

# **XIII** Reunión Anual de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría



Murcia, 17, 18 y 19 de abril de 2008

## **POSTERS**



## POSTERS

### EPIDEMIOLOGÍA DE LOS PACIENTES CON SOSPECHA DE INTOXICACIÓN POR FÁRMACOS.

**Primer autor:** Cristina Lorenzo Legerén. Servicio de urgencias de pediatría. Complejo hospitalario de Ourense. Ourense

1

**Autores:** Lorenzo Legerén, Cristina; Rodríguez Rodríguez, Celia; Martín Sánchez, Federico

**Objetivos:** se realiza un estudio descriptivo de las características epidemiológicas de los pacientes que acuden a nuestro servicio con sospecha de intoxicación medicamentosa para poder contribuir a su mejor pronóstico y prevención.

**Métodos:** Estudio retrospectivo basado en el análisis de las historias clínicas de pacientes con edades comprendidas entre los 0 y 14 años que son atendidos en nuestro Servicio con sospecha de intoxicación por fármacos desde 1993 a 2007.

**Resultados:** Se recogen 248 casos en los cuales hay 265 fármacos implicados (92,5% identificados). Estos medicamentos son de uso habitual por el niño en el 55% de los episodios, siendo los analgésicos el grupo terapéutico más frecuente (25,3%). Dentro de los principios activos destaca por su frecuencia el paracetamol (13,16%). El porcentaje acumulado en el periodo 1994-1999 es 34.4% mientras que en 2000-2007 supone un 53.3%, que representan el 0,093% del total de consultas urgentes. La vía digestiva es la utilizada en el 99% de las ocasiones. En relación a la intencionalidad de la intoxicación, predomina la ingesta accidental por parte del niño (78 %), seguida por los errores en la administración (14,9%) y la intoxicación intencional (3,6%). La distribución por sexo indica predominio en del sexo femenino (58,5%). En cuanto a la edad, en el caso de intoxicación accidental la media se sitúa en 3,27 años. En el caso de ingesta intencionada, la edad media es de 12,5 años. Un 6% de las intoxicaciones son polimedicamentosas mientras que se ha detectado una recidiva del 4%. El principal lugar donde acontece la intoxicación es el domicilio (98%). Desde el punto de vista del cuadro clínico, un 54,5% de nuestros pacientes han estado asintomáticos. En aquellos casos donde se ha producido sintomatología, predominan las manifestaciones neurológicas (68%). La evolución ha sido favorable en el 100% de los casos. Los pacientes con patologías concurrentes y los que reciben el tóxico de forma pautada presentan clínica con mayor frecuencia (estadísticamente significativo). Las formas líquidas aparecen en el 55,5% de las ingestas accidentales, que son más probables cuando el fármaco sabe a fresa (RR=2,66; p=0,05). Reciben asistencia médica previa 19,7% de los pacientes. Más de la mitad de los casos son subsidiarios de recibir tratamiento (55%).

**Conclusiones:** Las intoxicaciones por fármacos presentan una tendencia al aumento en los últimos años en nuestra área de influencia, relacionada con la mayor disponibilidad en los domicilios de formas de presentación atractivas, que deben ser objeto de revisión para incorporar las medidas de seguridad necesarias y así evitar las consecuencias de su abuso.



## POSTERS

### ESTUDIO DE LOS FACTORES DE RIESGO DE LAS INTOXICACIONES POR FÁRMACOS EN LA EDAD PEDIÁTRICA

**Primer autor:** Cristina Lorenzo Legerén. Servicio de urgencias de pediatría. Complejo hospitalario de Ourense. Ourense

2

**Autores:** Lorenzo Legerén, Cristina; Rodríguez Rodríguez, Celia; Martín Sánchez, Federico

*Objetivos:* En la actualidad existe una amplia variedad de sustancias potencialmente tóxicas con las que los niños pueden tomar contacto. El objetivo de este trabajo es reconocer las características de los fármacos que están implicados en las intoxicaciones en nuestra área de influencia para así poder contribuir a su prevención.

*Material y métodos:* Estudio retrospectivo y descriptivo basado en las historias clínicas de los pacientes con edades comprendidas entre los 0 a 14 años que sufrieron intoxicación medicamentosa en nuestro Centro Hospitalario durante el periodo 1993-2007. Se procede al registro de los datos de los fármacos implicados en los episodios de intoxicación (seguimiento de la Clasificación Anatómica de Especialidades Farmacéuticas).

*Resultados:* Se han revisado 248 casos de intoxicación medicamentosa en los cuales estuvieron implicados 265 fármacos; de estos se identificaron 245 sustancias (92,5%), que correspondían a 110 productos. El nombre comercial constaba en 244 (92%). La vía de administración implicada fue la digestiva en la práctica totalidad de los sucesos; únicamente en los dos episodios restantes, el medicamento se administró a dosis elevadas por vía parenteral. El tóxico formaba parte de la medicación de uso habitual por el niño en 147 ocasiones (60%), de los padres en 85 (34,8%) y de los abuelos en 21 (8,6%). Se registraron 95 principios activos distintos, que se presentaron 304 veces destacando por frecuencia el paracetamol (13,16%). Según el grupo terapéutico principal, fueron los analgésicos, seguidos de los psicodélicos y los antiarrítmicos los que estuvieron más frecuentemente implicados. Se llegó a conocer las formas farmacéuticas de la práctica totalidad de los medicamentos (97%). Los comprimidos fueron la presentación más frecuente respecto al total con un 35,8%. Sin embargo al considerar su estado físico, las formas líquidas predominaron cuando se trataba de intoxicaciones accidentales, y las sólidas en los episodios intencionados. Respecto al color de las presentaciones, se registró en 213 de los 265 medicamentos (80%) siendo el blanco el color más repetido. Los fármacos de color rojo estuvieron implicados con más frecuencia cuando el motivo de intoxicación fue la ingesta accidental por parte del niño ( $p= 0,75$ ). Con respecto a las propiedades organolépticas, se estudiaron en el 49% de los medicamentos que participaron. El sabor fresa fue el más frecuente (23,4%), seguido del limón 22 (8,3%). Al relacionar el sabor con el motivo de intoxicación se evidenció que cuando se presenta el de fresa es más probable que se produzca la ingesta accidental por parte del niño, con un riesgo relativo de 2,66. ( $p= 0.05$ ).

*Conclusiones:* Los productos farmacológicos deben ser objeto de revisión y sus presentaciones deben evitar factores de riesgo e incorporar medidas de seguridad para impedir las consecuencias de su abuso.



## POSTERS

### IMPACTO DE UNAS GUÍAS DE ACTUACIÓN EN EL MANEJO DE LAS INTOXICACIONES AGUDAS EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS PEDIÁTRICOS HOSPITALARIOS. RESULTADOS PRELIMINARES

Fernández Arakama J y Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría

*Introducción:* En un estudio multicéntrico realizado en 2001-2002 en 17 Servicios de Urgencias Pediátricos (SUP) hospitalarios integrados en la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP), se detectaron variaciones significativas y aspectos susceptibles de mejora en la aproximación a los pacientes con una sospecha de intoxicación, fundamentalmente la técnica de descontaminación gastrointestinal (sobre todo la administración de jarabe de ipecacuana en el SUP), lo cual motivó la elaboración, publicación y distribución de unas guías de actuación a modo de Manual.

*Objetivo:* determinar el impacto que la distribución de estas guías de actuación ha podido tener en el manejo de los pacientes con sospecha de intoxicación atendidos en los SUP hospitalarios españoles.

*Pacientes y métodos:* Estudio comparativo de cohortes. De forma prospectiva se recogen las características epidemiológicas y de manejo de los niños que consultan en diferentes Servicios de Urgencias Pediátricas en 2 periodos de tiempo:

- Enero 2001- Diciembre 2002: cohorte A
- Octubre 2007- Abril 2008: cohorte B

Estimación de la muestra: Consideramos que la guía de actuación sería exitosa si la administración de jarabe de ipecacuana se hubiese reducido en, al menos, un 50% de pacientes. Para constatar este hecho se requieren alrededor de 600 episodios en la cohorte B.

La recogida de datos se realizó mediante un cuaderno de recogida de datos a rellenar por el médico asistente del paciente.

Se presentan datos preliminares con los cuadernos de recogida de datos recibidos hasta 1 de Enero de 2008.

*Resultados:* En la cohorte A se incluyeron 2157 pacientes y 402 en la cohorte B. No hubo diferencias significativas en cuanto a sexo y edad.

De la cohorte A, 1116 pacientes (51.7%) recibieron algún tratamiento en Urgencias (vs 177, 44.0%, de cohorte B,  $p=0.003$ ). De los 1116 pacientes de la cohorte A que recibieron algún tratamiento, en 733 (65.9%) se aplicaron medidas de descontaminación gastrointestinal (vs 119, 67.2%, de cohorte B,  $p=0.40$ ). En el grupo de pacientes en los que se practicó descontaminación gastrointestinal, de la cohorte A 594 (80.8%) recibieron carbón activado (vs 110, 92.4 %, de cohorte B,  $p=0.003$ ), 209 (28.5%) lavado gástrico (vs 35, 29.4%, de cohorte B,  $p=0.45$ ) y 164 (22.3%) jarabe de ipecacuana (vs 3, 2.5%, de cohorte B,  $p=0.0000008$ )

*Conclusiones:* la elaboración y distribución de unas guías de actuación a modo de Manual en los Servicios de Urgencias Pediátricas se asocia con una mejora significativa del manejo del paciente pediátrico intoxicado en Urgencias. Este sistema de mejora podría ser aplicable a otros aspectos en Urgencias de Pediatría.



## POSTERS

### ¿INTOXICACIÓN Ó ALERGIA ALIMENTARIA?

**1º AUTOR;** ITZIAR ITURRALDE ORIVE.

Servicio de Pediatría. Hospital de Mondragón. Guipuzcoa

**Coautores;**

- Carlos Canduela Fernandez Servicio de Pediatría.Hospital de Alto-Deba Mondragón. (Guipuzcoa)
- Miguel Angel Guiu Solano Servicio de Pediatría. Hospital de Alto-Deba Mondragón. (Guipuzcoa)
- Beatriz Rocandio Cilvetti Servicio de Pediatría. Hospital de Alto-Deba Mondragón. (Guipuzcoa)
- Juan Sala Ayma Servicio de Pediatría. Hospital de Alto-Deba Mondragón. (Guipuzcoa)
- Daniel Jimenez Villareal. Servicio de Pediatría. Hospital de Alto- Deba Mondragón. (Guipuzcoa)
- Aurora Ona Otxoa. Servicio de Pediatría. Hospital de Alto -Deba Mondragón. (Guipuzcoa)

La escombroidosis es una intoxicación alimentaría poco conocida y probablemente no infrecuente, que puede ser confundida con una reacción alérgica alimentaría.

#### *OBJETIVO*

Establecer en Urgencias datos que orienten el diagnóstico diferencial entre ambas entidades

#### *CASO CLINICO*

Niña que a los pocos minutos de comer anchoas refiere sensación de hormigueo en boca, marcado enrojecimiento en cara y cuello, calor y prurito intenso, cefalea pulsátil, molestias abdominales y nauseas. Exploración; Eritema generalizado, sin habones, en cara, cuello y parte superior de tórax. Resto exploración negativa.

Tras tratamiento con adrenalina y dexclorfeniramina presenta evolución favorable.

La sintomatología similar de otros comensales hizo sospechar el diagnóstico. Posteriormente las pruebas diagnósticas alérgicas negativas lo reafirman al descartar la reacción alérgica.

#### *DISCUSIÓN*

La escombroidosis es una intoxicación por histamina tras ingesta de diversos alimentos, que a temperaturas superiores a 15°C por acción bacteriana la histidina se transforma en histamina, acumulándose en el alimento sin que se alteren sus propiedades organolépticas. Si la concentración rebasa 500 ppm aparecen síntomas en personas sensibles y si supera 1000 ppm, la intoxicación es prácticamente segura.

Las manifestaciones clínicas simulan las de una alergia alimentaria predominando el eritema frente a habones y las manifestaciones neurovasculares. En su tratamiento es importante ponderar el uso de antihistamínico.

El diagnóstico de sospecha y diferencial con las reacciones alérgicas se establece por:

- Sintomatología similar en otros comensales.
- Intensa sintomatología neurovascular.
- Ausencia de historia previa de alergia frente al alimento y pruebas alérgicas negativas.

Confirmándose mediante detección de cifras altas de histamina en alimento.



## POSTERS

### UTILIDAD DE LA DETECCIÓN DE TÓXICOS EN ORINA EN LA URGENCIA PEDIÁTRICA

Bello Gutiérrez P, Montañés Delmás ME, Cordero Castro C, Ballesterero Díaz Y, Cruz Rojo J, Marín Ferrer M. Sección de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario 12 Octubre. Madrid.

5

**OBJETIVO:** valorar la utilidad clínica del test de detección rápida de tóxicos en orina en nuestro servicio de urgencias pediátricas (SUP).

**METODOLOGÍA:** descripción retrospectiva mediante revisión de historias clínicas de los pacientes pediátricos que acudieron al SUP del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid, entre noviembre 2005 y junio 2007. Se realizó la determinación mediante el test Syva RapidTest d.a.u. 3 THC/COC/OPI el cual permite la detección de opiáceos, cannabis o cocaína.

**RESULTADOS:** se realizaron 87 tests, lo que supone cerca del 0.1% del total de visitas a urgencias. El test resultó positivo en el 12% de los casos, 54% varones. El 27% de los positivos eran menores de 2 años, el 18% entre 2 y 12 años y un 55% entre 12 y 15 años. El monoconsumo representó el 73%. La causa de ingesta fue en el 64% deliberada. Los motivos de consulta más frecuentes fueron alteración de la conducta y del nivel de conciencia. Las indicaciones más frecuentes de la realización del test fueron, en 5 casos, por historia clínica incongruente o por antecedentes de consumo, además de por conducta o conciencia alteradas. Tres pacientes ingresaron, uno en UCIP. Se emitieron 6 partes al Asistente Social retirándose la custodia paterna en 2 de ellos.

**CONCLUSIONES:** la determinación de tóxicos en orina en la urgencia pediátrica es una prueba útil que permite orientar el manejo de pacientes con cuadros imprecisos o historias clínicas dudosas. Además, permite detectar situaciones sociales de riesgo y actuar sobre ellas.



## POSTERS

### INTOXICACIONES POR PARACETAMOL EN NUESTRO HOSPITAL: UNA OPORTUNIDAD DE MEJORA

Autores: de Arriba Muñoz, Antonio; Clavero Montañés, Nuria; Romero Gil, Ruth; Ruiz del Olmo Izuzquiza, Jose Ignacio; Royo Pérez, Nieves Delia; Campos Bernal, Alba María; García, Inmaculada (miembro de la SEUP, servicio Urgencias Pediatría Hospital Miguel Servet, Zaragoza).

6

#### *Objetivo*

Describir las características de las intoxicaciones por paracetamol y evaluar nuestra actuación.

#### *Material y métodos*

Estudio descriptivo, retrospectivo de pacientes ingresados en nuestro Hospital Infantil por sospecha de intoxicación por paracetamol, entre 1 mes y 15 años de edad, durante el período comprendido entre el 1 de enero de 2002 y el 31 de diciembre de 2006. Para la valoración de los niveles de paracetamol en sangre se ha utilizado el Normograma de Rumack-Matthew. El programa estadístico utilizado ha sido el SPSS versión 13.0.

#### *Resultados*

El porcentaje de consultas por intoxicación es del 0.3 % y de las cuales corresponde al paracetamol un 40%. Un 79% ingirió según refieren los familiares unas dosis superior a 150 mg/kg. Los niveles de paracetamol en sangre obtenidos en estos pacientes, en ningún caso, alcanzaron los niveles tóxicos. La correlación entre la dosis supuestamente ingerida y los niveles en sangre de paracetamol no es estadísticamente significativa. El 100% de las sospechas de intoxicación paracetamol ingresaron al no disponer de niveles de urgencia.

#### *Conclusiones*

La frecuencia de intoxicación por paracetamol es similar a la descrita en la literatura. Es necesario disponer de los niveles de paracetamol de urgencia ya que la mayoría de los casos no se confirma. Tras este estudio, disponemos de niveles de urgencia de paracetamol y la mayoría de los casos son manejados en la Unidad de Observación. La descontaminación intestinal no debería realizarse de forma rutinaria. El tratamiento antidótico recomendado, la N-acetilcisteína, debe ser administrada de forma intravenosa.



## POSTERS

### REVISIÓN DE INTOXICACIONES ETÍLICAS EN URGENCIAS

Ayechu Diaz A, Garralda Torres I, Molins Catiella T, Oscoz Lizabe M, Iceta Lizarraga A, Durá Travé T.  
Servicio de Urgencias de Pediatría, Hospital Virgen del Camino (Pamplona)

7

*Objetivos.* El consumo de alcohol por la población adolescente constituye un problema, que excede al ámbito científico, con un impacto social y sanitario considerable y connotaciones legales, educativas y políticas. El objetivo del presente trabajo consiste en realizar un estudio descriptivo de los pacientes pediátricos atendidos por intoxicación etílica durante los últimos 6 años (2001-2006)

*Metodología.* Se han revisado retrospectivamente todos los casos de intoxicación etílica atendidos en Urgencias de Pediatría (<15 años) entre enero de 2001 y diciembre de 2006. De cada paciente se recogieron datos epidemiológicos, clínicos y analíticos.

*Resultados.* Fueron atendidos 63 pacientes: 40 mujeres (63,5%) y 23 varones (36,5%) por consumo de licores. La edad media era de 14,3 años (intervalo:11,9-14,9). Entre 2001-2003 se atendieron 19 casos (30,1%) y entre 2004-2006 fueron 44 (69,8%). El 85,4% acudieron en fin de semana, y el 74% entre las 00 y 05 horas. Al ingreso el test de Glasgow era 11,8 y la temperatura 35,4°C. El valor medio de etanol en sangre era 1,87 g/dl (intervalo:1,04-2,88). El 13,7% también había consumido cannabis y/o anfetaminas. La glucemia era 111,7 mg/dl y el pH 7,32.

*Conclusiones.* Se constata una preocupante tendencia al incremento de la atención en Urgencias de intoxicaciones etílicas en pacientes pediátricos (<15 años) en el periodo de tiempo estudiado, especialmente en el sexo femenino, y relacionado con las actividades de ocio y tiempo libre de los fines de semana. Estos resultados exigen un desarrollo prioritario de programas preventivos y/o terapéuticos específicos.



## POSTERS

### HOMEOPATIA EN LA INFANCIA, ¿ES DEL TODO INOCUA?, A PROPOSITO DE UN CASO

Miranda Herrero C, Martínez López C, Adrian Gutierrez J, Guerrero Soler M, García Figueruelo A.  
Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

8

#### **Introducción:**

La homeopatía es un tipo de medicina alternativa que usa dosis infinitesimales de sustancias farmacológicas y que defiende la inocuidad de sus procedimientos frente a la medicina tradicional. Presentamos un caso de obstrucción intestinal secundario a tratamiento homeopático.

#### **Caso clínico**

Varón, 14 meses, con febrícula, decaimiento y vómitos biliosos de 16 horas de evolución. Última deposición hace 24 horas. Hace 48 horas recibe tratamiento homeopático con inyecciones subcutáneas de 1 ml de procaína en punto xifoideo y umbilical por otitis.

Exploración física: Regular estado general. Decaimiento. Palidez mucocutánea. Abdomen: Distendido, doloroso y duro a la palpación. Testículos normales. No hernias. Resto normal.

Se plantea diagnóstico diferencial entre: obstrucción intestinal, invaginación intestinal, vólvulo o pseudobstrucción. Pruebas complementarias: analítica: normal, Rx y ecografía abdominal: cuadro compatible con obstrucción intestinal secundaria a absceso. Se realiza laparotomía urgente. Se observa hematoma organizado intramural de 10cm en íleo proximal con resección intestinal del segmento y anastomosis termino-terminal, con buena evolución posterior.

#### **Discusión:**

-Los efectos secundarios a la homeopatía, aunque poco frecuentes, pueden ser importantes, como en este caso y otros descritos en la literatura. Los más habituales son: infección por el virus de la hepatitis B y C, VIH, sepsis, infecciones cutáneas, articulares y del sistema nervioso. Entre los efectos secundarios traumáticos destacan el neumotórax y las lesiones del SN. Otras más inusuales son las convulsiones y exacerbación de crisis asmática.

-Se deberían realizar estudios en niños para evaluar la eficacia clínica de la homeopatía y registrar los efectos secundarios derivados de su utilización.



## POSTERS

### INTOXICACIÓN AGUDA POR MONÓXIDO DE CARBONO: REVISIÓN DE 5 AÑOS

Doyle Sánchez, María, Sorlí García, Moises, Castillo Serrano, Ana, Correas Sánchez, Ana, Terrasa Nebot, María, Hoyos Vazquez, María del Perpetuo Socorro  
Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario de Albacete.

*Introducción:* El monóxido de carbono (CO) es un gas tóxico, inodoro e incoloro, producido por la combustión incompleta de hidrocarburos. La intoxicación tras exposición al mismo probablemente sea una entidad infradiagnosticada, por no quedar siempre constancia en la anamnesis, por lo que debemos estar alerta y sospecharla ante afectación simultánea de varios convivientes con una sintomatología inespecífica (virus like).

*Objetivos:* Describir los casos de intoxicación aguda por CO durante 4 años, analizando edad, número de familiares afectados, clínica, etiología y tratamiento.

*Material y métodos:* Estudio descriptivo retrospectivo de casos atendidos en Urgencias desde Enero/03 a Diciembre/07 en menores de 14 años.

*Resultados:* Se diagnosticaron durante este periodo un total de 24 casos de intoxicación aguda por CO. En 19 casos (79%) hubo más de un familiar afecto. Los síntomas de presentación por orden de frecuencia fueron cefalea, vómitos, mareo, somnolencia y síncope. En todos los casos se inició tratamiento con O<sub>2</sub> con mascarilla de alto flujo con reservorio ante la sospecha, antes de confirmarse el diagnóstico. La cifra máxima de carboxihemoglobina (COHb) fue 38,1%. El 50% de casos fueron ingresados, permaneciendo el resto en observación de Urgencias. La moda en el número de gasometrías realizadas fue 2 para los pacientes que permanecieron en Urgencias, y 3 para los ingresados. No se realizó ECG en ningún caso. Ningún paciente permaneció ingresado más de 24 horas. Ningún paciente precisó ingreso en UCI ni tratamiento con cámara hiperbárica. La etiología más frecuente fue la mala combustión por caldera de gasoil (5 casos). Otras etiologías: escape de gas butano (2), combustión inadecuada de estufa de gas (1) y estufa de leña (1). En el resto de casos no se refleja la etiología en la historia. La mayoría se presentaron en otoño (46%), el 29% en invierno y el 25% en primavera. Los meses de mayor incidencia fueron Noviembre y Diciembre (58%). No se ha registrado ningún caso de síndrome neuropsiquiátrico tardío.

*Conclusiones:* Se debe sospechar intoxicación por CO ante cuadros inespecíficos de sintomatología general y neurológica, especialmente ante la afectación de más de un familiar. La confirmación diagnóstica no debe suponer una demora para iniciar el tratamiento adecuado ante la sospecha. La mayoría de intoxicaciones son leves-moderadas, pudiéndose tratar en Urgencias. Tras la afectación del sistema nervioso central, la segunda en frecuencia es la miocárdica, por tanto queremos recordar la necesidad de realización de ECG en estos casos, para descartar signos de isquemia.



## POSTERS

### INTOXICACIONES AGUDAS POR INSECTICIDAS ORGANOFOSFORADOS

Sánchez Tatay, Victoria; Martínez Carapeto, Isabel; Carmona Ponce, José M<sup>a</sup>; Fernández Elías, Manuel; Sánchez Valderrábanos, Elia; Alonso Salas, M<sup>a</sup> Teresa; Loscertales Abril, Mercedes  
Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Intensivos y Urgencias Pediátricas. HUVirgen del Rocío. Sevilla

10

#### *Fundamento:*

Las intoxicaciones agudas por insecticidas organofosforados son especialmente frecuentes en las zonas agrícolas. Los pesticidas más empleados son los organofosforados y los carbamatos, inhibidores de la acetilcolinesterasa, provocando la acumulación de acetilcolina en las sinapsis muscarínicas, nicotínicas y en SNC.

#### *Objetivo:*

Realizar un análisis descriptivo de las intoxicaciones por organofosforados en los últimos 20 años, respecto a la sintomatología y posibilidades terapéuticas.

#### *Observaciones clínicas:*

Caso clínico 1: Niña de 2 años que acude por ingesta accidental de un líquido de olor fuerte desconocido por sus familiares. Presenta prurito oral y olor similar al ajo. A las 2 horas sufre deterioro neurológico, confusión, temblores, clonías palpebrales, miosis, bradicardia, sialorrea y broncorrea. Se administran 7 dosis de atropina (0,02 mg/kg) hasta la desaparición de la clínica. Pruebas complementarias normales salvo nivel de colinesterasa sérica de 59 mU/ml. Evolución favorable. El informe toxicológico confirmó intoxicación por *Clorpirifos* (insecticida organofosforado)

Caso clínico 2: Niño de 2 años que presenta pérdida brusca de conciencia, miosis, broncorrea, sialorrea, cianosis y dificultad respiratoria. Sus familiares encuentran un bote de insecticida (*Clorpirifos*) que podría haber ingerido accidentalmente. Olor fuerte a producto químico parecido al ajo. Tras lavado gástrico y carbón activado, se intuba y se administra una dosis de atropina (0,05 mg/kg) seguida de pralidoxima en bolo, continuando con una perfusión (10 mg/ kg/hora) que se mantuvo 60 horas. Nivel de colinesterasa sérica de 194 mU/ml, en ascenso progresivo. Evolución favorable con ligera ataxia al alta.

#### *Comentarios:*

Ante un cuadro muscarínico con disminución del nivel de conciencia hay que sospechar intoxicación por pesticidas organofosforados e iniciar tratamiento con medidas de soporte, ventilación mecánica, si precisa, y depuración gástrica con carbón activado.

La atropina es la base del tratamiento de las intoxicaciones agudas por organofosforados siendo útil frente a los síntomas muscarínicos. Las oximas (pralidoxima) son útiles para combatir los síntomas nicotínicos.



## POSTERS

### INTOXICACIÓN ACCIDENTAL POR HIERRO EN LA EDAD PEDIÁTRICA.

Vérgez Pinto, Luis. Lobato Salinas, Zulema. Sitjes Costas, Joan. Rovira Girabal, Núria. Zambudio Sert, Sílvia. Nevot Falcó, Santiago.

Servicio de pediatría. Hospital Sant Joan de Déu de Manresa. Althaia, Xarxa assistencial.

11

*Fundamento y objetivo:* Repasar la Intoxicación aguda por hierro a propósito de un caso atendido en nuestro servicio que nos permitió profundizar en el conocimiento de esta entidad potencialmente letal y poco frecuente en nuestro medio.

*Caso clínico:* Niña de 21 meses, sin antecedentes de interés, que acude a urgencias por ingesta de 73 pastillas de una presentación de parafarmacia (dosis de hierro elemento ingerida: 21 mg/kg). Exploración física normal excepto tinte rojo en labios, mucosa oral y manos. Se realizó Rx de abdomen que fue normal. Con el lavado gástrico se obtuvo un líquido intensamente teñido de rojo. La sideremia a las 4 horas postingesta fue de 54 µg/dL. Se ingresó a la paciente en observación donde permaneció asintomática durante las siguientes 12 horas, tras las que se dio el alta.

*Discusión:* La ingesta accidental de hierro representa una de las primeras causas de muerte por intoxicación en niños menores de 6 años en países como EEUU, con una tasa de mortalidad entre los casos de intoxicación severa superior al 10%, y una incidencia media de 3000 casos al año en el periodo comprendido entre 1986 a 1997, año en el que la *US Food and Drug Administration* (FDA) publicó nuevas normas de empaquetado monodosis para estos productos. Sin embargo, es una intoxicación poco frecuente en nuestro medio, lo que hace importante profundizar en el conocimiento de esta intoxicación potencialmente letal para asegurar un correcto manejo que permita reducir su morbimortalidad.

Solo los valores de sideremia obtenidos entre las cuatro y seis horas postingesta se correlacionan con el grado de toxicidad (< 350 µg/dl: no toxicidad, 350-500 µg/dL: leve-moderada, > 500 µg/dL hepatotoxicidad moderada-grave, > 800 µg/dL: toxicidad muy grave). En ausencia de valores de sideremia es necesario calcular la dosis tóxica ingerida por kg de peso (< 20 mg/kg: no tóxico, 20-40 mg/kg: toxicidad local gastrointestinal leve, 40- 60 mg/kg: se añade toxicidad sistémica, > 60 mg/kg: potencialmente letales). Estos datos nos permitirán valorar la severidad de la intoxicación e iniciar medidas destinadas a evitar la absorción del hierro, lavado gástrico, irrigación intestinal y tratamiento quelante con deferoxamina. Las manifestaciones clínicas siguen cuatro fases: 1. clínica gastrointestinal, 2. depósito del hierro en los tejidos con pocas manifestaciones clínicas, 3. manifestaciones sistémicas, con insuficiencia hepática y posterior fallo multiorgánico, 4. fase de cicatrización y complicaciones secundarias. Es importante evitar el alta precoz de estos pacientes, ya que la toxicidad sistémica no aparece hasta las 12-24 horas postingesta y puede ir después de un periodo silente u oligosintomático.

#### Conclusiones

- 1) Se trata de una intoxicación potencialmente letal que debe ser conocida por los profesionales sanitarios.
- 2) Es imprescindible estimar el grado de severidad de la intoxicación y la dosis por kg de peso ingerida antes de decidir la actitud terapéutica más adecuada.
- 3) Sólo los niveles de sideremia obtenidos entre las 4 y las 6 horas postingesta se correlacionan con el grado de severidad.
- 4) Todos los casos moderados y severos requieren tratamiento combinado de descontaminación y quelación precoz.
- 5) La Deferoxamina es el quelante específico del hierro y está disponible para su administración parenteral.
- 6) La toxicidad sistémica puede aparecer después de 12 horas de la ingesta: evitar el alta precoz de estos pacientes.
- 7) Son básicas las medidas de prevención mediante campañas de información y medidas seguras de empaquetado.



## POSTERS

### **ESTUDIO Y CARACTERIZACIÓN DE LOS ACCIDENTES POR QUEMADURAS: IMPRESCINDIBLE PARA INCIDIR EN LOS ASPECTOS DE PREVENCIÓN**

Lavilla Oiz Ana, Zardoya Santos Patricia, Souto Hernández Silvia, Oscoz Lizarbe Miren, Goñi Orayen Concepción, Gómez Gómez Lourdes  
Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona

**Objetivos:** Las quemaduras representan la segunda o tercera causa de muerte accidental. Estudiar incidencia, gravedad y mecanismos de producción, para protocolizar actuación e incidir en prevención.

**Material y Métodos:** revisión de quemados atendidos en Urgencias durante 5 años. Explotación de datos y análisis de gráficos mediante Access y Excel.

**Resultados:** 151 quemados, 43% menores de 2 años. 60% varones (90% en >12 años). En el domicilio el 77% (cocina 7 de 10). 90% son quemaduras térmicas: 45% contacto, 42% escaldadura y 13% llama. 53% de escaldaduras por agua hirviendo (1/3 por infusiones), 22% por aceite, y 7% por leche. Otras fuentes: electricidad (7%) y químicos (3%). Las extremidades fueron las más afectadas (51%), cabeza y cuello 16%. Las más frecuentes fueron de 2º (superficial y profundo) y en la mayoría, el %SCQ inferior al 10%. El 92% precisó cura por Plástica.. Ingresaron 26%: 80% con 2º profundo y/o 3º. Estancia hospitalización: de 2 y 40 días (promedio 10). Principal complicación: la fiebre (45%), (promedio 4 días), nunca por infección. Precisaron cirugía: 35%.

Establecimos protocolo de actuación en quemados y actualizamos normas preventivas divulgadas posteriormente en prensa y en foros pediátricos para reforzar el papel del pediatra como educador familiar.

#### **Conclusiones:**

- Las quemaduras siguen afectando de manera preferente a la población infantil.
- Conocer la epidemiología imprescindible para prevenir
- Hasta un 75% serían evitables cumpliendo medidas preventivas.
- Menores de 2 años: mayor riesgo. Insistir en medidas de seguridad
- 25% sufren hospitalizaciones largas y secuelas físicas y psíquicas



## POSTERS

### ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS NIÑOS QUE ACUDEN A URGENCIAS POR CUERPO EXTRAÑO NASAL U ÓTICO

AUTORES: Fontecha García de Yébenes M, Guerrero Márquez G, González Martínez F, Adrián Gutiérrez J, Marañón Pardillo R, Míguez Navarro C.

13

#### OBJETIVO:

La introducción de cuerpo extraño en nariz u oído es una causa no despreciable de consulta en las urgencias pediátricas. El objetivo del estudio es describir las características de los niños que acuden por introducción de cuerpo extraño en nariz u oído, así como su manejo en urgencias.

#### MATERIAL Y METODOS:

Se realiza estudio transversal descriptivo de los niños que acuden por introducción de cuerpo extraño en nariz u oído desde junio de 2007 a Enero de 2008. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, localización del cuerpo extraño, antecedentes de ingestión o introducción de cuerpo extraño, profesional que realiza la extracción, método de extracción, complicación de la técnica.

#### RESULTADOS:

Se recogió datos de 38 niños (60,5% Niños), con un rango de edad entre 2 y 12 años. El 63% de los cuerpos extraños estaban localizados en oído. En el 21% de los casos se había intentado la extracción previa en el centro de salud. El 26,3% tenían antecedente de introducción o ingestión de cuerpo extraño. El método de extracción mas frecuentemente utilizado fue la raqueta (58%), seguido de extracción con pinza (13,2%). La extracción la realizó el ORL en un 42%, el pediatra en 36% y el cirujano 22%. 3 (7,8%) niños requirieron extracción en quirófano y 3 pacientes presentaron complicación leve tras extracción.

#### CONCLUSIONES:

Existe un porcentaje mas elevado en niños varones.

Uno de cada 4 pacientes tenían antecedente de ingestión/introducción de cuerpo extraño.

Se registró un pequeño porcentaje de complicaciones y todas de carácter leve.



## POSTERS

### LESIONES ESOFÁGICAS POR INGESTA ACCIDENTAL DE PILAS DE BOTÓN A PROPÓSITO DE 3 CASOS

Sara Fuentes Carretero, Eva Fernández Díaz, Alba Palacios, Jaime Cruz, Daniel Cabezalí, Raquel Tejedor, María Isabel Benavent, Indalecio Cano, María López, Andrés Gómez Fraile. Departamento de pediatría y cirugía pediátrica del Hospital 12 de Octubre

14

**Introducción:** Las pilas de botón suponen un pequeño porcentaje del total de cuerpos extraños ingeridos accidentalmente por niños y su localización esofágica es infrecuente, pero estos casos son los que presentan un mayor índice de lesiones graves y complicaciones. El objetivo de este trabajo es presentar tres casos clínicos recogidos en nuestro hospital y plantear propuestas de prevención y manejo.

**Casos clínicos:** Tres niños de 7, 2 y 5 años acuden a Urgencias por ingesta accidental de pila de botón. En las radiografías realizadas se objetiva cuerpo extraño circular de 2 cm. de diámetro en 1/3 proximal del esófago en los 2 primeros casos y en 1/3 medio en el tercero. En los 3 casos se realizó endoscopia precoz, evidenciando la pila de botón y una quemadura en la mucosa esofágica de similares características en los tres a 12, 13 y 20 cm. respectivamente. Los dos primeros casos desarrollaron estenosis esofágica posteriormente. El tercero se encuentra a la espera de la primera revisión.

**Discusión:** Los casos de pilas de botón alojadas en esófago están asociados a graves lesiones. Las pilas de mayor tamaño tienen más probabilidades de quedarse impactadas, sobre todo en niños pequeños y en 1/3 proximal del esófago. Las lesiones son debidas a diversos mecanismos y aparecen incluso tras escasas horas de evolución. Existe acuerdo unánime en cuanto a la endoscopia precoz para la extracción de la pila. En lo referente al manejo posterior es necesario descartar complicaciones y realizar revisiones periódicas. Es fundamental trabajar en la prevención.



## POSTERS

### NIÑO, ESO NO SE COME

Autores: García Sánchez A, Martín Delgado CM, Villalba Castaño C, González Jimeno A, Losada Pinedo B, Crespo Rupérez E.  
Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

15

**Objetivo:** Estudio descriptivo de pacientes atendidos en Urgencias Pediátricas tras la ingesta/aspiración de cuerpos extraños entre enero del 2004 y diciembre del 2005.

**Metodología:** Recogida retrospectiva de los siguientes datos: edad, sexo, síntomas, auscultación, tipo y características del objeto, localización, pruebas radiológicas e intervencionistas, lesiones asociadas e ingreso.

**Resultados:** Se recogieron datos de 163 pacientes, representando un 0,4% de las Urgencias atendidas en este periodo. De estos un 54% fueron varones y el 56% tenían menos de 4 años, con un pico de frecuencia al año de vida (19%). Respecto a los síntomas, los más frecuentes fueron vómitos (13%), seguidos por tos y odinofagia (7%). Un 98% tuvieron auscultación normal. En cuanto a la localización un 70% se encontraron en vía digestiva (58% estómago) y un 7% en vía aérea (5,6% laringe). Los objetos más comunes fueron monedas (41%). Se realizó radiografía abdominal en el 79% y torácica en el 36%. En relación al tratamiento el 20% precisó endoscopia e ingreso; presentando un 4% lesiones asociadas.

**Conclusiones:** En nuestra serie, coincidiendo con la literatura, la mayoría de los casos se producen en menores de 4 años, con predominio en varones. Los objetos más frecuentes en tracto digestivo fueron las monedas y los orgánicos en vía aérea. A pesar de que en la literatura se describen un 20-40% de casos mortales secundarios a cuerpo extraño en vía aérea, en nuestra revisión no encontramos ninguno (probablemente debido al escaso número de casos atendidos). Dada la potencial gravedad de los hechos sería recomendable incidir en la prevención primaria.



## POSTERS

### EPIDEMIOLOGIA DE LOS CUERPOS EXTRAÑOS EN NUESTRO MEDIO. REVISIÓN DESDE 1997 A 2007 EN UN HOSPITAL TERCIARIO.

Fuertes El Musa, Fadia; Pérez Roche, Teresa; Delgado Bueno, Ana, Quevedo Sánchez, Eduardo; Huerta Blas, Paloma; Fleta Zaragoza, Jesús.

Hospital Clínico de Zaragoza "Lozano Blesa". Zaragoza

16

#### *Objetivos:*

Conocer la epidemiología de aquellos casos con cuerpos extraños introducidos en orificios naturales.

#### *Material y métodos:*

Estudio descriptivo retrospectivo de todos los pacientes de 0-14 años que han acudido a nuestro Servicio de Urgencias en los últimos 11 años.

#### *Resultados:*

De un total de 145.600 urgencias se hallaron 727 casos de introducción de cuerpos extraños (0,5%), 383 en hombres (52,6%) y 344 en mujeres (47,3%). La media de la edad es 4,68 años, con una mediana y moda de 3 y 2 años, respectivamente. 374 casos (51,44%) fueron atendidos por la tarde siendo la localización más frecuente el aparato digestivo 323 (54,05%), objeto más frecuente las espinas de pescado (10,86%), seguido de monedas (8,40%) y alimentos (5,22%). En 373 casos se realizaron pruebas complementarias (rayos X: 29,29%, endoscopia: 1,78%) y colaboración con otorrinolaringología en 19,25% de los mismos. Sólo un 3,71% de los casos requirió ingreso hospitalario y no hubo ninguno mortal.

#### *Conclusiones:*

1. La mayor parte de los objetos fueron introducidos en el aparato digestivo, seguido de aparato respiratorio (fosas nasales) y conducto auditivo externo.
2. Existen gran variedad de objetos y la gravedad y urgencia en la actuación va a depender de la naturaleza y localización del mismo. Poniendo especial atención en objetos afilados y potencialmente tóxicos.
3. En nuestra área sanitaria no representa una patología excesivamente frecuente ni muy grave.



## POSTERS

### PRESENTACIÓN CLÍNICA Y EVOLUCIÓN DE NIÑOS CON SOSPECHA DE ASPIRACIÓN DE CUERPO EXTRAÑO EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA. REVISIÓN DE ÚLTIMOS DOS AÑOS.

Utrero Valiente JA, González Fernández MI, Cañas Redondo MD, García Baeza MO. Urgencias de Pediatría. Hospital General Universitario de Alicante.

17

**Objetivos:** Describir la forma de presentación, características clínicas y evolución de los niños ingresados por sospecha de aspiración de cuerpo extraño (ACE) en nuestro Hospital, en los años 2006 y 2007.

**Metodología:** Estudio Descriptivo de Serie de Casos. Se incluyen los niños ingresados en nuestro Hospital, en 2006 y 2007, con el diagnóstico de sospecha de ACE. Se revisan las historias clínicas y se analizan distintos parámetros.

**Resultados:** n= 19 (79% varones). La edad media fue 4,7 años (53% < 4 años). Motivo de consulta: crisis de sofocación (42,1%), disnea (31,6%), tos (21,1%), estridor (5,3%). El 84,2% contaba antecedente de atragantamiento, retrasándose el diagnóstico más de una semana en 43,8%. El 52,6% presentaba antecedente de broncoespasmo. La auscultación pulmonar fue patológica en 73,7%, siendo la asimetría el hallazgo más frecuente (79%). Radiografía de tórax alterada en el 79% (42,1% atrapamiento aéreo, 15,8% atelectasia, 21,1% se visualiza CE). Se realizó broncoscopia al 89,5%, extrayendo el CE al 94%. La localización más frecuente fue bronquio principal derecho (71,4%). El 15,8% lo expulsaron espontáneamente. La mayoría fueron CE vegetales (70,6%). Sólo un niño, en el cual el diagnóstico se retrasó varios meses, requirió ingreso en UCIP y ventilación mecánica, presentando secuelas (bronquiectasias y atelectasia).

**Conclusiones:** Una cuidadosa anamnesis resulta fundamental en la sospecha diagnóstica de ACE, ya que en la mayoría existe el antecedente de atragantamiento. La auscultación pulmonar y la radiología de tórax resultan de gran utilidad si esta sospecha está presente. La broncoscopia nos aportará el diagnóstico y tratamiento definitivo.



## POSTERS

### TRAUMATISMOS ABDOMINALES GRAVES EN NUESTRO MEDIO

Costa i Colomer J, Bartoli D, Batalla Fadó D, Travería Casanova FJ, Sánchez Pérez S, Gili Bigatà T  
Servicio de Pediatría. Hospital de Sabadell.

18

#### *Introducción*

La patología traumática es la primera causa de morbimortalidad en pediatría, afectando en un 6-12% de los casos el abdomen. Actualmente, gracias a una atención prehospitalaria precoz y coordinada con la hospitalaria (Urgencias –UCI), se han mejorado los resultados en esta patología, disminuyendo considerablemente su morbimortalidad. El estudio tiene como objetivo revisar los casos de traumatismo abdominal grave (TAG) que fueron atendidos en nuestro centro durante los últimos 12 años.

#### *Material y métodos*

Estudio descriptivo retrospectivo de los TAG atendidos en el servicio de urgencias del Hospital de Sabadell entre enero de 1996-2008. De los 51.000 casos de media atendidos en urgencias (49.000-55.000), se seleccionaron los 33 casos de TAG que requirieron monitorización en la UCIP. Se valoró el sexo, la edad, el mecanismo de la lesión, tipo de traumatismo (simple o combinado) y sintomatología y tratamiento realizado en urgencias.

#### *Resultados*

Se incluyeron 33 niños (24 de sexo masculino y 9 femenino). La edad media fue 10'9 años (4'3-16'1). El mecanismo de lesión más frecuente fue accidente de tráfico (75'7%) seguido por precipitación (18'2%). Dentro de los primeros, 8 fueron de moto, 8 de coche, 7 de bicicleta y 2 atropellos. En un 54'5% de los casos el traslado se realizó mediante vehículo medicalizado, acudiendo el resto en coche propio. Todos los TAG fueron cerrados. En la evaluación inicial destacan un estado de consciencia valorado mediante la escala de Glasgow de 15 en 30 casos (90'9%), 2 casos de 13 y 1 de 11. El estado hemodinámico era correcto en 30 pacientes (90'9%). Dos niños presentaron hipotensión leve, administrándose carga de volumen a 20cc/kg y el caso restante llegó en fallo hemodinámico, requiriendo carga de líquidos a 60cc/kg. La media de los valores del hematocrito en urgencias fue de 37'4% (28-47%). Se utilizó para el diagnóstico la ecografía (9'1%), TAC (63'6%) y ambas (27'3%). Las lesiones encontradas con más frecuencia fueron 17 lesiones esplénicas y 9 hepáticas aisladas y 7 con otras lesiones viscerales asociadas. Además se encontraron como otras lesiones 1 lesión duodenal, 1 pancreática, 1 rotura diafragmática, 1 hematoma del psoas ilíaco y 1 hemoperitoneo. Las lesiones asociadas más comunes fueron fracturas óseas (2 pélvicas), 10 traumatismos torácicos (4 hemoneumotórax) y 7 TCE (1 lesión axonal difusa, 1 hemorragia subdural y 1 paciente con infartos cerebrales). Sólo requirieron tratamiento quirúrgico 3 pacientes: nefrectomía más esplenectomía, reparación de rotura diafragmática y reparación de lesión de pedículo vascular renal. La estancia media en UCI fue de 4'9 días (1-21 días) y 15'24 los días de hospitalización total (2-40 días). La evolución de los pacientes fue favorable en todos los casos.

#### *Comentarios*

Como en otros estudios consultados, en nuestro medio el mecanismo lesional más frecuente fue el accidente de tráfico. El traslado de estos pacientes fue en la mayor parte de los casos mediante vehículo medicalizado. Gracias a la mejoría en la atención prehospitalaria y hospitalaria, la morbimortalidad de estos pacientes ha descendido, siendo el tratamiento en la mayoría de los casos conservador.



## POSTERS

### PATOLOGÍA QUIRÚRGICA POR TRAUMATISMO BANAL: HEMATOMA DE OMENTO

#### AUTORES:

<sup>1</sup>Zevallos Delgado J, <sup>1</sup>Berenguel Martínez P., <sup>1</sup>Heredia Pareja F, <sup>1</sup>De Haro Ramírez N, <sup>2</sup>Cañabate Reche F, <sup>3</sup>García Espona MA,  
A.I.G Cuidados Críticos y Urgencias. EP Hospital de Poniente.  
A.I.G Pediatría. EP Hospital de Poniente.  
A.I.G Radiodiagnóstico. EP Hospital de Poniente.

19

#### INTRODUCCIÓN:

El hematoma de omento, es rara causa de abdomen agudo, donde entre sus desencadenantes figuran los traumatismos abdominales cerrados.

#### CASO CLÍNICO:

Varón de 4 años, peruano, sin antecedentes de interés que refirió caída accidental de escasa energía (golpeándose el abdomen con el apoyabrazos de la silla en domicilio hacía 48 horas). Desde entonces dolor abdominal, hiporexia y estreñimiento.

En la exploración sugiere: abdomen globuloso, timpánico, doloroso a palpación, sin presentar masas, con puñopercusión renal negativa.

Pruebas complementarias: hemograma (Hemoglobina: 12.8, Hematocrito 37.8), bioquímica, coagulación y orina sin hallazgos con radiología abdominal no significativa. Reexploramos al paciente; proseguía quejándose en fosa iliaca derecha con Blumberg dudosamente positivo, con lo cual se realizó Ecografía abdominal, que informó de: moderada cantidad de líquido libre intraabdominal en fosa iliaca derecha, fosa iliaca izquierda e hipogastrio; con una imagen de 76x40x18 milímetros en mesogastrio compatible con Hematoma del Omento/ Grasa Mesentérica postraumática.

Con dicho diagnóstico se remitió al Hospital de referencia para valoración por Cirugía Infantil y tratamiento si procedía, que resultó ser quirúrgico, confirmando el diagnóstico, con buena evolución posterior.

#### Discusión:

Frente a cualquier traumatismo abdominal sea cual sea su energía hay que estar atentos a la posibilidad de ser el desencadenante de abdomen agudo. El hematoma de omento es una rara causa de abdomen agudo en la cual no pensamos por su escasa frecuencia. Como exploraciones complementarias útiles en caso de sospecha clínica se ha citado la ecografía y la TAC, siendo necesaria la intervención quirúrgica para el diagnóstico de certeza.



## POSTERS

### HERNIA DIAFRAGMÁTICA DE PRESENTACIÓN TARDÍA

Fernández Elías, M ; Torres Amieva, A ; Parrilla Parrilla, JS ; Taguas-Casaño Corriente, M ; Alonso Salas, MT ; Loscertales Abril, M.

HIU Virgen del Rocío. UGC de Cuidados Críticos y Urgencias Pediátricas

#### FUNDAMENTO Y OBJETIVO :

Las hernias diafrágicas congénitas son contenido abdominal dentro de la cavidad torácica debido a un defecto en el diafragma por ausencia de cierre de los conductos pleuropericárdicos. Su incidencia es de 1/2000 a 1/5000 nacidos vivos y predomina en los varones . La presentación más frecuente es en el periodo de recién nacido , pero hasta un 5 al 25 % de manifiesta de forma tardía. Presentamos dos casos clínicos de ambas entidades de manifestación clínica tardía .

#### OBSERVACIONES CLÍNICAS :

*Caso 1:* Lactante varón de 9 meses que ingresa por dificultad respiratoria que empeora hace 3 días. Exploración física : polipnea , tiraje subcostal, intercostal y supraesternal moderado , quejido espiratorio . Tonos desplazados a la derecha, hipoventilación hemitórax izquierdo, sin ruidos patológicos. Saturación de oxígeno transcutáneo: 84-86 %. Hemograma bioquímica , PCR y gasometría venosa normales. Radiografía de tórax PA y L : Lesión ocupante de espacio en hemitórax izquierdo y formaciones quísticas que desplazan el mediastino hacia la derecha. Ecografía : Asas con contenido fecal, aire y peristaltismo , bazo desplazado hacia la línea media , desviación cardíaca derecha compatible con hernia de Bochdalek. Se le practicó toracoscopia diagnóstica y terapéutica .

*Caso 2 :* Lactante mujer de 2.5 meses que acude por dificultad respiratoria. Febrícula y menor apetito . Exploración física: tiraje subcostal y supraesternal , ruidos transmitidos de vías altas así como subcrepitantes y sibilancias bilaterales. Abdomen: Algo doloroso a la palpación . Buena respuesta a la adrenalina nebulizada . Saturación de oxígeno transcutáneo: 95-96%. Radiografía de tórax PA y L : Masa bien delimitada paracardiaca derecha y retroesternal inferior. Ecografía: Herniación anterior paramedial derecha , hernia de Morgagni de hígado. Se diagnostico de bronquiolitis con virus sincitial respiratorio positivo en aspirado nasofaríngeo, y una vez resuelto el proceso agudo se derivó a cirugía pediátrica para tratamiento .

#### CONCLUSIONES :

El diagnóstico de hernia diafrágica hay que tenerlo en cuenta ante una imagen radiológica de masa torácica , derrame pleural y/o hidroneumotórax en un paciente asintomático o con dificultad respiratoria .

La confirmación diagnóstica se debe realizar con una ecografía torácica y/o un TAC .

La detección precoz de esta patología llevará a un tratamiento precoz que evite complicaciones digestivas y/o respiratorias , así como evitar la realización de técnicas agresivas ( drenaje pleural , punción biopsia , ... )



## POSTERS

### APENDICITIS Y SUS COMPLICACIONES.

Primer Autor: Rezola Arcelus, Erika. Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Donostia. Donostia-San Sebastián.

Coautores: Hernández Dorronsoro, Unai. Arroabarren Aleman, Esozia. Muga Zuriarrain, Oihana. Landa Maya, José Julián. Eizaguirre Sexmilo, Ignacio.

*Introducción y objetivos:* La apendicitis aguda es la primera causa de intervención quirúrgica urgente en la edad pediátrica. Las complicaciones ocurren en el 25-30% de los casos, sobre todo en las apendicitis perforadas. El objetivo de esta revisión es describir la epidemiología, tratamiento y complicaciones graves de los casos de apendicitis aguda infantil registrados en nuestro centro.

*Metodología:* Revisión descriptiva retrospectiva de los casos de apendicitis aguda diagnosticados en el Servicio de Urgencias de Pediatría del Hospital Donostia entre enero 2001 y diciembre 2007, en la población infantil de edad inferior a 14 años, analizando el tipo de intervención y la incidencia de complicaciones graves (abscesos intraabdominales, oclusiones, hemorragias, abscesos intrahepáticos y complicaciones post-apendicectomía laparoscópica –PLAC-), sin contar con las infecciones de la herida quirúrgica.

*Resultados:* Durante el periodo mencionado, se practicaron 774 apendicectomías, 574 abiertas (74%) y 200 laparoscópicas (26%). La edad media al diagnóstico fue de 8.9 años, con una distribución por sexos de 448 niños (58%) y 326 niñas (42%). Tras la intervención, se obtuvieron un total de 496 apendicitis simples (64%), 230 perforadas (29,7%) y 48 blancas (6,2%). Se registraron 77 complicaciones graves (9,8%), encontrando 60 abscesos intraabdominales (7,7%), 6 oclusiones (0,8%), 4 hemorragias (0,5%), 1 absceso intrahepático (0,12%) y 6 PLAC (7,8%), asociadas a una infección intraabdominal sin formación de absceso. Sesenta de las complicaciones graves (78%), ocurrieron tras casos de peritonitis. La estancia media total fue de 5,07 días, reduciéndose a 2,79 días en los casos de apendicitis simples y aumentando a 10,08 días en la apendicitis perforadas.

#### *Conclusiones:*

1. La apendicitis aguda es la causa más frecuente de cirugía urgente en la edad escolar con leve predominio en varones.
2. El absceso intraabdominal es la complicación grave más frecuente.
3. El hallazgo de un apéndice perforado aumenta el riesgo de complicaciones post-operatorias (RR=8.8).
4. El diagnóstico precoz desde el servicio de urgencias es importante para no demorar el tratamiento, evitar la morbilidad grave y reducir la estancia hospitalaria.



## POSTERS

### TRATAMIENTO MÉDICO DEL PLASTRÓN Y/O ABSCESO APENDICULAR. NUESTRA EXPERIENCIA EN LOS ÚLTIMOS AÑOS.

Deulofeu Giralt J<sup>1</sup>, Benítez Fusté S<sup>1</sup>, Blanco Domínguez JA<sup>2</sup>, Isnard Planchar RM<sup>2</sup>, De Diego Suarez M<sup>2</sup>, Castellví Gil A<sup>2</sup>, Fàbrega Sabaté J<sup>1</sup>.

Unidad de Urgencias de Pediatría, Servicio de Pediatría<sup>1</sup> y Servicio de Cirugía Pediátrica<sup>2</sup>. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona, Barcelona. Universitat Autònoma de Barcelona.

**Objetivos:** La apendicitis es la patología quirúrgica más frecuente en las urgencias de pediatría. En algunos casos, sobretodo debido a un retraso diagnóstico, su forma de presentación es con un absceso y/o plastrón apendicular. En estos casos, la apendicectomía en fase aguda se relaciona con múltiples complicaciones postquirúrgicas y estancias hospitalarias largas, por lo que múltiples autores abogan por un tratamiento antibiótico inicial ± la realización de la apendicectomía en un segundo tiempo de forma diferida. Se pretende revisar los casos tratados mediante esta pauta en nuestro centro para valorar su eficacia.

**Material y Métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de todos los casos de apendicitis diagnosticados de plastrón apendicular y/o absceso apendicular en los que se efectuó un tratamiento médico inicial entre el 01/01/04 y 31/10/07. Se recogen variables epidemiológicas, clínicas, analíticas, pruebas de imagen, tratamiento empleado y evolución posterior.

**Resultados:** En los 34 meses de estudio se trataron 192 procesos apendiculares, de los que 11 fueron diagnosticados de plastrón apendicular y se optó por un tratamiento médico (5'7%). La edad media es de 6'9 ± 4'6 años (2-15 años), aunque el 64% de los casos tenía ≤ 7 años, con ligero predominio del sexo masculino (55% vs 45%). La media de días de evolución hasta el diagnóstico fue de 5'9 ± 3'8 días (1-12 días), con un diagnóstico inicial de gastroenteritis en el 64%. Todos los pacientes presentaban leucocitosis (18985 ± 4698 x10<sup>9</sup>/L) y elevación de la proteína C reactiva (media 239 mg/L, rango 95-858 mg/L). En el 91% de los casos el diagnóstico se confirmó por ecografía, y en 2 casos se realizó tomografía computerizada, uno para confirmación diagnóstica, y otro para mejor valoración de múltiples abscesos intraabdominales. En 3 casos se requirió drenajes quirúrgicos a las 24 horas de iniciar el tratamiento antibiótico (27%), dos abscesos de Douglas y otro caso con múltiples abscesos intrabdominales. La pauta antibiótica fue amoxicilina-clavulánico y gentamicina en 7 casos y ampicilina, amikacina y metronidazol en los 4 restantes, con una duración media del tratamiento de 9'3 ± 2'4 días. Sólo en un caso se requirió nutrición parenteral. Se procedió a una apendicetomía en segundo tiempo por laparoscopia en todos los casos con una demora media de 143 ± 83 días y una estancia hospitalaria de 1'3 días. El diagnóstico anatomopatológico fue de fibrosis con obliteración de la luz en 8 casos (73%), 2 signos inflamatorios inespecíficos (18%), y en el caso restante se encontró el apéndice amputado. En ningún caso se presentaron complicaciones hasta la intervención definitiva.

**Conclusiones:** El diagnóstico de plastrón y/o absceso apendicular es más frecuente en niños pequeños, por la mayor inexpresividad clínica. En los casos que presenten un aceptable estado general sin oclusión intestinal una opción es realizar un tratamiento médico antibiótico, que resuelve el cuadro agudo, y posteriormente realizar la apendicectomía por vía laparoscópica. En algunas ocasiones, asociado al tratamiento médico, se debe actuar quirúrgicamente para drenar posibles abscesos, de localización no apendicular, para mejorar el estado del paciente y la eficacia del tratamiento antibiótico.



## POSTERS

### APENDICITIS. UTILIDAD DE LA ECOGRAFÍA ABDOMINAL EN URGENCIAS

Autores: Molinos Quintana A., Morillo Gutiérrez B., Tuduri Limousín I., Sánchez Ganfornina I., Alonso Salas MT., Loscertales Abril M.

Centro de trabajo: Hospital Infantil “Hospitales universitarios Virgen del Rocío”

23

#### *Objetivos*

La apendicitis aguda es la principal causa de abdomen agudo en la infancia. Éste, generalmente grave, requiere una decisión rápida respecto al tratamiento, sea conservador o quirúrgico. Para el apoyo en dicha decisión encontramos escalas que incluyen datos clínicos, analíticos y ecográficos.

Nuestro objetivo es definir el uso actual de la ecografía abdominal en un Servicio de Urgencias como prueba relevante en los casos de sospecha de apendicitis aguda.

#### *Metodología*

Estudio retrospectivo entre Octubre de 2005 y Diciembre de 2007 de 76 pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias de nuestro hospital con sospecha de apendicitis aguda y que requirieron valoración ecográfica previa a la intervención quirúrgica.

Se analizan los resultados y se comparan con el diagnóstico de certeza obtenido mediante el estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica.

#### *Resultados*

De los 59 casos válidos, se comprueban 53 casos de apendicitis por anatomía patológica. Los hallazgos ecográficos fueron compatibles en 43 pacientes. Tras el análisis obtenemos una sensibilidad y especificidad del 75% y 50% respectivamente con un valor predictivo positivo de 93% y un valor predictivo negativo de la ecografía del 18%. Los hallazgos ecográficos son muy variables debido a la subjetividad del observador.

#### *Conclusiones*

- La toma de decisiones en el Servicio de Urgencias respecto a la apendicitis aguda continúa siendo eminentemente clínica.
- La ecografía presenta un bajo valor predictivo negativo. Coinciden nuestros datos con los estudios previos.
- Es llamativa la inexistencia de sistematización de los hallazgos compatibles con apendicitis.



## POSTERS

### INVAGINACIÓN INTESTINAL EN URGENCIAS: REVISIÓN DE LA CASUÍSTICA EN LOS ÚLTIMOS 16 AÑOS

Ibars Valverde Zaira, Bringué Espuny Xavier, Puig Palau Albana, Morales Bara Imma, Pociello Almiñana Neus, Fernandez Rodríguez Anna

Hospital Arnau de Vilanova. Servicio de Pediatría. Lleida

#### INTRODUCCIÓN:

La invaginación intestinal es la causa más frecuente de obstrucción intestinal entre los 3 meses y 6 años de edad. Su clínica es altamente conocida pero aunque su incidencia parece haber disminuido debemos tenerla siempre presente en los servicios de urgencias ya que su diagnóstico y tratamiento precoz repercuten de manera directa en su resolución.

#### OBJETIVO:

Describir las características clínicas de las invaginaciones intestinales. Comprobar la evolución de su incidencia en nuestro medio

#### MATERIAL Y MÉTODO:

Se realiza un estudio retrospectivo que incluye los pacientes menores de 14 años diagnosticados de invaginación intestinal atendidos en el servicio de urgencias de Pediatría del Hospital Arnau de Vilanova de Lleida, en el período comprendido entre enero de 1991 y diciembre de 2006.

#### RESULTADOS:

Se revisan 31 historias clínicas. Entre 1991 y 2000 se diagnosticaron 25 casos mientras que en los últimos 8 años se han detectado 6. El 3.2% asistían a guardería, el 19.4% con ambiente epidémico positivo en forma de gastroenteritis o cuadro catarral. El 41.9% realizaron lactancia artificial. Estacionalidad preferente en primavera y otoño. La edad media es de 10 meses (DE=7.2) (desde 2 hasta 30 meses) con predominio por el sexo masculino (61.3%) y tiempo medio de evolución clínica de 25.7 horas. Entre los principales motivos de consulta destacan: crisis de llanto (77.4%), vómitos (67.7%), irritabilidad (51,6%), rechazo de la ingesta (41,9%) y crisis de hipotonía (19.4%), enteritis (19.4%), fiebre (6.5%), sudoración (6.5%), dolor abdominal (3.2%) y cuadro catarral (3.2%). En la exploración física destaca la afectación del estado general (48.4%), dolor a la palpación abdominal (45.2%), masa abdominal (29%), distensión abdominal (9.7%) y clínica respiratoria (6.5%). Únicamente 5 casos presentaron conjuntamente la tríada clínica de vómitos, crisis de llanto y rectorragia, tres de los cuales con palpación de masa abdominal.

