

## **ACCIDENTES Y TRAUMATISMOS**

**Nº 1**

### **ACCIDENTES DE TRÁFICO Y USO DE SISTEMAS DE SUJECCIÓN INFANTIL**

M<sup>a</sup> T. Cabral Ruano, M. Gómez de la Fuente, M<sup>a</sup> D. Gallart Martínez, M<sup>a</sup> de la O García Baeza, J. L. Carretero Ares, A. Melnikova Kutnetsova, M. Riva Vai  
Servicio Urgencias Pediatría. Hospital General Universitario Alicante. Alicante

#### **OBJETIVOS:**

Evaluar el uso de sistemas de sujeción en pacientes de 0 a 14 años atendidos por accidente de tráfico en nuestro Servicio de Urgencias de Julio-05 a Diciembre-05.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Análisis prospectivo descriptivo mediante encuesta en el momento de ser atendidos, analizando las siguientes variables: sexo, edad, peso, población, tipo de desplazamiento, uso cinturón seguridad en adultos, tipo sujeción infantil, lugar dentro del coche, lesión secundaria y destino paciente.

#### **RESULTADOS:**

37 pacientes, de los cuales 19 son mujeres (51.4%). La edad media es de 74.81 meses, con un rango de edad entre los 2 y 156 meses. La población de procedencia más frecuente fue la urbana (86.5%) 32 casos. El mayor número de accidentes se produjo durante los desplazamientos urbanos con 28 casos (75.7%). En 26 de los casos (70.3%) el adulto llevaba el cinturón de seguridad. En cuanto al tipo de sujeción utilizado en los menores: 11 (29.7%) no llevaban ningún tipo de sujeción, 11 (29.7%) llevaban el cinturón de seguridad, 6 (16.2%) silla tipo II, 5 (13.5%) silla tipo I y 4 (10.8%) silla tipo 0. Los menores ocupaban el asiento trasero en 34 casos (91.9%). El tipo de lesión más frecuente fue el esguince cervical 12 casos (32.4%), sin lesiones 9 (24.3%), traumatismo craneoencefálico 6 (16.2%), erosiones 5 (13.5%) y poli contusiones 4 (10.8%). El destino final de los pacientes fue siempre el alta domiciliaria, aunque 3 casos (8.1%) requirieron ingreso hospitalario y 2 casos (5.4%) observación.

#### **CONCLUSIONES:**

La mayoría de los niños atendidos procedían de población urbana, siendo el desplazamiento urbano el más frecuente. Casi un tercio de los adultos no llevaban el cinturón. En los menores, el cinturón es el sistema de sujeción más usado, y los otros tipos tienen un reparto más equitativo pero sigue destacando la ausencia de sistemas sujeción en un 30%. El tipo de lesión más frecuente es el esguince cervical y el destino final de los pacientes siempre es el alta domiciliaria.

## ASIENTOS PARA BAÑO Y RIESGO DE AHOGAMIENTO

L Arranz Arana, Mª J Azanza Agorreta, E Zuazo Zamalloa, M Palacios López, E Blarduni Cardón,  
A Pérez Saéz  
Hospital de Zumarraga, Servicio Pediatría. Gipuzkoa

### INTRODUCCIÓN:

El objetivo de la descripción de 2 casos de casi ahogamiento en bañera es comunicar el riesgo grave para los niños que supone el uso de asientos para baños.

#### *Caso clínico:*

Lactante de 10 meses que estando en la bañera en un asiento para baño.. Al sonar el teléfono, la madre sale de cuarto de baño. A continuación el hermano de 3 años grita y la madre encuentra al lactante boca abajo, pálido y en apnea. Tras maniobras de reanimación, se produce un vómito de agua. Llega al hospital con O2 en mascarilla. Exploración : Tº 36,4; FC 120; FR 34; Sat pO2 94%. Estado general con moderada afectación. Glasgow 14. AC normal AP: subcrepitantes basales bilaterales. Abdomen normal. Analítica: Glucosa 76 mg/dl, Na 136 mE/l, K 4,2 mEq/l, gasometría venosa: pH 7,28, Bi 19, EB -7. Rx tórax: alveolización en bases. Evolución favorable.

#### *Caso clínico:*

Lactante de 7 meses trasladado por inmersión en agua de bañera. Encontrándose en un asiento provisto de 4 ventosas para fijar al suelo de la bañera, le hallan cianótico y en apnea. Responde a maniobras de estimulación, iniciando respiración espontánea. Acude en ambulancia medicalizada con constantes normales. Sat pO2 aire ambiente 96%, FR 40, FC 113. BEG. Buen color de piel y mucosas. Glasgow 15. ACP: normal Abdomen: normal. Rx tórax normal.

### COMENTARIOS:

El ahogamiento de un niño que use asiento para baño es inusual pero es una causa de muerte indiscutible. Los asientos para baño dan una falsa sensación de seguridad. Cuando el niño no está supervisado puede alzar el asiento, resbalarse de frente hacia el agua y quedarse atrapado con las piernas sujetas al asiento, boca abajo, con riesgo grave de ahogamiento en breve espacio de tiempo y sin ruido, incluso con poco agua, pudiendo no haber gritos ni chapoteos.

### CONCLUSIONES:

Los niños pequeños no se pueden dejar sin supervisar en el agua y utensilios como los asientos de baño contribuyen a que ocurran accidentes como es el ahogamiento o casi ahogamiento.

### **CARACTERÍSTICAS DE LOS TRAUMATISMOS DENTALES ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICO (SUP) Y PAPEL DEL PEDIATRA DE URGENCIAS**

A. Fernández Landaluze, E. Mora González, S. Capapé Zache, J. Sánchez Etxaniz, S. Mintegi Raso, F.J. Benito Fernández.

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

#### **INTRODUCCIÓN:**

Las lesiones dentales tras un traumatismo, aunque suelen ser leves, pueden generar ansiedad en las familias motivando que consulten en un SUP. Así, en muchas ocasiones, es el pediatra de urgencias el primero en atenderlas, desempeñando un papel capital en el abordaje inicial. En nuestro SUP los pediatras de Urgencias recibimos formación específica para facilitar el abordaje de estos pacientes.

#### **OBJETIVO:**

Estudio de las características de los traumatismos dentales atendidos en un SUP y evaluar la actuación del pediatra de Urgencias ante ellos y en concreto en los casos de reimplantación de dientes.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio retrospectivo de los traumatismos bucodentales (TBD) atendidos en un SUP entre Marzo y Diciembre 2005. En los casos de reimplantación urgente, se contactó telefónicamente días después con la familia para conocer el resultado de nuestra actuación.

#### **RESULTADOS:**

En el periodo de estudio se registraron 50.655 episodios en el SUP. De éstos, 108 correspondieron a TBD (heridas y lesiones dentales) (0.21%). El 53,7% de los casos fueron varones y el 61,1% menores de 3 años. Entre las 20 y las 10 horas acudió el 48% de los casos y en el 75% la causa fue una caída accidental. De los 108 casos totales, 61 eran lesiones dentales, afectando a los dientes primarios en un 82% de los casos y a varios dientes en un 26,6%. Las luxaciones fueron más frecuentes que las fracturas (85,2% vs. 14,8%, respectivamente), sobre todo en el caso de los dientes primarios (92% vs. 8%) y menos en los permanentes (54,5% vs. 45,5%). Los dientes más frecuentemente dañados fueron los incisivos centrales superiores en ambos tipos de lesiones (100% en caso de fractura). En el 100% de los casos se recomendó dieta blanda y analgesia, y antibiótico en un 16,3%. Se reimplantaron 3 dientes, con éxito en los dos casos con los que se pudo contactar. Ningún caso fue derivado para valoración urgente por un cirujano maxilo-facial.

#### **CONCLUSIONES:**

Los TBD son un motivo de consulta infrecuente en un SUP. Los traumatismos dentales suelen consistir en luxaciones de los incisivos centrales superiores. El abordaje inicial puede ser realizado por el Pediatra de Urgencias con formación específica. Los pocos casos de reimplantación de dientes se realizaron con éxito, reforzando nuestra idea de que debemos familiarizarnos con esta técnica.

### **EPIDEMIOLOGÍA DEL TRAUMATISMO CRANEAL EN NUESTRO MEDIO**

M Santana Hernández, S Todorcevic, MR Quintana Prada, Z Espinel Padrón, I Melián Domínguez, A González Pérez

Urgencias Pediatría. Hosp.. Univ. Materno-Infantil de Canarias, Las Palmas de GC

#### **OBJETIVOS:**

Conocer las características epidemiológicas y clínicas de los traumatismos craneoencefálicos (TCE) atendidos en nuestro Hospital, valorando los procedimientos y actitudes ante ellos.

#### **MATERIALES Y MÉTODOS:**

Se escogieron aleatoriamente 100 historias de pacientes que habían acudido a consulta por TCE en el período comprendido entre junio 2005-enero 2006. Se recuperaron una serie de variables que se analizarían posteriormente: edad, sexo, turno de llegada, causa, realización de pruebas complementarias y su justificación, diagnóstico y destino.

#### **RESULTADOS:**

La edad de los pacientes estuvo entre: 0-4 años (73), 5-10 años (21), >10 años (6); 53% niñas vs 47% niños. El turno de llegada más frecuente fue el de tarde (71), seguido del de mañana (21), y de noche (8). Las causas fueron: caída de altura (45), golpe directo (44), y accidentes de tráfico (6), bici o taca-taca (4). Se realizaron 28 radiografías (27 normales) y 4 TAC (3 normales), siendo su justificación: edad menor de un año (17), hematomas extensos (7), traumatismos potencialmente graves (4). El 99% de los diagnósticos fue de traumatismo leve vs 1 fractura parietotemporal izquierda. El destino del paciente fue el ingreso en planta (3), observación inferior a 6 horas (34) y alta tras valoración con pautas a seguir (63).

#### **CONCLUSIÓN:**

Los TCE son cada vez más frecuentes en urgencias pediátricas. Aquí encontramos una ocurrencia ligeramente superior en niñas y debidos principalmente a caídas de altura. El 99% de los estudios por imagen fueron normales. Sólo un 3% de los pacientes precisó ingreso en planta, y sólo para seguir su evolución. Destacar la existencia de 4 casos en niños menores de un año por uso de taca-tacas y que la mayoría de los casos se produce en niños <4 años y en el hogar.

## **ESTUDIO MULTICÉNTRICO SOBRE USO DE SISTEMAS DE RETENCIÓN EN EL AUTOMÓVIL Y RIESGO DE LESIONES EN ACCIDENTES DE TRÁFICO.**

Coordinadores: A. Pizà Oliveras, N. Pociello Almiñana, F.Panzino Occhiuzzo, J.J. García García, C. Luaces Cubells, J.Pou Fernández. Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Agrupació Sanitària Hospital Sant Joan de Déu-Clínic. Universitat de Barcelona.

### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Los accidentes de tráfico constituyen un grave problema sanitario y social. Usados correctamente, los sistemas de retención infantil (SRI) en el automóvil reducen de forma significativa la morbimortalidad accidental. Los objetivos en este trabajo fueron: 1. Conocer el uso y adecuación de los sistemas de retención infantil en el automóvil en accidentes donde están implicados menores de 12 años. 2. Estudiar los factores asociados a la gravedad de las lesiones.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio multicéntrico, prospectivo, a partir de un cuestionario distribuido a los servicios de urgencias integrantes del grupo de trabajo de accidentes de la SEUP. Se valoran datos relativos a filiación, circunstancias del accidente y factores de riesgo, uso de los SRI y gravedad de las lesiones.

### **RESULTADOS:**

Se incluyen 366 pacientes en un periodo de 6 meses (Junio a Diciembre de 2005). El 79% de niños utiliza algún SRI. En el 55,7 % éste SRI es adecuado para la edad y peso de los niños. Por edades, el 75,5% de los < 6 años llevan SRI adecuado en el momento del accidente frente al 27,1% de los > 6 años ( $p<0.001$ ). La utilización de SRI no está relacionada con la vía de tránsito ni con la posición del niño en el automóvil. Treinta y dos pacientes (8,9%) fueron hospitalizados, el 78% de éstos no llevaba SRI adecuado frente al 45% de los que no requirieron ingreso ( $p<0.001$ ). Ninguno de los pacientes con Glasgow<8 (1,1%) ni de los 3 fallecidos (0.8%) llevaba SRI adecuado. De los pacientes con lesiones graves sólo el 25% utilizaba SRI adecuado. Los factores más relacionados con la gravedad de las lesiones son circular en vía interurbana (OR 6.7) y no utilizar SRI adecuado (OR 3,7).

### **CONCLUSIONES:**

La utilización correcta de los SRI podría evitar o atenuar un importante número de lesiones. Es en el grupo de > 6 años donde se requiere realizar un mayor esfuerzo para mejorar el uso de las SRI.

\*Hospital Da Barbanza (A Coruña), Basurto (Bilbao), Virgen del Camino (Pamplona), Cruces (Bilbao), Cabueñes (Gijón), HSJD (BCN), Gregorio Marañón (Madrid), Miguel Servet (Zaragoza), Niño Jesús (Madrid), Parc Taulí (Sabadell), Reina Sofía (Córdoba), Virgen de la Salud (Toledo).

## **EVALUACIÓN DE UN PROTOCOLO PARA REALIZAR PRUEBAS DE IMAGEN EN NIÑOS MAYORES DE DOS AÑOS CON TRAUMATISMO CRANEAL**

Autores: R Fernández González, I Fernández Respaldiza, B Azkunaga Santibañez, A Fernández Landaluze, J Benito Fernández, S Capapé Zache.

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

### **INTRODUCCIÓN:**

Siguiendo las recomendaciones actuales para la realización de pruebas de imagen en los niños mayores de dos años, en nuestra Urgencia de Pediatría (UP) no recomendamos el uso de la Radiografía (RX) y recomendamos la realización de Tomografía computerizada (TC) en caso de Glasgow < 15, y/o focalidad neurológica y/o síntomas progresivos o persistentes.

### **OBJETIVO:**

Evaluar la adherencia al protocolo existente en UP de nuestro Hospital para la realización de pruebas de imagen en niños mayores de dos años con TCE.

### **PACIENTES Y MÉTODO:**

Estudio retrospectivo de los niños atendidos en UP mayores de dos años con TCE en el periodo de un año a los que se practicó RX y/o TC.

### **RESULTADOS:**

En el periodo de tiempo estudiado consultaron 756 niños mayores de dos años con TCE, en 130 (17,2%) se realizó alguna prueba de imagen (RX y/o TC). La edad media fue 77,9 +/- 44,9 meses, siendo 71,8% varones.

Se realizó RX en 102 (13,4%) casos, en 8 se solicitó también TC. De éstos 8, dos presentaban Glasgow <15, uno focalidad neurológica y 5 niños síntomas. Del resto de niños en los que se realizó RX 40 referían síntomas, 7 subsidiarios de posible TC (3 se mantuvieron en observación), en el resto los síntomas fueron leves y transitorios. En dos niños ( 2%) se detectó fractura craneal (FC).

Se solicitó TC en 36 (4,7%) casos, en todos los niños con Glasgow < 15 (8) y en tres de los 4 que presentaban focalidad neurológica (en uno desapareció la focalidad). Treinta y uno (88,8%) presentaba algún síntoma. En 4 (11,1%) niños se detectó LIC (1 contusión hemorrágica frontal, 1 hematoma parenquimatoso, 2 hematoma epidural), en tres casos fractura craneal y en uno ocupación de celdillas mastoideas.

El diagnóstico final fue TCE en 122 ( 93,8%), fractura craneal en 3 casos ( 2,3%), LIC 4 (3,7%).

Reciben el alta domiciliaria 125 (96%), 33 tras pasar unas horas en observación, dos niños ingresan en planta y tres en cuidados intensivos.

De los 4 niños que reconsultan, en uno se realizó TC por cefalea intensa presentando una fractura craneal.

### **CONCLUSIONES:**

La RX continua siendo una prueba utilizada en niños con TCE mayores de dos años sobre todo si estos se encuentran sintomáticos, siendo su rendimiento muy escaso. El uso de la TC se ajusta a las indicaciones establecidas, con un rendimiento de aproximadamente 10%. Futuras actuaciones son necesarias para disminuir el uso de la RX en estos niños y considerar la posibilidad de observación hospitalaria y/o realización de TC ante un niño sintomático con Glasgow 15 y sin focalidad neurológica.

## FRACTURA CRANEAL Y/O LESIÓN INTRACRANEAL EN LACTANTES CON TRAUMA CRANEAL LEVE: ¿PERMITE UN SCORE CLÍNICO DETECTAR ESTOS PACIENTES?

Autores: R Fernández González, I Fernández Respaldiza, S García González, S Mintegi Raso, J Benito Fernández, S Capapé Zache.

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

### INTRODUCCIÓN:

Según algunos autores la aplicación de un score predeterminado es útil para identificar lactantes menores de 24 meses asintomáticos con traumatismo craneoencefálico (TCE) leve con mayor riesgo de fractura craneal (FC) con/sin lesión intracraneal (LIC). Estos autores refieren una incidencia del 11% en niños con  $\text{score} \geq 3$ .

puntuación	edad	tamaño hematoma	localización hematoma
0	$\geq 12$ meses	no hematoma	frontal
1	6-11 meses	pequeño(hay que buscarlo)	occipital
2	3-5 meses	medio (fácilmente palpable)	temporal / parietal
3	0-2 meses	grande (se ve de lejos)	

### OBJETIVO:

Determinar si el uso de un score clínico que puntúa la edad, tamaño y localización del hematoma permite seleccionar pacientes con riesgo de FC y/o LIC en lactantes con TCE leve asintomáticos.

Pacientes y métodos: estudio prospectivo de todos los lactantes con TCE leve asintomáticos y  $\text{score} \geq 3$  atendidos en Urgencias de Pediatría entre Octubre 2004 y Octubre 2005.

### RESULTADOS:

En el periodo del estudio consultaron 469 lactantes asintomáticos con TCE leve.

De éstos, 285 tuvieron  $\text{score} < 3$  (52, RX de cráneo, todas normales) y 184  $\text{score} \geq 3$ . De éstos 184, se excluyeron 17 a los que no se practicó RX cráneo.

De los 167 lactantes asintomáticos con TCE leve con  $\text{score} \geq 3$  a los que se practicó RX de cráneo, se objetivó FC y/o LIC en 5 (2.9%): 5 FC, una de ellas asociada a un hematoma epidural. Los niños con lesión tuvieron un  $\text{score} \geq 4$ . Todos fueron  $< 12$  meses y  $4 \leq 3$  meses, asociando todos ellos hematoma medio o grande. En cuanto a la localización en tres casos fue temporo/parietal, uno frontal y otro occipital. Los niños sin FC fueron más mayores que aquéllos con FC (edad media=10.6 meses versus 3.2 meses,  $p=0.0053$ ). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en cuanto al tamaño y localización del hematoma.

Excluyendo a los niños  $> 12$  meses (en los que no se encontró ninguna fractura) y tomando como referencia el grupo de edad entre 7-12 meses. Los niños de 3-6 meses tienen un riesgo aparentemente mayor de FC (OR: 1.6) aunque no de forma estadísticamente significativo (IC 0,1-26,9). Los niños de  $< 3$  meses tienen un riesgo significativamente mayor (OR: 10.7) (IC 1.04-109.9).

Los 4 niños con FC aislada permanecieron en la Unidad de Observación de Urgencias de Pediatría un tiempo  $\leq 24$  horas, recibiendo el alta domiciliaria posteriormente. El niño con FC y LIC ingreso en la Unidad de Cuidados Intensivos. Todos evolucionaron bien.

Ninguno de estos niños reconsulto en Urgencias de Pediatría.

### CONCLUSIONES:

La incidencia de FC y/o LIC en lactantes menores de 24 meses asintomáticos con TCE leve y  $\text{score} \geq 3$  es menor de la encontrada en la literatura.

En nuestra serie la presencia de FC con/sin LIC se asoció fundamentalmente con la edad del paciente, siendo los niños  $< 3$  meses los de mayor riesgo de FC. Aplicando este score clínico el punto de corte en nuestra población sería una puntuación  $\geq 4$ .

Nº 8

## NIÑOS Y TACA-TACAS: ¿PUEDEN PREVENIRSE LOS ACCIDENTES?

S Todorcevic, M Santana Hernández, M Falcón, F Vidal Barceló, I Aguiar Santana, E González Díaz  
Urgencias Pediatría. Hosp.. Univ. Materno-Infantil de Canarias, Las Palmas de GC

### FUNDAMENTOS Y OBJETIVOS:

En países desarrollados, la enfermedad traumática representa el problema de salud pública más importante en la infancia. Es responsable del 50% de las muertes infantiles y el 33% que sobrevive a un traumatismo grave sufren algún tipo de secuela.

### OBSERVACIONES CLÍNICAS:

Lactante de 8 meses de edad acude a Urgencias por un traumatismo craneal (TC) sufrido hora y media antes al caerse por unas escaleras con un taca-taca. Sin pérdida de conocimiento, tuvo un vómito 15 minutos antes de entrar en consulta. Sin antecedentes personales de interés. En la exploración se observa llanto; irritación al estímulo; retirada ante el dolor; no apertura de ojos con tendencia al sueño; pupilas mióticas, isocóricas y reactivas; hemiparesia izquierda leve Glasgow 9; buena ventilación bilateral; abdomen blando y depresible; sin deformidades óseas (salvo pequeña erosión maleolar izquierda). Un TAC sin contraste muestra la existencia de un hematoma epidural derecho con efecto de masa. Se ingresa en UMI para estabilización preoperatorio. Recibe intubación endotraqueal y tratamiento de hipertensión intracraneal (barbitúricos, diuréticos e hiperventilación). Se traslada a quirófano, realizándose craniectomía y evacuación del hematoma epidural. Sin incidencias en el postoperatorio: examen neurológico normal, sin focalidad y estabilidad cardiorrespiratoria, que permite extubación mecánica precoz. Analítica: Hemograma al ingreso normal (Hem: 3 770 000., Hg: 10.2 g/l, HCT: 32.2%). Hemograma postoperatorio: hem: 2510 000, Hb: 6.9 g/l, HCT: 19.9 %), precisando transfusión. Iones, gasometría y columna cervical normales.

### COMENTARIOS:

El TC es un problema multifactorial que merece análisis por parte de las autoridades sanitarias como problema de salud pública y requiere estrategias inmediatas y efectivas desde el aspecto preventivo. Es importante informar a los responsables del cuidado de los niños sobre los riesgos en el hogar, y sobre las consecuencias del TC y la importancia de la atención médica oportuna.

## **TRAUMATISMOS CRANEOFACIALES ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS EN EL PERIODO DE UN AÑO**

E.Taborga Díaz, M. García González, A. Calvo Gómez-Rodulfo, J. Mayordomo Colunga, M. Costa Romero, J. Rodríguez Suárez.

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

### **INTRODUCCIÓN:**

Los traumatismos craneofaciales en la edad pediátrica constituyen una causa frecuente de consulta tanto en el área de atención primaria como en los servicios de urgencias hospitalarias. Son responsables de una importante morbilidad infantil y un alto porcentaje de ellos podrían evitarse.

### **OBJETIVOS:**

Describir las características clínicas y epidemiológicas de los traumatismos craneofaciales en la edad pediátrica valorados en un servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio descriptivo retrospectivo de 1044 pacientes con traumatismos craneofaciales atendidos en Urgencias de Pediatría del Hospital Universitario Central de Asturias en un periodo de un año (Febrero 2005-2006).

### **RESULTADOS:**

Los traumatismos craneofaciales representaron aproximadamente un 5% de las consultas atendidas en el servicio de urgencias pediátricas de nuestro hospital. La edad media de los pacientes fue de  $4,2 \pm 3,4$  años (2,4 meses-19,9 años). La mayor proporción de los traumatismos tuvieron lugar en el grupo de edad entre 2-5 años (34,7%). En cuanto al sexo, la mayoría fueron varones (61,2%). Las caídas o precipitaciones ocuparon el primer lugar como mecanismo de producción de los traumatismos craneofaciales (51,8%), correspondiendo casi una cuarta parte de éstas a caídas en el hogar desde muebles de poca altura; le siguen en frecuencia los traumatismos directos contra objetos (20,2%), las caídas desde la bicicleta (2,7 %) y las precipitaciones por las escaleras (2,7%). En nuestra serie los accidentes de tráfico tan sólo fueron responsables del 2,9 % de los traumatismos craneofaciales, siendo 10 veces más frecuentes en niños mayores de 5 años. De los 1044 traumatismos registrados en nuestro estudio, casi un 70 % correspondieron a traumatismo craneales, mientras que el resto fueron traumatismos faciales o mixtos. En la mitad de los casos, los traumatismos craneales se localizaron en la región frontal (50,2%) mientras que la región bucal fue la localización más frecuente en los referentes a los faciales. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron la somnolencia en un 17,5% de los casos, si bien en dos terceras partes ésta no estaba presente a su llegada al hospital; los vómitos constituyeron la segunda manifestación clínica más frecuente (16,6%), seguidos de la cefalea (10,5%). La exploración física reveló la existencia de heridas abiertas en casi el 30 %, precisando alguna medida de aproximación de bordes (sutura, pegamento biológico o grapas). Tan sólo un 4,4% de los pacientes referían pérdida de conciencia posterior al traumatismo craneal siendo ésta menor de un minuto en 2/3 de los casos. Sin embargo, a su llegada a Urgencias únicamente el 0,15% tenía una puntuación de Glasgow inferior a 15. La mayoría de los pacientes en los que la pérdida de la conciencia fue superior a un minuto precisaron la realización de TC craneal (70%) frente al 21,4 % en los que el estado de inconsciencia duró menos de un minuto. Tan sólo se realizaron estudios radiográficos en un 36% de los traumatismos craneales, aunque este porcentaje alcanza el 80% considerando únicamente los niños menores de un año. Se hallaron fracturas en un 4,8 % de los niños en los que se realizó radiografía de cráneo, sin embargo si nos referimos sólo a los lactantes menores de un año, este porcentaje casi se duplica (8,7%). La localización más frecuente en todos los grupos de edad fue la parietal (70%). Las precipitaciones desde una altura mayor de un metro motivaron la realización de radiografía craneal en un 45,1% de los casos, encontrándose fracturas en el 21,4% de éstas.. En cambio si la caída estaba producida desde una altura menor de un metro, se realizó estudio radiográfico en un 32,1 % de los pacientes resultando patológica en tan sólo el 2,4%. La TC craneal se realizó en un 4,9 % de los traumatismos craneales encontrándose lesiones en un 32,7% de los casos. Exceptuando la fractura de los huesos craneales, el hallazgo más frecuente resultó el hematoma subdural (21,5%). Sólo el 16% los pacientes valorados en nuestro servicio precisaron ingreso hospitalario, siendo el hospital de corta estancia el destino más frecuente (84,7%), mientras que solamente ingresaron en UCIP y planta de hospitalización un 8% y 7% respectivamente. Por último, la valoración por otras especialidades (Neurocirugía, Cirugía Plástica y Cirugía Maxilofacial) fue necesaria en un 15% de los casos.

## REVISIÓN DE LOS TRAUMATISMOS CRANEALES PEDIÁTRICOS DURANTE UN AÑO

P.Higuera Sanjuán, I.Carceller Beltrán, N.Dopazo, C.Campos, I.García, P.Ruiz-Echarri  
Unidad de Lactantes. Unidad de Urgencias. Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza

### OBJETIVOS:

Conocer las características epidemiológicas de los traumatismos craneoencefálicos (TCEs) atendidos en nuestro hospital, valorando la actitud seguida y relacionando la sintomatología con los hallazgos radiológicos en los niños que precisaron ingreso.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo de los pacientes que acudieron a nuestro hospital por TCE entre Marzo del 2004 y Febrero del 2005.

### RESULTADOS:

Durante dicho periodo acudieron a nuestro hospital 1234 pacientes por TCE, siendo éste más frecuente en varones (58,4%) de <3 años de edad (47%) y durante el mes de Junio. El 35% de los pacientes permaneció unas horas en la Unidad de Observación, ingresando finalmente solo un 8% de ellos. Del total de TCEs asistidos, ingresaron 78 pacientes (6,3%), predominando entre éstos también los varones (62,7%) de edad <3 años (55%) y siendo la estancia hospitalaria de 1 ó 2 días en el 69,3% de los casos. El 12% de los pacientes ingresados precisó estancia en UCI. Entre los niños ingresados el mecanismo de producción más frecuente fue la caída (59%), siendo ésta sobre todo desde la cama o cambiador o desde la propia altura del niño, y un 60% de ellos manifestó algún tipo de síntoma neurológico, tratándose en más de la mitad de los casos de somnolencia. Se realizó radiografía craneal al 72% de los pacientes ingresados, y de ellos posteriormente a un 41% se le realizó TAC craneal, encontrando baja incidencia de hallazgos de lesión intracraneal (4%). Sin embargo, en los casos de mayor gravedad en que se realizó TAC sin radiografía previa, se encontró lesión intracraneal en un 50% de los casos. En el 54% de los pacientes ingresados se objetivó fractura craneal. Relacionando la clínica con los hallazgos radiológicos en los niños ingresados, encontramos que el cefalohematoma se asocia con mayor frecuencia a fractura craneal (90%), y las alteraciones neurológicas a lesión intracraneal (29%). En los niños asintomáticos que presentaron fractura craneal y a los que se realizó TAC craneal, no se evidenció lesión intracraneal en ningún caso.

### CONCLUSIONES:

- 1) La realización sistemática de la radiografía craneal en Urgencias debería ser revisada, puesto que no parece ser un indicador de lesión intracraneal.
- 2) La realización de TAC craneal en los casos de fractura no resulta adecuada si no existen síntomas asociados, sí estando indicada en caso de alteraciones neurológicas severas.
- 3) La estancia durante unas horas en la Unidad de Observación reduce significativamente el número de ingresos hospitalarios.

# ADOLESCENTES Y RADIOLOGÍA

Nº 11

## ACTITUD ANTE LAS CONSULTAS POR ABUSOS SEXUAL EN URGENCIAS

V. Trenchs Sainz de la Maza, J. Ortiz Rodríguez, A. I. Curcoy Barcenilla, C. Macias Borrás\*, LL. Comas, C. Luaces Cubells, J. Pou Fernández. Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Trabajo social\*. Agrupación Sanitaria Hospital Sant Joan de Déu - Clínic. Universitat de Barcelona

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Las consultas por posibles abusos sexuales son siempre causa de intranquilidad para el facultativo. La imposibilidad en la mayoría de ocasiones de definir la veracidad de la historia clínica en una visita de Urgencias implica la necesidad de establecer protocolos de actuación con el fin de asegurar la protección del menor ante nuevos posibles abusos y un estudio adecuado de todos los casos. El objetivo de este trabajo es presentar el protocolo de actuación en nuestro centro y describir el resultado del estudio de un grupo de niños valorados por este motivo de consulta.

### MÉTODOS:

Se incluyen en el estudio todos los niños valorados en Urgencias por un posible abuso sexual entre el 01.01 al 31.07.2004. Según protocolo, los casos agudos (<72h de la agresión) son valorados inmediatamente por el médico forense, y todos son remitidos a la Unidad Funcional de Abuso al Menor (UFAM) de nuestro centro. La UFAM está constituida por 2pediatras, 2psicólogas y 1asistente social. La valoración multidisciplinar determina la conclusión diagnóstica. Ésta se divide en: no abuso, abuso compatible (sin indicios claros pero algún dato discordante), abuso muy probable (sin datos objetivos pero anamnesis±exploración±psicología lo indican) y abuso seguro (con datos físicos objetivos).

### RESULTADOS:

Se atienden 48consultas (0.1% de las 41590 visitas totales). La edad media de los pacientes es  $6.8\pm 3.6$  años (rango 1.5–16.8); 42(87.5%) son niñas. En 2 el abuso es agudo Tras la primera valoración en la UFAM, 9son dados de alta: 4por sospecha sin fundamento y 5por estar en estudio en otro centro. Durante el periodo de seguimiento, 2pacientes dejan de acudir a visitarse. La conclusión en los que finalizan el estudio es: 24no abuso, 3abuso compatible, 8abuso muy probable y 2abuso seguro. En el 31,7%(IC95%:18,1-48,1%)existen datos que apoyan la veracidad de la consulta.

### COMENTARIOS:

Las características propias de las visitas en urgencias hacen difícil evaluar adecuadamente la mayoría de consultas por posible abuso sexual. La actuación coordinada de los Servicios de Urgencias con Unidades multidisciplinarias especializadas en abuso al menor es esencial para evitar duplicar estudios y determinar la certeza de las sospechas.

## **CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLOGICAS DE LOS ADOLESCENTES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE URGENCIAS**

Ana Colmenero Hernández, Paloma Donado Palencia, Blanca Álvarez Fernández, Irene Cuadrado Pérez, Marta Ruiz Jiménez, Mª Pilar Gutiérrez Díez.

### **OBJETIVOS:**

Describir las características clínico-epidemiológicas de los adolescentes que acuden al Servicio de Urgencias del Hospital Universitario de Getafe (Área 10 de Madrid), así como analizar la frecuencia de consultas que realizan en el mismo

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio retrospectivo, descriptivo de los pacientes atendidos, con edades comprendidas entre 12-15 años, durante el período de enero a diciembre del 2005, ambos incluidos. Las variables analizadas fueron: Edad, sexo, motivo de consulta, lugar de procedencia, hora de llegada al Servicio de Urgencias, distribución según mes del año, necesidad de realizar pruebas complementarias y si necesitaron ingreso hospitalario. Se creó una base de datos de 1252 pacientes.

### **RESULTADOS:**

El número total de pacientes atendidos con edades comprendidas entre 12-15 años fue de 1252 pacientes, que supone un 3,83% del total de niños atendidos en Urgencias en nuestro Hospital en este período. De estos casos, el 54,3% fueron varones, y el 46,7% mujeres. La edad media fue de 12,88 años.

La mayoría de los pacientes procedían de Getafe (57,10%), el resto de Parla (25,87%), Pinto (8,86%) u otras localizaciones (8,14%). El mes que registró mayor número de consultas fue octubre (11,26%), seguido de mayo, noviembre, y febrero (alrededor del 10% de visitas a Urgencias), siendo el período que va desde octubre a enero el de mayor frecuentación (37,22%).

El principal motivo de consulta fueron causas traumatológicas (27,15%), seguido de dolor abdominal (17,8%) y fiebre (13,17%). Causas como vómitos, cefaleas y consultas dermatológicas tuvieron aproximadamente la misma incidencia (5% de las consultas). El intervalo horario de llegada al Servicio de Urgencias que registró más visitas fue de 14-20horas (33,06%), seguido de 20-24 horas (29,87%).

Los pacientes necesitaron la realización de pruebas complementarias en el 36,9% de los casos, y fue necesario el ingreso hospitalario en tan sólo el 4,07% de las visitas.

### **CONCLUSIONES:**

La incidencia de consultas del paciente adolescente es baja respecto a otros grupos de edad Consultaron más frecuentemente por causas traumatológicas en primer lugar, dolor abdominal y fiebre, siendo dados de alta a domicilio en la mayoría de los casos, lo que nos indica una alta incidencia de patología leve atendida en Urgencias. Menos de 5% de los pacientes precisaron ingreso

Nuestro estudio se ve limitado por la edad máxima considerada pediátrica en nuestro hospital (15 años) pudiendo disminuir la incidencia de otras causas de consulta del paciente adolescente; así como por la carencia de Servicios como Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos o Cirugía Pediátrica que puede hacer que sean derivados pacientes que lo requieran a otros hospitales.

## CARACTERÍSTICAS DE LAS CONSULTAS POR ABUSO SEXUAL

J. Ortiz Rodríguez, A. I. Curcoy Barcenilla, V. Trenchs Sainz de la Maza C. Macias Borrás\*, LL. Comas, C. Luaces Cubells, J. Pou Fernández. Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Trabajo social\*. Agrupació Sanitària Hospital Sant Joan de Déu - Clínic. Universitat de Barcelona.

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Las acusaciones de abuso sexual infantil han aumentado, en especial durante la tramitación de divorcios. Un conflicto del niño con uno de sus padres, un trastorno psiquiátrico del progenitor o el marco de una separación con problemas pueden desencadenar denuncias infundadas. Existe la sensación que durante los fines de semana o periodos vacacionales se disparan este tipo de consultas. El objetivo de este trabajo es valorar las características de las consultas por abuso sexual en Urgencias de Pediatría, teniendo en cuenta la situación familiar y social del menor.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Revisión retrospectiva de las historias clínicas de los niños remitidos desde Urgencias de Pediatría a la Unidad Funcional de Abuso al Menor (UFAM) para valoración de posible abuso. Se incluye el periodo de tiempo comprendido entre el 01.01 y el 31.07.2004.

### RESULTADOS:

Se atienden 48 pacientes por sospecha de ab.sexual. La edad media es de  $6.8 \pm 3.6$  años; 24 (50%) tienen entre 2 y 5 años; 42 (87.5%) son niñas. Treinta y cinco (72.9%) acuden espontáneamente, 10 (20.8%) remitidos desde otro centro y 3 (6.3%) acompañados de la policía. Once (22.9%) acuden en festivo y 5 (10.4%) en víspera. En 41 (85.4%) la exploración física es normal. Cinco (10.4%) ya están en estudio en otro centro y de 2 (4.2%) se pierde el seguimiento. En total la UFAM valora 41 pacientes: 7 (17.1%) son hijos de inmigrantes; 28 (68.3%) tienen padres separados; 15 (36.6%) son hijos únicos. En 15 (36.6%) se acusa al padre y en 4 (9.7%) al compañero de la madre. En 13 (32%) se concluye posible abuso. No hay diferencias estadísticamente significativas entre la conclusión de posible abuso y el sexo del paciente, ni con quien lo deriva, ni con la presencia de una exploración física normal, ni con la inmigración, ni con la situación de separación de los padres, ni con ser hijo único. Tampoco hay diferencias entre la frecuentación a UCAS en festivos y vísperas de padres separados o no.

### COMENTARIOS:

Aunque la mayoría de consultas por posible abuso sexual son de hijos de padres separados, la conclusión de abuso no difiere entre este grupo de pacientes y los de padres casados. Las consultas de padres separados no se concentran en periodos vacacionales o festivos. La UFAM encuentra datos indicativos de posible abuso en un tercio de las consultas.

## **ESTUDIO DEL USO POR PARTE DE LA POBLACIÓN ADOLESCENTE DE LOS SERVICIOS DE URGENCIAS**

C.Melcón Crespo, E.P.Gutiérrez González, T.del Rosal Rabes, J.Martín Sánchez, S.García García, J.García Aparicio.

Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Infantil La Paz de Madrid.

### **OBJETIVOS:**

El uso que hace la población adolescente de los servicios de urgencias es un tema poco estudiado en nuestro medio. Por este motivo nos planteamos la realización de un estudio que analizase esta situación en el área sanitaria del Hospital Universitario La Paz (HULP)

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

La población total del área de salud del HULP es de 709.642 habitantes, de los cuales 37.025 (5.2%) son adolescentes con edades comprendidas entre 14 – 18 años. El número total de consultas por parte de la población adolescente a los servicios de urgencias a lo largo del año 2005 fue: 4.783 en el Hospital General (que suponen un 3.7% del total de urgencias atendidas en ese servicio), 1.064 en el Hospital Maternal (2.9% del total), 4.680 en el Hospital de Traumatología (7.3%) y 182 en el Hospital Infantil (0.3%). Se realizó un estudio retrospectivo mediante revisión de historia clínica de urgencias de 109 pacientes de entre 14 y 18 años escogidos de forma aleatoria y estratificada según el servicio de urgencias en que fueron atendidos ( Se excluyeron los datos referentes al Hospital Infantil y de Traumatología )

### **RESULTADOS:**

La distribución por sexos fue en el Hospital General: 45 varones (50.56%) y 44 mujeres (49.43%) y en el Hospital Maternal 20 mujeres (100%). La media de edad fue de 15.8 años en el Hospital General y de 16.55 años en el Hospital Maternal. No se evidenciaron diferencias significativas en cuanto a la distribución trimestral de las consultas. Los diagnósticos más frecuentes en el Hospital General fueron los cuadros de tipo infecciosos (22.5%) y digestivo (11.23%). Destacar la alta incidencia de trastornos psiquiátricos (9%), fundamentalmente trastornos de ansiedad e intentos autolisis. En el servicio de Ginecología el motivo de consulta más frecuente fue el embarazo y la patología relacionada con el mismo (70%); destacar el alto porcentaje (10%) de consultas por agresiones sexuales.

### **CONCLUSIONES:**

1. Es necesario realizar un mayor número de estudios que valoren tanto el uso real que los adolescentes hacen de los servicios de urgencia como de las patologías por las que estos acuden.
2. La asistencia a este grupo etario en servicios generales de urgencia con la sobrecarga asistencia que estos presentan impide una adecuada valoración de la patología propia del adolescente.
3. Es preciso estudiar la posibilidad de ampliar la edad pediátrica hasta los 18 años, lo que permitiría a esta población el uso generalizado de los servicios de urgencias pediátricas.

## **PATOLOGÍA DEL ADOLESCENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**

R.Porto Abal, A. Rios Gonzalez, A. Riuz Hernández

Hospital Universitario Niño Jesús. Servicio de Urgencias. Madrid

### **OBJETIVOS:**

Estudiar la demanda por parte de los adolescentes en un Servicio de Urgencias pediátrico de tercer nivel así como las patologías más frecuentes y la necesidad de ingreso o derivación a consultas externas.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se ha realizado una revisión retrospectiva de los adolescentes de entre 14 y 18 años atendidos en el servicio de urgencias del Hospital Niño Jesús durante el año 2005. Se recogen datos acerca del diagnóstico, el especialista por el que fueron atendidos y la necesidad de ingreso o derivación a consultas externas

### **RESULTADOS:**

Durante el año 2005 se atendieron en el Servicio de Urgencias 88.677 pacientes, de los cuales 4897 (5.52 %) eran adolescentes. Precisaron atención por parte de pediatría 2225 (43.4%), traumatología 1804(36.8%), psiquiatría 472 (9.6 %), cirugía 364 (7.4 %), neurocirugía 113 (2.3 %), ORL 11 (0.2 %) y oftalmología 17 (0.3 %). Los diagnósticos de salida más frecuentes fueron: dolor abdominal 446 (9.1%), amigdalitis 131 (2.6%), cefaleas 117 (2.3%) y asma 106 (2.1%) en pediatría, esguinces 423 (8.6%) y contusiones 342 (6.9%) en traumatología y trastornos de la conducta alimentaria 148 (3.0%) y trastornos ansioso-depresivo 122 (2.5%) en psiquiatría. Fueron diagnosticados como patología no urgente 80 (1.6%) pacientes. Precisaron ingreso 362 (7.4%) y se derivaron a consultas externas 248 (5.1%) frente a un 4.1% y un 2.3% respectivamente en los menores de 14 años.

### **CONCLUSIONES:**

A pesar de que entre los adolescentes se observa un mayor porcentaje de ingresos en comparación con los menores de 14 años, la mayoría de los diagnósticos de salida revisados creemos que pueden ser considerados patología no urgente. Llama la atención un importante grupo con patología traumatólogica y psiquiátrica.

**PATOLOGIA PREVALENTE EN ADOLESCENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.**

A Olloqui<sup>1</sup>, L Ochoa<sup>1</sup>, M Grau<sup>2</sup>, I García<sup>1</sup>, C. Campos<sup>1</sup>, M. Magaña<sup>3</sup>.

Servicio de Urgencias de Pediatría<sup>1</sup>. Unidad de Adolescencia<sup>3</sup>. Hospital Universitario Infantil Miguel Servet. Zaragoza.

**INTRODUCCIÓN:**

En el año 2004 se creó en nuestro hospital terciario la Unidad de Adolescencia. Durante el 2005, el servicio de Urgencias aumenta de los 14 a los 15 años la edad de asistencia.

El objetivo de nuestro estudio es analizar las patologías más prevalentes en adolescentes de entre 12 y 15 años atendidos en un servicio de urgencias.

**MÉTODOS:**

Se incluyeron los adolescentes de 12 a 15 años atendidos en el 2005. Se utilizaron las bases de datos informatizadas del Servicio de documentación del hospital. A partir de los diagnósticos registrados se crearon 18 grupos siguiendo los criterios de la WONCA (Organización Mundial de Médicos de Familia). Se utilizó la prueba del Ji cuadrado para conocer si existían diferencias en el diagnóstico en función del sexo.

**RESULTADOS:**

Se atendieron 4211 adolescentes (7,1%), del total del volumen asistencial, (42,9% mujeres).

El motivo más frecuente de consulta fueron caídas, golpes y accidentes casuales (37,3% en mujeres, 45,2% en hombres,  $p < 0,001$ ).

Los grupos diagnósticos más frecuentes en varones vs. mujeres de forma significativa fueron: traumatismos craneoencefálicos (1,9% vs. 1,1%,  $p < 0,05$ ) y enfermedades del sistema genitourinario (1,1% vs. 0,3%,  $p < 0,05$ ) y en mujeres vs. hombres: enfermedades del sistema respiratorio (11,1% vs. 9,1%,  $p < 0,05$ ), cuadros de dolor inespecífico (10,2% vs. 7,5%,  $p < 0,05$ ), enfermedades de los sentidos (3,5% vs. 2,4%,  $p < 0,05$ ), cuadros sincopales y confusionales (2,7% vs. 1,3%,  $p < 0,05$ ), trastornos emocionales y del comportamiento (1,1% vs. 0,3%,  $p < 0,05$ ).

**CONCLUSIONES:**

La patología más prevalente en los adolescentes entre 12 y 15 años que acuden a urgencias son en primer lugar las caídas, golpes y accidentes casuales, seguidas por las enfermedades respiratorias y los cuadros de dolor inespecíficos. La primera de las causas es más prevalente en varones, siendo las otras dos más prevalentes en mujeres.

## *UTILIZACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS POR LOS ADOLESCENTES*

L Ochoa<sup>1</sup>, A Olloqui<sup>1</sup>, M Grau<sup>2</sup>, C Campos<sup>1</sup>, I García<sup>1</sup>, M Magaña<sup>3</sup>

Servicio de Urgencias de Pediatría<sup>1</sup>. Unidad de Adolescencia<sup>3</sup>. Hospital Universitario Infantil Miguel Servet. Zaragoza.

### INTRODUCCIÓN:

En el año 2004 nuestro hospital terciario incluyó en su cartera de servicios la Unidad de Adolescencia. El servicio de Urgencias pediátricas amplía desde 2005 su atención de 14 a 15 años.

El objetivo de nuestro estudio es analizar la utilización del servicio de Urgencias por parte de los adolescentes y la actividad derivada de la apertura de dicha unidad.

### MÉTODOS:

Se realiza un estudio descriptivo y retrospectivo del grupo poblacional de 12 a 15 años, utilizando bases de datos del Servicio de Documentación Clínica. A partir de los diagnósticos registrados se crearon 18 grupos siguiendo los criterios de la WONCA (Organización Mundial De Médicos de Familia)

### RESULTADOS:

Durante un año se atendieron 4211 (57.1% varones) que suponen el 7,1% del volumen de Urgencias. El 5,8% precisaron hospitalización derivándose a consultas externas el 1,4%. Atención Primaria derivó 13,9%, ingresando el 14,2%. Las patologías más frecuentes fueron: accidentes diversos 41,7%, cuadros respiratorios 9,9% y dolor inespecífico 8,7%. La patología que más ingresos precisó fue la quirúrgica, suponiendo un 16,1% del total. Por la Unidad de Observación pasaron el 5,2%, que suponen el 8,8% del volumen de esta unidad, ingresándose el 34,1% siendo los cuadros digestivos y el abdomen quirúrgico lo más frecuente. El 43,4% acudieron al menos 2 veces al servicio en este año.

### CONCLUSIONES:

Las patologías más frecuentes en el servicio de Urgencias en individuos de 12 a 15 años fueron accidentes diversos, cuadros respiratorios y dolor inespecífico.

El porcentaje de ingresos tanto desde Urgencias como desde la Unidad de Observación es superior a la media. La apertura de la Consulta Externa de Adolescencia supone una mejora en el circuito de patologías de riesgo psicosocial que no precisan ingreso pero son de difícil manejo en Urgencias.

## **MOTIVOS DE CONSULTA DEL ADOLESCENTE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.**

R. Castro Medina, E. Toral Rodríguez, J.Pou Fernández, C.Luaces Cubells  
Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Agrupació Sanitària Hospital Sant Joan de Deú-  
Clínic. Universitat de Barcelona.

### **INTRODUCCIÓN:**

La adolescencia es una etapa en la que se observan numerosos cambios físicos y psicosociales. Durante ella se producen trastornos que quedan diluïdos entre los propios de la infancia y los del adulto, siendo en ocasiones difícil clasificarlos.

### **OBJETIVO:**

Conocer las características diferenciales de las consultas de los adolescentes en un servicio de urgencias de un hospital de tercer nivel.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio retrospectivo de los informes de urgencias de los adolescentes entre 11 y 18 años entre el 1/ 11 y el 31 /12 de 2005. Se excluye la patología traumática. El criterio para la selección de historias y la clasificación de los diagnósticos finales se realiza en base a la Codificación diagnóstica de la SEUP.

### **RESULTADOS:**

Se incluyeron 1333 pacientes (757 sexo femenino). La edad media fue de 14,22 años.. El intervalo horario de más afluencia fue de 8 a 14 horas, con un pico a las 12 del mediodía (6.8%). El 26,9% tenían una enfermedad de base relacionada con el motivo de consulta. El 15,4% había consultado previamente en urgencias al menos en una ocasión, y un 32.9% al menos una vez en el CAP. El 15,2% eran inmigrantes Los motivos de consulta más frecuentes fueron los dolores abdominales (17.7%), trastornos psiquiátricos (13.5%) y la sintomatología respiratoria (9.8%). Los diagnósticos finales más frecuentes fueron: dolor abdominal (12.8%) incluyendo los de probable origen somatomorfo, trastorno psiquiátrico (11.8%) y vómitos y/o diarreas (9.2%). En todos predomina el sexo femenino. En un 31,7% de pacientes al menos se le realizó alguna prueba complementaria, siendo la más frecuente la analítica sanguínea (13,4%). Requirieron ingreso el 9,7% de los pacientes

### **CONCLUSIONES:**

1. Los trastornos psiquiátricos son uno de los motivos más frecuente de consulta de los adolescentes en urgencias, destacando la sintomatología ansiosa.
2. A diferencia de niños más pequeños que consultan por patología aguda, los adolescentes consultan más por reagudización de su enfermedad de base.
3. El porcentaje de ingreso es superior a la media de la población infantil general.

**CRISIS DE TETANIA EN ADOLESCENTE.**

Barrera Segura, Emma. Cañadell Yetano, Ester. Parra Cotanda, Cristina. Sánchez Garre, M<sup>a</sup> Consuelo. Glasmeyer, Peter. Quilis Esquerra, Josep.  
Servicio de Pediatría. Hospital de Terrassa. Terrassa. Barcelona.

**INTRODUCCIÓN:**

Las crisis de tetania en la edad pediátrica son infrecuentes. Suelen producirse por hipocalcemia, en pacientes con enfermedad de base, o bien por alcalosis metabólica debida a hiperventilación espontánea en adolescentes. Presentamos una adolescente con crisis de tetania con vómitos de larga evolución secundarios a la pérdida de jugo gástrico por obstrucción intestinal.

**CASO CLÍNICO:**

Adolescente que ingresa para estudio por vómitos, abdominalgia e ingesta prácticamente nula desde hace 2 días. Refiere episodios autolimitados de vómitos con dolor abdominal e ingesta escasa desde hace un año; pérdida de peso de 3 kg. A su llegada a urgencias inicia un cuadro de tetania, con cuadro de rigidez y espasmo en extremidades superiores e inferiores con sensorio conservado. Analíticamente: pH 7,6, PCO<sub>2</sub> 28,6 mmhg, bicarbonato 29,2 mmol/L, exceso de base 7,6 mmol/, Calcio de 11,1 mg/dL, Calcio iónico 0.77 mmol/L (valores normales 1.16-1.34) y Cloro 86,1 mmol/L. Realizándose Ecografía y Tomografía Computada abdominal diagnosticándose de Síndrome de la Arteria Mesentérica Superior. Es intervenida siendo la evolución posterior favorable.

**CONCLUSIÓN:**

El Síndrome de la Arteria Mesentérica Superior se caracteriza por obstrucción de la tercera porción duodenal, ocasionado por una pinza anatómica entre la arteria aorta y el nacimiento de la arteria mesentérica superior. Se presenta clínicamente con abdominalgia, vómitos y pérdida de peso de larga evolución que puede confundirse con un trastorno de la alimentación. Los vómitos mantenidos pueden conducir a una alcalosi metabólica e hipocalcemia, ocasionando crisis de tetania, que obliga a ampliar el estudio y el diagnóstico diferencial.

## **RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN EN URGENCIAS: ¿NOS HACE FALTA UN RADIÓLOGO?**

I Aguilar Moliner, A Rodríguez Arraez, W Fasheh Youssef, S López Romero\*, J Quintillá Martínez, A. Capdevila Cirera\*.

Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. \*Servicio de Radiodiagnóstico. Agrupació Sanitària H. Sant Joan de Déu-Clinic. Universitat de Barcelona.

### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

Las radiografías de abdomen (RX) presentan frecuentemente signos radiológicos muy inespecíficos y por lo tanto la interpretación está sujeta a una importante variabilidad entre observadores. Esto puede llevar en ocasiones a diagnósticos de presunción erróneos que pueden ocasionar actuaciones incorrectas, tanto por exceso como por defecto. El objetivo de este estudio es determinar la concordancia entre la interpretación que realiza el Pediatra de Urgencias que solicita la RX y un radiólogo.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se realiza un estudio prospectivo de julio a diciembre de 2004. Los Pediatras de Urgencias que solicitan una RX anotan su interpretación de forma sistemática. Todas las RX son informadas posteriormente por un mismo radiólogo sin conocer la interpretación del Pediatra de Urgencias. La concordancia entre observadores se determina mediante el Índice Kappa. Un índice Kappa por encima de 0,7 suele considerarse satisfactorio.

### **RESULTADAS:**

De 600 Radiografías revisadas por el radiólogo, en 528 figura el informe del solicitante. De las 356 (67,4%) RX informadas por el radiólogo como normales, en 41 (11,5%) existe discrepancia por parte del pediatra. De las 172 patológicas, 62 (36%) son interpretadas como normales por el pediatra. El porcentaje de acuerdo global fue del 71,4%, con un Índice Kappa de 0,27. Por diagnóstico, el mayor porcentaje de acuerdos fue en la sospecha de cuerpo extraño (93,2%; Índice Kappa: 0,86). Para apendicitis, invaginación, oclusión intestinal o estreñimiento los porcentajes de acuerdo fueron 80%, 87,2%, 82,9% y 48,3%, con Índices Kappa de 0,22, 0,23, 0,53, y 0,11, respectivamente.

### **CONCLUSIONES:**

La concordancia entre los Pediatras de Urgencia y los radiólogos en la interpretación de las RX de abdomen es muy baja. Este hecho puede explicarse por la inespecificidad de los signos radiológicos que hace difícil una interpretación con criterio objetivo y por tanto susceptible de error. Un fácil acceso al radiólogo que facilite el intercambio de información puede ayudar a mejorar estos resultados.

## **RENDIMIENTO DE LA RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN EN URGENCIAS**

A. Rodríguez Arraez , I Aguilar Moliner , W Fashéh Youssef, S López Romero\*, A Capdevila Cirera\* C Luaces Cubells, Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría.\*Servicio de Diagnóstico por la Imagen. Agrupació Sanitaria H Sant Joan de Déu-Clinic. Universitat de Barcelona.

### **INTRODUCCIÓN:**

Las radiografías (RX) de abdomen suelen ser solicitadas casi de rutina en pacientes con dolor abdominal agudo en un servicio de urgencias hospitalario.

### **OBJETIVO:**

Valorar el rendimiento y el papel de las RX de abdomen en pacientes que acuden a urgencias por dolor abdominal agudo.

### **MATERIAL Y MÉTODO:**

Se revisan las historias clínicas de los pacientes a los cuales se ha realizado RX de abdomen desde urgencias en un periodo de 3 meses. Se recogen los datos referentes a edad, sexo, diagnóstico de sospecha, compatibilidad radiológica y diagnóstico final. Se consideró patología mayor a los pacientes de resolución potencialmente quirúrgica y patología menor al resto.

### **RESULTADOS:**

Se revisan 400 historias. La edad media de los pacientes fue 7,8 años. Los diagnósticos de sospecha más frecuentes fueron: apendicitis aguda con 145 casos (36,3%), oclusión/suboclusión con 63 (15,75%), estreñimiento 30 casos (7,5%), abdominalgia inespecífica 29 (7,2%), estenosis hipertrófica de píloro 11 (2,75%) y otros 30,3%. La RX fue compatible con la sospecha clínica en 79 casos (19,8%). Se sospechó patología mayor en 219 casos (54 %), confirmándose esta patología en 47 (21,46%). Los diagnósticos finales más frecuentes han sido: dolor inespecífico en 155 (38,8%), apendicitis aguda 38 (9%), estreñimiento 34 (8,5%), gastroenteritis 28 (7%), oclusión/suboclusión intestinal 8 (2%), cólico renal 6 (1,5%) y otros 125 (31,25%).

### **CONCLUSIONES:**

Las RX de abdomen se realizan fundamentalmente para descartar patología potencialmente quirúrgica, más que para confirmarla. Dada la escasa información que aporta la RX es necesaria una mayor atención a los datos clínicos con lo que se reduciría la práctica de la RX de abdomen en más del 50%.



## **CIRUGÍA INFANTIL**

Nº 22

### **ABSCESO ESCROTAL SECUNDARIO A UNA APENDICITIS.**

J. Lara herguedas, jl alonso calderon, a rios fernández, a jiménez jiménez, i gallardo fernández, j martínez perez.

servicio de pediatría y servicio de cirugía. hospital infantil universitario niño jesús. madrid.

#### *FUNDAMENTO Y OBJETIVOS*

Los abscesos intraabdominales tras una apendicitis están bien descritos en la literatura, sin embargo las complicaciones extraabdominales son raras.

### **OBSERVACIONES CLINICAS**

Niño de tres años, previamente sano, consultó en el Servicio de Urgencias por presentar un dolor abdominal de 30 horas de evolución acompañado de vómitos y fiebre. A la exploración presentaba un dolor selectivo en fosa iliaca derecha con un abdomen blando a la palpación. La ecografía abdominal mostraba una imagen compatible con un proceso apendicular y presentaba una leucocitosis en el hemograma. Se practicó una apendiceptomia y la anatomía patológica de la pieza fue informada como apendicitis aguda gangrenosa con microperforaciones. A las 48 horas comenzó con un enrojecimiento e inflamación de la bolsa escrotal izquierda y dolor a la palpación del teste; en la ecografía testicular se observaba una esquipididimitis y un absceso escrotal izquierda. El cuadro clínico se resolvió con antiinflamatorios y amoxicilina-clavulánico por vía parenteral. Acude de nuevo al mes de haber sido dado por presentar un aumento de tamaño de la bolsa escrotal izquierda observando un hidrocele comunicante a la exploración que es intervenido posteriormente.

#### *COMENTARIOS*

- El absceso escrotal es poco frecuente tras una apendicitis. Puede ser la primera manifestación de un proceso abdominal.
- En ausencia de síntomas abdominales, el dolor y la inflamación escrotal pueden simular una apendicitis o una torsión testicular retrasando el diagnóstico.
- Se recomienda una exploración abdominal previa a una exploración escrotal en todo absceso escrotal.
- La ecografía puede ayudar al diagnóstico.
- En este caso la persistencia del conducto peritoneo-vaginal puede predisponer a esta patología.

## **APÓSITO DE LIBERACION LENTA DE PLATA CRISTALINA. EXPERIENCIA EN CUATRO SERVICIOS DE CIRUGIA PEDIATRICA.**

<sup>1</sup>L Alonso Jiménez, JC López, J Ayala, O Maderna.

<sup>1</sup>Serv. Cirugía Ped. Hosp. Materno Infantil de Canarias, Las Palmas de GC. Serv. Cirugía Ped. Hosp. La Paz, Madrid. Serv. Cirugía Ped Hosp.Reina Sofía, Córdoba. Serv. Cirugía Ped. Hosp. Carlos Haya, Málaga

### **INTRODUCCIÓN:**

La tendencia actual en el tratamiento tópico antimicrobiano es sustituir cremas por apósitos.

Éstas presentan una interferencia manifiesta en la epitelización, su retirada diaria es molesta y las complicaciones derivadas de su uso (sensibilización e intoxicación) no son infrecuentes.

Los apósitos en los que el principio activo se libera lentamente han pasado a ocupar un primer plano en la terapia y profilaxis antimicrobiana por su sencillez de aplicación, efectividad, duración de efecto bactericida y disminución del coste sin efectos secundarios notables. Los apósitos de plata cristalina han sido pioneros en su uso

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

206 pacientes tratados (0-24 años de edad) en indicaciones diversas: quemaduras de distinto grado, en las que se ha evaluado su respuesta frente a tratamientos convencionales; politraumatismos diversos; profilaxis de infecciones en vías centrales de larga duración; aplicaciones de dermis artificial; úlceras; y epidermolisis bullosa.

### **RESULTADOS Y CONCLUSIONES:**

La facilidad de aplicación (no precisa analgesia general, ni ambiente estéril) lo recomienda su uso en pacientes pediátricos. Indolora en su implantación y retirada. Puede mantenerse 4-7 días sin recambio, disminuyendo el número de curas. Su efecto bactericida ha mostrado eficacia probada frente a organismos contaminantes en la pérdida de sustancia habituales en el enfermo pediátrico.

Su coste se pondera, viendo la disminución del número de curas y la de trabajo que éstas ocasionan en el personal sanitario. Además disminuye la pérdida de días laborales para los padres que deben acompañar al niño cuando se realizan curas diarias. Este estudio preliminar nos ha llevado a uno más exhaustivo involucrando mayor número de pacientes para protocolizar definitivamente las indicaciones y extender la eficacia de los resultados.

## **DESARROLLO AUTONÓMICO DE LOS CURSOS DE ATENCIÓN INICIAL AL TRAUMA PEDIÁTRICO: PRIMERAS EXPERIENCIAS EN CANARIAS**

<sup>1</sup>L Alonso Jiménez, <sup>2</sup>J Poch Páez, <sup>3</sup>P Domínguez Sampedro, <sup>1</sup>E Martín Sánchez, <sup>2</sup>MP Zelideti, <sup>2</sup>M Santana Hernández

<sup>1</sup>*Serv Cirugía Pediátrica, <sup>2</sup>Urgencias Pediatría. Hosp.Materno-Infantil de Canarias,. Las Palmas de GC.*

<sup>3</sup>*Serv Cirugía Pediátrica. Hosp Vall d'hebron. Barcelona.*

### **INTRODUCCIÓN:**

El trauma es causa importante de morbimortalidad en la infancia. La formación en atención inicial al trauma pediátrico (AITP) constituye uno de los pilares de todo Sistema de Trauma Pediátrico, consolidándose los cursos AITP como un instrumento útil. Tras la experiencia pionera en España del Hospital Gregorio Marañón (Madrid), otros hospitales españoles han seguido sus pasos. Una motivación para su implantación y una premisa para su eficacia es la buena aceptación de los los alumnos. Este trabajo analiza la aceptabilidad de los cursos del programa de AITP de una comunidad autónoma.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Desde noviembre 2001 a marzo 2006 se han realizado 9 cursos. Para su organización y desarrollo se ha contado, en parte (metodología y acción docente, fundamentalmente), con el programa AITP de referencia. Han superado la evaluación teórico-práctica de los cursos 216 alumnos, médicos y personal de enfermería de diferentes especialidades y niveles asistenciales. La aceptabilidad del curso se ha evaluado a través de las encuestas que los alumnos preceptivamente cumplimentan a lo largo del curso (escala: 0-10).

### **RESULTADOS:**

Las medias (y DS) de la puntuación en sus principales apartados fueron: Organización: 9,0 (1,3); Metodología 8,8 (1,7); Aplicabilidad: 8,7 (2,4); Profesorado: 8,8 (2,1); Impresión final 9,9 (1,1). Estos resultados no difieren significativamente de los encontrados al analizar los cursos del programa AITP de referencia.

### **CONCLUSIONES:**

La aceptabilidad de los cursos de AITP, tal y como han sido organizados y desarrollados, ha sido elevada, lo que supone un motivo más para seguir adelante. Por otra parte, la colaboración entre profesionales, centros y programas con diferente grado de experiencia, preferiblemente dentro de un marco de referencia nacional convenientemente diseñado, contribuiría al adecuado desarrollo de programas AITP autonómicos.

**ESTUDIO DEL TRAUMATISMO ABDOMINAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO**

M Gómez de la Fuente, M<sup>a</sup> de la O García Baeza, JL Carretero Ares, M<sup>a</sup>Teresa Cabral Ruano, A Melnikova Kutnetsova, M Riva Vai, M<sup>a</sup>D Gallart Martínez  
Servicio Urgencias Pediatría. Hospital General U. Alicante. Alicante.

