura previa al hospital fue evaluada según criterio consensuado por servicio de Cirugía Pediátrica como adecuada, aceptable o inadecuada.

RESULTADOS

Se atendió un 50% de pacientes de cada sexo, 43 niños /43 niñas, mediana de edad 1,5 años (rango 0,1 a 10,5 años), procediendo 25,6% atención primaria, 48,8% otro hospital, 20,9% domicilio por medios propios y 4,7% servicio de emergencias. En 23,3% de pacientes estaba implicada la cara, en 16,3% tronco y en 2,3% genitales. En cuanto a profundidad, el 3,5% eran de primer grado, 82,6% de segundo y 14% de tercer grado. Tenían causa eléctrica 2,3% y térmica 94,2%. La quemadura se produjo en un 96,5% en domicilio. El 19% de niños quemados en domicilio recibieron allí una primera cura de calidad al menos aceptable. De los pacientes procedentes de Centro de Salud, un 59% recibieron una cura al menos aceptable en ese punto. De los cuatro pacientes trasladados por servicio emergencias, sólo la mitad recibieron una cura al menos aceptable por dicho servicio. Precisaron ingreso el 32,6% de pacientes.

CONCLUSIONES

La baja frecuencia de curas al menos aceptable en domicilio y mediana frecuencia de curas al menos aceptable en centros de salud que derivan pacientes a nuestro hospital, así como en los servicios de emergencia implica la necesidad de medidas formativas y adecuación de los materiales disponibles para cura en esos ámbitos.

Nerea Lacámara Ormaechea, Paloma Martínez Alamillo, Raquel Jiménez García, Cristina Casares Peinado, Paula Costa Climent, Beatriz Orden Martínez
Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda

ÚTILIDAD DIAGNÓSTICA DEL TEST RÁPIDO DE ESTREPTOCOCCO PYOGENES EN URGENCIAS EN NIÑOS MENORES DE 36 MESES

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La faringoamigdalitis aguda por *Streptococo pyogenes* es más frecuente en niños en edad escolar, aunque puede ocurrir en niños menores, en los que suelen predominar síntomas atípicos, como síntomas catarrales, dificultando aún más su diagnóstico.

Nuestro objetivo es valorar la utilidad del test rápido de *Streptococo pyogenes* en exudado faringoamigdalino en niños menores de 36 meses.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de todos los pacientes con sospecha clínica de faringoamigdalitis atendidos en el servicio de Urgencias de un hospital terciario en los que se realizó test rápido para *Streptococo pyogenes* entre los meses de Mayo y Noviembre de 2010. En todos los pacientes, se realizó cultivo de la muestra.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 558 niños en el estudio. La media de edad fue 5.08 años. De ellos, un 24.1% (135) eran menores o igual a 36 meses de edad (media de 25.7 meses de vida). El cultivo dentro de este grupo fue positivo en un 17% (23) y el test rápido fue positivo en un 16.3% (22). En niños menores de 36 meses, la sensibilidad del test fue del 78%, la especificidad 96%, el valor predictivo positivo 81.8% y el valor predictivo negativo 95.5%. En el grupo mayores de 36 meses, el test resultó positivo en un 32.4% (137), el cultivo fue positivo en un 34% (144), con un sensibilidad del 86.8%, especificidad del 95.6%, valor predictivo positivo 91.2% y valor predictivo negativo de 92.3%. En el total de muestras analizadas, la sensibilidad fue del 86%, especificidad del 96%, valor predictivo positivo del 90% y valor predictivo negativo del 94%.

CONCLUSIONES

Se debe considerar la realización del test rápido de *Streptococo pyogenes* en niños entre 2 y 3 años con sospecha clínica de faringoamigdalitis aguda porque aunque presenten síntomas atípicos en un porcentaje significativo tienen infección faríngea por *Streptococo* beta hemolítico del grupo A.



Javier Melgar Pérez, Cristina Suarez Castañón, Ramón Fernández Alvarez, Paula Serrano Acebes, Elisa García García, Gonzalo Solís Sánchez*
Servicio de Pediatría. Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias). *
Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

BRONCOESPASMO Y EFECTO SEPTIEMBRE: ¿INFLUYE EL CLIMA?

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Conocer la posible influencia de las constantes meteorológicas y el inicio del período escolar en el aumento de incidencia de los episodios de broncoespasmo diagnosticados en el mes de septiembre en nuestro medio

MATERIAL Y MÉTODOS

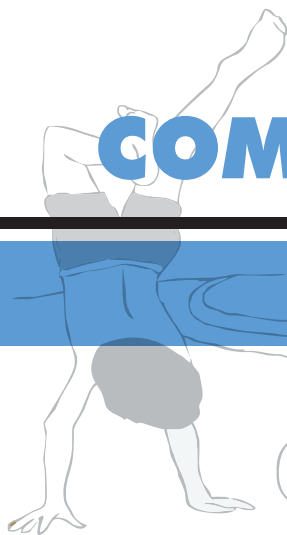
Pacientes diagnosticados de broncoespasmo (bronquiolitis, bronquitis espástica, síndrome disneizante y asma) en las Urgencias de Pediatría del Hospital de Cabueñes desde 1-1-99 a 31-12-08. Bases de datos del Servicio de Codificación del Hospital. Datos de temperatura, humedad y presión atmosférica de la Agencia Nacional de Meteorología en Gijón.

RESULTADOS

El mes de septiembre fue el de mayor frecuencia de diagnósticos de broncoespasmo para los niños mayores de 2 años. Los niños menores de 2 años multiplicaron por 2,4 su frecuencia al pasar de agosto a septiembre, mientras que los niños mayores de 2 años lo hicieron por 4,2. En este mes, la temperatura media fue de 18,6° C, la humedad media fue de 78,8%, la precipitación media fue de 2,2 y la presión atmosférica media fue de 1016,2 hectopascales. Realizando una regresión lineal múltiple, tomando como variable resultado el número de casos de broncoespasmo para niños mayores de 2 años y como variables independientes las cuatro variables meteorológicas más significativas de los datos previos (temperatura el mismo día, humedad 3 días antes, presión atmosférica 3 días antes y precipitaciones 7 días antes) y la variable "vacaciones/no vacaciones", la única variable en la que se encontró significación estadística fue la de "vacaciones/no vacaciones", no observándose influencia de las variables meteorológicas

CONCLUSIONES

El llamado efecto septiembre no parece deberse a modificaciones en las variables meteorológicas, sino al importante efecto del inicio de las clases.



Luis Grande Herrero, M^a Pilar Anton Martín, Beatris Huertes Dias, Luis Manuel Prieto Tato, Alicia Hernández Brea, M^a Pilar Gutierrez Diez
Hospital Universitario de Getafe. Servicio de Urgencias Pediátricas

COMPARACIÓN DE LAS MEDICIONES DE DOS TERMÓMETROS DE USO RECIENTE

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Comprobar el grado de concordancia entre el termómetro empleado en la actualidad en nuestra urgencia pediátrica: infrarrojos (Exergen TAT 5000, USA) que determina temperatura de arteria temporal y otro existente en el mercado, galio (Aposan, Alemania).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal mediante la determinación, con muestreo consecutivo, de la temperatura con ambos instrumentos durante 7 días en los pacientes menores o de 12 meses, que acudieron a la Urgencia de Pediatría.

Se determinó la temperatura central en una única ocasión con cada termómetro en diferentes localizaciones; rectal (Aposan) y temperatura en arteria temporal (Exergen TAT 5000). Fue tomada por el mismo observador y según las indicaciones del fabricante. Se excluyeron aquellos pacientes con patología anorrectal.

Se recogieron además otros datos epidemiológicos y clínicos.

Los Resultados se analizaron estadísticamente mediante el programa SPSS 15.0

RESULTADOS

Se incluyeron 72 pacientes (68% varones) siendo la edad media 6,26 meses (rango 1- 12). El 57,8% presentaban fiebre. El tipo de termómetro en domicilio era digital en un 83,6%, utilizando el 15,1% de mercurio y un 1,4% otros tipos.

Las temperaturas medias en el grupo con fiebre fueron: temperatura rectal (TR) 38,0°C +/- 1,04 y temperatura temporal (TT) 37,39°C +/- 1. En el grupo sin fiebre, TR 37,06°C +/- 0,53 y TT 36,7°C +/- 0,34.

Para conocer el grado de concordancia entre las mediciones de ambos instrumentos, se determinó el coeficiente de correlación intraclass (CCI) resultando 0,854 (IC 95% 0,777- 0,906).

Se realizó también una comparación pareada de las mediciones (TR- TT) a través de la T de Student observándose diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$).

CONCLUSIONES

En nuestro estudio podemos concluir que aunque si se observaron diferencias significativas en las mediciones entre los instrumentos comparados (Exergen-Apostan), existe una fuerte concordancia entre ellas.

Se necesitarán más estudios para demostrar si mínimas variaciones térmicas tienen relevancia clínica.

Javier Duran Carvajal, Victoria López Corominas, Francesc Ferrés Serrat
Urgencias de Pediatría. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca

ALERGIA ALIMENTARIA EN EL LACTANTE: EPIDEMIOLOGÍA Y FORMAS DE PRESENTACIÓN

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Recientemente se ha publicado y difundido la guía Galaxia para impulsar la mejor identificación y manejo de las reacciones anafilácticas.

El objetivo de nuestro estudio es revisar la epidemiología, manifestaciones clínicas y formas de presentación en urgencias de los cuadros de alergia alimentaria en el lactante.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión de las historias clínicas de los pacientes menores de 2 años, en el período comprendido entre el 1 de Abril de 2007 y el 14 de Enero de 2011, que en urgencias de nuestro hospital se orientaron como sospecha de reacción alérgica o anafiláctica y que posteriormente fueron diagnosticados de alergia alimentaria, con pruebas cutáneas y/o IgE específicas en RAST positivas.

RESULTADOS

Se identificaron 9 pacientes, 5 varones (55.5%) y 4 mujeres (44.5%), con edad media de 11 meses (rango 4-24 meses). 8 presentaron síntomas cutáneos (88.8%), 3 síntomas gastrointestinales (33.3%) y 2 (edad 8 y 10 meses) importante afectación del estado general (22.2%) con hipotonía y postración tras cuadro autolimitado de vómitos, presentando uno de ellos diarrea sanguinolenta. 3 casos cumplieron criterios de anafilaxia. 3 pacientes se diagnosticaron de alergia al huevo, 2 a las proteínas de leche de vaca (APLV), 1 al huevo y APLV, 1 al pescado, 1 al cacahuete y 1 al melocotón y pera.

CONCLUSIONES

- 1) El abanico de las presentaciones clínicas de la alergia alimentaria va desde cuadros muy leves generalmente cutáneos hasta reacciones anafilácticas graves.
- 2) El diagnóstico precoz de esta entidad puede evitar ulteriores episodios cada vez más severos.
- 3) Ante un lactante que presenta un cuadro de postración franca tras episodio recortado de vómitos o diarrea, aunque no presente manifestaciones cutáneas debe establecerse una alta sospecha de anafilaxia de origen alimentario

Maria Belen Caurin Saboya, Georgina Armero Campos, Vanessa Arias Constanti, Yolanda Fernández Santervás, Victoria Trenchs Sainz de la Maza, Carles Luaces Cubells
Servicio de Urgencias. Hospital Universitari Sant Joan de Déu. Barcelona

PREVALENCIA Y MANEJO DEL DOLOR EN URGENCIAS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

1. Conocer la frecuencia y tipo de visitas en urgencias secundarias a patologías dolorosas. 2. Valorar si se registra el dolor en la historia clínica. 3. Valorar si el analgésico utilizado (tipo y dosis) es adecuado al nivel de dolor según la pauta analgésica vigente en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo observacional. Se incluyen las consultas de los pacientes menores de 18 años atendidos todos los jueves de octubre y noviembre de 2010 en Urgencias por patologías dolorosas, tanto como motivo principal de consulta como de síntoma acompañante. Se analizan los datos registrados en la historia clínica informatizada.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio 608 de las 1945 consultas atendidas en urgencias son por patología dolorosa (prevalencia 31.3%; IC95%:29.2-33.3%). Un 56.3% son varones con mediana de edad de 7.4 años (P25-75:3.5-11.8 años). En 484 (79.6 %) el dolor es el motivo principal de consulta. El dolor osteoarticular (193; 31.7%) y el abdominal (144; 23.7%) son las algias más frecuentes. Se registra la presencia o ausencia de dolor en 539 consultas (88.7%): 258 (47.9%) no presentan dolor, 143 (26.5%) presentan dolor leve, 58 (10.8%) moderado, 2 (0.4%) intenso y 78 (14.4%) dolor sin intensidad especificada. Se administra analgésico en 10 (7.0%) con dolor leve, 22 (37.9%) moderado, 2 (100%) intenso y 5 (6.4%) sin especificar. Se considera adecuada la pauta analgésica utilizada en el 76.4% de los pacientes a los que se administra tratamiento. Los analgésicos más administrados son metamizol (45.2%) y paracetamol (31.0%), siendo la dosis adecuada en todos los casos, y administrándose en menos de 15 minutos en el 83.3%.

CONCLUSIONES

Un alto porcentaje de las visitas atendidas son por procesos dolorosos. Existe un buen registro del dolor en el informe de urgencias pero la prescripción analgésica es aún insuficiente. El seguimiento de la pauta analgésica cuando ésta se utiliza es correcto

Agustin Rodriguez Ortiz, Daniel Jimenez Villarreal, Goizalde Lopez Santamaria, Itziar Iturralde Orive, Carlos Canduela Fernandez, Lissette Delgado Sanzonetti
Servicio de Pediatría. Hospital Alto Deba. Arrasate. Mondragon

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

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

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

MATERIAL Y MÉTODOS

En el período de Enero de 2010 a Diciembre de 2010 se estudiaron los pacientes que consultaban de nuevo en el Servicio de Urgencias dentro de las 72 horas siguientes a la primera visita y que fueron hospitalizados. Las historias de los pacientes fueron revisadas por miembros del Servicio, estudiando cada caso individualmente para identificar los factores que habían contribuido a que el paciente tuviese que ser hospitalizado según esquema modificado propuesto por DePiero y cols. en 2002

(Ann Emerg Med 2002; 39: 159-163): progresión de la enfermedad, fallo en el control por los padres, error en el tratamiento, diagnóstico incorrecto, evaluación incompleta, fallo en la consulta a subespecialistas)

RESULTADOS

De un total de 6584 pacientes vistos en el Servicio de Urgencias durante ese período, un total de 158 fueron hospitalizados y de éstos, 3 habían consultado en las 72 horas previas a su hospitalización (1 bronquiolitis, 1 laringitis y 1 OMA con intolerancia a medicación vo) y de estos 3, 2 (66,66%) habían reconsultado en mas de 2 ocasiones dentro del mismo episodio.

De los 3 pacientes hospitalizados, el 100 % se debió a una progresión de la enfermedad y ninguno de ellos a errores médicos o a presión familiar

CONCLUSIONES

En la totalidad de los casos (100%), la evaluación inicial en el Servicio de Urgencias fue apropiada y la hospitalización fue debida a una progresión de la enfermedad y no a errores producidos en la visita inicial. Estos datos coinciden con estudios previos publicados y nos permiten orientar los esfuerzos hacia una mejor evaluación en la progresión de determinados procesos, que eviten retrasos en tratamientos o incomprensión/ insatisfacción familiar.

Ana Rodríguez Sánchez de la Blanca, Alfonso Romero Otero, Reyes Alvarez García-Rovés, Lucía Belen Ortiz San Román, Jorge Huerta Aragonés, Ana Cristina Peñalba Citores
Hospital General Universitario Gregorio Marañón

AISLAMIENTOS VIRALES EN CONVULSIÓN FEBRIL

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Las convulsiones febriles habitualmente ocurren en el contexto de infecciones virales. La elevación de citoquinas secundaria a viremia, junto con edad, fiebre y factores genéticos pueden favorecer las crisis. Pretendemos determinar el porcentaje de casos de urgencias en los que se confirma un origen vírico y analizar la relación entre el aislamiento microbiológico y el riesgo de recurrencia de la crisis.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo analítico de niños que consultan en urgencias por convulsión febril entre Abril 2009 y Diciembre 2010. Análisis de variables clínicas y demográficas. Determinación del origen viral del proceso febril mediante aislamiento de virus en exudado nasal, faríngeo y rectal.

RESULTADOS

Se incluyeron 23 niños y 20 niñas (mediana de edad 25 meses). Un 46% habían presentado algún episodio previo y 18.6% tenían antecedentes familiares de crisis febriles. La infección respiratoria alta fue responsable del cuadro febril en el 63%. El 75% de las crisis ocurrieron en las primeras 24 horas de fiebre (media 14 horas) con temperatura máxima media de 39°C, mediana de duración 3 minutos (1-30) y mediana duración postcrítico 10 minutos (0-120). En el 27% de los pacientes (12) se obtuvo aislamiento viral en al menos uno de los exudados, siendo el más frecuente Influenza A (5). Hasta el 23% de las muestras no fueron valorables por contaminación o mal procesamiento. A pesar de que los pacientes con aislamiento viral tuvieron un porcentaje ligeramente mayor de postcrítico prolongado y recurrencia de la crisis (25% versus 10%), dicha diferencia no alcanzó significación estadística ($p=0.49$).

CONCLUSIONES

La mayoría de las crisis febriles ocurren en el contexto de infecciones respiratorias. La etiología viral ha podido confirmarse en el 27% de los pacientes. No encontramos asociación entre el aislamiento viral y el riesgo de recurrencia de crisis en nuestra serie, probablemente debido a las limitaciones del estudio.

Jordi Clotet Caba, Carlos Bardají Pascual, Ana de los Ríos Pérez, Dúnia Sánchez Garvin, Irene Baena Olomí, Javier Travería Casanova
Hospital de Sabadell. Corporació Parc Taulí

NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO EN PEDIATRÍA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Analizar la actuación diagnóstica y terapéutica en los casos de neumotórax espontáneo en pediatría.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo realizado en el servicio de urgencias de pediatría del Hospital de Sabadell de enero de 2003 a diciembre de 2010.

RESULTADOS

En los últimos 8 años se han recogido 8 pacientes con un total de 12 casos con diagnóstico de neumotórax espontáneo primario. La distribución por sexo fue de 7 niños y 1 niña. No se observaron diferencias en cuanto al lado afecto. Un paciente presentó neumotórax bilateral aunque no de forma simultánea. Los motivos de consulta en urgencias fueron: dolor torácico, disnea y tos. Tres casos precisaron oxigenoterapia, sin ningún caso de neumotórax a tensión urgente. A todos los pacientes se realizó radiografía de tórax y a dos de ellos TC torácico. La primera opción terapéutica fue el drenaje torácico con tubo de toracotomía excepto un paciente que se realizó observación. Dos pacientes presentaron recurrencia del neumotórax. Uno de ellos en 4 ocasiones motivo por el cual está en estudio de posible conectivopatía. En 3 ocasiones se realizó tratamiento con videotoracoscopia (2 en el mismo paciente): una por recurrencia ipsilateral, otra por recurrencia contralateral y en una ocasión por persistencia de aire libre. La estancia media de ingreso fue de 4 días en caso de tratamiento con drenaje y de 16 días por videotoracoscopia (VATS).

CONCLUSIONES

El 83% de los casos se encuentran entre 2008-2010 (coincidiendo con ampliación de edad pediátrica hasta los 18 años. La mediana de edad fue de 16.2 años (rango de 6 a 17 años).

El dolor torácico es la forma de presentación más frecuente de neumotórax espontáneo, por lo que se debería tener en cuenta en pacientes adolescentes con dicha semiología.

La colocación de drenaje torácico en primera elección y la videotoracoscopia en casos seleccionados con abrasión pleural representan un tratamiento efectivo y seguro. La tasa de recurrencia fue del 25% (inferior a la bibliografía posiblemente por escaso tiempo de seguimiento).



Arantxa Aparicio Coll, David Muñoz-Santanach, Victoria Trenchs Sainz de la Maza, Marta Millet Elizalde (1), Carles Luaces Cubells
Servicio de Urgencias. Dirección Administrativa(1).
Hospital Universitari Sant Joan de Déu. Barcelona

NIÑOS PORTADORES DE VÁLVULA DE DERIVACIÓN DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO: FRECUENTACIÓN Y CONSUMO DE RECURSOS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Determinar el consumo de recursos generado por las consultas a Urgencias de niños portadores de válvula de derivación de líquido cefalorraquídeo(VDL) y las diferencias existentes con un grupo control de niños no portadores de VDL.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo observacional y analítico. Se analizan todas las consultas realizadas a Urgencias por niños portadores de VDL(casos) durante 6 meses (abril-septiembre 2010). Por cada vez que consulta un caso se incluye un control, que corresponde al niño con episodio de urgencias inmediatamente anterior. Posteriormente se analizan todas las consultas realizadas por los controles durante el periodo de estudio y se comparan con las de los casos. Se valora el gasto económico generado por número de consultas y exploraciones complementarias realizadas en ambos grupos según los estándares del centro.

RESULTADOS

Se incluyen 63 casos y 121 controles. No se detectan diferencias en el sexo entre ambos grupos. Los casos son mayores que los controles (edad mediana 6.7 vs 2.2 años; $p < 0.001$). Los casos realizan 121 consultas y los controles 211, sin hallarse diferencias significativas en el número de consultas por paciente. En el 51.2% de las consultas de los casos se realiza alguna exploración complementaria frente al 24.6% de los controles ($p < 0.001$). El mayor número de exploraciones realizadas a los casos es a expensas de analíticas sanguíneas y pruebas de imagen. Se estima una mediana de gasto por consulta en los casos de 82.1 euros frente a 70.0 en los controles ($p < 0.001$). No se observan diferencias en el número de exploraciones ni en el gasto por consulta entre los casos que no presentan signos sugestivos de disfunción valvular y los controles.

CONCLUSIONES

La frecuentación de los pacientes portadores de VDL no parece diferir de la del resto de niños pero su atención genera mayor gasto de recursos, relacionándose en la mayoría de casos con su patología de base.

Hachem El Nayef El Nayef, Sergi Piñol Romero, Cecilia Young, Dolores López de Rozas, Aina Sánchez Mateo, Abel Martínez Mejías
Urgencias de Pediatría, Hospital de Terrasa, Consorci Sanitari de Terrasa.

TRAUMATISMO CRANEO ENCEFÁLICO, SEGUIMOS IRRADIANDO...

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

El traumatismo craneoencefálico (TCE) infantil es una de las patologías que más frecuentemente requieren de la atención en un servicio de urgencias pediátrico (uped), supone causa importante de muerte y discapacidad en niños mayores de un año en los países desarrollados.

Nuestro objetivo es analizar si los niños que acuden con TCE han sido sometidos a algún tipo de prueba complementaria y si era correcta su indicación en cada caso.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión retrospectiva de historias clínicas de pacientes menores de 16 años con diagnóstico de TCE visitados en nuestro servicio de uped, entre enero y junio del 2010. Disponemos de protocolos y acceso internet.

Se analizan el tipo de pruebas realizadas y su adecuación en función de la edad, mecanismo de lesión y sintomatología, siguiendo las recomendaciones SEUP-AEP 2010.

RESULTADOS

Hemos identificado 319 pacientes, 119 menores de 2 años (37%) y 200 (63%) mayores.

200 (63%) no fueron sometidos a pruebas complementarias y fueron dados de alta facilitando a los padres folleto con signos de alarma. De estos 159 (79,5%) eran mayores de 2 años y 41 (20,5%) menores.

119 (37%) fueron sometidos a prueba radiológica 62 (52%) de los cuales eran menores de 2 años y 57 (48%) mayores. A 111 se practicó radiografía de cráneo, a 8 TAC y a 3 radiografía de cráneo y TAC..

Los pacientes con pruebas: 44 (37%), tenían indicación correcta y 75 pacientes (63%), no las requerían, 55 (87%) eran mayores de 2 años y 10 (13%) menores con un riesgo de lesión intracraneal bajo.

CONCLUSIONES

A pesar de existir protocolos consensuados y accesibles de manejo del TCE, el porcentaje de pruebas radiológicas solicitado sin indicación sigue siendo elevado en nuestro centro. Estos datos nos han motivado a realizar una estrategia de mejora.

Elena Pereira Bezanilla, Silvia Arriola Rodríguez-Cabello, Ana Orizaola Ingelmo, Maria Teresa Leonardo Cabello, Maria Teresa Viadero Ubierna, Jana Domínguez Carral
Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

SINCOPE CARDIOGÉNICO POR BLOQUEO AURICULO-VENTRICULAR COMPLETO TRANSITORIO

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

El bloqueo auriculo-ventricular completo (BAVC) es poco frecuente en la edad pediátrica. Su presentación varía desde pacientes asintomáticos hasta la muerte súbita.

MATERIAL Y MÉTODOS

Niña de 9 años de edad sin antecedentes de interés que acude a urgencias por episodio sincopal breve, en el contexto de cuadro febril con vómitos, diarrea, tos, mucosidad nasal en tratamiento con amoxicilina, cloperastina y paracetamol en las últimas 48 horas. exploración física: FR 20 rpm, FC 43 lpm, TA 96/58, T^a 36,5°C. ECG 15. De-caída, palidez de piel. ACP: rítmica, bradicárdica, soplo sistólico I/VI. Electrocardiograma con BAVC a 40 lpm, QRS ancho. Ecocardiograma: dilatación y disfunción moderada de ambos ventrículos sin otras anomalías estructurales. Se traslada a UCIP para monitorización continua, alternando BAVC con BAV avanzado y asistolia que generan nuevos síncope. Se inicia perfusión de isoproterenol estabilizando la FC en 99-110 lpm. El hemograma muestra fórmula sanguínea, serie roja y plaquetas normales. La bioquímica una creatinina 1.40 mg/dl, urea 91 mg/dl, glucosa 160 mg/dl, AST 96 U/l, ALT 26 U/l, CK 697 mg/dl, iones normales, PCR 8.9 mg/dl, troponina 15,26 ng/dl. Se traslada a UCIP del hospital de referencia donde se instaura marcapasos endocavitario temporal lo que permite suspender la perfusión de isoproterenol. Con la sospecha clínica de miocarditis se inicia dosis única de gammaglobulina y metil-prednisolona en megadosis. Al 4º día evoluciona a BAV de primer grado y posteriormente recupera el ritmo sinusal. El estudio inmunológico, serologías víricas y RMN cardiaca fueron negativos. A los 15 días recuperación total de la función ventricular, desde entonces se mantiene en ritmo sinusal con bloqueo de rama derecha en el ECG basal.

RESULTADOS

Ante un cuadro febril con síncope es importante incluir en el diagnóstico diferencial la miocarditis que no siendo la etiología más frecuente en la edad pediátrica puede llevar a una situación de extrema gravedad.



Mercedes Odriozola Grijalba, Maria Sánchez Erce, Sara Viscor Zárata, Eduardo Aguilar Perdiguier, Virginia Gómez Barrera, Carmen Campos Calleja
Unidad de Urgencias de Pediatría. Hospital Miguel Servet. Zaragoza

PROCALCITONINA EN EL SÍNDROME FEBRIL SIN FOCO (SFSF) EN MENORES DE 24 MESES

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La procalcitonina (PCT) es un marcador, de reciente implantación en nuestro hospital, que solicitamos según nuestro protocolo en pacientes con SFSF de <24h de evolución. Nuestro objetivo es conocer si esta determinación ha supuesto modificaciones en la actitud diagnóstico-terapéutica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han revisado 620 pacientes menores de 2 años, atendidos en urgencias con diagnóstico de SFSF entre marzo y junio de 2010. Se agrupan los valores de PCT en 3 rangos: <0,5 ng/ml, 0,5-2 ng/ml y >2 ng/ml. SE analiza el tiempo de evolución de la fiebre, la tasa de ingreso hospitalario, las pruebas complementarias y la correlación de PCT con la gravedad clínica.

RESULTADOS

De 620 historias revisadas se solicitó PCT en 100 (16%), siendo la media de edad de 9,4 meses. La duración media de la fiebre fue de 20,5 horas (2-72h). El 74% de los pacientes presentaron una PCT <0,5 ng/ml, un 20% entre 0,5-2 ng/ml, y un 6% >2 ng/ml. El 41% del total fueron tratados con antibiótico; si PCT>2 ng/ml esta cifra asciende a 83%. se realizó radiografía de tórax al 14% del total, y al 83% del grupo con PCT más elevada. Ingresaron un 60% del total y un 83% si PCT>2 ng/ml. De los 6 pacientes con PCT>2 ng/ml, uno fue dado de alta con antibioterapia y diagnóstico de fiebre sin foco, y 5 precisaron ingreso siendo diagnosticados de neumonía (2), ITU (1), enterocolitis e ITU (1) y SFSF (1).

CONCLUSIONES

En nuestra muestra, una cifra elevada de PCT se correlaciona con mayor tasa de ingreso, realización de pruebas complementarias y uso de antibioterapia. Hemos encontrado una buena relación entre niveles de PCT e infección bacteriana grave, utilizando los criterios según nuestro protocolo.

**Luisa Marco López de Lerma, M Ángeles Martín Serrano, Alba Faus Pérez,
J. Rafael Bretón Martínez, Esther Ballester Asensio, Pilar Codoñer Franch**
Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia

ESTUDIO DE CONCORDANCIA DE DIFERENTES MÉTODOS DE TOMA TEMPERATURA CORPORAL EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Evaluar la concordancia de las determinaciones de temperatura corporal con los métodos disponibles en Urgencias de Pediatría de nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo descriptivo y analítico en el que se comparó la temperatura corporal obtenida con termómetro de galio marca Geratherm ClassicÒ en 50 niños con la obtenida con termómetro digital marca Digital Flex D.342Ò. Se comparó la obtenida con termómetro de infrarrojos marca ThermoFlash LX - 26Ò en 50 niños con la obtenida con termómetro digital. Finalmente se comparó la temperatura medida por el termómetro de galio (actualmente el mas utilizado) con el termómetro de mercurio (ya retirado). Para evaluar la concordancia entre los termómetros se obtuvo la media de los valores absolutos de las diferencias entre las medidas obtenidas y el coeficiente de correlación intraclase para variables continuas.

RESULTADOS

La media de las diferencias entre la temperatura con termómetro de galio y la obtenida con termómetro digital fue 0,59°C. El coeficiente de correlación intraclase para el valor de la temperatura obtenida con ambos termómetros fue 0,705 ($p < 0,01$). La media de las diferencias absolutas entre la temperatura con termómetro de infrarrojos y la obtenida con termómetro digital fue 0,73°C. El coeficiente de correlación intraclase para el valor de la temperatura obtenida con ambos termómetros fue 0,506 ($p < 0,01$). La media de las diferencias entre la temperatura con termómetro de galio y con termómetro de mercurio fue 0,29°C. El coeficiente de correlación intraclase para el valor de la temperatura obtenida con ambos termómetros fue 0,895 ($p < 0,01$).

CONCLUSIONES

El termómetro de galio y el de infrarrojos proporcionan valores superiores de temperatura respecto al digital. El termómetro de galio mostró un coeficiente de correlación intraclase con el termómetro digital (0,705) mejor que el termómetro de infrarrojos (0,506). El termómetro de galio y el de mercurio mostraron muy buena correlación (0,895).

Elena Martínez Cuevas, Erkuden Abascal Arregui, Irene Sanz Fernández, Estibaliz Barcena Fernández, Fco. Javier Benito Fernández, Susana Capapé Zache
Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Barakaldo. Bizkaia

REGISTRO DE PACIENTES COMO HERRAMIENTA DE MEJORA DEL MANEJO DEL PACIENTE CRÍTICO

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

En junio de 2010 se acuerdan criterios de admisión en Cuidados Intensivos Pediátricos (CIP) desde Urgencias de Pediatría (UP) mediante consenso entre ambos servicios y se inicia un registro prospectivo de los pacientes ingresados en CIP. El objetivo del estudio es analizar el valor del registro para detectar deficiencias asistenciales del paciente crítico y orientar las posibles acciones de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo basado en el registro de pacientes ingresados en CIP desde UP (junio 2010-diciembre 2010).

RESULTADOS

Ingresaron en CIP 67 niños (0.19% del total de episodios de Urgencias), 65.7% < 2 años. Casi la cuarta parte había ingresado previamente en CIP y el 61.2% tenía alguna enfermedad de base.

De los 67, 46 (68.6%) recibieron atención prehospitalaria y, de éstos, 27 (58.6%) se trasladaron al hospital en un vehículo de transporte sanitario.

El 80% fueron clasificados como inestables a la llegada a UP, sobre todo dificultad respiratoria (35.8%).

Las actuaciones más frecuentes en Urgencias fueron la administración de oxígeno (57; 85.1%) y canalización de acceso venoso periférico (59; 88.1%). Se intubó a 6 pacientes y se inició RCP en 1.

Un tercio ingresó en < 60 minutos y 76.1% en las 6 primeras horas.

Los motivos de ingreso más frecuentes fueron problemas respiratorios (50.7%) y neurológicos (19.4%). Los diagnósticos más prevalentes fueron: asma (15; 22.4%), bronquiolitis (10; 14.9%) y estatus epiléptico (6; 9%). En el 80.6% existió concordancia diagnóstica entre UP y CIP, y en todos, excepto 2, el diagnóstico estaba relacionado. En 7 (10.4%) el ingreso no se adecuó a los criterios consensuados.

CONCLUSIONES

El manejo del paciente crítico ofrece aspectos de mejora prehospitalarios e intrahospitalarios. El registro es una herramienta útil para definir estos problemas y orientar las acciones de mejora.



Roberto Velasco Zuñiga, Jose Luis Fernández Arribas, Sara Puente Montes, Natali Campo Fernández, Camelo Gutierrez Abad
Hospital Universitario Del Río Hortega

APLICACIÓN DEL PEDIATRIC APPENDICITIS SCORE EN LA URGENCIA DE PEDIATRÍA DE UN HOSPITAL SECUNDARIO

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

El abdomen agudo es la urgencia quirúrgica más común en la infancia. Es importante realizar un diagnóstico precoz, para evitar complicaciones, pero preciso, para evitar intervenciones innecesarias.

En 2002 Samuel desarrolló el Pediatric Appendicitis Score (PAS), basado en una serie de indicadores obtenidos de la anamnesis, la exploración y las pruebas analíticas.

El objetivo principal de nuestro estudio es comprobar la validez del PAS y la aplicabilidad en nuestra población

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo, realizado en el Hospital Río Hortega, entre Junio del 2009 y Mayo del 2010. Se recogieron datos de 101 pacientes que acudieron a Urgencias por un cuadro de abdominalgia

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio un total de 101 pacientes. 55 de ellos varones, y 46 mujeres. La edad media fue de 9'51 años ($\pm 2'76$)

El diagnóstico fue de apendicitis aguda en 28 casos, adenitis mesentérica en 8, abdominalgia inespecífica en 51, y otros diagnósticos en 14 casos.

El grupo estudio (apendicitis) presentó una puntuación media del PAS de 7'43 ($\pm 1'79$), y el grupo control (no apendicitis) de 4'97 ($\pm 1'67$) ($p < 0'001$)

CONCLUSIONES

En nuestro trabajo vemos que con un PAS menor o igual a 3, no hay ningún paciente diagnosticado de apendicitis, la prueba tendría un valor predictivo negativo y una sensibilidad del 100%, por lo que se podrían dar de alta a estos pacientes sin necesidad de observación ni pruebas de imagen.

Si se interviniera directamente a todos los pacientes con un PAS mayor o igual que 8, en nuestra muestra encontraríamos un 4'95% de apendicitis blancas, menor de lo encontrado en otros trabajos.

La aplicación del score en la Urgencia Pediátrica puede ofrecer ayuda para la toma de decisiones y un mejor aprovechamiento de los recursos, especialmente para identificar a los pacientes con baja riesgo de padecer apendicitis, y evitar practicarles pruebas diagnósticas innecesarias.

Agustin Rodriguez Ortiz, Daniel Jimenez Villarreal, Goizalde Lopez Santamaria, Miguel Angel Guiu Solano, Aurora Ona Ochoa, Lissette Delgado Sanzonetti
Servicio de Pediatría. Hospital Alto Deba. Arrasate. Mondragon

TASA DE HOSPITALIZACIÓN GLOBAL EN UN HOSPITAL COMARCAL

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La capacidad de un servicio de urgencias pediátrico de resolver los problemas , utilizando eficientemente todos los recursos hospitalarios , se refleja de forma muy clara en su tasa de hospitalización global. No se consideran hospitalizaciones las estancias de menos de 24 horas en la observación de urgencias o unidades de estancia corta. Siendo , el nuestro, un hospital comarcal , con una unidad de urgencias integrada en urgencias de adultos ,pero atendida por un pediatra y sin camas de observación propias , podría parecer que la tasa de Hospitalización seria mas alta que el estandar inferior al 5% propuesto por la SEUP.

MATERIAL Y MÉTODOS

Periodo a estudio , 1 de enero 2010 - 31 de Diciembre 2010. Solicitamos los datos a la unidad de documentación clínica.

Definimos como tasa de Hospitalización: N° de pacientes que consultan y son hospitalizados/ N° total de pacientes que consultan en urgencias X 100. Definimos hospitalización como la estancia en el Hospital superior a 24 horas.

RESULTADOS

En el periodo comprendido entre el 1 de Enero 2010 y 31/12/2010 , fueron atendidos en nuestra urgencia pediátrica 6584 niños , de los cuales precisaron ingreso 158 . Tasa de hospitalización global (N° de pacientes que consultan y son hospitalizados/ N° total de pacientes que consultan en urgencias) 2,4% por lo que estaría dentro de los estandares de calidad (< 5%) propuesto por la SEUP.

Los Diagnósticos relacionados con la patología respiratoria fueron los mas frecuentes que requirieron hospitalización.

CONCLUSIONES

Es posible mantener unos estandares de calidad adecuados en unidades de urgencias con menos recursos.

El disponer de camas de observación propias , probablemente , disminuiría aun mas el numero de ingresos.

La Implementación de un sistema de registro de indicadores y su evaluación periódica permite optimizar el trabajo realizado

**Maite Ruiz Goikoetxea, Asier Saez de Ibarra Perez, María Garatea Rodríguez, Amalia Aye-
chu Díaz, Jorge Álvarez García, Edurne Burguete Archel**
Complejo Hospitalario de Navarra

ANÁLISIS DE LA DEMANDA NOCTURNA DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA EN UN HOSPITAL TERCIARIO. ¿QUÉ NOS QUITA EL SUEÑO?

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Analizar las características de la demanda nocturna de urgencias de pediatría de un hospital de tercer nivel. Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes atendidos en urgencias de pediatría entre las 0:00h y las 8:00h, los siete primeros días de cada mes durante el año 2010. Se recogen las variables hora de llegada, edad, sexo, pruebas complementarias realizadas, diagnóstico, tratamiento en urgencias y destino.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se recopilaron 943 casos nocturnos, lo que supone el 10,77% de la consulta diaria. Se vieron 57% varones y 43% de mujeres. La edad media fue de 3 años y 8 meses (rango de 3 días-14 años), siendo el 44% de los pacientes menores de 2 años. En el 10,07% de los pacientes se realizaron exploraciones complementarias: analítica sanguínea al 9,4%, análisis de orina al 8,4% y pruebas radiológicas al 9,1%. Los diagnósticos más frecuentes fueron infección de vía respiratoria alta -faringitis 17%, vómitos-gastroenteritis 14,2%, síndrome febril 11,6%, otitis 9%, bronquitis-bronquiolitis 8,4%, laringitis 8,2% y dolor abdominal 6,4%. En el 56% de las consultas no se administró ninguna medicación, siendo los analgésicos-antitérmicos el más dispensado 36,6%; seguido de corticoides 15,09%, tratamiento nebulizado (budesonida/salbutamol/adrenalina) 14,09% y antieméticos 12%. El 94% de los pacientes se remitió al domicilio, 2,3% permaneció en régimen de observación y el 3,2% requirió ingreso. El principal motivo de ingreso fue bronquitis-bronquiolitis 30%, traumatismo craneoencefálico 16,7% y síndrome febril en 13,3%.

RESULTADOS

La patología nocturna que presentan los pacientes en urgencias de pediatría de un Hospital terciario es fundamentalmente banal y podría tratarse en domicilio.

Las bronquitis-bronquiolitis, principal causa de ingreso son el quinto motivo de demanda de atención en esta franja horaria.

Casi la mitad de nuestros pacientes eran menores de 24 meses.

Destaca la administración hospitalaria de antitérmicos-analgésicos de uso común y venta sin prescripción facultativa.

Alicia Hernández Brea, Luis Grande Herrero, Beatriz Huertes Díaz, M^aPilar Antón Martín, Ana Álvarez García, M^aPilar Gutierrez Díez
Hospital Universitario de Getafe

FIEBREFOBIA... ¿AÚN EXISTE O TENEMOS UNA POBLACIÓN BIEN EDUCADA AL RESPECTO?

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La fiebre es uno de los síntomas que más preocupa a los padres y que motiva muchas consultas en la urgencia pediátrica. El objetivo es evaluar el nivel de conocimiento de conceptos relacionados con la fiebre para determinar el grado de educación sanitaria de la población.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal prospectivo a través de una encuesta anónima y voluntaria a los acompañantes de niños que acudían a la urgencia. Se recogieron variables demográficas, socioeconómicas y sobre los conocimientos y actitudes ante la fiebre.

RESULTADOS

Se analizaron 175 encuestas. El 39,2% de los acompañantes tenía estudios universitarios, el 14,5% eran de nacionalidad no española, el 23,2% estaba desempleado. El 95,4% de los encuestados tenía termómetro en casa, el 75% les tomaba la temperatura cada 2 horas o menos y el 53,8% pensaba que era el síntoma más grave cuando su hijo está enfermo, ocurriendo más frecuentemente si el acompañante era mujer ($p: 0,038$). Un 16,7% pensaba que fiebre es más de 37°C y un 57% que provoca daños cerebrales y otras enfermedades graves, teniendo una asociación estadísticamente significativa con el sexo femenino del acompañante ($p:0,037$) y estar desempleado ($p:0,03$). En el 56,1% era su primer hijo. A pesar de haber sido evaluados por un pediatra, el 64,5% volvería a consultar si persistiera la fiebre; el 84% seguía la pauta del pediatra en la administración de antitérmicos con una asociación estadísticamente significativa con la situación laboral activa ($p:0,04$)

CONCLUSIONES

La educación sanitaria sobre conocimientos teóricos y/o manejo práctico sobre la fiebre sigue siendo deficitaria en nuestro área y la "fiebre fobia" una realidad, contribuyendo en gran medida a esto la falta de comunicación entre médicos y pacientes

Ana Cabrejas Lalmolda, Ana Abizanda Guillen, Eduardo Aguilar Perdiguer, Maria Sánchez Erce, Elena Sancho, Carmen Campos Calleja
Hospital Infantil Miguel Servet de Zaragoza

TOLERANCIA ORAL. GRADO DE SATISFACCIÓN FAMILIAR ANTE LA INTRODUCCIÓN DE NUEVAS MEDIDAS DE MEJORA ASISTENCIAL

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

En el año 2010 se introdujo como medida de mejora asistencial la entrega sistemática de una hoja de cumplimiento para la realización de tolerancia oral en la sala de Urgencias. Asimismo se entrega al alta una hoja informativa y de recomendaciones para tratamiento domiciliario.

Analizar la eficacia de las medidas de rehidratación oral en la sala de Urgencias. Conocer la opinión y grado de satisfacción de los padres sobre las recomendaciones escritas recibidas al alta y el registro de la pauta de rehidratación oral realizada durante su asistencia hospitalaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realización de una encuesta telefónica de satisfacción a los padres de los niños atendidos por vómitos y/o diarreas en nuestro Hospital que precisaron realizar tolerancia oral en la sala de espera, en el periodo de Septiembre-Octubre de 2010.

RESULTADOS

Al total de 335 pacientes se entregaron 299 hojas de recomendaciones y se recogieron 63 hojas de cumplimiento. 33 familias respondieron a nuestras encuestas. El 91% siguió de forma correcta las instrucciones dadas sobre la tolerancia oral a realizar. La valoración de la introducción de una hoja de registro de tolerancia se puntuó como: poco útil 6%, útil 36% y muy útil 54%. La valoración de la introducción de una hoja de recomendaciones domiciliarias se valoró como: poco útil 6%, útil 36% y muy útil 54%. En ninguna ocasión fueron valoradas como nada útil. Ante mismos síntomas el 90% de las familias encuestadas afirman que seguirían las recomendaciones domiciliarias y la pauta de rehidratación oral realizada antes de acudir a un Servicio de Urgencias.

CONCLUSIONES

El grado de satisfacción paterno con la entrega de hojas de cumplimiento de rehidratación oral y de recomendaciones domiciliarias ha sido elevado. La gran mayoría refieren que ante un cuadro clínico similar, intentarían llevar a cabo de forma precoz las pautas recomendadas previamente a acudir a una Unidad de Urgencias.

Raquel Núñez Ramos, Judit Díaz Díaz, Olga Ordóñez Sáez, Milagros Marín Ferrer, Pilar Guerra García, Jesús Becerril Morencos
Hospital Doce de Octubre, Madrid

TRAUMATISMO ALVEOLODENTARIO EN URGENCIAS EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Estudiar el manejo de los traumatismos dentales en pacientes pediátricos

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo donde fueron incluidos todos los pacientes menores de 15 años que acudieron a urgencias de un hospital terciario entre Septiembre de 2008 y Agosto de 2010 con traumatismo dental, definido como aquél en el que existen lesiones dentales, paradentales, con integridad o no del diente.

RESULTADOS

Durante el período de estudio, el trauma dental representó el 0.4% de todas las urgencias. Se incluyeron 374 pacientes, siendo el 63% varones, con una media de edad de 4.45 años. El 84% de los traumatismos fueron de etiología casual, seguidos de un 2.7% debidos a accidentes deportivos. El 82.3% de los traumas dentales ocurrieron sobre dentición decidual (con una media de edad de 3.43 años), siendo la localización más frecuente los incisivos superiores seguida de los incisivos inferiores (3.5%). La media de edad en dentición definitiva fue de 9.53 años. La presentación más frecuente fue la movilidad dentaria (32.4 %) seguida de intrusión (15.8%), fractura no complicada (15.5%) y la avulsión (12.8%). El 9.1% de los pacientes no presentaron alteraciones dentarias. El 31.5 % de los pacientes fueron derivados de otros centros para valoración por cirugía maxilofacial. Las causas más frecuentes de atención por su parte fueron: sutura de laceración gingival (6.4%), extracción dental (2.9%) y ferulización (1.3 %). Un 83.4% se manejaron sólo con tratamiento médico. En un 2.9 % de los pacientes se realizó ortopantomografía. El 56% de los traumas fueron tratados exclusivamente por pediatras.

CONCLUSIONES

El trauma dental es una causa frecuente de consulta en los servicios de urgencias y de derivación a hospitales de referencia. La mayoría de los pacientes presentan lesiones menores que no precisan la realización de pruebas complementarias ni requieren tratamiento quirúrgico y pueden ser valorados y tratados por un pediatra.

M^a Cristina Amigo Bello, Eva Maria Fernandez Fernandez, Gines Martínez Bastida, Patricia Fernandez Rodriguez, Susana Ezama Álvarez, Jose Fuentes Vigil
Atención primaria área VIII (Asturias), SAMU Asturias,
Servicio de pediatría del hospital de Cabueñes (Asturias)

ANÁLISIS DE LAS ACTIVACIONES DE LA UVI MÓVIL EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA DE NUESTRA ÁREA SANITARIA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Analizar las intervenciones de la UME (UVI móvil) con base en el Area Sanitaria VIII de Asturias, en población pediátrica durante el año 2009.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo observacional retrospectivo. Se explota la aplicación informática ASTER, base de datos para registro de actividad de UMES de SAMU Asturias.

Se estudian las activaciones relativas a pacientes pediátricos atendidos por ese dispositivo asistencial durante el año 2009.

RESULTADOS

Durante el año 2009 se movilizó la UVI móvil en 35 ocasiones, 9.1% de activaciones pediátricas de la provincia y 3,6% del total, con una población <14 años del 7.6% .

El 57.1% de los niños eran <3 años. En la distribución por sexos encontramos: 12 niñas y 23 niños. En tramos horarios observamos que el 48.5% de salidas se desarrollaron entre las 15-22 horas, y sólo un 14.3% durante las mañanas. En las causas que ocasionan la consulta encontramos 2 que predominan: crisis convulsivas (18) y traumatismos (9). Sólo en 2 ocasiones se pudo resolver in situ, en el resto se trasladó al hospital más cercano. Durante la atención se realizaron diferentes procedimientos, los más habituales fueron: monitorización ECG en 21 y TA en 18. En cuanto a la medicación, el paracetamol es el fármaco utilizado con mayor frecuencia, en 7 pacientes. Los alertantes que inician la movilización de la UME fueron: fuerzas de seguridad (1), atención primaria (9), familiares (11) y viandantes (11).

CONCLUSIONES

- La activación de la UVI móvil en nuestra área resulta proporcional a la población pediátrica.
- La activación durante la mañana es infrecuente, probablemente en relación a que en esa franja horaria existe asistencia pediátrica en Atención Primaria.
- El paracetamol es el fármaco que se usó con más frecuencia, debido a que las crisis febriles son la causa más frecuente de convulsiones en <3 años y esta es la causa más frecuente de asistencia en nuestra serie.

Anna Alonso Saladrigues, Victoria Trenchs Sainz de la Maza, Gemma Gelabert Colome (1), Jesus L. Payeras Grau, Carles Luaces Cubells
Servicio de Urgencias. Documentació Clínica i Arxius (1).
Hospital Universitari Sant Joan de Déu. Barcelona

REVISIÓN Y EVALUACIÓN DE LAS MANIOBRAS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

1.- Conocer el número y resolución de las reanimaciones cardiopulmonares (RCP) realizadas en el Servicio de Urgencias (SU) durante 10 años. 2.- Describir las medidas de RCP empleadas y su evaluación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisan los informes y el registro tipo Utstein que se cumplimentan en el SU tras cada episodio de RCP que realiza el personal de Urgencias. Se incluye el periodo 2001-2010.

RESULTADOS

Se realizó RCP en 49 ocasiones a 46 pacientes; 28 varones, 34 con enfermedades crónicas (las más frecuentes neurológicas (16), cardíacas (8) y respiratorias(8)), 8 presentaban pluripatología. Su mediana de edad fue 2.1 años (p25-75 5.3 meses-6.3 años). La RCP se realizó en planta de hospitalización en 19 casos y en Urgencias en 30. De estos últimos, 8 paros se produjeron en el propio Servicio y 22 a nivel extrahospitalario siendo trasladados a nuestro centro principalmente en ambulancia(17) y habiendo recibido RCP 13 (básica 3 y avanzada 10). Los motivos de llamada fueron paro cardiorrespiratorio(26), apnea(13), convulsión(9) y disminución del sensorio(3). En 44 ocasiones se ventiló por tubo endotraqueal y en 5 por mascarilla laríngea. En 35 se realizó masaje cardíaco y en 33 se administraron fármacos; en 15 casos por vía intraósea y en 5 por vía intratraqueal. Se conoce el tiempo total de RCP en 31 casos; mediana 30 minutos (p25-75: 9-45). Veinticinco pacientes fallecieron, en 13 las maniobras no fueron efectivas y en 12, el éxito se produjo durante el ingreso posterior. Se evaluó la RCP en 43 casos, considerándose correcta en 31, mejorable en 10 y deficiente en 2.

CONCLUSIONES

Dada la baja frecuencia de RCP en Urgencias es necesario un entrenamiento periódico del personal sanitario para atender adecuadamente a los pacientes. La mortalidad es elevada. La utilización sistemática de un registro de maniobras de RCP permite detectar situaciones susceptibles de mejora.

M^a Isabel Buedo Rubio, M^a Pilar Martín-Tamayo Blázquez, María Mayordomo Almendros, Ignacio Onsurbe Ramírez, Ana Belén Delgado García, Tomás Hernández Bertó
Servicio de Pediatría, Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

CRISIS CONVULSIVAS EN URGENCIAS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Conocer las características clínicas y epidemiológicas de los episodios convulsivos que han tenido lugar en nuestro medio durante el pasado año.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias de nuestra área de salud entre Enero y Diciembre de 2010 con crisis epilépticas.

RESULTADOS

Durante el periodo referido se registran 29761 visitas al Servicio de Urgencias de pediatría. Se recogen 74 episodios convulsivos (0'25% del total de consultas). Los meses de mayor incidencia fueron febrero y marzo (12'2% y 20'3% respectivamente). Edad media 4'19 años (rango 0'46 y 13,29 años). No hubo diferencias entre sexos. El 64'3% no había presentado anteriormente ningún episodio convulsivo. La morfología de las crisis fueron: generalizadas en un 84'9%, parciales simples el 8'2% y complejas el 6'8%. Del total, el 50'7% fueron crisis febriles, el 9'9% parainfecciosas, el 11'3% epilepsias parciales benignas de la infancia, el 1'4% se diagnosticó de meningoencefalitis neumocócica y el 36,7% corresponde a crisis convulsivas en pacientes con enfermedades neurológicas de base u otro tipo de epilepsias. La duración media de las crisis fue de 6'7 minutos (67,7% menos de 5 minutos y 4'1% más de 30 minutos). El 32'4% precisaron medicación (el 88% con un sólo fármaco, el 8% dos, y el 4% tres), cediendo el resto de manera espontánea. Precisaron ingreso el 36,5% (tan sólo dos pacientes en UCIP, uno de ellos con secuelas posteriores (hemiparesia leve derecha), correspondiendo éste al caso de meningoencefalitis), y seguimiento en consultas de Neuropediatría el 48'6%, de éstos.

CONCLUSIONES

Pese a la ansiedad generada por las crisis epilépticas, según nuestro estudio la mayoría corresponde a crisis febriles, ceden de manera espontánea sin necesidad de medicación y no precisan ingreso ni pruebas complementarias adicionales. En nuestra serie ningún paciente fue refractario a medicación y tan sólo un paciente presentó secuelas posteriores.

Laura Borja Andueza, Olaia Sevilla García, Esozia Arroabarren Aleman, Izaskun Olaciregui Echenique, José Ángel Muñoz Bernal, José Julián Landa Maya
Unidad de Urgencias. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián

CARABELA PORTUGUESA... ¿FUE PARA TANTO?

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Las picaduras suponen un motivo frecuente de consulta en Urgencias. La plaga de carabela portuguesa (*Physalia Physalis*) producida en nuestras costas en el verano 2010 causó gran alarma social, por lo que hemos evaluado la magnitud real de la patología, estudiando la incidencia, presentación clínica, evolución y tratamiento de las picaduras por dicho hidrozoo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo con recogida de datos a través de los informes de alta de los niños atendidos por picaduras entre mayo y octubre 2010 en Urgencias de Pediatría de nuestro hospital.

RESULTADOS

Durante el periodo estudiado (6 meses) consultaron por picadura 103 niños. El 84,46% (n=87) presentó picadura por insecto, el 13,59% (n=14) por animal marino y el 1,94% (n=2) por arácnidos.

La *Physalia Physalis* fue la causa del 57,14% (n=8) de picaduras por animal marino, mientras que el erizo de mar y otros animales marinos causaron el 14,28% (n=2) y el 28,57% (n=4) de las picaduras, respectivamente.

El 87,5% (n=7) de los niños afectados por *Physalia Physalis* fueron varones. El pico de incidencia ocurrió durante la segunda quincena de julio, atendándose al 62,5% (n=5) de los casos. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron lesiones cutáneas y dolor, referidas por todos los pacientes. El 37,5% (n=3) presentó además sintomatología sistémica (respiratoria, digestiva o neurológica). El 25% (n=2) requirió observación durante un tiempo medio de 10 horas para monitorización y analgesia endovenosa, y un caso ingreso en UCIP durante 24 horas por anafilaxia. Todos los pacientes recibieron analgesia, asociándose en el 75% (n=6) corticoterapia, en el 50% (n=4) antihistamínicos y uno de los pacientes precisó soporte con oxigenoterapia, adrenalina y broncodilatadores.

CONCLUSIONES

Las picaduras por *Physalia Physalis* han supuesto un porcentaje bajo de los pacientes atendidos por picadura (7,76%).

La mitad de los pacientes han presentado síntomas sistémicos y un paciente precisó ingreso en UCIP.

Antonia Maria Cerrudo Navarro, Esther Moreno Medinilla, Laura Ferreras Antolin, Esther García Requena, Isabel Duran Hidalgo, Silvia Oliva Rodriguez-Pastor
HOSPITAL MATERNO INFANTIL CARLOS HAYA, MALAGA

TUMORACIÓN SUPRACLAVICULAR EN PEDIATRÍA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Las masas cervicales pueden ser debidas a múltiples etiologías. Las de localización supraclavicular se asocian a un alto riesgo de malignidad (hasta del 75%) en los niños. Son sugerentes de malignidad la pérdida de peso, anormalidad de las pruebas analíticas y de imagen, fiebre prolongada, adenopatías generalizadas y ausencia de infección del tracto respiratorio superior.

MATERIAL Y MÉTODOS

Niña de siete años derivada por su pediatra para valoración de masa en fosa supraclavicular derecha detectada hace tres días. No fiebre ni otros síntomas. Entre los antecedentes destaca, faringoamigdalitis pultacea dos semanas antes tratada con amoxicilina-clavulánico. A la exploración, tumoración supraclavicular de unos 2.5 cm de diámetro, no dolorosa a la palpación, de consistencia pétreo, adherida a planos profundos, sin signos inflamatorios locales. No otros hallazgos a la exploración. Pruebas complementarias: hemograma, bioquímica y reactantes de fase aguda normales. Ecografía cervical: imagen lineal hiperecogénica en relación con costilla cervical.

RESULTADOS

Las tumoraciones a nivel cervical en su mayoría corresponden a procesos benignos, deben descartarse patologías menos frecuentes, que pueden precisar tratamiento específico. La costilla cervical es la variante anatómica costal más frecuente y forma parte del diagnóstico diferencial ante una masa supraclavicular. La ecografía cervical es un método fiable para su diagnóstico.

Maria Mora Bestard, Daniel Nehme Álvarez, Ferrés Serrat Francesc, Gustavo Picó Fuster, Maria Antonia Grimalt Calatayud, Elena Miravet Fuster
Unidad de Urgencias Pediátricas. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Son Espases

CONVULSIONES FEBRILES ATÍPICAS: CUANDO ALGO NOS PREOCUPA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Las convulsiones febriles (CF) atípicas son aquellas focales, prolongadas, recurrentes o con postcrisis alterada. OBJETIVO: describir las características de los pacientes diagnosticados de CF atípica así como su evolución y compararlo con la literatura disponible.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio epidemiológico retrospectivo de los casos diagnosticados de CF atípica entre enero de 2006 y diciembre de 2010.

RESULTADOS

73 casos, 35 varones y 52 mujeres, con edad media de 2 años (1'5 meses-7 años). En 32 casos había antecedentes familiares (43%). En 17 casos (23%) no se trataba de la primera CF. En 34 casos la convulsión fue en la primera hora de fiebre (46,5%), en 27 entre la 1ª y la 24ª (37%) y en 9 pasadas las 24 horas (12,4%). El 60,3% fueron tónico-clónicas, 9,6% tónicas, 8% atónicas, 3% mioclónicas y 15% focales. En 40 casos hubo recurrencia dentro del mismo proceso. Se apreciaron alteraciones del período postcrítico en 19 pacientes. En 15 casos duró más de 15 minutos. 33 requirieron medicación para abortar la crisis. Ningún paciente presentó meningitis. Todos ingresaron: 7 en cuidados intensivos, 65 en planta y 1 en corta estancia. Se efectuaron analíticas (93%), pruebas de imagen (19%) y punción lumbar (18%), todas ellas sin hallazgos significativos. Se realizó EEG (92%), encontrando alteraciones en 20 casos (27%). 14 pacientes requirieron antiepilépticos de base (19,2%). 2 desarrollaron epilepsia (2,7%).

CONCLUSIONES

La recurrencia, seguido de la alteración de la postcrisis y de la duración son nuestros principales criterios de atipicidad.

Debemos seguir acotando las indicaciones de punción lumbar en las CF atípicas.

Tal como indica la literatura, la realización del EEG en el momento agudo no es imprescindible en el neurodiagnóstico de las CF atípicas, puesto que su alteración no es predictiva del desarrollo de epilepsia posterior.

Olga Cadevall Solé, Paula Capel Hernández, Vanesa Segarra Rey, Xavier Domingo Miró, Marina Del Vecchio, M Carmen Vidal Palacios
Hospital Fundació Son Llatzer (Palma de Mallorca- Illes Balears)

CÓMO Y POR QUÉ ACUDEN A URGENCIAS LOS MENORES DE 3 MESES

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Describir la forma de acceso a los servicios de urgencias de nuestro Hospital de los pacientes menores de 3 meses. Analizar los motivos de consulta y de ingreso más frecuentes en esta franja de edad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio descriptivo prospectivo analizando el registro de visitas a Urgencias de nuestro hospital. Seleccionamos las visitas de los menores de 3 meses, entre el 15 Septiembre al 15 de Diciembre de 2010. Se estudia en qué horarios acuden, si viene remitidos de su centro de salud y cuáles son los motivos de ingreso más frecuentes. Se realizó análisis estadístico mediante t de Student.

RESULTADOS

Consultan un total de 421 pacientes (51% varones/ 49% mujeres) en este periodo, que suponen el 9'19% del total (incluyendo pacientes hasta 14 años). La edad media es 4'9 semanas. Consultan en horario sin asistencia pediátrica en Atención Primaria (festivos y noches) el 49'64% de los pacientes. Tan sólo el 9'15% acude derivados por un facultativo. De éstos ingresan en un 38'46%, frente al 13'61% de los que consultan de forma espontánea. (p0.0003). En total ingresaron el 15'72 % de los pacientes. Ingresaron el 100% de los pacientes que consultaron por apnea/alte, el 28'57% de las contusiones, el 22'85% de los que consultan por sintomatología infecciosa, el 22'22 % de las ictericias, el 10% de los vómitos, el 9'37% de los problemas alimentarios, etc.

CONCLUSIONES

Si bien los lactantes menores de 3 meses generan un volumen de consultas no despreciable, la mayoría de ellas son banales y no precisan ingreso ni exploraciones complementarias. Los pacientes derivados por un facultativo, ingresan con mayor frecuencia dado que éstos valoran mejor que los familiares la gravedad del proceso y los remiten con una mejor orientación.

Estibaliz Garrido García, Dayana Moreno Duque, Vanesa Fernandez Iglesia, Laura Regueras santos, Pablo Lobo Martínez, Santiago Lopez de Armentia
Servicio de Urgencias de Pediatría, Complejo Asistencial Universitario de León, León

VALORACIÓN DE LA FRECUENTACIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS DEL COMPLEJO ASISTENCIAL UNIVERSITARIO DE LEÓN (CAULE) EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Analizar las características de la demanda asistencial de la población pediátrica que acude al servicio de Urgencias del CAULE con la finalidad de conocer su comportamiento y valorar el incremento cuantitativo de visitas urgentes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo y epidemiológico de datos de los niños menores de 14 años que acudieron al servicio de urgencias en nuestro hospital desde enero del 2008 a diciembre de 2010. Los datos se obtuvieron del registro de urgencias de la base de datos del CAULE, facilitados por el S de Informática. Las variables estudiadas han sido edad, sexo, nacionalidad, zona de influencia, y hora de llegada. Se utilizó el programa IBM SPSS Statistics 18 para Windows.

RESULTADOS

Durante los años 2008, 2009 y 2010 se vieron un total de 46.961 niños, con un incremento gradual en el número de pacientes cada año pasando de 15194 en el 2008, a 16271 en el 2010. En relación al sexo, el 54,9% varones, el 45,1% mujeres. La edad media fue de 45,46 meses (DS 41.84), con una mediana de 30,93 meses. Casi la mitad de los niños (44.15%) tenían una edad comprendida entre los 3 meses y los 2 años, menores de 3 meses 3164 (6,7%) y menores de un mes 1364 (2,9%). El 94% del total residían en León, el 1,1% fueron del resto de la comunidad, el 4,5% del resto del país y sólo el 0,1% fueron extranjeros. La franja horaria con mayor asistencia fue entre las 17 y las 21 horas. El 7,1% fueron ingresados (7,2% en 2008; 6,9% en 2009; 7,1% en 2010) y 0,1% requirieron ser trasladados. Se resuelven el 92,8% de las demandas asistenciales

CONCLUSIONES

Se observa un incremento gradual de la asistencia en los últimos años. Con escasa relevancia de la población extranjera. Los pacientes menores de 2 años suponen la mitad de las urgencias atendidas. Debemos continuar con la educación sanitaria.

Rocío Conchello Monleón, Raquel Garcés Gómez, Irene García Osés, Laura Gil Ferrer, Elena Sancho Gracia, Virginia Gómez Barrena
Hospital Infantil Miguel Servet

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES QUE CONSULTAN POR LA NOCHE EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Analizar las características sociales de los pacientes que acuden a una unidad de urgencias pediátricas por la noche, las patologías más frecuentes en esta franja horaria así como el nivel de gravedad objetivado por los padres.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, observacional y prospectivo realizado a partir de los datos obtenidos a través de un cuestionario anónimo voluntario consistente en 14 preguntas sobre aspectos relacionados con los objetivos del estudio. Durante la primera quincena de enero de 2011, entre las 24 y las 8 horas, acuden a urgencias 288 pacientes obteniéndose 55 encuestas cumplimentadas.

RESULTADOS

El 29.1% de los pacientes eran menores de un año (1.8% menores de un mes). El 49% fueron varones. El principal motivo para acudir a urgencias según los padres era la necesidad de atención inmediata (62%), siendo el principal síntoma fiebre (47.3%) seguido de dificultad respiratoria (12.7%), vómitos (11%), vómitos y diarreas (7.3%), tos (5.5%), traumatismo (1.8%) y otros (14.4%). El 25.5% procedían de otros países, siendo el 9% comunitarios y el 16.5% extracomunitarios. El 25.5% residían fuera de la ciudad. Ninguno acudió en ambulancia. La gravedad percibida por los padres fue de grave en el 14.5% y leve o muy leve en el 21.8%. El 56% había acudido previamente a urgencias por la noche. El 89% de los encuestados consideró que la atención había sido buena o muy buena.

CONCLUSIONES

Los motivos de consulta atendidos por la noche no difieren de otras franjas horarias. Más de la mitad de los pacientes habían acudido en otras ocasiones por la noche. A pesar de que muchos padres reconocen que el estado de su hijo no reviste de gravedad, consideran que precisan atención inmediata. Además, a menor edad del paciente, mayor es el grado de angustia percibido por los padres

**Eva Benito Ruiz, Carmen Bosque Gracia, Sonia Ibañez Nuez,
Esther Gallego Casas, Pilar Miguel Sanz, Ana Maria Latorre Izquierdo**
H.U. Miguel Servet Zaragoza

MEJORANDO LA CALIDAD ASISTENCIAL MEDIANTE LA FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE ARAGÓN: FOCUSS: ENFERMERÍA EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Dar a conocer el programa formativo FOCUSS organizado e impartido por enfermeras.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo del programa FOCUSS desde el año 2008 a 2010.
Evaluando aspectos claves del programa formativo: formación recibida, capacidad de los formadores, tutor y centro mediante un cuestionario con 21 preguntas cerradas y 1 abierta, utilizando escalas Likert de 1 a 5.

RESULTADOS

De los 12 alumnos que han asistido a las 3 convocatorias FOCUSS el 100% son mujeres, el 91,6% pertenece al medio rural y el 41,6% presta servicios en el 061. Los alumnos han valorado:

1ºEl programa:

Útilidad:3,65 puntos. / Mejorar los procedimientos que se realizan en su centro de referencia:2,9 puntos. / Impacto directo en la calidad de atención a los usuarios:3,5 puntos. / Documentación entregada:3,65 puntos.

2ºEvaluación de los formadores para:

Transmitir conocimientos:4,57 puntos. / Enseñar destrezas y habilidades:4,64 puntos. / Enseñar aspectos organizativos y de trabajo en equipo:4,45 puntos. / Enseñar aspectos económicos que implica la técnica:4,2 puntos. / Enseñar a actuar en situaciones imprevistas o difíciles:4,15 puntos.

3ºEvaluación del centro:

Instalaciones:4,15 puntos. / Materiales y equipos:4 puntos. / Estructura organizativa para impartir el programa:3,9 puntos. / Experiencia del centro para enseñar el programa que imparten:4,05 puntos. / Grado de satisfacción respecto a la formación recibida:3,5 puntos.

Pregunta abierta: destacar como positivo la calidad humana de los profesionales así como el intercambio de experiencias.

Mejora: la ampliación horaria del programa tanto teórica como práctica y su traslado al horario de tardes.

CONCLUSIONES

Se constata la idoneidad de un plan formativo específico dirigido a enfermería, permitiendo la adquisición de conocimientos y destrezas en urgencias pediátricas.

