



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

posters I



SESIÓN DE POSTERS DEFENDIDOS 1

Viernes 7 de mayo de 2004, de 8.00 a 9.30 horas

Moderador: V. Sebastián

EVOLUCIÓN DE LOS LACTANTES DE 3-24 MESES DIAGNOSTICADOS EN URGENCIAS DE SÍNDROME FEBRIL SIN FOCALIDAD (SFSF).

M. González Balenciaga, A. Pérez Fernández, E. Mora González, S. Capapé Zache, J. Benito Fernández, S. Mintegi Raso.

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

Objetivo: conocer: la evolución de los lactantes de 3-24 meses diagnosticados en un Servicio de Urgencias Pediátrico Hospitalario de SFSF

Pacientes y método: revisión retrospectiva de los episodios correspondientes a lactantes de 3-24 meses de edad diagnosticados en el Servicio de Urgencias de SFSF entre 01-09-03 y 31-12-03. Se recogieron datos sobre las características de los pacientes, reconsulta en el Hospital, cambios de manejo (diagnóstico-terapéutico) por parte de su pediatra, y evolución del proceso.

Resultados: Entre 01-09-03 y 31-12-03 se registraron en Urgencias 678 episodios correspondientes a lactantes de 3-24 meses de edad diagnosticados de SFSF. De éstos, se consiguió contactar telefónicamente con 579 (85.3%).

De estos 579, el diagnóstico final varió en 159 pacientes (27.4%): infección respiratoria de vías altas 78, OMA 28, GEA 22, exantema súbito 10, laringitis 7, bronquiolitis 7, neumonía 3, ITU 3, meningitis neumocócica 1. El porcentaje de pacientes en los que el diagnóstico final varió fue superior en los que reconsultaron en el Hospital (58/93, 62.4%) que en los niños manejados posteriormente de forma exclusiva por su pediatra (101/486, 20.8%, $p < 0.00001$). El porcentaje de pacientes que acabaron recibiendo antibiótico (45/579, 7.8%) fue superior en aquéllos que fueron manejados sólo por su pediatra (42/486, 8.6% vs 3/93, 2.3%, $p = 0.04$). La duración media de la fiebre posterior a la visita en Urgencias fue de 2.7 ± 3 días (97.9% menos de una semana) y fue significativamente mayor en el grupo de pacientes que reconsultó en Urgencias (3.5 ± 1.9 vs 2.5 ± 3.2 días, $p = 0.004$)

De los que reconsultaron en el hospital, 2 ingresaron y uno falleció por una meningitis neumocócica.

Conclusiones: Alrededor del 25% de los lactantes de 3-24 meses diagnosticados en un Servicio de Urgencias Pediátrico Hospitalario de SFSF reciben, posteriormente, un diagnóstico diferente y uno de cada 13 acaba recibiendo antibiótico, siendo esto menos frecuente si reconsulta en el Servicio de Urgencias hospitalario.



LACTANTES DE 3-24 MESES CON SÍNDROME FEBRIL SIN FOCALIDAD (SFSF) QUE RECONSULTAN EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA.

M. González Balenciaga, A. Pérez Fernández, A. Fernández Landaluce, N. Trebolazabala Quirante, E. Mora González, S. Mintegi Raso.

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

Objetivo: conocer las características de los pacientes de 3-24 meses que reconsultan en un Servicio de Urgencias Pediátrico Hospitalario tras ser diagnosticados de SFSF en el mismo

Pacientes y método: estudio retrospectivo de todos los episodios registrados en el Servicio de Urgencias Pediátrico del Hospital de Cruces entre 01-09-03 y 31-12-03 correspondientes a lactantes de 3-24 meses que reconsultaron al menos en una ocasión en el plazo de una semana tras diagnosticarse inicialmente de SFSF.

Resultados: Durante ese tiempo se registraron 734 episodios correspondientes a lactantes que consultaron por fiebre sin foco. De éstos, 678 fueron diagnosticados de SFSF. De éstos ingresaron 5 (0.7%) y se manejaron ambulatoriamente 673, reconsultando 93 (13.8%).

En estos 93, el tiempo de evolución del cuadro hasta la 1ª consulta fue menor o igual a 6 horas en 30 (32.3%). En esta visita se practicó alguna prueba complementaria (PC) a 73 (78.5%): tira reactiva de orina (69), Rx de tórax (11), analítica de sangre (6) y punción lumbar (1). En la reconsulta, se practicaron PC a menos pacientes (39, 41.9%, $p < 0.00001$). El tipo de PC practicada varió significativamente: menos tiras reactivas de orina (25, 26.8%, $p < 0.00001$), más analíticas sanguíneas (21, 22.5%, $p < 0.005$) y número similar de Rx (12) y punciones lumbares (2)

En la reconsulta, el diagnóstico varió en 58 (62.3%): infección respiratoria de vías altas 24, OMA 8, gastroenteritis 8, exantema súbito 7, bronquiolitis 4, infección urinaria 3 (tira reactiva normal en 1ª visita), laringitis 2, meningitis neumocócica 1, neumonía 1. Dos pacientes ingresaron (2.1%) y uno falleció.

Conclusiones: la actitud del pediatra de Urgencias ante el lactante con SFSF varía en las consultas sucesivas. En éstas se practican menos PC, aunque la analítica sanguínea se realiza más frecuentemente. Los diagnósticos varían en un porcentaje importante concretándose en muchos el origen de la fiebre.



INFLUENCIA DE LA VACUNA ANTINEUMOCÓCICA EN EL MANEJO DEL NIÑO DE 6-24 MESES CON FIEBRE SIN FOCO, BUEN ASPECTO Y ORINA NORMAL.

A. Pérez Fernández, M. González Balenciaga, S. Capapé Zache, M.A. Vázquez Ronco, J. Benito Fernández, S. Mintegi Raso.

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

Objetivo: determinar si la administración de la vacuna antineumocócica (Prevenar®) cambia el manejo del lactante de 6-24 meses con fiebre sin focalidad (FSF), buen aspecto y orina normal en un Servicio de Urgencias Pediátrico hospitalario

Pacientes y método: revisión retrospectiva de los 498 episodios correspondientes a lactantes de 6-24 meses de edad que consultaron en Urgencias de Pediatría del Hospital de Cruces por presentar FSF entre 01-09-03 y 31-12-03, con buen estado general, orina normal y en los que se recogió el dato acerca de la administración o no de vacunación antineumocócica.