**OBJETIVOS:**

Evaluar la prevalencia del traumatismo abdominal cerrado grave con respecto a la atención por accidente en Urgencias pediátricas durante el periodo comprendido entre 1997 y 2005

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Análisis retrospectivo descriptivo por revisión de historias clínicas, analizando variables: Sexo, edad, mecanismo del traumatismo, lesión abdominal principal y asociada, lesión en otra localización, examen físico, Tensión arterial sistólica y diastólica, frecuencia cardiaca, Hematocrito, hemoglobina, hematuria, exploración complementaria inicial, otras exploraciones, tratamiento inicial, tratamiento posterior, evolución a corto y largo plazo

**RESULTADOS:**

14 pacientes: de los cuales 8 (57.1%) son mujeres. Edad media 102.43 meses, rango comprendido entre 21 y 149 meses. El mecanismo de lesión más frecuente fue los accidentes de tráfico 9 casos(64.3%), seguido de las caídas 3 casos (21.4%), la lesión abdominal principal fue en bazo en 9 casos(64.3%) y en 8 ocasiones (57.1%) se asocio la presencia de liquido libre abdominal. Además de la localización abdominal en 6 ocasiones (42.9%) también presentaban de forma conjunta un traumatismo craneoencefálico. En la exploración física 7 (50%) presentaban un abdomen agudo pese a lo cual el tratamiento fue conservador en 11(78%) y solo requirieron cirugía 4 (28.4%) en un segundo tiempo. La tensión arterial media sistólica fue 103.6 y 56.9 de tensión diastólica y la frecuencia cardiaca 82.3 de media. El hematocrito medio fue de 32.6% y la cifra media de hemoglobina 10.6. La hematuria solo estuvo presente en uno de los casos(7.1%). En 8 casos(57.1%) la exploración complementaria inicial fue la ecografía abdominal y en 8 ocasiones(57.1%) se completo con el scanner abdominal. El destino final de los niños fue siempre el alta domiciliaria aunque con anterioridad 5(35.7%)de los casos presentaron complicaciones medicas o quirúrgicas

### **HERIDA POR ARMA DE FUEGO, APROÓSITO DE UN CASO.**

M. Zambrano Castaño, S. Arias Castro, P. Martín-Tamayo Blázquez, AM Grande Tejada, M. García, Reymundo, J.J. Cardesa García.

Servicio de Urgencias de Pediatría, Hospital Materno Infantil, Badajoz

#### **INTRODUCCION:**

En España las lesiones por arma de fuego en los niños son infrecuentes; por desgracia asistimos a una escalada infantojuvenil con grave riesgo de incremento de estos daños.

#### **CASO CLINICO:**

Paciente varón de 13 años que acude a servicio de urgencias por herida penetrante y sangrante en zona ilíaca derecha y lumbar izquierda.

Antecedentes familiares: nivel socioeconómico deficiente.

Antecedentes personales: sin interés.

Exploración física: aceptable estado general. Hemodinámicamente estable (TA: 130/79. FC: 94 lpm.

FR: 21 rpm. Sat 98%) buena coloración de piel y mucosas. Auscultación cardiorrespiratoria normal.

Abdomen blando y depresible, defensa voluntaria, no signos de irritación peritoneal. Se aprecia herida de bala con entrada en región lumbosacra izquierda y salida por región inguinal derecha sin encontrar restos del proyectil en su trayectoria. Neurológico: fuerza y sensibilidad normal. Reflejos osteotendinosos presentes. Pupilas isocóricas y normoreactivas. Pares craneales centrados. Glasgow 15.

Pruebas complementarias: hemograma normal. Bioquímica: GOT ligeramente elevada, moderada elevación de LDH, CPK muy elevada. Gasometría normal. Coagulación normal. Radiografía de abdomen-pelvis normal. TAC de abdomen: no lesión intraabdominal, fractura pala iliaca derecha con hematoma perilesional. Ecografía abdominal: no lesión intraabdominal.

#### **EVOLUCIÓN:**

Ingresa en UCI- pediátrica durante 24 h para observación ante la posibilidad de empeoramiento clínico. Durante su estancia en dicha unidad está consciente, hemodinámicamente estable y presenta moderado descenso de hemoglobina y hematocrito sin precisar transfusión. Se administra profilaxis antibiótica y de trombosis venosas profunda según protocolo. Posteriormente permanece hospitalizado en planta durante 10 días con evolución favorable. Al alta, tiene heridas con buen aspecto, en proceso de cicatrización, no supuración, no sangrado con deambulación con apoyo parcial.

Juicio clínico: herida de bala con fractura de coxal derecho. El disparo al parecer fue fortuito al manipular el padre un arma de fuego.

#### **CONCLUSIONES:**

El caso que tratamos en nuestro servicio de urgencias es un nuevo episodio de herida accidental por arma de fuego, en el contexto de un incremento generalizado de este tipo de violencia.

Nº 27

### **MASA ABDOMINAL**

M.L. Rodríguez de Zuloaga Montesino, Ma.D Tenas Bastida, A. Jiménez Moya, F. Gómez Sabrido,  
Servicio de Pediatría, Hospital Verge Monte Toro Maó, Menorca

Niño de 4 años sin antecedentes personales de interés que consulta al servicio de urgencias del hospital por cuadro de retención urinaria tras caída casual del patinete.

#### **EXPLORACIÓN FÍSICA:**

Buen estado general. Exploración física por órganos y aparatos: normal salvo tumoración bien delimitada en hipogastrio no dolorosa a la palpación. No signos de irritación peritoneal. Se realiza sondaje vesical persistiendo la tumoración tras vaciado del contenido vesical.

#### **EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:**

Analítica: hemograma y bioquímica normales.

Combur test: proteínas +++++, sangre +, resto negativo.

ECO abdominal: moderada hidronefrosis bilateral y masa pélvica heterogénea de ecogenicidad intermedia de aproximadamente 10 cm de diámetro mayor.

TAC abdominal con contraste: confirma la hidronefrosis bilateral así como la presencia de una masa pélvica bien delimitada heterogénea que apenas se modifica tras la administración de contraste de aproximadamente 9x9x8cm que rechaza asas intestinales y vejiga urinaria hacia la derecha limitado posteriormente con el sacro.

Se remite al hospital de referencia donde se amplia estudio:

TAC torácico y gammagrafía ósea: normales

RNM lumbar: gran masa presacra en región lumbar infiltrando en las raíces acras extradurales. No compresión medular ni afectación radicular intra o epidural.

Biopsia: rabdomiosarcoma embrionario.

Se inicia tratamiento quimioterápico según protocolo MMT 95 rama 953B. Al mes de tratamiento, en ecografía de control se objetiva involución de la masa (5,8x3,9x3,5). Evoluciona favorablemente

#### **COMENTARIOS:**

El rabdomiosarcoma es el sarcoma de partes blandas más frecuente en la edad pediátrica. Suele presentarse como una masa asintomática. Cuando afecta tracto urinario pueden aparecer síntomas de compresión intestinal o de vías urinarias.

Debe biopsiarse toda masa indolora que se desarrolla de forma rápida (1-2 semanas) sin historia previa de traumatismo.

## MASAS ABDOMINALES DE PRESENTACIÓN INFRECUENTE

v. losa frías, e. crespo rupérez, s. alán arévalo, m.p. falero gallego, i. ortíz valentín  
servicios de urgencias de pediatría. hospital virgen de la salud. toledo.

### INTRODUCCIÓN:

Las masas abdominales son relativamente frecuentes en la Urgencia pediátrica, ya sea como motivo de consulta o como hallazgo casual. Su sintomatología es variada. Presentamos tres casos de masas abdominales infrecuentes, bien por su etiología o por su presentación tardía.

*Caso 1:* Niño de 9 años con tumoración y dolor abdominal que aparece tras maniobra de Valsalva. Exploración: A la inspección, masa superficial en hemiabdomen derecho que protruye, de 15x15 cm, dolorosa y bien delimitada. Diagnóstico: Hernia de Spiegel. Se realiza reducción manual en Urgencias.

*Caso 2:* Niño de 6 años con dolor abdominal periumbilical cólico, recidivante. Exploración: masa paraumbilical izquierda homogénea y de consistencia dura. Ecografía: Dilatación pielocalicial izquierda de 6,5 cm secundaria a compresión por vaso anómalo. Diagnóstico: Síndrome de la unión pieloureteral y síndrome de Dielt.

*Caso 3:* Niño de 13 años con tumoración suprapúbica dolorosa. Antecedentes: fístula de uraco intervenida a los tres años. Exploración: masa suprapúbica de 2x3 cm, de consistencia blanda, mal delimitada y color verdoso a la inspección. Ecografía: quiste de 2,5 cm de diámetro de contenido parcialmente turbio compatible con quiste de uraco.

### COMENTARIO:

Las masas abdominales diagnosticadas con más frecuencia en Urgencias de Pediatría son organomegalias y algunos tumores, sobre todo retroperitoneales (nefroblastoma, neuroblastoma...) La hernia de Spiegel es un defecto de la pared abdominal situado en la unión entre la fascia del recto anterior y los músculos anchos del abdomen. Se han descrito menos de 50 casos en edad pediátrica.

El síndrome de Dielt consiste en episodios súbitos de nefralgia o dolor abdominal intenso y, en ocasiones, fiebre y vómitos. Es secundario a obstrucción aguda de la unión pieloureteral, generalmente por vascularización anómala. Corresponde a un 0,27% de los casos de dolor abdominal.

Las alteraciones del uraco presentan una incidencia de 2 casos por cada 300.000 ingresos en un hospital pediátrico, siendo el quiste la anomalía más frecuente. Suele permanecer asintomático, diagnosticándose de forma incidental con la realización de pruebas de imagen.

### **TROMBOSIS DE LA VENA PORTA COMO CONSECUENCIA DE APENDICITIS AGUDA.**

Leiva Gea, M.de Toro Codes, J.C. Salazar Quero, N. Martínez Espinosa, C. Santiago Gutierrez, J. De la Cruz Moreno. Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario de Jaén.

#### **FUNDAMENTO Y OBJETIVOS:**

La pyleflebitis es una tromboflebitis de la vena porta o de alguna de sus ramas tributarias. Es una infrecuente complicación de procesos inflamatorios intra-abdominales que puede llevar a la trombosis de la vena porta. La presencia de un foco infeccioso abdominal en un territorio drenado por alguna rama de la vena porta provoca la salida al torrente vascular de una serie de células inflamatorias creando un ambiente procoagulante muy propicio para desarrollar la trombosis portal. Su incidencia ha disminuido significativamente debido al mejor manejo médico y quirúrgico de las infecciones intraabdominales. El diagnóstico puede realizarse de forma precoz mediante eco abdominal y eco doppler portal. En cuanto al tratamiento, actualmente se discute la eficacia de la terapia anticoagulante. El uso de antibióticos de amplio espectro y el tratamiento quirúrgico del foco infeccioso abdominal está en general aceptado como norma terapéutica.

#### **OBJETIVO:**

Presentación de un caso de trombosis de la vena porta en niño de 7 años secundaria a apendicitis aguda.

#### **CASO CLÍNICO:**

Varón de 7 años que acude a Urgencias de Pediatría por dolor abdominal de 7 días de evolución acompañado de febrícula. Como antecedente de interés refiere que la semana anterior había presentado síndrome febril de 6 días de duración diagnosticado de faringoamigdalitis aguda en tratamiento con amoxicilina. A la exploración presenta regular estado general, temperatura: 37.5°C, abdomen no doloroso a la palpación, blando y depresible con hepatomegalia. En exámenes complementarios 15.300 leucocitos (84.5% NFL, 8.8% LINF), 279.000 plaquetas, hemoglobina 8.3 g/dl, PCR: 32.39 mg/dl, GGT:459, FA: 563, hemocultivo negativo, serologías negativas. En ecografía abdominal se observa hepatomegalia de estructura homogénea. Esplenomegalia. Apéndice aumentado de tamaño. Eco doppler: Trombosis parcial de la vena porta y sus ramas derecha e izquierda. TAC: absceso de 2-3 cm a nivel apendicular. Se realiza laparotomía diagnóstica y terapéutica: Apendicitis retrocecal perforada subserosa con punto a nivel de hilio hepático. Se lleva a cabo apendicectomía reglada junto con antibioterapia intravenosa de amplio espectro. Presenta evolución favorable desapareciendo febrícula, mejorando estado general. En ecografía de control a las 2 semanas, se observa recanalización de vía portal persistiendo trombo en rama izquierda y hepatomegalia que desaparece en controles posteriores.

#### **CONCLUSIONES:**

- La localización retrocecal del apéndice hace que la exploración resulte poco concluyente, retrasando el diagnóstico en caso de apendicitis y aumentando las probabilidades de complicación.
- El pronóstico de esta entidad ha mejorado considerablemente gracias a terapia antibiótica y al diagnóstico precoz basado en técnicas de imagen. Se destaca el papel fundamental de la ecografía que aporta información similar al TAC y RMN, convirtiéndola en la técnica de elección.
- El rol de tratamiento anticoagulante es controvertido. Aportamos un caso con evolución favorable y resolución completa con tratamiento etiológico, eliminando la infección intrabdominal que dio origen a la trombosis portal.

## **IRRITABILIDAD Y DOLOR ABDOMINAL COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE URETEROCELE EN UN LACTANTE**

M. García González, E. Taborga Díaz, A. Calvo Gómez-Rodulfo, J. Mayordomo Colunga, L. Somalo Hernández, J. Rodríguez Suárez

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

### **FUNDAMENTO Y OBJETIVOS:**

La irritabilidad es un motivo muy frecuente de consulta en los servicios de urgencias pediátricas, y uno de los síntomas que mayor ansiedad y preocupación familiar originan. Se trata de un síntoma inespecífico que puede traducir la existencia de infecciones, en ocasiones potencialmente graves si no se realiza un diagnóstico precoz. Describimos un caso en el que la irritabilidad unida a fiebre elevada condujeron al diagnóstico final de una malformación de la vía urinaria.

### **CASO CLÍNICO:**

Varón de 14 meses de edad que acude al Servicio de Urgencias de nuestro hospital por cuadro de fiebre elevada de 24 horas de evolución acompañada de irritabilidad y episodios bruscos de llanto intenso con encogimiento de piernas. La analítica realizada no mostraba datos sugerentes de infección bacteriana, pues no presentaba leucocitosis y la proteína c reactiva tan sólo se elevó a 1,7 mg/dl. A pesar de ello, dada la irritabilidad manifiesta y la fiebre elevada se decidió su ingreso en el hospital de corta estancia y se realizaron un urinocultivo y un sistemático y sedimento de orina recogidos mediante bolsa autoadhesiva. En este último destacaba la presencia de nitritos, sin leucocituria ni otros signos de infección. La clínica de dolor abdominal predominante en este caso, causa fundamental de su irritabilidad, así como la dilatación de asas de intestino delgado objetivada en la radiografía de abdomen realizada, hicieron plantearse la posibilidad de una invaginación intestinal, si bien la existencia de fiebre tan alta hacía poco probable dicho diagnóstico.

Para descartar la existencia de invaginación intestinal, se realizó una ecografía abdominal que no evidenció alteración digestiva alguna. En cambio, se observó una dilatación quística intravesical en la desembocadura del uréter izquierdo compatible con ureterocele. Por otro lado, el aumento de ecogenicidad que presentaba el riñón izquierdo unido a la positividad para los nitritos en el análisis inicial de la orina, condujeron a la sospecha diagnóstica de infección del tracto urinario, confirmada posteriormente por el aislamiento de incontables colonias de *Escherichia Coli* en la muestra de orina recogida previamente. No obstante, antes de recibir el resultado del urinocultivo ya se había iniciado antibioterapia empírica con cefotaxima intravenosa. La evolución fue favorable remitiendo la fiebre y desapareciendo la irritabilidad a las pocas horas de iniciar el tratamiento antibiótico.

A las 48 horas de ingreso, se realizó una urografía intravenosa que confirmó la existencia de un ureterocele izquierdo y en la que se apreció dilatación del uréter en todo su trayecto, siendo más evidente en el tercio distal. La pelvis y los calices renales izquierdos presentaban un tamaño y una morfología normal, formando parte de un único sistema pieloureteral. Durante su estancia se solicita valoración por Cirugía Pediátrica y en el momento actual está pendiente de la corrección quirúrgica de su malformación.

### **COMENTARIOS:**

El ureterocele es una dilatación quística del segmento intravesical del uréter. En la mayoría de los casos, al contrario de lo que ocurre en nuestro paciente, esta malformación urinaria se asocia con la existencia de un doble sistema pieloureteral. En un alto porcentaje, los ureteroceles se diagnostican de forma casual, sin embargo una de las posibles manifestaciones clínicas es el dolor abdominal provocado probablemente por la retención urinaria y las infecciones de orina. La existencia de nitritos positivos en una tira reactiva o un sistemático de orina debe conducir a la sospecha de infección urinaria, aún en ausencia de leucocituria.

### **TORSIÓN INTRAÚTERO DE QUISTE OVÁRICO**

L. Alonso Jiménez<sup>1</sup>, F Hidalgo Acera<sup>2</sup>, M Prada<sup>2</sup>, L De Celis<sup>2</sup>, S Villagra<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Serv. Cirugía Ped. Hosp. Materno Infantil de Canarias, Las Palmas de GC. <sup>2</sup>Serv Cirugía Ped.

<sup>3</sup>Serv. Pediatría. Hosp. Univ Salamanca, Salamanca.

#### **OBSERVACIONES CLÍNICAS:**

Paciente de 7 meses, de madre con útero bicorne en tratamiento hormonal con Gestágenos. A las 28 semanas se detecta por ecografía una masa quística abdominal de 2cm de diámetro, interpretada como quiste ovárico fetal. A las 34 semanas, la ECO de control refleja crecimiento súbito del quiste, decidiéndose cesárea urgente.

A las 24h de vida, se realiza ecografía, apreciándose la masa quística con unas dimensiones de 6x5,7cm. Se efectúa una punción, en cuya bioquímica no se encuentran hallazgos significativos. Un cultivo para anaerobios del aspirado y la CEA resultan negativos; la Alfaproteína está aumentada (49ng/dl). La anatomía patológica del aspirado lo describe como material protohemático celular.

Una ECO postpunción a las 24h refleja una importante mejoría (5,3x3,3x3,3cm). Las ECO de control realizadas 4 días y 3 meses después, no reflejan cambios. Ésta última la informan como: Lesión quística tabicada intraperitoneal supravesical, de unos 5,3x3,3x3,3cm aproximadamente, con ecos en su interior y niveles hidro-aéreos, en lactante de 3 meses. Se remite a Cirugía Infantil a los 4 meses. Se le hace una radiografía simple de abdomen (donde se observa un efecto masa sobre las asas intestinales), un TAC y una RNM (donde no queda claro su origen anexial y su relación con la vejiga). Se decide laparotomía diagnóstico-terapéutica.

Es intervenida con 6 meses de edad. Se encuentra una masa quística libre en cavidad abdominal entre asas de intestino delgado. La trompa de Falopio izquierda se halla amputada y sin anexo, mientras que el útero, trompa, y ovario derechos son normales. Resto de cavidad sin hallazgos patológicos significativos.

Cursa con buena evolución postoperatoria, recibiendo el alta a los 5 días de la operación.

El informe anatomopatológico lo informan como compatible con quiste folicular infartado de ovario izquierdo.

## **ACTUACIÓN PRECOZ EN NIÑA CON FENOTIPO DE SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS Y ESCASA SINTOMATOLOGÍA DIGESTIVA**

L. Asso Ministrál, R. García Puig, A. Cueto González, J. Margarit Mallol, E. Solé Heuberger, L. Tobeña Boada. Servicio de Pediatría Hospital Mútua de Terrassa. Terrassa

### **FUNDAMENTO Y OBJETIVOS:**

Las neoplasias constituyen la principal complicación del síndrome de Peutz-Jeghers (SPJ) en la edad adulta. En niños la principal causa de morbilidad viene representada por las complicaciones de los pólipos intestinales: la anemia y la invaginación intestinal. Un diagnóstico tardío de esta última puede suponer la necesidad de realizar resecciones intestinales amplias. Existen diversos protocolos que sugieren empezar el despistaje de los pólipos a los 10 años.

### **OBSERVACIONES CLÍNICAS:**

Niña de 10 años que acudió a nuestro servicio de urgencias por cuadro clínico de dolor abdominal y mal estado general. A la exploración destacó la palpación de masa abdominal de consistencia dura, palidez cutáneo-mucosa y presencia de léntigos en mucosa oral y perianal. Como antecedentes familiares, la madre presentaba fenotipo de SPJ, habiendo sido intervenida de pólipos intestinales y encontrándose entonces en tratamiento por neoplasia mamaria. Con la sospecha clínica de invaginación intestinal se realizaron estudios complementarios: análisis sanguíneo en el que destacó hemoglobina de 8.1 g/dL, ecografía que mostró la presencia de 3 pseudomasas intestinales y TC compatible con invaginación intestinal. La paciente fue intervenida a las pocas horas de su llegada a urgencias mediante laparotomía, hallándose invaginación ileoyeyunal de 60 centímetros. Se desinvaginó sin observarse compromiso vascular hallándose tumoración infiltrante, cuya anatomía patológica fue compatible con pólipo hamartomatoso. Se realizó resección intestinal con margen de 2 centímetros y se practicó anastomosis término-terminal. En el postoperatorio precisó nutrición parenteral y ferrotterapia endovenosa. Fue dada de alta con una evolución clínica favorable, programándose endoscopia digestiva alta y baja y cápsula endoscópica, previa cápsula de prueba.

### **COMENTARIOS:**

En una niño con fenotipo SPJ y sintomatología intestinal, aunque ésta no sea muy llamativa, debe mantenerse un alta índice de sospecha de invaginación intestinal, realizándose de forma precoz los exámenes complementarios que permitan llegar al diagnóstico. Una cirugía temprana puede ahorrar al paciente una resección intestinal amplia y las complicaciones que de ello puedan derivarse. Algunas series reflejan que el 30% de los pacientes son sometidos a laparotomía antes de los 10 años, por lo que podría considerarse oportuno el inicio del despistaje de pólipos intestinales a edades más tempranas.

Nº 33

## **ESTUDIO DE LA PATOLOGÍA TESTICULAR Y ESCROTAL EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA**

U.Astigarraga Irureta, I. Olaciregui Echenique, A. Arrizabalaga Van Remoortere, M. Leunda Iruretagoiena, J.A. Muñoz Bernal, J.J. Landa Maya  
Urgencias de Pediatría. Hospital Donostia. San Sebastián

### **OBJETIVOS:**

Estudiar la patología testicular y escrotal de los pacientes que han acudido a nuestro Servicio de Urgencias

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio retrospectivo por revisión de historias clínicas de los pacientes que han acudido a nuestro Servicio por patología testicular o escrotal desde el 1 de enero del 2004 hasta el 31 de diciembre del 2005

Se analizan: edad, motivo de consulta, antecedentes, síntomas y signos, pruebas complementarias solicitadas, interconsultas realizadas a cirugía, tratamiento, número de ingresos y tiempo de estancia en urgencias.

### **RESULTADOS:**

Nº total urgencias n-66531. Consultas por patología testicular/escrotal 96 pacientes.(0,14%). La edad media fue de 6,7 años. El motivo de consulta más frecuente ha sido el dolor (66%). Entre los antecedentes personales de mayor interés destacamos: hidrocele o hernia inguinal 15,6% y malformaciones nefrourológicas 9,4%. El dolor fue de inicio brusco en un 33% de los casos. Presentaron disuria 4 pacientes (4%). No se consiguió reflejo cremastérico en 10 pacientes, de los cuales sólo 4 tenían torsión testicular.

*Exploraciones complementarias:* se realizó tira reactiva de orina a 47 pacientes, estando únicamente alterado en 2. Se realizaron 66 ecografía-doppler, siendo el resultado concordante con el diagnóstico en el 68% de los casos.

Se realizó interconsulta con cirugía en 55 casos.

Los diagnósticos finales fueron: torsión testicular 4 (4%), torsión hidatide 21(22%) orquitis/epididimitis 26 (27%), traumatismo 2 (2%), hidrocele 19 (20%), hernia inguinal 1 (1%), dolor testicular sin catalogar 20 (21%)

Se realizó tratamiento médico conservador a 92 pacientes. Requirieron tratamiento quirúrgico 6 pacientes, de los cuales 3 consistieron en detorsión quirúrgica y orquidopexia y 1 en orquidectomía.

Ingresaron en planta 6 pacientes (6%).

### **CONCLUSIÓN:**

-La patología testicular y escrotal supone el 0,14% de las urgencias.

-La ecografía fue de ayuda en el diagnóstico en el 68% de los casos. La tira reactiva de orina solamente fue positiva en un 4%

-La patología más frecuente es la orquitis/epididimitis y las torsiones testiculares suponen el 4% de los diagnósticos. Se realizó una orquidectomía.

Nº 34

#### **A PROPÓSITO DE UN CASO DE DOLOR ABDOMINAL DE INICIO BRUSCO**

M duplá arenaz, s torres claveras, y aliaga mazas ,r perez delgado, r delgado alvira, j gracia romero. Servicio de cirugía pediátrica. Hospital infantil universitario miguel servet. Zaragoza.

#### **FUNDAMENTOS Y OBJETIVOS:**

Presentar un caso de inicio brusco de dolor abdominal cuyo diagnóstico fue de torsión testicular para recalcar la importancia de una buena anamnesis y de una exploración completa.

También presentamos una revisión desde el año 2002 al 2005 del motivo de consulta en urgencias: escroto agudo.

#### **Caso clínico:**

Paciente varón de 12 años de edad sin antecedentes personales ni familiares de interés que acude a urgencias de nuestro hospital a las 5:30 horas por dolor abdominal en hipogastrio de inicio brusco mientras dormía, de 45 minutos de evolución. Afebril, sin tos, ni rinorrea, sin vómitos ni diarrea.

El día anterior deposición de consistencia y coloración normal. No estreñimiento habitual. No síndrome miccional. En la exploración física se aprecia leve palidez cutánea, dolor en hipogastrio siendo la exploración abdominal normal y teste izquierdo aumentado de tamaño no ascendido, con pequeño hidrocele y transluminación negativa. Se realiza analítica de orina que es normal.

La radiografía de abdomen muestra restos fecales por lo que se administra un enema, cediendo el dolor. Se decide dejar en observación en hospital de día hasta valoración por cirujano. Se realiza Eco-Doppler escrotal en el que se objetiva aumento de tamaño de teste izquierdo con ecogenicidad alterada y sin flujo vascular claro. Se decide intervención quirúrgica urgente por sospecha de torsión testicular que se confirma destorsionando el testículo (que vuelve a su coloración normal) y realizando una orquidopexia de ambos testes. Eco doppler de control normal.

#### **COMENTARIOS:**

La torsión testicular se presenta a cualquier edad. El síntoma principal es el dolor testicular o escrotal que aparece en el 80% de los casos de inicio brusco y que se irradia a la ingle o al cuadrante ipsilateral abdominal inferolateral. El teste suele estar aumentado de tamaño, elevado o transversado dentro del saco escrotal. A veces como en nuestro caso el motivo de consulta es por dolor abdominal y el teste no está ascendido, de ahí la importancia de una exploración física completa y de un diagnóstico diferencial.

## DIGESTIVO Y ENDOCRINOLOGÍA

Nº 35

### UTILIDAD DEL EQUILIBRIO ÁCIDO BASE Y DEL IONOGRAMA EN EL MANEJO DE LA GASTROENTERITIS AGUDA

S. Marín del Barrio, P. González Carretero, R. Garrido Romero, K. M. Juma Azara, C. Luaces Cubells. Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Agrupació Sanitària Hospital Sant Joan de Déu-Clínic. Universitat de Barcelona.

#### OBJETIVOS:

El objetivo principal es conocer el rendimiento del equilibrio ácido base (EAB) y del ionograma en el manejo de la gastroenteritis aguda (GEA) en urgencias. Objetivos secundarios son conocer los motivos por los cuales los pediatras solicitan dicha analítica, la capacidad en predecir alteraciones y las modificaciones que se producen en el manejo.

#### PACIENTES Y MÉTODOS:

Estudio prospectivo de 9 meses de duración. Se incluyen pacientes con GEA a los que se solicita analítica. Se excluyen niños menores de tres meses, con errores congénitos del metabolismo, cardiopatía, nefropatía o en tratamiento con capacidad de alteración electrolítica. Previamente a la solicitud de la analítica el pediatra definía el tipo y vía de rehidratación que efectuaría sin conocer el resultado.

#### RESULTADOS:

El número de GEA atendidas fue 4172. Se incluyeron 163. La mediana de edad fue 12.4 meses, de horas de evolución 48 y de número de vómitos y diarreas 5 y 7, respectivamente. El 24% no presentaba deshidratación (DH). El 35% presentaba DH leve, 39% moderada y 2% grave. Los motivos de solicitar analítica fueron: 67.5% sospecha de DH, 25.8% vómitos incoercibles, 12.9% angustia familiar, 8.6% escasa ingesta y 3.1% retorno a urgencias. Se esperaban resultados analíticos normales en 67 casos (41.1%) y se confirmaron en 36. Se esperaban alterados 96 casos que se confirmaron y aparecieron además 31 casos alterados no sospechados. Las alteraciones fueron: 92.9% acidosis metabólica, 40.9% hipernatremia, 17.3% hipoglucemia, 12.5% hipopotasemia y 8.6% hiponatremia. El manejo inicial fue endovenoso en 67.5%, oral en 28.8% y sonda nasogástrica en 3.7%. Los resultados encontrados ocasionaron en 23.3% cambio en el manejo (vía utilizada o composición electrolítica de la solución de rehidratación).

#### CONCLUSIONES:

La analítica en la DH es capaz de aportar información no valorada clínicamente. La mayor dificultad se encuentra en la capacidad para sospechar la existencia de alteraciones analíticas. Los hallazgos analíticos objetivados tienen la suficiente entidad para modificar la estrategia terapéutica prevista antes de su conocimiento.

## ESOFAGITIS EOSINOFÍLICA EN PEDIATRÍA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Botrán Prieto M, Riaño Méndez B, Sánchez Sánchez C\*, Peñalba Citores AC, Urbano Villaescusa J, Marañón Pardillo R.

Servicio de Urgencias de Pediatría. Servicio de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Infantil\*. HGU Gregorio Marañón. Madrid.

### INTRODUCCIÓN:

La esofagitis eosinofílica es una enfermedad caracterizada por una infiltración anormal de eosinófilos en esófago distal. Los síntomas son indistinguibles de los del reflujo gastroesofágico e incluyen vómitos, dolor torácico y disfagia.

A continuación presentamos el caso de un paciente que acude al servicio de Urgencias por dolor torácico.

### CASO CLÍNICO:

Varón de 14 años. Presenta dolor retroesternal de 4 días de evolución, continuo, que aumenta con la ingesta. No vómitos. Afebril.

*Exploración física:* P: 50 kg, Tª: 36.5°C, TA: 120/69, FC: 80 lpm, FR: 14 rpm. Buen estado general, normocoloreado, no signos de dificultad respiratoria. Resto de exploración normal.

Pruebas complementarias: Hemograma: Normal salvo eosinofilia (7.9%). Bioquímica: amilasa 122, PCR: 9.1, resto normal. Inmunología: IgE total: 2067 KU/L. RAST positivo a: clara de huevo (1.07 KU/L), leche de vaca (2.47 KU/L), alfa-lactoalbúmina (2.81 KU/L), beta-lactoglobulina (0.88 KU/L) y caseína (0.86 KU/L). Rx tórax: normal. ECG: normal. pHmetría: normal.

*Endoscopia digestiva alta:* Mucosa erosiva friable con lesiones ulcerativas de 1/3 medio a 1/3 inferior de esófago. Anatomía patológica: Moderada acantosis y acúmulos de eosinófilos en las porciones más superficiales del epitelio.

*Evolución:* Inicialmente mejoría parcial con sucralfato y ranitidina. Posteriormente se instaura tratamiento dietético (exclusión de alérgenos) con remisión completa de los síntomas.

### CONCLUSIÓN:

El dolor torácico es un motivo de consulta frecuente en Urgencias en pediatría. La presencia de síntomas asociados a la ingesta orienta a patología esofágica, por lo que en estos pacientes está indicada la realización de estudios específicos.

Dado que la incidencia de la esofagitis eosinofílica está aumentando, es una de las causas de dolor torácico de origen digestivo que hay que valorar en el diagnóstico diferencial.

**EDEMAS DE PRESENTACION AGUDA Y VÓMITOS: ENFERMEDAD DE MENETRIER, UNA ENTIDAD QUE DEBEMOS CONOCER.**

P.González Carretero, S. Marín del Barrio, N. Pociello Almiñana, S. Hernández Bou, V. Trenchs Sainz de la Maza, P. Vilar Escrigas\*, C. Luaces Cubells. Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Sección de Gastroenterología\*. Agrupació Sanitària Hospital Sant Joan de Déu - Clínic. Universitat de Barcelona.

**INTRODUCCIÓN:**

La presencia de enteropatía pierde-proteínas (EPP) e hipertrofia de pliegues gástricos ha sido etiquetada como enfermedad de Ménétrier infantil. Constituye un proceso diferente al del adulto, dado que es una situación transitoria y benigna, con clínica, pronóstico y etiología diferentes, por lo que actualmente se denomina Gastropatía hipertrófica pierde-proteínas infantil (GHPP). La aparición de edemas suele ser el motivo de consulta, tal y como se muestra en este caso clínico.

**CASO CLÍNICO:**

Niña de 2 años sin antecedentes patológicos de interés que consulta por edema facial y vómitos de 5 días de evolución, sin fiebre ni otros síntomas. A la exploración destaca edema palpebral superior bilateral, tumefacción con fóvea en extremidades inferiores y abdomen distendido sin megalias ni ascitis. La tensión arterial es normal. Ante la sospecha de pérdida proteica renal versus entérica se solicita analítica de sangre y orina. Destaca hipoproteinemia (35gr/l) e hipoalbuminemia (18gr/l); la función renal y hepática son normales. No presenta proteinuria. Con orientación diagnóstica de EPP, ingresa con tratamiento de soporte (dieta hiperproteica + seroalbumina) y control de constantes. Se completa estudio: alfa-1-antitripsina elevada en heces(5.17mg/g) y ecografía abdominal que muestra pliegues gástricos hipertróficos que se confirman mediante endoscopia con biopsia, hallándose PCR positiva a CMV y inclusiones intranucleares eosinófilas rodeadas de un halo claro sugestivas de infección por este virus. La evolución clínica de la paciente es favorable, dándose de alta a los 15 días.

**COMENTARIOS:**

La GHPP debe incluirse en el diagnóstico diferencial de los edemas especialmente si se acompaña de vómitos persistentes. Ante una hipoproteinemia con función hepato-renal conservada y en caso de estar disponible en el Servicio de Urgencias, la práctica de una ecografía abdominal buscando pliegues gástricos engrosados, podría ser de gran ayuda diagnóstica. El diagnóstico definitivo lo dará la endoscopia. En el estudio etiológico hay que incluir la infección por CMV como etiología probable.

## HEPATITIS AUTOINMUNE. ¿NECESIDAD DE INGRESO Y MANEJO URGENTE!

\*J. Candel Pau, \*M. Alvarez Beltran, \*\*R. Cebrián Rubio, \*D. Infante Pina, \*R. Tormo Carnicé, \*O. Segarra Cantón.  
Servicios de \*Gastroenterología y \*\*Urgencias pediátricos. Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona.

### OBJETIVO:

El diagnóstico precoz de hepatitis autoinmune (HAI) permite iniciar rápidamente tratamiento inmunosupresor modificando drásticamente su evolución. Presentamos la experiencia de nuestro centro en su manejo desde la llegada a Urgencias.

### MÉTODOS:

Estudio retrospectivo de pacientes menores de 16 años que acudieron a nuestro centro durante los últimos 6 años (01/2000–01/2006) con el diagnóstico de HAI. Se analizan las variables: edad y síntomas iniciales, exploraciones complementarias, tratamiento y evolución.

### RESULTADOS:

Se atendieron 7 pacientes, 2 varones y 5 mujeres (relación varón/mujer de 1:2,5), con edad media al diagnóstico de 8,5 años (intervalo 4 - 14 años).

Motivo de consulta en Urgencias: 28,5% sintomatología inespecífica aislada y 71,5% específica hepática (5/7 ictericia, 1/7 hepatomegalia, 4/7 esplenomegalia, 3/7 coluria, 3/7 acolia, 1/7 prurito y 3/7 encefalopatía).

Laboratorio: 7/7 elevación de transaminasas (AST: media 1.385UI/L; ALT: media 1.079UI/L), 3/7 plaquetopenia, 6/7 alteración del tiempo de protrombina (media: 48,2%), 2/7 factorV <50%, 5/7 elevación de IgG (media: 2.665mg/dL).

Exploraciones complementarias: 7/7 ecografía abdominal y 5/7 biopsia hepática (todas ellas sugestivas de HAI).

Diagnóstico: 3/7 HAI tipoI (3/3 ANA+ y 1/3 AML+), 3/7 HAI tipoII (1/3 ANA+ y 3/3 antiLKM+) y 1/7 HAI indeterminada (con autoanticuerpos negativos).

Tratamiento: 5/7 tratamiento médico con corticoides y azatioprina y 2/7 requirieron trasplante hepático por fallo hepático refractario.

Evolución: En 6/7 función hepática normal: 2/6 corticoides-azatioprina, 1/6 azatioprina aislada (HAI tipo I), 1/6 corticoides-ciclosporina, 2/6 trasplante (uno por fallo hepático fulminante y otro por falta de respuesta farmacológica). Exitus en 1/7 (recibió corticoides-azatioprina y ciclosporina).

### CONCLUSIONES:

1. La posible normalidad tanto en las cifras de gammaglobulinas como en los marcadores de autoinmunidad.
2. La gran especificidad de la biopsia hepática.
3. La necesidad de traslado a centro con unidad de trasplante hepático.
4. La necesidad de tratamiento inmunosupresor prolongado para evitar recaídas.

## DEBUT DE DIABETES MELLITUS TIPO 1 COMO MOTIVO DE CONSULTA EN LA M.

Bueno Barriocanal; P. Flores Pérez; P. Gutiérrez Díez; I. Cuadrado Pérez; M. Ruíz Jiménez; P\*. Carpintero López.

Urgencias de Pediatría. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Getafe.

URGENCIA PEDIÁTRICA. REVISIÓN DE 14 AÑOS

### OBJETIVOS:

La diabetes mellitus ( DM ) es una de las patologías crónicas más prevalentes en la infancia. El debut con cetoacidosis grave, con o sin coma, es una entidad muy infrecuente en la actualidad debido al mayor conocimiento de esta enfermedad por parte de los pediatras de atención primaria.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Se revisaron las historias clínicas de 79 pacientes con debut de DM tipo 1 de los últimos 14 años, que acudieron a la urgencia pediátrica por este motivo. Se valoró: antecedentes familiares de DM, enfermedades y sintomatología previas al debut, así como las alteraciones analíticas que presentaron.

### RESULTADOS:

- 1.- Del total de los pacientes analizados el 48,1 % debutó en los últimos 5 años. Existe predominio de los varones (47 de casos, lo que corresponde al 59,5%) sobre las mujeres (32 de casos, que suponen el 40,5%).
- 2.- La mayor incidencia se objetiva entre los meses de octubre y febrero (51,9% de los casos).
- 3.- La distribución por edades observada en nuestra área es la siguiente:
  - 15,2 % de 0 a 4 años ( 12 pacientes)
  - 30,4 % de 5 a 9 años ( 24 pacientes)
  - 54,4 % de 10 a 15 años ( 43 pacientes)
- 4.- En 3 de los casos investigados están afectados todos los hermanos con un intervalo de tiempo de debut inferior a un año.
- 5.- En 33 de casos (41,8 %) había antecedentes de DM tipo 1 y/o tipo 2 en la familia.
- 6.- Se detectan antecedentes de infecciones virales previas al debut en nº de pacientes.
- 7.- Sintomatología al debut :
  - poliuria, polidipsia y polifagia en el 79,7 % (63 casos).
  - pérdida de peso en el 56,9 % (45 casos).
  - astenia en el 30,4 % ( 24 casos).
  - dolor abdominal en el 18,9 % ( 15 casos).
  - vómitos y anorexia en el 10,1 % ( 8 casos).
  - micosis en el 6,3 % ( 5 casos).
- 8.- Los pacientes derivados desde su Centro de Salud por sospecha de debut diabético constituyen el 62% de los diagnósticos (49 casos).
- 9.- El tiempo medio de demora entre la aparición de la clínica y el diagnóstico es de 31,8 días.
- 10.- Hay 25 casos de cetoacidosis (31,6 %), 1 caso de coma (1,2%) y 63 casos de cetosis al debut (79,7%).
- 11.- La HbA1c media al diagnóstico es de 11,6 %..
- 12.- Todos los pacientes fueron ingresados para educación diabetológica.
- 13.- 36 casos (45,5 %) precisaron perfusión continua de insulina y 43 casos (54,4 %) iniciaron tratamiento con insulina subcutánea. Todos ellos recibieron terapia intensiva con 3- 4 dosis de insulina al día. Con NPH e insulina regular 26 pacientes (32,9 %) y con NPH y análogos de insulina rápida 10 casos (12,6 %)..
- 14.- Necesitaron corrección de acidosis con fluidoterapia según el protocolo de la Sociedad Española de Endocrinología 30 casos (37,9 %).

### CONCLUSIONES:

- 1.- Se observa un aumento en la incidencia de la DM tipo 1 en nuestra área en los últimos 5 años.
- 2.- El mayor conocimiento de esta enfermedad ha hecho posible un diagnóstico más precoz de la misma, evitando las graves alteraciones metabólicas observadas hace años al debut de esta patología.
- 3.- La utilización de análogos de insulina rápida, así como de insulinas de acción prolongada y, últimamente, el uso de bombas de insulina ha mejorado ostensiblemente la calidad de vida de estos niños.
- 4.- Todos los pacientes revisados fueron tratados en la planta de pediatría, ninguno fue derivado a una UCI pediátrica

## **DEBUT DIABÉTICO: EPIDEMIOLOGÍA, DATOS CLAVES PARA SU TRATAMIENTO INICIAL Y REVISIÓN DE SU MANEJO HOSPITALARIO EN LAS PRIMERAS 24 HORAS**

C Maroto García, A Obieta Fernández, F Ferrés Serrat, M Caimari Jaume  
Servicio de Pediatría. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca

### **INTRODUCCIÓN:**

Los debuts diabéticos suelen presentarse en urgencias sin afectación significativa del estado general. La presencia o no de cetoacidosis (CAD), su grado de severidad, la presencia de vómitos y/o de otros datos analíticos o clínicos de gravedad (compromiso neurológico o cardiocirculatorio, etc.) condicionarán su tratamiento inicial en urgencias y la eventual indicación de su ingreso en UCI.

### **OBJETIVOS:**

- 1- Conocer la incidencia de debuts diabéticos en nuestro hospital y donde fueron tratados.
- 2- Conocer el estado clínico de estos pacientes al ingreso.
- 3- Conocer los datos analíticos que influyeron en su manejo terapéutico.
- 4- Revisar el tratamiento inicial instaurado.
- 5- Conocer las complicaciones que presentaron antes o durante su tratamiento en las primeras 24 horas.

### **METODOLOGÍA:**

Estudio observacional y retrospectivo por revisión de historias clínicas de los niños entre 0 y 15 años hospitalizados por debut diabético desde el 1 de enero del 2000 hasta el 31 de diciembre de 2005. Se estudiaron las siguientes variables: incidencia, edad, sexo, perfil analítico y datos clínicos de gravedad al ingreso, complicaciones, tratamiento inicial e ingresos en UCI.

### **RESULTADOS:**

54 casos estudiados (32 varones y 22 hembras). La edad media fue de 6 años y 11 meses, con rango de edad entre 3 meses y 13 años y 5 meses. 6 niños (11,1%) tenían menos de 2 años. 11 (20,4%) ingresaron en UCI. Los debuts presentaron la siguiente distribución estacional: 13 en primavera, 19 en verano, 14 en otoño y 8 en invierno. El 50% de los pacientes (27/54) presentaban deshidratación (DH) y el 13% (7/54) vómitos (5 con CAD, 2 con cetosis sin CAD y todos con DH). El 53,7% (29/54) tenían CAD: 19 con CAD leve, 5 con CAD moderada y 5 con CAD severa. El 38,9% (21/54) debutaron con cetosis sin CAD y el 7,4% (4/54) con hiperglucemia sin CAD ni cetosis. La glucemia inicial central presentaba un rango entre 142 y 1091 mg/dl. La glucemia media fue de 469,9 mg/dl en el grupo de CAD, de 467,2 mg/dl en el grupo de cetosis sin CAD y de 284,5 mg/dl en las hiperglucemias sin cetosis. El 48,4% de los pacientes (31/54, de ellos 20 en urgencias) se trataron con insulina en perfusión continua (IPC): 26 con CAD y 5 con cetosis sin CAD; el 7,4% (4/54) con perfusión e insulina subcutánea (ISC): 2 con CAD y 2 con cetosis sin CAD; y el 35,2% restante (19/54) con ISC sin perfusión; ninguno con insulina intramuscular. 8 pacientes (todos ingresos en UCI) presentaron complicaciones y/o síntomas neurológicos. 3 presentaron complicaciones: 1 caso (pH 7,12) status convulsivo, 1 caso (lactante de 3 meses con pH 6,80) presentó deshidratación severa con insuficiencia renal y respiratoria y 1 caso hiponatremia severa (pH 6,96) que se acompañó de letargia. 5 pacientes presentaron letargia/irritabilidad (todos con CAD y 1 caso asociado a cuadro sincopal). Ningún paciente presentó complicaciones relacionadas con el tratamiento instaurado.

### **COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:**

- 1- Un elevado porcentaje de pacientes, el 37% (20/54) se manejaron con IPC en urgencias sin incidencias reseñables.
- 2- La mayoría de debuts diabéticos no requieren ingreso en UCI y pueden estabilizarse con seguridad en urgencias y trasladarse luego a planta de hospitalización.
- 3- En nuestra serie hemos evidenciado un número bajo de complicaciones 3/54 (5,5%), 2 de ellas asociados a CAD muy severas (pH < de 7) y 1 caso de status convulsivo asociado a CAD moderada pero se trataba de un epiléptico con retirada reciente de tratamiento antimicrobiano.
- 4- Es fundamental el diagnóstico precoz de la diabetes para así poder minimizar los debuts con CAD severa.

## REVISIÓN EN NUESTRO HOSPITAL DE LOS DIABÉTICOS TIPO I DE DEBUT EN EL AÑO 2005

A. Rodríguez González, M. Reyes Medina, I. Melián Domínguez, Z. Espinel Padrón, A. González Pérez, I. Reyes Azpeitia  
Servicio de Urgencias del Hospital Materno Infantil de Las Palmas de Gran Canaria

### OBJETIVO:

Revisar la incidencia anual de la Diabetes Mellitus tipo I en nuestro entorno en los menores de 14 años.

### MATERIAL:

Se utilizaron como medio de información las historias clínicas de los pacientes durante su ingreso.

### MÉTODO:

Revisión de dichas historias: sexo, edad al diagnóstico y mes en el que se hizo, antecedentes familiares y personales de interés, síntomas y tiempos de evolución de los mismos, analítica (gasometría, bioquímica, orina), hemoglobina glicosilada, anticuerpos.

### RESULTADOS:

En el 2005 se diagnosticaron 24 diabéticos tipo I de debut en nuestra población menor de 14 años. Un 54'2% fueron mujeres, y un 45'8% varones. La edad media al diagnóstico fue de 7'8 años. En un 45% de los casos había antecedentes familiares de diabetes, y de ellos un 20% tipo I y un 25% tipo II. Los síntomas de presentación más frecuentes fueron la poliuria, polidipsia y pérdida de peso, seguidos de polifagia, nicturia, decaimiento y dolor abdominal entre otros. Transcurrió una media de 19'8 días entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico. El 50% debutó como cetoacidosis diabética. La estancia media fue de 8'2 días.

### CONCLUSIONES:

La diabetes mellitus tipo I tiene una alta incidencia en nuestro medio. No existe una diferencia significativa entre las mujeres y los varones. La edad media al diagnóstico es entre los 7 y 8 años de edad y casi en la mitad de los casos existen antecedentes familiares de diabetes mellitus. La gran mayoría presentan los síntomas típicos en el momento del debut, y la mitad de los casos lo hacen como cetoacidosis diabética. Entre dos y tres semanas es el tiempo que tarda en hacerse el diagnóstico.

Es preciso prestar mayor atención y realizar una glucemia capilar a todo el que presente una clínica sospechosa lo que llevaría a un diagnóstico precoz que permitiría un mejor control metabólico y una disminución de la estancia media hospitalaria.

**TIROIDITIS AGUDA VERSUS FISTULA DE SENO PIRIFORME.**

j lara herguedas, jl alonso calderon, a ruiz hernandez, a rios fernández, p pérez olleros, j martínez pérez.

servicio de pediatría y servicio de cirugía. hospital infantil universitario niño jesús. madrid

**FUNDAMENTO Y OBJETIVOS:**

La tiroiditis aguda es un proceso poco frecuente en Pediatría por ser una glándula resistente a la invasión microbiana. Si además es recurrente debemos descartar otras causas: inmunodeficiencias, linfangioma quístico, quistes braquiales, persistencia del conducto tirogloso y fistula de seno piriforme.

**OBSERVACIONES CLINICAS:**

Niña de 4 años que acude por una tumoración cervical izquierda próxima al lóbulo tiroideo de tres días de evolución junto con dolor local que cede con cefotaxima por vía parenteral. Como antecedente destaca un absceso cervical izquierdo cuatro meses antes. En la ecografía se observaba una tumoración cervical en contacto íntimo con el hemitiroides izquierdo extendiéndose hacia la faringe que es corroborado por la tomografía computerizada. El esofagograma con bario fue normal. En las tomografías computerizadas de control se sigue observando una ocupación del espacio peritiroideo. Se sometió a cirugía encontrando un lóbulo tiroideo íntimamente adherido a los músculos peritiroideos con tejido fibrótico y una apariencia normal del tejido tiroideo. La anatomía patológica fue informada como tejido tiroideo inflamatorio con cambios compatibles con posible fístula.

**COMENTARIOS:**

- La fístula de seno piriforme debe ser descartada ante la existencia de tiroiditis agudas de repetición.
- Es más frecuente en varones, entre los 2 y 12 años de edad, afectando al lóbulo tiroideo izquierdo con inflamación local y fiebre y una función tiroidea normal.
- El diagnóstico definitivo es por esofagograma demostrando el trayecto fistuloso si no está obliterado.
- Se trata con antibioterapia de amplio espectro y posteriormente fistulectomía completa acompañada o no de la resección del lóbulo tiroideo afecto.

## ESTATUS EPILÉPTICO Y SÍNDROME DE SECRECIÓN INADECUADA DE ADH

C. del Castillo Villaescusa; A. Abeledo Gómez; A. Clement Paredes; P. Barona Zamora; J. Marín Serra. Hospital Universitario Dr. Peset. Servicio de Pediatría. Valencia.

### INTRODUCCIÓN:

El síndrome de secreción inadecuada de ADH (SSIADH) consiste en una excesiva secreción de ADH para los estímulos osmóticos o de volumen recibidos. Dentro de la etiología neurológica el estatus epiléptico es una causa poco frecuente.

### CASO CLÍNICO:

#### *Anamnesis:*

Niña de 10 años que ingresa por dolor abdominal, vómitos y somnolencia excesiva de dos días de evolución. Apirética.

#### *Antecedentes personales:*

Controlada por retraso psicomotor, ausencias y sospecha de síndrome de Landau-Kleffner. Tratamiento con valproico en retirada por permanecer asintomática. RNM normal.

#### *Exploración clínica:*

Tª36.2°C, PA 100/60 mmHg, Sat.O2 97%

Regular estado general, desorientación espacial y lenguaje incoherente, decaimiento, resto de exploración neurológica normal. No edemas, auscultación cardiopulmonar normal, abdomen blando sin masas ni hepatoesplenomegalia, con dolor difuso sin defensa, ORL normal, no signos meníngeos.

#### *Exploraciones complementarias:*

Hb 11.6 gr/dl, hematocrito 32.8%, leucocitos 13.200 (N72.5%)

Glucosa 170mg/dl, urea y creatinina normales, Na 130 mEq/l, K 4.3 mEq/l, Cl 94 mEq/l. PCR 5.3 mg/l.

Gasometría venosa: pH 7.29, pCO2 49.8, bicarbonato 23.7

Rx tórax y ecografía abdominal normales.

#### Tras convulsión:

Glucosa 130mg/dl, Na 116mEq/l, K 4mEq/l, Cl 83mEq/l, calcio 9.4mg/dl, GPT 3 UI/l, amilasa 159 UI/l, Osmolaridad suero: 235 mOsm/kg

LCR: normal. PCR M.tuberculosis, Varicela, Herpes simplex, CMV, VEB y Toxoplasma negativa.

Amonio: 31 micromol/l

TSH 2.53, T4 1.3

Carnitina, ácidos orgánicos orina, aminoácidos sangre y orina: normales.

Pruebas imagen normales.

Mantoux negativo.

#### *Evolución:*

Convulsión tonico-clónica que cede espontáneamente. Segundo episodio que cede con tratamiento. En analítica presenta hiponatremia severa, hipoosmolaridad plasmática, sodio urinario elevado e hiperosmolaridad urinaria sin deshidratación-hipervolemia. Con sospecha de SSIADH se pauta tratamiento con mejoría. El EEG muestra estatus eléctrico que mejora con valproico. Se interpreta como SSIADH secundario a estatus eléctrico junto con vómitos (probablemente debidos ya al estatus).

### CONCLUSIONES:

Las alteraciones neurológicas son una de las muchas situaciones donde podemos encontrar un SSIADH, y en concreto el estatus epiléptico. Las alteraciones hidroelectrolíticas pueden complicar cualquier patología, tanto por alteración en el contexto de la enfermedad como de forma iatrogénica.

# HEMATOLOGÍA

Nº 44

## COMPLICACIONES AGUDAS DE LA DREPANOCITOSIS. REVISIÓN DE LOS ÚLTIMOS 8 AÑOS.

Y. Hernández Vega<sup>1</sup>, E. Solè Heuberger<sup>1</sup>, A. Cueto Gonzalez<sup>1</sup>, J.M. Martí Tutusaus<sup>2</sup>, J. Fabrega Sabate<sup>1</sup>, L. Tobeña Boada<sup>1</sup>.  
Servicio de Pediatría<sup>1</sup> y Servicio de Hematología<sup>2</sup>. Hospital Mútua de Terrassa.  
Terrassa. Barcelona.

### OBJETIVOS:

La drepanocitosis, hemoglobinopatía estructural frecuente en población de origen africano y raza negra, es una enfermedad emergente en nuestro país debido a los fenómenos de migración (aumento incidencia >200% en 5 años). Pretendemos evaluar las características clínicas y las diferentes complicaciones que motivan consultas en urgencias de los niños con drepanocitosis visitados en nuestro centro.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo retrospectivo de las historias clínicas de todos los pacientes menores de 18 años diagnosticados de drepanocitosis con seguimiento en nuestro centro en el periodo comprendido entre enero de 1998 y febrero de 2006. Se recogen datos epidemiológicos, clínicos, analíticos y de tratamiento.

### RESULTADOS:

En los 8 años revisados se visitaron en nuestro centro 4 niños afectados de drepanocitosis. La edad al diagnóstico fue de 6m, 4 años, 10 años y 16 años respectivamente. Todos nuestros pacientes son de origen magrebí. Tres de ellos afectados de drepanocitosis homocigota (HbSS) y uno de doble heterocigota (HbS/ $\beta^0$ ). El diagnóstico se realizó en tres de ellos en el contexto de una complicación y en el restante durante un episodio de gastroenteritis aguda. La complicación más frecuente ha sido la crisis vaso-oclusiva ósea (15 episodios) seguida del secuestro esplénico (11 episodios). Otras complicaciones han sido: crisis hemolíticas, crisis vaso-oclusiva abdominales y síndrome torácico agudo. El número de transfusiones han sido de 3, 4, 5 en tres de ellos, en el restante no se han podido cuantificar al ser realizadas en su país de origen. La media de ingresos ha sido de 3 por año y el número de visitas en urgencias de 8 por año.

### CONCLUSIONES:

Los pacientes afectados de drepanocitosis presentan una importante morbimortalidad, con múltiples visitas en urgencias, ingresos hospitalarios y transfusiones sanguíneas. En muchas ocasiones la enfermedad se manifiesta por primera vez con una de sus complicaciones agudas potencialmente letales. Para disminuir esta morbi-mortalidad son precisos un diagnóstico y tratamiento precoz y una buena asistencia médica, para ello es necesario que los diferentes profesionales conozcan las manifestaciones en las que se puede presentar y tengan en cuenta este diagnóstico en pacientes de origen donde la drepanocitosis es frecuente.

## MONONUCLEOSIS INFECCIOSA: COMPLICACIONES HEMATOLÓGICAS.

R. Margalef Canuto<sup>1</sup>, JR. Bretón Martínez<sup>1</sup>, R. Simó Jordá<sup>1</sup>, I. Sanz Ruiz<sup>1</sup>, A. Sánchez Lorente<sup>1</sup>, R. Fernández Delgado<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia.<sup>2</sup>Unidad de Hematología-Oncología Pediátrica Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario Valencia.

### FUNDAMENTO Y OBJETIVOS:

La mononucleosis infecciosa (MI) es un cuadro frecuente aunque ocasionalmente presenta complicaciones que interesa conocer. Presentamos dos casos de complicaciones hematológicas que acudieron a Urgencias de nuestro hospital.

### OBSERVACIONES CLÍNICAS:

#### *Caso 1.*

Adolescente de 14 años traída por fiebre de 40°C, amígdalas hiperémicas con exudado, adenopatías laterocervicales, decaimiento y deshidratación leve. La reacción de Paul-Bunnell fue positiva. En su evolución presentó fiebre alta persistente, deterioro del estado general, subictericia y hepato-esplenomegalia. Analíticamente destacaba: Hb 9,7 g/dl., leucocitos  $4,7 \times 10^9/l$  (N 46,4%, L 51,4%, M 1,8%), plaquetas  $33 \times 10^9/l$ , fibrinógeno 103 mg/dl, triglicéridos 205 mg/dl (41-138 mg/dl), LDH 2156 UI/l, GPT 229 UI/l, bilirrubina total 4,7 mg/dl, proteína C reactiva 26,7 mg/dl, ferritina 13.272 ng/ml, Beta-2 microglobulina 4,6 mg/l, IgM anti-VCA positivo y IgG anti-VCA positivo. En el aspirado medular se observó un incremento llamativo de los histiocitos con fenómeno de hemofagocitosis, que confirmó la sospecha de síndrome hemofagocítico. Dado el estado general relativamente bien conservado se decidió actitud expectante con tratamiento de soporte con buena evolución.

#### *Caso 2.*

Adolescente de 14 años, con diagnóstico previo de mononucleosis infecciosa realizado en Urgencias (reacción de Paul-Bunnell positiva), traída por empeoramiento del estado general con ictericia, prurito cutáneo y coluria. En la analítica inicial destacaba anemia con Hb 10,1 g/dl. Tras el ingreso presenta decaimiento intenso con aumento de la ictericia con mayor palidez cutáneo-mucosa. Se solicita nuevo hemograma con Hb 8,7 mg/dl, prueba de Coombs directa intensamente positiva y crioaglutininas positivas a título 1/128. Dado el deterioro del estado general se decidió transfusión con concentrado de hematíes y se inició tratamiento con corticoides por vía oral, con evolución posterior favorable.

### COMENTARIOS:

El deterioro del estado general en el contexto de una MI debe alertar sobre la posible aparición de complicaciones hematológicas, que en el caso del síndrome hemofagocítico se manifiestan con fiebre alta, esplenomegalia, bi o tricitemia e hipofibrinogenemia o hipertrigliceridemia y en la anemia hemolítica por ictericia y anemización progresiva.

## REVISIÓN DE LOS TUMORES HEMATOLÓGICOS DURANTE 2005

González Pérez A, Espinel Padrón Z, Melian Domínguez I, Reyes Medina M, Rodríguez Gonzalez A, Vidal Barcelo F, Bello Naranjo A  
Hospital universitario materno-infantil de canarias

### OBJETIVOS:

Comprobar tipos de tumor, clínica, edad de presentación, distribución estacional, municipio, asociaciones, indicadores analíticos

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo de pacientes menores 14 años con diagnóstico de tumor hematológico durante el año 2005. Se recogen datos como edad, sexo, procedencia, tipo neoplasia, antecedentes personales, familiares clínica, analítica inicial, serología vírica

### RESULTADOS:

Se han diagnosticado 9 neoplasias hematológicas, correspondiendo un 66,6 % a leucemias y un 33,3 % a linfomas, predominando los varones en un 88,8 %, En un 66,6 % procedían de los municipios del sur de la isla y un 44,4 % se diagnosticaron en verano, un 33,3 % tenía antecedentes personales de interés

La edad media de presentación de las leucemias linfoblásticas fue de 4,7 años, mientras que en los linfomas fue 9,6 años

En cuanto a la clínica en el momento del diagnóstico las leucemias presentaban fiebre, en un 66,6 % de los pacientes mientras que el 50 % tenían adenopatías en cuanto a los casos de linfoma el 66,6 % tenían adenopatías y en ningún caso presentaba fiebre.

En relación con la analítica en los casos de leucemias hubo anemia en un 83,3 % y hubo leucopenia y plaquetopenia en un 66,6 %

En los linfomas no hubo alteración de las series hematológicas

La LDH estuvo elevada en todas las leucemias mientras que en los linfomas solo en un 33,3 %

### CONCLUSIONES:

Predomina los casos de leucemia sobre los linfomas, destaca en este año el predominio casi absoluto de varones,

En las leucemias predomina las linfoblásticas sobre las mieloides 2:1

La edad de presentación de las linfoblásticas fue de 4,7 años

El dato analítico predominante fue la anemia en un 83,3 %

La fiebre se apreció en un 66,6 %

En el 50 % de los casos, se halló alteración de las tres series

La LDH se encontró elevada en todos los casos

En los linfomas la edad de presentación fue de 9,6 años

No se presentó fiebre en ningún caso

Se apreció adenopatías en cuello en el 66,6 % de los casos

En ningún caso se apreció alteración de las tres series

## **SECUESTRO ESPLÉNICO, COMPLICACIÓN DE LA DREPANOCITOSIS**

E. Solé Heuberger, Y. Hernández Vega, A. Cueto González, A. Díaz Conradi, J. Fàbrega Sabaté,  
Ll. Tobeña Boada.

Servicio de Pediatría. Hospital Mútua de Terrassa. Terrassa. Barcelona

### **FUNDAMENTO Y OBJETIVOS:**

El secuestro esplénico es una de las complicaciones agudas de la drepanocitosis, con una mortalidad del 0-8.3% y una recurrencia del 23-50% después del primer episodio. Presentamos el caso de un niño afecto de drepanocitosis que presentó 3 episodios de secuestro esplénico en 4 meses.

### **OBSERVACIONES CLÍNICAS:**

Lactante de 11 meses de origen magrebí que consulta por mal estado general, irritabilidad y fiebre no termometrada de 1 hora de evolución. Diagnosticado de drepanocitosis homocigota Hb SS en nuestro centro a los 6 meses a raíz de un cuadro de gastroenteritis aguda. Destaca en la exploración palidez muco-cutánea intensa, esplenomegalia de 7 cm, taquicardia con tensión arterial de 120/45 y soplo sistólico II/VI. Analíticamente se evidencia anemia regenerativa (Hb 4 g/dL y reticulocitos 289 por mil) plaquetopenia ( $91.9 \times 10^9/L$ ) y leucocitosis ( $30.5 \times 10^9/L$ ) con EAB conservado. Se recogen muestras para cultivo y se inicia monitorización cardiorrespiratoria, oxigenoterapia, transfusión de concentrado de hematíes, hiperhidratación ev y antibioterapia de amplio espectro. Requiere 2 transfusiones para obtener cifras de Hb de 9.4 g/dL, presentando una mejoría clínica evidente y una reducción de la esplenomegalia a 2 cm.

Este paciente presentó dos nuevos episodios de secuestro esplénico a los 13 y a los 15 meses, presentándose como en el primer caso con mal estado general, irritabilidad, esplenomegalia de 8-10 cm y con valores analíticos de anemia aguda regenerativa, con Hb: 3.8 g/dL, Hb: 4.5 g/dL y Hb: 3.9 g/dL respectivamente. En todos los casos se siguió el mismo protocolo terapéutico, siendo la transfusión de concentrado de hematíes precoz el tratamiento curativo.

### **COMENTARIOS:**

El secuestro esplénico se produce por retención de los hematíes falciformes en el bazo, dando lugar a un shock hipovolémico brusco. Es más frecuente en menores de 5 años, antes de producirse la autoesplenectomía. El factor más importante para disminuir la morbimortalidad del secuestro esplénico es realizar el diagnóstico e instaurar el tratamiento de forma precoz. Por ello es imprescindible tanto nuestro conocimiento del cuadro y su manejo, tenerlo presente en el diagnóstico diferencial en población con alta prevalencia de la enfermedad y educar a la familia en la detección de signos de alarma.

## **PRESENTACIÓN CLÍNICA Y ACTUACIÓN ANTE LA PÚRPURA TROMBOPENICA IDIOPATICA EN LA URGENCIA**

Peñalba Citores A.C., Avellón Liaño H., Beléndez Bieler C., Riaño B.,  
Vázquez López P., Guerrero Soler M.