Tras evaluar el primer programa hubo un incremento horario.

Posibilidad de cambiar el horario a tardes.

Elisabet Coca Fernández, Cynthia Crespo Mora, Jocelyn Betancourt Castellanos, Anna Borrull Senra, Sònia Brió Sanagustín, Raúl Morales Prieto
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau

SHOCK TÓXICO EN URGENCIAS: ¿ESTAFILOCÓCICO O ESTREPTOCÓCICO?

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

El síndrome del shock tóxico (SST) es una enfermedad multisistémica que produce compromiso hemodinámico grave y ocasionalmente tiene una elevada morbi-mortalidad.

Esta entidad está producida por las toxinas de dos microorganismos: *Staphylococcus aureus* y, menos frecuentemente, *Streptococcus pyogenes*. Los criterios diagnósticos de ambas entidades están bien definidos.

Presentamos un caso de shock tóxico y su manejo en Urgencias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Niña de 2 años de edad sin antecedentes patológicos de interés que consulta por fiebre y tos de pocas horas de evolución. En la exploración se objetiva la presencia de exudados en amígdalas hipertróficas e hiperémicas. Se realiza test de diagnóstico rápido (StrepA) que resulta positivo. Se da de alta con amoxicilina a 40mg/kg/d.

Doce horas después, reconsulta en Urgencias con un triángulo de evaluación pediátrico en shock descompensado, por lo que se inicia oxigenoterapia, carga de líquidos y drogas vasoactivas. Se realizan cultivos microbiológicos, analítica sanguínea y radiografía de tórax y se inicia tratamiento antibiótico empírico. En la analítica destaca una acidosis metabólica severa, coagulopatía de consumo, fallo renal, hipertransaminasemia, aumento de CPK (x30), leucopenia con desviación izquierda y proteína C reactiva de 300mg/l. En la radiografía se observa una condensación en hemitórax derecho y derrame pleural homolateral.

Ante la sospecha de shock séptico de origen respiratorio, se traslada a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, donde evolucionó a fallo multiorgánico con rabdomiolisis y candidiasis sistémica.

RESULTADOS

Este caso cumpliría los criterios diagnósticos que definen el síndrome de shock tóxico estreptocócico si tenemos en cuenta el resultado positivo en el test de diagnóstico rápido para *S. pyogenes*, sin haberlo aislado en ninguna localización estéril o no.

Paradójicamente, sí que cumple criterios de shock tóxico estafilocócico que no incluyen ningún aislamiento microbiológico.

Vanessa Fernández Iglesia, Ana Gloria Andrés Andrés, Laura Regueras Santos, Marta Fernández Fernández, Estibaliz Garrido García, Lizbely Dayana Moreno Duque
Servicio de Urgencias Pediátricas, Complejo Asistencial Universitario de León, León

ESCROTO AGUDO: REVISIÓN DE NUESTRA CASUÍSTICA EN LOS 3 ÚLTIMOS AÑOS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Analizar la frecuencia, tipo de afectación, tratamiento y evolución de los pacientes hospitalizados, diagnosticados de escroto agudo en nuestro servicio de urgencias pediátricas entre el 1 de enero de 2008 y el 31 de diciembre de 2010.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se recogen datos de filiación, antecedentes personales y familiares, sintomatología, tratamiento y evolución.

RESULTADOS

Se incluyeron 15 pacientes (0,095% de la media de urgencias anuales) con un promedio de edad de 9,2 años (rango: 0-16 años). El diagnóstico fue torsión testicular en 8 pacientes, torsión de hidátide de Morgagni en 4 casos, epididimitis en 2 (asociados a púrpura de Shölein-Henoch) y edema escrotal idiopático en uno. La afectación testicular fue derecha en 5 casos, izquierda en 9 casos y bilateral en uno (afectación no simultánea). Un paciente presentó torsión intraútero, hallazgo apreciado en el servicio de urgencias al tratarse de un parto extramuros. En un paciente se encontró el antecedente de teste en ascensor, en otro antecedente traumático y en otro criptorquidia, pero en ningún caso se encontraron antecedentes familiares relevantes. El síntoma más frecuente fue dolor testicular, seguido de inflamación a dicho nivel o vómitos. El tiempo medio de evolución del cuadro fue de 17,37 horas (rango: 2-72 horas). El diagnóstico de sospecha fue clínico, apoyado por la ecografía-doppler testicular. Salvo en la torsión intraútero, el tratamiento fue quirúrgico mediante detorsión y orquidopexia. Solo en un paciente fue preciso realizar orquiectomía. La evolución ha sido satisfactoria hasta el momento en todos los casos.

CONCLUSIONES

El escroto agudo es una patología relativamente infrecuente en nuestro servicio, Resultados acordes a la literatura consultada. Pero el diagnóstico inmediato se hace necesario ante la posibilidad de torsión testicular que comprometa la viabilidad del teste.

**LUIS GRANDE HERRERO, M^º PILAR ANTON Martín, BEATRIZ HUERTES DÍAZ,
LUIS MANUEL PRIETO TATO, OLIMPIA BAENA, M^º PILAR GUTIERREZ DIEZ**
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE. SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS

TERMÓMETRO POR INFRARROJOS: ¿ SON FIABLES LOS NUEVOS MÉTODOS DE MEDIDA DE TEMPERATURA?

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La adecuada determinación de la temperatura es especial importancia. La prohibición del clásico termómetro de mercurio ha desarrollado nuevas herramientas de rápido uso pero dudosa fiabilidad.

Comprobar la reproducibilidad en las mediciones del nuevo termómetro por infrarrojos (Exergen TAT 5000,USA) usado en nuestro centro, que determina temperatura central en la arteria temporal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó mediante muestreo consecutivo durante 5 días en los pacientes (0-14 años) que acudieron a la urgencia pediátrica.

Se determinó la temperatura del paciente con el instrumento a estudio, en tres tiempos consecutivos (cada 3 minutos),bajo el mismo observador y según el modo indicado por el fabricante.

Se recogieron variables demográficas (edad y sexo), médicas (motivo de consulta, presencia o no de fiebre, toma previa de antitérmicos) y técnicas (tipo de termómetro domiciliario habitual).

Los Resultados se analizaron estadísticamente mediante el programa SPSS 15.0

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 216 pacientes (56% varones). La media de edad fue de 3,96 años (rango 1 mes- 14 años). Presentaron fiebre un 52,3% y habían recibido antitérmicos un 50,2%. El tipo de termómetro domiciliario era digital en el 77,2% y de mercurio en 21,3%.

En el grupo fiebre, la media de las temperaturas de las tres mediciones fue 37,75 +/- 0,9°C.

Para determinar la concordancia de las mediciones, se realizó un análisis de fiabilidad con el cálculo de coeficiente de correlación intraclase (CCI): 0,911 (IC: 95% 0,88- 0,93)

CONCLUSIONES

La precisión en la mediciones de temperatura con nuevos instrumentos es un estándar a alcanzar en los servicios de urgencias pediátricas.

En nuestro centro, el termómetro por infrarrojos empleado ha demostrado escasa variabilidad en las determinaciones térmicas, por lo que podría tratarse, de un instrumento de medida fiable.

Thais Murciano Carrillo, *Concepció Escofet Soterias, *Concepción Fernández Zurita, **Silvia Sánchez Pérez, *Antoni Rovira Gols, Francisco Javier Travería Casanova**
Unidad de urgencias pediátricas, *Neuropediatría, **Cuidados intensivos pediátricos.
***UDIAT. Hospital de Sabadell. Corporació Universitaria Parc Taulí. Sabadell. Barcelona.

ACCIDENTES CEREBROVASCULARES EN LA INFANCIA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

El accidente cerebrovascular (ACV) consiste en la aparición brusca de disfunción cerebral focal o global que persiste más de 24 horas. El Diagnóstico y manejo en el niño presenta remarcables diferencias respecto a los adultos debido a la diversidad de factores de riesgo, diferentes formas de presentación y a la ausencia de consenso en el tratamiento. Nuestro objetivo es analizar los casos de ACV infantil diagnosticados en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión retrospectiva, mediante historia clínica, de casos de ACV infantil, diagnosticados desde enero 2007 hasta diciembre 2010 (excluyendo formas perinatales). Se valora sexo, edad, tipo ACV, clínica, causa, evolución y tratamiento.

RESULTADOS

6 casos (5 niñas; 1 niño), edades comprendidas entre 15 meses y 8 años. Presentaron ACV hemorrágico 3 pacientes, isquémico 2 y por trombosis venosa profunda (TVP) 1. La clínica inicial fue hemiparesia en 4 casos y convulsiones generalizadas en 2; 2 casos asociaban vómitos y otros 2 afectación de pares craneales. Todos los ACV hemorrágicos se diagnosticaron de malformación arteriovenosa (MAV). Un ACV isquémico fue debido a displasia arterial y en el otro caso se halló una mutación del gen de la protrombina. El ACV por TVP coincidió con un proceso infeccioso. Durante el ingreso presentaron HTIC grave 2 casos y crisis parciales 2. Al alta se objetiva hemiparesia en 5 pacientes asociada a parálisis facial en 2 casos. Los ACV isquémicos se trataron con heparina de bajo peso molecular y ácido acetil salicílico y los ACV hemorrágicos con resección de la MAV.

CONCLUSIONES

El ACV es poco frecuente pero causa significativa de morbi-mortalidad, por lo que es fundamental incorporarlo en el Diagnóstico diferencial de pacientes con clínica neurológica. La causa suele ser multifactorial requiriendo un estudio etiológico extenso. El tratamiento debe individualizarse en cada caso a falta de una pauta estándar, preferentemente en los casos de ACV isquémico.

Ángela Gómez Farpón, Víctor Álvarez Muñoz, Antonia López López, Cristina Montalvo Ávalos, Nataliz Vega Mata, Cristina Granell Suárez
Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospita Universitario Central de Asturias

ABSCESO DE PSOAS COMO PRESENTACIÓN CLÍNICA DE ABSOMEN AGUDO

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

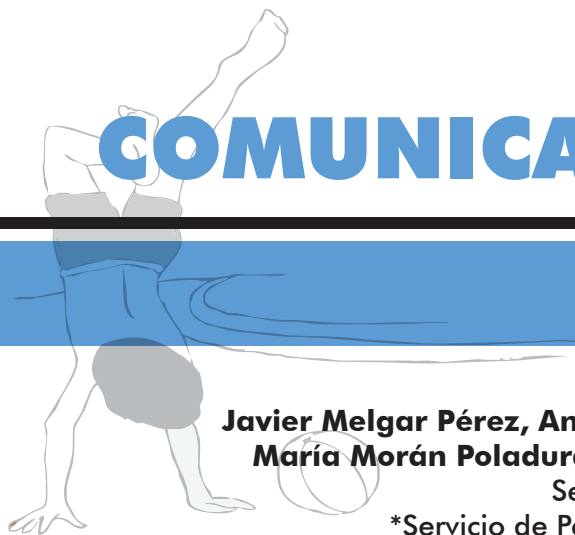
El absceso de psoas es una entidad poco frecuente en la edad pediátrica. Su forma clínica de presentación, insidiosa e inespecífica, con dolor lumbar irradiado a fosa iliaca derecha (FID) y miembro inferior ipsilateral acompañado de fiebre, implica que muchas veces el cuadro pueda ser atribuido erróneamente a patología quirúrgica de origen apendicular, por lo que su diagnóstico precoz requiere un alto grado de sospecha.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de dos pacientes diagnosticados de absceso de psoas cuya clínica y exploración física sugirieron inicialmente la existencia de un abdomen agudo, siendo incluso uno de ellos intervenido. El primer caso, un varón de 11 años, fue remitido por dolor abdominal continuo en FID de 48 horas de evolución y fiebre hasta 39°C, con defensa generalizada y signos de Blumberg y Psoas positivos. La presencia de múltiples erosiones cutáneas sobreinfectadas llevaron a realizar una ecografía abdominal, y posteriormente TC, hallando un engrosamiento del psoas derecho con colecciones abscesificadas entre sus fibras. El segundo caso se trató de un varón de 5 años con febrícula mantenida, dolor en FID y muslo derecho y cojera de 6 días de evolución. Como antecedente personal de interés destacó que había sido intervenido 10 días antes por sospecha de abdomen agudo quirúrgico, extirpando un apéndice anatomopatológicamente normal. La TC mostró un aumento del tamaño del psoas iliaco derecho con una colección desde el 1/3 medio de riñón hasta la bifurcación aórtica. En ambos casos el Mantoux fue negativo y el tratamiento antibiótico intravenoso supuso la resolución del cuadro.

RESULTADOS

Ante todo dolor abdominal compatible con apendicitis aguda debemos, previa intervención, descartar aquellas patologías que no sean subsidiarias de cirugía. La presencia de foliculitis, cojera o un signo de Psoas muy marcado nos han hecho tener en cuenta el absceso de psoas dentro del diagnóstico diferencial.



Javier Melgar Pérez, Antón Castaño Rivero, Eva María Fernández Fernández, María Morán Poladura, Ramón Fernández Alvarez, Gonzalo Solís Sánchez*

Servicio de Pediatría. Hospital de Cabueñes. Gijón (Asturias).

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

INFLUENCIA DE LAS CONDICIONES METEOROLÓGICAS EN LOS EPISODIOS DE BRONCOESPASMO

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Conocer la posible influencia de la temperatura, humedad, pluviosidad y presión atmosférica sobre los episodios de broncoespasmo diagnosticados en una unidad de urgencias pediátricas en un hospital de Área Sanitaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Pacientes diagnosticados de broncoespasmo (bronquiolitis, bronquitis espástica, síndrome disneizante y asma) en las Urgencias de Pediatría del Hospital de Cabueñes desde 1-1-99 a 31-12-08. Base de datos del Servicio de Codificación del hospital. Datos de temperatura, humedad y presión atmosférica de la Agencia Nacional de Meteorología en Gijón

RESULTADOS

De las 175.657 visitas a urgencias analizadas, 75.575 (43%) fueron problemas respiratorios y, de ellos, 16.846 episodios de broncoespasmo (9,6% del total de urgencias y 22,3% de las urgencias respiratorias). Los 16.846 episodios de broncoespasmo ocurrieron en 7.876 pacientes diferentes (63,3% niños y 36,7% niñas). El 43,9% de los episodios ocurrieron en menores de 2 años.

La temperatura media y la humedad diaria media se correlacionaron inversamente con el número de casos de broncoespasmo del mismo día. Las precipitaciones diarias y la presión atmosférica se correlacionaron directamente con el número de niños diagnosticados de broncoespasmo el mismo día.

Analizando la relación con los datos meteorológicos de días previos (3,7 y 10 días previos), mediante un modelo de análisis de regresión múltiple, la humedad de 3 días previos fue la variable que más se correlacionó con los episodios de broncoespasmo.

CONCLUSIONES

Las variables meteorológicas (temperatura, humedad, precipitaciones y presión atmosférica) influyen en el número de casos diagnosticados de broncoespasmo. La temperatura del mismo día y la humedad de tres días previos son las variables que más correlación mantienen con el número de episodios según el modelo calculado con nuestros datos.

Sara Puente Montes, Jose Luis Fernández Arribas, Roberto Velasco Zuñiga, Nathalie Campo Fernández, Marta Sánchez Garrido, Elena Pérez Gutierrez
Hospital Río Hortega Valladolid

APLICACIÓN DEL PAEP EN NUESTRO SERVICIO DE URGENCIAS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Determinar magnitud de los ingresos innecesarios. Identificar las causas de las hospitalizaciones inadecuadas. Analizar su influencia con determinadas características del paciente o del ingreso. Analizar discrepancias del pAEP y la valoración de clínicos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, descriptivo y transversal. Fueron incluidos todos los pacientes ingresados procedentes de nuestros SUP durante el año 2009 (382 pacientes). El instrumento de revisión fue la versión española pediátrica del Protocolo de Evaluación de la Adecuación (pAEP). Se incluyó la ansiedad familiar como criterio de ingreso inadecuado, modificando el protocolo original.

RESULTADOS

Con la aplicación del pAEP se obtuvo un 9,2% de hospitalizaciones inadecuadas (35 pacientes). El 51,4% de las hospitalizaciones inadecuadas lo hicieron por realizar un diagnóstico que se podría haber realizado como paciente externo. No obtuvimos diferencias significativas entre la adecuación del ingreso y la edad del paciente. Tampoco se obtuvieron con el día y mes del ingreso. Sí se obtuvieron diferencias significativas con el diagnóstico al ingreso y aunque no fueron Resultados estadísticamente significativos por el escaso tamaño muestral, todos los ingresos inadecuados los realizó un pediatra. La inclusión de la angustia familiar supuso un 14,2 % de las hospitalizaciones inadecuadas. Desde el punto de vista exclusivamente clínico, dos pediatras evaluaron las hospitalizaciones inadecuadas según el pAEP. De los 35 ingresos catalogados como inadecuados, 7 fueron considerados apropiados tras esta revisión. Se obtuvo por tanto, una coincidencia con el Protocolo en el 80% de los casos.

CONCLUSIONES

El 9,2% de las hospitalizaciones según el pAEP resultaron inadecuadas. La causa más frecuente de hospitalización inadecuada fue la hospitalización por un diagnóstico que se podría haber realizado como paciente externo. Sólo se encontró como factor asociado a la inadecuación el diagnóstico al ingreso. El 80% de los ingresos inapropiados detectados por el pAEP también se consideraron inadecuados al ser valorados por los clínicos.

Joan Petanàs Argemí, Xavier Codina Puig, Georgina Artigas Corominas, Pilar Gussinyé Canabal, Maria Teresa Coll Sibina, Margarita Català Puigbó
Servei de Pediatria. Hospital General de Granollers. Barcelona

TEST DIAGNÓSTICO RÁPIDO DEL ESTREPTOCOCO PYOGENES. INDICACIONES E IMPLICACIÓN TERAPÉUTICA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Conocer las indicaciones para las que utilizamos un test de diagnóstico rápido (TDR) para estreptococo β -hemolítico del grupo A (EBHGA).

Determinar el “acierto diagnóstico” a partir de la clínica.

Determinar la implicación terapéutica tras su uso.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo prospectivo de los test realizados con sospecha de infección por *Streptococcus pyogenes* (Clear-view Exact Strep A®). Se recogen los datos: médico (adjunto/residente), indicación, intención de tratar previo al test, resultado y tratamiento.

RESULTADOS

Se han valorado 151 test siendo positivos 51(33%), las indicaciones han sido: niños con sospecha de faringitis bacteriana en diferentes edades (>18 meses, entre 2 y 3 años y > 3 años), sospecha de escarlatina, sospecha de celulitis perianal estreptocócica, balanopostitis o vulvovaginitis supurativa, dactilitis pustulosa, intertrigo y “otras”. Las más frecuentes han sido niños mayores de 3 años con sospecha de faringitis estreptocócica y niños con sospecha de escarlatina; constituyendo un 64,2% de las indicaciones entre ambas. En 28 casos (18,5%) se esperaba un resultado positivo y fue negativo, y en 21 (13,9%) se esperaba resultado negativo y fue positivo. Por tanto, en un 32% el resultado no fue el esperado (un 27% o 37% de los casos según si el médico solicitante era adjunto o residente). Nuestro “acierto diagnóstico” a partir de clínica y anamnesis ha sido del 68% (73% en adjuntos y 63% en residentes).

CONCLUSIONES

La principal indicación es la confirmación de la sospecha de faringitis estreptocócica y aunque los motivos han sido múltiples seguimos pensando poco en localizaciones menos frecuentes.

La concordancia del test con la clínica/anamnesis se presenta en dos terceras partes de los casos, siendo mayor en los médicos adjuntos.

En un tercio de los casos el resultado no coincide con lo esperado teniendo implicaciones terapéuticas.

Manuel Fernández Elías, María Jesús Sánchez Álvarez, Antonio Vázquez Florido, José Luis Martín Blázquez, María Teresa Alonso Salas, Mercedes Loscertales Abril
UGC de CC y Urgencias Pediátricas. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla

EVENTO ADVERSO GRAVE TRAS SONDAJE URETRAL EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La infección urinaria (ITU) es la infección bacteriana grave más frecuente del neonato y lactante con fiebre sin foco (FSF) en nuestro medio. En los niños no continentales la recogida de muestra para urocultivo ha de realizarse por una técnica limpia (sondaje urinario o punción suprapúbica).

La técnica del sondaje uretral para la extracción de orina estéril se realiza siguiendo un procedimiento normalizado usando sondas de coluro de polivinilo (PVC) oro-nasogástrica de un tamaño entre 6 Fr y 8 Fr, al ser un material flexible, calibrado y sin guía metálica. Las complicaciones son muy poco frecuentes, destacando la microhematuria y en un 1 % de los casos la macrohematuria.

Presentamos un caso de sondaje uretral en el que se produjo un bucle intravesical que precisó intervención quirúrgica para su retirada

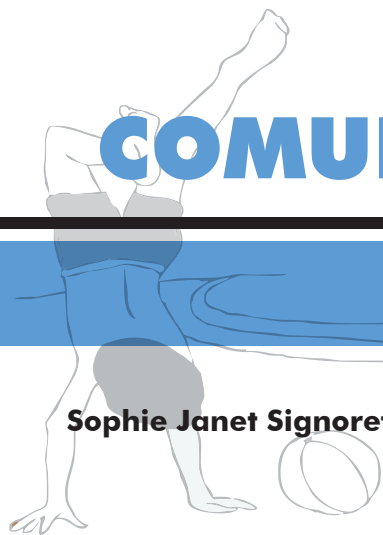
MATERIAL Y MÉTODOS

Neonato de sexo masculino de 13 días, que acudió a urgencias por fiebre y rechazo parcial de las tomas. Se realizaron pruebas complementarias según el protocolo de nuestra unidad de la FSF, que incluye el sondaje uretral para determinación de tira reactiva, examen microscópico de la orina con tinción de GRAM y urocultivo. Tras la técnica del sondaje es imposible la retirada de la sonda de 6 fr, se realiza una radiografía simple de abdomen confirmándose el anudamiento intravesical. Preciso realización de cistoscopia para la extracción y colocación de catéter suprapúbico durante dos días postintervención.

RESULTADOS

Aunque infrecuente, esta complicación es posible durante la realización de la técnica de sondaje uretral para el diagnóstico de ITU en neonatos y lactantes febriles.

El suceso se comunicó al sistema de notificación de eventos adversos de la comisión de seguridad clínica de nuestro centro. Se analizó y se difundieron las acciones de mejora a los miembros de la Unidad.



Sophie Janet Signoret, Belen Hernandez Ruperez, Ana Rodríguez Sánchez de la Blanca, Rafael José Marañón Pardillo
Hospital General Universitario Gregorio Marañón

OBSTRUCCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A HEMATOMA INTRAMURAL ILEAL ESPONTÁNEO

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

El hematoma intramural es causa excepcional de obstrucción intestinal en lactantes, siendo la mayoría de ellos secundarios a traumatismos abdominales. Exponemos a continuación el caso de un paciente en tratamiento con heparina de bajo peso molecular (HBPM) diagnosticado de obstrucción intestinal secundaria a hematoma intramural, con estudio de coagulación y factor anti-Xa (Fxa) normales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Lactante de 14 meses que acude a urgencias por irritabilidad y vómitos biliosos de 12 horas de evolución. Bajo tratamiento con HBPM desde los 2 meses de edad, por trombosis de arteria pulmonar secundaria a intervención de cardiopatía congénita. En la exploración física se objetiva regular estado general, signos de deshidratación y abdomen blando, distendido, sin datos de irritación peritoneal. Ante la sospecha de obstrucción intestinal se realiza ecografía abdominal donde se observa masa cilíndrica de 2,5 cm de diámetro que inicia en la raíz mesentérica y se extiende 8 cm. Se realiza laparotomía exploradora encontrándose hematoma intramural de 12 cm dependiente de ileon distal, sin trombosis mesentérica, requiriendo resección de ileon distal con anastomosis termino-terminal, con buena evolución posterior.

RESULTADOS

El hematoma intramural intestinal es una complicación excepcional en pacientes anticoagulados. La incidencia estimada en adultos es de 1/2500, habiéndose descrito únicamente dos casos en pacientes pediátricos. La HBPM es un tratamiento eficaz tanto en la profilaxis como en el tratamiento de trombosis en niños y para su monitorización se emplea la determinación de Fxa. Valores normales de anti-Xa no garantizan la ausencia de complicaciones, por lo que ante un cuadro de obstrucción intestinal el hematoma intramural es una posible entidad a tener en cuenta dentro de los diagnósticos diferenciales.

Mireia García Cuscó, Sandra Murga Cabero, Borja Guarch Ibáñez, Daniel Porcar Farran, Joaquim Solà Pou, Lluís Mayol Canals

Servicio de Pediatría. Hospital Universitari Dr. Josep Trueta. Girona

HEMIPLEJIA DE CAUSA ISQUÉMICA EN PACIENTE PEDIÁTRICO

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

El accidente cerebrovascular en el niño es una patología de baja prevalencia. En los últimos años ha aumentado su detección gracias a las pruebas de neuroimagen, pero su tratamiento sigue siendo controvertido.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 5 años, previamente sano, que acude a urgencias derivado de su hospital comarcal por cuadro de afasia y hemiparesia derecha de pocas horas de evolución. Al inicio del cuadro presenta abdominalgia, movimientos estereotipados y somnolencia. En una hora, la clínica deriva en paresia de hemicuerpo derecho, afasia y desviación de la comisura bucal. Tomografía computerizada del centro emisor normal (exceptuando quistes subaracnoideos); coagulación normal.

exploración: Glasgow 15. Afasia motora (responde a órdenes). Parálisis facial central con afectación derecha. Hemiparesia derecha facio-braqui-crural. Reflejos osteotendinosos derechos abolidos. Babinsky extensor bilateral. Sensibilidad conservada. Resto de exploración dentro de la normalidad.

Pruebas complementarias:

- Resonancia magnética: Lesión isquémica de territorio superficial y profundo de la arteria cerebral media izquierda con afectación de lenticular, caudado y córtex frontal.
- Estudio de trombofilias normal. IgG citomegalovirus y varicela positivas, IgM negativas.
- Tóxicos en orina negativos.
- Ecocardiograma y doppler de carótidas normales.

Orientación diagnóstica: Accidente vascular isquémico de arteria cerebral media izquierda

Evolución clínica: Se instauró tratamiento con ácido acetilsalicílico a dosis antiagregantes. No se realizó trombolisis. Presentó mejora progresiva de la afasia y la paresia, con deambulacion autónoma. Al alta persistió disminucion de fuerza en hemicuerpo derecho, que posteriormente evolucionó a cuadro de espasticidad. Actualmente pendiente de completar estudio.

RESULTADOS

La etiología de esta patología es variada y, junto con otras muchas causas, se postula la relación con el antecedente de infección por varicela-zoster y citomegalovirus, presentes en nuestro paciente.

En cuanto al tratamiento, en pacientes sin causa conocida (y descartado el cardioembolismo) se recomienda el uso de ácido acetilsalicílico, desaconsejándose trombolisis en la actualidad.

Sandra Montoro Chavarrías, Ana Belén Jiménez Jiménez, Ana Posada Ayala, Natalia Cerdeira Barreiro, Lara Babín López, Ricardo Escorihuela Esteban
Fundación Jiménez Díaz

SARAMPIÓN: ¿UNA ENFERMEDAD OLVIDADA? PRESENTACIÓN DE UN BROTE DE SARAMPIÓN EN MADRID

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

A pesar de la cobertura vacunal del sarampión (98,3% en 2006) siguen produciéndose brotes en nuestro país (en Madrid 22 casos sospechosos, 10 confirmados entre enero y septiembre de 2010). Presentamos una agrupación de 6 casos probables (4 confirmados) de sarampión, atendidos en nuestro servicio de urgencias entre octubre y noviembre de 2010.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se atendió a dos hermanos de etnia gitana (10 y 12 años), no vacunados, con fiebre elevada, tos, mucosidad, odinofagia, enantema faríngeo, decaimiento, exantema maculopapular eritematoso y conjuntivitis, ambos con manchas de Koplik. Su hermana (3 años) sólo presentó fiebre de 48 horas y mucosidad nasal, fue estudiada tras sospecha epidemiológica. Al diagnóstico sólo uno presentó IgM+ para sarampión. En los tres la PCR en sangre, exudado faríngeo y orina fue positiva (genotipo D4). Los dos primeros pacientes presentaron fiebre prolongada (10 días), complicados con queratitis y otitis respectivamente.

En la investigación epidemiológica se detectaron dos primos de estos niños (no vacunados), atendidos una semana antes por fiebre y exantema cutáneo (uno con manchas de Koplik), sin embargo rechazaron la realización de estudio etiológico.

Cinco días después se detectó otro caso, sin relación familiar ni contacto epidemiológico con los anteriores, en un niño de 14 meses (no vacunado), con 4 días de fiebre y 48 horas de exantema y manchas de Koplik. Posteriormente conjuntivitis, sin queratitis. Presentó serología negativa inicialmente, positiva a los 10 días. PCR positiva en exudado faríngeo y orina. No se detectó contacto epidemiológico.

RESULTADOS

- No olvidar el sarampión dentro del diagnóstico diferencial de fiebre y exantema en niños no vacunados.
- La clínica puede no ser tan típica como la descrita clásicamente.
- La serología negativa en el momento inicial no excluye el diagnóstico, presentando más rentabilidad en días posteriores o mediante la realización de PCR.

M^a Eliana Rubio Jiménez, Ester Cid París, Nerea López Andrés, Gema Arriola Pereda, Alfonso Ortigado Matamala, Jose María Jiménez Bustos
Hospital Universitario de Guadalajara. Universidad de Alcalá.

INFECCIÓN URINARIA CON EMPEORAMIENTO BRUSCO ¿SIEMPRE ES UNA SEPSIS?

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La miocardiopatía dilatada es una entidad poco frecuente y su presentación en el lactante es de difícil diagnóstico, requiriendo un alto índice de sospecha clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Lactante de 2 meses que acude a urgencias por vómitos e hiporexia de 24 horas de evolución. Antecedentes personales sin interés salvo Comunicación Intraventricular (CIV) muscular pequeña. exploración física normal, salvo leve palidez cutánea y hepatomegalia de 3 centímetros. La analítica muestra leucocitosis sin neutrofilia, anemia microcítica y PCR de 8,4 mg/L. El sedimento de orina muestra en dos determinaciones más de 100 leucocitos por campo, por lo que ante la sospecha de infección urinaria ingresa para tratamiento intravenoso con gentamicina. A las 12 horas presenta un empeoramiento brusco del estado general con hipoxemia, taquipnea y taquicardia. Mantiene tensión arterial (TA) normal. Tiraje subcostal moderado. No soplos ni crepitantes. Abdomen distendido. No edemas. Somnoliento pero reactivo. Se realiza radiografía de tórax con cardiomegalia leve, gasometría normal, iniciándose tratamiento con cefotaxima intravenosa y oxigenoterapia. Dos horas después nuevo empeoramiento con cianosis, aumento de taquicardia y taquipnea, ritmo de galope, esplenomegalia y TA en el límite inferior. Se monitoriza, se expande con suero salino fisiológico y se administra furosemida intravenosa. En la radiografía destaca cardiomegalia y signos de congestión venosa pulmonar con acidosis metabólica en la gasometría, realizándose nueva expansión con bicarbonato 1/6 M. La ecocardiografía muestra dilatación del ventrículo izquierdo con mala contractilidad, insuficiencia mitral y tricuspídea, no coartación ni estenosis aórtica, CIV pequeña. Se inicia soporte inotrópico con dopamina a 10 mcg/kg/min. Con el diagnóstico de miocardiopatía dilatada con insuficiencia cardíaca se traslada a una unidad de cuidados intensivos pediátricos. Urocultivo positivo a E.Coli.

RESULTADOS

El empeoramiento brusco de un lactante con infección urinaria generalmente es secundario a una sepsis, pero no hay que olvidar la posibilidad de una insuficiencia cardíaca aguda, que requiere un tratamiento precoz.

Teresa Alonso Jimenez, Beatriz del Rey Hurtado de Mendoza, Ana Siles Sánchez-Manjavacas, Roi Piñeiro Pérez, Maria José Pérez García, Raquel Jimenez García
H. Puerta de Hierro Majadahonda

CRISIS HIPERTENSIVA TRAS ADMINISTRACIÓN DE KETAMINA: ¿SÓLO UN EFECTO ADVERSO?

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La sedoanalgesia permite la realización de forma adecuada de procedimientos dolorosos minimizando el dolor y la ansiedad. La ketamina es uno de los fármacos más utilizados por su potente efecto analgésico, sedante y amnésico, y porque mantiene la estabilidad cardiovascular y respiratoria, aunque no está exento de efectos secundarios. Se presenta el caso clínico de un paciente con una crisis hipertensiva tras la administración de ketamina.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 12 años, previamente sano, que acude a Urgencias Pediátricas por traumatismo en antebrazo derecho con el diagnóstico de fractura de radio desplazada. Se realiza reducción de la fractura mediante sedoanalgesia con ketamina im. TA previa al procedimiento 160/100 mmHg. A los 10 minutos de su administración se objetiva una TA 196/136 mmHg. Tras la reducción de la fractura el paciente permanece en observación con disminución progresiva de la TA hasta 130/95 mmHg. Por persistencia de hipertensión arterial se monitoriza la TA objetivándose una diferencia entre miembros superiores e inferiores de 40 mmHg (MSD: 132/91 mmHg; MSI: 135/86 mmHg; MID: 91/60 mmHg; MII: 85/55 mmHg). Se realiza una exploración física más detallada evidenciándose un soplo sistólico y ausencia de pulsos pedios.

Dada la sospecha clínica de coartación de aorta se solicita un ECG y una ecocardiografía que confirma el diagnóstico de coartación aórtica severa.

RESULTADOS

La monitorización continua de la TA durante y después del procedimiento permitió el diagnóstico de coartación aórtica. Este caso clínico confirma la importancia de la evaluación clínica y la monitorización previa, durante y posterior a la utilización de cualquier fármaco analgésico/sedante en la Urgencia Pediátrica.

Raquel Garcés Gómez, Irene Amalia García Osés, Laura Gil Ferrer, Rocío Conchello Monleón, Yolanda Romero Salas, Virginia Gómez Barrena
Hospital Infantil Miguel Servet

CUERPOS EXTRAÑOS DIGESTIVOS EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Analizar las características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de los niños que acuden a urgencias tras ingesta de cuerpo extraño (CE) y detectar las posibles complicaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de registros de urgencias de los pacientes atendidos por sospecha de ingesta de CE entre los meses de enero y noviembre de 2010.

RESULTADOS

Se atendieron 74 casos, 68.9% varones, con edad media de 6.1 años (21.6% menores de 2 años). El 10.8% fue remitido desde otros centros médicos. Se realizaron radiografías al 74%, objetivándose CE radioopaco en el 78%. Los objetos más frecuentemente ingeridos fueron monedas (30 casos), otros objetos metálicos (bolas, arandelas, llaves...) en 12 y pilas de botón (3). Otros CE no radioopacos fueron muñecos, globos, botones... en 14, objetos de cristal (4) y alimentos (carne, huesos, bocadillo, etc) en 11. En el 60.5% el CE se localizaba en estómago, seguido de colon (13.9%), esófago (13.9%), y recto-sigma (11.7%). El 56.7% permanecían asintomáticos, presentando dolor abdominal el 10.8%, seguido de sensación de CE, atragantamiento, sialorrea y otros (8.1% cada uno). El 10.8% reconsultaron por el mismo proceso. Se solicitó valoración por cirugía pediátrica en el 29.7% de los casos y por otorrinolaringología en el 9.5%, precisando ingreso el 16.2% y maniobras para extraer el CE (exploración en quirófano o endoscopia) en el 9.5%. El 83.8% fueron dados de alta a domicilio y no presentaron complicaciones.

CONCLUSIONES

La ingesta de CE es un motivo de consulta frecuente en urgencias, tratándose en la mayoría de las ocasiones de objetos ingeridos accidentalmente. Generalmente, son procesos banales que no precisan medidas terapéuticas. Hay que prestar especial atención a la sialorrea o disfagia, así como a la localización esofágica del CE, que pueden precisar medidas extraordinarias para evitar posibles complicaciones.

**MANUEL NAVARRO Martínez, OSCAR MANRIQUE MORAL, FERNANDO CLEMENTE YAGO,
MARCO GOMEZ DE LA FUENTE**

Servicio de Urgencias Pediatría, Hospital general universitario de Alicante, Alicante.

INGESTA DE CUERPOS EXTRAÑOS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO DE ALICANTE

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Realizar estudio descriptivo de aquellos pacientes que consultan por sospecha de ingesta de cuerpo extraño en urgencias pediátricas de nuestro hospital

MATERIAL Y MÉTODOS

Criterios de inclusión: cualquier paciente que consulta por sospecha de ingesta de cuerpo extraño
Información recogida en cada caso: edad, sexo, tipo de cuerpo extraño, localización de cuerpo extraño, características radiológicas, sintomatología, necesidad de endoscopia, complicaciones, patología esofágica previa y necesidad de cirugía.

Tiempo estudio: 12 meses

RESULTADOS

Se estudian un total de 110 niños:

Sexo: no diferencias / Edad: más de un 70% de los casos en < 4 años / Tipo de objeto: en un 16% no se confirmó ingesta, monedas 25%, orgánicos 20%, metálico 16%, plástico 13%, pilas 5%, cristales 3%, otros 2%. / Localización: estómago 26%, esófago 18%, boca-faringe 17%, intestino 7%, colon 7%, localización desconocida 10% / Radiología: 58% radiopaco, 42% radiotransparentes / Síntomas: 60% asintomáticos. 20% dolor 17% sialorrea/disfagia, 3% vómitos / Endoscopia: se realizó endoscopia en un 20%. Un 76% con cuerpo extraño en esófago, un 14% en estómago y un 10% de endoscopias blancas / complicaciones: sólo en un 5%. Todas con localización en esófago. Sólo un paciente lesión severa (pila) / Patología previa: solo en un 6%. Pero si solo contamos los > 10 años ésta aumenta hasta en un 33% (lo más frecuente impactación de bolo alimentario)
Ningún paciente precisó cirugía.

CONCLUSIONES

La ingesta de cuerpos extraños es un motivo muy frecuente de consulta

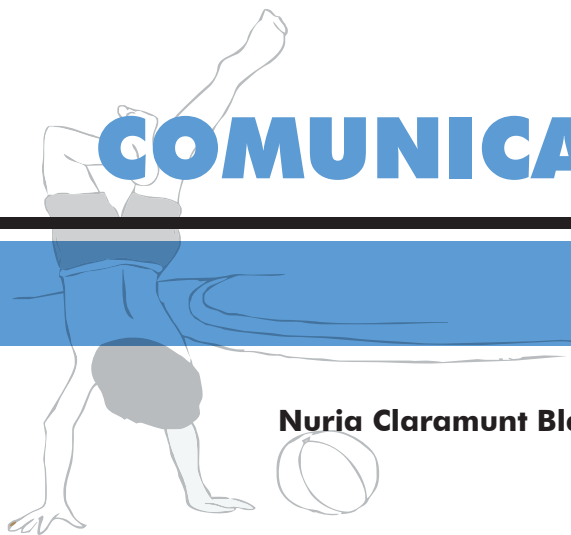
No hay predisposición de ningún sexo. Es más frecuente en los primeros años de vida. En niños mayores asociado problemas psicológicos-psiquiátricos, retraso mental y patología esofágica previa

Hasta un 17% de las sospechas de ingesta de cuerpo extraño no se confirman posteriormente

La mayoría permanecen asintomáticos, síntomas aquellos localizados en boca-faringe (dolor) y esófago (sialorrea/disfagia)

Las complicaciones son poco frecuentes pero pueden ser letales. La gran mayoría se producen en esofágicos. Los más lesivos son las pilas

Tener en cuenta la posibilidad de patología esofágica en niños mayores que consultan por impactación de bolo alimentario



**Nuria Claramunt Blanco, Jessica Obiols Ramon, Consol Salmeron Martínez,
Antonia Villalba Cervantes, Mireia Alguersuari Rabat**
Hospital de Terrassa CST

CALIDAD DE LA ATENCIÓN POR ENFERMERÍA DEL NIÑO CON CEFALEA EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La cefalea es un motivo de consulta frecuente en urgencias. La TA es una constante vital de cara a la orientación diagnóstica inicial. La toma de la TA es un indicador de calidad de nuestra atención diaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Analizar el cumplimiento de la toma de la TA en triage de enfermería en niños atendidos en nuestro servicio de Urgencias que consultan por cefalea.

Se recogen de forma retrospectiva los casos de niños de 2-16 años que fueron atendidos como motivo de consulta cefalea en nuestro Servicio de Urgencias.

Analizamos el cumplimiento del índice de calidad (SEUP) cuya fórmula es: n° de pacientes con cefalea y determinación de TA x 100 / n° de pacientes con el diagnóstico de cefalea al alta, cuyo estándar de calidad ha de ser 100%

RESULTADOS

El número de urgencias pediátricas atendidas en el 2010 fueron de 30252. En el grupo de cefaleas como motivo de consulta fueron de 346 (1,1%). de las cuales 197 (56,9%) la cefalea era Diagnóstico del alta. Se tomo la TA a un 71,06% en el triage.

Se Diagnóstico 1 caso de hipertensión arterial.

CONCLUSIONES

La determinación de la TA en el paciente atendido en urgencias por cefalea ha de ser obligatorio y marca nuestra calidad de nuestra asistencia siendo el objetivo a alcanzar un estándar del 100%

Siendo dichos Resultados un estímulo para mejorar nuestro trabajo diario



**Laura Gutiérrez Pascual, Astrid Puente Goytizolo, Marta Feito Rodríguez,
Miguel Angel Molina Gutiérrez, Santos García García**
Hospital Universitario Infantil La Paz

LESIONES PURPÚRICAS EN MIEMBROS SUPERIORES

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La púrpura constituye un motivo de consulta frecuente en urgencias. Su diagnóstico diferencial obliga a descartar múltiples entidades, desde enfermedades sistémicas hasta el maltrato infantil.

MATERIAL Y MÉTODOS

Niña de 8 años que acude a urgencias en compañía de su padre para valoración de lesiones cutáneas. Según relataba la niña, al levantarse observó unas lesiones en ambos brazos, no dolorosas y no pruriginosas. Sin antecedente de traumatismo previo. Estaba afebril, no se acompañaba de ningún otro síntoma ni recordaba antecedentes infecciosos en las semanas previas. El padre refería que hace varios meses le pasó algo parecido, con lesiones no tan evidentes y que desaparecieron espontáneamente.

En la exploración física observamos unas lesiones purpúricas no palpables, lineales, de entre 2 y 3 cm de eje mayor en cara externa de ambos brazos. No se encontraron lesiones a ningún otro nivel. El resto de exploración fue normal, sin hepatoesplenomegalia ni edema articular.

Se realizó una analítica completa con hemograma, bioquímica y hemostasia que no mostró trombopenia, signos de coagulopatía ni alteraciones bioquímicas. El examen de orina mediante tira reactiva también fue normal.

Ante el origen desconocido de las lesiones, se citó a la niña al día siguiente para revisión y valoración por Dermatología Infantil. En la segunda anamnesis la niña confesó que las lesiones eran autoinfligidas por ella misma.

RESULTADOS

La dermatitis facticia se define como un desorden psicocutáneo cuya característica principal es la de ser originada por autoagresión en las que se niega la autoría de las mismas. El patrón inusual de lesiones cutáneas que presentaba la paciente y la anamnesis dirigida esclareció el diagnóstico.

Goizalde Lopez Santamaria, Agustin Rodriguez Ortiz, Daniel Jimenez Villarreal, Lissete Delgado Sansoneti, Miguel Angel Guiu Solano, Aurora Ona Ochoa
Servicio de Pediatría. Hospital Alto Deba. Arrasate.Mondragon

CORRELACIÓN DIAGNÓSTICA ENTRE URGENCIAS Y EL ALTA HOSPITALARIA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Un error en el Diagnóstico , puede comportar consecuencias graves para el niño , siendo necesario que el Diagnóstico en el alta de urgencias sea lo mas preciso posible.

Nuestro objetivo fue estudiar este indicador pediátrico propuesto por la SEUP , en un hospital comarcal con una urgencia de pediatría , atendida por 1 pediatra de presencia y sin camas de observación propias.

El porcentaje del estandar no ha sido establecido.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estudiaron los niños ingresados desde urgencias en el periodo 1 de Enero 2010 - 31 de Diciembre 2010 y se compararon los Diagnósticos desde urgencias al ingreso y los Diagnósticos al alta desde la planta de hospitalización. Se define como Diagnóstico en el ingreso : Diagnóstico inicial hecho en urgencias y motivo por el cual se ingresa al paciente y Diagnóstico en el alta: Diagnóstico definitivo del motivo que comporto la consulta en urgencias , excluyendo las complicaciones posteriores

Formula: N° de pacientes con un mismo Diagnóstico en el ingreso y en el alta de hospitalización/ N° de pacientes ingresados por urgencias X 100.

RESULTADOS

Durante el periodo a estudio fueron vistos en urgencias 6584 niños , de los cuales ingresaron 158 niños (2,39%)
De los 158 ingresos , el Diagnóstico al alta mas frecuente estaba relacionado con la patología respiratoria , coincidiendo , con el Diagnóstico dado inicialmente desde la urgencia en un 98% de las ocasiones

CONCLUSIONES

En la mayoría de los casos, los Diagnósticos dados desde urgencias coinciden con el Diagnóstico al alta dado desde la planta de hospitalización salvo complicaciones durante el ingreso

Es importante el Diagnóstico precoz realizado desde el servicio de urgencias para evitar complicaciones .

La implantacion de un sistema de registro de indicadores y su evaluación periódica permite optimizar el trabajo realizado

M^a Cristina Amigo Bello, Eva M^a Fernandez Fernandez, Jose Fuentes Vigil, Patricia Fernandez Rodriguez, Laura Alonso Rodriguez, Laura Rodriguez Perez
Atención primaria area VIII (Asturias), servicio de pediatría del hospital de Cabueñes (Gijón-Asturias),
servicio de urgencias del hospital Valle del Nalon (Riaño-Asturias)

ANÁLISIS DE LA LEGIBILIDAD DE LAS RECOMENDACIONES PARA PADRES DE DOS SOCIEDADES CIENTÍFICAS DE PEDIATRÍA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Analizar la legibilidad de 10 documentos de educación sanitaria publicados en las páginas web de dos sociedades científicas de pediatría (SEUP y AEPAP). Entendemos por legibilidad el conjunto de características de los textos que favorecen o dificultan una comunicación más o menos eficaz entre ellos y los lectores de acuerdo con la competencia de estos.

MATERIAL Y MÉTODOS

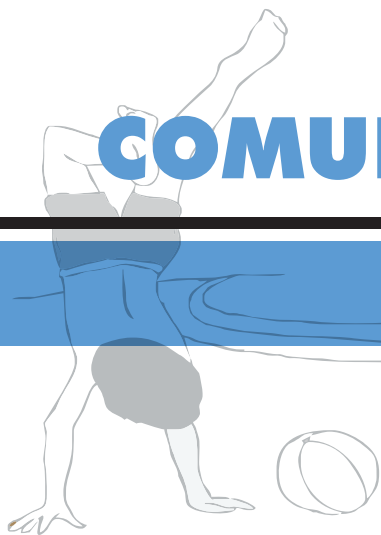
Estudio observacional-descriptivo. Recogiendo a través de las páginas web de SEUP y AEPAP, las hojas de recomendaciones para padres sobre 10 patologías (catarro, convulsiones febriles, fiebre, neumonía, cefalea, estreñimiento, síncope, meningitis, gastroenteritis y laringitis). Se optó para medir la legibilidad por el programa INFLESZ®. Para calcularla aplicamos la fórmula de Perspicuidad de Szigriszt.

RESULTADOS

El rango de puntuaciones obtenido oscila entre 54,84 y 79,71. En cuanto al grado de dificultad de las hojas analizadas, solamente una es considerada como “algo difícil”, con una puntuación de 54,84 y corresponde al documento sobre cefalea de AEPAP. En los otros 19 documentos el grado de legibilidad fue “normal” o “bastante fácil”. La puntuación más alta fue la obtenida por la recomendación sobre la fiebre de la SEUP (79,71). Desglosando los Resultados entre las dos sociedades científicas: de las diez hojas de la SEUP, 9 obtienen puntuación considerada “bastante fácil” y una como “normal” (meningitis). De la AEPAP siete son consideradas de legibilidad “normal” y dos “bastante fácil”.

CONCLUSIONES

- Ambas sociedades presentan hojas informativas con una legibilidad bastante fácil o normal.
- Únicamente la hoja sobre Cefalea de la AEPAP, presenta un grado “algo difícil” de legibilidad, lo que nos haría plantearnos su revisión.
- Al redactar recomendaciones para la población deberíamos analizar su legibilidad como método objetivo para conseguir que cumplan el fin con el que se idearon.



**María Alvarez Fuente, Talía Sainz Costa, Begoña Santiago García,
Marcelina Algar Serrano, Esther Aleo Luján**
Hospital Clínico San Carlos

¿PODEMOS PREDECIR EL REFLUJO VESICoureTERAL?

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

El reflujo vesicoureteral (RVU) es una patología frecuente en pediatría, 30-40% de los pacientes con una primera infección del tracto urinario asocian RVU. Considerando que el RVU de bajo grado no recibirá tratamiento, es importante identificar aquellas ITU susceptibles de asociar RVU de alto grado.

Analizar la asociación entre parámetros clínico-analíticos, presentes en la ITU (edad, sexo, temperatura, microorganismo, fiebre y PCR), y el RVU.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis descriptivo de niños menores de 2 años, previamente sanos, ingresados por ITU, sin otra patología infecciosa, durante un periodo 6 años.

RESULTADOS

Obtuvimos 168 pacientes, 51,2% varones, mediana de edad de 3 meses. E. coli se aisló en el 76%. Media de temperatura máxima durante el episodio: 38,42°C. Mediana de PCR: 4,13mg/dL. La prevalencia de RVU fue 21%, 6.5% RVU de alto grado.

Mediana de PCR con RVU (III-V) fue 7,00mg/dL, frente a 4,13mg/dL en el otro grupo ($p=0,026$). La prevalencia de RVU de alto grado fue 5 veces mayor en las infecciones por microorganismos no E.coli ($p=0,011$). Media de temperatura mayor en el grupo con RVU (III-V): 39,04°C ($p=0,06$). La edad y sexo no presentan asociación.

CONCLUSIONES

De los parámetros analizados, el microorganismo, la PCR y en tercer lugar, la temperatura nos pueden orientar hacia la existencia de un RVU de alto grado. No obstante estos parámetros no eximen por si solos la necesidad de realizar las pruebas de imagen pertinentes tras una primera ITU.

Aina Maria Aguiló Sabaté, Adeleida Cardona Barberan, Neus Rodriguez Zaragoza, Irene Insausti Fernandez, Laura Cuesta Herraiz, Jaume Rosal Roig
Hospital Verge de la Cinta, Tortosa

NIÑO CON PARÁLISIS AGUDA: ACTITUD EN URGENCIAS Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La parálisis flácida aguda es una entidad poco frecuente en urgencias y con un amplio diagnóstico diferencial. Presentamos un caso de Parálisis Periódica Hipopotasémica poco habitual en pediatría.

MATERIAL Y MÉTODOS

Niño de 13 años que acude a urgencias por debilidad generalizada y parálisis progresiva de pocas horas de evolución. No pérdida de conciencia, no afectación de esfínteres, de musculatura respiratoria ni deglutoria. No ingesta de fármacos ni tóxicos. EF: parálisis flácida de las cuatro extremidades, resto de la exploración neurológica normal. Hemograma, gasometría y coagulación normales. Bioquímica: Potasio 2meq/l. ECG ritmo sinusal con aplanamiento de onda T. Sedimento e ionograma en orina normal. Se inicia tratamiento con suero salino fisiológico y potasio endovenosos hasta la normalización clínica y analítica. En la anamnesis explican familiares de primero y segundo grado afectados de la misma enfermedad.

RESULTADOS

Ante un niño con parálisis flácida debemos plantearnos el diagnóstico diferencial entre: Síndrome de Guillain Barré, intoxicación por organofosforados, miositis aguda, lesiones medulares, botulismo, poliomielitis, parálisis por garrapatas y parálisis periódicas.

La parálisis periódica hipopotasémica es una entidad rara (incidencia de 1/100.000). Predomina en sexo masculino, de inicio entre la primera y segunda década. La herencia es autosómica dominante. Existen dos mutaciones: gen del canal del calcio CACNA1S y gen del canal del sodio SCNA4A, que conducen a la entrada masiva de potasio en los miocitos.

Los afectados presentan crisis esporádicas de debilidad muscular, de duración entre horas y días, con hipocaliemia que afectan sobretudo a las extremidades, pero también musculatura ocular, respiratoria y deglutoria, pudiendo ser mortal por insuficiencia respiratoria y arritmias cardíacas. Son factores desencadenantes el ejercicio físico, consumo de carbohidratos, estrés y frío.

El tratamiento potasio oral o endovenoso, evitando la adición de glucosa. Se han ensayado profilaxis con acetazolamina, espirinolactona, triamterene sin Resultados concluyentes.

María Rosich del Cacho, María del Pilar Sánchez Miranda, María Teresa Figueroa García, Paloma Donado Palencia, Leticia Ruiz Fraile, María Inmaculada Raya Pérez
Servicio de Urgencias de Pediatría. Servicio de Otorrinolaringología.
Hospital general de Ciudad Real. Ciudad Real

UNA CAUSA INUSUAL DE OTORRAGIA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Los cuerpos extraños en los oídos son un hallazgo común en pediatría y pueden ir desde objetos hasta seres vivos. La miasis es la infestación por larvas de diversas especies de mosca que invaden órganos y tejidos de mamíferos vivos, afectando raramente a la especie humana. La localización ótica es la más frecuente, aislándose habitualmente especies de *Wohlfahrtia* (en España, *W. magnifica*). Presentamos un caso de otomiasis en un lactante.

MATERIAL Y MÉTODOS

Lactante de 2 meses traído a urgencias pediátricas por irritabilidad y otorragia izquierda súbita, sin fiebre ni otra clínica acompañante. La anamnesis ponía de manifiesto la estancia en el campo los 3 días previos. En la exploración destacaba una otorragia abundante, roja viva, que impedía ver el tímpano.

La edad, el inicio brusco y la ausencia de cuadro catarral, hicieron sospechar una etiología inusual, por lo que se avisó al otorrinolaringólogo. Éste realizó aspiración del contenido hemático hallando dos cuerpos extraños animados, que se identificaron como larvas de mosca. Se revisó cuidadosamente el conducto auditivo sin hallar más larvas. De forma empírica se administró tratamiento antibiótico tópico. Durante el seguimiento no presentó ninguna de las complicaciones descritas, que van desde perforación timpánica persistente hasta meningitis larvaria.

RESULTADOS

La otorragia es un motivo de consulta frecuente debido a patologías banales como otitis media aguda, pero también es la manifestación de una entidad poco frecuente: la otomiasis.

La miasis es un problema común en países tropicales en vías de desarrollo. En nuestro medio ocurre en situaciones higiénico-sanitarias deficientes y en el medio rural, aunque se han descrito casos similares al nuestro.

La aspiración de todas las larvas es el único tratamiento de eficacia demostrada. Es fundamental un estrecho seguimiento para detectar posibles complicaciones debidas a la persistencia de larvas vivas.

Soledad Torrús Carmona, Juan Cruz Len, Ariane Calvo Sáez, Silvia Tabernero Barrio, Concepción Salado Marín, Juan Ignacio Montiano Jorge
Servicio de Pediatría. Hospital Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz

NEUMONIA LIPOIDEA POR INTOXICACIÓN CON HIDROCARBURO

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La Neumonía Lipoidea Exógena es una rara forma de Neumonía causada por la inhalación o aspiración de sustancias lipídicas. Existe poca literatura en niños.

Presentamos un caso clínico, destacando su particular presentación y evolución.

MATERIAL Y MÉTODOS

Niña de 22 meses, sin antecedentes, que acude por ingesta accidental de disolvente de pinturas a base de hidrocarburo isoparafínico. Su madre intenta provocarle el vómito sin lograrlo. Asintomática al inicio con exploración normal. Ingresa por toxicidad respiratoria potencial.

Durante las primeras horas inicia fiebre, polipnea y quejido. Analítica: leucocitosis (19200/mm³) polimorfonuclear y PCR 46,8 mg/l; Rx de tórax: consolidación alveolar en segmentos posteriores de lóbulo superior derecho (LSD) y lóbulo medio. Iniciamos tratamiento con Amoxicilina-Clavulánico intravenoso, persistiendo fiebre a los 3 días. Rx control: pequeño derrame pleural. Se cambia a Clindamicina y Cefotaxima.

Control ecográfico: aumento del derrame pleural, máximo 1,2 cm, sin tabiques ni engrosamiento pleural. Rx: persistencia de condensación más pequeñas cavitaciones en LSD. A los 10 días, T.A.C.A.R: consolidaciones parenquimatosas en LM y segmento posterior de LSD, cavitación de 1,6 cm. y pequeños neumatoceles en segmento posterior de LSI. No consolidaciones grasas. Derrame pleural paraneumónico derecho de 2 cm.

Permanece estable, sin O₂ suplementario. Mejoría progresiva respiratoria, resolviéndose el quejido y la polipnea al quinto día de hospitalización. Duración total de la fiebre: 9 días. Tratamiento antibiótico intravenoso: 13 días, duración total 21 días.

Controles posteriores: asintomática, persistiendo en RX de tórax cavitación en segmento posterior de LSD a los 6 meses.

RESULTADOS

La Neumonía Lipoidea Exógena es una patología poco prevalente en pediatría, pero debe tenerse en cuenta ante una exposición a material lipídico.

Es una entidad con evolución variable que puede desarrollar formas graves, elevada morbilidad, hospitalizaciones prolongadas y secuelas a largo plazo.

No se ha demostrado beneficio claro de una terapia específica, por lo que es fundamental la prevención de accidentes domésticos, evitando que estos productos estén al alcance de los niños.

**Ana Maria Pérez Pascual, Cristina Molera Busoms, Nagore Español Roca,
Maria Elena May Llanas, Anna Pizà Oliveras, Roger García Puig**

Urgencias de Pediatría, Servicio de Pediatría. Hospital Universitari MútuaTerrassa, Terrassa, Barcelona

HEPATITIS COLESTÁSICA COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA DE UNA MONONUCLEOSIS INFECCIOSA. A PROPÓSITO DE UN CASO

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La hepatitis aguda tiene una prevalencia en nuestro medio del 5% (infancia) hasta el 15% (en la adolescencia), siendo su causa más frecuente el VHA. Pero no cabe olvidar otras posibles causas como son los virus hepatotropos menores (VEB, CMV, VHS), las causas medicamentosas y las secundarias a enfermedades sistémicas, que entre el 0.2-1% pueden tener una evolución fulminante al fracaso hepático.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de una niña de 14 años que acude a urgencias por fiebre de 5 días de evolución acompañada en las últimas 24 horas de vómitos y dolor abdominal.

Antecedentes personales no relevantes, con inmunizaciones correctas.

A la exploración física, destaca regular estado general, mucosa bucal pastosa, normocoloreada y febricular. Abdomen blando, hepatomegalia de 1.5 cm, dolor a palpación a nivel de epigastrio, periumbilical e hipocondrio derecho, con signo de Murphy positivo. Resto de exploración normal.

Pruebas complementarias: analítica 13.920 leucocitos (55% de linfocitos con presencia de linfocitos activados), parámetros hepáticos con AST 402 UI/L, ALT 686.4 UI/L, GGT 149 U/L, LDH 1196 UI/L, Bilirrubina total 0.6 mg/dL, Bilirrubina directa 0.4 mg/dL. Tira de orina con proteinuria y bilirrubinuria. Ecografía abdominal no muestra alteraciones valorables.

Ante la sospecha clínica de colecistitis aguda, se inicia antibioterapia endovenosa. A las 48 horas de ingreso, la paciente presenta aparición de exudado amigdalino y adenopatías latero-cervicales, orientándose el cuadro como síndrome mononucleósico, confirmándose con serologías positivas para IgM e IgG de VEB. Se retira antibioterapia con correcta evolución clínico-analítica.

RESULTADOS

Ante la sospecha clínica de colecistitis aguda, se debe iniciar antibioterapia debido a su morbi mortalidad.

A pesar que la mayoría de casos la mononucleosis infecciosa debuta con afectación faríngea, adenopatías y fiebre, puede haber una proporción menor de casos con una afectación hepática inicial y ausencia de los rasgos típicos de la enfermedad



Paula Santos Herraiz, Nuria Crespo Madrid, Marcelo Vivas Morescu, Jesús Díaz Carrasco, Paola Navas Alonso, María Jesús Navarro Carmona
Servicio de Pediatría. Hospital Virgen de la Salud. Toledo

MÚLTIPLES CONSULTAS EN URGENCIAS POR SÍNDROME FEBRIL

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La Fiebre Mediterránea Familiar (FMF) es una enfermedad genética autosómica recesiva caracterizada por episodios recurrentes de fiebre que pueden asociarse a dolor intenso por serositis, inflamación articular, exantema o desencadenar amiloidosis, principalmente renal. Su incidencia es de 1-3/1000 habitantes entre los individuos originarios de la Cuenca Mediterránea y el Oriente Medio. La FMF debe incluirse en el diagnóstico diferencial del síndrome febril prolongado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Niño de 25 meses de edad que acude a Urgencias en seis ocasiones por fiebre intermitente y prolongada de hasta 39°C desde los 11 a los 15 meses. En dos ocasiones diagnosticado de faringoamigdalitis, en las restantes, síndrome febril sin foco. Es tratado durante este periodo con diversos antibióticos y precisó ingreso en tres ocasiones (por fiebre prolongada sin foco con cultivos negativos y en una ocasión por Neumonía con serología Bartonella hensalae positiva). Pese a los tratamientos, presenta fiebre prácticamente todos los días con periodos afebriles menores a 1 semana. Se realizan estudios de primer nivel de fiebre sin foco con Resultados normales.

Se decide enviar muestra sanguínea al Hospital Clínico de Barcelona para estudio genético detectándose las variantes genéticas p.Pro-369-Ser y p.Arg-408-Gln del gen MEFV en forma heterocigótica.

Inicialmente se trata con colchicina y corticoides sin ser efectivos. Actualmente en tratamiento con anakinra manteniéndose afebril hasta el momento.

RESULTADOS

La fiebre es el motivo de consulta más frecuente en los servicios de Urgencias pediátricas y en la mayoría de las ocasiones, se asocia a procesos banales. Sin embargo, ante un paciente con múltiples consultas por síndrome febril sin focalidad, la FMF debe ser, un diagnóstico a tener en cuenta

Maria Teresa Domínguez Coronel, Miguel Matamala Morillo, Maria Jesus Salado Reyes, Ana Maria Romero Montero, Almudena Alonso Ojembarrena, Arturo Hernandez Gonzalez
Unidad de Gestión Clínica de Pediatría. Hospital Universitario Puerta del Mar

CEFALEA EN URGENCIAS: ¿DEBE CONSIDERARSE UNA PATOLOGÍA INQUIETANTE?

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Revisar el manejo de las cefaleas primarias y secundarias a procesos intracraneales, con objeto de conocer su incidencia, características, utilización de pruebas diagnósticas y necesidad de ampliar su estudio/manejo especializado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo de pacientes que acudieron a urgencias por cefalea durante un año. Se excluyeron las cefaleas secundarias, salvo las causadas por patología del SNC. Los datos fueron extraídos de los informes de alta. Se recogieron y analizaron los siguientes datos: edad, sexo, antecedentes, tipo de cefalea, síntomas acompañantes, exploración neurológica, pruebas complementarias, diagnóstico y tratamiento.

RESULTADOS

Se incluyeron 245 historias, 55% varones. Media: $8,8 \pm 3,1$ años (rango 2-14). Un 3,7% era portador de VDVP, 4,9% presentó TCE previo, en un caso había antecedente de ACVA y en otro de LOES. Un 15,9% tenían antecedentes familiares de migraña. Se clasificaron como: cefalea aguda (54,7%), aguda recurrente (28,2%), crónica (10,2%), crónica progresiva (2,4%) y no clasificable (4,5%). El 58,7% asoció otros síntomas, predominando el vómito (27,3%). La exploración neurológica fue patológica en un 9%. Se realizó fondo de ojo en el 15,9% y TAC en el 17,1%, siendo patológicos en el 2,9% del total de los pacientes. Se diagnosticaron de: cefalea inespecífica (59,2%), migraña (26%), infección del SNC (5,5%), HIC (0,8%) y otros (9,4%). El 64,5% fue dado de alta, 25,7% se derivó a consultas de neuropediatría y 9% requirió ingreso.

CONCLUSIONES

Predominio de cefaleas agudas aisladas o recurrentes. La mayor parte no precisó pruebas complementarias y cuando éstas se realizaron fueron normales en un alto porcentaje. La protocolización de su asistencia es fundamental para, sin correr el riesgo de no diagnosticar procesos importantes, hacer un uso juicioso de las pruebas de neuroimagen y de asistencia especializada.



Soledad Torrús Carmona, Ignacio Díez López, Amaia Rodríguez Estévez, Ainhoa Sarasua Miranda, Isabel Lorente Blazquez, Alfredo Bosque Zabala
Servicio Urgencias Pediátricas y sección Endocrinología Infantil.
Hospital Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz

ESTUDIO COMPARATIVO DE FRECUENTACIÓN DE LAS URGENCIAS PEDIÁTRICAS POR PARTE DE NIÑOS AFECTOS DE DM TIPO 1A

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Valorar frecuencia y causas de consulta a un Servicio de Urgencias de la población pediátrica afectada de DM tipo 1a en Álava, en comparación con un grupo de niños sanos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio: casos y controles retrospectivo. Variables: frecuencia, tipo de consulta (patología) y si requirió ingreso. Servicio de Urgencias, Hospital Txagorritxu. Casos: pacientes pediátricos alaveses en seguimiento en Endocrinología infantil afectados de DM tipo 1a, con al menos 12 meses de evolución desde el debut. Controles: por cada caso, se selecciona un control con las mismas variables de sexo, edad, lugar de residencia y previamente sano.

Periodo de estudio: 01/09/2008-31/08/2009 para evitar sesgo de incidencia por Gripe H1N1.

Utilización de PCH-CLINIC para seguimiento y estudio. GRDs para diagnóstico y CIE-10 para codificación. Estudio estadístico: prueba T para 2 muestras relacionadas para $p < 0,05$ y estudio ANOVA. SPSS 15.0.

RESULTADOS

50 niños afectados de DM tipo 1a separados en dos grupos, menores y mayores de 8 años, 22(45%) y 28(55%) respectivamente.

Tasa frecuentación urgencias: Casos: 35 visitas(<8a:30 y >8a:5). Controles: 190 visitas(<8a:112 y >8a:78), siendo las diferencias entre casos y controles estadísticamente significativas en los tres grupos($p:0.002$ IC95%[2.8-3.5] para las visitas totales; $p:0.0001$ IC95%[3.5-6.2] en <8a y $p:0.001$ IC95%[0.1-3] en >8a).

Patologías: Casos<8años: destacan traumatismos(25%) y patología respiratoria(30%), mientras que las consultas por descompensación diabética(8%) es la cuarta en frecuencia. Controles<8a la patología más frecuente es la respiratoria(42%).CASOS/CONTROLp:0.005. Casos>8años:la incidencia de patología respiratoria, digestiva y descompensación diabética es similar(20%), siendo la más frecuente los traumatismos(40%).Controles>8años:patología respiratoria(20%)y traumatismos(22%)CASOS/CONTROLp:0.002.

Ingresos: Casos 5% de incidencia y 3.5% en los controles, sin diferencias significativas.

CONCLUSIONES

Los niños afectados de DM1 consultan menos los Servicios de Urgencias que la población general, destacando los traumatismos y la escasa prevalencia de descompensaciones. La importancia de la educación diabetológica y la accesibilidad del equipo de DM a consultas puntuales puede haber influenciado en el resultado.

Macarena Taguas-Casaño Corrientes, María Teresa Alonso Salas, Victoria Sánchez Tatay, Norma Sánchez Fernández, Juan Antonio García Hernández, Mercedes Loscertales Abril
Hospital Infantil Virgen del Rocío de Sevilla

PELIOSIS HEPÁTICA: UNA RARA CAUSA DE SHOCK HEMORRÁGICO

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La peliosis hepática es una enfermedad de muy escasa incidencia que puede debutar como un shock hemorrágico. El objetivo es presentar el caso por su rareza y la dificultad de sospecha diagnóstica a su llegada a urgencias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Niño de 3 años y 2 meses de edad, con antecedentes de miopatía congénita miotubular que acude a urgencias con un cuadro de shock, que cursa con palidez, taquicardia, mala perfusión y polipnea. No refieren pérdida de líquidos ni sangrado evidente ni traumatismo previo. Se identifica como una situación de shock según el triángulo de evaluación pediátrica y se realiza resucitación con fluidos, observándose en la exploración abdomen distendido y doloroso a la palpación. El hemograma muestra una hemoglobina de 5,6 gr/dl y hematocrito de 18%. GPT de 546 mg/dl y bilirrubina total de 1,76 mg/dl, sin signos de hemólisis ni alteración de la coagulación.