Resultados: de los 498 lactantes, se había administrado la vacunación antineumocócica a 191 (38.4%). Del total de 498 pacientes se practicó analítica sanguínea a 40 (8% del total: 6.8% del grupo vacunado y 8.8% del grupo no vacunado, $p=0.42$). Ingresaron 7 pacientes en planta (1.4% del total, 1 del grupo vacunado, 0.5% y 6 del grupo sin vacunar, 2.0%, $p=0.17$, dos de este último grupo meningitis neumocócica).

La tasa de reconsulta por el mismo proceso fue del 13.1% en el grupo vacunado frente al 17.3% del grupo no vacunado ($p=0.21$). De los pacientes que reconsultaron sólo un paciente del grupo no vacunado precisó ingreso, un lactante con meningitis neumocócica que acabó falleciendo.

Comentarios: En nuestra Unidad, los lactantes de 6-24 meses con FSF, buen aspecto y orina normal son manejados de manera similar independientemente del estado de vacunación antineumocócica. Dada la protección que la vacuna antineumocócica heptavalente confiere frente a determinadas enfermedades invasivas sería deseable establecer estrategias de manejo de estos pacientes en las salas de Urgencias. Debiera establecerse si la administración de la vacuna heptavalente debe modificar la actitud de los pediatras de Urgencias cuando consultan estos pacientes.



FACTORES QUE INFLUYEN EN LA REALIZACIÓN DE ANALÍTICA SANGUÍNEA EN NIÑOS DE 3-24 MESES CON FIEBRE SIN FOCO, BUEN ASPECTO Y ORINA NORMAL.

M. González Balenciaga, A. Pérez Fernández, J.I. Pijoán Zubizarreta*, M.A. Vázquez Ronco, J. Benito Fernández, S. Mintegi Raso.

*Urgencias de Pediatría. *Unidad de Epidemiología Clínica. Hospital de Cruces. Barakaldo. Bizkaia.*

Objetivo: determinar los motivos por los cuáles realizamos analítica sanguínea a lactantes de 3-24 meses con fiebre sin foco (FSF), buen aspecto y orina normal en nuestro Servicio de Urgencias Pediátrico hospitalario

Pacientes y métodos: estudio retrospectivo de 708 pacientes de 3-24 meses de edad que acudieron al Servicio de Urgencias de Pediatría del Hospital de Cruces entre 01-09-03 y 08-01-04 por FSF, que presentaban buen aspecto y tenían una tira reactiva de orina normal (ausencia de leucocituria y/o nitrituria). El análisis estadístico se ha realizado por medio del ajuste de un modelo de regresión logística múltiple. Se ha establecido un proceso de selección de variables manual "hacia atrás" incluyendo las variables categóricas por medio de la construcción de variables indicadoras. El contraste de hipótesis se ha realizado a través del likelihood ratio test evaluando interacciones de primer grado entre las variables predictoras. El nivel de significación utilizado ha sido del 5%.

Resultados: Se practicó analítica al 9% de los pacientes. Las variables que muestran una asociación estadísticamente significativa con la probabilidad de solicitar analítica sanguínea son: 1) edad del lactante (si tiene entre 6-11 meses OR 0,24 I C 95%: (0,11-0,49)), si tiene 12 meses ó más OR 0,15 (0,07-0,3)), 2) tiempo de evolución de síntomas (mayor de 12 horas vs. menor de 6 horas OR 2,3 (1,2-4,43)) y 3) temperatura máxima registrada en casa (>40°C vs. menos de 39°C OR 4,22 (1,5-11,84))

Conclusiones: en nuestra serie se pide con más frecuencia analítica sanguínea a los lactantes más jóvenes, con un cuadro febril más prolongado y con una temperatura más elevada en domicilio antes de acudir al Servicio de Urgencias.



PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD INVASIVA POR MENINGOCOCO C.

P. Donado, F. Jiménez, L. Martínez, C. Palomino, R. Ortiz, P. Gutiérrez.

Hospital Universitario de Getafe.

Introducción: En el año 97 se llevó a cabo la vacunación activa de la población entre 18 meses y 19 años inclusive, con la vacuna bivalente polisacárida A y C. Las limitaciones de dicha vacuna (tasa de anticuerpos protectores de aproximadamente un 40% y sólo un 20% de alta actividad bactericida al año de administración) y el aumento de enfermedad meningocócica tipo C, justificó la introducción, en el año 2000, de la vacuna conjugada tipo C en el calendario de vacunación sistemática, con cronología de 2, 4 y 6 meses. Fueron vacunados los niños hasta los 6 años. La aparición de tres casos de sepsis en el mes de diciembre en nuestra área, dos de ellas por meningococo C, y su evolución, nos lleva a replantear la situación vacunal de la población infantil y juvenil.

Casos clínicos:

- **Caso 1:** Niño de 14 años que acude a nuestra urgencia por fiebre, vómitos y exantema petequiral. El cuadro había comenzado aproximadamente 12 horas antes. Llega en situación de shock séptico, falleciendo en la siguiente hora. En hemocultivo y cultivo de LCR creció meningococo C.
- **Caso 2:** Niña de 11 años traída a urgencias por fiebre, dolor abdominal y aparición reciente de exantema purpúrico. Vista 12 horas antes en urgencias y diagnosticada de cuadro gripal. Hemocultivo positivo a meningococo C. Actualmente continua en UCI con complicaciones graves, que incluyen amputación de ambos MMII e IRC. Ambos pacientes habían sido inmunizados con la vacuna bivalente polisacárida.

Conclusión: La inespecificidad de la clínica inicial, junto a la morbilidad y mortalidad asociadas a esta infección, podría justificar la revacunación con la forma conjugada de aquellos niños y adolescentes que, por criterios de edad, sólo recibieron la forma polisacárida de inmunización.