Hospital Infantil Gregorio Marañón. Sección Urgencias Pediátricas. Madrid

### **OBJETIVO:**

Describir la forma de presentación en Urgencias de la púrpura trombopénica idiopática (PTI), así como el manejo inicial hasta completar el estudio.

Valorar la frecuencia de realización de estudio de médula ósea (M.O.) previa instauración del tratamiento.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio retrospectivo, descriptivo, mediante revisión de historias clínicas de niños atendidos en Urgencias en el periodo 2002-2006 con el diagnóstico de PTI aguda o crónica. Se recogen datos demográficos, presentación clínica, antecedentes de interés, tratamientos previos, datos analíticos así como actuación en Urgencias y tratamiento inicial en planta.

### **RESULTADOS:**

En 5 años acudieron a urgencias 28 pacientes con PTI ( 15 varones/ 12 mujeres); 21 casos de forma aguda y 6 de crónica. En el 70% de los casos la forma de presentación fue hematomas, petequias o ambos, no encontrando ningún caso de sangrado activo ni de riesgo vital. El 42% de los pacientes referían clínica respiratoria los días previos. El tiempo de evolución de la clínica fue inferior a una semana en el 61% de los casos. La cifra de plaquetas fue inferior a 10.000 en el 23% de los casos, entre 10.000 y 50.000 el 65% de los niños y un 12% con cifra superior a 50.000. El estudio M.O. se realizó en el 73% de los pacientes con presentación aguda, todos los casos con menos de 30000 plaquetas al diagnóstico. No encontramos diferencias significativas entre PTI aguda y crónica en cuanto a la forma de presentación (clínica y analítica). Ningún paciente requirió medidas especiales en el Servicio de Urgencias

### **CONCLUSIONES:**

- La PTI, especialmente la forma aguda, es una patología frecuente en el Servicio de Urgencias.
- El motivo de consulta más frecuente fue sangrado cutáneo-mucoso, siendo el manejo conservador en todos los casos.
- En un elevado porcentaje de los casos se realizó médula ósea previo al tratamiento

## PÚRPURA DE SCHÖNLEIN HENOCH: ASPECTOS CLÍNICOS

A.M Bello Naranjo<sup>1</sup>, M.P Bas Suárez<sup>1</sup>, O. Afonso Rodríguez<sup>1</sup>, E. González Díaz, S.Ramos Santos<sup>1</sup>  
1-.Unidad de Urgencias de Pediatría Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias

### INTRODUCCIÓN:

La frecuencia con la que se diagnostica la púrpura de Schönlein Henoch motiva la búsqueda del comportamiento de esta enfermedad en nuestra población.

### OBJETIVOS:

Conocer las características clínicas de los casos de púrpura de Schönlein Henoch en la población pediátrica en nuestro medio.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo y retrospectivo de los casos de púrpura de Schönlein Henoch diagnosticados entre el 2 de Abril de 2004 y 3 de Marzo de 2006 en nuestro hospital.

### RESULTADOS:

Se han diagnosticado 33 casos de Púrpura de Schönlein Henoch. El sexo predominante fue el masculino (57,6%). La media de edad fue de 5,7 años (Rango: 2-12 años. El invierno fue la estación del año que presentó mayor número de casos, siendo el mes de presentación más frecuente Noviembre. En el 54,5% había algún antecedente de infección de vías respiratorias en las semanas previas a la aparición de la enfermedad. El 12,1% de la muestra presentaba antecedentes familiares de hipertensión arterial. La manifestación cutánea más frecuente se localizó en miembros inferiores (100%), seguidas de la afectación de nalgas (69,7%), miembros superiores (33,3%), y en cara y pabellones auriculares (9,1%). El 21% presentó prurito. En cuanto a la afectación articular se demostró un predominio de la afectación del tobillo (63,6%) y en menor medida la articulación de las muñecas (21,2%) seguida de la articulación de las rodillas. En dos casos se demostró la existencia de afectación de otras articulaciones (uno de ellos presentaba dolor en el ámbito de las caderas, y otro a nivel columna lumbar. Se describieron 4 casos de complicaciones en el ámbito testicular (en uno de ellos se demostró la existencia de orquiepididimitis y en el resto se presentó edema y/o dolor. Se objetivó un caso de glomérulo nefritis de Púrpura de Shonlein Henoch tras la existencia de hematuria persistente. No se se halló ningún caso de afectación en el ámbito intestinal o pulmonar. El dolor abdominal fue referido por un 27,3%, precisando tratamiento un 6,1% de los mismos. En las pruebas complementarias realizadas durante el ingreso de los pacientes se determinó existencia de hematuria en un 18,2%, proteinuria en un 15,2% y melenas sólo en un 6,1%. El aumento del ASLO y de la Ig A fue objetivado en un 9,1% de los casos respectivamente, la VSG se hallaba elevada en un 45,5% y el complemento en un 15,2%. Alteraciones en la coagulación se vieron en 3 ocasiones (destacando un paciente con anticoagulante lúpico y otro con déficit de factor XII. El tratamiento principal fue el reposo (100%), seguido del ibuprofeno (30,3%), y en menor medida del metamizol (12,1%), corticoides (12,1%), siendo el paracetamol el menos utilizado (6,1%). El 18,1% de los pacientes presentaron recidiva precisando ingreso un 9,1% de los mismos. La mortalidad fue del 0%.

### CONCLUSIONES:

No se apreciaron diferencias importantes en cuanto a la distribución por sexos. Es común la presencia de un antecedente de catarro de vías altas, siendo más frecuente en los meses fríos. La elevación del ASLO y la Ig A no se presentó de manera tan frecuente como refiere la bibliografía. La recidiva de esta enfermedad es poco habitual, así como la presencia de complicaciones.

## **EL BILICHECK COMO MÉTODO DE SCREENING DE ICTERICIA SIGNIFICATIVA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**

Fariñas Salto M., González Martínez F., Marañón Pardillo R., Guerrero Soler M., Míguez Navarro C., Caballero Martín S.  
HGU Infantil Gregorio Marañón

### **OBJETIVOS:**

Estudiar la fiabilidad del Bilicheck para determinar el nivel de bilirrubina y su utilidad como screening de neonatos con riesgo de precisar ingreso.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio prospectivo observacional del 15-9-05 al 15-2-06 de neonatos que acuden a urgencias para control de ictericia. En cada paciente se realiza determinación de bilirrubina en sangre y transcutánea con el bilicheck (5 mediciones). Las mediciones fueron realizadas por 4 observadores diferentes. Se consideró indicación de fototerapia bilirrubinemia igual o superior a 18 mg/dl a partir de 48 horas de vida.

### **RESULTADOS:**

Se recogen datos de 66 neonatos con edades de 2 a 36 días de vida (81% en primera semana de vida). Entre los pacientes existía variabilidad étnica: 49 caucásicos, 13 sudamericanos, 2 negros y 2 asiáticos. Nueve pacientes presentaban incompatibilidad de grupo sanguíneo con test de coombs directo positivo. Se comparan cifras de bilirrubina transcutánea y sanguínea existiendo correlación lineal estadísticamente significativa ( $r = 0,81; p < 0,001$ ). La máxima diferencia entre los dos métodos fue  $-10,4$  mg/dl. Mediante análisis de varianza observamos que el peso al nacimiento, peso durante la determinación y presencia o no de incompatibilidad de grupo, no influyen en la precisión de medida de bilirrubina transcutánea. El área por debajo de la curva ROC fue 0,90, de su análisis consideramos que la detección de ictericia susceptible de fototerapia podría situarse en valores de bilicheck iguales o superiores a 13, con una sensibilidad del 92,9% y una especificidad del 63,5%

### **CONCLUSIONES:**

Existe una correlación lineal significativa entre las determinaciones de bilirrubina en sangre y bilirrubina transcutánea. El Bilicheck no puede reemplazar la bilirrubina sérica como prueba de referencia pero, en nuestro estudio, podría considerarse como punto de corte, para la valoración de ictericia significativa, el valor de bilirrubina transcutánea de 13, lo que podría ayudar a reducir el número de análisis de sangre innecesarios.

## **ICTERICIA DE INICIO AGUDO.¿LO PREGUNTAMOS TODO ?.**

J. Carrasco Colom, V. Trenchs Sainz de la Maza, R. Garrido Romero, J. Estella Aguado\*, C. Luaces Cubells. Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. \*Servicio de Hematología. Agrupació Sanitària Hospital Sant Joan de Déu-Clínic. Universitat de Barcelona.

### **INTRODUCCIÓN:**

La ictericia es un signo guía frecuente en Urgencias, con un diagnóstico diferencial amplio y en el que la anamnesis y las exploraciones complementarias adecuadas resultan fundamentales. Se presenta un caso cuya etiología, a pesar de su frecuencia, a menudo no es tenida en cuenta.

### **CASO:**

Niño de 6 años que consulta por tinte cutáneo amarillento de inicio agudo en 24 horas, sin otra sintomatología. A la exploración presenta buen estado general, con respiración y circulación normales y destaca ictericia cutáneo-mucosa. Con la orientación diagnóstica inicial de hepatitis se realiza analítica de sangre. Los resultados muestran anemia normocítica normocrómica (Hb 10.3g/dl, VCM 76fl, HCM 25pg), hiperbilirrubinemia indirecta (total 7.9mg/dl, directa 0.4mg/dl) y LDH aumentada (674UI/L). Las enzimas hepáticas y los parámetros de colestasis son normales. Se solicita sedimento de orina que objetiva hemoglobinuria. Con la orientación diagnóstica de anemia hemolítica se solicita: reticulocitos (2.7%), haptoglobina (<80mg/L), morfología eritrocitaria normal y test de Coombs negativo. Estos parámetros permiten establecer el diagnóstico de anemia hemolítica no autoinmune. Al plantear el diagnóstico diferencial, la ausencia de clínica asociada permite descartar patología sistémica, la morfología eritrocitaria normal excluir factores mecánicos, hemoglobinopatías y membranopatías eritrocitarias, y hemoglobinuria y la ausencia de esplenomegalia orientar hacia una causa aguda. Se reinterroga a la familia y se averigua que el paciente había ingerido habas por primera vez 2 días antes. Con la orientación diagnóstica de favismo ingresa para completar estudio, detectándose actividad disminuida de la enzima intraeritrocitaria glucosa-6-fosfato deshidrogenasa (G6PD) que confirma el diagnóstico.

### **COMENTARIOS:**

La G6PD cataliza el sistema oxido-reductor del hematíe. Su déficit es la enzimopatía eritrocitaria más frecuente y se manifiesta con crisis hemolíticas al ingerir sustancias oxidantes. De éstas, las más típicas son las habas, dando lugar al favismo. No hay que olvidar la existencia de fármacos oxidantes que también pueden causar crisis hemolíticas, como antipalúdicos, antibióticos y antiinflamatorios de uso frecuente. Esta patología hereditaria es frecuente en el área mediterránea, motivo por el cual este diagnóstico debe estar presente en el diagnóstico diferencial de la anemia hemolítica en el Servicio de Urgencias en nuestro ámbito geográfico.

## **EL DÍMERO D EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS. ¿HASTA QUÉ PUNTO ES ÚTIL COMO MARCADOR ANALÍTICO?**

A. Nso Roca, M. Benito Gutiérrez, S. Riesco Riesco, J. García Aparicio, S. García.  
Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Infantil La Paz. Madrid.

### **ANTECEDENTES:**

El dímero D es un producto de degradación de la fibrina que se forma cuando los enlaces del coágulo de fibrina se degradan por la acción proteolítica de la plasmina. Es una herramienta útil para la detección de la trombosis venosa profunda y de la embolia pulmonar. En la población pediátrica es conocida su utilidad en el seguimiento de cuadros severos como la coagulación intravascular diseminada asociada a sepsis y el síndrome hemolítico urémico. Sin embargo, no hay datos claros acerca de su utilidad como herramienta diagnóstica y pronóstica en procesos agudos.

### **OBJETIVOS:**

El uso empírico indiscriminado del dímero D en los servicios de urgencias pediátricas, nos ha llevado a plantearnos la utilidad real de este parámetro en las consultas de pediatría. Realizamos una revisión de todas las determinaciones del dímero D en las consultas a Urgencias en nuestro Hospital durante el año 2005 con el objetivo de aclarar su utilidad en dichos servicios.

### **MÉTODOS:**

Revisamos todas las historias clínicas de urgencias en las que se realizó determinación analítica del dímero D y creamos una base de datos con las variables analizadas: motivo de consulta, reactantes de fase aguda, diagnóstico y necesidad de ingreso.

### **RESULTADOS:**

El principal motivo de consulta en las historias revisadas es la fiebre y exantema petequial. El 50% de los pacientes precisaron ingreso. Reactantes de fase aguda, como la proteína C reactiva, se asocian a positividad del dímero D.

### **CONCLUSIÓN:**

El dímero D es muy sensible a procesos inflamatorios con aumento de los reactantes de fase aguda. Es útil en el diagnóstico de coagulopatía de consumo y también se altera en sangrados. Este marcador, por tanto, es útil sólo en su contexto clínico. Por sí mismo no es específico de ninguna patología. No está evidenciada su utilidad como marcador de procesos generales, por lo que serían necesarios estudios a este respecto.

# INFECCIOSO

Nº 64

## ADECUACIÓN DEL USO DE TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EN EL MANEJO DE LA FARINGOAMIGDALITIS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA (SUPH)

Iturralde Orive I, López Mirones JI\*, Vazquez Ronco M, Mintegi Raso S, Benito Fernández J, Fernández Landaluce A.  
Urgencias de Pediatría. H.Cruces. Barakaldo. Bizkaia  
Servicio de Microbiología. H.Cruces. Barakaldo. Bizkaia

### FUNDAMENTOS:

La faringoamigdalitis (FAA) es una de las principales causas de prescripción de antibiótico (ATB) y sobreuso del mismo en pediatría. Desde Septiembre de 2005 se implanta un nuevo protocolo de manejo según el cual a todo niño entre 3-14 años de edad con sospecha clínica de FAA estreptocócica (ausencia de síntomas y signos de amigdalitis viral y presencia de al menos 2 de los siguientes; fiebre >38°C, ausencia de tos, adenopatía cervical anterior dolorosa, exudados amigdalares) se le practica un frotis faríngeo (FF), cuyo resultado es derivado al pediatra de atención primaria. No se inicia tratamiento ATB salvo en casos de sospecha de complicación supurada, cuadro clínico complejo y/ o cuando no sea posible la revaloración por su pediatra en un plazo de 72 horas.

### OBJETIVO:

Conocer la adherencia del equipo médico de urgencias al nuevo protocolo de manejo de la FAA y comprobar el impacto de dicho protocolo en la prescripción de antibiótico en SUP.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo comparativo de todos los niños entre 3-14 años diagnosticados de FAA en el SUP en Noviembre y Diciembre del año 2003 y 2005 (pre y post implantación del nuevo protocolo) quedando excluidos los niños con ATB previo.

### RESULTADOS:

Entre los 2 periodos fueron diagnosticados de FAA 299 niños (147 y 152) con distribución similar por sexos y edad (discreto predominio de varones y más del 50% menores de 5 años)  
La solicitud de frotis faríngeo entre ambos periodos aumentó del 8,1% en el 2003 a un 84% en el 2005 ( $p < 0,0001$ )  
De los 128 frotis recogidos en el 2005 el resultado fue positivo en 68 ocasiones (53,12%); en todos los casos salvo en uno, el germen aislado fue *Strp.Pyogenes*.  
La prescripción de ATB en SUP experimentó un importante descenso entre ambos periodos; en el año 2003 de los 147 niños diagnosticados de FAA se inició tratamiento ATB en SUP en 117 casos (79,59 %) frente a los 20 niños (13,15%) del 2005 ( $p < 0,0001$ ). La amoxicilina fue el ATB más usado en ambos periodos (>90%).

### CONCLUSIONES:

El personal de SUP presenta una correcta adhesión al nuevo protocolo de manejo de la FAA; esto ha supuesto un aumento en las solicitudes de confirmación microbiológica previo al inicio de tratamiento ATB y una adecuación del tratamiento, mediante la reducción significativa en el uso de ATB en esta patología; la amoxicilina sigue siendo el antibiótico más usado en esta patología.

**ADENOVIRUS EN LA URGENCIA: ¿ ESTÁ EN NUESTROS ESQUEMAS? UN ESTUDIO PILOTO.**

P. Tirado Requero, M. Cordeiro Alcaine, C. Melcón Crespo, C. Benito Caldés, J. Martín Sánchez, S. García García.  
Servicio de Urgencias, Hospital Infantil Universitario La Paz, Madrid.

**INTRODUCCIÓN:**

El deseo de cambiar la frase “probablemente se trata de una infección viral”, por la afirmación “su hijo tiene una infección por adenovirus”, nos ha motivado a realizar este trabajo, con objeto de mejorar la utilización de recursos y disminuir la incertidumbre diagnóstica.

**OBJETIVOS:**

Determinar las características clínicas de los niños en los que resulta positivo el test rápido de adenovirus y evaluar los costes de no conocer esta etiología en su primera consulta.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio observacional retrospectivo de un grupo de 27 pacientes atendidos en urgencias durante el mes de febrero. Se realizó cultivo de adenovirus en pacientes con fiebre mayor de 38,5°C durante más de 3 días, y síntomas catarrales inespecíficos. En ningún caso se modificó la pauta habitual de actuación.

Se recogieron los síntomas y los signos de estos niños así como las pruebas complementarias realizadas y los tratamientos previos. Se midió el coste de los recursos empleados en el grupo que resultó positivo.

**RESULTADOS:**

El cultivo de adenovirus fue positivo en 10 casos (37%) y negativo en 17. Entre las variables analizadas (síntomas clínicos, edad, analítica), solo la edad resultó significativamente diferente: los positivos para adenovirus fueron de menor edad ( $p = 0.036$ ). El coste global en los 10 pacientes infectados por adenovirus fue de 2820 € (280 € / paciente)

**CONCLUSIONES:**

1) Pensamos que el test rápido de adenovirus puede ser útil y rentable en el manejo de un niño febril menor de 2 años, con buen estado general y con síntomas inespecíficos de más de 3 días de evolución como primer test de aproximación diagnóstica.

2) El uso del test rápido para detección de adenovirus a la cabecera del enfermo, evitaría la realización de pruebas complementarias y ahorraría consultas de seguimiento. Todo esto supone una mejoría en la calidad asistencial así como un ahorro importante de recursos. Utilizando el test rápido, el gasto por paciente hubiera sido de 10 € frente a los 280€ /paciente, que supuso el coste de la incertidumbre diagnóstica en nuestra serie.

**AMIGDALITIS AGUDA POR ESTREPTOCOCO DEL GRUPO C: UN PATÓGENO INUSUAL**

*Peñalba Citores AC, Riaño Méndez B, Santos Sebastián M, Hernando Puente M, Marañón Pardillo R, Guerrero Soler M.*

Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid.

**OBJETIVOS:**

Determinar la frecuencia y distribución estacional, de infección estreptocócica por serotipo C mediante cultivo de exudado faríngeo en pacientes con clínica faringoamigdalag aguda que acudieron al servicio de Urgencias .

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio retrospectivo, descriptivo, en el período Febrero 04-Febrero 05, de los niños con cultivo faríngeo positivo para estreptococo acompañado de clínica faringoamigdalag aguda. Se recogieron datos de la anamnesis, exploración, detección rápida por IFI, el resultado del cultivo y sensibilidad antibiótica.

**RESULTADOS:**

De los 832 pacientes con cultivo positivo para estreptococo, en un 5.2% (43) se aisló estreptococo del grupo C, de ellos, el 60% fueron varones y el 39% mujeres, el grupo de edad más frecuente (39%) fue el de 5-10 años, no encontrando diferencias significativas al comparar por edades con estreptococo grupo A salvo en el grupo de menores de 2 años observando un 4% de pacientes, frente a un 12% para SGA.

La fiebre fue el motivo de consulta más frecuente (74.4% ), el hallazgo más frecuente en la exploración fue la faringe anormal en un 90.7% , odinofagia y adenopatías en un 55.8%. El resultado del test rápido fue negativo en el 100% de los niños, recibiendo tratamiento sintomático el 60.5% .

Observamos dos picos de incidencia en Mayo y en septiembre, con casos esporádicos durante todo el año.

**CONCLUSIONES:**

- El porcentaje de amigdalitis por serotipo C encontrado, es ligeramente superior al esperado.
- Hemos encontrado dos picos de incidencia similares a los encontrados para SGA, con casos esporádicos durante todo el año.
- La mayor parte de estos pacientes no reciben tratamiento antibiótico, lo que debería tenerse en cuenta en relación a las posibles complicaciones

### **AMIGDALITIS POR ESTREPTOCOCO DEL GRUPO A EN MENORES DE 2 AÑOS**

Riaño Méndez B, Peñalba Citores AC, Fontecha García de Yébenes M, Fariñas Salto M, Guerrero Soler M, Marañón Pardillo R.

Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid.

#### **OBJETIVOS:**

Determinar la frecuencia de infección estreptocócica mediante cultivo de exudado faríngeo en pacientes menores de dos años sintomáticos que acudieron al servicio de Urgencias en el período de estudio.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio retrospectivo, descriptivo de los pacientes con clínica faringoamigdalag aguda y positividad de test rápido de estreptococo A y/o cultivo de exudado faríngeo, que acudieron a Urgencias en un año ( Feb 04-Feb 05)

#### **RESULTADOS:**

Nuestra serie consta de 832 pacientes (57% varones / 43% mujeres), el 14.3% eran menores de 2 años (n=119).

El estreptococo del grupo A (SGA) se aisló mediante cultivo faríngeo en un 80,7 % de los pacientes, siendo el 12,6% menores de 2 años (n=85). El estreptococo del grupo C se aisló en 43 niños (5.2%), siendo sólo 2 pacientes menores de 2 años.

El test de detección rápida de antígeno estreptocócico fue positivo en 737 pacientes ( 88%), con una sensibilidad de 92,4% y un valor predictivo positivo de 84,3%. En menores de 2 años el test rápido presentaba menor sensibilidad y VPP ( S 78% - VPP 69%,  $p < 0.01$ )

Comparando el motivo de consulta, los menores de 2 años presentaban con más frecuencia fiebre, exantema y síntomas catarrales con respecto al grupo de niños mayores ( $p < 0.01$ ). En cuanto a la exploración física no había diferencias entre ambos grupos. Un 17,5% de las cepas de SGA eran resistentes a eritromicina y un 6,7% a eritromicina y clindamicina. En menores de 2 años aumentan las tasas de resistencia a eritromicina hasta el 24,7% ( $p < 0.08$ )

#### **CONCLUSIONES:**

En nuestra muestra hemos encontrado un porcentaje superior a otras series de SGA en pacientes menores de dos años.

En este grupo de edad, se observa menor sensibilidad del test rápido, así como mayor tasa de resistencia a eritromicina del SGA aislado en los cultivos.

Debemos considerar la realización de estudios clínicos en esta población para elaborar scores clínicos adaptados y evitar que sean infradiagnosticados.

## **BACTERIOLOGIA DE LAS INFECCIONES DE ORINA FEBRILES**

P Galán del Río, A Andrés Olaizola, J.Sánchez Etxaniz, E Mora González, S García González, M González Balenciaga.  
Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Barakaldo-Bizkaia.

### **OBJETIVOS:**

Conocer los gérmenes responsables de las Infecciones de Orina (IO) febriles, su sensibilidad antibiótica, y los posibles factores relacionados, para valorar nuestra política antibiótica.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio prospectivo de las IO febriles atendidas en nuestra urgencia del 1/3/5 al 15/9/05. Recogida de datos en la 1ª visita. Seguimiento telefónico: en la 1ª semana y, a los 3 y 6 meses. Revisión de la historia clínica. Estudio estadístico con el programa SPSS.

### **RESULTADOS:**

Se analizan los 145 episodios (94 niñas y 51 varones). Edad media 21.53 meses (0-144). 28 casos (19%) tenían menos de 3 meses. Antecedentes de malformaciones urinarias 30 (21%) y de IO previas 38 (26%). Recibían profilaxis 16 (11%). Fiebre media en urgencias 39.16°C. Método de recogida de urocultivo: sondaje 115, punción 2, micción espontánea 28. 124 casos fueron tratados ambulatoriamente con cefixima y 21 hospitalariamente con cefalosporinas /aminoglucósidos parenterales. Gérmenes aislados: E. Coli 135 (93%), P. Mirabilis 7 (5.8%), K.Pneumoniae 1, P. Aeruginosa 1, M. Morgagni 1. Resistencias antibióticas: cefalosporinas de 3ª generación: 5 gérmenes (3.4%), 2 de ellos productores de BLEA y 3 tenían antecedentes de nefropatía e IO previas; amoxicilina-clavulánico 11 (7.6%); septrim 20 (13.8%) 12 habían tenido IO previa, recibiendo 6 profilaxis con dicho antibiótico; furantoina 9 (6.2%) de los cuales 3 tenían IO previas y uno recibía furantoina. No hubo aislamientos resistentes a los aminoglucósidos. De los 7 Proteus aislados no se registró ninguna resistencia, excepto en 5 casos (71%) a furantoina.

### **COMENTARIOS:**

1. E. Coli se confirma como el germen más prevalente (93%) de las IO febriles
2. En nuestro grupo no hemos encontrado diferencias significativas por grupos de edad.
3. Nuestra política antibiótica en las IO tiene un buen perfil de sensibilidad: aminoglucósidos (100%) y las cefalosporinas de 3ª generación (96.6%).
4. 2 aislamientos de E Coli (1.5%) eran productores de BLEA.
5. Mayor tasa de resistencia antibiótica en niños con uropatía, profilaxis o IO previa
6. Elevada tasa de resistencia a furantoina entre los Proteus aislados.

## **CEFTRIAXONA EN EL MANEJO DEL LACTANTE CON BUEN ASPECTO Y FIEBRE ELEVADA: QUÉ RECOMENDAMOS Y QUÉ HACEMOS**

Iturralde Orive I, Uria Avellanal C, Suinaga Errasti I, Capapé Zache S, Benito Fernández J, Mintegi Raso S  
Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Barakaldo. Bizkaia.

### **INTRODUCCIÓN:**

La administración de una dosis de ceftriaxona parenteral previa al alta de un Servicio de Urgencias Pediátrico (SUP) a un lactante con buen aspecto, FSF>39°C y parámetros analíticos de riesgo elevado para infección bacteriana se asocia con menor riesgo de evolución tórpida (meningitis, persistencia de bacteriemia). En nuestro SUP, recomendamos administrar de una dosis de ceftriaxona parenteral al lactante de 3-36 meses con buen aspecto, FSF>39°C y parámetros analíticos de riesgo elevado para infección bacteriana (nº leucocitos>15.000/mm<sup>3</sup> y/o número de neutrófilos>10.000/mm<sup>3</sup>) que va a ser manejado ambulatoriamente.

### **OBJETIVO:**

Evaluar la adhesión de los pediatras de un SUP a la recomendación de administración de ceftriaxona parenteral en lactantes de 3-36 meses con fiebre elevada y parámetros analíticos de riesgo.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio prospectivo de los lactantes de 3-36 meses con buen aspecto, FSF>39°C y parámetros analíticos de riesgo elevado para infección bacteriana (nº leucocitos>15.000/mm<sup>3</sup> y/o número de neutrófilos>10.000/mm<sup>3</sup>) atendidos en un SUP entre 1-10-2004 y 30-09-2005.

### **RESULTADOS:**

En el periodo estudiado, se registraron en el SUP 4.479 episodios correspondientes a lactantes de 3-36 meses con buen aspecto y FSF; se practicó analítica sanguínea y hemocultivo en 927 ocasiones

De los 4.479 episodios, 222 (4.95%) correspondieron a pacientes con T<sup>a</sup>>39°C y parámetros analíticos de riesgo elevado para infección bacteriana. De los 222, 110 (49.5%) recibieron ceftriaxona en el SUP (grupo A) y 112 (50.5%) no (grupo B) y en un caso creció un neumococo en el hemocultivo.

Los dos grupos no mostraron diferencias de edad, sexo, temperatura máxima en domicilio ni temperatura registrada en Urgencias. Los pacientes que recibieron ceftriaxona presentaban menor tiempo medio de evolución del proceso (23±22 horas vs 40±60, p=0.005), mayor leucocitosis (media: 22067±6218 vs 17333±3155, p<0.0001), mayor elevación del recuento de neutrófilos (media: 14301±6215 vs 10276±2822, p<0.0001) y mayor elevación de la PCR sérica (5.9±5.2 vs 4.0±5.0, p=0.009)

En el periodo estudiado, 13 lactantes con FSF<39°C y buen aspecto recibieron una dosis de ceftriaxona parenteral

### **CONCLUSIONES:**

El punto de corte establecido para la administración de ceftriaxona parenteral a lactantes de 3-36 meses con buen aspecto y FSF>39°C es seguido en algo menos del 50% de los casos. Los pediatras de Urgencias administran ceftriaxona preferentemente a los pacientes con procesos más recortados, mayores alteraciones del recuento leucocitario y mayores elevaciones de la PCR sérica.

## CONTAMINACIÓN DE HEMOCULTIVOS RECOGIDOS EN LA URGENCIA PEDIATRICA

M.C. Ignacio Cerro, M.C. Pascual Fernández, M.A. Jiménez Carrascosa, O. Acero Rivas,  
Urgencia Infantil, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

### INTRODUCCIÓN:

El hemocultivo es una prueba diagnóstica de uso frecuente en urgencias pediátricas, precisando una técnica aséptica para evitar contaminaciones con la flora normal de la piel

### OBJETIVO:

Analizar los resultados de los hemocultivos recogidos en urgencias y comprobar si existe relación entre los hemocultivos contaminados y la edad, patología de los pacientes o antiséptico utilizado.

### MATERIAL Y METODOS:

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes a los que se realizó hemocultivo en Urgencias, del 1 de Marzo al 30 Abril 2005. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, antiséptico utilizado, resultado del hemocultivo, diagnóstico e ingreso. Los datos fueron introducidos en una base de datos Microsoft Access 2002 y analizados mediante SPSS.

### RESULTADOS:

En dos meses se recogieron 506 hemocultivos, se utilizó como antiséptico Betadine (P.I) en el 71.3% de los casos y Clorhexidina acuosa 2% en un 26,1%. El resultado del hemocultivo fue negativo en un 93.1%, positivo en un 0.4%, y contaminado un 6.5%. Relacionando el resultado del hemocultivo con el antiséptico utilizado, obtenemos un 3.9% de casos contaminados utilizando P.I. frente al 13,6% utilizando Clorhexidina, resultado estadísticamente significativo ( $p < 0,05$ ).

Los hemocultivos positivos se dieron todos en menores de 24 meses y el grupo de edad donde hay más hemocultivos contaminados fue de 0 a 3 meses. No hay relación entre los hemocultivos contaminados y el diagnóstico del paciente (0% en lesiones de piel)

### CONCLUSIONES:

- A pesar de los resultados obtenidos que pueden indicar menor eficacia de la Clorexidina como antiséptico, creemos que influye la edad; se utiliza en menores de 7 meses existiendo mayor manipulación de la muestra, dificultad en la sujeción del paciente y vías de difícil accesibilidad. Además la zona desinfectada se delimita peor por la falta de coloración del antiséptico.
- Mayor número de hemocultivos positivos en menores de 24 meses debido al mayor riesgo que presentan de infección bacteriana severa.
- Encontramos un porcentaje elevado de hemocultivos negativos, lo que nos lleva a reflexionar si se trata de una prueba sobreutilizada.

**¿CUAL ES EL RIESGO DE MENINGITIS BACTERIANA EN NIÑOS MENORES DE 2 MESES QUE SE PRESENTAN EN URGENCIAS CON FIEBRE Y PIURIA?**

E. Cidoncha Escobar, M. Fontecha García de Yébenes, I. Pescador Chamorro, M. Santos Sebastián, R. Rodríguez Fernández, C. Míguez Navarro.  
Sección de Urgencias de Pediatría. Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

**OBJETIVO:**

Determinar la frecuencia de meningitis bacteriana en lactantes menores de 2 meses que acuden a urgencias por fiebre sin foco en los que se ha detectado piuria en el sedimento de orina.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio prospectivo realizado en la urgencia entre los meses de junio de 2004 y enero de 2006. Se incluyó a todos los lactantes que presentaban fiebre y piuria en una muestra de orina recogida mediante sondaje uretral. Se realizó punción lumbar a todos los niños menores de un mes y a los lactantes entre 1-2 meses que no cumplían factores de bajo riesgo.

**RESULTADOS:**

El estudio incluyó 39 niños con fiebre y piuria, de los cuales un 74.3% eran varones y un 25.6% eran mujeres. El 61.5% eran menores de un mes. El urocultivo fue positivo en un 82% siendo el germen mas frecuente el E. Coli (66.6%), seguido de K. pneumoniae (5.1%). Se realizaron 36 punciones lumbares, a todos los lactantes menores de un mes y a 12 de los 15 lactantes entre 1-2 meses. De las 32 punciones lumbares que se pudieron examinar (4 punciones hemorrágicas), encontramos 3 casos con pleocitosis de 250, 98 y 40 leucocitos. En los 3 casos el cultivo de líquido cefalorraquídeo fue negativo para bacterias y enterovirus, así como el hemocultivo. En dos de los casos el urocultivo fue estéril y en el tercero creció un E.Coli. En tres casos encontramos bacteriemia, dos por E Coli y uno por K pneumoniae con una edad de 35, 49 y 15 días respectivamente.

**CONCLUSIONES:**

- En este estudio de lactantes menores de 2 meses con fiebre y piuria, no encontramos ningún caso de meningitis bacteriana.
- Encontramos 3 casos de bacteriemia por lo que existe riesgo potencial de meningitis.
- Se necesitan más estudios prospectivos para determinar la necesidad de realizar punción lumbar en pacientes con infección urinaria en menores de 2 meses.

**DÉFICIT ADQUIRIDO DE PROTEÍNA C Y ENCEFALITIS HERPÉTICA**

P Gómez González, Z Rubio Deleporte, Y Peña López, E Carreras González, J Cubells Rieró  
Servicio de Pediatría. Hospital Santa Creu i Sant Pau. Barcelona

**FUNDAMENTO:**

El virus del herpes simple(VHS) provoca una encefalitis necro-hemorrágica, siendo difícil en ocasiones el diagnóstico diferencial con accidentes vasculares en las pruebas de neuroimagen iniciales. Pese al tratamiento precoz, la mayoría de los supervivientes de una encefalitis herpética presentan secuelas neurológicas importantes, habiéndose descartado la citotoxicidad viral directa como mecanismo fisiopatogénico principal.

**OBSERVACIONES CLÍNICAS:**

Varón de 16 años que consulta por fiebre de 5 días de evolución, cefalea y vómitos en las últimas 72 horas. Exploración física: rigidez nuchal, claudicación de extremidad superior derecha y mutismo. Tomografía axial computerizada(TAC) cerebral: lesión hipodensa en lóbulo frontal izquierdo. LCR: glucosa: 3.8mmol/l, proteínas: 0.51g/dl, células: 88/ml (predominio redondas). Gram: no gérmenes. Se inicia aciclovir y eritromicina endovenosos. Deterioro progresivo del nivel de consciencia en las siguientes 24 horas que requiere ventilación mecánica. PCR-VHS1/VHS2: negativas. Electroencefalograma: *Periodic lateralized epileptiform discharges* en hemisferio izquierdo. TAC cerebral: lesiones hiper e hipodensas en lóbulos frontales, parasagital y cuerpo calloso, sugestivas de trombosis venosa. Se añade heparina endovenosa. Angioresonancia (72h): Se descarta trombosis venosa cerebral. Evolución tórpida con hipertensión endocraneal que precisa inducción de coma barbitúrico. LCR (96 horas): PCR del VHS1: positiva. Pruebas de imagen seriadas con afectación masiva encefálica bilateral. PCR-VSH1 en LCR (21 días): negativa. Trombosis concomitante en extremidad superior derecha e inferior izquierda. Estudio de hemostasia: déficit de proteína C (39%). Reinicio de heparina sódica. Desconexión del respirador a los 39 días.. Secuelas neurológicas graves: Glasgow 11, tetraparesia, crisis focales frecuentes. Estudio familiar de hemostasia: normal. Estudio de hemostasia del paciente posteriormente normalizado.

**COMENTARIOS**

Son posibles falsos negativos de PCR-VHS en LCR en estadios precoces de la encefalitis herpética.

Como factores de mal pronóstico se han descrito la afectación grave del nivel de conciencia inicial y la presencia de focalidad bilateral, no presentes en nuestro paciente.

Destacar la posible implicación fisiopatológica del déficit adquirido de proteína C en la evolución tórpida en éste caso pese al tratamiento antivírico precoz.

**DIAGNÓSTICO DE LA INFECCION POR STREPTOCOCO AGALACTIAE EN NIÑOS MAYORES DE 1 MES**

C. Benito<sup>1</sup>, C. Melcón<sup>1</sup>, P. Tirado<sup>1</sup>, M. Cordeiro<sup>1</sup>, A. Méndez<sup>2</sup>, S. García<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Infantil La Paz de Madrid.

<sup>2</sup>Unidad de Infectología Pediátrica. Hospital Infantil La Paz de Madrid

**OBJETIVOS:**

Describir el motivo de consulta en el Servicio de Urgencias y las características clínicas, analíticas y evolutivas de los casos de infección tardía por *Streptococo Agalactiae* que diagnosticados en nuestro hospital desde el año 2000 hasta el año 2005, analizando los antecedentes obstétricos y los posibles factores de riesgo para esta infección.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Revisión de las historias clínicas de todos los niños mayores de 1 mes con hemocultivo positivo para *S.Agalactiae*.

**RESULTADOS:**

Durante el periodo de estudio se diagnosticaron siete casos de infección tardía por *S.Agalactiae*, 5 de los cuales fueron diagnosticados en el último semestre del año 2005.

EDAD MEDIA	54'7 Días. Rango (31–81días)
	3 positivos tratados correctamente ----- 3 Partos vaginales
CULTIVO RECTO VAGINAL	3 desconocidos ----- 2 Partos vaginales 1 Cesárea con bolsa íntegra
	1 negativo ----- 1 Cesárea con bolsa íntegra
MOTIVO DE CONSULTA EN URGENCIAS	6 Fiebre de menos de 12 h junto con irritabilidad 1 Celulitis cervical junto con fiebre
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	Leucocitos (media) 10351. Rango (21300-1740) PCR (media) 67'7. Rango (272-4'06)
MICROBIOLOGIA	7/7 Hemocultivo positivo para <i>S.agalactiae</i> 2/6 LCR positivo para <i>S.agalactiae</i> 1/1 Leche materna positiva para <i>S.agalactiae</i>
TRATAMIENTO	Ampicilina 14'6 días. Rango (7-20 días)
DIAGNOSTICO	2 meningitis y sepsis por <i>S.agalactiae</i> 1 Celulitis y sepsis por <i>S.agalactiae</i> 1 Sepsis por <i>S.agalactiae</i> 3 Bacteriemias ocultas por <i>S.agalactiae</i>

**CONCLUSIONES:**

1. La infección tardía por *S.agalactiae* ha aumentado en nuestro hospital en el último semestre del 2005.
2. El antecedente de cesárea, cultivo recto-vaginal negativo o cultivo positivo tratado no descarta la posibilidad de infección tardía por este germen.
3. En muchos casos se desconoce la localización del reservorio causante de la infección.
4. La infección por *S.agalactiae* asociado a la presencia de esta bacteria en la leche materna ha sido hallada en un caso, pudiendo ser la fuente de infección.

**ERITEMA EXUDATIVO MULTIFORME TRAS INGESTIÓN DE IBUPROFENO.**

M. P. Martín-Tamayo Blázquez, M. Zambrano, A. M. Grande Tejada, L. Zarallo Cortés, J. J. Cardesa García.

Servicio de preescolares. Hospital Materno-Infantil Badajoz.

**INTRODUCCIÓN:**

El eritema multiforme es una dermatosis inflamatoria reactiva de curso agudo y autolimitado cuyo nombre es debido a la morfología variable que pueden adquirir las lesiones en la piel. Aunque su localización más común son los miembros superiores de las extremidades, en ocasiones las lesiones pueden diseminarse afectando al tronco y miembros y produciendo lesiones confluentes.

**CASO CLÍNICO:**

Paciente varón de 5 años de edad que acude a nuestro servicio de urgencias por cuadro de fiebre de 1 día de evolución y exantema que ha ido en aumento en los 4 días anteriores. Como único antecedente significativo refiere la ingesta de ibuprofeno por cefalea 5 días antes no presentando foco infeccioso acompañante. Al ingreso presenta lesiones eritemato-violáceas urticariadas de aspecto en iris, tendentes a coalescer a nivel de brazos, tronco y piernas con afectación palmo-plantar y respetando mucosas. Resto de la exploración normal. Se realiza hemograma, coagulación, frotis periférico, bioquímica, orina, urocultivo, proteinograma, serología celiaca, marcadores de hepatitis, serología a CMV, VEB y parvovirus B19, ecografía abdominal y frotis faringeo siendo todos los resultados normales salvo PCR 10,5mg/dl, factor reumatoide:15,7UI/l y VSG 46mm en la primera hora. Es diagnosticado de eritema multiforme de probable etiología medicamentosa por ibuprofeno y se instaura tratamiento con antihistamínicos y corticoterapia oral y tópica contraindicando la ingesta de ibuprofeno, con evolución favorable en los días sucesivos.

**COMENTARIOS:**

El eritema multiforme es una entidad poco frecuente en pediatría que sin embargo puede llegar a constituir un cuadro grave para el paciente. Aunque en la mayoría de los pacientes no hay factores obvios precipitantes otras veces se ha relacionado con infecciones virales, infecciones bacterianas, medicamentos y radioterapia. Nos parece importante realizar el diagnóstico acertado en estos pacientes dada la potencial gravedad del cuadro así como su relación con posibles desencadenantes.

**ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA POR SEROGRUPO C EN NIÑO VACUNADO CON VACUNA ANTIMENINGOCÓCICA C CONJUGADA**

Z. Lobato Salinas; S. Zambudio Sert; J. Sitjes Costas; I. Burgos Remacha; M. Garriga Badia; S. Nevot Falcó.

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

**FUNDAMENTOS Y OBJETIVOS:**

La vacuna antimeningocócica C conjugada (MCC) se introdujo en España en 2001, a los 2, 4 y 6 meses de edad, observándose una disminución de la incidencia de enfermedad meningocócica C del 85%. Esta pauta produce una buena respuesta inmunitaria los primeros meses; pero se han reportado fallos vacunales, especialmente en Gran Bretaña, habiéndose observado una disminución importante de los títulos de anticuerpos frente a meningococ C a partir del primer año de vida. Presentamos un niño vacunado con 3 dosis de MCC, que presentó shock séptico por meningococo C.

**OBSERVACIONES CLÍNICAS:**

Niño de 4 años, sin antecedentes de interés, con fiebre alta de 8h de evolución y aparición en urgencias de exantema petequeal que evoluciona a shock caliente (mal estado general, bien perfundido, TA 101/59, pulsos femorales vivos, taquicardia 170x'), sin signos meníngeos. Se realizan varias cargas de volumen, punción lumbar que resulta normal, cultivos y se inicia antibioterapia con Cefotaxima a dosis altas. Desarrolla coagulopatía de consumo e hipotensión progresivas, precisando traslado a UCI, transfusión de plasma, plaquetas, inotrópicos y ventilación mecánica. Hemocultivo y PCR para *N. meningitidis* positivos para serogrupo C, antibiograma sensible a Cefotaxima y sensibilidad intermedia a Penicilina. A las 72 horas se extuba. Presenta nuevamente fiebre, con aumento de parámetros de infección, retirándose vías y cursándose cultivos (negativos). Alta de UCI a los 6 días con exantema necrótico generalizado, que precisa curas especializadas. Persistencia de febrícula, soplo sistólico y gonalgia derecha con tumefacción, con ecografía abdominal, ecocardiografía y gammagrafía ósea que descartan abscesos intraabdominales, endocarditis u osteomielitis respectivamente. Posterior evolución favorable.

**COMENTARIOS:**

En España se han reportado 32 casos de fallos vacunales confirmados entre 2001 y 2004. Recientemente la Agencia Europea de Evaluación de Medicamentos ha modificado las fichas técnicas de los tres preparados vacunales reduciendo el número de dosis necesarias a dos en el primer año de vida y recomendando aplicar una dosis de recuerdo en el segundo año de vida. Basándose en estos datos, el Comité Asesor de Vacunas de la Asociación Española de Pediatría, aconseja administrar un recuerdo de MCC a partir de los 12 meses de vida (calendario 2006).

## ENCEFALITIS: FORMAS DE PRESENTACIÓN Y REVISIÓN DE SU MANEJO EN URGENCIAS.

JA Gil Sánchez, F Ferrés Serrat, J Dueñas Morales, J Reina Prieto\*

Servicios de Pediatría y Microbiología\*. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca.

### INTRODUCCIÓN:

La encefalitis es un proceso inflamatorio que afecta al tejido cerebral y que casi siempre compromete las meninges. Su pronóstico puede depender de una pronta identificación de la enfermedad y de un tratamiento precoz. Los síntomas pueden ser sutiles u obvios y pueden confundirse con otras enfermedades como tumores, intoxicación, errores innatos del metabolismo, etc.

### OBJETIVOS:

- 1- Conocer las formas de presentación de las encefalitis en urgencias y los síntomas asociados.
- 2- Conocer el manejo durante las primeras 12 horas de las encefalitis ingresadas y la contribución al diagnóstico inicial de encefalitis de las exploraciones complementarias (EC) practicadas.
- 3- Conocer el diagnóstico final y etiológico, y las EC que contribuyeron a dicho diagnóstico.

### METODOLOGÍA:

Revisión retrospectiva de las historias clínicas de los niños menores de 15 años ingresados en nuestro hospital con diagnóstico de encefalitis o meningoencefalitis desde el 1 de enero de 1995 al 28 de febrero de 2006.

### RESULTADOS:

22 casos analizados (13 varones y 9 hembras). La edad media fue de 4 años y 2 meses, con rango de edad entre 16 días y 11 años y 6 meses. La estancia media hospitalaria fue de 17.3 días. Un paciente fue exitus en las primeras 24 horas. Formas de presentación: convulsiones 10 (status convulsivo 7, convulsión generalizada sin status 2, convulsión focal sin status 1), letargia sin convulsiones 9 (5 con signos meníngeos, 4 sin meningismo) y alteraciones en la marcha sin convulsiones ni letargia 3 casos. Manifestaciones clínicas: fiebre 14, letargia 10, convulsiones 10, irritabilidad 6, vómitos 6, cefalea 5, alteraciones en la marcha 4. Durante las primeras 12 horas se practicaron 18 punciones lumbares (PL), 13 TAC, 3 RMN y una ecografía cerebral. Las 18 PL presentaron pleocitosis de predominio linfocitario, con un rango de 5 a 20000 leucocitos/mcl; sin el valor extremo de 20000, la media sería de 58 y el rango superior de 480; glucosa: valor medio de 68 mg/dl, con rango entre 42 y 120; proteínas: valor medio de 0.37 g/dl, con rango entre 0.10 y 1.5. En 17 LCR se solicitó PCR a virus *Herpes simplex* (VHS). De los 13 TAC, 11 resultaron normales y 2 con hallazgos sugestivos de encefalitis. De las 3 RMN, 2 presentaron signos de edema cerebral y una hallazgos sugestivos de ADEM. Las 4 PL realizadas con posterioridad a las primeras 12 horas presentaron todas pleocitosis de predominio linfocitario, con un valor medio de 25 cels /mcl y un rango entre 10 y 35. Diagnósticos finales: 2 encefalitis herpéticas (EH), 13 encefalitis de causa desconocida, 1 encefalitis tuberculosa (ET) y 6 ADEM, 1 caso desencadenado por *Rickettsia conorii* (RC). Los 6 ADEM fueron diagnosticadas por RMN y la asociación con RC se determinó por serología sanguínea positiva a IgM de RC; las 2 EH presentaron en LCR una PCR positiva a VHS con cultivo negativo; la ET se diagnosticó por PCR positiva en LCR a micobacteria tuberculosa. En las primeras 12 horas 18 pacientes (81.8%) se trataron con aciclovir (incluidas las 2 EH) y 9 con corticoides (incluido 1 EH). Todos los casos recibieron cobertura antibacteriana.

### COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

- 1- En nuestra serie el 100% de las PL realizadas resultaron patológicas.
- 2- Las manifestaciones clínicas asociadas a un LCR compatible constituyen las principales herramientas para el diagnóstico inicial de encefalitis en urgencias.
- 3- La fiebre no estuvo presente en el 36.4% de nuestros pacientes.
- 4- Ante síntomas compatibles con encefalitis, habiendo descartado cuadro obvios que simulan encefalitis, debe practicarse siempre en urgencias un TAC craneal, una PL y solicitar PCR de VHS en LCR.
- 5- El tratamiento precoz con aciclovir mejora el pronóstico de las EH y debe instaurarse sistemáticamente.
- 6- El tratamiento con corticoides debe instaurarse precozmente si presencia de edema cerebral en el TAC o ante un estudio de imagen sugestivo de ADEM.

### **ENFERMEDAD DE KAWASAKI: DIAGNOSTICO EN EL AREA DE URGENCIAS**

R. Margalef Canuto, I. Sanz Ruiz, S. Pons Morales, E. Muñoz García, A. Sánchez Lorente, C. Del Castillo Villaescusa.

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia

#### **OBJETIVO:**

Valoración clínico-epidemiológica de la EK y descripción de los motivos de consulta en urgencias comprobando el tiempo desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico y tratamiento.

#### **MATERIAL Y MÉTODO:**

Se revisan historias de pacientes con diagnóstico de EK desde 1995 a 2005.

#### **RESULTADOS:**

Se diagnosticaron 15 casos, con edad media de 22 meses, el 66,6% de los casos niños. En urgencias, el 100% de los casos presentaba fiebre alta (>38,5°C) con evolución media de 3 días. El 80% exantema cutáneo. En el 60%, afectación de mucosas. En el 46,6% afectación periférica de extremidades, eritema o edema. Adenopatías cervicales en el 60% , siendo unilateral en 55%. Afectación de conjuntivas en el 73% de los casos. En los datos analíticos, leucocitosis (media 16480/mm<sup>3</sup>) con desviación izquierda y aumento de reactantes de fase aguda. Número medio de plaquetas, 438000/mm<sup>3</sup>. Se diagnosticaron de EK en puertas de Urgencias 9 casos (60%), los restantes fiebre sin foco (3 casos), Infección urinaria (2 casos) y adenitis (1 caso). 7 pacientes habían consultado, en los días previos al ingreso, en la Unidad de Urgencias, diagnosticándose de IRS (4 casos), adenitis cervical (2 casos) y síndrome escarlatiniforme (1 caso). Tras el diagnóstico, recibieron gammaglobulina y ácido acetil salicílico en los primeros 10 días de evolución . 2 niños precisaron una 2ª dosis de gammaglobulina. El 73% de los casos quedó apirético en las siguientes 24 horas. Evolución fue satisfactoria , sólo uno niño, afectación de las coronarias.

#### **COMENTARIOS:**

La Enfermedad de Kawasaki es una enfermedad sistémica aguda febril, requiere diagnóstico y tratamiento precoz, por las complicaciones que conlleva. Su diagnóstico es clínico y debemos pensar en dicha enfermedad ante un niño entre 1 y 3 años que consulta por fiebre alta, exantema, inyección conjuntival y afectación de mucosas. En la fase aguda, las alteraciones analíticas a tener en cuenta son la leucocitosis y el aumento de los reactantes de fase aguda. El tratamiento precoz con gammaglobulina mejora la clínica y reduce las alteraciones coronarias

## ESTADO VACUNAL FRENTE NEUMOCOCO. ¿CÓMO INFLUYE EN EL MANEJO DEL LACTANTE FEBRIL?

E. Gargallo Burriel\*, R. Garrido Romero\*, C. Luaces Cubells\*, S. Mintegi Raso\*\*, S. Capapé Zache\*\*, J. Benito Fernández\*\*.

\*Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Agrupació Sanitària Hospital Sant Joan de Déu-Clínic. Universitat de Barcelona.\*\*Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Baracaldo (Vizcaya)

### INTRODUCCIÓN:

El manejo del lactante con fiebre sin foco (FSF) en los servicios de urgencias pediátricos (SUP) es un tema controvertido. Desde la introducción de la vacuna neumocócica conjugada (VNC), es previsible que la actitud diagnóstico-terapéutica del pediatra se modifique ante un niño con FSF que ha sido previamente vacunado contra neumococo.

### OBJETIVO:

Conocer el manejo de los pediatras de SUP de hospitales españoles de dos casos clínicos hipotéticos de FSF en función de la situación de vacunación con VNC.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Entre 15/02 y 15/03/2005 se envió una encuesta a pediatras de 14 SUP sobre uso de pruebas diagnósticas y manejo que se haría en dos casos clínicos hipotéticos de FSF (lactantes de 7 y 20 meses) en tres situaciones de vacunación (sin vacunar, haber recibido una o dos dosis de VNC, o haber recibido tres). Se plantearon las pruebas diagnósticas a realizar: hemograma, hemocultivo, análisis de orina, urocultivo, radiografía de tórax, punción lumbar, y la posibilidad de no realizar ninguna prueba. En cuanto al manejo se plantearon las siguientes estrategias: observación e inicio de antibiótico en el SUP, sólo observación, envío al domicilio después de antibiótico oral y envío al domicilio sin antibiótico.

### RESULTADOS:

Se recogieron 235 cuestionarios. El haber recibido alguna dosis de VNC dio lugar, con diferencias estadísticamente significativas, a la realización de menos hemogramas y menos hemocultivos y, en el caso de haber recibido 3 dosis, también la realización de menos radiografías y un aumento de niños a los que no se realiza ninguna prueba. La situación vacunal también modifica el manejo, sobre todo en aquellos que recibieron tres dosis, reduciéndose la estrategia de observación e inicio de antibiótico en el SUP e incrementándose el envío al domicilio sin antibiótico ( $p < 0.0001$ ).

### CONCLUSIONES:

El estado vacunal contra neumococo influye en la toma de decisiones teóricas ante el lactante con fiebre. En la práctica esto produciría una disminución del número de pruebas diagnósticas, de la estancia en el SUP y del número de tratamientos antibióticos. Este cambio de manejo debería reflejarse en los algoritmos utilizados actualmente en la valoración del lactante febril.

## GASTROENTERITIS AGUDA EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA: CAMBIOS EN EL GRADO DE SEVERIDAD Y SU MANEJO EN EL ÚLTIMO DECENIO

Autores: Martínez Ezquerro N, Blazquez Trigo S, Capapé Zache S, Mintegi Raso S, Benito Fernández FJ, Azkunaga Santibañez B.  
Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Barakaldo. Bizkaia.

### OBJETIVO:

Estudiar la existencia de cambios en los últimos años en el grado de severidad de las gastroenteritis agudas (GEA) atendidas en un Servicio de Urgencias Pediátrico (SUP) así como su manejo y evolución posterior.

### PACIENTES Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo de cohortes en el que se incluyen los episodios correspondientes a niños menores de 14 años que consultaron por GEA en un SUP en los años 1998 y 2004 respectivamente.

Se consideró GEA severa aquella en la cuál el pediatra apreció, basándose en la exploración física, cierto grado de deshidratación (DH) y practicó una analítica para comprobar el grado de la misma.

En estos años no cambiaron las pautas de manejo de la GEA en nuestro SUP (indicaciones de analítica sanguínea y forma de rehidratación).

### RESULTADOS:

En el año 1998 registramos 40.302 episodios en el SUP de los cuales 2.002 (4,9%) fueron diagnosticados de GEA. En 2004 se registraron 59.783 episodios ( $\Delta=48.33\%$ ), correspondiendo 3.891 (6,5%) a GEA ( $\Delta=94.35\%$ ,  $p<0.000001$ ).

De los niños que recibieron el diagnóstico de GEA, en 1998 se realizó analítica a 228 niños (11.3%) y en 2004 a 216 (5.5%,  $p<0.000001$ ). De los pacientes que se realizó analítica, alrededor del 50% eran menores de 2 años en ambas series.

En 1998, 80 pacientes (35.0%) presentaron una urea<sub>s</sub>>40 mg/dl (76 en 2004, 35.1%,  $p=0.93$ ) y 7 urea<sub>s</sub>>60 (21 en 2004,  $p=0.42$ ). En 1998, 1 paciente presentó una creatinina<sub>s</sub>>1 mg/dl (5 en 2004,  $p=0.003$ ). En 1998, 27 niños presentaron un pH<7.30 (34 en 2004,  $p=0.11$ ). En 1998, 7 pacientes (3.0%) presentaron un Na<sub>s</sub>>150 mEq/l (12 en 2004, 5.5%,  $p=0.28$ ).

Se inició rehidratación IV a 184 (80,7%) en 1998 (143 - 66,2%- en 2004;  $p=0.0007$ ; OR= 2.13, límites= 1.35-3.37).

En 1998 ingresaron en planta 19 niños (0.94% de los 2002 episodios de GEA) vs 12 de los 3891 registrados en 2004 (0.30%,  $p=0.002$ ; OR: 3.10, límites=1.43-6.79).

Todos evolucionaron bien.

### CONCLUSIONES:

En los últimos años se ha experimentado un aumento en las consultas por GEA en el SUP. La inmensa mayoría de los niños menores de 14 años que consultan en el SUP por una GEA lo hacen por cuadros leves que no requieren la realización de pruebas complementarias, rehidratación IV y pueden ser manejados ambulatoriamente.

Existe una tendencia a sobreestimar por la exploración física el grado de deshidratación que estos pacientes presentan. En los últimos años se ha reducido el uso de la rehidratación IV y el porcentaje de niños que ingresan en planta hospitalaria.

## **GASTROENTERITIS AGUDA POR ROTAVIRUS: CASUÍSTICA EN NUESTRO CENTRO EN LOS ÚLTIMOS SEIS MESES**

L. Asso Ministral, A. Cueto González, J. Fàbrega Sabaté, A. Garcia Henares, M. Xercavins, L. Tobeña Boada. Servicio de Pediatría Hospital Mútua de Terrassa. Terrassa.

### **OBJETIVOS:**

El rotavirus es el principal causante de gastroenteritis en la población infantil mundial, con un comportamiento epidémico y una elevada morbilidad en nuestro medio, especialmente entre los lactantes. Debido a la reciente aparición de una vacuna contra este germen, decidimos revisar nuestra casuística durante los últimos 6 meses.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se realiza un estudio retrospectivo descriptivo de todos los cuadros de gastroenteritis con detección de antígeno positiva a rotavirus en heces durante el periodo comprendido entre el 15.8.05 y el 15.2.06. Se revisan los informes de urgencias y historias clínicas recogiendo datos epidemiológicos, clínicos y analíticos. Los datos se analizan con el programa SPSS v 12.0.

### **RESULTADOS:**

Se detectaron 139 casos de gastroenteritis aguda por rotavirus, con una pico de incidencia de 108 casos (78%) los 2 últimos meses. 47% niñas/ 53% niños. Los cultivos fueron recogidos en centros de atención primaria en 49 casos (35%) y en nuestro servicio de urgencias 90 (65%). Ingresaron 30 pacientes (22%). 16 (53%) durante menos 24 horas, con deshidratación leve o vómitos incoercibles, siendo la mayoría rehidratados vía enteral. La edad media fue 13.3 +/- 5.9 meses. 14 pacientes (47%) estuvieron hospitalizados más de 1 día por deshidratación moderada o grave, estancia media de 3.3 +/- 5.3 días. La mayoría requirieron rehidratación por vía endovenosa. Edad media de los ingresados: 8.1 +/- 5.6 meses. No se objetivó una diferencia de edad estadísticamente significativa entre ingresos mayores o menores de 1 día  $p < 0.05$ . 5 pacientes adquirieron infección nosocomial por rotavirus alargando su estancia en 3 +/- 1 día. Edad media: 13.2 +/- 11.3 meses.

### **CONCLUSIONES:**

El rotavirus es en nuestra población una importante causa de morbilidad, no sólo de adquisición comunitaria, sino también nosocomial, representando un incremento de la estancia media así como un alto porcentaje de ingresos, especialmente en lactantes. Este hecho, coincidiendo con la reciente aparición de una vacuna frente este germen nos hace plantear la idoneidad de realizar inmunización pasiva en este rango de población.

## GINGIVOESTOMATITIS HERPÉTICA: PRESENTACIÓN DE UN CASO

N. Martínez Espinosa, M. de Toro Codes, I. Leiva Gea, J.C. Salazar Quero, F. Serra Lorente, J. De la Cruz Moreno  
Complejo Hospitalario de Jaén. Hospital Materno-infantil. Servicio de Pediatría. Jaén

### FUNDAMENTOS Y OBJETIVOS:

La gingivoestomatitis herpética es la forma más frecuente de primoinfección herpética sintomática. El agente etiológico es el virus herpes simple tipo I principalmente. Aunque en la mayoría de los casos esta primoinfección es subclínica (85%), en otras ocasiones puede manifestar clínica localizada e incluso generalizada grave. Con el siguiente caso clínico pretendemos mostrar una evolución atípica de dicho cuadro clínico.

### OBSERVACIONES CLÍNICAS:

Niño de 5 años que desde hace 48 horas presenta fiebre elevada y úlceras bucales que dificultan la alimentación oral. Exploración: mediano estado general. Mucosas secas. Tª 39°C. Inyección conjuntival, secreción ocular bilateral, sin afectación córnea. Encías friables con intensa hiperemia. Lesiones aftosas en lengua, mucosa geniana y labios. Sialorrea. Halitosis. Tonos rítmicos, taquicardia. Sibilancias y subcrepitantes bilaterales. Lesiones vesiculosas sobre base eritematosa aisladas. Pruebas complementarias: Hemograma: 16.700 leucocitos. 85% neutrofilos. PCR: 9.9 mg/dl. Hemocultivo negativo. Radiografía tórax sin alteraciones. Evolución: al tercer día se aprecian áreas necróticas en mucosa oral y lesiones cutáneas papuloeritematosas con morfología en diana, simétricas, acrales y centrípetas, pasando a ampollas y finalmente a costras. Al séptimo día reaparecen picos febriles, sospechándose sobreinfección de las lesiones que se confirma tras cultivo de exudado positivo a Estafilococo.

Diagnóstico: gingivoestomatitis herpética. Conjuntivitis herpética. Eritema multiforme menor. Sobreinfección cutánea bacteriana. Tratamiento: sueroterapia iv; analgesia, enjuagues de betadine, aciclovir iv, aciclovir y ciprofloxacino oftálmico. Posteriormente se añade cloxacilina iv y mupirocina tópica.

### CONCLUSIONES:

- 1.- aciclovir iniciado dentro de las 72 horas primeras del comienzo de las lesiones proporciona beneficios significativos en los niños con gingivoestomatitis herpética primaria al disminuir la intensidad de los síntomas y su duración.
- 2.- la queratoconjuntivitis herpética precisa la asociación de aciclovir y antibiótico tópico para evitar complicaciones.
- 3.- el VHS es el factor precipitante más claramente relacionado con la aparición del Eritema multiforme en su forma menor.

## **HEMOCULTIVOS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA: ¿ EXISTEN FACTORES QUE INFLUYAN EN SU CONTAMINACIÓN?**

Suinaga Errasti MI, Bárcena Fernández E, González Balenciaga M, Sanchez Etxániz J, Vazquez Ronco MA, García González S.  
Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Baracaldo.

### **OBJETIVOS:**

Intentar determinar la existencia de factores que influyan en la contaminación de los hemocultivos extraídos en urgencias de pediatría.

### **PACIENTES Y MÉTODOS:**

Se realiza un estudio retrospectivo de los hemocultivos extraídos en Urgencias de Pediatría desde 1 Enero al 30 Abril 2005 a pacientes entre 0 meses y 14 años. Se recogen datos epidemiológicos, clínicos, analíticos, microbiológicos así como el día semana y turno en que se extrae el hemocultivo,.

### **RESULTADOS:**

Durante este periodo de tiempo se extrajeron 1006 hemocultivos a niños de entre 0 meses y 14 años. Del total de los hemocultivos, 16 ( 1,6%) resultaron positivos, 870 ( 86,5%) negativos y 120 ( 11,9%) contaminados. Entre 0 y 3 meses se recogieron 168 hemocultivos resultando 43 (25,5%) contaminados; de 3 a 24 meses se extrajeron 530 con 54 ( 10,1%) contaminados y en niños mayores de 24 meses se recogieron 308 siendo 23 (7,4%) contaminados. Existe un porcentaje superior de hemocultivos contaminados en el primer grupo de edad (0-3 meses) siendo esta diferencia significativa ( $p= 0,001$ ). No encontramos diferencias entre los hemocultivos extraídos durante el fin de semana (sábado-domingo) (13,7%) frente al resto de la semana (11%), ( $p=0,2$ ). Curiosamente hay una tendencia a una mayor contaminación de los hemocultivos en los extraídos durante el turno de mañana (15%) frente al turno de guardia (tarde-noche)(10,7%), ( $p=0,06$ ).

### **CONCLUSIONES:**

La menor edad es el único factor que se ha asociado a un porcentaje mayor de contaminación de hemocultivos en nuestro servicio. No hemos encontrado mayor número de hemocultivos contaminados en periodos de mayor presión asistencial. Por todo ello sería conveniente seguir un procedimiento riguroso en la extracción de hemocultivos que evite la contaminación de las muestras.