El diagnóstico se hizo por ecografía abdominal donde se visualiza gran hepatomegalia con parénquima muy heterogéneo en lóbulo hepático derecho con múltiples imágenes en cavidades que sugieren contenido hemático.

En las horas y días siguientes presenta empeoramiento por sangrados sucesivos que afectan a ambos lóbulos hepáticos y que precisa ingreso en cuidados intensivos, perfusión de hemoderivados, ventilación mecánica y soporte hemodinámico, con insuficiencia hepática progresiva.

El cuadro se resolvió espontáneamente en los días siguientes con cese del sangrado y recuperación de la función hepática, objetivándose en estudios de imagen mejoría de las lesiones que afectaban a ambos lóbulos.

RESULTADOS

La sospecha clínica de shock en un niño a su llegada a urgencias requiere medidas de resucitación con fluidos independientemente de que se conozca la causa. El estudio diagnóstico no debe posponer las medidas iniciales de tratamiento.

Se presenta el caso por su infrecuencia, su posible asociación a miopatías descrita en la literatura y su rara evolución a la mejoría.

**Josefa Talens Gandia, Silvia Escolano Serrano, Débora Claramunt Taberner,
Josefa Juan Martínez, Irene Ruiz Alcantara, Maria Elena Gastaldo Simeón**
Servicio de Pediatría, Hospital de la Ribera, Alzira

PÉRDIDA DE CONCIENCIA EN NIÑO DE 11 AÑOS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La encefalopatía aguda que se acompaña de alteración del estado de conciencia puede ser muy grave e incluso suponer un riesgo vital. En muchos casos, la causa es identificable y tratable (hipoglucemias, intoxicación por benzodiazepinas...).

Se presenta el caso de un niño de 11 años con antecedentes de un politraumatismo por atropello a los 8 años con lesiones hemorrágicas cerebrales y secuelas neurológicas que es llevado a urgencias por pérdida de conciencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

A su llegada a urgencias presenta Glasgow de 9, pupilas en posición media reactivas a la luz, trismus mandibular marcado, piramidalismo en miembros inferiores con clonus bilateral e hipertonia generalizada y rigidez de nuca. Se descarta hemorragia cerebral por tomografía computarizada. Los padres no refieren posibilidad de ingesta de tóxicos. En el electroencefalograma se observa enlentecimiento de la actividad basal cerebral. No presenta hipoglucemia ni elevación de la proteína C reactiva ni de la procalcitonina. Se realiza punción lumbar y se inicia tratamiento con cefotaxima y aciclovir. Es remitido a UCI pediátrica intubado. Finalmente es diagnosticado de encefalopatía herpética por PCR positiva en líquido cefalorraquídeo.

RESULTADOS

En casos en que existe alteración de la conciencia es muy importante realizar el diagnóstico e iniciar el tratamiento de forma precoz, dando siempre prioridad a la estabilización de las funciones vitales.

Ante toda encefalopatía aguda con pérdida de conciencia en la que no se identifica la causa, está indicado realizar una tomografía computarizada urgente e instaurar tratamiento con aciclovir tras haber extraído una muestra de líquido cefalorraquídeo por punción lumbar

Laura Calvo Naharro, Silvia* Teodoro Marín, Irene T. Baena Olomí, Sergi Borlán Fernández, Rosa M^a* Perich Duran, Josefa Rivera Luján
Unidad de Urgencias Pediátricas.*Unidad de Cardiología Pediátrica. Servicio de Medicina Pediátrica.
Hospital de Sabadell. Corporació Universitaria Parc Taulí. Sabadell, Barcelona

DIAGNÓSTICO DE LAS ARRITMIAS CARDÍACAS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Conocer las arritmias cardíacas valoradas en urgencias pediátricas y concordancia entre diagnóstico, manejo y criterio de derivación con cardiología pediátrica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión retrospectiva durante 2 años (Enero 2009 -Noviembre 2010), de visitas en urgencias pediátricas con diagnóstico al alta de arritmia o sospecha clínica y derivadas a cardiología.

RESULTADOS

Revisamos 47 historias de pacientes derivados desde urgencias a cardiología, 26 niños/21 niñas, edad media: 9,7 años. Motivos de consulta en urgencias: dolor torácico (DT) (44,6 %), palpitaciones (36,1 %), taquicardia (T) (27,65 %), mareo/síncope (23,4 %), disnea (6,4 %), arritmia (2,1 %), bradicardia (2,1%).

Se realizó electrocardiograma (ECG) en 45 pacientes.

Tras valoración en cardiología, 40 pacientes tuvieron criterio de seguimiento, sus diagnósticos en urgencias fueron: Taquicardia paroxística supraventricular (TPSV) (22,5%), palpitaciones (17,5%), DT (15%), T. no filiada (12,5%), sospecha de T paroxística (7,5%), arritmia no filiada (7,5%), extrasistolia ventricular (5%), T sinusal (TS) (5%), bloqueo rama derecha haz Hiss (BRDHH) (2,5 %), bradicardia sinusal (BS) (2,5%) y fibrilación ventricular (FV)(2,5%).

Los diagnósticos en cardiología fueron: sospecha clínica de T paroxística (45%), TPSV (22,5 %), TS (7,5 %), extrasístoles (12,5 %), T Coumel versus ritmo auricular alternativo (2,5%), Wolff Parkinson White asintomático (2,5 %), BRDHH (2,5 %), BS (2,5%) y 1 FV (2,5%).

6 pacientes no fueron tributarios de seguimiento siendo los diagnósticos en urgencias: DT (57,1%), alteración ECG no especificada (14,3%), BRDHH (14,3%), T (14,3%). 1 paciente no acudió a control.

CONCLUSIONES

De las sospechas de arritmia valoradas en urgencias y derivadas a cardiología el 85,1 % siguen control. El principal motivo de consulta fue DT. Hubo concordancia de diagnósticos confirmados electrocardiográficamente entre urgencias y cardiología en el 69,5%.

Maria Teresa Herrero Diez, Marta Ortega Molina, Cristina Ots Ruiz, Rebeca Palomo Fraile, Julia Leal de la Rosa, Marta Gomez García
Servicio de Urgencias de Pediatría, Hospital Universitario La Paz, Madrid

EL ELECTROCARDIOGRAMA EN UN CASO DE EPISODIO APARENTEMENTE LETAL

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

El episodio aparentemente letal tiene una incidencia de 0,46-10 casos /1000 nacidos vivos con una mortalidad del 0,8%. El síndrome de QT largo supone una de las causas cardiacas más frecuente, siendo el electrocardiograma la prueba más importante en su diagnóstico. Presentamos el siguiente caso.

MATERIAL Y MÉTODOS

Lactante de 48 días sin antecedentes familiares ni personales de interés. Acudió a urgencias por presentar episodio de hipotonía con desconexión del medio de dos minutos de duración tras crisis de llanto con recuperación ad-integrum tras estimulación. Su exploración física y constantes fue normal. Se realizó control analítico, gasométrico y radiológico fue normal y se decidió ingreso para observación. Con el diagnóstico de episodio aparentemente letal y sospecha de reflujo gastroesofágico se decidió traslado a nuestro centro para completar estudio. A su llegada, se realizó un primer control electrocardiográfico objetivando QT corregido de 0,46s. Se completó estudio cardiológico mediante Holter de 24 horas y ecocardiografía, objetivando intervalo QT corregido prolongado (0,47s-0,49s) sin causas adquiridas y extracardiacas que lo justificaran, y descartando patología estructural. Ante la sospecha de episodio aparentemente letal secundario a síndrome de QT largo, se inició tratamiento con propanolol oral y se solicitó estudio genético y familiar.

RESULTADOS

La electrocardiografía es de gran utilidad en los episodios aparentemente letales. La práctica de esta técnica sencilla puede ser diagnóstica en el servicio de urgencias. El diagnóstico y tratamiento precoz en el síndrome de QT largo supondría un cambio en el curso de esta enfermedad con un porcentaje de muertes evitables.

Miguel Ángel Molina Gutiérrez, Cristina Santos Berzosa, María del Mar Romero López, Beatriz Fernández Caamaño, Santos García García
Hospital Universitario Infantil La Paz

TAQUICARDIA SINUSAL EN PACIENTE CON SÍNDROME DE TURNER

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Presentamos el caso clínico de una paciente con Síndrome de Turner que acudió al Servicio de Urgencias por un cuadro de taquicardia. La valoración inicial contribuyó a alcanzar el diagnóstico final.

MATERIAL Y MÉTODOS

Niña de 13 años, derivada desde su Centro de Salud por sensación de palpitaciones.

Aporta electrocardiograma (ECG) que muestra una taquicardia sinusal (FC 135 lpm). En las últimas 48 horas refiere cefalea pulsátil y supuración del oído derecho.

Antecedentes personales: Síndrome de Turner. Drenaje venoso pulmonar anómalo parcial sin repercusión hemodinámica. Resto sin interés.

A su llegada se encontraba febril (t^a : 38.7°C), por lo que se administró una dosis de paracetamol.

La exploración física reveló la presencia de un soplo sistólico I-II/VI y una otorrea en el oído derecho.

Un segundo ECG confirmó la presencia de una taquicardia sinusal (141 lpm) sin repercusión hemodinámica. Tensión arterial: 126 (p75-90) /76 (p25-50) mmHg.

Tras remitir la fiebre, fue nuevamente reexplorada. Continuaba en taquicardia sinusal y objetivamos la presencia de un temblor postural en ambas manos y un bocio grado 1.

Se realizaron radiografía de tórax, hemograma y bioquímica. Todas ellas fueron normales.

Solicitamos al alta un estudio diferido de función tiroidea y se remitió a la consulta de Endocrinología Pediátrica.

El resultado de la función tiroidea fue: TSH < 0.01 μ UI/mL, T4 libre 7,09 ng/dL, anticuerpos anti tiroglobulina 816,9 U.I./mL y anticuerpos anti peroxidasa 59,61 U.I./mL.

RESULTADOS

Nuestra sospecha clínica fue la de taquicardia secundaria a tirotoxicosis producida por una tiroiditis autoinmune. La anamnesis posterior en endocrinología, reveló signos y síntomas compatibles con un hipertiroidismo de larga evolución e hizo replantearse el diagnóstico. Se solicitaron unos anticuerpos TSI (*Thyroid stimulating immuno-globulin*): 25 U/L (VN: 0-9), que confirmaron el diagnóstico de Enfermedad de Graves.



Marta Belén Gómez García de la Banda, Pilar Riu Villanueva, Maria Alba Gairí Burgués, Nuria Campa Falcón, Zaira Ibars Valverde, Eduard Solé Mir
Servicio de Pediatría, Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida

SEPSIS POR ESTREPTOCOCO COMO COMPLICACIÓN DE VARICELA. A PROPÓSITO DE UN CASO

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La varicela es una enfermedad común en la infancia. Habitualmente, se trata de un proceso leve cuya complicación más frecuente es la sobreinfección bacteriana de las lesiones. Sin embargo, se pueden hallar otras potencialmente más graves.

MATERIAL Y MÉTODOS

Niño de 19 meses derivado a urgencias por síndrome febril asociado a impotencia funcional de extremidad inferior izquierda en el contexto de cuadro de varicela en resolución. En la exploración física destaca limitación a la movilización activa y pasiva de cadera izquierda. En la analítica sanguínea, se detecta elevación de los reactantes de fase aguda y leucocitosis. Dado el contexto clínico-analítico se orienta como artritis séptica de cadera y se confirma a través de gammagrafía ósea y resonancia nuclear magnética. Se inicia tratamiento antibiótico endovenoso durante 3 semanas, previa recogida de hemocultivo que resulta positivo a *Streptococcus Pyogenes*. El niño presenta una evolución clínica favorable que permite el alta a las 3 semanas. Se pauta antibioterapia oral a domicilio hasta completar 6 semanas de tratamiento. Se realizan controles en consultas externas de pediatría junto con traumatología para seguimiento del caso.

RESULTADOS

- La varicela es un proceso infeccioso frecuente en la infancia, habitualmente de carácter leve.
- Aunque la mayoría de complicaciones están causadas por *Staphylococcus Aureus*, se han descrito casos de infección invasiva por estreptococos del grupo A en el contexto de cuadros de varicela.
- Con la aparición de la vacuna frente a varicela se espera que sean menos los casos registrados de complicaciones potencialmente graves.
- Ante un niño que consulta por impotencia funcional de extremidades no debemos olvidar los procesos infecciosos como posible etiología.
- Todas las artritis requieren un seguimiento posterior para el control de la aparición de posibles complicaciones durante el crecimiento y secuelas importantes.

Neus Rius Gordillo, Ana Pizà Oliveras, Josefa Pérez, Robert Cilveti Portillo, Emiliano Mora Muñoz, Jaume Margarit Mallol

Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario MutuaTerrassa. Terrassa (Barcelona)

INFECCIÓN POR ENTEROVIRUS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS. ¿SIEMPRE ES ÚTIL SU CONFIRMACIÓN ETIOLÓGICA PARA DISMINUIR LA ESTANCIA HOSPITALARIA?

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Los enterovirus son causa de fiebre sin foco en lactantes que precisan ingreso. Nuestro objetivo, describir incidencia de infección por enterovirus en nuestro medio y comparar tasa ingreso, antibioterapia y exploraciones complementarias en pacientes con PCR enterovirus positiva (PCR+) o negativa (PCR-).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo incluyendo síndrome febril sin foco en <2 años y sospecha meningitis, de Enero a Diciembre 2010. Comparamos afectación del estado general, ingreso y duración, antibioterapia y duración así como exploraciones complementarias en < 6 meses, 6m-2 años y >2 años, en dos grupos: infección por enterovirus confirmada (PCR enterovirus positiva sangre y/o LCR) respecto a los que no la presentan (PCR-).

RESULTADOS

Se registraron 122 pacientes: 29 con PCR+ (6 LCR, 2 LCR y plasma, 21 plasma) y 93 PCR-. En el grupo PCR+ encontramos: edad mediana 7 meses (38 % < 1 mes), distribución estacional: abril, junio, septiembre. Clínica: fiebre 89%, intestinal 48 %, neurológica 48%, exantema 10%. Laboratorio: leucocitos 3.940-25.000/mmcc, PCR 0.1-67 mg/L. Meningitis aséptica 8. Mediana ingreso 1 día.

Análisis de datos comparativos (SPSS versión 16), Resultados: Afectación del estado general 80% de pacientes <6meses con PCR+ vs 45% PCR -. En < 6 meses se objetivan más días de ingreso en grupo PCR+: media 3.4 días vs 1.74 en negativos ($p=0.03$) y más días de antibiótico (media 2.8 días vs 1 día en negativos) ($p=0.02$). No diferencias significativas entre ambos grupos al analizar ingreso, antibioterapia ni exploraciones complementarias.

CONCLUSIONES

Aunque conocer la etiología de la infección en síndrome febril sin foco mediante PCR enterovirus parece poder disminuir la tasa de antibioterapia y estancia hospitalaria en pacientes con infección probada a enterovirus, tras analizar nuestros datos no objetivamos diferencias estadísticamente significativas para corroborar dicha actitud. Probablemente la afectación del estado general en los < 6 meses sea la causa de mantener la hospitalización y antibioterapia pese a conocer la etiología vírica del proceso.



Mireia Cortada Gracia, Marianna Mambié Meléndez, Carme Pérez Velasco, Francesc Ferrés Serrat
Urgencias de Pediatría. Hospital Universitari Son Espases. Palma de Mallorca

ENFERMEDAD INVASIVA POR STREPTOCOCCUS PYOGENES DEL GRUPO A

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La enfermedad invasiva por streptococcus pyogenes del grupo A (EISGA) es poco frecuente pero ha experimentado un aumento de su incidencia y mortalidad en las últimas 3 décadas.

Nuestro objetivo es conocer la incidencia y características clínicas de la EISGA en nuestro hospital en el periodo 1-01-2006 al 31-12-2010.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo de las historias de pacientes con EISGA. Se revisa epidemiología, factores predisponentes, manifestaciones clínicas, alteraciones de laboratorio y evolución.

RESULTADOS

11 pacientes, edad media 2 años y 11 meses, 63.6% varones. Ninguna patología crónica. Formas clínicas: síndrome de shock tóxico (SST) 2 (1 con fascitis necrotizante), artritis séptica 2, OMA 2, bacteriemia sin focalidad 2, neumonía con empiema 1, sepsis grave/meningitis 1, escarlatina 1. Factores predisponentes: varicela 3, escarlatina 1, menores de 2 años sin otra condición 3. Manifestaciones clínicas: Fiebre 11, exantema no variceliforme 4, síntomas gastrointestinales 3, síntomas osteoarticulares 3, convulsiones 1. Media de recuento leucocitario 16270/uL (rango 4030-29550) y de la PCR 11.5 mg/dL (rango 1.8-30). 5 presentaron PCR < 3 mg/dl. Cultivos positivos: hemocultivo 8, líquido articular 2, líquido pleural 1 y líquido cefalorraquídeo 1. 5 pacientes (45.4%) requirieron ingreso en UCI y 2 (18.2%) fallecieron: un SST y una sepsis grave/meningitis. De los 8 pacientes con bacteriemia 4 presentaron inicialmente una infección focal (OMA 2, Escarlatina 1, faringoamigdalitis 1) y 2 se asociaron a varicela.

CONCLUSIONES

- 1) Cabe destacar la asociación de fiebre y erupción en el 36.3% de nuestros pacientes con bacteriemia no asociada a varicela (lesiones máculo-eritematosas 3 casos y petequiales 1 caso)
- 2) La PCR no fue un dato analítico útil para el diagnóstico de EISGA en el 45% de los pacientes.
- 3) Para el diagnóstico precoz de la EISGA deben tenerse bien presentes los factores que predisponen a su aparición con el fin de disminuir la morbimortalidad propia de la entidad.

Emmanuela Lodosa Ayala, Elisa De Miguel Esteban, Ana Belen Segura Serrano, Isabel Saenz Moreno, Laura Martínez Mengual, Carmen Torres Manrique
Servicio de Pediatría, Hospital San Pedro de Logroño, La Rioja.

INFECCIONES DE ORINA INGRESADAS EN HOSPITAL SEGÚNDO NIVEL: CLÍNICA PRESENTACIÓN URGENCIAS, PARÁMETROS ANALITICOS, RELACION PCT/DMSA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Analizar infecciones tracto urinario (ITU) que ingresan:

- Clínica.
- Parámetros de sangre y orina.
- Relación Procalcitonina (PCT) y DMSA.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo pacientes ingresados con diagnóstico ITU entre 1 enero y 31 diciembre 2009.

ITU: urocultivo positivo.

Variables: edad, sexo, diagnóstico, PCR, Procalcitonina positiva > 0,5 ng/ml, bacteriuria, leucocituria, DMSA, clínica de urgencias

Pacientes: Menores 3 meses: 47 ; 4 - 6 meses: 15; 7 meses-23 meses: 9 ; 2 - 3 años: 1 ; 4-6 años: 2 ; Mayores 6 años: 5

RESULTADOS

79 pacientes con ITU (73 urocultivo positivo, 6 negativo). varones 44, mujeres 35.

Menores 6 meses, grupo que mas fiebre presenta: 89%

Menores 3 meses: fiebre sin foco (FSF) 40%, vómitos 18%, rechazo tomas 14%, decaimiento 10%, ictericia 10%, deshidratación 5%

4 -6 meses: decaimiento 40%, FSF 33%, vómitos 20%, rechazo tomas 6%

7-23 meses: catarro 44%, FSF 22%, rechazo tomas 11%, decaimiento 11%, alteraciones orina 11%

2 -3 años: diarreas 52%, vómitos 42%, otros 6%

4 -6 años: dolor abdominal 56%, disuria 46%

Mayores 6 años: dolor abdominal 49%, vómitos 21%, disuria 30%

Leucocituria: 70% de urocultivos positivos: 100 leucocitos/campo

PCR/urocultivo: 22% PCR mayores 80 mg/L: EColi 81%, ECloacae 2 % y kPneumoniae 2 %, urocultivo negativo 14%

PCT/urocultivo: 57 PCT solicitadas: 43% positivas: EColi 74%, BLEE 3%, Cfreundii 3%, ECloacae 3%, kPneumoniae 3%, urocultivo negativo 13%

Gammagrafías positivas: 66 %

42% asocia PCT positiva con LESIONES RENALES en DMSA

CONCLUSIONES

Resaltar: alto porcentaje de lactantes en protocolo FSF: serán ITUs.

Diarreas y vómitos asociados a ITU: Diagnóstico GEA puede enmascarar ITU como causa de fiebre.

Conforme aumenta leucocituria aumenta positividad urocultivos, screening ITU en urgencias. Moderada sensibilidad/especificidad. Leucocituria implica riesgo medio ITU. Justificaría tratamiento.

Existe relación entre PCT elevada/lesiones renales DMSA, realizaremos estudio mas amplio sobre esto.

Cristina Muñoz López, Carolina Blanco Rodriguez, Salomé Albi Rodriguez, Blanca Herrero Mendoza, Adriana Navas Carretero, *Rosa Romero Ruíz
Servicio de Pediatría del Hospital Infanta Leonor, Madrid.
*Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Gregorio Marañón, Madrid

HERNIA DIAFRAGMÁTICA DE PRESENTACIÓN TARDIA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La hernia diafragmática congénita se diagnostica habitualmente en el periodo neonatal inmediato. Sin embargo un pequeño porcentaje de los casos (5%), permanecen asintomáticos hasta edades más avanzadas. Exponemos el caso de una lactante que consulta en el servicio de Urgencias por una dudosa crisis convulsiva

MATERIAL Y MÉTODOS

Lactante de 8 meses que consulta por un vómito seguido de un episodio de hipertonia generalizada con palidez y revulsión ocular de unos minutos de duración, sin desconexión del medio ni periodo postcrítico. Presenta un nuevo episodio de características similares en el traslado a Urgencias. La notan irritable. Afebril.

Antecedentes personales: infección urinaria con control ecográfico normal

En la exploración física presenta regular estado general, llanto continuo y palidez cutánea. No dificultad respiratoria. Auscultación pulmonar con roncus en base izquierda. Abdomen molesto a la palpación de modo difuso sin masas ni megalias. Constantes hemodinámicas normales

Se canaliza vía periférica y se deja a dieta absoluta con fluidoterapia intravenosa. Ante la sospecha de invaginación intestinal se solicita ecografía abdominal sin alteraciones. Presenta dos vómitos con restos alimenticios y algún resto hemático escaso. Se realiza radiografía de tórax donde se aprecian hallazgos sugerentes con hernia diafragmática con signos de complicación (obstrucción, estrangulación). Se contacta con el servicio de Cirugía Pediátrica para su traslado. Se realiza escáner torácico que confirma el diagnóstico y es intervenida mediante cierre laparoscópico del defecto

RESULTADOS

Se debe considerar el diagnóstico de hernia diafragmática congénita ante un paciente con irritabilidad, obstrucción intestinal o dificultad respiratoria aguda grave.

Las hernias diafragmáticas de presentación tardía tienen en general mejor pronóstico que las que aparecen en el periodo neonatal debido al mejor desarrollo pulmonar. Si no existen complicaciones gastrointestinales secundarias a perforación intestinal por isquemia la evolución suele ser favorable, por ello es importante el diagnóstico precoz para evitar estas complicaciones.

**Carolina Blanco Rodríguez, Cristina Muñoz, Aida De la Huerga López,
Clara Molina Amores, Ana Usano Carrasco, *Carolina Corona**

Servicio de Pediatría. Hospital Infanta Leonor *Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Gregorio Marañón

APENDICITIS NEONATAL: UN DIAGNÓSTICO OLVIDADO

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La apendicitis aguda es una patología muy rara en período neonatal.

Su bajo índice de sospecha y su clínica inespecífica suele retrasar el diagnóstico; debutando como apendicitis aguda perforada, cuadro de elevada morbi-mortalidad.

Presentamos un caso de esta patología diagnosticado en nuestro Servicio de Urgencias:

MATERIAL Y MÉTODOS

Recién nacido pretérmino (28 semanas) que a los 3 meses de vida acude a urgencias por llanto de 12 horas de evolución, rechazo de tomas. Afebril. No vómitos. Tránsito normal.

AP: Ingresado en Neonatos con diagnósticos: enfermedad de membrana hialina leve y sepsis relacionada con catéter. Alta hospitalaria hacía un mes.

exploración física: regular estado general, llamativa irritabilidad, llanto continuo. Abdomen distendido, timpanizado sin visceromegalias. No cambios de coloración en piel abdominal. No hernias. Constantes normales.

Se intenta estimulación rectal poco efectiva. Se realiza ecografía abdominal que descarta invaginación, objetivando un sutil engrosamiento de la pared de varias asas de intestino delgado en fosa ilíaca derecha. Estudio radiológico: importante dilatación de asas intestinales sin signos de neumoperitoneo. Analítica: anodina. Ante el cuadro de abdomen agudo se deja a dieta absoluta con fluidoterapia intravenosa, se coloca sonda nasogástrica, se inicia antibioterapia parenteral y se traslada al Servicio de Cirugía Infantil. En las siguientes horas presenta empeoramiento clínico y radiológico (con aumento de distensión de asas y ausencia de aire distal) por lo que se realiza laparotomía exploradora objetivándose peritonitis con pus libre intraabdominal y perforación del apéndice ileocecal. Se realiza apendicectomía, toma de biopsia recto-sigma e ileostomía. Estudio histopatológico: apendicitis aguda; La evolución posterior fue favorable.

RESULTADOS

- Son pocos los casos descritos de esta entidad en la literatura mundial.
- En un neonato con vómitos, rechazo a la alimentación, irritabilidad y abdomen distendido debemos sospechar un abdomen agudo y la apendicitis como uno de los diagnósticos diferenciales.
- El diagnóstico precoz reducirá la alta mortalidad asociada cuando se demora el tratamiento quirúrgico.

Juan Salvador Poveda González, Irene Alías Hernández, Eduardo Lopez Candel, Encarnación Lopez Ruzafa, Carolina Marañes Galvez, Antoion Bonillo Perales
CH Torrecárdenas

HEMATOMA YEYUNAL RETROPERITONEAL POSTRAUMÁTICO COMO CAUSA DE OBSTRUCCIÓN INTESTINAL

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

El hematoma yeyunal retroperitoneal es una causa poco frecuente de obstrucción intestinal en la edad pediátrica. Presentamos un caso clínico en el que esta patología fue responsable de dicho cuadro, destacando la importancia de la anamnesis junto con las pruebas complementarias para llegar a un correcto diagnóstico, y la actitud a seguir tras el mismo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 7 años y 2 meses sin antecedentes personales ni familiares de interés. Consulta en nuestro servicio de Urgencias Pediátricas por cuadro de 36 horas de evolución de dolor abdominal y síndrome emético con intolerancia a la ingesta de líquidos. En la anamnesis destaca traumatismo abdominal con una silla los días previos. Tras su ingreso se solicita Ecografía Abdominal y posterior TAC abdominal que muestra imagen quística que comprime yeyuno compatible con hematoma; y se realiza Tránsito Gastrointestinal objetivándose obstrucción intestinal. Se inicia Nutrición Parenteral tras 72 horas de fracaso de nutrición oral. Se mantiene actitud expectante y tras 14 días, dada la evolución favorable, iniciamos tolerancia oral, siendo satisfactoria y manteniéndose asintomático al alta. En posteriores revisiones se objetiva mediante tránsito la permeabilidad intestinal y resolución completa en ecografía de control.

RESULTADOS

A pesar de ser poco frecuente es preciso tener en cuenta el diagnóstico de hematoma duodenal y/o yeyunal retroperitoneal ante todo paciente con vómitos biliosos y antecedente traumático abdominal contuso. Tener en cuenta ante este posible diagnóstico la actitud expectante, dada la alta probabilidad de resolución espontánea y el beneficio de no utilizar medidas terapéuticas invasivas. Importancia de la correcta anamnesis en urgencias para el enfoque diagnóstico de cuadros de dolor abdominal agudo y síndrome emético.



**Carolina López Sanguos, Sophie Janet Signoret, Maria Leticia González Vives,
Paula Lopez Vázquez**
Hospital General Universitario Gregorio Marañón

DISCORDANCIA CLÍNICO RADIOLÓGICA TRAS TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO (TCE)

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Los quistes aracnoideos representan el 1% de todas las lesiones intracraneales en la infancia. Generalmente son asintomáticos y se detectan como hallazgos casuales en una exploración realizada por otro motivo. Se expone una imagen radiológica que puede inducir a error en un paciente sintomático que ha presentado un TCE no presenciado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Niño de 8 años que acude tras TCE no presenciado, sin pérdida de conciencia con amnesia de episodio. Refiere cefalea holocraneana, mareo y dos vómitos. En la exploración neurológica destaca Glasgow 15/15, lenguaje repetitivo. Se realiza tomografía computarizada de cráneo, objetivando gran lesión quística en fosa craneal media, que se expande desde la fosa temporal izquierda hacia la fosa frontal y hacia la convexidad, remodelando y expandiendo la calota. Crea efecto masa con borramiento de los surcos, desplazando línea media y comprime el ventrículo izquierdo con dilatación del ventrículo lateral derecho. Sin signos de hidrocefalia ni herniación de estructuras. Compatible con quiste aracnoideo silviano grado III

RESULTADOS

Al identificar en un paciente sintomático tras TCE una imagen radiológica quística con desplazamiento de la línea media, puede dar lugar a un manejo agresivo en el servicio de urgencias. Es necesario tener conocimiento de estas lesiones craneales y las imágenes radiológicas que a veces pueden presentar.

Laura Mantecón Fernández, Ana Lobeiras Tuñón, Aránzazu López Martínez, José Luis Martín García, Sonsoles Suárez Saavedra, Julián Rodríguez Suárez
Servicio de Urgencias de Pediatría, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

REACCIÓN ANAFILÁCTICA DESENCADENADA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La anafilaxia es una reacción alérgica grave de instauración rápida y potencialmente mortal. Se suele manifestar con síntomas cutáneos como urticaria y angioedema, junto con la afectación de otros sistemas como el respiratorio, cardiovascular o digestivo. En los niños se desencadena fundamentalmente por alimentos (huevo, leche, frutos secos, pescado y marisco)

MATERIAL Y MÉTODOS

Lactante de seis meses de vida que es valorado en nuestro servicio por febrícula e irritabilidad de unas horas de evolución, sin otra clínica asociada. En urgencias, tras rechazar la lactancia materna, se le ofrece un biberón de fórmula adaptada, del que toma unos diez mililitros, presentando posteriormente un exantema maculoso en cara y miembros de carácter evanescente de escasos segundos de duración. Tras esto, el lactante se queda letárgico, con muy escasa respuesta a estímulos, con saturación de oxígeno de 90-91%, frecuencia cardíaca de 170 latidos por minuto y tensión arterial de 105/55. No presentaba dificultad respiratoria. Ante la sospecha de shock anafiláctico se administra adrenalina intramuscular y expansión volumétrica con mejoría clínica rápida.

El niño había recibido algún suplemento con lactancia artificial las primeras 48 horas de vida. Posteriormente, había recibido lactancia materna exclusiva, habiéndose retirado las proteínas de la leche de la vaca en la dieta materna por haber presentado un cuadro de deposiciones diarreicas mucosas y cólicos intensos, con mejoría de la clínica.

RESULTADOS

La detección precoz de la anafilaxia es de suma importancia, ya que es fundamental la instauración inmediata del tratamiento. Es importante la realización de una historia clínica completa de los hábitos alimenticios, teniéndose especial precaución con la introducción de nuevos alimentos en los servicios de urgencias.



Aránzazu López Martínez, María González Sánchez, Leticia Alcántara Canabal, Ana Lobeiras Tuñón, Sonsoles Suárez Saavedra, Gonzalo Anes
Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA). Oviedo

SUBLUXACION ROTATORIA ATLOIDE-AXOIDEA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La subluxación rotatoria atlanto-axial es una causa frecuente de tortícolis traumática en la infancia. Se presenta como tortícolis dolorosa, de inicio brusco, tras un traumatismo, generalmente menor. La prueba de imagen más útil para el diagnóstico es la tomografía computarizada (TC). El tratamiento incluye analgésicos e inmovilización, precisando en ocasiones tracción cervical. Presentamos un caso de tortícolis traumática, que muestra la importancia de una evaluación exhaustiva y la necesidad de realizar pruebas de imagen.

MATERIAL Y MÉTODOS

Niño de 8 años que acude al servicio de urgencias de pediatría por dolor cervical, tras una rotación forzada del cuello al realizar una voltereta. Se pauta ibuprofeno oral, sin mejoría. Tras mes y medio, reacude a nuestro servicio por persistencia del dolor y presencia de tortícolis. Se realiza una radiografía cervical, que muestra una alteración en la alineación vertebral, por lo que se solicita un TC cervical, donde se observa una subluxación rotatoria a nivel de C1-C2. Es valorado por el servicio de traumatología, que indica inmovilización con collarín rígido y tracción cervical, que se mantiene hasta comprobar la reducción de la luxación. Posteriormente, se intenta tratamiento con collarín blando, sin éxito, por lo que se coloca un chaleco halo no invasivo, que se mantiene durante 8 semanas. El paciente evoluciona favorablemente y es dado de alta tres meses después.

RESULTADOS

El dolor-contractura cervical es un motivo de consulta frecuente en el servicio de urgencias de pediatría. La tortícolis puede traducir una patología importante, como es la subluxación rotatoria atlanto-axial, por lo que exige una evaluación cuidadosa, que incluya la búsqueda de un antecedente traumático, aunque sea menor. Ante una tortícolis secundaria a un traumatismo debemos plantearnos la realización de pruebas de imagen.

María Elena Viana Llamas, Miguel Angel Molina Gutiérrez, Raquel Vecino López, Cristina Sevilla Arias, Julia Gutiérrez López, Santos García García
Hospital Universitario Infantil La Paz (Madrid)

NEUMOMEDIASTINO, ENFISEMA SUBCUTÁNEO Y NEUMOPERICARDIO POR ASPIRACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Presentación de una infrecuente complicación asociada a la aspiración de un cuerpo extraño. Una niña ingirió un pedazo plástico de un bolígrafo, que produjo una perforación en la vía aérea superior originando un neumomediastino asociado a enfisema subcutáneo y neumopericardio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Niña de 14 meses de edad que acude a urgencias por sospecha de atragantamiento. La madre refería que al recoger a la niña de la guardería estaba masticando algo, empezó a toser con fuerza y terminó vomitando. Revisaron su boca pero no encontraron ningún cuerpo extraño. La niña presentaba buen estado general y la exploración física inicial fue normal. Durante el examen la niña vomitó, coincidiendo con un acceso de tos, un trozo de plástico de 1 cm de longitud. Se indicó la realización de radiografía de tórax en inspiración-espирación:

Tórax (inspiración): a nivel paratraqueal izquierdo, por encima de la bifurcación de la carina se observó una imagen triangular aérea sugestiva de aire ectópico. A nivel de columna cervical se observan imágenes lineales aéreas que puede sugerir enfisema subcutáneo.

Tórax (espирación): objetivó la presencia de un neumomediastino y neumopericardio.

Una segunda exploración objetivó una crepitación en la palpación del cuello.

Ingresó en la Unidad de Reanimación para observación y realización de fibrobroncoscopia, manteniéndose las horas siguientes estable respiratoria y hemodinámicamente. La fibrobroncoscopia no encontró ningún cuerpo extraño. La recuperación postanestésica discurrió sin incidencias. El control radiológico al alta, tras cinco días de ingreso, no mostró condensaciones parenquimatosas ni presencia de aire ectópico a ningún nivel.

RESULTADOS

La aspiración accidental de cuerpos extraños es una de las urgencias más frecuentes en la edad pediátrica. El neumomediastino y el enfisema subcutáneo son complicaciones infrecuentes y su manejo es conservador. Sin embargo el neumopericardio es un trastorno potencialmente grave. Nuestra paciente permaneció en observación sin mostrar signos de deterioro hemodinámico.



Ester Cid París, Nerea Lopez Andrés, Eliana Rubio Jiménez, Gonzalo Galicia Poblet, Gema Arriola Pereda, Jose María Jiménez Bustos
Departamento de Pediatría. Hospital Universitario de Guadalajara.
Universidad de Alcalá. Departamento de especialidades médicas

VARICES ESOFÁGICAS. A PROPÓSITO DE UN CASO

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La hemorragia digestiva alta (HDA) es aquella que se produce en tramos del tracto digestivo por encima del ligamento de Treitz. Su manifestación habitual es la hematemesis y/o melenas. Una de sus causas principales es el sangrado secundario a varices gastroesofágicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Niño de 4,5 años que acude a urgencias por febrícula, abdominalgia periumbilical y emisión de vómitos “en posos de café” en las 24 horas previas. A su llegada realiza una deposición melénica. Veinte días antes presentó deposiciones oscuras autolimitadas. En la exploración física destacan los siguientes datos: Tensión arterial: 100/50. Frecuencia cardiaca: 120. Decaimiento con intensa palidez cutáneo mucosa. Auscultación: Rítmica con soplo sistólico panfocal. Abdomen: Esplenomegalia de 2-3 traveses de dedo bajo reborde costal, sin hepatomegalia. Tacto rectal: normal. En el hemograma de ingreso, se aprecia anemia con una cifra de hemoglobina de 4,8 mg/dL y hematocrito de 15%, con 165.000 plaquetas (reticulocitos de 4,3%). Hematíes hipocrómicos y microcíticos en frotis sanguíneo. Se inicia transfusión de concentrado de hematíes con hemoglobina posterior de 7,3 mg/dL, hematocrito 21% y marcada disminución de las plaquetas. En la endoscopia alta, se aprecian varices esofágicas grado IIa de la clasificación de Forrest y presencia de gastropatía hipertensiva, sugerentes de hipertensión portal. Se traslada al paciente a hospital terciario, donde es diagnosticado mediante estudio radiológico completo de hipoplasia de la rama izquierda de la vena porta y cavernoma en rama derecha. Recibe tratamiento inicial con propranolol y se realiza ligadura con banda de las varices. En la actualidad sigue controles periódicos y se encuentra clínicamente estable en tratamiento con propranolol y omeprazol.

RESULTADOS

La HDA por sangrado de varices esofágicas es poco frecuente en la edad pediátrica, aunque debido a su potencial gravedad, constituye una entidad a tener en cuenta, principalmente en los niños mayores de dos años.

María del Mar Tirado Balagué, Laura Cabrera Morente, Eugenia Villanueva Martínez, Enrique García Vena, Jesús De la Cruz Moreno
Unidad de Gestión Clínica de Pediatría. Complejo Hospitalario de Jaén

DOLOR ABDOMINAL AGUDO COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DEL ABSCESO DE PSOAS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal agudo es una de las consultas más frecuentes en pediatría. Sin embargo el absceso de psoas es un proceso infrecuente, lo que unido a su insidiosa evolución, dificulta el diagnóstico. Suele presentarse como dolor lumbosacro que posteriormente tiene irradiación coxofemoral, fiebre elevada y limitación de la deambulacion. Son mayoritariamente abscesos primarios de origen hematogéno causados por *Estafilococo Aureus*.

Incidir en la importancia de la anamnesis, formas de presentación, técnicas de imagen y diagnóstico diferencial de dolor abdominal a tener en cuenta en urgencias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Niño de 4 años que ingresa por dolor abdominal periumbilical con irradiación a FID y miembro inferior derecho (MID) de horas de evolución. Impotencia para deambulacion, manteniendo MID en rotación externa y semiflexión, asociando fiebre de 18 horas de evolución. En la exploración presenta defensa abdominal y dolor selectivo en FID, restricción para rotación interna de cadera siendo dolorosa a cualquier movilización. Analítica sanguínea: leucocitosis, neutrofilia y PCR de 162 mg/L. Hemocultivo negativo. Ecografía abdominal: imagen hipoecogénica en músculo psoas-ilíaco derecho de 28x13x13 mm sugerente de flemón/absceso. Asimetría de tejidos blandos superficiales. Asas intestinales paréticas homolaterales y apéndice normal. Con diagnóstico de Absceso de Psoas se inicia antibioterapia iv con cefotaxima y cloxacilina con evolución posterior favorable.

RESULTADOS

Es importante destacar el papel de una anamnesis y exploración clínica detalladas en el diagnóstico del absceso de psoas que se presenta como dolor abdominal agudo.

El diagnóstico diferencial en urgencias debe incluir artritis séptica de cadera, plastrón apendicular, sacroileítis, tumor y hematoma abdominales. No infravalorar forma de evolución y síntomas acompañantes como fiebre o cojera.

La Ecografía abdominal es la prueba diagnóstica más útil (sensibilidad del 86,6%). Tiene especial importancia por ser barata, multiplanar, accesible y no usar radiación ni contraste intravenoso.



Lorena Cuadron Andres, Paloma Huerta Blas, Fadia Fuertes el Musa, Teresa Perez Roche, Saturnino Ortiz Madinaveita, Gonzalo Gonzalez García
Hospital clínico universitario " Lozano Blesa" Zaragoza

ÚTILIDAD DEL ONDANSETRÓN EN LOS VÓMITOS DE REPETICIÓN EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Los vómitos son un motivo frecuente de consulta en urgencias. Existen diversas publicaciones que recomiendan el uso de Ondansetron, una vez descartada patología abdominal quirúrgica, en el manejo de los vómitos incoercibles, por su eficacia y escasos efectos secundarios. Nuestro objetivo es determinar la eficacia del Ondansetron en nuestro servicio de urgencias y posteriormente en su domicilio

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo- prospectivo de los pacientes atendidos por cuadro de vómitos de repetición en el servicio de Pediatría de Junio a Diciembre de 2010. Se realizó recogida de datos en urgencias y llamada telefónica a los 7 días

RESULTADOS

Se incluyeron 26 pacientes con una edad media de $5,3 \pm 3,08$ años. En todos los casos se intentó rehidratación oral previa en Urgencias que había fracasado. La administración de Ondansetron fue oral en 20 casos e intravenosa en 6. La dosis media administrada fue de $4 \pm 2,09$ mg. Los diagnósticos que se obtuvieron fueron: gastroenteritis (11 casos), vómitos (10), faringoamigdalitis aguda (2), abdominalgia (1), meningoencefalitis por enterovirus (1), colitis ulcerosa (1) y traumatismo craneal leve (1). En 4 de los casos persistieron los vómitos durante su estancia en urgencias por lo que fueron ingresados (meningoencefalitis por enterovirus, colitis ulcerosa y 2 casos con gastroenteritis). El tiempo medio de estancia en urgencias fue de $3,05 \pm 1,49$ horas. En el control telefónico efectuado una semana después, 3 de los pacientes habían presentado vómitos en su domicilio, pero solo uno de ellos tuvo que regresar a urgencias. En ningún caso se documentaron efectos secundarios.

CONCLUSIONES

En nuestro medio la administración de Ondansetron se ha mostrado eficaz en un 88,4% de los casos para disminuir el número de vómitos y mejorar la tolerancia oral posterior, aunque no se ha acortado el tiempo medio de estancia en urgencias. En ningún caso se han registrado efectos adversos.

**Nataliz Vega Mata, Angela Gómez Farpón, Cristina Granell suárez,
Antonia Jesus López López, Cristina Montalvo Ávalos, Victor Álvarez Muñoz**
Hospital Universitario Central de Asturias

EPISODIOS DE ENTEROCOLITIS EN PACIENTES INTERVENIDOS DE HIRSCHSPRUNG

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

El objetivo de esta revisión es poner de relieve la clínica, los factores de riesgo y momento de presentación de esta asociación de enfermedad de Hirschsprung con enterocolitis necrotizante (HAEC), la cual representa una de sus complicaciones postoperatorias más severas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo en el que se revisa la clínica atendida en urgencias por pacientes intervenidos de Hirschsprung en nuestro Hospital (1994-2011) (n: 27). Se etiquetan de HAEC aquellos cuadros de distensión y dolor abdominal cólico, diarrea explosiva, fiebre, leucocitosis, dilatación radiológica intestinal y que precisaron antibioterapia.

RESULTADOS

La incidencia de HAEC con posterioridad al descenso endoanal es del 18,5%, con una incidencia de episodios de repetición del 7,5%. El inicio del cuadro fue a los 14,40 meses (DS 13,24) tras la cirugía. Los pacientes que presentan esta complicación tienen menor edad en el momento de la cirugía [10,60 meses (DS 3,57) frente a 28,24 meses (DS 37,90)] y mayor longitud del segmento reseado [49,50cm (DS 60,53) frente a 19,31cm (DS 7,22)]. En un 33% la enterocolitis necrotizante fue la forma de presentación de la enfermedad de Hirschsprung y un 40% ya habían presentado un episodio de HAEC antes de la intervención. El tiempo medio de tratamiento antibiótico fue de 7 días (DS 2,88). Ningún paciente portador de una colostomía de descarga previamente a la cirugía presentó esta complicación. Destaca además, la menor incidencia en pacientes intervenidos mediante la técnica de Soave-Georgeson (11,8%) frente a otras técnicas quirúrgicas (22,22%).

CONCLUSIONES

Los síntomas precoces de una HAEC pueden ser erróneamente diagnosticados como una gastroenteritis o síntomas obstructivos. Los factores de riesgo reseñados deben alertarnos sobre esta posible complicación para instaurar un tratamiento precoz que evite su gran morbilidad.

Elena Herrero Crespo, Fernando Paredes Carmona, Rosa Garcés Bordegé, Eduard Solé Mir
Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Arnau de Vilanova

HEMORRAGIA CEREBRAL INFANTIL. NO TAN INFRECUENTE EN NUESTRO MEDIO

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La enfermedad cerebrovascular hemorrágica en la infancia es una entidad infrecuente, con una incidencia aproximada de 2 casos/100.000 niños/año. Son secundarias mayoritariamente a malformaciones vasculares, traumatismos y coagulopatías.

Presentamos cuatro casos acontecidos en nuestro hospital en los últimos 18 meses.

MATERIAL Y MÉTODOS

Caso 1: Niña de 4 años previamente sana que presenta disminución brusca del sensorio, con clínica de hipertensión intracraneal (HITC) y convulsiones. En angioTAC se objetiva hematoma intraparenquimatoso temporal gangliobasal secundario a rotura de aneurisma en bifurcación de arteria cerebral media. Éxito al día siguiente.

Caso 2: Lactante de 50 días con antecedente de perforación gástrica espontánea al mes de vida. Traída en ambulancia medicalizada por parada cardio-respiratoria. En la TAC se objetiva hemorragia subaracnoidea y la RNM muestra hematomas subdurales en diferentes fases evolutivas. Fondo de ojo con hemorragias retinianas. Catalogada como shaken baby syndrome.

Caso 3: Niña de 2 años previamente sana que consulta por disminución del nivel de conciencia y vómitos. TAC: Hidrocefalia aguda secundaria a hemorragia tetraventricular subaracnoidea en fosa posterior. RNM: Tumoración intraventricular compatible con ependimoma en el cuarto ventrículo. Éxito en pocas horas.

Caso 4: Niña de 4 años que consulta por fiebre de 24 horas y vómitos. Presenta signos meníngeos positivos y reactantes de fase aguda elevados. Evolución con disminución progresiva del nivel de conciencia y signos de HITC. RNM: Hematoma hiperagudo en tronco en relación con aneurisma de la arteria basilar e hidrocefalia comunicante. Fallece a las 48 horas.

RESULTADOS

- La hemorragia cerebral es una entidad infrecuente a descartar con prueba de imagen precoz ante toda disminución aguda del nivel de conciencia.
- La clínica y la gravedad dependen de la localización y la extensión.
- El tratamiento se basa en medidas para disminuir la presión intracraneana y de soporte.
- Dentro del estudio etiológico es obligado tener en cuenta los malos tratos.

**Soledad Montoro Romero, Nerea Domínguez Pinilla, Julio Ernesto Peralta Salas,
Olga Ordoñez Sáez, Alba Palacios Cuesta, Yolanda Ballesteros Díez**
Hospital 12 de octubre, urgencias pediátricas

ANÁLISIS DE LA CALIDAD DE LA PRESCRIPCIÓN EN LA URGENCIA PEDIÁTRICA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UNA APLICACIÓN INFORMÁTICA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Valorar los cambios en la calidad de la prescripción tras la implantación de una aplicación informática

MATERIAL Y MÉTODOS

Analizamos de forma retrospectiva todas las prescripciones realizadas en el servicio de Urgencias Pediátricas en un hospital de tercer nivel en días aleatorios durante 9 meses tras la implantación de la Historia Clínica Electrónica. Comparamos nuestro resultado con un estudio similar realizado en 2004, valorando si la aplicación informática suponía una mejora en la calidad de la prescripción. Analizamos distintos parámetros de calidad de la prescripción (legibilidad, cálculo de dosis, unidades, intervalo de administración y alergias) y variables asociadas como el día de la semana (entre semana o fin de semana), turno (mañana o guardia) y nivel de formación del medico prescriptor (residente o adjunto) Para el análisis estadístico utilizamos el programa SPSS 15.0

RESULTADOS

Se encontraron uno o mas errores en un 29% de las prescripciones (43% en 2004) Los residentes realizaban 87,5% de las prescripciones cometiendo error en un 28,7% (41% en 2004) mientras que los adjuntos prescribían un 12% y cometían error en 31% de las prescripciones (78% en 2004) Por la mañana se cometieron un 28% de los errores (40% en 2004) frente al 30,5% (44% en 2004) de los producidos en las guardias. Durante la semana se cometen errores en un 29% (45% en 2004) de las prescripciones y en fin de semana un 28% (39% en 2004)

CONCLUSIONES

Con los datos obtenidos se deduce que además de una adecuada legibilidad se ha producido una mejora significativa en la prescripción tras la implantación del sistema informático en nuestro servicio de urgencias pediátricas, con una reducción del 14% de los errores respecto a estudios previos.

M^a Beatriz González García, M^a Natali Campo Fernández, Sara Puente Montes, Jose Luis Fernández Arribas, Rafael Gómez Fernández, Jose Miguel Carrera García
Servicio de Urgencias de Pediatría y Servicio de Cirugía Maxilofacial,
Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid

MORDEDURA DE PERRO: MANEJO EN URGENCIAS CON SEDOANALGESIA INTRANASAL

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Un 75% de las mordeduras de perro atendidas en los Servicios de Urgencias afectan a niños y el 1% de las urgencias en niños en edad escolar son mordeduras. Los lugares de afectación más frecuentes son extremidades superiores, cuello y cabeza. Las heridas más graves se dan en los menores de 5 años.

Presentamos un caso clínico de herida grave por mordedura de perro en una niña de 7 años respecto al punto de vista de la actuación a su llegada al Servicio de Urgencias de Pediatría, destacando la sencillez, rapidez y eficacia de la sedoanalgesia intranasal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente mujer de 7 años que llega a nuestro Servicio de Urgencias Pediátricas tras haber sido atacada por un perro de raza Bóxer.

Presenta mordedura en cuero cabelludo de región occipital con pérdida de sustancia, dejando un defecto de unos 10cm de diámetro. Está estable hemodinámicamente y consciente pero presenta importante dolor por lo que se procede a sedoanalgesia por vía intranasal con Ketamina (3mg/kg, una dosis) y Midazolam (0,2mg/kg, una dosis). Tras canalizar una vía venosa periférica se administra Ketorolaco (10 mg iv, dosis única), expansión de volumen con suero salino fisiológico (20cc/kg) y se comienza antibioterapia con amoxicilina clavulánico iv.

Es intervenida de urgencia por Cirugía Maxilofacial bajo anestesia general, realizándose limpieza, hemostasia y colgajos de deslizamiento (en H) con descargas galeales para el cierre del defecto occipital. Los familiares de la paciente aportaban el fragmento avulsionado, que no fue subsidiario de reimplante.

Buena evolución posterior con alta a domicilio una semana más tarde.

RESULTADOS

La administración intranasal de sedoanalgesia en Urgencias es una vía rápida y eficaz para el alivio del dolor que además va a facilitar la realización de otros procedimientos diagnósticos o terapéuticos.

Carlos García-Vao Bel, M^a Nieves Romero-Hombrebueno Domínguez, M^a Elena Cabezas Tapia, Enrique Sanz Tellechea, Mireya Orío Hernández, Ruben Moreno Sánchez
Hospital del Tajo

VÓMITOS, EDEMAS E HIPOPROTEINEMIA EN PACIENTE DE 2 AÑOS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Los vómitos y el dolor abdominal son síntomas habituales de consultas en urgencias pediátricas. La asociación con edemas sin embargo no es frecuente y si además no existe proteinuria nefrótica debemos pensar en enfermedades poco frecuentes para llegar al diagnóstico correcto.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente varón de 2 años que consulta en urgencias por cuadro de vómitos de 5 días de evolución y edemas; no ingesta de tóxicos o alimentos sospechosos; el día del ingreso refiere dolor abdominal y odinofagia. Antecedentes personales nada que reseñar excepto aumento de la ingesta de líquidos a 1,5 - 2 litros últimamente. Antecedentes familiares sin interés. exploración Física: Peso: 14.6 kilos, T: 37.1 °C, TA: 93/51. Aceptable estado general, menos activo que habitualmente. Bien nutrido, hidratado y perfundido. No exantemas ni petequias. Edemas intensos en ambos párpados, no en otra localización. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen blando y depresible, no visceromegalias. Resto normal. Pruebas complementarias: Hemograma: Hct/Hb: 41.4/14.7; 10.200 leucocitos (N 50.8%, L 40.5%, M 3.3%, E 1.2%, B: 0.4%), 321.000 plaquetas. Bioquímica sérica: proteínas totales 3.5 gr/dl, albúmina 1.8 gr/dl, resto normal. Análisis de orina: pH: 5.5, D >1030, proteínas 28.8 mg/dl, índice proteínas/cr: 0.28; resto normal. Ecografía abdominal: marcado engrosamiento de pliegues gástricos, no otros datos de interés. Con el diagnóstico de enfermedad de Menetrier ingresa para completar estudio y tratamiento. Precisó seroalbumina IV (2 dosis) y NEDC. Buena evolución desapareciendo los vómitos y normalizando los parámetros alterados.

RESULTADOS

La gastropatía hipertrófica pierde proteínas en niños es una entidad rara en nuestro medio que se asocia a infección aguda por citomegalovirus en el 30% de los casos.

Su diagnóstico debe sospecharse en pacientes con vómitos, dolor abdominal y edemas con hipoproteinemia sin proteinuria

Una ecografía abdominal urgente puede orientar el diagnóstico.

Miguel Angel Guiu Solano, Agustin Rodriguez Ortiz, Daniel Jimenez Villarreal, Mikel Arroyo Vivar, Jose Ramon Garisoain Lerendegui, Aurora Ona Ochoa
Servicio de Pediatría y Ginecología. Hospital Alto Deba. Arrasate. Mondragon

LA IMPORTANCIA DE LA EXPLORACIÓN CLÍNICA EN LOS/AS ADOLESCENTES PARA EVITAR ERRORES

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La importancia de una correcta exploración clínica en niñas adolescentes. ¿Hay tabú por parte de los pediatras de urgencias en realizar una exploración ginecológica?

MATERIAL Y MÉTODOS

Niña de 13 años , consulta 2 veces en otro Hospital (con un intervalo de 1 semana entre consulta y consulta , por dolor abdominal) , diagnosticándola en la primera ocasión de estreñimiento , y administrándose un enema rectal y , la segunda vez de retencion urinaria llevandose a cabo un sondaje vesical. En esta segunda ocasión tenia la regla. No se realiza exploración ginecológica

1 mes despues consulta en nuestro hospital en 2 ocasiones , con un intervalo de 24 horas , por dolor abdominal en hipogastrio , en la primera visita , que se diagnostica de estreñimiento y se administra un enema rectal , encontrándose con la menstruación y dolor abdominal con imposibilidad para orinar en la segunda visita por lo que se realiza sondaje urinario y es valorado por el servicio de ginecología, que realiza una ecografía abdomino-pelvica (sin realizar previamente una exploración física ginecológica) donde aprecian un útero de 16 semanas con contenido hematico en su interior (Hematocolpos) por lo que se evacua bajo anestesia general. Diagnóstico al alta (TAC): Útero doble.

RESULTADOS

Vista en 4 ocasiones por dolor abdominal , en 3 ocasiones fue vista por una Pediatra y en 1 ocasión por un pediatra y un ginecologo y ninguno de los 4 realiza una exporacion ginecológica.

En todo dolor abdominal en adolescentes y sobre todo si asocia retencion urinaria , es obligado realizar una exploración ginecológica , para evitar procedimientos invasivos inadecuados. No sabemos si hay un cierto tabú a la hora de realizar la exploración en adolescentes aunque en nuestro caso en 3 ocasiones habia sido vista por una pediatra

Patricia Rovira Castellví, Jorgina Vila Soler, Josep Valle T Figueras, Laia Vega Puyal, Anna Fàbregas Martori, Ariadna Campos Martorell
Servicio de Urgencias de Pediatría, Hospital Universitario Vall d'Hebron Barcelona

MIELITIS TRANSVERSA SECUNDARIA A TRATAMIENTO CON ETANERCEPT: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La mielitis transversa es una afectación segmentaria de la médula espinal de origen inflamatorio. Múltiples etiologías deben incluirse en el diagnóstico diferencial, aunque la mayoría son de origen idiopático.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un niño de 13 años, afecto de síndrome de BLAU en tratamiento con metotrexate, corticoesteroides y etanercept (anti-TNFalfa), que consulta por pérdida brusca de fuerza en extremidades inferiores (EEII). El paciente refiere parestesias y dolor lumbar desde los días previos. A la exploración destaca importante pérdida de fuerza en EEII y déficit sensitivo por debajo de T12 con retención aguda de orina. Se realiza resonancia magnética urgente que muestra signos de mielitis transversa multifocal. Se extraen muestras para estudio de enfermedades infecciosas y reumatológicas. Ante la sospecha de mielitis transversa secundaria a tratamiento con anti-TNFalfa se decide suspender el tratamiento e iniciar corticoterapia endovenosa (20 mg/kg/día endovenoso). El paciente presentó una buena evolución clínica y radiológica.

RESULTADOS

- Está descrita la asociación entre el tratamiento con antiTNFa y el desarrollo de patología desmielinizante. Aunque no hay suficiente evidencia científica para probarla.
- El riesgo de desarrollar una enfermedad desmielinizante secundaria a tratamiento con antiTNFa es bajo. Aun así debemos considerarlo en el diagnóstico diferencial.
- Ante la aparición de enfermedad desmielinizante aguda en un paciente en tratamiento con antiTNFa es recomendable suspenderlo e iniciar corticoesteroides sistémicos.
- La evolución es favorable en la mayoría de los casos.

M^a del Pilar Cedena Romero, Santiago Manzano Blanco, Clara García Bermejo García, M^a Elena Cabezas Tapia, M^a Pilar de Pablo Martín, Carlos García Vao Bel
Servicio de Pediatría. Servicio de Dermatología. Hospital del Tajo. Aranjuez

FIEBRE, ERITEMA Y EDEMA PLANTAR DOLOROSO DE COMIENZO AGUDO: HIDRADENITIS ECRINA NEUTROFÍLICA DE LA INFANCIA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La asociación de fiebre alta con lesiones cutáneas bilaterales en miembros inferiores suele sugerir una etiología infecciosa, generalmente viral, pero existen enfermedades dermatológicas inflamatorias que deben incluirse en el diagnóstico diferencial.

La hidradenitis ecrina neutrofílica es una dermatosis neutrofílica inflamatoria aguda. Se presenta generalmente con parches, pápulas y/o placas eritematosas, edematosas y dolorosas, localizadas en las extremidades, el tronco o la cara. Tiene un curso clínico benigno autolimitado. De etiología desconocida, su presentación en la infancia se debe posiblemente a una inmadurez de las glándulas ecrinas, que ante estímulos traumáticos o altas temperaturas, se romperían liberando secreciones glandulares que activarían la cascada inflamatoria.

El estudio histológico demuestra un intenso infiltrado de polimorfonucleares neutrófilos alrededor de las glándulas sudoríparas ecrinas

MATERIAL Y MÉTODOS

Niña de 5 años que acude a urgencias por fiebre de 39°C, dolor e inflamación en ambos tobillos, dorso y planta de pies de unas 12 horas de evolución. Como antecedentes personales presenta una alteración cromosómica: cariotipo invertido (1) (p22-1p34.4) con ligero retraso psicomotor y del lenguaje y conducta disruptiva en tratamiento con Clonidina y Risperidona.

En la exploración se objetivan lesiones eritematoedematosas e induradas en 1/3 distal de miembros inferiores, dorso de pies y plantas, muy dolorosas, sin otros hallazgos. En la analítica presenta leucocitosis con neutrofilia sin aumento de PCR ni de VSG. Determinación serológica para virus (CMV, EBV, Herpes virus 6, Parvovirus, adenovirus): negativa. Hemocultivo negativo.

Se realiza biopsia de piel con diagnóstico anatomopatológico de hidradenitis neutrofílica ecrina.

Clínicamente evoluciona a la curación espontánea en 3-4 semanas

RESULTADOS

En nuestro caso la asociación de fiebre alta y lesiones cutáneas bilaterales y simétricas, junto a hallazgos analíticos de leucocitosis con desviación izquierda, sugerían inicialmente una posible etiología infecciosa. La valoración por dermatología y el estudio anatomopatológico fueron imprescindibles para el diagnóstico definitivo de estas lesiones.

María Sheila Claros Tornay, Francisco Antonio Nieto Vega, Gema Lozano Sánchez, Silvia Oliva Rodríguez-Pastor, Leonardo Martín de la Rosa, Isabel Durán Hidalgo
Hospital Carlos Haya, Málaga. Servicio de Urgencias

CAUSAS INFRECIENTES DE DOLOR ABDOMINAL

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal es motivo de consulta frecuente en el servicio de Urgencias. La anamnesis y la exploración física son fundamentales para discernir entre causa médica y quirúrgica.

Las causas más frecuentes varían según la edad. En el recién nacido predominan procesos malformativos congénitos; en el lactante causas obstructivas adquiridas como la invaginación intestinal. Por encima de los 4 años gastroenteritis y apendicitis aguda son las causas más importantes.

Se presentan 2 casos de dolor abdominal de etiología poco común.

MATERIAL Y MÉTODOS

El primero es una niña de 5 años con fiebre y dolor en región suprapúbica continuo y progresivo de 4 días de evolución. A la exploración destaca la sensación de empastamiento a la palpación suprapúbica y una herida en rodilla izquierda en fase de costra. Presentó un hemograma normal, PCR: 127 mg/l, y ecografía donde se detectó un absceso en músculo recto anterior. Se trata de una piomiositis del músculo recto anterior del abdomen secundario a herida cutánea que evolucionó favorablemente tras antibioterapia intravenosa durante 9 días.

El otro caso se trata de un niño de 10 años con fiebre, disuria y dolor hipogástrico de 3 días de evolución. A la exploración destaca un abdomen distendido con defensa y masa palpable. Se solicitó una ecografía abdominal donde se objetivó un quiste de uraco sobreinfectado. La evolución fue favorable con antibioterapia intravenosa y exéresis quirúrgica diferida.

RESULTADOS

- El estado general y la exploración son determinantes para solicitar exámenes complementarios.
- Todo dolor que se aleja de la región periumbilical es más sugestivo de etiología orgánica.
- La ecografía de abdominal es la prueba de mayor rendimiento diagnóstico.
- El quiste de uraco es una anomalía congénita que suele detectarse cuando se infecta.
- Las infecciones musculoesqueléticas suelen ser secundarias a diseminación hematogena desde otro foco.

Olaia Sevilla García, Laura Borja Andueza, Miren Eizmendi Bereciartua, Izaskun Olaciregui Echenique, José Ángel Muñoz Bernal, José Julián Landa Maya
Unidad de Urgencias. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Donostia. San Sebastián

ANAFILAXIA POR PICADURA DE CARABELA PORTUGUESA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La carabela portuguesa (*Physalia Physalis*) es una especie de hidrozoo sifonóforo con apariencia de medusa cuyos tentáculos, que pueden alcanzar varios metros de longitud, son los responsables de lesiones características.

MATERIAL Y MÉTODOS

Niño de 8 años, asmático sin tratamiento de base, que tras ser picado en la playa por *Physalia Physalis* sufre lesiones locales y pérdida de conocimiento con recuperación espontánea. Tras ser tratado en el centro de salud con adrenalina subcutánea, corticoterapia, analgesia endovenosa y oxigenoterapia, es derivado a nuestro hospital. Durante el traslado presenta broncoespasmo, administrándose broncodilatadores nebulizados y antihistamínicos endovenosos.

A la exploración en Urgencias presenta TEP alterado por insuficiencia respiratoria. TA 132/82 mmHg. FC 120 lpm. FR 29 rpm. SatO₂ 100% con O₂ a 1L. Afectación del estado general, sudoración y palidez cutánea. Lesiones maculo-eritematosas serpenteantes en extremidades inferiores y edema de mano izquierda. AP: hipoventilación bilateral con roncus y sibilantes. Resto de exploración normal. Analítica y radiografía de tórax anodinas. Se administran broncodilatadores nebulizados y analgesia endovenosa, y ante persistencia de hipoxemia y afectación del estado general ingresa en UCIP para monitorización y control evolutivo.

En UCIP se continúa tratamiento con antihistamínicos, corticoides, broncodilatadores y oxigenoterapia. La evolución es favorable dándose de alta a las 24 horas.

RESULTADOS

- La picadura por carabela portuguesa debe tenerse en cuenta, ya que puede llegar a ser muy peligrosa.
- La patología de base respiratoria (especialmente asma) o cardiovascular, se ha asociado con reacciones más graves y con una mayor mortalidad.

Pilar Murillo Arnal, María Ribes González, Gonzalo González García, Anna Miralles Puigbert, Isabel Ruíz Langarita, Jesús Fleta Zaragoza
Servicio de Urgencias de Pediatría, HCU Lozano Blesa, Zaragoza

MORDEDURA DE VÍBORA: CONSULTA POCO FRECUENTE EN EL MEDIO URBANO

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La mordedura de víbora en niños, es una urgencia excepcional en nuestro medio, más frecuente en los meses de marzo a octubre. Sin embargo, puede producir reacciones sistémicas graves, incluso mortales. Los síntomas dependen en gran medida de la especie de serpiente, de la cantidad y toxicidad del veneno, de la localización de la mordedura y de la edad y tamaño de la víctima.

MATERIAL Y MÉTODOS

Niño de 8 años que acude a urgencias 48 horas después de haber sufrido una mordedura de víbora hocicuda en la mano izquierda, mientras jugaba en un campamento. A pesar del tratamiento antibiótico y antiinflamatorio por vía oral, la infección había progresado afectando a la extremidad superior izquierda casi en su totalidad. A la exploración presentaba puerta de entrada en el primer dedo de la mano, equimosis e inflamación tanto de la mano como del antebrazo así como flebitis en cara interna de la extremidad superior izquierda. Se palpaba adenopatía a nivel axilar. Refería dolor a la palpación y limitación de la movilidad. Se descartó afectación sistémica clínica y analítica, así como la existencia de síndrome compartimental. Se decidió ingreso para observación, antibioterapia y corticoterapia endovenosa e ibuprofeno vía oral.

RESULTADOS

Las mordeduras de serpientes venenosas requieren atención inmediata. Deben considerarse heridas tetanígenas, hay que limpiar y desinfectar la herida con antisépticos, asegurando correcta vacunación e inmovilizando el miembro en posición inferior al corazón. En cuanto a la analgesia, conviene evitar el ácido acetilsalicílico, por las posibles alteraciones en la coagulación. El tratamiento dependerá del grado de afectación local y sistémica, en general se basa en la utilización de antibióticos, corticoides, antihistamínicos y analgésicos. El suero antiofídico, deberá ser administrado únicamente en casos seleccionados.

Laura Calle Miguel, Ramón Fernández Álvarez, Paula Serrano Acebes, Teresa González Martínez, Emma Lombrana Álvarez, Javier Melgar Pérez
Urgencias de Pediatría, Hospital de Cabueñes, Gijón

FUNCIONAMIENTO DE LA UNIDAD DE OBSERVACIÓN EN EL ÁREA DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Conocer las características de los pacientes que ingresan en la Unidad de Observación (Boxes) de la sección de Urgencias Pediátricas de un hospital general con la finalidad de optimizar su gestión.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de los niños ingresados en los boxes de Urgencias de Pediatría en el primer semestre del año 2010. Se analizaron características epidemiológicas, clínicas, procedencia y destino final de los pacientes.