Se realizó radiografía de abdomen al 83.9% de los casos siendo sugestiva en el 71%, ecografía abdominal al 77.4% siendo diagnóstica en el 67.7% y enema opaco en el 87,1% que determinó imagen de invaginación en todos los casos.

#### CONCLUSIONES:

1-En nuestro centro hemos detectado un descenso de la incidencia de esta patología en edad pediátrica en los últimos años.

2-En nuestra casuística la forma clínica clásica completa se presenta excepcionalmente por lo que debemos tener presente su diagnóstico ante un paciente que presente, crisis de llanto, vómitos, irritabilidad, masa abdominal o dolor a la palpación abdominal.

3- La ecografía abdominal fue diagnóstica en la gran mayoría de casos. La realización de un enema intestinal nos confirmará el diagnóstico y en la mayoría de casos será su tratamiento.



## POSTERS

### INVAGINACIÓN INTESTINAL CORTA EVOLUCIÓN FACIL RESOLUCIÓN

Quintana Río, Elena<sup>(1)</sup>; Balsera Baños, Beatriz<sup>(1)</sup>; Garriga Farriol, Victòria<sup>(2)</sup>; Marín Aznar, Anna<sup>(2)</sup>; Codina Puig, Xavier<sup>(1)</sup>; Català Puigbó, Margarida<sup>(1)</sup>.  
Servicios de Pediatría<sup>(1)</sup> y Diagnóstico por la imagen<sup>(2)</sup>. Hospital General de Granollers.

#### *Introducción*

Las consultas a urgencias con un proceso de corta evolución suele dificultar el diagnóstico. Sin embargo, en las invaginaciones intestinales (II), el diagnóstico en una fase inicial, aún sin la sintomatología clásica, ha mejorado y facilitado el tratamiento. El manejo depende de la disponibilidad de medios de cada hospital y en nuestro caso hemos adaptado la guía de actuación para su atención sin cirugía infantil. Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento con neumoenema en pacientes con diagnóstico de II con pocas horas de evolución.

#### *Objetivo*

- 1.-Analizar las características clínicas de los pacientes con invaginación intestinal de evolución inferior a 24 horas.
- 2.-Evaluar la efectividad y seguridad de la reducción mediante neumoenema en estos pacientes

#### *Material y métodos*

Estudio retrospectivo de las características clínicas de los pacientes con II, sometidos a desinvaginación mediante neumoenema en el periodo 1996-2007. Se realiza neumoenema por el radiólogo con limitación de presión a 120 mm. de Hg., bajo control radioscópico, con un máximo de 3 intentos de 3 minutos, bajo la supervisión pediátrica. Se analizan la efectividad del tratamiento y las complicaciones.

#### *Resultados*

Se recogen 21 pacientes con edad media de 10.2 meses; de sexo masculino 16 (76 %) y con media de 5.7 horas de evolución. Las principales características clínicas han sido el inicio brusco de la sintomatología (20), palidez (20), irritabilidad (19), vómitos (8), clínica pseudoneurológica (11) y rectorragia (2). En la exploración física destaca la "asimetría" en la palpación abdominal (17). La ecografía demuestra una invaginación íleo-cólica en 20 casos e íleo-íleo-cólica en 1; adenopatías mesentéricas en 8. Todas se catalogan de idiopáticas dado que no hay evidencia ecográfica de patología orgánica. El neumoenema ha sido efectivo en 19 casos (90,5%); 1 requiere enema de bario y 1 precisa intervención quirúrgica. No se han presentado complicaciones ni reinvasinaciones.

#### *Conclusiones*

Las edades de los pacientes y el predominio del sexo masculino son similares a la mayoría de revisiones. El inicio brusco de la sintomatología, la irritabilidad y palidez son las claves para un diagnóstico precoz. La rectorragia (heces en jarabe de grosella) es un signo patognomónico pero tardío por lo que su ausencia no descarta la invaginación. La desinvaginación con neumoenema, en pacientes poco evolucionados es segura y muy eficaz. La carencia de cirujano infantil no debe retrasar el intento de reducción con neumonema en los pacientes menores de 2 años, con corta evolución.



## POSTERS

### TÉCNICAS DE REDUCCIÓN Y RESULTADOS EN LA INVAGINACIÓN INTESTINAL

Montero Valladares C, Alonso Salas MT, Sánchez Álvarez MJ, Loscertales Abril M.  
Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Infantil Virgen del Rocío de Sevilla.

26

#### Introducción.

La invaginación intestinal es la causa más frecuente de obstrucción intestinal en el lactante, que requiere diagnóstico y manejo urgentes, y cuyo pronóstico va a depender del tiempo transcurrido entre el inicio del cuadro y su resolución.

#### Objetivos:

Determinar si existe asociación con antecedentes víricos o vacunales y analizar si los resultados difieren según la técnica de reducción retrógrada utilizada y el tiempo transcurrido.

#### Metodología:

Estudio descriptivo, retrospectivo mediante revisión de historias de niños ingresados en observación desde Abril 2007 a Enero 2008 diagnosticados de invaginación intestinal. Se describen las siguientes variables: edad, sexo, antecedentes, tiempo de evolución, recurrencia, técnica de reducción retrógrada utilizada, y resultados.

#### Resultados:

20 episodios en 15 niños, 9 varones y 6 mujeres, 3 niños con recurrencia: 2 episodios en 2 casos y 4 episodios en 1 caso. La edad media fue de 18.8 meses (5-23 meses) y el tiempo de evolución de 15.25 horas (1-72 horas). Sólo en 1 caso se constató virasis previa. Tiempo medio hasta el diagnóstico. En cuatro casos la resolución fue espontánea. En el resto, independientemente del tiempo de evolución, se intentó la reducción retrógrada mediante enema de bario (10 casos) o suero guiado con ecografía (5 casos) resolviéndose en el 100% de los casos. Sólo en 1 caso se utilizó neumoenema requiriendo cirugía posteriormente por no resolución y antecedentes de recurrencia con cirugía previa.

#### Conclusiones:

No se constató relación con antecedentes de virasis ni de vacunaciones previas.

La reducción con enema, independientemente del tiempo de evolución, muestra en nuestra serie un resultado satisfactorio.



## POSTERS

### ESCASA REACTIVIDAD COMO SÍNTOMA DE UNA INVAGINACIÓN

La Orden Izquierdo, Enrique; Martín Pelegrina, María Dolores; Prados Álvarez, María; Cuadrado Pérez, Irene; Gutiérrez Díez, María Pilar, Ramos Amador, Jose Tomás  
Servicio de Pediatría. Hospital universitario de Getafe, Madrid.

#### Objetivos :

La invaginación intestinal es una causa frecuente de abdomen agudo y obstrucción intestinal entre los 3 meses y los 6 años de edad. Suele cursar como episodios de dolor abdominal cólico paroxístico intenso repetido a intervalos frecuentes. Síntomas como letargia y alteración del nivel de consciencia pueden preceder a estos síntomas. El diagnóstico de invaginación intestinal debe tenerse en cuenta en pacientes que presentan inexplicables alteraciones de su estado mental sin signos de focalidad neurológica.

#### Caso clínico

Varón de 2 años que acude al servicio de urgencias por episodio de cefalea y vómito junto con decaimiento e hipotonía muscular tras rechazo de una toma, sin pérdida de conocimiento, de segundos de duración, con buena recuperación posterior, quedando pálido y sudoroso. No signos de focalidad neurológica. No refiere ingesta de medicamentos. Afebril. No otro síntoma asociado. Exploración Física: T<sup>a</sup>36°C. Peso: 13,6Kg. TA: 114/60. FC: 91lpm. SatO<sub>2</sub>: 100% con FiO<sub>2</sub> ambiental. Palidez mucocutánea con buena hidratación. Resto de la exploración neurológica y por aparatos normal salvo escasa reactividad. Pruebas complementarias: HG: Leucocitos 14300 (S69%, L23%, M6%, E2%) Hb 10,9, VCM 73, Plaquetas 412000. EAB: ph 7,37, pCO<sub>2</sub> 44, Bic. 26. BQ: Glu 90, Cr 0,4, Na<sup>+</sup>139, K<sup>+</sup>3,8, PCR: 0,4, GOT 33, GPT 24. . TAC Craneal: sin alteraciones. Tóxicos en Orina: negativos. Punción Lumbar: 0 células. Evolución: Durante su observación en Urgencias presenta 4 vómitos y tendencia al sueño manteniéndose afebril en todo momento. Se realiza ecografía abdominal: invaginación ileo-ileal, remitiéndose a Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital de referencia, en el que se repite la ecografía no encontrando entonces signos de dicha invaginación pero sí varias adenopatías mesentéricas.

#### Conclusión:

- La invaginación intestinal pueden cursar con sintomatología neurológica en la población pediátrica. Ante inexplicables alteraciones del nivel de consciencia sin signos de focalidad neurológica debemos considerar los cuadros abdominales dentro de nuestro diagnóstico diferencial.
- La ecografía es una técnica diagnóstica poco invasiva que puede ayudar en el diagnóstico diferencial de cuadros de abdomen agudo con sintomatología neurológica inexplicada en niños pequeños.



## POSTERS

### CAUSAS DE DOLOR TESTICULAR EN URGENCIAS

#### *Primer autor*

Quevedo Sánchez, Eduardo. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

28

Ayerza Casas, Ariadna; Delgado Bueno, Ana; Collado Hernández Maria Pilar; Fleta Zaragozano, Jesús; Ventura Faci, Purificación.

#### *Objetivos*

Conocer la incidencia de niños con dolor testicular que consultan en urgencias, así como su etiología más frecuente.

#### *Material y métodos*

Se recogieron todos los casos de niños atendidos en el servicio de urgencias de nuestro hospital por presentar dolor testicular agudo desde el 1 de enero del 2005 hasta el 31 de diciembre del mismo año.

#### *Resultados*

Se atendieron 31 niños que aquejaban dolor testicular como síntoma principal de los 14752 atendidos en urgencias (0,21%). La media de edad fue de 6 años. El diagnóstico más frecuente (29%) fue el de dolor inespecífico seguido de torsión de hidátide (25,8%); le siguieron en frecuencia torsión testicular (13%), hidrocele, traumatismo, orquiepididimitis y edema. Todos los casos de torsión testicular evolucionaron favorablemente tras intervención quirúrgica siendo los únicos que requirieron ingreso hospitalario. Se realizó ecografía testicular para confirmar el diagnóstico en 2 de los casos (6,4%), pudiendo llegar al diagnóstico final por anamnesis y exploración física en el resto.

#### *Conclusiones*

El dolor testicular es una causa relativamente frecuente de consulta en urgencias y los síntomas pueden ser similares independientemente de la causa del mismo. Una evaluación médica rápida es importante para descartar una torsión testicular, que requeriría intervención quirúrgica urgente para evitar complicaciones graves como la necrosis. El diagnóstico en la gran mayoría de los casos es clínico, pudiendo recurrir a pruebas complementarias o cirugía exploradora en casos de duda.



## POSTERS

### TORSION TESTICULAR

#### RESOLUCIÓN MEDIANTE DETORSION MANUAL POR EL PEDIATRA DE URGENCIAS

Codina Puig, Xavier<sup>(1)</sup>; Garriga Farriol, Victòria<sup>(2)</sup>; Coll Sibina, M<sup>a</sup> Teresa<sup>(1)</sup>; Masiques Mas, M<sup>a</sup> Lluïsa<sup>(1)</sup>; Balseira Baños, Beatriz<sup>(1)</sup>; Catala Puigbó, Margarida<sup>(1)</sup>.  
Servicios de Pediatría<sup>(1)</sup> y Diagnóstico por la imagen<sup>(2)</sup>. Hospital General de Granollers.

#### *Introducción*

La torsión testicular (TT) constituye una verdadera urgencia y su abordaje depende, en ocasiones, de la disponibilidad de radiólogo, urólogo o cirujano infantil. Creemos que el pediatra de urgencias debería poder diagnosticar y tratar sin demora la TT con la maniobra de detorsión manual. Hemos creído de interés presentar nuestra experiencia.

#### *Material y métodos*

A los pacientes con diagnóstico clínico de torsión testicular se les realiza ecografía Doppler color para confirmación del diagnóstico. Se practica desrotación manual del testículo y se comprueba clínica y ecográficamente su resolución. Se analizan las características clínicas y ecográficas de estos pacientes.

#### *Resultados*

Se recogen 5 pacientes adolescentes de entre 12 y 17 años. No refieren antecedente traumático y el cuadro se inicia en todos mientras dormían. Presentan un dolor intenso localizado en el testículo afecto salvo en un caso, que induce a un error inicial, en que el dolor es referido al comienzo únicamente al abdomen. La consulta la realizan antes de transcurridas 2 horas del inicio de los síntomas. La exploración muestra en todos un reflejo cremastérico abolido, un testículo ascendido y horizontalizado y dolor a la palpación. Se 4 casos se afecta el testículo derecho. La eco Doppler color confirma el diagnóstico clínico en todos mostrando una ausencia de perfusión y visualizándose la imagen de "nudo" del cordón espermático característica. La maniobra de desrotación, realizada por el pediatra, se hace rotando el testículo hacia fuera (en sentido antihorario en las torsiones del testículo derecho y horario en el izquierdo). La mejoría clínica y ecográfica, que es inmediata, confirman la resolución. La evolución ha sido favorable en todos realizándose una posterior orquidopexia en uno de ellos.

#### *Comentarios*

La sintomatología de la TT y la exploración física han permitido el diagnóstico con una concordancia total entre la sospecha clínica y el diagnóstico ecográfico.

La detorsión manual no quirúrgica ha sido exitosa en todos los casos.

La detorsión manual no quirúrgica de la TT debería ser considerada la primera opción terapéutica y formar parte de las habilidades del pediatra de urgencias.

La carencia de ecografía Doppler-color, cirujano o urólogo no debería retrasar el intento de detorsión no quirúrgica.

La exploración testicular y del canal inguinal debería formar parte de la exploración rutinaria ante toda abdominalgia.



## POSTERS

### ESCROTO AGUDO EN URGENCIAS: REVISIÓN DE NUESTRA CASUÍSTICA

Castillo Serrano, Ana; Sorlí García, Moisés; Doyle Sánchez, María; Sotoca Fernandez, Jorge Victor; Correas Sánchez, Ana; Terrasa Nebot, María  
Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

30

**Introducción:** El escroto agudo es una patología relativamente frecuente en Urgencias. A pesar de que la torsión testicular represente un pequeño porcentaje de estos casos, las consecuencias del retraso en el diagnóstico obligan a una valoración urgente de todos ellos.

**Objetivos:** Establecer la frecuencia de las diferentes patologías del síndrome escrotal agudo, características de los pacientes y manejo desde Urgencias.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de niños menores de 14 años que acudieron a Urgencias con clínica de escroto agudo desde 01/01/2006 hasta el 31/12/2007. Se analizan las variables edad, teste afecto, tiempo de evolución, realización de ecografía, sedimento de orina o urocultivo, derivación a cirugía pediátrica o urología, ingreso y necesidad de intervención quirúrgica. Los pacientes se dividieron en 5 grupos de edad: <12 m. (1), 1-3 a. (2), 4-6 a. (3), 7-9 a. (4) y >10 a. (5).

**Resultados:** Se registraron 136 varones con clínica de escroto agudo durante el periodo estudiado (0.46% del total de urgencias). La distribución por grupos diagnósticos fue la siguiente: un 3.6% se clasificaron como torsiones testiculares, un 10.4% como torsiones de hidátide, un 31.9% como epididimitis, un 25.9% como hidrocele, un 4.4% como traumatismos y un 15.6% de los casos se etiquetaron de dolor testicular inespecífico. La edad media fue 7 años y 11 meses, siendo la mitad de los pacientes atendidos >10 años (n=68). En los grupos 1, 2 y 3 el diagnóstico más frecuente fue hidrocele. En los grupos 4 y 5, epididimitis. La edad media en las torsiones de hidátide fue 8 años y 11 meses, mientras que en las torsiones de teste resultó de 12 años y 9 meses. La localización fue en el testículo derecho en un 57% de los casos, predominio a expensas de torsiones de teste e hidroceles. El tiempo medio de evolución en las torsiones de teste fue de 8 horas hasta la cirugía.

Dentro de las exploraciones complementarias, hasta a un 54% de los pacientes se le realizó eco-doppler en Urgencias, y a un 17% sedimento de orina o urocultivo. Un 43.8% de las ecografías se informaron como diagnósticas de epididimitis. Se realizó ecografía testicular en 2 de las 4 torsiones de teste, y en 11 de las 14 torsiones de hidátide. En el 41.8% de las epididimitis se recogió sedimento o urocultivo, que fueron positivos en el 16.7% de los casos.

Analizando los datos de hospitalización, fueron ingresados un 16.8% de pacientes >10 años, un 24.4% de los <7 años y un 18.5% de los pacientes entre 7 y 10 años. Ingresaron todas las torsiones de teste y un 28.6% (n=4) de las torsiones de hidátide, requiriendo 3 de estas últimas actitud quirúrgica por dudas diagnósticas o mala evolución. Del total de casos de escroto agudo registrados, un 15.4% requirieron cirugía como actitud final.

Se derivaron para seguimiento en consultas externas 67 pacientes. Los motivos de derivación a consulta de Cirugía Pediátrica fueron hidrocele y epididimitis (65.8% entre ambas). Todas las torsiones de teste y un 34.6% de las epididimitis se remitieron a la consulta externa de Urología, perteneciendo la mayoría de estos pacientes al grupo 5 de edad.

**Conclusiones:** 1/ Relevancia del escroto agudo como patología urgente en niños mayores de 10 años. 2/ Afectación preferente de teste derecho en torsiones e hidrocele; indiferente en casos de epididimitis. 3/ Sobreestimación del número de epididimitis en detrimento de las torsiones de hidátide al realizar el diagnóstico mediante eco-doppler (aumento de flujo epididimario en ambos casos). 4/ Consumo importante de recursos en forma de exploraciones complementarias y derivación a atención especializada.



## POSTERS

### CARDIOPATAS EN LA URGENCIA PEDIATRICA.

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

31

#### Objetivos

Conocer la frecuencia y las características de la patología urgente de niños cardiopatas, así como el manejo en urgencias.

#### Métodos

Estudio descriptivo-retrospectivo de niños con cardiopatía que acudieron a Urgencias entre junio 2007 y enero 2008.

Se recogió: tipo de cardiopatía y tratamiento recibido, motivo de consulta, prioridad en triage, tiempo en ser atendidos y de permanencia en urgencias, exploraciones complementarias, diagnóstico final, necesidad de contactar con cardiólogo de alerta e ingreso.

#### Resultados

En un período de 6 meses acudieron 98 niños con edad media de 37 meses (56 % varones). El 94% tenía una cardiopatía congénita. Un 26,5% no habían sido sometidos a cirugía, al 23,5% se les había practicado cirugía paliativa y al 44,9% correctora. El 87.4% de los pacientes fueron clasificados según el sistema de triage canadiense ( 5 prioridades), en prioridades 2 o 3. El tiempo medio en ser atendidos fue de 7,6 minutos. El motivo de consulta más frecuente fue la fiebre (33,7%). En 23.5% se realizaron varias pruebas complementarias y en el 27.6% ninguna. En el 28,6% de los casos se contactó con el cardiólogo de alerta.

El 29,6% ingresaron, aunque sólo un 7,1% presentó patología relacionada con su cardiopatía.

#### Conclusiones

- El principal motivo de consulta de los pacientes con cardiopatía es la fiebre .
- La mayoría presenta patología no relacionada con su cardiopatía.
- El manejo en urgencias de estos pacientes es similar al de otros niños.
- Hay menor número de interconsultas al cardiólogo con respecto a estudios previos.



## POSTERS

### DIAGNOSTICO DE DISFUNCION VALVULAR. VALOR PREDICTIVO DE LOS DE LOS SIGNOS CLINICOS

Muñoz Santanach, D. Trenchs Sainz de la Maza, V. Curcoy Barcenilla, A.I. Navarro Balbuena, R.\* Luaces Cubells, C.

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

*Introducción:* Los pacientes portadores de válvula de derivación de LCR (VDL) presentan como complicación potencial una posible disfunción de dicha válvula. La forma de presentación clínica de dicha complicación es muy variada por que se generan en muchas ocasiones dudas diagnosticas y de indicación de pruebas de neuroimagen.

*Objetivo:* 1. Describir los signos y síntomas clínicos sugestivos de un cuadro de disfunción valvular. 2. Analizar cuales de éstos signos y síntomas poseen un mayor valor predictivo en relación al diagnostico confirmado de disfunción valvular.

*Material y Métodos:* Estudio retrospectivo de la sintomatología clínica de presentación en urgencias de los pacientes a los que se les colocó una válvula de derivación de LCR entre enero de 2000 y diciembre de 2007 y que han acudido por clínica sugestiva de disfunción valvular, seleccionando, en cada caso, la primera consulta por este motivo. Se define disfunción valvular cuando la revisión neuroquirúrgica confirma su mal funcionamiento ya sea por causa mecánica o infecciosa.

*Resultados:* En el periodo de estudio se colocó una VDL a 186 pacientes, 99 (53.2%) consultaron a urgencias, en 33 se confirmó disfunción valvular (87.9% mecánica; 12.1% infecciosa) y en 66 se descartó. No se hallaron diferencias en la edad (mediana 2.2, p25-75 0.9-5.5 años;  $P = 0.2$ ) y sexo (53.5% varones;  $P = 0.8$ ) entre los dos grupos. El 96% de las VDL eran ventrículo peritoneales y las causas más frecuentes de su colocación: hidrocefalia congénita (31.2%), tumor SNC (23.2%) y hemorragia intraventricular secundaria a prematuridad (22.2%). Los motivos de consulta más frecuentes fueron: vómitos (50.5%), fiebre (28.2%), cefalea (24.2%), somnolencia (22.2%), irritabilidad (23.2%), convulsiones (16.2%) y dolor o tumefacción del trayecto (13.3%). El análisis univariante de los signos y síntomas reveló que la irritabilidad (odds ratio 3.2; IC 95%, 1.4-9.6;  $P = 0,07$ ) y la somnolencia (odds ratio 7.0; IC95% 2.4-19.8;  $P < 0.001$ ) eran datos significativos para predecir disfunción; en ninguna de las demás variables se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos. Se observó que entre las disfunciones, las de causa infecciosa se presentaron con un tiempo de evolución menor desde la colocación de la VDL que las de causa mecánica (mediana 2 vs 9.5 meses;  $P = 0.01$ )

*Conclusiones:* Las diferencias clínicas entre los pacientes afectos o no de disfunción valvular son, en muchas ocasiones, sutiles e inespecíficas por lo que es prudente un seguimiento cercano de su evolución. La presencia y persistencia de irritabilidad y somnolencia son los signos que muestran un mayor valor predictivo para el diagnostico final de disfunción valvular.



## POSTERS

### DOLOR ABDOMINAL AGUDO, OTRA FORMA DE PRESENTACIÓN DE COARTACIÓN DE AORTA

Tejero Hernández, M<sup>ª</sup>Angeles; Gómez Guzmán, Elena; Mata Rodriguez, Cristina.  
Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Regional Universitario Reina Sofía. Córdoba.

33

#### FUNDAMENTOS Y OBJETIVOS

- La isquemia intestinal como causa de dolor abdominal no es frecuente en el niño, sin embargo no es un síntoma raro en los portadores de coartación de aorta.
- Puede presentarse como un cuadro de abdomen agudo e incluso simular apendicitis lo que va a obligar a la realización de múltiples pruebas diagnósticas, tratamientos e incluso intervenciones quirúrgicas con el consecuente riesgo.
- La medición de la tensión arterial (TA) en los diferentes miembros nos orientará en el diagnóstico y tratamiento de estos niños.

#### CASO CLÍNICO

Paciente de 10 años que consulta por dolor abdominal intenso localizado en mesogastrio de 24 horas de evolución sin otros síntomas asociados.

*Antecedentes personales:* Desde hacia 2 años había consultado en múltiples ocasiones por dolor abdominal recurrente, acompañado a veces de cefalea, sin relación con las comidas ni otras circunstancias. Se diagnosticó de gastroenteritis, estreñimiento e intestino irritable sin respuesta completa al tratamiento analgésico ni dietético en ninguna ocasión. Hipertensión arterial detectada de forma casual hacia 1 año sin tratamiento. *Antecedentes familiares* sin interés.

*Exploración:* BEG, BH y P. TA en miembro superior derecho (MSD) 155/ 85 mmHg. TA en MSI 145/94 mmHg. TA en MID 114/81 mmHg. TA en MII: 114/81 mmHg. ACR: soplo sistólico II/IV. Buena ventilación bilateral. Abdomen: blando y depresible. Blumberg (-) No signos de peritonismo. Pulsos femorales débiles.

Ante la sospecha de coartación de aorta se decide solicitar estudio cardiológico confirmándose el diagnóstico mediante Ecocardiograma, Doppler y TAC multicorte. Presentaba hipertrofia del ventrículo izquierdo con función normal y coartación de aorta en zona posterior a la subclavia izquierda con paso filiforme a su través.

*Tratamiento:* Se inició tratamiento con propranolol controlándose las cifras tensionales progresivamente y desapareciendo la sintomatología abdominal y la cefalea. Posteriormente se realizó corrección percutánea con implantación de un stent en la zona de la coartación con buena evolución. En la actualidad se mantiene sin síntomas y continúa con tratamiento antihipertensivo.

#### COMENTARIOS:

- La coartación de aorta es una entidad que puede cursar asintomática en la infancia, pasando desapercibida en ocasiones hasta la edad adulta.
- Los síntomas de angina intestinal, se van a instaurar progresivamente pudiendo, en ocasiones, debutar como cuadros de abdomen agudo ó dolor abdominal intratable.
- La medición de la tensión arterial es una prueba inocua, fácil y poco costosa que nos es de gran utilidad orientando el diagnóstico de estos pacientes.
- El tratamiento antihipertensivo resolverá los síntomas de forma eficaz evitando pruebas, medidas y tratamientos innecesarios así como los riesgos para la salud y costes económicos derivados de estos.



## POSTERS

### DOLOR TORÁCICO: NUESTRA CASUÍSTICA

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

34

**Objetivos:** El dolor torácico es un síntoma poco frecuente en la infancia, reflejo de un proceso benigno y autolimitado, aunque en ocasiones puede presentarse de forma recurrente interfiriendo en la actividad cotidiana de paciente.

El objetivo de este estudio es conocer las características de los niños que acuden a Urgencias Infantil de nuestro centro por dolor torácico, así como su manejo y necesidad de utilización de exploraciones complementarias.

**Métodos:** Estudio prospectivo de los niños atendidos por dolor torácico en la Sección de Urgencias de Pediatría de nuestro centro entre el 15 Octubre 2007 al 31 Enero 2008. Se recogieron datos de edad y sexo, antecedentes personales, tiempo de evolución, horario de consulta, resultado de ECG y radiografía torácica realizados a todos los niños, tratamiento administrado y diagnóstico final. Los datos fueron exportados al programa SPSS para Windows versión 13.0.

**Resultados:** En el periodo de estudio se atendieron un total de 19645 niños menores de 11 años, de los cuales 54 (0,27%) tuvieron como motivo de consulta dolor torácico. Edad de  $7,31 \pm 1,93$  años (46,3% mayores de 8 años). El 38,9% de los casos consultaron por la tarde y el 33,3% por la noche. El tiempo de evolución fue de 12,3 h (rango 1-168), siendo menor de 10 horas de evolución en el 74% de los casos. En 24 pacientes (44,4%) existían antecedentes personales de interés: asmáticos (9), dolor con ejercicio (7), psíquicos (5), traumático (1), cardiopatía (1), reflujo gastroesofágico (1). Sintomatología asociada en el 22,2% de los casos, generalmente dolor en otra localización. Desencadenante asociado en el 16,3% (2/3 de los cuales desencadenados por ejercicio). En el 87% de los casos la exploración física fue normal, soplo de características funcional en 5 casos, sibilantes en 1 caso y dolor a la movilización en 1 caso. Se realizó estudio ECG y radiología de tórax en todos los casos. No se encontró alteración electrocardiográfica en ningún caso y alteración radiológica en 5 casos. El diagnóstico más frecuente fue el de dolor idiopático (26), musculoesquelético (11), gastrointestinal (7), psicógeno (2). Alta la totalidad de los niños, precisando tratamiento el 49,1% de ellos.

**Conclusiones:** El dolor torácico es un motivo de consulta poco frecuente en nuestra Sección de Urgencias (0,27%) con cifras similares a otros estudios (0,25-0,60%). Afecta por igual a ambos sexos y con mayor frecuencia a mayores de 8 años. El diagnóstico más frecuente, como en la mayoría de estudios, es el idiopático o musculoesquelético. Las exploraciones complementarias en casos de ausencia de alteración en la exploración física se han demostrado claramente innecesarias por la ausencia de hallazgos.



## POSTERS

### EL SÍNCOPE EN URGENCIAS. REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DE NUESTRO PROTOCOLO.

Clavero Montañés, Nuria. Olloqui Escalona, Aranzazu. Gimenez López, Virginia. Monge Galindo, Lorena. Garcia Jimenez, M.C. Campos Calleja, Carmen.  
Servicio de urgencias pediátricas. Hospital Miguel servet. Zaragoza.

35

*Introducción:* La protocolización en urgencias pediátricas tiene como objetivo consensuar , unificar criterios de actuación y optimizar la práctica asistencial. Los protocolos deben presentar criterios de evaluación e indicadores para evaluar su cumplimiento.

El síncope es una patología frecuente, generalmente benigna que sin embargo genera gran ansiedad en pacientes y familiares y un número elevado de consultas en urgencias

*Objetivos:* Evaluación del protocolo del Síncope en urgencias mediante el cumplimiento de sus indicadores de calidad. Actualización del protocolo.

*Material y métodos:* Estudio descriptivo, retrospectivo de 33 pacientes diagnosticados de síncope en urgencias, entre 0 y 14 años, durante el periodo comprendido entre Octubre del 2005 y Octubre del 2007. Evaluación del protocolo a través del cumplimiento de sus indicadores de calidad (constancia del factor desencadenante, tensión arterial, Glasgow y electrocardiograma).

Actualización del protocolo basado en la bibliografía y medicina basada en la evidencia.

*Resultados:* El síncope es más frecuente en niñas, entre 13 y 14 años. El 100% fueron síncope neurocardiogénicos. El cumplimiento del protocolo es adecuado excepto en la realización de electrocardiograma, que sólo se cumple en el 61% de los casos.

*Conclusiones:* Tras la revisión bibliográfica se decidió incorporar como indicador de calidad la glucemia, dado que se realizaba sistemáticamente.

Actualmente estamos reevaluando el cumplimiento del nuevo protocolo.

Creemos en esta línea de trabajo de protocolización consensuada por todos los especialistas involucrados, tras lectura crítica de la bibliografía y medicina basada en la evidencia ya que mejora la práctica asistencial, reduciendo la variabilidad. La reevaluación debe ser continuada.



## POSTERS

### **ESTUDIO RETROSPECTIVO DE 42 CASOS DE TAQUICARDIAS SUPRAVENTRICULARES. DIAGNOSTICO, MANEJO Y EVOLUCIÓN.**

Uriel Prat, Susana, Bargalló Aylagas, Eva, Solà Pou, Quim, Porcar, Dani, Puigdevall Dalmau, M<sup>a</sup>  
Angels, Mayol Canals, Lluís  
Cardiología Pediátrica. Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, Girona

36

*Objetivos:* Revisión de los 42 pacientes con taquicardias supraventriculares en los últimos 10 años con el fin de analizar la frecuencia, el tipo, el tratamiento en fase aguda y la evolución. Comparar los resultados obtenidos del estudio retrospectivo en nuestro hospital con los resultados mostrados en la bibliografía actual.

*Material i métodos:* Estudio retrospectivo donde analizamos el tipo de taquicardia supraventricular, el tratamiento en urgencias, la respuesta al tratamiento, la evolución. De los 42 pacientes con taquicardia supraventricular se ha realizado un análisis estadístico evaluando distintos parámetros (edad y tipo de taquicardia, tipo de taquicardia y respuesta a antiarrítmicos administrados en urgencias, necesidad de cardioversión eléctrica, necesidad de ablación por radiofrecuencia y tipo de taquicardia...)

*Resultados:* Nuestros resultados es de destacar el número de taquicardia supraventricular ortodrómica mediada por haz anómalo, con buena respuesta a antiarrítmicos, el número de taquicardias auriculares tipo flutter en neonatos y la presencia de taquicardia tipo Coumel presente en nuestro medio.

*Conclusiones:* Es de destacar la importancia del reconocimiento del tipo de taquicardia para tener éxito en el tratamiento de la misma. Aunque falta completar el estudio estadístico, no es pronto para decir que nuestros resultados no difieren de los publicados en la bibliografía actual.



## POSTERS

### TAPONAMIENTO CARDÍACO EN EL CONTEXTO DE NEUMONÍA NEUMOCÓCICA BACTERIÉMICA

Miren Oscoz Lizarbe, Ana Lavilla Oiz, Raquel Díaz-Aldagalán González, Josune Hualde Olascoaga, Amalia Ayechu Díaz, Merche Herranz Aguirre  
Hospital Virgen del Camino (Pamplona)

37

**Introducción:** El dolor torácico en la adolescencia es motivo de consulta frecuente en un servicio de urgencias pediátricas. Dentro del diagnóstico diferencial, tener presente la pericarditis aguda. Sus causas son: idiopática, viral, bacteriana, tuberculosa, autoinmune y neoplásica. Aunque su curso es frecuentemente autolimitado, una complicación grave es el taponamiento cardíaco. Presentamos un caso de taponamiento cardíaco en el contexto de una neumonía neumocócica.

**Caso clínico:** Paciente de 12 años con antecedentes de alergia a proteínas de leche, asma extrínseco e ictiosis vulgar. Diagnóstico hace una semana de neumonía retrocardíaca con hemocultivo positivo para streptococo pneumoniae y en tratamiento con amoxicilina oral a dosis alta. Acude a urgencias por fiebre persistente y dolor centrotorácico que mejora en sedestación. Radiografía torácica: cardiomegalia y condensación neumónica (menor que en radiografías anteriores). ECG: bajos voltajes y elevación ST. Ecocardiografía: derrame pericárdico. Presenta progresivamente signos de fallo cardíaco derecho (hepatomegalia, ingurgitación yugular), mayor intolerancia al decúbito y dolor torácico intenso. Ecocardiográficamente: derrame pericárdico con colapso de cavidades derechas. Tratamiento: pericardiocentesis (trasudado con Ag neumococo positivo débil y cultivo negativo), ibuprofeno, corticoides, cefotaxima y vancomicina. Buena evolución con corticoides en pauta descendente. Presenta dos recidivas tratadas con AINES y corticoides.

**Conclusiones:** Los derrames pericárdicos neumocócicos son graves, requieren drenaje y tienen características de exudado. Sin embargo, nuestro paciente presenta un trasudado y una evolución clínica más favorable a pesar del aislamiento de neumococo en sangre. El tratamiento médico de la pericarditis son los AINES, siendo los corticoides de segunda elección por asociar mayor riesgo de recidivas.



## POSTERS

### ALTERACIÓN PSIQUIÁTRICA COMO MANIFESTACIÓN DE DEBUT DE DIABETES MELLITUS.

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

38

*Fundamento y Objetivos:* Aunque la patología psiquiátrica constituye, en sí, un motivo de consulta infrecuente en la pediatría de urgencias, cierto número de pacientes presenta sintomatología atribuible al ámbito psicológico. Es objetivo de interés que en el diagnóstico diferencial descartemos organicidad: patología infecciosa, neurológica o endocrinológica.

*Observaciones Clínicas:* Escolar de 10 años que consulta en Urgencias por estado de ánimo depresivo, con crisis de llanto inmotivadas, de predominio en horario escolar, en los tres últimos días. Gran inquietud psicomotriz. Fragmentación del sueño nocturno. La familia no refiere acontecimientos desestructuradores en el ámbito psicosocial. Padre y tíos paternos con esquizofrenia. En la exploración física destaca cercos perioculares, feto cetósico y mucosa oral discretamente pastosa. Labilidad emocional con tendencia al llanto. Exploración neurológica normal. La madre requiere reiteradamente la evaluación de su hijo por parte de psiquiatría. Se realiza: Glucemia capilar 304 mg/dl; glucosuria y cetonuria en sedimento urinario; resto de exploraciones complementarias normales. Ingreso con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 de debut, sin cetoacidosis, iniciándose pauta de insulina subcutánea con buen control glucémico. Negativización de cetonuria en 24 horas. Presentó mejoría progresiva del estado anímico, paralelo a control de diabetes. Valoración por Psiquiatría Infantil con diagnóstico de humor depresivo y seguimiento en Centro de Salud Mental.

*Comentarios:* La enfermedad psiquiátrica ocupa un lugar poco destacado entre los motivos de consulta en Urgencias Infantil. El aumento de la misma con la edad y el actual incremento del rango etario en nuestro servicio, hace necesaria la mejora en nuestra formación en paidopsiquiatría. Consideramos de vital importancia el planteamiento de un correcto diagnóstico diferencial con el fin de descartar patología orgánica subyacente. Entre otras, las causas endocrinometabólicas, pueden manifestarse al debut como simuladoras y/o agravantes de entidades psiquiátricas / psicológicas.



## POSTERS

### ENFERMEDAD METABÓLICA: CUÁNDO SOSPECHARLA. PRESENTACIÓN DE TRES CASOS CLÍNICOS.

Herrmannová Jana, Montesinos Sanchis Elena, Castell Miñano, Ana Marta; Calabuig Sánchez Miguel, Escamilla Pinilla Roberto  
Sección de Urgencias de Pediatría. Servicio de Pediatría, Consorcio. Hospital General Universitario de Valencia.

39

*Fundamento y objetivos:* Los Errores Innatos del Metabolismo (EIM) engloban diversos trastornos originando una gran variedad clínica y afectando a diferentes órganos y sistemas. Datos en la anamnesis como el retraso pondoestatural, la alteración neurológica, la presencia de vómitos de repetición acompañados de hallazgos en la exploración como rasgos dismórficos o hepatomegalia a la que se añaden alteraciones en las exploraciones complementarias (acidosis, cetosis, hipoglucemia, hipertransaminasemia), son signos que pueden alertar de la posibilidad de una enfermedad metabólica. Presentamos 3 pacientes atendidos en nuestro servicio de urgencias, en los que se confirmó una enfermedad metabólica, tras la sospecha inicial.

#### *Observaciones clínicas:*

**Caso 1:** Niño de 8 meses atendido en urgencias por cuadro de vómitos y deposiciones líquidas de 48 horas de evolución. En los antecedentes destaca rechazo del alimento con estancamiento ponderal desde hace 2 meses con percentil de peso < 3.

El niño presenta regular estado general, decaimiento y marcada polipnea, sin signos de deshidratación y sin otro hallazgo significativo en la exploración. Analíticamente destaca una glucemia de 31 mg/dl, urea 49 mg/dl con creatinina y GPT normal, ácido úrico 12.6mg/dl y una acidosis metabólica (pH: 7.03, pCO<sub>2</sub>: 21.5 mmHg, Bicarbonato: 5.6 mg/dl, EB: - 25.2, Anion GAP: 25). En el sedimento pH 5.5 y cetonuria, iones en orina y función renal normales y estudio de fármacos en orina (salicilatos y alcohol etílico) negativos. Se inicia tratamiento con reposición de fluidos añadiendo gluconato cálcico y bicarbonato, consiguiendo normalización de la acidosis y la cetonuria, apareciendo nuevo empeoramiento al reiniciar la alimentación oral. Por sospecha de metabopatía se suspende alimentación y se realizan estudios metabólicos dirigidos por la clínica de presentación con resultado compatible con deficiencia de β-cetotilasa (acidemia orgánica). Se inicia tratamiento nutricional con restricción proteica (2g/kg) y aporte de carnitina (50mg/kg). El niño presenta mejoría clínica con buena ganancia ponderal.

**Caso 2:** Niño de 5 años encontrado por los padres al despertarse inconsciente, con hipertonia, movimientos clónicos de extremidades y sialorrea. Se refiere escasa ingesta el día previo. En los antecedentes destaca ingresos en dos ocasiones en otro centro por cuadro similar (gran decaimiento atribuido a hipoglucemia en contexto de un cuadro infeccioso). Analíticamente destaca glucemia de 26mg/dl, urea 44 mg/dl, creatinina, ácido urico, iones y GPT normales y una acidosis mixta (pH: 7.13, pCO<sub>2</sub>: 62mmHg, Bicarbonato: 20mEq/l, EB: - 9.3, Anion GAP 14.6), en el sedimento pH 5.5, no cetonuria. A su ingreso se administra glucosa hipertónica y perfusión con glucosalino 1/3. Tras descartar otras causas de hipoglucemia se toman las muestras orientadas para estudio metabólico con resultado de deficiencia de enzima 3-OH-3-metilglutaril-CoA liasa (defecto de β-oxidación). Se trata aportando Carnitina (50mg/kg) e hidratos de carbono, evitando largos periodos de ayuno.

**Caso 3:** Niño de 10 meses que acude a urgencias por palidez, hipotonía y somnolencia persistente, realizando antes un vómito. Previamente había estado ingresado por vómitos constatando fallo de medro e hipertransaminasemia no filiada y dos días antes de este episodio por un cuadro de somnolencia que se atribuyó a la toma de ciproheptadina. En ambos casos hubo recuperación espontánea. En la exploración destacaba regular estado general, palidez, aspecto desnutrido, irritabilidad e hipotonía. Analíticamente presentaba un hemograma y bioquímica (urea, creatinina, iones, bilirrubina y glucemia) normales, una GPT de 281 U/l, y un Amonio de 194umol/l. En el sedimento pH 8, cuerpos cetónicos 5 mg/dl. Ante la hiperamonemia y la sospecha de alteración en el ciclo de la urea se disminuye el aporte de proteínas de la dieta. El resultado de niveles elevados de orótico en orina confirma el diagnóstico de Deficiencia de ornitina transcarbamilasa. Se suprimen proteínas en la dieta desapareciendo la clínica.

*Comentarios:* Nuestra intención fundamental es incrementar la sospecha clínica de los EIM, ya que es frecuente que la primera manifestación clínica por una descompensación aguda sea atendida en un servicio de urgencias de pediatría. Por ello consideramos imprescindible conocer al menos sus características básicas a fin de no postergar su diagnóstico.



## POSTERS

### COMPLICACIONES DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 1 EN EL ÁREA DE URGENCIAS- OBSERVACIÓN.

Benítez Gómez IL, Sánchez Ganfornina I, Sánchez Tatay V, Parrilla Parrilla JS, Alonso Salas MT, Loscertales Abril M.

40

*Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Críticos y Urgencias de Pediatría. Hospital Infantil. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío de Sevilla.*

#### Introducción

Las principales complicaciones de la diabetes mellitus tipo 1 (DM1) son la hipoglucemia y la cetoacidosis diabética (CAD). En la mortalidad de la CAD intervienen las asociadas al tratamiento.

#### Objetivo:

Conocer las características epidemiológicas, analíticas y el manejo terapéutico de los niños que ingresan en Observación por complicaciones de la DM1 desde abril de 2007 a enero de 2008.

#### Pacientes y Método:

Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, motivo de ingreso, parámetros bioquímicos, nivel de conciencia y estancia. En la CAD se incluyeron: severidad, tiempo de corrección de la acidosis, tiempo de insulino terapia en perfusión y descenso glucemia.

#### Resultados

Ingresaron 21 niños (0,63% del total de ingresos en Observación): 16 CAD (12 debut clínicos) y 5 hipoglucemias. CAD: 4 leves, 4 moderadas y 8 graves. Niños: niñas (1:1). La edad media fue de 7,6 años (8m-14a ). Parámetros bioquímicos: glucemia 476 mg/dl (280- 832 mg/dl), pH 7,1 (6,9- 7,3), bicarbonato 8,3 mmol/L (4 -16,4)l cetonuria 4+. 2 niños presentaron alteración del nivel de conciencia (Glasgow 12 y 14 /15, respectivamente). Uno de ellos ingresó en Unidad de Cuidados Intensivos (UCIP) . Tiempo medio de insulino terapia en perfusión 21.8 horas. Tiempo de corrección de la acidosis: 21.4 h. 2 niños presentaron glucemia <200 mg/dl en las primeras 12 horas. Hipoglucemia: glucemia media: 44 mg/dl (19 mg/dl). 4 niños presentaron crisis convulsivas. Estancia media : 23,1 horas.

#### Conclusiones

- La CAD grave es la complicación más frecuente de la DM1.
- El adecuado manejo inicial de las complicaciones de la DM1 en Observación evita ingresos en UCIP.



## POSTERS

### CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON CETOACIDOSIS DIABÉTICA QUE INGRESAN EN UCIP.

González-Valcárcel Espinosa, Marta; Martín Díaz, María José; Casado Flores, Juan.

Servicio Urgencias de Pediatría. Hospital Infantil Niño Jesús, Madrid.

41

**Objetivos:** La cetoacidosis diabética es una patología producida por un déficit parcial o total de insulina, junto con un aumento de hormonas contrarreguladoras. Se puede presentar al diagnóstico de la diabetes mellitus, o en pacientes ya diagnosticados y tratados con una descompensación aguda. Las alteraciones metabólicas que conlleva, son letales si no se trata. El objetivo de este estudio es analizar las características epidemiológicas, clínicas y analíticas de una muestra de pacientes que ingresan en UCIP por cetoacidosis diabética.

**Material y métodos:** Se han revisado las historias clínicas de los niños que ingresan en la UCIP de nuestro hospital en el período del 1-01-2001 al 31-10-2007 por cetoacidosis diabética. Se han registrado datos epidemiológicos, clínicos y analíticos al diagnóstico y en las siguientes 48 horas.

**Resultados:** Se han encontrado 57 pacientes, con una edad media de 8,9 años (mediana 8,4 años), y un predominio de varones (33:24). En 39 niños (68,4%) la cetoacidosis llevó al diagnóstico de diabetes mellitus, y en el resto la cetoacidosis fue una descompensación aguda de la enfermedad previamente diagnosticada. En 19 casos (31,6%) existían antecedentes familiares de diabetes mellitus. Pudo identificarse un desencadenante de la cetoacidosis tras la anamnesis en 28 casos (49,1%): 13 procesos infecciosos, 14 transgresiones en el tratamiento previo y en 1 caso la descompensación sucedió en el postoperatorio de una cirugía. Los motivos que llevaban a consultar a los pacientes fueron variados, siendo los más frecuentes: dolor abdominal acompañado de vómitos (35 %), vómitos asilados (17,5%), decaimiento (21%), dificultad respiratoria (15,7%) y procesos infecciosos (7%). Existía historia previa de polidipsia y poliuria en 39 pacientes (68,4%), de polifagia en 7 (12,3%) y de pérdida de peso en 32 (56%). En la valoración clínica se observaron signos de deshidratación en 49 (86%), alteración del nivel de conciencia en 21 (36,8%) y respiración acidótica en 38 (66,7%). En el momento inicial el valor medio de glucemia fue de 572,39 mg/dL, con una cifra media de pH de 7,03 y de bicarbonato de 6,6 mEq/L. El tiempo medio después de la instauración del tratamiento para obtener un pH mayor de 7 en los que presentaban inicialmente cifras menores, fue de 3,84 horas y para alcanzar cifras de glucemia menor de 250 mg/dL fue de 6,6 horas. En todos los pacientes el tratamiento inicial fue la reposición hídrica con suero salino fisiológico, comenzando en la segunda hora la infusión intravenosa de insulina, a una dosis media de 0,09 UI/kg/h. La cetonuria se resolvió en las primeras 24 horas en todos los pacientes y se inició la insulino terapia vía subcutánea en una media de 53,7 horas. El tiempo medio de ingreso en UCIP fue de 40,4 horas tras las cuales se procedió a traslado a sala.

**Conclusiones:** Los casos más graves de cetoacidosis diabética son más frecuentes entre los pacientes sin diagnóstico previo, aunque también es importante el grupo de adolescentes que no realiza su tratamiento adecuadamente. La hidratación con suero salino fisiológico y la insulino terapia intravenosa continua logran una buena y rápida resolución de los casos.



## POSTERS

### DIABETES INSÍPIDA: DEBUT COMO DESHIDRATACIÓN HIPERNATREMICA GRAVE EN LACTANTE PEQUEÑO

Call L, Guirado Sayago E, Calavia Garsaball O, Castellarnau Figueras E, Perera Martínez E, Garcia-Baiges N  
Urgencias de Pediatría. Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona.

42

*Fundamento y objetivos:* La diabetes insípida central (DIC) se caracteriza por incapacidad para concentrar la orina debido a alteración en secreción ADH. Clínicamente se presenta como polidipsia y poliuria pero en lactantes puede pasar desapercibida. Presentamos el caso de una lactante diagnosticada de DIC a raíz de deshidratación hipernatrémica grave.

*Observaciones clínicas:* Niña de 2 meses, con síndrome polimalformativo (holoprosencefalia lobar, labio leporino y fisura palatina, polidactilia, cardiopatía congénita), que consulta por vómitos y fiebre. Presenta: mal estado general, palidez cutánea, sequedad de mucosas, mala perfusión, irritabilidad. Se calcula deshidratación 10% según score Gorelick. La analítica muestra: hemoconcentración, hipernatremia (165 mEq/l), hiperosmolaridad (333 mOsm/l), PCR elevada (15,2 mg/dl), leucocitosis con neutrofilia. En orina se objetiva sodio 18 mEq/l y osmolaridad 280 mOsm/l. La radiografía de tórax muestra condensación izquierda y el antígeno para neumococo en orina es positivo. Se inicia reposición de la volemia con SSF, fluidoterapia de reposición en 72 horas y antibioterapia). El antecedente de patología intracraneal junto hipernatremia, osmolaridad plasmática elevada y osmolaridad urinaria baja, motivan la sospecha de DIC, que se confirma al objetivar poliuria y posteriormente déficit de ADH, instaurándose tratamiento con desmopresina.

*Comentarios:* 1. La DIC es poco frecuente en edades tan tempranas, por existencia de intervalo libre de síntomas desde la noxa en SNC y presentación clínica. 2. A su vez están más predispuestos a deshidratación debido a limitado acceso al agua. 3. Debemos sospechar DIC ante de deshidratación hipernatrémica y evolución tórpida en pacientes con patología intracraneal. 4. El signo guía es la poliuria con hipostenuria y osmolaridad plasmática elevada.



## POSTERS

### SINDROME CONFUSIONAL AGUDO: A PROPOSITO DE UN CASO DE TIROTOXICOSIS

UGC Pediatría. CH Jaén

Sánchez Fuentes, Vanesa. Galán Mercado, Maria. Martínez Moya, Gabriela. López García, Ana Belen. García Vena, Enrique. Cruz Moreno, Jesús

43

#### Fundamento y objetivos:

El delirium o síndrome confusional agudo (SCA) se caracteriza por una alteración del nivel de conciencia, la percepción y la cognición de carácter reversible y duración limitada en el tiempo como consecuencia de una causa orgánica. Ante un comportamiento anormal o cambio de carácter debemos establecer si su origen es psiquiátrico u orgánico.

#### Observaciones clínicas:

Presentamos el caso de un niño de 11 años que acude al Servicio de Urgencias de nuestro hospital por cuadro de cefalea y vómitos acompañado de crisis de hipertensión con desconexión del medio. Presenta un episodio de agitación con comportamiento agresivo y coprolalia. En la exploración destaca una lesión herpética labial y ante la sospecha de encefalitis se ingresa en planta. Pruebas complementarias: Líquido cefalorraquídeo con cultivo negativo y bioquímica normal, PCR virus herpes simple (VHS) negativo. Serología VHS: negativa. Tóxicos en orina negativos. TAC y RNM sin alteraciones, así como EEG y ECG normales. Fondo de ojo sin signos de papiledema. Descartando causa neurológica, tóxica e infecciosa se amplió estudio incluyendo perfil hormonal destacando TSH 0,02  $\mu$ U/ml, T4 4,2 ng/dl y T3 9 pg/ml. Anticuerpos antitiroideos normales con ECO y gammagrafía normal. Se inició tratamiento con metimazol con resolución del cuadro en 48 horas.

#### Comentarios:

El SCA es poco frecuente en la edad pediátrica.

Una exploración clínica y anamnesis detalladas son imprescindibles para el diagnóstico etiológico.

Una crisis tirotóxica puede debutar como SCA. Ante un caso de alteración del nivel de conciencia de etiología no establecida, debe realizarse estudio hormonal.



## POSTERS

### ACTITUD ANTE UN PACIENTE CON HEMATÚRIA MACROSCÓPICA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Rius Gordillo N, Garcia Henares A, Garcia Puig R, Molera Bussoms C, Solé Heuberger E, Margarit Mallol J. Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Mutua de Terrassa. Terrassa

44

*Objetivos:* definir cual debe ser nuestra actitud ante un paciente que consulte por hematuria macroscópica en Urgencias de Pediatría.

*Material y métodos:* estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de informes clínicos de pacientes que consultaban por hematuria macroscópica en el Servicio de Urgencias de Pediatría entre febrero 2006 y noviembre 2007. Se realizaron tira reactiva y sedimento de orina para confirmar la hematuria. Solicitamos analítica de sangre con hemograma, función renal y dosificación del complemento, junto con estudio de morfología eritrocitaria en orina fresca, con lo que se pudo orientar el diagnóstico y realizar, sólo en aquellos casos que lo necesitaran, otras exploraciones complementarias.

*Resultados:* se incluyen 13 pacientes con presencia de hematuria macroscópica (38'5% niñas, 61'5% niños) con edades comprendidas entre 3-14 años (edad media 7 años). El diagnóstico final fue:

- 6 pacientes origen glomerular
  - 3 glomerulonefritis aguda hipocomplementémica postinfecciosa (1 secundaria neumonía neumocócica, 2 por faringoamigdalitis)
  - 3 glomerulonefritis aguda normocomplementémica durante proceso infeccioso de vías respiratorias altas (probable nefropatía por IgA)
- 7 pacientes hematuria no glomerular
  - 2 cistitis hemorrágicas
  - 1 esquistosomiasis vesical
  - 4 no filiadas

*Conclusiones:*

La identificación de la causa de hematuria requiere una actuación sistematizada sin realizar pruebas innecesarias. La clave del manejo en urgencias será diferenciar el origen del sangrado, glomerular o no glomerular, siendo de gran utilidad el estudio de morfología eritrocitaria.

Es importante descartar etiologías menos frecuentes en nuestro medio como serían la parasitaria, solicitando exámenes complementarios más específicos en los casos de sospecha diagnóstica.



## POSTERS

### ETIOLOGÍA Y PATRÓN DE RESISTENCIAS EN LA INFECCIÓN URINARIA

Primer autor: Herrero Velasco B, Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid

Coautores: Castaño de la Mota C, Mastro Martinez I, Martín Díaz MJ, Molina Caballero JC, de la Torre Espí M

#### **Introducción**

La infección urinaria (ITU) es la infección bacteriana invasora más frecuente en la infancia. En urgencias, después de un diagnóstico de presunción (en función del resultado de la tira reactiva o del sedimento urinario) se instaura el tratamiento antibiótico inicial, empírico, según la etiología más probable y el patrón de resistencias de la zona geográfica. El objetivo de este estudio es averiguar cuáles son los gérmenes implicados y la sensibilidad a los antibióticos de los mismos en nuestro medio.

#### **Material y métodos**

Se han revisado de forma retrospectiva los pacientes diagnosticados de ITU en el servicio de urgencias durante el año 2007. Las principales variables estudiadas han sido: edad, sexo, antecedentes personales de ITU o de malformaciones urológicas, germen patógeno aislado en el cultivo de orina y resistencia a los antibióticos. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS (versión 14).

#### **Resultados**

En este periodo de tiempo se sospechó una ITU en 533 pacientes y se confirmó en 225 (42%). La media de edad fue 46 meses (mediana 27 meses) con predominio del sexo femenino 145 (64,4%). Se encontraron antecedentes de ITU previa y de malformaciones de las vías urinarias (MVU) en 44 (19,6 %) y 15 niños (6,6 %), respectivamente. El total de ingresos fue 33 (14,7%). El porcentaje de ingresos fue mayor en el sexo masculino ( $p < 0,005$ ): 20 niños (25%) y 13 niñas (9%). Se aislaron los siguientes gérmenes: *E. Coli* 188 casos (84%), *Proteus mirabilis* 24 (10,6 %), enterococo 6 (2,25%), *Klebsiella pneumoniae* 5 (2,2%), *Pseudomona* 1 caso y *Streptococcus agalactie* 1 caso. Las resistencias encontradas en los antibiogramas fueron: ampicilina 153 casos (68%), amoxicilina clavulánico 40 (17,8%), cefuroxima axetilo 14 (6,2%), gentamicina 8 (3.6%), cotrimoxazol 65 (28.9%) y cefotaxima 5 (2,2%).

El porcentaje de resistencias a amoxicilina-clavulánico fue mayor en el sexo masculino 26% (20/77 casos) que en las mujeres 14% (20/143) y en los pacientes con anomalías de las vías urinarias 40 % (6/15) respecto a los que no las presentaron 16,8% (34/203), ambas con una diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0,05$ ). Para los demás antibióticos, el porcentaje de resistencias no varió en función de ninguna de las variables estudiadas.

#### **Conclusiones**

La ampicilina es el antibiótico frente al cual se producen más resistencias en las ITUs. En un menor porcentaje también pueden existir frente a la amoxicilina clavulánico. El riesgo de resistencias a los antibióticos es más elevado cuando hay malformaciones de las vías urinarias.



## POSTERS

### DOLOR ABDOMINAL: ¿SIGUE SIENDO UN RETO DIAGNÓSTICO?

**Autores:** *Hernández García, Bárbara*. Servicio de Pediatría. Hospital Fundación Jiménez Díaz, Madrid. Rado Peralta, Sandra. Sanz Calvo, María Luisa. Velázquez de Cuéllar Paracchi, María. Vaquero Sosa, Esther. Domínguez Garrido, Nieves.

46

**Introducción:** El dolor abdominal es un motivo frecuente de consulta en urgencias pediátricas, siendo la mayoría, cuadros benignos autolimitados de origen digestivo. Aunque habitualmente la interpretación del cuadro clínico permite hacer un diagnóstico sin dificultad, algunos casos pueden convertirse en un verdadero desafío para el pediatra de urgencias.

**Caso clínico:** Niña de 12 años que acude por dolor abdominal de intensidad creciente de 10 días de evolución, que se inició con la menstruación.

**Antecedentes personales:** menarquia hace 6 meses, menstruaciones regulares y dismenorrea progresiva.

**Exploración física:** Afebril. Abdomen blando y depresible, masa indurada y dolorosa en fosa pélvica izquierda de 10 x12 cm, sin signos de irritación peritoneal. Tacto rectal: colección dura en región vaginal. Exploración ginecológica: Vagina sin contenido hemático. Himen imperforado. Resto normal.

**Pruebas complementarias:** Hemograma: 12750 leucocitos (82%S, 11%L, 5%Mo), Hemoglobina 12.5g/dl, hematocrito 37%, plaquetas 310000. Ecografía: masa pélvica sólida y homogénea en relación con ovario izquierdo. RM abdominal: útero didelfo. Vagina doble. Hematocolpos y hematometra izquierdos. Himen imperforado izquierdo. Agenesia renal izquierda con hipertrofia renal derecha.

**Tratamiento:** Drenaje de colección mediante histeroscopia, buena evolución posterior.

#### Comentarios:

- Los hallazgos ginecológicos y renales de la paciente permitieron el diagnóstico de una entidad clínica poco frecuente como es el Síndrome Herlyn-Werner-Wunderlich, caracterizado por: útero doble, obstrucción total o parcial de vagina y agenesia renal homolateral.
- Aunque la patología digestiva es la causa más frecuente de dolor abdominal en la urgencia pediátrica, existen otras entidades clínicas de origen ginecológico o renal, que no debemos olvidar.



## POSTERS

### ERRORES Y ESTREÑIMIENTO

Codina Puig, Xavier; Gussinyé Canabal, Pilar; Vidal Elías, Josep M<sup>a</sup>; Quintana Río, Elena; Sans Tojo, Jose M<sup>a</sup>; Corral Arboledas, Sonia.

Servicio de Pediatría. Hospital General de Granollers.

#### *Introducción*

La verdadera trascendencia de la morbi-mortalidad atribuible al error en la práctica de la medicina es más importante de lo que se estima. La ocultación o el encubrimiento de los mismos no es ni ético ni formativo y el mostrarlos y estudiarlos es más efectivo que la amonestación. Es por ello que hemos creído de interés presentar 4 casos de errores de diferente trascendencia en consultas por estreñimiento. Estas consultas pueden parecer de antemano banales, como tantas otras, pero pueden ocultar alteraciones más graves.

#### *Casos clínicos*

##### *Caso 1*

Lactante de 5 meses de vida que consulta en urgencias por estreñimiento de algunas semanas de evolución que la madre asocia al inicio de la alimentación complementaria. No hay antecedentes de interés y la emisión de meconio fue en las primeras 24 horas. La exploración abdominal es normal pero no la de los genitales externos que muestra la presencia de una atresia anal con fístula. Durante el periodo con lactancia materna exclusiva ha podido emitir las heces por la fístula sin presentar problema alguno. Ha precisado corrección quirúrgica.

##### *Caso 2*

Niño de 7 años de edad que reconsulta por estreñimiento de 3 días de evolución además de dolor local. Su hábito intestinal es normal, hasta ahora, a pesar de una dieta pobre en fibra. La exploración abdominal es normal no así la inspección genital que muestra un claro eritema perianal característico de la enfermedad perianal estreptocócica. El tratamiento antibiótico oral y tópico resuelve la infección y el “estreñimiento”.

##### *Caso 3*

Adolescente de sexo femenino de 12 años con consultas reiteradas, en diferentes hospitales, por estreñimiento y dolor abdominal desde hace 2 meses. En la consulta actual refiere además polaquiuria. No menarquía a pesar de un estadio de Tanner IV y con una hermana gemela con la menarquía desde hace 6 meses. La exploración adecuada concluye con el diagnóstico de hematócolpos. Precisa tratamiento quirúrgico.

##### *Caso 4*

Adolescente de sexo femenino de 11 años que reconsulta por estreñimiento. Antecedentes de hipotiroidismo en tratamiento y en estudio por dermatopatía. Las modificaciones en la dieta no han mejorado el estreñimiento. En la exploración física destacan unas lesiones cutáneas y en región genito-anal características de Liquen esclero-atrófico y origen del problema. Precisa un tratamiento local con corticoides para mejorar dichas lesiones genito-anales con lo que mejora el estreñimiento.

