

XV Reunión Anual de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría



Sevilla, 15, 16 y 17 de abril de 2010



Posters expuestos



1 CUERPOS EXTRAÑOS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA: EPIDEMIOLOGÍA Y MANEJO A LO LARGO DE TRES AÑOS

M. Morán Poladura, R. Fernández Álvarez, E.M. Fernández Fernández, C. Menéndez Arias, C. Suárez Castañón, E. Lombraña Álvarez

Servicio de Pediatría. Hospital de Cabueñes. Gijón.

La consulta por introducción de cuerpo extraño (ocular, nasal o auricular) no es un hecho infrecuente en la práctica clínica habitual. En la mayoría de las ocasiones, los pacientes permanecen asintomáticos a su llegada a urgencias. Sin embargo es importante identificar a aquellos pacientes en los que la ingesta o aspiración de algún objeto puede acarrear complicaciones.

OBJETIVOS

Analizar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes que consultan por introducción de cuerpo extraño (CE). Valorar su manejo en las urgencias pediátricas (UP) y la existencia de complicaciones secundarias al proceso.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de los pacientes menores de 14 años que consultaron en nuestras urgencias pediátricas entre el 1 de enero de 2006 y el 31 de diciembre de 2008, por introducción de cuerpo extraño.

RESULTADOS

Se produjeron 183 consultas por introducción de cuerpo extraño en UP entre los años 2006 y 2008, lo que constituye un 0,29% del total. La edad media de los pacientes fue de 5,1 años (IC 95%, 4,6-5,6 años). El 58% de los casos fueron varones. El 65% de los niños se presentaron asintomáticos. Localización del CE: 39,5% en aparato digestivo, 17% en fosas nasales; 16,9% en conducto auditivo externo y 10,3% a nivel ocular. En el 15,3% de los casos no se objetivó CE. No se detectó ningún caso de aspiración. Entre los CE ingeridos, el 78% fueron radiopacos, siendo las monedas lo más frecuente, en el 37% de los casos, seguido de las pilas de botón en el 16%. En 63 pacientes (34,4%) se realizaron pruebas complementarias. En los casos de CE ocular la extracción fue realizada por el pediatra en el 68% de los casos. La complicación más frecuente fue la erosión corneal, en 4 casos. En los pacientes con cuerpo extraño en área ORL (nasal, faríngeo o auricular) la extracción fue realizada sin dificultad por el pediatra en el 50,7% de los casos. Siete pacientes (0,04%) fueron derivados al Servicio de Cirugía Pediátrica de nuestro hospital de referencia para extracción endoscópica de CE esofágico. Ningún paciente presentó complicaciones graves secundarias al proceso.

CONCLUSIONES

Las consultas por cuerpo extraño pueden ser resueltas en las urgencias pediátricas, sin complicaciones, en la mayoría de los casos. Solo un pequeño porcentaje de pacientes precisará extracción endoscópica. Tanto la clínica como la localización del cuerpo extraño son esenciales a la hora de determinar el pronóstico del paciente.



2 EVOLUCIÓN DE LA INCIDENCIA DE ADOLESCENTES CON TEST DE EMBARAZO POSITIVO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.

M. Triviño Rodríguez*, D. Muñoz Santanach*, V. Trenchs Sainz de La Maza*, R. Casadevall Llandrich**, A. Valls Lafon*** C. Luaces Cubells*

*Sección de Urgencias. **Sistemas de Gestión e Información. ***Servicio de Laboratorio. Hospital Universitari Sant Joan de Déu.

FUNDAMENTO

El debate actual acerca del aborto y la edad en la que se considera la madurez suficiente para llevarlo a cabo sin el consentimiento paterno plantea la necesidad de saber el número de embarazos en adolescentes atendidas en Urgencias.

OBJETIVO

1. Determinar la incidencia de embarazos en mujeres adolescentes atendidas en urgencias y valorar si existe variación en los últimos 12 años.
2. Valorar si ha aumentado la incidencia de embarazos en menores de 16 años.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional. A través del registro informatizado del Servicio de Urgencias se seleccionan los informes de las pacientes entre 12 y 18 años que fueron valoradas entre 1 de julio de 1997 y 30 de junio de 2009, y se analizan las que presentaron un test de embarazo positivo. Se calcula la incidencia anual por cada 1000 visitas de adolescentes de sexo femenino atendidas en Urgencias. Para el análisis comparativo, se divide el periodo de estudio en dos: primer periodo de 1 julio de 1997 a 30 de junio de 2003 y segundo periodo, de 1 de julio de 2003 a 30 de junio de 2009.