**HEMOCULTIVOS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA: ¿CUÁL ES SU RENDIMIENTO?**

Bárcena Fernández E, Suinaga Errasti MI, Mintegi Raso S, Capapé Zache S, Vazquez Ronco MA, García González S.

Urgencias de Pediatría. Hospital de cruces . Baracaldo.

**OBJETIVO:**

Describir el rendimiento de la extracción del hemocultivo en niños en un Servicio de Urgencias de pediatría(UP) de un hospital terciario.

**MATERIAL Y MÉTODO:**

Estudio retrospectivo de los hemocultivos extraídos en UP en un periodo de cuatro meses en niños de 0 meses a 14 años. Se registraron datos epidemiológicos, clínicos, analíticos y microbiológicos.

**RESULTADOS:**

Durante el periodo comprendido entre el 1 de Enero a 30 de Abril del 2005 se extrajeron un total de 1006 hemocultivos. La edad media de estos niños fue de 30,3 meses, objetivándose un mayor número de extracción de hemocultivos en el rango de edad comprendido entre 3 y 24 meses (52,6%). Del total de los hemocultivos, 16 ( 1,6%) resultaron positivos, 870 ( 86,5%) negativos y 120 ( 11,9%) contaminados. En los niños con hemocultivo positivo, 9 tenía una temperatura superior a 39°C en el momento de la extracción y hasta 5 tenía una temperatura inferior a 38°C siendo tres de éstos últimos diagnosticados de Sepsis. Sólo uno de los niños con hemocultivo positivo ( *Enterococcus faecalis*) tomaba antibiótico previo y entre los hemocultivo negativos y contaminados hasta un 10,6% tomaba antibiótico previamente a la extracción del hemocultivo. El motivo de consulta más frecuente por el que se extrajo hemocultivo fue la fiebre(66,2%). Los diagnósticos al alta del total de los niños fueron: Síndrome febril ( 428: 5 positivos), infección urinaria ( 124: 0 positivo), neumonía ( 81: 4 positivos), gastroenteritis aguda ( 28: 1 positivo), meningitis ( 24: 2 positivas), otitis ( 10: 0 positivos), artritis ( 7: 0 positivos), sepsis ( 6: 3 positivos) y otros ( 298: 1 positivo).

De los 16 niños con hemocultivo positivo, 14 (87,5%) recibieron antibioterapia mientras que de los que tenía hemocultivo negativo o contaminado( 990) lo recibieron 413 ( 41,7%).

**CONCLUSIONES:**

La posibilidad de encontrar un hemocultivo positivo entre la patología pediátrica es pequeña, sin embargo existen patologías como el síndrome febril, sepsis, meningitis y neumonías en las que el rendimiento del hemocultivo es superior. Otras patologías como infección urinaria, gastroenteritis, artritis y otitis tienen un porcentaje de positividad casi despreciable. Por ello sería conveniente establecer protocolos de indicaciones de extracción de hemocultivos .

**ERITEMA MIGRATORIO. LESIÓN DIAGNÓSTICA EN EL DEBUT DE LA ENFERMEDAD DE LYME.**

Bernal, J. Landa Maya, J. Albisu Andrade  
Urgencias de Pediatría. Hospital Donostia. San Sebastián.

**INTRODUCCIÓN:**

La enfermedad de Lyme, transmitida por una garrapata (Ixodes) y causada por la *Borrelia burgdorferi*, es una entidad de poca prevalencia en nuestro medio. En la fase inicial, la clínica manifestada como eritema migratorio es prácticamente diagnóstica. Sin tratamiento, puede evolucionar a una fase secundaria (enfermedad diseminada precoz) cuya manifestación más frecuente es el eritema múltiple migratorio seguido en ocasiones, tras semanas o meses, por la enfermedad tardía diseminada con complicaciones tales como artritis recurrente, alteraciones del sistema nervioso central o acrodermatitis crónica atrófica.

**CASO CLÍNICO:**

Niña de 10 años que presenta en espalda lesión cutánea con punto central sugestivo de picadura y progresión periférica de 3 días de evolución. No otra sintomatología acompañante. Estancia 15 días antes en un camping del Pirineo durante 3 días.

Exploración: lesión eritematosa anular de 10 cm de diámetro con borde sobreelevado y halo intermedio más claro.

Analítica: 7250/ $\mu$ L leucocitos (fórmula normal). PCR 7,9 mg/dL

Biopsia cutánea del borde de la lesión: cultivo negativo. PCR *Borrelia* positivo

IgG e IgM *Borrelia*: negativo

Recibe tratamiento con doxiciclina a 100mg/12 horas durante 3 semanas. Evolución posterior favorable. Desaparición de la lesión en 7 días tras el inicio del tratamiento. Control serológico a los 2 meses: IgM e IgG *Borrelia burgdorferi* (ELISA y Western-Blot): positivo.

**COMENTARIOS:**

El reconocimiento por parte del pediatra de las características clínicas del eritema migratorio permite el diagnóstico precoz y la aplicación de tratamiento que puede evitar las complicaciones tardías.

## **REDUCCIÓN DE UN 20-25% DE LAS PRESCRIPCIONES ANTIBIÓTICAS TRAS IMPLANTAR LA OBSERVACIÓN SIN ANTIBIÓTICOS COMO OPCIÓN DE TRATAMIENTO INICIAL EN LA OMA**

### **INTRODUCCIÓN:**

La otitis media aguda (OMA) es la infección por la que más comúnmente se prescriben antibióticos en los niños. En 2003 se introdujo la observación sin antibióticos como opción de tratamiento inicial en pacientes con OMA no severa (temperatura < 39°C y dolor no intenso) y criterios de bajo riesgo (edad > 2 años, no acudir a guardería, no OMA de repetición, no uso de antibiótico el mes previo, no hospitalizaciones recientes).

### **OBJETIVO:**

Evaluar el impacto que tiene sobre las prescripciones antibióticas el implantar en un Servicio de Urgencias de Pediatría (SUP) la observación sin antibióticos como opción de tratamiento inicial en pacientes seleccionados con OMA.

### **PACIENTES Y MÉTODO:**

Estudio de los niños diagnosticados de OMA en un SUP en los meses de Octubre entre 2001 y 2005. Se registran datos demográficos y tratamientos recibidos. En los pacientes diagnosticados de OMA en 2005 se realizó un seguimiento telefónico a los 7-10 días tras acudir a Urgencias.

### **RESULTADOS:**

Previo a la implantación de la observación como opción de tratamiento inicial en pacientes seleccionados, cerca del 100% de los pacientes con OMA recibían tratamiento antibiótico en Urgencias.

En Octubre de 2005, 243 niños recibieron el diagnóstico de OMA, 22 fueron excluidos por estar recibiendo antibiótico antes de acudir a Urgencias, ser inmunodeprimidos o menores de 3 meses. De los 221 restantes, 60 (27.1%) no recibieron Ab en Urgencias. En base al protocolo establecido, de los 161 pacientes que recibieron Ab 26 lo hicieron de manera inadecuada, y 7 pacientes que debieron recibir Ab no lo hicieron.

De los 221 niños con OMA, se contactó con 133, de los cuales, 35 (26.3%) no recibieron tratamiento Ab en el SUP. En la visita al pediatra, de estos 35, 12 (34.2%) recibieron Ab, y de los 98 que recibieron Ab en Urgencias, éste fue retirado a 5 (5.1%). De los 133 pacientes con OMA atendidos en el SUP no recibió Ab tras la valoración por el pediatra el 21% de los mismos. Todos evolucionaron bien.

### **CONCLUSIONES:**

La observación sin antibióticos como opción de tratamiento inicial en pacientes seleccionados con OMA (OMA no severa y criterios de bajo riesgo) en un SUP se asocia con una reducción de las prescripciones antibióticas en alrededor de un 20-25% de los pacientes con OMA.

## **IMPACTO ECONÓMICO DE LA VACUNA NEUMOCÓCICA CONJUGADA HEPTAVALENTE EN EL MANEJO DE LA FIEBRE SIN FOCO EN URGENCIAS**

G. Claret Teruel\*, R. Garrido Romero\*, C. Luaces Cubells\*, J. Sánchez Etxaniz\*\*, A. Fernández Landaluze\*\*, J. Benito Fernández\*\*.

\*Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Agrupació Sanitària Hospital Sant Joan de Déu-Clínic. Universitat de Barcelona. \*\*Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Baracaldo (Vizcaya)

### **INTRODUCCIÓN:**

Desde la introducción de la vacuna neumocócica conjugada (VNC), es previsible que ante un niño con fiebre sin foco (FSF) la actitud diagnóstico-terapéutica se modifique en la línea de solicitar menos pruebas diagnósticas y adoptar estrategias terapéuticas más conservadoras. Esto provocaría una disminución del consumo de recursos sanitarios y del coste del episodio de FSF.

### **OBJETIVO:**

Estimar los costes sanitarios, en función de la situación vacunal contra neumococo, de dos casos clínicos hipotéticos de FSF.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Entre 15/02 y 15/03/2005 se envió un cuestionario a 14 Servicios de Urgencias Pediátricos (SUP) sobre pruebas diagnósticas y manejo que se haría en dos casos clínicos hipotéticos de FSF (lactantes de 7 y 20 meses) en tres situaciones de vacunación (sin vacunar, haber recibido una o dos dosis de VNC, o haber recibido tres). Se plantearon las pruebas diagnósticas a realizar: hemograma, hemocultivo, análisis de orina, urocultivo, radiografía de tórax, punción lumbar, y la posibilidad de no realizar ninguna prueba. En cuanto al manejo se plantearon las siguientes estrategias: observación e inicio de antibiótico en SUP, sólo observación, envío al domicilio después de pautar antibiótico oral y envío al domicilio sin antibiótico. A partir de estos resultados se estimó la utilización de recursos y la diferencia de costes entre los tres supuestos de vacunación.

### **RESULTADOS:**

Se recogieron 235 cuestionarios. Los cambios en la realización de pruebas diagnósticas y en el manejo reducen los costes en los pacientes previamente vacunados. Los costes se estimaron en el niño no vacunado, en el vacunado con una o dos dosis y en el vacunado con tres dosis.

Respecto al coste total de las pruebas, se estimó en 41.62 €, 36.50 € y 23.34 €, respectivamente, en el caso nº1, y en 55.85 €, 47.26 € y 37.82 €, respectivamente, en el caso nº2.

Respecto al manejo, se estimó en 207.18 €, 183.41 € y 155.45 €, respectivamente, en el caso nº1, y en 214.00 €, 186.92 € y 160.57 €, respectivamente, en el caso nº2.

### **CONCLUSIONES:**

Este cambio de estrategia genera una reducción significativa de los costes sanitarios del episodio de FSF. El ahorro por episodio de FSF es entre 28 € - 71 € si el paciente ha sido previamente vacunado.

## MANEJO DE LAS MENINGITIS ASÉPTICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

G. Pujol Muncunill; J. Traveria Casanovas; V. Pineda Solas; S. Moya Villanueva; L. Batalla Fadó; J. Rivera Luján. Servicio de Pediatría. Hospital de Sabadell. Corporación Parc Taulí. Sabadell (Barcelona)

### OBJETIVO:

Describir el manejo de los niños con sospecha de meningitis aséptica en nuestro centro según características clínicas y de laboratorio.

### MÉTODO:

Análisis retrospectivo de los niños entre 1 mes y 14 años diagnosticados de meningitis aséptica en el servicio de urgencias desde enero del 2002 hasta diciembre del 2005. Consideramos meningitis aséptica cuando la tinción de Gram y el cultivo de líquido cefalorraquídeo es negativo. Se han revisado datos epidemiológicos, clínicos, de laboratorio y la actuación terapéutica en cada caso.

### RESULTADOS:

De los 78 casos con sospecha de meningitis vírica incluidos en el estudio encontramos 51 niños (65%) y 27 niñas (35%), siendo la época del año más frecuente la primavera (50% de los casos). Se ingresaron 52 casos (66.7%) y 26 (33.3%) se dieron de alta después de unas horas en la sala de observación. La edad media era de  $57.29 \pm 35.8$  meses. Comparando los dos grupos, se observa que la media de edad de los niños no ingresados era mayor que en los ingresados ( $72.46 \pm 32$  versus  $49.71 \pm 35.4$  meses,  $p < 0.007$ ) y que presentaban un menor porcentaje de fiebre (78.8% versus 73%), vómitos (70% versus 65%) e irritabilidad (19.2% versus 0%,  $p < 0.05$ ). La incidencia de cefalea (96% versus 63.5%,  $p < 0.05$ ) y rigidez (96% versus 73%,  $p < 0.05$ ) era superior en el grupo de los no ingresados. No se observan diferencias estadísticamente significativas en los parámetros analíticos sanguíneos y de líquido cefalorraquídeo entre ambos grupos. La media de días de ingreso en los hospitalizados fue de  $4,7 \pm 2,4$  días. Recibieron antibiótico 21 de los 52 casos ingresados (40%). No se presentaron complicaciones en ninguno de los dos grupos. Se reingreso un caso por reaparición de cefalea intensa. Durante el período de estudio no se infradiagnosticó ningún caso de meningitis bacteriana como meningitis aséptica (Gram y cultivos negativos en todos los casos). La mayoría de casos de los no ingresados siguieron control posterior por su pediatra en los primeros días.

### COMENTARIOS:

La meningitis aséptica es una patología frecuente en pediatría. El tratamiento y seguimiento de la mayoría de niños con meningitis aséptica es posible hacerlo de forma ambulatoria dando normas precisas de observación y seguimiento del proceso. Esto comporta una serie de ventajas como evitar la hospitalización y el tratamiento antibiótico innecesario en estos pacientes. En los pacientes en los que exista duda acerca de la etiología, el ingreso y la antibioterapia empírica son obligatorios.

## MANEJO DEL LACTANTE DE 30 A 90 DÍAS CON INFECCIÓN POR VIRUS INFLUENZA

J. Carrasco Colom, R. Lahoz Ramo, J.J. García García, S. Hernández Bou, T. Juncosa Morros\*, C. Luaces Cubells. Servicio de Pediatría. \*Servicio de Microbiología. Agrupació Sanitària Hospital Sant Joan de Déu-Clínic. Universitat de Barcelona.

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

Existen estudios que demuestran la baja incidencia de enfermedad bacteriana potencialmente grave (EBPG) en niños con algunas infecciones víricas reconocidas, pero los trabajos sobre la gripe en lactantes son aún escasos. Los objetivos de este estudio son: 1) analizar el manejo de los lactantes de 30 a 90 días con infección por *Influenza* en Urgencias, disponible en nuestro centro desde el año 2003 y 2) comparar la actitud durante dos períodos epidémicos consecutivos.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo de los lactantes entre 30 y 90 días atendidos en Urgencias a los que se solicitó el test de diagnóstico rápido para virus *Influenza* (*Directigen Flu A+B Becton Dickinson®*) en los dos últimos períodos epidémicos.

### RESULTADOS:

Se analizan 138 casos con una edad media de 55,82 días (DE:17,52 días). Presenta fiebre el 87%, con una temperatura máxima media de 38,6°C, y clínica respiratoria el 83,3%. El 93,5% presenta buen estado general en la evaluación inicial. Son diagnosticados de gripe 61 pacientes (44,2%). A estos se les solicitan menos analíticas sanguíneas (65,6% vs 80,5%; $p<0,05$ ), ingresan menos (9,8% vs 50,6%; $p=0,001$ ) y se les prescribe menos antibioticoterapia sistémica (3,3% vs 15,6%; $p=0,017$ ). En los 77 pacientes con test rápido negativo se detectan 4 infecciones del tracto urinario (ITU) y un caso de tos ferina, mientras que en los 61 pacientes diagnosticados de gripe se detectan dos ITU. Comparando la actitud ante el lactante con gripe durante los dos períodos epidémicos, se observa una menor indicación de analítica sanguínea (51,4% vs 84,6%; $p<0,007$ ), hemocultivo (45,7% vs 76,9%; $p<0,014$ ) y radiografía de tórax (0% vs 30%; $p<0,001$ ) en el segundo. No hubo diferencias en cuanto a indicación de ingreso o prescripción de antibioticoterapia sistémica.

### CONCLUSIONES:

La incidencia de EBPG en los lactantes diagnosticados de gripe es baja. La disponibilidad del test de diagnóstico rápido en Urgencias ha condicionado una actitud diagnóstico-terapéutica menos agresiva en aquellos con resultado positivo. Los resultados obtenidos en la primera temporada nos han permitido restringir la indicación de exámenes complementarios en la segunda.

**MORTALIDAD POR VARICELA EN ESPAÑA, PERIODO 1999-2003.**

A. Gil, P. Carrasco, J.M. Guillén, V. Hernández.

Departamento de Medicina Preventiva. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos, Madrid.

**ANTECEDENTES Y OBJETIVOS:**

La varicela es una enfermedad altamente contagiosa asociada a una elevada morbilidad. El objetivo de este estudio ha sido evaluar la mortalidad asociada a varicela en las distintas Comunidades Autónomas.

**MÉTODOS:**

Se ha realizado un estudio retrospectivo, utilizando como fuente de información el sistema nacional de vigilancia de datos hospitalarios Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD). Esta base de datos incluye las altas hospitalarias, con una cobertura del 97% de los ingresos registrados en hospitales públicos de España y utiliza la codificación de la Clasificación Internacional de Enfermedades en su 9ª revisión (CIE-9-MC). Se seleccionaron todos aquellos ingresos hospitalarios con un diagnóstico al alta de varicela (códigos CIE-9-MC 052.0-052.9, como cualquier diagnóstico al alta) con desenlace de muerte, notificados durante un periodo de 5 años (1999-2003). Para el cálculo de la mortalidad se utilizó la población obtenida a través de las proyecciones censales y ajustada a la cobertura del CMBD.

**RESULTADOS:**

Durante el periodo de 5 años analizado se notificaron un total de 8.924 hospitalizaciones y 82 muertes asociadas a varicela, lo que supone una media anual de 1.785 hospitalizaciones y 17 muertes, y una tasa de letalidad de 0,9%. En niños  $\leq 2$  años, de 3-5 años y de 6-10 años edad la mortalidad anual fue de 1,1, 0,5 y 0,3 muertes por 1.000.000, respectivamente. En todas las Comunidades Autónomas, excepto Cantabria y Navarra, se notificó algún caso de muerte asociada a varicela durante el periodo de estudio, oscilando el número de muertes entre 1 en Aragón, Asturias o La Rioja y 15 en la Comunidad de Madrid. En la tabla se muestra la distribución de las hospitalizaciones y muertes, así como la tasa de letalidad asociadas a varicela.

**CONCLUSIONES:**

En España se producen cada año aproximadamente 17 muertes asociadas a varicela, de las cuales el 15% corresponden a niños menores de 10 años.

**Tabla:** número de muertes y hospitalizaciones y tasa de letalidad por CC.AA. en el periodo 1999-2003

	1999-2003		
<b>Comunidad Autónoma</b>	<b>Muertes</b>	<b>Hospitalizaciones</b>	<b>Tasa de letalidad (%)</b>
Andalucía	10	1.715	0,6
Aragón	1	257	0,4
Asturias	1	288	0,3
Baleares	4	187	2,1
Canarias	6	232	2,6
Cantabria	0	138	0,0
Castilla la Mancha	2	431	0,5
Castilla León	6	390	1,5
Cataluña	5	1.436	0,3
Comunidad Valenciana	5	785	0,6
Extremadura	8	260	3,1
Galicia	10	510	2,0
Madrid	15	1.518	1,0
Murcia	4	245	1,6
Navarra	0	164	0,0
País Vasco	6	319	1,9
La Rioja	1	49	2,0
<b>Total</b>	<b>84</b>	<b>8.924</b>	<b>0,9</b>

## PREVALENCIA DE INFECCIÓN POR *MYCOPLASMA PNEUMONIAE* EN FARINGOAMIGDALITIS AGUDAS

M.Fernández de Sevilla Estrach, Y. Fernández Santervas, J.Alayeto Ortega\*, C. Muñoz Almagro\*, C. Luaces Cubells, J.J. García García.

Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. \*Servicio de Microbiología

Agrupació Sanitària Hospital Sant Joan de Déu-Clínic. Universitat de Barcelona.

### OBJETIVOS:

Existe controversia respecto al grado de implicación de *Mycoplasma pneumoniae* (*M. pneumoniae*) como agente causal de faringoamigdalitis aguda (FA). Estudios recientes le otorgan un papel emergente, demostrando algunos autores que algunos episodios de FA no estreptocócica se asocian a infección por *M. pneumoniae*. El objetivo del estudio es determinar el papel de *M. pneumoniae* en pacientes pediátricos con FA.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio prospectivo de pacientes diagnosticados clínicamente de FA en nuestro Servicio de Urgencias entre abril y junio del 2005. Consideramos FA la presencia de inflamación de faringe o amígdalas acompañada de fiebre y/o odinofagia. Se recoge muestra de exudado faríngeo para PCR *M. pneumoniae* en estos pacientes y en un grupo control de niños sanos visitados para un preoperatorio de cirugía menor.

### RESULTADOS:

Se incluyen 182 casos y 59 controles con paridad en cuanto a edad y sexo. La edad media es de 5,8 años (D.E 3,3 años). La PCR de *M. pneumoniae* es positiva en 7 de los casos (3,8% ,I.C 95% 1,5-7,7) y en ningún paciente del grupo control. De los 7 casos positivos, 6 son niños ( $p<0'05$ ). La edad media es de 5,5 años y la temperatura media de 39 °C. Presentan un cuadro catarral concomitante 5 de los 7 pacientes y 3 han tenido broncoespasmos anteriormente. Reconsultaron por persistencia de los síntomas 2 niños. Dos casos de las FA por *M. pneumoniae* habían presentado FA de repetición en los últimos 6 meses frente a 35 casos ( 20 % ) de las FA con PCR negativa (n.s.).

### CONCLUSIONES:

1. La incidencia de FA por *M. pneumoniae* es baja en nuestro medio.
2. En niños sanos (grupo control) todas las PCR *M. pneumoniae* son negativas por lo que ante una FA con PCR positiva debe valorarse su posible significado patológico.
3. No hemos encontrado asociación estadísticamente significativa entre FA recurrentes y FA por *M. pneumoniae*.
4. La FA por *M. pneumoniae* parece asociarse a cuadro catarral concomitante y antecedentes de broncoespasmos de repetición.

## REVISIÓN DE LA INFECCIÓN POR VIRUS EBSTEIN BARR (VEB) EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

N. Pumares Parrilla, F.J. Travería Casanovas, V.Pineda Solas, I. Sanfeliu Sala, S. Moya Villanueva,  
J. Costa i Colomer  
Servicio de Medicina Pediátrica. Hospital de Sabadell. Corporació Parc Taulí. Sabadell

### OBJETIVOS:

Analizar los motivos de consulta, hallazgos en la exploración física, datos analíticos y evolución de los casos de infección por VEB diagnosticados en el servicio de urgencias de nuestro centro con el objetivo de mejorar su asistencia

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Realizamos una revisión retrospectiva de pacientes <16 años con infección aguda por VEB (anticuerpos IgM anti-VEB positivos) diagnosticados en los años 2004 y 2005.

### RESULTADOS:

Durante los 2 años estudiados, se han realizado 92.256 visitas en el servicio de urgencias y se han diagnosticado 92 casos de infección por VEB (0.1% del total), siendo la edad media de 6.84 años. No existen diferencias significativas respecto al sexo y a la estación del año. Un 40.98% de los casos estaban con tratamiento antibiótico. Analizando el motivo de consulta, un 73.77% consultó por fiebre, un 32.79% por adenopatías, un 21.31% por odinofagia, un 19.67% por astenia y un 9.84% por exantema cutáneo. En cuanto a la exploración física se observaron adenopatías en un 68.85% de los casos, exudados amigdalares en un 47.54%, hepatomegalia y/o esplenomegalia en un 45.9%, edema parpebral en un 14.75% y exantema cutáneo en un 9.84%. Los resultados analíticos mostraron un 73.9% de linfocitosis absoluta o relativa y un 56.5% de linfocitosis atípica. La PCR fue > 4 mg/dL en el 13.16% de los casos y en un 63% las transaminasas fueron > 50 U/L. En un 73.91% de los casos los anticuerpos IgG anti-VEB fueron negativos. El Paul Bunnell fue positivo en el 60.86% de los casos, siendo el 73.21% de éstos niños mayores de 5 años. El 80% de los falsos negativos de esta prueba fue realizada a menores de 5 años, teniendo este valor significación estadística (prueba Chi-Cuadrado,  $p < 0.001$ ). Tres pacientes fueron ingresados por presentar complicaciones, teniendo una evolución favorable

### CONCLUSIONES:

La infección por VEB es una causa frecuente de prescripción de antibiótico de forma errónea. Suele ser un proceso leve y autolimitado. La clínica más frecuente consiste en fiebre y adenopatías seguida por odinofagia y astenia.

Es sugestivo de infección por VEB la linfocitosis, la presencia de linfocitos atípicos y una PCR y transaminas discretamente elevadas. Una PCR elevada no descarta la infección por VEB. El Paul Bunnell se debería obviar en los pacientes menores de 5 años

**SARAMPIÓN: ESA ENFERMEDAD CASI OLVIDADA**

M Santana Hernández, MP Bas Suárez, S Todorcevic, A Bello Naranjo, E. Collino,

E González Díaz

Unidad de Urgencias Pediatría. Hosp.. Univ. Materno-Infantil de Canarias, Las Palmas de GC

**OBSERVACIONES CLÍNICAS:**

Varón de 7 años ingresado por neumonía basal izquierda comenzada 7 días antes con rinorrea, tos con flema, enrojecimiento ocular, dificultad respiratoria, fiebre y 48 horas antes exantema no pruriginoso maculo-popular que comienza en espalda generalizándose después. Había recibido tratamiento con Augmentine® (4 días) y Farmaproína® (1 dosis). Antecedentes personales: inmunización correcta (2 dosis de SARUPA). Pruebas complementarias: Hemograma= 13300 leucos (67% neutrófilos/17% linfocitos/8.7% monocitos/7.1% eosinófilos); VSG= 80mm/h. Anticuerpos antiestreptolisina, orina y hemocultivo, mantou, frotis faríngeo, y urocultivo normales. Radiografía de tórax= condensación parenquimatosa basal izquierda. Virus sarampión (cultivo celular) e IgM por EIA positivos. Tratamiento: Cefotaxima (2 días); Polramine® y Amoxiglavulánico (durante 8 días); Azitromicina (4 días). Alta a los 8 días del ingreso con diagnóstico de NBI y sarampión, continuando 2 días más con Amoxiglavulánico (7,5 ccVO/8h durante 2 días más).

Varón de 20 meses que ingresa con fiebre de 3 días de hasta 39,5°C, deposiciones líquidas de 48 horas de evolución. Previamente tuvo una conjuntivitis con leve exudado. A los 6 días comienza con exantema,

labios rojos no fisurados, orofaringe hiperémica con vesículas puntiformes continuando con regular estado general, fiebre alta y diarrea. Bien inmunizado (1 dosis de SARUPA). Pruebas complementarias:

Hemograma 10800 leucos (45.2% neutrófilos/40.4% linfocitos/12.6% monocitos); VSG= 87mmHg;

Bioquímica, enzimas hepáticas, fosfatasa alcalina, orina, cultivo de virus frotisfaríngeo, coprocultivo, y radiografía de tórax negativos. Serología vírica, IgM para sarampión positiva. Tras 9 días de ingreso es dado de alta con el diagnóstico de gastroenteritis aguda y sarampión.

**CONCLUSIÓN:**

La incidencia del sarampión en Canarias se ha visto influenciada por la aplicación del programa de vacunación. El objetivo fundamental para su eliminación es la detección rápida de la circulación del virus en la población. El laboratorio es fundamental para confirmar los casos, siendo la técnica común los anticuerpos IgM contra el sarampión.

**SEGUIMIENTO DE LAS INFECCIONES DE ORINA FEBRILES TRATADAS CON CEFIXIMA ORAL.**

P. Galán del Río, A. Andrés Olaizola, J. Sánchez Etxaniz, M. Santiago Burruchaga, B. Azkunaga Santibañez, I. Iturralde Orive.

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

**OBJETIVOS:**

Conocer la evolución de las Infecciones de Orina (IO) febriles tratadas ambulatoriamente con cefixima oral.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio prospectivo de las IO febriles atendidas del 1/3/5 al 15/9/5 tratadas con cefixima. Recogida de datos en la 1ª visita. Seguimiento telefónico en la 1ª semana, a los 3 y 6 meses. Revisión de historia clínica. Estudio estadístico con el programa SPSS.

**RESULTADOS:**

124 episodios (86 niñas y 38 varones). Edad media 23.2 meses (3-144), 81% menos de 24. Antecedentes de malformaciones urinarias 26 (21%), IO previas 34 (27%), recibían profilaxis 15 (12%). Fiebre media 39.2°C. Cifra media de leucocitos/mm<sup>3</sup> en sangre 17.518, y de PCR 8.47 mg/dl. Gérmenes aislados: E. Coli 115 (92.7%), P. Mirabilis 6 (4.8%). Resistencias antibióticas: cefixima: 5 gérmenes (4%), 2 productores de BLEA, 4 tenían antecedentes de nefropatía e IO previas; amoxicilina-clavulánico 10 (8.1%); septrim 17 (13.7%). Trece casos (10%) estuvieron unas horas en la Unidad de Observación (UO), recibiendo tratamiento con ceftriaxona parenteral. La tolerancia oral a cefixima fue considerada por los padres como buena en el 96%. En un 89% de los casos la fiebre cedió en menos de 48 horas. Reconsultaron 13 casos (10%): 10 por persistencia de la fiebre y 3 por mala tolerancia oral. Tras nueva valoración no se consideró ingreso hospitalario en ninguno, aunque 3 (23%) se mantuvieron unas horas en la UO.

**COMENTARIOS:**

1. La evolución clínica de las IO febriles tratadas ambulatoriamente con cefixima se puede considerar como satisfactoria. Algunos casos precisaron una dosis inicial de ceftriaxona parenteral.
2. Cefixima ha confirmado tener una alta sensibilidad (96%) para los gérmenes más habituales en las IO, con una buena tolerancia oral.
3. Las resistencias aumentan ligeramente en los casos de antecedentes de nefropatía e IO previas, aunque con buena evolución clínica.
4. La fiebre cedió en el 89% de los casos en menos de 48 horas.
5. Aunque reconsultaron el 10% de los casos, no se consideró el ingreso hospitalario en ninguno de ellos.

## UN CASO DE MENINGITIS BACTERIANA POSPUNCIÓN LUMBAR

Departamento de Pediatría, Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria, S/C Tenerife  
S. Roper, E. Rodríguez, CL. Marrero, S. Romero, , A. Ibáñez, A. Gonzalez

### FUNDAMENTO Y OBJETIVOS:

El *Staphylococcus epidermidis* forma parte de la flora habitual de la piel pudiendo producir meningitis en pacientes sometidos a neurocirugía, traumatismos, punción lumbar o en pacientes con derivaciones de líquido cefalorraquídeo (LCR).

### OBSERVACIONES CLÍNICAS:

Paciente mujer de 6 años sin antecedentes de interés con cuadro de 72h de evolución consistente en cefalea, vómitos, fiebre y somnolencia. Presenta buen estado general con una exploración neurológica rigurosamente normal. Ante la clínica sugestiva de meningitis se realiza una punción lumbar obteniendo un LCR claro, 50 leucocitos/mm<sup>3</sup> (60% Neutrófilos, 40% Mononucleares), glucorraquia y proteinorraquia normales. La tinción de Gram, las aglutinaciones y el cultivo fueron negativos. Con el juicio clínico de meningitis de probable etiología vírica (Score de Boyer: 1 punto) se mantiene en observación con sueroterapia y antitérmicos. Su estancia hospitalaria transcurre sin complicaciones decidiéndose su alta a las 48h con leve raquialgia postpunción.

A los 2 días del alta reacude al servicio de urgencias por cuadro de 2 horas de evolución consistente en aumento de la raquialgia junto con rigidez de nuca, cefalea intensa, vómitos proyectivos y fiebre.

A la exploración física se objetiva mal estado general, palidez de piel sin exantemas ni petequias y marcada rigidez de nuca con dolor a la movilización del cuello. En esta ocasión el LCR fue turbio, con 4120 leucocitos/mm<sup>3</sup> (80% Neutrófilos, 20% Mononucleares), glucosa=21mg/dl, proteínas=2'33g/l. En la tinción de Gram no se objetivaron microorganismos y las aglutinaciones fueron negativas. Ante un Score de Boyer de 6 puntos se inició antibioterapia con cefotaxima endovenosa. El cultivo del LCR fue positivo para *Staphylococcus epidermidis* decidiéndose añadir vancomicina endovenosa objetivándose una clara mejoría de la paciente con desaparición de la fiebre. Con el diagnóstico de Meningitis Bacteriana por *Staphylococcus epidermidis* fue dada de alta asintomática tras 14 días de ingreso hospitalario.

### COMENTARIOS:

La punción lumbar no es una técnica exenta de complicaciones, y al realizarla debemos asegurara una correcta asepsia para evitar las posibles infecciones yatrogénicas.

## DERMATOSIS NEUTROFÍLICA ATÍPICA CON AFECTACIÓN MULTIORGÁNICA

N.Iglesias, M.Clemente, D.Bodet\* , V.García-Patos, R.Cebrián\*\*, A.Carrascosa.  
Servicio Pediatría General. \*Servicio Dermatología. \*\*Urgencias pediátricas. Hospital-Vall d'Hebrón. Barcelona

### INTRODUCCIÓN:

La dermatosis neutrofílica es infrecuente en pediatría, pudiendo asociar alteración sistémica. Presentamos un caso con afectación multiorgánica, con buena respuesta al tratamiento corticoideo.

### CASO CLÍNICO:

Niño de 15 meses remitido a urgencias por fiebre, malestar general y distensión abdominal, tras cuadro de deposiciones sanguinolentas previo, habiendo recibido cotrimoxazol.

*Antecedentes familiares:* enfermedad Von-Willebrand paterna.

*Antecedentes personales:* atopia, ectopia renal izquierda y retraso psicomotor-pondoestatural estudiado desde los 7 meses.

Exploración física: pápulas rosadas en tronco y muslos, abdominalgia a la palpación. Laboratorio: leucocitosis, neutrofilia y proteína-C-reactiva alta. Tras obtener cultivos de sangre, orina y líquido cefalorraquídeo se inicia tratamiento con cefotaxima. Ecografía abdominal: adenitis mesentérica llamativa. Coprocultivo: Campylobacter y Adenovirus. Resto de cultivos negativos.

Desde el ingreso las lesiones cutáneas progresan rápidamente hacia nódulos violáceos dolorosos de 1-3cm. Tres días después los nódulos subcutáneos confluyen formando grandes placas purpúricas, infiltradas, dolorosas, con vesículas-ampollas tensas sero-hemorrágicas superficiales que posteriormente se rompen formando úlceras profundas. Ante la rápida evolución se realiza aspirado medular (AMO) que descarta proceso hematológico maligno, y biopsia cutánea, observándose infiltrado inflamatorio neutrofílico marcado en dermis-hipodermis con estudio microbiológico negativo. Simultáneamente aparece síndrome de respuesta inflamatoria sistémica con inestabilidad hemodinámica, distres respiratorio, hipoxemia leve y empeoramiento analítico (pancitopenia, hipoalbuminemia, coagulopatía de consumo, proteína-C-reactiva persistentemente elevada). Tomografía-axial-computerizada torácica: infiltrado intersticial. Se amplía la cobertura antibiótica sin observarse mejoría; por sospecha de enfermedad neutrofílica sistémica se inicia tratamiento con metilprednisolona. Tras 48 horas presenta mejoría clínico-analítica con normalización de parámetros de inflamación y coagulación, curándose las lesiones en 4 semanas. *Estudio etiológico:* despistaje de metabolopatías, estudio de inmunidad celular-humoral, AMO y estudio de autoanticuerpos negativos. Como desencadenante del cuadro sólo encontramos la enteritis (Campylobacter) y la administración de cotrimoxazol.

### COMENTARIOS:

Ante lesiones cutáneas sugestivas y disfunción multiorgánica, se debe descartar enfermedad neutrofílica sistémica dada su respuesta al tratamiento corticoideo. Es preciso realizar despistaje etiológico exhaustivo dadas las múltiples patologías asociadas.

## VAGINITIS Y PERITONITIS POR *S.PNEUMONIAE* EN UNA NIÑA PREPUBERAL

G.Pujol Muncunill; J.Traveria Casanovas; V.Pineda Solas; P.Obiols Arderius; M Vilà de la Muga; L Batalla Fadó; S.Moya Villanueva. Servicio de Pediatría. Hospital de Sabadell. Corporación Parc Taulí. Sabadell (Barcelona).

### INTRODUCCIÓN:

La vulvovaginitis es el problema ginecológico más frecuente en la niña prepupal. La etiología en la mayoría de casos es inespecífica aunque puede estar causada por agentes bacterianos específicos que normalmente provienen del tracto respiratorio superior. Los más frecuentes son *S.pyogenes* y *H.influenzae*. La vulvovaginitis por *S.pneumoniae* es una infección excepcional en la niña prepupal y una causa excepcional de peritonitis. Presentamos el caso de una niña prepupal que presentó dos episodios de vaginitis con peritonitis primaria por *S.pneumoniae*.

### CASO CLÍNICO:

Niña de 5 años previamente sana que consulta a urgencias por dolor abdominal difuso, fiebre y flujo vaginal hemorrágico-purulento de 24 horas de evolución con signos de irritación peritoneal a la exploración. En la analítica destaca leucocitosis y una PCR de 11,8 mg/dl. Se realiza ecografía abdominal observando dilatación de asas intestinales sin otros hallazgos significativos y se recoge cultivo vaginal. Ante la sospecha de peritonitis primaria se opta por una actitud expectante, iniciando tratamiento con cefotaxima endovenosa que se mantiene 12 días con resolución del episodio. El cultivo vaginal muestra crecimiento de *S.pneumoniae*. Veinte meses más tarde, consulta a urgencias por nuevo cuadro de dolor abdominal con fiebre alta, aspecto tóxico y aumento de flujo vaginal. En esta ocasión, presenta dolor intenso a la palpación con defensa abdominal de predominio en fosa ilíaca derecha (FID). En la analítica se observa leucocitosis y aumento de reactantes de fase aguda. Se realiza ecografía que muestra líquido libre en Douglas. Valorada por cirugía pediátrica se realiza laparotomía de urgencia observando salida de pus abundante de cavidad peritoneal compatible con peritonitis, con trompas y ovarios de características inflamatorias. Se realiza cultivo vaginal, de sangre y de líquido peritoneal aislando *S.pneumoniae*. Estudio inmunitario completo negativo. Se administra antibioterapia endovenosa con resolución completa del cuadro.

### COMENTARIOS:

La vaginitis neumocócica, en niñas prepupales, es un cuadro clínico muy infrecuente que puede cursar con peritonitis primaria. Aunque la peritonitis primaria representa menos de un 2% de los casos de abdomen agudo en el niño, debe formar parte del diagnóstico diferencial ante todo niño que presente clínica de peritonitis ya que su tratamiento es esencialmente médico, necesitando cirugía en raras ocasiones.

## NEONATO CON SOSPECHA DE INFECCIÓN Y GRIPE .¿ DEBEMOS MODIFICAR NUESTRA ACTITUD?

J. Carrasco Colom, R. Lahoz Ramo, S. Hernández Bou, T. Juncosa Morros\*, C. Luaces Cubells, J.J. García García, Servicio de Pediatría. \*Servicio de Microbiología. Agrupació Sanitària Hospital Sant Joan de Déu-Clínic. Universitat de Barcelona.

### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

El manejo del neonato con sospecha de infección en Urgencias es frecuentemente agresivo, debido a las características propias de este grupo de edad. Existen estudios que demuestran la baja incidencia de enfermedad bacteriana potencialmente grave (EBPG) en niños con algunas infecciones víricas reconocidas. Nuestro objetivo es describir las características clínicas y analíticas diferenciales de los neonatos con sospecha de infección y finalmente diagnosticados de gripe.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo de los neonatos atendidos en Urgencias con sospecha de infección a los que se solicitó el test de diagnóstico rápido para virus *Influenza (Directigen Flu A+B Becton Dickinson®)* en los dos últimos períodos epidémicos.

### RESULTADOS:

Se analizan 47 casos con una edad media de 18 días (DE:1,9 días). Presentan fiebre el 68,1% y clínica respiratoria el 70,2%. El 91,5% presenta estado general conservado. Son diagnosticados de gripe 20 pacientes (42,6%). Estos presentan más frecuentemente fiebre (85% vs 55,6%;  $p=0,03$ ) y ambiente epidémico familiar (75% vs 40,7%;  $p<0,02$ ) y menos dificultad respiratoria (0% vs 22,2%;  $p<0,031$ ). Ningún paciente con gripe presenta leucocitosis  $>15.000/mm^3$  (0% vs 37,5%;  $p=0,02$ ) y sólo uno PCR $>10$  mg/L (5% vs 39%;  $p=0,01$ ). No se observan diferencias en el manejo diagnóstico-terapéutico en Urgencias ante los pacientes en función del resultado del test rápido. Los pacientes con gripe tuvieron una menor estancia media hospitalaria (3 días vs 4,75 días;  $p<0,002$ ). No se detecta ninguna EBPG entre los diagnosticados de gripe, mientras que se objetivan 5 infecciones del tracto urinario en el otro grupo. En los neonatos diagnosticados de gripe, se observa una menor prescripción de antibióticoterapia sistémica durante el segundo período epidémico del estudio (22,2% vs. 77,8%;  $p=0,022$ ).

### CONCLUSIONES:

Los neonatos con gripe presentan ciertas características clínicas diferenciales y parámetros analíticos de infección sin alteraciones. En nuestra serie la incidencia de EBPG es nula. Todo ello nos lleva a considerar la posibilidad de tomar una actitud menos agresiva en estos pacientes.

## INFECCIONES OPORTUNISTAS EN SÍNDROME DE WEST TRATADO CON ACTH.

Avellón Liaño H., Fariñas Salto M. , Hernando M. , Santos Sebastián M., Botrán M, Navarro Gómez M.

Hospital Infantil Gregorio Marañón.Servicio de Urgencias

### INTRODUCCIÓN:

El síndrome de West es un síndrome epiléptico del lactante caracterizado por espasmos musculares en flexión y electroencefalograma con hipsarritmia. Una de las terapias más empleadas es la hormona adrenocorticotropa (ACTH) y derivados. Pese a la notable mejoría del pronóstico y calidad de vida de estos pacientes, no está exenta de efectos adversos, como las infecciones por gérmenes oportunistas.

### RESUMEN:

#### *Caso 1:*

Lactante de 6 meses diagnosticado de Síndrome de West criptogénico tratado en pauta descendente durante un mes con tetractósido acude a Urgencias por rechazo de tomas y fiebre de dos días de evolución. Ante la afectación de su estado general y dificultad respiratoria (taquipnea y tiraje subcostal moderados, con auscultación de crepitantes en ambas bases pulmonares) ingresa en Cuidados Intensivos. Se realiza analítica (24600 leucocitos, 70% de neutrófilos, PCR 36.9 mg/dl) y radiografía torácica (infiltrados alveolares bilaterales), y se inicia tratamiento con Cefotaxima y Teicoplanina intravenosos; cambiándose a las 24 horas por Trimetoprim-sulfametoxazol ante aspirado bronquial positivo para *Pneumocystis jirovecii*, con buena evolución y traslado a planta al 11º día de ingreso.

#### *Caso 2:*

Lactante de 5 meses tratada con ACTH y corticoides desde los 50 días de vida por Síndrome de West refractario, con gastroenteritis de un mes de evolución, que ingresa en Cuidados Intensivos procedente de Urgencias por cuadro de Shock (mal estado general, tensión arterial 45/28 mmHg y taquicardia 175 latidos/minuto). En la analítica inicial destaca: leucocitos 8300 con 63.4% de granulocitos, urea 231 mg/dl, creatinina 0.6 mg/dl, ácido úrico 15.5 mg/dl y PCR 4.6 mg/dl. Presenta mala evolución hacia fracaso multiorgánico y exitus en 24 horas, observándose crecimiento posterior de estafilococo coagulasa negativo en los hemocultivos.

### CONCLUSIÓN:

El tratamiento prolongado con ACTH causa inmunosupresión celular; aunque actualmente no se realiza de rutina, la quimioprofilaxis podría ser recomendable ante el riesgo de infecciones oportunistas en dichos pacientes.

### **MALARIA: UNA PATOLOGÍA EMERGENTE EN LA URGENCIA PEDIÁTRICA**

R. González Escudero, L.I González Granado, M.I González Tomé, P. Rojo Conejo, S.Negreira Cepeda, G. López González  
Departamento de Pediatría. Hospital 12 de Octubre. Madrid

#### **OBJETIVOS:**

Revisar la prevalencia de malaria en menores de 15 años en un Hospital terciario de Madrid entre mayo de 1998 y septiembre del 2000.

#### **RESULTADOS:**

Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo. Se encontraron 15 casos. 8 de ellos varones, mediana de edad 57 meses (7, 161). Todos de raza negra. El 47% eran españoles, el 53% africanos. El 75% no habían realizado profilaxis. Un 27% habían tenido paludismos previos. El 40% tenían un calendario vacunal incompleto. El 13% había recibido la vacuna BCG. El 93 % presentaron fiebre, mediana 39,5º (38,3, 41).

La mediana de tiempo de fiebre previo al ingreso fue de 6 días (1,10). La mediana de tiempo hasta quedar afebriles tras iniciar tratamiento fue de 48 horas (4,96).El 40% presentaron síntomas catarrales, el 80% digestivos y el 27 % clínica neurológica, 3 de ellos cefalea y 1 de ellos encefalopatía leve. El 13% tuvieron formas graves de paludismo, ingresando en UVI. El 87% presentó esplenomegalia y el 80% hepatomegalia. El 13% tuvo ictericia, el 26%, palidez. Se encontró P. Falciparum en el 80%, P. Malarie en el 6,6% y parasitación mixta en el 13,3%, por P. Falciparum asociado a P. Vivax y P. Malarie. En 1 paciente hubo hipoglucemia. El 37% presentaron déficit de G6PDH. El 60% recibieron tratamiento con halofantrina, quinina+clindamicina/ doxiciclina el 20%, y atovuona- proguanil el 13%.

En el 26% se encontraron otras infecciones asociadas en forma de parasitemia intestinal, gastroenteritis por Salmonella Enterica, y primoinfección tuberculosa. En el 13% casos hubo diagnósticos erróneos de síndrome febril sin foco previos al ingreso. En 1 caso se encontró toxicidad: prolongación del QT en el EEG tras recibir halofantrina. Todos los casos evolucionaron favorablemente y sin presentar secuelas.

#### **CONCLUSIONES:**

Se ha producido un claro incremento en el número de casos de paludismo importado en los últimos años. Debe realizarse este diagnóstico diferencial ante un cuadro febril en pacientes de riesgo. Es frecuente la aparición de otras patologías infecciosas en estos pacientes que se deben investigar.

**BROTE DE MIOSITIS ASOCIADO A VIRUS DE LA GRIPE**

P. Corcuera Elosegui, V. Cancela Muñiz, A. Arrizabalaga Van Remortere, M. Leunda Iruretagoyena,  
J. A. Muñoz Bernal, J. Landa Maya  
Urgencias de Pediatría. Hospital Donosita. San Sebastián

**INTRODUCCIÓN:**

La miositis viral aguda (MVA) es un cuadro de instauración brusca consistente en mialgias y debilidad muscular de predominio en miembros inferiores, que dificulta la deambulación. La etiología viral causante es amplia, siendo el virus Influenza el máximo responsable.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Presentamos 14 casos de miositis viral aguda detectados en el servicio de Urgencias Pediátricas de nuestro Hospital en un periodo de 2 meses y medio (1-1-06 a 15-3-06) coincidiendo con el brote epidémico de gripe en la población general.

Se pudo obtener confirmación etiológica en 9 de los casos (64%); por técnica de PCR y/o cultivo de aspirado nasofaríngeo. La etiología correspondió en 7 casos a Influenza B y en 2 a Influenza A. La edad media de presentación fue de 6,3 años y predominó la afectación en el sexo masculino 11 casos (78%).

Clínicamente todos presentaban mialgias de predominio en extremidades inferiores y afectación en diverso grado de la marcha. Presentaban fiebre durante la exploración 6 de los 14 casos y ninguno presentaba ausencia de reflejos osteotendinosos.

Se realizó estudio de la creatinfosfoquinasa total en 12 de los pacientes con un valor medio de 1995 U/L.

Hemograma: leucopenia (< 4500/ mcr) presente en 5 de los pacientes analizados y linfocitosis relativa en 8 de ellos.

Solo uno requirió ingreso por presentar una neumonía asociada al cuadro gripal.

La evolución de la miositis en todos los casos fue a la curación espontánea con tratamiento sintomático.

**COMENTARIOS:**

La MVA por influenza es una entidad relativamente infrecuente pero que debe de contemplarse como primera opción diagnóstica en el contexto epidemiológico estacional de la gripe.

Debemos plantearnos no obstante su diagnóstico diferencial con otras entidades de mayor gravedad como el S. de Guillain-Barré.

La evolución benigna y rápida exclusivamente con tratamiento sintomático de esta entidad.

## SACROILEÍTIS INFECCIOSA AGUDA: A PROPÓSITO DE 2 CASOS

Gil Sáenz FJ, Goñi Orayen MC, Heranz Aguirre M, Rodríguez Ozcoidi J, Etayo Etayo V, Baranda Areta VJ\*

Servicio de Pediatría y Servicio de Traumatología infantil\*. Hospital Virgen del Camino, Pamplona.

### INTRODUCCION:

La sacroileítis infecciosa es una enfermedad muy poco frecuente en niños. La mayor incidencia se da en escolares, aunque pueden afectarse niños pequeños. El germen más habitual suele ser el *Staphylococcus aureus*.

### CASOS CLINICOS:

#### Caso 1:

Niño de 7 años que acude a urgencias por dolor intenso en zona glútea y extremidad inferior derecha, de 48 horas de evolución, que irradia a espalda, despierta por la noche y no cede con analgesia. Se acompaña de fiebre y no existe antecedente traumático ni otra sintomatología acompañante.

En urgencias se aprecia un importante dolor a la palpación y movilización de cadera derecha, sin que existan masas palpables. El resto de la exploración era anodina.

En la analítica existía leucocitosis y PCR de 2,73 mg/dl. El sedimento urinario, hemocultivos, serologías y HLA-B27 eran negativos. La radiología simple, ecografía y TAC abdomino-pélvicos eran normales. En la gammagrafía se apreciaban hallazgos sugestivos de sacroileítis infecciosa derecha. La RMN confirmaba las alteraciones a este nivel. Al tratamiento inicial antiinflamatorio-analgésico, que no había producido mejoría se añadió cefotaxima y cloxacilina i.v durante 7 días y posteriormente amoxicilina-clavulánico oral, con buena evolución.

#### Caso 2:

Niño de 15 meses de edad que acude por llanto e irritabilidad persistente de 3 días de evolución. Presentaba una importante cojera y llanto inconsolable con la deambulación. Los exámenes complementarios mostraron leucocitosis, PCR de 7,72 mg/dL y VSG 1ª hora: 79 mm. Aunque los hemocultivos fueron negativos y la radiología normal, en la gammagrafía ósea se apreciaban hallazgos sugestivos de sacroileítis infecciosa. Fue tratado con cloxacilina endovenosa durante 13 días y al alta por vía oral, con buena evolución.

### COMENTARIOS:

La sacroileítis infecciosa es una enfermedad rara en la edad pediátrica y su diagnóstico suele ser tardío. En estos niños las características del dolor, de localización e intensidad poco habituales pueden ayudar en la sospecha clínica. La gammagrafía ósea y/o la resonancia confirmarán el diagnóstico. El tratamiento empírico precoz suele garantizar un buen pronóstico.

## OSTEOMIELITIS SUBAGUDA O TUMOR ÓSEO

L Arranz Arana, E Zuazo Zamalloa, E Blarduni Cardón, Mª José Azanza Legorreta, Mª Elvira Palacios López, J Caso Martínez  
Hospital Zumarraga. Servicio Pediatría. Gipuzkoa.

### INTRODUCCIÓN:

La osteomielitis subaguda primaria es un proceso infeccioso del hueso cuyo diagnóstico diferencial con tumores óseos ofrece dificultad. Su abordaje es controvertido: bien intervencionista (biopsia) o conservador (médico).

#### *Caso clínico 1:*

Niña de 2 años y medio con dolor y cojera de 15 días. Afebril. BEG. Rodilla izquierda con tumefacción sin eritema ni derrame articular. Movilidad activa y pasiva limitada. Analítica: Hb 13,6 gr/dl; Hto 36%; leucocitos 9500; PCR < 0,3 mg/dl; VSG 50 mm/h. Hemocultivo negativo. Mantoux 2u (-). Rx rodilla: imagen lítica en epifisis distal de fémur izquierdo, bordes esclerosos con discontinuidad en zona articular. RNM lesión intraósea en cóndilo interno 1,8cm x 1,8cm x 1cm. Evolución: se plantea intervención quirúrgica que se pospone por mejoría clínica a las 48 horas de iniciada antibioterapia ev. (cloxacilina + cefotaxima).Curso favorable.

#### *Caso clínico 2:*

Niña de 3 años con tortícolis de 3 semanas. Tratada con amox-clavulánico oral 10 días por cuadro respiratorio. Afebril. BEG. Limitación a la movilidad con cuello en flexión. Leucocitos 6800; PCR 0,5 mg/100ml; VSG 26 mm/h. Rx cráneo: normal. RMN: proceso inflamatorio en articulación atloaxoidea izquierda. Múltiples ganglios en cadena cervical posterior. TAC helicoidal: lesión de partes blandas 3,9 x 1,3 cms, moldeada a la escama del occipital con importante lesión lítica polilobulada. Evolución: en espera de completar estudio preoperatorio para curetaje de lesión es tratada con antibióticos. Se pospone cirugía por resolución parcial. A los 3 meses resolución completa.

### COMENTARIOS:

Dado que los signos clínicos y de laboratorio son inespecíficos y los estudios de imágenes no concluyentes, compatibles tanto con procesos infecciosos como con tumorales (condroblastoma, granuloma eosinófilo, tumor de Edwing...) es reconocida su dificultad diagnóstica. Algunos autores indican la necesidad de biopsia quirúrgica aunque para otros la sola antibioterapia sería efectiva para la osteomielitis.

### CONCLUSIONES:

El tratamiento conservador con antibióticos debería ser la primera opción terapéutica y la biopsia y/o curetaje quedarían reservados para aquellos casos en los que no hay respuesta a la antibioterapia o muestren lesiones radiológicas agresivas.

## ADENOPATÍAS EN URGENCIAS: MOTIVOS DE INGRESO, RENDIMIENTO DE LOS ESTUDIOS REALIZADOS Y REVISIÓN DE SU MANEJO DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO.

MQ Soler Campins, F Ferrés Serrat, E Alcocea Cruixent\*, F Salvá Armengot\*

Servicios de Pediatría y Microbiología\*. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca

### INTRODUCCIÓN:

La mayoría de linfadenopatías en la infancia están relacionadas con cuadros benignos y muchos de ellos autolimitados. A pesar de ello, por su potencial etiología grave, especialmente de origen tumoral, son un motivo de consulta frecuente tanto al pediatra de atención primaria como al pediatra de urgencias.

### OBJETIVOS:

- 1- Conocer los motivos de ingreso de niños con adenopatías.
- 2- Conocer la etiología cuando ésta ha podido ser identificada y la prueba diagnóstica.
- 3- Conocer los tratamientos instaurados.
- 4- Conocer las exploraciones complementarias (EC) realizadas y su rendimiento diagnóstico.

### METODOLOGÍA:

Estudio retrospectivo descriptivo. Se analizaron los informes de urgencias y las historias clínicas de los niños menores de 15 años visitados en urgencias de nuestro hospital durante el periodo comprendido entre el 1 abril del 2004 y el 30 de noviembre del 2005 y cuyo motivo de consulta o hallazgo principal fue adenopatía/adenitis/adenoflemón.

### RESULTADOS:

Se revisaron un total de 213 pacientes, de los cuales al 11,7% (25/213) se indicó hospitalización. Estos niños tenían una edad media de 3 años y 7 meses, con un rango entre 3 meses y 9 años y 10 meses. Los motivos de ingreso fueron: 16 casos sospecha de adenitis bacteriana (AB) (por la edad, analítica sanguínea, fiebre alta y/o afectación del estado general), 7 casos adenoflemón y 2 por sospecha clínica de malignidad. Etiología identificada en el 28% (7/25) de los pacientes ingresados: 3 *S. pyogenes* en test de diagnóstico rápido (TDR) y cultivo de frotis faríngeo (FF), 2 infecciones por *Virus Epstein-Barr* (IVEB) por IgM sérica positiva y 2 cultivos positivos del contenido de adenoflemón (1 *S. pyogenes* y 1 BGN anaerobio). Del 88,3% (188/213) de pacientes no ingresados (edad media de 5 años y 2 meses y rango entre 4 meses y 14 años): el 61,7% (116/188) recibieron tratamiento antibiótico y al 53,2% (100/188) se les practicó alguna EC con el siguiente desglose: 75 hemogramas con bioquímica sanguínea, 62 serologías, 42 Mantoux, 32 TDR de *S. pyogenes* en FF, 24 radiografías de tórax (ninguna aportó elementos diagnósticos), 23 cultivos bacterianos de FF, 7 ecografías y 1 punción aspiración con aguja fina (PAAF). Se identificó el presunto agente etiológico al 14% (14/100) de los pacientes estudiados: 5 IVEB y 4 infecciones por adenovirus por diagnóstico serológico, 4 faringoamigdalitis estreptocócicas por FF (TDR confirmado por cultivo), 1 leishmaniasis cutánea (botón de oriente) diagnosticado por frotis de la lesión cutánea y por serología; en total 5 causas tratables (el 5% de los pacientes estudiados); hubo un Mantoux positivo del que no disponemos de información ulterior.

### COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:

- 1- Los pediatras de urgencias se están convirtiendo en auténticos expertos/especialistas en niños con adenopatías preocupantes (para los padres o para su médico).
- 2- La inmediatez y fácil disponibilidad de toda una serie de EC y el seguimiento ambulatorio que podemos realizar de estos pacientes sin necesidad de ingresarlos explica que podamos ser los consultores ideales de esta patología para muchos médicos y pediatras de atención primaria.
- 3- Todos los servicios de urgencias deben disponer de protocolos diagnóstico-terapéuticos bien precisos para poder manejar de forma eficiente a estos pacientes.
- 4- A la vista del elevado número de tratamientos antibióticos instaurados y del poco rendimiento diagnóstico de muchas de las EC que solicitamos deberíamos reformular y concretar mejor la secuencia de EC a realizar y las indicaciones de antibioterapia.

## LA PUNCIÓN LUMBAR EN URGENCIAS

M. Leunda Iruretagoyena, M. Estevez Domingo, A. Arrizabalaga Van Remortere, J. Landa Maya, JA. Muñoz Bernal, A. Cojo Espinilla  
Servicio de Pediatría, Hospital Donostia. San Sebastián.

### OBJETIVO:

Analizar las características de las punciones lumbares realizadas en nuestro servicio.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Se lleva a cabo una revisión retrospectiva de las historias clínicas de los pacientes a los que se les realizó un análisis del LCR entre los meses de Enero y Diciembre del 2005.

### RESULTADOS:

Se recogieron un total de 169 casos, con edades comprendidas entre los 3 días y los 13 años. El 60% fueron varones y el 40% mujeres. La época del año en la que se realizaron: el 37% de los casos en primavera, el 25 % en otoño, el 24 % en verano y el 14% en invierno, siendo Junio el mes más frecuentado. La mayoría consultó por fiebre (92%) de los cuales el 40% presentaba una  $T^a > 38^{\circ}C$ , el 39 % acudió por vómitos, el 29% por cefalea y el 16% por irritabilidad. Se realizó hemograma en el 95% de los casos y Rx tórax en el 55%. En el análisis de LCR se detectó pleocitosis ( $>10\text{cel}/\text{mm}^3$ ) en el 38% de los casos. El cultivo de LCR fue positivo en 5 casos (3 a N. Meningitidis B, 1 a S. Aureus, 1 a S. Pyogenes). La PCR para N. Meningitidis B fue positiva en 2 casos (siendo el cultivo negativo) y en 52 casos para Enterovirus, de los cuales 40 presentaban pleocitosis. El 10% de los casos fue clasificada como meningitis linfocitaria por presentar pleocitosis, con cultivo y PCR negativos. Los diagnósticos al alta fueron: en el 31'3% de los casos síndrome febril sin foco, meningitis a enterovirus en el 23% de los casos, meningitis linfocitaria en el 5'4%, infección a enterovirus en el 5%, meningitis bacteriana en el 4%, cefalea en el 3%, vómitos en el 1%, neumonía en el 4%, catarro en el 7%, ITU en el 4% y OMA en el 2'3%.

### CONCLUSIONES:

- 1) El motivo de consulta más frecuente por el que se realizó punción lumbar fue la fiebre.
- 2) El diagnóstico más frecuente fue el Síndrome febril inespecífico, seguido de meningitis a enterovirus.
- 3) El LCR fue patológico (pleocitosis y/o infección) en 125 casos (74%)
- 4) La mayoría de las punciones lumbares se realizaron en los meses de primavera.

### **TORTÍCOLIS: SIGNO CLÍNICO DEL ABSCESO RETROFARÍNGEO**

N Delgado Cabrera, A Santana Artiles, R Quintana Prada, M Santana Hernández M, S Todorcevic,  
I Aguiar Santana  
Unidad de Urgencias de Pediatría. Hosp.. Univ. Materno Infantil de Canarias, Las Palmas de GC

#### **INTRODUCCIÓN:**

La tortícolis no constituye un diagnóstico específico sino el signo clínico de un trastorno subyacente, habitualmente con un cuadro benigno, aunque pueden ser tan graves como los tumores del Sistema Nervioso Central.

#### **OBSERVACIONES CLÍNICAS:**

Niño de 12 años sin antecedentes personales ni familiares de interés que acude a Urgencias por cuadro de dolor cervical izquierdo y tortícolis de 4 días de evolución, que no mejora a pesar de tratamiento con Voltaren, Nolotil y Miorelax. Afebril y sin otra sintomatología concomitante.

Exploración física: REG. Afebril. Dolor intenso con postura antiálgica, impresión de enfermedad grave. Contracción del músculo esternocleidomastoideo izquierdo con impotencia funcional importante y dolor a la movilidad. Conglomerado adenopático laterocervical izquierdo no fluctuante sin signos inflamatorios. ACP: normal. Abdomen: normal. ORL: ligera protusión parafaríngea izquierda sin compromiso de la vía aérea superior. Pruebas complementarias: Hemograma: normal. Bioquímica: normal. VSG muy elevada. Rx cervical: normal. TAC cráneo-cervical: Absceso retrofaríngeo izquierdo. Cultivo de absceso: se aísla *S. aureus* resistente a Penicilina y *S. viridans*.

#### **DISCUSIÓN:**

Las manifestaciones clínicas de los abscesos retrofaríngeos son inespecíficas. Suelen consistir en fiebre, irritabilidad, reducción de la ingesta y babeo, aunque también se pueden presentar como rigidez de cuello, tortícolis o negativa a mover el cuello. Es importante un diagnóstico precoz ya que pueden causar una afectación de la vía respiratoria o una mediastinitis posterior. El tratamiento consiste en antibioterapia intravenosa asociada o no con drenaje quirúrgico. En nuestro caso se inició antibioterapia de amplio espectro pero dada la mala evolución se realizó drenaje quirúrgico por cavidad oral, con buena evolución posterior.

#### **CONCLUSIÓN:**

Ante toda tortícolis no traumática infantil es importante hacer una exploración completa en búsqueda de signos infecciosos, neurológicos, otorrinolaringológicos, etc, para descartar una causa curable potencialmente grave, entre ellas el absceso retrofaríngeo.

**¿DE VARICELA A ERITEMA MULTIFORME?**

M Santana Hernández, S Todorcevic, I Aguiar Santana, J Poch Páez, E González Díaz, MP Bas Suárez

*Urgencias de Pediatría. Hosp.Materno-Infantil de Canarias, Las Palmas de GC.*

**FUNDAMENTOS Y OBJETIVOS:**

El eritema multiforme (EM) es una enfermedad cutánea producida por una Reacción mediada por inmunocomplejos, que se da preferentemente en pacientes entre 20-40 años, Aunque el 20% de los casos se da en edad pediátrica. La causa más frecuente es infecciosa seguido de la farmacológica.

**OBSERVACIONES CLÍNICAS:**

Varón de 5 años con lesiones vesículo-ampollosas y estado afebril. Antecedentes familiares sin interés y antecedentes personales de gastroenteritis aguda un mes antes. No tiene antecedentes de alergia y está pendiente de vacunación de *Hepatitis B* y dosis de recuerdo de Meningitis C. 5 días antes comienza con lesiones eritemato-puriginosas y es diagnosticado de varicela. 24 horas después recibe tratamiento con amoxicilina, tornándose las lesiones ampollosas. En la exploración presenta lesiones en placa eritematosas dianiformes con ampollas tensas, algunas lesiones erosionadas y cubiertas con costra hemorrágica superficial no pruriginosa de predominio en miembros inferiores. No presenta lesiones en mucosas ni orificios, con buen estado general y sin fiebre. Pruebas complementarias: 7500 leucocitos (50% neutrófilos/32% linfocitos/8% monolitos/10% eosinófilos). PCR=0.36mg/dl. Orina, hemocultivos, cultivo aerobio de lesión cutánea, negativos. Biopsia de piel presenta necrosis en la epidermis de queratina, compatible con EM ampolloso. Tratamiento: Sulfato de Zinc al 1 por mil más Bactrovan tópico desde su ingreso, evolucionando favorablemente sin presentar fiebre en ningún momento y con un buen estado general.