PREVALENCIA DE MENINGITIS EN NIÑOS MENORES DE 3 MESES CON INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO. REVISIÓN RETROSPECTIVA.

E. Cidoncha, J. Urbano, P. Chimenti, C. Míguez, R. Rodríguez, V. Climent.

Servicio de Urgencias Pediátricas del HGU Gregorio Marañón.

Objetivo: Determinar la frecuencia de meningitis bacteriana en niños menores de 3 meses diagnosticados de infección del tracto urinario.

Métodos: Revisión retrospectiva de las historias clínicas de los niños menores de 3 meses con infección de orina ingresados de Enero de 2001 a Diciembre de 2004. El diagnóstico de infección urinaria se hizo por la presencia de > 100.000 UFC/ml en dos muestras recogidas por bolsa o < 10.000 UFC/ml de las muestras obtenidas por sondaje vesical. La meningitis fue definida por el crecimiento de un microorganismo en el cultivo del LCR y la pleocitosis por la existencia de ≥ 35 leucocitos/mm³ en menores de 4 semanas, ≥ 22 leucocitos/mm³ entre 4-8 semanas y ≥ 10 leucocitos/mm³ en mayores de 8 semanas.

Resultados: La muestra incluyó 78 niños con una edad media de 35,7 días (un 44,87% menores de un mes) de los cuales un 74% eran varones y un 26% eran mujeres. Se realizaron 45 punciones lumbares (57,69%), 23 de ellas en menores de un mes. El cultivo de LCR fue estéril en 43 niños, uno positivo para *Staphylococcus coagulasa* negativo y otro para *Bacillus* sp que fueron interpretados como contaminantes. En 3 niños se halló pleocitosis de 497, 25 y 14 leucocitos con una edad de 75, 53 y 80 días respectivamente. En los 3 casos el cultivo del LCR fue negativo y los parámetros bioquímicos del LCR fueron normales. El hemocultivo fue estéril en 72 niños, creció *Staphylococcus coagulasa* negativo en 5 niños y *Staphylococcus coagulasa* negativo y *Enterococcus faecalis* en otro caso.

Conclusiones: En nuestro medio la tasa de asociación de meningitis bacteriana a una infección de orina en lactantes menores de 3 meses, y en especial en menores de un mes, es nula. Al igual que otros grupos, cabría preguntarse la necesidad de realizar la punción lumbar en niños menores de 3 meses con infección urinaria. La pleocitosis estéril del LCR es relativamente frecuente en estos niños sin meningitis bacteriana por lo que habría que plantarse otras posibles causas a esa reacción inflamatoria meníngea como la endotoxina de bacterias Gram negativas u otros mediadores inflamatorios inducidos por patógenos urinarios Gram positivos.



HEMOCULTIVOS EN URGENCIAS. PARÁMETRO DE CALIDAD.

S.J. Quevedo Teruel, Y. Gil, I. Pinto Fuentes, I. Wilhelmi, F. Verjano Sánchez, M. Vázquez López.
Servicios de Pediatría y Microbiología. Hospital Severo Ochoa. Leganés. Madrid.

Introducción: Es una práctica habitual en urgencias pediátricas la realización de hemocultivos, a pesar de sus bajos rendimientos, muy inferiores a la de los adultos. Este escaso rendimiento puede ser debido a los criterios por los que se indican y/o a las técnicas con que se realizan.

Objetivo: Evaluar el rendimiento de los hemocultivos para el estudio de las bacteriemias en urgencias con el fin de valorar la necesidad de diseñar y desarrollar un protocolo sobre indicaciones y procedimientos de extracción de hemocultivos.

Método: Estudio descriptivo retrospectivo de los hemocultivos realizados y de las bacteriemias en pacientes de nuestro servicio de urgencias desde Enero de 1999 a Diciembre de 2002. La decisión para la extracción del hemocultivo dependió del criterio del pediatra. La técnica de extracción fue la estándar de enfermería intentando conseguir el máximo volumen sanguíneo, pero sin conocer la cantidad exacta. Se registraron los datos epidemiológicos, clínicos y microbiológicos y se analizaron con los programas estadísticos Excel y SPSS.

Resultados: Durante el periodo de estudio se realizaron un total de 7660 hemocultivos, de los cuales fueron positivos un 90 (1,17%) y contaminados un 467 (6%).

Los motivos de petición más frecuentes fueron: fiebre:4803 (62,7%), ITU 316 (4,1%), neumonía 765 (10,1%), GEA 153 (2%), etc. El número de bacteriemias significativas fueron 28, siendo el 74,8% de ellas en menores de 5 años. El 64,3% por GRAM positivos y el 35,7% por GRAM negativos. El germen más frecuente fue el Neumococo (46,4%), seguido de *N. meningitidis* (21,4%) y *S. aureus* (10,7%). En el 50% de los casos se pudo constatar el foco de la infección, siendo la neumonía la más frecuente (32,8%).

Conclusiones: Existe un bajo rendimiento de los hemocultivos en nuestra urgencia debido a la alta contaminación y la baja positividad. Necesidad de implantar un protocolo nuevo de indicaciones y procedimientos de extracción de los hemocultivos.



VARICELA Y FALLO MULTIORGÁNICO.

A.M. Navarro Rodríguez, J.L. Hernández Zabalza, M. Garriga Badia, I. Moysset Agustí*, E. Macià Rivadevall, S. Nevot Falcó.

Servei de Pediatria. Hospital Sant Joan de Déu. Althaia. Xarxa Asistencial. Manresa.

Fundamentos: Las complicaciones de la varicela se deben al incremento de la diseminación viral y a la capacidad del sistema inmunológico para limitar su replicación. La complicación más frecuente en los niños es la infección bacteriana estafilocócica o estreptocócica de las lesiones vesiculares.

Objetivo: Se presenta el caso clínico de una varicela de mala evolución en niña de 2 años, previamente sana, con antecedente de hermana gemela afecta de varicela 2 semanas antes.