#### *Comentarios*

En ocasiones una sintomatología aparentemente banal de una consulta puede estar relacionada con un problema más grave agudo o crónico.

Una correcta anamnesis y exploración física dirigida siguen siendo más “rentables” para llegar a un diagnóstico que muchas exploraciones complementarias.

Las reconsultas, por cualquier motivo, nos obligan a reconsiderar los diagnósticos y exploraciones previas.

Aunque los cuatro casos podían haberse diagnosticado previamente, la presunción de una actuación correcta previa no nos exime de nuestra responsabilidad.

Debemos considerar el estudio de los errores como parte de la formación de los pediatras y aprender de los propios y ajenos.



## POSTERS

### IMPACTACIÓN FECAL. ACTITUD TERAPÉUTICA DE LOS PEDIATRAS EN URGENCIAS.

Pociello Almiñana, Neus. Fernández López , Anna. Plana Fernández, Mariano. Ortiz Morell, Mireia. Capdevila Bert, Ramón. Paredes Carmona, Fernando  
Unidad de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida

48

#### *Introducción:*

El estreñimiento es una entidad frecuente que en un 95% es de etiología funcional. El abordaje terapéutico se realiza en atención primaria y en urgencias asistimos con relativa frecuencia las impactaciones fecales. En los últimos años han aparecido nuevos productos para su tratamiento en que se prioriza la vía oral.

#### *Objetivos:*

Conocer que abordaje diagnóstico y terapéutico realizan los pediatras de nuestra área en la actualidad  
Elaborar y dar a conocer una nueva pauta conjunta con atención primaria de la desimpactación fecal a la luz de las nuevas recomendaciones.

#### *Material y métodos:*

Elaboración de una encuesta sobre estreñimiento que incluía actuación en urgencias en caso de impactación fecal: qué pruebas complementarias se realizaban, que tratamientos se prescribían en urgencias y al alta.

La encuesta fue contestada por los pediatras del servicio de pediatría y por pediatras de atención primaria que realizan urgencias en centro de atención primaria continuada o en nuestro centro.  
Presentación de la nueva pauta de desimpactación fecal

#### *Resultados*

Se obtuvieron 22 encuestas 11 de pediatras del hospital y 11 de pediatras de atención primaria.

De los resultados obtenidos destacó:

Cinco pediatras (22%) prescriben polietilenglicol para la desimpactación y el resto emplea enemas (78%)

Alta realización de enemas de fosfatos (30%) y persistencia de enemas de agua jabonosa (18%)

Elevado número de pruebas de imagen: Rx abdomen (59%)

Escasa prescripción de laxantes al alta (59%)

#### *Comentarios*

De los resultados obtenidos destaca el desconocimiento de los nuevos productos para desimpactación por vía oral que son más efectivos, mejor tolerados y con menos efectos secundarios.



## POSTERS

### ESTUDIO PROSPECTIVO PARA EVALUAR LA SEGURIDAD Y TOLERANCIA DE LOS ENEMAS DE FOSFATO EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

Varea Calderón, Vicente; Gomez Chiari, Marta; Casas Gallego, Isabel.

49

Sección de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica. Hospital Sant Joan de Déu- Clinic. Barcelona.

**Objetivos:** Los enemas hipertónicos de fosfato sódico están indicados y se utilizan ampliamente en nuestro medio como preparación antes de procedimientos quirúrgicos, radiológicos y endoscópicos y también para el tratamiento de la impactación fecal; este estudio tiene como objetivo ampliar la información disponible sobre seguridad y tolerancia en las condiciones habituales de uso.

**Material y Métodos:** Ensayo clínico fase IV, unicéntrico, prospectivo, abierto, no aleatorizado, no comparativo, de una sola rama de tratamiento, para evaluar la seguridad y tolerancia clínica (síntomas, eventos adversos y constantes vitales) y analítica (fosforemia y calcemia) de la administración de enemas de Fosfato (una dosis de 5ml/kg hasta un máximo de 140 ml) como evacuante en niños sometidos a exploración diagnóstica o por estreñimiento.

**Resultados:** Se reclutaron 49 niños y 40 niñas entre 2 y 15 años (mediana=3) con diagnóstico de estreñimiento e indicación de enema para desimpactación fecal. El tiempo medio desde la administración del enema hasta su evacuación (tiempo de retención=TR) fue de 10,28 minutos (SD 6,12 min), con un mínimo de 2 minutos, un máximo de 30 minutos y una mediana de 10. No se modificaron significativamente los valores de temperatura, presión arterial y frecuencia cardiaca y el TR del enema no se correlacionó con diferencias en las constantes vitales.

Aunque sin ser clínicamente significativo, los valores de fósforo tras la administración del enema estaban elevados por encima del valor normal del laboratorio en 39 pacientes. Los valores de calcio tras la administración del enema estaban por debajo del valor predefinido en un solo paciente. (Paciente 54: 8,6 mg/dl (2,15 mmol/L) (hipocalcemia < 8,8 mg/dl (2,2 mmol/L), (Test de McNemar:P=1). Tras la administración del enema los valores de sodio estaban por debajo de la normalidad (<136 mEq/L) en un paciente y por encima (>145 mEq/L) en un solo caso y los valores de potasio estaban por debajo de la normalidad en 13 pacientes (<3,8 mEq/L) y por encima (>5,2 mEq/L) en 2 casos.

**Conclusiones:** Los enemas de fosfato sódico a dosis de 5ml/kg hasta un máximo de 140 ml como preparación rectal previa a exploraciones rectoanales o por estreñimiento son bien tolerados en pacientes pediátricos y aunque pueden producirse incrementos en los niveles plasmáticos de fósforo estos no se asociaron a hipocalcemia aun cuando el tiempo medio de retención del enema fue mayor que el recomendado. Las variaciones electrolíticas no son clínicamente relevantes a las dosis administradas, y no se evidenciaron efectos indeseables durante o después de su administración en la mayoría de pacientes.



## POSTERS

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE LA DISFAGIA EN URGENCIAS

Autores: Álvarez-Cuervo Suárez, Laura (Servicio de Urgencias. Hospital infantil La Paz. Madrid); Otero Durán, Lidia; Martín Sánchez, Julia; Nebreda Pérez, Verónica; Benito López Dulcenombre.

50

*Fundamentos y Objetivos:* La disfagia es un síntoma relativamente frecuente de consulta en Urgencias. Implica una dificultad en la deglución de los alimentos por la existencia de una alteración funcional u orgánica en el trayecto desde la boca hasta el estómago. Presentamos 5 casos clínicos de niños que acuden en el último año a nuestro servicio por presentar disfagia como síntoma principal, proponiéndose unas pautas de manejo a nivel de urgencias para un correcto diagnóstico.

#### *Observaciones clínicas:*

*Caso 1º.* Niño de 20 meses con disfagia e hipersalivación de varias horas de evolución tras haber estado jugando con unas monedas. Radiografía: moneda a nivel del tercio medio esofágico. Diagnóstico: Ingestión de cuerpo extraño. Extracción con endoscopia.

*Caso 2º.* Niño de 2 años con disfagia tras atragantamiento alimenticio la noche previa. Antecedentes personales: atresia de esófago tipo III intervenida al nacimiento y funduplicatura de Nissen. Esofagograma: estenosis del tercio superior esofágico con cuerpo extraño. Diagnóstico: Impactación en paciente con patología de base. Extracción con endoscopia.

*Caso 3º.* Niño de 11 años con sensación de cuerpo extraño y disfagia precedidos de atragantamiento 16 horas antes. Antecedentes personales: alergia a frutos secos, atragantamientos de repetición. Hemograma: 12,4% eosinófilos. Esofagograma: imágenes espiculadas en tercio medio esofágico compatible con lesiones de esofagitis e impactación de cuerpo extraño. Esofagoscopia: vesículas eosinofílicas, toma de biopsia y extracción de fragmento de pollo. Diagnóstico con confirmación anatomopatológica: Esofagitis eosinofílica.

*Caso 4º.* Niña de 7 años con fiebre de 4 días y disfagia y dolor retroesternal asociados. Hemograma con desviación izquierda. PCR: 145. Esofagograma: normal. Endoscopia: mucosa esofágica eritematosa, edematosa y friable. Úlceras diseminadas que afectan a toda la luz de varios centímetros y recubiertas de fibrina, se toman biopsias. Diagnóstico con confirmación anatomopatológica: Esofagitis herpética.

*Caso 5º.* Niño de 6 años con disfagia de 1 mes de evolución tras tragar agua de mar, sensación de cuerpo extraño negándose a comer. Visto en varios servicios de urgencias con radiografías de tórax, de abdomen y esofagograma normales. Se completa estudio observándose actitud negativista, deseos de muerte y agresividad. Diagnóstico: Disfagia por simulación.

#### *Comentarios:*

- 1.-La radiografía simple y el esofagograma permiten orientar en urgencias la mayoría de los procesos que conducen a disfagia.
- 2.-La impactación debe hacernos sospechar una patología esofágica basal ya sea conocida o ya sea ésta su forma de presentación lo que exigiría completar el estudio realizando un esofagograma y/o endoscopia.
- 3.-La presencia de otros síntomas como odinofagia o fiebre asociados a aumento de los reactantes de fase aguda sugieren una causa infecciosa.
- 4.-La evolución prolongada y el carácter intermitente de los síntomas pueden predecir la existencia de una alteración funcional o ficticia, no obstante el esofagograma suele ser necesario para descartar otros procesos y en ocasiones requieren tratamiento psicoterapéutico.
- 5.-La endoscopia es el mejor sistema diagnóstico y de orientación terapéutica, aunque no siempre esté disponible en los servicios de urgencias.



## POSTERS

### HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA SEVERA DESPUÉS DE INGESTA DE DOSIS HABITUALES DE IBUPROFENO

Solé Heuberger, Elisenda; May Llanas, Elena; Pizá Oliveras, Anna; Garcia Puig, Roger; Rius Gordillo, Neus; Margarit Mallol, Jaume  
Hospital Mútua de Terrassa

51

#### *Fundamento y objetivos*

La hemorragia digestiva alta (HDA) se describe como efecto secundario del tratamiento con AINEs incluso con dosis aisladas. Habitualmente se trata de hemorragias leves sin repercusión hemodinámica, siendo excepcionales los casos de hemorragia severa. Se ha sugerido la existencia de susceptibilidad genética relacionada con el polimorfismo en el enzima CYP2C9 para presentar reacciones adversas con la ingesta de AINEs.

#### *Observaciones clínicas*

Paciente varón de 4 años de edad sin antecedentes de interés, que consultó por vómitos hemáticos en las últimas 24 h. Presentaba cuadro catarral de vías altas por lo que había recibido tratamiento con Ibuprofeno a 7,5 mg/kg/dosis cada 6 h durante las últimas 72h.

Exploración: palidez cutánea. TA 104/57; FC 150 x'; Tª 38,2°C. Orofaringe congestiva sin sangrado activo. Resto normal.

Analítica sanguínea: Hb 5,6 g/dL; Htc 16,8%; pruebas de coagulación normales. Se transfundió concentrado de hematíes. Después de estabilización hemodinámica, se realizó endoscopia digestiva evidenciándose múltiples lesiones milimétricas gástricas con sangrado en sábana.

Se mantuvo a dieta absoluta con Omeprazol ev (3 mg/kg/d).

Presentó una correcta evolución clínica, sin nuevos vómitos y con una única deposición melénica. El 5º día se inició dieta enteral, pasándose Omeprazol a vo.

Se recogió muestra para estudio genético, pendiente resultado.

#### *Comentarios*

Una adecuada anamnesis y exploración física permiten la realización de endoscopia digestiva precoz, previa estabilización hemodinámica, evitando exploraciones complementarias innecesarias.

La posibilidad de realizar estudio de susceptibilidad genética permitiría identificar familiares de riesgo.



## POSTERS

### MANEJO DE LA HEMATOQUECIA EN RECIÉN NACIDOS Y LACTANTES\*\*

Autores: A. García García, M. Castell Miñana, J. Herrmanova, J. Alvarez Piti, E. Montesinos Sanchís, M. Calabuig Sánchez.

52

**Objetivos:** La hematoquecia es una causa frecuente de consulta en Puertas de Urgencias en pacientes Recién Nacidos y Lactantes, entre sus causas destaca la Proctitis Benigna y la actitud ante esta situación aún no se encuentra estandarizada.

Por lo que nos planteamos el objetivo de establecer la necesidad o no de retirada de Proteínas de Leche de Vaca (PLV) en primera instancia ante la hematoquecia del paciente.

**Metodología:** Se describen 13 pacientes menores de 6 meses, por otro lado sanos que habían presentado uno o más episodios de hematoquecia. Como metodo diagnostico definitivo de proctitis benigna se considera el resultado anatomopatológico de una biopsia de recto o sigma. El diagnóstico de certeza de la proctocolitis alérgica se establece con más de 20 eosinófilos por campo de alta definición. Es posible encontrar eosinófilos intraepiteliales, infiltrado polimorfonuclear y abscesos en criptas.

**Resultados:** De los 13 pacientes inicialmente seleccionados, 1 presentaba fisura anal y otro había padecido una GEA por C. jejuni por lo que quedaron excluidos. En primera instancia se excluyeron PLV en todos ellos: en la dieta de la madre si tomaban lactancia materna, o administrando hidrolizado de PLV en el caso de lactancia mixta o artificial ( a 4 de ellos se administró hidrolizado antes de ser vistos por gastroenterólogo infantil). La duración media del sangrado tras dicha medida: fue de 11,7 días. Ninguno de los pacientes presentó afectación en su desarrollo ni anemia. Solamente 2 de los pacientes presentaron antecedentes familiares de alergia. Otro de ellos presentó un prick positivo para PLV (que negativizó en un mes) y tan solo uno de los pacientes presentó una hipereosinofilia marcada. De los 11 pacientes no excluidos, a 5 se les practicó rectosigmoidoscopia con biopsia. En todos ellos hubo hallazgos endoscópicos consistentes en edema, friabilidad, hemorragia submucosa. En cuatro la histología fue anormal (2 compatibles con colitis alérgica, 1 colitis inespecífica, 1 Enfermedad Inflamatoria Intestinal). En 5 de los 6 pacientes en los que no se realizó la rectoscopia/biopsia fue por desaparición de la clínica antes del momento de realizarla. Hasta la fecha se ha realizado una provocación oral a 8 de los 11 pacientes siendo bien tolerada la PLV antes del año de edad en todos (2 de los cuales realizaron dicha prueba por su cuenta), 2 de los pacientes aún no tienen la edad.

**Conclusiones:** la hematoquecia en el lactante es una patología que aunque alarma al entorno familiar, en la mayor parte de los casos, no tiene una repercusión clínica importante sobre el paciente. Existen otras etiologías que se beneficiarían de un diagnóstico y tratamiento específico no retardado. El diagnóstico definitivo de la Proctocolitis Benigna, así como de otras posibles causas de hematoquecia es anatomopatológico. La entidad más prevalente que causa esta clínica suele ser la proctocolitis alérgica, que en nuestro estudio ha supuesto el diagnóstico confirmado en el 15% de los 13 casos iniciales, y un 40% en los casos biopsiados. Ante estos resultados, creemos que en lugar de una supresión empírica de Proteínas de Leche de Vaca de la dieta de un lactante con hematoquecia, en el que se sospecha una colitis alérgica, éste debería ser correctamente diagnosticado mediante endoscopia y biopsia, ya que no todos los casos se corresponden con dicho cuadro y por tanto no serían necesarios estos cambios en la dieta.



## POSTERS

### DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA COLECISTITIS AGUDA EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA

**Garcia Puig, Roger; Rius Gordillo, Neus; Cortés Álvarez, Núria; May Llanas, Elena; Pizá Oliveras, Anna; Margarit Mallol, Jaume**

Servicio de Pediatría. Hospital Mútua de Terrassa, Terrassa

#### *Fundamento y objetivos:*

La colecistitis aguda es poco frecuente en pediatría, un 30% son alitiásicas y es raro que se compliquen con gangrena. En el diagnóstico diferencial del dolor abdominal agudo en pediatría muchas veces no se considera, aumentándose la morbimortalidad por la demora en el diagnóstico.

#### *Obseraciones clínicas:*

##### Caso 1:

Niño de 10 años que consultó por abdominalgia de inicio brusco y vómitos, afebril. Abdomen: doloroso con defensa periumbilical e hipocondrio derecho. Analítica poco alterada. Ecografía: Distensión de vesícula biliar con paredes engrosadas sin cálculos. Tratamiento médico + cefotaxima y metronidazol EV 10 días. Evolución favorable.

##### Caso 2:

Niña de 13 años, obesa, que consultó por dolor en hipocondrio derecho y epigastrio de 7 días de evolución, vómitos y fiebre de 24 h. Abdomen: dolor selectivo en epigastrio e hipocondrio derecho. Murphy +. Analítica alteraciones leves. Ecografía: vesícula distendida de paredes gruesas con litiasis y fango biliar. Tratamiento médico y amoxiclavulánico 7 días EV. Se programó cirugía electiva en 8 semanas. Reingresó a los 8 días por episodio de tapón biliar que se resolvió con tratamiento médico.

#### *Comentarios:*

En Urgencias la ecografía nos confirmará el diagnóstico en la mayoría de casos.

En las colecistitis litiásicas está indicada la colecistectomía: urgente según criterios, o demorada en las primeras 72 horas del inicio de los síntomas, y en caso de consultar más tarde electiva a las 8 semanas.

En las alitiásicas se recomienda tratamiento médico conservador o la colecistostomía percutánea, y si se produce deterioro clínico o ecográfico la colecistectomía.



## POSTERS

### COMPARACIÓN DE TOMA DE TEMPERATURA ÓTICA POR INFRARROJOS CON AXILAR MEDIANTE TERMÓMETRO DE MERCURIO

Autores: López Roca, Mercedes<sup>1</sup>; Pereiras Illana, Patricia<sup>1</sup>; Fernández Suárez, Lucía<sup>1</sup>; Núñez Sánchez, Lidia<sup>1</sup>; Mayordomo Colunga, Juan<sup>2</sup>; Rodríguez Suárez, Julián<sup>2</sup>.

Unidad de Urgencias de Pediatría. <sup>1</sup>Diplomada Universitaria en Enfermería. <sup>2</sup>Médico. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

*Objetivo:* Comparar un nuevo sistema de medida de temperatura (ótica) con el termómetro de mercurio mediante un estudio prospectivo.

*Pacientes y métodos:* Se incluyeron pacientes de 0 a 14 años de forma aleatoria desde el 6-12-2007 al 12-1-2008. Se tomó la temperatura ótica (TO) empleando un termómetro por infrarrojos (Genius 2) y axilar (TA) con uno de mercurio. Los pacientes se clasificaron en menores de 12 meses, de 12 a 36 meses y mayores de 36 meses. La TA (considerada de referencia), se clasificó en menor de 37°C, de 37° a 38,5°, y mayor de 38,5 °. Se calculó el coeficiente de correlación intraclase (CCI) para valorar la concordancia de las medidas.

*RESULTADOS:* Se incluyeron 375 pacientes (53,6% varones). La TO media fue de  $36,5 \pm 1,0$ , y la TA de  $37,4 \pm 1,0$  ( $p < 0,001$ ). El CCI global fue de 0,60 (IC 95%: -0,07 a 0,84). La media de las temperaturas y sus CCI se muestran en la tabla. En este análisis se observó un sesgo sistemático de medición por debajo de la temperatura de referencia. Según los grupos de TA, la CCI fue de 0,31, 0,48 y 0,21, respectivamente.

Edad	TO (°C)	TA (°C)	p	CCI
0 – 12 meses	$36,2 \pm 0,9$	$37,1 \pm 0,9$	$< 0,001$	0,72
12 – 36 meses	$36,6 \pm 1,0$	$37,5 \pm 1,1$	$< 0,001$	0,80
> 36 meses	$36,6 \pm 1,0$	$37,4 \pm 1,0$	$< 0,001$	0,88

*CONCLUSIONES:* La determinación de TO con el termómetro timpánico por infrarrojos “Genius 2” es inexacta, aunque aceptablemente correlacionada con la TA, dando medidas por debajo de ésta. Considerando como referencia la TA el comportamiento de las mediciones es mejor en el rango de 37°C a 38,5°C y el peor en el superior a 38,5°C.



## POSTERS

### INFLUENCIA DE LA DEMANDA DE TRABAJO EN EL PERSONAL SANITARIO

Padrón Rodríguez, María Raquel; Garduño Amado, María del Sol; Díaz Díaz, Elisabet; Moreno Rodríguez, María Elena; Rodríguez Márquez, María Rosa; Castro Parres, María Soledad

55

Complejo Hospitalario Insular Materno Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria.

#### *Objetivos*

La demanda de trabajo en los servicios de urgencias pediátricos es variable a lo largo del año, también es variable el número de incapacidad laboral transitoria del personal sanitario que realiza su jornada laboral en esos servicios.

Con este trabajo intentamos demostrar si existe una relación entre demanda de trabajo e incapacidad laboral transitoria.

#### *Metodología*

Se realiza un estudio descriptivo sobre el personal sanitario: Auxiliares de Enfermería, Enfermeros y Pediatras del Servicio de Urgencias Pediátricas del Complejo Hospitalario Universitario Insular Materno Infantil de Canarias, que abarca el periodo del 1 de Enero de 2007 al 31 de Diciembre del mismo año.

Hemos tomado como variables: número de pacientes por meses, categoría profesional y edad del personal sanitario.

#### *Resultados*

A mayor demanda de trabajo en los meses de otoño e invierno aumenta el número de incapacidad laboral transitoria, siendo éste más predominante en enfermeras.

A mayor edad existe un mayor número de incapacidad laboral transitoria dentro del grupo de las auxiliares de enfermería, no ocurriendo lo mismo en los dos grupos restantes. Por tanto, no hay una relación directa entre demanda de trabajo, incapacidad laboral transitoria y edad.

En cuanto a categoría profesional, a menor categoría profesional, mayor número de incapacidad laboral transitoria.

#### *Conclusión*

Tras lo datos recogidos, se observa un aumento considerable de incapacidad laboral transitoria en relación al aumento de la demanda de trabajo únicamente con la enfermeras, que coincide con la muestra de menor edad.



## POSTERS

### IMPRESIÓN SUBJETIVA DEL ENFERMERO/A DE TRIAJE VERSUS APLICACIÓN DE ESCALAS PARA LA VALORACIÓN INICIAL DEL DOLOR EN LAS URGENCIAS PEDIÁTRICAS

Rodríguez Ramírez, Juan Antonio. Gavala Arjona, Juan Manuel. Gil Sánchez, José Antonio. Ferrés i Serrat, Francesc.

56

Unidad de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitari Son Dureta. Palma Mallorca.

**INTRODUCCIÓN:** Es primordial hacer una gradación de la intensidad del dolor para valorar la pauta analgésica más indicada a administrar en una estrategia de triaje avanzado, a la vez que para priorizar desde el triaje la atención médica a los pacientes con mayor dolor. Lo ideal es realizarla con escalas que midan el dolor, pero desde el triaje puede ser difícil y engorroso aplicarlas. Por este motivo, pensamos que una estimación subjetiva del dolor por parte de el/la enfermero/a responsable del triaje (ET) puede ser una alternativa práctica y fiable.

**OBJETIVOS:** 1- Comparar la impresión subjetiva del (ET) con las escalas para valoración del dolor más utilizadas en pediatría. 2- Concienciar al personal de urgencias (médico y enfermería) de la necesidad de administrar analgésicos de forma sistemática a la mayoría de los niños que presenten dolor significativo en urgencias. 3- Valorar si la analgesia pautada por el personal médico es la más adecuada.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** 1- En el box de triaje se realiza gradación del dolor por parte del ET en los niños que lo presentan y que acudieron a urgencias entre el 1 y el 31 de enero del 2008, clasificándolo en: leve, moderado o severo. El grado de dolor estimado se anotó e introdujo en un sobre cerrado. 2- Se administra analgesia en cada caso, pautada por el médico responsable. 3- En el box de exploración un 2º enfermero/a, en función del grupo de edad, aplica la escala de dolor correspondiente, anotando el resultado y grapándolo al sobre cerrado.

**RESULTADOS:** 93 casos, que se distribuyen en función de la edad y escala aplicada en: 5 menores de 3 años (escala fisiológico-conductual), 33 entre 3 y 7 años (escala analógica visual-facial) y 55 mayores de 7 años (escala numérica). El grado de concordancia objetivado entre ET y escala para valoración del dolor ha sido: en menores de 3 años 4/5 (80%), en el grupo entre 3 y 7 años 22/33 (67%) y en mayores de 7 años 37/55 (68%). No ha habido concordancia en 30 casos: en 12 se ha magnificado el dolor por parte del ET y en 18 (19%) se ha minimizado con respecto al resultado obtenido tras la aplicación de la escala. Todos los casos han recibido analgesia. Se ha administrado la analgesia más adecuada en 72 casos (77.4%): 45/45 en niños con dolor leve (paracetamol o ibuprofeno por vía oral), 26/37 en afectos de dolor moderado (Nolotil oral) y sólo 1/11 pacientes que presentaban dolor severo recibió cloruro mórfico vía parenteral.

**COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:** 1- Aunque creemos que se necesitaría una muestra mayor para tener resultados significativos, el grado de concordancia obtenido nos parece suficiente como para obviar la aplicación de las escalas del dolor en los boxes de triaje. 2- Se ha conseguido concienciar al personal sanitario de que el alivio del dolor es un derecho básico del niño y un deber nuestro el proporcionárselo tan pronto como se haga la primera valoración del mismo (en el box de triaje). 3- La analgesia administrada ha sido adecuada en la mayoría de los casos, aunque hay que destacar que el tratamiento del dolor severo por vía parenteral con cloruro mórfico es una de las tareas pendientes en nuestras urgencias. 4- Se impone protocolizar en todas las Unidades de Urgencias el tratamiento precoz del dolor, en función del tipo de dolor y de su severidad.



## POSTERS

### RELACIÓN DE CONTAMINACIÓN DE HEMOCULTIVOS CON DESINFECCIÓN DE LA ZONA DE PUNCIÓN

Autores: Jiménez Carrascosa M<sup>a</sup> Amalia, Pascual Fernández M<sup>a</sup> Cristina, Acero Rivas Olga, Ignacio Cerro M<sup>a</sup> Carmen, Moreno Fernández Miguel Ángel, Bertram Bort Natalia. DUEs. Urgencia Infantil. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

#### INTRODUCCIÓN

El hemocultivo es una prueba diagnóstica que se realiza frecuentemente en la urgencia.

En 2005 realizamos estudio comparativo de los antisépticos utilizados para desinfección de zona de punción, Clorhexidina 2% y Povidona Iodada, obteniendo resultados significativos con mayor contaminación utilizando Clorhexidina 2%, 13,6% frente a 3,9%.

Ante esto, diseñamos estudio para comprobar resultados.

#### OBJETIVOS

- Confirmar grado de efectividad de los diferentes antisépticos.
- Comprobar resultados con los obtenidos en estudio anterior.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó estudio cualitativo retrospectivo transversal de Julio a Septiembre 2007, por un grupo de enfermeras. Se diseñó estudio aleatorio en función del número de registro; número par utilizando Povidona Iodada y número impar Clorhexidina 2%.

Las variables recogidas fueron edad, sexo, resultados de hemocultivos, antiséptico utilizado, diagnóstico e ingreso.

Fueron excluidos niños menores de 7 meses de edad.

Los datos se introdujeron en base de datos Microsoft Access 2002 y analizados con el programa estadístico SPSS.

#### RESULTADOS

Se realizó el estudio a 101 niños, de estos en 51 se utilizó Povidona Iodada y en 50 Clorhexidina 2%

El porcentaje de hemocultivos contaminados fue del 0% tanto con Clorhexidina como con Povidona Iodada

#### CONCLUSIONES

Hemos comprobado la total validez de los dos antisépticos utilizados, erradicando ideas sobre peor desinfección con Clorhexidina por no demarcar zona de punción.



## POSTERS

### UTILIZACIÓN DE VÍAS VENOSAS PERIFÉRICAS CANALIZADAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS.

DATOS DEL PRIMER AUTOR: Rubio González Luis Manuel. Servicio Urgencias de Pediatría. Hospital universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

DATOS DE LOS COAUTORES: De la Peña Garrido Agustín, Farraces Ramos Oscar, Pérez Macarrilla David, Marín Martínez Juana, González Bravo David

CENTRO DE TRABAJO: Hospital Universitario de Fuenlabrada.

#### OBJETIVOS

El objetivo de nuestro estudio es realizar una evaluación de la utilización y uso de las vías venosas periféricas canalizadas en un servicio de urgencias pediátricas en un hospital secundario de la zona sur de Madrid.

#### MATERIAL Y METODOS

Este estudio se realizó en las urgencias pediátricas de un hospital secundario de la zona sur de Madrid. El periodo de estudio elegido fue de tres meses.

Es un estudio observacional descriptivo, y con carácter retrospectivo, realizado mediante revisión de registros y observación directa y detallada, que fue llevado a cabo en la unidad.

El tamaño de la muestra ( 350) ha sido escogida mediante un muestreo aleatorio simple.

Las variables utilizadas son: extracción de analítica, administración de sueroterapia y administración de medicación.

#### RESULTADOS

Los resultados demuestran que el 43.75 % de las vías venosas periféricas canalizadas se usan única y exclusivamente para analítica de sangre y el 56,25 % se usan para analítica de sangre y administración de sueroterapia y/o medicación.

#### CONCLUSIONES

Las conclusiones que sacamos después de analizar los datos nos indican que el porcentaje de pacientes pediátricos a los cuales se les canaliza vía venosa única y exclusivamente para extracción de analítica de sangre es demasiado elevado; por tanto pudiera existir un porcentaje de canalización inadecuada.

Por tanto sería necesario la elaboración de un protocolo de canalización de vías venosas para poder disminuir el porcentaje de accesos venosos inadecuados.

De igual forma hay que considerar que el gasto económico añadido por el elevado número de canalizaciones.



## POSTERS

### **INMOVILIZACIONES CON FÉRULAS SINTÉTICAS: UNA ALTERNATIVA EFICAZ EN LA ATENCIÓN AL PACIENTE PEDIÁTRICO.**

Noci Belda, Jesús; Fernandez Collazo, Victoria; De Nicolás Navas, Luis; Martín Valtueña, Concepción; Polo Jiménez, Soraya; Marina Herrero, Lourdes.

Enfermeros/-as del Servicio de Urgencias del Hospital Infantil. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

59

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En nuestro servicio de Urgencias las inmovilizaciones primarias y de partes blandas se realizaban con férulas de yeso, neumáticas y fijas. El uso de este tipo de dispositivos comportaba problemas tales como la falta de diferentes tamaños, incomodidad... Iniciamos la búsqueda de diferentes tipos de férulas para proporcionar una alternativa eficaz y eficiente. Planteamos un estudio para identificar alternativas y elegir la más idónea.

#### METODOLOGÍA

Búsqueda bibliográfica para identificar diversos sistemas de inmovilización. Utilización de dichos sistemas y posterior encuesta entre el personal sanitario sobre las características percibidas de los dispositivos.

#### RESULTADOS

Se identifican como principales tipos de inmovilización: férulas de yeso, neumáticas, rígidas y sintéticas. La encuesta fue realizada por el personal sanitario de Urgencias, puntuando cada característica de 1 (muy mala) a 4 (excelente). De los cuatro sistemas de inmovilización incluidos en la encuesta, las férulas sintéticas y de yeso obtuvieron las mejores puntuaciones en tres características: adaptabilidad (mediana 4 y 3,5 respectivamente) adecuación de tamaño pediátrico (medianas 4 y 3) y resistencia (medianas 4 y 3). Sin embargo en las otras tres características valoradas (limpieza, sencillez de la técnica y ligereza) las férulas sintéticas fueron las mejor puntuadas y las de yeso, las que obtuvieron menos éxito.

#### CONCLUSIONES

Una vez realizada la comparativa bibliográfica y la valoración global de las encuestas se opta por el uso de la férula sintética. Su aceptación ha sido unánime en el servicio por su plena adaptación a las necesidades del paciente pediátrico destacando su adaptabilidad, ligereza, limpieza y sencillez de la técnica.



## POSTERS

### **PROTOCOLO DE ACTUACION ANTE HERIDAS DE ENFERMERIA PEDIATRICA DEL HOSPITAL DE FUENLABRADA. REGISTRO INFORMATICO.**

Primer autor: Romay Colino, Elda. Servicio de Urgencias pediátricas. Hospital de Fuenlabrada, Madrid.

60

Coautores: Manzanares Gómez, Verónica. Campo Ortega, Noemí. De la Peña Garrido, Agustín. Rodríguez Díaz, Rocío. González Bravo, David.

#### **OBJETIVOS:**

1. Protocolizar la actuación de enfermería en la asistencia inicial del niño con heridas
2. Mostrar la secuencia de actuación ante heridas en el formato de historia electrónica de Selene.

**MATERIAL Y METODOS:** Desde la apertura del servicio de urgencias pediátricas en junio 2004 la valoración y tratamientos iniciales del niño con herida es llevada a cabo por enfermería de la unidad, siendo todos esos niños valorados posteriormente por pediatras. En noviembre del 2007 se inicia protocolo de actuación ante heridas que incluye la edición de informe de alta de enfermería en el que constan las características de la herida , tratamientos y / o cuidados aplicados y recomendaciones al alta.

**RESULTADOS:** El paciente pediátrico que acude con herida es valorado mediante la aplicación de triangulo de gravedad , para determinar si precisa valoración medica o no , en segundo lugar se valora el aspecto de la herida , se realiza la cura y/ o sutura correspondiente . Además se cumplimenta el formulario de heridas informatizado y se edita el informe de alta de enfermería.

#### **CONCLUSIONES:**

1. Intervención de enfermería protocolizada ante paciente pediátrico con herida
2. Autonomía de la enfermería en la asistencia del paciente pediátrico con herida
3. Registro informático de la actuación ante heridas
4. Edición y entrega de informe de alta de enfermería



## POSTERS

### **UN PASO POR DELANTE DE LA FIEBRE. PROTOCOLO DE ACTUACION EN URGENCIAS PEDIATRICAS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA.**

PRIMER AUTOR: David González Bravo. Servicio Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid.

61

COAUTORES: González Bravo, David. De La Peña Garrido, Agustín. Migueles Guerrero, Carmen. Del Pozo Herranz, Purificación. Sebastián Viana, Tomás. Rodríguez Díaz, Maria Rocio.

OBJETIVOS: Describir el diseño e implantación de un protocolo de actuación ante fiebre en el servicio de urgencias pediátricas. Analizar la influencia sobre el tiempo de estancia media de urgencias tras la implantación del protocolo.

MATERIAL Y METODOS: En noviembre de 2007 se diseñó el protocolo de actuación ante fiebre que consiste en la administración por enfermería de antitérmicos vía oral a dosis prefijadas según peso. Dicha actuación se realiza a la llegada del paciente a urgencias pediátricas, independientemente de que el paciente sea visto por el pediatra en el momento o deba esperar su turno. En diciembre de 2007 se implantó.

Mediante estudio analítico se ha comparado el tiempo de estancia medio de dos muestras elegidas aleatoriamente entre pacientes con fiebre que acudieron antes y después de aplicar el protocolo.

RESULTADOS: Diseño e implantación de un protocolo de actuación ante fiebre. Creación de una intervención de enfermería inmediata a la llegada del paciente y reevaluaciones periódicas. Estandarización de criterios de actuación y dosificación de antitérmicos. Disminución del tiempo de estancia media en urgencias en pacientes que acuden por fiebre.

#### CONCLUSIONES:

- La actuación ante la fiebre a la llegada del paciente disminuye el tiempo de estancia media en urgencias.
- Se evitarán posibles complicaciones relacionadas con la fiebre y derivadas de los tiempos de espera.
- La intervención independiente de enfermería asumiendo competencias permitirá que los distintos circuitos se desarrollen de una forma ágil y dinámica.



## POSTERS

### FIEBRE EN MENORES DE TRES MESES, ¿QUIÉN LA PRODUCE?

Sarmiento Martínez, Mercedes. Arroyo Hernández, Mireia. Sampere, Angeles. Mayordomo Colunga, Juan. Suárez Saavedra, Sonsoles. Rodríguez Suárez, Julián.  
Unidad de Urgencias de Pediatría. Servicio de Pediatría. Servicio de Microbiología. Hospital Central de Asturias. Oviedo.

**OBJETIVOS:** Conocer la implicación de los virus en la fiebre en niños menores de 3 meses, así como su manejo y evolución.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio prospectivo descriptivo en menores de 3 meses con fiebre  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  en un periodo de 5 meses. Se recogieron datos clínicos y analíticos incluyendo hemocultivo y detección de virus en sangre y exudado nasofaríngeo. Posteriormente se realizó consulta telefónica o revisión del informe de alta. Resto de pruebas y manejo según criterio de la Unidad. Resultados: media (DS).

**RESULTADOS:** Se incluyeron 30 niños (60% varones). Fiebre en Urgencias: 66%. El 73,3% tenían síntomas virales. Tuvieron foco en la exploración el 24,3%. La diferencia en los parámetros analíticos entre aislamientos víricos y presumiblemente bacterianos fue estadísticamente significativa. Un hemocultivo fue positivo en un niño con infección de orina. Hubo 2 radiografías patológicas (1 adenovirus, 1 CMV). El 21% de los urocultivos fueron positivos. Aislamiento vírico en el 73,3% de casos (8 adenovirus, 5 herpes, 3 rinovirus). Recibieron antibiótico el 40% (58,3% con aislamiento viral posterior). Ingresaron el 70% (57% Planta; 33,3% Unidad de Observación; 9,5% UCIP). Reconsultaron el 16,7%. La duración de la fiebre tras consultar fue 1,4 (1,2) días.

**CONCLUSIONES:** La mayoría de los menores de 3 meses en nuestro medio presentaban fiebre de probable etiología viral. Existió buena correlación entre datos analíticos y microbiológicos. Dada la tasa de aislamientos virales y la duración de la fiebre, la observación clínica podría ser la opción válida en el manejo inicial de estos niños.



## POSTERS

### **INFECCIÓN BACTERIANA POTENCIALMENTE GRAVE (IBPG) EN LACTANTES MENORES DE 3 MESES INGRESADOS EN OBSERVACIÓN.**

*Sánchez Alvarez MJ, Sánchez Ganfornina I, Mellado Troncoso E, Taguas-Casaño Corrientes M, Alonso Salas MT, Loscertales Abril M.*

*Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Críticos y Urgencias de Pediatría. Hospital Infantil. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío de Sevilla.*

63

#### OBJETIVOS

Conocer la incidencia y características de IBPG en pacientes menores de 3 meses comparando 3 grupos de edad.

#### MATERIAL Y METODOS

Todos los niños menores de 3 meses que ingresan en Observación por síndrome febril sin foco (SFSF) y se detecta IBPG. Estudio descriptivo de base de datos.

#### RESULTADOS

Ingresaron 248 pacientes por SFSF (9,3% del total de ingresos en observación). El 37,5% fueron menores de 1 mes, 37,9% entre 1-2 meses y el 22% y entre 2-3 meses. El porcentaje de varones en menores de 2 meses fue del 70%. La presencia de síntomas catarrales fue significativamente mayor en el primer grupo (33%). En los tres grupos analizados el diagnóstico más frecuente fue síndrome febril autolimitado. El porcentaje más elevado de IBPG fue en los niños menores de 1 mes, un 16% (5 y 12% en los otros dos grupos), en este primer grupo el 13% tenía temperatura inferior a 38°C. En 3 pacientes con síntomas catarrales se detectó IBPG. El 22% presentó alteraciones en el hemograma, y el 54% tuvieron PCR mayor de 20. En el 70% se valoró escala YIOS al ingreso menor de 7. La tira reactiva en orina (TRO) resultó negativa en el 27% de los pacientes menores de 1 mes diagnosticados de pielonefritis.

#### CONCLUSION

A pesar que los niños tengan temperatura menor de 38°C, presenten síntomas catarrales, los reactantes de fase aguda no estén elevados, la tira reactiva de orina sea negativa y la escala de YIOS no indiquen riesgo de IBPG, el riesgo de IBPG es significativo en este grupo de edad.



## POSTERS

### FIEBRE SIN FOCO EN LACTANTES MENORES DE 6 MESES

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

64

*Objetivos.* Conocer la incidencia de infección bacteriana potencialmente severa (IBPS) en lactantes menores de 6 meses con fiebre sin foco (FSF) y buen estado general (BEG) que acuden a nuestro servicio de urgencias, la utilidad de las pruebas complementarias para identificar a estos niños, y la posibilidad de manejo ambulatorio de los mismos.

*Material y métodos.* Realizamos un estudio prospectivo longitudinal de niños de 1 a 6 meses que acuden a nuestra unidad por FSF y tienen BEG. El periodo de estudio comprende desde el 1-2-2006 al 31-1-2007. En todos los casos realizamos hemograma, proteína C reactiva (PCR), procalcitonina (PCT), examen de orina, urocultivo y hemocultivo. Separamos dos grupos: 1. Niños de 30 a 90 días con criterios clínicos y analíticos de bajo riesgo (Rochester), no se trataron. 2. Niños de 3-6 meses con analítica patológica, se les administró antibiótico. Ambos grupos son revisados en nuestra unidad a las 24 y 48 horas. Se excluyen los niños en los que no es posible el seguimiento.

*Resultados.* Nuestra muestra consta de 258 casos. La distribución por sexo muestra un predominio de hombres 150 casos (58%). El grupo etario predominante fue el comprendido entre 30 y 90 días que supone el 53.3% de los casos. De la casuística analizada ingresaron en planta el 5%. El 10.4% ingresaron en el servicio de observación de urgencias (SOU), todos ellos fueron alta a su domicilio. La edad media de los niños ingresados es significativamente menor que la de los no ingresados. Los diagnósticos finales fueron: FSF (59%), infecciones virales (26%), gastroenteritis aguda (6%), infección del tracto urinario (ITU) (7%), bacteriemia oculta (0.4%), el hemocultivo ha sido positivo en 2 casos (0.8%). No existe relación entre el tiempo de evolución clínica y el grado de fiebre con el diagnóstico final. No se encuentra relación entre los datos analíticos y el diagnóstico final o la necesidad de ingreso hospitalario.

*Conclusiones.* La incidencia de bacteriemia oculta en niños previamente sanos con BEG es muy baja (0.4%), La causa más frecuente de FSF en estos niños es la ITU (7%). El valor de las determinaciones analíticas para determinar los niños con IBPS es cuestionable. El manejo ambulatorio de niños con FSF y BEG es posible con una cuidadosa vigilancia de los mismos.



## POSTERS

### FIEBRE MAYOR DE 40°C E INFECCIONES VÍRICAS

Arroyo Hernández, Mireia. Sarmiento Martínez, Mercedes. Gómez de Oña, Ernesto. Mayordomo Colunga, Juan. Jiménez Treviño, Santiago. Rodríguez Suárez, Julián.  
Unidad de Urgencias de Pediatría. Servicio de Pediatría. Hospital Central de Asturias. Oviedo.

65

*Objetivo:* Conocer la implicación de los virus en los niños con fiebre  $\geq 40^{\circ}\text{C}$ .

*Material y métodos:* Estudio prospectivo descriptivo de los niños que presentaron fiebre  $\geq 40^{\circ}\text{C}$  (axilar) en Urgencias en un periodo de 5 meses. Se recogieron datos clínicos y analíticos (hemograma, proteína C reactiva, procalcitonina, hemocultivo, detección de virus en sangre y exudado nasofaríngeo) y se realizó consulta telefónica o revisión del informe de alta. Resto de pruebas y manejo según protocolo de la Unidad. Resultados como "media (desviación estándar)".

*Resultados:* Se incluyeron 14 niños. La edad media fue 38(25,8) meses. La duración media de la fiebre fue de 29,1(22) horas. Un 14,3% de los pacientes tenían síntomas virales. Medias de los datos analíticos:  $12.750/\text{mm}^3$ (5636) leucocitos;  $9.364/\text{mm}^3$  (5221) neutrófilos, PCR 4,48 (4,72) mg/dl y PCT 0,63 (0,53) ng/dl, sin diferencias significativas entre los diferentes diagnósticos. Hubo 2 radiografías de tórax patológicas y un urocultivo positivo. Todos los hemocultivos fueron negativos. Hubo aislamientos víricos en el 85,71% (12: herpesvirus, 6:adenovirus, 4:otros). Recibieron antibióticos 5 pacientes, todos con aislamiento viral posterior. La duración media de la fiebre tras consultar fue de 2,3 (1,1) días. En la evolución, 28,5% reconsultaron, el diagnóstico cambió a neumonía en un caso (aislamiento viral positivo) y dos pacientes recibieron antibioterapia.

*CONCLUSIONES:* En la fiebre elevada observamos una alta tasa de aislamiento vírico, único y en coinfección. Los datos analíticos no parecen ser buenos discriminadores de etiología vírica o supuestamente bacteriana. Existe una prescripción antibiótica empírica importante en estos pacientes.



## POSTERS

### RENDIMIENTO DE LA PCT SEMICUANTITATIVA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA INFECCIÓN BACTERIANA POTENCIALMENTE SEVERA EN LA URGENCIA DE PEDIATRÍA

García Casales, Zuriñe<sup>1</sup>. González de Zarate Pérez de Arrilucea, Ainhoa<sup>1</sup>. Rubio Olló, Izaskun<sup>2</sup>. Gorostiza Guerricaechebarria, Cosme<sup>2</sup>. Benito Fernández, Javier<sup>1</sup>. Vázquez Ronco, Miguel<sup>1</sup>.

1 Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Barakaldo. 2 Servicio de Bioquímica. Hospital de Cruces. Barakaldo.

#### *Introducción:*

La procalcitonina se ha mostrado como un parámetro analítico útil en el diagnóstico de infección bacteriana. Existen pocos estudios comprobando su aplicabilidad en la clínica diaria en Urgencias de Pediatría.

#### *Objetivo:*

Comprobar el rendimiento de la PCT semicuantitativa (PCTs) para el diagnóstico de infección bacteriana severa (IBPS) en urgencias de pediatría, comparado con el recuento leucocitario, de polimorfonucleares (PMN) y la proteína C reactiva (PCR).

#### *Pacientes y método:*

Estudio retrospectivo. Se realizó la extracción de PCTs, recuento leucocitario y de PMN y PCR a un total de 251 niños. Para el análisis de los datos se crearon dos grupos:

A - IBPS: aquellos con hemocultivo o cultivo de LCR positivo y las ITU con fiebre elevada.

B - Infección viral o bacteriana no grave: aquellos con cultivo viral o serología viral positiva, ITU con fiebre baja y aquellos con cultivos bacterianos negativos y con buena evolución posterior.

Se excluyeron las patologías en que no se pudo demostrar la etiología (neumonías, abscesos...)

#### *Resultados:*

En total quedaron incluidos 175 niños (grupo A: 78, grupo B: 98). La probabilidad de tener una infección bacteriana en este grupo de niños fue del 45%.

La mejor prueba para confirmación de una etiología bacteriana en los niños seleccionados fue la PCTs (especificidad 88% y probabilidad postprueba del 67%), comparada con la PCR (60%, 62%), recuento leucocitario (67%, 57%) y de PMN (49%, 49%).

En los niños con un tiempo de evolución <12 horas, el rendimiento de la PCTs es mayor (E 93%, probabilidad preprueba 36% y postprueba 71%).

#### *Conclusiones:*

El rendimiento de la PCTs es superior a la PCR, recuento leucocitario y de PMN, para el diagnóstico de infección bacteriana en niños.

Este rendimiento de la PCTs es mejor en los casos menos evolucionados (< 12 horas).



## POSTERS

### **INFLUENCIA DE LA PCT SEMICUANTITATIVA EN EL MANEJO DEL NIÑO CON SOSPECHA DE INFECCIÓN BACTERIANA SEVERA EN LA URGENCIA DE PEDIATRÍA**

García Casales, Zuriñe<sup>1</sup>. González de Zarate Pérez de Arriluzea, Ainhoa<sup>1</sup>. Rubio Olló, Izaskun<sup>2</sup>. Gorostiza Guerricaechebarria, Cosme<sup>2</sup>. Benito Fernández, Javier<sup>1</sup>. Vázquez Ronco, Miguel<sup>1</sup>.

1 Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Barakaldo. 2 Servicio de Bioquímica. Hospital de Cruces. Barakaldo.

#### *Introducción:*

La procalcitonina se ha mostrado como un parámetro analítico útil en el diagnóstico de infección bacteriana. Existen pocos estudios comprobando su aplicabilidad en la clínica diaria en Urgencias de Pediatría.

#### *Objetivo:*

Conocer si el valor de la PCT semicuantitativa (PCTs) influiría en el manejo de los niños con sospecha de infección bacteriana potencialmente severa (IBPS) en la urgencia de pediatría.

#### *Pacientes y método:*

Estudio descriptivo retrospectivo. Se hizo una encuesta a los médicos adjuntos de urgencias de pediatría, sobre 200 episodios de niños en los que sospechaba la presencia de IBPS y se realizó analítica sanguínea. Se exponía el caso clínico, exploración física y pruebas complementarias excepto la PCTs. Posteriormente se comprobaba si cambiarían en algún aspecto el manejo del niño al conocer el valor de la PCTs.

#### *Resultados:*

Los diagnósticos finales fueron: ITU 65; Síndrome febril 34; Neumonía 24, Meningitis viral 30; Sepsis/meningitis bacteriana 10; absceso/celulitis 11; artritis 9; otros 17.

Se encontró algún tipo de cambio en el manejo en 32 niños (16%).

El 50% de los cambios se produjeron en niños con el diagnóstico de ITU (en el 68% se priorizaría la consulta por especialista/pruebas de imagen y en el 32% se cambiaría la pauta antibiótica). En 6 casos se hubiera decidido no ingresar a los niños (3 niños con sospecha de artritis séptica y 3 con meningitis viral). En 9 niños con el diagnóstico final de síndrome febril no se les habría pautado ATB domiciliario y en un niño con sospecha de sepsis meningocócica (corta evolución y analítica normal) se hubiera iniciado el tratamiento ATB precozmente.

#### *Conclusiones:*

La inclusión de la PCTs en la toma de decisiones, podría modificar el manejo de la patología infecciosa en Urgencias de Pediatría en un porcentaje significativo de pacientes.



## POSTERS

### INFECCIÓN POR ENTEROVIRUS EN LACTANTES FEBRILES MENORES DE 3 MESES

Martínez Planas, A. Vila Pérez, D. Esteva Alonso, C\*. Rodríguez Plata, M.T\*. Muñoz Almagro, C\*. Luaces Cubells, C. García García, J.

Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Servicio de Microbiología\*. Hospital Universitari Sant Joan de Déu. Barcelona

68

*Introducción:* La fiebre en el lactante es motivo de consulta frecuente en Urgencias. El manejo habitual no incluye el diagnóstico rápido de enterovirus (PCR EV). El objetivo es determinar la prevalencia de infección por EV en lactantes menores de 3 meses ingresados por fiebre sin foco y describir las características y evolución de éstos.

*Pacientes y Métodos:* Estudio prospectivo (agosto 2006 – octubre 2007) de lactantes < 3 meses que ingresan por proceso febril sin foco. Se determina PCR EV en sangre y/o LCR. Se recoge hemocultivo y urocultivo a todos.

*Resultados:* De 222 pacientes se diagnosticó infección por EV a 40 (prevalencia de 18%, IC 95%: 13,2-23,7%) con edad media de 31,5 días. Treinta presentaron la PCR EV positiva en sangre, 20 en LCR y 10 en ambos. El 40% fue en los meses de verano. Catorce (35%) presentaban síntomas digestivos y 5 (12,5%) exantema. La prevalencia de infección en los lactantes menores de 1 mes fue superior a la de los mayores de un mes (22,8% vs. 12,1% ( $p < 0,05$ )). Aquellos con EV presentaron menos leucocitosis (9900 vs. 13200 ( $p < 0,01$ )) y sólo 1 presentó  $PCT > 2$  ng/mL. En 32 casos (80%) se administró antibiótico durante una mediana de 3 días. No se detectó ningún caso de enfermedad bacteriana invasiva en los pacientes con EV positivo mientras que se detectaron 47 en los pacientes con EV negativo (26%) ( $p < 0,01$ ). No se observaron complicaciones en ningún paciente con infección por EV.

*Conclusiones:* La prevalencia de infección por EV en lactantes febriles sin foco es notable. No hemos detectado coinfecciones bacterianas por lo que un diagnóstico de infección por EV indica bajo riesgo de enfermedad invasiva concomitante. En determinadas situaciones clínicas (neonatos y en verano) puede ser útil incorporar la PCR EV en el manejo del lactante febril sin focalidad aparente, con lo que podremos reducir ingresos o tratamientos innecesarios.



## POSTERS

### APLICABILIDAD DEL TEST DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO DE INFLUENZA EN EL MANEJO DEL LACTANTE MENOR DE TRES MESES CON FIEBRE SIN FOCO Y BUEN ESTADO GENERAL

Gómez Cortés, Borja; Eguireun Rodríguez, Andere; Vázquez Ronco, Miguel Ángel; Astobiza Beobide, Eider; Benito Fernández, Javier; Mintegi Raso, Santiago.  
Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Barakaldo

69

*Antecedentes y Objetivo:* los lactantes con fiebre sin focalidad (FSF) en los que se demuestra una infección gripal presentan una menor incidencia de infecciones bacterianas potencialmente graves (IBPG). Además, la inclusión del test de diagnóstico rápido para influenza (TDRI) en el manejo en Urgencias de los lactantes de 3-36 meses con FSF en periodos de epidemia gripal se ha visto asociado a una menor realización de pruebas complementarias en aquellos con un TDRI positivo. Su aplicabilidad en los lactantes menores de 3 meses no está aún completamente establecida. El objetivo del estudio es valorar el rendimiento del TDRI en los lactantes menores de 3 meses previamente sanos con FSF y buen estado general.

*Material y métodos:* estudio prospectivo de los lactantes menores de 3 meses previamente sanos con FSF y buen aspecto (constatado por el pediatra de Urgencias a la llegada al Servicio) atendidos en Urgencias de Pediatría (UP) entre 1-09-2003 y 31-08-2007 en los que se practicó el TDRI. Se recogieron datos demográficos, exploraciones practicadas, destino y evolución de los pacientes (seguimiento telefónico con los que no ingresaron). Se recomendó practicar el TDRI cuando la incidencia semanal de casos de gripe fue superior a 100 casos por 100.000 habitantes, además de las pruebas complementarias realizadas a todos estos lactantes a su llegada a Urgencias (hemograma, PCR, hemocultivo, tira reactiva de orina y urocultivo)

*Resultados:* en ese periodo de tiempo se registraron 772 episodios correspondientes a lactantes <3 meses previamente sanos con FSF y buen aspecto (IBPG 117, 15.2%).

De los 772 se practicó TDRI a 119 (15.4%) que consultaron durante las cuatro epidemias gripales incluidas en el periodo de estudio. El resultado fue positivo para el virus de la influenza A en 56 (47.1%). Los grupos de pacientes con TDRI positivo y negativo no mostraron diferencias significativas respecto a edad, sexo y temperatura registrada en Urgencias.

De los 119 niños con TDRI practicado, 10 (8.4%) tuvieron una IBPG (ITU 7, meningitis bacteriana 2, bacteriemia oculta 1). Los 10 niños tenían un TDRI negativo (15.9%, del grupo de lactantes con TDRI negativo vs ninguno del grupo con TDRI positivo,  $p=0.001$ ). En el grupo de pacientes con TDRI negativo se practicó con más frecuencia tira reactiva de orina (100% vs 82.1% en el grupo con TDRI positivo,  $p=0.0003$ ), RX de tórax (17.5% vs 1.8%,  $p=0.01$ ), analítica sanguínea y hemocultivo (96.8% vs 71.4%,  $p=0.0003$ ), examen de LCR (27% vs 3.6%,  $p=0.001$ ) y urocultivo (47.6% vs 14.3%,  $p=0.0002$ ). Del grupo de niños con TDRI negativo, 18 (28.6%) ingresaron en planta (vs 1, 1.8% del grupo con TDRI positivo,  $p=0.0001$ , OR=22.00).

*Conclusiones:* la inclusión del TDRI en el manejo del lactante menor de 3 meses previamente sanos con fiebre sin focalidad y buen aspecto en epidemia gripal identifica pacientes con menor riesgo de IBPG y se asocia con una disminución significativa de las pruebas complementarias practicadas en Urgencias y la probabilidad de ingreso hospitalario.



## POSTERS

### VALORACIÓN DEL CULTIVO FARINGEO Y LOS TESTS RÁPIDOS PARA DETECCIÓN DEL ANTÍGENO STREPTOCÓCICO EN OROFARINGE.

J. Deulofeu Giralt<sup>1</sup>, E. Cortés Saladelafont<sup>1</sup>, M. Perez Díaz<sup>2</sup>, C. Prat Aymerich<sup>2</sup>, J. Fàbrega Sabaté<sup>1</sup>, C. Rodrigo Gonzalo de Liria<sup>1</sup>.

Unidad de Urgencias de Pediatría. Servicio de Pediatría<sup>1</sup>. Servicio de Microbiología<sup>2</sup>. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona. Universitat Autònoma de Barcelona.

**Objetivo:** Comparar la eficacia del cultivo y 2 métodos de detección rápida de la presencia del antígeno estreptocócico del grupo A en orofaringe en niños con alta sospecha clínica de faringoamigdalitis estreptocócica o escarlatina que acuden a urgencias. Revisar las resistencias antibióticas del estreptococo del grupo A (SGA) en nuestro medio.

**Material y métodos:** Se estudiaron 42 casos de niños que acudieron de forma consecutiva a nuestro servicio de urgencias durante el mes de diciembre de 2007 y que no habían recibido antibiótico las 2 semanas previas. En todos los casos se recogieron 3 muestras orofaríngeas con escobillón: una para realizar el test rápido Test Pack Plus (basado en la identificación de antígenos de la pared celular), la segunda para realizar el test rápido OSOM (método por inmunocromatografía) y por último una muestra para realizar el cultivo bacteriológico (en los medios habituales: agar sangre, agar sangre anaerobio y colistina-ácido nalidíxico). Todas las muestras se recogieron de forma estándar sin ninguna formación específica para ello. Los test rápidos se realizaron en el mismo servicio de urgencias y el cultivo en el laboratorio de Microbiología. Al mismo tiempo se estudiaron las resistencias antibióticas del SGA.

**Resultados:** La edad media de los pacientes fue de  $5'9 \pm 2'6$  años, con una temperatura media máxima de  $38'7 \pm 0'9$ °C y una media de evolución del cuadro de  $36 \pm 28$  horas. De los 42 casos estudiados se obtuvo un resultado positivo en alguna de las pruebas en 34 de ellos (81%): 22 con el cultivo, 31 con OSOM test y 29 con Test Pack Plus. Un único caso presentó ambos test rápidos con resultado negativo y el cultivo fue positivo. El SGA presentó resistencia a eritromicina en un 16% de los casos, no detectándose resistencia a clindamicina en ningún caso.

**Conclusiones:** Los test rápidos de detección de antígeno presentan probablemente mejor sensibilidad para la detección de SGA que el cultivo, cuyo resultado depende en gran medida de la calidad de la recogida de muestra, ya que el crecimiento de colonias  $\beta$ -hemolíticas puede quedar oculto por la presencia de flora comensal  $\alpha$ -hemolítica. Es necesaria una formación específica del personal de urgencias para la correcta recogida de muestras faríngeas. La realización de los test rápidos favorecería un uso adecuado del tratamiento antibiótico en las faringoamigdalitis. En nuestro estudio se confirma que la clindamicina, y por extensión los macrólidos de 16 átomos, son mejores que la eritromicina, azitromicina y claritromicina, para tratar faringoamigdalitis estreptocócicas en casos de alergia a los  $\beta$ -lactámicos.



## POSTERS

### DETERMINACIÓN Y MANEJO DEL ESTREPTOCOCO DEL GRUPO C EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Fernández Díaz E, Pérez Grande C, Mesa García S, Palacios Cuesta A, Cruz Rojo J, Marín Ferrer M.  
Sección de Urgencias Pediátricas. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

71

**INTRODUCCIÓN:** Los estreptococos del grupo C de Lancenfield suponen un modesto porcentaje entre los estreptococos Bhemolíticos aislados en exudado faríngeo de pacientes con clínica de faringitis aguda. El objetivo de este trabajo es describir las características de este grupo entre las faringitis agudas en el servicio de urgencias de nuestro hospital y revisar la literatura publicada al respecto a fin de plantear la necesidad de tratamiento aún fuera del período agudo una vez que el microorganismo se haya aislado por cultivo, dado que no se disponen de métodos de detección rápida.

**METODOLOGIA:** Estudio retrospectivo en niños a los que se tomó frotis faríngeo para detección rápida/cultivo estreptocócico por presentar clínica de faringitis aguda durante un año ( $n=427$ ). Revisión bibliográfica en base de datos Medline

**RESULTADOS:** Del total de los exudados faríngeos procesados ( $n= 427$ ) , 115 (27%) resultaron positivos. Entre estos, 104 (90%) correspondieron a estreptococos A; y, 11 (9,5%) a estreptococos C. Las características clínicas en ambos grupos fueron indistinguibles. En la literatura revisada se describe que los estreptococos del grupo C comparten con los del grupo A la capacidad de causar faringoamigdalitis, así como respuestas supurativas y no supurativas a largo plazo.

**CONCLUSIONES:** Pacientes con faringoamigdalitis causadas por estreptococo del grupo C, aunque menos prevalentes, son indistinguibles clínicamente de las causadas por *S. pyogenes*. El tratamiento con penicilina está justificado en las faringitis causadas por estrepto C aún fuera del período agudo a fin de prevenir potenciales complicaciones supurativas así como no supurativas.



## POSTERS

### RENDIMIENTO DEL HEMOCULTIVO EN LA EVALUACIÓN DEL LACTANTE MENOR DE TRES MESES CON FIEBRE SIN FOCO

Eguireun A\*, Gómez B\*, Astobiza E\*, Pijoan JI\*\*, Benito J\*, Mintegi S\*

\*Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces

\*\*Unidad de Epidemiología Clínica. Hospital de Cruces

*Antecedentes y Objetivo:* la incidencia de infección bacteriana potencialmente grave (IBPG) en los lactantes febriles menores de 3 meses es elevada, lo cuál motiva la realización de pruebas diagnósticas a este grupo de pacientes. Las recomendaciones más extendidas de manejo de estos pacientes incluyen la realización de hemocultivo a todos los lactantes febriles menores de 2 meses y, hasta hace poco, los menores de 3. En los últimos años, ciertos cambios como la detección perinatal de enfermedad por estreptococo B y la introducción de la vacuna conjugada neumocócica han alterado la incidencia de ciertas IBPG en este grupo de pacientes.