**COMENTARIOS:**

Un 20% de los EM se observan en edad pediátrica, con buen pronóstico aunque puede haber sobreinfección cutánea si no se tratan. El diagnóstico inicial de varicela, dada la evolución del cuadro en 24 horas a lesiones ampollosas con el antecedente de ingesta de amoxicilina el día previo, hizo sospechar de EM, dado que la amoxicilina es su causa farmacológica más frecuente. Se debe realizar el diagnóstico diferencial con Steven-Johnson entre otras patologías.

**PARALISIS POSTINFECCIOSA DEL VI PAR CRANEAL**

L.Rodeño, A. Aguirre, N.Garcia, J.Humayor, M. Fernandez, S. Estebán.  
Servicio urgencias de pediatría. Hospital de Basurto . Bilbao.

**FUNDAMENTO:**

La parálisis adquirida del VI par craneal es una entidad clínica infrecuente en la infancia. Se asocia con diferentes patologías: traumatismo craneoencefálico, tumores, infecciones del sistema nervioso central, hipertensión endocraneal, migraña y parálisis postinfecciosa o benigna.

**OBJETIVO:**

Diagnóstico diferencial y manejo de la parálisis del VI par craneal a través de la presentación de un caso.

**CASO CLÍNICO:**

Niña de 4 años de edad sin antecedentes personales de interés que consulta en el servicio de urgencias por desviación del ojo derecho, diplopía y tortícolis, de instauración brusca. Asocia fiebre de diez días de evolución y cefalea hemicraneal los últimos 5 días. En la exploración física se presenta febril (T<sup>a</sup>: 37.7°C axilar), Glasgow 15 y TA: 110/58 mmhg, irritable y sin signos meníngeos. Llama la atención una limitación en la abducción del ojo derecho con resto de movimientos oculares conservados y las pupilas se muestran isocóricas y normoreactivas. Presenta reflejos osteotendinosos exaltados de forma simétrica. El resto de la exploración neurológica y general son normales.

*Pruebas complementarias:* en la analítica sanguínea presenta leucocitosis con proteína C reactiva de 7,6 mg/dl, el líquido cefalorraquídeo (LCR) muestra valores normales, el hemocultivo, cultivo y aislamiento viral en LCR son negativos, así como las serologías virales neurológicas. Se realiza TAC craneal, normal y EEG que muestra una lentificación cerebral difusa. Los exámenes otorrinolaringológicos y oftalmológicos (fondo de ojo y campimetría) son normales.

Al ingreso se instaura tratamiento antibiótico intravenoso de amplia cobertura ante la presencia de cuadro febril con afectación neurológica. Permanece ingresada durante 8 días permaneciendo afebril desde el segundo y requiriendo analgésicos orales ocasionalmente cediendo al cuarto día la cefalea. La movilidad completa del ojo derecho se consigue al sexto día. Se realizan RMN craneal y EEG al alta con resultado normal.

**COMENTARIOS:**

La parálisis adquirida del VI par craneal constituye un signo de alarma como indicador de patología neurológica importante, debiendo descartar en primer lugar que se trate de un signo de hipertensión intracraneal puesto que éste puede ser el único dato en la exploración física de patologías graves como tumores troncoencefálicos, infiltraciones leucémicas o lesiones postraumáticas. Aún así, debe tenerse en cuenta esta forma benigna, sobre todo si el resto de examen neurológico y pruebas complementarias son negativas, como acontece en nuestro caso. Aunque se han descrito formas recidivantes, la evolución suele ser espontánea hacia la curación sin secuelas.

## RENDIMIENTO DE LA PUNCIÓN LUMBAR EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE HOSPITAL TERCIARIO

Eva Rupérez García\*, Diana Martínez Cirauqui\*, Nuria Clerigué Arrieta\*, Silvia Souto Hernández\*, Luis Torroba\*\*, Mercedes Herranz Aguirre\*

\*Sº Pediatría. \*\*Sº Microbiología. Hospital Virgen del Camino

### INTRODUCCIÓN:

Las infecciones del sistema nervioso central son enfermedades con alta morbimortalidad. El diagnóstico y tratamiento precoz son esenciales para una evolución favorable. La punción lumbar (PL), necesaria para el diagnóstico, es un procedimiento rutinario pero no está exenta de riesgo. El objetivo de nuestro trabajo es valorar la rentabilidad de las PL en urgencias.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo de PL realizadas en urgencias durante el 2005. Datos obtenidos del listado de cultivos LCR de Microbiología e historia clínica informatizada. Se recoge nº urgencias, y en cada paciente: sexo, edad, motivo consulta, indicación y resultado PL, analítica sanguínea, días ingreso, diagnóstico y evolución. Analizado con programa SPSS.

### RESULTADOS:

Sobre un total de 35751 urgencias, se realizaron 126 PL (0,3%). Varones 60%. Edad media 3,5 años. Principal motivo de consulta fue fiebre aislada (33%) o acompañada de cefalea y/o vómitos (33%). Indicación PL: signos meníngeos (32%), protocolo fiebre sin foco-FSF (17%), sepsis-mal estado general (17%), alteración analítica (13,5%), síntomas neurológicos (10%). Según edad la indicación más frecuente varía (<3m FSF, >36m signos meníngeos). Un 30% (38) de PL mostraban alteraciones, con diagnóstico de meningitis vírica (24), meningitis bacteriana/sepsis con meningitis (5), meningoencefalitis (5), pleocitosis (4). En LCR se aislaron meningococo B (3), S.agalactiae (1) y Enterovirus (3). La rentabilidad es diferente según indicación PL (protocolo FSF alteradas 1/21, signos meníngeos 22/41, irritabilidad 3/6, alteración analítica 4/17). Los niños con PL normal se diagnosticaron de FSF (43 casos), neumonía (6), sepsis sin meningitis (13; 8 con hemocultivo positivo y 5 sepsis clínica) y otros (26). 74% ingresaron (estancia media 4,6 días) y 10% en UCI.

### COMENTARIOS:

La rentabilidad de la PL es alta en pacientes mayores de 36 meses con signos de irritación meníngea, pero escasa en menores de 3 meses con FSF.

Globalmente, consideramos adecuado el número de PL realizadas en relación a los resultados obtenidos.

## UTILIDAD DE LOS HEMOCULTIVOS EN LOS NIÑOS FEBRILES DIAGNOSTICADOS DE INFECCIÓN URINARIA

L. Madariaga, S. Díaz, J. Rementería, A. Rodríguez, A. Benito y A. González  
Urgencias de Pediatría. Hospital de Basurto. Bilbao

### OBJETIVO:

Determinar la incidencia de bacteriemia en los niños febriles diagnosticados de infección urinaria ( ITU ) en el Servicio de Urgencias.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo realizado a niños de 0 a 15 años de edad, atendidos en el Servicio de Urgencia desde Enero de 2005 hasta Marzo de 2006, cuyo diagnóstico final fue ITU.

El diagnóstico de ITU fue definido como el crecimiento de más de 100.000 colonias de un solo patógeno en orina recogida por micción espontánea, de más de 10.000 colonias en orina recogida por sondaje y de cualquier crecimiento si la recogida fue por punción suprapúbica. La presencia de fiebre se definió como temperatura mayor o igual a 38° C documentada en el S. de Urgencia o en las 24 horas precedentes en su domicilio.

La sangre recogida , según protocolo de enfermería, se inocula en una botella para cultivo de aerobios . Los hemocultivos son recogidos por el Servicio de Microbiología , que utiliza la monitorización continua para su lectura ( Bactec 9240 de Becton & Dickinson ).

### RESULTADOS:

Durante el periodo de estudio se han atendido en el S. de Urgencia 31.056 niños. El diagnóstico de ITU se realizó en 218 casos, lo que supone el 0.70 % de las consultas atendidas . Se practicó extracción de hemocultivo en 106 de estos pacientes: 14 ( 13.2 % ) correspondieron a edades entre 0 y 3 meses, 82 (77.3 % ) entre 3 y 36 meses, 5 ( 4.7 % ) entre 36 m y 7 años y 5 ( 4.7 % ) entre 5 y 15 años ; en la estratificación por sexos, el 64.7% fueron niñas y el 35.3 % niños. Un hemocultivo resultó positivo ( E. coli ) , 6 fueron contaminados y el resto fueron negativos .- La rentabilidad de la totalidad de los hemocultivos practicados en el Servicio de Urgencia durante el periodo de estudio fue del 1.8% , frente al 0.94% en el caso del de ITU con fiebre.

### CONCLUSIÓN:

La rentabilidad del hemocultivo en los niños febriles diagnosticados de ITU es escasa . Teniendo en cuenta , además, que la positividad de los hemocultivos no modifica la actitud diagnóstico-terapéutica, podemos concluir que si el análisis de orina realizado en el S . de Urgencia es sugestivo de ITU, se puede iniciar tratamiento antimicrobiano ( en espera de confirmación microbiológica ) sin necesidad de obtener hemocultivos.

## VALORACIÓN CLÍNICO-ANALÍTICA DE LOS NIÑOS CON PUNCIÓN LUMBAR ALTERADA

E Rupérez García\*, D Martínez Cirauqui\*, N Clerigué Arrieta\*, S Souto Hernández\*, L Torroba\*\*, E Herranz Aguirre\*

\*Sº Pediatría. \*\*Sº Microbiología. Hospital Virgen del Camino

### INTRODUCCIÓN:

La mayoría de las meningitis en pediatría son virales y benignas, pero las bacterianas presentan alta morbimortalidad. El objetivo es describir las características de los pacientes con punciones lumbares (PL) alteradas en 2005.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo de pacientes con PL alteradas realizadas en Urgencias durante 2005. Datos obtenidos del listado de cultivos LCR de Microbiología e historia clínica informatizada. Se recoge nº urgencias, y en cada paciente sexo, edad, motivo consulta, indicación y resultado PL, analítica sanguínea, días ingreso, diagnóstico y evolución.

### RESULTADOS:

Del total de 35751 urgencias se realizaron 126 PL (alteradas 38). Diagnósticos: meningitis viral 24/38, sepsis con meningitis bacteriana 5/38, meningoencefalitis 5/38 y pleocitosis 4/38.

Meningitis virales: 70 % varones. Edad media 5,2 años, PCR de enterovirus positiva en 3 pacientes, motivo de consulta fiebre con cefalea y/o vómitos (63%), 8 pacientes afebriles. PL por irritación meníngea en 87%. Media de ingreso: 2.7 días. 7 pacientes recibieron tratamiento antibiótico. Ninguno presentó secuelas.

Meningitis bacterianas (5): 3 pacientes presentaron meningococo B: edad media 10 años, todos consultaban por fiebre y petequias e ingresaron en UCI. Media de leucocitos en LCR: 80/mm<sup>3</sup>. 2 pacientes presentaron S. agalactiae: edad media 48 días, uno consultaba por irritabilidad (LCR sin pleocitosis, con proteinorraquia) y otro por fiebre con afectación del estado general e ingresó en UCI. La estancia media global 23 días, y 1/5 presenta secuelas (temblor).

Meningoencefalitis: edad media 5.7 años, 80 % niñas y en primavera. Todos presentaron síntomas neurológicos y recibieron tratamiento con aciclovir. Duración media de ingreso 6.4 días y todos curaron sin secuelas.

### COMENTARIOS:

La causa más frecuente de alteración de LCR han sido las meningitis virales.

Todos nuestros pacientes con meningitis bacteriana presentaron sepsis asociada.

La celularidad de LCR, tal y como está descrito, no es un buen diferenciador de la etiología, siendo la clínica y la analítica sanguínea, datos más importantes.

**LACTANTE MENOR DE 3 MESES CON FIEBRE SIN FOCO QUE CONSULTA PRECOZMENTE EN URGENCIAS: ¿DEBE SER MANEJADO DE MANERA DIFERENTE?**

B Gómez Cortés, E Astobiza Beobide, A Eguiréun Rodríguez, B Azkunaga Santibáñez, J Benito Fernández, S Mintegi Raso.

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

**INTRODUCCIÓN:**

Los lactantes <3 meses con fiebre sin foco (FSF) presentan una incidencia elevada de infección bacteriana potencialmente severa (IBPS), siendo habitual que se consulte en un Servicio de Urgencias Pediátrico (SUP) escasas horas después de detectarse la fiebre.

**OBJETIVOS:**

Cuantificar el porcentaje de lactantes <3 meses con FSF que consultan por procesos de evolución muy recortada, determinar si estos lactantes presentan procesos de diferente gravedad y si su manejo diagnóstico-terapéutico es diferente.

**PACIENTES Y MÉTODOS:**

Se recogieron datos demográficos, exploraciones practicadas, destino y evolución de los pacientes (seguimiento telefónico con aquéllos que no ingresaron) del registro del lactante <3 meses con FSF de nuestro SUP entre 1-09-2003 y 31-08-2005.

**RESULTADOS:**

Se registraron 465 episodios, constando el tiempo de evolución en 433. La mitad (216, grupo A) consultó por un proceso de una duración  $\leq 6$  horas. No se encontraron diferencias entre este grupo y el resto (217, grupo B) en cuanto a sexo, edad, temperatura en domicilio o estado general del niño.

No hubo diferencias en cuanto a las pruebas practicadas a la llegada al SUP: tira reactiva de orina (97.7%, grupo A; vs 99.1% grupo B), analítica sanguínea con hemocultivo (92.6% vs 93.5%), LCR (38.4% vs 34.6%) u otras pruebas.

65 niños (15.0%) fueron diagnosticados finalmente de IBPS: 64 ITU (5 con bacteriemia) y 1 bacteriemia (27 del grupo A, 12.5%; vs 38 del grupo B, 17.5%;  $p=0.18$ ).

41 (9.4%) recibieron el diagnóstico final de meningitis viral o inespecífica (19 del grupo A, 8.7%; vs 22 del grupo B, 10.1%;  $p=0.75$ ).

La tasa de ingreso en planta fue similar en ambos grupos (75, 34.8% vs 72, 33.2%;  $p=0.81$ ), si bien el porcentaje de pacientes que permaneció unas horas en la Unidad de Observación fue superior en el grupo A (47.2% vs 35.4%,  $p=0.001$ ).

El diagnóstico de salida de Urgencias coincidió con el final en 403 (93.0%). El diagnóstico no fue concordante en 15 pacientes del grupo A (6.9%) y 15 del grupo B (6.9%,  $p=0.86$ ).

**CONCLUSIONES:**

El 50% de los lactantes <3 meses con FSF consultan por procesos muy poco evolucionados, existiendo una mayor tendencia a observar intrahospitalariamente a estos lactantes. En estos pacientes no se objetivó una mayor tasa de IBPS ni de discordancia entre el diagnóstico de salida de Urgencias y el diagnóstico final que en los lactantes con procesos más evolucionados, luego parece que su manejo en el SUP debe ser similar al de estos últimos.

## SÍNDROME DEL SHOCK TÓXICO ESTAFILOCÓCICO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

M. de Toro Codes, N. Martínez Espinosa, I. Leiva Gea, JC. Salazar Quero, MC. Martínez Padilla, J. de la Cruz Moreno.

Complejo Hospitalario de Jaén. Hospital Materno-Infantil. Servicio de Pediatría. Jaén

### FUNDAMENTOS Y OBJETIVOS:

Hablamos de una enfermedad multisistémica grave con fiebre alta, vómitos, diarrea, rash eritematoso con descamación posterior e hipotensión severa incluso shock. En su patogénesis participan diferentes toxinas extracelulares, como la SSTT-1 y la SSTT-2, que se comportan como superantígenos e inducen una pérdida masiva de líquidos desde el espacio intravascular. Se ha relacionado con el uso de tampones vaginales, pero también con otros focos infecciosos estafilocócicos (taponamientos nasales o infecciones como abscesos, empiemas, quemaduras o infecciones de heridas). El tratamiento incluye medidas de soporte, antibioterapia (de entrada: cloxacilina y clindamicina), eliminación de los focos infecciosos y en ciertas ocasiones el uso de gammaglobulina intravenosa.

A continuación comentamos un caso clínico de presentación atípica en el que no se encontró foco estafilocócico y en el que la afectación renal y hepática precedió a la hipotensión.

### OBSERVACIONES CLÍNICAS:

Varón de 10 años que consulta por fiebre alta, deposiciones diarreicas y exantema. A su ingreso destacaban una ictericia de piel y conjuntivas, junto a un exantema macular, doloroso, de color rojo intenso en tronco y raíz de miembros, una lengua aframbuesada y una inyección conjuntival. Se objetivaron una insuficiencia renal aguda prerrenal y afectación hepática severas. Horas después apareció una hipotensión arterial y venosa severa, evolucionando hacia el shock. Se remontó con una expansión de volumen y drogas vasoactivas y se instauró un tratamiento antibiótico (cloxacilina y clindamicina a dosis altas). Desapareció la fiebre el segundo día y mejoraron progresivamente la función renal y la tensión arterial. Como complicación el 4º día apareció una serositis con derrame pleural bilateral, ascitis y derrame pericárdico, precisando drenaje el derrame pleural con evolución favorable.

### COMENTARIOS:

- 1.1. En este caso no se encontró foco infeccioso de origen.
- 1.2. Ante un cuadro infeccioso con eritrodermia conviene descartar el síndrome del shock tóxico estafilocócico.
- 1.3. No están indicados de entrada los glucopéptidos porque la mayoría de S.Aureus extrahospitalarios son sensibles a cloxacilina.
- 1.4. El uso de la gammaglobulina intravenosa es controvertido, reservándose normalmente para casos refractarios.

## PATOLOGIA DEL NIÑO INMIGRANTE EN LA URGENCIA. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Hernando Puente M, González Martínez F, Peñalba Citores AC, García Figueruelo A, Avellón Liaño H, Vázquez López P.

Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid.

### INTRODUCCIÓN:

En los últimos años se ha producido un aumento de la demanda del niño inmigrante en los servicios de urgencias. Las patologías que atendemos son importadas, adquiridas o de retorno. Presentamos dos casos de patología del inmigrante importada.

### PRESENTACIÓN DE LOS CASOS:

#### Caso 1:

Paciente de 12 años, natural de Ecuador, residente en España desde hace 5 años, que acude por episodio de hipertonia generalizada, clonismos de cabeza y miembros superiores. Cefalea y vómitos ocasionales desde hace un año.

EF: Afebril. Regular estado general, obnubilado, pupilas midriáticas poco reactivas. Glasgow 10. Resto exploración neurológica normal.

Exploraciones complementarias:

Eosinofilia. Punción lumbar normal. Tóxicos en orina negativo. Cultivos estériles.

VIH negativo, toxoplasma negativo, VHS IgG positivo, T. solium negativo.

PPD positivo. No BAAR en jugos gástricos. Blastocystis hominis en heces.

EEG y fondo de ojo normales.

TC craneal: calcificaciones en plexo coroideo y en región subcortical. RMN: compatible con cisticercosis cerebral en distintos estadios de evolución.

Inicialmente tratamiento con cefotaxima y aciclovir, sustituido por albendazol y corticoterapia posteriormente.

Reingresó dos semanas después por crisis convulsiva, instaurándose tratamiento con valproato.

#### Caso 2:

Adolescente de 15 años, procedente de Sudamérica, con embarazo no controlado de 32 semanas, acude por fiebre, tos y dificultad respiratoria de 2 semanas de evolución.

EF: mal estado general, taquicardia, polipnea e hipotensión, saturación de O<sub>2</sub> de 85% con oxigenoterapia. Marcado tiraje subcostal, intercostal con aleteo nasal. AP: crepitantes diseminados.

Exploraciones complementarias:

Leucocitosis, desviación izquierda. VSG 108, GOT 170 GPT 48 GGT 220 PCR 18,1. PPD positivo.

Rx torax: infiltrado alveolo-intersticial bilateral difuso. Ingresó en UCIP precisando ionotrópicos y ventilación mecánica, que mejora parcialmente tras cesárea urgente, detectándose en la placenta BAAR recibiendo tratamiento tuberculostático con buena evolución posterior.

### CONCLUSIONES:

Debemos adquirir la formación necesaria para el diagnóstico y tratamiento de la patología infecciosa importada en la población inmigrante incluyéndolas como diagnósticos diferenciales en nuestros protocolos de urgencias.

## INTOXICACIONES

Nº 53

### **METAHEMOGLOBINEMIA CONFIRMADA SECUNDARIA A LA APLICACIÓN DE EMLA®.**

C. Martín de Vicente, X. Miró Bedós, O. Urraca Martínez, N. Ruggeri, R. García Romero, Á. Díaz Conradi.

Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital de Nens de Barcelona.

#### FUNDAMENTO Y OBJETIVOS:

La metahemoglobinemia es una entidad poco frecuente caracterizada por la síntesis elevada de metahemoglobina en el interior de los eritrocitos, ya sea como consecuencia de un defecto enzimático hereditario o secundaria a la exposición a diferentes sustancias tóxicas. Entre los fármacos capaces de producir metahemoglobina están los anestésicos lidocaína o prilocaína. Se presenta el caso clínico de una niña de 8 años que tras aplicarse crema anestésica EMLA® sufrió un cuadro demostrado de metahemoglobinemia adquirida.

#### OBSERVACION CLINICA:

Paciente de 8 años de edad que acude a urgencias por presentar de forma súbita coloración azulado-grisácea de piel y mucosas sin acompañarse de otros síntomas. Como antecedentes de interés refiere haberse aplicado 2 ó 3 horas antes crema EMLA® en aproximadamente el 50% de su cuerpo (brazos y piernas) como anestésico tópico previo a la depilación con cera, técnica habitual en ella por ser practicante de danza. A la exploración física presentaba buen estado general con cianosis central y palidez cutánea, sensorio conservado, afebril, frecuencia cardíaca 101 lat./min, frecuencia respiratoria 20 resp./min, tensión arterial 111/72 mmHg, saturación de oxígeno 88% con aire ambiental y con O2 en mascarilla a 12 L/min 91%, auscultación cardiorrespiratoria normal, abdomen blando y depresible sin hepatoesplenomegalia, pulsos periféricos presentes y simétricos. La gasometría venosa urgente muestra un pH 7,37, pCO2 40 mmHg, EB 0 y HCO3<sup>-</sup> 22 mEq/L. Ante la sospecha clínica de metahemoglobinemia se extraen niveles sanguíneos de metahemoglobina obteniéndose valores de 19.1 %. Se administra azul de metileno al 1% intravenoso a dosis de 1,5 mg/kg y a los 30-40 minutos presenta recuperación de la coloración cutáneomucosa normal con saturaciones de oxígeno del 99%.

#### COMENTARIOS:

Considerar que la aplicación cutánea en grandes cantidades de anestésicos tópicos tipo EMLA® son capaces de producir metahemoglobinemia adquirida. Es importante disponer de cuantificación en sangre de metahemoglobina para valorar la gravedad de la enfermedad. El azul de metileno es el tratamiento de elección en las formas adquiridas y el pronóstico es excelente.

## METAHEMOGLOBINEMIA TRAS ADMINISTRACIÓN DE EMLA®

J.Korta Murua, J.Eizaguirre Arocena, S.Arbanesi Vallati  
Servicio de Pediatría. Hospital Bidasoa. Gipuzkoa

### INTRODUCCIÓN:

Presentamos el caso de una adolescente con un cuadro de cianosis y malestar general tras la administración de un anestésico tópico.

### CASO CLÍNICO:

Se trata de una adolescente de 14 años de edad que acude al Servicio de Urgencias por astenia, malestar y coloración azulado-grisácea en labios y uñas, desde hace unas 3-4 horas. Desde hace dos días refiere rinorrea, prurito nasal y estornudos acompañados de tos seca no muy intensa. Los síntomas que motivan su presencia han comenzado tras una sesión de depilación por laser en extremidades inferiores. Dos horas antes de esta sesión se le aplicó el preparado tópico EMLA®(mezcla de anestésicos locales, lidocaína y prilocaína) en ambas extremidades (120 gr) recubriéndolas con film transparente y vendaje oclusivo. No refiere haber tomado ninguna medicación.

*Antecedentes personales:* Enfermedad celíaca, Asma leve, Rinitis alérgica con sensibilización a ácaros. Sin tratamiento de base en la actualidad.

*Exploración:* Tª:36,7°C FR 20 rpm FC84 TA:85/50 SatO2:91% FEM: 450 ( 94 %)  
Buen estado general, consciente y orientada. Buena perfusión periférica. Palidez de piel con cianosis labial y ungueal. Sin signos de dificultad respiratoria. Auscult CP normal salvo una discreta espiración alargada Rinorrea, congestión nasal. Resto de exploración normal.  
Analítica: hemograma y bioquímica normal . Gases: pH:7,36; pCO2: 46 mmHg;pO2: 89 mmHg, HCO3: 26 mEq/l; exceso bases -1,4, Metahemoglobina: 11%  
RX de tórax: ligero atrapamiento aéreo.

*Evolución:* la cianosis sin dificultad respiratoria ni antecedentes de cardiopatía y con FEM y pO2 normales hizo sospechar una metahemoglobinemia que se confirmó posteriormente. Los niveles de metahemoglobina (<20%) y el buen estado general no justificaron la administración de azul de metileno. Se mantuvo en observación (con oxígeno sólo al inicio) con mejoría progresiva tanto clínica como de los niveles de metahemoglobina ( 4% a las 12 h del ingreso). En ese tiempo se le administró una dosis de terbutalina (turbuhaler) por la presencia de tos.

### COMENTARIOS:

La presencia de cianosis, aunque sea en un paciente asmático, sin estar asociada a dificultad respiratoria, requiere una reevaluación de la historia y de la exploración clínica para valorar otras posibilidades diagnósticas. Es preciso pues un alto índice de sospecha.

Nos parece pertinente llamar la atención sobre la utilización inadecuada (dosis y tiempo de administración) de los anestésicos tópicos y, también, de la utilización de técnicas de depilación a esta edad.

### **SHOCK ANAFILACTICO POR IBUPROFENO**

A. Arrizabalaga Van Remoortere , A. Bordoy Riera, M. Leunda Iruretagoyena, M. Estevez Domingo, J. Landa Maya, J. A. Muñoz Bernal.

Servicio de Urgencias de Pediatría del Hospital Donostia (Gipuzkoa)

#### **FUNDAMENTOS Y OBJETIVOS:**

El shock anafiláctico se describe como un cuadro clínico consistente en una reacción de hipersensibilidad de tipo I mediada por IG E, que afecta al menos a dos órganos principales y que pone en peligro la vida del paciente. Se denomina reacción anafilactoide cuando se produce una reacción similar sin que exista un mecanismo identificable mediado por la IG E. La anafilaxia tiene una incidencia de 0,4 /1.000.000 /año. Los adultos están más expuestos a reacciones anafilácticas que los niños. La etiología más frecuente en niños son los alimentos, y en segundo lugar, y en menor frecuencia que en adultos, los fármacos.

#### **OBSERVACIONES CLÍNICAS:**

Niño de 11 años, con antecedentes de atopia, que presenta erupción cutánea, dificultad respiratoria con hipoventilación y sibilancias, pérdida de conciencia, hipotensión y cianosis en la primera hora tras la ingesta de 600mg de ibuprofeno. Recibe oxigenoterapia, expansión con SSF y tratamiento con dos dosis de adrenalina subcutánea a 0,01 mg /kg., metilprednisolona ev, antihistamínicos ev, y ventolín inhalado. Es trasladado a la unidad de cuidados intensivos e inicia tratamiento con fármacos inotrópicos, consiguiendo una estabilidad hemodinámica por lo que se retira la medicación en 48 horas. Evolución favorable, es dado de alta a los 6 días para posterior control en servicio de alergología. Durante el estudio de alergias a fármacos presenta reacción similar de forma más leve al paracetamol. Realizadas las pruebas necesarias, es diagnosticado de intolerancia grave a fármacos inhibidores de la síntesis de prostaglandinas (mediada por IG E).

#### **COMENTARIOS:**

En niños no es frecuente la anafilaxia por fármacos, pero debido a su gravedad es importante conocer los síntomas y signos sugestivos. Ante la sospecha de una reacción de este tipo, se realizarán estudios diagnósticos y confirmación de la tolerancia a fármacos alternativos ante la posibilidad de reacciones cruzadas a otros fármacos.

## DEPRESION RESPIRATORIA SECUNDARIA A INTOXICACIÓN POR DEXTROMETORFANO

S. Ariza Aranda; M, Suau Anechina; JM González Gómez, J. Camacho Alonso, I Durán Hidalgo, L. Martín de la Rosa Hospital Materno Infantil. Servicio de Críticos y Urgencias Pediátricas. Complejo Hospitalario Carlos Haya. Málaga

### INTRODUCCIÓN:

El dextrometorfano es uno de los antitusígenos más empleados en niños. Derivado opiáceo, tiene una actividad agonista en la transmisión serotoninérgica; por metabolismo hepático (citocromo P450), se transforma en el dextrorfano, su metabolito activo. Es un fármaco seguro, con amplio margen terapéutico, aunque su intoxicación puede llevar a graves efectos secundarios sobre el sistema nervioso central. A continuación se expone un caso donde se produce una depresión respiratoria grave, secundaria a sobredosis por dicho fármaco.

### CASO CLÍNICO:

Lactante de 6 meses y 7kg de peso, hijo de inmigrantes subsaharianos que acude a urgencias por deterioro del nivel de consciencia. A destacar en la anamnesis, la administración accidental de 120 mg (17mg/kg) de dextrometorfano, prescrito en días previos por cuadro catarral. En la exploración física, apreciamos disminución del nivel de conciencia, con midriasis poco reactiva y nistagmo bidireccional horizontal. Hemodinámicamente estable. Durante su estancia en urgencias presenta un deterioro brusco con depresión respiratoria grave que precisa intubación orotraqueal y conexión a ventilación mecánica. Se administraron varias dosis de naloxona intravenosa, sin conseguir reversión. A las 6 horas de su ingreso se produce mejoría clínica, con respiraciones espontáneas y extubación exitosa. Se mantiene con tendencia al sueño durante 24 horas más, con resto exploración neurológica normal. Entre las pruebas complementarias, Hemograma, y bioquímica general normal, electroencefalograma y ecografía cerebral normal

### COMENTARIOS:

Los casos por intoxicación por dextrometorfano suelen ser debidos a ingesta accidental o administración errónea por mala comprensión de la posología. En nuestro caso, esto se acentúa, pues la madre no conoce nuestro idioma correctamente. A esto hay que añadir, las dos diferentes presentaciones comerciales del dextrometorfano en España (gotas: 15mg/ml, jarabe: 15mg/5ml). La dosis mayor a 10 veces la terapéutica (1mg/kg/día), ampliamente superada en nuestro caso, va a producir los efectos secundarios sobretudo en el SNC, con alteraciones de la conducta, disminución del nivel de conciencia, ataxia, etc. En nuestro caso, se aprecia una midriasis en ambos ojos, (reacción paradójica en un agonista opiáceo), la explicación a esto parece ser por parálisis del cuerpo ciliar del iris. Así, la depresión respiratoria grave se explica por inhibición del centro respiratorio central, no estando demostrada ser dosis dependiente. La naloxona se ha usado en la reversión de la intoxicación por dextrometorfano, como antagonista opiáceo, aunque con resultados controvertidos.

## INTOXICACIÓN ACCIDENTAL POR ADELFA

A. Arce Casas, A. Martínez Roig, S. Grau Cerrato<sup>1</sup>, J. Mateu de Antonio<sup>1</sup>, M. Marín Casino<sup>1</sup>  
Servicio de Pediatría. <sup>1</sup> Servicio de Farmacia. IMAS. Hospital del Mar. Barcelona

### INTRODUCCIÓN:

La adelfa (*Nerium oleander*) es un arbusto de hojas verdes y flores rosas o blancas, propio de las zonas mediterráneas. Todos sus componentes son tóxicos, ya que contienen un 2% de glucósidos esteroideos, destacando la oleandrina. Son sustancias del mismo grupo que la digoxina y con actividad cardiotónica incluso más potente. La ingesta accidental o voluntaria puede originar un cuadro clínico similar a la intoxicación digitálica.

### CASO CLÍNICO:

Niño de 13 meses que acude por ingesta de hoja de adelfa 30 minutos antes de su llegada. Presenta excelente estado general, exploración por aparatos y constantes normales. Se procede a lavado gástrico sin obtenerse restos vegetales y se administra carbón activado a 1g/kg. Se realizan niveles plasmáticos de digoxina con 3 técnicas diferentes, obteniéndose resultado positivo (0,83 ng/ml) por la técnica EMIT mediante Viva®Dade-Behring. La evolución es satisfactoria con monitorización cardíaca normal.

### DISCUSIÓN:

Las intoxicaciones por ingesta de adelfa pueden ser diagnosticadas utilizando técnicas de inmunoensayo que se utilizan habitualmente para la determinación de las digoxinemias. Las más útiles son las menos específicas por reacciones cruzadas entre los diferentes glucósidos cardiotónicos. Si el resultado es positivo, confirmaremos la ingesta, aunque no es un marcador de gravedad ni existe correlación clínica.

El cuadro clínico originado por la intoxicación sería superponible a la intoxicación digitálica (síntomas digestivos y neurológicos, arritmias cardíacas).

En caso de intoxicación grave, existe bibliografía que apoya la administración de anticuerpos Fab digoxin-específicos.

### CONCLUSIONES:

La intoxicación por adelfa se puede confirmar por técnicas de detección de digoxinemia (de elección las menos específicas). El resultado no se puede correlacionar con la gravedad, pero puede ser útil en el seguimiento.

## **INTOXICACIÓN AGUDA POR HIERRO: UNA ENTIDAD INFRECUENTE Y POTENCIALMENTE GRAVE.**

F.Panzino, S.Hernández Bou, A.Fernández López,R.Garrido Romero,C.Luaces Cubells  
Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Agrupació Sanitària Hospital Sant Joan de Déu-  
Clínic.  
Universitat de Barcelona

### **FUNDAMENTOS Y OBJETIVOS:**

La intoxicación aguda por hierro es poco habitual en nuestro medio pero en otros países se ha descrito una mortalidad cercana al 30% representando la principal causa de muerte por intoxicación . El objetivo es describir la clínica, diagnóstico, manejo y seguimiento de esta patología a partir de un caso clínico.

### **CASO CLÍNICO:**

Niño de 1 año, con abdominalgia y diarreas oscuras hace 3 horas, tras administración errónea de 5 ml de ferroglicina sulfato (10 veces la dosis prescrita para el tratamiento de su anemia). Buen aspecto , sin distress, bien perfundido, afebril, con abdomen blando depresible , doloroso con diarreas oscuras sin sangre, resto del examen normal. La dosis ingerida fue 13,7 mg / kg, realizándose alcalinización gástrica, con solución fisiológica y bicarbonato 1 Molar, para disminuir la absorción. La analítica reveló acidosis metabólica, glucemia 80 mg%, leucocitos: 13000 / mm<sup>3</sup> y sideremia elevada 300 ug/dl.

Ingresa 24 horas en Unidad de Estancia Corta , para monitorización e hidratación endovenosa y sin tratamiento quelante, evolucionó favorablemente normalizando los parámetros analíticos. El seguimiento ambulatorio efectuado a las 4 semanas, no objetivó secuelas.

### **COMENTARIOS:**

El diagnóstico clínico se basa en la presencia de síntomas gastrointestinales y metabólicos seguidos de una fase oligosintomática coincidente con la acumulación mitocondrial del hierro en las primeras 24 hs .A las 48 horas aparece toxicidad hepatorenal y neurotoxicidad con aparición de aumento de transaminasas, acidosis metabólica hipotensión y coagulopatía.

El hierro libre, es el parámetro de elección para determinar la gravedad potencial (no así la transferrina cuya capacidad de transporte es saturable). La leucocitosis, la hiperglucemia y el hematocrito en descenso poseen igual importancia diagnóstica y pronóstica que la sideremia aumentada. El tratamiento consiste en hidratación, corrección de acidosis, alcalinización gástrica, transfusiones y tratamiento con desferroxamina si la sideremia esta elevada, existen síntomas sistémicos, o se ingirieron comprimidos.

## **INTOXICACIÓN ETÍLICA Y/O POR DROGAS EN LA POBLACIÓN INFANTIL DE NUESTRO MEDIO**

A Santana Artilles, N Delgado Cabrera, R Quintana Prada, S Todorcevic, M SantanaHernández,  
I Aguiar Santana  
Urgencias de Pediatría. Hosp.Materno-Infantil de Canarias, Las Palmas de GC.

### **INTRODUCCIÓN:**

La intoxicación por drogas de abuso en niños es infrecuente pero debe tenerse en cuenta en Urgencias, aunque los adolescentes son los principales consumidores.

### **OBJETIVO:**

Conocer la incidencia de intoxicación etílica y/o por drogas en la población infantil de nuestro medio.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Revisión retrospectiva de historias clínicas de pacientes atendidos por ingesta etílica y/o de drogas entre los años 1997-2005, analizándose variables como: sexo, edad, procedencia, y tipo de agente. 28 pacientes (1,5-14 años de edad, media = 10) fueron estudiados.

### **RESULTADOS:**

20 de los pacientes eran varones, 8 mujeres. El agente tóxico implicado fue: el alcohol en 21 (75%) de los casos (14 varones / 7 mujeres); drogas en 3 (10,7%) (100% varones); y ambos en 4 (14,2%) (3 varones / 1 mujer). En cuanto al tipo de drogas fue: cannabis en 5 pacientes; cocaína en 1; y benzodiacepinas en 1. La mayoría de los pacientes procedían de la capital. De los 28 pacientes, 9 precisaron ingreso, incluyendo 1 varón de 1.5 años hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos por intoxicación etílica con un nivel de alcoholemia de 207.8 mg/dl. Todos evolucionaron satisfactoriamente.

### **CONCLUSIONES:**

Este tipo de consultas es infrecuente en nuestro medio. Cuando se producen por ingesta de drogas, el agente más frecuente fue el cannabis en adolescentes y preadolescentes, siendo además más prevalentes en verano y fin de año. Las actuaciones preventivas deben hacerse precozmente, siendo la infancia y comienzos de la adolescencia los momentos más idóneos para su realización.

## **INTOXICACIONES EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA: CAMBIOS EPIDEMIOLÓGICOS EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS**

I Iturralde Orive, G López Santamaría, B Gómez Cortés, S García González, A Fernández Landaluze, S Míntegi Raso  
Urgencias de Pediatría, Hospital de Cruces. Barakaldo, Vizcaya.

### **OBJETIVO:**

Estudiar los cambios epidemiológicos de las intoxicaciones atendidas en un Servicio de Urgencias de Pediatría (SUP) en los últimos 10 años.

### **PACIENTES Y MÉTODO:**

Estudio descriptivo observacional desarrollado en 3 fases de 12 meses (1993, 1999, 2004) que incluye todos los episodios correspondientes a niños menores de 14 años que consultan en un SUP por una posible intoxicación. Se registraron datos demográficos y circunstancias de la intoxicación.

### **RESULTADOS:**

Durante los 3 periodos se registraron en el SUP 137.975 episodios siendo 532 casos por posible intoxicación (0,38%). En estos 10 años, se incrementó un 63% el número total de episodios en el SUP (36.601 en 1993 y 59.783 en 2004) y las posibles intoxicaciones disminuyeron un 14,5% (200 en 1993, 161 en 1999 y 171 en 2004), fundamentalmente a expensas de las intoxicaciones por productos del hogar (disminución del 57%).

En los tres años existió un discreto predominio de los varones (en torno al 55%) y los menores de 4 años supusieron cerca del 75% de los episodios.

En el 2004 la causa principal de intoxicación fue la accidental salvo en menores de 18 meses en los que el mecanismo de intoxicación más habitual fue el error en la dosificación y en los mayores de 10 años las intoxicaciones con fin recreacional o de autolisis.

El tiempo medio en acudir al SUP se redujo en algo más de una hora en los últimos 5 años (1h 23 minutos en 2004) y el 86% de los pacientes que consultaron en 2004 lo hicieron en las primeras dos horas tras contactar con el tóxico. En los últimos 5 años, se redujo el porcentaje de pacientes que habían recibido tratamiento previo (19,5% en 1999 vs 6,4% en 2004).

Los fármacos fueron los tóxicos más frecuentemente implicados en las 3 series (más del 50%), sobre todo los antitérmicos, si bien el paracetamol desplazó al AAS como fármaco que más consultas generó.

Entre los productos del hogar, los detergentes fueron los más frecuentemente involucrados en 2004 (14/43; 32,5%) frente a los álcalis-caústicos que fueron los más prevalentes en los años anteriores.

A su llegada al SUP presentaron sintomatología 50 niños en 1999 (31%) y 41 en el 2004 (24%), fundamentalmente neurológica. La presencia de sintomatología fue más habitual en las intoxicaciones por CO y alcohol. Los niños que consultaron por intoxicaciones por productos del hogar presentaron clínica con mayor frecuencia que los que consultaron por intoxicaciones medicamentosas.

### **CONCLUSIONES:**

Las consultas por intoxicación en nuestro SUP han descendido, sobre todo aquellas debidas a productos del hogar. Los fármacos son los tóxicos mas frecuentes habiendo desplazado el Paracetamol al AAS. En el grupo de los productos del hogar, los detergentes son en la actualidad los más implicados habiéndose reducido las intoxicaciones por alcalis-caústicos. Aunque el mecanismo accidental es globalmente la principal causa, en menores de 18 meses lo es el error en la dosificación y en niños mayores de 10 años, el fin recreativo y el intento de autolisis. Se ha reducido el tiempo medio en acudir a SUP.

## INTOXICACIONES POR SUSTANCIAS DE ABUSO Y PSICOFÁRMACOS EN URGENCIAS

M. Reyné, R. Prieto, M. Martín, R. Cebrián.

Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Vall d'Hebrón. Barcelona.

### OBJETIVO:

Describir las intoxicaciones por sustancias de abuso y psicofármacos en pacientes pediátricos atendidos en urgencias.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Revisión de historias clínicas de menores de 16 años atendidos en urgencias de septiembre 2005-febrero 2006 por intoxicaciones por sustancias de abuso y psicofármacos confirmadas mediante toxicología.

### RESULTADOS:

Se incluyeron 15 pacientes (3 varones, 12 mujeres) con edad media de 10,6 años (intervalo 2,4-15) con intoxicación por benzodiazepinas (5), alcohol (4), cannabis (1), varias sustancias (5). Representa el 0,8 % de las urgencias del mismo periodo.

Clínica: 12 casos presentaron disfunción neurológica leve: ataxia (7), somnolencia (7), disartria (4), alteraciones pupilares (4). 2 casos disfunción neurológica grave (Glasgow<8).

Tratamiento: Monitorización y observación (13). Sueroterapia (10). Flumacénilo (4). Carbón activado (5). Emesis inducida (1). Lavado gástrico (3).

Ingreso en 12 pacientes con estancia media de 2,2 días (1-5): 9 en área de observación y 3 en unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCI-P). Requiriendo en 1 caso intubación y ventilación mecánica.

Intoxicación accidental (5): por benzodiazepinas (4), cannabis (1). Edad media 2,7 años. Relación mujer:hombre 3:2.

Intoxicación por abuso (7): Etanol (4), etanol+cannabis (1), benzodiazepinas+neurolepticos (1), etanol+cannabis+anfetamina+cocaína+ketamina (1). Edad media 14,6 años. Relación mujer:hombre 6:1. Todos los casos ocurrieron en fin de semana.

Intento de autolisis (3): benzodiazepinas (1), benzodiazepinas+ibuprofeno (1), benzodiazepinas+etanol+cannabis (1). Mujeres de edad media 14,6 años. Ingreso en UCI-P (2). Intubación y ventilación mecánica (1). Antecedentes psiquiátricos conocidos (2).

### CONCLUSIONES:

1-Motivo de consulta poco frecuente en urgencias aunque potencialmente grave.

2-Clínica más frecuente alteración neurológica leve.

3-Los tóxicos más frecuentes fueron benzodiazepinas y etanol.

4-Las intoxicaciones por abuso son mayoritariamente polifarmacológicas, en fin de semana y en adolescentes de sexo femenino. Tóxico más frecuente etanol.

5-Los intentos de autolisis se producen en mujeres adolescentes, algunas con patología psiquiátrica de base. Han sido los casos potencialmente más graves.

6-Intoxicación accidental: niños pequeños. Tóxico más frecuente benzodiazepinas.

## PREVENCIÓN DE LAS INTOXICACIONES ACCIDENTALES POR PARACETAMOL: IMPACTO DE UNA PRESENTACIÓN CON CIERRE DE SEGURIDAD

B Gómez Cortés, I Iturralde Orive, G López Santamaría, E Mora González, B Azkúnaga Santibáñez, S Mintegi Raso

Urgencias de Pediatría, Hospital de Cruces. Barakaldo, Vizcaya

### INTRODUCCIÓN:

Los fármacos son los productos más frecuentemente implicados en las consultas por sospecha de intoxicación en los Servicios de Urgencias Pediátricos (SUP), sobre todo el paracetamol. Una sola presentación líquida causa más del 80% de las intoxicaciones por paracetamol en nuestro medio. Recientemente la compañía farmacéutica que comercializa la citada preparación ha comercializado una nueva con cierre de seguridad que incluye una diferente jeringa dosificadora.

### OBJETIVO:

Estudiar el impacto de la comercialización de la nueva presentación con cierre de seguridad en la incidencia de intoxicaciones por dicho fármaco.

### PACIENTES Y MÉTODOS:

Estudio de cohortes retrospectivo (año 1999 vs año 2004, antes y después de comercializar la nueva presentación con cierre de seguridad) que incluyó los pacientes menores de 14 años que consultaron por una posible intoxicación por paracetamol. Se analizaron datos demográficos, exploraciones realizadas, tratamiento recibido y destino.

### RESULTADOS:

En 1999 se registraron 161 posibles intoxicaciones y 171 en 2004. En ambos años, los fármacos motivaron más del 50% de los episodios. En 1999 se registraron 19 ingestas accidentales de paracetamol (21.8% de las intoxicaciones por fármacos) vs 25 en 2004 (25%,  $p=0,83$ ). Una misma única presentación fue la causa de más del 90% de las ingestas accidentales de paracetamol en ambos periodos (18/19 en 1999 vs 23/25 en 2004).

**En los dos periodos de tiempo casi la mitad de los pacientes fueron menores de 36 meses y el 100% de las intoxicaciones acaecidas en el 2004 en menores de 18 meses se debieron a un error en dosificación (7 de los 25 pacientes que consultaron en 2004 por una posible intoxicación por paracetamol fueron menores de 18 meses).**

**Más del 95% de los pacientes se encontraban asintomáticos en el momento de la consulta. Tras su llegada al SUP se realizaron exploraciones complementarias en 12 niños en cada año (63,2% vs 48%), solicitándose en todos ellos el nivel de paracetamol en sangre.**

En 1999 recibieron tratamiento 7 niños (36%) frente a los 16 (64%) en el 2004 ( $p=0,13$ ), básicamente administración de carbón activado. Se administró NAC a un niño de cada grupo. Ningún niño ingresó en planta ni presentó afectación hepática y todos evolucionaron bien.

### CONCLUSIONES:

La adición de un cierre de seguridad a la presentación líquida implicada en más del 80% de las intoxicaciones accidentales por paracetamol no se ha acompañado de una disminución de estos episodios registrados en un SUP. El cambio de la jeringa dosificadora podría explicar, al menos parcialmente, el fracaso de esta medida preventiva.

### **CRISIS CONVULSIVA Y DROGAS ILEGALES, A PROPOSITO DE 2 CASOS**

MC García Jimenez, C Campos Calleja, FJ Caro Rebollo\*, J López Pisón, L Ochoa, A. Olloquí Marco

Unidad de Urgencias de Pediatría. \* Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza.

#### **INTRODUCCIÓN:**

El consumo de drogas ilegales, junto con el alcohol supone la primera causa de intoxicación en mayores de 12 años. Los síntomas principales son neurológicos.

#### **CASOS CLÍNICOS:**

##### **Caso 1.**

Varón de 14 años con antecedentes de Crisis febriles complejas que se trataron con ácido valpróico hasta los 6 años, y migrañas. Acude al servicio de urgencias un sábado por la noche por haber presentado de forma brusca pérdida de conciencia acompañada de movimientos tónico-clónicos de pocos minutos de duración. A su llegada a Urgencias Glasgow de 14, y resto de exploración normal. Permanece unas horas en Unidad de Observación remitiéndose a Consultas de Neuropediatría. A pesar de no recoger en la anamnesis antecedente de consumo de tóxicos, se decidió su investigación (en ese momento no disponible su determinación urgente). Los resultados fueron positivos para cocaína, cannabis y anfetaminas en orina.

##### **Caso 2.**

Mujer de 14 años sin antecedentes de interés que presenta una crisis convulsiva. Refieren los acompañantes consumo de tóxicos las horas previas. Fue positiva la determinación de cannabis y anfetaminas en orina. Se indicó ingreso y la evolución fue satisfactoria.

#### **COMENTARIOS:**

El abordaje de la patología neurológica aguda en el adolescente debe contemplar la posibilidad de ingesta tóxica e incluirse en los protocolos de actuación en Urgencias.

En ocasiones los antecedentes previos del paciente pueden no hacer sospechar el consumo de tóxicos, que a pesar de la evolución habitualmente satisfactoria tiene importantes implicaciones en el seguimiento del paciente.

## MISCELÁNEA

Nº 124

### EXÁMENES COMPLEMENTARIOS EN LOS EPISODIOS APARENTEMENTE LETALES ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA

M.I. Vega Martín, M. Santiago Burrutxaga, E. Astobiza Beobide, A. Fernandez Landaluze, J. Benito Fernandez, J. Sanchez Etxaniz.  
Hospital de Cruces, Servicio de Urgencias de Pediatría, Cruces-Barakaldo.

#### OBJETIVOS:

Valorar el rendimiento de los exámenes complementarios (EC) realizados a lactantes con Episodios Apparentemente Letales (EAL) asistidos en un Servicio de Urgencias Pediátrico (SUP).

#### MATERIAL Y MÉTODOS:

Se estudiaron los resultados de los EC realizados a los EAL que acudieron al SUP entre Abril de 2005 y Febrero de 2006. Las pruebas complementarias consistieron en: hematemetría completa, PCR, glucemia, ácido láctico, transaminasas, gasometría venosa, sistemática de orina, amonio, ECG y radiología tórax. En caso de coincidir con brote epidemiológico y/o sospecha clínica: test rápidos (VRS e Influenza), cultivo Bordet, tóxicos (sangre y orina) y fondo de ojo. Se clasificaron en resultados positivos totales, proporción de positivos para cada prueba, marcadores de hipoxia (ácido láctico, pH, bicarbonato, transaminasas) y positivos que contribuyeron a un diagnóstico de base.

#### RESULTADOS:

Se registraron 53 casos de EAL. Se realizaron 528 exámenes complementarios de los que el 11,9% fueron positivos. La proporción de positivos para cada prueba fue: Ácido Láctico >30 mg/dl 50%, amonio >80 mg/dl 27,9%, SGPT >40 mg/dl 22%, pH <7,30 18,8%, bicarbonato <20 mg/dl 8,3%, PCR >2 mg/dl 2,4%, leucocitos <6.000 o >20.000 6,3%, carboxihemoglobina >3% 100%, Rx de tórax 4,7% y ECG 2,3%. Los marcadores de hipoxia fueron positivos en el 49% , de éstos el 30% tuvieron patología de base (4 RGE, metabolopatía, shock, convulsión, bronquiolitis). Los EC que contribuyeron de forma directa al diagnóstico fueron: ácido láctico, recuento leucocitario, pH, bicarbonato, PCR, carboxihemoglobina y Rx. Representaron el 0,95% de todas las pruebas realizadas y contribuyeron al diagnóstico de patología subyacente en el 31,25% de los EAL secundarios. Los diagnósticos fueron: metabolopatía, shock séptico, neumonía e intoxicación por monóxido de carbono.

#### CONCLUSIONES:

Los EC son de gran ayuda en la valoración de la gravedad del EAL. Aunque la proporción de resultados positivos es baja pueden contribuir desde el mismo SUP en un alto porcentaje al diagnóstico de patología severa de base.

## MANEJO DE LA AGITACIÓN PSICOMOTRIZ EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS

D. Muñoz Santanach, A. I. Curcoy Barcenilla, V. Trenchs Sainz de la Maza, G. Puche Rubio\*\*, JA Alda Díez\*, C. Luaces Cubells. Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Servicio de Psiquiatría\*. División de Enfermería\*\*. Agrupació Sanitària Hospital Sant Joan de Déu-Clínic. Universitat de Barcelona.

### INTRODUCCIÓN:

La agitación psicomotriz puede conllevar riesgo para el enfermo y para los que le rodean. El concepto contención incluye psicoterapia, fármacos y/o sistemas de restricción de movimiento.

### OBJETIVO:

Conocer en qué casos y con qué frecuencia se aplican estas técnicas en nuestro hospital.

### MÉTODOS:

Revisión retrospectiva de las historias clínicas de los pacientes en los que ha sido necesario activar el protocolo de contención durante 3 años (2003-2005).

### RESULTADOS:

Se incluyen 53 pacientes (1/80 niños atendidos en Urgencias de Psiquiatría). La edad media es  $14,6 \pm 2,7$  años. El 67,9% son varones, éstos representan el 45,4% de las visitas psiquiátricas. Cuarenta y nueve (92,5%) tienen antecedentes psiquiátricos. Cuarenta y dos (79,3%) acuden desde su residencia habitual. Consultan más los lunes, jueves y viernes, 44 casos (83%) entre las 8 horas y las 0 horas. Previamente a su llegada al hospital, a 17 (32,1%) ya se les han aplicado medidas de contención. A 5 (9,4%) se les realiza únicamente contención verbal; a 19 (35,8%) verbal y farmacológica; a 5 (9,4%) verbal y mecánica y a 24 (45,3%) verbal, farmacológica y mecánica. Los neurolépticos son los fármacos más utilizados, en 27 casos (62,7%); en 7 (16,2%) se usan ansiolíticos y en 9 (20,9%) una combinación de ambos.

El biperideno se utilizó en 8 pacientes de forma inadecuada al no existir clínica extrapiramidal. Las causas más frecuentes de agitación son: trastornos de conducta en 32 casos (60,4%) y trastornos psicóticos en 12 (22,6%). Ingresan 36 pacientes (67,9%). Los trastornos de conducta, a diferencia de otras causas, presentan un patrón horario definido (días laborables y entre las 16 y 0 horas); En relación al sexo, grupo de edad o diagnóstico al alta, no se hallan diferencias en cuanto al tipo de contención utilizada, ni en la necesidad de ingreso.

### CONCLUSIONES:

La utilización de medidas de contención en las Urgencias de psiquiatría es poco frecuente. El perfil básico de un paciente que necesita contención en Urgencias es el de un varón, adolescente, con antecedentes psiquiátricos que facilitan el estado de agitación y que es traído desde su residencia habitual. La principal medida de contención es la verbal complementada por la farmacológica y / o mecánica. Debería revisarse el uso del biperideno en ausencia de clínica extrapiramidal.

### **MEDIASTINITIS. A PROPÓSITO DE UN CASO**

A. Arce Casas, A. Martínez Roig, M. Casellas Montgut, M. Bonet Alcaina, O. Vall Combelles  
Servicio de Pediatría. IMAS. Hospital del Mar. Barcelona

#### **CASO CLÍNICO:**

Paciente de sexo femenino de 13 meses de edad visitada por fiebre de 24 horas de evolución junto con irritabilidad y poca movilidad cervical.

Sin antecedentes patológicos de interés.

Exploración: T 38,3°C, FC 190'x, TA 90/40 mmHg, SatHbO<sub>2</sub> 97% con FiO<sub>2</sub> 21%. Regular estado general, irritable a la manipulación. Palidez cutáneo-mucosa. Hidratación correcta. Taquipnea y respiración entrecortada, aleteo nasal. Auscultación cardiorrespiratoria: Entrada de aire bilateral conservada sin ruidos sobreañadidos. Taquicardia, no soplos. Abdomen normal. ORL: Faringe algo congestiva y otoscopia normal. SN: No signos meníngeos ni focalidad neurológica. Movilización cervical normal, sin evidencia de adenopatías laterocervicales y tendencia a lateralizar el cuello hacia la izquierda .

Se cursan cultivos y se inicia tratamiento con cefotaxima endovenosa.

#### **EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS:**

- Analítica sanguínea: Leucocitos 27730 (74%N, 7% formas inmaduras), Hb 8,7 g/dl. Acidosis metabólica (pH 7,30,bic 15,3, EB -10). PCR 23,9 mg/dl
- Sedimento orina normal
- Líquido cefalorraquídeo normal.
- Ecografía cervical: Adenopatías laterocervicales y submandibulares de gran tamaño, predominio derecho
- RM: Afectación extensa de aspecto inflamatorio de las partes blandas profundas laterocervicales derechas, con afectación retrofaríngea y extensión mediastínica superior, con adenopatías regionales y afectación pleuropulmonar superior derecha, sin zonas abscesificadas.

#### **EVOLUCIÓN:**

Empeoramiento clínico a pesar del tratamiento antibiótico endovenoso, con persistencia de la fiebre y aparición de signos de dificultad respiratoria y compromiso de la vía aérea. Tras realizar resonancia magnética se sustituye el tratamiento antibiótico por amoxicilina-clavulánico y se inicia tratamiento antiinflamatorio con dexametasona. Evolución lenta con mejoría progresiva de los signos analíticos de infección y los signos inflamatorios en las imágenes radiológicas.

#### **COMENTARIOS:**

La mediastinitis es un diagnóstico infrecuente y prácticamente siempre es secundario a procesos quirúrgicos o traumáticos. Este caso se orienta como mediastinitis secundaria a absceso retrofaríngeo, con afectación de los tejidos blandos del cuello por extensión desde una infección faríngea. Los abscesos retrofaríngeos suelen afectar a niños pequeños, y tienen presentación insidiosa. El germen más comúnmente implicado es el *S. pyogenes*. La mitad de los pacientes acaban necesitando tratamiento quirúrgico.

## **UNA IMAGEN MEJOR QUE 1000 PALABRAS FOTOGRAFÍAS EN URGENCIAS**

X. Codina Puig, P. Gussinye Canabal, J.L. Simón Riazuelo, M. Catalá Puigbó  
Hospital General de Granollers. Barcelona.

### **INTRODUCCIÓN:**

Las fotografías ilustran las revistas, libros, atlas y nuestras propias ponencias. Constituyen un elemento importante tanto en nuestra labor asistencial, permitiendo la observación en el tiempo de un proceso evolutivo, la consulta de un caso a otros profesionales y son de gran ayuda para la labor docente. La fotografía digital ha simplificado la obtención, manipulación y archivo de numerosas imágenes y por ello creemos que debería sumarse a nuestras “herramientas” de trabajo, de formación y constituir un documento más de la historia clínica.

### **OBJETIVO:**

- 1.- Señalar la necesidad de la recogida sistemática de imágenes y el establecimiento de una base de datos
- 2.- Subrayar la importancia de la imagen como potente instrumento para la formación de los residentes en el *diagnóstico visual*.
- 3.- Mostrar la posibilidad de manipulación de una imagen con un objetivo docente

### **MATERIAL Y MÉTODO:**

Se dispone de un archivo de fotografías digitales desde el año 2001 totalizándose en la actualidad 2500. Se estructura la formación de los residentes en urgencias a partir del estudio de casos/imágenes. Seleccionamos aquellas imágenes que nos permiten mostrar los objetivos de este estudio: Signos clínicos: signos de deshidratación (signo de pliegue y ojos hundidos), signos dermatológicos (signo de Darier en la mastocitosis, signo de Nikolsky en el síndrome de piel escaldada). - Manipulación del color para visualizar mejor el exantema (Eritema infeccioso, escarlatina, ...) Las fotografías se realizan con el consentimiento del acompañante del paciente y se les remiten por correo electrónico a la familia si lo solicitan.

### **COMENTARIOS:**

La disponibilidad de imágenes son de gran utilidad para la docencia. Siendo el aprendizaje a través del caso/imagen mucho más eficaz.

Las fotografías pueden y deben constituir un elemento adicional de la historia clínica. Las fotografías deben realizarse siempre con el consentimiento de los padres/tutor y, si es posible, del propio paciente salvo en el caso de imperativos médico-legales (malos tratos – abusos).

## RABDOMIOLISIS COMO DIÁGNOSTICO EN URGENCIAS.A PROPÓSITO DE 3 CASOS.

R. Rodríguez, A. Conde, S. Esteban, C. González, K. Díez, y N. García  
Urgencias de Pediatría. Hospital de Basurto. Bilbao.

### INTRODUCCIÓN:

La rabdomiolisis es un síndrome caracterizado por la destrucción masiva de miocitos con liberación de sustancias toxicas a la sangre ( mioglobina, potasio, fósforo...), que pueden originar graves repercusiones sistémicas. Las etiologías más probables en pediatría corresponden a infecciones, hipertermia severa, fármacos y miopatías hereditarias. Presentamos 3 casos clínicos de rabdomiolisis con distintas etiologías.

### OBSERVACIONES CLÍNICAS:

Lactantes de 9 y 11 meses que consultan por fiebre, cuadro respiratorio e irritabilidad. Se realizan analítica de sangre (serie roja normal, linfomonocitosis), PCR negativa. Orina colúrica con hematuria y proteinuria en la tira reactiva, y ausencia de hematíes en sedimento. La elevación de enzimas musculares( CPK> 188000) confirma la sospecha de rabdomiolisis de probable origen viral ( Aislamiento de Coxakie B en frotis faríngeo y rectal en uno de ellos).

Niña de 9 años amigdalectomizada 12 horas antes que presenta coluria ( anestesia general con succinil colina, fentanilo y sevorano). La tira reactiva presenta sangre positiva, con ausencia de hematíes en sedimento urinario. No datos de hemólisis en sangre periférica y elevación de enzimas musculares (CPK 17.000)., diagnosticándose de rabdomiolisis inducida por acetilcolina.

Los tres fueron ingresados y tratados con hiperhidratación , asociando alcalinización, diuréticos y salbutamol inhalado en los 2 lactantes. Durante su ingreso evolucionaron favorablemente, sin afectación de la función renal, ni otras alteraciones analíticas. Se constató una disminución progresiva de las enzimas musculares, siendo dados de alta con controles posteriores en Consultas externas.

### COMENTARIOS:

La rabdomiolisis es poco frecuente en niños. La presencia de coluria (tira reactiva positiva para sangre), con ausencia de hematíes en el sedimento urinario, y sin datos de hemólisis es altamente sugestiva de mioglobinuria. En la mayoría de los casos este es el único dato que nos orienta en pediatría al diagnóstico de rabdomiolisis. La elevación de CPK confirma el diagnóstico. La etiología más frecuente en niños es la infecciosa (sobre todo virus influenzae y enterovirus). El factor pronóstico de la rabdomiolisis es la afectación de la función renal, por ello es importante el diagnóstico y tratamiento precoz con hiperhidratación, asociando si es necesario alcalinización y diuréticos como medida de protección renal .

## DETECTOR METALES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICO: ¿ES ÚTIL?

R. Fernández González, M. Maruri Elizalde, A. Fernández Landaluce, E. Mora González, B. Azkunaga Santibañez, S. Mintegi Raso.  
Urgencias de Pediatría del Hospital de Cruces. Vizcaya.

### INTRODUCCIÓN:

El detector de metales puede usarse como alternativa sencilla, barata y libre de radiación para la detección cuerpos extraños (CE) metálicos ingeridos.

### OBJETIVO:

Evaluar la utilidad del detector de metales para identificar y localizar los CE metálicos ingeridos y el impacto que su uso conlleva en la reducción de la realización de radiografías en un servicio de urgencias de pediatría (SUP).

### PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo de los niños atendidos en un SUP durante los años 2004 y 2005 por sospecha de ingesta de CE. Se recogen datos epidemiológicos, tipo de CE, clínica, uso de pruebas complementarias, tratamiento, destino y reconsulta.

### RESULTADOS:

En el periodo analizado fueron atendidos 408 niños por posible ingesta de CE, de los cuales 178 eran CE metálicos (117 monedas o bolas metálicas, 8 pilas de botón, 53 otros) El 47% tenían entre 2 y 5 años, con discreto predominio de varones. Los síntomas más frecuentemente referidos fueron las náuseas/vómitos y molestias esofágicas, pero la mayoría de los niños estaban asintomáticos (84%)

Se utilizó el detector de metales en 105 casos (59% del total; 65,8% de las monedas o bolas metálicas, 62,5% de las pilas y en 43% de los otros objetos metálicos), siendo el resultado positivo en 72 (79% de las monedas o bolas metálicas, 60% de las pilas y en 36,8% de otros objetos). La localización fue infradiaphragmática salvo en 3 casos.

De los 72 casos localizados con el detector en 14 (19,4%) se realizó radiografía (Rx) confirmándose en todas ellas la presencia y localización del CE, excepto en 1 caso en que el detector lo situó supradiaphragmático y en Rx se aprecia en estómago.

De los 33 casos en que resultó negativo el detector, se realizó Rx en 24 mostrando CE en 10 casos: el 60% de éstos eran CE diferentes de monedas o bolas metálicas.