Observaciones clínicas: Aqueja fiebre elevada desde 4 días antes de ser remitida a nuestro centro, con malestar general progresivo. A su llegada al hospital está consciente, orientada pero hipotónica, con mala perfusión periférica. Presenta lesiones costrosas de gran tamaño y diseminadas, de predominio en tronco; respiración acidótica con espiración alargada, sin otros ruidos sobreañadidos y con ventilación simétrica; auscultación cardíaca normal; abdomen globuloso y hepatomegalia dura de 4 cm.

Tratamiento: canalización de vía periférica, intubación orotraqueal y ventilación mecánica. No obstante entra en asistolia sin respuesta a las maniobras de reanimación cardiopulmonar. Exitus a la hora y media de su ingreso. Anatomía patológica: Múltiples focos sépticos y necróticos con presencia de cocos.

Comentario: Con este caso se quiere hacer hincapié en 2 hechos:

- Aunque la varicela es un proceso frecuente y banal la mayoría de las veces, no está exenta de posibles complicaciones graves ante las cuales debemos estar alerta.
- Usar aciclovir en los "segundos casos de varicela por contagio intrafamiliar" puede evitar evoluciones tóxicas de la misma; es importante tener claras sus indicaciones (nuestra paciente no lo recibió).



SEPSIS TARDÍA POR STREPTOCOCCUS DEL GRUPO B EN URGENCIAS.

F. Verjano Sánchez, S. Quevedo, I. Pinto, Y. Lage, N. Martínez Guardia, M. Vázquez.
Urgencias de Pediatría. Hospital Severo Ochoa. Leganés. Madrid.

Introducción: A raíz de las investigaciones epidemiológicas en los años 60, que identificaron a *Streptococcus* de Grupo B como la causa más frecuente de sepsis precoz neonatal, se desarrollaron distintos sistemas de prevención. Estos protocolos de prevención se han dirigido sobre todo a aquellas mujeres que sufrían colonización rectovaginal por este germen y cuyos recién nacidos tenían un riesgo de desarrollar sepsis precoz entre 1-2% y sólo un 0,7% sepsis tardía. En estudios recientes la incidencia de sepsis precoz ha disminuido mientras que el número de casos de sepsis tardía no han variado.

Casos clínicos: Lactantes de 1 y 2,5 meses que consultaron de forma precoz en nuestro Servicio de Urgencias por irritabilidad y rechazo de las tomas con inicio posterior de la fiebre. Eran niños recién nacidos a término, con antecedentes perinatales sin interés, destacando que los cultivos rectovaginales maternos para *S. agalactiae* a las 35 semanas de gestación fueron negativos. Las analíticas precoces no mostraron gran leucocitosis ni neutrofilia y sólo posteriormente se evidenció ascenso de reactantes de fase aguda. El hemocultivo fue en ambos casos positivo para *S. agalactiae* y en uno de ellos también se aisló en LCR. Ambos casos recibieron tratamiento con penicilina intravenosa 10 y 14 días tras resultados de cultivos. En un caso se recogió una nueva muestra rectovaginal materna aislándose *S. agalactiae*.

Comentarios: En los últimos cuatro años y gracias a los distintos protocolos de control y prevención las casuísticas de distintas Unidades Neonatales han demostrado un descenso dramático en el número de casos de sepsis precoz por S. Grupo B (en nuestro hospital sólo un caso desde el año 1999).

La presentación de estos dos casos que acudieron a nuestro Servicio de Urgencias, tiene el fin de:

- Recordar este germen como agente etiológico de sepsis y meningitis en lactantes pequeños a pesar de los protocolos de profilaxis antibiótica.
- La necesidad de revisar estos protocolos para prevenir la sepsis tardía como sucedió en nuestros dos casos.



PALUDISMO: UNA PATOLOGÍA IMPORTADA.

J. Lara Herguedas, M.I. Gallardo Fernández, J. Martínez Pérez, L.M. Ciria Calavia, J.L. Rubio de Villanueva.
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

Introducción: El paludismo es una enfermedad parasitaria erradicada en nuestro país, pero seguimos viendo casos de pacientes procedentes de otros países en donde dicha enfermedad es aún prevalente. Presentamos una revisión de los casos de paludismo ingresados en nuestro Hospital en los últimos 10 años.

Material y método: Se revisaron las historias clínicas de los niños ingresados en nuestro Hospital desde enero de 1993 a enero de 2004 que al alta tenían el diagnóstico de paludismo. En todos ellos se recogieron edad, sexo, duración y patrón de la fiebre hasta el diagnóstico, sintomatología acompañante, signos clínicos y analíticos, país de procedencia, especie de parásito, complicaciones, tratamiento y sus efectos secundarios, si tomó o no profilaxis y otras enfermedades concomitantes.

Resultados: Se revisaron las historias de 31 pacientes, 21 niños y 10 niñas. Respecto al país de procedencia 21 procedían de Guinea Ecuatorial, 2 de Ecuador, 2 de Nigeria, 1 de Angola, 1 de Brasil, 1 de la India y 3 son españoles que viajaron a países endémicos. La edad media al diagnóstico fue de $5,6 \pm 3,4$ años, (mediana de 4,8 años) y con rango de 1-14,2 años. La duración media de la fiebre fue de $6,9 \pm 5,7$ días (mediana 5). Síntomas acompañantes: síntomas digestivos en cinco niños, afectación del estado general en 4 y otros síntomas (HTA, coluria, palidez e ictericia...) en otros 5 niños. El patrón de fiebre fue atípico en la mayoría con tan sólo un niño con fiebre terciana y 3 a días alternos. Presentaron hepato y/o esplenomegalia 23 niños, ictericia 3, trombopenia 7, anemia 24 y alteraciones de la coagulación 8 pacientes. La PCR media fue de $8,5 \pm 7,1$ mg/dl (mediana 6,6) y la VSG 58 ± 40 mm/1ª h (mediana 50). Dos niños precisaron asistencia en CIP. Se aislaron 17 *P. falciparum*, 4 *P. vivax*, 2 *P. ovale*, 2 *P. malariae*, en el resto no se especificó la especie. Un caso se diagnosticó por serología y el resto por gota gruesa. Tres niños presentaron complicaciones: hepatopatía crónica, anemia crónica, insuficiencia renal y afectación neurológica. El tratamiento recibido fue: Cloroquina 7 pacientes, mefloquina 6, pirimetamina 2, halofantrina 2, cloroquina + primaquina 4, quinina + clindamicina 4, cloroquina + pirimetamina 2 niños, sin que refirieran efectos secundarios de la medicación. La profilaxis la tomaron 2 niños, y uno lo hizo de forma irregular. Las enfermedades concomitantes más frecuentes fueron las parasitosis intestinales o la anemia de células falciformes.