RESULTADOS

Entre enero y junio de 2010 se atendieron 8612 casos en Urgencias de Pediatría de nuestro hospital. De ellos, 915 (10,62%) fueron ingresados en la Unidad de Observación. Hubo un 62% de varones y un 1,7% de neonatos. El 57,4% de los pacientes eran menores de 3 años. Acudieron con valoración médica previa un 22% y 3,1% en transporte sanitario. La mayoría (40,7%) vinieron en horario de tarde (15.00-22.00), siendo el tiempo medio de espera de 14 minutos y la estancia media en el box de 4 horas y media. Un 22,2% permaneció ingresado durante más de 6 horas. Los principales motivos de ingreso fueron las patologías respiratorias (asma, bronquiolitis) y los trastornos gastrointestinales (vómitos incoercibles), constituyendo en conjunto el 72% de los ingresos. Dos tercios fueron derivados a domicilio, un 32% fue ingresado en la Planta de Hospitalización (3,44% del total de las urgencias atendidas) y el 2,4% derivado al hospital de referencia. 20 pacientes reingresaron en el box en las 72 horas tras el alta y 47 en los treinta días siguientes por el mismo motivo.

CONCLUSIONES

Vistos los Resultados, tendríamos que prorizar el manejo de las patologías respiratorias y gastrointestinales en las Unidades de Observación de Urgencias Pediátricas, así como la atención a pacientes menores de 3 años y la optimización de recursos en el horario de tarde.

Jessica Lucía Castellano Pérez, M^a del Pilar Taco Sánchez, M. Victoria Villanueva Accame, Marta López García, Isabella Margherita Sánchez, Abián Montesdeoca Melián
Hospital Universitario de Canarias

SINUSITIS EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS ¿REALMENTE TAN BANAL?

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Descripción de 2 casos clínicos y revisión de una entidad infrecuente, el tumor blando de Pott: absceso superióstico frontal, asociado a osteomielitis subyacente. Relacionado con un mecanismo de propagación desde los sistemas de drenaje venoso sinusales o secundario a traumatismos, ocasionando por extensión, infección intracraneal. La etiología es frecuentemente polimicrobiana. El manejo suele ser médico-quirúrgico precisando antibioterapia empírica de amplio espectro, ajustándose según aislamiento de cultivos, farmacocinética y difusión en hueso y SNC. Puede producir complicaciones neurológicas y trombosis de senos venosos intracraneales.

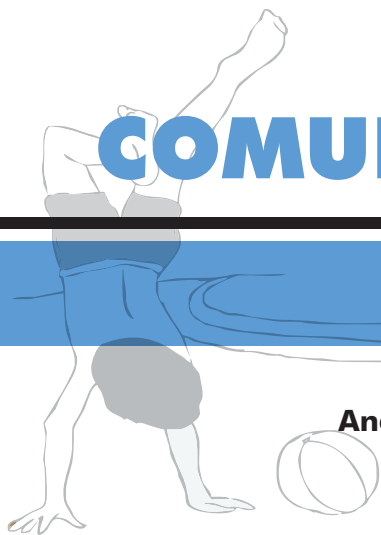
MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos 2 pacientes de 10 y 11 años que presentan tumefacción en región frontal media de aparición en 24 horas. El primero refiere cuadro de 2 semanas de evolución con fiebre, rinorrea verdosa espesa, y dolor punzante en raíz nasal y región frontal derechas. exploración física: Hipertrofia de cornetes. Edema blando y doloroso en región frontal central. AngioRM: Sinusitis maxilar, etmoidal y frontal derechas, osteomielitis frontal y absceso epidural incipiente. Evolución: se realiza drenaje quirúrgico endoscópico sinusal, iniciándose antibioterapia empírica endovenosa: cefotaxima y clindamicina, sustituyéndose posteriormente por metronidazol por presentar mayor penetrancia en SNC.

El segundo paciente refiere cuadro de 2 días de evolución con cefalea frontal intermitente, taponamiento nasal, rinorrea moderada e inyección conjuntival sin fiebre. exploración física: Tumorción interciliar blanda y dolorosa. TC Cráneo: Ocupación sinusal maxilar y etmoidal derechas y edema frontal de partes blandas. Evolución: Antibioterapia empírica oral: cefpodoxima durante 4 semanas, con desaparición del edema tras la primera; manteniéndose asintomático tras 3 meses de control ambulatorio.

RESULTADOS

1. El tumor blando de Pott es una rara complicación a tener en cuenta en sinusitis crónica que precisa abordaje multidisciplinario y tratamiento individualizado según grado de afectación. 2. La sinusitis es una entidad infradiagnosticada e infratratada en pediatría, siendo ocasionalmente responsable de complicaciones potencialmente fatales.



**Ana Moreira Echeverría, Carlos Manuel Mengotti , Angel Moral García,
Maria Jose Comesías Gonzalez, Husein Kasab**
Servicio de pediatría Hospital San Juan de Dios Martorell (Barcelona)

ESCROTO AGUDO NEONATAL: TORSIÓN TESTICULAR UNILATERAL

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La torsión testicular perinatal ocurre entre el período prenatal y hasta el mes de vida. Es una entidad rara y generalmente asintomática que representa alrededor del 5% de las torsiones testiculares en pediatría. Resulta como consecuencia de una incompleta fijación testicular. Se trata de una urgencia urológica pudiendo evolucionar al infarto y necrosis testicular según la gravedad de la lesión y el tiempo transcurrido previo al diagnóstico y tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Caso1: Recién nacido de 6 horas de vida. Segunda gestación, embarazo controlado normoevolutivo. Ecografías obstétricas normales. Parto eutócico a las 38.2 semanas. Apgar 9-10-10. Peso al nacimiento 3315 gramos. En la revisión neonatal de rutina se detecta gran aumento del tamaño escrotal izquierdo de color rojo intenso. Palpación testicular: tumoración indurada de 2 cm. de diámetro , indolora , no adherida. Resto de exploración física normal. Se realizó ecodoppler compatible con torsión testicular extravaginal , flujo Doppler ausente. Tratamiento quirúrgico (orquiectomía izquierda y orquidopexia derecha) a las 14 horas del nacimiento que confirma sospecha diagnóstica .

Caso2 : Neonato de término, embarazo no controlado , madre multípara . Parto tipo cesárea por parto estacionado a las 40 semanas. Apgar 8-8-10. Peso al nacimiento 3950 gramos. Durante la exploración física en sala de partos se constata : escroto izquierdo eritemato-violáceo, palpación teste izquierdo tumefacto indoloro , edema periescrotal. Hidrocele derecho. Es trasladado a centro de referencia donde se interviene con confirmación diagnóstica de torsión testicular. Examen histopatológico : infarto hemorrágico testículo izquierdo.

RESULTADOS

Se trata de una patología cuyo diagnóstico es fundamentalmente clínico, pudiéndose completar con pruebas de imagen(ecodoppler) y debiéndose confirmar de forma urgente quirurgicamente. Esta permite realizar diagnóstico diferencial: peritonitis meconial, tumor testicular, hernia estrangulada y en mínimas ocasiones preservar al testículo afecto . Debe realizarse orquidopexia contralateral preventiva.

Miriam Martínez Cumplido, Inmaculada Bayona Ferrer, Raquel Mañas Lorente, Laura Sabidó Sánchez, Antonio de Francisco Profumo, Friné Brossa Guerra
Hospital Universitario Germans Trias i Pujol

NEUMOMEDIASTINO ESPONTÁNEO; UNA ENTIDAD INFRECUENTE A VECES OLVIDADA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

El neumomediastino es la presencia de aire libre en el espacio mediastínico. El neumomediastino espontáneo es un entidad muy poco frecuente. La variedad de síntomas y su baja incidencia puede hacer que pase inadvertido en los servicios de urgencias.

Presentamos 3 casos con distinta forma de presentación diagnosticados en nuestro centro durante el último año.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 16 años con dolor torácico y cervicalgia acompañado de sensación de hinchazón de cuello en el contexto de un cuadro catarral con frecuentes accesos de tos. La radiografía muestra enfisema subcutáneo, neumotórax apical y neumomediastino. Mantiene constantes estables con buena evolución.

Varón de 14 años con dificultad respiratoria de rápida progresión, sensación de opresión torácica y cervical. No presenta tos, vómitos o traumatismos previos. La radiografía muestra mínimo enfisema subcutáneo. Presenta mala evolución inicial con aumento de la dificultad respiratoria, requiriendo oxigenoterapia. Se realiza TC demostrando gran aumento del aire mediastínico y subcutáneo, y neumopericardio. Se traslada a unidad de cuidados intensivos dónde con tratamiento conservador presenta buena evolución

Varón de 17 años que consulta por dolor torácico y odinofagia de pocas horas de evolución. No cuadro catarral concomitante, ejercicios extenuantes, o traumatismos previos. La radiografía de tórax muestra neumomediastino sin neumotórax ni enfisema subcutáneo. Se realiza TC torácico con contraste oral que descarta patología esofágica y confirma neumomediastino sin otra patología pulmonar. Mantiene constantes estables con buena evolución.

RESULTADOS

Pese a su baja frecuencia es importante tener en cuenta esta entidad en las urgencias pediátricas, sobre todo ante dolores torácicos bruscos en adolescentes varones, para evitar errores diagnósticos y exploraciones innecesarias. El signo que más puede ayudarnos es la crepitación a la palpación cervical. Para el diagnóstico suele ser suficiente una radiografía de tórax. Suele requerir únicamente reposo y analgesia como tratamiento, complicándose en raras ocasiones.

**Gerard Mora López , Anna Ballart Macià , Vanessa Pèrez Gregolosa,
Jessica Moreno Gallego, Helena Escoda Algueró , Mònica Pons Prats**
Servicio de pediatría. Hospital de Tortosa Verge de la Cinta

TORSIÓN TESTICULAR: URGENCIA PEDIÁTRICA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

- Dar a conocer entre los profesionales de enfermería la torsión testicular.
- Aumentar el nivel de reconocimiento de los signos y síntomas.
- Reducir el tiempo de espera puerta de urgencias-quirófano.
- Unificar criterios de actuación.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Revisión bibliográfica y elaboración de un póster científico.
- Elaboración de un plan de cuidados estandarizado.

RESULTADOS

Se plasmará en el póster la guía de actuación en la torsión testicular para el reconocimiento de urgencia de los signos y síntomas y también el plan de cuidados de enfermería con el programa GACELA-CARE

CONCLUSIONES

Unificar criterios de actuación nos permite dar unos cuidados de enfermería de mayor calidad, así como también aumentar la calidad asistencial y reducir el tiempo transcurrido entre la puerta de urgencias-quirófano. Si sabemos reconocer los signos y síntomas de torsión testicular en las seis primeras horas en el triaje de enfermería, se evitarán un porcentaje elevado de problemas de esterilidad en el futuro. Por eso consideramos importante hacer estudios prospectivos de las torsiones testiculares en la edad pediátrica para mejorar y aumentar la evidencia científica de este hecho

Marta Arqued Navaz, Maria Ribes Gonzalez, Gonzalo Herráiz Gastesi, Verónica Rosel Moyano, Gonzalo Gonzalez García, Mercedes Gracia Casanova
Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

NIÑA DE 12 AÑOS CON CUADRO DE MASTOIDITIS SUBAGUDA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La otomastoiditis puede considerarse la complicación más frecuente en la otitis media aguda (OMA). Su incidencia ha ido disminuyendo gracias a los avances en antibioterapia. Sin embargo, en la última década ha habido un repunte debido en parte a las resistencias antimicrobianas y a la implicación de bacterias anaerobias en su génesis.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 12 años con antecedentes de mastoiditis izquierda a los 9 años que acude a nuestro Servicio de Urgencias por presentar en el plazo de un mes tres episodios de mastoiditis izquierda. La clínica consiste en febrícula, dolor y eritema retroauricular requiriendo ingreso en las tres ocasiones para observación y tratamiento. En la segunda ocasión se aisló pseudomonas aeruginosa en frotis ótico. En el último ingreso se decide la colocación de drenaje transtimpánico en oído izquierdo. Al mes presenta dos nuevos episodios de mastoiditis que precisan tratamiento intravenoso. Actualmente en seguimiento en Consultas Externas.

RESULTADOS

La mastoiditis es una entidad clínica que puede presentarse frecuentemente en pacientes afebriles en los que únicamente se observa dolor a la palpación retroauricular, llamada mastoiditis simple. Ante la sospecha de mastoiditis es conveniente realizar ingreso para tratamiento y estudio de posibles alteraciones óseas. El tratamiento antibiótico para la OMA no siempre es suficiente para evitar la mastoiditis aguda y puede asociarse con un curso enmascarado de la misma.

Sergio Benito Fernández, M^a Isabel Montes Ciudad, Cristina Flores Rodriguez, Lydia Hurtado Barace, Andrea Pascual Bonilla, Rosa Arteaga Manjón
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO- EPIDEMIOLÓGICAS DE LAS PARÁLISIS FACIALES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Analizar la presentación clínica y las características epidemiológicas de los niños que consultan en el Servicio de Urgencias del Hospital Marqués de Valdecilla por parálisis facial.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio descriptivo, retrospectivo de la población que consulta en Urgencias por parálisis facial en el último año (enero-diciembre 2010). Se revisan 11 casos.

RESULTADOS

De los 11 casos analizados 7 (77%) fueron niños y 4 (23%) niñas. La mediana de edad es 7 (rango de edad 1-13) , siendo la moda 10. En 2 de los casos existía antecedentes de parálisis facial previa. El 27 % de los pacientes presentaba cuadro catarral acompañante, estando asintomáticos el resto. En el 100% de los casos se objetiva desviación de la comisura bucal y cierre parcial palpebral con el resto de la exploración neurológica y física normal. El 91% fueron derechas. En ningún caso se realizan pruebas complementarias excepto en el paciente de 1 año (Ecografía cerebral). Como tratamiento el 100% reciben lagrimas artificiales y oclusión ocular y el 54% se acompaña de corticoterapia oral. En todos los casos se remite a Neuropediatría.

CONCLUSIONES

A pesar de ser una patología frecuente en la edad pediátrica, no es un motivo habitual de consulta en nuestro servicio de urgencias dado que la mayor parte de los casos son valorados en atención primaria. En nuestra serie encontramos un mayor número de varones afectados no pudiendo afirmar que esto sea significativo debido al pequeño tamaño muestral. Así mismo encontramos un claro predominio del lado derecho no reflejado en otras series. Consideramos importante la elaboración de un protocolo de actuación en cada servicio de urgencias dadas las controversias sobre el uso precoz de corticoides.

Laura Martí Cosconera, Marta Belen Gómez García de la Banda, Mariano Plana Fernández, Zaira Ibars Valverde, Alicia Traveset Maeso, Eduard Solé Mir
Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida

TODO OJO ROJO NO ES UNA CONJUNTIVITIS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

El ojo rojo es un motivo de consulta frecuente en los servicios de urgencias que puede ser el signo de un proceso banal y autolimitado, o constituir la manifestación de un proceso que puede implicar graves efectos secundarios para el ojo. La uveítis debe tenerse en cuenta en el momento de hacer el diagnóstico diferencial.

MATERIAL Y MÉTODOS

Niña de 11 años, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por visión borrosa, quemosis conjuntival, prurito y lagrimeo del ojo izquierdo de dos semanas de evolución, sin dolor ni presencia de secreciones oculares. No refiere traumatismo ni tratamientos previos.

exploración ocular: hiperemia mixta (conjuntival y ciliar), midriasis media poco reactiva del ojo izquierdo, movilidad conservada, sin presencia de secreciones ni edema ocular. Tinción con fluoresceína: cornea poco transparente con dudosa erosión a las 11. Resto de exploración sin hallazgos.

exploración por oftalmología: precipitados queráticos en grasa de carnero con células ++ en tercio inferior de endotelio corneal, fondo de ojo con foco de coriorretinitis nasal, vitreitis +/++ y envainamiento vascular periférico. Presión intraocular 18.

Serologías para *Treponema pallidum*, VIH y CMV: negativas; *Toxoplasma gondii* título elevado de IgG. Mantoux positivo, radiografía de tórax y estudio microbiológico de esputo normales.

Tratamiento: trimetoprima-sulfametoxazol, corticoides tópicos y sistémicos, ciclopléjico, isoniacida como profilaxis de infección tuberculosa latente sobreañadida.

Pronóstico: favorable con pigmentación del foco de coriorretinitis y resolución del cuadro agudo inflamatorio.

RESULTADOS

El ojo rojo ofrece un amplio diagnóstico diferencial: conjuntivitis, escleritis/epiescleritis, queratitis, iritis/iridociclitis, uveítis, glaucoma agudo, y otras como patología palpebral, hiposfagma o traumatismos oculares.

La uveítis es una inflamación de las estructuras intraoculares de etiología múltiple que puede conllevar diversidad de complicaciones si no se identifica y trata adecuadamente. *Toxoplasma* es el principal agente causante de las uveítis posteriores debido la mayoría de las veces a reactivación de una infección congénita latente.

Ana Méndez Santos, María Jesús Sánchez Álvarez, Manuel Fernández Elías, Rocío Rodero Prieto, María Teresa Alonso Salas, Mercedes Loscertales Abril
Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. (Sevilla)

POLISEROSITIS: CAUSA INFRECUENTE DE DOLOR ABDOMINAL

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

El dolor abdominal es uno de los síntomas de consulta más frecuente en pediatría, siendo la forma de presentación inicial de muchas patologías intra y extrabdominales. La poliserositis constituye una patología muy poco prevalente en nuestro medio. Su sintomatología suele ser variable y el dolor abdominal puede ser una de sus formas de presentación. La etiología es múltiple incluyendo patología tanto infecciosa como reumática.

MATERIAL Y MÉTODOS

Niña de dos años de edad, correctamente inmunizada y con antecedentes de soplo funcional. Acude al Servicio de Urgencias por dolor abdominal difuso mesogástrico de 21 días de evolución que ha provocado varias consultas médicas. Fiebre autolimitada durante tres días. No otros síntomas. A la exploración presenta buen estado general, buena hidratación y perfusión, ligera polipnea. Tonos rítmicos sin soplos, discreta hipoventilación basal derecha sin ruidos patológicos. El abdomen, sin masas ni megalias y con defensa voluntaria a la palpación. Se realizó radiografía de tórax en la que destacaba gran cardiomegalia e imagen compatible con derrame pleural bilateral. Ingresó en planta donde se realizó hemograma con anemia normocítica normocrómica, bioquímica con perfil cardiaco normal. ANA y factor reumatoide negativo. Complemento normal. LDH ligeramente elevada. Serología enterovirus, VEB, VHS, VIH y CMV y mantoux negativo. Estudio de médula osea: signos reactivos inespecíficos. Se diagnosticó de poliserositis inespecífica en seguimiento. Se realizó tratamiento con ibuprofeno oral, mejorando la sintomatología y desapareciendo los derrames a la semana.

RESULTADOS

El interés de este caso no sólo radica en la poca prevalencia de la poliserositis y en las imágenes radiológicas del mismo, sino en la importancia que tiene el Servicio de Urgencias en realizar un buen diagnóstico diferencial de sintomatología muy común, como es el dolor abdominal

Laura Bilbao Gassó, Xavier Codina Puig, M^a. Dolors Panadés Mas*, Joan Petanàs Argemí, Georgina Artigas Corominas, Margarita Català Puigbó

Servicio de Urgencias de Pediatría del Hospital General de Granollers. Barcelona.

*CAP Montornés del Vallès. Barcelona

OJO CON EL OJO

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La endoftalmitis es una infección intraocular causada por bacterias u hongos. Es una entidad grave y con un pobre pronóstico visual por lo que debe manejarse como una emergencia. Aunque la causa más frecuente es la exógena (por traumatismo, postcirugía, erosión corneal...), también puede ser endógena, sea por vía hematógena o por contigüidad (meníngea).

Presentamos el caso de un lactante con endoftalmitis endógena secundaria a meningitis.

MATERIAL Y MÉTODOS

Lactante de 5 meses que consulta remitido por su pediatra por presentar fiebre elevada de 12 horas de evolución, mal estado general, palidez cutánea e hipoactividad. A la exploración física destaca afectación del estado general, quejoso y ojo derecho con hiperemia conjuntival periciliar, con opacidad corneal, hipopion y pérdida de brillo. No edema ni eritema palpebral. Buen relleno capilar. Fontanela normotensa. Glasgow 15. Constantes dentro de la normalidad. exploraciones complementarias: Tinción con fluoresceína negativa; analítica sanguínea: PCR 207 mg/l, 15300 leucocitos/mm³ (54S/43L/2M) y 76000 plaquetas/mm³. Coagulación y resto normal; Rx tórax y sedimento de orina: normales. Punción lumbar (líquido normotenso de aspecto purulento) con 24000 leucocitos/mm³, glucorraquia de 0 mg/dl y proteinorraquia de 200 g/dl. Gram: diplococos gram negativos. Con la orientación diagnóstica de endoftalmitis y meningitis, se inicia antibioterapia endovenosa y se traslada a centro de referencia. Evaluado por oftalmología, confirman el diagnóstico de endoftalmitis severa, añadiendo antibióticos intraoculares. Evolución favorable del proceso meníngeo, con pronóstico ocular incierto hasta el momento. Cultivo LCR: positivo a *Neisseria meningitidis*. Resto de cultivos negativos.

Diagnósticos: meningitis meningocócica; endoftalmitis.

RESULTADOS

1. La endoftalmitis es una entidad infrecuente, pero, dado su grave pronóstico oftalmológico (pérdida de visión, riesgo de exéresis del globo ocular...) e incluso vital, siempre debe considerarse como una posibilidad diagnóstica en pacientes con clínica sugestiva.

2. Ante la sospecha de endoftalmitis sin antecedente de traumatismo ni intervención quirúrgica previa, es obligado el estudio de LCR para descartar meningitis.

Noemi Fuentes Bolaños, Paz Hurtado Sendín, Mariano Casado Blanco, M^a Dolores Sardina González, Isabel Maria Ceballos Rodriguez, Pilar Méndez Pérez
Servicio de Urgencias de Pediatría, Hospital Universitario Materno-Infantil, Badajoz.
Instituto de Medicina Legal de BAdajoz

IMPORTANCIA DE LA COORDINACIÓN PEDIATRA-ADMINISTRACIÓN DE JUSTICIA EN LOS CASOS DE MALTRATO

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Ante la sospecha y notificación de los casos de maltrato infantil, el papel del pediatra resulta fundamental. Asimismo el conocer las obligaciones legales y establecer una buena comunicación entre diferentes administraciones resulta esencial para dar soluciones eficaces a estos casos.

Presentamos un caso donde podemos apreciar que esta buena colaboración puede resolver un asunto de maltrato en poco tiempo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Niña de un mes de edad que es atendida en Urgencias del Hospital Universitario Infantil de Badajoz (12:15h) por presentar un cuadro de irritabilidad y llanto.

exploración: tumoración y deformidad del muslo del miembro inferior izquierdo. Hematomas a nivel facial y en hemitórax derecho.

Exámenes complementarios radiográficos: Fractura diafisaria oblicua desplazada de fémur izquierdo.

Ante tales hallazgos y negación, de los padres, de traumatismos previos, se establece sospecha de maltrato. Se notifica de forma urgente y vía telefónica al Juzgado de Guardia (13:20h) además de cumplimentarse el preceptivo parte de lesiones.

Conocido por la Juez, se inicia inmediatamente el procedimiento judicial, personándose el Médico Forense en el Centro Sanitario para recabar información. El informe Médico-Forense (14:30h) establece como Conclusiones la incompatibilidad de las lesiones con un mecanismo accidental, siendo mas compatible con un mecanismo intencionado.

La Juez de Guardia dicta Auto Judicial estableciendo, de forma inmediata, la tutela de la niña a la Administración (15:30h).

RESULTADOS

Con ésta actitud responsable por parte de los médicos pediatras de un Servicio de Urgencias, en cuanto al conocimiento de sus responsabilidades tanto técnicas como legales en relación con el maltrato infantil así como una buena coordinación con la Administración de Justicia, hizo de este caso un éxito en cuanto a la protección del menor.

Leticia González Martín, Elena Pérez Gutiérrez, Helvia Benito Pastor, Beatriz González García, Isabel Sevillano Benito, Eva Dulce Lafuente
Hospital Universitario Río Hortega Valladolid

ABSCESO POR S.AUREUS METICILIN RESISTENTE ADQUIRIDO EN LA COMUNIDAD

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La incidencia de infecciones por *Staphylococcus aureus* metiliclin resistente adquirido en la comunidad (SAMR-AC) es baja. En España se han descrito casos sobre todo en pacientes sudamericanos. Este germen puede suponer un importante problema de salud, dada su rápida diseminación y su resistencia a betalactámicos, pudiendo producir infecciones cutáneas recurrentes, osteomielitis, piomiositis y neumonías necrotizantes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 7 años sin antecedentes familiares ni personales de interés, que consulta por hematoma inguinal izquierdo, doloroso, y con signos inflamatorios y fiebre de 4 días. Se inicia amoxicilina-clavulánico que se cambia a clindamicina a las 24 horas por aparición de exantema generalizado. Reconsulta a las 48h por aumento del tamaño de la lesión. Presenta leucocitosis con desviación izquierda y elevación de PCR (104 mg/L). Ecografía: signos de celulitis y adenopatía necrótica no caseosa. Se realiza punción y extracción: crecimiento de SAMR. Hemocultivo: negativo. Se mantiene antibioterapia intravenosa con Clindamicina. Buena evolución clínica con alta a los 5 días, manteniendo Cotrimoxazol oral hasta completar 10 días.

RESULTADOS

Los factores de riesgo de infección por SAMR-AC son los traumatismos, el contacto piel con piel, y el hacinamiento. Los factores de virulencia del SAMR-AC más importantes son la leuocidina de Pantón Valentine que se asocia con enfermedad invasiva y mayor morbimortalidad, y el fnbB (proteína que se une a la fibronectina). Puede producir infecciones graves sobre todo cutáneo mucosas, osteoarticulares y neumonías necrotizantes. El tratamiento empírico debe incluir antibióticos no betalactámicos como clindamicina y trimetropin-sulfometoxazol. Se debe realizar estudio de portador y tratamiento con mupirocina.

Es una especie prevalente en Sudamérica siendo en algunas regiones más frecuente que el *Staphylococcus aureus* Metiliclin Sensible. El flujo actual migratorio podría explicar el aumento de casos en nuestro medio. Sería interesante la investigación de la prevalencia en nuestro país y así optimizar el tratamiento antibiótico, y las medidas preventivas.

Anna Ballart Macià, Vanessa Pérez Gregolosa, Mònica Pons Prats, Rosalia Valls Borrell, Cinta Panisello Carles, Carmen Granell Doñate
Servicio de Pediatría, Hospital Verge de la Cinta, Tortosa

VARICELA GANGRENOSA: CUIDADOS DE ENFERMERÍA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Se trata del caso de una niña procedente de una familia del Senegal, diagnosticada de varicela y shock séptico (ectima gangrenoso por *morganella morganii*). Es una complicación muy grave de la varicela que precisa curas de enfermería muy específicas e intensivas. Su incidencia es baja por lo que tuvimos que elaborar un plan de cuidados muy específico.

Los objetivos de nuestro trabajo son:

- Identificar los problemas de salud que presentan los niños con varicela gangrenosa y shock séptico.
- Elaborar un plan de cuidados de enfermería.
- Enseñar los cuidados a la familia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Niña de cuatro años con encefalopatía severa con el diagnóstico de varicela por contexto epidémico. Acude al Servicio de Urgencias del Hospital Verge de la Cinta de Tortosa por mal estado general, fiebre, inapetencia y lesiones cutáneas diseminadas de una semana de evolución, tratada con antibiótico oral.

Valoración inicial: piel seca, ojos hundidos, mala perfusión periférica, taquicardia y mucosas completamente secas. Úlceras en la cavidad oral y lesiones diseminadas en diferentes estadios, ulceradas y con necrosis central.

Ingresa en el Servicio de Pediatría con aislamiento respiratorio y de contacto. Para tratar la clínica de shock séptico y deshidratación grave se le administra sueroterapia intensiva y antibioterapia. Presenta anemia y plaquetopenia que requieren transfusión de concentrado de hematíes y plaquetas. En el cultivo de la úlcera necrótica se observa crecimiento de *morganella morganii*.

Requiere nutrición parenteral mediante un catéter central femoral hasta que inicia dieta enteral.

Se realizan curas diarias de las lesiones con antisépticos y antibióticos tópicos hasta la epitelización.

Enfermería nos basamos en un personalizado plan de cuidados (Gacela Care) revisado diariamente, para unificar actuaciones entre los profesionales, facilitando la recuperación de la paciente.

RESULTADOS

La varicela es una enfermedad leve, que puede agravarse sobretodo en personas inmunocomprometidas si las lesiones se sobreinfectan y no cicatrizan adecuadamente.

Nerea López Andrés, Ester Cid París, M^a Eliana Rubio Jiménez, Pilar Sevilla Ramos, M^a Jesús Alija Merillas, José María Jiménez Bustos

Hospital Universitario de Guadalajara. Universidad de Alcalá

LEISHMANIASIS VISCERAL, UNA ENTIDAD NO TAN INFRECUENTE EN LA INFANCIA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La leishmaniasis visceral es una zoonosis transmisible al hombre, que sigue siendo frecuente en España con mayor incidencia en costa mediterránea y centro peninsular.

MATERIAL Y MÉTODOS

Caso 1: Niño de 22 meses con cuadro febril de 9 días de evolución, máximo 42°, asociado a astenia, anorexia, irritabilidad y deposiciones líquidas los primeros días. En la exploración presenta regular estado general, irritabilidad, palidez cutánea y exantema maculoso en tronco. Abdomen distendido, impresión de dolor a la palpación. La analítica muestra pancitopenia progresiva, elevación de ferritina, proteína C reactiva (PCR), fosfatasa alcalina, LDH-L, triglicéridos e inmunoglobulina (Ig) G. Resto normal. Coagulación alterada. Serologías brucella, citomegalovirus, virus epstein barr (VEB), toxoplasma, hepatitis B (VHB), hepatitis C (VHC), virus inmunodeficiencia humana (VIH), rickettsia, parvovirus, bartonella negativas; serología leishmania pendiente. Hemocultivo, coprocultivo, cultivo faringoamigdalares negativos. Ecografía abdominal: esplenomegalia. Se traslada a centro de referencia con sospecha de síndrome hemofagocítico, resultando la reacción en cadena de polimerasa a Leishmania positiva.

Caso 2: Niña de 22 meses con cuadro febril de 13 días de evolución, máximo 39°, tos e hiporexia. Antecedente de ingreso por gastroenteritis aguda por rotavirus hasta 24 horas antes del inicio del cuadro. Tratada inicialmente con amoxicilina tras test rápido de estreptococo positivo, sin mejoría. La exploración muestra hepatoesplenomegalia, resto normal. Se realizan controles analíticos evidenciándose pancitopenia progresiva con inmunofenotipo negativo; elevación de PCR, IgG, IgA y velocidad de sedimentación globular. Resto, incluida coagulación, normal. Hemocultivo, urocultivo, frotis faringoamigdalares negativos. Serologías citomegalovirus, VEB, toxoplasma, VHB, VHC, VIH, brucella y parvovirus negativas; serología leishmania pendiente. Ecografía abdominal: hepatoesplenomegalia. Se deriva a centro de referencia para realizar estudio de médula ósea confirmándose leishmaniasis visceral.

RESULTADOS

Es importante sospechar leishmaniasis visceral ante cuadro febril prolongado, pancitopenia y esplenomegalia. El síndrome hemofagocítico es una entidad grave que presenta síntomas superponibles con leishmaniasis y en ocasiones asociado a ésta.

Isabel María Ceballos Rodríguez, Vanessa Villar Galván, Ramón Hernández Rastrollo, Antonio Romero Salguero, Noemi Fuentes Bolaños, María Dolores Sardina
Servicio de Urgencias Pediátricas, Hospital Materno Infantil, Badajoz

NEONATO DECAIDO

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

El monóxido de carbono (CO) es un producto de la combustión incompleta de hidrocarburos. Tiene mayor afección por la hemoglobina que el oxígeno. La clínica por intoxicación de CO depende de la intensidad de la exposición: cefalea, vómitos, inconsciencia, convulsiones, coma y muerte. Más de 1/3 de los casos no son diagnosticados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Neonato de 6 días de vida sin antecedentes obstétricos ni perinatales reseñables, consulta por rechazo de tomas de 48 horas de evolución, vómitos y decaimiento.

exploración: palidez, coloración sonrosada de labios, hipotermia (31°), hipotenso (37/21 mmHg), decaído, respiración inefectiva, relleno capilar enlentecido, tonos cardíacos apagados, pulsos débiles, frecuencia cardíaca < 40 lpm.

Tras maniobras de resucitación, es intubado y trasladado a la unidad de cuidados intensivos con conexión a ventilación mecánica. Hemodinámicamente inestable, precisa expansión de volemia, drogas vasoactivas y corrección de acidosis.

Gasometría: pH: 6,96; pCO₂:85,8%; COHb:17%. Hemograma: anemia, trombopenia y leucopenia.

COHb tras 2 horas:6,3%, tras 4 horas:2,7%

Fallecimiento por deterioro hemodinámico y respiratorio con desarrollo de edema agudo de pulmón.

RESULTADOS

La intoxicación por CO debe ser sospechada ante historia de exposición y confirmada mediante cifras de COHb.

El diagnóstico diferencial incluye procesos sépticos y aspiración tras el vómito.

Suele haber afectación familiar con sintomatología inespecífica. Los familiares se encontraban asintomáticos. Utilizaban brasero de carbón en la habitación del bebé.

La gasometría no sirve para conocer la oxigenación tisular porque la PaO₂ es normal.

La gravedad clínica no siempre guarda relación con las cifras de COHb.

El tratamiento más utilizado es el oxígeno al 100% y las medidas de soporte.

Beatriz Huertes Díaz, Luis Grande Herrero, Alicia Hernández Brea, M^a Teresa Cuesta Rubio, M^a Pilar Gutiérrez Díez, José Tomás Ramos Amador
Hospital Universitario de Getafe

ELABORACIÓN DE UN POSTER INFORMATIVO PARA LAS URGENCIAS PEDIÁTRICAS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Transmitir un mensaje sencillo y directo a los usuarios de la urgencia pediátrica con recomendaciones sobre el uso de la misma.

MATERIAL Y MÉTODOS

Elaboración de un póster, tanto texto como diseño, que llame la atención de los usuarios, donde se explique la labor que se desempeña en la urgencia y los principales motivos de consulta.

CONCLUSIONES

Los servicios de urgencias pediátricas se encuentran a menudo desbordados por patología banal que podría manejarse desde un centro de salud e incluso en domicilio. Probablemente una mayor educación sanitaria desde Atención Primaria y Especializada podría contribuir a una mejora en el uso de la urgencia, y con ello de la calidad asistencial. Un método útil es la difusión de información clara y sencilla para educar a la población que consulta en la urgencia.

**Noemí Nuentes Bolaños, Maria del Prado Leo Canzobre, Ana Maria Grande Tejada,
Maria Antonia Godoy Calderon, Jesus Jimenez Merino, Paz Hurtado Sendin**
Hospital Universitari Sant Joan de Déu

EXPERIENCIAS EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS EN UN HOSPITAL RURAL EN UGANDA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Presentación de casos clínicos de urgencias pediátricas atendidos en el hospital TTAKAJUNGE de la ciudad de MUKONO en UGANDA.

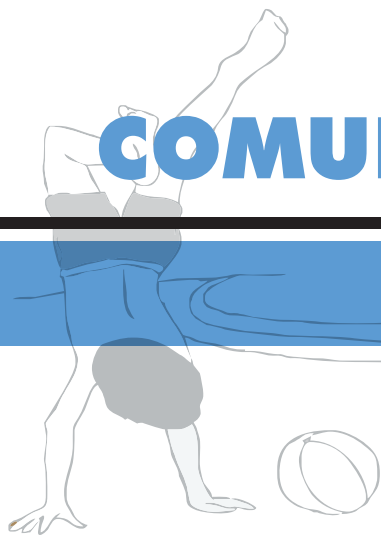
El objetivo de esta presentación es mostrar las diversas patologías atendidas, durante nuestra estancia allí, con los escasos recursos materiales y asistenciales disponibles en dicho hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Casos clínicos de malaria con diferentes niveles de afectación, métodos diagnósticos empleados, tratamientos realizados, evolución y complicaciones.
- Niños que presentan patología que requiere asistencia quirúrgica (leucocoria, tumoraciones faciales y cervicales, osteomielitis, etc)
- Tratamiento de lesiones cutáneas y quemaduras.
- Asistencia de recién nacidos en paritorio.
- Formación del personal sanitario.

RESULTADOS

Los niños que acuden al hospital presentan patologías muy diferentes a las que atendemos en nuestro medio. La carencia de recursos, la falta de formación del personal, las deficientes medidas higiénico-sanitarias y las barreras socio-culturales dificultan el desempeño de nuestra labor. Esto no impide que realicemos un trabajo muy gratificante y que se obtengan Resultados satisfactorios.



**L. J. Escobar y Álvaro, J. Jiménez González, M. Ayala Paterna,
E. Jiménez Buenavista, M. Nuñez López, M. García Mancebo**
Hospital Rafael Méndez

APLICABILIDAD Y SEGURIDAD DE LA KETAMINA POR DIFERENTES VÍAS PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS EN URGENCIAS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Analizar las características de las consultas al servicio de urgencias de un hospital comarcal realizadas por pacientes en edad pediátrica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de las demandas de atención urgente de pacientes en edad pediátrica en nuestro hospital. Se analizó una muestra representativa con 519 historias clínicas pertenecientes a pacientes pediátricos atendidos en urgencias en el último trimestre de 2010. Se recogen los datos relativos a sexo, edad, motivo de consulta, hora de la atención, categoría del médico que atiende al paciente, y destino final.

RESULTADOS

Se atendieron una media de 29 niños por día. Los motivos de consulta más frecuentes fueron procesos respiratorios, digestivos, traumatismos y cuadros febriles inespecíficos. La mayor parte de los pacientes fueron atendidos por adjuntos del servicio de urgencias, y todos los ingresos por residentes de pediatría. La mayoría de los pacientes recibieron el alta a su domicilio.

CONCLUSIONES

Predominan las consultas en niños, menores de 5 años, por procesos respiratorios, que en su mayoría son dados de alta a domicilio.

V. Sebastián Barberán, S. Pons Morales, I. Manrique Martínez, C. López Navarro
Instituto Valenciano de Pediatría. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia

MATERIAL DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR EN ATENCIÓN PRIMARIA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Conocer el grado de capacitación en relación al material de carro de parada pediátrico en atención primaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Datos a partir de encuestas dirigidas y anónimas realizadas a pediatras de atención primaria y médicos de familia de la provincia de Valencia.

RESULTADOS

Se obtuvieron 259 encuestas (198 pediatras, 61 médicos de familia): 145 referían tener material de reanimación pediátrica en su lugar de trabajo (55%) y 114 referían no tenerlo (44%). Si la pregunta era existencia de carro de parada pediátrico, el 87% referían no tenerlo.

Medico Familia n=61

Pediatra n=198 Guedel 30 (49%) 60 (30%)

Mascarilla facial 25 (40%) 45 (22%) Bolsa resucitadora 31 (50%)
83 (41%)

Tubos endotraqueales 25 (40%) 64 (32%)

Laringoscopio 24 (39%) 61 (30%)

Oxígeno 29 (47%) 48 (24%)

Sondas aspiración 23 (37%) 36 (18%)

Cánulas intravenosas 21 (34%) 36 (18%)

Agujas intraóseas 13 (21%) 36 (18%)

Adrenalina 1/1000 27 (44%) 49 (24%)

Atropina 26 (42%) 42 (20%)

Bicarbonato 23 (37%) 40 (20%)

Fluidos 26 (42%) 42 (20%)

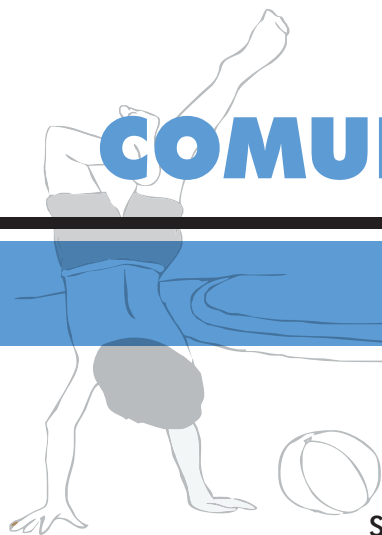
Monitor desfibrilador 22 (36%) 26 (13%)

DESA 16 (26%) 27 (13%)

Collarin cervical 14 (23%) 7 (3,5%)

CONCLUSIONES

Destacar la escasa capacitación de material de reanimación cardiopulmonar en los centros de atención primaria participantes y la necesidad de unos criterios mínimos unificados, en cuanto a la dotación y revisión del material integrante del carro de parada, que permita responder adecuadamente a la situación con independencia de dónde ocurra y aumentar así las posibilidades de supervivencia



**E. Abascal Arregui, I. Sanz Fernández, E. Martínez Cuevas,
E. Bárcena Fernández, Fco.J. Benito Fernández, S. Capapé Zache**
Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Barakaldo. Bizkaia.

APLICABILIDAD Y SEGURIDAD DE LA KETAMINA POR DIFERENTES VÍAS PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS EN URGENCIAS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Describir la aplicabilidad y seguridad de la ketamina por diferentes vías (IV –Kiv- e IM –Kim-) para procedimientos de analgesia y sedación en Urgencias de Pediatría (UP).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de 232 procedimientos realizados en UP utilizando ketamina (marzo 2003-diciembre 2010). Los datos se extraen del registro prospectivo de analgesia y sedación de UP.

RESULTADOS

Se incluyen 232 pacientes, en 119 se utilizó Kiv (1,5 mg/kg) y en 113 Kim (4 mg/kg), de similares características epidemiológicas y con ciertas diferencias en cuanto a los procedimientos realizados.

El tiempo medio de inicio de efecto Kiv vs Kim fue $2,63 \pm 1,98$ vs $5,16 \pm 3,89$ minutos, $p < 0,01$.

Con Kim, en 89% de las ocasiones se utilizó 1 dosis, en el resto 2. Con Kiv, se usó 1 dosis en el 70%, en el resto dos o más dosis, $p < 0,01$.

La sedación se consideró adecuada en 97,4% casos con Kiv vs 99% con Kim (n.s.).

En 10 (8,4%) casos de Kiv y 12 (10,6%) de Kim se registraron efectos secundarios (n.s.). No existen diferencias entre Kiv vs Kim en problemas sobre la vía aérea ($5/119$ vs $2/113$, $p=0,44$) si bien los vómitos son más frecuentes cuando se usa la Kim ($8/113$ vs $2/119$, $p=0,054$). Todos los casos de apnea/desaturación se corrigieron con recolocación de la vía aérea y administración de oxígeno y no se registró ningún episodio de aspiración.

De los pacientes que no ingresan recibieron el alta en < 3 horas (72,4% en el caso de Kiv y 50% en Kim).

CONCLUSIONES

La ketamina, bien vía intravenosa o intramuscular, es útil en procedimientos dolorosos realizados en UP, pues consigue el efecto deseado de forma rápida y segura. La ketamina vía intravenosa consigue un efecto más rápido y permite administrar dosis repetidas.

M. Herrero, I. Gangoiti, J. Sánchez, J. Benito, Borja Gómez, S. Mintegi
Hospital de Cruces

IMPACTO ESPERABLE DE LA VACUNACIÓN CONJUGADA NEUMOCÓCICA 13-VALENTE (VCN-13) EN LAS INFECCIONES BACTERIANAS INVASIVAS (IBI) EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Estudiar el impacto que la VCN-13 puede tener en el espectro de las IBI en Urgencias de Pediatría.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de los niños menores de 14 años diagnosticados de una IBI mediante cultivo bacteriano y/o reacción en cadena de polimerasa (PCR) para *N. meningitidis* y *S. pneumoniae* en sangre o líquido cefalorraquídeo (LCR) en un Servicio de Urgencias Pediátrico de un hospital terciario entre el 1-01-2008 y el 31-12-2010.

RESULTADOS

Durante las fechas de estudio se registraron 180.202 episodios en Urgencias de Pediatría. En total, 88 pacientes fueron diagnosticados de IBI (36; 40.9% en menores de 1 año).

Los diagnósticos más habituales fueron: sepsis con/sin meningitis 28 (31.8%), bacteriemia 21 (23.9%), neumonía 13 (14.8%), meningitis sin sepsis 9 (10.2%). Los gérmenes más frecuentemente aislados fueron: *S. pneumoniae* 33 (37.5%) y *N. meningitidis* 21 (23.9%), *E. Coli* 9 (10.2%).

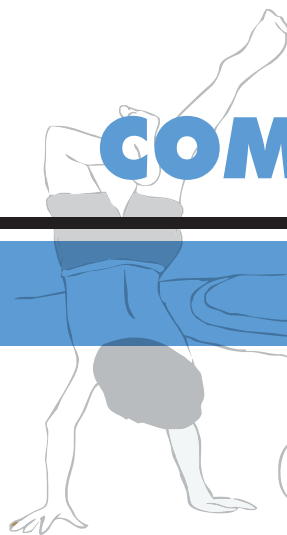
Se aislaron bacterias en sangre en 77 pacientes (27 *S. pneumoniae*, 18 *N. meningitidis*), 3 en LCR (*S. pneumoniae*) y en sangre y LCR en 8 pacientes (3 *N. meningitidis*, 3 *S. pneumoniae*, 2 *Streptococo* grupo B).

Se serotiparon 29 neumococos. La distribución de los serotipos en relación con las diferentes vacunas conjugadas neumocócicas fue: incluidos en VCN-7, 5 (17.2% IC 95% 7.1-35.0); incluidos en VCN-10, 15 (51.7% IC 95% 34.4-68.6); incluidos en VCN-13, 25 (86.2% IC 95% 68.8-95.1).

Ninguno de los pacientes falleció. Dos pacientes con infección neumocócica invasiva presentaron secuelas.

CONCLUSIONES

En la era de la vacunación conjugada neumocócica heptavalente, el neumococo es el principal causante de enfermedad invasiva bacteriana en la infancia. La introducción de la VCN-13 puede conducir a una disminución muy importante de las IBI neumocócicas y a que el meningococo sea la causa más frecuente de IBI en Urgencias de Pediatría. La VCN-13 ofrece una cobertura superior a las otras VCN.



M. Losada Machuca, M. Domínguez Coronel, A. Molina Gonzalez, C. García Villar, J. Cervera Corbacho, A. Hernández González
Unidad de Gestión Clínica de Pediatría. Hospital Universitario Puerta del Mar.

REVISIÓN DE LA INDICACIÓN DE TAC CRANEAL EN LOS TCE LEVE-MODERADOS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA A LA LUZ DE UN PROTOCOLO DE NUEVA INTRODUCCIÓN

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Valorar la repercusión de introducir un protocolo específico del manejo del TCE leve-moderado en urgencias, sobre la práctica clínica habitual en relación con esta patología en nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo de los TCE leve-moderados atendidos en urgencias durante un año a los que se realizó TAC, comparando la actuación realizada con la que teóricamente se hubiera derivado de la aplicación del nuevo protocolo.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 123 historias, 75% varones y un 27% menores de 2 años. El TAC fue patológico en un 25%: fracturas aisladas (54,8%), fractura craneal con hematoma epidural (16,1%) o subdural (2,4%), hematoma epidural (3,2%), hemorragia subaracnoidea (3,2%), focos contusivos (3,2%), hemorragia subdural y hemorragia subaracnoidea (3,2%) y fractura con foco contusivo (1,6%). Un 45,5% se mantuvo en observación hospitalaria durante un periodo mínimo de 6 horas. El 16% de los pacientes requirieron ingreso. Un 8% de los TAC realizados no habría estado justificado siguiendo las indicaciones del protocolo; ninguno de ellos fue patológico. Todos los pacientes que presentaron imágenes patológicas en el TAC cumplían criterios para su realización en base al protocolo.

CONCLUSIONES

La introducción de un protocolo específico para la atención del TCE leve-moderado puede disminuir el número de exploraciones complementarias innecesarias sin disminuir la seguridad en su manejo; además de proporcionar un respaldo a las decisiones en patología que como el TCE conyevan un cierto grado de incertidumbre.



C. Giménez Roca, L. Algarrada Vico, S. Hernández Bou, V. Trenchs Sainz de la Maza, R. Casadevall Llandrich, C. Luaces Cubells

Servicio de Urgencias. Control de gestión (1). Hospital Universitari Sant Joan de Déu. Barcelona

ÚTILIDAD DE LA ANALÍTICA PRECOZ EN LACTANTES ENTRE 1 Y 3 MESES DE EDAD CON FIEBRE SIN FOCO DE < 6 HORAS DE EVOLUCIÓN

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Conocer la utilidad de la analítica sanguínea en los lactantes con fiebre sin foco (FSF) de < 6 horas de evolución y buen estado general (BEG).

MATERIAL Y MÉTODOS

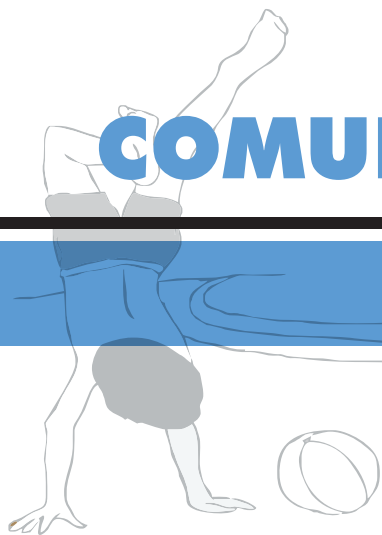
Estudio retrospectivo que incluye lactantes entre 1 y 3 meses atendidos durante el año 2010 por FSF de < 6 horas de evolución y BEG. Se analiza el manejo y evolución de los pacientes con analítica sanguínea realizada y sedimento urinario negativo.

RESULTADOS

Se incluyen 80 pacientes (61.3% varones); edad media 58.6 días (DE: 18.9). Se realiza sedimento de orina a 80 (100%) y analítica sanguínea a 77 (96.3%). Son diagnosticados de infección urinaria 19 (23.8%). De los 61 (76.3%) pacientes con FSF se aplica la escala de puntuación para el diagnóstico de infección bacteriana potencialmente grave (IBPG) en 51; 7 (13.7%) presentan un riesgo intermedio o alto. Ingresan con antibioticoterapia 8 (13.1%) y se indica observación clínica a los 53 restantes (86.9%), ambulatoria en 24 y hospitalaria en 29. En 7 (13.2%) de los 53 se repite la analítica, iniciándose antibioticoterapia en 2 por alteraciones en ésta, con diagnóstico final de infección urinaria y neumonía. Un paciente remitido inicialmente a domicilio ingresa sin realizarse nuevas pruebas. El diagnóstico final es de IBPG en los 2 (3.3%) niños mencionados.

CONCLUSIONES

A pesar de la corta evolución del proceso febril, la analítica demuestra ser útil en el enfoque diagnóstico-terapéutico de los lactantes entre 1 y 3 meses de edad con fiebre sin foco y buen estado general.



T. Murciano Carrillo, J. Rivera Luján, P. Sánchez Valero, O. Pérez, A. Requena Naranjo, F. Travería Casanova
*Sistema de Emergencias Médicas de la Generalitat de Catalunya.
**DUE. Hospital de Sabadell. Corporació Universitaria Parc Taulí.

EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA ESTRUCTURADA EN LA ADQUISICIÓN DE COMPETENCIAS EN LA MOVILIZACIÓN DE PACIENTES TRAUMÁTICOS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La asistencia del niño traumático requiere una continuidad de cuidados en todo el proceso asistencial. En nuestro medio, hemos detectado déficits en el apartado de movilización del paciente.

Valorar si una intervención educativa estructurada mejora los conocimientos y capacidades de los profesionales en la movilización de pacientes traumáticos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una intervención educativa estructurada que consistió en: 1) Evaluación de conocimientos sobre movilización de paciente traumático, autoevaluación sobre capacidad de liderazgo en una movilización y encuesta sobre necesidad de formación y utilidad de una guía clínica. 2) Actividad formativa teórico-práctica y 3) Repetición de evaluación, autorreflexión y encuesta. Se analizan los datos con el SPSS vs.18 aplicando la t de Student para datos apareados para evaluar el efecto de la formación. La significación estadística se establece en $p < 0,05$.

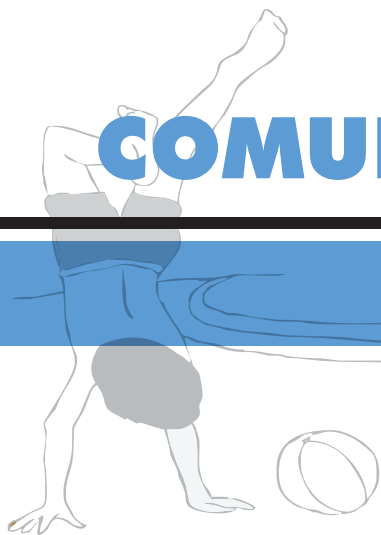
RESULTADOS

Se inició la actividad con 58 profesionales, la completaron 47 (13 M. Adjuntos, 17 M. Residentes, 15 DUES y 2 auxiliares de enfermería). Tanto antes como después de la intervención educativa hay acuerdo sobre la necesidad de formación continuada y de disponer de una guía de movilización consensuada. De forma global, se produce una mejora estadísticamente significativa ($P < 0,05$) en conocimientos, percepción subjetiva de formación y capacidad de liderazgo; esta mejora es más evidente en el grupo de médicos residentes que en el de adjuntos aunque sin significación estadística.

CONCLUSIONES

La intervención educativa ha sido muy eficaz en el aprendizaje de las técnicas de movilización de pacientes pero, para que lo sea en el tiempo, se requieren reciclajes periódicos y guías consensuadas.

El proceso de autoevaluación y posterior evaluación formativa se ha mostrado muy efectivo y motivador para los profesionales del servicio de urgencias.



**I. Ruiz Langarita, A. Miralles Puigbert, G. González García,
M. Ribes González, P. Murillo Arnal**
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

REVISIÓN DE PACIENTES TRIADOS CON PRIORIDADES 1 Y 2 EN NUESTRO SERVICIO DE URGENCIAS DURANTE LOS MESES DE NOVIEMBRE Y DICIEMBRE DEL AÑO 2010

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

En nuestro hospital, el servicio de Urgencias Pediátricas se incluye en las Urgencias Generales y el triaje es realizado por enfermería y residentes de primer año sin intervención de los pediatras. Los pacientes con prioridades 1 y 2 requieren atención de enfermería y facultativa inmediata. Nuestro objetivo es revisar las características de los pacientes que fueron triados con prioridades 1 y 2 en Urgencias y valorar objetivamente la gravedad que presentaban.

MATERIAL Y MÉTODOS

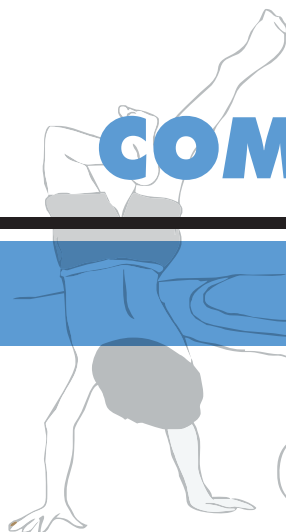
Estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes triados con prioridades 1 y 2 en Urgencias de Pediatría de noviembre a diciembre de 2010.

RESULTADOS

Fueron triados con prioridades 1 y 2, 129 pacientes (18,89%) del total de Urgencias de Pediatría (n=3690). La edad media de presentación fue $3,7 \pm 3,73$ años, siendo más frecuentes los menores de 1 año (27,13%). El 50,38% de los pacientes fueron varones y 46,63% mujeres. Ninguno precisó atención en la sala de reanimación (prioridad 1) y sólo 8 se ajustaban a patologías clasificables como prioridad 2 (quemadura de 2º grado, traumatismo craneal, ingesta de tóxicos, herida abierta, dolor torácico y disnea). Fueron trasladados a otro hospital 3 pacientes. Permanecieron en observación 15 pacientes, fueron ingresados 15 y fueron dados de alta domiciliaria sin observación 114 (88,37%). Los diagnósticos en urgencias fueron: infección respiratoria (25,58%); patología abdominal (15,5%); afección dermatológica (11,62%); fiebre sin foco (11,62%); fractura ósea (8,5%) y otros diagnósticos (34%). Se realizaron pruebas complementarias en el 31,78% de los pacientes.

CONCLUSIONES

Entre los pacientes triados con prioridades 1 y 2 se encuentran principalmente pacientes menores de 1 año. Los diagnósticos más frecuentes son infección respiratoria y patología abdominal. Ningún paciente precisó atención urgente de prioridad 1. Se trasladó a 3 pacientes a otro hospital por necesitar atención quirúrgica. El 93,8% no cumplían criterios de inclusión en el triaje de prioridad 1 y 2.



N. de Lucas, J. Martín, J. Antonio Ruiz, P. García, S. García, S. Hernández
Hospital infantil La Paz (Madrid), Hospital de Tomelloso (Ciudad Real)

EN NIÑOS QUE INGRESAN POR LESIÓN ¿QUÉ FACTORES SE ASOCIAN A BUENOS RESULTADOS FUNCIONALES UN MES DESPUÉS?

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Detectar los factores asociados a buen pronóstico funcional al mes de ocurrida una lesión en niños que ingresan desde un servicio de Urgencias de un hospital terciario.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de cohortes prospectivo a partir del registro de lesiones pediátricas de un hospital terciario con niños ingresados por lesión desde diciembre de 2009 hasta el 15 de enero de 2011. Se recogieron, entre otros datos, edad, sexo, tipo de lesión, constantes a la llegada al servicio de urgencias, días de ingreso y estado funcional al mes de la lesión, según Glasgow Outcome Scale (GOS). Análisis multivariante mediante regresión logística y árboles de clasificación, con paquete estadístico SPSS 17.0

RESULTADOS

Ingresaron por lesiones 177 niños (70,2%) y 75 niñas (29,8%), con mediana de edad 4,5 años (rango 0-17). El 65,6% presentaban traumatismo, 6,3% intoxicación, 24,9% quemaduras, 2% cuerpo extraño, 0,8% casi-ahogamientos y 0,4% otras lesiones. Mediana de estancia de 2 días (rango 1-91). La ecuación obtenida para predecir GOS de 5 al mes incluyó días de ingreso (OR 0,88; IC95% 0,81-0,95) y tipo de lesión, lo que clasificó correctamente el pronóstico funcional al mes en el 86,9% de los pacientes. El árbol de clasificación seleccionó como primera variable a los días de ingreso, con mejores resultados con un máximo de 7 días y, dentro de estos pacientes de corta estancia, al tipo de lesión ($p=0,013$) con peores resultados en pacientes quemados. En cada tipo de lesión el árbol seleccionó factores predictivos específicos.

CONCLUSIONES

El pronóstico funcional al mes de los niños lesionados que precisan ingreso depende principalmente del tipo de lesión y los días de ingreso, habiendo factores pronósticos específicos en cada tipo de lesión, por lo que deben estudiarse por separado.

**L. Dayana Moreno Duque, E. Garrido García, C. Rodríguez Fernández,
V. Fernández Iglesia, E. Hierro Delgado, P. Lobo Martínez**
Complejo Asistencial Universitario de León

FIEBRE EN LACTANTES MENORES DE 3 MESES: INFECCIÓN BACTERIANA POTENCIALMENTE GRAVE Y ÚTILIDAD DE CRITERIOS ANALÍTICOS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Determinar la incidencia de infección bacteriana potencialmente grave (IBPG) y la utilidad de criterios analíticos para identificarla.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo observacional retrospectivo de los lactantes menores de 3 meses ingresados por fiebre sin foco en nuestro Servicio de Pediatría durante el año 2008. Variables analizadas: sexo, criterios analíticos de riesgo de Rochester, aislamiento del germen implicado y diagnóstico final.

RESULTADOS

Durante el año 2008 fueron atendidos en Urgencias 905 pacientes menores de 3 meses de los que 49 (5,4%) fueron ingresados por fiebre sin foco, 27 (55,1%) masculinos. Cumplían criterios analíticos de bajo riesgo de IBPG 10 pacientes (20,4%). En la mayoría de los casos (61,2%) no se llegó a un diagnóstico etiológico. En 15 (30,6%) casos se demostró una IBPG (12 urocultivos, 1 cultivo de líquido cefalorraquídeo y 2 hemocultivos fueron positivos). En un caso de neumonía con reactantes de fase aguda positivos no fue posible aislar el germen. Del grupo de pacientes tratados como IBPG 5 (31,2%) presentaron en el hemograma leucocitosis >15000 /mm³ y en un paciente cayados >1500 /mm³. Sólo 3 (18,7%) presentaron valores de PCR mayores de 80 mg/dL y PCT positiva.

CONCLUSIONES

El manejo del lactante febril menor de 3 meses precisa de diferentes datos en los que la clínica sigue siendo determinante y que en conjunto con las pruebas complementarias nos orienta a un diagnóstico acertado. No es el motivo de ingreso más frecuente en este grupo de edad, sin embargo no por esto se le resta importancia en la urgencia. Según nuestra serie en la mayoría de los casos no se llega a un diagnóstico etiológico, la leucocitosis fue el criterio conocido más frecuente entre los pacientes con IBPG y el aislamiento de un germen urinario su causa más común.

J. Pou Fernández, F. David Panzino Occhiuzzo, J. Quintillá Martínez, C. Luaces Cubells
Servicio de Urgencias. Hospital Universitari Sant Joan de Déu. Barcelona

ESTUDIO MULTICÉNTRICO SOBRE VÍCTIMAS DE AHOGAMIENTO POR INMERSIÓN NO INTENCIONAL

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Conocer la incidencia de los ahogamientos por inmersión no intencional como motivo de consulta a los Servicios de Urgencias (SU). 2. Definir el perfil epidemiológico de las víctimas. 3. Describir los factores de riesgo en relación con pronóstico y supervivencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

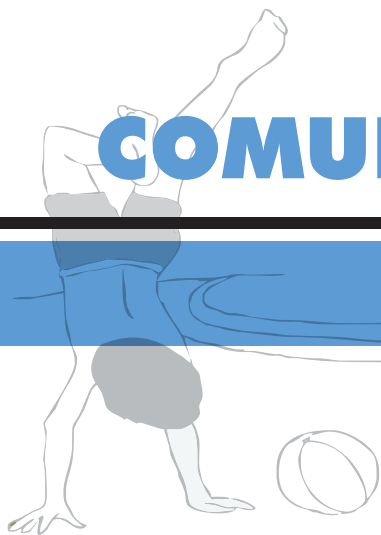
Estudio multicéntrico, prospectivo y descriptivo sobre víctimas de ahogamiento no intencional, admitidos en 21 SU entre junio y setiembre de 2009 y 2010. Se recogieron datos de filiación, del entorno, seguridad, vigilancia, necesidad de maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP), necesidad de hospitalización, secuelas y mortalidad.

RESULTADOS

Sobre 234.566 consultas 53 correspondieron a ahogamientos (Incidencia acumulada en los seis meses de estudio de 2.2/10.000 consultas) con una relación hombre/mujer de 1.8:1. La mediana de edad fue 3.5 años (p25-75: 2.6-8.4) y 34 tenían < 6 años. Ingresaron 40 (estancia media: 44.8 horas). La mayoría de ahogamientos ocurrieron de tarde(40), en agua dulce(49), en piscinas privadas(33) y desprotegidas(33). Las víctimas eran mayormente niños sanos (40), que no sabían nadar (38) ni llevaban sistema de flotación (51). En 45 casos se admitió ausencia o fallo en la vigilancia. Acidosis(20) e hipoxemia(18) fueron las alteraciones más frecuentes. En 36 pacientes se practicó maniobras de RCP, en siete niños por constatarse parada cardiorespiratoria y en 29 por el criterio del reanimador. La mayoría de estas maniobras las aplicaron los familiares (21). Murieron 5 niños, ninguno sabía nadar ni llevaban flotador y en todos se admitió un fallo en la vigilancia. En los fallecidos la RCP se había iniciado después de 3 minutos. Dos supervivientes presentaron secuelas leves y uno encefalopatía hipóxico-isquémica.

CONCLUSIONES

El ahogamiento por inmersión como motivo de consulta es bajo y su morbimortalidad elevada. Tener menos de 6 años, no saber nadar, no usar flotadores en piscinas privadas desprotegidas y una vigilancia incorrecta o ausente aumentan el riesgo de lesión y/o muerte.



A. Rodriguez Ortiz, G. Lopez Santamaria, D. Jimenez Villarreal, M. Guiu Solano, Carlos C. Fernandez, L. Delgado Sanzonetti
Servicio de Pediatría. Hospital Alto Deba. Arrasate. Mondragon

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

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La evaluación por indicadores se ha demostrado como un instrumento útil para valorar la calidad asistencial. El objetivo de presente estudio es conocer dos de estos indicadores (pacientes readmitidos y readmitidos con ingreso a las 72 horas) , para fijar la posición de partida de nuestro Servicio de Urgencias.

MATERIAL Y MÉTODOS

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

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

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

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

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

RESULTADOS

Desde el 1 de Enero del 2010 hasta el 31 de diciembre fueron atendidos 6584 niños (no se incluyen los pacientes cuyo motivo inicial de consulta es patología traumática de extremidades que son atendidos directamente por el servicio de traumatología). La readmisión a las 72h es del 5.84 % (385 niños) y la Readmisión con ingreso del 0,77% (3 niños)

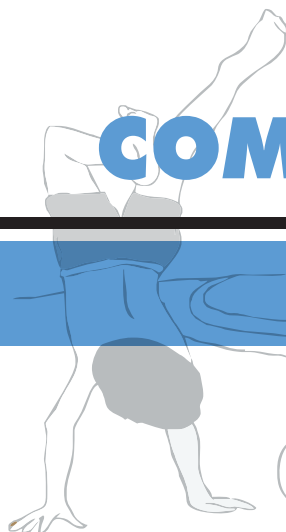
De los que niños que reconsultan , 42 (10.90%) , reconsultan en mas de 2 ocasiones en el mismo episodio.

CONCLUSIONES

Los datos resultantes nos permiten comprobar que nuestro Servicio de Urgencias se encuentra dentro de los estándares de calidad propuestos por la SEUP para estos indicadores (< del 7% para readmisión y < del 15% para readmisiones con ingreso)

Valorar el alto porcentaje de casos que reconsultan mas de 2 veces en el mismo episodio (10,90%).

La implementación de un sistema de registro de indicadores y su evaluación periódica permite optimizar el trabajo realizado



P. del Río, Josune Pérez, E. Mojica, A. Andres, M. González, J. Benito
Servicio de Urgencias de Pediatría, Hospital de Cruces, Barakaldo, Bizkaia

ESTUDIO CASO-CONTROL DE POBLACIÓN CON CRISIS DE ASMA ATENDIDA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS ESTUDIO CASO-CONTROL DE POBLACIÓN CON CRISIS DE ASMA ATENDIDA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Definir las características y evolución de las crisis de asma en niños con asma persistente (AP) frente a asma intermitente (AI).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio caso-control de mayo a diciembre de 2010 incluyendo pacientes de 1 a 14 años atendidos por crisis de asma en urgencias de pediatría (UP). Se recogen datos demográficos, score de severidad, tratamiento, destino y reconsulta. Se comparan 2 grupos: Casos: pacientes con AP según criterios del cuestionario PACT; Controles aleatorizados: pacientes con AI.

RESULTADOS

Se incluyen 164 pacientes con criterios de AP y 164 pacientes con AI. No hay diferencias significativas en cuanto a edad y sexo. La severidad de la crisis es superior en el grupo AP (Score inicial 4.4 ± 1.5 vs 3.76 ± 1.4 $p < 0.01$). El 60% de pacientes con AP no tienen tratamiento de fondo vs 78% de AI ($p < 0.01$). El porcentaje de pacientes que no ha recibido tratamiento antes de llegar a UP es del 9% en grupo AP y 33% en grupo AI ($p < 0.01$). El tiempo de estancia en urgencias y la tasa de ingreso son superiores en el grupo AP (5.4 horas vs 2.8 ($p < 0.01$) y 27% vs 8% ($p < 0.01$)). Reconsultan en los primeros 7 días 5% de pacientes con AP frente a 6% del grupo AI (p :NS).

CONCLUSIONES

Los pacientes con asma persistente presentan crisis de asma más severas, permanecen más tiempo en urgencias y son ingresados con mayor frecuencia. Puede ser importante identificar a estos pacientes en UP para optimizar su tratamiento de fondo.



Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Materno infantil Virgen de las Nieves de Granada

**M. Muñoz García, C. Carreras Blesa, M. Medina Navarro,
I. Medina Martínez, E. Conde Puertas, B. Ruiz Cobos**

ESTUDIO SOBRE BROTE DE SARAMPIÓN EN GRANADA EN 2010-2011

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Describir las características clínicas y epidemiológicas del brote de Sarampión ocurrido en Granada en 2010-2011.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal de 46 pacientes con sospecha clínica de sarampión. Las variables de estudio fueron: edad, sexo, zona básica, vacunación triple vírica, origen del contagio, síntomas al diagnóstico, reconsultas a urgencias, destino del paciente, complicaciones y pruebas complementarias. Los datos fueron obtenidos de la historia digital del Programa Diraya-Urgencias. Se realiza estadística descriptiva para cada variable (IC 95%) y Chi² para valorar asociación.