*Objetivo:* describir el valor del hemocultivo en el manejo de del lactante menor de tres meses con fiebre sin foco en un servicio de urgencias pediátrico hospitalario.

*Pacientes y métodos:* estudio prospectivo de los lactantes menores de 3 meses con FSF atendidos en Urgencias de Pediatría (UP) entre 1-09-2003 y 31-08-2007 en los que se recogió un hemocultivo. Se recogieron datos demográficos, exploraciones practicadas, destino y evolución de los pacientes (seguimiento telefónico con los que no ingresaron).

*Resultados:* en ese periodo de tiempo se registraron 921 episodios correspondientes a lactantes <3 meses con FSF. De éstos, se practicó hemocultivo a 841 (91.3%). El hemocultivo fue positivo en 16 (1.7%): E. Coli 7, Strept pneumoniae 3, otros 6.

De los 841 lactantes, 39 no presentaban buen aspecto a su llegada a Urgencias. De los 39, 4 (10.2%) tuvieron un hemocultivo positivo (vs 12 de los 802 que presentaban buen aspecto, 1,4%, Odds ratio= 7.52, CI=1.93-26.94).

De los 802 lactantes febriles que presentaban buen aspecto, 704 eran previamente sanos (11 hemocultivos positivos, 1.5% vs 1 hemocultivo positivo en los que no eran previamente sanos, 1.0%, n.s.)

De los 704 lactantes febriles previamente sanos y con buen aspecto se practicó tira reactiva de orina a 696. De éstos, 113 presentaban leucocituria y/o nitrituria (6 hemocultivos positivos, 5.3% vs 5 de los 583 con tira reactiva anodina, 0.8%, Odds ratio= 6.48, CI=1.72-24.97)

De los 5 lactantes febriles previamente sanos, con buen aspecto, tira reactiva de orina anodina y hemocultivo positivo, uno mostró un recuento leucocitario y una PCR con resultados normales. Fue un paciente con una bacteriemia por E.Coli con urocultivo negativo que evolucionó bien sin recibir tratamiento antibiótico en su visita inicial a Urgencias.

*Conclusiones:* El germen más prevalente en los hemocultivos en los lactantes menores de 3 meses con FSF es la E. Coli. Los factores que más se relacionan con la probabilidad de que un lactante con FSF menor de 3 meses tenga un hemocultivo positivo son la presencia de un estado general alterado a su llegada a Urgencias y la presencia de alteraciones en la tira reactiva de orina. Un 5% de los lactantes menores de 3 meses previamente sanos y con buen aspecto tienen una bacteriemia asociada.



## POSTERS

### ESTUDIO DE HEMOCULTIVOS POSITIVOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS: MANEJO INICIAL ANTE LA LLAMADA DEL MICROBIÓLOGO.

Avellón Liaño H, Huerta Aragonés J, Adrián Gutiérrez J, Pescador Chamorro I, Peñalba Citores A, Luengo Herrero V

73

**Introducción y objetivos:** La extracción de hemocultivos en el Servicio de Urgencias es habitual en el manejo del paciente febril. Según bibliografía un 5-8% son positivos, siendo importante diferenciar contaminantes y patógenos verdaderos. La llamada telefónica del microbiólogo permite el reclutamiento de estos pacientes para iniciar tratamiento si precisan.

**Materiales y métodos:** Estudio prospectivo en período Junio'2007-Febrero'2008 de hemocultivos positivos recogidos en el Servicio de Urgencias, registrándose evolución tras contacto telefónico por parte de Microbiología.

**Resultados:** De los 1836 hemocultivos extraídos 93 fueron positivos (5%), y de ellos 12 patológicos: *Streptococcus pneumoniae* (4), *Staphylococcus aureus* (2), *Streptococcus pyogenes* (3), *Neisseria meningitidis*-B (1), *Enterococcus faecalis* (1) y *Salmonella enteritidis* grupo D (1). En 19 hemocultivos el microbiólogo avisó a Urgencias: 9 considerados patológicos y 10 contaminantes; en 13 se recogió la demora mediana entre extracción y aviso, correspondiendo 6 a patógenos y 7 a contaminantes; los tiempos fueron 24 y 42 horas respectivamente ( $p=0,03$ ). Los 9 patológicos avisados fueron derivados nuevamente a Urgencias; 4 ingresaron (2 bacteriemias ocultas neumocócicas, 1 sepsis meningocócica, 1 gastroenteritis por *Salmonella* y 1 osteomielitis estafilocócica) y 5 recibieron alta (3 otitis, 1 faringoamigdalitis estreptocócica y 1 bacteriemia oculta neumocócica asintomática en segunda visita). De los restantes hemocultivos patológicos, en 2 se avisó a planta por haber ingresado en primera visita (2 neumonías, 1 empiema) y en 1 no se recibió aviso (*Enterococcus faecalis*)

**Discusión:** Se han encontrado un 5% de hemocultivos positivos y 0,6% de patológicos; el aviso telefónico por microbiólogo de estos últimos permite reclutar a los pacientes que precisan antibioterapia precoz.



## POSTERS

### ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS EPISODIOS DE NEUTROPENIA FEBRIL EN URGENCIAS.

Rubio Aparicio, Pedro; Riesco Riesco, Susana; García Aparicio, Juan; Plaza López de Sabando, Diego.

Servicio de Hemato-Oncología Pediátrica, Servicio de Urgencias Pediátricas, Hospital Infantil La Paz, Madrid.

*Introducción.* La fiebre es el principal motivo de consulta de los niños oncológicos en urgencias. Las infecciones continúan siendo una complicación frecuente y potencialmente grave del tratamiento del niño oncológico.

*Material y métodos.* Estudio descriptivo retrospectivo de las consultas de los pacientes oncológicos por fiebre y al servicio de urgencias.

*Resultados.* En los últimos 7 meses un total de 18 pacientes oncológicos consultaron por fiebre, con una media de visitas de 3,2 por niño. La media de edad fue de 6,6 años, con un rango de 1 a 17 años. En el 50% de los casos la enfermedad de base fue leucemia o linfoma, frente al restante 50% que presentaba un tumor sólido. En el 100% de los casos se realizó analítica de sangre y extracción de hemocultivos. La cifra media de leucocitos en urgencias fue de  $583/\text{mm}^3$ , y de neutrófilos  $110/\text{mm}^3$ . En el 13,7% de los hemocultivos se aisló un germen causante; correspondiendo el 62,5% a gram negativos, el 25% a gram positivos y un 12% a hongos. En sólo un 9% de los episodios existía alguna clínica acompañante, predominando la sintomatología gastrointestinal, seguida de la respiratoria.

*Conclusiones.* Cada día más pacientes en tratamiento quimioterápico son tratados de forma ambulatoria, con la aumento que eso conlleva de las consultas en el servicio de urgencias, fundamentalmente por fiebre. Esto supone que el conocimiento de las urgencias oncológicas, en especial de la neutropenia febril, y su tratamiento es fundamental en los servicios de urgencias.



## POSTERS

### ESTUDIO DE LOS EPISODIOS NEUTROPENIA FEBRIL: DIFERENCIAS ENTRE PACIENTES DE ALTO Y BAJO RIESGO.

Riesco Riesco, Susana, Rubio Aparicio, Pedro; García Aparicio, Juan; Plaza López de Sabando, Diego.

Servicio de Hemato-Oncología Pediátrica, Hospital Infantil La Paz, Madrid.

*Introducción.* La neutropenia febril supone una situación frecuente, costosa y potencialmente fatal en oncología. El tratamiento clásico de esta complicación supone el ingreso con tratamiento antibiótico de amplio espectro, hasta que la fiebre y la neutropenia se resuelvan. En los últimos años algunos estudios han demostrado que en ciertos subgrupos de pacientes otras actitudes pueden ser efectivas y seguras.

*Material y métodos.* Se ha realizado un estudio retrospectivo de los ingresos urgentes por neutropenia febril en pacientes oncológicos en los últimos 6 meses.

*Resultados.* Se ha dividido a los pacientes en dos grupos de riesgo, alto y bajo, en función de las características clínicas y comorbilidades presentes (situación de la enfermedad de base, situación clínica, edad, antecedentes personales de septicemia, antecedente personal de trasplante de progenitores hematopoyéticos, distancia al hospital). Se han recogido 58 episodios, 29 clasificados como de alto riesgo y 29 de bajo riesgo. No se encontraron diferencias significativas en el tiempo de ingreso ni en los valores de neutrófilos entre ambos grupos. La media de días hasta la recuperación hematológica fue de 5,6 días en el grupo de bajo riesgo, frente a 7 días en de alto riesgo; sin que esta diferencia fuera estadísticamente significativa. Tampoco se encontraron diferencias en la estancia media, ni en el número de hemocultivos que resultaron positivos en ambos grupos.

*Conclusiones.* La mitad de los episodios de neutropenia febril de esta muestra, pueden ser considerados de bajo riesgo. Esto supone que un amplio número de niños se pueden beneficiar de estrategias de tratamiento menos agresivas. Sin embargo, es preciso una mejor definición de los criterios. La adopción de estas estrategias alternativas debe hacerse con precaución y guiada por protocolos.



## POSTERS

### **MENINGITIS NEUMOCOCICA FULMINANTE POR SEROTIPO NO VACUNAL**

DRES: A. TAHA, A. ALEGRE, M. LEÓN, E. MAIDEU, LL. ARCALÀ

SERVICIO DE PEDIATRÍA HOSPITAL DE CAMPDEVÀNOL (GIRONA)

#### *INTRODUCCIÓN:*

Las infecciones neumocócicas invasivas son una importante causa de morbilidad, hospitalización y muerte en el mundo.

El *S. pneumoniae* es el responsable de una gran variedad de infecciones, desde el estado de portador asintomático hasta la sepsis fulminante.

Actualmente disponemos de una vacuna conjugada heptavalente que protege a niños de menos de 5 años de la enfermedad neumocócica en el 90% aproximadamente.

#### *CASO CLINICO*

- Niña de 23 meses. Sana y regularmente vacunada. No vacuna antineumocócica.
- Acude a urgencias por fiebre alta de 12 horas de evolución con llanto permanente, movimientos anormales, irritabilidad, rigidez de nuca, tres vómitos y mucosidad nasal...

Exploración clínica: Muy irritable, mirada cambiante, opistótonos, inestabilidad, color normal.

T. Axilar 37,7º, Saturación O2 97%, Tensión Arterial 90/45.

Se solicitan pruebas analíticas de sangre, orina, heces y LCR. Rx toráco-abdominal.

Ante la sospecha de meningitis, se inicia tratamiento antibiótico con cefalosporina de tercera generación. Se traslada vía SEM pediátrico a hospital de nivel III.

Empieza un deterioramiento clínico progresivo que va a obligar a instaurar ventilación mecánica, sin mejoría, llegando a parada cardio-respiratoria.

Se aplica reanimación cardio-pulmonar sin éxito, falleciendo al cabo de seis horas.

LCR se observan cocos gram positivos. Cultivo positivo: *S. pneumoniae*. Serotipo: 19 A(no incluido en la vacuna)

Resto de pruebas normales.

#### *COMENTARIOS*

- a) La vacuna antineumocócica debe incluirse en los calendarios infantiles.
- b) - Recordar no serovacunal.  
- Que hay neumococos responsables de enfermedades graves potencialmente mortales.



## POSTERS

### **MENINGITIS EN LA PROVINCIA DE SEGOVIA EN MENORES DE 14 AÑOS. MODELO PREDICTIVO: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE VÍRICAS Y BACTERIANAS.**

Casado Sánchez, M<sup>a</sup> Laura; Calleja López, Santiago D.; Raga Poveda, M<sup>a</sup> Teresa; Domínguez Bernal, Eva; Ortega Casanueva, Cristina; Martín Puerto, M<sup>a</sup> José.  
Hospital General de Segovia. Servicio de pediatría

77

**Objetivos:** La meningitis es una infección del espacio subaracnoideo y las leptomeninges ocasionada por diversos microorganismos patógenos. El diagnóstico diferencial de las meningitis es un tema que está continuamente sometido a estudio, investigación y revisión dado que de su correcto diagnóstico depende el tratamiento del cuadro (las meningitis bacterianas precisarán tratamiento antibiótico mientras que las asépticas, únicamente de soporte), el desenlace (curación o exitus) y las posibles secuelas posteriores como sordera, epilepsia o retraso psicomotor (que únicamente se suelen dar tras meningitis bacterianas). El método más usado para evaluar primariamente un cuadro de meningitis es el score de Boyer, que inclina el diagnóstico diferencial. Se busca en este estudio un método alternativo.

**Material y métodos:** Se realizó un estudio epidemiológico, observacional, retrospectivo y comparativo sobre las meningitis, en la provincia de Segovia, en los últimos 17 años (1990-2006), en menores de 14 años. Se utilizó el SPSS 14.0 para el análisis del modelo predictivo, que fue univariado. Las variables asociadas independientemente ( $p < 0,05$ ) con meningitis bacteriana en el análisis fueron ordenadas de acuerdo con la magnitud del coeficiente  $\beta$ . Se construyó con esos coeficientes el modelo de regresión lineal que pretende pronosticar la etiología de la meningitis.

**Resultados:** El modelo de regresión lineal hallado presenta un ajuste a la linealidad del 69,6%, con una  $p=0,000$ . Por tanto, el 69,6% de los errores al pronosticar quedan reducidos usando el modelo:

Diagnóstico =  $1,556 - 0.086 * \text{score de Boyer} +/- 0,468$  si GRAM positivo (intervalo de confianza del 95%).

Diagnóstico =  $2,034 - 0.086 * \text{score de Boyer} +/- 0,468$  si GRAM negativo (intervalo de confianza del 95%).

Siendo codificado el diagnóstico como 1 si se trataba de una meningitis bacteriana o purulenta y como 2 si era meningitis vírica o aséptica, cuanto más se acerque el valor resultante de las ecuaciones al sustituir las variables score de Boyer y GRAM de LCR a la cifra de 1, más posibilidades existirán de tener meningitis bacteriana. Si, por el contrario, se acerca más a la cifra 2, la meningitis vírica será más plausible. Ninguna otra variable ensayada mejoraba el score de Boyer, ni aisladamente ni en asociación, salvo la referida.

**Conclusiones:** El modelo predictivo hallado, basado en el score de Boyer y la tinción de GRAM como predictores de etiología vírica o bacteriana, debe ser validado y utilizado con cautela, pues se trata de una enfermedad potencialmente mortal si el diagnóstico no es el correcto. Asimismo, aunque no sea con la ecuación propuesta, son precisamente esos parámetros los que sirven de guía habitualmente para el diagnóstico diferencial de las meningitis en el momento agudo de presentación del cuadro, por lo que el estudio confirma que son los parámetros más válidos a la hora de evaluar un debut de meningitis en urgencias.



## POSTERS

### ENCEFALOMIELITIS AGUDA DISEMINADA: SERIE DE 10 CASOS

Alonso L, Clemente D, González-Valcárcel M, Malillos P, García-Peñas J.  
Hospital Infantil Universitario del Niño Jesús (Madrid)

78

**Objetivos:** descripción de las características epidemiológicas y clínicas, pruebas complementarias realizadas (parámetros de laboratorio, estudios microbiológicos, pruebas de neuroimagen y estudios neurofisiológicos), tratamiento y evolución de niños diagnosticados de encefalitis aguda diseminada (EMAD).

**Metodología:** estudio retrospectivo de las historias clínicas de los niños con diagnóstico de EMAD en el Hospital del Niño Jesús entre enero 2003 y diciembre 2007.

**Resultados:** se identificaron 10 casos, 6 niños y 4 niñas. La edad media fue de 4 años y medio. Seis de los casos se presentaron entre octubre y marzo. En el 90% de los casos hubo un antecedente de infección previa, especialmente infecciones respiratorias. Las principales manifestaciones neurológicas fueron el déficit motor (90%) y la alteración del nivel de conciencia (50%). El estudio del líquido cefalorraquídeo encontró alteraciones en 7 pacientes. La prueba de imagen inicial fue el escáner en ocho pacientes. En la resonancia magnética se encontraron alteraciones a nivel craneal (7 casos), medular (2 casos) o en ambos (1 caso). Se estableció el diagnóstico etiológico en 2 casos: virus de Epstein-Barr (VEB) e influenza virus. Nueve pacientes recibieron tratamiento con corticoides asociándose gammaglobulina intravenosa en 7 casos. No falleció ningún paciente aunque 6 pacientes requirieron ingreso en UCIP precisando ventilación mecánica en 3 casos. Hasta en el 50 % de los pacientes persistió alguna forma de secuela neurológica.

**Conclusiones:** La EMAD es una enfermedad poco frecuente en la infancia. La etiología es difícil de establecer aunque suele precederse de un antecedente infeccioso.



## POSTERS

### REVISIÓN DE LA SECUENCIA DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA DE LAS INFECCIONES VÍRICAS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL.

*Molera C, Garcia R, Arellano M, Hernández Y, Solé E, Margarit J*  
*Servicio de urgencias de pediatría, Hospital Mútua de Terrassa, Terrassa*

79

#### **Objetivo**

Evaluar la secuencia diagnóstica empleada en nuestro servicio en los casos de infección del SNC y el tratamiento inicial establecido.

#### **Material y método**

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con diagnóstico final de infección vírica del SNC (excluyendo las meningitis) visitados en nuestro servicio de urgencias de pediatría desde el 2004 al 2007. Se han recogido las variables de edad, sexo, estacionalidad, clínica de presentación, exámenes complementarios realizados y tratamiento.

#### **Resultados**

De un total de 15 pacientes un 60% eran varones. La edad osciló entre 2 meses y 13 años (media 4'4 años). Se observó un ligero predominio en los meses invernales, no estadísticamente significativo. La clínica de presentación fue fiebre 9, alteración conciencia 5, focalidad neurológica 10 (ataxia 5) y convulsiones 7. Se realizó TC en 11/15, PL 15/15 (PCR a herpes virus 9/15), RM 7/15 y EEG 4/15. El diagnóstico final fue de encefalitis 9, cerebelitis 5, encefalomielitis aguda diseminada 1. Se administró aciclovir empíricamente a 9 pacientes (suspendido si PCR negativa) y 3 requirieron ingreso en la UCIP.

#### **Conclusiones**

La clínica de la encefalitis en la edad pediátrica es muy inespecífica, pudiendo dificultar la sospecha inicial. Dada la potencial gravedad de la etiología herpética y la existencia de tratamiento eficaz, recomendamos tratamiento precoz con aciclovir y completarlo en todos los casos con sospecha moderada-alta aunque la PCR sea negativa. Creemos que la existencia de falsos negativos de la PCR justificaría la realización sistemática de EEG y RM en los casos dudosos.



## POSTERS

### **DISCITIS: FORMAS DE PRESENTACIÓN Y REVISIÓN DE SU MANEJO EN URGENCIAS**

Climent Morales, Carme. Mambié Meléndez, Marianna. Ferrés i Serrat, Francesc.

80

Unidad de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitari Son Dureta. Palma de Mallorca.

**INTRODUCCIÓN:** La discitis es una inflamación del disco intervertebral con adelgazamiento del espacio intervertebral y erosión de las superficies vertebrales adyacentes. Se localiza principalmente a nivel lumbar. Afecta preferentemente a menores de 6 años. La etiología es incierta, incluyendo infección bacteriana generalmente de bajo grado y una inflamación no infecciosa del disco intervertebral. El diagnóstico diferencial de la discitis es amplio; principalmente debe realizarse con la osteomielitis vertebral, pero también con la osteomielitis pélvica, la artritis séptica de cadera o sacroilíaca, absceso del psoas, pielonefritis, apendicitis, meningitis, etc.

**OBJETIVOS:** 1- Conocer la presentación clínica de las discitis de nuestra serie. 2- Conocer los estudios de imagen practicados. 3- Conocer los días de evolución de la enfermedad en el momento del diagnóstico. 4- Revisar su manejo en Urgencias y posteriormente en Planta.

**METODOLOGÍA:** Estudio longitudinal retrospectivo de casos de discitis diagnosticados en nuestro hospital entre enero del 1996 y enero del 2008.

**RESULTADOS:** 10 casos identificados (5 varones y 6 hembras). La edad media fue de 29 meses (rango de edad entre 8 meses y 12 años). En 9 pacientes (90%) la localización era lumbar y en uno (10%) dorsal. 7 niños (70%) presentaron síntomas relacionados con la marcha (4 cojera, 1 impotencia funcional de una pierna, 2 rechazo a la deambulación); 3 (30%) dolor lumbar; 2 (20%) rechazo a la sedestación; 2 (20%) irritabilidad; 2 (20%) fiebre; 1 (10%) dolor dorsal; 1 (10%) dolor abdominal asociado a estreñimiento. 2 pacientes referían antecedente traumático previo. 9 (90%) habían consultado previamente en urgencias. Los 10 pacientes (100%) presentaban algún hallazgo patológico en la exploración física de la columna. 6 niños (60%) presentaron aumento de la VSG (rango de 1 a 96 y valor medio de 38.1 mm). El recuento leucocitario presentó un rango de 5600-12560, con un valor medio de 9186 leucocitos/mcl. 6 (60%) mostraron anomalías en la radiología simple. Los días de evolución del cuadro al ingreso oscilaron entre 5 y 21 días (media 12.6 días). Se realizó gammagrafía ósea en 9 pacientes, RMN en 4 y TAC en 3 pacientes. 9 pacientes fueron tratados con antibioterapia y 3 precisaron corsé. La evolución fue favorable en todos los casos.

**COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:** 1- El 80% de los pacientes no presentaron fiebre. 2- El examen físico de la columna presentó hallazgos patológicos en todos los casos. 3- Diagnosticar una discitis puede ser difícil ya que puede presentarse con síntomas inespecíficos, sobre todo en lactantes y niños pequeños, lo cual es causa de reconsulta en urgencias y de retraso en el diagnóstico. 5- Debemos conocer esta entidad y descartarla siempre ante síntomas compatibles, especialmente alteraciones de la marcha y dolor lumbar, realizando una exploración minuciosa de la columna, para poder orientar el estudio diagnóstico desde urgencias, ya que las alteraciones en la radiología simple aparecen de forma tardía y los resultados de la analítica sanguínea suelen ser anodinos.



## POSTERS

### FORMAS DE PRESENTACIÓN DE LA ESPONDILODISCITIS EN URGENCIAS: REVISIÓN DE 7 AÑOS.

Baena Olomí, I; Aldecoa Bilbao, V; Bou Torrent, R; Sánchez Garvín, D; Moya Villanueva, S; Travería Casanovas, FJ.

Servicio de Urgencias de Pediatría. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell (Barcelona).

*Objetivos:* La espondilodiscitis es una entidad muy infrecuente en pediatría que cursa con sintomatología inespecífica. Esto puede llevar a un diagnóstico tardío y a la realización de exploraciones y tratamientos innecesarios. Nuestro objetivo es describir su forma de presentación y resumir las exploraciones útiles para su diagnóstico.

*Métodos:* Revisión del manejo en el Servicio de Urgencias de los casos diagnosticados de espondilodiscitis en nuestro centro desde Enero de 2001 hasta Diciembre de 2007.

*Resultados:* Se incluyeron 5 niños con una edad media de 16 meses. El tiempo medio desde el comienzo de los síntomas hasta el diagnóstico fue de 7'8 semanas. Hasta entonces se habían realizado las siguientes exploraciones: sedimento de orina en cuatro casos, ecografía abdominal en dos y radiografía de caderas en uno. La sintomatología más frecuente en el momento del diagnóstico fue irritabilidad (3), rechazo de la sedestación o deambulación (3) y dolor (3); ninguno presentó fiebre. Los hallazgos más frecuentes en la exploración fueron dolor a la extensión de una extremidad inferior (2) y una sutil pérdida de la lordosis lumbar (3). En la analítica sanguínea todos presentaron elevación de la VSG (media de 45'8) y ninguno leucocitosis ni elevación de la PCR. La exploración guía en todos los casos fue la radiografía de columna mostrando una disminución del espacio intervertebral. En todos los casos se realizó una gammagrafía ósea que mostraba un aumento de captación a nivel del disco y cuerpos vertebrales afectados. La RM fue diagnóstica en todos los casos.

*Comentarios:* El diagnóstico de la espondilodiscitis requiere una alta sospecha clínica. Creemos que debería incluirse en el diagnóstico diferencial del lactante irritable con rechazo de la sedestación o la marcha de presentación subaguda con exploración de miembros inferiores normal; realizando una radiografía de columna y buscando la disminución de algún espacio intervertebral.



## POSTERS

### **ESPONDILODISCITIS Y SACROILEITIS INFECCIOSA EN URGENCIAS.**

Nerea Ibáñez, Rosa Merino, Rebeca Palomo, Julia Martín, Julia García-Consuegra, Santos García.  
Servicio de Urgencias y servicio de Reumatología del Hospital Infantil La Paz, Madrid.

82

#### **OBJETIVO**

Describir las características de los niños con espondilodiscitis y sacroileítis infecciosa, analizando las manifestaciones clínicas y analíticas que presentaban en las visitas a urgencias.

#### **MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio retrospectivo de revisión de historias clínicas de los pacientes diagnosticados de espondilodiscitis y sacroileítis infecciosa en Reumatología Pediátrica de nuestro hospital, desde enero de 2005 a enero de 2008. Se incluyeron los casos en que el diagnóstico fue confirmado mediante pruebas de imagen y cuya evolución fue favorable.

#### **RESULTADOS**

En ese tiempo se diagnosticaron 7 pacientes, 4 sacroileítis y 3 espondilodiscitis. El grupo de las sacroileítis lo formaban 2 niños y 2 niñas y las 3 espondilodiscitis eran niñas. La edad estaba comprendida entre los 9 y los 32 meses y entre los 18 y 38 meses respectivamente.

Los pacientes acudieron a urgencias entre 1 y 4 veces (más de la mitad consultó en más de una ocasión). El tiempo hasta la primera consulta en urgencias osciló entre 1 y 7 días en los dos grupos y el tiempo medio hasta la confirmación del diagnóstico gammagráfico resultó ser de 7 días.

Los síntomas más frecuentes fueron: alteración de la marcha en el 100% de los casos, postura antiálgica en 5 (71%), 3 de las sacroileítis y 2 de las espondilodiscitis y rechazo de las sedestación en 4 (57%), 3 de las primeras y 1 de las segundas. El dolor abdominal o referido a miembros inferiores fue el motivo de consulta en todos exceptuando a un paciente. Sólo 2 niños con sacroileítis y 1 con espondilodiscitis tuvieron fiebre en algún momento de la evolución (máxima 38,5 °C).

En cuanto a la analítica los valores de leucocitos estuvieron entre 10,0 y 24,4 x 10<sup>3</sup> /microL en los casos con sacroileítis y entre 10,6 y 15,4 x 10<sup>3</sup> /microL en las espondilodiscitis. La velocidad de sedimentación globular media fue 70 mm/h en los primeros y 52 mm/h en los segundos y la proteína C reactiva fue 53 y 34 mg/L respectivamente.

No se objetivó germen en ninguno de los 5 hemocultivos realizados y la radiografía convencional aportó pocos datos. La gammagrafía mostró incremento de captación del isótopo en 2 niños en sacroilíaca derecha y en 2 en sacroilíaca izquierda y las espondilodiscitis se localizaron siempre en columna lumbar (L2-L3, L4-L5 y L5-S1).

Los pacientes recibieron tratamiento antibiótico con cloxacilina, amoxicilina-clavulánico o cefuroxima, siendo favorable la evolución en todos ellos.

#### **CONCLUSIONES**

La espondilodiscitis y la sacroileítis infecciosa son cuadros poco frecuentes.

Ocurren en niños y niñas de corta edad.

El diagnóstico de sospecha se establece por las manifestaciones clínicas y analíticas, que son similares en ambas entidades.

En muchas ocasiones la radiología convencional y el hemocultivo son de escasa utilidad.

El diagnóstico definitivo se puede realizar con la gammagrafía ósea, que localiza la zona afectada y con la evolución favorable tras el tratamiento antibiótico.



## POSTERS

### REVISIÓN DE LOS CASOS DE INFECCIONES DEL ESPACIO CERVICAL PROFUNDO.

Autores: Talón S, Aymerich P, Navarro A, del Cañizo M, Ballester E, Marín J, Pons S, Sánchez A, Hernández R

Centro: Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Dr. Peset (Valencia).

83

**Objetivos:** Las infecciones del espacio cervical profundo (IECP) son infecciones graves que pueden comprometer la vía aérea y estructuras anatómicas vecinas. En general son complicaciones de una faringoamigdalitis. El objetivo de este estudio es conocer la actuación realizada en urgencias y su posterior evolución.

**Metodología:** Estudio descriptivo-analítico retrospectivo, entre 2001 y 2007, mediante revisión de las historias clínicas de los niños atendidos en urgencias. Se recogen variables de sexo, edad, clínica, tiempo de evolución antes de acudir a urgencias, consulta a su pediatra, tratamiento antibiótico previo, estudio de imagen, cultivo de exudado faríngeo, días de hospitalización y tratamiento hospitalario.

**Resultados:** Se atendieron 26 pacientes (12 niños), edad media 8,3 años. Los principales motivos de consulta fueron fiebre (80%), odinofagia (57%), masa cervical (16%) y trismus (12%). Presentaron la tríada característica fiebre/trismus/abombamiento amigdalár el 37%. El tiempo de evolución antes de acudir a urgencias fue de 4,5 días de media. El 79% acudieron a su pediatra previamente. El 54% (13 niños) habían tomado antibiótico previamente; 11 (85%) penicilina y derivados; 2 (15%) macrólidos. En el 66% se realizó estudio de imagen, TAC en el 62%. El cultivo SBHGA fue positivo en 12%, 30% no tomaron antibiótico previo. La estancia media hospitalaria fue de 6,1 días. La evolución tras ingreso y tratamiento antibiótico intravenoso fue buena en todos ellos, precisando 5 drenaje.

**Conclusiones:** Ante todo niño con faringoamigdalitis con clínica persistente o empeoramiento tras tratamiento antibiótico correcto se debe sospechar la existencia de una IECP.



## POSTERS

### **PAROTIDITIS EPIDÉMICA EN NIÑOS VACUNADOS: GESTIÓN DE UN BROTE DESDE UN SERVICIO DE URGENCIAS.**

Pizà Oliveras A, Tomasini R, May Llanas ME, Cortés Álvarez N, García Puig R, Margarit Mallol J.  
Servicio de Pediatría. Hospital Mútua de Terrassa.

84

#### *Introducción:*

La incidencia de parotiditis epidémica ha disminuido de forma drástica gracias a una cobertura vacunal poblacional > 95%. La utilización de la cepa Rubini se ha relacionado con la aparición de algunos brotes en niños vacunados.

*Material y método:* Se recogen los casos con sospecha de parotiditis epidémica atendidos en nuestro servicio realizando detección de genoma vírico por PCR en saliva y serologías. Se coordina desde urgencias la declaración, tramitación de muestras y aislamiento de los posibles casos.

#### *Resultados:*

Se recogieron 23 pacientes de Junio a Noviembre de 2007.

-Se confirmaron 9 casos (7 microbiológicamente y 2 por clínica y relación epidemiológica), todos ellos de la misma escuela. 7 fueron casos sospechosos y 7 no casos según criterios de la OMS.

-La edad media fue de 13.2 años con predominio masculino (8/9).

-8/9 casos estaban correctamente vacunados, 5/9 la 1ª dosis con cepa Rubini. Los 2 casos correctamente vacunados con cepa no Rubini presentaron PCR y serología negativas.

-Observamos una única manifestación extrasalival (orquiepididimitis)

#### *Conclusiones:*

-La cepa Rubini dejó de distribuirse en 1996 por su baja eficacia. Han sido publicados varios brotes, probablemente en relación con la utilización de dicha cepa.

-Las líneas estratégicas para conseguir la erradicación se basan en mantener niveles elevados de inmunización, notificar los casos y establecer medidas de control apropiadas ante cualquier caso o brote. Dichas medidas deberían realizarse desde el servicio de urgencias y pueden gestionarse en una o dos visitas manteniendo contacto telefónico con las familias y servicio de epidemiología.



## POSTERS

### **CELULITIS PRESEPTAL Y ORBITARIA. Estudio epidemiológico y situación actual**

Molinos Quintana A., Rodríguez Romero L., Marcos Fuentes L., Fernández-Cantalejo Padial J., Morillo Gutiérrez B., Alonso Salas MT.

Hospital Infantil "Hospitales universitarios Virgen del Rocío

*Introducción:* Las celulitis preseptal y orbitaria representan una tasa elevada de consultas en Servicios de Urgencias. Son además entidades con complicaciones potencialmente graves y con un alta tasa de morbilidad por lo que deben ser correctamente identificadas y tratadas.

*Objetivos:* conocer la epidemiología, signos de alarma, evolución y respuesta al tratamiento de las celulitis preseptal y orbitaria ingresadas en un hospital terciario en un periodo de tiempo.

*Material y métodos:* Se realiza un estudio descriptivo de 30 casos de celulitis que fueron ingresadas desde el Servicio de Urgencias en los últimos 5 años.

Mostramos datos epidemiológicos, orientación asistencial y una muestra gráfica representativa de los distintos tipos de celulitis

*Resultados:* La media de edad de los pacientes está en 5 años sin prevalencia de sexos (50% varones, 50% mujeres). La estancia media hospitalaria fue de 7,6 días.

Se clasificaron en: 16 casos tipo I (afectación preseptal), 7 tipo II (afectación orbitaria), 5 tipo III (absceso subperióstico), 2 pacientes con celulitis tipo IV (absceso orbitario) y ningún paciente del tipo V (trombosis del seno cavernoso). La aparición de signos de alarma se relacionó con progresión de la infección.

Se realizó TAC orbitario durante el ingreso en 18 pacientes (60%) y requirieron drenaje quirúrgico 4 pacientes (13,3%)

#### *Conclusiones:*

- La evolución de las celulitis pre y postseptal precisa de una constante vigilancia asistencial.
- Los signos de alarma orientan hacia una mala evolución clínica y obligan a la realización de estudios de imagen.
- Existe una tendencia conservadora en el tratamiento quirúrgico de esta patología.



## POSTERS

### FACTORES EPIDEMIOLÓGICOS IMPLICADOS EN LA CELULITIS PERIANAL ESTREPTOCÓCICA

González Martínez, F; Sopena, J; Echeverría, M; Luengo, V; Botrán, M; Guerrero, M.  
Servicio de Urgencias Pediátricas, Hospital General Universitario Gregorio Marañón.

86

**Introducción:** La celulitis perianal estreptocócica cursa con eritema, edema y prurito perianal, pudiendo asociar vulvovaginitis, dolor a la defecación, estreñimiento, fisuras perianales y rectorragia. El objetivo de nuestro estudio es conocer los factores epidemiológicos implicados con la enfermedad.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo y descriptivo realizado en el año 2007 en el servicio de urgencias de un hospital terciario de niños con enfermedad perianal estreptocócica. Se recogieron datos epidemiológicos.

**Resultados:** Se diagnosticaron 20 niños con celulitis perianal. La proporción niños: niñas 2:1, mediana de edad 24 meses. El 77% presentaban colonización faríngea por el microorganismo ( $p=0.067$ ). A 12 niños se les realizó el control clínico a los 10 días, con mejoría el 100%, negativizando el test rápido anal en un 83% y el faríngeo en un 66%. 8 pacientes presentaban antecedente de infección faríngea (6), celulitis perianal (1) o impétigo cutáneo (1), y 5 antecedente de dermatitis atópica. La media de convivientes de los pacientes era 4 personas y de habitaciones que había en las casa era de 2,7. Los estudios de los padres de los pacientes, eran básicos en el 35% y avanzados 65%. Respecto al mecanismo de transmisión intrafamiliar, hubo 6 pacientes que en su familia había presentado recientemente faringoamigdalitis (20%;  $p=0,035$ ) o dermatitis perianal (10%).

**Conclusiones:**

Dos tercios de los pacientes con celulitis perianal son portadores faríngeos del patógeno.

La faringoamigdalitis intrafamiliar es el principal factor de transmisión encontrado en la celulitis perianal estreptocócica.



## POSTERS

### HALLAZGOS CLÍNICO-RADIOLÓGICOS EN LA PIOMIOSITIS

Gellida Royo M, Garcia Arnaldich S, Castellarnau Figueras E, Moreno E, Royo Cuadra Y, Jordà Fernández G

Urgencias de Pediatría. Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona.

87

*Fundamento y objetivos:* La piomiositis es una afección piógena del músculo estriado. Es un diagnóstico difícil ya que es similar clínicamente a otras entidades. Presentamos dos casos de piomiositis abscesificada.

*Observaciones clínicas:* *Caso 1:* Niño de 9 años con dolor abdominal, fiebre y vómitos de 10 días. Asocia dolor muslo derecho, cojera e impotencia funcional. Abdomen doloroso, signo psoas positivo, cojera, palpación dolorosa cara interna y anterior muslo, y a la movilización activa-pasiva con limitación de rotación y flexión de cadera. Leucocitosis con neutrofilia. PCR 13,2mg/dL. Rx abdomen: ausencia grasa perivesical derecha. Ecografía: masa bilobulada pélvica lateral a vejiga. TC: masa en pelvis menor derecha en contacto con músculo obturador interno desplazando vejiga y ampolla rectal. Hemocultivo y cultivo absceso: *S.aureus*. Tratamiento con cloxacilina, gentamicina y drenaje quirúrgico con buena respuesta. *Caso 2:* Niño de 4 años con fiebre y dolor en muslo izquierdo de 11 días. Tumefacción y dolor cara interna muslo con impotencia funcional. Leucocitosis con neutrofilia. PCR 10,2mg/dL. Hemocultivo negativo. TC: absceso en obturador interno y aductor muslo izquierdo. Tratamiento cefotaxima y clindamicina, reapareciendo fiebre 4 días después por lo que se añade vancomicina y realiza RMN sin cambios. Se desbrida quirúrgicamente colección en aductor izquierdo. Buena evolución posterior.

*Comentarios:* 1. La piomiositis es rara fuera del trópico, pero debe ser incluida en el diagnóstico diferencial del dolor e induración muscular y sospecharla en abdominalgia no filiada, siendo el diagnóstico precoz fundamental para establecer un tratamiento que evite complicaciones sépticas. 2. Entre los factores predisponentes destacan traumatismos o infección por VIH que deben descartarse. 3. La RMN constituye el gold estándar diagnóstico al demostrar el edema muscular o la presencia de abscesos.



## POSTERS

### ESTUDIO DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA DE NIÑOS CON GASTROENTERITIS AGUDA POR ROTAVIRUS ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS (DATOS PRELIMINARES)

Autores: Mintegi Raso, Santiago\*; Benito Fernández, Javier\*; Cuervo Uría, Jesús \*\*

Filiación: \* Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces

\*\* BAP Health Outcomes Research

*Introducción:* La gastroenteritis aguda (GEA) es una de las principales causas de morbimortalidad infantil en el mundo. En Europa, si bien las cifras de mortalidad son bajas (alrededor de 200 muertes/año), son difícilmente aceptables en el mundo desarrollado y, además, la GEA se asocia con un impacto económico en nada despreciable. El rotavirus es la principal causa de GEA en los niños pequeños en países desarrollados y se asocia a los casos más severos y a un considerable consumo de recursos. No existen estudios sobre el impacto que tiene la GEA por rotavirus en la calidad de vida (CV) de los niños y sus padres.

*Objetivo:* Conocer datos epidemiológicos sobre la GEA por rotavirus en nuestra área y el impacto en la CV que esta enfermedad tiene sobre el niño y sus familias.

*Pacientes y métodos:* Estudio epidemiológico, observacional y transversal con un tamaño muestral estimado de 220 niños de 0 a 5 años que consultan en urgencias por GEA. Se recogieron datos demográficos y clínicos de todos los participantes, así como una muestra de heces para la detección de rotavirus mediante un test rápido (VIKIA, Biomérieux). Además, con objeto de evaluar el impacto de la GEA sobre la CV, los padres cumplimentaron dos cuestionarios, uno sobre el estado del niño (Cuestionario de Calidad de Vida en población infantil y adolescente, Kindl-r-versión para padres-) y otro sobre su situación emocional en el momento de la visita a urgencias (Escala ansiedad-estado para adultos del cuestionario STAI).

*Resultados:* Se presentan datos de los primeros 77 pacientes incluidos (Enero 2008). Contestaron los formularios 21 padres y 56 madres. La edad media de los pacientes fue de  $15,64 \pm 9,72$  meses y la de los padres  $33,50 \pm 4,74$  años. Un total de 17 pacientes presentaron algún signo de deshidratación, todos por debajo del 5%. El test de rotavirus resultó positivo en 38 de los 62 niños en los que se practicó (61,2%). En el cuestionario Kindl-r, la puntuación media en la dimensión de bienestar físico de los niños ( $61,06 \pm 3,41$ ; IC 95%) fue inferior a la de la población general infantil de referencia (72,57). Sin embargo, en la escala de bienestar emocional ( $79,20 \pm 2,28$ ; IC 95%) estas diferencias frente a población general de referencia (80,09) no fueron significativas. Aunque la puntuación en bienestar físico del niño fue inferior en los pacientes rotavirus positivo ( $60,59 \pm 4,49$ ; IC 95%) frente a los pacientes con diagnóstico de GEA por rotavirus negativo ( $66,49 \pm 4,63$ ; IC: 95%), la diferencia no resultó estadísticamente significativa. Finalmente, respecto al STAI, no se encontraron diferencias significativas entre las puntuaciones medias obtenidas por las madres de nuestro estudio ( $24,04 \pm 1,85$ ; IC: 95%) y los valores poblaciones de referencia ajustados por edad y sexo ( $23,30 \pm 0,40$ ; IC 95%).

*Conclusiones:* La incidencia de GEA por rotavirus en nuestra muestra es muy elevada. Los padres perciben que la GEA tiene un impacto considerable en el bienestar físico de sus hijos. Se considera necesario profundizar en la investigación para poder evaluar el estado de ansiedad que provoca a los padres la visita a urgencias con sus niños afectados por GEA.



## POSTERS

### SINDROME FEBRIL: IMPACTO SOBRE EL ENTORNO FAMILIAR DEL PACIENTE

Vila Pérez, D., Sarmiento Martínez, M\*. Rovira Amigo, S. Luaces Cubells, C.

Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Hospital Universitari Sant Joan de Deu. Barcelona Hospital General de Asturias. Oviedo.\*

89

*Introducción:* Es conocido que el síndrome febril es un motivo de angustia y preocupación para la familia de los pacientes, sin embargo existe menor información sobre el impacto que un cuadro febril provoca en la dinámica familiar y laboral en entorno del paciente.

*Objetivos:* Conocer el impacto sobre la actividad del entorno familiar de pacientes afectados de un síndrome febril agudo.

*Material y Métodos:* Estudio descriptivo prospectivo seleccionando en días aleatoriamente escogidos, todos los pacientes entre 2 meses y 18 años cuyo principal motivo de consulta en urgencias era la fiebre y que fueron remitidos a domicilio. Del informe médico realizado en urgencias se recogieron datos sobre las horas de fiebre, el diagnóstico etiológico y si se habían realizado pruebas complementarias. Entre 7 y 10 días después se realizó una encuesta telefónica para conocer la duración del proceso febril y que impacto supuso para el niño y su entorno (días en que el niño había dejado de ir al colegio y había disminuido su actividad habitual, comido y descansado mal, necesidad de reconsulta médica, días de absentismo laboral de los padres o necesidad de disponer de un cuidador no habitual).

*Resultados:* De los 2186 pacientes atendidos durante los 7 días seleccionados, 641 cumplieron criterios de selección y 328 atendieron a la encuesta telefónica. La mediana de edad fue de 22 meses (P 25-75, 13-41 meses). La duración media de la fiebre fue de 4,2 días (DE 2,2). Se realizaron pruebas complementarias en el 46% de las visitas. En el 83,2% se diagnosticó foco de la fiebre, siendo en un 59,5% un proceso infeccioso de vías aéreas superiores. Un 44,8% de los pacientes decidieron reconsultar (72,6% con su pediatra habitual, 27,4% en un servicio de urgencias pediátricas), modificándose la orientación inicial en un 27,1% de los pacientes habitualmente por la evolución del cuadro clínico. Un 49% dejó de ir al colegio con una mediana duración de 5 días (P 25-75, 3-7 días), un 60% tuvo problemas de alimentación (disminución de la ingesta) con una mediana de 4 días de duración (P 25-75, 3-7 días) y un 45% de descanso (alteración del sueño) con una mediana de 4 días (P25-75, 2-7días). El 53% notaron un descenso claro en el nivel de actividad habitual durante una mediana de 4 días (P25-75, 2-5 días). En el 28,3% de los casos los padres faltaron a su trabajo con una mediana de 2 días (P25-75, 2-4 días) y en un 41,8% solicitaron ayuda de algún cuidador con una mediana de 4 días (P 25-75, 2-6 días).

*Conclusiones:* El síndrome febril tiene un impacto importante en la actividad normal del niño y de su familia y también en las consultas médicas, ya que suele ser un motivo habitual de reconsulta. Dada su gran frecuencia, supone una causa importante de absentismo escolar y laboral, así como de la necesidad de cuidadores no habituales.



## POSTERS

### OSTEOMIELITIS DEL FRONTAL SECUNDARIA A SINUSITIS

Jiménez Belastegui, U.. Ortiz Lana, N. Montero Gato, J. Arístegui Fernández, J, Martínez Muruaga, AI, Esteban López, S. Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital de Basurto, Bilbao

90

*Introducción:* La sinusitis es un proceso prevalente en la edad pediátrica. El uso extendido de los antibióticos, no ha disminuido su incidencia, aunque sí la gravedad y frecuencia de sus complicaciones, entre ellas la osteomielitis del hueso frontal que describimos.

*Caso clínico:* Niña de 14 años, con antecedente de pansinusitis derecha tratada con antibioterapia parenteral y amoxicilina - clavulánico oral que completa incorrectamente. Acude a Urgencias 2 meses más tarde refiriendo cuadro de 4 días de cefalea e inflamación frontal sin fiebre. Presenta tumefacción frontal blanda, dolorosa a la presión sin otros signos inflamatorios locales. Resto de la exploración normal. Determinaciones analíticas sin alteraciones. TAC craneal: engrosamiento mucoperióstico en seno frontal con solución de continuidad de tabla externa frontal. Con el diagnóstico de osteomielitis se establece tratamiento con cefotaxima y se completa tratamiento antibiótico domiciliario con resolución del cuadro.

*Discusión.* La osteomielitis frontal es una infrecuente pero grave complicación de la sinusitis, más incidente en adolescentes, y asociada a terapias antibióticas insuficientes. La anatomía y especial vascularización del seno frontal condicionan el mayor riesgo de complicaciones peri e intracraneales potencialmente letales. El diagnóstico requiere un alto índice de sospecha, debido a que pueden cursar con sintomatología pobre en relación con la gravedad y a que la clínica puede enmascarse con el uso de antibióticos indicados en las sinusitis. Consideramos que en nuestra paciente la mala cumplimentación de la terapia antibiótica en el primer episodio de sinusitis ha sido el factor de riesgo determinante de la osteomielitis frontal.



## POSTERS

### EVOLUCIÓN FATAL DE UNA LACTANTE CON TOS FERINA.

Call Ramon Laia, Bras Boqueras Clara, Fernández Gómez Cristina, Soriano Arandes Antoni, Parada Ricart Ester, Castellarnau Figueras Esther, Esteban Elisabeth. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Joan XXIII, Tarragona.

91

*Fundamentos y objetivo:* La incidencia de tos ferina ha experimentado un incremento notable en los últimos años. Los menores de 2 meses representan un grupo de riesgo con una mayor hospitalización y morbimortalidad. El diagnóstico diferencial con la bronquiolitis debe ser considerado en periodo hivernal.

*Observación clínica:* Lactante de 1 mes y 25 días que consulta en urgencias por cuadro de tos y rechazo del alimento. Antecedentes personales: prematuridad moderada (35 semanas), foramen oval permeable y estenosis de rama pulmonar izquierda. Pendiente de iniciar inmunizaciones. Cuadro catarral de 2 semanas de evolución. Empeoramiento y falta de respuesta a broncodilatadores. Accesos de tos seca con auscultación respiratoria normal. Diagnóstico diferencial con bronquiolitis. Exámenes complementarios: leucocitosis ( $58.400/\text{mm}^3$ ), trombocitosis ( $774.000/\text{mm}^3$ ), PCR 0.35 mg/dl y detección de VRS negativa. Radiografía de tórax: cardiomegalia y atelectasia lobar. Pico febril ( $39^\circ\text{C}$ ), sospecha de sobreinfección bacteriana, iniciándose antibioterapia. A las 48 horas del ingreso, mayor distrés respiratorio, hepatomegalia y leucocitosis ( $121.000/\text{mm}^3$ ) de rango leucémico. Traslado a UCI-P requiriendo VAFO. PCR para *Bordetella pertussis* positiva. Mala evolución clínica precisando soporte inotrópico y corticoterapia por sospecha de insuficiencia suprarrenal secundaria. Ecocardiografía: hipertensión pulmonar tratada con óxido nítrico. Hipotensión arterial refractaria, y paro cardiorrespiratorio a las 18 horas del ingreso que no revierte.

*Comentarios:* 1. Establecer diagnóstico diferencial con bronquiolitis en época epidémica de VRS. 2. Leucocitosis de rango leucémico como factor de mal pronóstico en la tos ferina. 3. Plantear reinmunización en adultos, y estrategias preventivas, ante el aumento de incidencia.



## POSTERS

### TOS FERINA EN UCIAS: EPIDEMIOLOGÍA Y FORMAS DE PRESENTACIÓN CLÍNICA.

Sangorrin Iranzo, A.. Curcoy Barcenilla, A.I. Trenchs Sainz de la Maza, V. Roca Martínez, J. Luaces Cubells, C.

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

*Introducción:* A pesar de las altas tasas de vacunación siguen registrándose casos de tos ferina en la población infantil. El cuadro clínico no es siempre característico y la ausencia de pruebas diagnósticas de confirmación en tiempo real en el SU, dificulta la identificación precisa de los pacientes afectos demorando el inicio tratamiento y de medidas epidemiológicas.

*Objetivo:* 1. Conocer la evolución de la incidencia de la enfermedad durante un periodo de cuatro años.  
2. Identificar aspectos clínicos y de laboratorio con valor predictivo para el diagnóstico de tos ferina

*Material y Métodos:* Estudio retrospectivo, desde enero 2004 a diciembre 2007, de todos los pacientes con diagnóstico de alta de tos pertusoide a los que se les ha realizado estudio diagnóstico confirmatorio (Inmunofluorescencia directa, reacción en cadena de Polimerasa y/o cultivo). Se determinan el número de sospechas por año y su distribución según los meses, los casos confirmados, y las características epidemiológicas de los pacientes.

*Resultados:* Se incluyeron 303 pacientes. La mediana de edad fue de 3.2 meses (rango 15 días – 17.8años). El 52.5% fueron varones. El motivo de consulta más frecuente fue tos en accesos (mediana de evolución de 7 días; p25-75 4-15 días) acompañada de vómitos (33.3%), cianosis (33%) y/o gallo inspiratorio (30%). En 96 (31.7%) casos los test de laboratorio confirmaron la sospecha diagnóstica, la distribución por años fue: 2004: 38 (30.4%); 2005: 7 (16.2%); 2006:17 (32.1%) y 2007: 34 (41.5%). Setenta y tres (76%) se dieron entre los meses de mayo y septiembre. Los casos de tos ferina confirmada respecto a los que no, se presentaron más frecuentemente en los meses epidémicos (76 vs 38.6%;  $p<0.001$ ) y se acompañaron más de apneas (22.9 vs 7.7%;  $P<0.001$ ), cianosis (49 vs 25.6%;  $P<0.001$ ) y convulsiones (4.2 vs 0.5%;  $P<0.04$ ). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la edad de los pacientes, los días de tos pertusoide, la aparición de vómitos tras los accesos de tos y de “gallo” inspiratorio. A 51 pacientes se les realizó analítica, no hallándose diferencias significativas en cuanto al número de leucocitos y de proteína C reactiva, pero sí en el de linfocitos, siendo mayor su número en los casos confirmados (12956 vs 7064 /mmcc;  $p<0.001$ )

*Comentarios:* Se observa una variación interanual de casos confirmados sin tendencia a disminuir (pico en 2004 y 2007). Es más probable que se de una infección por *Bordetella* durante los meses cálidos (primavera y verano) y en niños con clínica de apnea, cianosis y/o convulsiones acompañantes o con linfocitosis.



## POSTERS

### ESTUDIO NEUMONÍAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD EN UN HOSPITAL COMARCAL

Lobato Salinas, Zulema; Martí Mas, Laia; Sitjes Costas, Joan; Zambudio Sert, Silvia; Nevot Falcó, Santiago. Servicio de Pediatría. Servicio de Alergia. Hospital Sant Joan de Déu. Fundació Althaia. Manresa

93

**Objetivos:** En la última década han aumentado las hospitalizaciones por neumonías complicadas, siendo el *S. pneumoniae* el agente causal más frecuente en Pediatría. Los estudios sugieren que éste incremento puede estar causado en parte por una circulación incrementada de clonas hipervirulentas con apetencia al tejido pulmonar de *S. pneumoniae*, en especial el serotipo 1, con emergencia del 3 y 19A. El 39% de las neumonías que precisan hospitalización se acompañan de derrame pleural; y entre el 0.6-2% se complican con empiema.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo, de los pacientes menores de 15 años, ingresados por neumonía adquirida en la comunidad (NAC) de características bacterianas, en un período de tres años (enero 2005 a diciembre 2007). Los motivos de ingreso fueron: intolerancia a la antibioterapia oral, aspecto séptico, afectación radiológica importante, complicaciones o angustia familiar. Se recogen las variables de edad, sexo, mes de ingreso, estado frente a vacuna heptavalente neumocócica, antecedente toma antibioterapia previa, temperatura axilar al ingreso, días de ingreso, pruebas de laboratorio pruebas de radiodiagnóstico, tratamiento y evolución clínica.

**Resultados:** Se obtienen 281 pacientes ingresados con NAC y 1017 diagnosticados de NAC que no precisan ingreso, durante los 3 años. La cifra de diagnosticados en urgencias en tratamiento domiciliario y la de hospitalización se ha mantenido estable en este período, correspondiendo a un 2% (1017/49207) y un 9.8% (281/2875) respectivamente. De los ingresados por NAC durante los 3 años no hay diferencias respecto al sexo; siendo la edad media de 54 meses (rango 6 meses a 12 años). La media de días de ingreso fue de 3.8 días (rango 1 a 15 días). El 26% había iniciado antibioterapia domiciliaria; los antibióticos más utilizados fueron: amoxicilinaclavulánico y azitromicina. El motivo frecuente de hospitalización fue la no tolerancia del antibiótico o la persistencia de la fiebre. El estado frente a la vacuna heptavalente neumocócica ha aumentado en el último año (2.2% en 2005 a 22% en 2007), aunque en muchas historias no constaba éste dato. La media de leucocitos y de PCR en sangre al ingreso fue de 21575/mmcc y 188 mg/L respectivamente. La radiografía de tórax mostraba un patrón lobar en la mayoría de los casos, afectando con mayor frecuencia al lóbulo inferior izquierdo (37%), seguido del lóbulo superior derecho (27%) y lóbulo inferior derecho (21%). El rendimiento de los cultivos fue bajo, obteniéndose un 5.3% de hemocultivos positivos (14 *S. pneumoniae*, 4 de ellos con sensibilidad intermedia a Penicilina y ninguno resistente; y un *S. pyogenes*). No se consiguieron los datos de los serotipos de *S. pneumoniae* cultivados. Respecto a las complicaciones: en el 2005 hubo un caso de absceso pulmonar y otro de neumonía necrotizante con buena evolución con tratamiento conservador. Se complicaron con derrame pleural el 7.8% en el 2005; 13% en el 2006 y 18% en el 2007. El manejo terapéutico de las pleuroneumonías depende de las características del líquido pleural (bioquímicas y ecográficas) que permiten su categorización y determinan su tratamiento (protocolo modificado de Light propuesto por la Sociedad Española de Neumología Pediátrica). 37 de las 281 NAC ingresadas durante los tres años, se complicaron con derrame pleural, realizándose toracocentesis en 10 casos. Se colocó drenaje pleural en 7 casos, realizándose en dos de ellos tratamiento fibrinolítico con uroquinasa por empiema tabicado con fallo terapéutico. Siete casos precisaron traslado a centro de referencia para realización de toracoscopia guiada por vídeo (VAT) con evolución posterior favorable. Ninguno precisó toracotomía. No hubo ningún éxito.

**Conclusiones:** Igual que en otros estudios, se demuestra un incremento de las NAC complicadas. Todos los *S. pneumoniae* eran sensibles a Penicilina. Destacar que en el 23% de los casos, la cifra de leucocitos al ingreso era menor de 15.000/mmcc; y que sólo el 13% de las NAC ingresadas se complicaron con derrame pleural, cifra descendida debida al probable exceso de NAC ingresadas, que se debería poder disminuir aplicando criterios de ingreso más estrictos, debido a que la mayoría de las NAC pueden y deben de tratarse de forma ambulatoria, y así disminuir gastos, datos sustentados por la literatura. El 2.5% de las NAC ingresadas se han complicado con empiema. La VAT precoz es una técnica eficaz para el tratamiento de los empiemas tabicados en fase fibrinopurulenta, pero precisa traslado del paciente a Hospital de referencia.



## POSTERS

### RENDIMIENTO DE LA RX DE TORAX PARA EL DIAGNÓSTICO NEUMONIA

**Cabrera J. E, Castro C, Amo, R., Ruiz L, Escobar I, Diez J, Martin M**

Sección Críticos y Urgencias. Servicio Pediatría. CH Torrecárdenas. Almería

94

#### OBJETIVO

- 1.-Describir el perfil de paciente con neumonía
- 2.-Encontrar los síntomas o hallazgos de la exploración física que se asocien con mayor frecuencia al proceso neumonía
- 3.-Comprobar el rendimiento de la radiografía de tórax para diagnosticar neumonía en el servicio de urgencias de pediatría

#### MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal descriptivo, realizado en el periodo Noviembre de 2007

Se analizan las historias clínicas, los pacientes a los que se les realizó una radiografía de tórax para diagnosticar neumonía. Las radiografías fueron valoradas por los profesionales adscritos de la unidad de urgencias de pediatría. Asimismo se analizaron los factores asociados al diagnóstico de neumonía

#### RESULTADOS

Del total de 230 radiografías realizadas, en 30 (13%) se visualizó imagen radiológica compatible con neumonía. El 20% de los sujetos mostraba imágenes radiológicas que no llegaban a organizarse como neumonía y fueron diagnosticados de infección respiratoria de vías bajas.

De los sujetos con neumonía: 56,7% eran varones. La edad más frecuente de presentación se sitúa entre 2-4 años (50%), seguido del grupo menores de 2 años (26,7%). El 55,2% presentaba fiebre entre 38-39°C y un 31% presenta fiebre de > 39°C. El 74,1% de los pacientes presentaba una evolución de los síntomas inferior a 3 días. El 93,3% de los sujetos tenía síntomas respiratorios. El 43,3% había presentado algún vomito; 13,3% albdominalgia; 93,3% auscultación patológica.; 14,3% saturación de O<sub>2</sub> <95% y frecuencia respiratoria >40rpm y el 83,3% tenían taquicardia >120 lpm. Solo el 20% de los sujetos tenía distres

Se encontraron diferencias estadísticamente significativas con correlación positiva entre el diagnóstico de neumonía y las siguientes variables: Vómitos ( p= 0.009), dolor abdominal (p= 0.019), y auscultación respiratoria (p =0,036)). En cambio con la variable taquipnea se observan solo indicios de correlación positiva (p= 0.097).

#### CONCLUSIONES

El perfil de paciente con neumonía es varón de 2-4 años con síntomas respiratorios- fiebre de menos de 72 horas de evolución y auscultación patológica.

Los datos de la clínica y la exploración física que se asocian con mayor probabilidad de encontrar condensación lobar son: Vómitos, dolor abdominal y auscultación respiratoria.

El rendimiento de la radiografía de tórax para descartar neumonía en nuestro estudio se puede considerar bajo aunque no hay gran diferencia con otras referencias bibliográficas.



## POSTERS

### CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y ESTUDIOS DE IMAGEN EN NIÑOS DIAGNOSTICADOS DE TUBERCULOSIS EN NUESTRO HOSPITAL DURANTE LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS

Tavera Tolmo, Ángela. Yagüe Torcal, Francisca. Gil Sánchez, José Antonio. Ferrés i Serrat, Francesc.

95

Unidad de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitari Son Dureta. Palma de Mallorca.

**INTRODUCCIÓN:** La tuberculosis infantil ha sufrido un incremento de incidencia a nivel nacional en los últimos años, fundamentalmente debido a la inmigración. Su diagnóstico plantea dificultades al pediatra de urgencias debido a que en muchos casos los síntomas respiratorios no están presentes o son inespecíficos y que la radiología puede ser polimorfa y de difícil interpretación.

**OBJETIVOS:** 1- Conocer las características epidemiológicas de los niños diagnosticados de tuberculosis (TBC) en nuestro hospital. 2- Revisar las pruebas de imagen practicadas para el diagnóstico de estos pacientes. 3- Revisar las indicaciones de las TAC torácicas realizadas.

**METODOLOGÍA:** Revisión retrospectiva de las historias clínicas de los niños diagnosticados de TBC, y que ingresaron desde las urgencias de nuestro hospital, en los últimos 10 años.

**RESULTADOS:** 38 casos (21 varones y 17 hembras): 34 TBC pulmonares, 2 TBC óseas, 1 TBC miliar y 1 meningoencefalitis tuberculosa. La edad media fue de 4 años y medio (rango de edad entre 3 meses y 14 años). 19 pacientes (50%) eran inmigrantes o hijos de inmigrantes: 10 procedentes de África (8 magrebíes), 8 de Sudamérica y 1 de Inglaterra (padre VIH). Todos ellos presentaban Mantoux positivo. En 22 casos (58%) se identificó la fuente de contagio (familiar cercano) en el momento del diagnóstico. Se realizó Rx de tórax en todos los niños y TAC torácica en 22. La radiografía simple fue patológica en 32 (84%) casos (21 formas parenquimatosas o mixtas, 1 miliar y 10 ganglionares). En 6 pacientes la Rx simple fue normal o dudosa, realizándose posteriormente TAC torácica que resultó ser patológica en todos los casos. Destacan 3 casos con Rx normal o dudosa y TAC alterada en contexto de Eritema Nodoso.

**COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:** 1- El número de extranjeros afectados de TBC ha supuesto en los últimos años un aumento de la prevalencia de la enfermedad en nuestra comunidad. 2- El contacto familiar próximo y la prueba de la tuberculina constituyen las principales herramientas para establecer un diagnóstico de sospecha de TBC en urgencias. 3- La interpretación de la Rx de tórax debe correr a cargo de personal cualificado. 4- La utilidad de la TAC es incuestionable en el niño sintomático con Rx normal o dudosa, mientras que su indicación no se recomienda actualmente en niños con infección tuberculosa sin enfermedad aparente.



## POSTERS

### BRONQUIOLITIS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS, DE LA TEORÍA A LA PRÁCTICA

Álvarez Caro, F; Jiménez Treviño, S; Suárez Saavedra, S; Mayordomo Colunga, J; Rodríguez Suárez, J. Hospital Universitario Central de Asturias.

Grupo Investigador del Proyecto “Variabilidad e idoneidad del manejo diagnóstico y terapéutico de la bronquiolitis aguda”

*Objetivos:* Describir epidemiología, clínica y tratamiento de los pacientes no ingresados con bronquiolitis, atendidos en urgencias y unidad de observación (UO).

*Material y métodos:* Se revisaron las historias clínicas de los niños menores de 24 meses, incluidos prospectivamente, entre el 1-10-07 y el 31-1-08. Se excluyeron los pacientes con episodios previos de dificultad respiratoria.

*Resultados:* De 355 pacientes con bronquiolitis, se incluyeron 264. De ellos, 26 (9,6%) permanecieron en UO. La mediana de edad fue 178 días. La clínica fue tos (81,7%), rinorrea (62,4%), rechazo de tomas (33,5%) y vómitos (16,3%). La frecuencia respiratoria fue inferior a 45 r.p.m. en el 65% y el 23,1% no presentó sibilancias. El 3% fueron prematuros. El 28% presentó antecedentes atópicos. El 21% presentó saturación  $\leq 95\%$ . Se realizó radiografía torácica en 17 casos (6,4%), siendo patológica en el 23%. Otras pruebas realizadas fueron: gasometría 1,1%, analítica sérica 1,5% y exudado nasal 4,5%. El 38% recibió algún tratamiento previo. En urgencias se administró salbutamol al 71%, y 2 pacientes recibieron adrenalina. Al 69% se pautó salbutamol inhalado domiciliario, y al 20% tratamiento sintomático exclusivo. Reacudió el 6% en los 7 días posteriores.

*Comentarios:* Acorde con la literatura realizamos pocas pruebas complementarias. Muchos pacientes acuden con tratamiento previo, e igualmente son dados de alta con medicación broncodilatadora, aunque no exista una terapia con grado de evidencia suficiente para ser recomendada rutinariamente. Un porcentaje importante no presentó sibilancias, sino crepitantes, aspecto que puede utilizarse para establecer una definición más completa y la elaboración de scores más uniformes.



## POSTERS

### NO TODA TAQUIPNEA EN LACTANTES ES UNA BRONQUIOLITIS

**Autores:** Del Valle Pérez R, Galán Arévalo MS, García Sánchez A, Díaz Conejo R, Losada Pinedo B, Huidobro Labarga B.

**Hospital Virgen de la Salud, Toledo**

97

**Introducción:** La taquipnea en lactantes es un signo muy frecuente en Urgencias. La hernia diafragmática es un defecto congénito del diafragma (más frecuente en lado izquierdo) que permite el paso de vísceras abdominales a la cavidad torácica. Su incidencia varía desde 1/ 2200 hasta 1/5000 nacidos vivos.

**Caso clínico:** Niña de 4 meses, acude por un cuadro de 6 días de evolución de vómitos y dificultad para alimentarse.

**Exploración:** buen estado general, palidez mucocutánea. Taquipnea marcada, tórax en tonel. Hipoventilación hemitórax izquierdo, latido cardiaco desplazado a la derecha, sin soplos. **Analítica:** leucocitosis sin desviación izquierda. **Radiología tórax:** asas intestinales en hemitórax izquierdo. **Ecografía abdominal:** múltiples asas intestinales con peristalsis conservada, ocupando el hemitórax izquierdo. Riñón izquierdo a nivel subcostal, con disposición anómala, compatible con sospecha clínica. **Ecocardiografía:** válvula aórtica bicúspide. **Evolución:** Tras el postoperatorio se estabiliza hemodinámicamente y conecta a ventilación mecánica, presenta neumotórax basal izquierdo que requiere drenaje con tubo pleural (se retira sin incidencias a las 48horas), tras lo que evoluciona favorablemente.

**Discusión:** La etiología es desconocida, pero multifactorial. Casi un 20% asocian un defecto cardiaco congénito. La clínica varía desde distrés respiratorio inmediato al nacimiento hasta mínimos síntomas, incluso asintomático. De ahí la importancia de sospecharla en Urgencias para valorar solicitar una radiología de tórax, que suele revelar el diagnóstico. El tratamiento de la hernia diafragmática es quirúrgico.



## POSTERS

### **PROTOCOLO DE RECOGIDA DE MUESTRAS DEL VIRUS RESPIRATORIO SINCITAL EN URGENCIAS.**

\*RODRÍGUEZ GÁLVEZ, RAFAEL; \*Romero Aceituno, A; \*Sánchez Rodríguez, \* M<sup>a</sup> E; Abad Maldonado, \*A; Toscano Serrano, C; García Salmerón, C.

\* Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias de Pediatría.

98

#### **INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO.**

El Virus Respiratorio Sincital (VRS) es altamente contagioso y es el causante cada año de epidemias que producen neumonías y bronquiolitis en neonatos, lactantes y niños pequeños. La bronquiolitis es la infección más frecuente en los 12 primeros meses de vida y el VRS es el causante en un 70-80 % de los casos.

Establecer un método adecuado de cribado en la sala de urgencias pediátricas evita la transmisión del virus en las unidades de hospitalización de pediatría.

El objetivo es elaborar un protocolo para la correcta recogida de muestras del VRS en neonatos, lactantes y niños.

#### **MATERIAL Y MÉTODO**

Para la elaboración de este protocolo se ha revisado la guía del servicio de Microbiología del año 2007 del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada así como diversa documentación online referente al VRS y bronquiolitis.

#### **RESULTADOS**

Se ha realizado un protocolo consensuado con pediatría y microbiología. Así mismo ha sido incorporado a la guía de actuación para enfermería del servicio de cuidados críticos y urgencias de pediatría de este hospital y será añadido en breve a la página web del hospital en su apartado de publicaciones.

#### **CONCLUSIONES**

La elaboración de este protocolo ha tenido como fin la unificación de criterios a la hora de la extracción, manipulación, conservación y su posterior envío al laboratorio de microbiología del VRS.



## POSTERS

### CRISIS ASMÁTICAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS: EPIDEMIOLOGÍA Y EVOLUCIÓN:

Santos-García Cuellar M, Casado Picón R, Guillén Fiel G, Palacios Cuesta A, Ballesterero Díaz Y, Marín Ferrer M.

Sección de Urgencias Pediátricas. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

99

*Objetivo:* Describir la casuística y evolución de las crisis asmáticas en una Urgencia Pediátrica durante 2007, tras implantar un protocolo terapéutico validado por la Unidad de Calidad.

*Material y métodos:* Se utilizó la base de datos de Urgencias implantada en Mayo del 2006 y se revisaron los informes clínicos de estos pacientes.

En el protocolo se incluyen los criterios de inclusión y exclusión, el manejo terapéutico, la gravedad según la GINA y la respuesta al final y a la hora del tratamiento.

Ante la respuesta incompleta estos pacientes pasan a la Observación para una segunda fase de tratamiento.

Se analizaron los datos epidemiológicos y de evolución de 1574 niños.

*Resultados:* En 2007, 3676 niños recibieron nebulizaciones por dificultad respiratoria, 1574 fueron crisis asmáticas. El 63% fueron varones y el 37% mujeres. La mitad de los pacientes tenía entre 2 y 7 años. El 32% de las crisis del año se registró en mayo y noviembre. Se siguió el protocolo en un 70% de los pacientes. Tras ser evaluados, el 29% pasó a Observación, el 1% ingresó directamente y el 70% fue dado de alta. De estos últimos, sólo el 8% volvió a Urgencias, ingresando tan sólo el 6% de estos.

#### *Conclusiones*

Es importante protocolizar el diagnóstico y tratamiento de la patología frecuente para medir, comparar resultados y mejorar.

La instauración del protocolo ha permitido un segundo paso terapéutico para los pacientes que antes ingresaban en planta directamente.

Destaca la baja tasa de readmisión en Urgencias tras la aplicación del protocolo.



## POSTERS

### EVOLUCIÓN DE LAS CRISIS ASMÁTICAS MODERADAS EN LA UNIDAD DE OBSERVACIÓN

Guillén Fiel G, Barrios López M, Ureta Velasco N, Palacios Cuesta A, Cruz Rojo J, Marín Ferrer M.  
Sección de Urgencias Pediátricas. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.

100

*Objetivo:* Describir la casuística y evolución de las crisis asmáticas moderadas tratadas según el protocolo terapéutico validado por la Unidad de Calidad, en el Área de Observación durante 2007.

*Material y métodos:* Se estudian todos los pacientes del 2007 que recibieron una segunda fase de tratamiento por falta de respuesta inicial al protocolo.

Para dicho estudio se utilizó la base de datos del Área de Observación implantada en Julio del 2006 y se revisaron los informes clínicos de urgencias de estos pacientes.

En el protocolo se define el manejo terapéutico, así como la valoración de la respuesta clínica al final y a las 4 horas del tratamiento.

Estos pacientes ingresan si empeoran o si no responden al final del tratamiento.

Se analizaron los datos epidemiológicos y de evolución de 350 niños.

*Resultados:* En 2007, de 1574 niños que recibieron la primera fase del protocolo, 350 pasaron a Observación para continuar dicho protocolo. El 61% eran varones y el 37% mujeres. El 43% de los niños tenían entre 2 y 7 años.

Desde Observación el 41% ingresaron y el 58% fueron dados de alta. De estos últimos, sólo el 9% volvió a Urgencias por el mismo motivo, sin requerir ingreso en ningún caso.

*Conclusiones:* La puesta en marcha del protocolo ha permitido dar de alta con seguridad al 58% de los pacientes con crisis asmáticas moderadas-graves que sin esta segunda parte del tratamiento hubiesen ingresado en el hospital.

Es importante la recogida informatizada de datos para medir, comparar resultados y mejorar.



## POSTERS

### CRISIS ASMÁTICA MODERADA GRAVE: EL HELIOX POR AHORA NO ES LA SOLUCIÓN.

Autores: Berroya Gómez A, Coautores: Miranda Herrero C, Rodríguez Ogando A, Adrián Gutiérrez J, Guerrero Márquez G, Miguez Navarro C.

101

#### Introducción:

El heliox se ha utilizado durante décadas como tratamiento de patología respiratoria aguda, siendo controvertida en la crisis asmática.

#### Objetivos:

Comparar la eficacia del tratamiento con salbutamol más bromuro de ipratropio vehiculizado con heliox frente al vehiculizado con oxígeno en niños con crisis asmática moderada/grave.

#### Material y Métodos:

Estudio prospectivo, aleatorizado y controlado de niños entre 4 y 15 años que acuden a urgencias entre junio-07 a enero-08 con crisis asmática moderada o grave. El score utilizado fue el Pulmonary Score (PS). El tratamiento administrado fue: una dosis de prednisona oral y nebulización de salbutamol más bromuro de ipratropio hasta 3 dosis según criterio clínico. El grupo A se nebulizó con O<sub>2</sub> (100%) y grupo B con heliox (70/30). Las variables recogidas fueron: frecuencia cardíaca y respiratoria, PS, medicación previa, antecedentes de alergia, necesidad de regreso a urgencias en la siguiente semana o ingreso en las 72 horas posteriores.

#### Resultados:

De los 48 pacientes, 26 pertenecen al grupo A y 22 al B. Valoramos la diferencia en el PS, saturación, frecuencia respiratoria, antes y después del tratamiento, regreso al servicio de urgencias y reingreso a las 72 horas, no encontrándose diferencias clínicas ni estadísticamente significativas entre grupo A y B, excepto en número de ingresos, 0 en el A y 4 en el B ( $p=0,038$ ).

#### Conclusiones:

En nuestro estudio el tratamiento con heliox en urgencias no ha demostrado ventajas con respecto a la terapia convencional, corroborando estudios anteriores con menor tamaño muestral, no estando justificado actualmente su uso.



## POSTERS

### ESTRIDOR CONGÉNITO RECURRENTE ¿EN QUÉ PENSAR?

La Orden Izquierdo, Enrique; Martín Pelegrina, María Dolores; Prados Álvarez, María; Cuadrado Pérez, Irene; Zeballos Serrato, Gonzalo; Gutiérrez Díez, María Pilar.

Servicio de Pediatría. Hospital universitario de Getafe, Madrid.

102

#### Fundamento y objetivos:

El hemangioma subglótico es una malformación vascular que se presenta en los primeros meses de vida, más frecuentemente en niñas (2:1). Los síntomas (estridor, tos, cianosis, ronquido) fluctúan a lo largo del tiempo, empeorando con la agitación, llanto o las infecciones respiratorias, y mejorando con tratamiento corticoideo. Es frecuente la presencia concomitante de angiomas cutáneos (hasta un 50%). Suelen crecer en los primeros meses, con estabilización y posterior regresión espontánea al primer o segundo año de vida. El tratamiento con corticoides sistémicos a dosis altas durante varias semanas es considerado por muchos el tratamiento de elección. Otros tratamientos son el láser, interferón alfa y la cirugía abierta.

#### Caso clínico:

Lactante mujer de 4 meses raza negra traída a urgencias por laringitis recurrentes desde los 3 meses de edad. Antecedentes personales: Pretérmino (28+2 semanas de edad gestacional) con enfermedad de membrana hialina moderada que precisó ventilación mecánica durante 7 días con fracaso en la extubación en 2 ocasiones por presencia de estridor inspiratorio. Regurgitadora habitual. Exploración: estridor audible a distancia y tiraje sub e intercostal, sin necesidades suplementarias de oxígeno. Resto normal. Mejoría parcial con adrenalina nebulizada cada 4-6h 1 día, dexametasona vo 2 días y budesonida inhalada cada 12h 1 día. Fibrobroncospia: hemangioma subglótico. En la actualidad en seguimiento con tratamiento con corticoterapia vo con resolución en el primer año de vida.

#### Comentarios:

El estridor en el lactante se debe en la presentación aguda a patología infecciosa. Si se presenta de forma recurrente es obligada la realización de un estudio diagnóstico completo, sobre todo si se acompaña de dificultad respiratoria. Dentro del diagnóstico diferencial, la laringomalacia es la causa más frecuente (hasta en un 40-65%). Deben tenerse en cuenta las causas que originan obstrucciones de la vía aérea de forma secundaria (intubaciones prolongadas, aspiraciones, etc). Sólo la realización de una fibrobroncospia completa aporta el diagnóstico de certeza, como ocurrió en nuestro caso.



## POSTERS

### NEUMOMEDIASTINO ESPONTÁNEO COMO CAUSA DE DOLOR TORÁCICO EN URGENCIAS

Grau Montero, Silvia; Coderch Ciurana, Clàudia; Barrera Segura, Emma; Cañadell Yetano, Ester; Martínez Mejías, Abel; Quilis Esquerro, Josep.

Servicio de Pediatría. Hospital de Terrassa. Terrassa. Barcelona

103

#### Introducción

El neumomediastino espontáneo (NE) es la presencia de aire en mediastino, no asociado a traumatismos, cirugía, ventilación mecánica o técnicas diagnósticas. En un 70-90% se encuentran factores desencadenantes. La incidencia de NE en pacientes con dolor torácico es de 1/14.000, posiblemente infradiagnosticado.

#### Caso clínico

Adolescente de 14 años remitida por sospecha de pericarditis, que presenta dolor precordial de 24 horas de evolución, irradiado a hombro izquierdo, que aumenta con la inspiración profunda y mejora con la sedestación. No otra sintomatología. No encontramos factores desencadenantes. En la exploración física destaca tonos rítmicos de intensidad normal, discretamente desplazados hacia la derecha, con crepitantes precordiales sistólicos (signo de Hamman). Resto de exploración normal. Analítica sanguínea anodina, Creatinina cinasa normal. Radiografía de tórax: imágenes lineales radiolucetas sugestivas de aire en mediastino. Electrocardiograma: normal. Ecocardiografía: pericardio engrosado hiperrefringente. Con el diagnóstico de neumomediastino se ingresa con reposo y analgesia. Presenta resolución de la sintomatología el segundo día de ingreso y desaparición de los signos auscultatorios al tercer día.

#### Discusión

El NE es una patología infrecuente, generalmente benigna. Se debe sospechar ante un paciente con dolor torácico, y más, si presenta factores desencadenantes. El diagnóstico es clínico. El síntoma más frecuente es el dolor retroesternal (90%). La tríada de dolor torácico, disnea y enfisema se presenta en el 40%. Se confirma mediante radiografía de tórax. Se realizarán otras exploraciones en caso de duda o sospecha de patología de base. El tratamiento habitual es sintomático: analgesia, reposo, y si precisa, oxigenoterapia. Suele resolverse en 3-15 días.



## POSTERS

### MANEJO DE LA ANAFILAXIA EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA.

Arroabarren Aleman, Esozia. Muñoz Bernal, Jose Angel. Rezola Arcelus, Erika. , Hernandez Dorronsoro, Unai. Muga Zuriarrain, Oihana. Landa Maya, Jose Julian

104

Sección Urgencias Pediatría. Servicio Pediatría. Hospital Donostia. San Sebastian

*Objetivos:* La anafilaxia es una reacción alérgica severa, de aparición rápida y potencialmente fatal, cuyo tratamiento de elección es la adrenalina, frecuentemente infradiagnosticada en Urgencias, sobre todo en los casos más leves.

Pretendemos evaluar la mejora terapéutica de esta patología en nuestro Servicio tras la implantación de un protocolo específico de actuación.

*Material y Métodos:* Estudio retrospectivo de los informes alta de Urgencias entre 01/01/2004 y 15/01/2008 con diagnósticos de Urticaria, alergia inespecífica, angioedema o shock anafiláctico según el CIE-9 (Clasificación Internacional de Enfermedades), seleccionando aquellos con criterios de anafilaxia según la EAACI (European Academy of Allergology and Immunology). En el grupo 1 (preimplantación) y grupo 2 (postimplantación del protocolo) se han analizado: número de niños atendidos con criterios de anafilaxia, prescripción de adrenalina (sí/no), indicación de hospitalización para observación y prescripción de adrenalina autoinyectable al alta.

*Resultados:* Durante el período de estudio se han atendido 59 niños con criterios de anafilaxia.

Grupo 1: 27 niños, 2 (7,4%) tratados con adrenalina, 11(40,7%) hospitalizados, ninguna adrenalina autoinyectable.

Grupo 2: 32 niños, 9 (27%) tratados con adrenalina, 18 hospitalizados (56,9%). A 3 pacientes se prescribió adrenalina autoinyectable al alta.

*Comentarios:* La implantación de un protocolo específico de actuación ha servido para mejorar el manejo de estos pacientes, lo que se traduce en un aumento del 20% en el uso de la adrenalina en Urgencias, incremento de un 16,2% en los niños ingresados para observación por este motivo y en la prescripción de adrenalinas autoinyectables.



## POSTERS

### MANEJO DE LA ANAFILAXIA EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS

Autores: Cortés Alvarez N; May Llanas E; Pizà Oliveras A; Garcia-Puig R; Rodríguez Ferran L; Margarit Mallol J.

Hospital Mútua de Terrassa. Servicio de Pediatría

105

**INTRODUCCIÓN:** La anafilaxia se define como una reacción de inicio súbito con la afectación de al menos dos sistemas tras la exposición a un alérgeno. El tratamiento de elección es la adrenalina por vía intramuscular.

**OBJETIVOS:** Valorar el manejo inicial de los casos de anafilaxia registrados en nuestra Área.

**METODOLOGÍA:** Estudio retrospectivo descriptivo de los casos de anafilaxia valorados en Urgencias Pediátricas y Centros de Asistencia Primaria, durante los últimos 3 años. Se analizan edad, sexo, clínica, prick e IgE específica y tratamiento recibido.

**RESULTADOS:** Se recogen 20 pacientes ,5 niñas y 15 niños con edad entre 3 meses y 12 años. 45 % presentó urticaria más clínica digestiva, 35% urticaria más dificultad respiratoria y 30% vómitos con hipotensión.

La clínica se relacionó con la ingesta de leche (40%), huevo (20%), pescado (15%), frutos secos (10%), pollo (5%), melocotón (5%) y sin filiar 5%. 20% eran alérgicos conocidos .El estudio alérgico fue positivo en 70% de los pacientes.

Todos recibieron antihistamínicos y corticoides. La adrenalina se administró en el 50% de los pacientes con compromiso hemodinámico y en el 60% con compromiso respiratorio. El resto de casos se manejaron con volumen o broncodilatadores respectivamente.

#### **CONCLUSIONES:**

La anafilaxia puede ser la manifestación inicial de una alergia alimentaria. La leche y el huevo son los alimentos más frecuentemente implicados.

La adrenalina es el tratamiento de elección incluso en los casos sin compromiso hemodinámico. Por tanto se debería insistir en su eficacia y seguridad. Los antihistamínicos y corticoides son fármacos de segunda línea.



## POSTERS

### CONVULSIÓN FEBRIL, ¿SON NECESARIAS EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS?

Autor: Rivero Martín, María José. Hospital de Fuenlabrada. Servicio de Pediatría, Madrid

Coautores: Rodríguez Díaz, Rocío. García-Vao Bel, Carlos. Galán del Río, Pilar. Alarcón Alacio, Teresa. Centeno Jiménez, Miriam

106

#### *Fundamentos:*

La incidencia de convulsión febril es del 2 al 5%, ocurren en niños entre 6 meses y 5 años de edad. La determinación rutinaria de glucosa, electrolitos, calcio y creatinina no se considera necesaria cuando cede espontáneamente, no hay factores de riesgo de epilepsia y la exploración física (EF) es normal.

#### *Observaciones clínicas:*

Niño magrebí de 8 meses con episodio de rigidez de miembros y revulsión ocular de 1 minuto de duración, posterior relajación y adormecimiento. EF: Tª 37.5°C, BEG, bien perfundido, fontanela normotensa, y faringe hiperémica con moco en cavum. Alta con el diagnóstico de convulsión febril.

Tras 24 horas es remitido por 5 episodios de hipertonia de miembros con cianosis perioral, salivación y mirada fija (entre 2-5 minutos de duración), fiebre y síntomas catarrales. EF: Tª 37.9°C, neurológico sin alteraciones.

En analítica: Calcio: 5.3 mg/dl, calcio iónico: 0.65 mmol/L, fósforo: 3.6 mg/dl, magnesio: 1.6 mg/dl.. Presenta una nueva crisis tónico-clónica generalizada que cede con diazepam intravenoso. Se corrigen progresivamente las cifras de calcio. El paciente no recibía profilaxis antirraquítica, tenía alimentación con LM exclusiva y por razones culturales escasa exposición solar.

#### *Comentarios:*

Aunque se desconoce la fisiopatología exacta se cree que la fiebre disminuiría el umbral epiléptico en estos niños; de esta manera, si existiera una patología de base, la convulsión podría desencadenarse con los procesos febriles.

Las alteraciones electrolíticas son más comunes en convulsiones activas, menores de 1 mes de edad e hipotermia.

La historia clínica debe ser exhaustiva a fin de identificar posibles patologías de base.



## POSTERS

### ¿QUÉ VIRUS SE RELACIONAN CON LAS CONVULSIONES FEBRILES?

Vivanco Allende A, Lobete Prieto C, Mayordomo Colunga J, Jiménez Treviño S, Suárez Saavedra S, Rodríguez Suárez J. Unidad de Urgencias de Pediatría. Departamento de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias.

107

**Introducción:** Las convulsiones febriles (CF) son una causa de consulta frecuente en los servicios de urgencias pediátricas, así como un motivo de preocupación importante para los padres. En cuanto a su etiología, se han relacionado con infecciones virales, destacando cierto tipo de virus neurotrópicos como causa más importante en la aparición de CF.

**Metodología:** Estudio prospectivo con pacientes diagnosticados de CF en Urgencias de Pediatría del Hospital Universitario Central de Asturias durante el año 2007, a los que se les recogió una muestra del exudado nasofaríngeo para estudio de virus por reacción en cadena de la polimerasa (PCR).

**Resultados:** Se analizaron las muestras de 39 niños diagnosticados de CF, con una mediana de edad de 13 meses (61,5 % varones). De ellos, 17 (43,5%) resultaron positivos para los siguientes virus: 6 (31,5%) para virus Herpes 6, 5 (29,4%) virus Epstein Barr, 4 (21%) Adenovirus, 4 (21%) virus Herpes 7, 2 Rhinovirus, 2 Enterovirus, 1 virus Herpes simple tipo 1, 1 Bocavirus y 1 Influenza tipo A, siendo en 7 casos coinfecciones de varios virus. Los diagnósticos asociados al alta incluyeron síndrome febril sin foco aparente (15), infección respiratoria de vías altas (2) y neumonía (1).

**Conclusiones:** En nuestro medio, casi la mitad de las CF presentaron un exudado positivo para virus, siendo aislados con mayor frecuencia el virus Herpes 6 y el virus Epstein Barr, del cual existen pocos datos que relacionan las CF con este virus. Nuestros datos apoyan la relación de la infección viral con las CF, principalmente herpesvirus.



## POSTERS

### **CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS y EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON CRISIS FEBRIL ATÍPICA.**

Hernández Marques, Carmen; García Salido, Alberto. Martín Díaz, María José.

108

Servicio Urgencias de Pediatría. Hospital Infantil Niño Jesús, Madrid.

#### *Introducción*

Las convulsiones febriles son un motivo de consulta frecuente en urgencias y provocan generalmente un alto grado de ansiedad en los cuidadores de los pacientes, a pesar de que su pronóstico es benigno. Esto último no es tan claro en los casos con características atípicas. El objetivo de este estudio es describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes que ingresan en nuestro hospital por presentar crisis febriles atípicas.

#### *Pacientes y métodos*

Se ha realizado un estudio retrospectivo de los pacientes que ingresaron en nuestro hospital entre los años 2003 y 2006 con el diagnóstico de crisis febril atípica. Se han registrado las siguientes variables: edad, sexo, antecedentes familiares de crisis febril, desarrollo psicomotor, antecedentes de ingreso neonatal, temperatura a la que se produce la crisis, características de la crisis, y tratamiento si lo requiere.

#### *Resultados*

Se registraron 58 ingresos por crisis febril atípica en el período citado, con un predominio del sexo masculino (42: 16), con una edad media de 26.7 meses (mediana 22,5 meses). La mayoría (80%) de los niños no tenía antecedentes familiares de crisis febriles. 55 pacientes (94,5%) presentaban un desarrollo psicomotor dentro de la normalidad y 8 (14,2%) tenían antecedentes de ingreso neonatal. En 11 casos (16,6%) la crisis fue el primer signo de enfermedad, y en 52 pacientes (89,6%) se objetivó una temperatura axilar por encima de 38°C en el momento de la crisis. Asimismo, 52 episodios (89,6%) sucedieron durante las primeras 24 horas de enfermedad. Se administró tratamiento anticonvulsivo a 29 pacientes (50%), siendo el más utilizado (17 casos) el diazepam rectal. La duración de la crisis fue menor o igual a 5 minutos en 30 casos (51,7%). El episodio se repitió en menos de 24 horas en 27 pacientes (46,4%).

#### *Conclusiones.*

Los episodios de crisis febril de características atípicas suceden en pacientes que carecen generalmente de antecedentes familiares o personales que puedan ponerse en relación directa con el cuadro. La temperatura a la que se producen supera generalmente los 38°C y la mayoría se presentan en las primeras 24 horas de evolución del proceso febril. A pesar de sus características "atípicas", la mayoría ceden en pocos minutos sin tratamiento.



## POSTERS

### STATUS CONVULSIVOS EN URGENCIAS. CARACTERÍSTICAS, PAUTAS TERAPÉUTICAS Y FACTORES RELACIONADOS CON LA MALA EVOLUCIÓN

Gastón Eresué, Raquel; Muñoz García, Gema M<sup>a</sup>; García García, Santos; Martínez Bermejo, Antonio; Ruiz Domínguez, José Antonio; Martín Sánchez, Julia  
Servicio de Urgencias, Hospital Infantil La Paz. Madrid.

109

#### *Objetivos*

1. Analizar las características clínicas y epidemiológicas de los status convulsivos (SC) atendidos en urgencias del Hospital Infantil La Paz.
2. Valorar las diferentes pautas terapéuticas, su efectividad y los factores asociados a mala evolución.

#### *Material y métodos*

Se ha realizado un estudio retrospectivo de los pacientes con SC atendidos en urgencias (periodo 2003-2007) y seguidos durante su ingreso y revisiones posteriores, con valoración de los factores asociados, respuesta terapéutica y secuelas.

#### *Resultados*

Se han registrado 46 casos: edad media 43 meses; sexo femenino 56.5%; patología neurológica estructural 58.7%; diagnóstico previo de epilepsia 58.7%; tratamiento anticomitial de base 76.1%. El fármaco más utilizado en primer lugar fue el diazepam rectal (91.3%), seguido del diazepam intravenoso (45.7%). El fármaco más efectivo fue el midazolam, que hizo ceder la crisis en el 69.5% de los casos en los que fue administrado (N=23), seguido de la difenilhidantoína (24.1%, N=29). Escasas alteraciones del LCR (10.8% del total). El SC más frecuente fue secundario a patología neurológica estructural de base (26.1%). Secuelas al año en el 63% de los casos (de éstas, 50% fueron crisis comiciales). La mayor duración del SC se relacionó con una mayor estancia en CIP y planta de hospitalización ( $p < 0.01$ ), y esta última se relacionó con más secuelas al alta ( $p \leq 0.01$ ).

#### *Conclusiones*

- El fármaco que en más casos consiguió yugular la crisis fue el midazolam.
- La estancia hospitalaria (CIP y planta) se relacionó directamente con la duración prolongada del SC ( $p < 0.01$ ) y con la presencia de secuelas al alta ( $p \leq 0.01$ ).



## POSTERS

### PACIENTE ADOLESCENTE CON CUADRO AGUDO DE ATAXIA

Quevedo Sánchez, Eduardo. Fleta Zaragoza, Jesús. Meavilla Olivas, Silvia. Gallego Vela, Santiago.  
Sección de escolares del servicio de pediatría del Hospital clínico universitario Lozano Blesa de Zaragoza.

110

*Introducción:* La ataxia es la alteración de la coordinación de movimientos voluntarios y del equilibrio con incapacidad para ejecutar movimientos finos y mantener la postura adecuada. Las dos principales causas de ataxia aguda son las intoxicaciones y la cerebelitis aguda postinfecciosa. Otras etiologías son traumatismos, infecciones, etc. La intoxicación accidental supone un 0,5-1% de urgencias pediátricas. El 91% son accidentales (más frecuentes en menores de 5 años) y el resto intencionales (sobre todo en mayores de 12 años).

*Caso clínico:* Niña de 12 años remitida a urgencias por cuadro agudo de una hora de evolución de inestabilidad para la marcha, disartria y cefalea. No fiebre ni traumatismo previo ni vómitos. Negación de consumo de tóxicos, drogas ni alcohol. Exploración física: No fetor etílico. Romberg negativo. Ligera inestabilidad para la marcha, disimetría, disartria y euforia. Resto normal incluyendo las constantes vitales.

*Resultados:* Normalidad en hemograma y bioquímica básica, pulsioximetría, sedimento de orina, electrocardiograma, fondo de ojo, radiografía de tórax y Screening infeccioso. Electroencefalograma con trazado de fondo normal donde se registran ritmos rápidos de probable origen farmacológico. Tóxicos en orina positivos para anfetaminas 0,41 µg./mL. Se realiza lavado gástrico en urgencias e ingreso para observación remitiendo toda clínica tras 24 horas.

*Conclusiones:* Ante un cuadro agudo de ataxia se debe realizar una minuciosa anamnesis y exploración física ingresando al paciente hasta excluir patología grave, sobre todo si hay alteraciones de la conciencia o sospecha de patología infecciosa. Las intoxicaciones suponen la principal causa de ataxia aguda en la población infantil.



## POSTERS

### HEMIPLEJIA AGUDA INFANTIL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Montero Gato, J; García Pérez, N; Vázquez Ingelmo, M; Lorenzo Garrido H; Fernández Cuesta M; Landa Gárriz M.

Urgencias de Pediatría, Hospital de Basurto. Bilbao

111

**INTRODUCCIÓN:** La patología cerebrovascular en la infancia es una entidad infrecuente, y en un alto porcentaje de casos no se objetiva una etiología subyacente. Las cardiopatías congénitas y los estados de hipercoagulabilidad son los factores predisponentes más asociados. A diferencia de los adultos, el pronóstico suele ser más favorable y la tasa de recurrencia menor.

**CASO CLINICO:** Niño de 27 meses que consulta por impotencia funcional en extremidades derechas de inicio súbito, de 2 horas de evolución. En la exploración destaca una hemiparesia derecha con reflejo cutáneo plantar extensor. Se realiza analítica básica, TC craneal, estudio de coagulación y bioquímica de líquido cefalorraquídeo con resultado normal. Se recogen muestras para cultivo y aislamiento viral. Se decide su ingreso y se practica angiorresonancia craneal, visualizándose infarto en protuberancia izquierda. Entre los exámenes complementarios realizados se constata título elevado de Ac anticardiolipina. No se evidencia progresión de la hemiparesia durante el ingreso. Se inicia tratamiento con AAS a dosis antiagregantes y terapia rehabilitadora.

**COMENTARIOS:** Ante una hemiplejia aguda, además de la enfermedad cerebrovascular, debemos descartar patología focal del SNC de etiología infecciosa. También se debe investigar la presencia de antecedente traumático o migrañoso como factores causales. No se aconseja el uso de terapia fibrinolítica en un accidente isquémico no progresivo en niños sin factores de riesgo asociados.



## POSTERS

### MIELITIS TRANSVERSA POSTVACUNAL

Navarro González, Helena; Martínez Martínez, Elena.; Jiménez Castillo, Inés.; Santos Pérez, Juan Luis.; Diaz Molina, Manuel.

Servicio de Pediatría, Hospital Materno Infantil "Virgen de las Nieves", Granada.

112

**Introducción:** La Mielitis Transversa es una enfermedad inflamatoria medular focal caracterizada por edema y necrosis de varios segmentos. Se presenta como disfunción aguda o subaguda *motora* (paresia o parálisis flácida y posteriormente espástica), *sensitiva* y *autonómica* (principalmente disfunción esfinteriana) Su incidencia es baja (1-4 casos por cada 10 habitantes años) y suele presentarse en Inmunodeprimidos. Es frecuente encontrar antecedentes infecciosos o vacunales. Dado lo excepcional del caso, se ha considerado de interés describir un cuadro de Mielitis Transversa postvacunal en lactante inmunocompetente.

**Caso clínico:** *Anamnesis:* lactante varón de 7m de edad que presenta hipotonía generalizada, pérdida del sostén cefálico y la sedestación y tetraparesia flácida de predominio en miembros superiores de 24 horas de evolución. Asocia fiebre. *Antecedentes personales:* vacunación de DTP, Hib, VPI y VHB (3ª Dosis) 48 horas antes del ingreso. *Antecedentes familiares:* sin interés. *Exploración física:* Sensorio normal. Pares craneales normales, PINLA, MOEC, destaca llanto débil y agudo. Hipotonía generalizada con imposibilidad para la sedestación y el sostén cefálico. Tetraparesia flácida asimétrica, con mayor afectación de miembros superiores, acentuada en miembro superior derecho. Arreflexia de miembros superiores e hiporreflexia de miembros inferiores. Sensibilidad y control de esfínteres de difícil valoración dada la edad del paciente. *Pruebas complementarias:* Hemograma y bioquímica (incluida CPK, PCR y Procalcitonina) normales. Punción lumbar: proteínas 41 mg/dL, glucosa 59 mg/dL, leucocitos 4/mm<sup>3</sup>. En tinción de Gram no se aprecian germen; los cultivos de LCR son negativos. RMN craneal: ensanchamiento fusiforme del cordón medular desde C2 hasta D1. PESS: afectación bilateral de miembros inferiores, principalmente derecho. Serologías CMV, EBV, Parotiditis, Varicela, Sarampión, Chlamydia y Micoplasma negativas. Cultivos de orina, sangre, heces y exudado faringoamigdalares negativos. *Evolución:* Con el diagnóstico de mielitis transversa se inicia tratamiento con pulsos de corticoides y posterior corticoterapia oral con descenso gradual. Mejora la hipotonía inicial, así como la movilidad global, consiguiéndose la sedestación. Aparece espasticidad de miembros y ligera hipertonia tronco-axial. Al alta se ha recuperado prácticamente al completo la movilidad de miembros superiores, persistiendo menor movilidad en inferiores. Los reflejos son normales en miembros superiores y están exaltados en inferiores. Sensibilidad presente en los cuatro miembros. No parece haber en ningún momento afectación esfinteriana.

**Comentario:** Las parálisis flácidas en pediatría pueden tener múltiples causas. El síndrome de Guillain-Barré es la causa más frecuente en nuestro medio, aunque no la única, siendo fundamental la exploración clínica para hacer un enfoque diagnóstico adecuado. La mielitis transversa es una causa infrecuente. Su etiología más común son los procesos autoinmunes no sistémicos, localizados en los tractos centrales de las vainas de mielina, siendo común encontrar un *antecedente infeccioso* o *vacunal*; por lo que es fundamental ante la sospecha una buena anamnesis y exploración clínica, así como la realización de serologías y cultivos. Precisa para la confirmación diagnóstica la realización de RMN ante clínica compatible, pudiendo ser normal inicialmente hasta en el 50% de los casos.



## POSTERS

### TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN EL AREA DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCARIO

Murillo Pozo, M. A, Fernández Elías, M, Mellado Troncoso, E, Benitez Gómez, I, Alonso Salas, M. T, Loscertales Abril, M.

UGC de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío de Sevilla.

**INTRODUCCIÓN:** El traumatismo craneoencefálico (TCE) supone un motivo de consulta frecuente en los servicios de urgencias hospitalarios y, aunque la mayoría son leves sin consecuencias clínicas, el temor a una lesión intracraneal potencialmente grave genera un gran consumo de recursos.

**OBJETIVO:** Conocer las características epidemiológicas y clínicas de los TCE ingresados en observación, así como las pruebas de imagen realizadas y su rendimiento.

**MATERIAL Y METODO:** Revisión retrospectiva de los informes de alta y de la base de datos informatizada de los TCE ingresados en el área de observación de nuestro hospital durante el periodo de tiempo comprendido entre Abril del 2007 y Enero del 2008.

**RESULTADOS:** De los 180 pacientes ingresados por TCE se seleccionaron 169, quedando excluidos del estudio 11 casos por falta de datos. Los TCE representan el 6.8 % del total de ingresos en observación, siendo más frecuentes en varones (64,5%) con una media de edad de 61 meses. El motivo de ingreso más frecuente fueron los vómitos (37,8%), seguido de la pérdida de conciencia (17,15%). El Glasgow al ingreso fue de 15 en un 94,1% y entre 12-14 en un 5,9 % de los pacientes. Se realizaron radiografía de cráneo a 109 pacientes (65%), detectándose fractura craneal en un 33% de las mismas.

De todos los pacientes ingresados por TCE presentaron fractura craneal el 27,2%, de los cuales el 17,4% asociaron lesión intracraneal (LIC): 50% hematoma epidural, 25% hemorragia intraparenquimatosa, 12,5% hemorragia subaracnoidea, 12,5% hematoma subdural, sin que ninguno precisara tratamiento quirúrgico evacuador. En 4 casos del total de fracturas (8,6%) no se realizó TAC craneal sin que existieran complicaciones en la evolución.

El signo clínico que más se asoció a LIC fue el cefalohematoma y el hemotímpano/ otorragia. La indicación de TAC en la mayoría de los casos fue la fractura craneal (67,7%) seguida de la pérdida de conciencia (12%) y del Glasgow <15 (9.5%). En 24 de los casos (14,2%) no se realizaron pruebas de imagen sin que se presentaran complicaciones posteriores.

#### CONCLUSIONES:

- La realización sistemática de radiografía de cráneo no está indicada por su escaso rendimiento en el TCE leve.
- Una adecuada observación clínica puede evitar la realización de pruebas de imagen.
- La realización de TAC en pacientes con fracturas sin signos clínicos asociados debería individualizarse.



## POSTERS

### HIPERTENSION INTRACRANEAL IDIOPATICA EN URGENCIAS: REVISION RETROSPECTIVA

UGC Pediatría. CH Jaén

Galan Mercado, Maria. Martinez Moya, Gabriela. Sánchez Fuentes, Vanesa. Sierra Corcoles, Concepción. Cozar Olmo, Juan Alonso. Cruz Moreno, Jesus

114

#### Fundamento y objetivos:

La cefalea es causa de consulta frecuente en los Servicios de Urgencias Pediátricas. Entre el diagnóstico diferencial de cefalea tenemos la hipertensión intracraneal idiopática, síndrome neurológico caracterizado por síntomas y signos de hipertensión intracraneal en ausencia de lesión estructural o hidrocefalia.

1. Revisar los pacientes diagnosticados de hipertensión intracraneal que consultan en nuestro Servicio de Urgencias Pediátricas desde Octubre 1996-Mayo 2007.
2. Validar un protocolo diagnóstico del manejo de cefalea en el Servicio de Urgencias.

#### Observaciones clínicas:

Se trata de una serie de 8 pacientes (5 mujeres y 3 varones) con edades comprendidas entre 5.8 años y 13.7 años de edad (edad media 9.1 años). En ningún caso había antecedentes personales ni familiares de interés. Entre los síntomas al ingreso destacan: cefalea (100%), vómitos (50%) y alteraciones visuales (diplopía 75%, visión borrosa 50% y amaurosis 12.5%). En la exploración física se detectó parálisis del VI par craneal (75%) y papiledema (87.5%) con hemorragias en astilla (85.7%). Todos los pacientes se trataron con punción lumbar diagnóstico-terapéutica, corticoides y diuréticos. En el 50 % quedaron secuelas visuales de diversa intensidad.

#### Conclusiones:

1. Una detallada historia clínica y exploración física son fundamentales para el diagnóstico de una cefalea de carácter orgánico.
2. Entre los factores relacionados, en nuestra serie, destacan 2 pacientes con sobrepeso y un paciente con infección por *Mycoplasma Pneumoniae*.
3. Ante la posibilidad de secuelas visuales serían preceptivos controles evolutivos hasta la resolución del cuadro.
4. Proponemos pauta para valoración del niño con cefalea en Urgencias.



## POSTERS

### VALORACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DE CALIDAD DEL PROTOCOLO DE CEFALÉAS EN URGENCIAS.

Monge Galindo L, Higuera Sanjuán P, Beltrán García S, Carceller Beltrán I, Pérez Delgado R, Romero Salas Y, Campos Calleja C, García Jiménez MC.

Servicios de Neuropediatría y Urgencias pediátricas. Hospital Materno infantil Miguel Servet de Zaragoza.

#### Introducción:

En nuestro hospital se han estado desarrollando en los últimos años protocolos de actuación para las patologías más prevalentes en los servicios de urgencias de pediatría para intentar facilitar y optimizar la labor asistencial. El protocolo de la cefalea afebril, elaborado conjuntamente por neuropediatras y especialistas en urgencias pediátricas, se presentó por primera vez en sesión hospitalaria en junio 2003 y ha seguido revisiones periódicas.

#### Objetivos:

Conocer el porcentaje de cumplimiento de los indicadores de calidad, comparándolos con los de años anteriores (periodo 2005)<sup>1</sup>, como forma de evaluar nuestra propia actuación, la utilidad de dicho protocolo y la asimilación del mismo por parte de los médicos residentes.

#### Métodos:

Se han revisado los informes de urgencias de 30 pacientes atendidos entre septiembre y diciembre de 2007 con diagnóstico de cefalea afebril y se han comparado con otros 2 grupos de 28 y 32 pacientes estudiados en febrero y mayo de 2005. Se han excluido de la revisión los niños que ingresaron.

#### Resultados:

Expuestos en la tabla.

#### Conclusiones:

Existe una aceptación y seguimiento generalizado del protocolo por parte de los médicos asistenciales, pudiéndose afirmar su utilidad para la práctica diaria. Se pueden seguir mejorando aspectos como la constancia de realización de fondo de ojo, incrementado en mayo 2005 tras la realización de talleres de valoración del mismo. Se insiste en la necesidad de la constancia escrita de los datos importantes.

Tabla de resultados:

Indicador o criterio de calidad	Excepciones	Estándar	Grupo 1 Febrero 2005 (28 niños)	Grupo 2 Mayo 2005 (32 niños)	Septiembre -Diciembre 2007 (30 niños)
Constancia de registro de PA	Ninguna	90%	27 (81,8%)	25 (65,8%)	24 (80,0%)
Constancia de realización de fondo de ojo	1. Si ingreso y no sospecha de HTE. 2. Niño ya controlado por cefaleas. 3. Menores de 4 años no colaboradores con cefalea de pocas horas de evolución	90%	17 (51,5%)	27 (71,1%)	19 (63,3%)
Constancia de indicación terapéutica de primera línea (según protocolo: AINE ± antiemético)	1. Paciente crónico con otros fármacos de base. 2. No se considera necesario tratamiento	95%	23 (69,7%)	31 (81,6%)	29 (96,6%)
Constancia de signos meníngeos	Ninguna	95%	31 (93,9%)	35 (92,1%)	27 (90,0%)

1. García Oguiza A. Et al. Valoración del cumplimiento de los criterios de calidad del protocolo de cefaleas en urgencias. An Pediatr 2007;66(6):625-34.



## POSTERS

### RABDOMIOLISIS COMO FORMA DE PRESENTACION DE UNA MIOPATIA METABOLICA EN URGENCIAS

César Díaz, S., Almenara Viladrich, M., Soriano Arandes, A., Castellarnau Figueras, E., Dominguez Martínez, D., Allué Martínez, X.

Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona

116

*Fundamento y objetivo:* La rabdomiolisis es un síndrome que puede ser la forma de presentación de una enfermedad metabólica de base genética. Se caracteriza por una lesión del músculo esquelético que provoca liberación masiva del contenido de mioцитos, detectándose un aumento de enzimas musculares en plasma. Esto puede llevar al fracaso renal agudo secundario a mioglobinuria. Se presenta un caso clínico de rabdomiolisis en el que la afectación neurológica fue el signo guía para el diagnóstico.

*Observaciones clínicas:* Niño de 3 años, con antecedentes familiares de consanguinidad paterna y hermanos con déficit motores no filiados, que consulta por hipotonía, astenia, anorexia y somnolencia. Destaca episodio de negación al habla e incapacidad para la sedestación 2 meses antes del que se recuperó sin secuelas.

Exploración física: hipotonía de predominio axial, incapacidad para la deambulación y sedestación. Hepatomegalia de 2-3 cm, no dolorosa. Orina colúrica. Hipertensión arterial.

Exámenes complementarios: AST 2.032 UI/L, ALT 547 UI/L, CPK 108.360 UI/L, LDH 8.772 UI/L, Amonio 160 µg/dL. Función renal normal. TAC craneal, EEG, ecografía abdominal y fondo de ojo: normales. Sedimento de orina: ausencia de hematíes.

Se orienta el caso como rabdomiolisis. Se inicia tratamiento con hiperhidratación endovenosa, alcalinización de orina, diuréticos, riboflavina y carnitina.

*Comentarios:* Se trata de un caso de rabdomiolisis que se presenta como síndrome neurológico (hipotonía axial) que conduce al diagnóstico de una metabolopatía hereditaria. Las infecciones son la causa más frecuente de rabdomiolisis, pero no hay que descartar otras posibles etiologías como la que describimos.



## POSTERS

### NEUROTOXICIDAD FARMACOLÓGICA AUTOLIMITADA, A PROPÓSITO DE UN CASO

Domínguez Bernal, Eva; Moraleda Redecilla, Cinta; Raga Poveda Teresa; Casado Sánchez, Laura; Ortega Casanueva, Cristina; García Velásquez Jose.

Hospital de Segovia. Area de Pediatría

117

*Introducción:* Los ciclopléjicos se usan en el examen clínico rutinario oftalmológico al paralizar la acomodación (cicloplegia) y conseguir dilatación (valoración del fondo de ojo). Pueden presentar neurotoxicidad (como reacción adversa ó efecto 2º) con una incidencia bimodal (en los extremos de la vida) y siendo el doble de frecuente en el varón. Dichos efectos pueden ser: alucinaciones visuales, trastornos de conducta, inquietud motora, alteración del nivel de conciencia, ataxia, alteración del lenguaje etc.

*Caso Clínico:* Niño de 8 años que ingresa, remitido desde oftalmología, por cefalea hem craneal no pulsátil, sin cortejo vegetativo y estado afebril. Presenta antecedente reciente de traumatismo craneo-facial izquierdo, sin pérdida de conocimiento, con molestias visuales por lo que había sido valorado (la exploración ocular fue rigurosamente normal). No antecedentes familiares de migraña. Antecedentes personales: adenoidectomía, polipectomía (pólipos juveniles). Vacunación correcta y sin alergias medicamentosas conocidas. En la exploración física: frecuencia cardiaca 100 latidos-minuto. Tensión arterial 129/57mmhg (p>97) Glasgow 15. Pupilas midriáticas que responden a la luz. Resto de exploración neurológica y por aparatos normal. Recibió tratamiento analgésico y a las 12 h tras mejoría de la cefalea es dado de alta. Re-ingresa antes de 24 h por decaimiento, dificultad del lenguaje, marcha y visión borrosa. Ausencia de fiebre, cefalea, dolor ocular, vómitos o clínica respiratoria. En la exploración destaca una mínima midriasis reactiva, siendo el resto normal sin cambios respecto a la previa. Se realiza escáner cerebral (normal) y revisa el historial clínico de oftalmología (aplicación de 1gota de atropina 1% en cada ojo). Se monitorizan constantes (que se mantienen estables) realizando descanso nocturno prolongado de unas 12h. Posterior recuperación completa, con pupilas isocóricas y normoreactivas, cifras tensionales al alta en el percentil 90-95 y en el control posterior en el percentil 50.

*Comentario:* El caso expuesto se interpretó como cefalalgia, episodio hipertensivo 2º exógeno y clínica neurológica por posible neurotoxicidad de colirio ciclopléjico. La cefalea y el traumatismo actuaron como factores de confusión al inicio. En un cuadro con clínica neurológica se valorará, dentro del diagnóstico diferencial, la exposición a tóxicos o la posible yatrogenia farmacológica (referida o investigada). La neurotoxicidad por fármacos parasimpaticolíticos, no es infrecuente, y puede llegar a causar la muerte.



## POSTERS

### SINDROME DE CHILAITIDI; LA RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN ES LA CLAVE DEL DIAGNÓSTICO

**1º AUTOR;** BEATRIZ ROCANDIO CILVETTI

Servicio de Pediatría. Hospital de Alto-Deba Mondragón. Guipúzcoa

118

#### **Coautores;**

Itziar Iturralde Orive Servicio de Pediatría. Hospital de Alto-Deba Mondragón. (Guipúzcoa)

Carlos Canduela Fernández Servicio de Pediatría. Hospital de Alto-Deba Mondragón(Guipúzcoa)

Miguel Angel Guiu Solano Servicio de Pediatría. Hospital de Alto-Deba Mondragón. (Guipúzcoa)

Juan Sala Ayma Servicio de Pediatría. Hospital de Alto-Deba Mondragón. (Guipúzcoa)

Daniel Jimenez Villareal. Servicio de Pediatría. Hospital de Alto- Deba Mondragón. (Guipúzcoa)

Aurora Ona Otxoa. Servicio de Pediatría. Hospital de Alto -Deba Mondragón. (Guipúzcoa)

#### *INTRODUCCIÓN*

El uso de la radiografía de abdomen en Urgencias de Pediatría como prueba complementaria diagnóstica ante un dolor abdominal agudo está cada vez mas denostado dada la escasa información que aporta y la radiación que supone para el paciente.

#### *OBJETIVO*

Presentación de una patología poco frecuente pero cuyo diagnóstico es posible realizar mediante la radiografía simple de abdomen en urgencias.

#### *CASO CLÍNICO*

Niño de 10 años de hábito estreñido y con dolor abdominal recurrente que acude a Urgencias por dolor abdominal agudo y náuseas. En exploración física se observa importante distensión abdominal con timpanismo y signo de Joubert positivo. Se realiza radiografía de abdomen objetivándose anormal distribución de aire en hemiabdomen derecho con aparente interposición del colon entre hígado y diafragma. La madre nos comenta que hace 4 años le realizaron otra RX abdomen con misma imagen. Son estos hallazgos radiológicos los que permiten establecer el diagnóstico de síndrome de Chilaiditi

#### *COMENTARIO.*

La interposición de algún segmento intestinal entre hígado y diafragma se detecta en el 0,025-0,28% de las radiografías realizadas; cuando esta interposición cursa con síntomas tales como dolor abdominal, anorexia, náuseas y distensión abdominal recurrente es lo que se conoce como Síndrome de Chilaiditi.

La anormal distribución de aire característica de esta entidad presente en la imagen radiológica nos puede llevar a realizar este diagnóstico sin necesidad de ninguna otra exploración; por tanto en este caso la radiografía de abdomen si resulta válida y su uso estaría justificado.



## POSTERS

### LLANTO SUBITO. IMPORTANCIA DE LA ANAMNESIS PARA EL DIAGNOSTICO DE SOSPECHA.

1er autor: Galán del Río, M<sup>a</sup> Pilar. Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid

Coautores: Zafra Anta, Miguel. Rodríguez Díaz, Rocío. García -Vao Bel, Carlos. Mohedas Tamayo, Ana. Penela Velez de Guevara, Maria Teresa

119

#### *Fundamentos:*

El llanto puede ser la forma de expresar disconfort por parte del niño, pero también es una forma de comunicación con los padres. Cuanto más pequeño es el paciente más frecuente es que el llanto sea el único dato que se puede recoger en la anamnesis lo que hace difícil llegar a un diagnóstico

#### *Observaciones clínicas:*

Niña de 2 años , que consulta de Urgencias por llanto súbito en el momento del baño. No traumatismo previo. Lo describen como “una rabieta muy intensa”. Nunca episodios similares. No refiere dolor . Cuando llega a Urgencias está tranquila. No toma medicación. Afebril.

Exploración física: T: 36.5 °C Sat. O2: 95 %. Exploración física normal. Se relaciona con los padres con normalidad

Por la intensidad del cuadro se insiste en las circunstancias que rodeaban a la aparición de la clínica. La madre refiere cefalea, y recuerda que recientemente tuvieron cefalea otros miembros de la familia.

Rehistoriando: Tienen caldera de gas para calefacción central y agua caliente; con la sospecha de intoxicación por monóxido de carbono, se realiza cooximetría : CO2Hb 25.8%, O2Hb23%

#### *Comentarios:*

El diagnóstico de la intoxicación accidental por monóxido de carbono en muchas ocasiones es un reto y más en niños pequeños

Hay que tener en mente esta posibilidad diagnóstica ante sintomatología que se presenta en varios miembros de la familia, de ahí la importancia de una anamnesis minuciosa recogiendo los datos tanto positivos como negativos ante un niño que consulta por llanto



## POSTERS

### ESTUDIO DE LAS REACCIONES ANAFILÁCTICAS EN LACTANTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

Arroabarren Aleman , Esozia. Astigarraga Irureta, Uxue. Muñoz Bernal, Jose Angel. Aristimuño Urdampilleta, Henar. Hernandez Dorronsoro, Unai. Landa Maya, Jose Julian  
Sección de Urgencias de Pediatría. Servicio Pediatría. Hospital Donostia. San Sebastian

120

**Objetivos:** Conocer la incidencia, etiología, características clínicas y manejo de las reacciones anafilácticas en lactantes en Urgencias

**Material y métodos:** Estudio descriptivo por revisión de historias clínicas de los pacientes de  $\leq 3$  años diagnosticados de urticaria, alergia inespecífica, angioedema o shock anafiláctico según la CIE-9 en el Servicio de Urgencias, del 01/01/2004 al 15/01/2008. Se seleccionaron los que cumplían los criterios de anafilaxia según la Academia Europea de Alergología (EAACI), analizándose edad, antecedentes, clínica, agente sospechoso y tratamiento.

**Resultados:** Lactantes atendidos que cumplían los criterios de anafilaxia: 30. El 40% tenían  $\leq 18$  meses. La mitad (53%) presentaban antecedente de alergia alimentaria y al 20% no se le conocía antecedente de atopia.

En más de la mitad (57%) supuso un primer diagnóstico de enfermedad alérgica. Los agentes sospechosos identificados más frecuentemente fueron: frutos secos (33%), pescado (16%) y leche (13%). El 23% parecieron debidas a transgresión alimentaria.

La mayoría (97%) refería clínica cutánea y en la mitad angioedema. El aparato respiratorio se veía afectado en la mayoría (70%), oyéndose sibilancias o estridor en el 27%.

Un tercio de los pacientes (30%) no recibieron ningún tratamiento y sólo un 13% fueron tratados con adrenalina intramuscular. Un paciente (3%) requirió ingreso en Cuidados Intensivos y en un paciente se incluyó la adrenalina autoinyectable en las recomendaciones al alta.

**Conclusión:**

- En el 57% supuso un primer diagnóstico de enfermedad alérgica.
- Los frutos secos fueron el agente sospechoso más frecuentemente identificado (33%)
- El 23% de las reacciones anafilácticas estudiadas parecieron debidas a transgresión alimentaria
- El empleo de adrenalina intramuscular no se ajusta a las recomendaciones de la EAACI.



## POSTERS

### FORMAS DE PRESENTACIÓN CLÍNICA DE NEOPLASIAS INFANTILES: ESTUDIO DE 55 CASOS

Losa Frías V, Díaz Conejo R, García Sánchez AM, Velasco Arribas MR, Zamora Gómez M, Crespo Rupérez E.

121

Hospital Virgen de la Salud. Toledo

Objetivos: Describir la presentación clínica y características epidemiológicas de las neoplasias infantiles remitidas desde el Servicio de Urgencias.

Material y métodos: Estudio epidemiológico descriptivo retrospectivo de historias clínicas de pacientes entre 0-14 años, remitidos desde Urgencias y diagnosticados de procesos neoplásicos en el período comprendido entre 1999-2008.

Resultados: Se recogen 87 casos de neoplasias de los cuales son seleccionados 55 remitidos desde Urgencias. Corresponden un 37% a procesos hematológicas (leucemias linfoblásticas 85% y mieloblásticas 15%), un 35% a neoplasias de localización abdominal (linfomas 21%, sarcomas 16%, neuroblastomas 7%, nefroblastomas 3%, disgerminomas 2%), cerebrales (17%), mediastínicas (9 %) y óseas (2%). La edad media al diagnóstico es de 5 años siendo 54% niños y 46% niñas. La clínica más frecuente en neoplasias hematológicas es palidez (95%), fiebre, astenia y anorexia (60%), hepatoesplenomegalia (50%) y adenopatías (40%), encontrando blastos en sangre periférica en un 85%. En el caso de tumores abdominales, masa abdominal (74%), distensión abdominal (68%) y dolor abdominal (63%). En el grupo de tumores cerebrales, vómitos (77%), cefalea y ataxia (56%), y como tumores mediastínicos el hallazgo de masa mediastínica (100%), fiebre y palidez (60%).

Conclusiones:

Síntomas inespecíficos pueden ser la primera manifestación de neoplasias.

La mayor parte de los niños diagnosticados de neoplasias se remiten desde Urgencias.

Fiebre, astenia y anorexia, así como blastos en hemograma, son en nuestra serie la forma más frecuente de presentación de las neoplasias hematológicas.

Masa y distensión abdominal son en nuestra serie la clínica más frecuente de tumores abdominales.



## POSTERS

### FORMAS DE PRESENTACIÓN DE LAS NEOPLASIAS SÓLIDAS NO HEMATOLÓGICAS EN URGENCIAS

del Cañizo Moreira M<sup>1</sup>, Cañete A<sup>2</sup>, Navarro A<sup>1</sup>, Talón S<sup>1</sup>, Aymerich P<sup>1</sup>, Clemente A<sup>1</sup>, Pérez <sup>1</sup>D, Bretón JR<sup>1</sup>.  
Centros: <sup>1</sup>Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Dr. Peset (Valencia); <sup>2</sup>Unidad de Oncología  
Pediátrica, Servicio de Pediatría, Hospital Universitario La Fe (Valencia).

122

**OBJETIVOS:** Revisar la casuística y formas de presentación de las neoplasias sólidas no hematológicas en Urgencias.

**METODOLOGÍA:** Estudio retrospectivo de los niños diagnosticados de tumoración sólida en Urgencias, durante el periodo 2002-2007.

**RESULTADOS:** Se recogieron 16 casos (8 varones y 8 mujeres), con edades entre 2 meses y 8 años. Se distribuyeron en 6 neuroblastomas, 6 tumores del SNC, 2 nefroblastomas, 1 rabdomiosarcoma y 1 tumor ovárico.

La mitad de los neuroblastomas fueron torácicos, y se identificaron tras su hallazgo casual como masa mediastínica al realizar una radiografía de tórax por fiebre. Los abdominales se presentaron en un caso como masa palpable, en otro como hidrocele derecho por el que se realizó una ecografía renal que proporcionó el diagnóstico, y el tercero fue un hallazgo casual en una ecografía renal realizada por proteinuria intermitente. Los tumores de SNC fueron 5 de fosa posterior y 1 medular. Menos el tumor medular todos cursaron con semiología de hipertensión craneal y/o focalidad neurológica. Los nefroblastomas se sospecharon por masa abdominal palpable con síndrome constitucional asociado en uno de ellos. El rabdomiosarcoma de cabeza y cuello debutó como una otitis externa refractaria a tratamiento que evolucionó a parálisis facial y de hipogloso izquierdos. El tumor ovárico se presentó como pubertad precoz en una niña de 12 meses con telarquia, pubarquia y hemorragia vaginal.

**CONCLUSIONES:** En los neuroblastomas el diagnóstico fue fundamentalmente casual al realizar exploraciones complementarias por otros motivos. Los tumores de SNC se presentan como vómitos de repetición asociados a alguna focalidad neurológica.



## POSTERS

### DIAGNÓSTICO DE TUMORES PEDIÁTRICOS EN LA URGENCIA

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

123

**FUNDAMENTO Y OBJETIVOS:** El cáncer es una enfermedad relativamente infrecuente en la infancia y con una alta tasa de curación. A pesar de ello, es la segunda causa de mortalidad infantil tras los accidentes en países desarrollados. El diagnóstico precoz es fundamental para conseguir un mejor pronóstico. Presentamos 3 casos ingresados desde urgencias con sospecha de patología tumoral.