Comentarios: Aunque el paludismo no es una enfermedad propia de nuestro medio, es importante sospecharlo en pacientes procedentes de áreas endémicas con clínica compatible. El paludismo suele responder bien al tratamiento, pero en ocasiones puede presentar complicaciones graves. El tratamiento no se asocia en nuestra serie a efectos secundarios reseñables. El plasmodium más frecuente aislado en nuestra serie ha sido el *P. falciparum*.



EL PALUDISMO Y SU PRESENTACIÓN EN URGENCIAS. REVISIÓN DE 47 CASOS.

J. Arnaez Solís, M.A. Roa Francia, R. Villares Alonso, M. Arriaga Redondo, A. Karim Alarabe Alarabe, J. Blumenfeld Olivares, P. Puyol Buil.

Hospital de Móstoles.

Objetivo: Describir las formas de presentación en urgencias de los casos de paludismo en pacientes pediátricos, atendidos en nuestro hospital en los últimos seis años.

Método: Revisión retrospectiva de los 47 casos de paludismo en niños menores de 14 años. Se analizaron parámetros: edad, sexo, origen, motivo de principal de consulta, datos clínicos en urgencias (síntomas y signos), lugar y tiempo de demora al diagnóstico.

Resultados: La edad media de los 47 casos estudiados fue de $6,3 \pm 3,7$ (1-14,5 años). El 72% nacieron en Guinea, de donde también fueron originarios el 92% de sus padres. De los 47 casos, el 19% residían habitualmente en España y el contagio tuvo lugar al viajar a su país de origen en periodos de 31 días de estancia media. En todos los pacientes se decidió el ingreso y todos lo hicieron a través de urgencias donde se hizo el diagnóstico en el 64% de los casos, el 21% acudió derivado de su centro de salud y en el 15% el diagnóstico se hizo en la planta con una media de demora en el diagnóstico de 1,4 días (1-3 días). El motivo de consulta principal fue la fiebre en el 87% aunque sólo estaba presente en el 81% en el momento de acudir a urgencias. El 79% presentaba hepato y/o esplenomegalia en la exploración física. La gota gruesa y/o frotis fino fue positiva en el 96%, con parasitemias $< 1\%$ en el 78% de los casos. Hubo tres casos con parasitemias $> 1\%$. Las especies más frecuentes fueron *P. falciparum* en el 60% y *P. ovale* en el 10%.

Conclusiones:

1. Debemos sospechar paludismo en todo niño inmigrante con fiebre y/o hepatoesplenomegalia que refiera algún viaje reciente a un país endémico.
2. La mayoría de los diagnósticos de paludismo, en nuestro caso en un 64%, se realizan en la sala de urgencias; siendo la gota gruesa y el frotis fino los métodos diagnósticos de elección aunque exigen cierta experiencia en el reconocimiento de formas parasitarias.
3. Se recomienda el ingreso en la mayoría de los casos de paludismo ante la posibilidad de complicaciones por intolerancia a la medicación o intrínsecas a la especie, como en el caso del *P. falciparum*.



DOCE CASOS DE DREPANOCITOSIS. PRESENTACIÓN CLÍNICA AL DIAGNÓSTICO.

J. Blumenfeld, A. Cervera, J. Arnáez, M. Ortega, M. Arriaga, R. Villares, M.A. Roa.
Hospital de Móstoles.

Introducción: La drepanocitosis es una enfermedad de creciente incidencia en nuestro medio que presenta graves complicaciones en su evolución.

Objetivos: ver la presentación clínica al diagnóstico y del primer episodio relacionado con la enfermedad en doce niños con drepanocitosis seguidos en nuestro centro.

Material y métodos: Análisis descriptivo de doce casos recogiendo: 1) lugar de nacimiento, 2) edad y presentación clínica al diagnóstico, 3) Edad y primera manifestación típica de la enfermedad. Los estadísticos utilizados son la media, mediana, rango y frecuencia.

Resultados:

1. Lugar de nacimiento: España 7 (58%), Guinea Ecuatorial 4, (33%), Zaire (1, 8%).
2. Edad de diagnóstico: mediana 13 meses; rango 1,5 meses-7 años (excepto en dos casos de 7 años, uno de ellos nacido en España, todos los demás se diagnosticaron por debajo de los dos años).
3. Enfermedad por la que acude: Enfermedad neumocócica invasiva: 2 (una sepsis y una meningitis) (16%). Anemia: 2 (16%). Infección respiratoria de vías altas: 1 (8%). Síndrome torácico agudo: 1 (8%). Bronquiolitis: 1 (8%). TCE: 1 (8%). Crisis vaso-oclusiva: 1 (8%). Abscesos esplénicos: 1 (8%). Viriasis: 1 (8%). Paludismo: 1 (8%).
4. Primera manifestación específica de la enfermedad: edad: mediana 15 meses; rango 6 meses-7 años. Clínica: dactilitis: 6 (50%), mediana de edad 19,56 meses. Síndrome torácico agudo: 3 (30%), mediana de edad 30 meses. Enfermedad neumocócica invasiva: 2 (16%), media de edad 8 meses, crisis vaso-oclusiva ósea: 1,10 meses. Cuatro de estos episodios fueron el motivo de diagnóstico de drepanocitosis (33%).

Conclusiones:

1. En nuestro medio es más frecuente la drepanocitosis en hijos de inmigrantes, nacidos en España.
2. En un 66% de los casos el diagnóstico se realiza tras acudir a urgencias por enfermedad común.
3. La forma más frecuente como primera manifestación específica de la enfermedad es la dactilitis.
4. Aunque el diagnóstico de la enfermedad suele ser precoz no debe descartarse la enfermedad en niños mayores.



MANEJO AMBULATORIO DEL NIÑO CON INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO (ITU) FEBRIL EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA.