RESULTADOS

Un 52% fueron varones, la edad media fue de 12+/-28 meses. Un 28% procedía Cartuja-Almanjayar. No estaban vacunados el 69.6% de los niños. El contagio fue en un 21% intrafamiliar. La fiebre y el exantema estuvieron presentes en más del 91% y un 40% presentaba manchas de Koplik y conjuntivitis. Precisarón ingreso en planta un 37%. Un 26% presentaron complicaciones (bronquiolitis y neumonía atípica las más frecuentes). Se confirmaron con pruebas analíticas en el 67.4%. Encontramos asociación estadísticamente significativa entre la PCR faríngea y las manchas de Koplik ($p < 0.001$) y el exantema y la serología positiva ($p < 0.001$).

CONCLUSIONES

No se han encontrado diferencias en cuanto al sexo, la edad media fue de 12 meses. El origen del brote fué Albaicín, pero rápidamente se dispersó a otras zonas por contactos intrafamiliares y visitas a centros de salud y servicios de urgencias. La fiebre y el exantema fueron los síntomas más frecuentes al diagnóstico. La existencia de bolsas de no vacunación en determinados colectivos constituye un problema epidemiológico para enfermedades transmisibles como el sarampión. Se debe mantener el índice de sospecha frente a estas enfermedades vacunables en nuestro país ante la aparición de síntomas clásicos y realizar confirmación mediante pruebas complementarias. El porcentaje de ingresos parece superior a brotes anteriores, sobretudo en relación con patología respiratoria.

L. Valdesoiro, Pepi Rivera, S. Teodoro, Montserrat Bosque, D. Bartolí, J. Traveria
Hospital de Sabadell. Corporació Sanitaria Parc Tauli. Universitat Autònoma de Barcelona

ANAMNESIS DEL PACIENTE PEDIÁTRICO CON BRONQUITIS EN URGENCIAS. EVALUACIÓN FORMATIVA DEL RESIDENTE DE PRIMER AÑO

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Los métodos de evaluación formativa son un sistema útil para mejorar la práctica clínica. El residente de pediatría de primer año debe aprender a recoger datos relevantes del paciente con bronquitis aguda para una correcta toma de decisiones. El objetivo de este trabajo es mejorar la recogida de datos de la anamnesis del paciente pediátrico, con bronquitis en urgencias, mediante evaluación formativa.

MATERIAL Y MÉTODOS

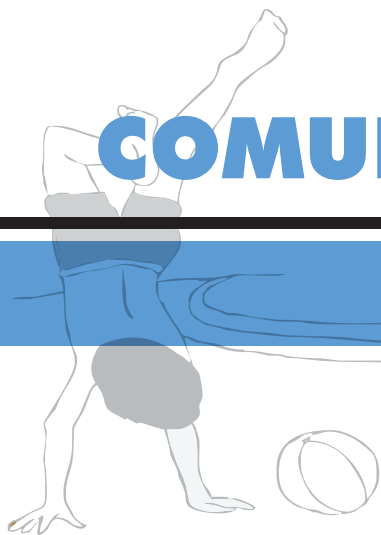
Población: residentes de pediatría de primer año. Intervención: self-audit, sesión teórica, y feed-back. Recogida de datos: autoevaluación mediante "self-audit" de historias clínicas de urgencias, con diagnóstico de bronquitis y firmadas por el residente. Se revisaran historias previas y posteriores a la intervención. Criterios: 1. Duración de los síntomas (tiempo); 2. Inicio del tratamiento de rescate (Sí/No); 3. Tratamiento de rescate administrado (fármaco y dosis); 4. Dispositivo de administración de fármacos inhalados del paciente (nombre); 5. Tratamiento de base habitual (Sí/No)

RESULTADOS

Participan 10 residentes de primer año, de 2 cursos consecutivos. Se han evaluado un total de 120 historias. Criterios evaluados (antes/después intervención): 1. Duración de los síntomas (81,6%/83,3%); 2. Inicio del tratamiento de rescate (45,8%/85,8%); 3. Tratamiento de rescate administrado (40,8/82,5); 4. Dispositivo de administración de fármacos inhalados del paciente (4,1%/50%); 5. Tratamiento de base habitual (53,3%/65,8%). Los criterios que han mejorado más son los que hacen referencia al tratamiento previo a la urgencia. Los datos sobre el dispositivo de administración de fármacos inhalados es el peor recogido pero, también el que mejora de modo más evidente.

CONCLUSIONES

La evaluación formativa mediante "self-audit" y "feedback" que incluye conocimientos teóricos, es útil en la formación del residente de primer año. Su aplicación ha mejorado la recogida de datos del paciente pediátrico con bronquitis en urgencias. Su eficacia es mayor en conceptos en los que no existe una formación específica como los dispositivos de administración de fármacos inhalados.



S. Viscor Zárate, M. Odriozola Grijalba, M. Sánchez Erce, A. M. Abizanda Guillén, Y. Romero Salas, C. Campos Calleja
Servicio de Urgencias de Pediatría, Hospital Miguel Servet. Zaragoza

PRESENCIA DE PADRES DURANTE LOS PROCEDIMIENTOS INVASIVOS EN LA UNIDAD DE URGENCIAS. ¿CUÁL ES SU OPINIÓN?

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La presencia de padres durante los procedimientos invasivos todavía resulta controvertida entre el personal de nuestra Unidad de Urgencias. Creemos conveniente conocer la opinión de los padres como base para iniciar una línea de mejora. Para ello, preguntamos su opinión acerca de su presencia en procedimientos invasivos, si creen que resultaría beneficiosa, por qué y si sus características demográficas influyen en su opinión.

MATERIAL Y MÉTODOS

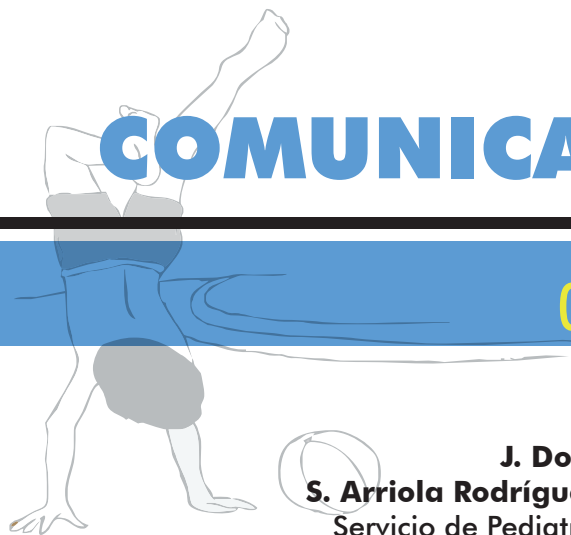
Estudio descriptivo mediante la realización de encuestas de forma aleatoria, a los acompañantes de los niños que acudieron a nuestra Unidad entre diciembre de 2010 y enero de 2011

RESULTADOS

Obtuvimos un total de 120 encuestas, el 89% de los pacientes acudieron con sus madres frente al 24% que lo hicieron con sus padres. La media de edad de los acompañantes se encuentra entre los 30 y 40 años, la edad media de los niños fue de 4^o a 5 años. El porcentaje de padres que desean estar, es inversamente proporcional a la complejidad del procedimiento; siendo del 82^o a 5% para la extracción de sangre, del 80% para las suturas, 74^o a 2% para el sondaje vesical, y del 65% y 51^o a 2% para la punción lumbar y RCP respectivamente. 38 padres habían estado en un procedimiento anteriormente, y de ellos el 78% encontraron su presencia beneficiosa. El 73% de los padres creen que dejaría trabajar al personal, frente al 5% que interferiría en su trabajo.

CONCLUSIONES

En la mayoría de los casos los padres desean estar presentes durante los procedimientos invasivos, disminuyendo el porcentaje cuando aumenta la complejidad del procedimiento. Los que han presenciado anteriormente un procedimiento lo encontraron beneficioso. Estos datos apoyarían la necesidad de una línea de mejora a este respecto.



J. Domínguez Carral, A. Pérez Santos, E. Pereira Bezanilla, S. Arriola Rodríguez-Cabello, M. Leonardo Cabello, M. Pumarada Prieto
Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander

FRACTURA CRANEAL: ¿SINÓNIMO DE TAC?

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Identificar datos clínicos sugestivos de lesión intracraneal, en pacientes con fractura craneal, que determinen la necesidad de realización de TAC.

MATERIAL Y MÉTODOS

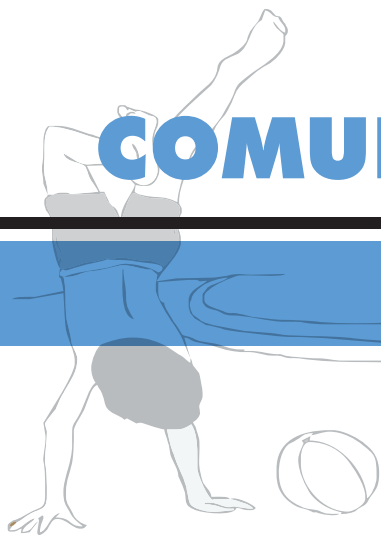
Estudio retrospectivo de los pacientes ingresados con diagnóstico de fractura craneal entre enero de 2007 y diciembre de 2009. Los datos han sido analizados mediante el programa SPSS versión 15.0.

RESULTADOS

Obtuvimos un total de 62 pacientes con fractura craneal, de edades comprendidas entre 15 días y 13 años, con una media de 34 meses. El 70% fueron varones y el 30% mujeres, y el 27% tenía lesión intracraneal. La estancia media de ingreso hospitalario fue de 3 días, con una moda de 1 día. Del total de pacientes con fractura, el 84% tuvo buena evolución, mientras que de aquellos pacientes con lesión intracraneal, el 24% sufrieron deterioro neurológico que precisó ingreso en UCI, 1 niño presentó convulsiones, el 18% fallecieron y el 53% restante tuvo buena evolución. Encontramos relación estadísticamente significativa con la existencia de lesión intracraneal o la evolución desfavorable en las siguientes variables: traumatismo de alta energía, pérdida de conocimiento mayor de 2 minutos, Glasgow menor de 13 y focalidad neurológica. No encontramos relación significativa en otras variables como edad, sexo, localización y tipo de fractura, presencia de cefalohematoma, vómitos o convulsiones.

CONCLUSIONES

La realización de radiografía de cráneo de forma aislada no nos permite determinar la posible evolución desfavorable ante un traumatismo craneoencefálico. Sin embargo, a partir de nuestros resultados, encontramos significativa la existencia o no de traumatismo de alta energía, pérdida de conocimiento mayor de 2 minutos, Glasgow menor de 13 y focalidad neurológica, como marcadores para la realización de TAC y el manejo hospitalario.



**A. Miralles Puigbert, I. Ruiz Langarita, G. Gonzalez García,
M. Ribes Gonzalez, P. Murillo Arnal**
Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa (Zaragoza)

REVISIÓN DE PACIENTES TRIADOS CON MÁXIMA PRIORIDAD EN NUESTRO SERVICIO DE URGENCIAS DURANTE EL AÑO 2010

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

En nuestro hospital, las urgencias pediátricas se incluyen en las urgencias generales. El triaje se realiza por enfermería de 8:00 a 22:00h (turnos 1 y 2) y por residentes de primer año de 22:00 a 8:00h (turno 3), sin intervención del servicio de pediatría. Nuestro objetivo es revisar los niños que fueron triados con prioridad 1 en Urgencias, y valorar objetivamente la gravedad que presentaban.

MATERIAL Y MÉTODOS

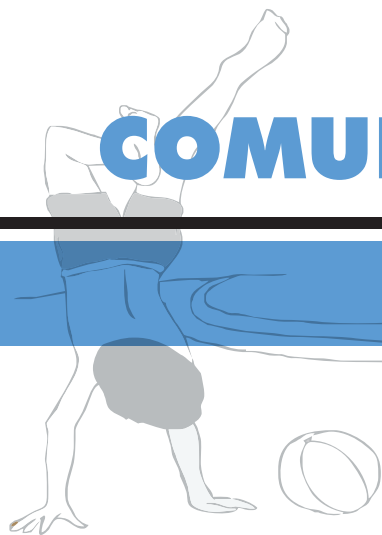
Estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes que durante el año 2010 fueron triados con máxima prioridad en las Urgencias Pediátricas.

RESULTADOS

Acudieron 19 pacientes triados con prioridad 1 (0,1% de las Urgencias anuales). La edad media fue $3,02 \pm 2,9$ años, con un 78,9% de menores de 4 años. El 52,6% fueron niños y el 47,4% niñas. Según la distribución de pacientes con prioridad 1 vs proporción de pacientes totales en cada turno, la relación fue: turno1: 15,8% vs 31,3%; turno2: 42,1% vs 48,7% y turno3: 42,1% vs 20,05%. Ninguno de los pacientes precisó atención en Sala de Reanimación ni traslado a otro hospital. Precisarón hospitalización 5 pacientes (26,3%), se quedaron en observación(>4horas) 3 pacientes (15,8%) y 11 pacientes obtuvieron el alta domiciliaria (57,9%). Los diagnósticos fueron: accidentes (36,8%) (especialmente TCE); procesos neurológicos (21,05%) (sobretudo convulsiones febriles); procesos infecciosos (15,8%), una intoxicación por fármacos (5,2%) y otros (21,05%). Se realizaron pruebas complementarias en el 31,5% de los pacientes.

CONCLUSIONES

Entre los pacientes triados con máxima prioridad se encuentran sobretudo menores de 4 años. Se tria más prioridad 1 por la noche, cuando el triaje es realizado por residentes de primer año. Los diagnósticos más repetidos son traumatismos craneoencefálicos y convulsiones febriles. Según nuestro protocolo, la urgencia de prioridad 1 requiere atención médica inmediata, que ninguno de estos pacientes precisó, y traslado a Sala de Reanimación, que no se realizó en ningún caso.



**D. Pérez Solís, M. Arroyo Hernández, G. Redondo Torres,
B. Fernández Barrio, A. Fernández Castro, I. Riaño Galán**
Servicio de Pediatría y Servicio de Urgencias. Hospital San Agustín, Avilés

EVALUACIÓN DEL PRIMER AÑO DE TRIAJE EN NIÑOS EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Evaluar los resultados del triaje en las urgencias pediátricas de un hospital comarcal durante su primer año completo de funcionamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

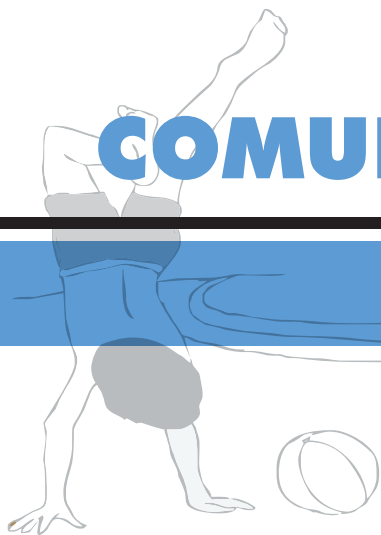
Análisis de los datos registrados en todas las urgencias atendidas durante 2010 en menores de 14 años. El triaje lo realizó personal de enfermería en los turnos de mañana y tarde mediante el Sistema de Triage Manchester (MTS), que clasifica en 5 niveles de gravedad (azul, verde, amarillo, naranja y rojo) para los que considera un tiempo máximo de demora en la atención de 240, 120, 60, 10 y 0 minutos respectivamente. El sistema informático registra los tiempos a medida que el personal introduce los datos en la historia clínica electrónica.

RESULTADOS

Se triaron 7074 de 9815 urgencias pediátricas (72.1%). Se clasificaron 26 visitas con color azul (0.4%), 2330 verde (32.9%), 3632 amarillo (51.3%), 1077 naranja (15.2%) y 9 rojo (0.1%). El tiempo mediana de espera hasta el triaje fue de 8, 7, 7, 6 y 3 minutos respectivamente. El tiempo mediana de espera desde el triaje hasta la atención médica fue de 40.5, 25, 17, 9 y 5 minutos, resultando inferior al tiempo máximo de demora aconsejado por el MTS en el 100%, 96.7%, 92.2%, 54.7% y 33.3% para los colores azul, verde, amarillo naranja y rojo. El porcentaje de ingresos fue del 0%, 2.3%, 9.2% 18.0% y 62.5%, y el porcentaje de traslados al hospital de referencia fue del 0%, 0.7%, 1.9%, 2.7% y 37.5% respectivamente.

CONCLUSIONES

El MTS mostró resultados consistentes en la valoración de la gravedad, con porcentajes de ingresos y traslados crecientes en relación con el nivel de clasificación. La valoración del tiempo de demora atendiendo a los registros automáticos de la historia clínica electrónica no parece adecuada en los niveles de máxima gravedad, pues las anotaciones tienden a realizarse con posterioridad al inicio de la atención médica.



**S. García Ruiz, M. J. Martín Díaz, I. Cabrera López,
M. de la Torre Espí, G. Domínguez Ortega, P. Storch de Gracia**
HU Niño Jesús de Madrid

EL TRIÁNGULO DE EVALUACIÓN PEDIÁTRICA COMO SISTEMA DE CLASIFICACIÓN EN URGENCIAS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Evaluar la efectividad del triángulo de evaluación pediátrica independientemente de otros factores, como instrumento de clasificación en urgencias.

MATERIAL Y MÉTODOS

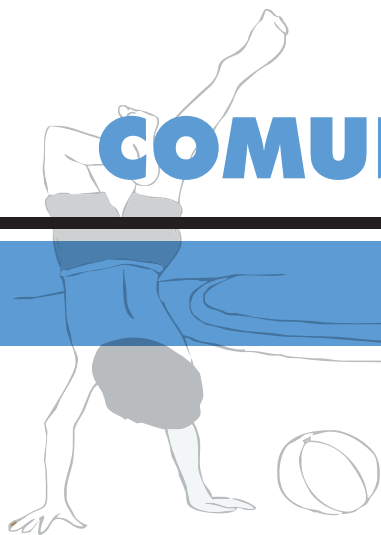
Estudio observacional prospectivo en el mes de diciembre de 2010 en nuestro servicio de urgencias, registrando los datos de valoración inicial (clasificación) y atención posterior, de una muestra de pacientes elegida al azar. Los médicos que atendieron a los niños desconocían la existencia del estudio.

RESULTADOS

Se han obtenido datos de una muestra de 335 niños, con una edad media de 42 meses (mediana 26 meses). Según el protocolo de clasificación (5 niveles) el 69,4% de la muestra tenía una prioridad baja, el 27,6% moderada y el 3% alta. En los pacientes clasificados como de prioridad baja (A) el tiempo medio de atención fue significativamente menor que en los de moderada/alta (B) (-64 minutos, IC95% 46,8-80,9; $p < 0,001$). Necesitaron alguna actuación terapéutica el 24,3% del grupo A y el 57,8 % del B ($X^2 p < 0,001$). No se encuentran diferencias significativas en cuanto al porcentaje de pacientes que precisan exploraciones complementarias. El 81,2% se clasificaron como pacientes estables según el TEP, el 18,5% tenía un lado alterado y el 0,3% dos lados. El 74,6% de los niños no estables tenían signos de dificultad respiratoria. Los pacientes estables según el TEP permanecieron en urgencias menos tiempo (-69 minutos, IC95% 48,1-89,3; $p < 0,001$) y necesitaron menos intervenciones terapéuticas que aquellos con algún lado del TEP alterado: 23,2% y 82,5% respectivamente ($X^2 p < 0,001$). Tampoco se han encontrado diferencias entre ambos grupos en cuanto a la necesidad o no de exploraciones complementarias.

CONCLUSIONES

El TEP de forma aislada puede ser una herramienta tan útil como los sistemas de clasificación más complejos, para establecer la prioridad de atención de los pacientes pediátricos en urgencias. Es un buen predictor de los recursos materiales y humanos que va a precisar cada paciente.



**A. Moreira Echeverría, C. Manuel Mengotti Caligaris,
A. Moral García, M. J. Comesías Gonzalez, H. Kassab**
Servicio de Pediatría Hospital San Juan de Dios Martorell

EVALUACIÓN DE LA DEMANDA Y ASISTENCIA DE LAS URGENCIAS PEDIÁTRICAS EN UN HOSPITAL COMARCAL

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Describir las características clínicas y epidemiológicas de la consulta espontánea en el servicio de urgencias de nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS

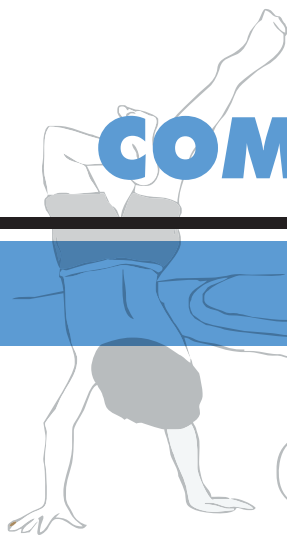
Describir las características clínicas y epidemiológicas de la consulta espontánea en el servicio de urgencias de nuestro hospital.

RESULTADOS

Durante el período de estudio fueron visitados 7476 pacientes con edades comprendidas entre los 0 y 14 años. (68,3% eran menores de 4 años). El 51,9% de los pacientes eran niñas. Los motivos de consulta más frecuentes fueron: fiebre 33%, síntomas de resfriado 16,7%, dificultad respiratoria 10,5%, dolor abdominal 7%, diarrea 5,4%, otalgia 4,1%, odinofagia 3,9%, TCE 3,97%, síncope 0,6%, intoxicaciones 0,34%. Otros 11,29%. Los diagnósticos de alta: catarro de vías altas 16,8%, síndrome bronquial obstructivo 15,5%, traumatismos 11,2%, gastroenteritis aguda 8,6%, faringoamigdalitis 7,9%, otitis media aguda 7,4%, neumonía 4,5%, síndrome febril sin foco 2,7%, infección urinaria 1,7%, otros 23,7%. Se solicitaron exámenes complementarios en el 27,7% de las consultas. Fueron visitados por otros especialistas el 6,8% y derivados a otro centro de mayor complejidad 1,04%. Ingresaron el 4,3% de los visitados. Los días de más afluencia fueron el sábado y domingo por la tarde.

CONCLUSIONES

La mayor parte de los pacientes eran menores de 4 años. No hubo diferencias en relación al sexo. El 12,14% de los pacientes requirió de una segunda valoración o ingreso, lo que nos llevó a considerar no urgentes a la mayoría de visitas sin tener en cuenta el nivel de triaje. Los días y el horario de máxima afluencia coincidió con la falta de pediatras de guardia en áreas de atención primaria.



A. Rodriguez Ortiz, G. Lopez Santamaria, A. Rodriguez Achaerandio, P. Garrido Espinosa, I. Iturralde Orive, D. Jimenez Villarreal
Servicio de Pediatría y microbiología. Hospital Alto Deba. Arrasate. Mondragon

HEMOCULTIVOS CONTAMINADOS. 1 INDICADOR PARA EVALUAR LA CALIDAD ASISTENCIAL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La obtención de muestras sanguíneas por la práctica de hemocultivo debe seguir un procedimiento riguroso para evitar la contaminación de las muestras. Nuestro objetivo fue valorar el resultado de los hemocultivos contaminados en una unidad de urgencias con enfermería no específica de pediatría teniendo en cuenta el estándar de calidad inferior al 5% (N° de Hemocultivos contaminados / N° total de hemocultivos \times 100) de la SEUP.

MATERIAL Y MÉTODOS

Pacientes de cualquier edad atendidos en urgencias a los que se les ha practicado hemocultivo, durante el periodo a estudio, comprendido entre el 1 de enero del 2010 y el 31 de diciembre del 2010.

Medios de cultivo: Botellas Bac T/ALERT (frascos pediátricos FAN aerobios). Cantidad de muestra recomendada 1-4 ml. Tiempo de incubación hasta 5 días.

RESULTADOS

Se realizaron un total de 177 hemocultivos (la mayoría en niños por debajo del año de edad) de los cuales 22 (0.12%) eran positivos y de estos 22, 21 (95.45%) se consideraron contaminantes (14 *Staphylococcus coagulans* negativos, 6 *Streptococcus alfa* - hemolíticos y 1 *Bacillus* sp). Todos los contaminantes forman parte de flora de la piel.

Estándar de calidad para hemocultivos contaminados: 11.86%.

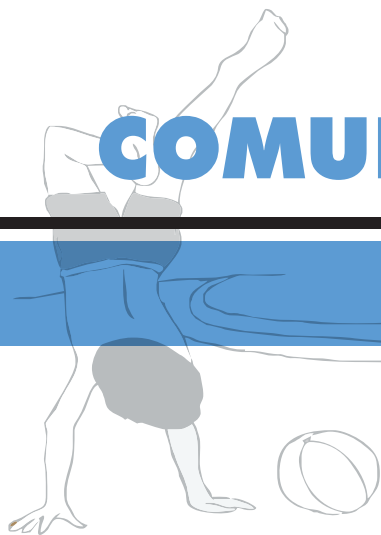
CONCLUSIONES

Por los resultados obtenidos, no cumplimos los estándares de calidad propuestos por la SEUP (tasa de falsos positivos < 5%).

Tenemos que revisar el método de obtención de muestras sanguíneas porque es altamente probable que la contaminación se produzca en la extracción, por falta de una correcta limpieza de la piel, o en el volumen de sangre inoculado.

La cifra aumenta cuando se evalúan niños por debajo del año de edad ya que la extracción es más compleja.

La implementación de un sistema de registro de indicadores y su evaluación periódica permite optimizar el trabajo realizado.



**P. Capel Hernández, O. Cadevall Solé, C. García Roca,
M. Del Vecchio, S. Fuertes Blas, M C. Vidal PalaciosDíez**
Hospital Fundación Son Llatzer

DERIVACIÓN A URGENCIAS DESDE PRIMARIA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Analizar el nivel de conocimiento de los acompañantes que acuden al servicio de urgencias pediátricas sobre su funcionamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han recolectado las hojas de interconsulta, triages e historias clínicas de las mismas durante 3 meses (Octubre-Diciembre, 3721). Se ha recogido por medio de documento de Excel el motivo de consulta, realización de pruebas complementarias o procedimientos y su destino (alta, Planta o Corta Estancia (UCE), viéndose la relación de éstas con respecto a los pacientes que acuden sin hoja de interconsulta. Para analizar los datos obtenidos se utilizó el programa "GraphPad Prism".

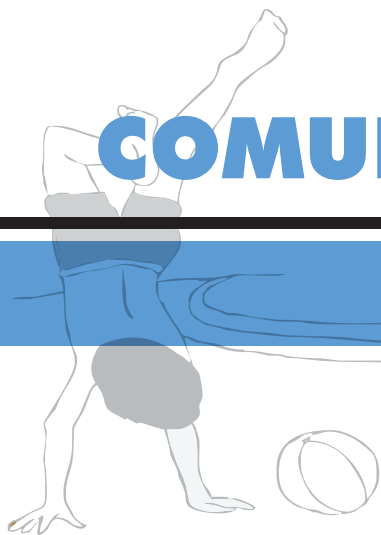
RESULTADOS

Las causas más frecuentes de derivación son respiratorias (27%) y digestivas (16.75%), seguidas de causas traumatólogicas (excluyendo extremidades), nefrourológicas y dermatológicas (9.75%, 8.25% y 5.75% respectivamente). En cuanto a la atención al paciente, se realiza algún tipo de procedimiento extraordinario (pruebas complementarias, nebulizaciones...) en el 71% de los pacientes derivados, frente al 42.35% de los pacientes no derivados. En cuanto al destino, en los pacientes derivados, pasa UCE un 13.66% y un 9.79% ingresa en Planta, frente al 6.79 y 4% respectivamente del segundo grupo. El análisis estadístico de los datos demuestra que estas diferencias son significativas, con $p < 0.0001$ en los tres casos (procedimientos e ingresos).

CONCLUSIONES

La derivación del paciente desde Atención Primaria conlleva un aumento de pruebas complementarias, procedimientos e ingresos en prácticamente el doble que el segundo grupo. De esto concluimos que la mayor parte de las derivaciones se realizan por precisar una atención más exhaustiva de la que se puede practicar en Atención Primaria.

La comunicación adecuada entre Centros de Salud y Servicios de Urgencias Hospitalarios es primordial para optimizar la atención, mejorar la confianza del paciente en el Sistema de Salud y evitar la sobrecarga del mismo.



**I. Jiménez López, M. Paz Lovera, L. Llorente Otones,
I. Rivero Calle, P. Galán del Río, M. J. Rivero Martín**
Hospital de Fuenlabrada

MANEJO DE LA ANEMIA DE CÉLULAS FALCIFORMES: MUCHO POR APRENDER

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Analizar las visitas a Urgencias de los pacientes con drepanocitosis de nuestra localidad haciendo énfasis en los motivos de consulta, evaluación y manejo.

MATERIAL Y MÉTODOS

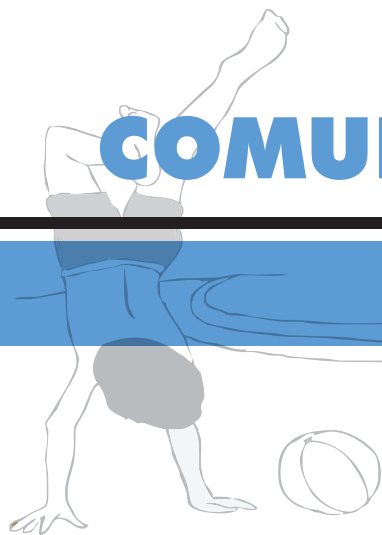
Revisión retrospectiva de visitas a urgencias de pacientes con drepanocitosis entre Enero 2009-Diciembre 2011. Se determinaron los diagnósticos, pruebas, complicaciones y medidas terapéuticas.

RESULTADOS

Se recogieron 54 procesos en 11 pacientes diferentes. La edad media fue 26,07 meses (2-120) y el 77,8% eran mujeres. El motivo de consulta más frecuente fue fiebre (55,6%) seguido de síntomas respiratorios (38,9%) y dolor/impotencia funcional (22%). En un 16,7% el motivo no estaba relacionado con la patología de base. El tiempo medio desde el inicio hasta la consulta fue de 44,4 horas. La recurrencia por el mismo proceso se presentó en el 18,5% de los casos. Precisaron analítica en Urgencias un 66,7% de los pacientes con un descenso medio de hemoglobina respecto a su basal de 0,95 g/dL. Ingresó el 40,7% de los pacientes. Precisaron antibioterapia el 57,4%, transfusión de hematíes 13%, sueroterapia/ hiperhidratación: 52,7%, analgesia 53,7% (ninguno con mórfico). El diagnóstico al alta fue por orden de frecuencia: síndrome febril 38,9%, crisis vaso-oclusiva 18,5% y síndrome torácico agudo 16,7%. Se consideró que la adhesión a los protocolos de manejo de estos pacientes no fue adecuada en el 14,8% de los casos (87,5% fueron atendidos por residentes).

CONCLUSIONES

El síndrome febril es el motivo de consulta más frecuente en niños con drepanocitosis en nuestra urgencia. La corta edad de nuestra cohorte explica la alta tasa de ingreso para su manejo. La ausencia de tratamiento con mórfico en nuestro grupo debe hacernos pensar en un infratratamiento del dolor. El aumento de drepanocitosis en nuestro medio exige mejorar la formación de nuestros residentes en relación a esta patología para evitar el retraso en el diagnóstico y tratamiento de estos pacientes.



**B. Huertes Díaz, L. Grande Herrero, A. Hernández Brea,
M^a P. Anton Martín, M^a P. Gutiérrez Díez, J. T. Ramos Amador**
Hospital Universitario de Getafe

SOBREÚTILIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS ¿FALTA DE INFORMACIÓN?

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Analizar el nivel de conocimiento de los acompañantes que acuden al servicio de urgencias pediátricas sobre su funcionamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

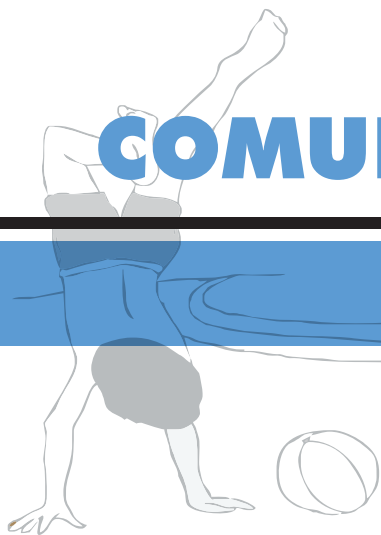
Estudio descriptivo y observacional mediante la realización de un cuestionario anónimo y confidencial a los acompañantes de los niños atendidos en la urgencia pediátrica.

RESULTADOS

Se obtuvieron un total de 175 encuestas (67% mujeres/ 33% varones) siendo el 97.7% los padres (edad media 35.5 años) y un 1.1 % abuelos. El 60.8% de los encuestados no tenían estudios universitarios y el 23.2% estaban parados. El 97% consideraban que la patología del niño era realmente una urgencia y sólo un 51.7% había acudido a su pediatra previamente. Los principales motivos de consulta fueron la no disponibilidad de su pediatra en ese horario (38.3%), demanda de pruebas complementarias (34.3%) e impresión de enfermedad grave (18.9%). La media de visitas a urgencias en los últimos 4 meses fue de 1.48. El 42.2% opinaba que la función del pediatra de guardia era la atención única de la urgencia y sólo el 51.5% sabía que los turnos de guardia eran de 24 horas. Cuando se les dio a elegir entre los motivos de mayor urgencia, el 66% eligió herida con necesidad de sutura, el 27% la fiebre en < 2 meses y 24.7% el decaimiento, aunque procesos banales como mucosidad, odinofagia y diarrea también tuvieron importancia.

CONCLUSIONES

La falta de información proporcionada a los familiares conlleva un uso incorrecto de la Urgencia Pediátrica con la consiguiente sobrecarga de trabajo e inadecuada calidad asistencial. Es necesaria una mejor política educativa para obtener una utilización equitativa de los recursos.



**A. Segura Serrano, E. de Miguel Esteban, E. Lodosa Ayala,
I. Sáenz Moreno, V. Jiménez Escobar, B. Riaño Méndez**
Servicio de Pediatría. Hospital San Pedro. Logroño

TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO: REVISIÓN DEL MANEJO CLÍNICO EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL PREVIO A LA REALIZACIÓN DE UN PROTOCOLO

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Conocer las características de los traumatismos craneoencefálicos (TCE) atendidos en Urgencias de un hospital de segundo nivel, valorando si el manejo se ajusta a las recomendaciones de las principales guías.

MATERIAL Y MÉTODOS

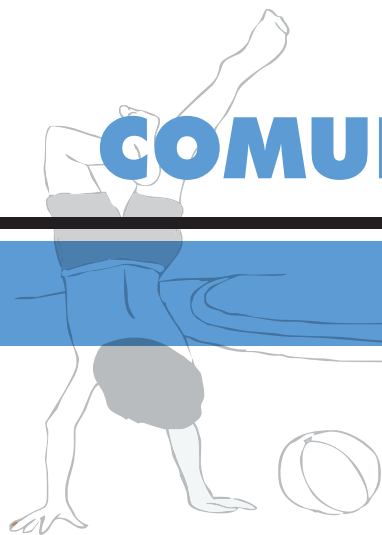
Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional, mediante la revisión de historias clínicas de pacientes menores de 14 años atendidos por TCE del 1/6/10 al 31/12/10.

RESULTADOS

Se atendieron 143 TCE (1,3% del total de urgencias), siendo el 68% mayores de 2 años, sin diferencias respecto al sexo. El mecanismo causante fue de baja energía en el 70%, sin diferencias según la edad. A su llegada, el 47% estaba asintomático, el 21% refería vómitos, el 15% cefalohematoma (localizándose más frecuentemente a nivel parietal), y el 5% refería pérdida de conocimiento. La escala de Glasgow aparecía en la historia del 47,6%, siendo en todos ellos de 15, sin registrarse desglosado en ningún caso. La prueba complementaria más solicitada fue la radiografía craneal en todos los grupos de edad, realizándose al 30% de los menores de 2 años, y al 43% de los mayores. Se practicaron 7 TAC, todos en mayores de 2 años, objetivándose 2 hematomas epidurales, uno de ellos con fractura parietal. El 29% de los mayores de 2 años permaneció en observación frente al 15% de los menores de 2 años, con una media total de 112 minutos. El 7,5% ingresó para observación.

CONCLUSIONES

La mayoría de los TCE atendidos son leves, aunque la escala de Glasgow, indicador validado de lesión intracraneal, no se registra en la mayoría de las historias. La radiografía se solicita en un importante número de casos, en comparación con la TAC. El manejo del TCE en nuestras Urgencias no se ajusta a las recomendaciones de las guías actuales, por lo que es necesaria la implementación de un protocolo de actuación.



M. Segoviano Lorenzo, P. Santos Herraiz, N. Crespo Madrid, P. Rojo Portoles, C. Villalba Castaño, E. Crespo Ruperez
Servicio de Pediatría. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

ESTUDIO OBSERVACIONAL SOBRE TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN LA PRIMERA INFANCIA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Los traumatismos craneoencefálicos (TCE) constituyen una importante causa de morbimortalidad en la infancia. Nuestro objetivo es conocer y analizar las características epidemiológicas del TCE en niños de 0 a 2 años de edad que acuden a nuestro servicio de Urgencias. Valorar las causas evitables de los traumatismos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo de recogida de datos de los pacientes menores de 36 meses que acuden al Servicio de Urgencias de pediatría del Hospital Virgen de la Salud de Toledo por TCE de Agosto 2010 a Enero 2011.

RESULTADOS

Durante el período de estudio se recogieron un total de 85 pacientes que suponen un 0,7% del total de niños asistidos en Urgencias de Pediatría (11091). El 51% se concentraron entre los meses de Agosto y Septiembre, de predominio vespertino. Distribuidos por edades, un 5,8% eran menores de 1 mes, el 56,4% de entre 1 mes y 1 año, y el resto (37,6%) mayores de 1 año (media de 6 meses). Un 63,5% eran varones. La mayoría de los traumatismos se producen en el domicilio propio (73%). De los accidentes con posibilidad de evitarse (30%), un 75% no utilizaban sistemas de contención o se debieron a descuidos. En un 65,8% el mecanismo de producción fue caída de altura (cambiador, cama, escalera...). La mayoría (57,6%) estaban asintomáticos a su llegada a urgencias. Se ingresaron un 11,7% de los niños, 3 en UCIP.

CONCLUSIONES

Como en otros estudios, la mayoría de los accidentes en niños se producen en el domicilio familiar, debido sobre todo a caídas desde el mobiliario doméstico. La mayor parte corresponde a lactantes menores de un año y un gran número podrían haber sido evitados con sistemas de contención adecuados y mayor atención por parte de los cuidadores. Por ello es importante concienciar a los padres para prevenir estas situaciones.

V. Trenchs Sainz de la Maza, D. Muñoz-Santanach, A. Aparicio Coll, C. Luaces Cubells
Servicio de Urgencias. Hospital Universitari Sant Joan de Déu. Barcelona

NIÑOS PORTADORES DE VÁLVULA DE DERIVACIÓN DE LÍQUIDO CEFALORRAQUIDEO ¿POR QUÉ CONSULTAN A URGENCIAS?

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Determinar el número de consultas a Urgencias generadas por los pacientes portadores de válvula de derivación de líquido cefalorraquídeo (LCR), sus motivos de consulta y diagnósticos definitivos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo. Se incluyen todos los niños portadores de válvula de derivación de LCR que consultan al Servicio de Urgencias en un periodo de 9 meses (abril a diciembre de 2010). En el momento de la consulta se rellena una hoja de recogida de datos que incluye variables epidemiológicas, de manifestaciones clínicas, y del diagnóstico definitivo.

RESULTADOS

Se incluyen 81 pacientes (60.5% varones) con una mediana de edad de 7.1 años (P25-75: 3.7-11.4 años). Las causas más frecuentes que motivaron la colocación de la válvula fueron: hidrocefalia congénita (24, 29.6%), hidrocefalia tumoral (18, 22.2%), y hidrocefalia secundaria a prematuridad (13, 16.0%). El 91.4% de las válvulas eran ventrículo-peritoneales. Se generaron un total de 153 consultas (de 1 a 8 consultas por paciente) que corresponde a una prevalencia en 2010 del 0.21% (IC95%: 0.20-0.23). En el 77.1% existía algún síntoma potencialmente asociado a disfunción valvular siendo los más frecuentes: vómitos (48; 31.4%), cefalea (42; 27.5%) y fiebre (41; 26.8%). Los motivos de consulta más frecuentes en el resto fueron: síntomas respiratorios (12; 34.3%) y lesiones cutáneas (8; 22.9%). Los diagnósticos más frecuentes fueron infecciones respiratorias (29; 18.9%), disfunción valvular (22; 14.4%) y cefalea (17; 11.1%).

CONCLUSIONES

Los pacientes portadores de una válvula de derivación de LCR generan un número no despreciable de consultas, la mayoría de ellas presentando síntomas inespecíficos y potencialmente asociados a disfunción valvular. Sería de utilidad disponer de una escala clínica capaz de predecir la necesidad de practicar pruebas de neuroimagen.



A. Herrero Valea, A. Fernández Pérez

Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

ADECUACIÓN DE VÍAS VENOSAS PERIFÉRICAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Evaluar la adecuación de las vías venosas periféricas canalizadas en el Servicio de Urgencias de Pediatría del Hospital Universitario Central de Asturias.

Relacionar la adecuación de las vías venosas periféricas según la edad del paciente, la prioridad en la atención del Sistema de Triage Manchester, la patología y el día de la semana.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo sobre una muestra aleatoria de 180 pacientes, a los que se les canalizó una vía venosa periférica en el Servicio de Urgencias Pediátricas.

RESULTADOS

Los resultados mostraron una correcta indicación de la vía venosa periférica en el 72.2% de los pacientes.

Según la edad del paciente los porcentajes de adecuación fueron del 100% para los menores de 3 meses, del 70.7% para los niños de 3 meses a 2 años, del 81.8% para los de 2 a 5 años y del 67.1% para los de 6 a 13 años.

Según el Sistema de Triage Manchester la adecuación fue del 100% para los clasificados como rojos, del 69.5% para los naranjas, del 80.9% para los amarillos, del 68.8% para los verdes y del 100% para los azules.

Según el día de la semana se observó un porcentaje adecuado del 76.7% para los fines de semana y festivos, y del 70.1% para los días de diario.

CONCLUSIONES

El porcentaje de vías periféricas adecuadas fue similar al de otros estudios consultados, a pesar de que la gran mayoría de ellos fueron realizados sobre pacientes adultos.

Según el Sistema de Triage Manchester se observó que la adecuación de la vía venosa no está relacionada con la mayor nivel de prioridad en la asistencia.

Según el día de la semana no se apreciaron diferencias significativas, pese a que la demanda asistencial en nuestro servicio es mucho mayor durante los fines de semana y festivos.

L. Franquesa Cervantes, S. Cruz Carrasco, F. J. Martínez Arasa
Hospital de Sant Pau de Barcelona

INFORME DE ENFERMERÍA DE URGENCIAS AL INGRESO: UNA HERRAMIENTA DE COMUNICACIÓN ENTRE EQUIPOS DE ENFERMERÍA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Conocer la valoración de la nota de ingreso por parte de las/os enfermeras/os de UCI y sala de hospitalización que reciben los pacientes procedentes de urgencias de pediatría. Conocer los puntos a reforzar y/o modificar de la actual nota de ingreso.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal, descriptivo. Encuesta semi-estructurada con preguntas cortas y cerradas.

Muestra no aleatoria de conveniencia: enfermeras/os receptoras/es de los pacientes que ingresan en el hospital procedentes de urgencias.

RESULTADOS

El 77% manifiesta leer siempre la nota de ingreso. El 57% opina que ha mejorado mucho o bastante la comunicación entre los equipos de enfermería frente al 43% que opina que ha mejorado poco o nada.

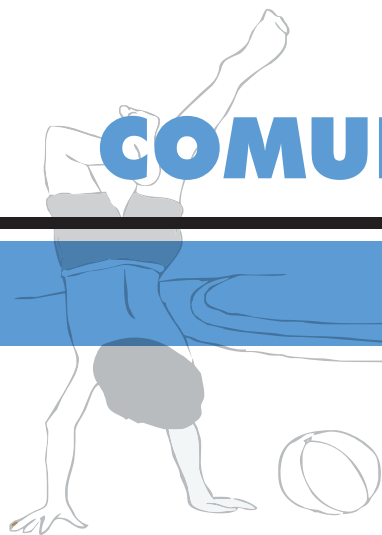
De los ítems registrados en la nota de ingreso son: Dolor, Presencia de vías venosas, Estado físico y Prescripciones médicas con una puntuación media de 8,5 sobre 10. Los menos valorados son Relación familiar y Estado psíquico con una puntuación media de 6.5.

Los aspectos nuevos propuestos son: "antecedentes", "álergias", "efectividad de los antitérmicos", "reorganización del plan de cuidados" y "anotar la medicación administrada".

El 80% cree que sería muy útil o bastante adecuado un documento informatizado más esquematizado de la nota de ingreso, frente a un 20% que cree que no sería útil.

CONCLUSIONES

Los datos encontrados nos llevan a proponer a la Dirección de Enfermería de nuestro hospital una nueva nota de ingreso ampliada y consensuada. Esta propuesta se configura en un documento donde se incluyen los ítems previamente marcados por la dirección de enfermería junto con los aspectos a añadir propuestos por la enfermería receptora de los ingresos; todo ello agrupado en un nuevo informe que pretende asegurar los cuidados de enfermería así como facilitar y asegurar tanto la cumplimentación como la lectura e interpretación de los datos.



**E. de Miguel Esteban, E. Lodosa Ayala, A. B. Segura Serrano,
I. Sáenz Moreno, I. García Muga, V. Jiménez Escobar**
Servicio de Pediatría. Hospital San Pedro. Logroño

GOLPE DE CALOR, ¿ ESTÁ SIEMPRE FAVORECIDO POR CIRCUNSTANCIAS CLIMATOLÓGICAS ADVERSAS?

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

El golpe de calor es una entidad poco frecuente en la infancia. Debe ser sospechado, cuando las circunstancias ambientales y climatológicas lo facilitan, y ser parte del diagnóstico diferencial en niños con hipertermia y clínica neurológica asociada, no explicada por otra causa. Algunas patologías y/o tratamientos pueden predisponer a su desarrollo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Niña de 8 años que acude a Urgencias por crisis convulsivas con rigidez de miembros superiores y estrabismo convergente de duración variable. Catalogándose de crisis epilépticas parciales simples en estudio.

Antecedentes personales: múltiples visitas a urgencias por quejas somáticas como epigastralgia, hipoglucemias, estudiadas por los correspondientes especialistas sin diagnóstico orgánico.

exploración neurológica inter y postcrisis normal, ausencia de estado postcrítico. Estudios hormonales, neuroimagen, neurofisiológicos y hematológicos normales.

Con la sospecha de crisis epilépticas se inicia tratamiento con diferentes antiepilépticos sin respuesta, presentando con alguno de ellos reacciones adversas y empleando incluso tratamiento iv por sospecha de status epiléptico.

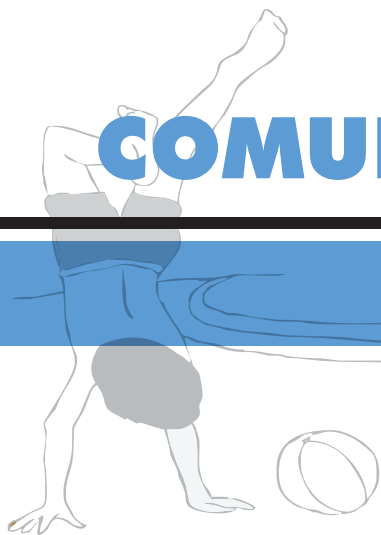
Durante su estancia en Observación en un ingreso, se registraron varias crisis inducidas por sugestión, sin alteración EEG y supresión a su voluntad. Se diagnosticó de pseudocrisis, realizándose consulta a Psicología y supresión de tratamiento antiepiléptico.

RESULTADOS

Son los eventos que más frecuentemente plantean diagnóstico diferencial con las crisis epilépticas, siendo importante reconocerlos.

El error diagnóstico supone un elevado coste social y económico: toma de fármacos con efectos adversos, múltiples exploraciones, visitas a Urgencias y a especialistas innecesarias.

Es importante pensar en estos trastornos ante niños hiperconsultadores con múltiples quejas somáticas y ante crisis epilépticas refractarias a tratamiento.



**M^a Eliana Rubio Jiménez, E. Cid París, N. López Andrés,
M^a J. Alija Merillas, G. Arriola Pereda, J. M. Jiménez Bustos**
Hospital Universitario de Guadalajara. Universidad de Alcalá.

REVISIÓN DE LOS TRASLADOS SECUNDARIOS URGENTES EN UN HOSPITAL SECUNDARIO

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

El transporte sanitario secundario urgente (TSSU) es el traslado de pacientes, generalmente críticos, que se realiza entre dos centros hospitalarios con motivos diagnósticos y/o terapéuticos. Nuestro objetivo es conocer las características de los TSS urgentes realizados desde nuestro hospital, de carácter comarcal y que carece de unidad de cuidados intensivos pediátricos (CIP). Dichos TSSU son realizados por el personal de plantilla del servicio de pediatría.

MATERIAL Y MÉTODOS

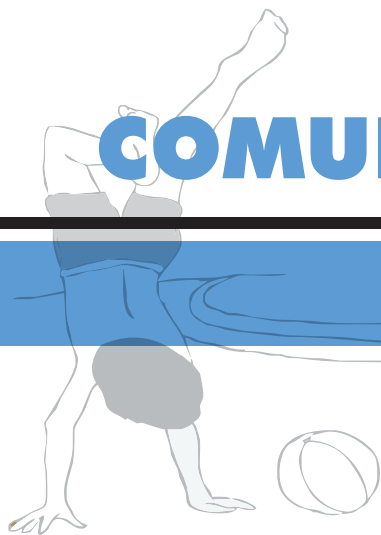
Estudio descriptivo retrospectivo, mediante revisión de informes, de los pacientes que requirieron TSSU durante los años 2009/2010. Se excluyeron los neonatos. Variables analizadas: sexo, edad, servicio de origen, día de la semana, turno horario, diagnóstico, centro receptor y características del médico que realizó el traslado.

RESULTADOS

Se realizaron 70 traslados de carácter urgente, el 75,7% desde el servicio de urgencias. La edad media era de 4,04 años. El día de la semana con mayor número de traslados fue el miércoles y la distribución por turnos fue: 45,7% tarde, 31,4% noche y 22,9% mañana. El 30% eran traumatismos severos, de los cuales el 50% eran TCE graves. El 24,3% presentaban patología neurológica, principalmente estatus convulsivo y el 17,1% eran de causa respiratoria (bronquiolitis y crisis asmáticas que requerían ventilación mecánica). La mayoría se realizaron a UCIP, aunque el 30% se derivó para cirugía pediátrica o neurocirugía. Sólo en un 14,3% de los casos el pediatra que realizó el traslado tenía formación específica en CIP. En un caso surgieron complicaciones durante el traslado.

CONCLUSIONES

De 38996 niños atendidos en el servicio de urgencias de nuestro hospital, el 0,14% precisarán TSSU, la mayoría debido a traumatismos graves (principalmente TCE) o estatus convulsivos. En cambio, los realizados desde la planta de pediatría (0,61% de los pacientes ingresados) se deben fundamentalmente a patología respiratoria grave. Aunque la mayoría del personal sanitario que realizó el traslado no posee formación específica, el número de complicaciones fue significativamente pequeño.



L. Cabrera Morente, E. Villanueva Martínez, M^a J. Simonet Lara, M^a M. Tirado Balagué, C. Sierra Córcoles, J. De la Cruz Moreno
Unidad de Gestión Clínica de Pediatría. Complejo Hospitalario de Jaén.

TRASTORNOS PAROXÍSTICOS NO EPILÉPTICOS EN URGENCIAS, UN RETO DIAGNÓSTICO

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

El golpe de calor es una entidad poco frecuente en la infancia. Debe ser sospechado, cuando las circunstancias ambientales y climatológicas lo facilitan, y ser parte del diagnóstico diferencial en niños con hipertermia y clínica neurológica asociada, no explicada por otra causa. Algunas patologías y/o tratamientos pueden predisponer a su desarrollo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 12 años, afecta de obesidad y síndrome ansioso en tratamiento con Topiramato y Fluoxetina. Consulta tras presentar pérdida de conciencia de 2 minutos de duración, seguida de desorientación, agitación e hipertermia (42°C axilar). Se encontraba caminando por el monte en el mes de julio, por la mañana, provista de agua y protegida del sol con adecuado vestuario. exploración física: glasgow 13 (respuesta ocular 3, respuesta verbal 4, respuesta motora 6), con pupilas normales, sin otra focalidad neurológica; resto normal. Se realiza hemograma, bioquímica, creatin-kinasa y PCR normales; estudio de tóxicos en orina negativo. En Urgencias presenta evolución favorable, recuperando el glasgow 15 en menos de 2 horas, y disminuyendo temperatura, por lo que se decide ingreso en observación, postponiendo el resto del estudio (neuroimagen y estudio de líquido cefalorraquídeo), que no fue necesario al permanecer asintomática. El electroencefalograma fue normal. Se sospechó un golpe de calor, favorecido por el Topiramato, ya que las condiciones ambientales no justificaban la aparatosidad del cuadro.

RESULTADOS

El golpe de calor corresponde a una alteración de la termorregulación, y puede producir afectación multisistémica, con elevada mortalidad. Se debe incluir en el diagnóstico diferencial de niños con encefalopatía aguda y fiebre, que mejoran al controlar la temperatura, cuando las circunstancias ambientales y los antecedentes pueden justificarlo, siendo su diagnóstico de exclusión. En nuestro caso, el Topiramato, que actúa bloqueando la anhidrasa carbónica, pudiendo producir xerosis, anhidrosis e hipertermia, y la obesidad predispusieron el cuadro, que fue leve y autolimitado.



Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Materno Infantil Virgen de las Nieves de Granada.

**B. Ruiz Cobos, I. Medina Martínez, E. Conde Puertas,
M. Muñoz García, C. Carreras Blesa, M. Medina Navarro**

ACTUACIÓN EN URGENCIAS DEL HOSPITAL VIRGEN DE LAS NIEVES EN LA EPIDEMIA DE SARAMPIÓN DE 2010 EN GRANADA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

En el mes de Octubre de 2010, en Granada, se detectan 2 casos sospechosos de sarampión que 48 horas después fueron confirmados. Tras analizar los vínculos epidemiológicos y la asociación de estos con visitas realizadas a nuestro hospital, nos planteamos crear un circuito de aislamiento y detección rápida de casos sospechosos en urgencias. Queremos describir la actuación clínica y las medidas de aislamiento tomadas en urgencias de pediatría de nuestro hospital durante el brote entre octubre y diciembre de 2010.

MATERIAL Y MÉTODOS

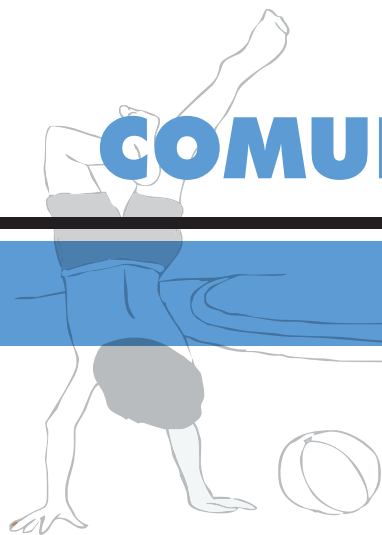
Se ha realizado un seguimiento a 45 pacientes con sospecha de sarampión que acuden a urgencias de pediatría de nuestro hospital durante octubre a diciembre de 2010. Para la recogida de los datos se ha utilizado la Historia de salud digital. Las variables analizadas fueron: nivel de clasificación, destino del paciente, PCR sarampión en aspirado faríngeo y orina, serología viral, medidas de aislamiento, tratamientos prescritos y notificación de alerta sanitaria. Para el análisis de los datos se ha empleado el programa SPSS v18. Media, mediana y desviación típica para variables cuantitativas y tablas de frecuencia y porcentajes para variables cualitativas.

RESULTADOS

Se recogen 36 casos de sedación-analgésia llevados a cabo en urgencias. La edad media de los pacientes fue de 7.4 años (desviación típica 3.6). El procedimiento que se llevó a cabo con más frecuencia bajo sedación-analgésia fue la reducción de fracturas (47.2%), seguido de la sutura de heridas (16.7%). La medicación que se empleó con más frecuencia fue el óxido nítrico inhalado (33.3%) y la combinación de midazolam y ketamina intravenosas (33.3%). En un 19.4% se observaron efectos secundarios, siendo todos ellos menores. El nivel de sedación fue satisfactorio en 75% de los que se empleó óxido nítrico inhalado y en el 100% de los que se usó midazolam y ketamina. Tras la sedación el 63.9% de los pacientes fueron dados de alta, con una estancia media en urgencias tras la técnica de 31.5 minutos.

CONCLUSIONES

En nuestro medio es una técnica segura, fiable y es percibida como positiva por los especialistas que la llevan a cabo. Es importante la formación del personal en esta técnica y la sensibilización por parte de los especialistas en la necesidad de evitar el dolor.



**S. Borlán Fernández , S. Argemí Renom, F. Travería Casanova,
L. Marzo Checa, L. Calvo Naharro, R. Baraibar Castello**
Servicio urgencias de pediatría, Hospital de Sabadell, Sabadell

LESIONES TRAUMÁTICAS DE LOS DEDOS DE LA MANO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Conocer el tipo de lesiones traumáticas del dedo que se presentan en urgencias y evaluar su manejo por parte del pediatra para detectar posibles necesidades formativas y organizativas.

MATERIAL Y MÉTODOS

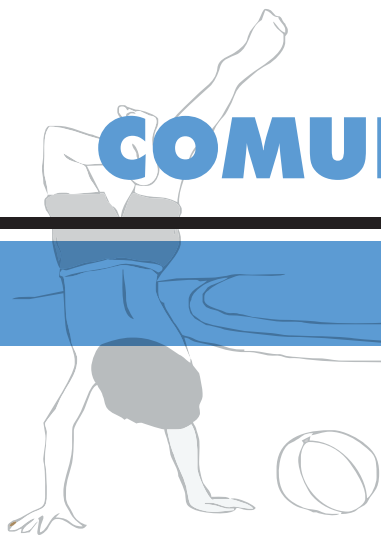
Se realiza un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de todos los pacientes de 0 a 16 años que acudieron al Servicio de Urgencias por lesión traumática del dedo durante los meses de Enero a Marzo del año 2010. Se recogieron datos personales y referentes a la visita y manejo; analizándose mediante SPSS 15.0.

RESULTADOS

Se incluyeron en el estudio un total de 203 pacientes cuyo motivo de consulta fue el traumatismo aislado de los dedos. La edad media fue de 9,7 años con mayor prevalencia (52,2%) en edad escolar (6-12a); siendo el 61% de sexo masculino. La principal causa fue el accidente casual (75,9%), seguido del deportivo (21,7%). La lesión más frecuente fue la contusión (44,3%), seguido de las capsulitis (25,6%), fracturas (12,3%) y heridas (15,8%). Se realizaron 164 radiografías siendo normales el 65%, y de las consultadas a traumatología el 60% no presentaba alteraciones. Se consultó con traumatología el 27,1% de los casos (27,3% dudas radiológicas y 72,7% manejo), el 81,3% fueron dados de alta por pediatría y un 18,7% por traumatología (100% lesiones tendinosas, 64% fracturas, 53,2% heridas, 50% lesiones ungueales, 1,9% de las capsulitis y 1,1% contusiones). No se han encontrado diferencias significativas en el número de radiografías solicitadas y su evaluación, ni en el número de consultas a traumatología entre médicos residentes y adjuntos.

CONCLUSIONES

Es necesario implementar la formación del pediatra (residente y adjunto) en el ámbito de la traumatología, haciendo especial hincapié en los criterios de solicitud e interpretación de la radiología.



COMUNICACIONES POSTER

ORDEN 256

**T. Forcada Martín, M. García Díaz, M. Conde Olivan,
I. Blanco Lacruz, Nieves Barrio Palomar, A. La-Torre Izquierdo**
H.U. Miguel Servet de Zaragoza

PERFIL DEL PACIENTE ATENDIDO EN NUESTRA UNIDAD DE OBSERVACIÓN

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Cuantificar y clasificar el tipo de pacientes ingresado en Observación de Urgencias Pediátricas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo que analiza del total de pacientes atendidos en urgencias del 1 de febrero al 31 de diciembre de 2010. Cuáles ingresaron en observación, tiempos de ingreso, relación con nivel de gravedad, flujos horarios y destino final utilizando para las variables cuantitativas la media y desviación típica y para las cualitativas frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS

Población estudiada $n= 40.990$, pasaron a observación $2.125(5,2\%)$.

De 2.125 pacientes 1.234 eran niños ($58,1\%$) y 891 niñas ($41,9\%$).

Distribución según nivel de triaje: 16 con nivel I ($0,8\%$), 884 nivel II($41,6\%$), 872 nivel III(41%), 307 nivel IV($14,4\%$) y 46 nivel V($2,2\%$).

Según rango de edad: menos de 1 mes: $80(3,8\%)$, 1 a 12 meses: $380(17,9\%)$, 1 a 3 años: $497(23,4\%)$, 3 a 10 años: $712(33,5\%)$, 10 a 14años: $362(17\%)$ y 14 a 16 años: $94(4,4\%)$.

Según destino final: 33 derivados a Consultas Externas ($1,6\%$), 1.348 alta a domicilio ($63,4\%$), 741 ingresados en planta ($34,9\%$), 2 triados no tratados ($0,1\%$) y 1 alta voluntaria.

Tiempo de estancia media por áreas de trabajo:

Boxes: 25.872 válidos y 9.580 perdidos, media: $1,03$ horas, mediana: 1 y desviación típica: $3,634$.

Sala de Observación: 1476 válidos y 649 perdidos, media: $5,68$ horas, mediana: $4,50$ y desviación típica: $3,783$.

CONCLUSIONES

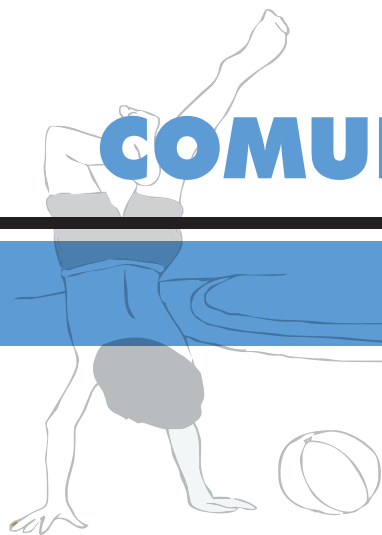
Apreciamos que más niños que niñas ingresan en observación.

Un $82,6\%$ de los niños en observación fueron triados con niveles II y III.

La edad comprendida entre 1 y 10 años supone el $56,9\%$ de los ingresos.

La mayor parte de los pacientes ($64,99\%$) fueron derivados a domicilio-consultas externas frente al $34,87\%$ que fue ingresado.

El mayor número de pacientes permaneció en la sala de observación entre 2 y 5 horas.



J. Melgar Pérez, E. Lombrana Álvarez, L. Calle Miguel, C. Iñesta Mena, C. Del Busto Griñon, G. Solís Sánchez
Servicio de Pediatría. Hospital de Cabueñes. Gijón. *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

INFLUENCIA DE LA CONTAMINACIÓN AMBIENTAL EN LOS EPISODIOS DE BRONCOESPASMO

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Conocer la posible influencia de variables de calidad del aire en el número de casos de broncoespasmo diagnosticados en la unidad de urgencias de un Hospital cabecera de Área Sanitaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Niños diagnosticados de broncoespasmo (bronquiolitis, bronquitis espástica, síndrome disneizante y asma) en las Urgencias de Pediatría del Hospital de Cabueñes desde 1-1-99 a 31-12-08. Bases de datos del Servicio de Codificación del hospital. Datos diarios de SO₂, NO₂, CO, PM₁₀ y Ozono en aire ambiente del Ayuntamiento de Gijón.

RESULTADOS

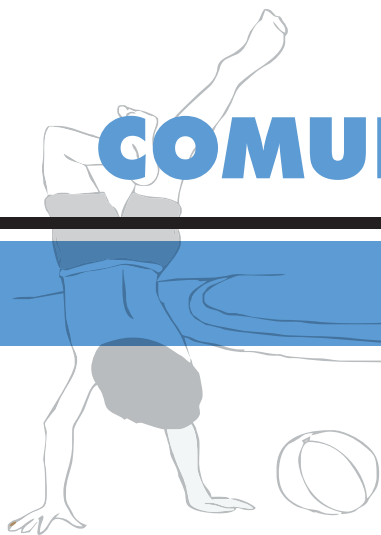
El número de casos de broncoespasmo diagnosticados se relaciona con las cifras de SO₂, de NO₂, de CO y Ozono del mismo día, pero no con la de PM₁₀.

Dividiendo los días según los intercuartiles de NO₂, CO y Ozono, encontramos diferencias significativas en el número total de casos de broncoespasmo diagnosticados ($p < 0,05$). No encontramos diferencias estadísticamente significativas dividiendo los días según los intercuartiles para las variables de SO₂ y PM₁₀. Encontramos diferencias en los casos de broncoespasmo diagnosticados entre los días con NO₂, CO y Ozono mayor o menor del percentil 90, pero no para SO₂ ni para PM₁₀.

En el análisis multivariante tipo regresión lineal múltiple, tomando como variable resultado los casos de broncoespasmo diagnosticados en el día y como variables independientes o predictoras las concentraciones de SO₂, NO₂, CO, PM₁₀ y Ozono, todas ellas permanecen en el modelo final salvo la NO₂.

CONCLUSIONES

Las concentraciones diarias de SO₂, NO₂, CO, PM₁₀ y Ozono del aire ambiente influyen en el número de casos de broncoespasmo diagnosticados en una unidad de Urgencias hospitalaria de Área Sanitaria.



**S. Copete Piqueras, M. López Molina, J. V. Sotoca Fernández,
I. Flores Moreno, J. Manuel Ortiz Egea, M. Mendez Llatas**
Complejo Hospitalario Universitario de Albacete

MANEJO MULTIDISCIPLINAR DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS DIAGNOSTICADOS DE CELULITIS PRESEPTAL U ORBITARIA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Analizar las características clínicas y epidemiológicas de nuestra casuística de pacientes ingresados desde el Servicio de Urgencias Pediátricas con el diagnóstico de celulitis preseptal u orbitaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

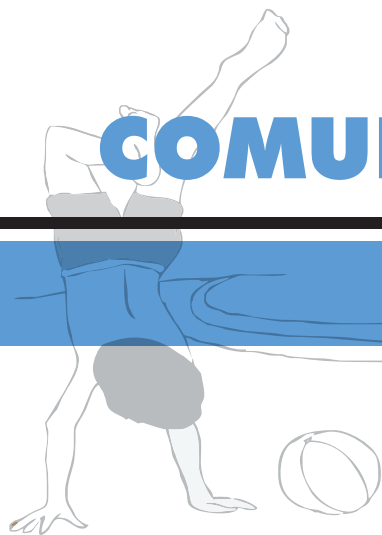
Estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de historias de pacientes < 14 años ingresados en nuestro centro (desde Pediatría o desde Oftalmología) con diagnóstico de celulitis preseptal u orbitaria entre 01/01/2005 y 31/12/2010. Los criterios de ingreso fueron: < 5 años, presencia de fiebre, celulitis preseptales graves o de mala evolución y/o diagnóstico de celulitis orbitaria.

RESULTADOS

Total de 23 pacientes (11 varones y 12 mujeres). Edad media de 3 años y 6 meses (rango: 1 mes - 12 años), siendo el 78% < 5 años. 17 pacientes recibieron el diagnóstico de celulitis preseptal y 6 de celulitis orbitaria. Todos seguían el calendario vacunal correspondiente a su edad (61% han recibido anti-neumocócica). El 50% presentaron fiebre al ingreso. El 83% de las celulitis orbitarias presentan foco infeccioso ORL, presentando alteraciones de motilidad ocular 2 de los mismos. Se realizó hemocultivo a 14 pacientes, siendo el 14% positivo para *S. pyogenes*, mientras que en 9 se realizó cultivo de exudado conjuntival (66% positivos). Todos los pacientes recibieron precozmente tratamiento mediante antibiótico β -lactámico intravenoso, asociando, en un 60%, otro antibiótico. 3 pacientes recibieron corticoides intravenosos. La duración media del ingreso fue de 5,7 días (rango: 2 - 20 días). No se objetivaron complicaciones graves de la enfermedad.