#### **OBSERVACIONES CLÍNICAS:**

Caso 1º: Lactante de 2 meses que consulta por fallo de medro e irritabilidad desde el nacimiento, con vómitos esporádicos. Exploración: afectación moderada del estado general, leve hipertensión generalizada. Fontanela abombada y nistagmo oculógiro. Ecografía transfontanelar: masa hiperecogénica supratentorial. RMN craneal: tumoración predominantemente sólida, supratentorial, de origen hipotalámico o quiasmático. Diagnóstico: Glioma de quiasma óptico.

Caso 2º: Niño de 3 años que reconsulta por anorexia de 3 semanas de evolución, pérdida ponderal y epistaxis. Exploración: decaído; desviación lateral de la mirada del ojo derecho. TAC: tumoración de cavum que invade etmoides, fosas nasales, órbita derecha y crece hacia la base del cráneo. Diagnóstico: Rabdiosarcoma embrionario rinofaríngeo

Caso 3º: Niña de 2 años que consulta por diarrea de 5 meses de evolución, parestesias y calambres musculares en el último mes. Exploración: abdomen distendido. Incapacidad para deambular. Bioquímica: potasio 2,1 mEq/l. Gasometría: acidosis metabólica. ECG: depresión ST, aplanamiento T, onda U prominente. Ecografía abdominal: masa sólida suprarrenal izquierda con calcificaciones en su interior. Orina 24 horas: péptido intestinal vasoactivo (VIP): 246,2 pmol/litro. Diagnóstico: Ganglioneuroblastoma mixto

**COMENTARIOS:** Los signos y síntomas que preceden al diagnóstico del cáncer en el niño pueden ser, en ocasiones, comunes con otros procesos no neoplásicos y aún banales, retrasando el diagnóstico. En relación a los 3 casos anteriores quisiéramos destacar que:

1. La anamnesis detallada y la exploración física exhaustiva son básicas en el diagnóstico diferencial del fallo de medro; los hallazgos neurológicos son infrecuentes y deben hacer sospechar patología severa.
2. Las neoplasias con frecuencia se acompañan de síndrome constitucional.
3. La diarrea asociada a hipopotasemia es muy sugestiva de neuroblastoma.



## POSTERS

### MASAS LATEROCERVICALES EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA: ¿CUÁNDO SOSPECHAR UNA ETIOLOGÍA POCO FRECUENTE?

Marta Castell Miñana, Antonio García García, Lucas Moreno Martín-Retortillo\*, Elena Montesinos Sanchis, Julio Alvarez Pitti.

Sección de Urgencias de Pediatría. Servicio de Pediatría, Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

\*Sección de Oncología Infantil, Hospital Infantil La Fe, Hospital Universitario La Fe de Valencia

124

*Fundamento y objetivos:* La presencia de masas cervicales a nivel del ángulo mandibular constituye un motivo de consulta frecuente en las urgencias de pediatría (UP). En su mayoría se trata de procesos infecciosos o inflamatorios que se resuelven con tratamiento antiinflamatorio y antibiótico. Sin embargo, ante la persistencia de lesiones de carácter progresivo es necesario afinar el diagnóstico con pruebas complementarias y tener en cuenta entidades de tipo malformativo y neoplásico.

*Observaciones clínicas:* Se presentan tres casos de masas cervicales en ángulo mandibular diagnosticados en Urgencias durante el año 2007.

*Caso 1:* Paciente de 10 meses remitido por presencia de masa laterocervical izquierda de 7 días de evolución. Al inicio del proceso refiere pico febril, posteriormente apirético. Visto en UP al comienzo, se pauta tratamiento con amoxicilina-clavulánico y antiinflamatorios orales ante sospecha de adenoflemón, sin realizar exploraciones complementarias. Ante la persistencia de la masa a pesar del tratamiento indicado, consulta de nuevo. En la nueva exploración presenta tumoración de 2x3cm a nivel del ángulo submandibular izquierdo, de consistencia blanda, no adherida a planos profundos, sin signos inflamatorios externos. No presenta otras masas palpables. El diagnóstico mediante ecografía realizada en UP muestra la presencia de una masa quística bien delimitada, con tabicación interna compatible con higroma quístico, por lo se deriva a la sección de cirugía infantil para su seguimiento y tratamiento.

*Caso 2:* Varón de 8 años, consulta por presentar masa en ángulo mandibular izquierdo de 15 días de evolución, dolorosa, que ha aumentado progresivamente de tamaño, llegando a dificultar la apertura bucal y masticación. Afebril desde el inicio. Atendido al inicio del cuadro, se visualizó en ecografía inicial discreto aumento de la glándula parótida y en la analítica, leve hiperamilasemia (79UI/l), por lo que se inició tratamiento con antiinflamatorios y amoxicilina-clavulánico oral, por sospecha de sobreinfección bacteriana de la glándula parótida. La lesión ha empeorado progresivamente persistiendo una masa localizada en el ángulo mandibular izquierdo, que borra el ángulo sub-mandibular, de 4x5cm de tamaño, consistencia dura y dolorosa al tacto, con eritema de piel y adherida a planos profundos. No se palpan adenopatías asociadas. La ecografía muestra masa heterogénea de bordes mal definidos, hipervascularizada, no relacionada con la glándula parótida izquierda y la radiografía una lesión osteolítica en el mismo nivel. Las serologías infecciosas fueron negativas para EBV, CMV, Parvovirus y virus de Parotiditis. Ante la sospecha de proceso maligno, se completa diagnóstico con TAC, que confirma la presencia de una masa que condiciona destrucción del hueso mandibular (ángulo y rama ascendente), con zonas en su interior de necrosis-quísticas. La PAAF muestra presencia de células de Langerhans, que confirma el diagnóstico de Histiocitosis de células de Langerhans. Se remite a Unidad de Oncología infantil del Hospital La Fe para tratamiento.

*Caso 3:* Varón de 10 años de edad, consulta por presentar una masa de localización submandibular de 2 meses de evolución. Ingresado a los 15 días del inicio del cuadro, asoció fiebre, por lo que se realizó ecografía, que mostró presencia de adenopatía abscesificada, y se mantuvo tratamiento con amoxicilina-clavulánico, claritromicina y antiinflamatorios orales durante un mes. Las serologías infecciosas para EBV, CMV, Toxoplasma y el Mantoux fueron negativas. La lesión persiste, por lo que se realiza PAAF, informada como presencia de células descamativas con sospecha de quiste braquial. Dos meses después, persiste una masa de 8x6 cm de tamaño, localización laterocervical izquierda, de consistencia dura, fija a planos profundos, no dolorosa y no fluctuante. La ecografía muestra una tumoración sólida, con zonas hiperecogénicas sugestivas de calcificación. El paciente es remitido a Cirugía infantil para extirpación, quedando pendiente confirmación del diagnóstico por anatomía patológica.

*Comentarios:* Ante la presencia de una masa a nivel laterocervical es importante realizar una correcta anamnesis y una minuciosa exploración clínica. Si bien la mayoría son procesos inflamatorios o infecciosos benignos, se han de tener en cuenta diagnósticos menos frecuentes, como los de origen congénito y neoplásico, cuando la evolución es progresiva y no hay respuesta al tratamiento. Pruebas de imagen disponibles en UP, como la ecografía y radiografía, nos permitieron orientar el diagnóstico inicial. El estudio con PAAF y TAC es necesario en ocasiones para confirmar la sospecha diagnóstica. Se deben derivar a unidades específicas para completar tratamiento y seguimiento de estos pacientes.



## POSTERS

### SÍNDROME MIELOPROLIFERATIVO SIMULANDO SEPSIS NEONATAL TARDÍA EN SERVICIO DE URGENCIAS.

J.M. Gil-Vázquez\*, J. Quilis, F. Romera\*, A. Martínez, E. Hachem, J. Pallarés, M.J. López, E. Barrera. Hospital de Terrassa. \* ICS. CAP Lepant, CAP Nord. Sabadell. Barcelona.

125

*Fundamento y objetivos.* El síndrome mieloproliferativo transitorio es una entidad clínica, clásicamente asociada a pacientes afectos de síndrome de Down. Posteriormente, ha sido descrita en recién nacidos fenotípicamente normales, aunque algunos de ellos presentaban diferentes tipos de mosaicismos de trisomía 21 y también en pacientes diagnosticados de síndrome de Noonan. La evolución natural es hacia la resolución en semanas o meses, aunque un 25-30% de los casos pueden acabar desarrollando una leucemia aguda durante los 3 primeros años de vida.

*Observaciones clínicas.* Se comunica un neonato de 12 días de vida que acudió a urgencias de nuestro hospital por un cuadro de rechazo de la alimentación, febrícula y dificultad respiratoria de 48 horas de evolución. A la exploración destacaba neonato con rasgos dismórficos, tono muscular bajo y ligero distress respiratorio. Se realizaron exploraciones complementarias donde destacaban 39.180 leucocitos (47 neutrófilos, 23 linfocitos, 23 monocitos) y se cursaron cultivos sanguíneos y de líquido cefalorraquídeo. Dada la clínica de hipoactividad, distress respiratorio y la presencia de leucocitosis se sospechó sepsis neonatal tardía, ingresando con tratamiento antibiótico. A los 7 días, ante la negatividad de los cultivos y la persistencia de la leucocitosis se decidió estudio genético (mutación en exón 3 del gen PTPN1) y hematológico (electroforesis de hemoglobina, aspirado de médula ósea y citometría de flujo) que llevaron al diagnóstico de síndrome mieloproliferativo en paciente afecto de síndrome de Noonan.

*Comentarios.* Destacamos que ante un cuadro de leucocitosis en el periodo neonatal, especialmente en pacientes con rasgos dismórficos, el síndrome mieloproliferativo es una entidad a considerar en el diagnóstico diferencial de las infecciones bacterianas perinatales.



## POSTERS

### **METAHEMOGLOBINEMIA ADQUIRIDA EN NUESTRO MEDIO: REVISIÓN DE LA CASUÍSTICA EN 5 AÑOS**

Giménez López, Virginia. Beltrán García, Sara; Sancho Gracia, Elena; Clavero Montañés, Nuria; Zanduetta Pascual, Laura; García Jiménez, Inmaculada.

Servicio de Urgencias de Pediatría, Hospital Materno-Infantil Miguel Servet, Zaragoza.

126

#### **INTRODUCCIÓN**

La metahemoglobinemia se produce por la excesiva conversión de hemoglobina a metahemoglobina, la cual es incapaz de unirse al oxígeno y transportarlo. Puede ser congénita o adquirida, cuando los hematíes son expuestos a sustancias químicas oxidantes.

#### **OBJETIVOS:**

Revisión de la casuística de metahemoglobinemia y evaluación de nuestra actuación.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Estudio descriptivo-retrospectivo de los casos con diagnóstico de metahemoglobinemia recogidos de los informes de asistencia en Urgencias y de alta de las plantas entre enero de 2003 y diciembre de 2007.

#### **RESULTADOS:**

De un total de 10 casos, un 80% son menores de 1 año, predominando en las mujeres (70%). 9 de ellos se produjeron por verduras mal conservadas, destacando la borraja seguida de zanahoria y patata, 1 caso ocurrió tras aplicación tópica de crema EMLA. La mayoría no precisaron tratamiento con azul de metileno por encontrarse los niveles de metahemoglobinemia por debajo del 30%.

#### **CONCLUSIONES:**

La metahemoglobinemia es una causa rara de cianosis en la infancia que debe sospecharse en aquellos pacientes que no responden a oxigenoterapia.

La medición de la saturación de oxígeno por pulsioximetría no resulta fiable.

Generalmente cede espontáneamente o tras aplicación del antídoto específico (azul de metileno), pero niveles elevados de metahemoglobina pueden ser letales.

En nuestro medio la causa más frecuente es la ingesta de verduras en mal estado de conservación.

La crema EMLA 5% tiene efectos adversos mínimos aunque existe un potencial riesgo de metahemoglobinemia si no se dosifica adecuadamente.



## POSTERS

### NEUTROPENIA EN LA INFANCIA: DISTINTAS ETIOLOGÍAS

M<sup>ª</sup> Dolores Martín Pelegrina; La Orden Izquierdo, Enrique; Prados Álvarez, María; Cuadrado Pérez, Irene; Zeballos Serrato, Gonzalo; Gutiérrez Díez, María Pilar; Ramos Amador, José Tomás.  
Servicio de Pediatría. Hospital universitario de Getafe, Madrid.

127

Objetivos: Presentar tres casos de neutropenia objetivados en urgencias de pediatría, con etiología y pronóstico muy distinto

Caso clínico 1: Varón de 15 años acude a urgencias por epistaxis incontrolada, astenia y anorexia, estando afebril en todo momento. *Exploración*: adenopatía inguinal derecha de 1 cm y latero cervical izquierda 1,5cm. Púrpura generalizada, hematoma (antecedente traumático), palidez de piel y mucosas. Cuidado oral: no se observa muget, ni aftas. Resto normal por aparatos. *Antecedentes personales*: sin interés. *Pruebas complementarias*: Hemograma: leucocitos 1100 de los cuales 117 segmentados y plaquetas 6000. Coagulación normal. En frotis de sangre periférica se observan frecuentes linfocitos reactivos. Se realiza bioquímica, factor reumatoide, inmunoglobulinas complemento, ANA cANCA, pANCA, sedimento y sistemático de orina, coombs directo, TSH siendo normales. En aspirado de médula ósea se observan citopenias periféricas con stock madurativo al menos parcial en serie granulocítica. Serologías positivas: IgM e IgG VCA de EBV, IgG EA de EBV, anticuerpos de EBNA EBV, IgG e IgM herpes humano 6; confirmándose perfil por infección por virus de Epstein Barr y herpesvirus tipo 6. Anticuerpos IgG contra neutrófilos. Por lo que se diagnostica de bicitopenia: neutropenia autoinmune y trombocitopenia posterior a infección por virus Epstein Barr y herpes 6; recibe tratamiento con transfusión de plaquetas, factor estimulante de colonias granulocíticas. Al alta, tras 8 días de ingreso, obtiene unos valores de neutrófilos 27000 y plaquetas 285000

Caso clínico 2: Niña de 8 meses, traída a urgencias, por síndrome febril de 9 días de evolución (máximo 39,5º), se acompaña de síntomas catarrales y deposiciones de consistencia líquida. *Exploración física*: T<sup>ª</sup> 38ºAP: subcrepitantes diseminados. ORL: faringe: hiperémica. Resto de la exploración normal. *Antecedentes personales*: ingresada en periodo neonatal por rotura prematura de membranas y fiebre materna intraparto. Diagnosticada de alergia a las proteínas de leche de vaca a los 2 meses. *Pruebas complementarias*: Hemograma: 9000 leucocitos con 270 segmentados; Radiografía de tórax, serologías CMV, VEB, toxoplasma, Mycoplasma Pneumoniae, Clamidia Pneumoniae, parvovirus B19; Mantoux; siendo todo normal. Recibe tratamiento sintomático y al alta neutrófilos totales 648. Tras varios controles en urgencias y persistir neutropenia se amplían serologías a Brucella, Coxiella VIH; se realiza aspirado de médula ósea, Anticuerpo contra neutrófilo, siendo todas las pruebas negativas. Se realizan dos hemogramas por semana durante un mes no observándose oscilaciones en el valor de los neutrófilos, por lo que es diagnosticada de neutropenia benigna de la infancia.

Caso clínico 3: Niño de 7 años acude por fiebre de 5 días de evolución y tos. *Antecedentes personales*: RNAT. Eutócico. APGAR 7/8. REA 0. Periodo neonatal: ectasia piélica bilateral. Aftas orales, infecciones respiratorias de vías altas y otitis medias agudas de repetición. *Antecedentes familiares*: sin interés. *Pruebas complementarias*: se realiza radiografía de tórax observándose una neumonía en lóbulo inferior izquierdo y hemograma con recuento total de neutrófilos 800. Recibe tratamiento antibiótico y es dado de alta con un total de 1150 neutrófilos. Posteriormente acude a urgencias en varias ocasiones por aftas orales y catarros de vías altas cada 15- 20 días, coincidiendo con neutropenia, por lo que se decide estudio, diagnosticándose de neutropenia cíclica.

Conclusiones: La causa más frecuente de neutropenia aguda en la infancia observada en la urgencia es la infección viral, pero es importante no olvidar que existen entidades más graves que causan este déficit. Debemos de realizar un historia clínica detallada teniendo en cuenta la edad, la frecuencia y gravedad de las infecciones. Un examen físico exhaustivo. Sabiendo que la gravedad y la duración de la neutropenia determinan el nivel de evaluación del laboratorio.



## POSTERS

### **VALORACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DEL ACTUAL PROTOCOLO DE PÚRPURA DE SCHÖNLEIN - HENoch: ¿HEMOS MEJORADO?**

Ruiz del Olmo Izuzquiza, Ignacio; Zanduetta Pacual, Laura; Campos Bernal, Alba; Armendáriz Cuevas, Yolanda; De Arriba Muñoz, Antonio; Campos Calleja, Carmen.

Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza.

128

#### **INTRODUCCIÓN**

La púrpura de Schönlein – Henoch (PSH) es la vasculitis más frecuente en la infancia. En nuestro hospital se está trabajando en un “Plan de Mejora de Urgencias Pediátricas, por lo que en Abril de 2007 presentamos en nuestro servicio la revisión de los casos de PSH del año 2006. En ella evaluamos el cumplimiento de los Indicadores de Calidad y una actualización de las pautas diagnósticas y terapéuticas según la revisión bibliográfica y últimas evidencias científicas.

#### **OBJETIVO**

Valorar el grado de cumplimiento del protocolo a través de la medición de los Indicadores de Calidad del mismo y cuantificar las diferencias respecto a la anterior evaluación.

#### **MATERIAL Y MÉTODO**

Revisión retrospectiva de los informes de urgencias con diagnóstico de PSH de los últimos 10 meses. Las variables recogidas son: constancia en la hoja de registro de Urgencias de tensión arterial, tira reactiva de orina, hemograma, coagulación y control en Consultas. Se han recogido además: indicaciones de tratamiento al alta (reposo, antiinflamatorios) y motivos de ingreso en planta (clínica digestiva, artritis o artralgias intensas, hematuria y/o proteinuria, síntomas neurológicos, afectación testicular).

#### **RESULTADOS PRELIMINARES**

Se han recogido 20 casos, de los cuales 6 (30%) ingresaron en planta. La tensión arterial consta en 85%, tira de orina y coagulación en 90%, hemograma en 95% y remitir a consultas en 85’7% de los casos.

#### **COMENTARIOS**

Según los datos obtenidos hemos mejorado considerablemente en el cumplimiento de los Indicadores de Calidad, lo que nos ha permitido disminuir la variabilidad en el manejo de nuestros pacientes.



## POSTERS

### REVISIÓN Y ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE PÚRPURA DE SCHÖNLEIN-HENOCH

Zanduet Pascual, Laura; Ruiz del Olmo Izuzquiza, Ignacio; Romero Gil, Ruth; Royo Perez, Delia; Clavero Montañés, Nuria; García Jimenez, M<sup>a</sup>Concepción.

Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza

129

#### INTRODUCCIÓN:

La púrpura de Schönlein-Henoch es la vasculitis más frecuente en la infancia por lo que es un motivo frecuente de consulta en las Urgencias de pediatría.

En nuestro hospital se está trabajando en un plan de mejora de urgencias pediátricas, uno de cuyos objetivos es la protocolización y evaluación permanente de la actuación en Urgencias.

#### OBJETIVO:

Presentamos la revisión de los casos de púrpura de Schönlein-Henoch registrados en el 2006. Se ha evaluado el cumplimiento de los indicadores de calidad y se ha llevado a cabo una actualización de las pautas diagnósticas y terapéuticas según la revisión bibliográfica y últimas evidencias científicas.

#### MATERIAL Y MÉTODOS:

Se han seleccionado un total de 41 casos considerando el diagnóstico de púrpura de Schönlein-Henoch en la hoja de asistencia de Urgencias e informes de alta de la planta.

#### RESULTADOS:

En el 2006 se atendieron en Urgencias un total de 58.887 pacientes de los cuales el 0,07% fueron diagnosticados de Púrpura de Schönlein-Henoch. Los indicadores de calidad se han cumplido en los siguientes porcentajes: constancia de tensión arterial (TA) 82,35%, realización de tira reactiva de orina 76%, hemograma 94,12% y coagulación 88,24%.

#### CONCLUSIONES:

El grado de cumplimiento es satisfactorio, aunque debemos insistir en el registro de la toma de TA y la importancia de realización de tira reactiva de orina para conseguir una detección precoz de la afectación renal que marca el pronóstico de la enfermedad.



## POSTERS

### **PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA IDIOPÁTICA DIAGNOSTICADA EN LA URGENCIA PEDIÁTRICA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE GETAFE.**

Prados Alvarez María, La Orden Izquierdo, Enrique; Martín peregrina María Dolores; Vila Calvo, Ana; Gutierrez Diaz, Pilar Ramos Amador, Jose Tomás  
Servicio Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario de Getafe. Madrid

**Introducción:** La púrpura trombocitopénica idiopática (PTI) es la enfermedad hematológica autoinmune más frecuente en la infancia, con una incidencia anual de 2,5-5/100 000 niños. Según el tiempo de evolución se clasifica en aguda (menos de 6 meses de evolución) y crónica (más de 6 meses).

La trombopenia se debe a la existencia de anticuerpos antiplaquetarios que ocasionan su destrucción en el bazo. Clínicamente se traduce en manifestaciones cutáneas: petequias, púrpura, equimosis y sangrado activo que en ocasiones puede comprometer la vida del paciente.

Las opciones terapéuticas más utilizadas: corticoides i.v., inmunoglobulinas (Ig iv) y esplenectomía, en los casos en los que no hay respuesta

**Objetivo:** Realizar un análisis descriptivo de los pacientes con PTI del área 10 de Madrid diagnosticadas en el Servicio de Urgencias entre los años 1992 y 2007.

**Resultados:** De los 24 pacientes analizados no hubo diferencias de sexo, la edad cronológica media es de 4,4 años. En el 75% de los casos se tratan de episodios agudos. La cifra media de plaquetas al inicio del cuadro es de 7 000.

Existe una asociación estacional ya que el 80% se dan en invierno y primavera, existiendo antecedente infeccioso en el 70%.

Aunque el debut clínico en la mayoría de las ocasiones consiste en manifestaciones cutáneas (petequias, hematomas o púrpura) y en el 25% de los casos presenta clínica de sangrado activo.

El tratamiento empleado fue Ig iv, asociado a corticoides en 7 pacientes. En el 4% fue necesaria la transfusión de concentrado de plaquetas debido a sangrado activo.

#### **Conclusiones:**

La PTI es la enfermedad hematológica autoinmune más frecuente en la infancia.

En nuestra muestra el predominio estacional es en invierno e inicios de la primavera y no en primavera-verano como se describe en la literatura.

La PTI puede debutar con sangrado activo, que en ocasiones compromete la vida del paciente precisando de un manejo urgente que eleve la cifra plaquetaria para mantener la homeostasis.



## POSTERS

### PROTOCOLIZACION DE PAUTA DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LA PURPURA TROMBOCITOPENICA AUTOINMUNE EN URGENCIAS

Perales Martínez, José Ignacio; Pomar Ladaria, Irene Begoña; Montejo Gañán, Inmaculada; Mateo Ferrando, Ana María; Campos Calleja, Carmen; García Jiménez, M<sup>a</sup> Concepción.  
Servicio de Urgencias de Pediatría, Hospital Materno-Infantil Miguel Servet

131

#### *Objetivo*

Actualizar el protocolo de actuación en urgencias de Pediatría ante sospecha de Púrpura Trombocitopénica Autoinmune (PTI) basándonos fundamentalmente en la presencia o no de sangrado mucoso y la cifra de plaquetas en sangre periférica. A su vez seleccionar indicadores de calidad para posteriores evaluaciones.

#### *Material y métodos*

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en bases de datos secundarias y primarias en los últimos 3 años (2004-2007). Se han revisado los informes de urgencias de pacientes con el diagnóstico de púrpura trombopénica en nuestro hospital entre Enero 2005 y Octubre 2007 recogiendo datos epidemiológicos, de destino, diagnósticos y terapéuticos.

#### *Resultados*

Se han recogido 20 casos de PTI con edades comprendidas entre 13 meses y 7 años; el 85% eran varones y el 15% eran mujeres. El 75% ingresó; el 100% recibió tratamiento con Inmunoglobulina Intravenosa (IgIV) en 1 ó 2 dosis y únicamente un caso recibió corticoesteroides.

#### *Conclusiones*

De acuerdo con la literatura se utiliza el tratamiento con IgIV, reservándose el uso de corticoides para los casos refractarios. Gracias al nuevo protocolo hemos evitado un cierto número de ingresos, en función de su cifra de plaquetas. Hemos introducido una serie de indicadores de calidad, tales como antecedentes de infección/vacunación, presencia de sangrado mucoso y Combur, extensión de sangre periférica e instauración de tratamiento con IgIV cuando es debido.



## POSTERS

### **SÍNDROME FEBRIL Y DREPANOCITOSIS HOMOCIGOTA: PREVALENCIA Y MANEJO EN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS (SUP)**

Adrián J, Huerta J, Martínez C, Cela E, Pescador I, Guerrero M

Sección de Urgencias Pediátricas Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

132

#### Introducción y objetivos:

Debido al aumento de inmigración la drepanocitosis es cada vez más prevalente en nuestro medio. El síndrome febril es cuadro frecuente en estos niños. El objetivo del estudio fue conocer la prevalencia y las características de los episodios febriles de esta población.

#### Material y métodos:

Estudio retrospectivo desde Junio 2003 hasta Enero 2008 en pacientes diagnosticados de drepanocitosis que acuden al SUP con síndrome febril. Se revisaron datos de filiación, antecedentes personales, tratamiento con hidroxiurea, profilaxis con penicilina, vacunación, pruebas complementarias, ingresos y diagnóstico final.

#### Resultados:

Se registraron 59 episodios en un total de 20 pacientes (88.1% varones). El 91.5% recibían profilaxis (penicilina); el 30% tratamiento (hidroxiurea). El 93.2% estaban bien vacunados. Un 55% no presentaba antecedentes de interés, 3 tuvieron crisis vasooclusivas, 2 síndrome torácico agudo (STA). Como síntomas asociados destacaban los respiratorios (40.7%); un 28.8% estaba asintomático. El 91.4% presentaba buen estado general. Pruebas complementarias: hemocultivos (83.1%), sedimento (59.3%), urocultivo (61%), radiografía de tórax (57.5%) y 1 punción lumbar. El diagnóstico principal en SUP fue síndrome febril (64.3%). Un 67.8% de los pacientes fueron ingresados. Se instauró antibiótico en el 76.3% de los casos. Los diagnósticos finales fueron: síndrome febril (57.1%), neumonía/STA (11.5%), infección de vías altas (11.4%), 1 bacteriemia, 1 infección urinaria, 1 caso de paludismo y otros (8.6%).

#### Discusión:

El síndrome febril es un motivo de consulta frecuente en estos pacientes.

La enfermedad bacteriana severa es excepcional en niños bien vacunados y con profilaxis.

Se debe individualizar el uso de pruebas complementarias y hospitalización.



## POSTERS

### REVISIÓN DE UNA MUESTRA CAUSÍSTICA DE NIÑOS AFECTOS CON DREPANOCITOSIS

Royo Pérez, Delia. Romera Santa Bárbara, Beatriz, Sancho Gracia, Elena, García Jimenez, Inmaculada, Campos Calleja, Carmen, Giménez López, Virginia, Clavero Montañes, Nuria.  
Servicio de Urgencias. Hospital Materno-Infantil Miguel Servet, Zaragoza.

133

*Introducción:* La drepanocitosis es una enfermedad hereditaria que se transmite de forma autosómica dominante y afecta con más frecuencia a la raza negra. Su clínica se caracteriza por anemia y crisis de dolor óseo o articular. El tratamiento se basa en hiperhidratación y una analgesia adecuada.

*Objetivos:* Entre los niños afectados de drepanocitosis que acuden por una complicación aguda a urgencias determinar el número de visitas a este servicio y el motivo de consulta más frecuente, si precisaron ingreso, así como el tiempo de estancia, si necesitaron analgesia, hidratación intravenosa o transfusiones.

*Material y métodos:* Estudio descriptivo retrospectivo obtenido mediante la revisión de historias clínica y los registros de urgencias de los niños afectados de anemia de células falciformes que son controlados en el hospital Infantil Miguel Servet de Zaragoza durante el período de enero de 2005 a enero de 2008.

*Resultados:* Se recogieron 84 consultas en urgencias de niños afectados de anemia drepanocítica que consultaron por sintomatología aguda, de las que ingresaron un 36,9% de pacientes. El principal motivo de ingreso en el hospital fue por dolor vaso-oclusivo. La mayor parte de los pacientes que consultaron precisaron hidratación intravenosa y analgesia con paracetamol o ketorolaco cediendo el dolor con ello.

*Conclusiones:* La anemia drepanocítica es cada vez más frecuente en nuestro país debido a la inmigración, a su vez tiene complicaciones graves que debemos conocer y evitar con una profilaxis y un tratamiento adecuados. En la mayor parte de los casos de nuestro hospital el dolor cede con analgesia de primera línea, a pesar de la mayoría de las pautas de actuación que recomiendan cloruro mórfico.



## POSTERS

### ACTUALIZACIÓN DEL PROTOCOLO DE ANEMIA DREPANOCÍTICA

Royo Pérez, Delia. Romera Santa Bárbara, Beatriz, Sancho Gracia, Elena, García Jimenez, Inmaculada, Campos Calleja, Carmen, Giménez López, Virginia, Clavero Montañes, Nuria.  
Servicio de Urgencias. Hospital Materno-Infantil Miguel Servet, Zaragoza.

134

*Introducción:* En nuestro hospital se trabaja en un plan de mejora de urgencias pediátricas, uno de cuyos objetivos es la protocolización y evaluación permanente de las urgencias más prevalentes. La anemia de células falciformes es una hemoglobinopatía que se hereda de forma autonómica dominante que cada vez es más frecuente en nuestro medio

*Pacientes y métodos:* Se revisaron los registros de urgencias e historias clínicas de los niños afectos de drepanocitosis que consultaron por sintomatología aguda de enero de 2005 a septiembre de 2007, así como la realización de una búsqueda bibliográfica en bases de datos de medicina basada en la evidencia, estableciéndose los indicadores de calidad para evaluar el futuro cumplimiento del protocolo.

*Resultados:* Se recogieron un total de 83 consultas de pacientes afectos de anemia de células falciformes con edades comprendidas entre 0 y 15 años, siendo el motivo de consulta más frecuente el dolor vaso-oclusivo y en segundo lugar fiebre. El número de ingresos fue de un 37,3% de las consultas realizadas.

*Comentarios:* Se han pretendido evaluar las principales complicaciones agudas de la anemia drepanocítica y su manejo diagnóstico y terapéutico, siendo una parte importante del mismo la hidratación y analgesia adecuadas. La protocolización es un aspecto importante y la evaluación nos ha introducido en el ciclo de aprendizaje y mejora constituyendo un método de primer orden en la formación continuada de la plantilla pediátrica.



## POSTERS

### MANEJO EN URGENCIAS DE LAS CRISIS VASOCLUSIVAS EN PACIENTES AFECTOS DE ANEMIA DE CÉLULAS FALCIFORMES

Salas Ballestin, Alberto. Gil Sánchez, José Antonio. Yagüe Torcal, Francisca. Salinas Sanz, José Antonio. Ferrés i Serrat, Francesc.

135

Unidad de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitari Son Dureta. Palma de Mallorca.

**INTRODUCCIÓN:** La anemia de células falciformes o drepanocitosis, es una enfermedad emergente en nuestro medio, como consecuencia de las recientes corrientes migratorias. Las complicaciones de la enfermedad son variadas, siendo las más frecuentes las crisis vasooclusivas.

**OBJETIVOS:** 1- Conocer la incidencia en nuestro hospital de pacientes pediátricos afectos de drepanocitosis. 2- Conocer la forma de presentación clínica de las crisis vasooclusivas en urgencias y los síntomas asociados. 3- Revisar la conducta terapéutica aplicada en urgencias. 4- Conocer otras complicaciones asociadas a la drepanocitosis.

**METODOLOGÍA:** Revisión retrospectiva de las historias de los niños ingresados en nuestro hospital con diagnóstico de anemia de células falciformes, desde el 1 de enero de 2002 al 31 de diciembre de 2007.

**RESULTADOS:** Se han identificado un total de 20 crisis vasooclusivas, en 6 pacientes diagnosticados de drepanocitosis (0.55/paciente /año). Manifestaciones clínicas: dolor en el 100% de las crisis, signos inflamatorios del miembro afecto (calor + tumefacción) en 5 (25%) y fiebre en 4 (20%). La conducta terapéutica seguida fue: hiperhidratación intravenosa (IV) + analgesia IV en 18 (90%) ocasiones, siendo el metamizol el fármaco más utilizado (en 14 crisis, 70%), seguido del paracetamol (en 2, 10%) y ketorolaco (en 2, 10%). En ningún caso se utilizó el cloruro mórfico. En 5 ocasiones (25%) se administró antibioterapia IV (4 por existencia de fiebre y 1 por sospecha osteomielitis). La tasa de ingresos hospitalarios fue de 18/20 (90%). 2 casos presentaron crisis leves que se trataron de forma ambulatoria con ingesta abundante de líquidos y paracetamol-codeína por vía oral. Otras complicaciones asociadas a la drepanocitosis fueron: síndrome torácico agudo (2), neumonía (2), osteomielitis (2), artritis séptica (1) y abscesos cutáneos (1).

**COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:** 1- El registro de la Sociedad Española de Hematología Pediátrica confirma un incremento significativo de drepanocitosis en los últimos 5 años, lo que debería obligar a las unidades de urgencias a elaborar protocolos de actuación ante la drepanocitosis teniendo en cuenta las variadas manifestaciones clínicas de la enfermedad. 2- Ante clínica de dolor agudo con o sin signos inflamatorios, en paciente afecto de anemia de células falciformes, deberemos sospechar siempre una crisis vasooclusiva con o sin osteomielitis asociada (puede ser difícil la diferenciación entre ambas entidades). 3- El tratamiento de elección de la crisis vasooclusiva es la hiperhidratación IV (1.5 veces las necesidades basales) y una analgesia enérgica (la suficiente para que ceda el dolor, utilizando como 2ª elección el cloruro mórfico si la situación lo requiere). 4- No se deben obviar otras complicaciones de la enfermedad, como el síndrome torácico agudo (que generalmente precisa ingreso en UCI) o la susceptibilidad aumentada que tienen estos pacientes a padecer infecciones bacterianas graves, por lo cual, ante la existencia de fiebre o aumento de reactantes de fase aguda está indicada una cobertura antibiótica de amplio espectro (los gérmenes más frecuentemente implicados son: salmonella, estafilococo aureus y neumococo).



## POSTERS

### **INICIO EN URGENCIAS DEL TRATAMIENTO MEDICO DEL NIÑO PENDIENTE DE HOSPITALIZACION. REGISTRO INFORMATICO.**

Primer autor: Manzanares Gómez, Verónica. Servicio de Urgencias pediátricas. Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid.

136

Coautores: Colino Romay, Elda. Campo Ortega, Noemí .De la Peña Garrido, Agustín. Torres Núñez, Francisco Javier. Rodríguez Díaz, Rocío.

#### **OBJETIVOS:**

Agilizar el inicio en la administración del tratamiento de hospitalización prescrito en Urgencias  
Evitar riesgos y complicaciones con el inicio precoz del tratamiento.  
Mostrar la secuencia de actuación desde que se confirma la prescripción médica en el formato de Historia Clínica de Selene.

#### **MATERIAL Y MÉTODOS:**

Desde la apertura del servicio de Urgencias Pediátricas en 2004, todo niño que tenga tratamiento médico prescrito para la Unidad de Hospitalización, se procede a su edición, administración y confirmación en el Sistema informatizado de Selene.

#### **RESULTADOS:**

El paciente pediátrico que permanece en la observación en espera de asignación de cama, se le inicia en tratamiento médico pautado para la Unidad de hospitalización de la forma más precoz posible.

#### **CONCLUSIONES:**

Intervención protocolizada de enfermería ante el paciente ingresado en la observación.  
Autonomía de enfermería para valorar y comenzar la administración del tratamiento prescrito.  
Desaparece el posible error de interpretación o transcripción de letra (dosis, fármaco...)  
Registro informático del tratamiento administrado.



## POSTERS

### **FRECUENTACION DE URGENCIAS PEDIATRICAS HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA 2007.**

PRIMER AUTOR: David González Bravo. Servicio Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid.

137

COAUTORES: González Bravo, David. De La Peña Garrido, Agustín. Marín Martínez, Juana. Rubio González, Luis Manuel. Migueles Guerrero, Carmen. Sebastián Viana, Tomás.

OBJETIVOS: Estudio de frecuentación de urgencias pediátricas de un hospital durante el año 2007, valorando número de asistencias, edad, motivos de consulta más frecuentes, sexo y destino final del paciente.

MATERIAL Y MÉTODOS: En el año 2007 se registraron 36112 asistencias en urgencias pediátricas. Se ha tomado como muestra el año en su totalidad. Mediante estudio analítico de la muestra se han extraído los pacientes que acudieron 2 o más veces a urgencias y de ellos se ha analizado el número de asistencias, edad, motivos de consulta, sexo y destino del paciente.

RESULTADOS: Las 36112 asistencias corresponden a 16889 pacientes, de los cuales el 46% acudieron en dos o más ocasiones, y de estos últimos el 11% fueron asistidos en más de 5 ocasiones.

En la variable edad el 55% de los frequentadores se encuentran entre 1 y 5 años.

El motivo de consulta más frecuente es fiebre, presente en al menos una ocasión en el 72% de los frequentadores.

Respecto al sexo el dato no es representativo.

El destino final de la asistencia es el domicilio en el 99% de los casos.

#### CONCLUSIONES:

- La gran mayoría de las asistencias tiene como resultado el alta siendo secundarias a procesos no graves que podrían ser resueltos desde atención primaria.
- La accesibilidad de los servicios de urgencias de atención especializada actuales puede favorecer en el aumento del número de frequentadores.
- Se debe incidir en la concienciación social para conseguir un uso racional del servicio de urgencias en atención especializada.



## POSTERS

### ALTAS VOLUNTARIAS. ANÁLISIS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS

Vanesa Luengo Herrero. Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid

138

Adrián Gutiérrez, Javier. Berroya Gómez, Ana. Sopeña Corvinos, Julia. Miranda Herrero, Maria Concepción. Míguez Navarro, Concepción

#### *Introducción:*

El alta voluntaria (AV) supone un motivo de conflicto entre el personal sanitario que intenta proporcionar una óptima asistencia y los pacientes.

*Objetivos:* Describir las características de los pacientes que se van de AV de urgencias de un hospital terciario.

#### *Material y métodos:*

Estudio descriptivo retrospectivo de las AV de Urgencias entre Junio-07 a Enero-08. Variables recogidas: edad, tiempo estancia, acompañante, prioridad, informe de alta, causa del AV, encuesta telefónica a las 72 h, necesidad de ingreso.

*Resultados:* Se recogieron 13 pacientes (0,03% de los niños que acuden a urgencias). La media de edad fue 22.6 meses (3 días-15 años). Un 61.5% acudieron por la mañana. El 85% ocurrió en día laborable. La media de estancia en Urgencias fue de 133 minutos. La distribución por prioridades fue: 30.5% prioridad 2, el 46% prioridad 3 y el 23% prioridad 4. El 92.3% se fueron con informe de alta. Los diagnósticos más frecuentes fueron: Ictericia neonatal (23%), fiebre sin foco (15.4%), no patología objetivable (9%). La causa más frecuente del AV fue la negativa a realizar pruebas complementarias (36,3%), tiempo de espera prolongado(23%) y negativa a ingresar (23%). El 46 % no acudió a ningún centro sanitario en las siguientes 72 horas. De los pacientes que acudieron a otro centro, el 33.3% ingresó en las 72 horas siguientes.

#### *Discusión*

Escaso número de AV en pediatría (0,03% frente a 0,13% en adultos).

Casi la totalidad se van con informe de alta (como indica la ley).

Un 1/3 de los pacientes necesitó ingreso.



## POSTERS

### **EVALUACIÓN, A TRAVÉS DEL BUZÓN DE SUGERENCIAS, DE LA CALIDAD ASISTENCIAL PERCIBIDA POR LOS PADRES DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS.**

Marta Castell Miñana, Antonio García García, Jana Hermannova, Elena Montesinos Sanchis, Julio Alvarez Pitti.  
Sección de Urgencias pediátricas, Servicio de Pediatría, Hospital General Universitario de Valencia.

139

*Objetivos:* El objetivo del presente trabajo es analizar la utilidad de un buzón de sugerencias, junto con una encuesta diseñada por pediatras, para valorar el grado de satisfacción de los familiares de nuestros pacientes sobre la atención recibida en el Servicio de Urgencias de Pediatría (UP).

*Material y Métodos:* Para ello se diseña una encuesta de satisfacción (ES) con ítems sobre capacitación y trato del profesional, tiempo de espera e información recibida durante la visita a Urgencias. Así mismo se analizan motivos de consulta, tipo de procedimientos realizados, diagnóstico e información recibida previa al alta y un apartado de sugerencias. Las ES son de carácter anónimo, están a libre disposición de los familiares de los pacientes en la sala de espera del servicio de urgencias pediátricas existiendo un Buzón de Sugerencias donde se pueden depositar. Se recogen datos durante los meses de enero a septiembre de 2007.

*Resultados:* Durante el periodo de estudio se realizaron 13121 atenciones y se recogieron 55 ES, obteniéndose respuesta para cada uno de los ítems en un 60-70%. Esto significa que se cumplimenta sólo en 1 de cada 240 atenciones en UP. Respecto a los datos generales de los encuestados, la edad media de los pacientes atendidos en UP es de 33 meses (intervalo 0-144 meses), siendo el 100% de nacionalidad española. Únicamente acuden remitidos por su pediatra 37% de los encuestados. El 59% de los pacientes consultan por primera vez por ese motivo, siendo la media del número de consultas por el mismo motivo 1.7 (intervalo 1-5 ocasiones). Los motivos de consulta más frecuentes fueron fiebre, dificultad respiratoria, vómitos, diarrea y lesiones cutáneas. En cuanto al análisis sobre la capacitación de los profesionales sanitarios, 74.4% se muestran satisfechos con el diagnóstico y el 71.1% con el tratamiento indicado al alta. En el 67.3% de los casos se utilizaron pruebas complementarias y el 76,7% consideraron suficientes la cantidad realizada. En cuanto a la presencia de los padres en la realización de pruebas diagnósticas invasivas, 67.4% están de acuerdo con no presenciárselas. El tiempo medio de espera previo al alta es de 4.47 horas, mostrándose casi un 70% de los encuestados poco o nada satisfechos. Sin embargo, hay que tener en cuenta que al 86% de los pacientes que esperaron más de 4h se les realizaron pruebas complementarias. Respecto a la información recibida, el 100 % de los encuestados comprenden el tratamiento indicado y el 95% están satisfechos con la explicación del diagnóstico. Más de un 80% de los pacientes recibió hojas de recomendación de la SEUP, considerándola en su totalidad una herramienta muy útil. De manera global, más del 75% refieren estar satisfechos con la explicación indicada al alta. El trato personal se valora en más de un 85% de los casos como favorable y de manera general, el 65% de los encuestados está satisfecho con la atención general. En cuanto a utilizar de nuevo a nuestro servicio de Urgencias, el 34% acudiría siempre, mientras que un 5% no lo utilizaría de nuevo. En el apartado de sugerencias, se recibieron un total de 63 sugerencias, 30% indicaron mejoras en las instalaciones, 20% cambios en el trato del personal, y un 50% mejoras en el tiempo de espera (disminución del tiempo de espera y aumento del personal sanitario).

*Conclusiones:* Este trabajo nos ha permitido ser conscientes de la valoración de los usuarios acerca de nuestro servicio de urgencias para plantear mejoras en la atención a los pacientes. Los resultados pueden estar limitados por el escaso número de encuestas, así como por el sesgo de selección, ya que la mayoría de las ES son realizadas por aquellos que más tiempo esperan, siendo éste el principal motivo de queja. Así, el tiempo de espera es el ítem peor valorado. A pesar del sesgo de este dato, consideramos necesario un aumento en el personal sanitario en nuestro Servicio, incluir personal de enfermería especializada, realización de triaje para agilizar la espera en UP, así como una mejora en las infraestructuras. Sin embargo, la valoración global es muy satisfactoria en cuanto al manejo clínico, recomendaciones al alta, así como trato por el personal, destacando las hojas de recomendación de la SEUP como una herramienta muy útil. Sin embargo la baja utilización del buzón y de las encuestas nos hace plantear otra manera de hacer partícipe al paciente de esta vía de expresión y aumentar el número de encuestas cumplimentadas.



## POSTERS

### EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA INFORMACIÓN RECIBIDA EN LAS CONSULTAS POR FIEBRE EN URGENCIAS

Vila Pérez, D. Sarmiento Martínez, M\*. Rovira Amigo, S. Luaces Cubells, C.

Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Hospital Universitari Sant Joan de Deu. Barcelona Hospital General de Asturias. Oviedo.\*

140

*Introducción.* La fiebre es uno de los principales motivos de angustia y preocupación de las familias que acuden a Urgencias y además, no siempre se conoce con exactitud la causa que la produce; por todo ello es importante ofrecer una información adecuada.

*Objetivos.* 1. Conocer la calidad de la información recibida sobre los procesos febriles, la historia natural de su proceso y los síntomas a vigilar para considerar la reconsulta. 2. Averiguar si los fármacos recomendados son prescritos de forma adecuada y evaluar el cumplimiento terapéutico.

*Material y Métodos.* Se seleccionaron durante 7 días aleatoriamente escogidos, todos los pacientes atendidos en nuestro Servicio de entre 2 meses y 18 años de edad cuyo motivo de consulta era la fiebre, y que fueron remitidos a domicilio. Entre 7 y 10 días después, se realizó una encuesta telefónica a la familia para conocer su impresión de la atención recibida, averiguar si recordaban las normas explicadas sobre el uso de antitérmicos y síntomas que tenían que motivar la reconsulta. Se consideró que la prescripción era adecuada si se había utilizado la receta oficial del Instituto Catalán de Salud. Se definió como cumplimiento terapéutico correcto si se había adquirido el fármaco prescrito y completado el tratamiento antibiótico. La información facilitada por la familia fue comparada con la existente en su informe de alta valorando datos sobre las pautas de antitérmicos, antibióticos (en el caso que se indicaran) y de motivos de reconsulta.

*Resultados.* Se analizaron un total de 641 visitas que cumplieron los criterios de inclusión, obteniendo un total de 326 encuestas válidas. La mediana de edad fue de 22 meses (P 25-75 13-41 meses). El 85,4% consideraba suficiente la información recibida en nuestro Servicio. El 5,5% de los padres recordaba el nombre del facultativo que les visitó en urgencias. Según los informes revisados, se prescribió antitérmico en un 79,9% y se dieron normas de reconsulta en un 82,9%, y según las encuestas, los padres recordaban en un 90,5% y en un 73,3% las instrucciones recibidas respectivamente. Se utilizaron las recetas de antitérmico prescritas en un 83,1% y de antibiótico en un 97,4%, siendo el cumplimiento completo de este último del 92,4%.

*Conclusiones.* La calidad de información percibida y el recuerdo sobre las pautas de antitérmicos, antibióticos y reconsulta por parte de los padres de los niños que consultan por fiebre es satisfactoria. La mayor parte de las recetas administradas en nuestro Servicio fueron utilizadas y el cumplimiento del tratamiento fue alto.



## POSTERS

### VALORACIÓN DE LOS EFECTOS DE UN PROGRAMA EDUCACIONAL DEL TRATAMIENTO DEL DOLOR AGUDO EN URGENCIAS

Monfort Carretero, L., López García, V.S. Fernández Santervas, Y. Parra Cotanda, C. Trenchs Sainz de la Maza, V. Cintora Cacho, R\*. Luaces Cubells, C.

Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. División de Enfermería\*. Hospital Universitari Sant Joan de Deu. Barcelona

141

*Introducción:* El adecuado manejo del dolor agudo en Urgencias (DAU) es considerado como un importante Indicador de Calidad. En el paciente pediátrico dicho manejo es complejo por la dificultad de su valoración y, en ocasiones, por la inexperiencia en el uso de analgésicos mayores.

*Objetivo:* Valorar el impacto que tiene la implantación de una guía para el manejo del DAU, combinado con un programa de formación al staff de Urgencias y residentes de Pediatría para la mejora de la valoración y tratamiento del dolor agudo.

*Material y Métodos:* Estudio observacional comparativo pre y post-intervención de 3 cohortes de 150 pacientes con diagnóstico al alta de dolor abdominal, dolor torácico y cefalea, recogidos consecutivamente a partir de 1/07/07 (grupo 1), 1/09/07 (grupo 2), 1/01/08 (grupo 3). Se excluyeron aquellos pacientes con dolor de más de 15 días de evolución. Durante el período de tiempo del grupo 1, no se realizó ninguna medida nueva en el manejo del dolor. Durante el período de tiempo entre el grupo 1 y el 2, se realizó una intervención pasiva mediante la difusión de escalas de valoración del dolor y se introdujo este nuevo ítem en la historia clínica informatizada de Urgencias. Durante el período de tiempo entre el grupo 2 y el 3, se difundió una nueva guía para el tratamiento y valoración del dolor y se realizaron varias sesiones clínicas formativas en grupo para todo el personal médico.

*Resultados:* Se incluyen 450 pacientes (51,3% varones), con una edad media de 10 años (DE 4,4) y una mediana de evolución del dolor de 24 horas (p25-75 6-72 horas), siendo los tres grupos de pacientes comparables. Se valoró el dolor en el 30% de pacientes del grupo 1; el 96,7% del grupo 2; el 98% del grupo 3. El 30,2% de los pacientes (136 casos) tenían dolor en Urgencias (40,4% leve; 44,9% moderado; 14,7% intenso). De éstos, se pautó analgesia en urgencias en un 27,9% (38 pacientes en total, siendo 4 pacientes del grupo 1; 12 del grupo 2; 22 del grupo 3), habiéndose tratado así a un 45% de los dolores intensos, un 42% de los moderados y un 7% de los leves. El 27,9% de los pacientes con dolor fueron revalorados tras la analgesia (38 pacientes en total, siendo 5 del grupo 1; 13 del grupo 2; 20 del grupo 3). Los analgésicos más utilizados fueron el ibuprofeno (71,5%), el paracetamol (29,5%) y el metamizol (3,3%).

*Conclusiones:* 1. Las medidas implantadas (actualización de la guía de tratamiento y formación del personal) han producido una mejoría en la valoración y tratamiento del dolor. 2. Es imprescindible una correcta monitorización de la actuación frente al dolor agudo para detectar posibles deficiencias. 3. Es necesario que los profesionales de urgencias adquieran los conocimientos y la confianza necesaria para tratar y valorar correctamente el dolor agudo.



## POSTERS

### ESTUDIO DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL (EFICIENCIA) DE LOS RESIDENTES DE PEDIATRIA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

Luaces Cubells, C. Muñoz Santanach, D. Trenchs Sainz de la Maza, V. Garcia Garcia, JJ. Casadevall Llandrich, R\*. Pou Fernández, J.  
Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. \*Dirección de Sistemas. Hospital Universitari Sant Joan de Deu. Barcelona.

*Introducción:* Los residentes de pediatría constituyen un colectivo importante en la asistencia de los Servicios de Urgencias (SU). El dato habitual con que se mide su participación es el número de guardias por mes, sin embargo existe menor información sobre su capacidad de trabajo en dichas guardias.

*Objetivo:* Conocer las cargas de trabajo (eficiencia) de los residentes de pediatría en un SU y su relación con su grado de experiencia

*Material y Métodos:* El periodo de estudio comprende de Junio de 2006 a Mayo de 2007. Se incluyen un total de 43 residentes. Se realiza el recuento del número de horas trabajadas, número y media de altas firmadas por hora de trabajo (AH) de los residentes en el SU. Todos estos datos se analizan por separado en función del grado de experiencia. El número de altas por guardia se ha hecho sobre un cálculo de 19 horas al tener en cuenta los tiempos no activos durante las 24 horas. Los resultados se expresan en media y desviación estándar (DS)

*Resultados:* El número total de altas firmadas por los residentes durante el periodo del estudio ha sido de 64711 sobre un total de 88209. El total de horas para el conjunto de residentes ha sido de 35682. El intervalo de horas trabajadas ha oscilado entre 12315 para los R2 y 6161 para los R4; ello supone entre un 66 % y un 33 % de una jornada laboral anual completa (1700 horas). La media y desviación estándar de AH según el año de residencia, ha sido de: 1,6 (DS 0,3) para los R1, 1,8 (DS 0,3) para los R2, 1,9 (DS 0,4) para los R3 y 2,1 (DS 0,6) para los R4. Se observan diferencias estadísticamente significativas al comparar la eficiencia, para una guardia promedio de 19 horas, del grupo de los R1-R2 versus R3 -R4 (32,6 vs 38,2 altas guardia;  $P = 0,03$ ).

*Comentarios:* 1. Al aumentar el nivel de experiencia se incrementa también la eficiencia 2. Conocer las cargas de trabajo, según el año de residencia, permite diseñar y dimensionar adecuadamente los equipos de trabajo tanto desde el punto de vista docente como asistencial. 3. Con el sistema actual, una mayor o menor disponibilidad de los residentes repercutiría sobre la estructura de la plantilla de urgencias. 4. El nivel de eficiencia es un parámetro cuantitativo que debe relacionarse con los Indicadores cualitativos de calidad asistencial.



## POSTERS

### SISTEMAS DISPENSADORES DE MEDICACIÓN

Autores: Pascual Fernández M<sup>a</sup> Cristina, Ignacio Cerro M<sup>a</sup> Carmen, Jiménez Carrascosa M<sup>a</sup> Amalia, Acero Rivas Olga. DUEs. Urgencia Infantil. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

143

#### INTRODUCCIÓN

La innovación tecnológica está reorganizando los métodos de trabajo de los servicios farmacéuticos, un ejemplo son los Sistemas Dispensadores de Medicación mediante Dosis Unitarias (SDMUD).

El registro a tiempo real, facilita la participación del farmacéutico en el equipo interdisciplinar con el objetivo de prevenir, identificar y resolver problemas relacionados con la medicación.

En nuestro hospital se ha introducido un sistema de dispensación tipo Pyxi<sup>®</sup>,

#### OBJETIVOS

Conocer la opinión de los profesionales que utilizan el Pyxi.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Realizamos estudio observacional descriptivo, mediante encuesta realizada a enfermeras que hubieran utilizado el sistema anterior y el Pyxi<sup>®</sup>.

Las variables fueron: facilidad/dificultad en manejo; ventajas/inconvenientes; formación previa; disponibilidad de existencias. Datos demográficos: edad, sexo, turno, antigüedad, Unidad de trabajo, formación recibida.

#### RESULTADOS

Se contestaron 202 encuestas de 246 entregadas

Formación recibida: el 45,2% por otra compañera, el 33,9% por el Jefe de la unidad, el 11,3% ha aprendido solo y el 9,7% por curso específico

De una puntuación máxima de 10 la media en relación a la facilidad/dificultad del sistema fue de 7,28 y de 3,41 respecto a la rapidez en la utilización.

Los problemas más frecuentes: Discordancia en la prescripción médica (41,6%), y en la actualización de existencias por parte del servicio de farmacia (22,2%)

#### CONCLUSIONES

La utilización de este equipo se considera fácil pero lento por parte del personal de enfermería, precisando poca formación específica y buen control por parte del servicio de farmacia.



## POSTERS

### ¿PROBLEMAS EN LA COBERTURA DE GUARDIAS? NO GRACIAS: EL MODELO TRANSVERSAL DE ÁREA PEDIÁTRICA

García Puig, Roger; Cachadiña Doménech, Ferran; Moral García, Ángel; Margarit Mallol, Jaume; Grego Recasens, Josep Maria<sup>1</sup>; Álvarez del Castillo, Manuel<sup>2</sup>

144

Área de Pediatría. (1) Dirección de Atención Primaria. (2) Dirección Médica  
Grupo Mútua de Terrassa, Terrassa.

#### Objetivos:

Analizar los cambios en nuestro Servicio de Urgencias de Pediatría (SUP) desde la aplicación en 2002 del Modelo Transversal de Área Pediátrica (MTAP), uno de cuyos aspectos es integrar a los pediatras de Atención Primaria (AP) en la estructura hospitalaria mediante guardias y participación en grupos de trabajo por subespecialidades.

#### Material y métodos:

Estudio retrospectivo descriptivo comparando los períodos previo y posterior al MTAP. Se analizó:

1. Grado de formación académica del personal (PT: pediatra titulado, MESTO, MIR, MF: Médico Familia)
2. Origen de los médicos de guardia (PH: Pediatra hospitalario, MAP: Médico AP Área, MIR, ME: Médico Externo)
3. Porcentaje de guardias a distribuir fuera del cupo habitual
4. Número de horas guardia/año por médico
5. Número médicos plantilla de guardias / horas guardia totales anuales
6. Calidad de las derivaciones al SUP

#### Resultados:

	2001	2007
1.	PT: 36%, MESTO: 55%, MF: 9%	PT: 72%, MIR: 14%, MESTO: 3%, MF: 10%.
2.	PH 9%, MAP 9%, ME 81%.	PH 7%, MAP 60%, MIR: 30%, ME 2%.
3.	29%	0%
4.	media 1234 (rango 678-1357)	media 574 (rango 144-1268)
5.	11/13164	43/18986
6.	Después protocolos consensuados Área mejoría cualitativa en la derivación desde AP a SUP y Consultas Externas.	

#### Conclusiones:

La correcta planificación, utilizando y reordenando todos los recursos, permite superar las dificultades de muchos hospitales para cubrir las guardias del SUP.

Conforme aumenta el grado de formación del personal existen menos abandonos del SUP, probablemente por el reparto más equitativo de la responsabilidad de la guardia y la mayor satisfacción profesional.



## POSTERS

### ESTUDIO DEL RENDIMIENTO DE NUESTRA UNIDAD DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS

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

145

*Introducción:* La función de una Unidad de Observación de Urgencias de Pediatría es, fundamentalmente, la vigilancia y tratamiento de patologías puntuales, durante un tiempo máximo prefijado, para concluir en alta domiciliaria en caso de mejoría, o ingreso hospitalario.

*Objetivos:* Evaluar su utilidad en el contexto del Hospital Infantil del HUVA.

*Material y metodología:* Estudio retrospectivo realizado en nuestro Servicio de Urgencias sobre una muestra de 2925 niños ingresados en la Unidad de Observación desde Enero 2006 a Diciembre 2007. Los datos obtenidos se exportaron al programa informático SPSS versión 13 para su análisis estadístico.

*Resultados:* Se recogieron datos de los 2925 niños ingresados en la Unidad de Observación, que representan el 2,7% del total de niños asistidos en Urgencias de Pediatría durante el tiempo de estudio (108323). Distribución por sexo 45,4% mujeres y 55,6% hombres y la edad media de  $41,45 \pm 36,45$  meses (1-133 meses). El 29,8% de los niños ingresaron en planta y el 70,2% fueron alta a domicilio. Estancia media de  $12,53 \pm 6,43$  horas (1-40 horas). Los procesos más frecuentes atendidos fueron patología gastrointestinal 22,5% (85,7% alta), fiebre 20,7% (49,8% alta), dificultad respiratoria 19,5% (61,9% alta), dolor abdominal 9,2% (48,41% alta), traumatismo craneoencefálico 7,7% (94,1% alta) y la intoxicación el 5,2% (97,2% alta). Aumento estacional de ingresos (47,9% del total durante entre Noviembre y Marzo) sin diferencias en porcentaje de ingresos a planta por mes de año, aunque si en patología ingresada.

*Conclusiones:* Gran parte de los procesos que requieren hospitalización en la edad pediátrica son subsidiarios de ingreso en la Unidad de Observación de Urgencias Pediátricas, así durante el bienio 2006-2007 se han evitado un total de 1985 ingresos hospitalarios, con el consiguiente ahorro económico. Comparativamente, el 31,6% del total de ingresos hospitalarios corresponden a ingresos en Observación. Las patologías más susceptibles de ser manejados en estas unidades son la gastrointestinal aguda, fiebre sin foco, dificultad respiratoria, traumatismo craneoencefálico o dolor abdominal.



## POSTERS

### ÁREA DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO.

Fernández Elías, M ; Parrilla Parrilla, JS ; Murillo Pozo, MA ; Benitez Gómez, I ; Alonso salas, MT; Loscertales Abril, M.  
HIU Virgen del Rocío. UGC de Cuidados Críticos y Urgencias Pediátricas

146

#### *INTRODUCCIÓN:*

El área funcional de observación dentro del servicio de urgencias pediátricas es una zona destinada a la atención de procesos que precisan tratamiento intravenoso sostenido , pruebas de tolerancia oral , aerosolterapia, y/o vigilancia, monitorización y tratamiento médico de procesos agudos que, por su complejidad diagnóstica y terapéutica, precisan un nivel asistencial por encima de otras áreas del servicio. Sus objetivos son la estabilización de pacientes agudos inestables o críticos, y el manejo de aquellos que requieren vigilancia médica y/o cuidados de enfermería periódicos y encamamiento.

#### *OBJETIVO:*

Analizar la epidemiología e incidencia de la patología de pacientes atendidos en el área de observación de un servicio de urgencias de un hospital infantil terciario.

#### *MATERIAL Y MÉTODO:*

Se diseñó una base de datos documental con una serie de campos para recoger los datos de los informes de alta de todos los paciente ingresados en observación . Realizamos una revisión retrospectiva de variables epidemiológicas y clínicas del periodo de Abril-07 a Enero-08.

#### *RESULTADOS:*

En el servicio de urgencias se registraron 62361 pacientes, de los que el 4,2% (2648) ingresaron en observación.

La edad media fue de 3,97 años y la distribución por sexo fue de 41% de mujeres y varones de 59%. El nivel de triaje fue de 3 (49%), 2 (32,7%), 4 (15,8%) y 1 (2,5%). El motivo de ingreso más frecuente fueron los vómitos y la fiebre

(21,75% y 20,5 respectivamente), seguido de la dificultad respiratoria (16,9%) , las convulsiones (10,27%) , el traumatismo craneal (6,8%) y otras (23,78%). El tiempo medio de estancia fue de 20,71 horas y no se registró ningún fallecimiento en esta área. El 85 % fue dado de alta a su Pediatra EBAP, el 14,5 % se traslado a planta de hospitalización, y el 0,5 % a cuidados intensivos .