A. Andrés Olaizola, P. Galán del Río, J. Sánchez Etxaniz, S. Mintegui Raso, A. Fernández Landaluce, S. Capapé Zache.

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

Objetivo: describir nuestra experiencia en el manejo ambulatorio del paciente con ITU febril diagnosticado en Urgencias de Pediatría, tras poner en marcha un nuevo protocolo de manejo en niños mayores de 3 meses.

Pacientes y método: estudio retrospectivo de los 175 niños diagnosticados de ITU febril entre 01-01-2003 y 30-09-2003 y manejados de manera ambulatoria. Se recogieron datos del episodio en Urgencias y del seguimiento posterior en Consultas Externas del Hospital.

Resultados: Entre 01-01-2003 y 30-09-2003, 229 niños con fiebre recibieron el diagnóstico de ITU en nuestro Servicio de Urgencias. De éstos, 175 (76.4%) fueron manejados ambulatoriamente, 23 de ellos tras permanecer unas horas en observación.

El 61.7% fueron mujeres y 123 (70.3%) tenían entre 3 y 24 meses. La temperatura media en Urgencias fue de $39.0 \pm 0.6^\circ\text{C}$. El valor medio de la PCR sérica fue 67 ± 61 mg/litro (límites=0-315) y la cifra de leucocitos osciló entre 4.400 y 41.500/mm³ (15.268 ± 6.085).

Todos fueron tratados con cefixima oral y los 23 que estuvieron en Observación recibieron una dosis de ceftriaxona parenteral.

Reconsultaron 12 (6.8%), de los que ingresaron en planta 6 (3.4% del total de niños), por intolerancia oral o persistencia de la fiebre, y otros 2 precisaron permanecer unas horas en Observación, sin encontrarse relación con la edad ni con la cuantía de la fiebre, leucocitosis ni elevación de la PCR sérica inicial.

En los estudios de imagen realizados posteriormente se encontraron alteraciones en el 15% de las ecografías renales, 24.6% de las cistografías y 33% de los DMSA de fase aguda realizados.

Comentarios

1. Un porcentaje importante de niños mayores de 3 meses pueden ser manejados ambulatoriamente con antibioterapia oral, si presentan buen estado general, buen estado de hidratación y buena tolerancia oral.
2. Es preciso garantizar un seguimiento a corto plazo de estos pacientes para considerar ingreso hospitalario en los casos de mala evolución (en nuestro grupo un 3.4%).
3. En todos los casos se debe asegurar con posterioridad a la remisión del episodio febril un estudio de imagen para descartar patología asociada.



CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-ANALÍTICAS-RADIOLÓGICAS DE LAS INFECCIONES DE ORINA (ITU) FEBRILES. FACTORES PRONÓSTICOS.

P. Galán del Río, A. Andrés Olaizola, J. Sánchez Etxaniz, M.A. Vázquez Ronco, A. Fernández Landaluce, N. Trebolazabala Quirante.

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

Objetivo: describir las características clínicas y los estudios complementarios realizados a los niños diagnosticados de ITU febril; valorando la existencia de factores pronósticos.

Pacientes y método: estudio retrospectivo de los niños diagnosticados de ITU febril entre 01-01-2003 y 30-09-2003. Se recogieron datos del episodio informatizado de Urgencias, del ingreso hospitalario y del seguimiento en Consultas del Hospital.

Resultados: 229 niños con fiebre recibieron el diagnóstico de ITU: 175 (76.4%) fueron manejados ambulatoriamente, los 64 restantes ingresaron en el hospital. El 56.5% fueron mujeres. La edad media fue de 23 meses (0-158m), siendo el 76% < 24 m. La temperatura media fue de $38.6 \pm 0.6^\circ\text{C}$. Tenían antecedentes de ITU previas 56 (23%). El valor medio de la PCR sérica fue 74 mg/litro (0-389) y la cifra de leucocitos osciló entre 4.400 y 46.200/mm³ (media de 16.445). Tenían leucocituria 227 casos (95%) y nitrituria 126 (52.7%). Se realizó tinción de Gram en 110 casos, siendo 17 negativos (7%). En el urocultivo se aislaron 222 *E. coli* (93%), 5 *Proteus mirabilis*, 4 *Klebsiella pneumoniae*. Se encontraron alteraciones en el 32% de las ecografías renales, 28.6% de las cistografías y 46.9% de los DMSA de fase aguda realizados. Al comparar estas alteraciones con los diversas variables clínicas y analíticas solamente hemos encontrado relación estadística con la leucocitosis ($p=0.07$) y la elevación de la PCR sérica ($p=0.003$) y, en el caso del DMSA, con el hecho de haber ingresado ($p=0.007$). Se ha encontrado patología nefrourológica en 67 casos (28%): 40 RVU, 5 doble sistema, 21 otros, instaurándose profilaxis en 36 niños.

Comentarios:

1. En los niños con ITU febril la leucocitosis y la elevación de la PCR orientan a la posibilidad de alteración de las pruebas de imagen (ecografía, cistografía y DMSA agudo), sin que lo haga ninguna variable clínica.
2. Ninguna variable clínica ni analítica se ha asociado significativamente al hallazgo de patología nefrourológica.
4. Dada la ausencia de predictores clínico-analíticos fiables de lesión de base pensamos que es necesario realizar estudios de imagen a todos los niños con una 1ª ITU febril.



COLECISTITIS AGUDA VIRAL EN EL CONTEXTO DE HEPATITIS AGUDA A. A PROPÓSITO DE UN CASO.

I. Marsinyach, J. Urbano, G. Arriola, C. Gutiérrez, C. Míguez, J. Delgado.

Departamento de Urgencias y Radiología Pediátricas. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Fundamentos y objetivo: Los cambios morfológicos de la vesícula biliar, en el contexto de una hepatitis aguda tipo A, son alteraciones anatómicas transitorias que desaparecen espontáneamente. Estos cambios han sido ampliamente descritos en la literatura, sin embargo, las referencias bibliográficas sobre la colecistitis aguda, en el contexto de la hepatitis aguda A, son escasas.