CONCLUSIONES

Las celulitis orbitarias requieren seguimiento intensivo, precisando tratamiento antibiótico precoz para disminuir complicaciones. El manejo de las celulitis preseptales es controvertido, pudiendo plantearse un tratamiento ambulatorio con seguimiento multidisciplinar (Oftalmología y Pediatría) en muchos de los pacientes.



**J. Trujillo Wurttele, R. Velasco Zuñiga, I. Mulero Collantes,
E. Dulce Lafuente, I. Sevillano Benito, S. Calderón Rodríguez**
Hospital Universitario del Río Hortega

ITU EN NIÑOS DE 1 A 3 MESES. ¿Y SI SE VAN A CASA?

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La infección urinaria (ITU) es la infección bacteriana potencialmente grave más frecuente en lactantes. Las guías clínicas recomiendan el ingreso de los pacientes menores de tres meses por el riesgo de desarrollar complicaciones. En este estudio queremos ver la incidencia de complicaciones en los niños de entre 29 y 90 días de vida.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se recogieron datos de las historias clínicas de los niños de este rango de edad ingresados por ITU en nuestro hospital desde el 1 de Enero del 1994. Se dividieron en dos grupos en función de que presentaran algún factor de riesgo (mal estado general al ingreso, ingreso previo, prematuridad, malformación renal o enfermedad crónica), y se cuantificaron las complicaciones (bacteriemia, sepsis, meningitis, éxitus) que desarrollaron si las hubiese.

RESULTADOS

Se recogieron datos de 123 pacientes. 93 fueron varones (75,6%) y 30 mujeres (24,4%).

La media de días de ingreso fue 5,19 (DE \pm 2,57). El germen más frecuentemente aislado fue el E. coli (85,4%)

86 (69,9%) de los pacientes no tenían ningún factor de riesgo, mientras que 37 (31,1%) sí lo tenían. Los más frecuentes fueron el ingreso previo (12,2%) y las malformaciones de la vía urinaria (10,6%)

Un 8,9% del total de los pacientes desarrolló complicaciones. 5 (5,8%) pacientes dentro del grupo sin factores de riesgo, y 6 (16,2%) dentro del grupo con factores de riesgo.

CONCLUSIONES

Pese a que es una fase preliminar del estudio, dado el bajo índice de complicaciones, las cifras hacen pensar que en lactantes de entre 1 y 3 meses de vida, sin factores de riesgo asociado, sería una conducta aceptable el alta con una dosis de antibiótico parenteral y vigilancia ambulatoria estricta.

M^{ra} Migoya Méndez, N. Iglesias Fernández., R. Eugenia Menéndez Ordás
Hospital de Cabueñes. Gijón.

DEMANDA DE ATENCIÓN URGENTE A NIÑOS PREMATUROS DURANTE LOS DOS PRIMEROS AÑOS DE VIDA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Describir las visitas realizadas al Servicio de Urgencias del Hospital de Cabueñes de Gijón de los niños prematuros nacidos en el año 2007, durante los dos primeros años de vida.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión descriptiva y retrospectiva de la demanda de consulta urgente hospitalaria de los niños prematuros nacidos en el año 2007 en el Hospital de Cabueñes. Se analizaron los datos del historial de Urgencias hasta fin del 2009.

RESULTADOS

Durante 2007 de los 2272 recién nacidos vivos, 142 fueron prematuros: el 47.1% de 36-35 semanas de gestación, 28.8% 34-33 semanas; 4.9% semana 32-31; 2.8% semana 30-29; 6.3% semana 28-27; 3.5% semana 26-25.

El 31% de los pacientes no visitó Urgencias en el tiempo analizado.

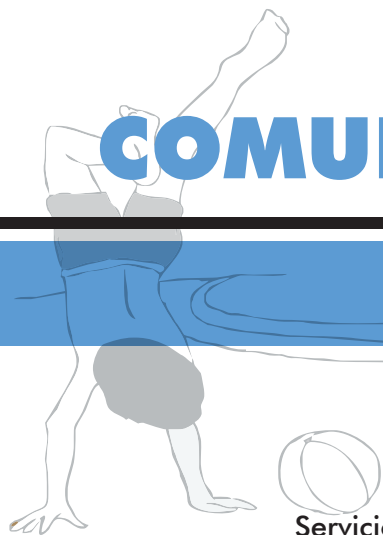
Del 69% que visitó Urgencias, el 40.1% lo hizo durante los 6 primeros meses de vida, el 48.2% entre 6 y 12 meses y el 48.2% entre 1 y 2 años. Del total de pacientes que consultaron 8 fueron prematuros de 33 a 36 semanas de gestación, 1 de 29 semanas y 2 de 27 semanas.

Hubo un total de 576 visitas, con una media de 2 entre el nacimiento y el año ,y de 3 visitas entre 1-2 años. Se contabilizaron 141 de 8 a 15h, 193 de 15 a 22h y 99 de 22 a 8h. Las causas más frecuentes de consulta se debieron a motivos respiratorios y a fiebre.

Hubo un total de 64 ingresos (11.1% de las consultas a Urgencias).

CONCLUSIONES

Los niños prematuros sufren mayor fragilidad en los primeros meses de vida. Esto provoca acudan a urgencias durante los 2 primeros años de vida, principalmente por patología respiratoria. Es más frecuente que acudan al hospital durante las horas de la tarde. La solicitud de asistencia urgente se distribuye de manera uniforme durante todo el año. No observamos relación entre el grado de prematuridad y frecuentación a urgencias.



**M^a del Fresno Valencia, M. Rigal Andrés, R. Núñez Ramos,
A. Palacios Cuesta, M. Marín Ferrer, C. Carpio García**

Servicio de Urgencias Infantiles, Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid

MANEJO AMBULATORIO DE LA INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO: RESISTENCIAS Y SIGNIFICACIÓN CLÍNICA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Evaluar la respuesta in vivo de los uropatógenos a los antibióticos a los que son resistentes in vitro.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio longitudinal prospectivo con datos de urocultivos realizados a pacientes que acudieron a la urgencia pediátrica de un hospital terciario a lo largo de cuatro meses. Se seleccionaron aquellos casos con crecimiento bacteriano significativo en el urocultivo y que fueron dados de alta con tratamiento antibiótico empírico según el protocolo establecido. Se recogieron datos del antibiograma, clínicos, epidemiológicos y analíticos de los pacientes. Tras el resultado del urocultivo, el médico de urgencias realizó una llamada en la que modificó o no el tratamiento. Se llamó de nuevo a los 6-8 días para valorar persistencia de síntomas y cumplimiento terapéutico.

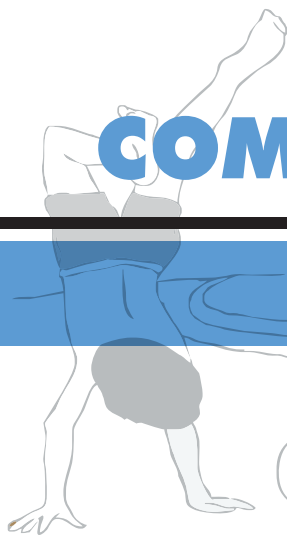
RESULTADOS

Se incluyeron 72 urocultivos positivos recogidos de forma estéril. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la resistencia in vitro al tratamiento y la persistencia de síntomas; sí entre la resistencia y el cambio de antibiótico.

Sólo el antecedente de infección del tracto urinario (ITU) se relacionó con la resistencia al antibiótico, mientras que la edad inferior a 6 meses se asoció a clínica persistente. En ninguno de los 34 casos de ITU febril las bacterias responsables fueron resistentes a su tratamiento y solo en uno persistió la clínica.

CONCLUSIONES

La resistencia de los uropatógenos a los antibióticos según el antibiograma no siempre se correlaciona con la respuesta clínica. Recomendamos seguir especialmente a los pacientes que han presentado ITUs previas y a los menores de 6 meses con tratamiento ambulatorio, ya que presentan mayor riesgo de resistencia bacteriana y/o de que persista la clínica.



M. del Cacho, Violeta Román Barba, M^a D. Martínez Jiménez, J. C. López-Menchero Oliva, M. Ludeña del Río, J. Pareja Grande
Servicio de Urgencias de Pediatría. Unidad de cuidados intensivos de Pediatría.
Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real.

GOLPE DE CALOR EN PACIENTE EN TRATAMIENTO CON TOPIRAMATO

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

El golpe de calor consiste en la elevación de la temperatura corporal por encima de 40.6°C con signos de disfunción neurológica. El topiramato, utilizado para el tratamiento profiláctico de las migrañas, produce trastornos de la termorregulación al interferir en la regulación de pérdida de calor mediante evaporación.

Presentamos una niña de 11 años, en tratamiento por topiramato, que presentó un golpe de calor tras ejercicio físico en época estival.

MATERIAL Y MÉTODOS

Niña de 11 años que tras 90 minutos de ejercicio intenso, en horas de máximo calor, presentó mareo sin pérdida de consciencia. exploración: estuporosa, escasa reacción a estímulos, temperatura rectal 40.8°C, tensión arterial 70/30, taquicardia 170 lpm. Posteriormente bradipsíquica, lenguaje incoherente, descoordinación motriz y disminución de fuerza en los 4 miembros. A su ingreso en UCIP destacaban creatinina 1mg/dl, urea 46 mg/dl, CPK 643, CKMB 17.1 ng/ml, troponina 0.31 ng/ml, bicarbonato 13 mmol/L, EB -10.6. A partir del segundo día de ingreso elevación de transaminasas, máximos: GOT 928 UI/L, GPT 1236 UI/L y CPK hasta 978 UI/L, con descenso posterior hasta su normalización. Hematuria y proteinuria microscópicas. TAC craneal y ecografía abdominal sin hallazgos patológicos.

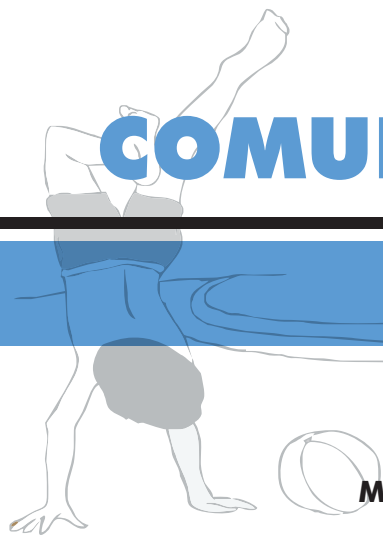
La paciente recibió enfriamiento mediante SSF, consiguiéndose descenso de la temperatura hasta 38.2°C, tratamiento de soporte y sintomático, con evolución satisfactoria y recuperación clínica y analítica completas.

RESULTADOS

El golpe de calor es una emergencia médica con una mortalidad de hasta el 70% que requiere un tratamiento precoz por sus múltiples consecuencias, que van desde la afectación neurológica leve hasta el fallo multiorgánico.

Un efecto adverso del topiramato es la disminución de la sudoración y la consecuente elevación de la temperatura corporal.

Los paciente en tratamiento con topiramato deberían ser advertidos del riesgo aumentado de golpe de calor al realizar ejercicio físico con temperaturas ambientales elevadas.



**M. Gómez García de la Banda, L. Martí Cosconera,
M. Plana Fernández, A. Gairí Burgues, Z. Ibars Valverde, E. Solé Mir**
Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida

INTRODUCCIÓN DEL ÓXIDO NITROSO EN NUESTRAS URGENCIAS PEDIÁTRICAS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

El óxido nitroso es un gas que tiene efectos analgésicos, ansiolíticos y amnésicos. Se utiliza una mezcla de óxido nitroso/oxígeno al 50%. En estas concentraciones el gas provoca alivio del dolor y la ansiedad, produciendo una sedación consciente que permita al paciente colaborar en todo momento.

Describimos nuestra experiencia tras la introducción del óxido nitroso inhalado en procedimientos realizados en nuestras urgencias pediátricas durante 6 meses (julio-diciembre 2010).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo que incluye 41 casos tratados con óxido nitroso en las urgencias pediátricas de nuestro centro. Obtención de datos mediante una encuesta realizada al finalizar los procedimientos.

RESULTADOS

Se incluyen 41 niños de entre 15 y 167 meses (mediana de 70,5 meses). Usado en 4 tipos de procedimientos, siendo el más frecuente la sutura de heridas (90%). El tiempo medio de duración fue de 7,5 minutos (rango 4-14 minutos) con un promedio de 14 minutos desde el final del mismo hasta el alta del paciente.

Se observaron efectos secundarios en 2 niños (5%), leves y autolimitados (euforia y vómitos), no precisando la suspensión del procedimiento.

Respecto al grado de satisfacción, el 78% de los familiares expresaron estar muy satisfechos, mientras que en el personal facultativo este porcentaje llegó al 90%.

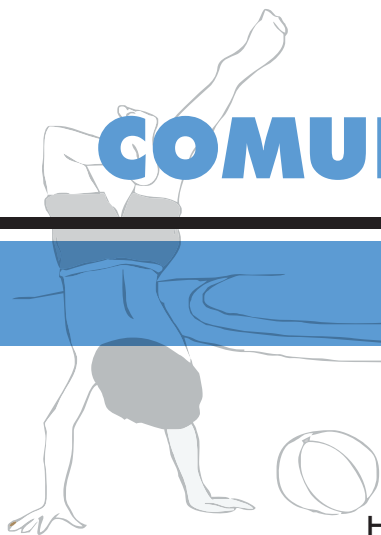
No hemos encontrado diferencias entre las dos presentaciones existentes.

CONCLUSIONES

En nuestra experiencia, el óxido nitroso inhalado es un fármaco eficaz y seguro, útil para aliviar el dolor y la ansiedad que ciertos procedimientos de urgencias pediátricas pueden causar a los niños.

La mayoría de los padres aceptarían la reutilización en caso de necesitar una nueva realización del procedimiento.

La sedación consciente mediante óxido nitroso proporciona un ambiente óptimo que beneficia tanto al paciente como al personal facultativo.



**R. Berzosa López, S. Díaz Parra, P. Sánchez Yáñez,
E. García Requena, S. Oliva Rodríguez-Pastor, R. Gil Gómez**
Hospital Carlos Haya. Unidad de cuidados intensivos y urgencias pediátricas

HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA DE DIAGNÓSTICO TARDÍO

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Hernia diafragmática congénita (HDC), originada por la ausencia o defecto en la estructura del diafragma: la membrana pleuroperitoneal posterolateral (hernia de Bochdalek) o el tabique transversal dorsal (hernia de Morgagni). La incidencia es de 1/2000 recién nacidos vivos. Las de Bochdalek son más frecuentes (80-90% en lado izquierdo), constituyendo las de Morgagni la minoría (90% en lado derecho). Entre las hernias de diagnóstico tardío la que se presenta con más frecuencia es la de Morgagni, siendo solo un 5% las de Bochdalek.

MATERIAL Y MÉTODOS

Caso 1. Niña, 8 años, afecta de S. de Down, con fiebre de hasta 38.5 ° C de 5 días de evolución, tos productiva e hiporexia. Se realizó radiografía de tórax apreciándose proceso neumónico en LID y asas intestinales en hemitórax izquierdo, comprobándose mediante ecografía y TAC que se trataba de una hernia diafragmática izquierda de Morgagni. Fue intervenida con buena evolución posterior.

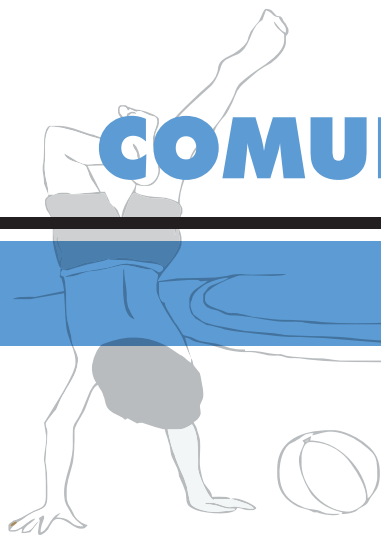
Caso 2. Niña, 3 años, sin antecedentes de interés, remitida por su pediatra por imagen patológica persistente en radiografía de tórax desde hace 8 meses. Previamente diagnosticada de neumonía de LII 2 veces. La radiografía de tórax mostraba elevación posterior del hemidiafragma izquierdo. La ecografía y TAC demostraron una herniación intratorácica del colon y riñón izquierdo compatible con hernia de Bochdalek.

RESULTADOS

La HDC de presentación tardía tiene multitud de manifestaciones clínicas, agudas y crónicas, respiratorias y gastrointestinales; haciendo el Diagnóstico difícil.

En ocasiones la HDC es un hallazgo casual, descubierta al realizar una radiografía de tórax por otro motivo.

Una radiografía de tórax previa normal no descarta el diagnóstico, ya que la herniación del contenido abdominal puede ocurrir postnatalmente sobre un defecto anatómico congénito previo.



**E. Llerena Santa Cruz, S. Pié Raventós, I. Oltean,
I. Sánchez Bueno, S. Jullien, Ll. Mayol Canals**
Hospital General Universitario Gregorio Marañón

HIPONATREMIA GRAVE: UN TRASTORNO IMPORTANTE EN PATOLOGÍAS FRECUENTES DE LA URGENCIA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La hiponatremia es el trastorno hidroelectrolítico más frecuente en pacientes pediátricos que acuden a urgencias. El objetivo de nuestro estudio es describir las características clínicas de los pacientes con hiponatremia grave ($\text{Na} < 125$ mmol/L) atendidos en el Servicio de Urgencias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo basado en la revisión de historias clínicas de urgencias con hiponatremia grave, desde Abril 2008 a Enero 2011. Se analizaron variables demográficas, clínicas y analíticas. Los resultados fueron analizados con el SPSS 16.0.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 52 pacientes, con una mediana de edad de 12 meses (73% mujeres). En un 17.3% la cifra de Na fue < 120 mmol/L. La hiponatremia fue sintomática en 38.5%, siendo las manifestaciones clínicas más frecuentes la convulsión y alteración del nivel de conciencia, con una relación directamente proporcional al grado de hiponatremia ($p=0.007$). En la mayoría de los casos se realizó reposición con sueroterapia (55.8%), precisando en un 3.8% suero salino hipertónico al 3% y el 5.8% se trató con restricción hídrica. La etiología más frecuente fue la patología gastrointestinal (44%), seguido del síndrome de inadecuada secreción de ADH (9.6%), demostrándose error de laboratorio en 11.5%. Requirieron ingreso 36 pacientes, 8 de ellos en UCIP y 5 precisaron intubación. Se observó una relación estadísticamente significativa del grado de hiponatremia con el ingreso en UCIP ($p=0.032$). Se objetivó recuperación neurológica en las primeras 12 horas en 77.3%.

CONCLUSIONES

Es importante identificar y confirmar las alteraciones iónicas en los pacientes asistidos en urgencias, ya que la hiponatremia grave puede tener una repercusión neurológica importante, y su tratamiento precoz puede evitar ingresos en cuidados intensivos, mejorando el pronóstico vital del paciente.

L. B. Ortiz San Roman, R. Herraiz Cristobal, A. Romero Otero, M. P. Cobo Elorriaga
Hospital General Universitario Gregorio Marañón

PRESENTACIÓN INUSUAL DE MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA INTRACRANEAL EN PACIENTE PSIQUIÁTRICO

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Exposición de un caso inusual de síndrome confusional agudo como debut clínico de una Malformación arteriovenosa (MAV) intracraneal.

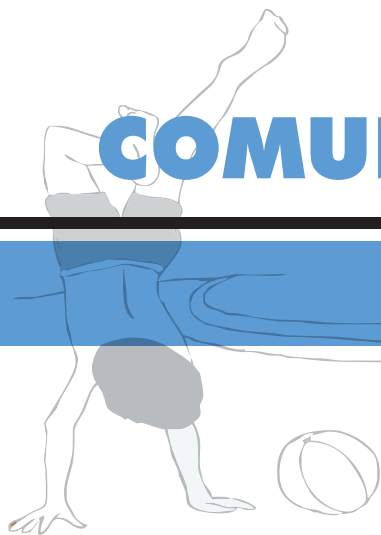
MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 10 años trasladado por el SUMMA al Servicio de Urgencias por episodio de cefalea de presentación brusca, nivel de conciencia fluctuante y lenguaje incoherente. Sin antecedentes de traumatismo craneoencefálico ni fiebre. Entre sus antecedentes personales destaca seguimiento por episodios de alucinaciones terroríficas y crisis de pánico. A su llegada presenta regular estado general, palidez de piel e hiperdiaforesis. Se registran constantes normales y a la exploración se aprecia Glasgow de 11-12, fluctuación del nivel de conciencia con tendencia al sueño y lenguaje incoherente como respuesta a la estimulación verbal. Disminución, simétrica y generalizada, de la fuerza en las cuatro extremidades (3/5), con resto de la exploración neurológica normal. Tras estabilización del paciente en la sala de exploración, se realiza TAC urgente evidenciándose la presencia de una malformación vascular de alto flujo, fronto-temporo-parietal izquierda, sin signos de sangrado activo. Se traslada a UCIP donde permanece hasta la recuperación del estado de conciencia normal. Se realizaron angioRM y angiografía, con diagnóstico final de MAV de alto flujo insular izquierda grado IV de Spetzler-Martín y MAV grado I en convexidad parietal derecha.

RESULTADOS

La hemorragia (50-60%) y las crisis convulsivas (28-46%) son las formas de presentación clínica más frecuentes de las MAV en pacientes pediátricos.

Nuestro paciente, con antecedentes psiquiátricos, fue diagnosticado de MAV tras episodio de síndrome confusional agudo. Con este caso queremos poner énfasis en la importancia de tener en cuenta las alteraciones del estado de conciencia en los pacientes psiquiátricos y la dificultad de su manejo, debiendo tener siempre, en cuenta, la posibilidad de patología orgánica responsable.



**E. Llerena Santa Cruz, S. Pié Raventós, I. Oltean,
I. Sánchez Bueno, S. Jullien, Ll. Mayol Canals**
Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta. Girona

VÓMITOS INCOERCIBLES. A PROPÓSITO DE UN CASO

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Los vómitos incoercibles en pediatría son un reto clínico diagnóstico. Una gran cantidad de patologías (gastrointestinales, neurológicas, renales, psiquiátricas, y de otros sistemas) pueden debutar con clínica de vómitos entre sus manifestaciones principales.

MATERIAL Y MÉTODOS

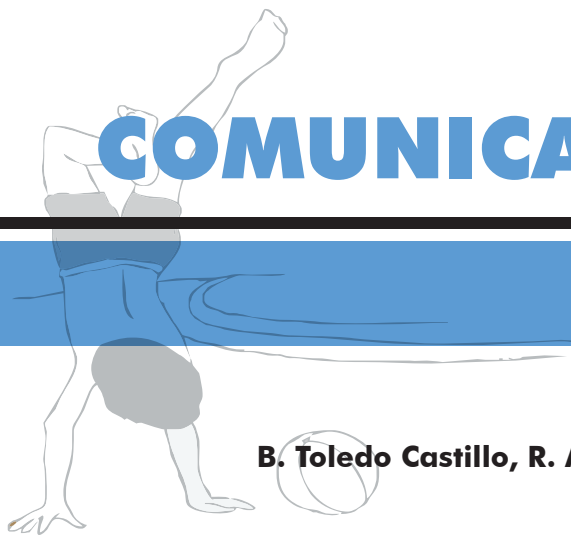
Motivo de consulta: paciente de 10 años con vómitos alimentarios de 7 días de evolución acompañados de dolor abdominal cólico localizado en fosa ilíaca izquierda. No fiebre, cefalea, estreñimiento, no pérdida de peso reciente. exploración física: peso:36kg (P50), resto de constantes normales. Abdomen blando, doloroso a la palpación profunda en fosa iliaca izquierda, no signos de peritonismo. No visceromegalias, peristaltismo conservado. No signos meníngeos. Fondo de ojo normal.

Evolución y tratamiento: hemograma, ionograma, amilasa, función hepática y renal conservadas. Radiografía y ecografía abdominal normales.

Inicia dieta absoluta, sueroterapia y ranitidina endovenosa. Remiten los vómitos pero al iniciar tolerancia oral, reaparece la clínica. Antígeno *Helicobacter pylori*, coprocultivo y parásitos en heces negativos. Resonancia magnética intestinal (RM): primera y segunda porción duodenal distendidas, tercera asa comprimida. AngioRM: Ángulo aortomesentérico entre 35 a 40°. Distancia arteria mesentérica superior-aorta, a nivel del duodeno, de 6mm. Diámetro de la tercera porción duodenal disminuido. Se diagnostica de síndrome de arteria mesentérica superior, se reinicia la dieta en forma progresiva y lenta con mejoría de la clínica.

RESULTADOS

El síndrome de la arteria mesentérica superior debe ser considerado como posibilidad diagnóstica en todo niño con dolor abdominal crónico, pérdida de peso y escoliosis. Su incidencia se desconoce. Los factores obstructivos que lo causan son: un ángulo de origen agudo de la arteria mesentérica superior menor de 20 grados y duodeno en posición anormalmente alta y fijo, ambas situaciones favorecidas por la disminución de la grasa retroperitoneal. El diagnóstico se confirma con una angioRM intestinal. El tratamiento inicial es conservador o quirúrgico según su evolución.



B. Toledo Castillo, R. Álvarez García-Rovés, M. Augusta Gil-Ruiz Gil-Esparza, M. Peinador García, M. Hernández Sampelayo
Hospital General Universitario Gregorio Marañón

CEREBELITIS POSTINFECCIOSA: 2 CASOS CON NEUROIMAGEN COMPATIBLE

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La primera causa de ataxia aguda en pediatría es la cerebelitis aguda postinfecciosa. El diagnóstico es clínico, pues son infrecuentes las alteraciones en la neuroimagen. Presentamos dos casos de cerebelitis aguda en los que la resonancia magnética (RM) cerebral fue definitiva para su diagnóstico y manejo.

MATERIAL Y MÉTODOS

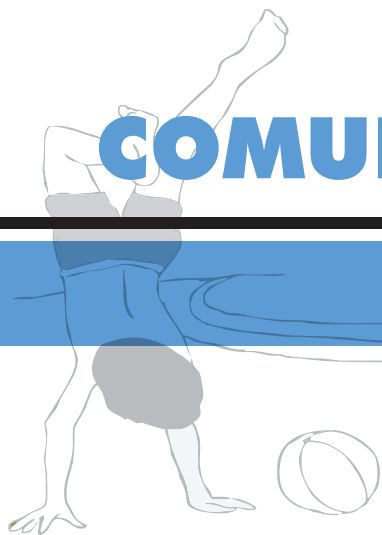
CASO 1: Varón 7 años, con cefalea y vómitos durante 4 días, y sensación vertiginosa y diplopía en las últimas 24 horas. Antecedente de exantema papuloso febril, coincidiendo con brote de varicela en su colegio. exploración física: tendencia al sueño, disartria y marcha inestable. La tomografía axial computerizada (TAC) craneal es normal, pero la angio-RM cerebral muestra aumento de densidad de folias cerebelosas superiores. Recuperación neurológica completa en 4 días, diagnosticándose de cerebelitis postvaricela.

CASO 2: Varón 2 años, con marcha inestable, postura distónica de miembro superior derecho y disartria. Antecedente de cuadro febril con exantema maculoso y odinofagia. La TAC craneal no muestra hallazgos patológicos. Ingresa con tratamiento antiagregante por sospecha de accidente cerebrovascular. A las 12 horas la RM cerebral muestra alteración focal en sustancia blanca profunda cerebelosa y núcleo dentado derecho. La PCR para VHH6 en sangre es positiva y evoluciona con resolución neurológica en 24 horas.

En ambos casos, a los 6 meses, los niños están asintomáticos y las RM cerebrales revelan gliosis residual.

RESULTADOS

La ataxia aguda es una urgencia neurológica cuyo diagnóstico diferencial incluye infecciones, intoxicaciones, tumores y metabolopatías. La etiología vírica es la más frecuente, especialmente por virus varicela zoster. La RM cerebral ha demostrado ser una herramienta de gran ayuda en los cuadros de ataxia, claramente superior a la TAC. Es fundamental realizar una buena anamnesis para establecer la sospecha clínica, y usar técnicas de imagen y microbiológicas para llegar al diagnóstico, pues son de gran ayuda para establecer el tratamiento y el pronóstico.



**I. Alias Hernandez, M. Leyva Carmona, A. Bonillo Perales,
J. Poveda Gonzalez, B. Hernandez Sierra, M. Fernandez Martínez**
Hospital Torrecardenas de Almeria

MONITORIZACIÓN DE LOS HEMOCULTIVOS EN EL PROCESO ASISTENCIAL DEL SÍNDROME FEBRIL SIN FOCO

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

El Proceso Asistencial del Síndrome Febril sin Foco (SFSF) protocoliza realizar un hemocultivo(HC) a todo <3 meses con SFSF y escala de YIOS<7 (grado recomendación A), pero ¿es práctica esta actuación sistemática desde el servicio de urgencias pediátricas (SUP)?.

Objetivo:

Primario: Describir los resultados de HC realizados en <3 meses en nuestro SUP.

Secundario: Analizar las variables predictoras de Enfermedad Bacteriana Grave(EBG) en los pacientes hospitalizados, y monitorizar el circuito de notificación de resultados de hemocultivos desde el SUP en aquellos casos no hospitalizados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de cohortes retrospectivo de todos los <3meses atendidos en el SUP durante los meses de Agosto2010-Enero2011. Describimos las características clínicas/analíticas de los pacientes con SFSF atendidos: Edad, sexo, horas de evolución de fiebre, escala YIOS, PCR, leucocitos, neutrófilos, uso de antibioterapia empírica y si el paciente precisó hospitalización. Analizamos si existieron diferencias en las variables predictoras de EBG entre los pacientes ingresados que presentaron o no hemocultivo positivo . Describimos los resultados de los hemocultivos en pacientes no hospitalizados y el circuito establecido para notificación de los resultados.

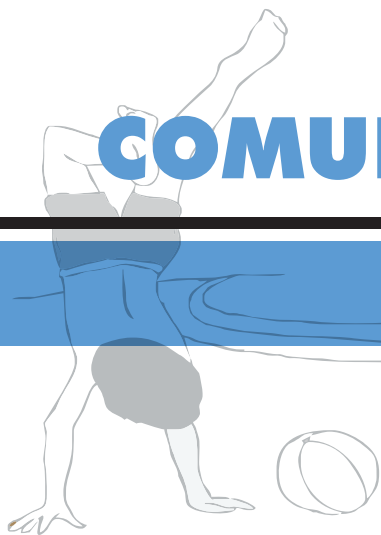
RESULTADOS

Analizamos 83 pacientes <3 meses (21,7% <1 mes), de los cuales 32 casos precisaron ingreso hospitalario (38,6%) y 8 pacientes (15,7%) cursaron con hemocultivo positivo (60% catalogados como contaminación). No encontramos diferencias estadísticamente significativas en las variables predictoras de EBG entre los pacientes hospitalizados con hemocultivo positivo o negativo.El 61,4% de los pacientes no precisaron ingreso hospitalario (ni reingreso posterior), los cuales fueron llamados telefónicamente para comunicarles el resultado del hemocultivo que fue negativo en el 84,3% de casos y catalogado como contaminado en un 15,7%.

CONCLUSIONES

A pesar del reducido tamaño muestral de nuestro estudio, observamos que ninguno de los pacientes que no precisaron ingreso presentó bacteriemia demostrada ni reingreso posterior.

La rentabilidad del hemocultivo es muy baja y requiere de un circuito bien definido de comunicación de resultados a pacientes no hospitalizados.



**L. Gil Ferrer, R. Conchello Monleón, I. García Osés,
R. Garcés Gómez, E. Sancho Gracia, C. Campos Calleja**
Unidad de Urgencias Pediátricas. Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza.

CUERPOS EXTRAÑOS EN EL ÁREA OTORRINOLARINGOLÓGICA EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Analizar las características epidemiológicas, clínicas y terapéuticas de los niños que acuden a urgencias con cuerpos extraños en nariz, oídos y orofaringe.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo mediante la revisión de los registros de urgencias de los pacientes atendidos con sospecha de cuerpo extraño en nariz, oídos y orofaringe, entre enero y noviembre de 2010.

RESULTADOS

Cuerpos extraños nasales y óticos:

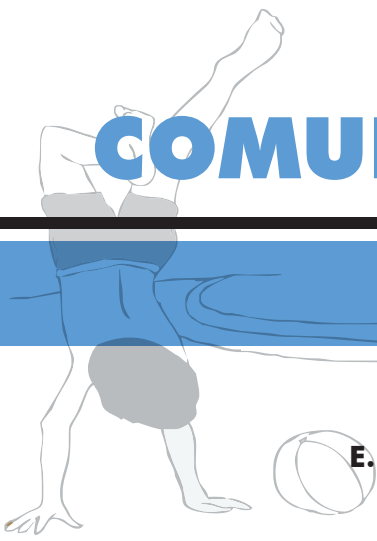
Se atendieron 45 pacientes, 60% varones, con edad media de 3,91 años (1-10 años). Fueron remitidos 14 desde otros centros médicos. El 73,2% fueron clasificados en el sistema de triaje canadiense como niveles IV y V. El 77,7% permanecían asintomáticos, 1 presentaba otalgia, 7 rinorrea y/o epistaxis y 2 sensación de cuerpo extraño. El 57,7% fue valorado por otorrinolaringología (ORL). Del resto, se extrajo el cuerpo extraño en urgencias en 13 casos y no se objetivó en 6 pacientes. Los objetos nasales más frecuentes fueron alimentos (9), juguetes, piedras, papel, esponja y una pila. En oídos, los objetos fueron piedras, plastilina, plásticos, palitos, bastoncillo, rosca de un pendiente e insecto. Sólo un paciente precisó ingreso en ORL para extracción quirúrgica del cuerpo extraño nasal.

Cuerpos extraños orofaríngeos:

Se atendieron 19 pacientes, 12 mujeres, con edad media de 5,42 años (2-13 años). Siete pacientes estaban asintomáticos, diez tenían sensación de cuerpo extraño, un caso presentaba sialorrea discreta y otro vómitos. Los cuerpos extraños eran espinas enclavadas en amígdalas excepto 2 cáscaras de pipa. En 10 pacientes se extrajo el cuerpo extraño en urgencias, 7 fueron remitidos a ORL y 2 al servicio de cirugía pediátrica para valoración. Un paciente ingresó para extracción bajo anestesia, y el resto fueron dados de alta.

CONCLUSIONES

Los cuerpos extraños en área otorrinolaringológica suelen ser procesos leves, asintomáticos y sin complicaciones. Aunque son poco frecuentes, debemos estar entrenados para su extracción en urgencias.



E. Casado Verrier, C. Sánchez Vaquerizo, M. de Ceano-Vivas la Calle, C. Puente Sánchez, C. Benito Caldés, I. Martos Sánchez
Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda

ABSCESO HEPÁTICO Y PERFORACIÓN INTESTINAL: COMPLICACIONES INFRECIENTES DE LAS VÁLVULAS DE DERIVACIÓN VENTRÍCULO PERITONEAL

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Las complicaciones abdominales de la implantación de válvulas de derivación ventrículo peritoneal (VDVP) afectan al 5 a 25% de los pacientes. La más frecuente es la obstrucción distal del catéter, siendo la perforación intestinal y, especialmente el absceso hepático, excepcionales.

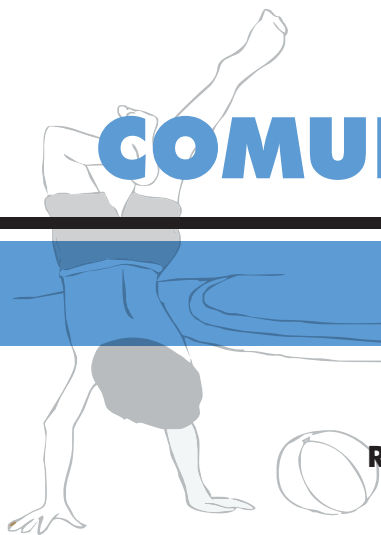
MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 14 años de edad portador de VDVP hasta los 12 años por espina bífida e hidrocefalia. En agosto de 2010 consultó por fiebre alta sin foco de 3 días de evolución. La radiografía mostraba restos de catéter intraabdominal y elevación de hemidiafragma derecho. En la analítica se objetivó PCR mayor de 250mg/L, leucocitosis y neutrofilia, por lo que se decidió ingreso para estudio. La ecografía realizada tres días después demostró una colección hepática derecha de 7 cm de diámetro compatible con absceso, que se confirmó en el TAC y fue drenada quirúrgicamente; durante la cirugía se retiró un fragmento de catéter que perforaba colon transverso y se suturó el defecto. A las 72 horas de la cirugía fue dado de alta. Recibió un total de 17 días de tratamiento con amoxicilina-clavulánico, metronidazol y gentamicina.

Once días después reapareció la fiebre, demostrándose en la ecografía nuevo absceso en la misma localización causado por la persistencia de más restos de catéter y que requirió de nuevo drenaje, retirada de cuerpo extraño y antibioterapia. En el cultivo del absceso se aislaron *E. coli*, *Streptococo intermedius* y *Bacteroides fragilis*. La evolución posterior fue favorable.

RESULTADOS

Las complicaciones por la persistencia de restos abdominales de catéteres de VDVP son infrecuentes. La coincidencia de dos de ellas (perforación intestinal y absceso hepático) es excepcional, así como la demora en su presentación tras la retirada del catéter. La clínica infecciosa y las exploraciones complementarias permitieron el diagnóstico precoz.



**R. Vaquer Herrero, M. Antonio Gómez de la Fuente, O. Gómez Pérez,
E. García Martínez, M. Gallart Martínez, M. Cabral Ruano**
Hospital General Universitario de Alicante

QUEMADURAS ATENDIDAS EN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS DURANTE EL AÑO 2010

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Describir las características (procedencia, edad, sexo, agente causal, profundidad, localización, % superficie corporal afectada y remisión Unidad Quemados) de las quemaduras atendidas en Urgencias de Pediatría del Hospital General de Alicante durante el año 2010.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisó la relación de niños que acudieron en 2010 al Servicio de Urgencias por dolor abdominal. La muestra la integraron 56 niños entre 0 y 13 años que necesitaron observación en la Unidad.

Para el tratamiento y análisis de los datos se realizó un estudio descriptivo de cada variable.

RESULTADOS

De los 19739 niños atendidos en 2010, precisaron observación 182. En 56 casos la causa fue dolor abdominal. La relación varón:mujer fue 1.2:1. La media de edad fue 7 años; acudiendo en Otoño/Invierno 34 (60.7%) y en Primavera/Verano 22 (39.3%).

Aportaban informe 20 pacientes, 14 (25%) de su pediatra y 6 (10.7%) de visitas anteriores.

El 48% de los niños acudió de 8 a 15 horas. Del total, 32 (57.1%) presentaba solamente dolor abdominal y 24 (44.9%) dolor abdominal más otros síntomas (fiebre, vómitos, diarrea).

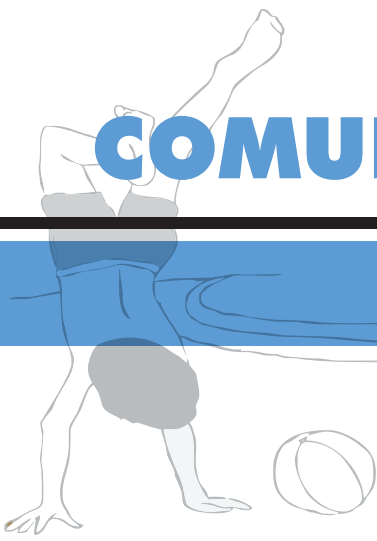
Se realizó: analítica (sangre y orina) en 47 (83,9%) y ECO de abdomen en 35 (62.5%). En 9 casos (16.1%) no se realizaron pruebas complementarias.

Fueron diagnosticados: 26 (46.4%) de dolor abdominal a observación; 10 (17.9%) sospecha abdomen agudo; 7 (12.5%) síndrome emético; 4 (7.1%) estreñimiento; 2 (3.6%) síndrome febril a observación; 1 (1.8%) adenitis mesentérica; 1 (1.8%) dolor abdominal más vómito; 1 (1.8%) dolor epigástrico; 1 (1.8%) equivalente migrañoso; 1 (1.8%) quiste ovárico; 1 (1.8%) vómitos cíclicos; 1 (1.8%) vómitos más diarrea

CONCLUSIONES

Más del 50% de los pacientes atendidos en nuestro hospital por quemaduras fueron varones, la mayoría menores de 8 años, sobretodo menores de 2. Las quemaduras térmicas, más frecuentemente por líquidos, fueron el principal agente causal. En casi todos los casos se trató de quemaduras superficiales (1º-2º grado) con una superficie corporal quemada pequeña. La frecuente remisión para valoración por Unidad de Quemados puede ser debida a que se trata a un hospital de referencia para quemados.

Aunque la mayoría de las quemaduras son superficiales continúan costituyendo una causa frecuente de morbi-mortalidad debidas a accidentes por lo que se hace necesario extremar las medidas de educación y prevención para tratar de evitarlas.



E. Oliva Maza, Y. Perez Rios, L. Basso Ronconi
Hospital General de Cataluña

DOLOR LUMBOSACRO

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Se describe un caso de quiste sacro perineural que se presenta con quejas de dolor lumbar con claudicación neurológica. La incidencia de quistes de Tarlov es del 5% y la mayoría de ellos son asintomáticos, generalmente se detecta como un hallazgo casual en la RM. Los sintomáticos se presentan como síndromes de dolor lumbar o sacro, ciática o rara vez el síndrome de cauda equina por lo que deben considerarse en el diagnóstico diferencial de pacientes que presentan estas quejas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Niño de 5 años que acude a urgencias por presentar fiebre de pocas horas de evolución y dolor lumbosacro irradiado a ambas extremidades inferiores que dificulta la deambulación.

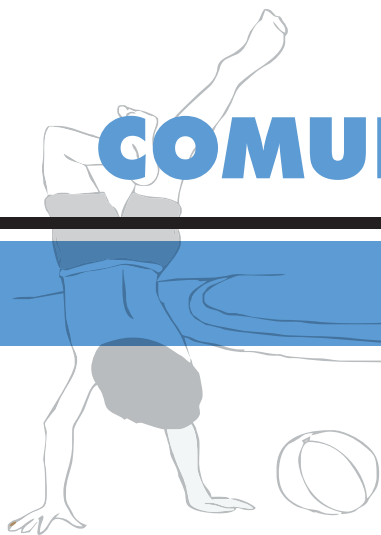
exploración: regular estado general, normocoloreado y normohidratado. No petequias. ORL normal. AR y AC normales. Abdomen: defensa voluntaria, doloroso a la palpación. Dolor a la palpación en región lumbosacra sin signos inflamatorios externos ni equimosis. exploración neurológica normal.

Pruebas complementarias. Tira orina: cetonuria. RX abdomen: aerocolia, heces abundantes. RX columna: no lesiones óseas. Analítica: normal. TC y RMN : falta de fusión de los arcos posteriores de L5 a S3. Quiste aracnoidal intraraquídeo que comienza a nivel del espacio subaracnoidal lateral derecho de L5 y se extiende a S3, ocupando todo el canal de S2 y S3.

RESULTADOS

Los quistes de Tarlov, también denominados quistes perineurales, periradiculares o quistes aracnoideos extradurales, son pequeñas masas que se forman a expensas de las dos capas más internas de las meninges, la piamadre y el aracnoides. Corresponden a una dilatación de la dura madre y no es pues, una enfermedad de la dura madre y no de las raíces nerviosas, que son afectadas de forma secundaria (compresión) por estos quistes.

Los síntomas más habituales son: dolor glúteo, coxis y cadera, hipoestesis en piernas, raramente alteración en el funcionamiento de los esfínteres



**M. González Prieto, R. Fernández Díaz, L. Calle Miguel,
C. Amigo Bello, I. Guianzo Fernández, M. Sánchez Ferreras**
Hospital de Cabueñes

NIÑOS CON DOLOR ABDOMINAL EN LA UNIDAD DE OBSERVACIÓN DE UN SERVICIO DE URGENCIAS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Conocer los niños que acudieron a Urgencias de Pediatría con dolor abdominal y precisaron observación en la Unidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo realizado mediante revisión sistemática de historias clínicas de pacientes atendidos por quemaduras en Urgencias de Pediatría durante el año 2010.

RESULTADOS

191 pacientes. Procedencia: 97 remitidos desde otro centro (50,8%), 19,9% desde centros de salud, 30,9% desde otros hospitales; 94 (49,2%) por iniciativa propia. Sexo: 113 varones (59,2%), 78 mujeres (40,8%). Edad: 96 <2 años (50,3%), 66 de 2 a 8 años (34,5%), 29 >8 años (15,2%). Agente causal: 73 líquidos (38,2%), 59 sólidos (30,9%), 8 pólvora (4%), 7 eléctricas (3,5%), 6 solares (3%), 6 otras (3%), 32 desconocido (16,75%). Profundidad: 25 primer grado (13%), 123 segundo grado (64,4%), 0 tercer grado (0%), 28 varios (14,6%) 5 de estos 2,6% tercer grado. Localización: 31 cabeza-cuello (14,5%), 35 tronco (16,1%), 79 manos (36,4%), 34 extremidades superiores (15,6%), 37 extremidades inferiores (17%), 1 desconocido (0,4%). Porcentaje de superficie corporal quemada: 95 <1% (49,7%), 67 1a 10% (35%), 7 >10% (3,6%), 22 desconocida (11,7%). 144 remitidos a unidad de quemados (75,42%), 47 no (24,6%).

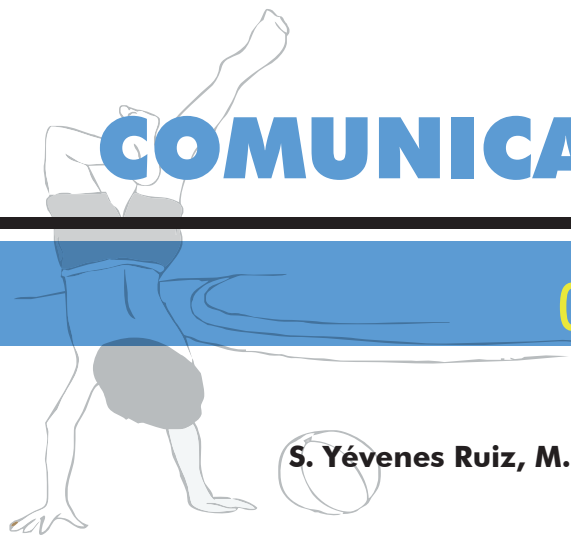
CONCLUSIONES

El número de niños que precisó observación en la Unidad en 2010 por dolor abdominal no fue muy elevado; teniendo en cuenta el total de niños que acuden a Urgencias.

Más de la mitad de los niños no habían sido valorados previamente.

Precisaron pruebas complementarias casi la totalidad de los pacientes.

De los niños que ingresaron en la Unidad de observación, apreciamos un porcentaje elevado de traslado al hospital de referencia.



S. Yévenes Ruiz, M. López Liñan, Aina Sánchez Mateo, J. Barrena Crespo, E. Codina Sampera, A. Martínez Mejías
Consortio Sanitario de Terrasa

PATOLOGÍA GINECOLÓGICA DE LA ADOLESCENTE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La patología ginecológica es un motivo de consulta frecuente en urgencias. En muchas ocasiones, el síntoma inicial es inespecífico, como el dolor abdominal, por lo que es necesario un alto índice de sospecha.

Objetivos: Conocer la epidemiología y forma de presentación de la patología ginecológica en las adolescentes atendidas en un servicio de Urgencias Pediátricas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Métodos: Se realiza un estudio descriptivo observacional y retrospectivo y se analizan las consultas atendidas en el Servicio de Urgencias entre el 1/10/09 y el 1/10/10 de pacientes de sexo femenino de 12 a 15 años, que consultaron por patología gineco-obstetrica y/o síntomas a priori no relacionados con ésta, pero que al alta se catalogaron dentro de la misma.

RESULTADOS

Resultados: Se revisaron 1.512 informes de pacientes con las características descritas, en un servicio de urgencias que en ese período atendió 31.000 visitas.

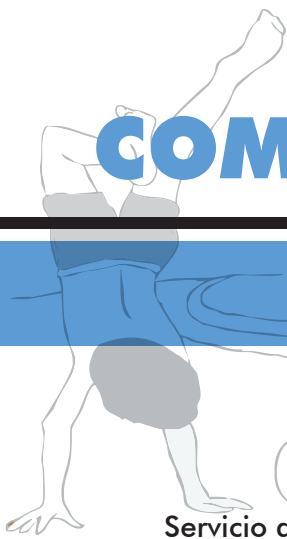
El dolor abdominal fue el motivo de consulta de 108 pacientes (7.1%). De éstas, en 16 casos (14.8%) el origen fue ginecológico siendo el diagnóstico más frecuente la dismenorrea, pero existiendo también, un caso de himen imperforado, un Sd.de Rokitansky y 3 quistes ováricos.

Del total, 63 (4.1%) consultaron propiamente por patología gineco-obstetrica, siendo valoradas inicialmente por pediatría y derivadas posteriormente al servicio de ginecología. El 15.8% fueron diagnosticadas de vulvovaginitis, 5 (7.9%) eran gestantes adolescentes y 2 consultaron por sospecha de abuso sexual (3.1 %).

Otros diagnósticos: metrorragias, mastodinia con/sin mastitis, úlceras vulvares, fibroadenomas.

CONCLUSIONES

Conclusiones: En la mayoría de casos, la patología gineco-obstetrica de la adolescente corresponde a procesos fisiológicos y/o banales. No obstante, es importante realizar una anamnesis y exploración física completa para realizar una correcta valoración, en muchas ocasiones multidisciplinar, y no obviar patología de mayor gravedad. Hacemos hincapié en la necesidad de un adecuado seguimiento del desarrollo puberal en nuestras pacientes, dentro del programa de atención al niño sano.



S. Navarro Vilarrubí, A. Pizà Oliveras, E. Guillén Campuzano, A. Vinaixa Vergés, J. Margarit Mallo

Servicio de urgencias de pediatría. Hospital Universitari MútuaTerrassa. Terrassa. Barcelona

EOSINOPENIA EN LA APENDICITIS AGUDA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Se conoce desde hace más de 80 años que a los pocos minutos de la activación de la respuesta inflamatoria, tras una infección bacteriana, los eosinófilos disminuyen en sangre periférica.

En el diagnóstico de apendicitis aguda las pruebas de imagen a menudo resultan decisivas pero no siempre las tenemos disponibles.

En estos casos, disponer de otro marcador analítico podría tener un gran valor en la creación de un algoritmo clínico-analítico de decisión.

El objetivo de este estudio ha sido conocer la relevancia de la eosinopenia en la orientación diagnóstica de apendicitis.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo realizado de Enero'09-Diciembre'10 incluyendo los casos de dolor abdominal en los que se había realizado analítica de sangre.

RESULTADOS

Se recogieron un total de 93 pacientes (51% apendicitis y 49% dolor abdominal inespecífico).

En el análisis estadístico con la prueba U-Mann-Whitney se observa un descenso significativo del porcentaje de eosinófilos (0,5% en apendicitis vs 2,2% en el dolor abdominal inespecífico, $p < 0,0001$).

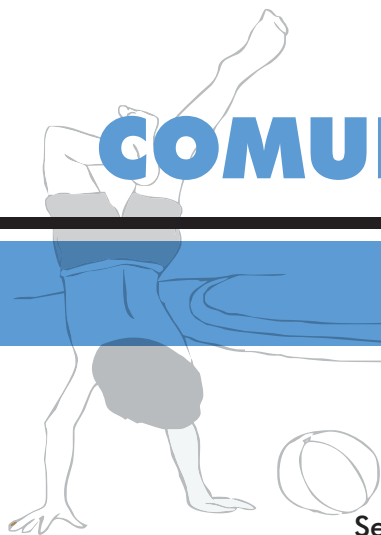
También se encuentran diferencias en el número absoluto (66 eosinófilos/mmcc vs 181 eosinófilos/mmcc respectivamente, $p < 0,0001$).

En nuestro estudio 1,6% de eosinófilos como punto de corte nos daría una sensibilidad del 93,8% para la detección de apendicitis con una especificidad del 55,5%.

CONCLUSIONES

La eosinopenia es un marcador antiguo pero objetivo y muy rentable. Se trata de un estudio retrospectivo, con sesgos como el hecho que otras infecciones bacterianas podrían darnos eosinopenia, y en parasitosis o antecedentes alérgicos podría producirse una eosinofilia.

Actualmente hemos iniciado un estudio en este sentido.



G. Artigas Corominas, X. Codina Puig, M^a Coll Sibina, P. Gussinyé Cannabal, J. Petanàs Argemí, M. Català Puigbó
Servei d'Urgències de Pediatria. Hospital General de Granollers. Barcelona.

IRRITABILIDAD EN EL NIÑO MENOR DE 12 MESES COMO MOTIVO PRINCIPAL DE CONSULTA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

1. Determinar las características de los pacientes atendidos en urgencias por irritabilidad como motivo principal de consulta.
2. Evaluar la actitud diagnóstica realizada.
3. Estudiar el diagnóstico y su severidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de las historias de <12 meses que consultan por irritabilidad durante un período de 2 meses. Se recogen datos sobre: sexo, edad, hora, constantes, exploración física, pruebas complementarias, diagnóstico y reconsulta.

RESULTADOS

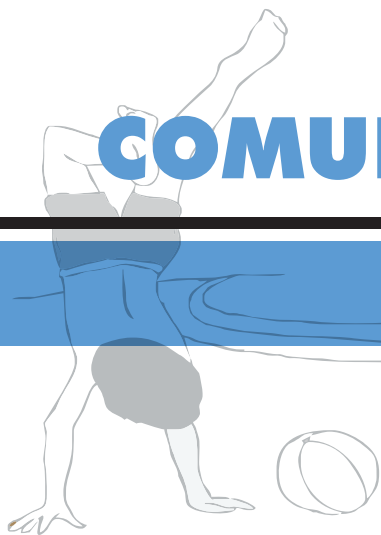
Se incluyen 40 pacientes: niños 23 (55%) y niñas 19 (45%); con edad <3 meses 27 (64%); 29 visitas entre las 19 y 7 horas (69%); 3 con fiebre y 2 reconsultas. Se realizan 37 pruebas complementarias a 28 pacientes (66%): 24 sedimentos urinarios (negativos); 6 analíticas de sangre (5 normales); 3 determinaciones de bilirrubina transcutánea (normales); 2 coprocultivos (negativos para enteropatógenos); 1 ecografía abdominal (normal); 1 tinción con fluoresceína (normal).

En un 33% la historia clínica ha permitido establecer el diagnóstico; en el 22% la exploración física y en el 5% las pruebas complementarias. En el 40% restante no se puede llegar a un diagnóstico.

Los diagnósticos principales son: cólico del lactante (12; 29%), catarro de vías altas (4; 10%), gastroenteritis aguda (3; 7%) y 1 caso de conjuntivitis, otitis media aguda, fiebre sin foco, reacción vacunal, tumor intracraneal y lesión traumática.

CONCLUSIONES

1. El paciente tipo es un niño <3 meses que acude de noche, con sedimento de orina normal, sin diagnóstico y sin reconsulta.
2. En más de la mitad de los casos la historia y la exploración permiten orientar al diagnóstico. Hallamos disparidad en el manejo de los pacientes siendo común el screening de infección urinaria.
3. La mayoría de diagnósticos son banales, siendo el cólico del lactante presente en 3 de cada 10 niños. Sólo se han detectado dos patologías graves (tumor intracraneal y gastroenteritis aguda con deshidratación) donde la anamnesis y la exploración orientaban al diagnóstico.



**G. Lopez Santamaria, A. Rodriguez Ortiz, D. Jimenez Villarreal,
M. Angel Guiu Solano, A. Ona Ochoa, I. Iturralde Orive**
Servicio de Pediatría. Hospital Alto Deba. Arrasate. Mondragon

DIAGNÓSTICO AL ALTA DE LOS INGRESOS DESDE URGENCIAS EN UN HOSPITAL COMARCAL

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Estudiar los Diagnósticos al alta de los niños ingresados desde urgencias en un hospital comarcal .

En nuestro hospital disponemos de un box de exploración y no disponemos de camas de observación propias en nuestra unidad de urgencias que se comparten con la unidad de urgencias de adultos.

Nuestro hospital es un hospital de Agudos que se sitúa en un entorno rural, principalmente, y es el Hospital de referencia de la Comarca, atendiendo a una población de 63.490 habitantes.

MATERIAL Y MÉTODOS

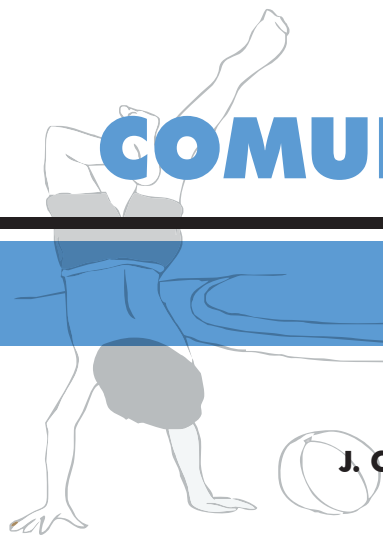
Periodo de estudio 1 de Enero 2010 - 31 de diciembre 2010. Se solicitan los datos al servicio de Documentación clínica con el código de Diagnóstico al alta.

RESULTADOS

En ese periodo fueron vistos en la unidad de urgencias 6580 niños de los cuales ingresaron 158. De los niños ingresados, el 33 % (52) fueron por patología respiratoria y de estos el 80 % (42) procesos de broncoespasmo. La patología infecciosa ocupaba el 2º lugar con un 19.62% (31) , de los cuales el 38.70 % (12) fueron diagnosticados de Infeccion del tracto urinario y un 45% (14) de fiebre de origen desconocido probablemente de origen virico. La patología neurologica ocupaba el tercer lugar con un 12,65% (20) de los cuales un 70% (14) correspondian a episodios convulsivos. Por ultimo , la patología digestiva 12.02% (20) de los cuales 57.89% (11) correspondian a gastroenteritis aguda.

CONCLUSIONES

Visto los datos , mas de la mitad de los casos corresponden a patología respiratoria / Infecciosa.



**L. Ruiz Fraile, V. Román Barba, B. Fernández Valle,
J. Cecilio López-Menchero Oliva, A. Alpuente Torres, J. Pareja Grande**
Servicio de Urgencias Pediátricas. Servicio de Ginecología.
Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real.

LEUCORREA PERSISTENTE Y PIOCOLPOS ASOCIADOS A PATOLOGÍA HIMENEAL

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La vulvovaginitis es una de las causas más frecuentes de consulta en pediatría, y el problema ginecológico más habitual en la infancia, con pico de incidencia entre los 6 y 9 años. El 70% de los casos son de causa inespecífica, seguida por infección por microorganismos transmitidos manualmente desde la nasofaringe. Presentamos un caso de piocolpos debido a microperforación de himen.

MATERIAL Y MÉTODOS

Niña de 6 años que consulta por dolor abdominal, flujo vaginal y disuria de 2-3 días de evolución. Afebril.

Antecedentes personales: Pielonefritis por E. Coli dos años antes. Vulvovaginitis recurrentes desde los 6 meses previos, con cultivos positivos a Pseudomonas y H. Influenzae. Tratamiento con higiene genital y antibióticos sin mejoría.

exploración física: buen estado general. Afebril. Abdomen blando y depresible, doloroso discretamente en región suprapúbica. No signos de defensa, no masas ni megalias. Genitales externos normales con leucorrea verdosa maloliente. Resto normal.

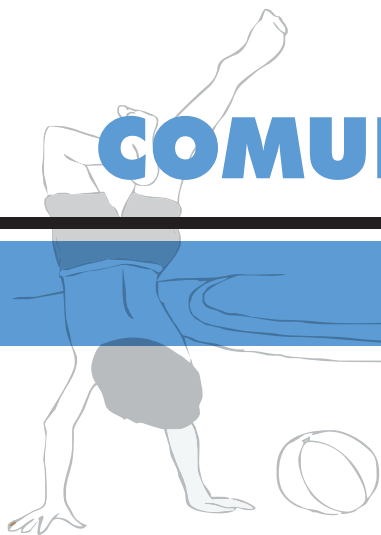
Pruebas complementarias: hemograma y bioquímica normales. PCR 11.2 mg/dl. Orina: leucocituria. Urocultivo negativo. Cultivo de exudado vaginal: Staphylococcus Aureus y Streptococcus grupo F. Ecografía ginecológica: gran colección de contenido heterogéneo sin identificar claramente el origen. No líquido libre. RMN pelvis: gran aumento de tamaño de la cavidad vaginal ocupada por completo por contenido líquido (pus), útero de tamaño normal, cavidad endometrial ampliada con el mismo contenido de vagina. Resto normal.

Se administró tratamiento antibiótico de amplio espectro y se realizó examen ginecológico bajo sedación, que evidenció himen microperforado. Se procedió a ampliación de orificio himeneal con evacuación de contenido purulento y lavado vaginal. Ecografías de control normales.

RESULTADOS

La vulvovaginitis es una patología de alta prevalencia en la edad prepuberal que responde habitualmente a medidas higiénicas locales

Ante la persistencia de leucorrea se debe realizar una valoración ginecológica para descartar la presencia de cuerpos extraños vaginales o patología ginecológica asociada subyacente.



M^a J. Azanza Agorreta, M^a A. Pérez Sáez, J. Calzada Barrena, C. Zabaleta Camino, P. Di Franco Sio, E. Blarduni Cardon
Servicio de Pediatría. Hospital de Zumarraga. Guipuzcoa

DELIRIO SECUNDARIO A COLIRIO CICLOPLÉJICO: CLORHIDRATO DE CICLOPENTOLATO. CASO CLÍNICO

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

El ciclopentolato se utiliza en oftalmología normalmente para procedimientos diagnósticos. Tiene una acción midriática de duración moderada y un efecto ciclopléjico intenso y de corta duración, de manera tal los ojos puedan ser explorados con más facilidad. Es un anticolinérgico. Y entre sus efectos secundarios se ha descrito alucinaciones, con pérdida del contacto con la realidad (especialmente en niños).

MATERIAL Y MÉTODOS

Niña de 4 años que acude a Urgencias por desorientación, agresividad, alucinaciones, rigidez generalizada e inestabilidad de la marcha a los 15-20 minutos tras la instilación de 3 gotas en mucosa conjuntival de ambos ojos de un colirio Ciclopléjico conteniendo Clorhidrato de Ciclopentolato para realizar una revisión oftalmológica.

Antecedentes personales: Sana. Bien vacunada. No alergias

Ingreso por GEA- deshidratación y acidosis metabólica en Dic 2007

exploración física

Peso: 16.7 kg FC: 105 p.m., T^a36,70 °C, Axilar, SatO₂: 98 %. TA: 90/55.

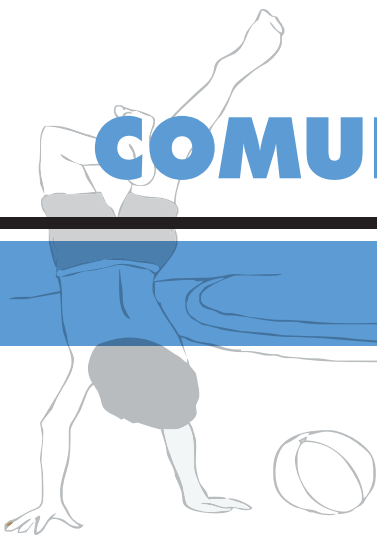
Triángulo de evaluación Pediátrica: Aspecto anormal. Respiración normal. Circulación normal. Buen estado general. Consciente, algo desorientada. Glasgow 14/15. Habla y gestos incoherentes (alucinación visual). Pupilas midriáticas, areactivas. Movimientos oculares normales. Fuerza, tono y sensibilidad normales. ROT normal. Marcha algo inestable. Romberg negativo. ACP: arritmia sinusal. ORL: sequedad de boca y halitosis.

Se mantiene bajo observación durante 12 horas, cediendo el cuadro neurológico de forma espontánea.

RESULTADOS

A dosis habituales los colirios pueden producir también efectos sistémicos indeseados, por su absorción por la mucosa nasal fundamentalmente. En ocasiones dependientes de la dosis, pero en otras son efectos idiosincrásicos e impredecibles

Aunque aparatoso, el delirio es transitorio. Los casos leves, no requieren tratamiento.



**N. Crespo Madrid, P. Rojo Portoles, A. García Sánchez,
A. Holgueras Bragado, A. Pantoja Bajo, E. Crespo Ruperez**
Servicio de Pediatría. Hospital Virgen de la Salud. Toledo

HIPERBILIRRUBINEMIA NEONATAL GRAVE EN URGENCIAS: FACTORES DE RIESGO OCULTOS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La frecuencia de encefalopatía por bilirrubina (Kernicterus) está aumentando en el mundo industrializado por alta precoz, pretérminos tardíos y actitudes relajantes hacia la ictericia neonatal. Son factores de riesgo de hiperbilirrubinemia grave: lactancia materna, incompatibilidad ABO, prematuridad, infecciones, cefalohematoma y hermano anterior con historia de fototerapia. En los cuales, debemos pensar al realizar la historia clínica en urgencias.

MATERIAL Y MÉTODOS

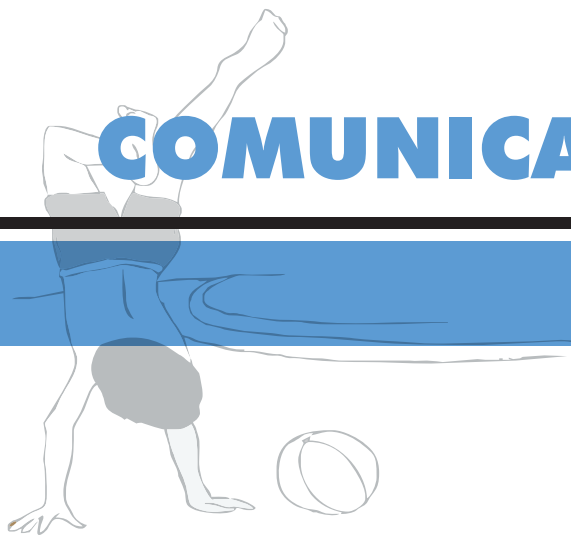
Presentamos dos casos de hiperbilirrubinemia grave en gemelos heterocigotos para enfermedad de Gilbert y déficit de glucosa 6 fosfato deshidrogenasa (Glu6PD).

Caso1. Recién nacido varón, ingresa desde urgencias al 5º día de vida por ictericia intensa, pérdida de peso 14% y clínica de Kernicterus. Bilirrubina total > 33mg/dl, Bilirrubina directa 3mg/dl, hemoglobina 12,7gr/dl, reticulocitos 4,3%. Glu6PD 3,2U/gr (control 9,5). Estudio genético: heterocigoto para Gilbert. RMN: hiperintensidad en ganglios de la base. Precisa exanguinotransfusión y fototerapia. Seguimiento neurológico: retraso psicomotor (clínica extrapiramidal) e hipoacusia.

Caso2. Primer gemelo varón, ingresa por poliglobulia e hipoglucemia en el primer día de vida. Aumento progresivo de bilirrubina, al 7º día 29mg/dl bilirrubina directa 2,2 mg/dl. Resto analítica normal. Precisa exanguinotransfusión y fototerapia. Glu6Pd 1,6U/gr (control 12,9U/gr). Estudio genético: heterocigoto para Gilbert. Evolución normal.

RESULTADOS

- La ictericia, es motivo frecuente de consulta en urgencias y no siempre es banal. En la historia clínica, se debe pensar en los factores de riesgo de hiperbilirrubinemia grave.
- El déficit de Glu6PD como causa de encefalopatía es excepcional, pero aumenta el riesgo cuando se asocia a enfermedad de Gilbert (homo o heterocigoto), aún sin signos de hemólisis.
- Es importante, el seguimiento del recién nacido con ictericia después del alta hospitalaria para un diagnóstico precoz de hiperbilirrubinemia grave, tratamiento urgente y prevención de encefalopatía; particularmente si: bajo peso, prematuro, lactancia materna exclusiva y valoración de otros factores de riesgo. necesidad de evitar el dolor.



M. Pavía Lafuente, I. Quilez Herrer, C. Diez Saez, N. García Pérez, C. Ruiz Espinoza, A. Ruano López
Urgencias de Pediatría. Hospital de Basurto. Bilbao.

ATAXIA AGUDA TRAS INFECCIÓN POR VIRUS DE EPSTEIN BARR

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La ataxia aguda es un motivo de consulta cuyo diagnóstico diferencial supone un reto para el pediatra. Aunque puede ser manifestación inicial de un proceso potencialmente grave, como infecciones del SNC o tumor de fosa posterior, la mayoría son procesos benignos y autolimitados, como es el caso de la ataxia cerebelosa aguda. En ocasiones, tras una adecuada valoración en urgencias es posible orientar el diagnóstico etiológico.