RESULTADOS

Se atendieron a 72816 adolescentes, en 1176 (1.6%) se realizó un test de embarazo, 83 (6.8%) de los cuales resultaron positivos. La edad media de estas adolescentes fue 16.6 años (DE 1.2 años), 24 (28.9%) eran menores de 16 años. Sesenta y dos (74.7%) presentaban un embarazo evolutivo, 20 (24.1%) un aborto y una (1.2%) un embarazo ectópico. La incidencia osciló entre 0.5 y 2.0 test positivos/1000 adolescentes/año, observándose una tendencia a aumentar en la segunda mitad del periodo de tiempo analizado (mediana de incidencia 0.7 vs 1.6; $p=0.05$). El número de test positivos en menores de 16 años en el primer periodo fue de 7 y en el segundo de 17, su incidencia osciló entre 0 y 1.6 test positivos/1000 adolescentes/año sin observarse diferencias significativas entre los dos periodos analizados.

COMENTARIOS

La incidencia de embarazos adolescentes diagnosticados en Urgencias es baja, pese a ello se observa una tendencia a incrementarse en los últimos años. En menores de 16 años no se observa un aumento en la incidencia, pero sí, en el número de pruebas positivas.



3 LAS CONSULTAS DE LOS ADOLESCENTES EN URGENCIAS.

I. Hernández Monleón, J. Sánchez Manubens, X. Codina Puig, M. Català Puigbó.

Hospital General de Granollers. Barcelona.

INTRODUCCIÓN

La asignación del servicio responsable de la atención a los adolescentes y la edad límite en Urgencias difiere según los hospitales. El nuestro es un hospital general de nivel IIB en el que la edad pediátrica se extiende hasta cumplir los 18 años. Hemos creído de interés el análisis de esta atención.

OBJETIVOS

Analizar y describir las consultas de los adolescentes a un servicio de Urgencias de un hospital general, comparándolas con el resto de la población pediátrica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo y descriptivo de las atenciones en urgencias en el periodo entre marzo y septiembre de 2009 de pacientes entre los 14 y 17 años incluidos. Se recogen datos acerca del servicio que lo atiende, los diagnósticos y el destino del paciente, comparándolos con los datos del total de la población pediátrica. Para el análisis de los datos y la elaboración de las tablas dinámicas y gráficos se ha utilizado el programa informático Excel de Microsoft Office versión 2007.

RESULTADOS

Se analiza un total de 1217 consultas. Son atendidos por pediatría un 46%, traumatología un 45%, ginecología y obstetricia un 5% y otros servicios un 5%. Los diagnósticos principales entre los adolescentes son dolor abdominal (14.7%), fiebre (5.3%), faringo-amigdalitis aguda (10.6% entre las dos) y otitis (4.4%), siendo estos porcentajes similares en el resto de la edad pediátrica. Entre los 10 primeros diagnósticos se encuentran los trastornos de conducta y las intoxicaciones alcohólicas. El destino final en el 95% de los casos es alta domiciliaria, ingresando o siendo trasladados el 2.5% de los pacientes (frente al 4.31% del resto de la población pediátrica).

CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes son atendidos por los servicios de Pediatría y Traumatología, siendo relevante el porcentaje de visitas a Ginecología.

Los diagnósticos son similares a los del resto de la población exceptuando los trastornos de conducta e intoxicaciones alcohólicas que son más frecuentes entre los adolescentes.

La necesidad de ingreso de los adolescentes es algo más de la mitad de la del resto de la población pediátrica.



4 PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE LAS ADOLESCENTES CON TEST DE EMBARAZO POSITIVO EN URGENCIAS.

D. Muñoz Santanach*, M. Triviño Rodríguez*, V. Trenchs Sainz de La Maza*, R. Casadevall Llandrich**, A. Valls Lafon***, C. Luaces Cubells.

*Sección de Urgencias. **Sistemas de Gestión e Información. *** Laboratorio de Urgencias. Hospital Universitari Sant Joan de Déu.

FUNDAMENTO

El embarazo en la adolescencia se caracteriza por no ser planificado ni deseado. El mejor abordaje es prevenirlo y para ello primero debemos conocer cual es la situación en nuestro medio.

OBJETIVO

Determinar en las adolescentes que presentaron un test de embarazo positivo en Urgencias: los motivos de consulta más frecuentes, los antecedentes y la evolución de los embarazos diagnosticados.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional. A través del registro informatizado del Servicio de Urgencias se seleccionan los informes de las pacientes entre 12 y 18 años en las que se obtuvo un test de embarazo positivo entre 1 de julio de 1997 y 30 de junio de 2009. Se registran los siguientes datos: edad de la paciente, motivo de consulta, antecedentes obstétricos y psiquiátricos, residencia en Centro de Menores, consumo de tóxicos, diagnóstico y evolución.