#### *CONCLUSIONES :*

El área de observación supone un pilar fundamental en el plan funcional de urgencias pediátricas de un hospital terciario.

Evita un porcentaje alto de ingresos hospitalarios, y permite la agilización y realización de técnicas y/o procedimientos diagnósticos-terapéuticos diversos.



## POSTERS

### ANÁLISIS DE LOS PACIENTES INGRESADOS EN UN ÁREA DE OBSERVACIÓN PEDIÁTRICA DE URGENCIAS.

Jorge Víctor Sotoca Fernández; Cabezas Tapia, María Elena; Sorlí García, Moisés; Doyle Sánchez, María; Siurana Rodríguez, José Manuel; Castillo Serrano, Ana.

Servicio de Pediatría del Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

147

**Objetivos:** Conocer las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes ingresados en el Área de Observación Pediátrica de Urgencias a lo largo de un año para identificar puntos de mejora que permitan optimizar la asistencia sanitaria prestada.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo y retrospectivo que analiza los datos registrados de todos los pacientes que ingresaron a lo largo de un año en el Área de Observación, la cual consta de 3 puestos y es atendida por el mismo personal que asiste la urgencia pediátrica: 1 pediatra, 1 residente de Pediatría, ocasionalmente 1 residente de Medicina de Familia, 1 enfermera/o y 1 auxiliar. Los datos considerados han sido: edad, estación, turno de ingreso y alta, tiempo de estancia, destino y motivo de ingreso.

**Resultados:** Se han recibido 30.101 consultas en Urgencias Pediátricas durante el año analizado. De ellos ingresaron en el Área de Observación 1.031 (3'4%), 59% varones y 41% mujeres. Supuso una ocupación de 2'9 pacientes/día (rango 0-8). El 70% de ellos fueron enviados al domicilio mientras que 29% fueron hospitalizados en planta o neonatología y el 1% en UCI. La estancia media global fue de 7'27 horas (rango 0'5-33). El turno de mañana (de 8 a 15 horas) fue el que recibió menor número de ingresos, 20% del total, y mayor de altas (47%). La edad media calculada ha sido 54'4 meses (todos < 14 años), siendo el 2% neonatos y el 45'68% < 3 años. El motivo de ingreso más prevalente fue la clínica abdominal, suponiendo el 43'94% del total de ingresos. Dentro de este grupo primaron los vómitos (22'6%), seguidos por el dolor abdominal (14,45%) y la diarrea/deshidratación (7'66% del total de pacientes). La sintomatología neurológica fue la segunda en frecuencia (24,35%), significando los traumatismos craneales, las convulsiones y la cefalea los motivos principales (12'71%, 7'95% y 3'3% de los ingresos totales respectivamente). La fiebre originó el 11'35% de los ingresos. El 9'70% presentó clínica respiratoria, un 8'83% en forma de obstrucción de vías bajas y el 1'36% de vías altas. Otros motivo de ingreso frecuentes fueron las intoxicaciones (2'04%, fármacos, CO y productos de limpieza los más habituales), las reacciones anafilácticas (1'45%) y el síncope (0'97%). No se encontraron diferencias en cuanto a la tasa de ingresos en las diferentes estaciones del año, aunque sí discreto predominio de las causas respiratorias durante los meses de septiembre a febrero. La fiebre y los vómitos fueron los motivos de ingreso más comunes en los < 3 meses. Nuevamente los vómitos, las convulsiones y la dificultad respiratoria fue la clínica más habitual en el grupo de 3 a 36 meses. En > 3 años predominaron la abdominalgia y los traumatismos craneales. Las causas infecciosas y respiratorias mostraron una edad media (35'34 y 32'18 meses respectivamente) menores que la clínica digestiva (58'89 meses) y la neurológica (59'86 meses). Los vómitos y la diarrea-deshidratación implicaron los ingresos más duraderos (8'81 y 8'83 horas). La Observación fue el origen del 8% de las hospitalizaciones en planta, neonatología o UCI. De ellos, el 25% fue por dolor abdominal, repartiendo frecuencias similares los vómitos, la dificultad respiratoria, la fiebre y los traumatismos craneales. El 80% de los pacientes que estuvieron en el Área de Observación debido a un síndrome emético fueron dados de alta mientras que el 41% de los que lo hicieron por dificultad respiratoria, fueron hospitalizados.

**Conclusiones:** Las áreas de observación son un recurso importante para las urgencias pediátricas pues permiten evitar un alto número de ingresos en patologías que requieren vigilancia o tratamiento inmediato con un alta previsible en < 24horas. Los datos comunicados son similares a series previas. La mayor utilidad observada ha sido en los cuadros emético resueltos en 8 horas aproximadamente de media y la observación hospitalaria de pacientes tras traumatismos craneoencefálicos. El espacio y la dotación de personal se entiende como insuficiente para plantear un aumento en la cartera de servicios (sedoanalgesias, estabilización de pacientes críticos, etc.)



## POSTERS

### READMISIONES EN URGENCIAS EN 48 HORAS ¿POR QUÉ VUELVEN?

Rodríguez Díaz, Rocío; García Vao- Bel Carlos, Galán del Río, Pilar. González Bravo, David. Román Riechmann, Enriqueta.

Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital de Fuenlabrada, Madrid.

148

**OBJETIVOS:** Analizar la incidencia de los pacientes readmitidos en menos de 48 horas en el servicio de urgencias pediátricas como indicador de calidad de adecuación de diagnóstico y tratamiento y describir las características de los readmitidos en una población infantil determinada.

**MATERIAL Y METODOS:** Se recogieron los pacientes readmitidos en urgencias en menos de 48 horas durante el año 2007 del total de pacientes que acudieron en ese mismo año. Se obtuvieron las siguientes variables: fecha de visita, rango horario, edad, motivo de consulta, petición de la asistencia a urgencias y destino.

**RESULTADOS:**

El número de urgencias en el 2007 fue de 36378, de los cuales 3228 fueron readmisiones en menos de 48 horas, es decir un 8,87%. La tasa de frecuentación fue del 1007,08 por cada 1000 habitantes. Eran frecuentadores habituales un 25 %. La mediana de edad en los readmitidos fue de 1 año. Los motivos de consulta más frecuentes fueron fiebre, vómitos, dificultad respiratoria y tos. La petición de asistencia fue en un 70 % por petición propia. No hubo mayor porcentaje de ingresos en el grupo de readmisiones que en el total de urgencias.

**CONCLUSIONES:**

- A pesar de un diagnóstico y tratamiento correcto en urgencias el hecho de que la mayoría de las consultas correspondan a procesos de corta evolución condiciona que la mayoría de las reconsultas sean inevitables

-Debido al alto índice de frecuentación en urgencias pediátricas en los últimos años, creemos debe modificarse o revisarse el estándar de calidad de las readmisiones.



## POSTERS

### MANEJO DE PACIENTES DE LA SALA DE REANIMACION EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

Lavilla Oiz Ana, Martínez Cirauqui Diana, Garatea Rodríguez María, , Zardoya Santos Patricia, Gembero Esarte Eva, Clerigué Arrieta Nuria.

Urgencias de Pediatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona

149

#### *Introducción*

La sala de reanimación (REA) es una estancia de urgencias en la que se atiende patología grave. Debemos conocer las características de los pacientes para mejorar la calidad asistencial.

#### *Material y métodos*

Estudio prospectivo descriptivo de pacientes atendidos en la REA de urgencias de un hospital terciario (junio-noviembre 2007). Se recogieron datos de filiación, procedencia, motivo de consulta, manejo y destino. Se analizó mediante SPSS 14.0. Se analiza la gravedad mediante la escala canadiense (5 niveles, 1 el más grave).

#### *Resultados*

Se vieron 231 pacientes (58% varones, 42% mujeres), edad media 6,7 años, 26% menores de 2 años. El 25% de pacientes fueron remitidos de atención primaria y el 8% trasladados de otro hospital. Un 60% de los pacientes presentaban un nivel 3 de gravedad, únicamente un 3% presentaban nivel 1. Acudieron en ambulancia el 67% de casos, siendo medicalizadas el 52% de ellas. El 48.5% de los casos trasladados presentaban niveles 3 y 4. Los motivos de consulta más frecuentes fueron convulsión (25%), TCE (10%), accidente de tráfico (10%) e insuficiencia respiratoria (7%). Se realizaron exploraciones complementarias al 80% de los pacientes. Un 37% ingresaron en planta, 22% en observación, 8% en UCIP y 33% fueron dados de alta.

#### *Conclusión*

La mayoría de ingresos en la REA presentan nivel de gravedad 3-4. Esto puede ser debido a que la puerta de entrada de las ambulancias es la REA. La entrada en la REA debería ser condicionada por el nivel de gravedad y no por el tipo de transporte.



## POSTERS

### EXPERIENCIA DE LA UNIDAD DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS DEL HOSPITAL MIGUEL SERVET DE ZARAGOZA TRAS LA IMPLANTACIÓN DEL ALTA MÉDICA INFORMATIZADA

Romero Gil, Ruth. Armendariz Cuevas, Yolanda. Campos Bernal, Alba. Royo Perez, Delia. Monge Galindo, Lorena. Campos Calleja, Carmen.

Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza.

150

*Objetivos:* Conocer las características epidemiológicas y de manejo de los pacientes ingresados en esta Unidad de Observación ,y grado de cumplimentación del alta informatizada.

*Material y métodos:* Revisión retrospectiva de los ingresos en la Unidad , desde la implantación del método informatizado desde mayo 2007 a enero 2008, recogiendo las variables: cumplimentación informe, edad, sexo, procedencia, motivo de ingreso, pruebas realizadas, procedimiento terapéutico aplicado, diagnóstico al alta y destino.

*Resultados:* De las 41500 urgencias atendidas ingresaron en la Unidad de Observación 1720 pacientes (4'14 %), con media de 6'3 ingresos al día. Se realizaron solamente el 36,8% de los informes.El rango de edad más frecuente fue de 1 a 3 años. Los motivos de ingreso más frecuentes fueron: patología gastrointestinal, traumatismo craneoencefálico y síndrome febril sin foco. Se realizó una prueba radiológica al 31'2 % de los pacientes y una analítica de sangre y/u orina al 17'4 %. El 44 % no precisó ningún tratamiento . El 87'4 % fueron dados de alta, el 7'3 % ingresó en planta y el 5'1 % fue remitido a Consultas Externas del Hospital.

*Conclusiones.* Tras un periodo de observación y/o tratamiento inicial, la mayor parte de los niños son dados de alta, evitando el 93,2% de los ingresos, y demostrando gran utilidad en la práctica asistencial diaria.

Estamos trabajando en la mejora de la cumplimentación del alta informatizada, dados los pobres resultados en este campo.



## POSTERS

### VALORACION DEL SISTEMA DE CLASIFICACION ACTUAL EN LAS URGENCIAS PEDIATRICAS DE LA COMUNIDAD DE MADRID

Primer autor: García-Vao Bel, Carlos. Servicio de urgencias de pediatría. Hospital universitario de Fuenlabrada, Madrid

151

Coautores: Verjano Sanchez, Felipe. Rodríguez Díaz, Rocio. Zafra Anta, Miguel. Galan del Rio, Pilar. Espinoza Zuzunaga, Luisa.

**Objetivos:** Comprobar el estado actual de la clasificación pediátrica en los Servicios de Urgencia de los Hospitales Públicos de la Comunidad Autónoma de Madrid (CAM).

**Material y Métodos:** Se incluyeron 14 Hospitales públicos (6 de tercer nivel). Se preguntó: existencia o no de sistema de clasificación, cuál, adaptación pediátrica, número de niveles, informatizado o no, quién lo realizaba, existía compromiso o implicación de la gerencia y/o dirección en los mismos...

**Resultados:** Existía sistema de clasificación en 5 Hospitales, 2 de tercer nivel y 3 de segundo nivel, los sistemas fueron el canadiense pediátrico modificado en 4 Hospitales y el de Manchester en uno. Dos Hospitales tenían informatizado el sistema de clasificación, en ambos la historia clínica estaba en soporte informático. En todos los casos menos uno la clasificación se realizaba por parte de enfermería y se tomaban constantes vitales según patologías. En el 100% se considero que un sistema de clasificación mejoraría la calidad en la asistencia pediátrica. En 6 Hospitales la gerencia y/o dirección médica estaba sensibilizados en el tema de la clasificación en urgencias, 3 contaban con sistema de clasificación establecido.

#### **Conclusiones:**

1. El sistema de Clasificación en Urgencias Pediátricas está poco implantado en los Hospitales de la CAM, a pesar de la existencia a favor de una conciencia colectiva entre los pediatras de urgencias
2. No existe un modelo estandarizado del mismo siendo la mayoría de ellos modificaciones de sistemas de clasificaciones previos.
3. Parece conveniente instaurara una clasificación de urgencias pediátricas consensuada en nuestros hospitales



## POSTERS

### IMPLANTACIÓN DE LA "PAEDIATRIC CANADIAN TRIAGE AND ACUITY SCALE" EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICO EN EUROPA

Fernández Landaluce A, Ares Ares MI, Astobiza Beobide E, Bárcena Fernández E, Andrés Olaizola A, Benito Fernández FJ.

Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Barakaldo

152

*Justificación:* La escala de triaje pediátrico canadiense (pCTAS) ha sido implementada en los servicios de urgencias pediátricos (SUP) canadienses en los últimos 5 años. En nuestro servicio, en Enero 2007, se puso en funcionamiento un sistema de triaje informatizado, basado en esta escala.

*Objetivo:* Evaluar el funcionamiento de la pCTAS, adaptada e informatizada, en un SUP europeo.

*Metodología:* Análisis de los datos extraídos del sistema informático (PCH) del SUP en el que está integrada la nueva herramienta informática de triaje.

*Resultados:* Entre el 22-1-07 y el 31-12-07 se atendieron 57617 pacientes entre 0-14 años. El 98,7% fue clasificado y ubicado por la enfermería de triaje en los primeros 10 minutos tras su llegada. La distribución por niveles de gravedad o huella digital fue la siguiente: nivel I 0,1%; II 1,7%; III 43,1%, IV 50% V 5%. La respuesta fractil por nivel fue: I 100%, II 82,7%, III 87,6%, IV 89%, V 97,2%. La estancia media fue mayor para los niveles I-III (137,27±229 min.) que para los niveles IV-V (80,39±102,69 min.) También el porcentaje de pruebas complementarias solicitadas fue superior en niveles de mayor gravedad: I 63,6%; II 41,4%; III 16,8%; IV 9,4%; V 8% ( $p < 0,01$ ) El 5,9% de los pacientes requirió estancia en el hospital durante unas horas (observación o planta de hospitalización), porcentaje que oscila desde 84% para el nivel I a 1,6% para el nivel V ( $p < 0,000001$  excepto niveles IV-V) Durante este periodo 247 pacientes abandonaron el servicio sin ser valorados (0,4%)

*Conclusiones:* la pCTAS es aplicable fuera de Canadá y sus objetivos de funcionamiento son alcanzables, aunque algún parámetro como la tasa de ingresos debería, quizás, ser revisado. La respuesta fractil en nuestro servicio debe mejorar en los pacientes urgentes. Se comprueba buena correlación entre nivel de gravedad y sustitutos de gravedad (pruebas complementarias, ingresos...) salvo en el nivel V, probablemente por falta de precisión en la clasificación de los pacientes de niveles inferiores.



## POSTERS

### IMPLANTACIÓN DEL NIVEL 5 DE TRIAGE PEDIÁTRICO (CTAS) EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

García Cruz, A. DUE Sección de Urgencias del Hospital Gregorio Marañón. Madrid.  
Bertram Bort, N. Guerrero Márquez, G.

153

#### Objetivos

Describir las características de los pacientes clasificados con un nivel 5 y determinar su grado de adecuación.

#### Material y métodos

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes que acuden a urgencias desde el 1/Octubre al 31/Diciembre de 2007. Se recogen las siguientes variables: datos demográficos, área hospitalaria, motivo de consulta, tiempo de espera, pruebas complementarias, diagnóstico, tratamiento, observación, destino y adecuación del triage.

#### Resultados

El número total de pacientes clasificados con nivel 5 durante este periodo fueron 132 (0,5%); el 56,8% eran varones, la media de edad de 6 años y el 81,8% pertenecía al área. El 60,6% acudió en día laborable y un 54,5% en turno de mañana; el motivo de consulta principal fue lesiones en piel (27,3%) seguido de patología ocular (16,7%). El tiempo medio de espera fue de 79,2 minutos.

Los diagnósticos al alta más frecuentes fueron lesiones en piel (17,4%), patología no objetivable (14,1%) y conjuntivitis (12,5%). El 10,6% se van de la urgencia sin ser vistos (el 75% acudieron por lesiones en piel).

#### Conclusiones

- El nivel 5 supone un porcentaje pequeño del total de urgencias, siendo la mayoría clasificado en día laborable y durante el turno de mañana.
- Las lesiones en piel constituye el motivo de consulta más frecuente.
- El tiempo de espera medio fue inferior al establecido para este nivel (120 minutos).
- Es necesario un periodo de adaptación y formación continua del personal de triage para realizar una buena adecuación del nivel 5.



## POSTERS

### TRIAJE EN NUESTRA SECCIÓN DE URGENCIAS: EVALUACIÓN

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

154

*Objetivos:* De sobra conocido el desequilibrio entre demanda y recursos e implantado el sistema de triaje, nuestro objetivo es valorar la efectividad del mismo en nuestra Sección de Urgencias de Pediatría.

*Material y Métodos:* Incluimos a todos los niños asistidos durante 7 días consecutivos de Mayo de 2007 y 7 días consecutivos de Enero de 2008. Se constataron tiempos de pretriaje, triaje, asistencia médica y nivel de triaje asignado; así como motivo de consulta y realización de exploraciones complementarias.

*Resultados:* Durante las 2 semanas de evaluación fueron asistidos en Urgencias 2180 niños. El tiempo medio hasta su triaje fue de  $8,55 \pm 6,20$  minutos (73,7% triados antes de 10 minutos y solo el 7% triados después de 30 minutos de su llegada a Urgencias). El tiempo de medio de triaje de 2,77 minutos. La distribución por niveles de gravedad fue: 0,5% nivel I; 12,3% nivel II; 41,6% nivel III; 45,5% nivel IV. Los pacientes fueron clasificados según patología, siendo mayoritarias la infecciosa; digestiva y respiratoria. Atención inmediata al 100% de los pacientes de nivel I; el 73,5% de nivel II asistidos antes de 15 minutos; el 81,4% de nivel III antes de 45 minutos; el 96,9% de nivel IV antes de 120 minutos. Se solicitó algún tipo de pruebas complementarias en el 54,1% de los casos (90,9% de los distribuidos en nivel I frente a los 44% del nivel IV). El 7,3% del total de pacientes valorados requirió ingreso hospitalario (5,2% en planta y 2,1% en observación ); la variabilidad porcentual de los ingresos según nivel de gravedad fue: ingresó el 65% de los niños de nivel I; 32,3% de nivel II; 7,9% de nivel III y el 0,4% de nivel IV. Se derivaron el 10,2% de los pacientes valorados a otra especialidad .

*Conclusiones:* La utilización de una escala de triaje en nuestro hospital está siendo eficaz, siendo valorado como un sistema útil y fiable para la selección de pacientes que requiere atención prioritaria. Concluiremos diciendo que, aunque estamos en buen camino, necesitamos introducir mejoras en nuestro sistema como la inclusión de cinco niveles de gravedad (que incluiremos el próximo mes), la disposición de soporte informático para el triaje de próxima utilización, mejorar arquitectónicamente y mejoras en la reevaluación.



## POSTERS

### IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE TRIAJE PEDIATRICO EN URGENCIAS: ANALISIS DE LOS DATOS INICIALES

M. Palacios López, J. Calzada Barrena, L. Arranz Arana, A. Pérez Sáez, E. Zuazo Zamalloa, E. Blarduni Cardón.

Servicio de Pediatría. Hospital de Zumárraga. Guipúzcoa.

**INTRODUCCIÓN:** La implantación de un sistema de triaje en un servicio de urgencias permite la clasificación de los pacientes en función de su grado de urgencia. El objetivo final es garantizar la equidad en la calidad asistencial, optimizando los recursos materiales y humanos.

**OBJETIVO:** analizar los datos iniciales tras la puesta en marcha de un sistema de triaje pediátrico en el servicio de urgencias de nuestro hospital.

**MATERIAL Y METODOS:** El período estudiado comprende desde julio hasta diciembre de 2007. Los datos han sido obtenidos del sistema informático habitual del hospital (PCH) integrado con los del programa (PAT), del sistema español de triaje (SET) en su versión pediátrica. Se analiza la distribución por niveles de gravedad de los pacientes atendidos y su relación con el número de ingresos y estancias en observación.

**RESULTADOS:** Un total de 4122 niños han sido clasificados en urgencias desde el 1 de julio hasta el 31 de diciembre de 2007. La distribución por niveles de gravedad es la siguiente: *Nivel I: 0,02%, nivel II: 8,4%, nivel III: 30,3%, nivel IV: 37,4% y nivel V: 23,6%*. La tasa global de ingresos ha sido del 4,6 %. La proporción de ingresos según niveles ha sido: *Nivel I: 100%, II: 22,5%, III: 15,8%, IV: 4,3%, y V: 2,5%*. La proporción total de niños que requirieron estancia en observación ha sido del 4,07%. *Nivel I: 0%, II: 5,3%, III: 14,5%, IV: 5,1% y V: 6,7%*. Aplicando el análisis estadístico mediante la Chi-Cuadrado de Pearson, encontramos que todos los niveles difieren significativamente en cuanto a la proporción de ingresos y estancias en observación.

**CONCLUSIONES:** 1. La mayor parte de los pacientes pediátricos atendidos en nuestro servicio de urgencias, corresponden a los niveles IV y V, considerados como “poco urgentes”. 2. El porcentaje de ingresos como indicador de gravedad, se correlaciona de forma adecuada con los niveles de triaje.



## POSTERS

### ESTUDIO DE CONCORDANCIA DEL SISTEMA ESPAÑOL DE TRIAJE EN PACIENTES PEDIÁTRICOS

Quintillá Martínez JM<sup>1</sup>, Martínez Sánchez L<sup>1</sup>, Benítez Gómez M<sup>1</sup>, Segura Casanovas A<sup>1</sup>, Gómez Jiménez J<sup>2</sup>, Luaces Cubells C<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Servicio de Pediatría - Sección de Urgencias. Hospital Sant Joan de Déu, Universidad de Barcelona. <sup>2</sup>Servicio de Urgencias. Hospital Nostra Senyora de Meritxell, Andorra.

156

**INTRODUCCIÓN:** La clasificación de los pacientes en los servicios de urgencias debe basarse en un sistema de triaje estructurado, sistematizado y validado científicamente. La validación de una escala tiene que incluir estudios de concordancia para comprobar la fiabilidad (reproducibilidad) de la misma. El Sistema Español de Triaje (SET) es una escala que clasifica a los pacientes en 5 niveles en función de su grado de urgencia. Agrupa los motivos de consulta en 32 categorías y en cada una de ellas se tienen en cuenta factores de riesgo, signos vitales, criterios clínicos y nivel de dolor para establecer el nivel de triaje. Dispone de un programa informático (Programa de Ayuda al Triaje o PAT), que sugiere el nivel más adecuado en función de los datos concretos de cada paciente. Se han realizado estudios de concordancia del SET en adultos, pero no así en la versión pediátrica de la escala.

**OBJETIVOS:** 1) Estudiar el grado de concordancia del PAT en pacientes pediátricos. 2) Valorar la influencia de la experiencia de las personas que realizan el triaje en el grado de concordancia de la escala.

**MÉTODOS:** A partir de una selección aleatoria de historias clínicas reales de urgencias, se confeccionaron 50 escenarios escritos pertenecientes a las 32 categorías del SET y a los 5 niveles de urgencia. En cada caso se incluía información sobre edad, motivo de consulta, datos relevantes de la anamnesis, signos clínicos, constantes vitales y nivel de dolor del niño. Todos los miembros del personal de enfermería que realiza triaje en nuestro servicio asignaron un nivel de urgencia a cada escenario, por separado y utilizando el PAT. Un grupo de expertos formado por pediatras y diplomados en enfermería (los miembros de la Comisión de Triaje de nuestro centro) asignaron también un nivel a cada escenario y éste nivel se utilizó como respuesta de referencia. Se estudió la concordancia global utilizando el Coeficiente de Correlación Intraclass (CCI). Se comparó también el nivel asignado por el personal con los valores de referencia mediante el índice kappa ponderado cuadrático. Por último, se analizó si existían diferencias en la concordancia en función del tiempo de experiencia en urgencias de los diferentes miembros del personal. Para ello se obtuvieron el CCI y el kappa ponderado cuadrático por grupos de profesionales tomando dos puntos de corte: 2 y 5 años de experiencia.

**RESULTADOS:** Se incluyeron las respuestas de 24 profesionales (la plantilla completa que realiza triaje) y todos ellos contestaron a los 50 escenarios. La concordancia global fue muy buena, con un CCI de 0,80 (IC 95% = 0,73 – 0,86). En la comparación de cada sujeto con las respuestas de referencia se obtuvieron índices kappa ponderados cuadráticos cuya media fue 0,80 (Rango = 0,69 – 0,88). De los 24 profesionales, 18 tenían más de 2 años de experiencia y 8 más de 5 años. Los CCI y kappa obtenidos para los diferentes grupos estuvieron en un rango de 0,72 a 0,80. No hubo diferencias en la concordancia entre profesionales de más de 5 años de experiencia (CCI = 0,80) frente a los de menos de dicho límite (CCI = 0,78). Los profesionales de más de 2 años obtuvieron un CCI = 0,80 y los de menos de 2 años un CCI = 0,72.

**CONCLUSIONES:** El Sistema Español de Triaje y su herramienta PAT es una escala con una buena concordancia entre profesionales al valorar pacientes pediátricos. Aunque los profesionales de menor experiencia en urgencias presentan unos indicadores algo inferiores, todos ellos se mantienen dentro de los límites de buena concordancia.



## POSTERS

### **IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE TRIAJE: SATISFACCION DEL PERSONAL DE ENFERMERÍA**

M. Palacios López, L. Arranz Arana, MA. Echeverría Muguruza, A. Pérez Sáez, MJ. Azanza Agoreta, J. Calzada Barrena.

Servicio de Pediatría. Unidad de Urgencias. Hospital de Zumárraga. Guipúzcoa

**INTRODUCCION:** la implantación de un sistema de triaje tiene como objetivo la mejoría de la calidad asistencial mediante la optimización de recursos materiales y humanos. Inicialmente supone una carga adicional de trabajo, además de una reestructuración y formación específica del personal encargado de su ejecución, generalmente la enfermería.

**OBJETIVO:** Evaluar la satisfacción del personal de enfermería encargado de realizar el triaje pediátrico, de reciente implantación en nuestro servicio de urgencias.

**MATERIAL Y METODOS:** Encuesta realizada a las enfermeras que realizan el triaje pediátrico en urgencias, tras ocho meses de funcionamiento (junio-enero de 2007) mediante el Sistema Español de Triaje (SET) en su versión pediátrica. Todas recibieron un programa de formación previo. La mayoría no atendía habitualmente pacientes pediátricos antes de la implantación del sistema.

**RESULTADOS:** El 100% de enfermeras que realizan triaje pediátrico (15) respondieron a la encuesta. Respecto a la implantación de un sistema de triaje pediátrico en urgencias, lo consideran “muy útil” el 75% y “útil” el 15%. Con el sistema elegido para el triaje, el 86% se encuentran “bastante satisfechas” y el 24% “indiferentes”. El apoyo del pediatra en relación al triaje es “bueno” para el 53%, “aceptable” para el 33% y “regular” para el 14%. Se sienten reconocidas y respetadas en las decisiones que toman en el triaje: “casi siempre” el 60%, “algunas veces” el 33% y “casi nunca” en un caso. El 75% reconoce haber mejorado su manejo del paciente pediátrico tras el período estudiado. Las principales dificultades referidas a la hora de su aplicación han sido: el manejo de los menores de 3 años y el exceso de pacientes en horarios punta.

**CONCLUSIONES:** 1. La mayor parte del personal de enfermería está satisfecho con la implantación de un sistema de triaje en urgencias de pediatría. 2. Adicionalmente, hemos conseguido mayor implicación y mejoría en el manejo del paciente pediátrico por este sector.



## POSTERS

### EVALUACIÓN DE UN SISTEMA DE TRIAGE REGLADO APLICADO A NIÑOS EN UN HOSPITAL COMARCAL

**Autores:** Martín Rodríguez, M\*; Martín Rodríguez, J\*; Ruíz Lavela, FM\*\*; Mayor Martín, AB\*; Ros Muñoz, BF\*; Ortega Liarte, JV\*\*.

\* Enfermero \*\* Médico adjunto de urgencias

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

#### Introducción:

El uso estandarizado de escalas de clasificación clínica de gravedad de pacientes se está imponiendo en la última década de forma progresiva en todas las áreas de urgencias hospitalarias.

La institucionalización por parte de un centro, de este sistema implica una formación previa del personal que se va a encargar de dicha prestación.

El Hospital Los Arcos, centro comarcal de referencia del Mar Menor, reúne una serie de peculiaridades, que han facilitado que las Enfermeras de urgencias se responsabilicen de la puesta en marcha y funcionamiento de un sistema de triage, con gran aceptación y satisfacción por parte de todo el equipo multidisciplinar de urgencias, dicho sistema es el Sistema Español de Triage, usando en la actualidad la versión informática 3.3.

Tanto los pacientes pediátricos como los adultos son triados con este sistema de clasificación. En función de su clínica se le asigna un nivel de clasificación del 1 al 5, siendo el 1 el más grave y el 5 el menos grave.

#### Objetivos:

1º Disminuir el tiempo de espera para el primer contacto asistencial y sucesivos.

2º Aumentar la satisfacción de los usuarios de nuestro servicio.

3º Aumentar la satisfacción profesional de las enfermeras de urgencias.

#### Metodología:

Estudio retrospectivo, analítico y comparativo de datos obtenidos de los tres últimos años: 2005, 2006 y 2007, referentes a pacientes pediátricos.

Todos los datos fueron tratados estadísticamente con el programa informático Microsoft Excel 2002.

**Resultados:** Desde la implantación del Sistema Español de Triage a día 1 de Julio de 2005, se ha producido una disminución del tiempo de espera de los pacientes para ser atendidos, así como un descenso del tiempo de alta de la mayoría de los pacientes de régimen ambulatorio.

La primera valoración tiene lugar en término medio en los primeros 5 minutos de su llegada.

En el último año y quizás debido a la implantación de nuevos servicios de urgencias de atención primaria en nuestras zonas de referencia, han disminuido las asistencias en nuestro servicio. No obstante la gravedad de las patologías asistidas ha sido mayor, por ello se ha observado el descenso del tiempo de alta hospitalaria de forma muy significativa, en el primer año 2005, pasando de un 36% de pacientes que recibían el alta en menos de 6 horas a un 95%, manteniéndose en la actualidad en un 94%, debido a la gravedad de las patologías.

Aún así resulta significativo que solo en el último año del total de pacientes atendidos un 17% fueran niños y que de todos ellos el 3%, 326 pacientes, dada su situación clínica fueran ingresados.

Del total de las asistencias infantiles el 9% fue clasificado en un nivel 2 y el 31% en un nivel 3.

Un 10% del total de pacientes pediátricos eran menores de un año de edad.

De los pacientes que requirieron ingreso el 73%, 264 pacientes, obtuvo en su valoración primaria un nivel de clasificación 3 y el resto, un 27%, 88 pacientes, un nivel de clasificación 2.

#### Conclusiones:

La aplicación de sistemas de clasificación ayuda en la objetividad asistencial, siendo el uso de la información obtenida solo temporal, la reevaluación debe ser continua.

Se ha conseguido disminuir el tiempo de demora asistencial en urgencias, lo cuál implica un aumento de la satisfacción tanto para el usuario como para los profesionales.

El sistema y la protocolización existente puede dar lugar a una sobrevaloración del paciente pediátrico, pero ello es asumible frente a la situación contraria que pudiera darse en caso de valoración deficitaria.

Es también una oportunidad única para la educación sanitaria precisa de los usuarios de los servicios de urgencias, lo cual genera más confianza de los usuarios en los profesionales.



## POSTERS

### AGRESIONES REGISTRADAS EN UN SERVICIO DE URGENCIA INFANTIL

Autores: Ignacio Cerro M<sup>a</sup> Carmen, Pascual Fernández M<sup>a</sup> Cristina, Jiménez Carrascosa M<sup>a</sup> Amalia. DUEs Urgencia Infantil. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

159

#### INTRODUCCIÓN

Los profesionales que trabajan en los servicios de urgencias soportan grandes cargas de ansiedad de los pacientes y familiares que acuden como consecuencia del estrés causado en muchos casos por la gravedad.

Debido a esto los profesionales de estas unidades están expuestos a situaciones conflictivas con agresiones, que cada vez son más frecuentes.

#### OBJETIVOS

Enumerar agresiones registradas en nuestro servicio

Justificación que exponen los familiares

Grupo de profesionales con mayor número de agresiones.

Relación con el estado de gravedad

#### MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo de Abril a Diciembre de 2007 de 31 situaciones conflictivas registradas en nuestro servicio.

Las variables fueron: edad del paciente, prioridad, tiempo en ser atendido, justificación de la familia, diagnóstico, tipo de agresión, categoría profesional.

Las variables categóricas fueron comparadas mediante Chi cuadrado de Pearsón y las numéricas con la prueba de Mann-Whitney.

#### RESULTADOS:

Las agresiones verbales son las más frecuentes (80,6%), el turno con más agresiones es la tarde (51,6%). Justifican la agresión por desacuerdo en el tratamiento (35,5%). Médicos y enfermeras igual porcentaje (29%) Relacionando agresión física y el turno de trabajo el 100% se produce en el turno de noche (P <0,05)

#### CONCLUSIONES:

El turno de tarde es el que más agresiones presenta y el de noche el que presenta todas las agresiones físicas.

La justificación por parte de la familia más frecuente es por desacuerdo en el tratamiento.



## POSTERS

### ESTRATEGIA PARA MEJORAR LA SEGURIDAD DEL USO DE FÁRMACOS EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS

Berbis Morello C(1), Fernández López J(1), Moya Bernad MT(1), Escatllar González B(1), Corrales Martínez AM(1), Castellarnau Figueras E(2).

Enfermería pediátrica (1) y Facultativo Especialista (2)

Urgencias de Pediatría. Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona.

**Objetivos:** 1. Describir la medicación más utilizada en urgencias pediátricas. 2. Actualizar el stock de farmacia de nuestra Unidad. 3. Elaborar una guía farmacoterapéutica para urgencias pediátricas. 4. Iniciar un reciclaje sobre el uso de fármacos.

**Material y métodos:** Se han seguido 4 líneas de trabajo: 1. Estudio prospectivo descriptivo de fármacos utilizados en un mes y problemas surgidos. 2. Revisión bibliográfica: Medline; páginas web; textos farmacología y urgencias. 3. Reuniones de trabajo para analizar resultados. 4. Seminarios teórico-prácticos sobre uso de fármacos.

**Resultados:** Los fármacos más utilizados son: antitérmicos, broncodilatadores, corticoides, oxígeno, fluidos, antibióticos, anticonvulsivantes. Las dudas y problemas detectados por enfermería responden a dosis y diluciones, sobretodo en relación a emergencias, personal nuevo, y fármacos poco usados. En la revisión bibliográfica se obtuvieron guías para solucionar problemas detectados, realizándose reuniones para analizar resultados, con lo que se ha actualizado el stock de farmacia y elaborado una guía farmacoterapéutica. También se ha iniciado un proyecto de continuidad en forma de seminarios teórico-prácticos sobre el uso de fármacos en urgencias pediátricas.

**Conclusiones:** 1. Los fármacos más usados se ajustan a la literatura revisada. 2. Los problemas surgen en situaciones: emergencia, personal nuevo, fármacos poco utilizados. 3. La actualización del stock de farmacia es útil para optimizar recursos. 4. La guía farmacoterapéutica es una herramienta fundamental para un seguro, eficiente y eficaz uso de fármacos. 5. Las reuniones de trabajo y los seminarios sobre uso de medicación promueven la aplicación de protocolos, siendo primordiales para personal de nueva incorporación.



## POSTERS

### VARIABLES ASOCIADAS A ERRORES DE MEDICACIÓN

Colom Ferrer, L. Gonzalez Herrero, M. Vilà de Muga, M. Luaces Cubells, C.  
Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Hospital Universitari Sant Joan de Déu. Barcelona.

161

*Introducción:* La seguridad del paciente es un aspecto fundamental en el Servicio de Urgencias. Las especiales características del paciente pediátrico, hace que sea más vulnerable, sobre todo en el aspecto de los errores de medicación. La detección y análisis de este tipo de errores es imprescindible para instaurar medidas correctoras.

*Objetivos:* Describir la prevalencia, tipo y factores asociados a los errores de medicación en un Servicio de Urgencias.

*Material y Métodos:* Estudio descriptivo retrospectivo revisando los informes de urgencias emitidos en el periodo de una semana (Noviembre 2007). Como patrón de referencia se utilizaron los protocolos y guías clínicas vigentes en nuestro Centro. Los errores se clasificaron en: 1. Error de prescripción que evalúa el fármaco implicado, indicación, dosis pautada (se considera error cuando se pauta una dosis superior o inferior al 20% de la recomendada) y vía de administración, 2. Gravedad del error: leve (sin riesgo para el paciente), moderado (riesgo destacable sin compromiso vital) y grave (riesgo vital) 3. Factores de riesgo asociados: nivel de triaje, edad del paciente, experiencia del facultativo, día de la semana, hora del día.

*Resultados:* Se revisan 1906 informes; de éstos en 377 (20%) consta algún tratamiento. Las patologías en las que se prescribieron más tratamientos fueron procesos respiratorios, cuadros febriles y el tratamiento del dolor. Los broncodilatadores (57%), corticoides (36%), antitérmicos (19%), y analgésicos (6,7%) son los más utilizados.

Se detectan 92 errores (15%), todos ellos de prescripción. En 50 casos se aprecia una indicación incorrecta con predominio en la pauta de analgésicos. En 42 ocasiones se aprecia una dosis inadecuada, en 23 de ellas con dosis infraterapéuticas. No se observa ningún error en la vía de administración.

Respecto a la gravedad del error, 87 se consideraran errores leves y 5 se consideraran moderados. No se detecta ningún error de riesgo vital.

No encontramos diferencias en el número de errores según el nivel de triaje ni la edad del paciente. El mayor porcentaje de errores fue realizado por el personal asistencial con menor experiencia. En los días festivos se produjeron más errores que en los laborables (28% vs 18 %,  $P = 0,02$ ). De igual forma, en el intervalo horario de 24 a 8 horas se registraron mayor número de errores, que de 8 a 16 horas y de 16 a 24 horas (32,3 vs 17,9 vs 21,2% respectivamente;  $P = 0,03$ ).

*Conclusiones:* 1. El porcentaje de errores detectados es similar al descrito en la literatura. 2. La difusión periódica de las pautas y protocolos vigentes puede ser un modo eficaz para prevenir los errores detectados. 3. La mayor presión asistencial en los días festivos y la fatiga durante las horas de la noche son factores de riesgo para la aparición de los errores de medicación.



## POSTERS

### LA VÍA INTRAÓSEA EN PEDIATRÍA.

\*RODRÍGUEZ GÁLVEZ, RAFAEL; \*Romero Aceituno, A; \*Sánchez Rodríguez,\* M<sup>ª</sup>E; Abad Maldonado, \*A; Toscano Serrano, C; \*\*Hijona Elósegui, RM.

\* Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias de Pediatría. \*\*Hospital Universitario Clínico San Cecilio de Granada. Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias.

### INTRODUCCIÓN

La utilidad de la vía intraósea (IO) como vía de emergencia se basa en la capacidad de drenaje del sistema venoso de la médula ósea que se comporta como una vena no colapsable. Las actuales recomendaciones de la European Resuscitation Council la sitúan como segunda alternativa después de la vía periférica.

### MATERIAL Y MÉTODO

Revisión de artículos *online* así como las páginas oficiales de los distintos dispositivos.

Para ver el nivel de información se elaboró un breve cuestionario con 9 items.

### RESULTADOS

Los dispositivos más utilizados son:

Agujas con diseño específico para infusión intraósea como la aguja de Sussmane Raszyński o aguja de Cook, aguja de SUR-FAST o aguja de aspiración de médula ósea de Jamshidi.

Otros dispositivos como el BIG (Bone Injection Gun), el dispositivo EZ-IO y el sistema FAST1 (First Access for Shock and Trauma).

El sitio de punción más utilizado es la tibia, aunque está documentada la punción en húmero, esternón, clavícula, fémur, etc.

Los ritmos de infusión varían según la zona de inserción, edad, peso del enfermo, calibre del catéter, etc. Se puede administrar cualquier tipo de medicación o fluido. Las complicaciones más habituales pueden ser celulitis, osteomielitis, etc.

En cuanto al cuestionario sobresale el desconocimiento de casi todos los dispositivos para punción IO.

### CONCLUSIONES.

La vía IO ES una vía venosa temporal cuando no es posible la canalización una vía periférica o central. Esta técnica permite la colocación de un catéter para infusión en aproximadamente 60 segundos. Los dispositivos que más referenciados son la aguja de Jamshidi y el BIG. Los más modernos son el BIG, FAST 1 y EZ-IO.



## POSTERS

### EL MENOR DE DOCE MESES EN LA URGENCIA PEDIÁTRICA.

Datos primer autor: Servicio Urgencias de Pediatría.Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid.

Coautores: de la Peña Garrido, Agustín; Cordones Blanco, Francisca; Colino Romay, Elda I.; Martínez Arco, María del Mar; Magán Rodrigo, Estefanía; Campo Ortega, Noemí

163

*Objetivo:* analizar los principales motivos de consulta y el destino final de la asistencia en el servicio de urgencias en niños menores de 12 meses durante el año 2007.

*Material y método:* realizamos un estudio retrospectivo de los niños menores de 12 meses que consultan en urgencias recogiendo: edad, motivo de consulta, fecha de atención y destino final de la asistencia.

*Resultados:* de 36112 consultas durante el año 2007, 8334 corresponden a niños menores de 12 meses(23,08%); de las cuales el 93% tiene como destino final el alta domicilio. El principal motivo de consulta es fiebre (27,13%), patologías respiratorias en segundo lugar (21,87% de las cuales dificultad respiratoria ocupa el 59,24% y tos el 40,76%) y patología digestiva en tercer lugar con un 19,04%, de las cuales el vómito es el 53,85%. La patología propia del neonato engloba un 1%, incluimos ictericia, rechazo de tomas, patología del cordón y llanto inconsolable en menor de 1 mes).Noviembre 14.64%, Diciembre 12,75% y Octubre 10,37% son los meses con mas demanda asistencial.

*Conclusiones:* Urgencia es toda situación que en opinión del paciente, tutor o cualquiera que tome la determinación requiere una atención médica inmediata; la mayoría de nuestras urgencias demandadas son procesos banales solventables en atención primaria.El hecho de que el niño sea traído cada vez con procesos febriles menos evolucionados, hace difícil el manejo del lactante con fiebre y que se mantenga como principal motivo de consulta. La bronquiolitis en los meses fríos, favorece el aumento de la demanda de estos pacientes.



## POSTERS

### USO DEL ÓXIDO NITROSO EQUIMOLAR INHALADO (KALINOX®) PARA PROCEDIMIENTOS DOLOROSOS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA. NUESTRA EXPERIENCIA.

Utrero Valiente JA, Garcia Baeza MO, Gómez de la Fuente M, Gallart Martínez MD, Vaquer Herrero R  
Urgencias de Pediatría. Hospital General Universitario de Alicante.

164

**Objetivos:** Describir nuestra experiencia en analgesia con Kalinox® para diferentes procedimientos dolorosos que se practican en Urgencias de Pediatría, en cuanto a su efectividad y seguridad.

**Metodología:** Estudio Descriptivo de Serie de Casos. Se incluyen pacientes a quienes se aplicó el Kalinox® en nuestra Área de Urgencias Pediátricas, entre Marzo'07 y Enero'08. Variables analizadas: edad, tipo de procedimiento doloroso, analgesia previa y concomitante, efectos secundarios, suspensión de la técnica, duración, evaluación del dolor por el niño (Escala de Caras (edad ≥ 5 años) o Escala de CHEOPS (edad < 5 años)), y valoración de la técnica por profesional que realiza el procedimiento.

**Resultados:** n= 52 niños. Edad media: 8,8 años (2-14 años). En seis se suspende la técnica (2 por no colaboración; 4 por efectos secundarios). Duración media de inhalación: 7,92 minutos. Procedimientos dolorosos: punción lumbar (5,8%), sutura de heridas (13,5%), reducción fracturas (59,6%), venopunción (1,9%), cirugía menor (19,2%). Analgesia previa 17% y anestésico local concomitante 18%. El 51,9% presentaron efectos secundarios: somnolencia, vértigo, agitación, náuseas, vómitos y euforia; suspensión del procedimiento en 14,8% de ellos. Evaluación del dolor: 34,6% no dolor; 38,4% dolor leve; 15,3% dolor moderado; y 1,9% dolor severo. Por parte del profesional: muy satisfechos en el 42,3% de los procedimientos; 28,8% satisfechos, 11,5% indiferente, 5,8% insatisfechos.

**Conclusiones:** En nuestra experiencia, el Kalinox® resulta una técnica analgésica muy efectiva en los niños. A pesar del porcentaje significativo de efectos secundarios, éstos desaparecen en un periodo breve y, en pocas ocasiones, es preciso suspender la técnica.



## POSTERS

### UTILIZACIÓN DE ÓXIDO NITROSO EN URGENCIAS

Primer autor: Domínguez Ortega G. Servicio de urgencias pediátricas. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid

Coautores: Martín Díaz MJ, de la Torre Espí M, Molina Caballero JC.

165

#### Introducción

En el servicio de urgencias se realizan muchas técnicas diagnósticas y terapéuticas que provocan dolor y necesitan sedación y/o analgesia. El óxido nitroso es un gas que tiene un efecto analgésico, ansiolítico y amnésico. En enero de 2007 se comenzó a utilizar óxido nitroso inhalado mezclado con O<sub>2</sub> al 50% en nuestro servicio en algunos procedimientos dolorosos. El objetivo del trabajo es valorar los resultados de este primer año de experiencia en cuanto a la efectividad y a los efectos secundarios.

#### Metodología

A lo largo del año 2007 se ha hecho un registro de los pacientes en los que se ha utilizado óxido nitroso. Los datos incluidos son: edad, sexo, procedimiento realizado, asociación de otro analgésico local o sistémico, efectividad de la analgesia y efectos secundarios.

#### Resultados

Se han registrado los datos de 107 procedimientos en los que se utilizó óxido nitroso. La edad media de los pacientes fue de 9 años (mediana 9,6 años; rango de 2,2 a 16,4 años) con un 68,2% de varones. Las técnicas realizadas fueron: 65 (60,7%) reducciones de fracturas óseas (61 del antebrazo, 1 del húmero, 3 de la pierna), 14 punciones lumbares, 12 suturas de heridas, 5 artrocentesis, 5 reducciones de luxaciones, 3 extracciones de material de osteosíntesis y 2 extracciones de cuerpos extraños impactados en la piel. En 60 procedimientos (56,1%) se utilizó anestesia local además del óxido nitroso y en otros 4 (3,7%) analgesia intravenosa. Se monitorizaron con pulsioximetría 49 pacientes (45,8%) sin encontrarse ninguna alteración en ninguno de ellos. El óxido nitroso fue efectivo en 90 niños (84,1%; parcialmente en un 23,4% y totalmente en un 60,1%) (Tabla I). Sólo aparecieron efectos secundarios en 9 enfermos (8,5%): vómitos (5), agitación (2) y alteraciones visuales (2). Todos fueron leves, autolimitados y de pocos minutos de duración.

	Número de procedimientos	Sin efectividad	Efectividad parcial	Efectividad total
Reducción de fracturas óseas	65	9	15	41
Punción lumbar	14	8	0	6
Sutura de heridas	12	0	5	7
Artrocentesis	5	0	2	3
Reducción de luxaciones	5	0	1	4
Extracción de material de osteosíntesis	3	0	1	2
Extracción de cuerpo extraño dérmico	2	0	0	2

#### Conclusiones

El óxido nitroso mezclado con O<sub>2</sub> al 50% es seguro y efectivo para aliviar la ansiedad y el dolor que conllevan algunos procedimientos en los servicios de urgencias pediátricos.



## POSTERS

### TRASLADOS URGENTES PEDIÁTRICOS DESDE UN HOSPITAL COMARCAL

Jiménez Escobar V, Esparza Paz P, Durán Urdaniz G, Gimeno Ballester J, Cabria Fernández A, Landa Aristizábal V, Servicio de Pediatría Hospital García Orcoyen de Estella, Navarra.

166

**OBJETIVO:** Analizar las características de los traslados pediátricos desde el Hospital comarcal García Orcoyen al Hospital de referencia ( Nivel III) desde Enero 2007 a Diciembre 2007.

**MATERIAL Y METODOS:** Estudio retrospectivo de pacientes trasladados desde planta y Urgencias en el año 2007. Se han recogido los datos siguientes mediante revisión de Historia Clínica Informatizada: Edad, Sexo, Fecha de traslado, Motivo de traslado, evolución y diagnóstico final en el Hospital receptor.

**RESULTADOS:** De un total de 6460 Urgencias Pediátricas atendidas en el Hospital García Orcoyen se han trasladado 74 pacientes desde el Servicio de Urgencias (1,1%) y 14 desde la planta de Hospitalización.(1,9%). El 56 % corresponde a varones y 44 % a mujeres. En el periodo neonatal se han trasladado 3 niños.

La media de traslado mensual es de 7 pacientes con un pico en el mes de Julio ( 14 pacientes).

Desde Hospitalización los diferentes motivos de traslado han sido: Completar estudio (6), empeoramiento clínico (5) e indicación quirúrgica en tres casos ( absceso palatino y 2 derrames pleurales).

Desde el Servicio de Urgencias los motivos de traslado han sido: quirúrgico (33), Neurológico (13), respiratorio (4), infeccioso (2), intoxicación (2), nefrológico (1), Debut diabético (1), Oncológico (1). Las consultas dirigidas a especialistas han sido 12 ( ORL, Oftalmología, C. Plástica, C maxilofacial).

### CONCLUSIONES:

- 1.- El principal motivo de traslado desde Hospitalización es la necesidad de completar estudios y en segundo lugar el empeoramiento clínico
- 2.- El principal motivo de traslado desde Urgencias es el Abdomen agudo y en segundo lugar la patología neurológica.
- 3.- Relacionamos el pico estival de traslados con el mayor número de Urgencias por afluencia de veraneantes en ésta zona.



## POSTERS

### LA DERIVACIÓN DE PACIENTES A UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Sanz de Miguel, M<sup>a</sup> Pilar; Velasco Manrique, Marta Vega; Campos Calleja, Carmen; García Jimenez, Inmaculada

Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

167

1. OBJETIVOS: Realizar un estudio epidemiológico descriptivo de la derivación de pacientes a nuestra Unidad de Urgencias a través de informes médicos escritos.

2. METODOLOGÍA: Se han revisado de forma aleatoria los informes de urgencias de 25 días laborables de septiembre y octubre de 2007 (periodo exento de epidemias) incluyendo en el estudio sólo los pacientes derivados por escrito. Se han recogido variables epidemiológicas, datos de cumplimentación del informe escrito, motivo de la derivación y actuación en urgencias entre otros. El estudio estadístico se ha realizado mediante el programa SPSS

3. RESULTADOS: Los pacientes incluidos constituyen un 10% de las urgencias atendidas en el periodo estudiado; de ellos un 63% eran varones, un 62% procedía de un centro de Atención Primaria y un 59% consultaba en horario de tarde. Además, el médico no se identificaba en un 4,5% de los informes y en un 21% no lo hacía de forma legible. La patología derivada era traumática en un 41% de los casos. Se realizó alguna prueba en un 60% de los pacientes, de las cuales un 56% fueron Rx. El destino fue el alta en un 53%, control ambulatorio en un 14%, la Unidad de Observación en un 10% y el ingreso en un 21%.

4. CONCLUSIONES: La mayoría de los pacientes son derivados por causa traumatológica para realización de pruebas radiológicas. Es deseable una cumplimentación correcta y legible de los informes de derivación ya que facilita la comunicación de los profesionales entre Atención Primaria y Especializada.



## POSTERS

168

### ANÁLISIS DE LOS TRASLADOS DESDE EL ÁREA DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL AL DE REFERENCIA

Dra. Martínez Roda, Dra. Jover Pereira, Dra. Nieto Gámiz, Dra Muñoz Yribarren, Dr. Varona García, Dra. Torres González de Aguilar, Dr. García Garmendia.

Área de Pediatría. Servicio de Urgencias y Cuidados Críticos. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Consorcio Sanitario Público del Aljarafe. Bormujos. Sevilla.

**INTRODUCCIÓN:** El Hospital San Juan de Dios del Aljarafe es un Hospital Comarcal de ámbito periurbano abierto en Dic-03, con una población de 230.000 habitantes. Atiende Urgencias pediátricas con una Observación sin hospitalización. No dispone de subespecialidades ni obstetricia.

**OBJETIVO:** Análisis de los traslados al Hospital de Referencia generados por las urgencias pediátricas entre 2004-2006.

**MATERIAL Y MÉTODO:** Estudio retrospectivo de cohorte. Variables: edad, nivel de triaje, patología, ingreso en UCI, y mortalidad. Se consideraron dos tipos de traslados: traslados obligados por cartera de servicios (cirugía, traumatología, estudio por subespecialidades..) y traslados de riesgo [TR] (patología infecciosa, respiratoria, neurológica y TCE).

**RESULTADOS:** Se atendieron 53.593 niños en los 3 años, 16.469 en 2004, 17.675 en 2005 y 19.449 en 2006, pasando un 4,5% a Observación. El 30,6% de la patología fue traumatológica. La proporción de Triage N1 fue del 0.65%. Se trasladaron 566 niños (1,06%), distribuidos para cada año en 239 (1,45%), 151 (0,85%) y 176 (0,90%). N1 se asoció significativamente al traslado (RR 15,7 IC95% 12,0-20,4;  $p < 0,001$ ). La tasa de TR fue del 36% en 2004, 29% en 2005 y 23% en 2006, que fueron el 0,53%, 0,25% y 0,21% de los atendidos. De 171 TR se localizaron 161 historias en el Hospital de Referencia. Requirieron UCI 17 niños (4,6% en 2004, 15,5% en 2005 y 15% en 2006). La patología de UCI fue respiratoria (7), status convulsivo (4), sepsis (4) y TCE grave (2). Precisaron ventilación mecánica 7 niños (41%). N1 se asoció significativamente al ingreso en UCI (RR 2,6 IC95% 1,07-6,36;  $p = 0,03$ ), no así la edad  $< 3$  meses (RR 2,32 IC95% 0,95-5,64;  $p = 0,06$ ) o la estancia en Observación (RR 1,48 IC95% 0,59-3,70;  $p = 0,39$ ). No hubo fallecimientos en Urgencias ni en los TR.

**CONCLUSIONES:** 1. La tasa de derivación es baja y se ha reducido a lo largo del trienio. 2. La proporción de TR derivados ha descendido progresivamente. 3. La gravedad al ingreso en Urgencias se correlacionó con la probabilidad de traslado y con el ingreso en UCI.



## POSTERS

### **ASISTENCIA A PARTOS EN UN HOSPITAL COMARCAL SIN MATERNIDAD : NUESTRA EXPERIENCIA.**

Dra. Torres, Dr. Varona, Dra. Muñoz, Dra Jover, Dra. Nieto, Dra. Martínez.

Área de Pediatría. Servicio de Urgencias y Cuidados Críticos. Hospital San Juan de Dios del Aljarafe. Consorcio Sanitario Público del Aljarafe. Bormujos. Sevilla.

169

#### INTRODUCCIÓN

Trabajamos en un Hospital Comarcal de ámbito periurbano que atiende a una población de 230.000 habitantes, sin estar incluida la asistencia a partos.

#### OBJETIVOS

Análisis de la asistencia a los partos atendidos en nuestro Hospital durante el período 2004 – 2007, ya que no disponemos de la infraestructura ni recursos adaptados a esta necesidad.

#### MATERIAL Y MÉTODO

Análisis retrospectivo de los partos atendidos en Urgencias.

VARIABLES ANALIZADAS : Paridad, nacionalidad, control de embarazo, edad gestacional, horas de trabajo de parto, amniorrexis, lugar de asistencia al parto, peso, necesidad de RCP, patología del RN, lactancia materna, estancia hospitalaria y necesidad de traslado.

#### RESULTADOS

Se atendieron un total de 7 partos. En 6 casos fueron atendidos en la Sala de Emergencias por un médico de familia y un pediatra de guardia . La edad gestacional tuvo un promedio de 36,5 semanas, la amniorrexis tuvo una media de 4,5 horas previas al parto, la dilatación un periodo medio de 6 horas, el promedio fue de madre tercípara, el 57% de las gestaciones no estaban controladas, y en el 71% de los casos la madre era de nacionalidad española. El peso medio de los RN fue de 2800 grs ( 1000 gr→3600 grs). El Test de Apgar fue 9/10 en el 72% de los casos, y en ningún caso hubo que realizar RCP profunda. El 72% de los RN fueron sanos y recibieron el alta hospitalaria en 48 horas. Se derivaron 2 niños al hospital de referencia, por prematuridad ( RN 28 semanas ) y Sdr. de abstinencia a cocaína. En el 57% de los casos los RN recibieron lactancia materna exclusiva.

#### DISCUSIÓN

La necesidad inmediata de asistencia a gestantes en periodo expulsivo hace previsible esta situación en los Servicios de Urgencias de Hospitales, motivo por el que se debería tener preparado un dispositivo de asistencia inmediata para la madre y el RN. En nuestro caso, estamos gestionando la compra del material necesario para una adecuada reanimación al Recién Nacido.



## POSTERS

170

### PERFIL DE INGRESOS DE LOS RECIÉN NACIDOS A TÉRMINO VS PRETÉRMINO PROCEDENTES DE URGENCIAS

Autores: Navarro A, Del Cañizo-Moreira M, Pineda A, Cerveró L, Sanchis A, Simó R, Hernández R.  
Centro: Unidad de Neonatología, Servicio de Pediatría, Hospital Universitario Dr. Peset (Valencia).

Objetivos: Conocer las características clínico-epidemiológicas de los recién nacidos ingresados en nuestra Unidad, procedentes de Urgencias, según edad gestacional.

Metodología: Estudio retrospectivo de recién nacidos ingresados desde Urgencias, entre enero 2002 y diciembre 2007. Variables analizadas: Edad gestacional, sexo, edad al ingreso, días estancia y diagnóstico, consultando nuestra base datos.

Resultados: En este periodo hubo 13.363 recién nacidos (RN) en nuestro Hospital, 12.532(93.8%) fueron recién nacidos a término (RNT) y 831(6.2%) pretérmino (RNPT).

Ingresaron 2391 en Neonatos, de los cuales 309(13%) procedían de Urgencias. Según edad gestacional, 290(94%) fueron RNT y 19(6%) RNPT.

La distribución por sexos fue similar en ambos grupos.

Los RNPT ingresaron desde Urgencias fundamentalmente la 1ª semana de vida(37%) y RNT en la 2ª, precisando menos de 5 días de ingreso, 53% de RNT y 63% de RNPT.

Diagnósticos al alta, RNT: patología respiratoria(29%), ictericia(18%)e infección urinaria, ITU(11%); RNPT: bronquiolitis(32%), observación clínica(26%) y en igual proporción(5%) ictericia, infección urinaria, gastroenteritis y problemas alimentación.

Conclusiones:

- Proporcionalmente, los RNPT no ingresan más desde urgencias que los RNT.
- En ambos grupos, la causa más frecuente de ingresos fue la patología respiratoria, bronquiolitis la más prevalante, sobre todo en RNPT.
- La 2ª causa fue ictericia en RNT y observación clínica con ausencia de patología, en RNPT.
- La 3ª causa en RNT son ITU, mientras que en RNPT en igual porcentaje ictericia, trastornos digestivos e ITU.
- Como patología importante, una cardiopatía compleja en un RNT en el total de los 13.363 RN con programa de alta precoz.



## POSTERS

### ANÁLISIS DE LA DEMANDA DE ASISTENCIA EN URGENCIAS Y SUS CIRCUNSTANCIAS ASOCIADAS: ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE PACIENTES QUE ACUDEN POR INICIATIVA PROPIA VS DERIVADOS.

Simón Esteban, Milagros; López García, Juan; Guerra Ayllón, Olvido; Morala Morena, Sofía; García García, Santos; Fernández López, Noelia.

Servicio de Urgencias del Hospital Infantil Universitario La Paz. Madrid

171

#### Objetivos

- 1- Analizar las diferencias existentes entre pacientes que acuden a un servicio de urgencias pediátrico (SUP) por iniciativa propia y los que son derivados por personal sanitario, durante el horario de asistencia de los centros de atención primaria.
- 2- Comparar la diferencia de nivel de gravedad asignado entre ambos grupos.
- 3- Análisis de los factores que se relacionan con los pacientes que acuden por decisión propia.

#### Metodología

Los datos para el estudio comparativo de ambos grupos se recogieron durante el horario de atención de los centros de primaria, de lunes a viernes laborables. Se excluyeron los pacientes con nivel de prioridad muy urgente (nivel I y II de V).

#### Resultados

Se atendió a un total de 1298 pacientes durante un periodo de 2 semanas (Noviembre de 2007, de lunes a viernes y de 9 a 21 horas), de los cuales se selecciona una muestra de 502 pacientes (39%). Al 22,5% les correspondió nivel III, al 68,5% nivel IV y al 9% nivel V. Del total, el 56,7% acudió por decisión propia. La distribución se muestra en la siguiente tabla:

	Grupo I: Derivados por:				Grupo II: Acuden por decisión propia:									
	Ambulancia	Primaria con informe	Primaria sin informe	112 * Tfno	Quiere 2ª opinión	Quieren que le realicen pruebas	Considera su proceso urgente	Falta de información	No confía en su pediatra	Primaria no tiene pediatra	Pediatra de baja / libra	No les dan cita para hoy	Vienen a otras especialidades	
Nº	11	149	55	2	33	8	123	10	29	11	13	38	16	
%	5,1	68,7	25,3	0,9	11,8	2,9	43,4	3,7	10,3	3,9	4,8	13,5	5,7	
Total	217 (43,23%)				285 (56,77%)									

Existía un mayor nº de pacientes de nivel de gravedad III los lunes con respecto al resto de la semana (35,7%;  $p < 0,005$ ). También ese día existía mayor nº de pacientes derivados con informe y sin informe (24,9% vs. 18,7%;  $p < 0,01$ ), y a su vez los pacientes que no obtienen cita en primaria para ese día son mayoría con el 38,2%. Para el total de la muestra fue significativo que los pacientes que querían una 2ª opinión y los que no obtuvieron cita para ese día eran de menor gravedad (13,3% vs. 15,6% de nivel V;  $p < 0,001$ ). Para el grupo al completo, el mayor nivel de gravedad (nivel III) se encontraba significativamente más elevado en los pacientes derivados (59,3%), mientras que los que acudieron por decisión propia se encontraban en el nivel de gravedad más bajo (73,3% de nivel V;  $p < 0,001$ ). Entre los que aportan informe, al 35,4% se les asignó nivel de prioridad 3 ( $p < 0,006$ ). Del grupo que no aporta informe no hay concordancia con el nivel de gravedad.