MATERIAL Y MÉTODOS

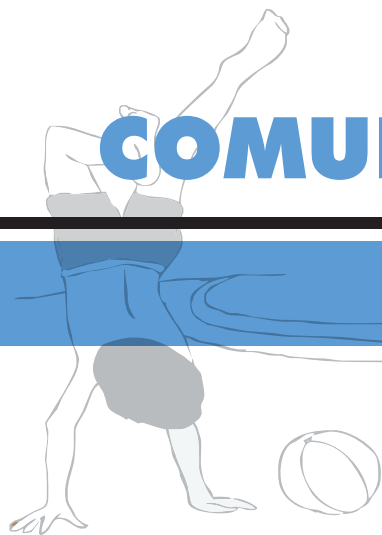
Niña sana de 9 años, con cuadro progresivo de 3 días consistente en alteración de la marcha y el habla. Antecedente de cuadro febril de 6 días de duración, 3 semanas antes. exploración física: TEP: A:normal R:normal C:normal. Habla escándida. Marcha inestable, con aumento de la base de sustentación. Imposible la sedestación sin apoyo. Dismetría. Fondo de ojo normal. Resto de exploración normal.

Pruebas complementarias: Hematimetría y bioquímica normales. Aglutinación virus Epstein Barr positiva (VEB). Tóxicos en orina negativos. Serologías: citomegalovirus, varicela-zoster, herpes simple, enterovirus negativos; VEB VCA Ig G EPNA Ig G positivo, VEB Ig M negativo. TAC normal. Líquido cefalorraquídeo: células 15/mcl (L94%), glucosa 54 mg/dl, proteínas 28.1 mg/dl. Electroencefalograma normal.

Permanece ingresada cinco días, con progresiva mejoría clínica. Dos semanas después asintomática.

RESULTADOS

La ataxia cerebelosa aguda o cerebelitis aguda postinfecciosa, es la causa más frecuente de ataxia de inicio brusco. Debida generalmente a una reacción inflamatoria postviral, cuya clínica se inicia pasados 4 días a 3 semanas del proceso infeccioso. Como agente causal más importante encontramos al virus de la varicela, identificado en casi el 25% de casos, pero no podemos olvidar otros, como el VEB, responsable de un porcentaje no despreciable de casos. La relevancia de pensar en VEB radica en que desde la urgencia podemos solicitar la prueba de aglutinación rápida, permitiéndonos establecer un diagnóstico de sospecha y dirigir nuestras siguientes intervenciones.



A. Lobeiras Tuñón, L. Mantecón Fernández, S. Suárez Saavedra, M. García Rodríguez, J. Mayordomo Colunga, J. Rodríguez Suárez
Hospital Universitario Central de Asturias. Departamento de Pediatría

NUESTRA EXPERIENCIA EN EL EMPLEO DE SEDACIÓN Y ANALGESIA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Valorar el empleo de sedación y analgesia en Urgencias de Pediatría de nuestro hospital, teniendo en cuenta que no existe una plantilla total específica dedicada a urgencias a tiempo completo y que parte del personal que realiza guardias no está familiarizado en su utilización.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio retrospectivo de las técnicas de sedación y analgesia realizadas durante un año y medio en Urgencias. En el estudio se recoge: edad del paciente, el procedimiento realizado, el tiempo de inicio y duración de la técnica, la medicación empleada y el nivel de sedación según la escala de Ramsay.

RESULTADOS

Se recogen 36 casos de sedación-analgesia llevados a cabo en urgencias. La edad media de los pacientes fue de 7.4 años (desviación típica 3.6). El procedimiento que se llevó a cabo con más frecuencia bajo sedación-analgesia fue la reducción de fracturas (47.2%), seguido de la sutura de heridas (16.7%). La medicación que se empleó con más frecuencia fue el óxido nítrico inhalado (33.3%) y la combinación de midazolam y ketamina intravenosas (33.3%). En un 19.4% se observaron efectos secundarios, siendo todos ellos menores. El nivel de sedación fue satisfactorio en 75% de los que se empleó óxido nítrico inhalado y en el 100% de los que se usó midazolam y ketamina. Tras la sedación el 63.9% de los pacientes fueron dados de alta, con una estancia media en urgencias tras la técnica de 31.5 minutos.

CONCLUSIÓN

En nuestro medio es una técnica segura, fiable y es percibida como positiva por los especialistas que la llevan a cabo. Es importante la formación del personal en esta técnica y la sensibilización por parte de los especialistas en la necesidad de evitar el dolor.



I. M^a Ceballos Rodriguez, E. Hidalgo-Barquero del Rosal, P. Hurtado Sendín, A. Romero Salguero, N. Fuentes Bolaños, G. Membrillo Lucena
Servicio Nefrología Pediátrica, Servicio de Urgencias, Hospital Materno Infantil, Badajoz

SINDROME DE DIETL (HIDRONEFROSIS INTERMITENTE POR OBSTRUCCIÓN DE LA UNIÓN PIELOURETERAL)

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Ataque súbito de lumbalgia y/o abdominalgia intensa acompañada de cortejo vegetativo, provocado por obstrucción aguda intermitente de la unión pieloureteral, coincidente con aumento de ingesta hídrica, ejercicio físico, distensión de vejiga o administración de diuréticos. Realizándose el diagnóstico en el Servicio de Urgencias en el momento de la crisis con ecografía abdominal. Pretendemos presentar nuestra experiencia en el diagnóstico de esta entidad con particular énfasis en las características clínicas y hallazgos radiológicos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Niña de 3 años con antecedente de ectasia piélica izquierda leve, ingresa para estudio por abdominalgia y lumbalgia izquierda de tipo cólico asociado a vómitos de meses de evolución. Ecografía abdominal en ayunas: ectasia piélica izquierda de 1,4 cm. Ecografía abdominal con estímulo hídrico y diurético: hidronefrosis izquierda de grado III acompañado de dolor cólico. Pielografía intravenosa: obstrucción de la unión por cruce vascular. Renograma isotópico-diurético intercrisis: ectasia pielocalicial no obstructiva, función renal normal.

Niño de 12 años con antecedente de abdominalgia tipo cólico postprandial con vómitos de un año evolución. Ecografía intercrisis: malrotación renal derecha con leve ectasia piélica. Ecografía abdominal en crisis aguda: hidronefrosis derecha grado IV, malrotación renal. Al realizar renograma isotópico-diurético se desencadena crisis de abdominalgia, visualizándose afectación parenquimatosa.

Diagnóstico: Síndrome de DIETL. Función renal normal. Nefropatía Parenquimatosa.

Tratamiento: pieloplastia.

Evolución favorable, asintomáticos tras intervención.

RESULTADOS

Ante abdominalgia tipo cólico recurrente valorar la posibilidad de obstrucción intermitente de la unión pieloureteral, mediante la realización de ecografía abdominal en la crisis.

Para el diagnóstico de sospecha es fundamental realizar una buena historia clínica.

Un diagnóstico tardío conlleva daño parenquimatoso irreversible.

M. Soria López, M^a Fernández Soria, D. Natera de Benito, J. Olivares Ortiz, M. Martínez Granero, M^a Asunción García Pérez
Hospital Universitario Fundación de Alcorcón

SINDROME DE GUILLAIN BARRÉ. A PROPÓSITO DE DOS CASOS ATÍPICOS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

El Síndrome Guillain Barré (SGB) es raro, incapacitante y de riesgo vital. El diagnóstico y tratamiento precoces permiten una menor afectación. Presentamos 2 casos atípicos

MATERIAL Y MÉTODOS

Caso 1: Niña 5 años, adoptada, escarlatina 10 días antes, acude afebril por lumbalgia. La radiografía lumbosacra y sedimento urinario son normales. La rigidez espinal aumenta, impidiendo sedestación y afectándose la marcha. exploración: Rigidez, meníngeos positivos, actitud hiperlordótica, claudicación de pierna derecha, reflejos osteotendinosos hipoactivos, no afectación corticoespinal ni sensibilidad. Pares craneales normales. Fondo de ojo normal. Analítica y Resonancia magnética (RM) espinal: normales. Líquido cefalorraquídeo (LCR): disociación albuminocitológica. Electromiograma (EMG): polineuropatía sensitivo motora desmielinizante. Es diagnosticada de SGB, administrándose gammaglobulinas, gabapentina y fisioterapia. La recuperación es completa en 16 semanas. Caso 2: Lactante 12 meses, con fiebre de 4 días. Estridor que aumenta en 48 horas, hipotonía cervical con pérdida del sostén cefálico y disminución de movilidad de brazos. Posteriormente tos débil y dificultad de deglución. exploración: no afectación de pares craneales, pupilas normales. No sosten cefálico, sedestación inestable. Disminución de tono y movilidad en miembros superiores, conservada en inferiores. Reflejos bicipitales ausentes y rotulianos normales. No signos corticoespinales. Analítica, radiografía tórax, TAC y RM craneal y medular normales. 2º día: EMG y LCR: normales. Ingresa en Cuidados Intensivos precisando ventilación mecánica no invasiva y nutrición por sonda. Recibe cefotaxima, aciclovir, metilprednisolona y gammaglobulinas. Serologías, PCR virales y toxina botulinum negativas. 8º día: LCR normal y EMG: polineuropatía desmielinizante aguda y generalizada. Se diagnostica de SGB variable faringo-cérvico-braquial. 14º día: LCR normal. Al mes está asintomática.

RESULTADOS

El interés radica en la atipicidad de ambas presentaciones en una enfermedad de por sí infrecuente. Por otro lado, se cumple la regla general del SGB en pediatría, que tiene buen pronóstico a largo plazo y secuelas importantes solo en un 5% de casos.



**E. Berbel Palau, P. Riu Villanueva, M. Alba Gairí Burgués,
M. Plana Fernández, A. Gomà Brufau, E. Solé Mir**

Servicio de urgencias de pediatría, Hospital Universitario Arnau de Vilanova, Lleida

ASPIRACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE CRISIS DE BRONCOESPASMO

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La dificultad respiratoria es un motivo de consulta muy habitual en nuestro servicio de urgencias. Aunque la causa más frecuente es el broncoespasmo debemos valorar otras causas y tener en cuenta el tiempo de evolución. Presentamos los casos de dos niños con clínica de broncoespasmo moderado y síndrome febril con escasa respuesta a tratamiento broncodilatador.

MATERIAL Y MÉTODOS

Caso 1: Niño de 2 años que presenta cuadro de broncoespasmo de 3 meses de evolución en tratamiento domiciliario con salbutamol. En el momento de la consulta presenta hipoxemia y fiebre por lo que se ingresa con oxigenoterapia, broncodilatadores y antibioterapia. En la radiografía de tórax se objetiva leve hiperclaridad del pulmón derecho. Presenta empeoramiento progresivo de la clínica apareciendo estridor, por lo que repetimos la radiografía dónde ha aumentado la asimetría y ha aparecido desplazamiento mediastínico. Se reinterroga a la familia y refieren posibilidad de ingesta de cacahuete poco antes de iniciar la clínica.

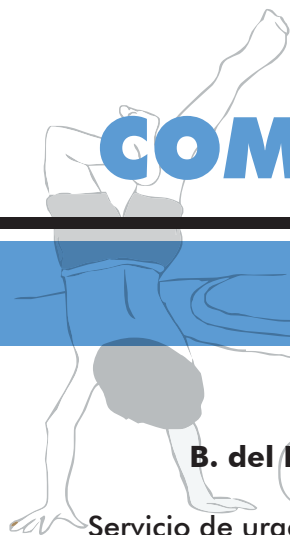
Caso 2: Niño de 2 años que presenta cuadro de tos y fiebre de pocas horas de evolución con dificultad respiratoria. En el momento de la consulta, presenta distrés respiratorio sin hipoxemia, con una auscultación respiratoria patológica, con hipofonesis en hemitórax izquierdo. En la radiografía de tórax se objetiva hiperinsuflación de pulmón izquierdo. Se reinterroga a la familia que refiere episodio de tos el día anterior mientras comía cacahuetes.

Ambos casos se derivaron a hospital de tercer nivel para realización de broncoscopia y se extrajo el cuerpo extraño con buena evolución posterior.

RESULTADOS

En episodios de dificultad respiratoria es muy importante la anamnesis y debemos insistir en episodios previos de atragantamiento, ya que la familia pocas veces lo refiere como antecedente.

Ante un broncoespasmo que no mejora se tiene que pensar en la ingesta de cuerpo extraño.



B. del Rey Hurtado de Mendoza, T. de Jesús Alonso Jiménez, R. Jiménez García, M. de Ceano-Vivas la Calle, C. Benito Caldés, I. Martos Sánchez

Servicio de urgencias pediátricas, Hospital universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, Madrid

CUÁNDO SOSPECHAR UNA DISCITIS EN URGENCIAS?

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La discitis es una patología infrecuente en la infancia. Su diagnóstico suele retrasarse por la amplia variabilidad en su presentación clínica. Se describen 2 casos de discitis y los signos/síntomas guía para un diagnóstico precoz.

MATERIAL Y MÉTODOS

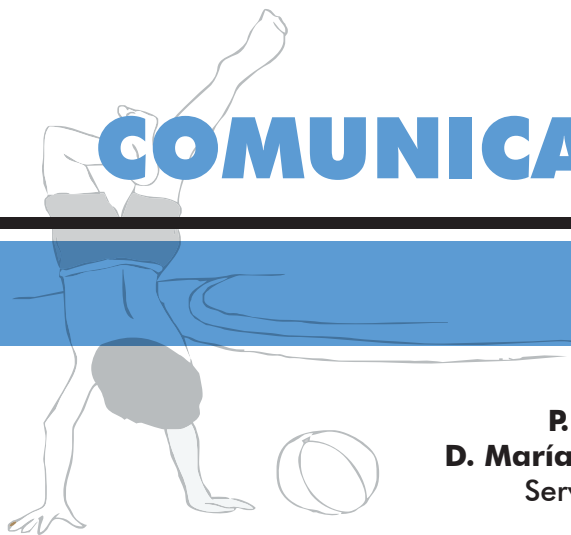
Caso 1. Varón de 2 años que consulta en Urgencias por cojera de 3 días de evolución, sin alteraciones en la exploración física. Se diagnosticó de sinovitis transitoria de cadera, pautándose reposo y antiinflamatorios. A las 72 horas, por progresión de la sintomatología y dolor en la cadera derecha que empeoraba con la sedestación y mejoraba con el decúbito, se solicitó ecografía articular. En ésta se observó efecto de masa paravertebral que desplazaba el psoas derecho lateralmente, por lo que se realizó TC y RMN que confirmaron el diagnóstico de discitis L3-L4. Se realizó hemograma (normal), PCR (17 mg/L) y VSG (65 mm/h).

Caso 2. Varón de 11 meses que acude a Urgencias por cuadro de dolor abdominal e irritabilidad de 10 días de evolución, que había requerido varias consultas médicas. Fue valorado en otro hospital, donde se realizó ecografía abdominal y radiografía de abdomen (normales). Referían mejoría de la sintomatología estando tumbado. En la exploración física se evidenció rechazo a la sedestación sin otras alteraciones. Se realizó hemograma (normal), PCR (10.5 mg/L) y VSG (47 mm/h). En la radiografía de columna lumbo-sacra se apreció disminución de la altura del disco intervertebral D12-L1. Se solicitó RMN, donde se confirmó el diagnóstico de discitis D12-L1.

Ambos casos evolucionaron favorablemente tras antibioterapia prolongada.

RESULTADOS

El diagnóstico de NO debe considerarse en cualquier paciente que presente una pérdida aguda de visión sin antecedente traumático.



**P. Murillo Arnal, E. Elías Villanueva, G. González García,
D. María Clavero Chueca, L. Escartín Madurga, A. Jimenez Vidal**
Servicio de Urgencias de Pediatría, HCU Lozano Blesa, Zaragoza

INGESTA DE CUERPO EXTRAÑO EN EL CONTEXTO DE UN CUADRO DE BULIMIA NERVIOSA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

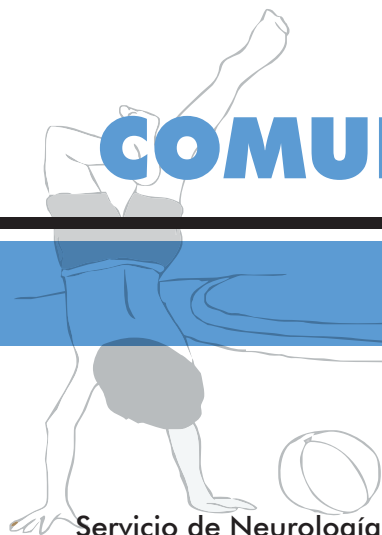
La ingesta de cuerpo extraño es un motivo de consulta frecuente en las urgencias de pediatría. En la adolescencia suele tratarse de un accidente casual, aunque en ocasiones puede ser signo de un trastorno de la conducta alimentaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Adolescente varón de 14 años que acude a urgencias por la ingesta accidental de un cepillo de dientes. Según refiere el paciente, resbaló mientras se duchaba y cepillaba los dientes simultáneamente. Se realiza radiografía de abdomen donde se observa cuerpo extraño compatible con un cepillo, en posición vertical y con las cerdas hacia arriba, por lo que se realiza endoscopia para su extracción. Se decide ingreso para observación, reposo digestivo e inicio de tolerancia oral progresiva. Durante su hospitalización, al realizar una anamnesis más detallada, se constata que es un paciente con trastorno de la conducta alimentaria (bulimia nerviosa). Posteriormente, el paciente reconoce que la ingesta accidental se debió a que intentaba provocarse el vómito.

RESULTADOS

Los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, concretamente bulímicos, se caracterizan por ingerir grandes cantidades de comida de forma compulsiva y posteriormente consumir laxantes en exceso y/o inducirse el vómito para evitar el aumento de peso. Habitualmente vomitan mediante la introducción de los dedos en hipofaringe y en ocasiones ayudados por algún objeto, pudiendo ser ingerido accidentalmente. Por lo tanto, ante la consulta por ingesta accidental de un cuerpo extraño en la adolescencia, debe sospecharse la existencia de un cuadro psiquiátrico subyacente.



**T. Alonso Jiménez, A. Angulo Chacón, N. Lacámara Ormaechea,
J. Lara Herguedas, R. Cazorla Calleja, N. Gutierrez Cruz**

Servicio de Neurología Pediátrica, Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, Madrid

PÉRDIDA DE AGUDEZA VISUAL AGUDA NO TRAUMÁTICA. A PROPÓSITO DE TRES CASOS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La pérdida de agudeza visual en la urgencia es un síntoma raro pero preocupante en el paciente pediátrico. Lo más importante para determinar la causa es la historia clínica: si la pérdida visual es monocular o binocular, si es transitoria o permanente. La neuritis óptica (NO) puede ocurrir de forma aislada o tener un curso multifásico en el contexto de una enfermedad desmielinizante.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos tres casos con pérdida aguda de la agudeza visual. En todos los pacientes se realizó estudio de resonancia magnética, estudio de Líquido cefalorraquídeo, estudio serológico, potenciales evocados visuales (PEV), estudio de electromiografía, pruebas inmunológicas.

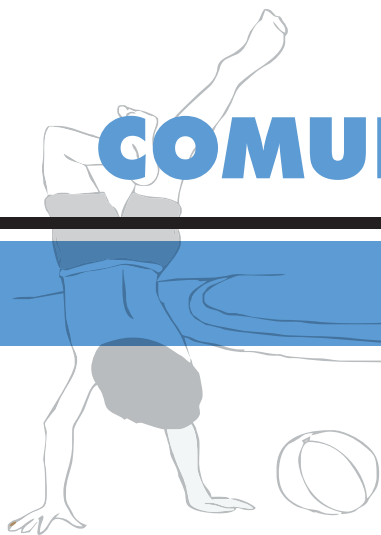
-Niño de 9 años con visión borrosa bilateral (agudeza visual de 0.1) asociado a un cuadro de faringoamigdalitis por *S.Pyogenes*. El fondo de ojo fue normal y los PEV mostraban unas latencias absolutas prolongadas para la onda P100 de forma bilateral. Con diagnóstico de NO retrobulbar bilateral realiza tratamiento con Metilprednisolona intravenosa 30 mg/kg/día, 5 días. La evolución ha sido favorable.

-Varón de 7 años que refería ver una mancha negra en ojo izquierdo sin visión borrosa, ni diplopia. exploración oftalmológica: papilitis en ojo izquierdo. Las pruebas complementarias y los PEV fueron normales.

-Varón de 10 años, en seguimiento por haber presentado una mielitis transversa 20 días antes (Resonancia magnética craneomedular: dos lesiones medulares en D8-D9 y en cono medular y una lesión subcortical temporal izquierda), consulta por visión borrosa biocular desde hace 12 horas. La exploración oftalmológica mostraba un defecto pupilar aferente en ojo izquierdo y disminución de agudeza visual en ambos ojos a 0,1. Las bandas oligoclonales fueron positivas. Se diagnosticó de NO en el contexto de una esclerosis múltiple.

RESULTADOS

El diagnóstico de NO debe considerarse en cualquier paciente que presente una pérdida aguda de visión sin antecedente traumático.



G. López Sobrino, B. Fernandez Caamaño, M. Molina Gutierrez, M^a Romero López, A. Martínez Bermejo, S. García García
Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Infantil La Paz. Madrid

ATAXIA EN UNGENCIAS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Describiremos la epidemiología y causas etiológicas de los pacientes que acuden a urgencias de nuestro hospital con un episodio de ataxia.

MATERIAL Y MÉTODOS

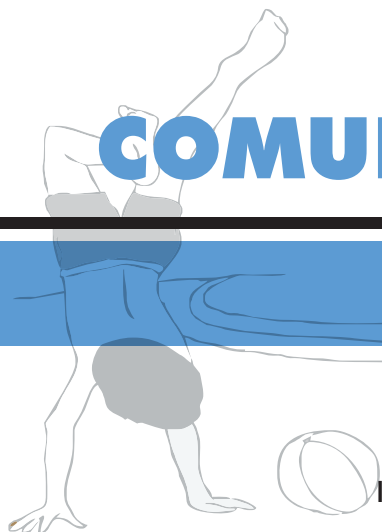
Presentamos un estudio retrospectivo revisando historiasclínicas de los casos de ataxia durante un período de 11 años. Se recogieron los episodios codificados al alta del Servicio de Urgencias como ataxia y valoramos la actuación y orientación en urgencias, ingreso hospitalario y seguimiento en consultas de neuropediatría.

RESULTADOS

Se recogieron 74 pacientes, 55% varones y 45% mujeres. La edad media de presentación fue 4 años y 9 meses. 46% presentaron ataxia postinfecciosa o de base inmunológica; dentro de las que destacan la cerebelitis postinfecciosa (70.5%), enfermedades desmielinizantes (23.5%), ataxia postvacunal (3%) y síndrome opsoclonus-mioclonus (3%), 12,1% la causa eran tumores del Sistema Nervioso Central, 8,1% intoxicación, 8,3% causas hereditarias, 6,7% encefalopatías no filiadas, 5,4% infecciones del SNC, 4% ataxia post traumatismo craneoencefálico, 4% reacciones psicógenas y 1,3% con migraña basilar. 4% fueron de causa no determinada.

CONCLUSIONES

La causa más frecuente es la ataxia postinfecciosa. Un porcentaje nada despreciable lo representan patologías graves como los tumores del SNC. En nuestra serie la intoxicación no supone la segunda causa en frecuencia, probablemente por la metodología del estudio.



S. Pons Morales, I. Manrique Martínez, V. Sebastián Barberán
Instituto Valenciano de Pediatría. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia

PRESENCIA DE FAMILIARES EN LAS MANIOBRAS DE REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR: OPINIÓN DE LOS PROFESIONALES

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Conocer opiniones y actitudes de los profesionales en relación a la presencia familiar durante maniobras de RCP en niños.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo, realizando encuestas anónimas dirigidas.

RESULTADOS

458 profesionales sanitarios (299 pediatras, 41 residentes de pediatría, 61 médicos de familia, 57 enfermería). Permitirían la presencia de los padres 150 (832%): 83 pediatras, 12 residentes, 25 mF, 24 enfermería. 291 (63%) no consideraban adecuada su presencia. un 3% no contestó a la encuesta. Consideraban necesaria la formación práctica para "dar malas noticias" el 94%.

Motivos de la no conveniencia: Los padres no contribuyen ni ayudan (30), los padres se sienten angustiados, sufren (62), los padres entorpecen, dificultan al reanimador (91), falta de preparación (26). Motivos de conveniencia: Pueden aportar información sobre el episodio (87), pueden ayudar a la reanimación si me encuentro solo (65), tienen derecho a saber qué ocurre a su hijo (58), disminuye su estrés al ver que se hace todo lo posible por la vida de su hijo (88).

CONCLUSIONES

Se está dando importancia a los cuidados centrados en el paciente y su entorno familiar. La presencia de familiares durante la RCP es una pieza fundamental, pero a la vista de los resultados sería deseable incrementar la investigación para promover que un mayor número de profesionales permita y facilite la presencia y participación de familiares durante las mismas.

**J. Álvarez García, E. Burguete Archel, M. Osoz Lizarbe,
V. Diez Bayona, M. Sagaseta de Ilúrdoz Uranga, J. Molina Garicano**
Hospital Virgen del Camino Pamplona

ANEMIAS SEVERAS EN URGENCIAS: IMPORTANCIA DE UNA DETALLADA ANAMNESIS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Importancia de la anamnesis y circunstancias sociales en urgencias para la orientación diagnóstica de anemias severas. Descripción de tres casos clínicos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Caso 1: Varón 27 meses. Ictericia, coluria, acolia. No antecedentes personales ni familiares de interés. Hemoglobina 5.6g/dL, Bilirrubina 2.4mg/dL, LDH 1420U/L. Rehistoriando: toma de habas dos días antes. Determinación G6PDH disminuido. Diagnóstico: anemia hemolítica por déficit de G6PDH.

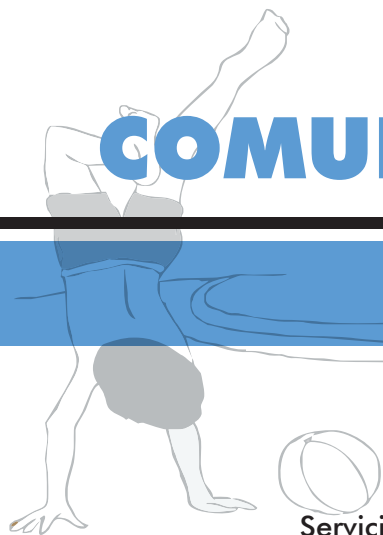
Caso 2: Niña 12 meses. Etnia gitana. Palidez, taquicardia hiporreactividad. No antecedentes personales de interés. No hemopatías familiares. Hemoglobina 4.5g/dL, Plaquetas 86000, Bilirrubina 2.2mg/dL, LDH 11244 U/L, Cobalaminas 42ng/L. Rehistoriando: lactancia materna exclusiva sin alimentación complementaria. Introducción de alimentación y vitamina B12 i.v. Recuperación. Diagnóstico: anemia carencial por déficit de vitamina B12.

Caso 3: Niña de 14 años. Etnia africana en acogida. Acude a intervención quirúrgica de caderas. Dolores óseos incapacitantes. Imposible conocer antecedentes familiares. No episodios previos. Hemoglobina 8.8g/dL, Bilirrubina 1.2mg/dL, LDH 660 U/L. Serie ósea: infartos previos y recientes. Electroforesis hemoglobina S 87%. Rehistoriando: reumatismo poliarticular desde primera infancia y osteomielitis no sincrónica de ambas caderas con destrucción de las mismas. Diagnóstico: drepanocitosis.

RESULTADOS

Importancia de preguntas clave en procesos de anemia para diagnóstico precoz y certero.

Tener en cuenta ciertas circunstancias sociales sin referencia a antecedentes personales por miedo a las consecuencias (caso 3, enfermedad previa para la no acogida).



A. Rubio Ruiz, M. Terrasa Nebot, A. Javier Cepillo Boluda, M^a I. Buedo Rubio, A. B. Delgado García, T. Hernández Berto

Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete. Albacete

FIEBRE EN LOS RECIÉN NACIDOS MENORES DE UN MES ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Conocer las características de los pacientes menores de un mes con fiebre atendidos en nuestro servicio de urgencias en el último año.

MATERIAL Y MÉTODOS

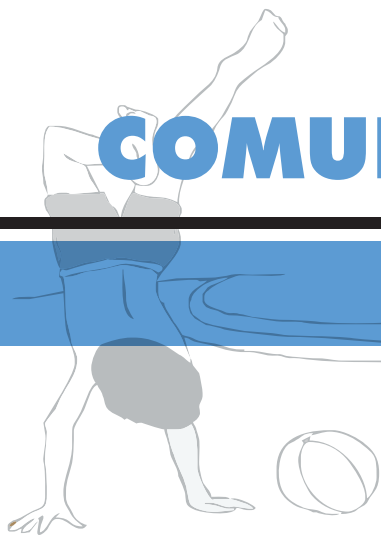
Estudio descriptivo y retrospectivo basado en revisión de historias clínicas de recién nacidos con edad comprendida entre 0 y 30 días que acudieron a urgencias por fiebre en nuestra provincia durante el año 2010. Se recogieron datos sobre antecedentes personales, duración de la fiebre, síntomas, exploración física, tratamiento, ingreso, pruebas complementarias y diagnóstico final.

RESULTADOS

Solicitaron atención por fiebre 41 niños <30 días (41,5% <15 días), lo que representa un 3,8% del total de los recién nacidos atendidos (1070). El 58,8% varones. La mayoría sin antecedentes perinatales de interés. Ambiente epidémico familiar en 31,7%. La duración de la fiebre hasta consultar fue <24 horas en el 89,2%. La duración total de la fiebre fue >24 horas en el 53,7%. Refirieron síntomas previos el 78% (32): rechazo de la ingesta (17), respiratorios (15), ORL (6), llanto/irritabilidad (5), vómitos/diarrea (5), desmedro (3) y exantema (1). La exploración física fue normal en el 63,4%. Dos niños no ingresaron por no objetivarse fiebre en urgencias. Recibieron antibiótico el 61%, siendo la terapia más usada ampicilina+gentamicina. Se realizó hemograma, PCR/PCT y hemocultivo al 82,9%, siendo el resultado normal en el 43,8%; urocultivo al 51%, siendo positivo en el 36,4%; coprocultivo al 33%, siendo positivo en el 33,3% y punción lumbar al 43,9%, siendo positiva en 2 pacientes. Diagnósticos al alta: bronquiolitis (22%), ITU (17%), viriasis (14,6%), catarro (12,2%), gastroenteritis (7,3%), fiebre sin foco (7,3%), sepsis (7,3%), neumonía (4,9%), meningitis (4,9%), fiebre no objetivada (4,9%) y otitis (2,4%).

CONCLUSIONES

Tres niños con patología grave tenían una exploración normal y el único síntoma fue fiebre. Todos los pacientes con fiebre objetivada en urgencias ingresaron, recibiendo antibiótico el 61%. La punción lumbar debe considerarse según clínica, evolución y resultado de otros cultivos.



A. Rodriguez Ortiz, D. Jimenez Villarreal, G. Lopez Santamaria, M. A. Guiu Solano, C. Canduela Fernandez, A. Ona Ochoa
Servicio de Pediatría. Hospital Alto Deba. Arrasate. Mondragon

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES QUE RECONSULTAN DE NUEVO EN LAS SIGUIENTES 72 HORAS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Analizar los Diagnósticos clínicos y la edad de los niños que reconsultan en las primeras 72 horas en nuestra unidad de urgencias de pediatría.

La unidad de urgencias se encuentra en un Hospital comarcal que asiste a una población total de 63.490 habitantes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Niños que reconsultan en el servicio de urgencias dentro de las 72 horas, desde el 1 de Diciembre del 2010 hasta el 31 de Diciembre 2010.

RESULTADOS

Fueron vistos en la unidad de urgencias de pediatría 6584 niños de los cuales reconsultaron 385 (5.84%) y de estos 385, 42 (10.90%) reconsultaron en más de 2 ocasiones dentro del mismo episodio.

De estos 385 niños, en 95 niños (24,67%), el Diagnóstico al alta fue de infección respiratoria, en 55 niños ((14,28%) el Diagnóstico fue de síndrome febril, en 46 niños (11,94%) fue de vómitos/GEA, dolor abdominal en 24 niños (6.23%), Asma bronquial en 23 (5,97%), Bronquiolitis en 21 (5.45%), amigdalitis 20 (5,19%), OMA 13 (3,37%) y Neumonía en 9 (2,33%)

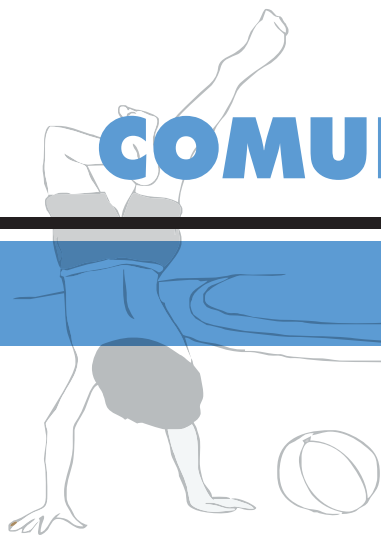
En el 20,25% de los casos los niños tenían < 1 año. En el 45,82% de los casos los niños tenían entre 1 y 5 años, en el 24,30 % de los casos los niños tenían entre 5 - 10 años y en el 7,08% tenían > 10 años

De los niños que reconsultan más de 2 veces en el mismo episodio (42), el Diagnóstico más frecuente fue bronquiolitis (9), 21,42%, Vómitos/GEA (7), 16,66%, Infección respiratoria (5), 11,90%, y OMA (5), 11,90 %. Tan solo en 3 niños el Diagnóstico al alta fue Sdr febril, 7,14%.

CONCLUSIONES

La patología que más reconsulta es la respiratoria con un 38,42% de los casos.

En el 66.07% , la edad de los niños era inferior a los 5 años.



**J. Cayrol Cancela, B. Hernandez Ruperez, R. Rodriguez Caro,
L. Gonzalez Vives, A. Rivas García**
Hospital General Universitario Gregorio Marañón

ENCEFALITIS: SU PRONÓSTICO PUEDE MEJORAR DESDE LA URGENCIA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La encefalitis tiene un espectro amplio de manifestaciones clínicas, asociando con frecuencia participación meníngea. Su pronóstico depende del inicio precoz del tratamiento, por lo que es importante saber identificarla en el Servicio de Urgencias. Presentamos tres casos de encefalitis aguda.

MATERIAL Y MÉTODOS

Caso 1: 15 años, con cefalea, fiebre, vómitos y cuadro gripal. Asocia habla incoherente, neologismos, alucinaciones gustativas, agnosia de objetos, visión borrosa, acúfenos, inestabilidad y amnesia retrógrada. Analítica sanguínea y bioquímica de líquido cefalorraquídeo (LCR) normales. Resonancia magnética (RMN) con lesión insular e hipocampal izquierda. Electroencefalograma (EEG): afectación en región temporal posterior izquierda.

Caso 2: 15 meses, con síndrome polimalformativo, retraso madurativo y cardiopatía. Presenta fiebre, decaimiento generalizado e inmovilidad del brazo derecho, sin traumatismo previo. Leve aumento de reactantes de fase aguda, resto normal. Tomografía computarizada (TAC) craneal normal. Bioquímica LCR: 410 leucocitos (85% mononucleares), glucosa 63 mg/dl, proteínas 44 mg/dl. RMN: ligera atrofia inespecífica cortico-subcortical supratentorial.

Caso 3: 15 años, con cefalea, rigidez cervical y fiebre. Diagnosticado de enfermedad de Chron tratada con corticoides. Analítica: 31800 leucocitos (94% neutrófilos), aumento de parámetros inflamatorios. Bioquímica LCR: 1600 leucocitos (80% polimorfonucleares), glucosa 50 mg/dl, proteínas 103 mg/dl. Presenta deterioro progresivo del nivel de conciencia. TAC craneal: realce leptomeníngeo frontoparietal derecho. EEG: afectación en región temporo-parieto-occipital bilateral, predominio derecho.

En los tres se instauró tratamiento antibiótico y aciclovir. Se detectó herpes virus tipo 1 y *Lysteria Monocytogenes* en el caso 1 y 3, respectivamente; en el segundo, la etiología fue indeterminada. Los tres evolucionaron favorablemente, persistiendo secuelas neurológicas leves.

RESULTADOS

Se debe de sospechar encefalitis ante un cuadro de fiebre asociado a síntomas neurológicos. Son útiles para su diagnóstico los estudios microbiológicos, las pruebas de neuroimagen y el EEG. La instauración de tratamiento precoz constituye la clave para el buen pronóstico de los pacientes.

N. Cerdeira Barreiro, A. B. Jimenez Jimenez, E. Maria Gutierrez Moreno, S. Cecilia Rado Peralta, V. Martínez Jimenez, J. Esteban Moreno

Servicio de Urgencias pediátricas. Unidad de cuidados intensivos Pediátricos.
Hospital General de Ciudad Real. Ciudad Real.

CRISIS DE LLANTO EN UN LACTANTE, UN DIAGNÓSTICO INESPERADO

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La hernia diafragmática congénita es un defecto simple del diafragma de etiología desconocida. La forma de presentación más frecuente es como distrés respiratorio inmediato en el periodo neonatal, pero entre un 5-25% lo hacen tardíamente con síntomas respiratorios o gastrointestinales.

Presentamos un caso de un lactante de 9 meses con una hernia diafragmática congénita que debuta con un cuadro agudo de clínica digestiva compatible con encarceración intestinal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Lactante de 9 meses que presenta llanto intenso e inconsolable de una hora de evolución estando asintomático previamente. exploración: regular estado general, palidez cutánea y cianosis perioral. Hipoventilación en hemitórax derecho y abdomen distendido. exploraciones complementarias: radiografía de tórax: asas intestinales e hígado en hemitórax derecho. TAC: herniación masiva de intestino a hemitórax derecho, distensión generalizada de asas y mínima cantidad expandida de pulmón derecho.

A su llegada a Urgencias, se inicia soporte respiratorio con gafas nasales y se canaliza vía periférica. Progresivamente se objetiva disminución del nivel de consciencia, disminución del esfuerzo respiratorio e hipotensión, por lo que se decide ingreso en UCIP. Se intuba y se conecta a ventilación mecánica. Precisa expansión con cristaloides y soporte con drogas vasoactivas, para optimizar tensión arterial. Tras estabilización, se deriva a H. de Albacete para valoración urgente por cirugía pediátrica.

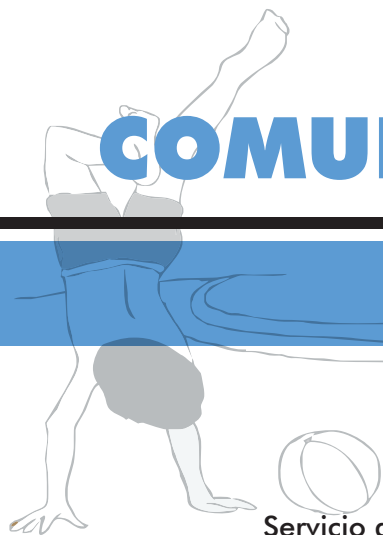
RESULTADOS

La hernia diafragmática congénita es una patología que puede debutar de forma tardía y no solamente con distrés respiratorio en periodo neonatal.

El pronóstico y la evolución dependen de la forma de presentación (aguda o crónica) y de la edad del paciente.

En los casos de debut tardío, como nuestro paciente, la clínica aguda se debe al rápido desplazamiento de las vísceras dentro del tórax o a la rápida distensión e encarceración de las mismas previamente herniadas.

h



P. Rovira Castellví, A. Rico Armada, B. Valle del Barrio, Ch. Wolley Dod, A. Casquero Cossío, R. Cebrián Rubio

Servicio de Urgencias de Pediatría, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona

ENDOFALMITIS ENDÓGENA SECUNDARIA A MENINGITIS MENINGOCÓCICA, A PROPÓSITO DE UN CASO

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La endoftalmitis bacteriana endógena es una entidad infecciosa muy infrecuente principalmente entre población pediátrica. Se trata de una metástasis séptica secundaria a diseminación hematógena procedente de un foco infeccioso primario, siendo los más frecuentes la endocarditis, las infecciones de tracto urinario, los abscesos abdominales y la meningitis. Y puede producir la pérdida completa de la visión. Se presenta este caso con el objetivo de dar a conocer una posible complicación secundaria de la meningitis que, aunque infrecuente, resulta potencialmente grave sin un diagnóstico y tratamiento precoces.

MATERIAL Y MÉTODOS

Lactante de 5 meses con síndrome febril de 6 días de evolución. En el triángulo de evaluación pediátrica impresiona una disfunción cerebral primaria. Febril y resto de constantes mantenidas. A la exploración presenta fontanela normotensa y destaca hiperemia conjuntival en ojo derecho con hipopion.

Respecto a las exploraciones complementarias realizadas, la analítica muestra leucocitosis con desviación izquierda, plaquetopenia, y aumento de reactantes de fase aguda. La citoquímica del líquido cefalorraquídeo es compatible con meningitis bacteriana con cocos Gram negativos en la tinción Gram. Cultivo positivo para meningococo serotipo B. Se inicia tratamiento endovenoso con cefotaxima y dexametasona. Tras valoración oftalmológica urgente se orienta como endoftalmitis endógena, por lo que se administra tratamiento intravítreo con ceftazidima. En su evolución se observa mejoría oftalmológica, presentando aracnoiditis como única complicación al mes de seguimiento.

RESULTADOS

La endoftalmitis endógena constituye una rara complicación de la meningitis meningocócica. Se trata de una emergencia médica por el riesgo de lesiones visuales irreversibles.

Ante la sospecha diagnóstica de endoftalmitis endógena, se debe investigar la posible presencia de un foco infeccioso primario.

Un Diagnóstico y tratamiento precoces con antibioterapia intravítrea y sistémica mejora el pronóstico.

N. Cerdeira Barreiro, A. B. Jimenez Jimenez, E. Maria Gutierrez Moreno, S. Cecilia Rado Peralta, V. Martínez Jimenez, J. Esteban Moreno
Fundacion Jimenez Diaz. Servicio de Pediatría

SALMONELOSIS Y SUS FORMAS COMPLICADAS ¿SON REALMENTE INFRECIENTES EN NUESTRO MEDIO?

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Determinar la incidencia de salmonelosis y sus formas complicadas en nuestro servicio de urgencias pediátricas (área Madrid-centro). Describir su epidemiología, clínica, evolución y necesidad de tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo (octubre 2009 a diciembre 2010), revisando todas las consultas de urgencias y todos los registros microbiológicos de nuestra área (incluida atención primaria), y seguimiento de los pacientes pediátricos con salmonelosis.

RESULTADOS

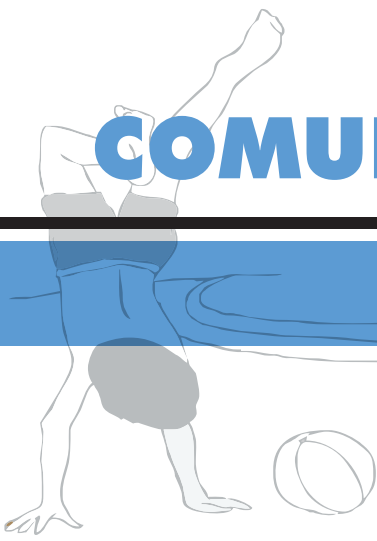
Encontramos 47 casos de salmonella (incidencia 68/100.000 habitantes según nuestra población). Un 36% acudieron a urgencias, 64% se manejaron en su centro de salud. El 58.8% de los que acudieron a urgencias precisaron ingreso. Tres de los ingresados (6.3%) fueron diagnosticados de fiebre tifoidea (salmonella paratyphi o typhi). En los dos casos más graves (sepsis ingresadas en UCI, uno con un cuadro de pseudoapendicitis intervenida previamente) se aisló S. no typhi pero ambos habían viajado a Asia en los 15 días previos. Otras complicaciones encontradas: artralgias persistentes, deshidratación severa... A largo plazo todos los pacientes han presentado buena evolución. Se extrajo hemocultivo en los pacientes con mayor afectación clínica o fiebre mayor de 6 días, resultando positivo sólo en 3 pacientes (2 paratyphi, 1 no typhi). Precisaron antibiótico un 70% de los ingresados y un 28% de los manejados ambulatoriamente.

CONCLUSIONES

Encontramos una incidencia anual de salmonelosis (tanto gastroenteritis como formas complicadas) mucho más alta que la descrita clásicamente.

Los casos más severos son importados tras un viaje al extranjero, independientemente de la especie. Más frecuentemente resulta el hemocultivo positivo en las fiebres tifoideas, sin relacionarse esto con la gravedad.

Consideramos que debe sospecharse precozmente en los pacientes con gastroenteritis o fiebre prolongada sin diarrea, especialmente si han llegado recientemente de un país de riesgo, dado que en estos encontramos una evolución más grave.



R. Mañas Lorente, M. Martínez Cumplido, I. Flores Prieto, A. Castellví Gil, J. A. Blanco Domínguez, A. de Francisco Prófumo
Servicio de Urgencias de Pediatría y Servicio de Cirugía Pediátrica.
Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona, Barcelona.

¿QUÉ SE ESCONDE BAJO UN DERRAME PLEURAL?

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La causa más frecuente de derrame pleural en niños es la neumonía bacteriana, pero no debemos obviar otras entidades que se pueden asociar a derrame pleural o que pueden simular su presencia. Presentamos dos casos que se presentaron con sospecha diagnóstica inicial de derrame pleural.

MATERIAL Y MÉTODOS

Caso 1. Niña de 5 años remitida por radiografía informada como derrame pleural izquierdo masivo, en contexto de cuadro de tos y rinorrea. A la exploración destaca hipofonesis izquierda. Una ecografía observa afectación parenquimatosa pulmonar, descartando derrame pleural. La TC muestra masa en hemitórax izquierdo de aspecto extrapulmonar compatible con lipoma. Se realiza exéresis de forma programada confirmándose el diagnóstico.

Caso 2. Niña de 3 años remitida por abdominalgia, vómitos, hiporexia y fiebre de 3 días de evolución. A la exploración física destaca taquipnea, hipofonesis basal derecha y abdomen doloroso de forma difusa sin defensa. La radiografía muestra derrame pleural en hemitórax inferior derecho y la analítica general leucocitosis con desviación a la izquierda y elevación de la proteína C reactiva. Se orienta como neumonía con derrame pleural, se coloca drenaje pleural y se inicia antibioticoterapia parenteral. Presenta evolución desfavorable y una radiografía de control muestra una cavidad con nivel hidroaéreo en región subdiafragmática derecha. Mediante TC se diagnostica absceso subfrénico y apendicitis con apendicolito en espacio subhepático. Se trata con antibioterapia parenteral y drenaje percutáneo y se programa apendicectomía diferida.

RESULTADOS

Ante un derrame pleural podemos encontrar entidades que simulen su presencia en las pruebas de imagen, como el caso del lipoma torácico, así como derrames pleurales cuyo origen no es una patología pulmonar, siendo el absceso subfrénico el absceso intraabdominal más comúnmente asociado. Por ello es necesario mediante una adecuada anamnesis y exploración física, y con los estudios necesarios, confirmar el diagnóstico, establecer la etiología, la actitud terapéutica y el tratamiento específico.

**I. Marcela Rincón Mantilla, V. Gabriela Wallis Gómez,
M. García Luzardo, Svetlana Paulovic, G. Cabrera Roca**

Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias

SÍNDROME DE CIMITARRA: CAUSA INFRECUENTE DE DIFICULTAD RESPIRATORIA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Se presenta el caso de un síndrome de Cimitarra diagnosticado incidentalmente por cuadro de dificultad respiratoria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Lactante femenina de 4 meses, referida por cuadro de fiebre de hasta 38.4°C de 24 horas, tos, rinorrea, dificultad respiratoria y rechazo parcial de la alimentación.

Antecedentes: Familiares: madre 40 años con 8G4A4P. Perinatales: recién nacida a término, cesárea por desproporción feto-pélvica, diagnóstico prenatal de arteria umbilical única. Sin antecedentes patológicos.

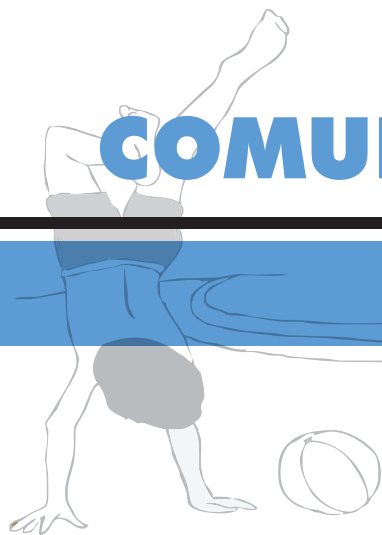
exploración: triangulo de evaluación normal, SatO₂:98%, FR:40rpm, TA: 91/50, FC:120lpm. Tiraje subcostal leve, hipoventilación notable de hemitórax derecho, hemitórax izquierdo con sibilancias aisladas. Focos de auscultación cardíaca desplazados hacia la derecha, soplo holosistólico GIII/VI. Resto sin hallazgos patológicos.

Radiografía de tórax con velamiento de hemotórax derecho, desplazamiento mediastínico ipsilateral, vascularización disminuida en hemitórax derecho y aumentada en el izquierdo. Hemograma, bioquímica y gasometría normales, PCR 0,87 mg/dl. Se ingresa en planta con diagnósticos presuntivos de dextrocardia/dextroposición cardíaca y atelectasia masiva derecha.

Ecocardiograma: comunicación interauricular y desplazamiento cardíaco al hemitórax derecho. TACAR: situs sólitus visceros atrial, dextroposición cardíaca por aplasia de lóbulos superior y medio derecho. Arteria Pulmonar izquierda aumentada de tamaño e hipoplasia de la derecha por irrigar únicamente el lóbulo inferior izquierdo, que presenta doble irrigación sistémica por un vaso que sale de la Aorta a nivel supradyafragmático y otro lateral al Tronco Celíaco, y asciende atravesando el diafragma. Vena Pulmonar inferior derecha drenando a Cava inferior.

RESULTADOS

El Síndrome cimitarra, es un defecto congénito infrecuente. Presenta una anomalía del drenaje venoso del pulmón derecho a la vena cava inferior, asociado a hipoplasia pulmonar y arterial derecha, con dextroposición cardíaca y secuestro pulmonar. Debe sospecharse ante la presencia de atelectasias derechas y dextroposición. Suele ser asintomático, aunque puede debutar con distres respiratorio severo, hipertensión pulmonar, insuficiencia cardíaca, fallo de medro e infecciones respiratorias recurrentes.



**E. Blanco Iglesias, J. Gaitero Tristán, G. Domínguez Ortega,
S. García Ruiz, M^a J. Martín Díaz, M. Cortés Gómez**
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús

ANOMALÍAS DEL URACO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Conocer las características epidemiológicas y clínicas de las diferentes formas de presentación en urgencias de las anomalías uracales y la rentabilidad diagnóstica de la ecografía abdominal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de los pacientes atendidos entre los años 2003 y 2010, diagnosticados de remanentes uracales. Se analizaron los siguientes datos: sexo, edad (meses), síntomas y signos (dolor abdominal, secreción umbilical, granuloma, enrojecimiento periumbilical, fiebre y síntomas miccionales), pruebas complementarias (análisis de sangre, orina, estudio microbiológica, ecografía abdominal). El análisis estadístico se ha hecho con el programa SPSS 15.0.

RESULTADOS

Se encontraron 15 pacientes, 11 varones (73.33%). El 53.3% (8) eran < 24 meses. Los signos y síntomas fueron: dolor abdominal: 8 pacientes (53.3%), fiebre: 7 (46.6%), secreción umbilical: 6 (40%), granuloma: 2, enrojecimiento periumbilical: 1, síntomas miccionales: 2 y vómitos: 1. El 62.5% (5) de los < 24 meses presentaron anomalías en la región umbilical. El 71% (5) de los > 24 meses manifestaron dolor abdominal y/o síntomas miccionales. Se realizó un análisis de sangre a 8 pacientes por exploración abdominal patológica y/o fiebre; en todos fue patológico (leucocitos > 15000/mm³ y/o PCR > 3 mg/dl y/o VSG > 20 mm/h). Se obtuvo hemocultivo en 3 (positivo en 1 por *S. aureus*). Este germen se aisló en el exudado umbilical de 2 pacientes. Se analizó el sedimento de orina en 8, con leucocituria en 2; sin confirmación bacteriológica. En 13 se realizó ecografía abdominal (sensibilidad: 85.7%, especificidad: 100%). Se obtuvo muestra para anatomía patológica en 9 niños confirmándose el diagnóstico en 7.

CONCLUSIONES

En nuestra revisión, las anomalías uracales son más frecuentes en varones. El dolor abdominal es una forma de presentación habitual en los niños > 24 meses. La ecografía es una prueba muy útil para diagnosticar esta patología.

L. Fuente Blanco, L. Grande Herrero, B. Soto Sánchez, E. Salcedo Lobato, J. T. Ramos Amador
Hospital universitario de Getafe. Servicio de urgencias pediátricas

CIANOSIS DE APARICIÓN SÚBITA EN LACTANTE

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La cianosis central o coloración púrpura de los tejidos por aumento de la hemoglobina desoxigenada obedece a múltiples causas, muchas de las cuales pueden suponer un riesgo vital.

Es fundamental una historia y exploración física exhaustiva, así como pruebas complementarias enfocadas a un diagnóstico exacto y tratamiento precoz.

MATERIAL Y MÉTODOS

Lactante mujer de 7 meses, sin antecedentes personales ni familiares de interés, traída a urgencias por cianosis generalizada de inicio en la última hora. Afebril, no síntomas de infección asociados, ni dificultad respiratoria. No episodios previos similares.

exploración física. Constantes. Tª 36,8°C (central), FC:220 lpm TA: 119/64 FR:56 rpm Sat O2:85 %. Cianosis y mala perfusión generalizada. Auscultación cardiopulmonar, exploración neurológica y abdominal normales.

Se administro oxígeno con mascarilla de alto flujo y se monitorizaron constantes.

La radiografía de torax, ECG y ecocardiograma, no mostraron alteraciones salvo taquicardia sinusal. Hemograma, bioquímica y gasometría venosa normal.

A pesar del oxígeno, la hipoxemia se mantuvo durante las primeras horas. Se realiza cooximetría objetivándose metahemoglobina de 7,1%.

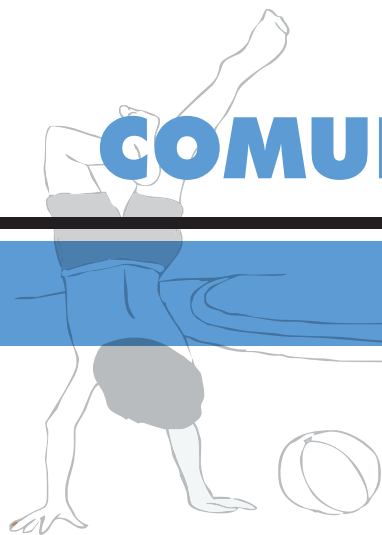
Reinterrogando a los progenitores refieren antecedente de ingesta de acelgas previamente.

La paciente se recupera tras la administración de oxígeno 24 horas, con niveles de metahemoglobina de 0,7%. Al alta la paciente estaba asintomática, con exploración física rigurosamente normal.

RESULTADOS

La metahemoglobinemia es una causa de cianosis central que puede tener consecuencias funestas. Existen múltiples desencadenantes de la misma, como fármacos o alimentos, destacando la ingesta de verduras de hoja verde grande en lactantes.

Ante un cuadro de cianosis, sobre todo de inicio súbito, es importante una historia clínica y exploración detallada, realizando cooximetría y gasometría, así como iniciar tratamiento lo antes posible.



**C. Salamanca Cuenca, J. González González,
M. J. Carbonero Celis, C. Cuadrado Caballero, T. Toledo Pastrana**
Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

ANALGESIA INHALADA EN PROCEDIMIENTOS DE CIRUGÍA MENOR EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS HOSPITALARIAS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Analizar la efectividad de la analgesia inhalada en niños atendidos por cirugía menor, en urgencias pediátricas, tras la introducción del óxido nitroso en nuestro hospital y presentación de un protocolo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo a lo largo de un año de pacientes en los que se aplicó el protocolo de analgesia con óxido nitroso (Kalinox®). Se analizaron las variables: procedimientos, edad del paciente, efectos secundarios más frecuentes, éxito de la analgesia, valoración por parte del profesional que la aplica, casos en que se suspende su aplicación, e incidencia estacional. Todos los pacientes debían ser mayores de 3 años y todos los padres firmaron previamente el consentimiento informado. La evaluación del éxito de la analgesia se realizó mediante el uso de escalas del dolor y la valoración profesional mediante una escala del 1 al 5.

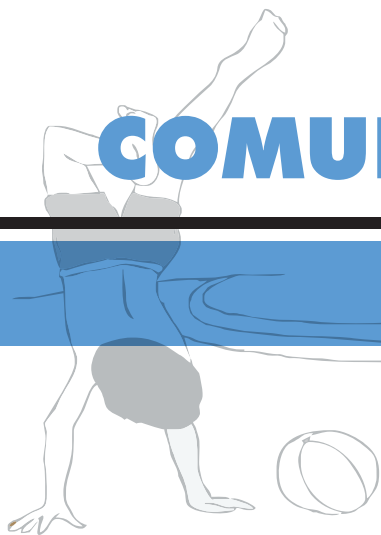
RESULTADOS

Todos los procedimientos en que se utilizó Kalinox® fueron suturas de heridas (76.9% superficiales/23.1% profundas) aunque tan sólo se utilizó en 1.61% respecto al total de casos de cirugía menor atendidos (803). La edad media de los pacientes fue 7.46 años (rango 3-13 años). Los efectos secundarios más frecuentes fueron: euforia (38.4%), vómitos y náuseas (23%), vértigo (23%), parestesias (15.3%), alteraciones visuales/auditivas (15.3%) y somnolencia (7.7%). No se observó ningún efecto secundario en 2 pacientes. La valoración profesional del éxito de la analgesia fue una media de 4.3 (rango 1-5). Se suspendió la aplicación de la analgesia en 3 niños, debido a la aparición de vómitos. La distribución estacional fue primavera (23.1%), verano (38.4%), otoño (23.1%) e invierno (15.4%).

CONCLUSIONES

A pesar de la frecuente aparición de efectos secundarios estos son bien tolerados, lo que permite la aplicación con éxito del Kalinox® para la sutura de heridas. El éxito de la misma se relaciona con la edad del paciente, en la medida en que a mayor colaboración por parte del mismo, la aparición de efectos secundarios es menor. La valoración tanto objetiva (escalas del dolor) como subjetiva por parte del profesional, es satisfactoria en ambos casos. Quizás habrá que insistir en la formación del personal de urgencias para fomentar su utilización o dotar de más personal para estos procedimientos.

**P. Rodríguez Campoy, P. Jiménez Cerrato, M. Aragón Ramirez,
A. Hernández, J. C. Flores, T. Aguirre Copano
SAS**



EL NIÑO QUEMADO EN URGENCIAS: DOS AÑOS DE REVISIÓN

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Conocer las características del paciente pediátrico que acude a urgencias de un Hospital de tercer nivel por quemadura, mecanismo de producción y gravedad de las quemaduras más frecuentes y el grado de conocimiento del personal sanitario en el manejo de las quemaduras en el niño.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza estudio retrospectivo mediante recogida de datos de historias de todos los pacientes que acudieron a urgencias por quemadura en los años 2008 y 2009.

RESULTADOS

De un total de 183 niños, la media de edad fue de 2,7 años, relación varón/mujer 1,3:1.

Localización frecuente de alto riesgo hasta en un 62,8%, principalmente manos. (entendiendo por estas las localizaciones manos, pies, genitales y cabeza)

En la mayor parte de los casos no queda reflejado en la historia dónde sucede el accidente, en los casos reflejados hasta un 87% suceden en ámbito doméstico siendo la quemadura por líquidos calientes las más frecuentes, hasta un 38,4%.

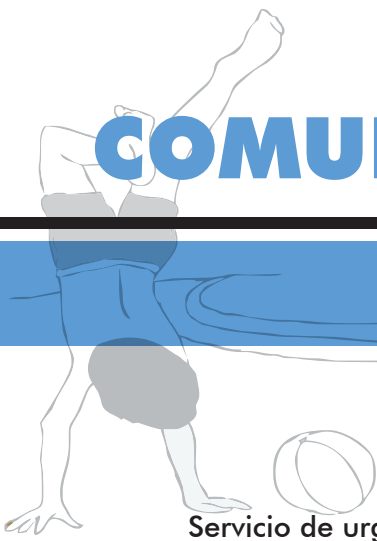
De todos ellos sólo el 2,7% precisaron derivación a Unidad de quemados, sin embargo hasta un 10,9% se derivaron a evaluación por Cirugía Plástica y un 7,1% a Oftalmología.

En cuanto a la profilaxis con antibioterapia empírica se han registrado hasta un 38,7% de pautas incorrectas por no estar justificado su uso. Sin embargo escasas pautas analgésicas son pautadas al alta.

CONCLUSIONES

Debemos concienciar a los cuidadores de su existencia muchas veces olvidada por escasa información y su prevención.

Los médicos debemos conocer el manejo de estas menos frecuentes pero existentes lesiones en cuanto a cuándo debemos usar antibioterapia y principalmente, considerar tratar el dolor dentro del manejo de las quemaduras.



**F. Fuertes El Musa, P. Huerta Blas, L. Cuadrón Andres,
T. Perez Roche, A. Miralles Puigbert, G. González García**

Servicio de urgencias de pediatría, Hospital clinico universitario Lozano Blesa, Zaragoza

ESCOLAR DE 11 AÑOS CON CEFALEA Y DIPLOPIA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La cefalea es un motivo de consulta muy frecuente en la edad pediátrica, estimándose entre el 1 y el 2% de las consultas de Urgencias. Ante un paciente con cefalea nuestra misión principal es la de diferenciar si se trata de una patología benigna o de un proceso neurológico grave.

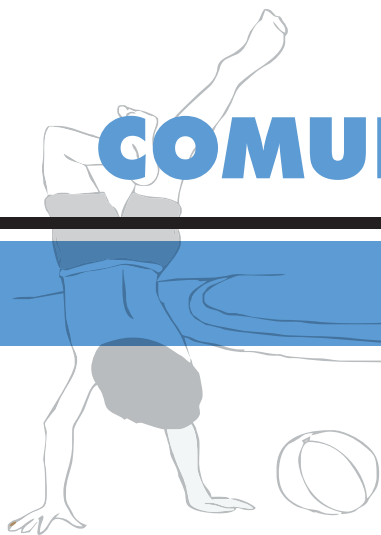
MATERIAL Y MÉTODOS

Escolar de 11 años que acude a urgencias por cefalea periorbitaria y diplopia de 3 horas de evolución. Hace 3 meses episodio similar, estudiada en otro centro, con pruebas de neuroimagen normales, diagnosticándose de migraña oftalmopléjica. A su llegada a urgencias afebril, somnolienta, tortícolis hacia el lado derecho, incoordinación prueba dedo-nariz, asimetría facial con borramiento de surco nasogeniano, asimetría en la alineación binocular, adormecimiento del lado derecho de la lengua, desviación de la marcha hacia la derecha, disminución de fuerza y sensibilidad en hemicuerpo derecho y clonus e hiperreflexia de los reflejos osteotendinosos profundos derechos. Pruebas complementarias: Hemograma, Bioquímica y coagulación normales. Estudio oftalmológico: fondo de ojo normal, paresia incompleta de VI par craneal izquierdo. TAC cerebral con y sin contraste: hipodensidad ovalada de 12-15 mm en tálamo izquierdo, que afecta también a zona superior de pedículo cerebral izquierdo. No se visualiza efecto masa y las imágenes vasculares están conservadas. Impresión diagnóstica: ACV isquémico talámico vs astrocitoma maligno. En hospitalización se practica EEG (Trazado bien organizado con ritmo lento posterior bilateral de predominio izquierdo y subcortical) y RNM (lesión hiperintensa de características anteriormente descritas, rodeado de vaso lenticuloestriado talámico, que no se realza con gadolino, lo que sugiere más lesión isquémica que tumoral). Control posteriores con evolución favorable y disminución de la lesión. No se constatan nuevos controles por cambio de residencia.

RESULTADOS

Lesiones vasculares cerebrales como causa de cefalea en la infancia son infrecuentes.

Recalcar la importancia de descartar organicidad ante todo paciente con cefalea y clínica neurológica.



**R. Velasco Zuñiga, J.L. Fernandez Arribas, S. Puente Montes,
N. Campo Fernandez, C. Gutierrez Abad**
Hospital universitario del Rio Hortega

FORMAS INUSUALES DE PRESENTACION DE LA MASTOIDITIS. A PROPOSITO DE DOS CASOS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Presentamos dos casos de mastoiditis con sintomatología de presentación inusual.

MATERIAL Y MÉTODOS

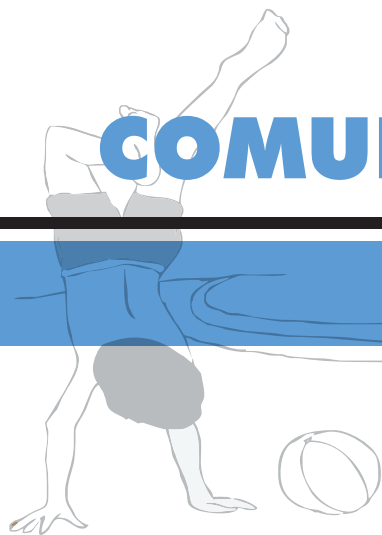
CASO 1: Varón, 6 años, con cuadro catarral. Presenta otalgia en oído izquierdo, fiebre y parestesias en hemicara derecha. A la exploración mostraba rigidez nuchal, signo de Brudzinsky positivo. El resto de la exploración neurológica era normal. En otoscopia se veían tímpanos hiperémicos, no abombados, sin despegamiento del pabellón. Presentaba leve leucocitosis (11200/mcl) y neutrofilia (8700 neutrofilos totales), y PCR de 34 mg/L. Se realizó TAC, en que se veía ocupación de celdas etmoidales, senos frontales y esfenoidales, caja timpánica, aditus y antro mastoideo izquierdo. Se realizó punción lumbar, normal, y se catalogó de otomastoiditis izquierda, tratándose con cefotaxima IV, con desaparición de las parestesias en 24 horas.

CASO 2: Mujer de 2 años, presenta 4 días de fiebre, odinofagia y tortícolis, con desviación cefálica. Tratada desde hacía 24 horas con ibuprofeno y tetrazepam VO, sin mejoría. A la exploración presentaba desviación cefálica hacia abajo y hacia la izquierda, con contractura del esternocleidomastoideo izquierdo, sin otros hallazgos. exploración neurológica normal. En la otoscopia se veían ambos tímpanos hiperémicos, no abombados, y no había despegamiento del pabellón. Se realizó hemograma, con leve leucocitosis (11800/mcl) sin desviación izquierda, y PCR de 67 mg/L, siendo el resto de la analítica normal. Se realizó un hemocultivo, negativo. Se realizó un TAC craneal, en el que se visualizó ocupación de caja timpánica, aditus, antro y celdas mastoideas, por lo que se inició antibioterapia IV. La evolución fue buena, desapareciendo el tortícolis.

RESULTADOS

Presentamos estos casos por lo particular de su sintomatología, ya que ninguno de los dos presentaba la clínica clásica de mastoiditis.

La mastoiditis es una posibilidad diagnóstica ante cuadros agudos con sintomatología neuromuscular que afecte a cabeza y cuello en el contexto de un cuadro infeccioso de vías respiratorias altas.



**C. M. Mengotti Caligaris, A. Moreira Echeverria,
A. Moral García, H. Al-Kassab, M. J. Comesías Gonzalez**
Servicio de Pediatría. Hospital Sant Joan de Deu Martorell (Barcelona)

MENINGITIS NEUMOCOCICA: CUANDO RÁPIDO NO ES SUFICIENTE

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La meningitis bacteriana es una de las infecciones más graves en pediatría, siendo meningococo y neumococo los agentes prevalentes a nivel mundial (50%). En España la mortalidad es 4-5% y la morbilidad 50%. En 25 % de los casos a pesar del tratamiento adecuado la evolución es fulminante con progresión rápida a la gravedad extrema.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 5 años. Consulta por pérdida de conciencia, hipotonía y fiebre. No movimientos anormales. Cefalea progresiva, vómitos y fiebre hasta 39°C en las 24 horas previas. No síntomas respiratorios. Buen desarrollo. No vacuna antineumococica. No antecedentes de convulsiones.

exploración física: Coma. Rigidez de nuca. Hipotonía generalizada. Mueve extremidades. Apertura ocular y retirada al dolor. Emite sonidos inespecíficos (Glasgow 8). Pupilas dilatadas, simétricas, reactivas. Reflejos normales. Bien coloreado y perfundido. No petequias. FR 20 pm. SaO₂ 100%. FC: 90 pm. TA: 115/70 mmHg. Glicemia 162 mg/dl. ACR normal. Pulsos periféricos normales. Orofaringe congestiva.

exploraciones complementarias:

-Hemograma: Leucocitos 27.000/mm³. PCR: 283 mg/L. Glucemia: 192 mg/dl.