El tratamiento más habitual fue la actitud expectante (93,3%), se realizaron 10 endoscopias, y en 2 casos se usó una sonda Foley para movilizar el CE. El 92,7% fueron dados de alta.

Se evitó la realización de Rx a 58 pacientes con CE infradiaphragmático. Trece de estos reconsultaron: 11 por no expulsión del CE y se mantuvo el tratamiento expectante; y los otros 2 reconsultaron por síntomas, precisando uno de ellos endoscopia a las 24 horas por vómitos (en su 2ª visita se reafirmó por detector y Rx la localización infradiaphragmática).

### COMENTARIOS:

El detector de metales es útil en un SUP para reconocer y localizar los CE metálicos ingeridos, en especial las monedas y/o bolas metálicas. Su uso permite evitar de forma segura la realización de Rx cuando el CE es detectado por debajo del diafragma.

Nº 130

### **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA CLAUDICACIÓN DE MIEMBROS INFERIORES EN PEDIATRÍA**

D. García Aldana, F. Vazquez Rueda, A. Sánchez Carrión, A. Molina Jurado, E. Castuera Jurado, M<sup>ª</sup>D. Simarro Bravo, F. Aguilar Humanes, A. Bello Luque  
Servicio de Críticos y Urgencias Pediátricas.  
Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba

#### **OBJETIVOS:**

Analizar las patologías más frecuentes en Urgencias como causa de claudicación de miembros inferiores en el niño según los diferentes grupos de edad.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se han revisado las principales causas por claudicación de miembros inferiores en niños de 0-14 años en el Servicio de Urgencias Pediátricas en un Hospital de tercer nivel, analizando las etiologías por grupos de edad: 0-3 años, 4-10 años, >10 años y de 0-14 años.

#### **RESULTADOS:**

En el grupo de edad 0-3 años la patología más frecuente encontrada es la Displasia de cadera y la Artritis séptica de cadera. De 4-10 años la Sinovitis transitoria de cadera y la Enfermedad de Perthes. En el grupo de edad > 10 años la Osteocondrosis ( Enf. De Köehler, Osgood-Schlatter ...) y Epifisiolisis de cadera. A pesar de ser éstas las causas más frecuentes de cojera en el niño, siempre hay que tener en cuenta otras patologías de similar presentación, importantes de diagnosticar por su morbimortalidad y que se presentan en niños de cualquier edad (0-14 años) como son: Fracturas tanto traumáticas como de estrés, Osteoma osteoide, Tumor de Ewing, Leucosis y Discitis.

#### **CONCLUSIONES:**

- 1<sup>ª</sup>: La claudicación de miembros inferiores es una causa muy frecuente de consulta en un Sr. de Urgencias Pediátricas.
- 2<sup>ª</sup>: Ante un niño con cojera se debe realizar un despistaje de las diferentes causas según la edad, sin olvidar en el diagnóstico diferencial otras patologías que, aunque menos frecuentes, pueden aparecer a cualquier edad y, que por su importancia precisan una actitud diagnóstica y terapéutica lo más precoz posible.

**COSTILLA CERVICAL: CAUSA INFRECUENTE DE MASA SUPRACLAVICULAR.**

S. galán arévalo, m. p. falero gallego, i. ortíz valentín, v. losa frías, l. díaz, e. crespo rupérez  
unidad de urgencias de pediatría. hospital “virgen de la salud”. Toledo

**INTRODUCCIÓN:**

La existencia en un niño de una masa supraclavicular ha de ser considerada sospechosa de malignidad. Es preciso realizar diagnóstico diferencial con neoplasias, hiperplasias reactivas y con anomalías congénitas de las costillas.

**OBSERVACIÓN CLÍNICA:**

Niña de cuatro años que acude a Urgencias por presentar masa supraclavicular izquierda desde hace dos semanas, dolorosa en ocasiones. Afebril. Anorexia los tres últimos meses. Hace un mes sufrió un arañazo de gato en el brazo izquierdo. Exploración: tumoración en fosa supraclavicular izquierda de 2x2 centímetros, dura, mal delimitada, dolorosa a la palpación, sin signos inflamatorios cutáneos ni adenopatías satélites. Rx de tórax: presencia de costilla cervical bilateral.

**COMENTARIOS:**

Aunque las masas supraclaviculares en un niño corresponden en un alto porcentaje a adenopatías tumorales (linfomas), puede haber también otras posibilidades etiológicas, como infecciones por mycobacterias o enfermedad por arañazo de gato, sin olvidar anomalías óseas: costilla cervical, fusión de varias costillas, etc.

La costilla cervical tiene una incidencia del 0.2-1% de la población, siendo sólo el 10% sintomática. Más prevalente en mujeres. Ocasionalmente, origina el Síndrome del Desfiladero Torácico por compresión del plexo braquial y de la arteria subclavia. Los síntomas son entumecimiento, pesadez, dolor de brazo y parestesias al elevarlo. Raro en la infancia, puede desencadenarse en la adolescencia debido a un rápido crecimiento de las estructuras del desfiladero. El diagnóstico se confirma con eco-doppler, TAC y RNM. En nuestro caso, la exploración neurológica y los pulsos del miembro superior izquierdo son normales, así como el eco-doppler yúgulo subclavio. El tratamiento inicial es conservador, evitando los movimientos del brazo que aumenten los síntomas y ejercitando la musculatura del hombro. Si fracasa, se reseca la costilla cervical. Es aconsejable seguimiento clínico en especial durante la adolescencia.

### ANGIOEDEMA HEREDITARIO DE PRESENTACIÓN PRECOZ

M.E. Palacios López, A. Pérez Sáez, E. Blarduni Cardón, L. Arranz Arana, E. Zuazo Zamalloa, M.J Azanza Agorreta. Servicio de pediatría. Hospital de Zumárraga. Guipúzcoa.

#### INTRODUCCION:

El angioedema hereditario es un trastorno autosómico dominante caracterizado por el déficit de los niveles o de la actividad del inhibidor de la C1-esterasa. Clínicamente se manifiesta como ataques recurrentes de angioedema subcutáneo o submucoso, que pueden llegar a poner en peligro la vida del paciente cuando afectan a la vía respiratoria. Su presentación clínica en la primera infancia es inusual.

#### OBJETIVO:

Comunicar un caso de angioedema hereditario de debut y diagnóstico precoz.

#### CASO CLINICO:

Lactante de 21 meses de edad, previamente sana, traída a urgencias por hinchazón del párpado izquierdo. Refiere mínimo traumatismo local la noche anterior y catarro leve la semana previa, sin fiebre. Valorada previamente por su pediatra, le indica antihistamínico que no llegan a darle. A la exploración física se objetiva edema leve, blando y blanquecino en párpado superior e inferior izquierdo, con conjuntiva normal; resto de exploración anodina. Como antecedentes familiares, destaca que el padre y varios miembros de su familia padecen angioedema hereditario. Se indica observación domiciliaria y volver según evolución.

Tres horas después, acuden por empeoramiento del cuadro con extensión del edema al párpado contralateral. La analítica general es normal. Dados los antecedentes familiares, la localización y progresión del cuadro se decide iniciar tratamiento con 500 mg de concentrado de C1-inhibidor intravenoso. A los 30 minutos se objetiva importante disminución del edema, hasta su completa desaparición en pocas horas. En analítica posterior, niveles disminuidos de C4 y de la actividad del C1-inhibidor, confirman el diagnóstico de sospecha de angioedema hereditario tipo II. La niña no ha presentado nuevos brotes.

#### COMENTARIOS:

1. El diagnóstico precoz del angioedema hereditario es fundamental para prevenir la complicación más peligrosa: el edema laríngeo.
2. Es importante la recogida cuidadosa de los antecedentes familiares en todo paciente con angioedema.
3. Ante la sospecha clínica de angioedema hereditario de localización potencialmente peligrosa es clave la administración del concentrado de C1-inhibidor, ya que el tratamiento con adrenalina, corticoides o antihistamínicos no es efectivo.

**ADECUACION DEL USO DE VIAS VENOSAS PERIFÉRICAS: ESTUDIO COMPARATIVO ANTES Y DESPUÉS DE SESION INFORMATIVA**

G. Guerrero Márquez\*\*, C. Míguez Navarro\*, A. Peñalba Citores.

\*\* DUE, \*ADJUNTO Sección de Urgencias del Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid

**OBJETIVOS:**

En el 2004 se realizó un estudio de vías inadecuadas en nuestro servicio encontrando un 24%. A pesar de un porcentaje menor que en otras series, quisimos comprobar si podíamos disminuirlo mediante sesiones informativas, realizando un nuevo estudio y comparando los resultados entre el estudio del 2004 y el del 2005.

**MATERIAL Y METODOS**

Seleccionamos niños que se les canalizó una vía en Urgencias en Nov 2005 y se comparó con el estudio realizado de iguales características el año anterior (Nov 2004).

**RESULTADOS:**

Porcentaje de canalización en el 2004 fue de 2,7% y en 2005 un 3%.

La adecuación en 2004 fue de 74,4% y en 2005 aumentó a 86% con  $p < 0,05$ .

Vías inadecuadas por turno: en 2004 la mañana tenía 24%, la tarde 24% y la noche 36% disminuyendo en el 2005 a 15,4% en turno mañana, a 8% turno tarde y a 23% en la noche, siendo significativas en turno de tarde ( $p < 0,01$ ).

Vías inadecuadas por médico: en 2004 MIR Ped/Fam tenían 26% y el Adjunto Pediatría un 21,6% disminuyendo en el 2005 a 16,5% y a 8,7% respectivamente con  $p < 0,05$ .

Vías inadecuadas según médico/turno: el MIR Ped/fam en el 2004 tenía en la mañana un 28,5%, en la tarde 23,5%, y en la noche 41,4% disminuyendo en 2005 a 26% en la mañana, 6,6% en la tarde y a 22,5% en la noche, siendo significativo sólo en la tarde ( $p < 0,01$ ). El Adjunto Pediatría en el 2004 tenía 20,5% en la mañana, 23,4% en la tarde y 20% en la noche, disminuyendo en el 2005 en la mañana a 5 %, y en la tarde a 8,7% mientras que en la noche aumentó a 28%, sin diferencias estadísticamente significativas en ningún turno.

**CONCLUSIONES:**

Existe disminución de vías inadecuadas, estadísticamente significativa en algunos turnos y grupos de médicos.

Es necesaria la realización de trabajos para encontrar fallos e intentar solucionarlos posteriormente para aumentar la calidad asistencial.

**HISTORIA DE UN HIPERFRECUENTADOR: UNA FORMA DE MALTRATO INFANTIL**

E. Guirado Sayago, O. Calavia Garsavall, G. Lacruz Ausín, E. Castellarnau Figueras, M. Jariod Pàmias, X. Allué Martínez.

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

**FUNDAMENTOS Y OBJETIVOS:**

En los servicios de urgencias pediátricas puede ser relativamente fácil pensar en un maltrato ante la detección de determinadas manifestaciones. Más difícil es pensar en maltrato ante un paciente que acude sólo con gran asiduidad. Esta demanda inapropiada conduce a un abuso de consultas, pruebas diagnósticas y tratamiento con perjuicio a veces importante para el niño. Presentamos un caso extremo con una alta frecuentación de los sistemas sanitarios.

**OBSERVACIONES CLÍNICAS:**

Varón de 2 años y 10 meses, etnia gitana, vive con padres y tres hermanos, sin antecedentes, excepto calendario vacunal incompleto. Ha originado múltiples consultas en atención primaria (AP) (127) y en hospital (H) (83), 210 en total, lo que supone ¼ parte de su vida. Se objetiva un aumento de demanda con el tiempo, con variaciones estacionales y mayor frecuentación diurna. En 29 ocasiones acude 2 o más veces en un día generando 64 visitas (30,47%); en 37 ocasiones efectúa visitas en días consecutivos generando 120 visitas (57,14%). Consulta por motivos variados, siempre diagnosticado de procesos banales, la mayoría catarros, y sin objetivarse patología en 11,42%. Nunca ha ingresado y sólo en una ocasión derivado por su pediatra a H. Destaca 57,89% de visitas programadas AP a las que no ha acudido. Se le ha practicado 30 radiografías, la mayoría de tórax, todas dentro de normalidad. En 35,24% ha recibido algún tratamiento farmacológico, observándose una tendencia mayor a la prescripción de antibióticos y anticatarrales con el paso del tiempo.

**COMENTARIOS:**

El caso de padres con una alta frecuentación en sistemas sanitarios puede ser llevado al extremo. Esta situación, no excepcional aunque muchas veces infradiagnosticada, interfiere en el normal desarrollo del niño, es causa de absentismo escolar, y conduce a exploraciones y tratamientos innecesarios, lo que supone un tipo de maltrato infantil que suele cronificarse en el tiempo. Además existe tanto el peligro de búsqueda de patología inexistente como de que pase desapercibida cuando realmente exista.

**SÍNDROME DE VOGT-KOYANAGI-HARADA. UNA ENTIDAD POCO FRECUENTE, A PROPÓSITO DE UN CASO EN UN ADOLESCENTE.**

Cañadell Yetano, Ester. Uriz Urzainqui, M<sup>a</sup> Socorro. Quilis Esquerra, Josep. Barrera Segura, Emma. Escobar Barranco, Juan Jose\*. Soriano Belmonte, Dolors.

Servicio de Pediatría y Servicio de Oftalmología\*.  
Hospital de Terrassa.  
Terrassa, Barcelona.

**INTRODUCCIÓN:**

El Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada o Síndrome Uveomeningítico, es una enfermedad granulomatosa multisistémica de causa desconocida, que afecta a ojos, oídos, piel, pelo y sistema nervioso.

**CASO CLÍNICO:**

Adolescente, niño, de 14 años que consulta por pérdida progresiva de visión del ojo derecho de 4 días de evolución, refiriendo como una tela que le impide ver el campo nasal derecho. A la exploración se constata una pérdida de visión en el hemicampo izquierdo del ojo derecho, con una anisocoria franca. El fondo de ojo muestra alteraciones en el epitelio pigmentario retiniano con puntos exudativos y pliegues maculares. Sin acomodación del ojo derecho a la convergencia. Pérdida de visión de un 0,3. Papilas normales. Resto de exploración física normal. Las exploraciones complementarias (incluida la punción lumbar) orientan el diagnóstico hacia Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada incompleto, por lo que se inicia tratamiento con corticoides a dosis altas con buena respuesta y recuperación de la visión y del fondo de ojo.

**CONCLUSIONES:**

El Síndrome de Vogt-Koyanagi-Harada es una entidad de afectación multisistémica, poco frecuente y de etiología desconocida. Afectándose individuos genéticamente susceptibles. El mecanismo fisiopatológico es autoinmunitario, contra antígenos melanocíticos. Las manifestaciones clínicas y oculares dependen de la etapa en que se encuentre la enfermedad. Para diagnosticarlo se requiere afectación ocular, con afectación auditiva o del sistema nervioso central, excluyendo otras enfermedades, cirugía o traumatismos oculares previos. El tratamiento consiste en corticoides a dosis altas y prolongadas, o bien con inmunosupresores o gammaglobulinas endovenosas en los casos refractarios. Su pronóstico es reservado ya que pueden haber recaídas, difíciles de predecir y por tanto de prevenir.

## **SEDACIÓN PROFUNDA Y DEPRESIÓN RESPIRATORIA TRAS LA ADMINISTRACIÓN DE UNA SOBREDOSIS DE KETAMINA INTRAMUSCULAR EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA**

Autores: B Gómez Cortés, E Mora González, S Mintegi Raso, M Santiago Burrutxaga, J Benito Fernández, S Capapé Zache.

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

### **INTRODUCCIÓN:**

La ketamina es uno de los fármacos más utilizados en los Servicios de Urgencias Pediátricos (SUP) para la realización de procedimientos dolorosos, dado su rápido comienzo de acción, seguridad y eficacia. Pocas complicaciones han sido reportadas hasta el momento actual en los SUP con el uso de este fármaco. Presentamos el caso de un niño sano que presentó tras la administración de Ketamina intramuscular sedación profunda y depresión respiratoria.

### **CASO CLÍNICO:**

Niño de 3 años que acude al SUP por dolor ocular tras introducirse cemento en el ojo. Se trata de un niño sano, sin antecedentes de interés. El examen físico es normal, salvo dolor y tumefacción ocular derecha que le imposibilita abrir el ojo. Se solicita valoración ocular por parte de oftalmología y dada la imposibilidad de la exploración por el dolor y la agitación del niño, se decide la utilización de ketamina intramuscular para sedación y analgesia y facilitar la exploración. Previo a la administración de ketamina, se explica a los padres el procedimiento de sedoanalgesia, sus riesgos y beneficios, y se recoge consentimiento informado escrito.

Antes del inicio del procedimiento, se monitoriza al paciente con pulsioximetría y monitor cardiorrespiratorio. El Pediatra de Urgencias indica a la enfermera la administración de 45 mg (3mg/kg) de ketamina intramuscular (Ketolar® 50mg/ml), inyectándose sin incidencias e iniciándose el efecto deseado rápidamente, a los dos minutos. Durante el procedimiento se mantiene la monitorización cardiorrespiratoria y pulsioximetría, registrándose las constantes vitales cada 5 minutos, permaneciendo el niño hemodinámicamente estable en todo momento. La duración de la exploración ocular es de 10 minutos, sin presentar incidencias durante la misma. Tras la exploración, el niño permanece monitorizado y con la supervisión de la enfermera responsable.

A la hora y 15 minutos de la administración de ketamina el niño presenta un episodio de inestabilidad de la vía aérea con caída de saturación de oxígeno hasta 82%, que recupera tras apertura de vía aérea y administración de oxígeno. En las dos horas siguientes presenta cuatro episodios de similares características al descrito, no precisando en ninguno de ellos ventilación con bolsa autoinflable.

El niño no recupera el nivel de conciencia ni su actividad motora y verbal normal hasta 20 horas después de la administración de la ketamina. Durante este tiempo permanece en el Servicio de Urgencias bajo monitorización continua y supervisión de la enfermera y médico responsable, no registrándose más incidencias que las señaladas previamente.

Finalmente recibe el alta domiciliaria 36 horas después de la administración de la ketamina.

En este caso, la sedación prolongada e inestabilidad de la vía nos hizo pensar en un posible error en la preparación de ketamina y dosis administrada. Tras hablar con la enfermera responsable y revisar tanto la preparación de la medicación como la dosis administrada, se descubrió que ésta había sido 10 veces mayor que la dosis indicada.

### **COMENTARIOS:**

La presencia de efectos adversos tras la administración de sobredosis inadvertidas de ketamina en los SUP no es un hecho frecuente hasta el momento actual. El amplio uso de este fármaco en los SUP en los últimos años hace que sea necesaria para evitar futuras complicaciones, una preparación adecuada tanto del personal médico como de la enfermería en el uso de fármacos para sedoanalgesia, forma de preparación, conocimiento de la farmacocinética, posibles complicaciones que puedan surgir, así como entrenamiento en el manejo de problemas en la vía aérea. Todo ello hace que la formación continuada en este área sea imprescindible en nuestros SUP.

## **INGESTIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN LA INFANCIA: A PROPOSITO DE DOS CASOS.**

A Peñalba Citores, M Santos Sebastián, E Cidoncha Escobar, A Cañizo, J Cerdá, C. Merello Godino. Sección de Urgencias Pediátricas Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

### **INTRODUCCIÓN:**

La ingestión de cuerpos extraños es un problema frecuente en la infancia. Suele presentarse entre los 6 meses y 3 años de edad. El diagnóstico y tratamiento precoz disminuyen la morbilidad en estos pacientes. Presentamos dos casos de ingestión de cuerpo extraño, uno de ellos con manejo conservador, precisando el otro caso endoscopia.

#### **Caso 1**

Niña de 11 años que acude a urgencias con sospecha de cuerpo extraño en amígdala (espina pescado), náuseas y aumento de la salivación. En la exploración inicial se aprecia pequeña lesión eritematosa en amígdala derecha. En Rx cervical se observa cuerpo extraño (concha crustáceo) enclavado en tercio proximal de esófago. Se realiza esofagogastroscoopia bajo anestesia general localizando el cuerpo extraño en cámara gástrica, no siendo posible su extracción durante el procedimiento. Se realiza control radiológico a los 7 días normal.

#### **Caso 2**

Niña de 2 años que acude a la urgencia por sospecha de ingestión de cuerpo extraño (cuchilla metálica), se realiza radiografía de abdomen que se interpreta como normal y la niña es dada de alta. A las 48 horas acude de nuevo a urgencias por sangrado anal escaso; se repite la prueba de imagen observándose abundantes cuerpos extraños radiopacos en marco cólico en posible relación a ingesta de piedras y arena. Se revisa la primera radiografía donde se visualiza imagen metálica en filiforme en fosa iliaca derecha. Al analizarse los restos fecales se encuentra cuchilla metálica de idénticas características.

### **CONCLUSIONES:**

La ingestión de cuerpos extraños es un problema frecuente en pediatría.

La mayoría de los casos precisa un manejo conservador, necesitando en casos seleccionados un abordaje endoscópico o quirúrgico.

En nuestro medio son raras las complicaciones que ponen en peligro la vida del niño.

## **PATOLOGÍA PSIQUIÁTRICA INFANTIL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS.**

f. ferouelle, c. soria, a. fernández, i. escribano, g. cordero, v. cañadas,  
urgencias pediátricas..hospital infantil universitario gregorio marañón. madrid

### **OBJETIVO:**

Se ha observado en los últimos años un significativo y notable aumento de niños que consultan en los servicios de urgencias pediátricas por presentar síntomas atribuibles a patología psicológica. El estudio tiene por objeto definir las características de estos pacientes.

### **MÉTODOS:**

Estudio descriptivo, prospectivo y transversal de las urgencias psiquiátricas atendidas en el servicio de urgencias pediátricas de un hospital terciario en un período de un año. Se analizan las variables de: edad, sexo, hora de consulta, día de la semana, mes del año, antecedentes psiquiátricos, tratamiento farmacológico previo, diagnóstico y destino del paciente.

### **RESULTADOS:**

Se registraron 192 urgencias psiquiátricas sobre un total de 66.234 (0,29%).El 49% eran niñas y el 51% niños. La edad media se situó en 13,39 años. El día de la semana que se observó mayor demanda asistencial fue el lunes (17,4%), en horario vespertino – nocturno, y los meses en los que hubo más demanda fueron Enero y Febrero. Los principales diagnósticos fueron: Agresividad 22%, Intento de autolisis 17%, Ansiedad 16%. En los niños el diagnóstico principal fue agresividad 19%, mientras que en las niñas predomina el intento autolítico 13%.

Cabe reseñar la elevada tasa de hospitalización del grupo que acudió a través de urgencias extrahospitalarias (61%) frente a los que acudieron con padres o familiares (22%), asimismo detallar el alto porcentaje de pacientes con antecedentes psiquiátricos y tratamiento farmacológico.

### **CONCLUSIONES:**

Los datos reflejados en el presente estudio confirman el considerable aumento de las urgencia psiquiátricas infantiles, y aunque son escasos los trabajos al respecto, resulta difícil contrastar los datos analizados, aunque un mejor conocimiento del perfil de estos pacientes, conducirá a optimizar su manejo inicial en la Urgencia Pediátrica.

Destaca la elevada proporción de derivaciones a nuestro centro desde los servicios de urgencias extrahospitalarios así como la elevada tasa de ingresos de estos pacientes derivados.

Asimismo destacar la alta proporción de antecedentes psiquiátricos y el tratamiento psiquiátrico previo en los niños con patología psiquiátrica urgente del estudio



## NEFROLOGÍA

Nº 139

### EMERGENCIA HIPERTENSIVA Y EDEMA AGUDO DE PULMÓN EN PACIENTE CON TRASPLANTE RENAL

Beatriz Pérez-Seoane Cuenca, Belén Calderón Llopis, José Antonio Ruiz Domínguez.  
Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos y Urgencias de Pediatría. Hospital Infantil La Paz. Madrid.

#### FUNDAMENTO Y OBJETIVOS:

Destacar la importancia del diagnóstico y tratamiento precoz de una situación de extrema gravedad cuya expresión clínica es variable y en ocasiones inespecífica.

#### OBSERVACIONES CLÍNICAS:

Paciente de 17 años con insuficiencia renal de causa no filiada, portador de trasplante renal y en espera de iniciar hemodiálisis por rechazo crónico del injerto.

Acude a Urgencias por cuadro de unas horas de evolución de cefalea, sensación de mareo y malestar, calambres musculares, dolor torácico y sensación disneica en decúbito. Refiere cifras de tensión arterial (TA) más elevadas respecto a su HTA basal en los últimos días y tos seca con discreta hemoptisis ocasional sin fiebre acompañante. En la exploración física destaca discreta palidez mucocutánea, leve taquipnea y crepitanes bibasales en la auscultación cardiopulmonar; no existen signos neurológicos focales ni sintomatología renal. En el Servicio de Urgencias se objetivan valores de TA de 213/130 mmHg. Se realiza radiografía de tórax en la que se observa una imagen compatible con edema agudo de pulmón (EAP). Ingresa en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) donde se inicia tratamiento con antihipertensivos iv. y diuréticos del asa, así como hemodiálisis aguda tras objetivar empeoramiento agudo de la función renal (hiperpotasemia de 6 mmol/L y creatinina de 7,4 mg/dL). A las 24 horas es dado de alta de UCIP tras normalizarse los parámetros de función renal, TA y comprobarse la desaparición de signos de EAP.

#### COMENTARIOS:

Se considera emergencia hipertensiva a la elevación brusca de la TA por encima del percentil 95 acompañada de afectación de órganos vitales, tales como encefalopatía hipertensiva, EAP por insuficiencia cardíaca congestiva y afectación renal. El descenso brusco de la TA en pacientes con HTA crónica puede condicionar una disminución de perfusión en órganos vitales, especialmente grave a nivel de la perfusión cerebral.

Una anamnesis detallada, con especial hincapié en los antecedentes personales, ayuda a orientar un diagnóstico poco frecuente en pediatría, como ocurrió en este caso.

**DOLOR ABDOMINAL AGUDO PROVOCADO POR UNA MALFORMACION CONGENITA RENAL.**

j lara herguedas, jl alonso calderon, r porto abal, a jiménez jiménez, i gallardo fernández, j martínez perez.

servicio de pediatría y servicio de cirugía. hospital infantil universitario niño jesús. madrid.

**FUNDAMENTO Y OBJETIVOS :**

Las anomalías de situación o posición del riñón son raras. La mayoría de ellas son asintomáticas, sin embargo pueden producir síntomas equívocos o simular un cuadro de abdomen agudo.

**OBSERVACIONES CLINICAS:**

Niña de 13 años con dolor abdominal de 48 horas de evolución acompañado de vómitos y de febrícula. La ecografía abdominal mostró una masa en pelvis, para y supravesical derecha, en teórica ubicación del ovario derecho, de composición mixta, con una parte líquida medial y una sólida lateral, observándose un pedículo de vascularización grueso sin apreciar líquido libre intraabdominal, sugerente de una tumoración ovárica. En la intervención quirúrgica se encontró una tumoración retroperitoneal a nivel del promontorio sacro, con útero y ovario derecho de aspecto normal junto con un riñón ectópico pélvico, con malrotación y gran dilatación de la pelvis y una estenosis pielo-ureteral, que se sigue de un uréter corto, sin dilatación con implantación normal en vejiga y un pedículo vascular dependiente de la bifurcación aórtica. Se practicó una ureteropieloplastia de Andersson-Hynes, dejando pig-tail y un tutor ureteral transanastomótico. Se retiró el pig-tail mediante endoscopia a los 20 días. No se encontró reflujo vésico-ureteral ni otra patología ureteral. A los 15 días ingresó por un cuadro de dolor abdominal pélvico que cede espontáneamente en relación con dismenorrea. No ha tenido infecciones de orina y las pruebas de función renal fueron normales.

**COMENTARIOS:**

- Su detección o debut clínico puede verse oscurecido, al simular cuadros de abdomen agudo (apendicitis aguda, torsión ovárica) y/o tumoraciones pélvicas.
- La exploración ecográfica debe ponernos en la pista de esta posibilidad diagnóstica, por sus características, su ubicación, la presencia de pedículo vascular llamativo y la ausencia de riñón en fosa renal.
- Su tratamiento, si se diagnostica adecuadamente, debe de ser como cualquier malformación en un riñón con ubicación normal.

### **HIPOKALEMIA SEVERA DE CAUSA RENAL. CASO CLÍNICO.**

Eva Rupérez García, Silvia Souto Hernández, Inmaculada Nadal Lizabe, Fidel Gallinas Victoriano, Nuria Clerigué Arrieta, Diana Martínez Cirauqui.  
S\* de Pediatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

#### **INTRODUCCIÓN:**

Se define hipokalemia a la concentración sérica de  $K^+ < 3,5$  meq/l. Las causas más frecuentes son vómitos, diarrea y empleo de diuréticos. El desarrollo de sintomatología depende de la severidad y de la velocidad de instauración. La gravedad radica en el riesgo de arritmias ventriculares por alteración del potencial de membrana celular.

Presentamos un caso de hipopotasemia severa secundaria a pérdida renal (enfermedad Bartter).

#### **CASO CLÍNICO:**

Niña de 17 meses con dificultad para la deambulación y decaimiento de 3 horas de evolución, sin fiebre ni otra sintomatología asociada. Últimamente presentaba anorexia, diuresis abundante y polidipsia.

Antecedentes personales: retraso ponderoestatural armónico desde el tercer mes de vida.

Exploración física: FC: 106 lpm, TA 109/57. Aceptable estado general. Discreta sequedad de piel y mucosas. Disminución de fuerza generalizada, hipotonía importante e hiporreflexia, sin otras alteraciones neurológicas.

Pruebas complementarias: analítica sanguínea: hipokalemia severa ( $K$  1,6 mmol/l), hipocloremia ( $Cl$  93 mmol/l), urea, creatinina, ionograma y glucemia normal. Hemograma y gasometría venosa normal. Analítica orina: densidad 1008, ph urinario: 8, hipercaliuria importante (EF  $K$ : 22 %). Filtrado glomerular normal. ECG: Depresión del ST en III, aVR y V1. Aplanamiento ondas T. Ondas U en V4, V5, V6.

Tratamiento: Se canaliza vía periférica y se inicia perfusión con ClK a 60 mEq/l y aportes orales con monitorización electrocardiográfica. Presenta normalización progresiva de la potasemia y de las alteraciones electrocardiográficas.

Evolución en planta: Ante la sospecha de tubulopatía se realiza estudio completo destacando hiperreninemia (1281 mU/l), hiperaldosteronismo (864 ng/l) con tensión arterial normal. Se realizan pruebas funcionales que sugieren el diagnóstico de Sd. de Bartter. Se inicia tratamiento con indometacina con buena evolución

#### **COMENTARIOS:**

La hipopotasemia severa constituye una situación de riesgo vital por la posibilidad de parada cardíaca secundaria a arritmias ventriculares

El tratamiento se realizará preferentemente vía oral excepto cuando nos encontremos con hipopotasemia severa ( $< 2,5$  mEq/L), sospecha de íleo paralítico, existencia de afectación cardíaca o intolerancia a la vía oral.

### **INCIDENCIA DE INFECCION URINARIA EN LA BRONQUIOLITIS FEBRIL.**

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

Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Agrupació Sanitària Hospital Sant Joan de Déu – Hospital Clínic. Universitat de Barcelona

#### **INTRODUCCIÓN:**

En lactantes <90 días con bronquiolitis y fiebre no existe consenso acerca de la necesidad de realizar screening para descartar infección bacteriana concomitante. La infección del tracto urinario (ITU) es la infección bacteriana potencialmente grave más frecuente en lactantes <90 días con fiebre sin foco y no es excepcional su coexistencia con la bronquiolitis.

#### **OBJETIVO:**

Determinar la incidencia de ITU en lactantes <90 días con bronquiolitis y fiebre.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se realiza de forma sistemática un sedimento urinario a todos los pacientes con diagnóstico de bronquiolitis que presentan una temperatura superior a 38°C. El diagnóstico de confirmación de la ITU es por positividad del urocultivo de orina recogida por sondaje vesical

#### **RESULTADOS:**

Se incluyen 127 pacientes; 48.8% niños, edad media 46.7±22.1 días. 15(11.8%) son exprematuros moderados. Temperatura máxima media alcanzada 38.5±0.5°C. En 102 se determina VRS siendo positivo en 72(70.6%). Se realizan 75 analíticas (59.1%), 62 hemocultivos (48.8%), 91 radiografías tórax (71.6%) y 17 cultivos de LCR(13.4%). En 96 pacientes (75.6%) el sedimento inicial se recoge por bolsa colectora y en 31 (24.4%) por sonda. Todos los sedimentos patológicos iniciales por bolsa, son confirmados por sondaje.

Se obtienen 6 urocultivos positivos (5 *E.coli*, 1 *Proteus mirabilis*). La incidencia de ITU en la muestra es 4.7% (IC 95%: 1.7-9.9%). Ningún paciente con ITU presenta positividad en otros cultivos. Al comparar los pacientes afectados de ambas patologías (bronquiolitis mas ITU) versus los que no presentan ITU, no hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto a: sexo, edad gestacional, temperatura máxima alcanzada, positividad del VRS, gravedad de bronquiolitis, recuento leucocitario, bandas absolutas, PCR, procalcitonina, positividad de otros cultivos, alteración radiológica ni estancia media.

#### **COMENTARIOS:**

Nuestros resultados reflejan que la incidencia de ITU entre lactantes <90 días febriles con bronquiolitis es similar a la de lactantes febriles <90 días sin bronquiolitis. Dado el potencial riesgo de la ITU en esta franja de edad, debería plantearse descartar la coexistencia de dicha infección ante todo lactante febril < 90 días, independientemente de la presencia de bronquiolitis.

## PIELONEFRITIS AGUDA EN LACTANTES ¿QUÉ PASA EN NUESTRO HOSPITAL?

A. Ibáñez Alonso, E. Berrio Santana, V. García Nieto, S. Romero Ramírez, S. Roper, R. Cardona Hdez. Unidad de Nefrología Pediátrica, Departamento de Pediatría, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

### INTRODUCCIÓN:

Las pielonefritis agudas son infecciones del parénquima renal caracterizadas por presentar alteraciones morfológicas y funcionales. Existe controversia acerca de si debe ser tratada mediante antibióticos endovenosos. En los textos clásicos, la frecuencia de cicatrices renales tras pielonefritis es del 28-60%. Hemos revisado las características de los menores de 2 años, ingresados desde el Servicio de Urgencias del HUNSC, en el plazo de 4 años, con diagnóstico de infección de vías urinarias (IVU).

### PACIENTES Y MÉTODOS:

Se estudió retrospectivamente las historias clínicas de 81 niños (44V/37M), entre 1 y 24 meses, diagnosticados de IVU. Fueron tratados con antibióticos endovenosos, al menos hasta un día después de la deconvalescencia. Se realizaron pruebas microbiológicas, bioquímicas y de imagen. El método de recogida de la orina fue con bolsa estéril autoadhesible, previo lavado perineal. 19 niños eran portadores de malformaciones, la más frecuente de ellas, el reflujo vesicoureteral (n =18).

### RESULTADOS:

La clínica más frecuente de presentación fue fiebre, irritabilidad y rechazo del alimento. El tiempo de evolución de la enfermedad previo al ingreso fue de 43.2 horas. El germen más frecuente fue *Escherichia Coli* (62%). El antibiótico inicial más utilizado fue cefotaxima (89%). El antibiograma demostró 45% de resistencia a la ampicilina y 14% de resistencia indeterminada al amoxi-clavulánico. El 38,5% de casos presentaron criterios analíticos de pielonefritis y 57,83% criterio gammagráfico. En 37 niños se repitió el DMSA demostrándose nefropatía cicatrizal en el 21.6%. Se comparó edad y tiempo de evolución del cuadro con la aparición de cicatrices, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas. Se encontró una mayor frecuencia de cicatrices en niños con RVU (p = 0,01).

### CONCLUSIONES:

En nuestra serie, el germen más frecuente fue E. coli, utilizándose antibióticos de amplio espectro, aunque la mayoría de los gérmenes eran sensibles a otros antibióticos testados. Observamos una tasa de cicatrices renales más baja que la comunicada en textos clásicos. De los casos ingresados inicialmente con diagnóstico de IVU un 42.17% no cumplían criterios de pielonefritis por DMSA.

# NEUROLOGÍA

Nº 114

## **CEFALEA AGUDA, NO SIEMPRE UNA ENTIDAD BENIGNA**

Y. Aliaga Mazas Y. Romero Salas, S. Torres Claveras, M. Duplá Arenaz , MC. García , C.Campos Calleja

Unidad de Urgencias Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza

### INTRODUCCIÓN:

La hemorragia cerebral no traumática es una entidad poco frecuente en pediatría pero importante dada su alta morbimortalidad. La etiología más frecuente son las malformaciones vasculares siendo el debut en la mayoría de los casos súbito. Ante la sospecha clínica debe realizarse un TAC urgente.

### CASO CLÍNICO:

Niño de 6 años no controlado en nuestro hospital, que acude a urgencias por cefalea intensa de 2 horas de evolución acompañada de vómitos. Como único antecedente de interés destacaba la presencia de “ausencias” desde los 4 años sin estudio previo de neuroimagen, en tratamiento según refiere el padre con oxcarbacepina.

A su llegada a urgencias está asintomático, Glasgow 15, palidez, TA 110/60, meníngeos negativos. Resto de exploración sin hallazgos.

Durante la exploración inicia súbitamente cefalea intensa retroocular y frontal izquierda. Dada la intensidad del cuadro se decide su ingreso en la Unidad de Observación. Bruscamente presenta una disminución del nivel de conciencia quedando a los cinco minutos arreactivo. Se inicia RCP avanzada precisando estabilización de la vía aérea mediante intubación, se inicia tratamiento anticonvulsivante sospechando crisis no convulsiva. Ante la mala respuesta al tratamiento se decide la realización de TAC cerebral urgente objetivándose hematoma intraparenquimatoso temporal izquierdo abierto a ventrículos y nódulo periventricular sugestivo tumor. A los 6 días se interviene quirúrgicamente siendo el diagnóstico de glioma de bajo grado. Posteriormente se aclaró el origen de las crisis diagnosticándose de crisis parciales complejas.

### COMENTARIO:

Es importante no olvidar la posibilidad de patología no relacionada con el diagnóstico previo del niño, especialmente si éste no es claro o concordante.

Ante una cefalea debe constar en la exploración física: TA, signos meníngeos, fondo de ojo y exploración física y neurológica completa y debemos realizar TAC cerebral urgente ante un primer episodio de cefalea si ésta es muy intensa o se acompaña de signos de organicidad.

## DISMINUCIÓN DEL NIVEL DE CONSCIENCIA EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS

A.Ricart, \*A.Pi, \*G.Pont, \*\*S.Boronat, \*M.Martín, \*R.Cebrián

\*Servicio de Urgencias Pediátricas.\*\*Servicio de Neurología Pediátrica. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

### OBJETIVOS:

Revisión de historias clínicas de pacientes pediátricos que acuden al servicio de urgencias por disminución del nivel de consciencia entre noviembre de 2005 y febrero de 2006.

### PACIENTES Y MÉTODOS:

Pacientes menores de 16 años con clínica predominante de disminución del nivel de consciencia, excluyendo estados post-críticos y conocimiento de ingesta de tóxicos.

### RESULTADOS:

13 casos: 8 niñas (61,5%) y 5 niños (38,5%). Edad media de 8,2 años (intervalo 1 años-15 años). Media de 3,25 casos/mes. Representa un 0,1% de las urgencias del mismo periodo.

Clínica: Glasgow alterado (100%), hiporeactividad pupilar (23%), miosis (38,5%), midriasis (15,4%), pupilas medias (7,7%), alteración del tono muscular (30,8%), alteración de reflejos osteotendinosos (23%), convulsiones (15,4%), fiebre (15,4%), taquicardia (15,4%), bradicardia (7,7%).

Exploraciones complementarias: Analítica: hipoglucemia (15,4%), leucocitosis (77%), acidosis metabólica (30,8%). TC craneal en 7 casos. RNM en 3 casos. EEG en 5 casos. Punción lumbar en 6 casos. Estudio metabólico en 5 casos. Tóxicos en orina y sangre en 11 y 4 casos respectivamente.

Ingresaron todos los pacientes con una media de 7,2 días de ingreso (intervalo 1-31); cuatro requirieron ingreso en UCI-Pediátrica y uno ventilación mecánica.

Etiologías: Intoxicación aguda accidental 3 casos (1-cocaína+anfetaminas+ cannabis; 2-cannabis; 3-benzodiacepinas). Intoxicación aguda por intento de autolisis 3 casos (1 y 2-benzodiacepinas; 3-benzodiacepinas+etanol+cannabis). Origen vascular 3 casos (1-Infarto talámico bilateral; 2-Migraña complicada; 3-Disección de arteria carótida interna por vasculitis por virus varicela-zoster). Origen metabólico 2 casos (ambos por hipoglucemia de ayuno). Origen infeccioso 2 casos (1-meningitis bacteriana; 2-encefalitis).

### CONCLUSIONES:

- La disminución del nivel de consciencia es un motivo de consulta en urgencias poco frecuente.
- La etiología mas frecuente es la intoxicación aguda.
- El tóxico más frecuente son las benzodiacepinas.
- Si se sospecha etiología vascular la exploración complementaria de elección es la RNM.
- En todo trastorno de consciencia se debe practicar glucemia capilar.

## ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA EN UN PACIENTE AFECTO DE NEFROPATIA EN LA ENFERMEDAD DE CELULAS FALCIFORMES

L. Ramos Macías, R. Rial González, J.M. Syltern, A. Espino González  
Servicio de Pediatría. Nefrología Pediátrica. Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias.  
Las Palmas de Gran Canaria

### FUNDAMENTO:

La anemia de células falciformes se asocia a un amplio espectro de manifestaciones renales. La presencia de hipertensión arterial varía entre un 2 y un 28% de la población negra americana., siendo en la raza negra mas frecuente e intratable debido a la mayor ingesta de sodio y sensibilidad a la sal . No encontramos datos en la literatura de encefalopatía hipertensiva asociada a esta enfermedad.

### OBJETIVO:

Presentamos el caso de un paciente varón de trece años de raza negra afecto de anemia de células falciformes que desarrolló una glomerulonefritis membranoproliferativa tipo I y una encefalopatía hipertensiva

### OBSERVACION CLINICA:

Paciente varón de trece años que ingresa en el hospital para estudio por un cuadro de varios meses de evolución de fatiga crónica y edemas.

*Antecedentes personales:* .Drepanocitosis homocigota .Insuficiencia aórtica y mitral. Politrasfundido. Diagnosticado de síndrome nefrótico cuatro meses antes recibe tratamiento esteroideo.

*Exploración física:* peso : 39 kg ( P 3 ), talla : 159 cm ( P 10 ), presión arterial 130/90 mm Hg ( P > 97)

Regular estado general, impresiona de enfermedad ,conectado y vigil. Piel y mucosas: raza negra de piel, deshidratado ,palidez de piel, escleras subictéricas. Auscultación cardiopulmonar: Soplo sistólico en foco mitral IV/IV. Abdomen globuloso y distendido. Hepatomegalia blanda. Ascitis. Edemas en extremidades inferiores maleolares y pretibiales fovea positiva.

La analítica realizada demostró anemia severa con hb de 3.1 gr/dl, acidosis metabólica, insuficiencia renal con creatinina máxima de 1.5 gr/dl y síndrome nefrótico. Rx de tórax: derame pleural bilateral. Cardiomegalia. La ecografía abdominal : nefromegalia bilateral con aumento de la ecogenicidad bilateral. Líquido libre. Biopsia renal:Glomerulonefritis membranoproliferativa tipo I

Tras estabilización del paciente se continua tratamiento con esteroides y enalapril, presentando el paciente varias crisis convulsivas generalizadas sin focalidad neurológica quedando el paciente en coma vigil.

La resonancia magnética cerebral demostró multiples lesiones isquémicas en hemisferio cerebral izquierdo, ambos hemisferios cerebelosos y núcleo caudado. La angiorresonancia cerebral fue normal.

Precisamos cinco medicaciones antihipertensivas para su control: enalapril, furosemida, doxazosina, irbesartan e hidralacina.

### COMENTARIO:

La encefalopatía hipertensiva constituye en todos los casos una emergencia clínica La complejidad de la enfermedad en este paciente asociado al carácter genético de la severidad de la hipertensión arterial hizo de extremado difícil manejo el control del cuadro Buena evolución en nuestro caso del proceso agudo con secuelas neurológicas

***HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL BENIGNA EN LACTANTE TRAS SUPRESIÓN DE TRATAMIENTO ESTEROIDEO.***

H. Avellón Liaño, A. Berroya Gómez, E. Cidoncha Escobar, M. Vazquez López, C. Míguez Navarro, R. Marañón Pardillo

Servicio de Urgencias Infantil. Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

**INTRODUCCIÓN:**

La hipertensión intracraneal benigna (HTICB) se caracteriza por una presión anormalmente elevada del líquido cefalorraquídeo (LCR) sin anomalías en su composición, en ausencia de lesión expansiva intracraneal o dilatación ventricular y con nivel de conciencia y exploración neurológica normales. En la infancia es un síndrome poco frecuente, pudiendo aparecer a cualquier edad sin diferencias por sexo. Entre sus posibles causas figura la terapia corticoidea prolongada y su supresión brusca. La secuela más grave es la posible aparición de deficiencias visuales, por lo que es preciso identificarla a tiempo e iniciar tratamiento adecuado. Las opciones terapéuticas varían desde la no intervención, el uso de inhibidores de la anhidrasa carbónica (acetazolamida) o glucocorticoides hasta la cirugía de implantación de derivación ventrículo-peritoneal o descompresión del nervio óptico.

**RESUMEN:**

Lactante de 6 meses que consulta por vómitos proyectivos, irritabilidad y abombamiento de la fontanela anterior estando afebril. Durante el último mes había recibido tratamiento con broncodilatadores y prednisolona por hiperreactividad bronquial, habiendo iniciado supresión en el último mes. Refiere antecedentes personales de sospecha de displasia ósea. En la exploración física destacó una fontanela anterior a tensión. La analítica presentó 21800 leucocitos con fórmula normal y PCR de 0.8 mg/dl. Al ingreso se realizaron sistemático y tóxicos en orina, urocultivo y hemocultivo, siendo normales. Se hicieron también determinaciones hormonales, presentando cortisol plasmático de 1.4 mcg/dl con prolactina, gonadotrofinas y perfil tiroideo normales. El LCR mostró 2 leucocitos y 100 hematíes/mm<sup>3</sup>, con bioquímica y microbiología dentro de la normalidad; evidenciándose presiones de 16 mmHg (límite superior de la normalidad en menores de 2 años es 7.5). Los estudios de neuroimagen (TC y ecografía transfontanelar) fueron normales. Durante su estancia recibió tratamiento con prednisona a 2 mg/kg, normalizándose la fontanela y la clínica; al alta se continuó con una pauta descendente.

**CONCLUSIÓN:**

Ante un lactante con fontanela anterior abombada, vómitos e irritabilidad, debe pensarse en otras causas de HTIC además de malformaciones, procesos expansivos o infecciones intracraneales.

## INFARTO CEREBELOSO. DESCRIPCIÓN DE UN CASO

Toyos González P, García Granda B, García González M, De Juan Frígola J, Suárez Saavedra S, Rodríguez Suárez J

Departamento de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

### INTRODUCCIÓN:

La enfermedad cerebrovascular es poco frecuente en la infancia, con una incidencia que se estima en 6 casos por cada 100.000 niños y año. La forma de presentación más frecuente es la hemiplejía aguda predominando en el sexo masculino y suele ser consecuencia de una afectación en el territorio carotídeo, siendo excepcional en el territorio vertebrobasilar. Entre los factores predisponentes se han descrito diversas enfermedades genéticas, estados de hipercoagulabilidad e historia familiar previa de enfermedad vascular cerebral y migrañas.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO:

Niño de 7 años con un cuadro de 24 horas de evolución de hipotonía en miembros inferiores y somnolencia, con hemiataxia cerebelosa izquierda; antecedente previo de traumatismo cervical con hiperextensión, tras el cual tuvo 2 episodios de cefalea occipital brusca con caída posterior. Auscultación cardiaca con un soplo sistólico II/VI en foco aórtico y click protosistólico en área aórtica.

Se realizan pruebas de imagen (TAC y RMN) en donde se detectan imágenes compatibles con proceso isquémico de tipo subagudo a nivel de la arteria cerebelosa superior izquierda. Se comprueba por angioRMN la ausencia de flujo a dicho nivel, detectándose asimismo una coartación de aorta torácica distal a la raíz de la arteria subclavia, con dilatación aórtica pre y postestenótica; no se detectan anomalías en las arterias carotídeas ni en la aorta abdominal. En los estudios de hipercoagulabilidad se obtuvieron niveles de homocisteína normales, niveles de aminoácidos en suero normales, anticuerpos anticardiolipina (IgG e IgM) negativos, anticoagulante lúpico no detectable, anticuerpos antinucleares negativos, factor V Leiden negativo, polimorfismo en el alelo del factor II de tipo G20210A, genotipo TT para el enzima MTHFRC677T, genotipo para MELAS negativo, genotipo para CADASIL negativo. En la ecocardiografía se observa válvula aórtica bicúspide sin gradiente significativo y la estenosis aórtica ya descrita, con gradiente sistólico de 15 mm de mercurio. Electroencefalograma compatible con la normalidad, si bien en áreas de hemisferio izquierdo anterior se observa discreta atenuación de la señal

### DIAGNÓSTICO:

Ictus isquémico cerebeloso.

Hemiataxia cerebelosa.

Estado protrombótico ( FII G20210 + y MTHFRC677T: TT).

Coartación de aorta torácica.

Válvula aórtica bicúspide.

### COMENTARIO:

La enfermedad cerebrovascular es infrecuente en la infancia y menos aún si está afectado el territorio vertebrobasilar, como es nuestro caso y siempre es preceptivo realizar una búsqueda de factores implicados en su etiopatogenia, especialmente los de base genética. En nuestro caso, en el estudio de trombofilia se detectaron mutaciones en el gen de la protrombina, lo que comporta un riesgo aumentado de trombosis espontánea o en situaciones predisponentes, además del genotipo TT para MTHFRC677T que puede asociarse con un aumento de homocisteína en plasma (aunque en este caso los niveles en suero eran normales). La hipercoagulabilidad genética que fue detectada en el niño, unida al traumatismo directo o indirecto en el territorio vertebrobasilar con flexión forzada del cuello pudo favorecer que sufriera el ictus cerebeloso. Como hallazgo adicional, el paciente es portador de una cardiopatía no embolígena no detectada previamente.

**MIELITIS TRANSVERSA AGUDA: VIRUS HERPES SIMPLE Y ATOPIA**

R Rossich Verdes, M Lanaspá Pérez, A Torrent Vernetta, S Boronat, M Roig

Servicio de neuropediatría. Hospital vall d'hebron. Barcelona

**FUNDAMENTOS Y OBJETIVOS:**

La mielitis trasversa aguda (MTA) es una mielopatía inflamatoria que puede asociarse a patologías como la infección por virus herpes simple (VHS) o atopia (mielitis atópica, enfermedad de Hirayama, síndrome de Hopkins).

Presentamos un caso de MTA asociada a infección por VHS en paciente asmático.

**OBSERVACIÓN CLÍNICA:**

Paciente de 13 años que presenta cuadro agudo de parestesias en pies y debilidad progresiva en extremidades inferiores hasta impedir deambulación. Como antecedentes familiares destaca primo fallecido por tumor medular. El paciente presenta asma extrínseco con IgE específica positiva anti D. Phagoides y D. Pteronyssimus, mal controlado, con una crisis 3 semanas antes que requirió corticoterapia oral e inhalada a altas dosis. No vacunaciones meses previos. En la exploración inicial presenta paresia crural derecha 0/5 e izquierda 4/5 que progresa en 24 horas a paresia crural flácida 0-1/5; nivel sensitivo fluctuante alrededor de D7; arreflexia rotuliana y aquilea derecha, reflejos anal y cremastérico fluctuantes, reflejos abdominales abolidos y globo vesical. Dada la clínica de mielopatía aguda se realiza RMN medular con gadolinio urgente que no evidencia patología. La analítica sanguínea destacaba eosinofilia del 12% e hiperIg E (906U/ml). Líquido ceforraquídeo (LCR): citoquímica normal, cultivos negativos, PCR VHS1-2 negativa con serologías IgG y IgM positivas. Se demostró síntesis intratecal de gammaglobulinas. El electromiograma mostraba signos de mielopatía. Se instaura tratamiento corticoideo y aciclovir endovenoso.

Presenta buena recuperación sensitivo-motora con aceptable deambulación al mes y mal control vesical.

**COMENTARIOS:**

Hay múltiples entidades que relacionan mielitis y atopia. Se postula que la infección por VHS en un sujeto con base alérgica produciría una hiperrespuesta Th2 que inhibe la respuesta Th1 encargada de la citólisis de células infectadas. La lesión más descrita es mielitis aguda necrotizante ascendente con secuelas graves aunque se han descrito también leves no ascendentes. La mielopatía aguda es una emergencia pues el tratamiento precoz de algunas de sus causas puede evitar secuelas graves por lo que consideramos importante incluir en el diagnóstico diferencial la asociación mielitis-atopia y atopia-VHS.

## LA CEFALEA AGUDA FEBRIL COMO MOTIVO DE CONSULTA EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS HOSPITALARIAS

I. Olaciregui Echenique, E.Oñate Vergara, U. Astigarraga Irureta, J.A. Muñoz Bernal, R. Gaztañaga Expósito, J. Landa Maya  
Urgencias de Pediatría. Hospital Donostia. San Sebastián.

### OBJETIVOS:

Analizar las características de los sujetos asistidos en Urgencias de un hospital con fiebre y cefalea como motivo principal de consulta.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo, transversal, observacional de los sujetos asistidos en Urgencias entre Febrero y Noviembre del 2005 con fiebre y cefalea como causa primaria de consulta. Analizadas las características demográficas, clínicas, pruebas complementarias realizadas y evolución en una base de datos diseñada para ello (Access ®).

### RESULTADOS:

Durante el periodo estudiado consultaron por fiebre y cefalea (n=286), 172 niños y 114 niñas, que correspondieron al 1,03% de todas las consultas, con una edad media de 7,2 años. La duración media de la cefalea en el momento de la asistencia era de 15,7 horas y el 49,7% presentaba vómitos asociados. Se diagnosticaron de procesos extracerebrales 253 casos (88,5%) de los cuales el 56,6% se relacionaron con procesos febriles inespecíficos, 39,1% con infecciones respiratorias y ORL (51,5% faringitis, 22,2% procesos catarrales, 12,2% sinusitis, 10,1% neumonías, 4% otitis) y el 4,3% restante con otros procesos infecciosos. Fueron diagnosticados de procesos cerebrales 33 casos, 94% causados por meningitis (96,8% meningitis virales) y 6% relacionados con traumatismos craneales. Precisarón alguna prueba complementaria el 51%. Se realizaron 36 punciones lumbares (86,1% alteradas), 23 radiografías senos (48% alteradas), 52 analíticas sanguíneas, 49 frotis faríngeos (39% estreptococo positivos), 25 tiras orina (normales) y 3 TC (2 meningitis, 1 sinusitis). Requirieron ingreso hospitalario 11 casos (3,8%), 43 casos permanecieron en observación (15%) y 232 casos (81,2%) fueron dados de alta.

### CONCLUSIONES:

La cefalea es un síntoma inespecífico que puede presentarse en cualquier proceso febril. La mayoría de las consultas por cefaleas agudas asociadas a fiebre se relacionan con procesos febriles inespecíficos o infecciones respiratorias, y solo una minoría con patología del SNC. La probabilidad de que la cefalea sea causada por un problema grave ha sido baja en nuestra casuística.

## CRISIS CONVULSIVAS AFEBRILES EN EL CURSO DE UNA GASTROENTERITIS AGUDA

R. Pino Ramírez, I. Marin Valencia, M. Pedrini Casals, JJ Garcia Garcia M. Pineda Marfá\*, W. Fasheh Youssef. Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Servicio de Neuropediatría\*. Agrupació Sanitaria Hospital Sant Joan de Déu-Clínic. Universitat de Barcelona.

### INTRODUCCIÓN:

La presentación de crisis convulsivas en el contexto de una gastroenteritis aguda (GEA) puede deberse a múltiples factores como: fiebre, deshidratación y alteraciones hidroelectrolíticas. También en ausencia de estos factores se presenta una entidad clínica descrita sobre todo en países asiáticos, conocida como convulsiones afebriles en contexto de gastroenteritis benigna.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Se recogen de forma prospectiva los pacientes con convulsiones sin fiebre y GEA que ingresan en la Unidad de Estancia Corta en el periodo 2000-2005. Se excluyen los pacientes con enfermedad neurológica de base, deshidratación aguda o alteraciones en la analítica sanguínea.

### RESULTADOS:

Se recogen 12 casos (7 niñas). Ninguno estaba deshidratado. Edad media de 20,4 meses (amplitud: 6m-4años). En todos los pacientes la clínica digestiva se anticipa a la convulsión, con una media de 48h (DE 34h). Durante el proceso, se calcula una media de 3,5 vómitos/día y de 4,4 deposiciones/día. El 83% de las convulsiones fueron tónico-clónicas generalizadas; ningún paciente presentó estatus epiléptico. Presentaron un único episodio convulsivo 5 pacientes (41%), siendo en clúster el resto (59%) con un máximo de 4 episodios. La duración del episodio fue inferior a 2 minutos en el 58%, de 2-10 minutos en el 33% y superior a 10 minutos en 9%. Un paciente presentó coprocultivo positivo a *Salmonella enteritidis* y en cuatro casos la detección de rotavirus fue positiva (33%). Se realizó en 4 casos una TAC craneal, cuyo resultado fue normal y EEG en 12, resultando un caso patológico. La evolución a largo plazo en todos los casos ha sido favorable.

### CONCLUSIÓN:

La presencia de convulsiones sin fiebre en el contexto de una GEA leve es una entidad a considerar en nuestro medio. El cuadro clínico típico se corresponde con un niño sano entre 6m-4 años que durante una GEA leve realiza una o varias convulsiones tónico-clónicas generalizadas, con excelente estado general intercrisis. No presentan habitualmente alteraciones en el EEG. La recuperación después del episodio es completa y el pronóstico a largo plazo benigno.

### **CRISIS DE VOMITOS CON DESCONECION DEL MEDIO EN URGENCIAS**

N Ibañez González, C Bezanilla López, E Martínez Ojinaga, M Rives Ferrero, A Martínez Bermejo, J García Aparicio  
Servicio de Urgencias. Hospital Infantil La Paz. Madrid

#### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se analizan tres casos de pacientes que acudieron a nuestro servicio de urgencias en el mes de enero de 2006 con clínica de vómitos y desconexión del medio de más de treinta minutos de duración cuyo diagnóstico final fue síndrome de Panayiotopoulos.

#### **RESULTADOS:**

Los pacientes descritos tenían entre 4 y 6 años. Las crisis se iniciaron en el sueño y se caracterizaron por náuseas y vómitos repetidos, desviación tónica de los ojos y atenuación del nivel de conciencia. La duración media superó los 30 minutos (media 40 minutos). El EEG mostraba punta-onda en distintas áreas de la corteza cerebral. Nuestros pacientes recibieron tratamiento exclusivo con fluidoterapia intravenosa, presentando buena evolución siendo dados de alta en 24 horas.

#### **CONCLUSIÓN:**

Para llegar al diagnóstico es fundamental la sospecha clínica y la colaboración entre los servicios de Urgencias y Neuropediatría ya que muchos pacientes son diagnosticados de gastroenteritis, síncope vagal postvómito o encefalitis aguda.

Este síndrome, reconocido en la nueva clasificación de 2001 de la Liga Internacional contra la Epilepsia (ILAE) como epilepsia focal benigna occipital precoz, se está rebelando como una patología frecuente en nuestro medio, y posiblemente dada su peculiar expresividad clínica ha sido y sigue siendo infradiagnosticado por los pediatras en los servicios de urgencias.

**SÍNDROME DE PARSONAGE TURNER, A PROPÓSITO DE UN CASO.**

A. M. Grande Tejada, C. Cáceres Marzal, M. Pérez Vera, J.A. Constantino Cabrera, N. Bejarano Ramírez, P. Martín-Tamayo Blázquez.

Servicio de Neuropediatría y Traumatología infantil, Hospital Materno Infantil, Badajoz

La neuritis braquial también conocida como síndrome de Parsonage- Turner, es una rara alteración neuromuscular del hombro, que se caracteriza por un dolor intenso de comienzo brusco, que posteriormente se acompaña de debilidad muscular.

Numerosos autores han especulado acerca de su etiología, aunque actualmente es desconocida.

El diagnóstico se basa principalmente en la historia clínica y el electromiograma (EMG).

Presentamos un paciente de 11 años, que ingresa por cuadro de fiebre de 4 días de evolución, acompañado de cefalea frontal, bilateral, opresiva, de carácter moderado, que no cede con analgésicos habituales y que empeora con maniobras de Valsalva. En los 2 días que preceden al ingreso la cefalea se intensifica, aparecen vómitos, debilidad e impotencia funcional del brazo derecho.

No refiere antecedentes personales de interés.

En cuanto a la exploración física en el momento del ingreso, es la siguiente: Glasgow 15, fondo de ojo normal, discreta rigidez espinal, sin signos meníngeos evidentes. Balance muscular disminuido a nivel del miembro superior derecho (MSD): Marcha y coordinación normales. Sensibilidad conservada. Resto de exploración sistemática normal.

Se realiza hemograma, bioquímica, serologías múltiples, mantoux, punción lumbar, TAC craneal, radiografía de tórax, radiografía de hombro, potenciales y RMN cerebral que resultan normales. La RMN medular muestra siringomielia cervical. El electromiograma es compatible con denervación y afectación exclusivamente motora (preganglionar).

Evolución favorable. Cede fiebre y cefalea, persistiendo la impotencia funcional de MSD, acompañándose de dolor intenso a la movilización.

Consideramos que la forma clínica de debut de nuestro paciente es atípica, puesto que el cuadro clínico inicial es compatible con un proceso de origen intracraneal. El diagnóstico se realizó evolutivamente y con la electromiografía.

La siringomielia en este caso es un hallazgo casual.

# ONCOLOGÍA

Nº 144

## FORMAS DE PRESENTACIÓN DEL MEDULOBLASTOMA EN URGENCIAS

Ma.D. Tenas Bastida, M.L. Rodríguez de Zuloaga Montesino, B. Pax Bosch, A. Jiménez Moya, F. Gómez Sabrido.

Servicio de Urgencias y Servicio de Pediatría, Hospital Verge Monte Toro Maó, Menorca

### INTRODUCCIÓN:

El meduloblastoma representa el 20% de tumores cerebrales en niños. Son más frecuentes en la primera década de la vida, afectando el 50% a menores de 6 años. Suelen debutar con : cefalea matutina, vómitos y desatención. A lo largo de su evolución puede aparecer marcha torpe, caídas frecuentes, estrabismo y papiledema.

#### Caso 1:

Niña de 8 años sin antecedentes de interés que consulta en varias ocasiones en el servicio de urgencias (SU) por cefalea occipital no pulsátil de 1 mes de evolución (iniciada tras caída sobre región glútea) que no calma con analgésicos y en los últimos 3 días es holocraneal. No náuseas, vómitos ni alteración de visión.

Exploración física: Consciente y orientada, no rigidez de nuca, pupilas isocóricas y normoreactivas, pares craneales normales, ROTs presentes y simétricos, fuerza 5/5 en 4 extremidades, sensibilidad normal.

Exploraciones complementarias:

TAC cráneo: tumoración subtentorial compatible con astrocitoma vs meduloblastoma.

#### Caso 2:

Niño de 6 años sin antecedentes de interés que consulta al (SU) por cefalea de 15 días de evolución con algún vómito y trastorno de la marcha.

Exploración física: Consciente y orientado, facies dolorosa, afebril, pupilas isocóricas y normoreactivas, nistagmus horizontal hacia la izquierda, ROTs disminuidos.

Exploraciones complementarias:

Fondo de ojo: borramiento de bordes papilares.

TAC cráneo: tumoración subtentorial compatible con astrocitoma vs meduloblastoma.

Evolución favorable tras exéresis, radio y quimioterapia.

### COMENTARIOS:

En ninguno de los 2 casos los niños habían consultado previamente con su pediatra de Atención Primaria.

En el 1ª caso se realizó TAC craneal por presión familiar más que por la clínica que presentaba la paciente

## ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LOS TUMORES SÓLIDOS EN NUESTRA POBLACIÓN

Melián Domínguez I., Espinel Padrón Z., González Pérez A., Molina Ramírez J., González Díaz E., Afonso Rodríguez O.

Unidad de Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias. Las Palmas de G. C.

### INTRODUCCIÓN

El cáncer constituye la segunda causa de muerte en menores de 15 años, superado solamente por los accidentes y traumatismos según las estadísticas de la O.M.S.

Los síntomas de sospecha de un tumor sólido en la infancia pueden ser muy claros, pero también pueden ser muy vagos e inespecíficos.

Los tumores sólidos más frecuentes en la infancia son los del S.N.C, siguiendo en frecuencia neuroblastoma y nefroblastoma

### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de las historias clínicas de todos los pacientes menores de 14 años diagnosticados de un tumor sólido durante el año 2005.