Observaciones clínicas: Varón de 10 años que acude a urgencias por abdominalgia generalizada intensa que empeora con la ingesta desde hace 6 días. Desde hace 4, asocia fiebre vómitos, cefalea y anorexia. Antecedentes personales: sin interés. Antecedentes familiares: tío materno diagnosticado de hepatitis aguda (causa desconocida) hacía 1 mes. Exploración física: Decaído, ictericia mucocutánea moderada. Abdomen: blando y depresible, dolor difuso a la palpación profunda más intenso en hipocondrio derecho sin signos de irritación peritoneal. Hepatomegalia de 2 cm, polo de bazo. Resto de exploración: normal. Pruebas complementarias: leucocitos 7.600 (55 granulocitos, 24% linfocitos), GOT 4887, GPT 6385, LDH 1876, FA 450, GGT 150, Colesterol total 127, Triglicéridos 275, Bilirrubina total 7.9 (fracción directa 6.8), Proteínas totales 5.5 (albúmina 3.7), PCR: 0.5 mg/dl. Coagulación normal. Ecografía abdominal: masa de 4-5 cm. de ecogenicidad heterogénea bien delimitada muy vascularizada en el área teórica de la vesícula biliar. Hepatomegalia leve con parénquima normal. Evolución: Ingresó con diagnóstico de hepatitis aguda y sospecha de colecistitis aguda. Recibió tratamiento con fluidoterapia intravenosa y analgesia (meperidina). Ecografía abdominal a las 24 horas: vesícula biliar edematosa; disminución del grosor de la pared vesicular con luz visible. No líquido libre ni cálculos. Serología: IgM anti-A (+).

Comentarios: Los cambios morfológicos de la vesícula biliar en el contexto de una hepatitis aguda, son relativamente frecuentes y transitorios. No precisan tratamiento ni estudios de imagen distintos de un control ecográfico. La colecistitis aguda viral es una entidad poco descrita en la literatura, posiblemente por falta de diagnóstico.



SESIÓN DE POSTERS EXPUESTOS 1

Viernes 7 de mayo de 2004, de 8.00 a 9.30 horas

SÍNDROME FEBRIL EN LACTANTE DE ETIOLOGÍA POCO HABITUAL.

P. Galán Del Río, S. Blázquez Trigo, A. Rodríguez Serna, N. Trebolazabala Quirante, S. Capapé Zache, M.A. Vázquez Ronco.

Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Barakaldo. Vizcaya.

Introducción: El síndrome febril sin focalidad es un motivo frecuente de consulta en la Urgencia de Pediatría. La mayoría de las veces la causa es infecciosa, pero en ocasiones puede ser síntoma de otra patología no infecciosa.

Caso clínico: Varón de 5 meses que acude al Servicio de urgencias por fiebre elevada de 4 días de evolución, sin otra clínica asociada. La exploración física fue normal salvo palidez cutánea. La exploración por aparatos en urgencias fue normal.

Antecedentes personales y familiares sin interés.

Se decidió realizar una analítica sanguínea en la que se encontró una anemia normocítica normocrómica (HTO 19,4%, Hb 6,5 g/dl, VCM 87 fl), con leucocitos y plaquetas normales. La proteína C reactiva (PCR) fue de 26,4 mg/dl. Debido a este valor elevado de PCR y en el despistaje de infección bacteriana potencialmente severa (IBPS) se realizó analítica de orina, punción lumbar y Rx de tórax que fueron normales. Se recogieron cultivos y se decidió el ingreso, con los diagnósticos de probable IBPS + anemia a estudio.

Evolución: Al ingreso requirió una transfusión de concentrado de hematíes, se comenzó antibioterapia IV e inició el estudio de anemia. La fiebre cedió en 24 horas, pero en exploraciones sucesivas se consiguió palpar una masa abdominal, encontrándose en la ecografía una masa de 8x9 cm en suprarrenal derecha.

Ante la sospecha de neuroblastoma se pidieron diferentes pruebas (catecolaminas en orina, enolasa, α -feto-proteína, RMN) con las que se confirmó el diagnóstico de neuroblastoma estadio 2 A.

Comentarios: En el estudio de un síndrome febril sin foco realizar una buena exploración física es fundamental. La presencia de una anemia intensa normocítica normocrómica nos tiene que hacer sospechar una etiología diferente a la infecciosa, entre ellas la tumoral.



MENINGITIS NEUMOCÓCICA RECIDIVANTE EN LACTANTE MENOR DE 3 MESES.

J.M. Syltern, I. Reyes Azpeitia, A.R. Espino González, E. Colino Gil, R. González González, E. González Díaz.
Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Materno-Infantil de Las Palmas de Gran Canaria.

Introducción: La meningitis neumocócica es una enfermedad con importante morbimortalidad, pudiendo presentarse en el lactante con clínica poco llamativa. En el siguiente caso clínico se analizarán algunas complicaciones que puedan aparecer.

Caso clínico: Lactante mujer de 49 días, ingresa por cuadro de 12 horas de evolución de irritabilidad y febrícula.

EF: T^a: 38.3°C Irritable. Exploración por órganos y aparatos: normal.

AP: Parto a término. Ingreso por bronquiolitis, alta 4 días antes del cuadro actual. Lactancia artificial.

PC: Leucocitosis: 34.700 (N54, L42, M4). Hb: 9.7 g/dl. Plaquetas: 1.265.000. PCR: 2.62 mg/dl. LCR: 15 leucos/mm³ Prot: 57 mg/dl. Glucosa: 58 mg/dl. Orina: normal

Evolución: Se instaura tratamiento con cefotaxima y ampicilina, a pesar de lo cual persiste fiebre alta. Al 4º día, 4 convulsiones de inicio focal MSD, con generalización posterior. Se repite PL: LCR: 2560 leucos/mm³ (55% MN, 45% PMN), prot: 173 mg/dl y glucosa: 16 mg/dl. Llega resultado de hemocultivo: *S. pneumoniae*, por lo que se pauta Cefotaxima y Vancomicina. Alta tras 10 días de tratamiento, con exploración normal. Reingresa a los 4 días por irritabilidad y quejido de 24 horas de evolución, en la exploración se objetiva fiebre.