-Equilibrio ácido base: pH 7.31, EB: -6.7

-Líquido cefalorraquídeo: glucosa 82 mg/dl, proteínas 120 mg/dl, leucocitos 120/mm³. Cultivo: Pneumococo sensible a cefotaxima/ceftriaxona.

-Hemocultivo: Pneumococo.

Tratamiento: O₂ por máscara. Dexamentasona, Cefotaxima y Vancomicina intravenosas. Intubación y traslado a UCI.

Evolución: 6 horas: Hipertensión endocraneal. 24 horas: craneotomía descompresiva bilateral. 7º día: infartos cerebrales bilaterales evolutivos (TAC). 20 días: alteración difusa córticosubcortical (RM). Al mes: valvula de derivación ventrículo peritoneal (hidrocefalia obstructiva).

RESULTADOS

Al inicio del tratamiento la clínica por sí sola hace suponer una evolución desfavorable. La ausencia de criterios paraclínicos que sugieran un pronóstico tan ominoso evidencia la virulencia del germen. Los escasos resultados de un tratamiento precoz y adecuado y el pronóstico reservado jeraquizan el valor de la vacunación.



M^a D. Sardina González, G. Membrillo Lucena, C. V. Zarallo Reales, J. M. Vagace Valero, M^a D. de la Maya Retamar, M. García Domínguez
Servicio de Pediatría. Servicio de Hematología. Hospital del Tajo. Aranjuez.

CRISIS HEMOLÍTICA SEVERA EN PACIENTE CON DÉFICIT DE G6PD

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La crisis hemolítica aguda puede constituir una urgencia médica en un paciente con enfermedad de base. En ocasiones, los pacientes con anemia hemolítica permanecen sin diagnosticar hasta que se exponen a un factor desencadenante.

El déficit de Glucosa 6 fosfato deshidrogenada (G6PD) es la enzimopatía más frecuente. De transmisión hereditaria, ligada al cromosoma X, su expresión clínica es variable, desde anemia leve a casos más severos, como el que presentamos, que llegan a requerir transfusión. La identificación precoz de pacientes de riesgo evitaría o reduciría la morbilidad de este trastorno.

MATERIAL Y MÉTODOS

Niño de 2 años visto en urgencias por orina de coloración rojiza, astenia, decaimiento, palidez cutánea y fiebre de 38°C de 8 horas de evolución, sin otros síntomas asociados. No está recibiendo medicación. No ingesta previa de habas.

No antecedentes personales ni familiares de anemia ni otras patologías de interés.

En la exploración presenta palidez y subictericia mucocutánea y decaimiento. Adecuada perfusión periférica. No repercusión hemodinámica.

En analítica destaca Hb: 6.7 mg/dl y BR indirecta:3.5 , reticulocitos aumentados (5%) y una LDH elevada: 494. Ingresó para estudio etiológico. A las 12 horas presenta empeoramiento clínico con inestabilidad hemodinámica y descenso de Hb a 5.4 g/dl por lo que se transfunde y se deriva a hospital de referencia.

En las exploraciones complementarias realizadas se objetivó una cifra de G6PD: 39 mU/10E9 eritr (100-180 mU/10E9 eritr).

RESULTADOS

En el diagnóstico diferencial de un niño con un cuadro de anemia aguda siempre hay que considerar una posible anemia hemolítica.

Nuestro paciente, sin antecedentes familiares ni personales patológicos, debuta con una crisis hemolítica aguda en el contexto de una enfermedad infecciosa.



Soledad Montoro Romero 1, M. Carmen Gallego Herrero 2, Julio Ernesto Peralta Salas 1, Olga Ordóñez Sáez 1, Alba Palacios Cuesta 1, Milagros Marín Ferrer 1
1 Urgencias de Pediatría, Hospital 12 de Octubre, Madrid.
2. Radiología Pediátrica, Hospital 12 de Octubre, Madrid

ECOGRAFÍA Y DIAGNÓSTICO DE ATAQUE AGUDO DE ANGIOEDEMA HEREDITARIO POR DÉFICIT DE C1 INHIBIDOR

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Fundamento: El Angioedema Hereditario (HAE) por déficit de C1 Inhibidor es una enfermedad hereditaria autosómica dominante, que presenta clínica abdominal en un 70-80% de los enfermos. Los síntomas frecuentemente sugieren cuadros de abdomen agudo conduciendo a intervenciones quirúrgicas innecesarias.

Objetivos: Señalar el papel de la ecografía abdominal como método diagnóstico en urgencias en pacientes con HAE por déficit de C1 Inhibidor que presentan síntomas abdominales sugerentes de ataque agudo de la enfermedad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un niño de 10 años con HAE que acude a urgencias por dolor abdominal intenso de pocas horas de evolución junto con vómitos y defensa a la palpación. Se realiza ecografía abdominal donde se visualiza engrosamiento de la pared intestinal a expensas de colecciones de líquido mucosas, engrosamiento de válvulas conniventes y moderada cantidad de líquido libre en ambos flancos. Tras tratamiento con concentrado de C1 Inhibidor, se produce mejoría, tanto clínica como ecográfica.

RESULTADOS

Los primeros síntomas del HAE se presentan en un 50% de los pacientes en la primera década de la vida, pero el diagnóstico se suele demorar durante años. En la población pediátrica la afectación gastrointestinal es más frecuente, y en ocasiones, la primera y única manifestación de la enfermedad. En estos casos la ecografía supone una herramienta muy útil, ya que permite visualizar líquido libre en la cavidad peritoneal y edema de la pared intestinal, que cuando cursa con colecciones de líquido en la mucosa son muy sugerentes de la misma.

Estudios comparativos entre la TAC y la ecografía demuestran que esta última es más coste-eficiente e inocua, por lo que podría ser la prueba diagnóstica de elección en estos pacientes, evitando intervenciones quirúrgicas innecesarias y ayudando a un diagnóstico y tratamiento más temprano.

**M^a D. Sardina González, G. Membrillo Lucena, C. V. Zarallo Reales,
J. M. Vagace Valero, M^a D. de la Maya Retamar, M. García Domínguez**
Servicio de Hematología, Hospital Materno-Infantil, Badajoz

SÍNTOMAS RESPIRATORIOS COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE UN LINFOMA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Los síntomas respiratorios se deben frecuentemente a procesos más o menos banales, sin embargo, también pueden reflejar patología más grave y difícil de sospechar en Urgencias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisamos tumores mediastínicos pediátricos en los últimos 5 años. En total, 7 casos (2 de Enfermedad de Hodgkin y 5 de Linfoma Linfoblástico (LL)) y nos centramos en 4 con LL, los que debutaron síntomas respiratorios.

RESULTADOS

Varón de 5 años y 3 niñas de 12, 13 y 14 años consultaron por tos y disnea, una de ellas, también un cuadro sincopal. Duración media de los síntomas: 6 semanas (rango entre 2 y 12 semanas). A la exploración, una presentaba un síndrome de Vena Cava Superior y sibilancias, otra hipoventilación en hemitórax izquierdo y la tercera auscultación normal. El varón presentaba una masa cervical y sibilancias. Únicamente él tenía antecedentes familiares de asma y leucemia.

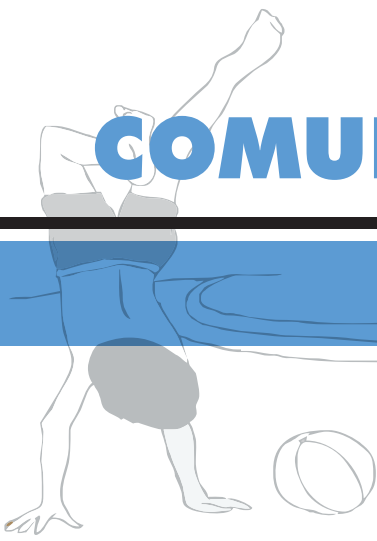
Analítica: en todos LDH elevada, media de 917 UI/l, (rango entre 725 y 1.056 UI/l); el hemograma presentó patología en el varón (anemia y leucocitosis) y en una de las niñas (anemia). Sólo en el frotis de sangre periférica de él aparecían blastos.

Mediante radiografía de tórax: masa mediastínica. Previamente fueron diagnosticadas de proceso asmático 2 y de reacción alérgica uno, una de las niñas también de neumonía atípica y el niño, de linfangioma de cuello; y recibieron tratamiento 3: corticoides todos, antihistamínicos uno y antibióticos otro.

Diagnóstico definitivo: biopsia de la masa en 2 casos, aspirado medular en uno y análisis citométrico del líquido pleural en el restante.

CONCLUSIONES

1. Los síntomas respiratorios son motivo de consulta frecuente en pacientes con LL, porque en su rápido crecimiento puede comprimir estructuras vecinas.
2. Anomalías en el hemograma y la LDH pueden motivar su sospecha.
3. La radiografía torácica permite el diagnóstico. Debería realizarse en casos de sospecha, especialmente antes de iniciar tratamiento corticoideo para no retrasar su hallazgo.



J. Cabellos Gavidia, J. Martín Sánchez, S. García García
Hospital Universitario La Paz

POLIARTERITIS NODOSA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La Poliarteritis nodosa (PAN), es una vasculitis, afecta arterias de mediano y pequeño calibre. Se caracteriza por una arteritis necrotizante, que lleva a micro aneurismas, ruptura y hemorragias. Debe ser tratada una vez hecho el diagnóstico.

Objetivo: describir el caso de una paciente de 11 años, llegar a una aproximación diagnóstica e iniciar tratamiento, comentar la asociación con infecciones virales a las cuales esta enfermedad es secundaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Escolar mujer de 11 años, inicia cuadro hace un mes y medio, con síntomas constitucionales (astenia y pérdida de peso), fiebre prolongada, además de lesiones cutáneas de distribución reticular, artralgias con rigidez matutina de articulaciones de gran tamaño y mialgias; el examen físico corrobora las lesiones dérmicas, se objetiva taquicardia mantenida, no presenta artritis evidente.

Pruebas que aporta, presenta elevación de la Velocidad de sedimentación globular y Proteína C Reactiva, además de trombocitosis y leucocitosis. Anticuerpos anti nucleares (ANA), y anticuerpos frente al citoplasma de los neutrófilos (ANCA) fueron negativos, los valores de complemento normales.

En urgencias además se solicita serología, con resultados positivos para Parvovirus IgM, así como, Anti-HB Core (EIA) y Anti-HBs.

Se llega al diagnóstico de PAN, mediante biopsia. Se inicia tratamiento con corticoides.

RESULTADOS

Se presenta en urgencias una paciente con fiebre prolongada y la clínica descrita, se sospecha de una enfermedad reumatológica, y junto con los servicios de reumatología y dermatología se orienta el diagnóstico y se inicia tratamiento de forma temprana.

Existen escasos reportes de esta enfermedad en la literatura española. Por lo cual considerar su diagnóstico desde la urgencia mejora el pronóstico.

En su forma secundaria, la PAN clásicamente se asocia con la infección activa de Hepatitis B, a pesar de que en esta era postvacunal constituye una rareza, nuestro caso muestra serología positiva para infección previa no cronificada.

**V. Martínez Jiménez, S. Montoro Chavarrías, E. Gutiérrez Moreno,
L. Babín López, A. B. Jiménez Jiménez, J. Fernández Cantalejo Padial**
Fundación Jiménez Díaz

ERITEMA EXUDATIVO MULTIFORME (SERIE DE CASOS)

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

El Eritema Exudativo Multiforme (EEM) es una dermatosis recidivante autolimitada, con lesiones cutáneas características, en diana, y afectación de mucosas. Es altamente infrecuente en la infancia, sin embargo en un mes recibimos 3 casos en nuestro Servicio de Urgencias, resultando el diagnóstico después del estudio etiológico EEM idiopático.

MATERIAL Y MÉTODOS

Caso 1: Niña (7 años) con lesiones en mucosa oral y fiebre de 5 días. Antecedente de laringitis una semana antes, recibió tratamiento con corticoides y adrenalina nebulizada. Presentaba hiperemia faríngea, con lesiones vesiculosas de 0,3x0,8 cm en mucosa oral, sin afectación cutánea. El estudio etiológico fue negativo. Dos meses después presenta un cuadro similar también en mucosa oral. Ambos episodios ceden en 15 días con tratamiento sintomático.

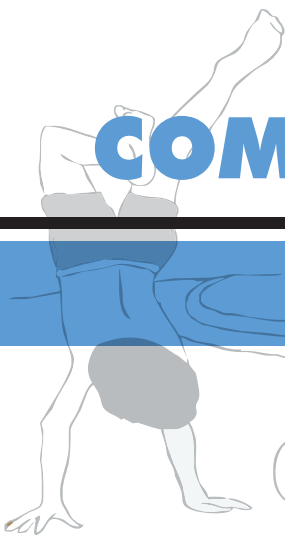
Caso 2: Niño (9 años), llegado de Egipto 15 días antes, con rash, inyección conjuntival, vómitos y fiebre de 48h. Antecedente de infección de vías respiratorias superiores 48 horas antes. Presentaba las típicas lesiones maculoeritematosas en diana distribuidas de forma generalizada, con afectación palmoplantar. Todo el estudio etiológico fue negativo, incluidos patógenos del país de origen.

Caso 3: Niña (2 años) que acude a Urgencias por lesiones cutáneas en anillos concéntricos en miembros inferiores. Desaparecieron al 3º día, reapareciendo a los 5 días. Inicialmente se sospechó alergia a amoxicilina y se remite a Consulta de Alergia, donde se descarta esta etiología y se hace el diagnóstico clínico.

RESULTADOS

Entidad muy rara en la infancia, de diagnóstico clínico, que suele aparecer en las primeras 24h después del desencadenante. Frecuentemente no se filia etiológicamente. De tratamiento sintomático, se aconseja aciclovir oral si es recidivante.

A pesar de su poca frecuencia en la infancia, debe ser conocido por los pediatras de Urgencias ya que ellos realizan el diagnóstico clínico en el momento agudo.



M. B. Gómez García de la Banda, N. Campa Falcón, F. Paredes Carmona, M. Plana Fernández, Z. Ibars Valverde, E. Solé Mir
Servicio de Pediatría, Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida

DEBUT DE EPILEPSIA SINTOMÁTICA EN GEMELAS MONOCORIALES

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Aproximadamente el 1'5 % de las urgencias hospitalarias pediátricas son crisis convulsivas, siendo la mayoría de ellas descompensaciones epilépticas o convulsiones febriles. Presentamos el caso de 2 hermanas gemelas monocoriales que acuden a urgencias, con un intervalo de 5 meses, por episodios comiciales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Lactante de 7 meses, fruto de una 1ª gestación gemelar monocorial de 34 semanas derivada a urgencias tras convulsión afebril focal de 30 minutos de duración, sin otra clínica. Se realizan analítica y EEG que resultan normales y RMN que informa de lesiones hipóxico-isquémicas crónicas. Reacude a los 5 meses por convulsión febril objetivándose en la exploración 3 manchas hipocrómicas lanceoladas, por lo que se realiza TAC craneal apreciándose múltiples calcificaciones subependimarias.

Lactante de 12 meses, con hermana gemela diagnosticada 15 días antes de esclerosis tuberosa, que acude a urgencias tras convulsión tónico-clónico generalizada en el contexto de cuadro febril. En la exploración física destacan 5 manchas hipocrómicas. Se realizan analítica y EEG que resultan normales y TAC craneal que informa de presencia de nódulos subependimarios calcificados y tubers parietales. Se amplía estudio y se confirma el diagnóstico de esclerosis tuberosa.

RESULTADOS

La esclerosis tuberosa es una enfermedad infrecuente con una incidencia aproximada de 1/10000 recién nacidos. Presenta una herencia autosómica dominante con 1/3 de mutaciones de novo y una penetrancia casi completa con alta variabilidad.

Los genes afectos TSC1 y TSC2 codifican proteínas supresoras de tumores afectando de esta forma a la proliferación celular.

El diagnóstico requiere la presencia de determinados criterios clínicos.

En un 65% de los casos la esclerosis tuberosa debuta en forma de convulsiones durante el primer año de vida.

Ante toda convulsión en un lactante es obligada la exploración minuciosa de la piel en busca de estigmas neurocutáneos.



P. Genaró Jornet, L. Cuesta Herraiz, A. M^a Aguiló Sabaté, N. Rodríguez Zaragoza, A. Cardona Barberan, A. Sorni Hubrecht
Servicio de Pediatría. Hospital de Tortosa Verge de la Cinta

PSEUDOCONVULSIONES. A PROPOSITO DE DOS CASOS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Las pseudoconvulsiones son un tipo de trastorno conversivo caracterizado por movimientos paroxísicos muy similares a los de las crisis epilépticas. Su baja incidencia y la escasa literatura a nivel pediátrico hacen que el nivel de sospecha sea bajo.

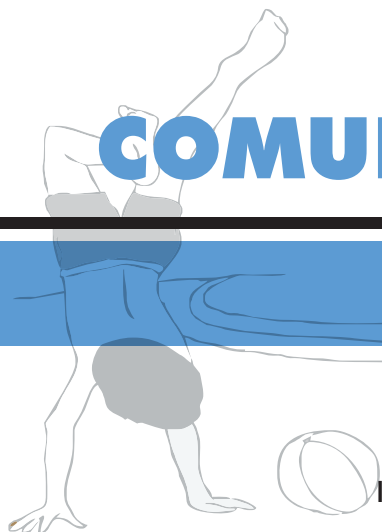
MATERIAL Y MÉTODOS

Niña de 5 años que consulta por temblores de extremidades, autolimitados y de resolución espontánea. La exploración neurológica y las pruebas complementarias son anodinas. En urgencias aparecen episodios de flexión del tronco y prosopagnosia selectiva con la madre. Las crisis ceden tranquilizándola verbalmente y alejándola de su madre.

Niña de 12 años que consulta por movimientos tónico-clónicos de extremidades y dudosa pérdida de consciencia. La exploración neurológica y las pruebas complementarias son anodinas. En urgencias los episodios coinciden con habla confusa, hiperventilación y labilidad emocional. Ceden parcialmente tranquilizándola. Evolución desfavorable a pesar del tratamiento ansiolítico y psicológico con visitas frecuentes a urgencias.

RESULTADOS

Aunque existen una serie de datos en historia clínica y psicológica que deberían alertarnos, se requiere la normalidad de los estudios complementarios para el diagnóstico de pseudoconvulsiones. El tratamiento de elección es la psicoterapia y el pronóstico depende de la comorbilidad psiquiátrica asociada.



I. Manrique Martínez, S. Pons Morales, V. Sebastián Barberán
Instituto Valenciano de Pediatría. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia

¿EXISTE APRENSIÓN A LA VENTILACIÓN BOCA A BOCA EN EL PERSONAL SANITARIO ANTE UNA REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR?

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Muchos profesionales de la salud rechazan la ventilación boca a boca, debido a la amenaza de enfermedades transmisibles, por razones estéticas o por miedo a hacer daño. Nuestro objetivo es valorar la actitud del personal sanitario hacia la ventilación boca a boca en la reanimación cardiopulmonar

MATERIAL Y MÉTODOS

Recogida de datos a partir de encuesta personal, anónima y dirigida a 443 sanitarios, en la que se analiza su predisposición a la realización de ventilación boca a boca y la disponibilidad de dispositivos de barrera en su vida cotidiana.

RESULTADOS

Se obtuvieron un total de 386 encuestas (284 pediatras, 41 residentes de pediatría, 61 médicos de familia y 57 personal de enfermería) en relación a la ventilación boca a boca y 443 en relación a la disponibilidad de dispositivos barrera en su vida cotidiana.

La ventilación boca a boca sería realizada en un niño por cualquiera de los 4 grupos de sanitarios encuestados (rango 76-92%), disminuyendo notablemente cuando se trata de un adulto (33,77%). Los médicos residentes son el grupo con mayor disposición para realizar esta maniobra tanto en niños como en adultos. El 69,75% de los encuestados no disponen de ningún dispositivo de barrera o material de ventilación en su medio familiar. El personal de enfermería es el que muestra mayor disposición a la realización de estas maniobras (42%).

CONCLUSIONES

Persiste el rechazo a la ventilación boca a boca en especial hacia el adulto, pero hay que recordar que las directrices tanto de la AHA como del ERC indican que la ventilación boca a boca, es una técnica segura y eficaz, especialmente en el niño, dado que la causa más frecuente de parada cardiorrespiratoria es la asfíctica.

**E. Soler Giner, Elena Sancho Gracia, R. Huarte Lacunza*,
V. Gomez Barrera, R. Abad Sazatornil, C. Campos Calleja**

*Servicio de Farmacia / Unidad de Urgencias de Pediatría H.U. Miguel Servet

EVALUACIÓN DE LA IMPLANTACIÓN DE UN SISTEMA SEMIAUTOMATIZADO DE GENERACIÓN DE RECETAS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Análisis de la prescripción por recetas en la Unidad de Urgencias de Pediatría de un hospital de tercer nivel, tras la implantación de un sistema de generación semiautomático.

MATERIAL Y MÉTODOS

Las variables analizadas fueron: nº recetas, gasto medio/receta y gasto total. Se registraron los valores acumulados del año 2010 y se compararon con los del 2009. También se analizaron los grupos terapéuticos que supusieron mayor gasto.

RESULTADOS

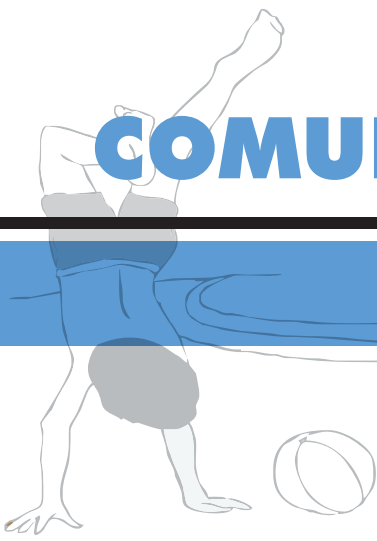
El gasto en 2010 fue 46.273 euros, correspondientes a 13.723 recetas. Al compararlo con el año anterior se observa una reducción del 47,3% en el gasto y un 45% en el nº de recetas.

Los derivados del ácido propiónico (AINES) con un 12,33% del gasto en 2010 y un 10,5% en 2009, seguidos de agonistas beta-2-adrenérgicos selectivos con un 8,23% del gasto en 2010 y un 6% en 2009 son los subgrupos de mayor impacto económico. En tercer lugar las asociaciones de penicilinas, incluidas inhibid. Betalactamasas con 9,43% en 2010 y un 7% en 2009.

CONCLUSIONES

La implantación de un sistema semiautomatizado de generación de recetas ha permitido reducir de forma considerable el número de recetas en la Unidad de Urgencias de Pediatría. También se puede observar que los grupos terapéuticos más utilizados por el servicio siguen siendo los mismos, originando un porcentaje similar frente al gasto total.

Este análisis nos lleva a establecer una línea de mejora con el Servicio de Farmacia, para adecuar la prescripción y el gasto generado en la unidad.



**E. Cid París, E. Rubio Jiménez, N. López Andrés,
A. Aldea Romero, G. Arriola Pereda, Jose M. Jiménez Bustos**
Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Guadalajara.
Universidad de Alcalá. Departamento de especialidades médicas.

INTOLERANCIA DIGESTIVA EN NEONATO CON SÍNDROME DE DOWN

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

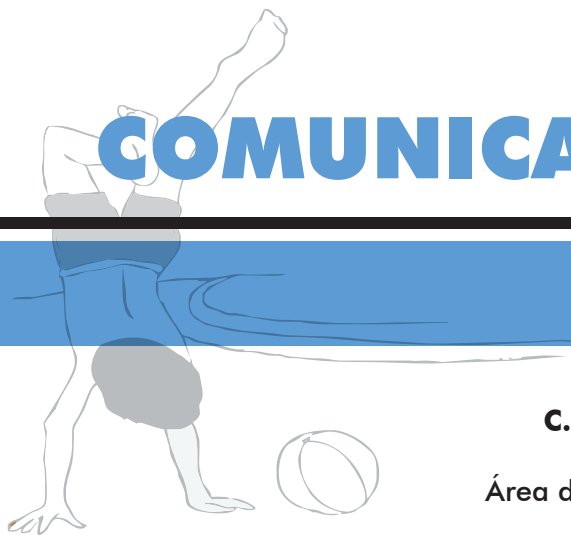
Los problemas alimentarios son un motivo de ingreso frecuente en la etapa neonatal. Presentamos el caso de un neonato con fenotipo Down que precisa traslado a hospital terciario para estudio de vómitos persistentes y pérdida de peso.

MATERIAL Y MÉTODOS

Recién nacido, hijo de madre con diabetes gestacional insulino dependiente que ingresa en neonatología por hipoglucemia precoz. Nacido por cesárea en la semana 36+2 con peso adecuado. Apgar 9/10. En la exploración física destaca fenotipo Down e hipotonía marcada. Resto normal. Analítica de ingreso: leucocitosis con desviación izquierda, por lo que se inicia tratamiento con ampicilina y gentamicina hasta comprobar negativización de cultivos. Recibe tratamiento con fluidoterapia con aportes máximos de glucosa intravenosa de 4,6 mg/kg/min durante los 4 primeros días de vida, con aceptable tolerancia oral. La ecocardiografía muestra un ductus arterioso y foramen oval permeable, insuficiencia tricuspídea moderada e hipertensión pulmonar. Ecografía abdominal informada como normal. A partir del 4º día de vida comienza con regurgitaciones y vómitos casi continuos, y ante la sospecha de disfunción motora esofágica se trata con domperidona, ranitidina y alimentación enteral a débito continuo, sin mejoría. No presenta distensión abdominal y el tránsito digestivo está conservado. Se realiza nueva ecografía abdominal y radiografía de abdomen que son informadas como normales, sin datos de hipertrofia de píloro. El cariotipo confirma la sospecha clínica de trisomía 21. Ante la persistencia de la intolerancia digestiva y con sospecha clínica de obstrucción intestinal parcial se traslada a hospital terciario, donde se diagnostica de páncreas anular con malrotación intestinal. Revisando la radiografía a posteriori, observamos falta de aireación abdominal casi completa con imagen que simula páncreas anular.

RESULTADOS

La importancia de valorar adecuadamente la radiografía simple de abdomen, ya que ante la sospecha clínica de obstrucción intestinal total o parcial, puede orientar al diagnóstico.



**C. Montalvo Ávalos, Á. Gómez Farpón, C. Granell Suárez,
N. Vega Mata, A. López López, E. Valdés Diegues**
Área de Gestión Clínica de Pediatría, Servicio de Cirugía Pediátrica,
Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo

ASPIRACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO. A PROPÓSITO DE UN CASO CON COMPROMISO RESPIRATORIO POR UN TAPON DE BOLIGRAFO

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La aspiración de cuerpos extraños es la principal causa de mortalidad accidental en niños. Frecuentemente el diagnóstico se retrasa, siendo esto causa de complicaciones (inflamación bronquial, obstrucción, neumonías..).

La extracción precoz con broncoscopio rígido bajo anestesia general es la terapia de elección.

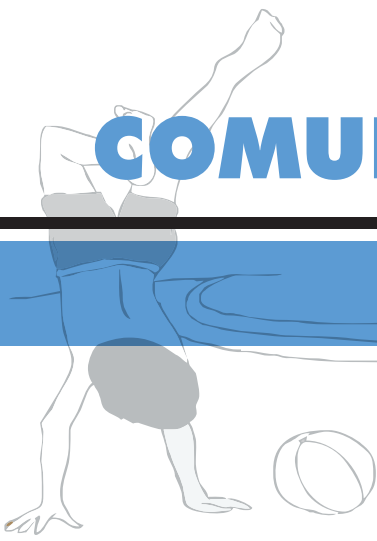
MATERIAL Y MÉTODOS

Niña de 10 años trasladada a nuestro hospital tras sufrir aspiración accidental de un tapón de bolígrafo. Mostraba estridor importante de predominio espiratorio y múltiples sibilancias bilaterales. Se realizó broncoscopia urgente observándose un cuerpo extraño alojado en tráquea; tras una técnica laboriosa y dificultosa por la disposición del tapón, y, el progresivo aumento del edema de glotis, se consigue extraer el cuerpo extraño con éxito. Se trató con Dexametasona intravenosa siendo extubada a las 18 horas y manteniendo hasta el alta disfonía como única sintomatología.

RESULTADOS

La aspiración de cuerpos extraños es una importante causa de patología aguda grave en niños. En este caso se trataba de un tapón de bolígrafo que cumplía con la normativa (las empresas están obligadas por ley a incluir sistemas de seguridad como agujeros en el capuchón del bolígrafo, a consecuencia de numerosas muertes en niños por asfixia tras aspiración del mismo), pero que por su morfología y disposición junto con el edema de cuerdas vocales impedía su extracción y comprometió la vida de la niña.

Destacar la importancia de una rápida actuación de un equipo multidisciplinar de urgencias integrado por pediatras, cirujanos, anestesistas y enfermeros ante la sospecha de aspiración de cuerpo extraño para disminuir la morbimortalidad de estos casos.



M^a C. Lopez Navarro, V. Sebastian Barberan, R. Alfonso Gomez, D. Claramunt Taberner, J. Talens Gandia, M. Forment Navarro
Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital de la Ribera. Alzira

COLECCIÓN EPIDURAL SECUNDARIO A PUNCIÓN LUMBAR. A PROPOSITO DE UN CASO

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Presentar la iconografía de una colección epidural secundaria a la realización de una punción lumbar.

Considerar la posibilidad de yatrogenia tras la práctica de una punción lumbar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 3 años que acude a urgencias del hospital remitido por su pediatra por febrícula, vómitos, cefalea y signos meníngeos dudosos. Ante sospecha clínica de meningitis se realiza punción lumbar que resulta traumática (hemorrágica). Permanece 16 horas en observación de urgencias y se remite a domicilio con Diagnóstico de gastroenteritis aguda.

A las 72 horas de la punción lumbar refiere dolor de espalda, dolor en ambos muslos, incapacidad para la deambulación y para mantener la postura erguida. Mantiene postura fetal antialgica en decúbito lateral izquierdo, no pérdida de la sensibilidad, no parestesias. No pérdida de tono en esfínteres.

Con sospecha clínica de lesión medular se solicita estudio de imagen urgente con RMN. Se detecta una colección epidural sugestiva de extravasación epidural del LCR.

Se decide ingreso hospitalario y tratamiento antiinflamatorio y analgésico. Es dado de alta a domicilio a las 36 horas, asintomático. Ha seguido controles clínicos que son normales hasta el momento.

RESULTADOS

La aparición de una colección epidural de LCR tras la práctica de una punción lumbar, es una complicación infrecuente. Cursa con manifestaciones clínicas que hacen imprescindible la realización de técnicas de imagen (RMN) que nos permitan descartar de manera urgente una lesión medular.

Es necesario disminuir la yatrogenia en procedimientos diagnósticos, así como establecer un periodo de observación clínica mayor de 24 horas cuando la técnica haya resultado traumática, para identificar la aparición de cualquier tipo de complicación.

M.J. Ayala Paterna, M.T. Montero Cebrián, M.A. Rodríguez González, E. Jiménez Buenavista, A. Almansa García, R. Salinas Guirao
Servicio de Pediatría, Hospital Rafael Méndez, Lorca. Servicio de Cirugía Maxilofacial, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

ABSCESO LINGUAL EN LACTANTES: A PROPÓSITO DE UN CASO

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

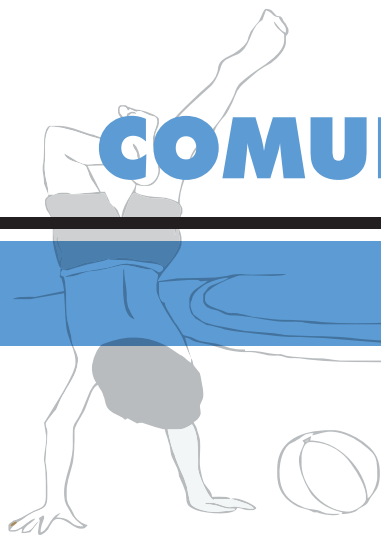
Los abscesos de la lengua son extremadamente raros en la infancia. Existen dos grupos: los primarios que aparecen en niños previamente sanos y los secundarios que se desarrollan en niños con patología de base o factores predisponentes. Presentamos el caso de una niña con un absceso lingual primario.

MATERIAL Y MÉTODOS

Lactante de 4 meses, sin antecedentes de interés, salvo presentar desde el nacimiento pequeño nódulo en dorso de lengua hasta el momento asintomático; consulta por rechazo del alimento, sialorrea y odinofagia. A la exploración se aprecia macroglosia con disminución de movilidad, edema y eritema en los 2/3 anteriores; sin disminución de luz faríngea y con exploración cervical normal. La analítica sanguínea fue normal. Se instaura antibioterapia intravenosa y corticoides, evolucionando a una tumoración que abomba el dorso de lengua en línea media a nivel de tercio anterior, de 2x3 centímetros, bien delimitada, fluctuante y dolorosa a la palpación. Ante la sospecha de absceso lingual se solicita valoración por cirugía maxilofacial. Se realizó resonancia magnética observándose irregularidad en dorso lingual sin evidencia de colecciones. A las pocas horas, la tumoración drena espontáneamente abundante contenido purulento y evoluciona favorablemente hasta su completa resolución.

RESULTADOS

Con el avance de la antibioterapia los abscesos de lengua han disminuido drásticamente. Su etiología más frecuente son los gérmenes anaerobios. La clínica varía según la localización, pero típicamente aparece una marcada odinofagia. El diagnóstico se basa en la sospecha clínica en función de la sintomatología y la exploración física; confirmándose con resonancia magnética o tomografía. El tratamiento de elección es la antibioterapia intravenosa, dejando el drenaje percutáneo para las raras ocasiones en las que no remiten completamente. Reportamos esta caso dada la escasez de artículos en la literaria médica acerca de abscesos linguales en la infancia, sobre todo en lactantes pequeños.



**B. Reyes Millán, Y. Mesa Fumero, M. Domínguez Suárez,
A. Martínez Henández, M. López García, R. Pérez Hernández**
Hospital Universitario de Canarias

HIDRONEUMOTÓRAX COMO PRESENTACIÓN DE NEUMONÍA COMPLICADA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Se expone la presentación clínica y evolución, de la presentación poco frecuente, de una neumonía adquirida en la comunidad, con las connotaciones tanto clínicas como terapéuticas que este proceso conlleva.

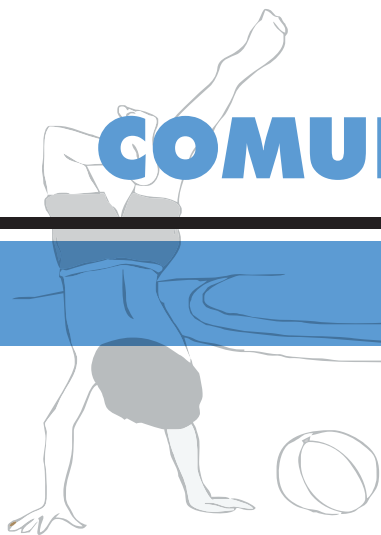
MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente varón de 3 años que presenta cuadro febril de predominio vespertino de 11 días de evolución, asociando episodios aislados de tos seca. Con el diagnóstico de neumonía y posteriormente de otitis media aguda, recibe tratamiento con azitromicina y cefixima oral, así como una dosis de penicilina intramuscular. Presenta una evolución tórpida, con persistencia de la fiebre alta y afectación del estado general, siendo la instauración de un dolor abdominal con rechazo de la alimentación, el motivo de la visita al servicio de urgencias. Destaca en la exploración física, asimetría torácica con elevación del hemitórax derecho, taquicardia y taquipnea, sin necesidades de oxígeno suplementario. En la auscultación encontramos hipoventilación basal derecha con soplo tubárico. Se expone los estudios radiológicos realizados, que ponen de manifiesto un hidroneumotórax derecho severo con desplazamiento mediastínico contralateral, con varias imágenes quísticas compatibles con neumatoceles. El manejo clínico requirió la colocación de un tubo de drenaje pleural, así como de antibioterapia de amplio espectro, no consiguiéndose la identificación microbiológica del agente causal. Presenta una buena evolución, con resolución de la patología pleural, persistiendo los neumatoceles que se controlan ambulatoriamente.

RESULTADOS

No se ha podido obtener de la bibliografía consultada la incidencia del hidroneumotórax como manifestación inicial o complicación de las neumonías adquiridas en la comunidad. Es de interés en nuestro caso, a parte de la iconografía radiológica, el papel que pudiera haber desempeñado la politerapia antimicrobiana incompleta previo al ingreso, en la evolución tórpida del cuadro y en la imposibilidad del diagnóstico etiológico.

G. Sánchez Arias, D. Gómez Andrés, A. Gil Cabañas, C. Ots Ruíz
Hospital Universitario de Guadalajara. Universidad de Alcalá.



EXISTEN LAS EMERGENCIAS NEUROLÓGICAS? IMPORTANCIA DE LA EXPLORACIÓN FRENTE A LAS PRUEBAS DE IMAGEN TRAS UN ACCIDENTE DE TRÁFICO

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La lesión medular traumática en la infancia tiene como principal causa los accidentes de tráfico y puede acompañarse o no de lesión esquelética vertebral.

MATERIAL Y MÉTODOS

Niña de 5 años remitida a consulta de Neuropediatría por su pediatra por imposibilidad para la marcha. Tres meses y medio antes había sufrido accidente de tráfico frontal, de alto impacto en Marruecos, permaneciendo ingresada una semana, y realizándose tomografía axial computerizada craneal y radiografía de columna que fueron normales. Es dada de alta, habiendo perdido la deambulación autónoma, y presentando incontinencia de esfínteres. Desde entonces no recupera la marcha, arrastra los pies al andar, y asocia disminución de sensibilidad en piernas que mejora en los quince días previos a la consulta. En la exploración neurológica presenta hipotonía y pérdida de fuerza distal en extremidades inferiores, sin realizar dorsiflexión activa del tobillo. Exaltación de reflejos rotulianos y abolición de reflejos aquileos. Reflejo cutáneo plantar indiferente. Reflejos cutáneo abdominales más débiles en lado derecho. Sin tono en esfínter anal. Atrofia muscular de piernas, con sensibilidad dolorosa conservada. Realiza marcha en cabotage arrastrando los pies. Resto de exploración normal. Se realiza resonancia magnética urgente que muestra pseudomeningocele intraespinal (L4-L5) postraumático con lesión de raíces del filum, retraídas e hipercaptantes por posible fibrosis, con estenosis anular del cono medular que puede tener su origen en lesión parenquimatosa por avulsión de raíces con posterior cicatrización. Es valorada por Neurocirugía, que desestima la cirugía, por lo que se inicia tratamiento rehabilitador. Al mes y medio persiste clínica y exploración similar con leve mejoría del control de esfínter urinario.

RESULTADOS

Aunque el diagnóstico y el tratamiento en la primera consulta es importante para evitar complicaciones, la forma de Es importante realizar una exploración neurológica detallada ante un traumatismo de alto impacto para descartar lesión medular traumática, por ser una emergencia médica que requiere inicio precoz del tratamiento tanto farmacológico como quirúrgico para minimizar las secuelas.



M. Sandiumenge Durán, A. Sangil González

Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Materno-infantil, Las Palmas de Gran Canaria.

PRIAPISMO DE ALTO FLUJO DE APARICIÓN TARDÍA EN UN PACIENTE DE 4 AÑOS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

El priapismo se define como una erección persistente, no iniciada por deseo sexual o estimulación. Existen dos tipos de priapismo, el de bajo flujo o venoclusivo y el de alto flujo o arterial cuya distinción es fundamental, ya que tienen diferente tratamiento y pronóstico. Se trata de un cuadro excepcional en la edad pediátrica. Por este motivo, se presenta el caso de un priapismo arterial secundario a traumatismo perineal en un paciente de 4 años.

MATERIAL Y MÉTODOS

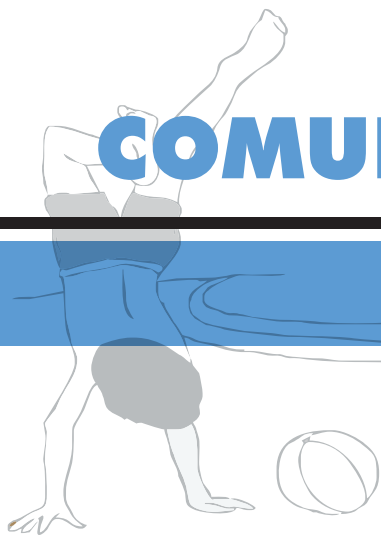
El caso presentado corresponde a un paciente de 4 años, con priapismo no doloroso de 4 días de evolución tras traumatismo perineal a horcajadas 10 días antes. A la exploración presentaba una erección completa, no dolorosa y sin signos de isquemia. En el eco-doppler se demostró una fístula arterio-cavernosa, confirmando el diagnóstico de priapismo de alto flujo. Se practicó arteriografía por vía femoral embolizándose la misma con Espongostán, comprobando la oclusión de la lesión vascular. A las 48 horas de la embolización el paciente presentaba detumescencia completa con normalidad ecográfica, y durante el seguimiento no se evidencia recurrencia del priapismo con erecciones espontáneas.

RESULTADOS

Se destaca el caso por la baja incidencia de esta patología en todas las edades dada la facilidad de diagnóstico ya que una correcta anamnesis y exploración física son suficientes para orientar el mismo, diferenciando entre priapismo de origen isquémico o no isquémico por su diferente tratamiento y pronóstico.

El priapismo venoclusivo se considera una urgencia médica, siendo necesaria la aspiración de los cuerpos cavernosos en las primeras 24 horas para evitar la disfunción eréctil. Sin embargo, el priapismo arterial puede resolverse espontáneamente aunque en casos es necesaria la cirugía. La técnica de elección es la arteriografía con embolización de la fístula con material reabsorbible, con muy buenos resultados.

G. Sánchez Arias, D. Gómez Andrés, A. Gil Cabañas, C. Ots Ruíz
Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario La Paz.



DIAGNÓSTICO EN LA FORMA PRECOZ DE SÍNDROME DE ESCALDADURA ESTAFILOCÓCICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

El síndrome de escaldadura estafilocócica (SSSS) ha aumentado la incidencia en los últimos años. Su diagnóstico y el tratamiento precoz permiten la evolución hacia las formas abortivas sin descamación ampollosa y sin piel descubierta y por tanto, se evitan complicaciones como infecciones secundarias y trastornos hidroelectrolíticos.

La correcta recogida de frotis en el Servicio de Urgencias, previo al inicio de antibioticoterapia, es importante debido al reciente aumento de *Staphylococcus aureus* meticilín resistente en nuestro medio.

Nuestro objetivo es revisar a propósito de un caso de diagnóstico precoz los datos clínicos y microbiológicos que facilitan el diagnóstico diferencial de esta entidad en sus formas más tempranas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Niño de 4 años que acude al Servicio de Urgencias por un cuadro de febrícula

(máx. 37,7 °C) y exantema eritematoso y macular de localización periocular, perioral, cuello, grandes pliegues y piel escrotal, doloroso sin afectar mucosas, sin conjuntivitis y sin síntomas catarrales previos. La fórmula leucocitaria y la proteína C reactiva no están alteradas. Se recogen frotis faríngeo, conjuntival, nasal y cutáneo. Posteriormente en el frotis nasal crece *Staphylococcus aureus* meticilín sensible.

El paciente recibe tratamiento con cloxacilina intravenosa y ácido fusídico, para evitar la sobreinfección, con buena evolución.

RESULTADOS

Aunque el diagnóstico y el tratamiento en la primera consulta es importante para evitar complicaciones, la forma de presentación del SSSS puede ser variable y el diagnóstico diferencial en las formas precoces puede ser complicado, siendo el dolor y la localización del exantema las más importantes pistas diagnósticas.

- Dado el aumento de *Staphylococcus aureus* meticilín resistente en nuestro medio y las dificultades para el diagnóstico precoz, consideramos importante la correcta recogida de muestras microbiológicas en el Servicio de Urgencias para el estudio de resistencias y para confirmar la sospecha inicial.

**C. Gómez Santos, A. Jiménez Ortega, M. Fernández García, I. Martínez Romera,
A. Pérez Villena, L. González Gutiérrez-Solana**
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús

CEFALEA Y PARESTESIAS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Fundamento y objetivos: En pacientes con sintomatología neurológica, además de una anamnesis y exploración detallada, es importante realizar un estudio en profundidad cuando existen síntomas de organicidad, aunque las pruebas de imagen de urgencia sean normales.

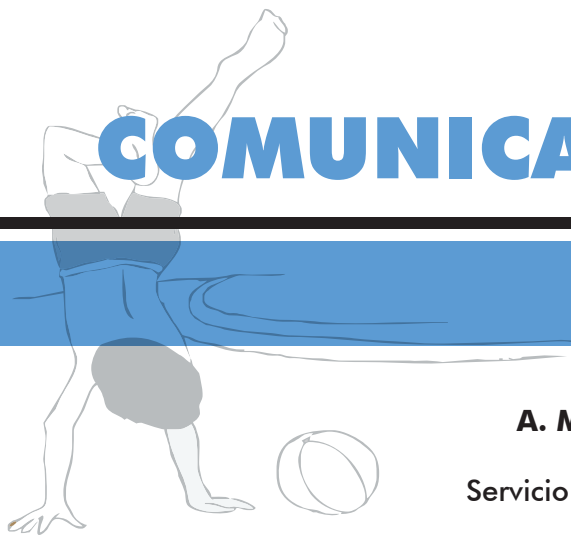
MATERIAL Y MÉTODOS

Observaciones clínicas: Niña de 14 años y 3 meses que acude a urgencias por cuadro de unos dos días de evolución de parestesias en hemicuerpo y hemicara derechos, acompañado de discreta pérdida de fuerza. El episodio se había precedido de cefalea. No se acompaña de náuseas, vómitos, ni alteración de la visión. No refiere traumatismo craneoencefálico previo, ni consumo de tóxicos. La paciente había presentado síntomas catarrales previamente, sin fiebre. Como antecedentes personales, había sufrido una parálisis facial periférica hacía un año y presentaba cefalea semanal sin semiología de organicidad. Era fumadora y tenía astigmatismo no corregido. Tenía antecedentes familiares de migraña. La exploración pediátrica general es normal y en la exploración neurológica destaca sensación disestésica con ligera hiperalgesia en hemicuerpo derecho, inestabilidad a la marcha en "pata coja" sobre el pie derecho e inestabilidad para pasar de sedestación a bipedestación desviándose hacia el lado derecho. Se realiza una tomografía computerizada de urgencia que es normal.

Se decide ingreso con la sospecha de migraña complicada para completar estudio. En la resonancia magnética se observaron hallazgos compatibles con lesión isquémica en brazo posterior de la cápsula interna izquierda. Con el diagnóstico de ictus isquémico en territorio de la arteria cerebral media izquierda, se recomendó rehabilitación, se pautó ácido acetilsalicílico y se dio de alta a la paciente, estando esta asintomática.

RESULTADOS

Comentarios: La patología cerebrovascular es infrecuente en los pacientes pediátricos, pero ante un paciente con síntomas neurológicos y criterios de organicidad, siempre se deben solicitar pruebas de imagen. Siendo lo más recomendable la resonancia magnética cerebral para el diagnóstico de certeza.



**A. Moreira Echeverría, C. M. Mengotti, Angel Moral García,
H. Kassab, M^a J. Comesias Gonzalez**
Servicio de pediatría Hospital San Juan de Dios Martorell (Barcelona)

GASTROENTERITIS AGUDA POR CAMPYLOBACTER EN UN NEONATO

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

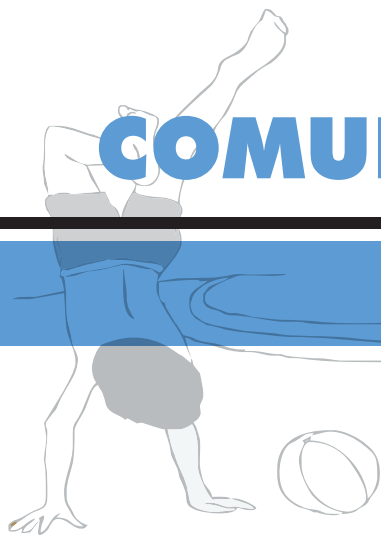
La gastroenteritis aguda es una de las primeras causas de consulta en los servicios de urgencia pediátricos, representando el 10% del total de visitas. Los cuadros de presentación grave ocasionan múltiples problemas al pediatra, que debe poner énfasis en la detección precoz de complicaciones y en establecer un tratamiento adecuado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Neonato de 21 días de vida. Motivo de consulta: 10-12 deposiciones diarias, líquidas amarillentas, sin productos patológicos, de 24 horas de evolución. Vómitos posprandiales. Lactancia artificial desde hace 11 días, correctamente preparada. No gastroenteritis en ambiente familiar. No animales domésticos. Gestación controlada, normoevolutiva, serologías maternas negativas. Parto vaginal eutócico a término. Peso al nacimiento 3190g., peso actual 2890g. exploración física: Mal estado general, aspecto distrófico, irritable, cutis marmorata, mucosas secas, relleno capilar 4 seg. Afebril, Sat O₂ 95%, FR 58/m, FC 189/m, FA deprimida. exploraciones complementarias :leucocitos 62.500/mm³, plaquetas 715.000/mm³. Coagulación normal. PCR 19,6mg/l. Glucosa 302mg/dl., creatinina 1,02mg/dl. Na⁺ 161mmol/l, K⁺ 4,8mmol/l. Amonio, fosfato, cloro, enzimas hepáticas normales. Acidosis metabólica grave. LCR hipergluorraquia resto normal. Se inicia tratamiento corrector de la deshidratación, acidosis metabólica e hiperglicemia. Se administra cefotaxima y ampicilina. Es trasladada a UCIP donde presenta disfunción renal. Estudio metabólico normal. Coprocultivo positivo a Campylobacter coli. Cultivo de heces de contactos : flora normal. Se realiza tratamiento con azitromicina durante 5 días. Evolución favorablemente. Peso al alta 3490gr. coprocultivo negativo.

RESULTADOS

Los virus suponen el 70% de los casos de gastroenteritis en menores de 2 años. La gastroenteritis grave en urgencias debe ser considerada como un síndrome clínico sin tener en cuenta que otras patologías pueden manifestarse con la misma sintomatología. La epidemiología y el manejo conjunto de complicaciones que pueden surgir en el transcurso de la enfermedad ha sido poco considerada en la bibliografía revisada.



**V. Pérez Gregolosa, A. Ballart Macià, R. Valls Borrell,
C. Granell Doñate, C. Panisello Carles, C. Ribes Navarro**
Servicio de Pediatría, Hospital Verge de la Cinta, Tortosa

EPIGLOTITIS AGUDA : CUIDADOS DE ENFERMERÍA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Identificar los problemas de salud de la epiglotitis aguda y unificar criterios entre los profesionales.

- Elaborar un plan de cuidados de enfermería.
- Dar a conocer a los profesionales de enfermería la urgencia del niño.
- Reducir la ansiedad de la familia, informando correctamente a los padres sobre cómo deben realizar los cuidados del niño.
- Aumentar la calidad y la seguridad asistencial.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Revisión bibliográfica.
- Grupos de trabajo de enfermería para analizar el proceso de atención de enfermería.
- Formación en el servicio.
- Elaboración de un póster informativo para el servicio, con los signos y síntomas de la epiglotitis y con la información que hay que dar a los padres sobre el cuidado del niño.
- Elaboración del plan de cuidados mediante el programa GACELA-CARE.

RESULTADOS

Se presentará un póster informativo sobre la epiglotitis aguda en los niños y un plan de cuidados de enfermería.

CONCLUSIONES

La visualización del póster nos permite identificar los signos y síntomas de manera más breve, pudiendo así actuar de forma correcta y lo más rápidamente posible, evitando la hipoxia y el consecuente paro respiratorio. Mediante el análisis y la formación entre los profesionales del servicio de Pediatría, hemos conseguido unificar criterios de actuación.

La actuación inmediata y con seguridad de los profesionales reduce la ansiedad de los padres, así pueden ayudarnos a tranquilizar al niño, consiguiendo un mejor control del patrón respiratorio. Por tanto, aumentamos la calidad y la seguridad asistencial.

**J. Serrano Vicente, I. Rayo Madrid, J. Infante Torre,
M L. Domínguez Grande, L. García Bernardo, C. Durán Barquero**
Unidad de urgencias de pediatría, Hospital Marques de Valdecilla, Cantabria

PSIQUIATRIA NUCLEAR, NUESTRA EXPERIENCIA EN LOS TRES ULTIMOS AÑOS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

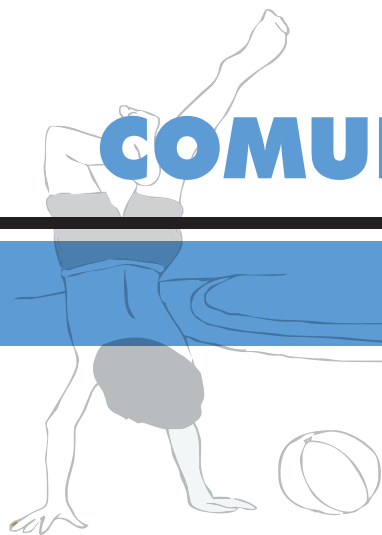
El dolor abdominal crónico constituye uno de los principales motivos de consulta en la edad pediátrica. Se define como aquel que persiste más de tres meses, e interfiere en la actividad diaria del paciente. Es imprescindible descartar organicidad. Describimos dos casos de pacientes con dolor abdominal crónico tras una intervención quirúrgica con buena evolución.

MATERIAL Y MÉTODOS

Caso 1: Niña de 12 años que acude dolor abdominal en cuatro ocasiones, analítica y ecografía inicial normal. Empeoramiento progresivo y sospecha de quiste ovárico torsionado. Ooforectomía izquierda. Ingreso posterior por reaparición del dolor en fosa iliaca derecha, ingreso y apendicectomía a las 96 horas. Continúa con múltiples episodios de dolor abdominal, intermitente, no relacionado con la ingesta, sin otra sintomatología, exploración física normal. Analítica sin leucocitosis. Ecografía abdomino-pélvica: sin hallazgos patológicos. Ha precisado ingreso en observación en varios episodios. Caso 2: Niño de 9 años apendicectomizado hace dos años. Presenta dolor abdominal difuso y/o epigástrico, continuo con normalidad de exploración física y pruebas complementarias. Preciso ingreso hospitalario hace un año por abdominalgia y vómitos con sospecha de suboclusión: intervenido de brida de epiplon derecho. Múltiples episodios de dolor abdominal posterior con afectación e incapacidad para actividad habitual. Asocia pérdida ponderal. Realizada ecografía, tránsito intestinal y estudio analítico normal. Test ureasa positivo; administrado triple terapia antibiótica. Precisa ingreso hospitalario en varias ocasiones.

RESULTADOS

Existen pacientes que tras una intervención quirúrgica presentan un dolor abdominal intermitente persistente que les convierte en "frecuentadores" de las unidades de Urgencias de Pediatría. Este problema suele acompañarse de una importante ansiedad familiar que obliga en muchos casos a los pediatras realizar pruebas complementarias de forma repetida. Es importante transmitir tranquilidad y seguridad al paciente y familiares e intentar evitar ingresos innecesarios.



**A. Romero Salguero, M.. Arias Castro, M.P. Mendez Perez,
A. Guerrero Rico, V. Villar Galvan, P. Asensio González**
Hospital materno infantil Badajoz

ALTERACIÓN DEL ESTADO DE CONCIENCIA: UN DILEMA DIAGNÓSTICO

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Introducción: La conciencia es el proceso fisiológico en el cual el individuo mantiene un estado de alerta, con pleno conocimiento de sí mismo y de su entorno. Los grados de alteración de la misma, pueden ir desde letargia y confusión, hasta el coma profundo. Las etiologías posibles (epiléptico, vascular o hipóxico) o más frecuentemente (infeccioso, tóxico, metabólico, y traumático).

MATERIAL Y MÉTODOS

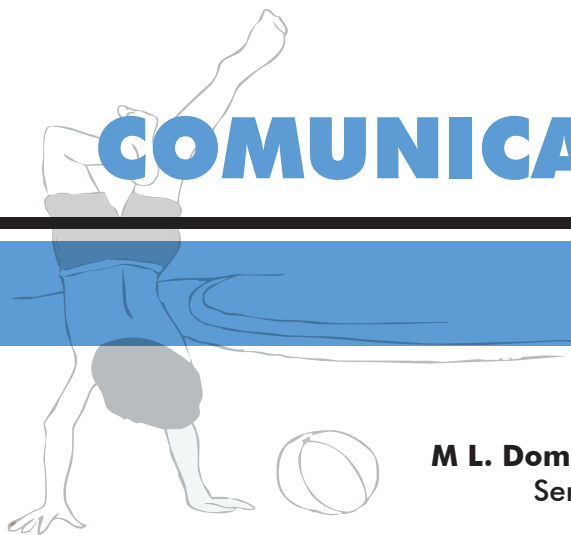
Caso clínico: niño de 3 años con hipotonía, inestabilidad de la marcha, ptosis parpebral y somnolencia de 24 horas de evolución, alternando periodos de somnolencia, con vigilia y actividad normales. Deterioro del nivel de conciencia de forma progresiva, se realiza TAC craneal y se traslada a UCIP. Macrocefalia y plagiocefalia secundaria a hidrocefalia externa benigna del lactante. Diagnosticado de cerebelitis de probable origen tóxico-medicamentoso o patología neurológica- neuromuscular.

Al ingreso en UCIP, decaído, estuporoso, hipotonía e hiporreflexia , pupilas mióticas y reactivas, Glasgow de 7; estable hemodinámicamente sin otros hallazgos en la exploración inicial salvo costra oscura con restos blanquecinos en paladar duro.

Hematimetría , frotis sangre periférica, coagulación, amonio, lactato venoso, normales. Aminoacidemia, aminoaciduria y ác orgánicos en orina normales. PL y cultivo LCR normales. Bacteriología, serología CMV, VEB, VHS y borrellia negativos. EEG: actividad fundamental, con ritmos rápidos de probable origen medicamentoso sin signos focales ni epileptiformes. Tóxicos en orina: positivo a benzodiazepinas y antidepresivos tricíclicos y a cannabinoides a las 48 horas, se administra flumaceniilo , con mejoría progresiva, y recuperación completa posterior.

RESULTADOS

Conclusiones: Las intoxicaciones son frecuentes en la infancia, suponiendo el 0,8-1,65% de las urgencias. El 95% de los casos se produce de manera accidental y la vía digestiva es la más frecuente. La mayoría de ellas producidas por productos domésticos y en menor porcentaje medicamentosas. Ante un paciente con disminución del nivel de conciencia descartar siempre intoxicaciones.



**J. Serrano Vicente, I. Rayo Madrid, J. Infante Torre,
M L. Domínguez Grande, L. García Bernardo, C. Durán Barquero**
Servicio de medicina nuclear. Hospital Infanta Cristina. Badajoz.

PSIQUIATRIA NUCLEAR, NUESTRA EXPERIENCIA EN LOS TRES ULTIMOS AÑOS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Evaluar las exploraciones solicitadas por los especialistas en psiquiatría, sus indicaciones y nuestros resultados a fin de conocer el grado de implicación de la medicina nuclear en la patología psiquiátrica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han revisado todas aquellas exploraciones solicitadas durante los años 2008, 2009 Y 2010 analizando los datos demográficos (procedencia, edad y sexo) y clínicos (ingresados / ambulantes, indicaciones y resultado de las mismas).

RESULTADOS

Encontramos que, solamente se habían solicitado spect de perfusión y que su número, con respecto al total de estudios solicitados por otros especialistas era superior al esperado: 38 / 153 (24%) en 2008, 45/200 (22%) en 2009 y 27/191 (14%) en 2010.

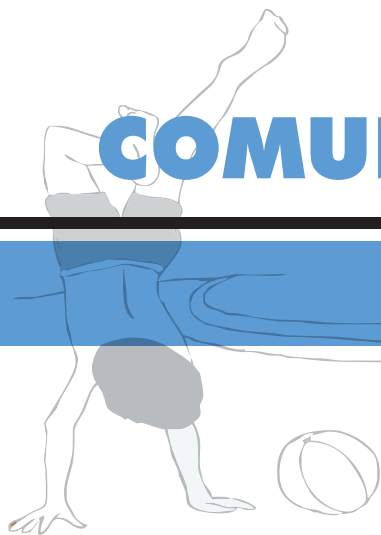
Con respecto al resto de estudios el porcentaje de pacientes ingresados era muy superior: 79% / 14% en 2008, 69% / 12% en 2009 Y 64% / 7% en 2010.

La principal indicación era deterioro cognitivo (50%, 55% Y 48%, respectivamente), seguido de las alteraciones de conducta.

La mayoría fueron patológicos(82%, 74% Y 81%) respectivamente, siendo la alteración frontal la más frecuente (42%, 37% Y 18%, respectivamente).

CONCLUSIONES

La psiquiatría es una especialidad que a pesar de sus características clínicas, precisa de las técnicas de medicina nuclear para poder diagnosticar y comprender muchos de los cuadros clínicos que se presentan durante la rutina hospitalaria.



**J. Moreno Gallego , G. Mora López , A. Ballart Macià,
V. Pérez Gregolosa, A. Pons Prats , M. Pons Prats**
Hospital de Tortosa Verge de la Cinta

TRAUMATISMO RENAL PEDIÁTRICO. CUIDADOS DE ENFERMERÍA

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Unificar criterios de actuación de enfermería ante el traumatismo renal pediátrico.

Actualizar los conocimientos para reducir el tiempo de actuación puerta de urgencias- tratamiento definitivo.

Asegurar la preparación del paciente pediátrico con traumatismo renal para el traslado interhospitalario.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Revisión bibliográfica sobre el traumatismo renal pediátrico.

-Estudio de un caso de nuestra unidad de traumatismo renal pediátrico de un niño de 12 años a quien se le realizó tratamiento conservador.

RESULTADOS

Estudio de un caso y actualización de los conocimientos de enfermería.

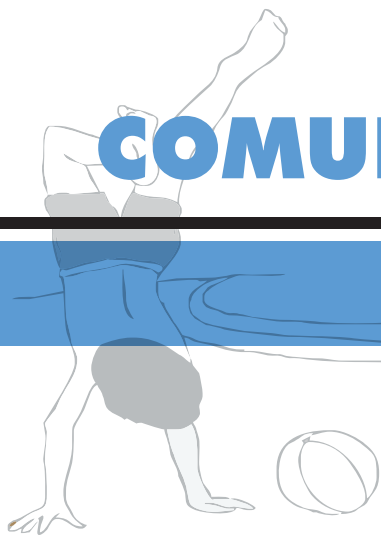
CONCLUSIONES

Una buena anamnesis y valoración integral del paciente facilita el Diagnóstico y los cuidados a realizar.

En el tratamiento conservador es fundamental el soporte de enfermería tanto al paciente como a su familia.

Unificar los criterios de actuación nos permite trabajar con una mayor seguridad y calidad asistencial.

V. San Andrés Sánchez , L. Cabrera Santiago, J. Lanza García
Servicio de Neonatología, Hospital de Cabueñes, Gijón.



MEDICION CORRECTA DE LA PRESIÓN ARTERIAL NO INVASIVA EN NEONATOS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La medición no invasiva de la presión arterial es un método empleado para la valoración de la estabilidad cardiovascular y de vigilancia en recién nacidos en situación clínica inestable. En éste trabajo presentamos la definición y descripción del método correcto para la obtención de la presión arterial.

MATERIAL Y MÉTODOS

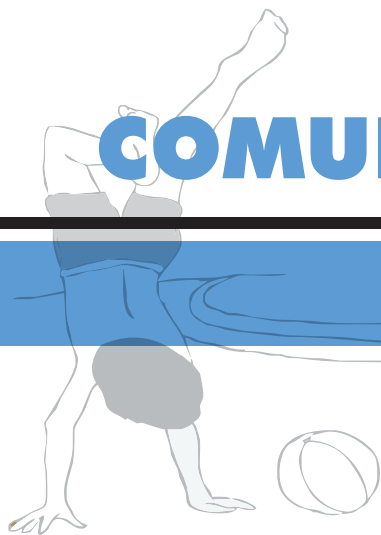
Monitor con capacidad de medición de Presión Arterial Sistólica, Diastólica y Media.
Brazaletes o Manguito de Presión adecuado.

METODOLOGÍA

Ambiente adecuado. Posición idónea del neonato. Colocación del brazaletes y elección del tamaño empleado. Lugar de la toma.

CONCLUSIONES

Hemos decidido tratar éste tema ya que enfermería desempeña un papel fundamental en la toma de constantes vitales, entre ellas la "Presión Arterial". Emplear una técnica correcta evitará posibles errores en la medición. Para ello nos hemos planteado la realización de una guía visual (Poster) que permita unificar el trabajo entre distintos profesionales de enfermería, un mejor aprovechamiento de los recursos disponibles y un aumento de la calidad de la atención que se presta.



**L. J. Escobar y Álvaro, J. Jiménez González, M^a J. Ayala Paterna,
E. Jiménez Buenavista, M^a I. Nuñez López, M^a L. García Mancebo**
Hospital Rafael Méndez

MÚLTIPLES CONSULTAS POR UN MISMO PROCESO EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

Este estudio pretende determinar la cantidad de consultas repetidas por un mismo proceso en diferentes servicios del servicio público de salud (urgencias, pediatra, urgencias de atención primaria y 061) en los pacientes pediátricos atendidos en nuestro servicio de urgencias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se analizaron todas las urgencias atendidas en nuestro hospital entre octubre y diciembre de 2010, determinando en cada caso el perfil epidemiológico de cada paciente, el motivo de consulta, y consultas previas por el mismo proceso en nuestro u otros servicios del sistema público de salud, qué pruebas complementarias precisó el paciente y el diagnóstico al alta o ingreso.

RESULTADOS

De las 2742 historias analizadas el 68% había consultado previamente por el mismo proceso, el 21% en más de dos ocasiones el 9% en más de 3 y el 1% en más. El 52% de los pacientes no requirió ninguna prueba complementaria.

CONCLUSIONES

Existe un elevadísimo número de consultas generadas por pacientes pediátricos por un mismo proceso.

**L Martínez Marín, M Lorente Cuadrado, JA Mula García,
E Jiménez Buenavista, MP Talón Moreno, MJ Romero Egea**
Servicio de Pediatría, Hospital Rafael Méndez, Lorca.

INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO

OBJETIVOS / INTRODUCCIÓN

La intoxicación por monóxido de carbono es un motivo frecuente de consulta en urgencias en invierno. Es un gas resultado de la combustión incompleta de los hidrocarburos, siendo las estufas de gas y braseros unos de los principales responsables. La gravedad del cuadro depende de la concentración del gas en el ambiente y de la duración de la exposición. La sintomatología es inespecífica, afecta diversos órganos y puede pasar desapercibida sobre todo en casos leves. De ahí la importancia de la historia clínica, además de la determinación de carboxihemoglobina para llegar al diagnóstico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Escolar de 8 años que acude a nuestro hospital en transporte sanitario urgente, junto con sus padres, por sospecha de intoxicación por monóxido de carbono. La madre se había despertado bruscamente con cefalea intensa y vómitos, despertando a los demás miembros de la familia, que presentan somnolencia, náuseas, vómitos y cefalea. Avisan a los servicios de emergencias que encuentran, en la estancia en la que dormía la familia, una estufa de leña, iniciando tratamiento con oxigenoterapia. A su llegada al hospital la paciente presenta un buen estado general con tendencia a la somnolencia y sensación nauseosa. En los exámenes complementarios destaca una carboxihemoglobina de 11.7%. Se continúa tratamiento con oxígeno, mejorando progresivamente los síntomas, con normalización de la cifra de carboxihemoglobina a las 12 horas del ingreso.

RESULTADOS

La intoxicación por monóxido de carbono constituye una importante causa de morbimortalidad a nivel mundial. La mayoría se producen en el hogar, por eso destacamos la importancia de un correcto funcionamiento y uso de los sistemas de calefacción como principal medida preventiva. El diagnóstico no siempre va a ser fácil, por lo que es fundamental un alto grado de sospecha, sobre todo si aparece, en varios miembros de una familia, la misma sintomatología y mejora al retirarse de la fuente.