Se valoraron los siguientes datos: sexo, edad de presentación, antecedentes personales y familiares, clínica, tiempo de evolución, pruebas hemáticas y diagnóstico.

Se diagnosticaron 12 casos, con una distribución por *sexo* de 58,33% de mujeres y 41,66% de varones.

En relación con *la edad* de presentación se consideraron tres grupos: menor de 5 años con 58,33%, de 5 a 9 años con 8,33% y mayores de 10 años con 33,33%

No hubo en ningún caso *antecedentes personales* de interés, apareciendo en un 16,67% *antecedentes familiares* (tumores sólidos en padres y/o abuelos)

*Los motivos de consulta* fueron muy variados y en la mayoría inespecíficos, apareciendo en un 25% clínica neurológica y en un 16,66% bultoma

El *tiempo medio de evolución* entre los primeros síntomas y el diagnóstico fue de 1,5 meses para los tumores del SNC y para el resto de tumores una media de 3 días.

En *las pruebas hemáticas* sólo se encontró alteración en la serie roja, concretamente anemia.

En nuestra serie, los tumores del S.N.C fueron los más frecuentes, con un 50%, seguido de los neuroblastomas con un 16,66%

### CONCLUSIONES

- Los niños menores de 5 años fueron los más afectados
- En algunos casos la clínica fue clara, en otros anodina
- La relación con los antecedentes familiares fue poco evidente
- Los tumores del S.N.C fueron los más frecuentes, con una presentación tardía

## **GLIOBLASTOMA FULMINANTE. A PROPÓSITO DE UN CASO**

A Jiménez, J Barea, C Collantes, C Quiñonero, J Guerrero

Servicios de Pediatría y Urgencias del Hospital Punta de Europa. Algeciras. Cádiz

### **INTRODUCCIÓN:**

El glioblastoma es el tumor cerebral primitivo más frecuente, representando el 25 % de los tumores cerebrales y el 50 % de todos los gliomas. Es uno de los más agresivos del organismo. La edad de aparición tiene un pico entre los 40-60 años. Son muy raros en niños y más frecuente en varones. A pesar de su agresividad, muy raras veces produce siembras vía LCR que sean sintomáticas, quizás debido a la corta expectativa de vida. La presentación de los síntomas se hace en muy breve plazo, dado el alto índice de crecimiento tumoral. El 30 % de los pacientes se presentan con una duración de los síntomas menor de un mes, el 60 % menor de tres meses y sólo en el 7 % de los pacientes se pueden ver síntomas con duración mayor de 2 años. Si no se realiza actuación terapéutica alguna, la media de expectativa de vida no supera los 6 meses desde que se realiza el diagnóstico. Tras radioterapia y quimioterapia se están consiguiendo expectativas de vida superiores a los 2 años en un porcentaje creciente, dependiendo de la actuación quirúrgica, localización tumoral y edad del paciente, manteniendo una buena calidad de vida.

### **CASO CLÍNICO:**

Niño de 6 años trasladado a urgencias por el 061 desde su domicilio por crisis convulsiva afebril. AP: extirpación quirúrgica total, 19 días antes, de un glioblastoma silviano que debutó en la semana previa con cambio de carácter, agresividad, irritabilidad y cefalea. Postoperatorio favorable, salvo déficit motor importante en extremidades derechas y mutismo. Resto sin interés para el proceso actual. E. Física: comatoso, Glasgow 12 /15 pupilas fijas fijas, medias y poco reactivas. No ha recibido durante su traslado medicación anticonvulsiva. Se realiza TAC craneal observándose gran masa de 8x7x6.5 cm con áreas de necrosis y focos hemorrágicos, compatibles con glioblastoma multiforme vs absceso cerebral. Evolución: ante la clínica y resultados del TAC, se intuba y conecta a respirador mecánico y se traslada a centro de referencia, donde se confirma la reaparición del tumor y aumento del volumen x 8 veces su tamaño en un plazo de 19 días. Cuidados paliativos y exitus a las 24 horas del traslado.

### **COMENTARIOS:**

Es de todos conocidos el alto grado de malignidad de este tipo de tumores y el pronóstico infausto que suelen presentar; pero nos impresionó el grado de agresividad de este caso, en tan corto espacio de tiempo y en un niño de 6 años previamente sano.

## HISTORIAL DOSIMÉTRICO INDIVIDUAL PEDIÁTRICO Y RIESGO DE CÁNCER

T. Molins Castiella (1), J. Esparza Estaún (2), N. Clerigué Arrieta (1), S. Miquélez Alonso (3), A. González Alfageme (2), E. Manso Caballero (4)

Hospital Virgen del Camino de Pamplona. (1) Servicio de Pediatría. (2) Sección de Radiología pediátrica

### OBJETIVOS:

Presentar un método de registro individual de dosis de radiación y resultados durante un año. Descripción de los estudios radiológicos realizados y su riesgo de desarrollo de cáncer mortal.

### MATERIAL Y MÉTODO:

Esta iniciativa abarca los centros sanitarios de Pamplona y comarca. Presentamos los resultados referentes a las pruebas realizadas en el Hospital.

Se analiza el número de exposiciones y edad media. Se describen las pruebas radiológicas, dosis efectiva media y riesgo de las diferentes exploraciones.

Los TER practican una dosimetría de cada estudio pediátrico, bajo supervisión del radiólogo. Esta dosimetría es almacenada en la Historia Clínica Informatizada y se suma a la de las exploraciones anteriores, mostrando una *dosis individual acumulada*, que se acompaña de una referencia al *riesgo de cáncer mortal* que conlleva, según las estimaciones de organismos internacionales. La herramienta de cálculo es un programa informático que utiliza los ficheros para pediatría de la "National Radiation Protection Board". La magnitud empleada es la *dosis efectiva*.

### RESULTADOS:

En el 2005 se realizaron 22.667 exposiciones en 9681 niños, de las cuales 14609 (64.5%) fueron registradas en el hospital, sobre un total de 5924 niños (2.5 exploraciones por niño). La edad media fue 4.2 años. Del total, el 93% correspondieron a radiología convencional, siendo la radiografía de tórax la más solicitada (70.8%), con una dosis media efectiva de 0,01 mSv y riesgo de  $1.5 \cdot 10^{-6}$  y la telemetría la de mayor riesgo (dosis media efectiva de 0.97 mSv, riesgo de  $1,2 \cdot 10^{-4}$ ). La TAC supuso el 3.2%, siendo la craneal la más frecuente, con una dosis media efectiva de 2.43 mSv y riesgo de  $3 \cdot 10^{-4}$ . Los estudios radiológicos con contraste constituyeron el 3.2%, siendo el gastroduodenal el de mayor riesgo, dosis media efectiva de 1.2mSv y riesgo de  $2 \cdot 10^{-4}$ .

### CONCLUSIONES:

El *historial dosimétrico individual* es un objetivo alcanzable. El cálculo dosimétrico es fácil y fiable.

Es importante el conocimiento de la dosis y riesgo de las pruebas radiológicas para evitar exploraciones innecesarias.

**TERATOMA OVARICO.**

j lara herguedas, jl alonso calderon, r porto abal, mj pérez garcía, m castro codesal, j martínez pérez.

servicio de pediatria y servicio de cirugía. hospital infantil universitario niño jesús. madrid.

**FUNDAMENTO Y OBJETIVOS:**

Los tumores ováricos son raros en la edad pediátrica, representando el 1-5% de todos los tumores. El más común es el teratoma quístico benigno (90-95%). también se encuentran formas inmaduras (1-3%) y malignas (1%).

**OBSERVACIONES CLINICAS:**

Niña de 13 años que refiere dolor abdominal en hipogastrio de 3 meses de evolución asociado a distensión abdominal. El día previo tuvo dificultad para la defecación. Presenta dolor a la palpacaci n en hipogastrio donde se palpa una gran masa desplazable. La ecografía muestra una masa supravesical, por delante del útero de 12.8x9.3x16.7 cm, bien definida con calcificaciones en su interior. La tomografía computerizada corroboró los hallazgos obtenidos con la ecografía. Se interviene con incisión transversa de Phaneus y se encuentra una tumoración quística dependiente del ovario derecho con zonas de consistencia cartilaginosa (20x20x15 cm), realizando posteriormente una salpingooforectomía derecha y una apendicetomía. La masa fue informada como teratoma ovárico quístico maduro. La niña no presentó complicaciones y se mantiene asintomática.

**COMENTARIOS:**

- Los tumores ováricos se presentan habitualmente como una masa abdominal causando síntomas compresivos o como un abdomen agudo tras torsión, hemorragia o necrosis.
- La ecografía tiene una elevada sensibilidad.
- Los marcadores tumorales son de ayuda para el diagnostico diferencial.
- La actitud terapéutica actual es la quistectomía para los tumores de pequeño tamaño y de aparente benignidad. Suele realizarse por vía laparoscópica reservando la laparotomía para los tumores de gran tamaño o en los que se sospeche malignidad.

## TERATOMA, FORMAS DE PRESENTACIÓN EN LA URGENCIA

A. García Figueruelo, M. Fontecha García de Yébenes, I. Pescador Chamorro, E. Cidoncha Escobar, J. Urbano Villaescusa, M. Guerrero Soler  
Sección de Urgencias de Pediatría. Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

### INTRODUCCIÓN:

El teratoma es un tumor de células germinales compuesto de tejidos procedentes de las tres líneas germinales. Los teratomas aparecen en uno de cada 25000 recién nacidos vivos, con ligera predisposición femenina. La localización más frecuente es a nivel de línea media, el 50% de los casos sacrococcígeo. A continuación presentamos tres casos de teratomas en diferentes localizaciones, en pacientes de diversa edad, que acuden a la urgencia con cuadros clínicos de estreñimiento, disnea y dolor abdominal, respectivamente.

### CASOS CLÍNICOS:

#### Caso 1:

Niño de 13 meses, de hábito estreñido, que consulta por estreñimiento de 6 días de evolución con distensión abdominal y decaimiento en las últimas horas. Había recibido tratamiento con enema jabonoso, lactulosa oral y belladona homeopática. En la exploración física presenta abdomen distendido y timpánico sin masas ni megalias.

#### Caso 2:

Niña de 14 años sin antecedentes de interés que presenta disnea súbita y dolor centrotorácico con la inspiración, acompañado de tos seca y ortopnea los días previos. En la exploración física presenta ACP normal.

#### Caso 3:

Niña de 9 años previamente sano que acude por dolor abdominal de horas de evolución. La exploración muestra una masa de 15 cm de diámetro en hemiabdomen derecho. En los tres casos, las pruebas de imagen (radiografía, ecografía y TAC) mostraron masas, abdominales en el primer y tercer caso, y en mediastino anterior en el segundo caso, compatibles con un teratoma. Tras resección completa, el análisis anatomopatológico de las piezas quirúrgicas confirmó los diagnósticos de teratoma maduro en el primer y segundo caso, y de teratoma maduro con un 5% de carcinoma embrionario en el tercer caso.

### CONCLUSIÓN:

El diagnóstico precoz del teratoma se ve dificultado por la diversidad de formas clínicas con las que se presenta, por lo que, a pesar de no ser un hallazgo frecuente, ha de tenerse en cuenta como diagnóstico diferencial de numerosos cuadros clínicos.

## **ORGANIZACIÓN Y CALIDAD**

**Nº 150**

### **ACCIDENTES DE TRÁFICO Y USO DE SISTEMAS DE SUJECCIÓN INFANTIL**

M<sup>a</sup> T. Cabral Ruano, M. Gómez de la Fuente, M<sup>a</sup> D. Gallart Martínez, M<sup>a</sup> de la O García Baeza, J. L. Carretero Ares, A. Melnikova Kutnetsova, M. Riva Vai  
Servicio Urgencias Pediatría. Hospital General Universitario Alicante. Alicante

#### **OBJETIVOS:**

Evaluar el uso de sistemas de sujeción en pacientes de 0 a 14 años atendidos por accidente de tráfico en nuestro Servicio de Urgencias de Julio-05 a Diciembre-05.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Análisis prospectivo descriptivo mediante encuesta en el momento de ser atendidos, analizando las siguientes variables: sexo, edad, peso, población, tipo de desplazamiento, uso cinturón seguridad en adultos, tipo sujeción infantil, lugar dentro del coche, lesión secundaria y destino paciente.

#### **RESULTADOS:**

37 pacientes, de los cuales 19 son mujeres (51.4%). La edad media es de 74.81 meses, con un rango de edad entre los 2 y 156 meses. La población de procedencia más frecuente fue la urbana (86.5%) 32 casos. El mayor número de accidentes se produjo durante los desplazamientos urbanos con 28 casos (75.7%). En 26 de los casos (70.3%) el adulto llevaba el cinturón de seguridad. En cuanto al tipo de sujeción utilizado en los menores: 11 (29.7%) no llevaban ningún tipo de sujeción, 11 (29.7%) llevaban el cinturón de seguridad, 6 (16.2%) silla tipo II, 5 (13.5%) silla tipo I y 4 (10.8%) silla tipo 0. Los menores ocupaban el asiento trasero en 34 casos (91.9%). El tipo de lesión más frecuente fue el esguince cervical 12 casos (32.4%), sin lesiones 9 (24.3%), traumatismo craneoencefálico 6 (16.2%), erosiones 5 (13.5%) y poli contusiones 4 (10.8%). El destino final de los pacientes fue siempre el alta domiciliaria, aunque 3 casos (8.1%) requirieron ingreso hospitalario y 2 casos (5.4%) observación.

#### **CONCLUSIONES:**

La mayoría de los niños atendidos procedían de población urbana, siendo el desplazamiento urbano el más frecuente. Casi un tercio de los adultos no llevaban el cinturón. En los menores, el cinturón es el sistema de sujeción más usado, y los otros tipos tienen un reparto más equitativo pero sigue destacando la ausencia de sistemas sujeción en un 30%. El tipo de lesión más frecuente es el esguince cervical y el destino final de los pacientes siempre es el alta domiciliaria.

**ACTIVIDAD ASISTENCIAL DEL AÑO 2005 DE UNA UNIDAD DE OBSERVACIÓN DE PEDIATRÍA.**

J.Sánchez Etxaniz, A Fernández Landaluce, C Uría Avellanal, MA Vázquez Ronco, S Capapé Zache, E Mora González.

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

**OBJETIVOS:**

Conocer la actividad asistencial de nuestra Unidad de Observación (UO) para poder estructurar mejor el trabajo en ella.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Revisión retrospectiva de los casos ingresados en la UO del 01.01.05 al 31.12.05, tomando como herramienta los datos proporcionados por el Programa Informático.

**RESULTADOS:**

Se atendieron 60.966 urgencias, de la cuales ingresaron 2.952 en la UO (4.85%). Un 88.7% correspondían a Pacientes de la especialidad de Pediatría (PP), mientras que 333 (11.3%) lo eran de otras especialidades (principalmente Cirugía Infantil y Traumatología). De los 2.619 PP, el tiempo medio de estancia fue de 12.21 horas. Un 51.4% permanecieron en la UO menos de 12 horas, un 77% menos de 18, y 5.9% más de 24. Se indicó ingreso hospitalario a 536 (20.46%). Los 6 diagnósticos más frecuentes de los PP, con sus frecuencias, tiempo medio de estancia y tasa de ingreso, respectivamente, fueron: Asma (469, 14.2, 15%); Síndrome febril (308, 14.3, 17%); Bronquiolitis (211, 14.2, 32%); Neumonía (208, 15.1, 33%); Vómitos (168, 12,6, 8%); Diarrea (142, 14, 7%).

Del resto de especialidades ingresaron 258 (77.5%), siendo su estancia media de 7.14 horas.

Tanto en los PP como en los de otros, se solicitaron por paciente 0.82 y 0.74, pruebas de laboratorio y de radiología, respectivamente.

**COMENTARIOS:**

- 1.- El % de niños ingresados en la UO (4.8%), la estancia media (12.2 h.) y la tasa de ingresos (20.4%) se corresponden con los estándares internacionales.
- 2.- Atendemos a dos grupos de pacientes (PP y de otras especialidades) con características diferentes en cuanto a estancia media y tasa de ingreso.
- 3.- Un 11% son pacientes de especialistas que no están de presencia física en la UO, por lo que es importante que exista un responsable de la misma.
- 4.- Se deben revisar las indicaciones de ingreso en la UO en aquellos diagnósticos con tasas de ingreso hospitalaria >30%.
- 5.- La mayoría de estos niños requieren alguna prueba complementaria, por lo que es importante tener bien estructurado el mapa de interacciones.

## **ANÁLISIS DE LAS RECLAMACIONES RECIBIDAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS**

M.j. lirola cruz (\*), g.c. pérez cabeza (\*\*), i. salamanca de la cueva (\*), f. reina zamora (\*\*), d. rivas ramos (\*).

instituto hispalense de pediatría de sevilla (\*), unidad de calidad asistencial y documentación de la clínica sagrado corazón de sevilla (\*\*).

### **OBJETIVO:**

Analizar las reclamaciones recibidas por el Servicio de Pediatría de la Clínica Sagrado Corazón de Sevilla durante el año 2005, para extraer conclusiones respecto a la insatisfacción de nuestros pacientes y detectar la posible influencia de la inauguración del nuevo Servicio de Urgencias.

### **MATERIAL Y MÉTODO:**

Mediante un estudio descriptivo retrospectivo, hemos analizado las reclamaciones que hemos recibido a través de la Unidad de Calidad Asistencial y Documentación.

### **RESULTADOS:**

Durante el año 2005 se atendieron 47554 urgencias, recibándose 45 reclamaciones, (0.094% sobre las urgencias atendidas). La demora en la atención médica supuso el motivo de queja más frecuente (62.2%), seguido por la atención deficiente (20%), el acto médico (11%), la falta de camas (2.2%) y la información deficiente (2.2%). Con respecto a 2004, se ha observado un incremento (de 0.06 a 0.094%) a expensas de la quejas por demora (rango de tiempo de espera 0-75 minutos). En Septiembre comienza a funcionar el nuevo Servicio de Urgencias, lo que supuso la unificación de las urgencias del Instituto Hispalense de Pediatría con las de la Clínica Sagrado Corazón. No se ha observado variación en cantidad, tendencia ni causas de quejas a partir de esta fecha.

### **CONCLUSIONES:**

La tendencia en cuanto al número de reclamaciones recibidas es ascendente. Destacan, en cuanto a las causas, un aumento porcentual significativo de la demora. No se observa relación alguna con la inauguración del nuevo Servicio de Urgencias.

Dada la tendencia actual al aumento de las reclamaciones, el tratamiento adecuado de las mismas es fundamental. La información obtenida a través del proceso de tratamiento de las quejas puede llevar a la mejora del servicio que prestamos y a la mejora de la percepción que del mismo tiene nuestros pacientes.

## **CARACTERIZACIÓN DE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS DE UN SERVICIO DE PEDIATRÍA PRIVADO.**

M.j. lirola cruz, m.j. sánchez álvarez, b. amil perez, v. garcía bernabeu, a. peralta rodríguez y a. carmona martínez.

instituto hispalense de pediatria. servicio de pediatria de la clínica sagrado corazón de sevilla.

### **INTRODUCCIÓN:**

La Clínica Sagrado Corazón es un Centro privado de Especialidades Médicas y Quirúrgicas de características similares a las de un Hospital de nivel 2 del Servicio Andaluz de Salud. La atención pediátrica está concertada con el Instituto Hispalense de Pediatría. Al tratarse de un Centro privado, no tiene claramente delimitada un área geográfica de influencia.

### **OBJETIVOS:**

Identificar las características asistenciales de ingreso en Observación y Planta del Servicio de Pediatría de la Clínica Sagrado Corazón de Sevilla.

### **MATERIAL Y MÉTODO:**

Se ha realizado un análisis descriptivo retrospectivo de los ingresos hospitalarios realizados entre febrero de 2005 y enero de 2006.

### **RESULTADOS:**

En este periodo se atendieron 48450 urgencias, realizándose 982 ingresos (2% de las urgencias; 54.9% varones y 45.1% de mujeres), 741 se realizaron en la Unidad de Observación Pediátrica (75.5%) y 241 en Planta (24.5%). La distribución por edades fue la siguiente: RN (<1m) 0.31%, Lactantes (1m-2a) 52.03%, Preescolares (2a-6a) 29.72%, Escolares (6a-14a) 16.68% y Adolescentes (>14a) 1.56%. La estancia media (media  $\pm$  desviación estándar) en Observación fue de  $0.75 \pm 0.6$  días, (rango 0-3 días), mientras que en Planta resultó de  $3.7 \pm 2,6$  días, (rango 2 a 16 días). Las Patologías predominantes fueron las Digestivas (31.2%) y Respiratorias (25.5%), seguidas de las Neurológicas (12.4%), Nefrológicas (4.5%), e Infecciosas no incluidas las anteriores (12.6%). Un 2.25% de los pacientes ingresados precisaron traslado a otros Centros.

### **CONCLUSIONES:**

Pensamos que la relación ingreso/urgencia es baja. Esto podría ser debido a la mayor frecuencia de patología leve, al fácil acceso a los especialistas pediátricos, y a la comunicación fluida con los pediatras de cabecera de nuestros pacientes.

### ¿CON QUIEN ACUDEN ACOMPAÑADOS LOS NIÑOS A URGENCIAS?

G. Guerrero Márquez\*\*, C. Míguez Navarro\*, C. Pascual Fernández, MA. Almagro Colorado, MJ.Castell Daganzo. A. Peñalba Citores.

Sección de Urgencias del Hospital Infantil Gregorio Marañón.

#### OBJETIVOS:

Determinar con quien vienen acompañados los niños a urgencias y relacionarlo con el turno, nacionalidad, día de la semana y festividad del día que acuden.

El objetivo secundario: observar si dejan el trabajo.

#### MATERIAL Y METODO:

Durante 1 mes se realizó una encuesta a los acompañantes de los niños que acudían a urgencias. Los niños fueron seleccionados de forma aleatoria en los distintos turnos. Exclusión: prioridad 1.

#### RESULTADOS:

Se recogieron datos de 944 niños con una mediana de 22 meses. Según nacionalidad: española 79%, sudamericanos 14%, países del este 3,5%, resto (3,5%). Según el acompañante/s: madre sin padre 40%, padre sin madre 10%, padre y madre 47,6%, otros acompañantes (2,5%). El 83,4% de los acompañantes trabajan y 15,1% estaban en horario de trabajo.

Distribución de la asistencia según nacionalidad y según el día (festivo o laboral):

Los españoles presentan asistencia similar en turno de mañana y tarde sea festivo (Mañana 19,6%, Tarde 18,5%) o laboral (Mañana: 19,2%, Tarde 17,5%), pero en la noche presentan más asistencia en día festivo (15%) frente a 11% en laboral (no diferencias significativas).

Las otras nacionalidades acuden más en días festivos (Mañana: 27%, Tarde: 15%, Noche: 18%) que en laboral (Mañana: 14,5%, Tarde: 11,5%, Noche: 13,5%), siendo estadísticamente significativa en turno de mañana.

El 65% de las madres que acudían solas tenían trabajo y el 17,6% de ellas estaban en horario de trabajo. El 99% de los padres que acudían solos tenían trabajo, y el 21,1% estaban en horario laboral. ( $p < 0,05$ ).

De los ingresos, el 58,3% estaban acompañados por ambos padres, 31,3% por la madre sola y el 10,4% por el padre solo.

#### CONCLUSION:

1/5 de las asistencias en urgencias son niños de otras nacionalidades.

Casi la mitad de los niños son acompañados por el padre y la madre, seguidos de la madre sola en un 40%.

Los niños de otras nacionalidades acuden más los festivos que los laborales.

## CRITERIOS DE INGRESO EN UNA UNIDAD DE ESTANCIA CORTA EN NIÑOS CON GASTROENTERITIS AGUDA Y DESHIDRATACIÓN

P. González Carretero, S. Marín del Barrio, R. Garrido Romero, K. M. Juma Azara, C. Luaces Cubells. Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Agrupació Sanitària Hospital Sant Joan de Déu-Clínic. Universitat de Barcelona.

### OBJETIVOS:

Conocer las características clínicas y analíticas de los pacientes con gastroenteritis aguda (GEA) y deshidratación (DH) que requieren ingreso.

Identificar los factores asociados con una estancia hospitalaria menor de 24 horas, tributarios de ingreso en una unidad de estancia corta.

### PACIENTES Y MÉTODOS:

Estudio prospectivo descriptivo. Se incluyen niños entre 3 meses-18 años que acuden al SU entre 01/10/2005 y 31/01/2006 con GEA y DH que ingresan. Se excluyen niños con errores congénitos del metabolismo, cardiopatía, nefropatía o en tratamiento con capacidad de alteración electrolítica.

### RESULTADOS:

El número de GEA atendidas fue 4172. Se incluyeron 139 casos. El 57.6% eran varones. La mediana de edad fue 12.4 meses (P25=7.6; P75=23.3), de horas de evolución 48 (P25=24; P75=72) y de número de vómitos y diarreas 5 y 7, respectivamente. El 43.2% presentaba DH leve, 54.7% moderada y 2.2% grave. Los resultados analíticos fueron: bicarbonato  $15.6 \pm 4.2$  mmol/L, sodio  $145.3 \pm 8.7$  mmol/L, potasio  $3.9 \pm 0.5$  mmol/L, glucosa  $97.5 \pm 2.4$  mg/dl, urea  $49.5 \pm 35.9$  mg/dl y creatinina  $0.52 \pm 0.28$  mg/dl. La estancia media hospitalaria fue  $50.2 \pm 32.6$  horas. En el 25.9% la estancia fue menor de 24 horas, con una mediana de 7 (P25=6; P75=8). Entre la estancia menor y mayor de 24 horas, no hubo diferencias estadísticamente significativas respecto a edad, tiempo de evolución, número de vómitos y diarreas, grado de DH, potasio y glucosa. Sí se encontraron en el valor de bicarbonato, sodio, urea y creatinina, con una  $p=0.016$ ,  $0.02$ ,  $<0.001$  y  $0.008$ , respectivamente. En estas variables, los valores cut-off con mayor porcentaje de estancia  $<24$  horas fueron: bicarbonato  $>12.7$ , sodio  $\leq 149$ , urea  $\leq 52$  y creatinina  $\leq 0.73$ , con una  $p=0.002$ ,  $<0.001$ ,  $<0.001$  y  $0.003$ , respectivamente. Si se presentan más de dos de estos valores, la significación aumenta ( $p<0.001$ ).

### CONCLUSIONES:

La mayoría de pacientes con GEA y DH que requieren ingreso son lactantes con tiempo de evolución menor de 48 horas y DH moderada.

Los valores de bicarbonato, sodio, urea y creatinina son los que poseen mayor valor predictivo en relación a la duración de la estancia hospitalaria.

La natremia  $\leq 149$  mmol/L y urea  $\leq 52$  mg/dl al ingreso son parámetros que orientan hacia una resolución rápida del cuadro clínico.

## EL DEBER DE INFORMAR AL PACIENTE ¿ES FÁCIL?

Espinel Padrón Z, Melián Domínguez I, González Pérez A, Rodríguez González A, Reyes Medina M, González Díaz E.

Unidad de Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias . Las Palmas de G. C.

### INTRODUCCIÓN:

El derecho a la información sanitaria, y de manera específica, el derecho a la información sobre la enfermedad y las alternativas de tratamientos es uno de los pilares básicos de la relación médico-paciente.

En la actualidad, la ley 41/2002 de autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, reconoce en su artículo 5 el derecho del paciente a la información sanitaria, lo que se convierte, por lo tanto, en una obligación del médico.

### FUNDAMENTO:

El número de consultas a los servicios de urgencias de pediatría es cada vez más elevado; este hecho se puede explicar por muy diversas causas: aumento de la demanda sanitaria de la sociedad, ampliación de la cobertura, mayor accesibilidad geográfica, la fácil accesibilidad a los centros sanitarios en las grandes urbes, cambios en los hábitos sociales.

Debido a la presión asistencial y a las características de los servicios de urgencias, en ocasiones pueden existir problemas de comunicación, que se multiplican cuando a esta situación se le añaden diferencias lingüísticas y culturales.

Para evitar este problema los hospitales usan un amplio abanico de instrumentos para mejorar la comunicación con el paciente, como son folletos informativos de las patologías más frecuentes, hojas de bienvenida e ingresos.

En nuestro medio, además de los cambios sociales señalados, contamos con un aumento creciente de población inmigrante y con población turista. Todo ello ha ocasionado una demanda asistencial durante el año 2005 de 48500 pacientes

En nuestra Unidad para ayudarnos a resolver este problema contamos con *folletos informativos* de diversas patologías, disponibles en castellano y en inglés, estando en curso la disposición de los mismos en alemán . También contamos con la ayuda de una interprete.

### CONCLUSIÓN:

La información al paciente:

- es una obligación del médico.
- facilita la correcta utilización de los servicios y recursos sanitarios
- debe valorar las diferencias culturales.

## **EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS. PAUTAS DE ACTUACIÓN EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.**

Y. Hernández Vega<sup>1</sup>, E. Guallart Molina<sup>2</sup>, R. García Puig<sup>1</sup>, , M. Vila Purull<sup>2</sup>, C. Villarroel Martínez<sup>2</sup>, J. Fàbrega Sabaté<sup>1</sup>.

Servicio de Pediatría<sup>1</sup> y Enfermería de Urgencias Pediátricas<sup>2</sup>. Hospital Mútua de Terrassa. Terrassa. Barcelona

### **OBJETIVOS:**

Mejorar nuestra asistencia al paciente pediátrico grave en riesgo vital y a la vez protocolizar la actuación ante situaciones de emergencia para con ello conseguir una óptima estabilización inicial y tratamiento.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se revisan las situaciones siguientes de emergencia en pediatría: reanimación cardiopulmonar, shock anafiláctico, shock séptico, politraumatismo, convulsión y crisis asmática grave. Se realiza una revisión de los diferentes protocolos de actuación existentes y posteriormente se deciden los protocolos de actuación de forma conjunta con el servicio de enfermería de urgencias de nuestro centro y acorde a las posibilidades de nuestro servicio.

### **RESULTADOS:**

Se resumen de manera clara y minutada las actuaciones a realizar por parte de enfermería y pediatría en cada una de las situaciones de emergencia citadas. En cuanto al tratamiento farmacológico se resumen las presentaciones existentes, las dosis farmacológicas, la forma de administración y las equivalencias pertinentes para facilitar su preparación y administración de forma rápida y eficaz. Se consigue recoger dichas actuaciones y tratamientos en un póster de fácil interpretación visual.

### **CONCLUSIONES:**

Los servicios de urgencias de pediatría deben estar preparados, para un actuación inmediata en las situaciones de emergencia. Para conseguir esta asistencia médica adecuada las guías clínicas y los protocolos de actuación son útiles puesto que facilitan la toma de decisiones y minimizan los errores. Creemos que en todo servicio de urgencias, preferiblemente en el espacio reservado para actuaciones de emergencia, deberían existir unos protocolos de actuación, visibles y de fácil interpretación para los profesionales, tanto médicos como enfermeras.

Nº 158

### ¿ES ÚTIL SEPARAR LOS PACIENTES URGENTES Y LOS NO URGENTES?

JM Quintillá Martínez, L. Martínez Sánchez, J. Payeras Grau, G.Puche Rubio\*, J.Pou Fernández, C.Luaces Cubells.

Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. División de Enfermería. Agrupació Sanitària Hospital Sant Joan de Déu – Clínic. Universitat de Barcelona

#### INTRODUCCIÓN:

La utilización de un sistema de triaje permite clasificar a los pacientes en función del grado de urgencia. El creciente desequilibrio entre demanda y recursos hace que en determinados momentos pueda incrementarse enormemente el tiempo de espera de los pacientes menos urgentes si comparten recursos con los verdaderamente urgentes.

#### OBJETIVO:

Estudiar si la separación de espacios y recursos entre pacientes urgentes y no urgentes permite mejorar la dinámica asistencial en un servicio de urgencias.

#### MÉTODO:

En noviembre de 2005 se ha puesto en marcha en nuestro centro un espacio adyacente al servicio de urgencias destinado a la atención de pacientes no urgentes, sin que haya aumentado el número de pediatras. Se han estudiado dos periodos, el primero de diciembre-2004 a febrero-2005 y el segundo de diciembre-2005 a febrero-2006. Se ha comprobado si ambos periodos eran comparables en edad, sexo, número de pacientes de cada nivel y número de visitas diarias. De cada periodo se han aleatorizado 500 pacientes para estudiar el tiempo de espera y el de asistencia tanto global, como separando pacientes urgentes (niveles II y III de triaje) y no urgentes (niveles IV y V). Se han excluido del estudio los niveles I, ya que son atendidos de forma inmediata.

#### RESULTADOS:

Se han incluido 13640 pacientes en el periodo-1 y 13776 en el periodo-2. No se han encontrado diferencias significativas entre ambos periodos en edad, sexo, nivel de triaje o visitas/día. El tiempo de espera global ha disminuido (medianas 54 y 47 min,  $p<0.001$ ) mientras que el de asistencia no se ha modificado. En el grupo de pacientes urgentes ha disminuido el tiempo de espera (medianas 38 y 30 min,  $p<0.001$ ), pero no el de asistencia. En el grupo de pacientes no urgentes ha disminuido tanto el tiempo de espera (medianas 72 y 66,  $p=0.02$ ) como el de asistencia (medianas 30 y 23,  $p=0.01$ ).

#### CONCLUSIONES:

La utilización de recursos específicos para pacientes urgentes y no urgentes mejora la dinámica asistencial, de forma que permite disminuir los tiempos de espera. Los pacientes no urgentes se benefician además de un tiempo de asistencia menor, al no atender el mismo pediatra a pacientes urgentes.

Nº 159

## **ESTUDIO DE LA UNIDAD DE OBSERVACIÓN DE UNA URGENCIA PEDIATRICA EN DIFERENTES MESES DEL AÑO**

M.C. Ignacio Cerro, M.C. Pascual Fernández, , O. Acero Rivas, M.A. Jiménez Carrascosa  
Urgencia Infantil, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

### **OBJETIVOS:**

La sala de observación es una Unidad de corta estancia indispensable para el funcionamiento de la urgencia. El objetivo de este trabajo era comprobar la diferencia de ingresos, patologías y cuidados de enfermería en la unidad de observación (U.O.), en diferentes meses del año, días de semana y turno.

### **MATERIAL Y METODO:**

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes que ingresaron en la U.O. durante Septiembre y Noviembre 2005.

Las variables recogidas fueron: edad, sexo, motivo de consulta, turno de trabajo, día de semana, cuidados de enfermería, diagnóstico e ingreso.

Los datos fueron introducidos en Microsoft Access 2002, y analizados mediante programa SPSS.

### **RESULTADOS:**

En Septiembre acudieron a urgencias 4.909 pacientes, frente a los 6.998 que acudieron en Noviembre. El porcentaje de ingresos en la U.O. aumentó en un 2,5%, el incremento se produjo sobre todo en el turno de mañana, menor en el de tarde y disminuyó en el de noche.

En Noviembre apreciamos en los cuidados de enfermería que aumenta la administración de aerosoles y la toma de constantes, disminuyendo la recogida de orina. Esto se relaciona con el incremento del 8.9% de la patología respiratoria y del 1.2 % digestiva frente a la disminución del síndrome febril.

El tiempo de estancia es similar en ambos meses (33-36% entre 1-2 horas)

En Noviembre los ingresos hospitalarios de los niños admitidos en la UO aumentaron un 3%, sobre todo en menores de 11 meses.

### **CONCLUSIONES:**

- Mayor afluencia de niños en la UO en Noviembre, en relación con el aumento del número total de urgencias.
- La patología respiratoria (sobre todo el inicio de la epidemia de bronquiolitis), justifica el aumento de ingresos totales y especialmente en menores de 12 meses
- A pesar de que la carga de trabajo en la U.O. aumenta proporcionalmente al número de pacientes en Noviembre, el tiempo de estancia permanece similar al periodo anterior.

## **ESTUDIO DE LAS RECLAMACIONES DE LOS ÚLTIMOS SEIS AÑOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO**

JL Carretero Ares, M Ferrando Mora, M Gómez de la Fuente, M<sup>a</sup> de la O García Baeza, M<sup>a</sup> Teresa Cabral Ruano, M<sup>a</sup>D Gallart Martínez, M Riva Bay, A Melnikova Kutnesova.  
Servicio de Urgencias Pediatría. Hospital General U. Alicante. Alicante.

### **OBJETIVOS:**

Estudiar la prevalencia de las reclamaciones quejas y sugerencias durante el período comprendido entre 1999 y 2005 en un servicio de Urgencias Pediátrico de un Hospital Universitario de 3º nivel.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Análisis retrospectivo descriptivo por revisión de historias clínicas y hojas de sugerencias/quejas, analizando variables: clase de población, zona de residencia, raza, edad, sexo, enviado/no desde centro de salud, fecha realización queja, motivo que originó acudir a urgencias, y posterior diagnóstico, tipo de queja/reclamación, motivo/s de reclamación, quien efectuó y contra quien, y si requirieron ingreso o alta.

### **RESULTADOS:**

55 pacientes: 48 (94,5%) pertenecen a población urbana. 52 pacientes (el 94,5%) son de raza caucásica, frente a otras. Edad media: 39,83 meses, rango comprendido entre 35 días de vida y 14 años. En cuanto al sexo, 28 (50,9%) son mujeres. Únicamente fueron remitidos desde el centro de salud 7 pacientes (12,7%). El tipo de documento empleado en 50 casos corresponde a quejas (90,9%), seguido por una minoría de sugerencias y agradecimientos. En cuanto a los motivos por los que acudían a Urgencias: 21 pacientes (38,18%) lo hacían por fiebre, 6 por tos (10,9%). El número medio de consultas por las que acudía por ese motivo a urgencias fue de 1,45. Los juicios diagnósticos fueron muy diversos, con una mayoría de 15 pacientes (27,27%), que presentaban síntomas inespecíficos/viriasis. La mediana del tiempo de espera hasta que fue atendido fue de 15 minutos, con una media de 29,04 minutos. La madre realizó 31 (56,4%) de las reclamaciones. Contra el médico fueron 27 (49,1%), 22 (40%) contra la sección. Los motivos de reclamación en 22 casos (40%) fueron dos o más, en 17 casos (30,9%) fue el trato inadecuado, seguido de 16 (29,1%) por el tiempo de espera. Se ingresaron en planta 4 (7,3%), y el resto permaneció en observación o se fue de alta.

### **CONCLUSIONES:**

Nuestro servicio presenta una pequeña incidencia de reclamaciones, más entre población urbana/semiurbana. La mayoría de estas se realizan por las madres, que suelen acudir más acompañando a los pacientes. Un alto porcentaje se debe a la falta de trato y comunicación entre pacientes y personal sanitario, motivada quizá por cambios en la mentalidad social, en cuanto a las razones por las que acuden a Urgencias, y los motivos de diagnóstico reales. No están justificadas otras reclamaciones como el tiempo de espera, aunque quizá se pudiera mejorar con un triaje más adecuado, que disminuiría la ansiedad en muchos familiares

## **EVALUACIÓN DE SATISFACCIÓN EN LA ATENCIÓN A LOS PACIENTES EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA**

Gil Sáenz FJ, Gallinas Victoriano F, Clerigué Arrieta N, Martínez Cirauqui D, Molins Castiella T, Herranz Aguirre M.

Servicio de Pediatría. Hospital Virgen del Camino, Pamplona.

### **OBJETIVOS:**

1. Evaluar el grado de satisfacción de los pacientes atendidos en la Sección de Urgencias de Pediatría.
2. Analizar el efecto de los diferentes factores que influyen en el grado de satisfacción de los pacientes.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

1. Encuesta basada en los estándares de calidad publicados en el protocolo de la sociedad española de urgencias de pediatría (SEUP). Ofrecida a todos los pacientes atendidos del 1-3-05 al 31-5-05, de cumplimentación voluntaria, sin conocimiento previo del personal que atiende en urgencias.
2. Se recogen las variables: persona informante, tiempo de espera, país de origen, día de la semana, atención enfermería, atención e información médica, trato dispensado y grado de satisfacción (1-10)
3. Análisis de los datos con programa SPSS v12.

### **RESULTADOS:**

Se obtienen 396 respuestas. El 85,3% valoró positivamente todos los indicadores de calidad de la SEUP incluidos en la encuesta. La satisfacción media fue de 8.22 (desviación estándar:1,62), mediana de 8 (Intervalo de confianza de la mediana al 95%(IC95%):8-9) y moda 8. El 84,3% de los encuestados eran españoles, 4,1% ecuatorianos, resto de otras nacionalidades. El tiempo de espera fue cercano a los 30 minutos (media: 34,01, mediana 20, IC95% mediana: 20-30). Se obtuvo una correlación negativa (Spearman: -0.333;  $p=0,000$ ) entre la satisfacción y el tiempo de espera. Al realizar un análisis de la varianza univariante se observó una relación estadísticamente significativa con el grado de satisfacción y el tiempo de espera ( $p=0,000$ ), la información sobre el diagnóstico ( $p=0,014$ ) y la información sobre el tratamiento ( $p=0,025$ ). No resultaron estadísticamente relevantes las diferencias en cuanto al resto de variables.

### **CONCLUSIONES:**

- Los pacientes atendidos en el servicio de urgencias del Hospital Virgen del Camino valoran positivamente la atención recibida, según los indicadores de calidad propuestos por la SEUP.
- Los factores que influyen negativamente en la satisfacción de los pacientes son sobre todo el tiempo de espera y la mala información en cuanto a diagnóstico y tratamiento.

## **IMPLANTACIÓN DE UNA ESCALA DE TRIAJE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICO**

JM Quintillá Martínez, L.Martínez Sánchez, M. Benítez Gómez\*, A. Segura Casanovas\*, G.Puche Rubio\*, C.Luaces Cubells

Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. \*División de Enfermería. Agrupació Sanitària. Hospital Sant Joan de Déu – Clínic. Universitat de Barcelona  
Barcelona

### **INTRODUCCIÓN:**

El desequilibrio entre demanda y recursos hace necesaria la utilización de un sistema que clasifique a los pacientes según su grado de urgencia. A nivel de adultos, en nuestro país se está implantando el Sistema Español de Triage (SET), que es la versión española del Modelo Andorrano de Triage (MAT), y del que se está elaborando la parte pediátrica. Dentro de este proceso de creación de la versión pediátrica, hemos procedido a implantar un sistema de triaje en nuestro centro.

### **OBJETIVOS:**

Describir el proceso de implantación de un sistema de triaje en un servicio de urgencias pediátrico.

### **MÉTODO:**

Se enumeran los objetivos de un sistema de triaje, los requerimientos para su implantación, las fases en que se ha dividido y los resultados obtenidos por la utilización del sistema.

### **RESULTADOS:**

El triaje en urgencias no sólo tiene objetivos asistenciales (priorización de pacientes más urgentes) sino también de gestión de los recursos y de planificación global del servicio. Para su ejecución se requiere personal formado que no comparta otras tareas, espacio específico equipado con el material necesario y circuitos adecuados para el flujo de pacientes. En su implantación se han seguido varias fases:

- 1- Fase inicial (creación de una comisión interdisciplinar, elección del modelo –criterios-, estudio de requerimientos materiales y de espacio, obtención de recursos, diseño de circuitos y realización de cursos de formación del personal);
- 2- Fase de puesta en marcha (inicialmente compartido entre pediatras y DUE y posteriormente realizado por DUE de forma casi exclusiva);
- 3- Fase post-implantación (control de calidad y mejoras). Por último, se detallan numéricamente los pacientes a los que se ha realizado triaje desde su implantación (noviembre de 2004), la distribución por niveles y los tiempos.

### **CONCLUSIONES:**

La implantación de un sistema de triaje es un proceso complejo que requiere la colaboración de pediatras y DUE. El triaje permite mejorar la calidad asistencial y la planificación de un servicio de urgencias.

Nº 163

**INDICADORES DE CALIDAD DE UNA UNIDAD DE OBSERVACIÓN DE PEDIATRÍA.**

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

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

**JUSTIFICACIÓN:**

Aunque SEUP tiene definidos los Indicadores Pediátricos para medir los criterios de calidad de la atención sanitaria en urgencias, no están detallados los que podrían aplicarse para medir específicamente las diversas funciones que cumple una Unidad de Observación Pediátrica (UO). Proponemos los que disponemos en nuestra UO.

**MÉTODO:**

Se describen los 10 Indicadores de Calidad, especificando su definición, justificación, algoritmo de cálculo, fuente de información, su estándar y la periodicidad de su medición

**INDICADORES:**

1. De calidad técnica:
  - a. Readmisiones en 72 horas
  - b. Readmisiones con ingreso
  - c. % de ingresos >24 horas
  - d. % de cumplimentación de los criterios clínicos de ingreso / alta.
2. De calidad percibida por el cliente
  - a. Grado de satisfacción de enfermos y familiares
  - b. % de incidencias atendidas en 7 días
3. De calidad percibida por el personal
  - a. Grado de satisfacción del personal de enfermería.
4. De calidad de los procesos de apoyo
  - a. Docencia: % informes de alta firmados por MIR especialista
  - b. Administrativo: Tiempo de espera > 1 hora hasta el ingreso en Planta.
5. Indicador de actividad
  - a. % de rotación de camas.

## **INFLUENCIA DEL TURNO HORARIO EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE EN EL SERVICIO DE URGENCIAS**

S. Prieto Martínez, G. López González, P. Rojo Conejo, Y. Ballesterero Díez, O. Ordóñez Saez, R. González Escudero.

Servicio de Urgencias Pediátricas, Hospital Doce de Octubre, Madrid

### **OBJETIVOS:**

Describir las características en cuanto a patologías, pruebas complementarias y tiempo de visita según el turno en el que acude el paciente y tratar de objetivar diferencias en función del turno.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se recuperaron los informes de alta del Servicio de Urgencias Pediátricas a lo largo de 5 días laborables clasificándolos por turno ( día: 8:15 a 23:30 y noche 23:30 a 8.15). Se recogieron datos en cuanto a la duración de la estancia en Urgencias desde que el paciente es visto por el médico hasta el alta, la realización de pruebas complementarias, el diagnóstico y el manejo terapéutico. Se realiza análisis estadístico de los datos mediante SPSS 11.

### **RESULTADOS:**

Se recogieron 745 niños distribuidos el 75% en turno de día y el 25% en turno de noche. La mediana de tiempo de atención fue de 20 minutos por paciente (rango intercuartílico de 60 minutos). Se realizaron pruebas complementarias a un 28,6% de los niños (analítica de sangre 8,6%, analítica de orina 8,7%, exploración radiológica 13,3%), se pautaron antibióticos al 11,9% de los niños, un 7% pasó a área de nebulización y se ingresó al 4,7%. El tiempo de atención en el turno de noche fue significativamente menor ( $p = 0,01$ ). Durante la noche se solicitaron significativamente menos analíticas de sangre ( $p = 0,001$ ), menos analíticas de orina ( $p = 0,002$ ), menos exploraciones radiológicas ( $p = 0,002$ ) y más nebulizaciones ( $p = 0,04$ ). No se han encontrado diferencias entre los turnos en prescripción de antibióticos, en el paso de niños a la observación ni en la solicitud de partes de interconsulta a otros especialistas. En las patologías atendidas se observó una mayor frecuencia por la noche de: catarro de vías altas, crisis de asma, laringitis y otitis media aguda, en el resto de patologías frecuentes no se observaron diferencias.

### **CONCLUSIONES:**

El tiempo de atención en el turno de noche es significativamente más corto que en el turno de día. Esto se podría explicar, aunque no completamente, por las diferencias existentes en la petición de pruebas complementarias y los diagnósticos entre ambos turnos.

## LA COMUNICACIÓN POR PARTE DEL MEDICO EN LA VISITA DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA

F. Codina Garcia\*, X. Codina Puig, P. Gussinye Canabal, J. Balaguer Martinez\*, M. Catalá Puigbó Corporació de Salut del Maresme i la Selva\*. Girona. Hospital General de Granollers. Barcelona

### INTRODUCCIÓN:

Las habilidades en comunicación son tan indispensables como los conocimientos teóricos para una buena práctica profesional. Esta aseveración es especialmente cierta en las urgencias de pediatría donde todas las consultas son “primeras” visitas. Especialmente importante es el recibimiento (desde que el médico entra en el *box* hasta que pide a la familia/paciente que explique su motivo de consulta) el cual puede marcar todo el desarrollo de la visita. *No hay una segunda oportunidad de causar una primera buena impresión*. Existen pocos trabajos en este sentido por lo que hemos considerado interesante su estudio.

### OBJETIVOS:

Valorar diferentes aspectos del lenguaje verbal y no verbal del médico en el momento del recibimiento en las visitas de urgencias de pediatría.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio prospectivo, observacional y descriptivo sobre la comunicación verbal y no verbal del facultativo en el inicio del acto médico. Se estudia en 50 visitas realizadas en el mes de febrero de 2006 en dos hospitales comárcales.. Se consensuan y definen las siguientes variables: si sonríe, se presenta con su nombre y si usa el nombre del paciente. En una escala de 0-3 (0= muy mal; 1= mal; 2= bien; 3= muy bien) se valora el contacto visual y físico con el paciente, con el acompañante y finalmente si establece un clima empático.

### RESULTADOS:

Los médicos no se presentan en el momento de iniciar la visita en 48 casos (96%). Sonríen en 31 (62%) y en 26 (52%) utilizan el nombre del niño. Se valora en la escala 0-3, el contacto visual con los niños con un 1.92 y con las familias de 1.96. El contacto físico con los niños obtiene un 1,6 y con las familias el 0.04. La puntuación global del establecimiento de un clima empático obtiene una puntuación de 2,3.

### COMENTARIOS:

- 1.- La mayoría de los médicos no se presentan a pesar de que éste es un aspecto importante para establecer un primer buen contacto. Además es un derecho de la familia conocer el nombre de quien le atiende así como su categoría profesional.
- 2.-La comunicación no verbal (sonrisa) y la verbal (usar el nombre niño) es aceptable en la mitad de los casos. Citar al niño por su nombre, durante la visita, produce un efecto de proximidad.
- 3.-El contacto visual con el paciente y la familia es adecuado.
- 4.-El contacto físico (tocar, acariciar) con el niño es mejorable. El contacto físico con la familia (dar la mano) no se realiza habitualmente. Es sabido que puede ayudar en momentos de conflicto. No esta claro si debería ser una practica rutinaria
- 5.-El ambiente que crea el médico para realizar la visita es suficientemente empático.

## **MONITORIZACION DE UN INDICADOR DE CALIDAD: PRUEBAS DE COALGULACION EN EL DOLOR ABDOMINAL.**

H Salvador Hernández, W Fasheh Youssef, A. Valls Lafont\*, C Luaces Cubells

Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. \*Laboratorio de Urgencias. Agrupació Sanitaria H Sant Joan de Déu-Clinic. Universitat de Barcelona

### **INTRODUCCIÓN:**

La petición de un exámen complementario ha de estar orientado hacia los supuestos diagnósticos más probables en cada caso evitando las baterias de rutina que comportan sobrecarga de trabajo. El indicador de calidad descrito por la SEUP, establece como estándar un 5 % el cociente entre los pacientes con dolor abdominal y dados de alta con pruebas de coagulación (PC) y el número de éstos pacientes que son dados de alta.

### **OBJETIVOS:**

1. Efectuar una revisión de éste Indicador de Calidad durante dos periodos de tres meses realizando, tras obtener los resultados del primer periodo, una propuesta de acciones de mejora.
2. Conocer que especialista solicita las pruebas de coagulación (pediatra, cirujano ó conjuntamente)

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se incluyen todos los pacientes que acuden a urgencias por dolor abdominal a los que se les realiza PC y son dados de alta. La recogida de éstos datos se realiza en dos periodos sin previo aviso a los pediatras de urgencias. Una vez finalizado el primero se exponen los resultados al los pediatras de urgencias y se proponen de forma consensuada acciones de mejora. Posteriormente, se efectúa un segundo periodo de estudio para constatar posibles mejoras en el Indicador.

### **RESULTADOS:**

En el primer periodo un total de 807 pacientes consultan por dolor abdominal y son dados de alta. En 81 de ellos se realiza PC (10 %). En el segundo periodo, el total de pacientes que consultan por dolor abdominal es de 1058 y son dados de alta 83 tras ser sometidos a PC (7 %). Durante el primer trimestre el pediatra solicita las PC en un 28 %; el cirujano en un 9 % y conjuntamente en 63 %. En el segundo periodo, el pediatra las solicita en el 26 %, el cirujano en 4 % y conjuntamente en el 70 %.

### **CONCLUSIONES:**

Las acciones de mejora han permitido un acercamiento al estándar de calidad sin llegar a alcanzarlo. La valoración conjunta de éstos pacientes por pediatras y cirujanos se presenta como una de las medidas eficaces para acercarse al objetivo deseado.

## **¿NOS ENTENDEMOS CON NUESTROS PACIENTES? CONSEJOS PARA LOS PADRES EN DIFERENTES IDIOMAS**

A. Arce Casas, O. García-Algar, O. Vall Combelles, A. Sancho Gómez de Travesedo<sup>1</sup>  
Servicio de Pediatría. <sup>1</sup> Jefe de Atención al Usuario  
IMAS. Hospital del Mar. Barcelona

### **INTRODUCCIÓN:**

Existen numerosos estudios que valoran el grado en que se pierde la información que un pediatra da a una familia. Entre lo que el médico quiere decir y realmente dice, lo que la familia entiende según su nivel intelectual y su estado emocional y lo que finalmente se acaba recordando de las instrucciones recibidas suele haber una pérdida importante de la información.

Es por ello que los diferentes servicios de Urgencias y consultas de Atención Primaria disponen de hojas informativas para las familias, con el objetivo de transmitir la información no solamente de forma oral sino también escrita. De forma que las instrucciones dadas por el médico podrán consultarse de nuevo al llegar al domicilio.

### **FUNDAMENTO:**

Desde el Programa de Mediación Intercultural del hospital en colaboración con el Servicio de Pediatría surge la necesidad de adaptar dichas hojas de información sanitaria a la realidad cultural de nuestra área de influencia. El elevado porcentaje de pacientes inmigrantes (en algunas zonas cercanas al hospital, casi el 50% de la población es extranjera) añade dificultad a las explicaciones de algunos procesos o sus tratamientos. Tanto el idioma como las importantes diferencias culturales afectan a la comprensión de las familias.

Se diseñan unos folletos, en diferentes colores según el idioma, que engloban diferentes motivos de consulta habituales en Urgencias: fiebre, infección vías respiratorias altas, diarrea, vómitos y traumatismo craneal. Se da una breve explicación del proceso, así como de las normas básicas de manejo en el domicilio y las señales de alarma que se deben vigilar para reconsultar. Actualmente esta información se presenta escrita en castellano, catalán, inglés, francés, árabe, rumanés y urdú.

### **CONCLUSIONES:**

Los cambios sociales que se han producido en los últimos años con la llegada de los inmigrantes nos hacen adaptar nuestra forma de trabajar con el objetivo de mejorar la comunicación. Con este objetivo se diseñan diferentes estrategias, siendo una de ellas las hojas de información sanitaria sobre procesos comunes en la infancia en diferentes idiomas.

## **PODEMOS INCLUIR EL TRIÁNGULO DE EVALUACIÓN PEDIÁTRICA EN UNA ESCALA DE TRIAJE?**

C.Carrasco Carrasco, E.López Rodrigo, JM Quintillá Martínez. L.Martínez Sánchez, J.Payeras Grau, C.Luaces Cubells.

Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Agrupació Sanitària Hospital Sant Joan de Déu – Clínic.

Universitat de Barcelona.

### **INTRODUCCIÓN:**

El Triángulo de Evaluación Pediátrica (TEP) es una sistemática incluida en los cursos APLS de la American Academy of Pediatrics, cuyo objetivo es estandarizar la impresión clínica inicial de un paciente, previa a la toma de constantes y la exploración física. Consiste en valorar como normal o anormal la apariencia, la respiración y la circulación. En el Sistema Español de Triage (SET) existe un apartado inicial en el que se determina la situación global del paciente a través de la valoración rápida de sus signos vitales, sin requerir toma de constantes, que está por tanto sujeta a cierta subjetividad del observador.

### **OBJETIVO:**

Estudiar la validez del TEP para la valoración de la situación vital de un paciente pediátrico, en el contexto de la elaboración de la versión pediátrica del SET.

### **MÉTODO:**

Se realizaron sesiones de formación sobre el TEP a los médicos del servicio de urgencias. Durante los meses de octubre a diciembre de 2005 se registraron informáticamente los valores del TEP en el momento inicial de la visita médica. Se ha comparado el número de lados alterados con los mismos indicadores de validación de una escala de triaje: ingreso, tiempo de asistencia, consumo de recursos y la escala Pediatric Risk of Admission (PRISA). Para los dos primeros se estudiaron todos los pacientes y para los dos últimos una muestra aleatoria de 700.

### **RESULTADOS:**

Se incluyeron 22410 pacientes, de los que un 83.1% no tenían ningún lado alterado, 13.6% tenían un lado alterado, 3.2% dos lados alterados y 0.1% tres lados alterados.

El valor del TEP se correlacionó adecuadamente con el ingreso (Gamma de Goodman-Kruskal = 0.78), el tiempo de asistencia, el consumo de recursos y el PRISA ( $p < 0.001$ ). Comparando entre sí los diferentes niveles de alteración del TEP, se encontraron diferencias en todos los indicadores excepto el PRISA, que diferenció los que tenían 0, 1 ó 2 lados alterados, pero no hubo diferencias entre 2 y 3 lados.

### **CONCLUSIONES:**

Se comprueba que el TEP es una herramienta válida para la valoración inicial del paciente pediátrico en urgencias. Su inclusión dentro de una escala de triaje puede ayudar a sistematizar la impresión general del paciente y a reducir el riesgo de subjetividad.

**¿PODEMOS LOS PEDIATRAS ATENDER LAS VISITAS TRAUMÁTICAS EN URGENCIAS?**

J. Costa i Colomer, F.J. Travería Casanova, S. Argemí Renom, J. Rivera Luján, N. Pumares Parrilla, D. Bartoli, A. Pérez Casares  
Servei de Pediatria. Hospital de Sabadell. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell

**OBJETIVOS:**

Determinar las características de este motivo de consulta: sexo, edad, lugar del accidente, vía de llegada a urgencias, zona del cuerpo afectada, clínica, diagnóstico, tratamiento, seguimiento posterior y la necesidad de intervención del especialista.

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Se realiza un estudio prospectivo a partir de las visitas de origen traumático realizadas entre diciembre de 2005 y febrero de 2006 en el Servicio de Urgencias de Pediatría del Hospital de Sabadell. Los datos se recogieron mediante un formulario a rellenar por los profesionales.

**RESULTADOS:**

Según anteriores estudios de nuestro hospital las visitas traumáticas representan alrededor del 20% del total. Durante los dos meses en que recogimos los datos de forma prospectiva se realizaron 638 visitas de causa traumática (8'05% del total) explicándose esa diferencia probablemente por la época del año. Se observa un predominio del sexo masculino (59'87%) y una edad media de 8 años y 23 días. Mayoritariamente acudieron de forma espontánea (88'4%) habiéndose producido el accidente principalmente en la escuela (42'95%) y casa (36'99%). El principal motivo de consulta fue el dolor (76'01%), hinchazón (30'4%) y heridas (17'08%). Las zonas del cuerpo más lesionadas fueron la mano (22'73%), pie (22'41%) y región craneofacial (20'85%). Se realizaron 356 exploraciones complementarias (99'15% de las cuales radiografías), el 73'94% normales. Se requirió el cirujano y el traumatólogo el 5'64% y 14'26% respectivamente de las visitas para finalizar la misma. En un 6'6% de ocasiones se requirió el traumatólogo para clarificar una exploración complementaria y un 0'97% para realizar la exploración física. En las heridas, el 73'39% requirieron sutura, realizada por el cirujano el 40% y traumatólogo 31'25%. Los principales diagnósticos fueron contusión (64'11%), esguince (15'06%) y fractura (14'42%), recibiendo como tratamiento inmovilización (54'54%) y tratamiento sintomático (41'54%). El control posterior lo realizó su pediatra de zona el 88'4% de las ocasiones.

**COMENTARIOS:**

La mayor parte de visitas traumáticas realizadas pueden ser resueltas por parte del propio pediatra, siendo importante un correcto entrenamiento y el soporte de los especialistas.

Nº 170

**PROGRAMA DE GESTION DE UNA UNIDAD DE OBSERVACIÓN DE PEDIATRÍA.**

J.Sánchez Etxaniz, E Astobiza Beobide, J Benito Fernández, S Mintegi Raso, A Fernández Landaluze, B Azkúnaga Santibañez.

Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Barkaldo-Bizkaia.

**JUSTIFICACIÓN:**

El volumen de pacientes, la variedad de las patologías que maneja y el tipo de cuidados que precisan hacen aconsejable que las Unidades de Observación (UO) tenga unos criterios específicos y unificados de funcionamiento establecidos en un Programa de Gestión.

**COMPONENTES:**

1. Establecer la Misión: prolongar los servicios sanitarios hasta 24 horas, dados a los pacientes en Urgencias de Pediatría, incluyendo los estudios diagnósticos, los cuidados médico-quirúrgicos y la observación clínica, que permitan la resolución o mejoría de sus problemas de salud, seleccionando el lugar más adecuado. Además tiene una labor docente e investigadora.
2. Establecer los Grupos de Interés y su mapa de Interacciones.
3. Detallar las Fuentes de información: programas informáticos, historias clínicas...
4. Análisis de la situación previa (modelo DAFO).
5. Establecer Objetivos:
  - a. Proporcionar asistencia excelente (adecuada cobertura de servicios, de manera integral y continuada, buena calidad asistencial y trato humano, información correcta, con el mayor confort posible para pacientes y familiares).
  - b. Indicar de una manera eficiente el ingreso hospitalario.
  - c. Colaborar con especialidades no pediátricas que ingresan pacientes en UO.
  - d. Mejorar las condiciones de trabajo del personal.
  - e. Estructurar la labor docente.
  - f. Potenciar la labor investigadora.
6. Establecer un Protocolo de Actuación: recepción del paciente; Hoja de información; detallar Criterios de ingreso /alta, así como los Cuidados de enfermería; controles evolutivos; trámites del ingreso; informes al alta. Pediatra responsable del área, coordinando las especialidades..
7. Establecer la dotación mínima humana y de recursos materiales.
8. Encuestas de satisfacción para enfermos y familiares, y para el personal.
9. Instalar Buzón de sugerencias e incidencias.
10. Estructurar un Plan de Formación continuada para el personal médico y de enfermería.
11. Establecer Indicadores de calidad.
12. Nombrar un Responsable pediátrico y de Enfermería.
13. Establecer un Cronograma, con los mecanismos de control y valoración de su actividad y resultados, con el objetivo de la mejora continua.

## REVISIÓN DE LA CASUÍSTICA DE INGRESOS NEONATALES PROCEDENTES DE UN SERVICIO DE URGENCIAS

R. Cardona Hernández, S. Romero Ramírez, A. Ibáñez Alonso, E. Berrio Santana, B. Carrero Clemente, S. López Mendoza.  
Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria. Santa Cruz de Tenerife

### INTRODUCCIÓN:

La mayoría de los ingresos en Neonatología son niños que proceden de paritorio, pero otra fuente la constituyen aquellos que acuden a urgencias tras el nacimiento. Realizamos un estudio retrospectivo para analizar las características clínicas y epidemiológicas de los ingresos neonatales procedentes de urgencias de nuestro hospital.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Se analizaron las historias clínicas de los menores de 30 días que ingresaron en la Unidad de Neonatología procedente del Servicio de Urgencias, entre 1 de enero y 31 de diciembre de 2005.

### RESULTADOS:

En este periodo ingresaron 90 neonatos (58V/32M) con edad media de 14,26 días. 29,7% de los casos lo hicieron en el periodo neonatal inmediato. La mayoría era fruto de gestaciones a término (93,5%), partos eutócicos (63,2%) y de peso adecuado a edad gestacional (89,9%). El 19,1% de los niños tenían antecedentes, siendo el riesgo de infección el más frecuente. 25,8 % de los casos requirieron ingreso en UCIN. La mediana de tiempo de ingreso fue de 7,5 días, siendo mayor, de forma estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ), en aquellos que requirieron ingreso en UCIN (media 20,8) y los que tuvieron antecedentes previos (20,1). Los motivos de ingreso más frecuentes fueron fiebre (42,7%), ictericia (19,1%) y apnea (9%). Los diagnósticos principales que se repitieron con más frecuencia fueron fiebre (20,2%) e ictericia neonatal de causa no especificada (15,7%). Las sepsis y meningitis bacterianas supusieron el 10,1% de los ingresos. Observamos que la mayor parte de las hospitalizaciones por ictericia eran en menores de 7 días (71,4%), en cambio solo 11,1% de fiebres ocurrieron en este periodo. Los casos de deshidratación por hipogalactia sucedieron tras cumplir la primera semana. En el 79,8 % de los casos los exámenes complementarios se iniciaron en el servicio de urgencias.

### CONCLUSIONES:

En nuestra serie las causas más frecuentes que motivaron la visita a urgencias fueron fiebre e ictericia, en niños sin antecedentes previos. La mayor parte de los estudios etiológicos se iniciaron en urgencias. Por todo esto, es importante conocer el manejo del neonato en urgencias con el fin de adecuar las actuaciones en nuestros pacientes.