PC: Persiste pleocitosis en LCR, resto parámetros infecciosos negativos. TAC craneal: higroma frontal. Cultivos de sangre, orina, heces y LCR: negativos. No se observan malformaciones ni fístulas en RMN craneal.

Evolución: Se reinstaura igual tratamiento durante 10 días, con buena respuesta, y con exploración y LCR al alta normal.

Diagnóstico: Meningitis recidivante. Higroma frontal.

Discusión: La M. neumocócica ocurre con mayor frecuencia en lactantes menores de 12 meses, cursa a menudo con convulsiones, y la corta edad favorece la aparición de higromas. Se trata de una M. recidivante, asociado a tratamiento antibiótico inadecuado. Se plantea si sería aconsejable prolongar el tratamiento a 14 días, si realizar PL de control y si se debe añadir dexametasona.



PALUDISMO POR *P. FALCIPARUM*. A PROPÓSITO DE UN CASO.

I. Reyes Azpeitia, A. Espino González, J.M. Syltern, R. González González, D. González Santana, E. González Díaz.

Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias.

Introducción: El paludismo es una enfermedad protozoaria aguda y crónica producida por cuatro especies del protozoo intracelular del género *Plasmodium* (*P. falciparum*, *P. malariae*, *P. ovale* y *P. vivax*), que se caracteriza por paroxismos de fiebre, escalofríos, astenia, anemia y esplenomegalia. Actualmente tiene gran importancia en los países en vías de desarrollo y se estima que existen 300 millones de casos y más de 1 millón de muertos cada año. Las zonas fundamentales de transmisión son África, Asia y Sudamérica. La especie predominante en África, Haití y Nueva Guinea es *P. falciparum*; en Bangladesh, América Central, India, Pakistán y Sri Lanka predominan *P. vivax* y *P. falciparum*; y *P. ovale*, la especie más rara, es fundamentalmente africano. El paludismo por *P. falciparum* es la forma más grave de malaria y la enfermedad puede complicarse pudiendo provocar la muerte (25% en adultos y el 30% en lactantes no inmunes). El tratamiento va a depender de la zona (resistente o no a la cloroquina).

Caso Clínico: Enfermedad actual: niña de 3 años que acude por historia de dolor abdominal, fiebre no termometrada intermitente y cefalea frontal de meses de duración. Antecedentes personales: hace 5 días que llegó de Guinea Ecuatorial. Refiere ingreso previo en Guinea por este problema. Exploración física: abdomen distendido, se palpa bazo a 3 cm del reborde costal. Resto normal. Pruebas complementarias: Hemograma: Hemoglobina: 8.2 g/dl; Hematócrito: 24.8%; Leucocitos: 11.000; I (42%N, 33%L, 22%M); Plaquetas: 101.000; I; VSG: 94. Gota gruesa: Trofozoitos de *Plasmodium falciparum*. Detección de Ag de *Plasmodium falciparum*. Parásitos en sangre: trofozoitos de *P. falciparum* con un índice de parasitación. Ecografía abdominal: Esplenomegalia, resto normal. Diagnóstico: Paludismo por *Plasmodium falciparum*. Tratamiento: Sulfato de quinina 150 mg cada 8 horas vía oral durante 5 días y clindamicina 150 mg cada 8 horas vía oral durante 10 días.

Conclusiones: Los médicos que ejercen en una zona no endémica deben considerar el diagnóstico de paludismo en cualquier niño con fiebre que ha regresado de una zona endémica en el año previo. Hoy día es posible encontrar una inadecuada respuesta terapéutica a cualquier fármaco en prácticamente cualquier zona palúdica del mundo, por lo tanto, el tratamiento dependerá de la resistencia de los antipalúdicos en dicha zona. El tratamiento del *P. falciparum* debe considerarse una urgencia médica, ya que en caso de no ser tratado, la enfermedad puede complicarse y provocar la muerte.



SÍNDROME CELULITIS – ADENITIS POR ESTREPTOCOCO DEL GRUPO B COMO FORMA DE SEPSIS NEONATAL TARDÍA.

S. Pavlovic Todorcevic, M. Falcón Rodríguez, A. Rodríguez González, E. González Díaz, I. Melián Domínguez, Z. Espinel Padrón.

Servicio de Urgencia de Pediatría. Hospital Uvirersitario Materno Infantil. Las Palmas de Gran Canaria.

El síndrome de adenitis – celulitis es una expresión clínica poco frecuente de la infección por *Streptococcus agalactiae* (EGB) en recién nacidos y en los primeros meses de vida. Una manifestación local (celulitis) y una afectación de tejidos blandos (adenitis), junto con la fiebre, pueden ser las únicas manifestaciones de bacteriemia y/o meningitis por EGB.

Caso clínico: MC: lactante de 50 días de vida que acude por irritabilidad. EF: T 38,3 C (r). Tumefacción submandibular y cervical bilateral, eritematosa y caliente, sin signos de fluctuación. Resto dentro de la normalidad, AF y AP: embarazo y parto normal, frotis vaginal EGB negativo. Periodo perinatal sin incidencias. Observación: pico febril de 40°C, irritabilidad y rechazo de tomas. Pruebas complementarias: hemograma, PCR, LCR y Rx tórax: normal. Eco cervical: múltiples adenopatías laterocervicales con diámetro de hasta 1 cm. Hemocultivo, a las 48 horas se aísla *S. agalactiae*. Tratamiento: Ampiclina 150 mg/kg/día y Cefotaxima 200 mg/kg/d. Evolución: excelente, a las 24 horas del tratamiento antibiótico desaparece adenopatía y fiebre y el paciente fue dado de alta hospitalaria tras 10 días de antibioticoterapia intravenosa.

Comentarios: El síndrome de adenitis-celulitis es una forma de presentación poco frecuente de la sepsis neonatal tardía por EGB. El tratamiento antibiótico inicial debe ser de amplio espectro incluyendo penicilina o ampicilina y una cefalosporina de tercera generación. El reconocimiento precoz de las manifestaciones locales de la enfermedad tiene gran importancia para adecuar la antibioterapia a la posible afectación del SNC.