#### Conclusiones

- 1- El SUP se ve sobrecargado los lunes con mayor nº de pacientes, por un lado más graves, y con otro grupo de pacientes menos graves resultado de la imposibilidad de no obtener cita en su centro de primaria para ese día.
- 2- Independientemente del día, el SUP se sobrecarga con pacientes de menor gravedad que acuden por falta de pediatra en primaria y/o su pediatra está de baja o librando.
- 3- En nuestra muestra, los pacientes derivados previamente valorados, muestran mayor nivel de gravedad, por lo que atención primaria resulta un elemento clave en la selección previa de pacientes a admitir en el SUP.
- 4- El SUP está siendo objeto de una sobrecarga añadida cuyo origen son los problemas organizativos-asistenciales de atención primaria. Sería conveniente una reorganización de los servicios de atención primaria.



## POSTERS

### PERFIL Y FACTORES ASOCIADOS A LA DEMANDA DE ASISTENCIA URGENTE DE BAJA COMPLEJIDAD

Gellida Royo M, Call Ramon L, Castellarnau Figueras E, Jarrod Pàmias M, Soriano Arandes A, Garcia-Baiges N

Urgencias de Pediatría. Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona.

172

**Objetivos:** Estudiar el perfil de la demanda de asistencia urgente de baja complejidad y analizar los factores asociados.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de la demanda de asistencia urgente por patología médica o quirúrgica en < 15 años durante 2007. Se define paciente de baja complejidad el que tiene estancia inferior a 6 horas y destinación al alta a domicilio. Se analizan los factores: horario de asistencia, procedencia y derivación, así como disponer de atención continuada ABS (Área Básica de Salud) y edad.

**Resultados:** Se han atendido 19.909 pacientes de baja complejidad (78,01% del total) la mayoría < 5 años. Un 43,73% en fin de semana, 31,77% en horario de consulta y 24,50% en horario de atención continuada. Existe predominio de porcentaje de derivaciones en horario de consulta, sin diferencias en relación a la procedencia según horario de demanda. El 82,57% procede del área adscrita al Hospital, diferenciándose según horario de demanda y derivación. La demanda espontánea de baja complejidad procedente de los ABS con atención continuada es significativamente mayor a la derivada en todos menos en uno. Un 92,46% de los pacientes acude directamente a urgencias, sobretodo en fin de semana y de áreas próximas al Hospital.

**Conclusiones:** 1. El perfil del paciente de baja complejidad que demanda asistencia urgente es un menor de 5 años que acude durante el fin de semana, de un área próxima al hospital y sin estar derivado. 2. Disponer de atención continuada en el área sanitaria adscrita no influye en la frecuentación por baja complejidad. 3. La edad menor de 5 años es un factor asociado a la demanda de baja complejidad.



## POSTERS

### HIPERFRECUENTADORES DE ASISTENCIA URGENTE: ¿SON SIEMPRE LOS MISMOS?

César Díaz S, Gellida Royo M, Castellarnau Figueras E, Jariod Pàmies M, Garcia-Baiges N, Soriano Arandes A

Urgencias de Pediatría. Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona

173

**Objetivos:** Describir el comportamiento de los hiperfrecuentadores (HF) de Urgencias de Pediatría (UP) y en Atención Primaria (AP).

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de la demanda de niños, residentes en nuestra provincia, nacidos a partir del año 1994 y atendidos en UP en el periodo 1997-2007, excluyéndose los que no completan un año de seguimiento. Se registran: sexo, procedencia, diagnóstico, edad y destino en la primera visita a urgencias, nº visitas. Se define como HFUP el que en su 1º o 2º año de vida realiza  $\geq 6$  visitas o acumula  $\geq 10$  visitas en los 10 primeros años de vida. Los pacientes HFUP se identifican para seguir su comportamiento en la demanda espontánea en AP, considerándose HFAP los que realizan la media de consultas más una desviación estándar (3,7+1)

**Resultados:** Se registran 28.681 pacientes diferentes seguidos al menos 1 año. La proporción de HFUP es 7,1%, 809 niñas y 1.229 niños. Se encuentran diferencias significativas a favor HFUP en los factores: sexo masculino, mayor cercanía geográfica, centro de salud, año nacimiento, menor edad 1ª visita UP. Los HFUP también son HFAP.

**Conclusiones:** 1. Un pequeño porcentaje de niños es responsable de una elevada proporción de visitas a urgencias. 2. Los factores asociados son: sexo masculino, procedencia, edad en la 1ª visita a UP. 3. La condición de hiperfrecuentador tiende a mantenerse constante independientemente del servicio considerado. 4. Su frecuentación condiciona un aumento de la carga asistencial tanto en UP como en AP.



## POSTERS

### DISEÑO DE UN BOX DE REANIMACIÓN Y CRÍTICOS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA

Moya Bernad MT, Corrales Martínez A, Canadell Olivé M, Berbis Morelló C, Escatllar González B, Castellarnau Figueras E.

174

Urgencias de Pediatría. Hospital Universitari Joan XXIII de Tarragona.

*Objetivos:* Describir la metodología de trabajo y los resultados funcionales obtenidos al diseñar un box para la atención de patología crítica y RCP pediátrica priorizando su utilidad y máxima confortabilidad para el personal sanitario.

*Material y métodos:* Se ha trabajado con la metodología de las técnicas de mejora de calidad, creando un grupo de trabajo integrado por profesionales de enfermería y pediatría para: 1. Identificar problemas surgidos con anterioridad en la atención a urgencias vitales. 2. Analizar los datos obtenidos en revisión bibliográfica de la base de datos Medline y revisiones sistemáticas Cochrane, así como páginas web de sociedades y organizaciones. 3. Proponer soluciones. 4. Elaborar el proyecto arquitectónico mediante el programa informático Autocad.

*Resultados:* Las recomendaciones y propuestas de mejora elaboradas por el grupo de trabajo se estructuran en 2 vertientes, una de remodelación estructural y otra de renovación tecnológica. El diseño del box se ha realizado mediante un mapa, para visualizar mejor nuestra propuesta, que se acompaña de las recomendaciones de accesibilidad, dotación estructural y mobiliario, instalación eléctrica, gases y vacío, etc. La renovación tecnológica incluye material, instrumental y fármacos.

*Conclusiones:* 1. Este trabajo describe la metodología empleada para diseñar un box de atención crítica para urgencias de pediatría. 2. Las soluciones propuestas por el grupo de trabajo y aceptadas por la dirección del hospital han aportado novedades respecto a la infraestructura previa. 3. La bibliografía consultada tiene puntos de coincidencia con nuestro diseño pero pone de manifiesto que cada hospital tiene sus propias variantes. 4. Nuestro trabajo evidencia que es posible afrontar la reforma de urgencias utilizando la metodología de calidad.



## POSTERS

### DIFICULTADES CON EL MANEJO DE LA LACTANCIA MATERNA DETECTADAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS.

Santiago Moliz, Carmen; Guilló Girard, Carmen; Garza Fernandez, Rebeca; Fernandez Grima, Rosa M<sup>a</sup>; Antón Compadre, M<sup>a</sup> Luz; Morala Morena, Sofía.

Enfermeras del Servicio de Urgencias del Hospital Infantil. Hospital Universitario La Paz. Madrid

175

#### Objetivos:

- 1- Detectar dificultades con la técnica de lactancia materna (LM).
- 2- Identificar acciones necesarias para su solución.
- 3- Elaborar una guía de ayuda y promoción de la LM en base a los datos obtenidos.

#### Metodología:

Se recogen datos de lactantes que acuden a urgencias por distintos motivos de consulta, y en los que se detectaron dificultades con la LM (se excluyen los lactantes en los que no se objetivaron dificultades). Los datos recogidos fueron: motivo de consulta, nacionalidad de la madre, edad del niño, tipo de dificultad con la LM (ver tabla) y actividad del personal.

Dificultad detectada	Nº	%
Postura inadecuada del lactante al pecho	45	44,5
Crisis de lactancia	7	6,9
Bebe somnoliento	4	4
Incorporación de leche artificial	37	36,6
Relactación	10	9,9
Confusión pecho-tetina	16	15,8
Inadecuado manejo del llanto	10	9,9
No lactancia a demanda	24	23,8

#### Resultados:

Se obtuvieron 101 casos con dificultades objetivadas (ver tabla). El motivo más frecuente fue la postura inadecuada, seguido de la introducción de leche artificial y la no lactancia a demanda. La mayoría de las dificultades se concentran en los primeros 15 días de vida y disminuyen a partir del primer mes. El 58% de los lactantes < 1 mes (71%) tienen dificultades posturales, el 40% tienen problemas por haber introducido leche artificial y el 24 % con el concepto "a demanda". Por el contrario, los casos > 3 meses (7%) tienen dificultades con la relactación (86%).

#### Conclusiones:

- 1- La mayoría de las dificultades detectadas se solucionarían enseñando a la madre como adoptar una postura adecuada al pecho.
  - 2- Las dificultades con la LM surgen en el primer mes, con lo que cualquier acción que se emprenda para favorecer una LM satisfactoria y prolongada, se debe centrar en dicho periodo.
- Las dificultades con la LM no son motivo de consulta en la urgencia pediátrica, aunque es un lugar idóneo para detectarlas precozmente. Con un folleto guía y póster informativos complementaríamos y resolveríamos las dudas más frecuentes.



## POSTERS

### HIPERFAGIA A PROPÓSITO DE UN CASO: DOCTORA ¿NO TENDRÁ LA SOLITARIA?

Domínguez Bernal, Eva; Ortega Casanueva, Cristina; Casado Sánchez, Laura; Raga Poveda, Teresa; Romero Escós, Dolores y Penela de Guevara, Teresa.  
Complejo Asistencial de Segovia. Unidad de Pediatría

176

*Introducción:* La hiperfagia es motivo de consulta infrecuente en pediatría. Las causas varían desde clínica cardinal de diabetes (poliuria, polidipsia) a trastornos del comportamiento alimentario (bulimia, vómitos) a zoonosis, ferropenia, lesiones hipotalámicas, efectos 2º de fármacos...

*Caso Clínico:* Niño de 7 años que consulta por hiperfagia desde hacía una semana, y en las últimas 48 h asocia dolor abdominal, poliuria (sin disuria ni polidipsia) hinchazón parpebral y cansancio. No presenta cefalea, vómitos, diarrea ni episodios previos similares. Había tenido fiebre y tos estridulosa por lo que venía recibiendo tratamiento con Ibuprofeno 5-10mg/kg/dosis y dexametasona (DXM) 0.3mg/kg cada 12h durante 7 días. El cuadro laríngeo evolucionó favorablemente. Ganancia de 2,3kg en una semana. Como antecedentes personales: asma leve intermitente en mantenimiento con Montelukast. Numerosos episodios de laringitis leves. A la exploración: fenotipo peculiar, tumefacción facial, parpebral y de dorso de manos y pies. Mucosas normales. Cardiopulmonar, neurológico normal. Abdomen distendido sin megalias. Mucosidad nasal. Tensión arterial en límite alto de normalidad. Ante la sospecha de síndrome de Cushing 2º a esteroides se realiza pauta de retirada lenta, con mejoría progresiva del estado anímico, control de la ingesta, y del balance ponderal.

*Discusión:* La DXM, es un esteroide sintético similar al cortisol, que inhibe la hormona corticotropa (ACTH) en individuos sanos. Usada como Test diagnóstico de supresión (para enfermedad de Cushing) realizado a baja/alta dosis y en pauta estándar de 3 días ó un día ( la máxima dosis de DXM administrada es 8 mg/día). El síndrome de Cushing cursa con euforia, cara luna llena, joroba de búfalo, obesidad central, aumento de peso, debilidad, cefalea, acné, estrías purpúricas, sed, poliuria...Analíticamente: acidosis metabólica, hipokaliemia, hipernatremia, hipercalciuria y diuresis osmótica, poliglobulia, hiperglucemia, hipertrigliceridemia...En este supuesto no fue necesaria su solicitud que también depende de la duración e indicación de la terapia aplicada: sustitutiva, mantenimiento, episódica etc estando relacionado con el grado de atrofia de las glándulas suprarrenales.

*Conclusión:* El diagnóstico del Cushing iatrógeno por corticoides es eminentemente clínico. La DXM tiene una vida media larga, se administra cada 24 h y con dosis techo en 10 mg/día. Los corticoides se pautan a la dosis mínima efectiva. La dosis en laringitis es Prednisolona y Deflazacort 1 mg/kg/día. máximo 3-5 días, Dexametasona 0,15-0,6 mg/kg/día generalmente monodosis (a lo sumo repetir dosis en 24-36 horas).



## POSTERS

### INSUFICIENCIA RENAL AGUDA SECUNDARIA A MALARIA

Autores: A. García Figueruelo\*, M. Botrán Prieto\*, A. Berroya Gómez\*, R. Marañón Pardillo\*, A. Luque De Pablos\*\*, A. Alcaraz Romero\*\*

177

S Urgencias Pediatría\*, S Nefrología Infantil\*\*, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid

*Introducción:* La malaria es una enfermedad infecciosa con múltiples complicaciones que incluyen la insuficiencia renal aguda (IRA).

A continuación exponemos un caso de insuficiencia renal secundaria a malaria atendido en nuestro servicio de urgencias.

*Caso clínico:* Mujer de 4 años, oriunda de Guinea Ecuatorial, que acude a urgencias por IRA (oligoanuria, aumento creatinina y urea), fiebre y diarrea. Refiere 2 crisis de paludismo en los últimos 20 días, tratados con fluidoterapia, antipalúdicos (arthemeter) y antibioterapia. Presenta edemas generalizados, palidez y abdomen distendido con hepatomegalia. Se objetiva: anemia, leucocitosis, acidosis metabólica e insuficiencia renal (urea 286 mg/dl, Cr 8.9 mg/dl, Úrico 11.3 mg/dl), complemento normal, no esquistocitos ni hematíes falciformes. Pruebas imagen: derrame pleural bilateral, ascitis, hepatomegalia e hiperecogenicidad medular renal con Doppler normal. Gota gruesa y estudio microbiológico: negativos.

Se trata con diálisis peritoneal, con evolución favorable.

*Discusión:* Existen dos formas de afectación renal en el paludismo: 1.- Síndrome nefrótico (edema, proteinuria e HTA) secundario a *P malariae* (malaria cuartana). 2.- Insuficiencia renal secundaria a *P falciparum*, producida por hipoperfusión renal debida a hipovolemia (vómitos, diarrea, fiebre y sudoración) e incremento de la viscosidad sanguínea (deshidratación y aumento de parasitemia), y acúmulo de pigmento tubular (hemoglobina) secundario a hemólisis. En nuestro caso, los hallazgos clínicos y analíticos son sugestivos de insuficiencia renal secundaria a *P. falciparum*, aunque hubo que considerar otras causas frecuentes de insuficiencia renal como el síndrome hemolítico urémico, caracterizado por IRA, anemia hemolítica y diarrea, y descartado en este caso por presentar plaquetas, complemento y frotis sanguíneo normal.



## POSTERS

### FORMAS DE PRESENTACIÓN DE LA MALARIA EN NUESTRAS URGENCIAS

Celorio Duarte, Silvia. López Corominas, Victoria. Ferrés i Serrat, Francesc.

Unidad de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitari Son Dureta. Palma de Mallorca.

**INTRODUCCIÓN:** Los grandes cambios demográficos experimentados en nuestro país en estos últimos años (en Baleares la inmigración constituye actualmente el 16 % de la población) ha provocado una eclosión de enfermedades en cuyo manejo no estábamos habituados. La malaria es una de ellas. Es importante conocer la variabilidad de su expresión clínica y los datos que nos ayudarán a la sospecha diagnóstica.

**OBJETIVOS:** Conocer los motivos de consulta y las características clínicas y epidemiológicas de los niños diagnosticados de paludismo en nuestro centro.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio retrospectivo descriptivo de niños diagnosticados de paludismo en nuestro hospital en los últimos 17 años.

**RESULTADOS:** Se diagnosticaron 17 pacientes (14 entre los años 2000 y 2007), 6 niñas y 11 niños. La edad media fue de 7 años, con rango de edad entre 2 años y medio y 13 años. Todos eran hijos de inmigrantes. Su procedencia era: Guinea (12), Nigeria (3), Camerún (1) y Colombia (1). Desde su llegada a España habían transcurrido entre dos días y cuatro meses (valor medio de 28 días). 9 de ellos (53%) referían al interrogarles historia previa de paludismo. Los principales motivos de consulta fueron los siguientes: síndrome febril 9 casos (53%), dolor abdominal 5 (29%), ictericia conjuntival 2 (12%) y anorexia con pérdida de peso un paciente (6%). Las manifestaciones clínicas fueron las siguientes: 12 pacientes (70%) presentaron esplenomegalia, 9 (53%) tuvieron fiebre, 9 (53%) hepatomegalia, 8 (47%) dolor abdominal, 2 (12%) ictericia, 2 (12%) cefalea, 2 (12%) dolores osteomusculares y 2 (12%) somnolencia. La alteración analítica más frecuente fue la anemia, que la presentaron 12 pacientes (70%), precisando transfusión 3 de ellos. 4 (23%) presentaron alteración analítica de la función hepática (hiperbilirrubinemia y/o transaminitis). El diagnóstico se realizó mediante gota gruesa y también con la técnica de reacción en cadena de la polimerasa (RCP) desde 2001. Todos los pacientes evolucionaron favorablemente tras el tratamiento antimalárico.

**COMENTARIOS Y CONCLUSIONES:** 1- El paludismo en nuestro medio es fundamentalmente una patología asociada al fenómeno de la inmigración. 2- A todo niño procedente de un área endémica de paludismo siempre debe descartarse que tenga malaria cuando presente cualquier síntoma o hallazgo compatible: no sólo fiebre sino también expresiones “menos típicas” como dolor abdominal, síntomas respiratorios, hepatomegalia y/o esplenomegalia, ictericia, somnolencia, pérdida de peso, etc. 3- Aunque en nuestra serie no existe ningún español que haya viajado a zonas endémicas, debe interrogarse sobre viajes a dichos países ante manifestaciones compatibles con paludismo. 4- La presencia de anemia y/o alteración analítica de la función hepática son datos analíticos que ayudan a reforzar la sospecha de la enfermedad. 5- La sospecha diagnóstica debe confirmarse mediante gota gruesa y RCP si se dispone de dicha técnica.



## POSTERS

### GASTROENTERITIS. ¿SON MÁS GRAVES EN PACIENTES HIJOS DE INMIGRANTES? LA EXPERIENCIA EN NUESTRO SERVICIO.

S. Benítez Fusté, J. Deulofeu Giralt, J. Fàbrega Sabaté, F. Brossa Guerra, R. Cilveti Portillo, C. Rodrigo Gonzalo de Liria.

Unidad de Urgencias de Pediatría. Servicio de Pediatría. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona. Universitat Autònoma de Barcelona.

179

**Objetivos:** La gastroenteritis aguda (GEA) es un motivo de consulta frecuente en urgencias. Aunque su evolución suele ser benigna sin requerir ingreso, últimamente hemos observado un incremento de los casos graves en lactantes hijos de inmigrantes. Se pretende comparar si las GEA que requieren ingreso son más graves en los hijos de inmigrantes que en la población autóctona.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de todos los niños entre 1 y 24 meses de vida, afectos de GEA grave ingresados en nuestro centro durante el 2007. Se recogen características clínicas, analíticas y microbiológicas y se comparan los casos de población autóctona versus inmigrante. Se realiza el análisis estadístico mediante SPSS Windows v 15.0. Se predetermina significación estadística como  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Durante el año de estudio, se ingresaron 25 pacientes por GEA grave. De ellos 11 (44%) fueron hijos de inmigrantes y 14 (56%) de autóctonos. La media de edad entre los dos grupos fue  $6.45 \pm 6.07$  y  $9.42 \pm 5.69$ , los días de evolución  $2 \pm 1.3$  y  $2.7 \pm 1.5$ , y presentaron fiebre el 58% y 53%, respectivamente; sin diferencias significativas entre ambos grupos. Se identificó el agente causal únicamente en 9 casos (36%): 7 casos *rotavirus*, 1 *campylobacter*, y otro caso de coinfección por ambos gérmenes. De los datos analíticos el grupo inmigrante presentó una acidosis metabólica más acusada ( $7.19 \pm 0.08$  respecto  $7.25 \pm 0.09$ ,  $p = 0.05$ ), sin diferencias en las cifras de urea ( $44 \pm 21$  mg/dL respecto  $44 \pm 40$ ). La evolución fue favorable en todos los casos con una media de días de ingreso de  $3.54 \pm 1.36$  y  $3.14 \pm 1.65$ , respectivamente, sin observarse diferencias significativas ( $p = 0.2$ ).

**Conclusiones:** A pesar de que en nuestro medio la GEA puede considerarse una patología banal, persisten casos graves con deshidratación y acidosis metabólicas severas. Se insinúa un aumento del número de casos de pacientes con GEA y deshidrataciones graves a raíz del aumento de la inmigración, aunque el escaso número de nuestro estudio no permite obtener diferencias significativas respecto a los pacientes autóctonos.



## POSTERS

### MIASIS DEL CUERO CABELLUDO, UNA PATOLOGIA EMERGENTE DEL NIÑO INMIGRANTE.

Hernández Vega, Yaiza. Molera Busoms, Cristina. Rius Gordillo, Neus. Solé Heuberger, Elisenda. May Llanas, Elena. Margarit Mallol, Jaume.

Servicio Urgencias de Pediatría. Hospital Mútua de Terrassa. Terrassa (Barcelona)

180

#### *Fundamento y objetivos*

El aumento de la inmigración en nuestro país y del número de viajes a países tropicales ha provocado la aparición en nuestro medio de una serie de enfermedades las cuales en muchos casos desconocemos y no tenemos una formación adecuada sobre su diagnóstico y tratamiento.

#### *Observaciones clínicas*

Paciente de 9 años de edad y sexo masculino que acude por aparición, hace unas 3-4 semanas, de dos lesiones a nivel de cuero cabelludo. Refiere prurito y molestias locales. Como antecedente de interés ha realizado recientemente un viaje a Paraguay a una zona agrícola. A la exploración física destacan dos lesiones nodulares a nivel de cuero cabelludo con un tamaño de 2cm x 2 cm y un pequeño orificio en la zona central de ambas lesiones. Ante la sospecha de una posible infestación (miasis) se realiza interconsulta a cirugía para drenaje de una de las lesiones sin ser este efectivo, posteriormente se realiza oclusión con la consecuente salida de dos larvas de *Dermatobia hominis*.

#### *Comentarios*

La miasis cutánea es la infestación de la piel por larvas de moscas. Aunque en nuestro medio se producen ocasionalmente casos de miasis humanas por especies de moscas autóctonas las miasis son más frecuentes en países tropicales sobretodo a causa de la *C. anthropophaga* (África) y *Dermatobia hominis* (Centro América y Sudamérica). El diagnóstico diferencial incluye la celulitis y la forunculosis. Es importante conocer esta entidad que ha aumentado en nuestro medio, ya que su diagnóstico y tratamiento es sencillo.



## POSTERS

### YATROGENIA EN RELACIÓN CON PROCEDIMIENTOS PARAMÉDICOS EN PEDIATRÍA

Gastón Eresué, Raquel; Ots Ruiz, Cristina; García Aparicio, Juan  
Servicio de Urgencias, Hospital Infantil La Paz. Madrid.

181

*Fundamento:* Es posible que los pacientes o sus padres omitan información en la anamnesis sobre procedimientos paramédicos, que pueden resultar relevantes para el diagnóstico o manejo terapéutico.

*Caso Clínico:* Presentamos el caso de un niño de 14 meses sin antecedentes personales de interés, trasladado desde otro centro hospitalario por cuadro de 5 días de evolución de fiebre e irritabilidad, diagnosticado previamente de otitis y en tratamiento con amoxicilina. En las últimas horas, presenta además decaimiento y vómitos biliosos.

A la exploración física destaca un regular estado general, decaimiento y palidez cutánea. Hiperemia en tímpano izquierdo. Abdomen distendido, con timpanismo, hepatomegalia de 5 cm, no esplenomegalia ni signos de irritación peritoneal.

Se extrae analítica, en la que únicamente destaca una ligera elevación de las transaminasas y discreto aumento de reactantes de fase aguda. Las serologías para mononucleosis infecciosa resultan negativas. En la ecografía abdominal se visualiza masa avascular compatible con hematoma intraperitoneal. No se visualizan asas invaginadas. Pequeña cantidad de líquido libre intraperitoneal. Resto sin alteraciones significativas.

Ante los hallazgos ecográficos, se reinterroga sobre su posible etiología para descartar traumatismo previo, y la madre refiere punciones abdominales con agujas de acupuntura los días previos, con una indicación no aclarada.

Ante la ausencia de camas en nuestro hospital, se decide traslado al Hospital Gregorio Marañón, donde, dado el empeoramiento clínico del paciente, se decide intervención quirúrgica, realizando exéresis del hematoma y resección intestinal.

En el postoperatorio presenta íleo paralítico persistente, que los cirujanos no atribuyen sólo a la intervención previa. Reinterrogada, la madre refiere administración de belladona los días previos, lo que justificaría la evolución del cuadro.

*Conclusión:* El uso no controlado de procedimientos paramédicos en pediatría puede conllevar serios riesgos, especialmente si se omiten inicialmente en la anamnesis, lo que puede retrasar el diagnóstico y tratamiento del paciente



## POSTERS

### URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS: CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS INGRESOS, EN UN PERÍODO DE TRES AÑOS.

Autores: Ferouelle Novillo, F., Fernández Bastera, A., Cordero Hernández, G., Soria Cortés, C., Adrián Gutiérrez, J., Botrán Prieto, M.

Centro de trabajo: Hospital Infantil Universitario "Gregorio Marañón". Madrid (España)

182

*Objetivo:* Se ha observado, que en los últimos años, ha existido un notable incremento tanto en el número de urgencias psiquiátricas atendidas como en los ingresos por dichas patologías a nivel infantil, atendidos en el servicio de urgencias pediátricas. Aunque son patologías poco comunes en la infancia, es importante conocer el manejo inicial de estos niños.

*Método:* Estudio descriptivo y prospectivo, que incluyó todos las urgencias y posteriores ingresos psiquiátricos en uado (unidad de adolescentes) desde el 01.01.05 a 31.12.07. Se analizaron edad, sexo, antecedentes psiquiátricos, tratamiento farmacológico previo y diagnóstico.

*Resultados:* Sobre un total de 183 pacientes, se registraron 230 ingresos psiquiátricos en uado (unidad de adolescentes) y 104 en planta pediátrica. De los ingresos en uado, hubo 152 ingresos que fueron únicos, 24 dobles, 4 triples, 1 quintuple, 1 séxtuple y 1 séptuple. De los ingresos en planta, los 92 que se produjeron fueron únicos.

El 48,2% eran niños frente al 51,8 de niñas, siendo la edad media de 12.6 años.

El 68% de los pacientes (124) presentaron antecedentes psiquiátricos, mientras que el 42% (78) estaban en tratamiento farmacológico previo por patología psiquiátrica.

Los principales diagnósticos fueron trastorno de conducta (58,5%) y trastorno de ansiedad (48.8%), así como intento autolítico (19,9%), predominando en el sexo masculino el trastorno de conducta (38%) y en el sexo femenino los trastornos de ansiedad (41%) e intentos autolíticos (56%), éste último no se ingresa en la uado, sino en planta de Pediatría, debido a que el estar intoxicado, llevar vías, sondas, etc, se descarta su ingreso en la unidad de adolescentes.

*Conclusiones:* Se confirma un aumento de la patología psiquiátrica infantil y por ende de los ingresos por dichas patologías, existiendo una alta proporción de patología y tratamiento farmacológico psiquiátrico previo.

El mejor conocimiento del perfil de estos pacientes, ayudará a mejorar el manejo inicial de los mismos.



## POSTERS

### TRASTORNOS SOMATOMORFOS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA, A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

Martínez López MC.<sup>1</sup>, Fernández López T.<sup>1</sup>, Botrán Prieto M.<sup>1</sup>, Vázquez López P.<sup>1</sup>, Sánchez Mascaraque P<sup>2</sup>.

1 Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid)

2 Servicio de Psiquiatría Infantil. Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid)

#### *Introducción:*

Los trastornos somatomorfos se caracterizan por un síntoma o preocupación somática que no se corresponde con exploración física ni mecanismos fisiopatológicos conocidos, causando intenso malestar y deterioro sociolaboral.

Se presentan dos pacientes atendidos en urgencias por síntomas físicos.

#### *Caso uno:*

Mujer, 11 años, acude para valoración por cuadro neurológico atípico de dos meses de evolución con pérdida de fuerza en miembros inferiores, incapacidad para la deambulaci3n y dolor lumbar. Exploraci3n f3sica: posici3n fetal, inmovilizada, aspecto cushingoide, refiriendo dolor lumbar; resto normal. Aporta estudio anal3tico y radiol3gico normales; en tratamiento con corticoides sist3micos. Ingresa para estudio, siendo reevaluada por neuropediatría, reumatología, endocrinología y rehabilitaci3n sin encontrar patología orgánica relacionada.

Entrevista psiquiátrica: conflicto de comunicaci3n familiar y factores estresantes, iniciando intervenci3n psicol3gica individual y familiar con evoluci3n favorable. Diagn3stico: trastorno conversivo. Síndrome de Cushing iatrogénico.

#### *Caso dos:*

Var3n, 9 años, consulta por dolor en ambas rodillas con imposibilidad para ortostatismo y deambulaci3n. Resto de exploraci3n f3sica y neurol3gica normales. Se realiza analítica completa normal e interconsulta a neuropediatría, descartándose patología orgánica. Psiquiatría diagn3stica trastorno somatomorfo. Tras unas horas, desaparici3n completa de la sintomatología. Nueve meses despu3s, consulta por p3rdida brusca de visi3n. Entrevista psiquiátrica: acontecimientos familiares estresantes. Diagn3stico: trastorno conversivo asociado a duelo patol3gico.

#### *Discusi3n:*

El aumento de la prevalencia de trastornos psiquiátricos en la infancia hace importante considerar este grupo de entidades en el diagn3stico diferencial de cuadros complejos. Se evitaría así la realizaci3n de pruebas innecesarias y ensayos terapéuticos que suponen un elevado riesgo iatrogénico.



## POSTERS

### URGENCIAS PSIQUIÁTRICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL DE SABADELL: EVOLUCIÓN EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS

M. García González, V. Aldecoa Bilbao, <sup>1</sup>J. Cobo Gómez, S. Argemí Renom, D. Jaramillo Hidalgo, F.J. Travería Casanovas.

Servicio de Urgencias de Pediatría. <sup>1</sup>Servicio de Psiquiatría. Hospital de Sabadell. Corporación Parc Taulí.

#### INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO:

Hemos asistido en los últimos 5 años a un notable aumento tanto de la incidencia como de la complejidad de las consultas psiquiátricas en Urgencias. Nuestro objetivo es analizar la epidemiología y las características de las consultas psiquiátricas pediátricas en el servicio de Urgencias de nuestro hospital y su evolución en los últimos 5 años.

#### PACIENTES Y MÉTODOS:

Estudio descriptivo de las urgencias psiquiátricas atendidas en el servicio de Urgencias de Pediatría que precisaron atención por parte del psiquiatra durante los años 2006 y 2007. Todos los pacientes fueron valorados previamente por el pediatra. Comparamos los resultados con los datos recogidos durante los años 2002-2003.

#### RESULTADOS:

La incidencia durante el periodo 2002-2003 fue del 0.04%. Durante los años 2006-2007 se realizaron 104 visitas psiquiátricas (61 pacientes) de un total de 93.908 urgencias (0.1%). La edad media fue de 12,37 años (DE: 2.26), el 58% niñas.

El 78% eran controlados por Psiquiatría y el 82% recibían tratamiento (psicológico y/o farmacológico). Se registraron más visitas los viernes, por las tardes y durante los meses de diciembre y enero; siendo el 50% primeras visitas.

Como factores asociados destacaron: retraso mental (10%), consumo de drogas y/o alcohol (40%), problemas legales (20%), separación de los padres (28%) y convivencia en centro de acogida (6.7%).

Los motivos de consulta más frecuentes fueron: empeoramiento de la patología de base (51%), alteración de la conducta (31%) e ideación o intento de suicidio (17%). El 26% de las visitas precisaron tratamiento farmacológico en Urgencias, el 16% exploraciones complementarias y el 5% medidas de control físico; la estancia media en Urgencias fue de 7 horas. Los diagnósticos más frecuentes fueron: trastornos adaptativos y de conducta (50%), trastorno de ansiedad (20%), ideación suicida (12.5%), trastornos del estado de ánimo (6%) y trastornos de personalidad (3%) sin diferencias significativas entre sexos. La tasa de ingreso fue del 35.6%.

#### CONCLUSIONES:

El diagnóstico más frecuente sigue siendo el trastorno de conducta (sin diferencias entre sexos); y la tasa de ingreso elevada (35.6%); el 20% son menores de 10 años. Durante estos dos últimos años hemos observado un aumento de la incidencia respecto a los años 2002-2003 (0.1% vs 0.04%), habiéndose multiplicado por 3 el número de visitas del 2006 al 2007. Creemos que el servicio de Urgencias se ha convertido en necesario para el manejo de los pacientes pediátricos con patología psiquiátrica.



## POSTERS

### INTENTOS DE AUTOLISIS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA

AUTORES: Rodrigo García, R, Pericas López, N, Sabaté Rotés, A, Sancosmed Ron, M, Cebrián Rubio, R, Martín González, M.

185

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

#### RESUMEN:

*Introducción y objetivo:* La adolescencia es una etapa de la vida difícil, produciéndose trastornos psicoafectivos que pueden desembocar en intentos de autolisis. El objetivo de nuestro estudio es describir las características de los intentos de autolisis atendidos en nuestro centro.

*Material y métodos:* Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes menores de 18 años atendidos en urgencias de nuestro centro durante 4 años (2004-2007) por intento de autolisis.

*Resultados:* Hubo 43 episodios de intento de autolisis, que representan el 0,02% de las urgencias del mismo periodo. La edad media fue de 15 años (intervalo 12-17,5 años), el 79% eran mujeres, el 18,6% había presentado intento de autolisis previo y el 76,7% estaba diagnosticado de trastorno psiquiátrico. El 84% procedía de su domicilio. Todos los intentos fueron por ingesta de sustancias, el 98% fármacos : 55,7% benzodiazepinas, seguido de antidepresivos, AINES y anticomiciales. El 30% fueron intoxicaciones múltiples. Había pasado una media de 6,6 horas desde la ingesta. Se realizó lavado gástrico y administración de carbón activado al 37,2%. Se administró antídoto al 19% (flumazenilo o N-acetilcisteína). La sintomatología más frecuente fue disminución de consciencia (19%). Requirieron ingreso el 86% de los pacientes, 9,2% en UCI pediátrica. La estancia mediana fue de 1 día (intervalo 0-17). Todos curaron sin secuelas.

*Conclusiones:* Factores asociados a intento de autolisis: adolescencia, sexo femenino, antecedente de trastorno psiquiátrico. Se producen en domicilio con ingesta de fármacos. Los fármacos más frecuentemente implicados son las benzodiazepinas. El 86% requirió ingreso, el 9% en UCI. Todos curaron sin secuelas.



## POSTERS

### FENÓMENO BULLYING : IMPACTO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICO

Fernández Elías , M ; Taguas-Casaño Corriente , M ; Mellado Troncoso , E; Parrilla Parrilla , JS ; Alonso Salas , MT; Loscertales Abril , M .

UGC de Cuidados Críticos y Urgencias Pediátricas. Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

186

#### *INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO:*

El bullying se define como una conducta de violencia física o psicológica que realiza un alumno contra otro que elige como víctima , dentro del ámbito escolar , y de forma mantenida en el tiempo. Las relaciones de agresión y victimización entre alumnos es un fenómeno cada vez más frecuente y preocupante , por lo que la sociedad está cada vez más sensibilizada . Nuestro objetivo es conocer qué repercusión tiene este problema en nuestra asistencia en el número de urgencias.

#### *MATERIAL Y MÉTODO :*

Se revisaron todos los partes de lesiones emitidos desde nuestro hospital desde el 1 de Enero de 2007 hasta el 31 de Enero de 2008.

#### *RESULTADOS :*

En este periodo de tiempo , se cursaron 287 partes de lesiones al juzgado . De ellos , 22 (7,66%) reflejaban agresiones entre escolares , que se habían producido dentro de los centros . El rango de edad era de 4 hasta 13 años ( media : 10 años , moda: 13 ) . Era más frecuentemente recogido en varones ( 68,19% ) . Todas las lesiones descritas eran menores : erosiones , contusiones , hematomas , por lo que el pronóstico era leve . Los menores siempre eran acompañados por los padres , nunca por profesores del centro. Uno de los casos , se repitió a las 48 horas , y en otro de los partes , la familia expone que eran agresiones continuadas .

#### *CONCLUSIONES :*

Las agresiones entre escolares suponen un porcentaje considerable de los partes judiciales emitidos desde nuestro servicio . Esto puede reflejar una creciente sensibilización por parte de los padres .

Las características de la población atendida coincide en cuanto edad , sexo y tipo de lesiones con la que recoge en la mayoría de los estudios científicos sobre el tema.



## POSTERS

### **MEJORAR LA DETECCIÓN Y ATENCIÓN DEL ABUSO SEXUAL INFANTIL EN URGENCIAS: UN DESAFÍO INTERDISCIPLINAR QUE DEMANDA RECURSOS. TRES CASOS PARA ABRIR EL DEBATE.**

Jiménez Busselo, M.Teresa; Aragón Domingo, Juan; Torres Martínez, Esther; Pereda Pérez, Antonio.  
Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Infantil Universitario La Fe. Valencia

187

*Introducción:* La atención y protección al niño/a víctima de abuso sexual (AS), dada las formas de presentación de éstos ante el Pediatra (85% sin lesiones orgánicas, desvelamiento e inmediata retractación en casos incestuosos, etc) y los desafíos a los que éste se enfrenta en su detección, asistencia, notificación y obligación de custodia a la víctima, no halla su única solución en el aumento de formación y concienciación pediátricas, sino que exige recursos interdisciplinarios ágiles, aún no disponibles en muchas comunidades.

#### *Casos clínicos:*

Niña de 7 años, sin más ámbito relacional que el familiar cercano y el escolar, traída a la Unidad de Urgencias Pediátricas (UUP) por su abuela por presentar síntomas miccionales, confirmándose por urianálisis diagnóstico de cistitis aguda, la 3ª en mes y medio, pese a tratamiento de las dos previas correcto y ajustado a antibiograma. La exploración genital halla ausencia subtotal de himen, sin signos contusivos o traumáticos agudos ni de vulvitis.

Niña de 10 años, sin trastornos comportamentales previos ni aparentes factores estresores familiares ni escolares, traída por SAMU por crisis de agitación psicomotriz con agresividad, previa huida del hogar. La madre reveló que desde semanas previas había descuidado mucho su aseo y obligaciones escolares. Ningún hallazgo exploratorio.

Niño de 10 años cuya madre revela que ha sabido, por la madre de un confidente del paciente, que viene siendo sodomizado por su hermano de 14 años. Ningún hallazgo exploratorio

*Discusión:* El objetivo de un correcto enjuiciamiento de los casos de A.S.I. hace exigible el poner al alcance de todas las U.U.P. dos recursos, a homologar a nivel de estado: a) equipo psicológico especializado, accesible sin demoras y provisto de metodología específica para validación pericial/forense del relato de la víctima, única prueba en muchos casos y, b) disponibilidad en U.U.P. de kit específico para toma de muestras con destino a Laboratorio Anatómico Forense (diseñado/proporcionado por éste), a cursar por el Especialista Médico que atiende el caso y respetando una cadena de custodia de la muestra previamente dictada, lo que garantizaría mayor y mejor índice de cumplimentación pericial en los casos notificados a la justicia, sin exigir en todos ellos la comparecencia del Médico Forense.



## POSTERS

### ABUSO Y MALTRATO INFANTIL, RETRATO DE UN PROBLEMA EMERGENTE.

Botrán Prieto M., Fernández López T., Martínez López C., Adrián Gutiérrez J., Marañón Pardillo R.

Sección de Urgencias Pediátricas Hospital General Universitario Gregorio Marañón (Madrid)

188

#### *Introducción:*

El maltrato infantil no es un problema infrecuente. Dado el aumento de consultas por sospecha de maltrato en Urgencias, hemos realizado una revisión de estos casos.

#### *Metodología:*

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes que consultaron en Urgencias por sospecha de abuso sexual o maltrato físico durante el 2007. No se incluyeron pacientes que consultaron por otros motivos, detectándose posteriormente datos sugestivos de maltrato.

Se analizan variables demográficas, tipo de maltrato, hallazgos exploratorios y datos del supuesto agresor.

#### *Resultados:*

Se recogieron en el periodo de 1 año 17 sospechas de maltrato (7 físicos, 10 sexuales). Las sospechas de abuso sexual fueron más frecuentes en niñas con una edad media de 6.7 años (rango de 2 a 14 años), generalmente por parte de un conocido (80%) ajeno a la familia en el 62% de los casos. La exploración física sólo detectó signos sugestivos en el 20%.

Las sospechas de maltrato físico fueron más frecuentes en varones (70%) con edad media de 6.7 años y el 100% por parte de un familiar. La exploración física resultó altamente sugestiva en algunos casos (30%) pero inespecífica o normal en la mayoría (70%).

#### *Conclusiones:*

El papel del pediatra de urgencias es esencial en la detección y manejo del maltrato infantil, tanto físico, como sexual, psicológico o por negligencia. Es imprescindible realizar una exploración física exhaustiva y adecuada historia clínica. Con frecuencia, será necesario solicitar ayuda de otros especialistas (ginecología, psicología, psiquiatría); debiendo ser cuidadosos en la notificación de las sospechas.



## POSTERS

### CASUÍSTICA DEL MALTRATO INFANTIL EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

AUTORES: Sabaté Rotés, A, Vives Oñós, I, Sancosmed Ron , M, Cebrián Rubio, R, Montes Ruibal, MJ, Martín González, M.

189

CENTRO DE TRABAJO: Servicio de Urgencias de Pediatría. Unidad de Atención al Cliente y Trabajo Social. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

#### RESUMEN:

*Introducción.* El maltrato infantil es un motivo de consulta en los servicios de urgencias que requiere una atención multidisciplinar.

*Objetivo.* Describir la epidemiología del maltrato infantil en el servicio de urgencias de un hospital pediátrico de tercer nivel.

*Metodología.* Estudio descriptivo-retrospectivo desde enero 2006 a enero 2008 de los pacientes menores de 16 años atendidos en urgencias en los que se sospechó maltrato.

*Resultados.* De un total de 96.419 urgencias, 71 (0.07%) fueron por sospecha de maltrato. El 45% de tipo físico, el 35% de tipo sexual y el 20% por negligencia y abandono. La edad media fue de 6 años (1 mes - 15 años), el 60% menores de 5 años, sin diferencias entre sexos. El 86% consultó por sospecha de maltrato, en el resto la sospecha fue médica al valorar al paciente. En un 60% el posible maltratador fue uno de los progenitores. Todas las niñas con sospecha de abuso sexual fueron exploradas por un ginecólogo. En todos los casos se activó la vía socio-jurídica. Se ingresaron 24 pacientes (34%), 14 por criterio médico (5 en la unidad de cuidados intensivos) y el resto para protección del menor hasta evaluación del entorno familiar. Evolución: 2 quedaron con secuelas neurológicas graves y uno falleció. Al alta, 8 fueron derivados a un centro de acogida.

*Conclusiones.* 1. En el 60% de los casos el posible maltratador fue un progenitor. 2. Es más frecuente en menores de 5 años. No hay diferencias entre sexos. 3. Requiere una buena coordinación medico-juridico-social.



## POSTERS

### COJERA: UNA CAUSA FRECUENTE DE CONSULTA EN URGENCIAS

#### *Primer autor*

Delgado Bueno, Ana. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza.

190

Ayerza Casas, Ariadna; Collado Hernández Maria Pilar; Quevedo Sánchez Eduardo; Fleta Zaragozano, Jesús; Ventura Faci, Purificación.

#### *Objetivos*

Conocer la incidencia de niños con cojera que consultan en urgencias, así como su etiología más frecuente en relación a distintas variables como edad y sexo.

#### *Material y métodos*

Se recogieron todos los casos de niños atendidos en urgencias de nuestro hospital por presentar cojera durante el año 2005, constatando la misma en la exploración física y descartando traumatismos previos por ser la causa más frecuente.

#### *Resultados*

Se atendieron 75 niños que aquejaban cojera como síntoma principal de los 14752 atendidos en urgencias (0,5%). De estos, 45 fueron niños (60%) y 30 niñas (40%) con una media de edad de 3,2 años y de 4,1 años respectivamente. El 53% de los pacientes fueron menores de 3 años. El diagnóstico más frecuente fue el de sinovitis transitoria de cadera (40%), seguido de cojera inespecífica. En dos de los casos se constató fiebre y se demostró artritis séptica (2,6%), requiriendo ingreso hospitalario. Se diagnosticó un solo caso de enfermedad de Perthes (1,3%) que fue remitido a la consulta de traumatología infantil.

#### *Conclusiones*

La cojera nunca es normal en un niño; la etiología puede ser muy variada y en ocasiones grave por lo que hay que hacer una correcta anamnesis y exploración física. La causa más frecuente de cojera en la edad infantil son los traumatismos seguido de la sinovitis transitoria de cadera, pero no debemos olvidar que hay enfermedades ortopédicas, infecciosas y neoplásicas, que por ser potencialmente graves deben de tenerse en cuenta para poder hacer un diagnóstico y tratamiento precoz.



## POSTERS

### HIPONATREMIAS GRAVES EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS

Botrán Prieto M.<sup>2</sup>, Alcaraz Romero A.<sup>1</sup>, García Figueruelo A.<sup>2</sup>, Peñalba Citores A.<sup>2</sup>, Fontecha García de Yébenes MI<sup>2</sup>, González Martínez F.<sup>2</sup>

191

1 Sección Nefrología Pediátrica. Hospital General universitario Gregorio Marañón (Madrid)

2 Sección urgencias Pediátricas. Hospital General universitario Gregorio Marañón (Madrid)

#### OBJETIVO:

Revisar los casos de hiponatremia grave detectados en la Sección de Urgencias pediátricas de nuestro hospital.

#### MÉTODO:

Estudio descriptivo retrospectivo de las hiponatremias detectadas entre el 1 de enero de 2006 y el 31 de diciembre de 2007.

Se seleccionaron las hiponatremias graves ( $\text{Na} < 125 \text{ mmol/L}$ ); recogiendo datos demográficos, motivo de consulta, diagnóstico, tratamiento, controles realizados y comorbilidad. Se procesan los datos con SPSS 14.0.

#### RESULTADOS:

46 niños (28 mujeres, 18 varones) presentaron hiponatremia grave (media  $122 \pm 2.9 \text{ mmol/L}$ ). La mediana de edad fue 44.5 meses (rango 0.5-192 meses).

La mitad acudieron por síntomas digestivos, siendo el diagnóstico más frecuente la patología gastrointestinal (45.7%), seguido de problemas respiratorios (26.1%). También hubo 1 intoxicación por cannabis, 4 niños con patología neurológica, 2 descompensaciones metabólicas y 6 cuadros infecciosos graves.

Ingresaron el 67.4% del total (el 29% en cuidados intensivos). Se realizaron controles posteriores en sólo el 65.2% de los niños y estudio etiológico de la hiponatremia en el 28.3% del total de pacientes.

En el 23.9% de los niños se encontraron antecedentes personales predisponentes.

No hubo ninguna muerte ni complicación grave asociada a la hiponatremia en estos niños.

#### CONCLUSIONES:

Nuestros casos de hiponatremia grave se asociaron no sólo a pérdidas digestivas sino también a otras patologías, principalmente respiratorias e infecciosas. Con frecuencia los niños se encontraban asintomáticos y con buen estado general. Si bien, la detección de estas alteraciones debe obligar a realizar un adecuado tratamiento y control posterior para asegurar su corrección y prevenir así la morbilidad asociada.



## POSTERS

### INVAGINACIÓN INTESTINAL: CUÁL ES EL MEJOR PROCEDIMIENTO TERAPÉUTICO?

*Autores:* G. Pujol Muncunill<sup>1</sup>, V. Aldecoa Bilbao<sup>1</sup>, FJ Traveria Casanovas<sup>1</sup>, C. Duran Feliubadaló<sup>2</sup>, L. Batalla Fadó<sup>1</sup>, S. Moya Villanueva<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Unidad de Urgencias pediátricas. Servicio de Medicina Pediátrica. <sup>2</sup>Servicio de Radiología. Hospital Parc Taulí. Sabadell (Barcelona).

192

*Introducción:* la invaginación intestinal es una de las causas más frecuentes de obstrucción intestinal durante la infancia. Las técnicas radiológicas sirven para el diagnóstico y el tratamiento, siendo las más utilizadas el enema de aire guiado por fluoroscopia y la reducción hidrostática guiada por ecografía. Nuestro objetivo es revisar los casos de invaginación intestinal diagnosticados en el servicio de urgencias y su manejo en los últimos 5 años.

*Material y métodos:* estudio retrospectivo de los casos de invaginación intestinal, desde Enero del 2003 hasta Enero del 2008, en el Servicio de Urgencias de Pediatría del Hospital de Sabadell. Se evalúa la epidemiología, clínica y radiología así como su manejo inicial y complicaciones posteriores.

*Resultados:* durante este período diagnosticamos 33 episodios correspondientes a 31 pacientes. La edad media de presentación fue de 15.2 meses (rango: 2-54 meses, DT 12.3), siendo más frecuente en el sexo masculino (60%). La clínica más frecuente fue: llanto e irritabilidad (83%), vómitos (80%), síntomas vegetativos (50%) y deposiciones con sangre (10%). Todos los casos se diagnosticaron por ecografía abdominal observándose invaginación ileo-cólica en un 78% de los casos. El neumoenema fue la técnica de reducción más utilizada (17 pacientes, 53.1%) seguido de la reducción hidrostática (14 pacientes, 43.7%) con un éxito del 93.8%. Dos casos presentaron reinvasión en menos de 24 horas. La cirugía abierta, se utilizó en tres casos (9.1%). Los pacientes tratados por un método mínimamente invasivo tuvieron una estancia hospitalaria significativamente menor (1.7 días; rango 1-4 días) que aquellos que precisaron cirugía (11 días; rango 4-26 días).

*Conclusiones:* las técnicas mínimamente invasivas para el tratamiento de la invaginación intestinal son de elección. En nuestro hospital, en los últimos años, la reducción con enema de suero fisiológico guiada por ecografía es de elección por ser un método seguro y no ionizante, presentando los mismos resultados que con la reducción por neumoenema. Se puede realizar las 24 horas del día gracias al aprendizaje de la técnica por parte del servicio de radiología.



## POSTERS

### ¿TENEMOS EN CUENTA LA PATOLOGÍA GINECOLÓGICA EN LA URGENCIA PEDIÁTRICA?

**Jiménez Belastegui, U.**, Llopart Sarachu, N, Rotaetxe Vacas, O. Díez Sáez, C. Rodríguez Ortiz, A. Rementería Radigales, J. Urgencias de Pediatría, Hospital de Basurto, Bilbao

193

**Introducción:** Aunque la prevalencia de patología ginecológica aguda como motivo de consulta en los Servicios de Urgencias Pediátricas es baja, la torsión de ovario puede representar hasta el 3% de las indicaciones quirúrgicas por abdomen agudo.

**Caso clínico:** Niña de 9 años, sin antecedentes medicoquirúrgicos, que acude al Servicio de Urgencias por cuadro de 10 horas de evolución de dolor abdominal intermitente en fosa iliaca derecha, vómitos y febrícula. La evaluación inicial, exploración física y radiografía de abdomen es normal, indicándose observación domiciliaria. Reconsulta 24 horas más tarde por intensificación del dolor abdominal y fiebre. Presenta dolor difuso a la palpación profunda en hemiabdomen derecho sin signos de irritación peritoneal. Pruebas de laboratorio normales. Ecografía abdominal: masa de 52 x 35 mm de ecogenicidad mixta a nivel de anejo derecho. Se realiza laparoscopia exploradora por parte del Servicio de Ginecología, practicándose ooforectomía derecha debido a la inviabilidad del órgano.

**Conclusión:** La torsión de ovario es una urgencia quirúrgica. Con frecuencia se asocia a patología anexial primaria (quistes, masas sólidas,...), pero hasta en un 30% de los casos es idiopática, sobretodo en niñas premenárquicas. La inespecificidad de la clínica, la intermitencia y brevedad del dolor en relación con la destorsión espontánea y la posibilidad de afectación del anejo contralateral por alteración vascular, dificultan el diagnóstico y condicionan la urgencia. Por ello es necesario un alto índice de sospecha y un enfoque multidisciplinar (pediatras, ginecólogos, ecografistas,..) que permita un diagnóstico temprano, una cirugía mínimamente invasiva y la conservación de la gónada.



## POSTERS

### METAHEMOGLOBINEMIA SECUNDARIA A DAPSONA

Ortiz Lana, N. Llopart Sarachu, N. Jiménez Belastegui, U. Rodeño Fernández, L. Esteban López, S. Martínez Muruaga, AI. Urgencias de Pediatría. Hospital de Basurto, Bilbao.

194

**INTRODUCCIÓN:** La metahemoglobinemia es una patología poco prevalente en la edad pediátrica siendo la etiología más frecuente la ingesta de alimentos ricos en nitritos. Menos frecuente es la forma secundaria a fármacos.

**CASO CLÍNICO:** Niña de 8 años afecta de dermatosis IgA lineal en tratamiento con dapsona a dosis terapéuticas (2mg/kg/día) desde hace 9 meses. En controles seriados mantiene niveles de metahemoglobinemia <10 %. Acude al S. Urgencias refiriendo mala coloración cutánea de 48 horas de evolución asociando fiebre y síntomas catarrales. En la exploración física presenta coloración pálido-cianótica generalizada sin signos de dificultad respiratoria y perfusión periférica adecuada. Se encuentra afebril con SpO<sub>2</sub> 87%. Resto de las constantes normales. Exploraciones complementarias: niveles de metahemoglobinemia 17% (co-oximetría), pH 7,55, pO<sub>2</sub> 112mmHg, pCO<sub>2</sub> 24,4mmHg y SatO<sub>2</sub> arterial 99%. Se suspende el tratamiento con dapsona y se establece monitorización cardiorrespiratoria y oxigenoterapia (FiO<sub>2</sub> 1). El cuadro remite progresivamente en 72 horas.

**DISCUSIÓN:** La metahemoglobinemia inducida por fármacos está asociada a sobredosis por ingesta accidental o a intentos autolíticos. Rara vez se han descrito manifestaciones clínicas con dosis terapéuticas. Concentraciones <10% son asintomáticas, entre 10-20% asocian cianosis y dificultad respiratoria en diferente grado y > 20% pueden suponer compromiso vital. El tratamiento inicial será la suspensión del desencadenante de la alteración bioquímica, el soporte cardiorrespiratorio y en los casos graves la infusión de azul de metileno. Nuestra paciente presenta metahemoglobinemia con dosis terapéuticas de dapsona no pudiendo descartar que los niveles se hayan incrementado por su proceso febril intercurrente.



## POSTERS

### MÉTODOS ESTIMATIVOS DE PESO EN LOS NIÑOS. ¿ES EL PESO ESTIMADO POR LOS PADRES EL MÁS ADECUADO?

Gondra Sangroniz, A. Rodríguez Ortiz, A. Rementeria Radigales, JI. Humayor Yañez, FJ. Landa Gárriz, M. García Pérez, N. Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital de Basurto, Bilbao

195

**Objetivos:** La estimación del peso de un niño en el Servicio de Urgencias es de vital importancia, en especial cuando tratamos a niños críticos en los que la medición directa del peso no es posible. Para ello, se utilizan diversos métodos estimativos, siendo el objetivo de este estudio, comparar entre sí los siguientes 4 métodos: la nueva fórmula publicada por Mark *Luscombe et al.* ( $\text{peso (kg)} = (\text{edad} \times 3) + 7$ ), la fórmula del *Advanced Pediatric Life Support* (APLS;  $\text{peso (kg)} = (\text{edad} + 4) \times 2$ ), el método de estimación en función de la talla (*Broselow tape*) y el peso estimado por los padres.

**Métodos:** Estudio observacional prospectivo realizado en un Servicio de Urgencias Pediátricas en el que se incluyen niños entre 1 y 10 años, que acuden entre diciembre de 2007 y febrero de 2008. Las variables recogidas son la edad, el sexo, el peso, la talla, la etnia y la estimación del peso del niño realizada por los padres.

**Resultados:** Se incluyen 150 niños con una edad media de 4 años, siendo niñas un 52% y el 89% de origen caucásico. La estimación de peso realizada por los padres, es la que más frecuentemente (63%) se ajusta al peso real (considerándose ajustado, una diferencia entre el peso estimado y el peso real igual o menor al 10%), seguido del método *Broselow* (42%).

**Conclusión:** En este estudio, la estimación de los padres es el método más adecuado para estimar el peso de los niños. El método *Broselow* es el mejor método alternativo.



## POSTERS

### SANGRADO POR EL PEZÓN EN UN LACTANTE

Parrilla Parrilla JS, Fernández Elías M, Benítez Gómez IL, Sánchez Ganfornina, I, Alonso Salas MT, Loscertales Abril M.

196

Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

#### *Fundamento y objetivo:*

El sangrado por el pezón es una patología rara en la edad pediátrica. Presentación de un caso clínico.

#### *Observación clínica:*

Niña de 5 meses que acude a Urgencias por presentar salida de sangre por el pezón derecho. En la exploración física, se objetiva la presencia de un líquido oscuro a nivel del pezón derecho, al presionar la areola mamaria aparece más cantidad de esta secreción que al extenderla se vuelve de color rojizo. No se aprecian signos inflamatorios ni dolor en la exploración. La mama contralateral es normal. Los genitales externos no muestran alteraciones ni sangrado. El resto de la exploración, normal.

#### *Pruebas complementarias:*

Hemograma: Linfocitosis relativa (78.7%). Serie roja y plaquetas: normales.

Estudio de coagulación: Normal. Prolactina: 208 microU/ml (50-637).

Progesterona: 0.7 mmol/l. 17-Beta-Estradiol: 18.4 pmol/l (20-1800).

Ecografía de mama bilateral: "Sin hallazgos patológicos". Cultivo: Negativo.

Citología secreción mamaria: "Ausencia de células neoplásicas. Fondo hemático lipídico. Abundantes macrófagos, células ductales aisladas. Leve exudado inflamatorio agudo y grupos de células escamosas. Compatible con ectasia ductal retroareolar."

La ausencia de síntomas asociados y la normalidad de las pruebas complementarias solicitadas, justificó la observación domiciliaria. El resultado de la citología confirmó el diagnóstico de sospecha inicial.

#### *Comentarios:*

La ectasia ductal mamaria es la causa más frecuente de sangrado por el pezón en la infancia. La etiología es desconocida en la infancia. Se considera un proceso benigno y autolimitado, evolucionando a la curación espontánea sin necesidad de tratamiento. Es fundamental tranquilizar a los padres, explicando que la única actitud indicada es la observación domiciliaria.



## POSTERS

### FRACTURA DE HUESOS LARGOS EN LACTANTE: ¿SIEMPRE MALOS TRATOS?

AUTORES. Servicio de Pediatría. Hospital Los Arcos. Santiago de la Ribera, Murcia.

COAUTORES: Rodríguez Martínez, María. Fernández Paredes, Juan José. Valverde Molina, José. González Sánchez, Emilio J. Contessotto Spadetto, Claudio. Diez Lorenzo, M. Pilar.

197

*Fundamentos y Objetivos:* La presencia de una fractura de hueso largo en un lactante pequeño precisa la realización de un diagnóstico diferencial, y aunque siempre debemos pensar en la posibilidad de malos tratos, no debemos olvidar la existencia de fracturas patológicas.

*Observaciones clínicas:* Lactante de 2 meses de vida, que consulta por deformidad en 1/3 distal de pierna izquierda, sin haber presentado antecedente traumático, con movilización indolora y anómala. Tras la realización de radiografía simple de miembro inferior izquierdo, se constata la existencia de fractura en tercio distal de la tibia izquierda (con rarefacción ósea y reacción subperióstica), sospechándose en un principio malos tratos, avisándonos desde el Servicio de Traumatología para su valoración.

Embarazo de curso normal, nacido a término, en la semana 40, peso al nacimiento: 4650 g. Unica incidencia destacable en periodo neonatal: pie izquierdo varo reductible. No constan otros datos de interés. Padres tranquilos. No constan antecedentes familiares de interés. Tras la realización de la exploración física correcta (lactante desnudo) se observa la presencia de múltiples manchas café con leche (>20), con mas de 6 superiores de 5 mm de diámetro. Ante esta asociación ingresa con diagnóstico de Neurofibromatosis tipo 1 (NF1) con pseudoartrosis congénita de tibia (PACT). Se procede a la colocación de férula en miembro inferior izquierdo con control posterior por traumatólogo pediátrico.

*Comentarios:* Destacar la importancia de la exploración física exhaustiva, fundamental en este caso, para este diagnóstico diferencial. En nuestro caso, fue decisiva para el diagnóstico. La PACT es una complicación poco frecuente pero de indudable asociación con la NF1 (según los estudios del 1-13% de las NF1 cursan con PACT). Se suele dar con más frecuencia en el sexo masculino. La etiología es multifactorial: trastornos de la osificación, anomalías de la diferenciación ósea y alteraciones estructurales óseas. El pronóstico es peor cuanto más precoz es su presentación clínica. Su tratamiento es difícil ya que el problema no es mecánico sino biológico del propio hueso, aunque el uso de injertos óseos vascularizados ha mejorado considerablemente su evolución.