## ¿SON ÚTILES LAS HOJAS INFORMATIVAS PARA CUIDADORES EN UNA URGENCIA DE PEDIATRÍA?

A. Fernández, C. Poza, J. de las Heras, B. Azkunaga, S. García, J. Benito.

Urgencias de Pediatría del Hospital de Cruces. Baracaldo. Bizkaia

El lenguaje y la terminología médica pueden ser en ocasiones indescifrables para el personal ajeno al mundo sanitario. El ritmo de trabajo en una urgencia además limita la posibilidad de dar instrucciones adecuadamente. Con intención de mejorar este aspecto, desde hace 2 años en nuestro servicio de Urgencias de Pediatría (SUP), junto con el informe de alta se da a los cuidadores una hoja explicativa de la patología de la que ha sido diagnosticado su niño/a, resaltando los aspectos que deben ser vigilados en el domicilio.

### OBJETIVO:

Comprobar la utilidad de dichas hojas informativas, en relación a mejorar la comprensión de los padres de las patologías que padecen sus hijos/as.

### MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio retrospectivo en el que se realiza una encuesta telefónica la semana posterior a su visita a la urgencia, a las familias de los 5 primeros pacientes por la mañana a partir de las 9:00h y por la tarde a partir de las 19:00h, domingos, lunes y miércoles durante 6 semanas. Se interrogó sobre los siguientes aspectos: si recibieron hoja informativa al alta, si la leyeron, si les ayudó a comprender mejor la patología de su hijo/a y si consideraron útiles dichas hojas.

### RESULTADOS:

Se consiguió contactar con 111 familias entre mayo y junio de 2005.

El 62,2% de las ocasiones se trató de niños  $\leq 2$  años, siendo los diagnósticos más frecuentes: síndrome febril (21,6%), infección respiratoria alta (19,8%) y asma (11,8%).

De los encuestados, recibió la hoja el 70,3%, y el 93,5% refería haberla leído. El 98,6% cree que le ayudó a comprender mejor la patología de la que fue diagnosticado su hijo/a, considerando el 98,7% de los encuestados útiles dichas hojas informativas.

Se entregan más hojas informativas los días festivos: 82% vs 63% (p:0,04), pero no existen diferencias en relación al horario durante el día.

La patología respiratoria es el grupo de patología en el que se entrega la hoja de instrucciones menos frecuentemente: 58% vs 78% (p:0,02). No existen diferencias significativas en el porcentaje de familias que lee las hojas según las diferentes patologías.

Los Médicos Internos Residentes (MIR) de 1º y 2º año son los que más frecuentemente entregan hoja de instrucciones, y los de 3º año los que menos, aunque estas diferencias no son estadísticamente significativas.

Las hojas entregadas por MIR de 2º año y adjuntos se leen con mayor frecuencia que las entregadas por el resto: 100% vs 87% (p: 0,02).

### CONCLUSIONES:

Las hojas informativas para cuidadores en nuestro SUP cumplen su función de mejorar la comprensión de las familias de la patología de sus hijos/as. La mayoría de las familias encuestadas afirma que lee las hojas informativas que se entregan y las considera un instrumento útil.

**TRANSPORTE PEDIÁTRICO MEDICALIZADO DESDE UN CENTRO DE SALUD.**

R Fernández González, M González Balenciaga, M Santiago Burrutxaga, S Capapé Zache, J Benito Fernández  
Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Baracaldo. Bizkaia.

**INTRODUCCION:**

El transporte medicalizado se divide clásicamente en primario e interhospitalario. El transporte desde un Centro de Salud (TMCS) se realiza por los Equipos de Emergencias propios del transporte primario.

**OBJETIVOS:**

Conocer tipo de patología, proceso de traslado y destino de los pacientes que requieren de TMCS a un Servicio de Urgencias de Pediatría (SUP).

**MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio prospectivo, descriptivo de todos los pacientes <14 años que acuden al SUP con TMCS. Comparación con el Transporte Medicalizado Primario(TMP).

**RESULTADOS:**

Registramos 160 episodios entre Mayo 2004 y Enero 2006. Un 18% correspondió al TMCS y el 82% al TMP. Las patologías demandantes de TMCS fueron: convulsiones (34%), infecciones bacterianas potencialmente severas (IBPS) (24%) y problemas respiratorios (20%). Requerieron de TMP: convulsiones (51%), traumatismos (29%) y problemas respiratorios (14%). El 90% de todas las IBPS que demandaron transporte medicalizado fueron remitidas desde el CS. Los EAL fueron la patología respiratoria predominante (69%) y exclusiva del TMP (ningún caso trasladado desde CS), mientras que el asma fue prioritaria (67%) en el TMCS. Se recibió aviso previo del Centro Coordinador más frecuentemente en el TMCS (38% vs 13% p=0.001). El 96% de los niños fueron monitorizados, siendo las constantes más frecuentemente registradas: FC (96%) y saturación oxígeno (83%). Las intervenciones realizadas fueron significativamente menos frecuentes en el TMCS (34% vs 56%; p=0.03): administración de oxígeno (52%), fármacos (45%) y acceso venoso (20%). Dos niños requirieron maniobras de RCP. Los niños con TMCS requirieron ingreso en una proporción superior al TMP (83% vs 53%; p=0,02): unidad de observación(38%), hospitalización en planta (20%), UCIP (17%), quirófano (3%), exitus (3%).

**CONCLUSIONES:**

El TMCS y el TMP muestran diferencias en el tipo de patología y la severidad de la misma. El TMCS presenta una mayor coordinación con el SUP, necesita de un menor número de intervenciones durante el traslado y requiere de ingreso hospitalario en un porcentaje superior.

**TRAYECTORIA CLÍNICA: UNA HERRAMIENTA UTIL PARA MONITORIZAR INDICADORES DE CALIDAD EN LAS CRISIS DE BRONCOESPASMO**

R. Cintora Cacho\*, M. Fernández Corcuera\*, E. Carballo Ruano\*\*, R. Garrido Romero\*\*, W. Fasheh Youssef\*\*, C. Luaces Cubells\*\*

\*Equipo de Metodología. División de Enfermería. \*\*Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Agrupació Sanitària Hospital Sant Joan de Déu-Clínic. Universitat de Barcelona.

**INTRODUCCIÓN:**

Las trayectorias clínicas (TC) estandarizan las actividades e intervenciones que se realizan en determinadas patologías que presentan un curso clínico predecible. La TC para el broncoespasmo constituye la forma de aplicación de la guía de práctica clínica (GPC) y de los cuidados estándares, pues define cuándo, cómo y en qué secuencia se han de proporcionar los cuidados.

**OBJETIVO:**

Evaluar la utilidad de una Trayectoria clínica para monitorizar Indicadores de calidad en pacientes con crisis de broncoespasmo ingresados en una Unidad de Estancia Corta de Urgencias (UEC)

**MATERIAL Y MÉTODO:**

Criterios de inclusión : niños con broncoespasmo ingresados en la UEC.  
Se definieron indicadores de proceso (registro de valoración de necesidades del paciente, días de estancia hospitalaria y enseñanza de administración de medicación inhalada con cámara espaciadora (CE)) e indicadores de resultado (conocimiento del manejo de la CE en el momento del alta) y se realizó un estudio comparativo sobre el cumplimiento de dichos indicadores en dos periodos de tiempo. Tras el primer periodo, se expusieron los resultados obtenidos a los profesionales implicados y se consensuaron acciones de mejora.

**RESULTADOS:**

En el primer periodo, la cumplimentación global del registro de valoración de necesidades del paciente fue de un 70 %, la estancia media fue 3,5 días y en 87 % de los casos constaba la enseñanza de la CE. Un 10 % de los pacientes demostraron tener suficientes conocimientos sobre la CE en el momento del alta. En el segundo periodo, el incremento medio de registro de los parámetros que evalúan las necesidades del paciente fue del 17 %; la estancia media disminuyó en un día, el proceso de enseñanza de la CE aumentó en un 6 % y en el momento del alta, un 44 % de los pacientes eran autónomos en la utilización de la CE.

**CONCLUSIONES:**

La aplicación de TC facilita el consenso en los cuidados de enfermería y permite la estandarización en la evaluación y tratamiento de las crisis de broncoespasmo  
La TC es un instrumento útil para monitorizar indicadores de calidad y permite conocer en que aspectos se requiere aplicar acciones de mejora.

## **TRIAJE EN URGENCIAS: ¿CÓMO DECIDIMOS EL NIVEL DE URGENCIA DE NUESTROS PACIENTES?**

E.López Rodrigo, C.Carrasco Carrasco, JM Quintillá Martínez, L Martínez Sánchez, J.Payeras Grau, C.Luaces Cubells.

Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Agrupació Sanitaria Hospital Sant Joan de Déu – Clínic  
Universitat de Barcelona.

### **INTRODUCCIÓN:**

El desequilibrio entre demanda y recursos hace necesaria la utilización de un sistema de triaje que clasifique a los pacientes según su urgencia. En diversos servicios de urgencias de adultos se está implantando el Sistema Español de Triaje (SET), del cual estamos elaborando la versión pediátrica.

### **OBJETIVO:**

Comprobar la validez de unos protocolos de decisión del nivel de urgencia a partir del motivo de consulta. Es un estudio piloto dentro del proceso de creación de la versión pediátrica del SET.

### **MÉTODO:**

En nuestro centro se ha implantado un sistema de triaje que clasifica a los pacientes en 5 niveles, siguiendo unos protocolos escritos. Se han recogido de forma retrospectiva todos los pacientes clasificados en el periodo de octubre a diciembre de 2005. Se ha comparado el nivel de triaje con el ingreso, el tiempo de asistencia, el consumo de recursos y el valor de la escala Pediatric Risk of Admission (PRISA). Para los dos primeros se han estudiado todos los pacientes y para los dos últimos una muestra aleatoria de 700.

### **RESULTADOS:**

Durante el periodo de estudio se han clasificado 16159 pacientes (0.1% nivel I, 16.6% nivel II, 27.8% nivel III, 33.3% nivel IV, 22.1 nivel V). El nivel de triaje se correlaciona adecuadamente con el ingreso (Gamma de Goodman-Kruskal = 0.74), el tiempo de asistencia, el consumo de recursos y el PRISA ( $p < 0.001$ ). Los niveles más urgentes (I y II) se diferencian en consumo de recursos ( $p = 0.003$ ) y PRISA ( $p < 0.001$ ), pero no en tiempo de asistencia. Por el contrario, los niveles menos urgentes (IV y V) se diferencian en tiempo de asistencia ( $p < 0.001$ ) y no en consumo de recursos o PRISA. Los pacientes de nivel III se diferencian del resto en todos los indicadores. Todos se diferencian entre sí en la proporción de ingresos.

### **CONCLUSIONES:**

Los cinco niveles propuestos son adecuados y los protocolos son válidos. Un sistema de triaje permite mejorar la asistencia y la gestión de un servicio de urgencias, al correlacionarse con tiempo de asistencia, necesidad de ingreso y consumo de recursos.

Nº 176

### VALORACIÓN DEL TRIAGE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS.

E. Cidoncha Escobar, I. Pescador Chamorro, M. Fontecha García de Yébenes, M. Santos Sebastián, C. Míguez Navarro, P. Vazquez López.

Sección de Urgencias de Pediatría. Hospital Gregorio Marañón. Madrid.

#### OBJETIVO:

Evaluar el funcionamiento y la utilidad del triage en una unidad de urgencias por parte del personal de enfermería y pediatría que trabaja en la urgencia.

#### MATERIAL Y MÉTODO:

Se realizó una encuesta sobre el triage en el servicio de urgencias de un hospital terciario al personal de enfermería de urgencias y a médicos residentes y adjuntos que realizan guardias.

Se preguntó sobre las siguientes variables: profesión, tiempo de experiencia en urgencias pediátricas, formación en triage, aptitudes de la persona que lo realiza, valoración subjetiva de la opinión de los familiares.

#### RESULTADOS:

Se recogieron 64 encuestas, 28 realizadas por DUEs y 36 por médicos. El 71.4% de los DUEs opinan que el triage debe ser realizado por DUEs o pediatras, un 62,5% de los médicos adjuntos opinan que deberían ser los DUEs, mientras que el 55% de los médicos residentes creen que deberían ser ambos. Ninguna de las personas que realizan triage ha recibido formación específica para ello. Un 66% de las personas que realizan triage opina que les genera angustia en comparación con un 30% del personal que lo realiza ocasionalmente. La capacidad de priorización y de organización es la característica más importante que debe cumplir quien lo realice, seguido de formación específica, experiencia en pediatría mayor de 6 meses y capacidad de decisión. El 97% cree que el triage es beneficioso para el paciente. La rapidez en ser atendidos es, en opinión de quienes realizan habitualmente triage, lo que más importa a pacientes y familiares. De los encuestados que no realizan habitualmente triage, el 64% piensa que le gustaría realizarlo.

#### CONCLUSIONES:

- Todos los encuestados opinan que el triage supone un beneficio para el paciente.
- La mayoría de los DUEs piensan que el triage debería ser realizado por médicos y enfermeros, mientras que un 62% de los médicos adjuntos piensan que debe ser realizado por personal de enfermería.
- Una formación específica disminuiría la angustia que produce realizar el triage en la urgencia de pediatría

## **EL VALOR DE LA NECROPSIA: CONCORDANCIA ENTRE DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y ANATOMOPATOLÓGICO**

E. Guirado Sayago, E. Castellarnau Figueras, J. Sirvent, JF. Garcia, M. Jarrod Pamiás, X. Allué Martínez.

Urgencias de Pediatría. Servicios de Pediatría y Anatomía Patológica. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Tarragona.

### **INTRODUCCIÓN:**

A pesar que las técnicas diagnósticas se han desarrollado aumentando su sensibilidad, especificidad y eficiencia, el examen postmortem constituye un método muy efectivo de control calidad asistencial y una herramienta para mejorar el diagnóstico.

### **OBJETIVOS:**

1. Determinar concordancia entre diagnósticos clínicos antemortem y hallazgos necrópsicos.
2. Analizar precisión diagnóstica considerada un indicador de calidad asistencial.
3. Conocer principales causas de muerte.

### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio transversal, descriptivo, retrospectivo de niños a quienes se ha realizado autopsia durante 1993-2005. Se recogen variables epidemiológicas y se obtienen distribuciones de frecuencia. Se determina tasa de necropsias en periodo estudiado, que se subdivide en 2 para evaluar posibles variaciones temporales. Los diagnósticos postmortem se clasifican: diagnósticos mayores (enfermedad fundamental y causa muerte) y diagnósticos menores (causas contribuyen a muerte y procesos no relacionados). Los diagnósticos revelados por necropsia no realizados en vida se consideran errores diagnósticos y se subdividen en 4, considerándose tipos I y II errores mayores, para establecer su relación con edad, estancia y periodo.

### **RESULTADOS:**

De 52 fallecidos, se realiza autopsia en 26 con una tasa global de necropsias 50%, la mayoría no judiciales (69,23%), con aumento de la misma en UCI, menor edad y segundo periodo. Distribución por sexos similar con edad media de 3 años y 6 meses. La estancia media es 61,5 horas. Existe patología de base en 46,15%. Causas de muerte: cardiovasculares (8), respiratorias (8), neurológicas (7), sepsis (5). Necropsia revela errores diagnósticos mayores tipo I (15,38%) y II (38,46%), mayor incidencia en menor edad y estancia. Las enfermedades más relacionadas con errores son infecciones (sepsis, SNC, respiratorias).

### **CONCLUSIONES:**

1. La elevada cifra de errores y la consecuente baja concordancia clinicopatológica apoyan que, a pesar del avance en procedimientos diagnósticos, es necesario realizar necropsias por su valor para detectar patología desapercibida constituyendo un instrumento eficaz para evaluar la calidad asistencial.
2. La concordancia es mayor si se eliminan los casos muy evolucionados. 3. De nuestro estudio puede inferirse que pudo evitarse la muerte en 2 pacientes (7,69%).

Nº 178

#### **DE URGENCIAS A CUIDADOS INTENSIVOS: ESTUDIO DESCRIPTIVO**

S. galán arévalo, v. losa frías, i. ortiz valentín, e. crespo rupérez, m.p. falero gallego.  
servicio de urgencias de pediatría, hospital virgen de la salud. toledo.

#### **OBJETIVOS:**

Estudio epidemiológico descriptivo en nuestro Hospital de los ingresos procedentes de Urgencias de Pediatría a la unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) en el período de 2003-2005.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Análisis retrospectivo de las historias clínicas recogiendo las siguientes variables: edad (de un mes a dos años, de tres a cinco, de seis a doce y de trece a catorce años), sexo, patología, mes del ingreso, estancia media (días/paciente), destinos (domicilio, traslado a otro hospital) y éxitus.

#### **RESULTADOS:**

De los 58.250 niños que acuden a Urgencias un 0,28% ingresan en UCIP, siendo niños un 55,8% y niñas un 44,2%. El grupo de edad de un mes a dos años representa el 36,2%, seguido del los niños de seis a doce años (28,2%). La patología que ocasiona el mayor número de ingresos son los accidentes de tráfico (20,8%), patología respiratoria (15,9%), intoxicaciones (9,2%), caídas desde altura (8%) y sepsis (6,7%). Según grupos de edad, las causas más frecuentes de ingreso son: del primer mes a dos años y tres a cinco años, la patología respiratoria (25,4% y 23% respectivamente) y de los seis a doce años y los trece a catorce años, los accidentes de tráfico (32,6% y 43,7%, respectivamente). Durante los meses de diciembre a marzo, se producen el 44,2% de los ingresos. La duración media de la estancia en UCIP es de 4 días/paciente. El 94% de los pacientes son dados de alta, el 3% trasladados a otro hospital y el 3% fallecen.

#### **CONCLUSIONES:**

Cabe destacar que hay un predominio de niños que ingresan en UCIP (11% más que niñas). El grupo de edad comprendido entre el mes y los dos años es el que causa mayor número de ingresos en UCIP desde Urgencias. La patología más frecuente son los accidentes de tráfico y enfermedades respiratorias (bronquiolitis, neumonías complicadas...). En los tres años evaluados se ha constatado una disminución progresiva del número de ingresos por accidentes de tráfico.

## INMIGRACIÓN Y MEDIACIÓN INTERCULTURAL EN URGENCIAS

A. Arce Casas, O. García-Algar, O. Vall Combelles, M. Bebis<sup>1</sup>, A. Sancho Gómez de Travesedo<sup>2</sup>  
Servicio de Pediatría. <sup>1</sup> Mediadora cultural. <sup>2</sup> Jefe de Atención al Usuario  
IMAS. Hospital del Mar. Barcelona

El Hospital del Mar de Barcelona está situado entre los distritos de Ciutat Vella y Sant Martí de Barcelona. De todos es sabido el gran incremento de la inmigración en España y en particular en algunas ciudades como Barcelona. En nuestra ciudad, hay empadronados 260.058 extranjeros (15,9% de la población), según datos del Ayuntamiento de Barcelona de enero del 2006. De todos ellos, el 27,2% residen en nuestra área de influencia. En el Raval, una de las zonas pertenecientes a Ciutat Vella, el 47,2% de los habitantes son inmigrantes.

Los países de origen principales pertenecen a Asia Central, Sudamérica y Magreb.

Los inmigrantes suelen ser personas jóvenes y por lo general sanas, la cual cosa está originando que en la actualidad más del 20% de los recién nacidos en Barcelona, sean hijos de madre extranjera.

Urgencias constituye la forma más frecuente de entrada en contacto con el sistema sanitario de muchas de estas familias. Los problemas sociales a los que están expuestos como la situación jurídica, económica, laboral, familiar o el acceso a la vivienda hacen que el interés por la salud quede relegado a las últimas posiciones en sus prioridades. En el año 2005, se calcula que un 25% de las visitas en Urgencias son de pacientes inmigrantes (datos mínimos, pues no siempre la procedencia del paciente queda registrada)

El incremento exponencial desde el año 2001 de los inmigrantes y los problemas de comunicación, originan que en junio del 2003 se inicie el programa de mediación intercultural. La actividad se inicia en el área de Obstetricia y Neonatología, siguiendo posteriormente el resto de servicios del hospital. En la actualidad la actividad desarrollada en Urgencias y en las áreas quirúrgicas es muy intensa. El programa de mediación intercultural es un recurso que contribuye a mejorar la comunicación y la relación entre pacientes de otras culturas y profesionales sanitarios. Actualmente se cuenta con mediadora pakistaní, mediadora marroquí, mediadora rumanesa, mediador gitano y una enfermera china que también realiza tareas de mediación.

## REVISIÓN DE LAS RECLAMACIONES EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA DURANTE LOS ÚLTIMOS DOCE AÑOS

I.Melián Domínguez , E.González Diaz, J.Molina Ramírez, Z. Espinel Padrón , A. González Pérez , M.Reyes Medina .

Unidad de Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias. Las Palmas de G. C.

### INTRODUCCIÓN:

Una **reclamación** es una manifestación de cualquier usuario del sistema sanitario sobre los defectos de funcionamiento, estructura, recursos, organización, trato, asistencia, u otras cuestiones análogas relativas a los distintos establecimientos sanitarios.

El derecho a presentar una **reclamación** en el ámbito sanitario se encuentra reconocido en la Ley 8/2003, de 8 de Abril, sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud.

Las **reclamaciones y sugerencias** constituyen la expresión de la participación de cada ciudadano en el sistema sanitario, dado que, a través de él, los usuarios manifiestan su opinión sobre su funcionamiento. Asimismo, es un instrumento empleado por las distintas organizaciones, para conocer la percepción que de las mismas tienen los destinatarios de sus servicios. El conocimiento de esta percepción permite además, la adopción de medidas de mejora de las calidades. Es por lo tanto un buen indicador de calidad de los establecimientos sanitarios.

En la actualidad, el 80-90% de las reclamaciones recibidas hacen referencia a deficiencias en la información y al trato que recibe el paciente por parte del personal médico, y no a la calidad de la intervención.

### MATERIAL Y MÉTODO:

Estudio descriptivo retrospectivo de todas las reclamaciones dirigidas a la unidad de urgencias de pediatría de nuestro hospital, desde el año 1994 hasta el 2005.

El número total de casos es de 250.

Se valoraron las siguientes variables: *tipo de población* (urbana o rural), *modo por el que acuden al servicio* (petición propia, derivado de su centro de salud, derivado de centros privados), *porcentaje por año*, *turno de trabajo*, *motivos de consultas*, *destino del paciente* (alta, ingreso o exitus), *persona que reclama*, *motivo de reclamación*, *a quien se reclama y hacia donde va dirigida* (hospital y/o juzgado).

Los resultados fueron: procedencia urbana 64.4%, rural 30% y desconocida un 5.6%.

Los pacientes que acudieron por petición propia y reclamaron fue de 63.6%, los derivados de su centro de salud un 24% y derivados de otros centros un 5.04%

Destaca un porcentaje de 18% en el año 2003.

El porcentaje en los diferentes turnos fue: Mañana 23%, Tarde 37%, noche 22%.

Los motivos de consultas más frecuentes fueron: enfermedad común con un 29% y síndrome febril con un 13.6%.

De los reclamantes, un 7.6% fueron ingreso, el 71.2% alta, 0% de Exitus.

El padre fue la persona más reclamante con un 48.4%, seguido por las madres con un 46.4%.

Los motivos de reclamación más frecuentes fueron: demora en la asistencia prestada con un 44.4% y el desacuerdo con las normas institucionales de un 31.2%. En cambio por el trato personal inadecuado fue de un 4.4%.

La Institución recibió un 54.85 de las reclamaciones, seguido de los médicos adjuntos con un 18%.

En el 99,2% de los casos las reclamaciones se dirigieron al hospital, con sólo un 0.8% derivadas al juzgado.

### CONCLUSIONES:

La demora en la asistencia y el desacuerdo con las normas institucionales, motivos más frecuentes.

El familiar que más reclamó fue el padre.

Los pacientes que acudieron por petición propia, fueron los más reclamantes.

Aumento de las reclamaciones en los últimos años

Mínimo porcentaje de reclamaciones ( 0.05% )

La Institución fue la más reclamada.

**REVISIÓN DE LOS INGRESOS EN EL AREA DE OBSERVACIÓN PEDIATRICA DURANTE 2004 Y 2005**

J.C. Salazar Quero, M. de Toro Codes, I. Leiva Gea, N. Martínez Espinosa, A. Avila Casas, J. De la Cruz Moreno  
Complejo Hospitalario de Jaén. Servicio de Pediatría. Jaén

**OBJETIVOS:**

El Complejo Hospitalario de Jaén posee un área de observación pediátrica con 4 camas desde 2003. en ella ingresan los niños que siendo valorados en urgencias se estima que precisan un periodo de observación para valorar la evolución de su enfermedad o la respuesta al tratamiento. Con este trabajo pretendemos conocer mejor las características de los pacientes ingresados para poder mejorar la atención prestada.

**MATERIAL Y MÉTODO:**

Revisión retrospectiva de los ingresos en el área de observación de nuestro hospital en el periodo comprendido entre el 1-1-04 al 31-12-05, registrando edad, sexo, diagnóstico, estancia y destino.

**RESULTADOS:**

Durante el año 2005 acudieron a urgencias un total de 27.750 pacientes. 750 más que en 2004. Fueron dados de alta el 92% de ellos, ingresados en planta un 2% e ingresados en observación un 4,7%, por un 6% del año anterior. La media de ingresos por día en observación es de 3,6 pacientes/día, algo menor que en 2004 con 4,4 pacientes/día. Un 53% eran varones y un 47% mujeres. Los menores de 3 años representan el 60% del total de los ingresos en 2005. las causas de ingresos son representan cambios siendo las más frecuentes en 2005 la GEA/intolerancia oral (24%), el dolor abdominal (8%) y los cuadros febriles (8%). Fueron dados de alta el 82% de los niños ingresados, pasando a planta el 18%. Permanecieron más de 24h el 3% los que representa un incremento del 2% con respecto al año anterior. El total de los ingresos precedentes de urgencias y observación se ha mantenido en un 3%.

**CONCLUSIONES:**

- 1.- el área de observación permite el control de patologías leves.
- 2.- no se observan variaciones llamativas con respecto a patología ingresada y al manejo de la unidad con respecto al año anterior.
- 3.- no ha existido un aumento un aumento en el nº de niños ingresados aunque haya aumentado el nº de consultas en urgencias

**¿SON DIFERENTES LAS CAUSAS DE CONSULTA DE LOS NIÑOS QUE ACUDEN POR LA NOCHE A UN SERVICIO DE URGENCIAS RESPECTO AL RESTO DEL DÍA?**

mj pérez garcía, j lara herguedas, m castro codesal, jc molina caba ero, g domínguez ortega, m de la torre esp .

servicio de pediatria. hospital infantil universitario niño jesús. madrid.

**OBJETIVOS:**

Conocer las diferencias entre las causas de consulta y otras variables epidemiológicas de los niños atendidos durante la noche comparándolas con el resto del día.

**MATERIAL Y METODOS:**

Se han revisado de manera retrospectiva las historias de los niños atendidos en el Servicio de Pediatría de nuestro Hospital entre las 1 y 8 horas (turno de noche) comparándolas con las atendidas entre las 8 y 15 horas (turno de mañana), durante los meses de octubre y noviembre de 2005. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, día de la semana, hora de asistencia, tiempo de espera, motivo de consulta, tiempo de evolución de los síntomas, diagnóstico, exploraciones complementarias y la derivación del paciente.

**RESULTADOS:**

La mediana de edad fue 24 meses para el turno de noche y 33 meses para el de mañana. El tiempo de espera fue menor durante la noche (mediana 5, rango 1-60 minutos) que por la mañana (mediana 15, rango 1-180 minutos). Los niños que consultaron por la noche presentaban un menor tiempo de evolución. La dificultad respiratoria (13% vs 8%), la tos (9 % vs 3%), la otalgia (6% vs 3%) y el llanto (4% vs 1%) fueron motivos de consulta más habituales por la noche. Los diagnósticos finales de laringitis (12% vs 5%) y crisis convulsivas (2% vs 0.5%) fueron más frecuentes durante la noche. No hubo diferencias en la realización de exploraciones complementarias ni en la derivación del paciente, en ambos turnos. El número de niños que acudieron de media por la noche fue mayor cuando se trataba de días previos a festivos (30 vs 23). Los médicos residentes atendieron al 97% de los niños por la noche y al 70% por la mañana. Ninguno de los niños ingresó en UCIP.

**CONCLUSIONES:**

- Algunos motivos de consulta y algunos diagnósticos son más frecuentes durante la noche.
- Las consultas durante la noche no obedecen a procesos más graves.
- Durante el turno de noche no se realizaron más exploraciones complementarias.

**UNIDAD DE URGENCIAS Y HOSPITAL DE CORTA ESTANCIA COMO UNIDAD DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE ALTA RESOLUCIÓN.**

Mercedes Sarmiento Martínez, Regina Labra Álvarez, M<sup>a</sup> Mar Montejo Vicente, Borja Bernardo Fernández, Rocío Quiroga González, Julián Rodríguez Suárez.

Departamento de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

**INTRODUCCIÓN:**

La eficiencia en la hospitalización es un marcador importante dentro del concepto de calidad asistencial en el que las unidades de alta resolución cobran cada vez más significado. La participación y colaboración de diferentes Secciones y Servicios en el Hospital Pediátrico puede favorecer la realización de pruebas complementarias de forma rápida con la consiguiente rentabilidad diagnóstica y terapéutica.

**OBJETIVO:**

Valorar la utilidad del HCE como unidad de diagnóstico rápido para patologías seleccionadas que acuden a la Unidad de Urgencias de Pediatría.

**MATERIAL Y MÉTODO:**

Análisis descriptivo de los procesos que con participación de otras secciones (neurofisiología, cardiología, gastroenterología y radiología infantiles; horario habitual de trabajo de 8 a 15 horas) se han diagnosticado en menos de 24 horas en nuestra Unidad de Urgencias-HCE, en los últimos 6 meses. Se excluyeron los que ingresaron para tratamiento o para detección de posibles complicaciones del proceso inicial, los procesos febriles y aquellos otros cuyo diagnóstico no precisó de colaboración específica.

**RESULTADO:**

Se diagnosticaron tres cuadros de Epilepsia Benigna de la Infancia y una crisis parcial somatosensitiva. Dos de ellos se resolvieron en la propia mañana y en los otros dos casos, tras ingreso en la noche, a la mañana siguiente. Se recomendó seguimiento por su pediatra. En otros cuatro casos se llegó al diagnóstico de alergia a las proteínas de la leche de vaca, tras la realización de los exámenes complementarios pertinentes. En estos casos los motivos de ingreso fueron: urticaria florida, vómitos y dolor abdominal cólico. La estancia media fue de 14 horas (rango 4 a 18 horas) y en todos ellos se instauró al alta tratamiento con fórmula hidrolizada. En otros 21 casos con clínica de pérdida de conocimiento (57%), mareos (23%) o hipotonía (14%) se realizó electroencefalograma en un 43% de los mismos y otras pruebas, incluyendo fondo de ojo, ecografía craneal y ecocardiografía (en aquellos casos con alteraciones en la exploración cardíaca o en el electrocardiograma) en un 24%. La estancia media para estos procesos fue de 16 horas. Tras exclusión de otros procesos se diagnosticaron de cuadros sincopales el 70 % de los casos. Se recomendó seguimiento por su pediatra en todas las ocasiones salvo dos casos que precisaron ingreso en planta: un cuadro sincopal con patología cardíaca de base y un cuadro de apneas para monitorización.

**COMENTARIO:**

La realización de exámenes complementarios de forma rápida posibilita una adecuada orientación diagnóstica y evita tanto la hospitalización como la derivación como primeras consultas a las áreas ambulatorias correspondientes, sin aumento del gasto diagnóstico, al ser pruebas realizadas por los propios especialistas.

## **RESPIRATORIO**

**Nº 183**

### **BRONQUIOLITIS EN URGENCIAS**

B. González Martínez, A. Gómez Zamora, M. P. Jiménez Saucedo, E. Escribano Palomino, J.A. Ruiz Domínguez, J. García Aparicio. Bertagonzalezm@hotmail.com  
Servicio de Urgencias y Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital Infantil La Paz. Madrid

#### **OBJETIVOS:**

Estudiar los casos de bronquiolitis atendidos en el servicio de Urgencias y analizar los factores clínicos y analíticos relacionados con una mayor gravedad.

#### **MÉTODOS:**

Estudio retrospectivo de los niños diagnosticados de bronquiolitis en el Servicio de Urgencias del Hospital infantil La Paz durante el año 2005 que precisaron en su evolución el ingreso en una unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP). Se excluyeron aquellos pacientes con enfermedades cardiorrespiratorias de base. Se ha realizado un estudio estadístico descriptivo de las características clínicas y epidemiológicas, y de los factores relacionados con la necesidad de ingreso en UCIP.

#### **RESULTADOS:**

Se estudiaron 35 pacientes menores de 17 meses; 21, menores de 2 meses (edad media de 2.6 meses). Trascurrieron de 1 a 7 días de evolución del cuadro antes de ser valorados en URG. La distribución estacional de los casos fue: invierno 71%, primavera 23% y otoño 5%. Ingresaron desde el servicio de urgencias (URG) el 46 %. La estancia media en UCIP fueron 7 días. Precisaron ventilación mecánica el 60% (de ellos; 10% VAFO, 10% SIMV). El 70% tenían antecedente de prematuridad (edad gestacional menor de 37 semanas). La frecuencia respiratoria media fue 50 respiraciones por minuto, en el 50% la saturación de oxígeno fue menor del 90% y presentaron pausas de apnea un 22%. Presentaban más de 37,5° un 42,4% y rechazo de tomas el 64%. En el estudio microbiológico se detectó el virus respiratorio sincitial (VRS) en un 72%. Atelectasia en 51%. Datos analíticos: predominio de linfocitosis, PCR media de 20,47. Se trató con adrenalina, 18 de los 35 pacientes.

#### **CONCLUSIONES:**

De los pacientes con bronquiolitis ingresados en UCIP destaca la elevada incidencia de antecedentes de prematuridad, edad menor de 2 meses y radiología patológica. No se demostró un patrón analítico ni de positividad de VRS diferente al esperable en la población general de lactantes con bronquiolitis. Es importante realizar en URG una correcta anamnesis y datos de función respiratoria. La posibilidad de detección rápida del VRS y la disposición de una sala de procesos respiratorios agudos facilitarían un adecuado manejo de estos pacientes en el servicio de urgencias.

## BRONQUIOLITIS POR VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL. COMPARATIVA DE LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS.

E. Solé Heuberger<sup>1</sup>, L. Asso Ministrál<sup>1</sup>, J.Lite Lite<sup>2</sup>, A. Cueto González<sup>1</sup>, J. Fàbrega Sabaté<sup>1</sup>, Ll. Tobeña Boada<sup>1</sup>.

Servicio de Pediatría<sup>1</sup> y Servicio de Microbiología<sup>2</sup>. Hospital Mútua de Terrassa. Terrassa

### OBJETIVOS:

El Virus Respiratorio Sincital (VRS) presenta una importante morbilidad, especialmente en lactantes, con un predominio estacional típico. Debido a una sensación subjetiva de haber padecido una epidemia menos importante este año decidimos realizar un estudio comparativo de dicha epidemia entre los inviernos 2004-2005 y 2005-2006.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes diagnosticados de bronquiolitis por VRS (según la técnica de cromatografía en fase sólida) en los períodos octubre 2004-marzo 2005 y octubre 2005-marzo 2006 en nuestro servicio de urgencias. Se recogen variables epidemiológicas, clínicas, necesidad de ingreso y tratamiento. Los datos se analizan con el programa estadístico SPSS v12.0.

### RESULTADOS:

En el período 10/04-03/05 se obtuvieron 81 resultados positivos de los cuales ingresaron en el hospital 19 (23.5%). En el período 10/05-03/06 fueron 68 los resultados positivos con un total de ingresados de 20 (29.4%). El pico máximo de incidencia en el primer período lo encontramos entre diciembre y enero (60% y 21% del total), mientras que en el segundo período se adelantó a noviembre y diciembre (43% y 28% del total). Las edades medias en cada período fueron, respectivamente 3 +/- 2,9 meses vs 3,8 +/- 4,4 meses; los días de ingreso 5,7 +/- 1,8 días vs 6 +/- 2,1 días. En cuanto al tratamiento las necesidades de oxigenoterapia fueron de 58% vs 55%, con una media de 3 +/- 1,5 días vs 4,2 +/- 1.2 días; se administró corticoides en 20% vs 15%, salbutamol vía inhalatoria 84% vs 65% y adrenalida nebulizada 16% vs 10%, respectivamente. No se observaron diferencias significativas entre ambos períodos.

### CONCLUSIONES:

A pesar de nuestra sensación subjetiva de padecer una epidemia más leve los resultados demuestran que no hay diferencias entre los dos períodos, excepto el inicio más temprano. La infección por VRS representa una importante causa de ingreso en lactantes, requiriendo una estancia hospitalaria y necesidades de oxigenoterapia relativamente prolongadas. El uso de corticoides en estos pacientes ha disminuido drásticamente respecto a años anteriores, sin presentar cambios en su evolución clínica.

## DESCRIPCIÓN DE LA EPIDEMIA DE VIRUS RESPIRATORIO SINCICIAL 2005-2006

\*R.Prieto, \*G.Pont, \*M.Reyné, \* A.Ricart,\*\*I.Calicó, \*R.Cebrián.

\*Servicio de Urgencias Pediátricas, \*\*Servicio de microbiología. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

### OBJETIVOS:

Describir la epidemia de bronquiolitis por virus respiratorio sincicial (VRS) en un hospital de alta tecnología.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Revisión de historias clínicas de lactantes menores de 2 años atendidos en el servicio de urgencias por clínica compatible con bronquiolitis y detección de VRS positiva. Determinación mediante técnica rápida: inmunocromatografía y confirmación por inmunofluorescencia y siembra para cultivo.

### RESULTADOS:

Desde octubre 2005 a febrero 2006 se han incluido 184 pacientes, 63% varones y 37% mujeres, con edad media 4 meses (0,3-23 meses), el 82% menores de 6 meses. Antecedentes de prematuridad (19%), enfermedad pulmonar (4%) y cardiopatía congénita (4%).Requirió ingreso el 82% de pacientes. Estancia media hospitalaria 6,4 días. Ingreso en unidad de cuidados intensivos (UCI) 11 pacientes (7,3%) y ventilación mecánica 5 pacientes (3,4%). Mortalidad 0%. Reingresos hospitalarios 1,4%. Máxima incidencia de casos : 91 pacientes (49,5%) las 2 últimas semanas de noviembre y 2 primeras de diciembre.

Clínica: dificultad respiratoria según escala de Wood-Downes modificada por Ferrés leve 58%, moderada 41% y grave 1%. Saturación de hemoglobina <95% 47 pacientes (34%). Apneas en 5 pacientes (3,3%).

Exploraciones complementarias practicadas: gasometría 27%, radiografía de tórax 61% , analítica 52%, cultivos bacterianos: aspirado nasofaríngeo 18%, hemocultivo 24% y urocultivo 9%.

Sobreinfecciones bacterianas: 1 Bordetella pertussis y 4 Haemophilus influenzae.

Tratamiento: Oxigenoterapia 40%. Broncodilatadores 95% ( salbutamol 6,3%, bromuro de ipratropio 6,3%, adrenalina 59% y asociaciones 23,4%). Corticoides 44%. Antibióticos 31%. Teofilina 1,3%.

Prematuridad: los 29 pacientes con antecedentes de prematuridad presentaron mayor patología pulmonar y cardíaca, presentación clínica más grave, estancia media más prolongada y precisaron más ingreso en UCI y ventilación mecánica.

### Conclusiones:

- 1.El 82% requirió ingreso hospitalario.
- 2.El 7,3% requirieron UCI y el 3,4% ventilación mecánica.Mortalidad 0%.
- 3.Edad media 4 meses, el 82% menores de 6 meses.
- 4.Estancia media hospitalaria 6,4 días.Reingresos 1,4%.
- 5.Antecedente de prematuridad es un factor de riesgo.

**DIFICULTAD RESPIRATORIA COMO MANIFESTACIÓN PRINCIPAL DE UN DIAGNÓSTICO DIFÍCIL: MIOCARDITIS.**

I. Sanz Ruiz<sup>1</sup>, L. Juan García<sup>1</sup>, J. R. Bretón Martínez<sup>1</sup>, J. Marín Serra<sup>1</sup>, R. Henández Marco<sup>2</sup>.

<sup>1</sup>Hospital Universitario Dr. Peset. Servicio de Pediatría; <sup>2</sup>Universidad de Valencia.

**FUNDAMENTO Y OBJETIVOS:**

La miocarditis es una entidad poco frecuente que consiste en la inflamación del miocardio con necrosis miocelular. Los criterios clínicos siguen siendo el método por el que se sospecha el diagnóstico de miocarditis aguda. Presentamos un caso atendido en Urgencias de nuestro hospital.

**OBSERVACIONES CLÍNICAS:**

Niño de 27 meses traído por dificultad respiratoria intensa de instauración brusca, palidez, sudoración, y deterioro del nivel de conciencia. El cuadro se inicia 24 horas antes con dolor inespecífico sin precisar localización. A la exploración se objetiva FC 140 ppm., FR 60 rpm., TA 85/45, irritabilidad con tendencia al sueño, palidez cutánea, tiraje subcostal e intercostal intenso, quejido espiratorio, hepatomegalia de 4-5 cm, ingurgitación yugular, auscultación pulmonar con murmullo vesicular conservado y tonos cardiacos rítmicos sin soplos. Se administra oxígeno en mascarilla, se monitorizan constantes y se solicita una radiografía de tórax que muestra cardiomegalia con índice cardiorácico de 0,6 y patrón intersticio-alveolar sugestivo de congestión pulmonar pasiva. En la analítica destaca CPK 232 UI/L y lactato 3 mmol/L. En la gasometría venosa el pH es 7,17 con una pCO<sub>2</sub> de 29,6 mmHg, HCO<sub>3</sub> de 10,3 mmol/L. El ECG muestra un ritmo sinusal a 145 ppm con onda P, intervalos PR y QT normales, ondas T aplanadas en V<sub>5</sub> y V<sub>6</sub> y complejos QRS de 8 mm de amplitud en estas dos derivaciones. En el ecocardiograma se aprecia una dilatación del ventrículo izquierdo con hipocinesia severa global, disfunción del ventrículo izquierdo grave con fracción de eyección del 30%. Con el diagnóstico de miocarditis aguda se decide apoyo inotrópico con dobutamina a 5 µg/kg/min y traslado a la UCIP del hospital de referencia.

**COMENTARIOS:**

La clínica de la miocarditis con taquipnea, tiraje, y quejido espiratorio es similar a la de infecciones respiratorias como neumonía y bronquiolitis. Sin embargo, los datos clínicos y radiológicos que pueden alertar sobre este diagnóstico son la dificultad respiratoria intensa de evolución rápida, el quejido espiratorio, y sobre todo, la hepatomegalia y cardiomegalia en la radiografía de tórax.

### **DIFICULTAD RESPIRATORIA OBSTRUCTIVA.**

I. Burgos Remacha, S. Zambudio Sert, Z. Lobato Salinas, J. Sitjes Costas, Ll. Galcerán Jové, S. Nevot Falcó.  
Servicio de Pediatría. Althaia. Hospital Sant Joan de Déu. Manresa

#### **FUNDAMENTOS Y OBJETIVOS:**

El síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS) forma parte de los trastornos respiratorios relacionados con el sueño y es relativamente frecuente en niños, prevalencia 1-3%, dado que la causa más frecuente es la hipertrofia adenoamigdalar.

#### **OBSERVACIONES CLÍNICAS:**

##### *Caso nº 1:*

Niña de 9 años, sin antecedentes personales de interés. Antecedentes familiares: Madre hipotiroidea. Acude a urgencias por empeoramiento de su dificultad respiratoria nocturna. Exploración física: Peso: 94 Kg, Talla: 104cm, saturación Hb: 92%, obesidad mórbida (IMC: 46), respiración bucal, acantosis nigricans axilar y leve hipertrofia amigdalar. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Se realiza monitorización nocturna apreciándose desaturaciones de oxígeno hasta el 60 %. Exámenes complementarios: Analítica: hiperinsulinismo, resto normal. Radiología: signos de obstrucción de vía aérea superior. Se trata con dieta hipocalórica y Ventilación no invasiva (inicialmente CPAP que se sustituye por BIPAP por requerimientos de presión muy altos, actualmente 18/8 cmH<sub>2</sub>O).

##### *Caso nº 2:*

Niña de 4 años. Antecedentes personales: síndrome polimalformativo. Acude a urgencias por aumento de apneas nocturnas con dificultad respiratoria. Exploración física: peso: 21Kg, talla: 108, IMC: 30, Saturación de Hb: 93%. Obesidad troncular, respiración bucal, fascies peculiar, leve hipertrofia amigdalar. Auscultación cardiorrespiratoria normal. Durante el sueño se aprecia desaturación de oxígeno hasta el 70%. Exámenes complementarios: Analítica: hiperinsulinismo, resto normal. Radiología: signos de obstrucción de vía aérea superior. Se realiza adenoamigdalectomía con desaparición de apneas nocturnas.

#### **COMENTARIOS:**

La causa más frecuente de SAHOS en niños es la hipertrofia adenoamigdalar (caso 2) mientras que en adultos y adolescentes es la obesidad (caso 1). A diferencia de los adultos que predomina en hombres (10:1), en la infancia presenta una distribución similar entre ambos sexos. La polisomnografía es la prueba 'gold standard' pero debido a la dificultad técnica y que sólo está disponible en pocos centros podemos llegar al diagnóstico mediante videoregistro nocturno. El tratamiento de elección en la infancia es la adenoamigdalectomía, que supone una resolución del 70 -100% de los casos.

## “ERASEROMA”, CUERPO EXTRAÑO BRONQUIAL. IMPORTANCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS RADIOLÓGICAS Y CLÍNICAS

\*M. Alvarez Beltran,\* R. Cebrián Rubio,\*\* M. Pellicer Sarasa,\* M. Martín, \*\*\*X. Lucaya Layret, \*\*F. Pumarola Segura.\* Servicio de Urgencias pediátrica, \*\*Servicio de Otorrinolaringología y\*\*\* Servicio de Radiología. Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.

### INTRODUCCIÓN:

La aspiración de cuerpos extraños (ACE) es una causa común de distrés respiratorio en los niños. El diagnóstico de ACE es a menudo tardío debido a la inespecificidad de los signos y síntomas respiratorios. Al no diagnosticarse a tiempo puede ocasionar una elevada e irreversible morbilidad en las vías respiratorias.

### CASO CLÍNICO:

Niño de 20 meses, sin antecedentes patológicos de interés, que presentaba una historia de 4 meses de evolución de sibilantes diseminados orientado como asma bronquial severo. El examen físico mostraba un paciente afebril con una frecuencia respiratoria de 30rpm y una frecuencia cardiaca de 120lpm, la saturación de hemoglobina era de 100% con FIO2 ambiental. La auscultación respiratoria mostraba sibilantes diseminados, sin distrés respiratorio. Ante la persistencia de la clínica sin evidenciar mejoría con tratamiento medico intensivo se realizó una radiografía de tórax que reveló una hiperexpansión de campo pulmonar derecho. Debido a la ausencia de un episodio de atragantamiento previo se realizó un escáner torácico (TC) y una arteriografía pulmonar. El TC mostraba un enfisema obstructivo del lóbulo inferior y medio derecho así como una imagen de densidad metálica en el bronquio intermedio derecho. Con la sospecha de aspiración de cuerpo extraño metálico se realizó una broncoscopia rígida que reveló un trozo de goma de borrar en el bronquio principal derecho.

### DISCUSIÓN:

- En ACE los síntomas son frecuentemente inespecíficos como fiebre, tos, sibilantes, espiración alargada o hipofonosis.
- Los CE diagnosticados tardíamente presentan complicaciones que aumentan en proporción a la demora diagnóstica.
- El TC es más sensible para detectar pequeños cuerpos extraños que la radiografía convencional .
- Algunas gomas de borrar contienen metales en su composición que pueden mostrar una falsa impresión de lesión densidad metal en el TC.

## **IMPACTO EN LA SOLICITUD DE RADIOGRAFÍAS DE TÓRAX EN LAS BRONQUIOLITIS TRAS LA IMPLANTACION DE UNOS CRITERIOS DE SOLICITUD ESTANDARIZADOS.**

S. Ricart Campos, N. Rovira Girabal, V. Trenchs Sainz de la Maza, A. I. Curcoy Barcenilla, C. Luaces Cubells. Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Agrupació Sanitària Hospital Sant Joan de Déu - Clínic. Universitat de Barcelona.

### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:**

La realización sistemática de radiografía de tórax (Rx) en las bronquiolitis es motivo de controversia. La escasa información que aporta en la mayoría de ocasiones hace replantear su uso sistemático para evitar irradiación innecesaria y reducir costes. El objetivo de éste trabajo es constatar la reducción de solicitud de RX tras la implantación de unos criterios estandarizados..

### **MÉTODOS:**

Se efectuó una revisión bibliográfica del tema y elaboración consensuada de Criterios de Solicitud (CS) de RX con posterior difusión a todos los pediatras de urgencias. Los CS elegidos son Sat de Hb < 94 % con aire ambiente, fiebre  $\geq 39^{\circ}\text{C}$  y/o asimetría auscultatoria. Posteriormente se realiza estudio comparativo de las Rx realizadas a los niños menores de 3 meses ingresados por bronquiolitis febril entre el primer periodo (P1) epidémico (solicitud de RX según criterio de cada pediatra) y un segundo periodo (P2) epidémico (solicitud ajustada a los CS).

### **RESULTADOS:**

Se incluyen 177 niños, edad media 43 días (DE: 22). La temperatura media máxima alcanzada es de 38,5 (DE: 0,4°C) Cuarenta y ocho (27.1%) tienen una bronquiolitis moderada-grave y 132 (74,6%) son bronquiolitis VRS positivas. Reciben antibiótico 97 (54.8%) niños por: neumonía, 49 casos (50,5%), otitis 29 (29.8%), sospechas clínico-analítica de infección 12 (12,3%) e infecciones de orina 7 (7,2%). El P1 incluye 73 niños y el P2, 104. Los grupos de los dos periodos son equivalentes en cuanto a edad, sexo, temperatura alcanzada y gravedad de la bronquiolitis. En el P1 hay más infecciones VRS positivas (83,6 vs 68,3%;  $p=0.02$ ). Al comparar ambos periodos se observa una disminución de Rx del 19,3% (IC95% 10,5-28,1%) (P1: 97,3; P2: 77,9%. Los diagnósticos finales y el uso de antibióticos son similares en ambos grupos.

### **COMENTARIO:**

La implantación de unos criterios objetivos y consensuados permite una utilización más racional de la radiografía de tórax en las bronquiolitis. El hallazgo de un número similar de radiografías patológicas en el contexto de una disminución del número total de exploraciones efectuadas apunta hacia la correcta selección de los criterios elegidos.

## NEUMOTORAX SINTÓMATICO NEONATAL: IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO PRECOZ

E.Berrio Santana, A. Ibáñez Alonso, L.Martín Fumero, S. Romero Ramírez, R.Cardona Hernández, S.Ropper .Unidad de Neonatología. Departamento de pediatría, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

El neumotórax se produce por la acumulación de aire en el espacio pleural por un traumatismo externo o escape aéreo desde la vía aérea pulmonar. La clínica es variable, desde afectación de los signos vitales hasta colapso cardiovascular completo. Una observación cuidadosa es suficiente para neonatos sin enfermedad pulmonar subyacente o no sometidos a tratamientos complejos. En aquellos casos de inestabilidad hemodinámica el drenaje les puede salvar la vida.

### CASOS CLÍNICOS:

#### CASO 1:

Recién nacido de 3 horas de vida, de procedencia externa que presenta al nacimiento disminución de la frecuencia cardiaca y respiratoria que remontan con PPI, masaje cardíaco y adrenalina. Se recibe intubado y conectado a ventilación mecánica, constatándose a su llegada a nuestro centro distrés respiratorio con tiraje sub e intercostal izquierdo, elevación del hemitórax izquierdo respecto al derecho e hipoventilación derecha. Aporta radiografía de tórax con aumento de aireación en hemitórax derecho y desplazamiento del corazón hacia la izquierda, compatible con neumotórax a tensión. Se coloca drenaje torácico lográndose la reexpansión pulmonar. La evolución en base a la clínica y los exámenes complementarios fue compatible con encefalopatía hipóxico-isquémica leve-moderada.

#### CASO 2:

Recién nacido de 16 horas de vida remitido a nuestro hospital por dificultad respiratoria progresiva desde el nacimiento, que 12 horas más tarde se continúa con sudoración y cianosis, realizándose intubación y ventilación con PPI. Presentaba gasometría con acidosis metabólica (pH 6,78) y retención de carbónico (PCO<sub>2</sub> 117) . A su llegada a nuestro centro se constata neumotórax derecho a tensión y se procede su drenaje, obteniéndose la reexpansión del mismo. La evolución clínica y analítica fue compatible con encefalopatía hipóxico- isquémica.

### DISCUSIÓN:

El neumotórax es una situación de urgencia que precisa de un diagnóstico y tratamiento precoz. En nuestros dos pacientes con síntomas y radiografías compatibles ya en centro de origen se retraso el tratamiento. La evolución y las complicaciones posteriores podrían estar relacionadas con dicho retraso. Los centros con atención a neonatos deben contar con personal que manejen las técnicas que pueda requerir un neonato grave.

## RECONSULTA EN LA URGENCIA POR CRISIS ASMÁTICAS.

N. Romero-Hombrebueno, L. Salamanca Fresno, P. Tirado Requero, C. Benito Caldés, J. García Aparicio, García Sánchez, V. Nebreda Pérez, S. García García.

### RESUMEN:

### OBJETIVOS:

Revisar la clínica, tratamiento y evolución de los niños que acuden por segunda vez al servicio de urgencias por el mismo episodio de broncoespasmo a través de un estudio descriptivo de una muestra aleatoria de esta población en el año 2005.

### MATERIAL Y MÉTODOS:

Partiendo de una población de 559 pacientes que reconsultaron al Servicio de Urgencias diagnosticados de broncoespasmo se seleccionan, de manera aleatoria estratificada, un total de 50 pacientes con edades comprendidas entre 6 meses y 13 años. Se revisan los siguientes datos: edad, sexo, antecedentes personales, síntomas, tratamiento de base y el administrado en el Servicio de urgencias, trimestre en el que acudieron y evolución posterior.

### RESULTADOS:

De los 50 pacientes estudiados 30 eran varones (60%) y 20 mujeres (40%). El rango de edad de mayor prevalencia fue de 1-2 años suponiendo el 30% de todos los niños (Si incluimos todos los menores de 2 años suponen el 48% del total). El 28% no presentaba trabajo respiratorio en la exploración.

Como antecedente 35 pacientes eran asmáticos (70%), y 17 (34%) habían precisado ingresos previos. El 14% recibe Montelukast como tratº de fondo.

34 pacientes (68%) reconsultaron en las primeras 24 horas de evolución.

Respecto al tratamiento previo del episodio: 13 (26%) había recibido exclusivamente b2 agonistas de corta acción inhalados, 9 (18%) además habían asociado un corticoide inhalado. En 12/50 ya habían iniciado tratamiento con corticoide sistémico en la primera consulta. En 6 casos no consta en la hª el tratamiento que se le indicó en la primera visita.

22 pacientes que no habían recibido corticoides previamente los precisaron en su segunda visita de los cuales 54% de ellos requirieron ingreso. De los 12 que habían recibido corticoides previamente sólo 4 (33% de ellos) ingresaron.

Del total de pacientes 15 (30%) ingresaron.

### CONCLUSIONES:

- 1- Se observó una mayor frecuencia de reconsulta en el grupo menor de 2 años y en el sexo masculino.
- 2- Eran asmáticos 7 de cada 10 pacientes y la mitad de este grupo ya había ingresado en el hospital por este motivo.
- 3- Hemos observado que el uso de ciclos cortos de corticoides orales para el tratamiento de la crisis asmática en los niños que está indicado, supone un menor porcentaje de ingresos con respecto a los niños que no lo habían recibido previamente.
- 4- 28% de los niños reconsultan sin causa aparente, lo cual suponemos relacionado con la angustia familiar.

## UTILIDAD DE LA CAPNOGRAFIA EN LA MONITORIZACIÓN DE LA DIFICULTAD RESPIRATORIA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

García Figueruelo, A.; Hernando Puente, M.; Urbano Villaescusa, J.; Peñalba Citores, A., Guerrero Soler, M.; Vazquez López, P.  
*Servicio de Urgencias Pediátricas, HGU Gregorio Marañón, Madrid*

### OBJETIVO:

Evaluar la utilidad de la capnografía en el servicio de urgencias para la valoración inicial del grado de dificultad respiratoria.

### MÉTODOS:

Estudio observacional prospectivo de pacientes que acudieron a Urgencias de nuestro centro, durante el turno de mañana, por cuadros de dificultad respiratoria, con edades comprendidas entre 1 mes y 15 años. La medición de CO<sub>2</sub> espirado (PET CO<sub>2</sub>) se realizó mediante capnografía con gafas nasales (Philips Microstream®) antes y después de cada nebulización. Variables recogidas pre- y postratamiento: concentración de CO<sub>2</sub> al final de la espiración (PETCO<sub>2</sub>), puntuación de gravedad (Wood-Downes y Taussig), saturación de oxígeno, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria y temperatura.

### RESULTADOS:

Se estudiaron 73 pacientes, con diagnósticos de: crisis de broncoespasmo/asma (grupo 1=59%), laringitis (grupo 2=18%), y bronquiolitis (grupo 3=16%). La edad media era: grupo 1 = 59 meses, grupo 2 = 50 meses, grupo 3= 5.8 meses. Presentaron un episodio grave (Wood-Downes $\geq$ 7, Taussig $\geq$ 9): grupo 1: 18.6%, grupo2: 0%, grupo 3: 36%. La PETCO<sub>2</sub> inicial media fue: grupo 1: 29.9 (d.t.+/- 3.7), grupo 2: 31.5 (d.t. +/- 5.1), grupo3: 30.3 (d.t. +/- 5.8). Se encontraron correlaciones significativas entre la PETCO<sub>2</sub> final y la puntuación de gravedad postratamiento en los tres grupos. En el grupo1 se observó correlación negativa entre PETCO<sub>2</sub> final y la necesidad de ingreso. Se calculó un ratio (PETCO<sub>2</sub>/FR inicial) que se correlacionaba con la saturación de oxígeno y la puntuación clínica final en el grupo 1.

### CONCLUSIONES:

En nuestra muestra no se ha observado correlación significativa entre los valores de PET CO<sub>2</sub> iniciales con la gravedad clínica del paciente. Únicamente se observa correlación entre los valores de PETCO<sub>2</sub> final con la escala de valoración clínica. No podemos concluir que la capnografía sea una herramienta útil en la valoración inicial de la dificultad respiratoria leve-moderada en un servicio de urgencias, aunque hacen falta más estudios.

## VALORACIÓN INICIAL DEL NIÑO CON LARINGITIS EN URGENCIAS: FACTORES PREDICTORES DE EVOLUCIÓN TÓRPIDA

P Galán del Río, E Bárcena Fernández, JI Pijoan \*, M González Balenciaga, J Benito Fernández, S Mintegi Raso  
Urgencias de Pediatría, \* Unidad de Epidemiología Clínica  
Hospital de Cruces. Barakaldo. Bizkaia

### INTRODUCCIÓN:

La laringitis es un proceso habitualmente banal, si bien en ocasiones la evolución de la puede ser tórpida.

### OBJETIVOS:

Determinar si existe a la llegada a Urgencias algún factor que identifique los niños con laringitis que presentarán una evolución tórpida (o a los que los pediatras ven con necesidad de control y seguimiento más cuidadoso) entendida como imposibilidad de manejo ambulatorio requiriendo estancia en la Unidad de Observación de Urgencias y/o ingreso hospitalario tras la valoración y tratamiento inicial en Urgencias.

### PACIENTES Y MÉTODO:

Estudio caso-control retrospectivo de los niños menores de 14 años diagnosticados de laringitis en nuestro Servicio de Urgencias entre los años 2000 y 2004. Los casos corresponden a los pacientes que requirieron estancia en la Unidad de Observación y/o ingreso hospitalario. Para los controles elegimos el paciente diagnosticado de laringitis inmediatamente después de cada uno de los casos. Se excluyen los pacientes con patología de base susceptible de presentar una evolución más tórpida

### RESULTADOS:

Entre Enero-2000 y Diciembre-2004, se registraron 5336 episodios de laringitis en el SUP, de los cuáles 67 (1.25%) no fueron manejados ambulatoriamente tras la valoración y tratamiento a su llegada a Urgencias. Los pacientes que no pudieron ser manejados ambulatoriamente presentaban con mayor frecuencia estridor en reposo, tiraje intercostal, fiebre y visitas previas a Urgencias. Un modelo que recoge 6 variables (edad, episodios previos de laringitis, fiebre, visitas previas a Urgencias, tiraje, estridor en reposo) mostró un alto valor predictivo (Área bajo la curva ROC= 0,924) sobre el destino final (alta vs ingreso hospitalario incluida la Unidad de Observación de Urgencias) de estos pacientes. El estridor en reposo fue el factor que mayor relación guardó con la necesidad de continuar tratamiento intrahospitalario (OR= 12.51, límites= 3.6-42.3)

### CONCLUSIONES:

La gran mayoría de los niños con laringitis que consultan en Urgencias pueden ser manejados ambulatoriamente tras la valoración y tratamiento inicial. La valoración inicial del niño permite identificar aquéllos con mayor riesgo. El factor que mayor asociación mostró con evolución tórpida fue la presencia de estridor en reposo. Un modelo que recoge 6 variables puede tener un alto valor predictivo sobre el destino final de estos pacientes.

## **TRATAMIENTO DE LA CRISIS ASMÁTICA EN URGENCIAS: ¿INFLUYE EN LA EVOLUCION A CORTO PLAZO ASOCIAR AL TRATAMIENTO CORTICOIDES INHALADOS?**

Autores: E. Bárcena Fernández, A. Rodríguez Serna, M. Macho Díaz, C. Poza Del Val, S. Mintegi Raso, J. Benito Fernández  
Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Baracaldo. Vizcaya

### **INTRODUCCIÓN:**

Se ha constatado recientemente que los niños asmáticos que están recibiendo tratamiento de fondo con corticoides inhalados, se recuperan con mayor rapidez en el caso de sufrir una reagudización de la enfermedad.

### **OBJETIVO:**

Conocer si la introducción del tratamiento con corticoides inhalados en el momento de una reagudización del asma, influye en una más rápida recuperación a corto plazo, de los niños de 0 a 14 años de edad, atendidos por crisis asmática en nuestro servicio de urgencias.

### **PACIENTES Y MÉTODO:**

Se comparan dos cohortes prospectivas de dos muestras de pacientes, escogidos aleatoriamente, con diagnóstico de crisis asmática que en el momento de la consulta no estuvieran recibiendo tratamiento de fondo con corticoides inhalados. La primera cohorte estuvo formada por 151 niños (Grupo A), atendidos durante el año 2002 en los que se recomendó en el momento del alta tratamiento con broncodilatadores y corticoides orales y otra de 165 niños (Grupo B), perteneciente al año 2005, en los que además del tratamiento anterior, se indicó el inicio de tratamiento con corticoides inhalados. Se completó un formulario clínico, en el momento de la visita a urgencias y otro formulario evolutivo telefónicamente, a los 7 y 15 días de la consulta.

### **RESULTADOS:**

La edad media de los pacientes en ambas cohortes fue muy similar ( $48,4 \pm 39$  vs  $45,58 \pm 37$  meses). En el grupo B, a 52 niños (31,5%) se les indicó en el momento del alta tratamiento con budesonida (400 microg / día) y a 113 (68,5%) fluticasona (200 microg/día). En el grupo A, un total de 104 niños (68,8%) faltaron algún día al colegio, una media de  $3,05 \pm 3,26$  (1- 23 días) y en el grupo B, 118 niños (71,5%), con una media de  $3,5 \pm 2,5$  (1-14 días). En el grupo A, a los 7 días presentaban síntomas y/o dificultad respiratoria y estaban aún recibiendo tratamiento para el asma, 73 (48,3%) y 93 niños (61,6%) respectivamente, versus 92 (55,8%) y 112 niños (67,9%) en el grupo B ( $p > 0,1$ ). A los 15 días continuaban con síntomas y estaban recibiendo tratamiento 29 (19,2%) y 40 (26,5%) niños respectivamente, en el grupo A versus 34 (20,6%) y 36 (21,8%) en el grupo B ( $p > 0,1$ ). En ambas cohortes, los niños  $< 2$  años presentaron con mayor frecuencia síntomas a los 7 días que los de mayor edad, 50% versus 36% ( $p = 0,014$ ) en el grupo A y 69,7% vs 49% ( $p = 0,031$ ) en el grupo B. Dentro del grupo B, no hubo diferencias en la evolución a los 7 y 15 días, entre los niños que recibieron budesonida o fluticasona.

### **CONCLUSIÓN:**

La iniciación de tratamiento con corticoides inhalados en el momento de la consulta en urgencias, no influye en la evolución a corto plazo de los niños que se atienden por crisis asmática. Tras presentar una reagudización, los niños menores de dos años tienen peor evolución a corto plazo que los de mayor edad.