RESULTADOS

Se realizaron 1176 tests de embarazo, 83 (6.8%) resultaron positivos. La edad media fue 16.6años (DE 1.2años). Los motivos de consulta fueron: metrorragia (25; 30.1%), dolor abdominal (19; 22.9%), vómitos (10; 12.0%), amenorrea (8; 9.6%), Gravindex® positivo (4; 4.8%), intento autolítico (4; 4.8%), y otros (13; 15.6%). Setenta (84.3%) eran primigestas, 11 (13.2%) habían abortado previamente y 4 (4.8%) tenían hijos. En los antecedentes constaba en 11 (12.9%) seguimiento psiquiátrico (5; 45.5% trastorno de conducta), en 4 (4.8%) residencia en centro de menores y en 17 (20.5%) ingesta habitual de tóxicos (11; 64.7% tabaco). Sesenta y dos (74.7%) presentaban un embarazo evolutivo, 20 (23.6%) un aborto y una (1.2%), un embarazo ectópico. En 75 (90.4%) constaba la duración de la gestación (mediana 6 semanas; rango 1-21 semanas). Se conoce la evolución de 35 (54.8%) de las 62 gestaciones evolutivas, en 19 (55.9%) se llegó al término, en 11 (32.4%) se produjo una interrupción voluntaria del embarazo, y en 4 (11.7%), un aborto espontáneo.

COMENTARIOS

Muchos de los motivos de consulta son inespecíficos por lo que se constata la necesidad de interrogar sobre los hábitos sexuales en todas las adolescentes. En la mayoría de adolescentes no se detectan alteraciones psicossociales o antecedentes obstétricos previos. Un elevado porcentaje de las gestaciones diagnosticadas no se llevan a término.



5 ACTITUD DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN LA APROXIMACIÓN AL NIÑO CON DOLOR.

M.J. Yagüe Rodríguez, B. Galarraga Martín, R. Jiménez Tomas, G. Santos González

Urgencias Pediatría. Hospital de Cruces. Bilbao.

ANTECEDENTES

Un motivo frecuente de consulta en la edad pediátrica es el dolor y muchos de los procedimientos rutinarios que los sanitarios realizamos provocan este efecto no deseado. Es una labor de todos los miembros del equipo minimizar este dolor.

OBJETIVOS

1. Estudiar y comparar la formación y actitudes sobre el dolor que tienen los profesionales sanitarios.
2. Conocer la situación actual de distintas unidades sanitarias donde se trabaja con niños.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal, mediante encuesta anónima semiestructurada, realizada a 215 profesionales de Urgencias de Pediatría, Atención Primaria, especialidades pediátricas, hospitalización y ambulancias medicalizadas, durante Diciembre de 2009 y Enero del 2010.

RESULTADOS

La mayoría de los encuestados tenían entre 30 y 50 años. Los grupos profesionales fueron: enfermeros 94 (43,7%), facultativos 74 (34,4%), auxiliares de enfermería 37 (17,2%) y otros 10 (4,6%), sin diferencias en cuanto a los años de ejercicio profesional. Cerca del 50% no toma para sí mismo medidas inmediatas al sentir dolor, y sin embargo, el 69,3% las recomienda a personas cercanas, optando por fármacos el 93,0%. El 72,5% de los encuestados consideró no tener adecuada formación y algo más de la mitad (53,4%) admitió no haber recibido formación reglada, habiendo recibido más formación los facultativos. El 92,0%, tiene en cuenta que los procedimientos habituales pueden causar dolor. Dos tercios de los encuestados (69,6%) conocía las herramientas para valoración del dolor, si bien sólo la mitad de los que las conoce las utiliza. En situaciones de dolor el 87,9% cree que se demora el tratamiento del mismo. De los métodos para disminuir el dolor en procedimientos habituales, respondieron que conocían y/o utilizaban: Cloreto® 34,8%; sacarosa 51,1%; LAT 51,1%; sedoanalgesia 52%; EMLA® 62,7% y presencia de padres 79,5%. Estos métodos son más conocidos entre los profesionales de Urgencias, de manera estadísticamente significativa. Ante procedimientos habituales como suturas o extracción de sangre el 48,3% considera la sedación un procedimiento exagerado, sin diferencias entre los profesionales de Urgencias y el resto. Cerca del 20% no considera justificado el uso de opiáceos en la infancia.

CONCLUSIONES

La formación en el manejo del dolor es irregular entre los profesionales sanitarios, si bien parece mejor en el grupo de facultativos. El conocimiento de los métodos para mitigar el dolor es superior en Urgencias de Pediatría aunque existen aspectos susceptibles de mejora. De esta manera, la utilización de las escalas de valoración del dolor y el tratamiento precoz del mismo pueden aumentar la calidad asistencial proporcionada a estos pacientes.



6 EXPERIENCIA CON MIDAZOLAM ORAL PARA LA REALIZACIÓN DE PROCEDIMIENTOS MENORES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICO.

S. Rubio Marcos, E. Bárcena Fernández, E. Mójica Muñoz, E. Astobiza Beobide, J. Benito Fernández, S. Capapé Zache.

Urgencias Pediatría. Hospital Cruces.

OBJETIVO

Describir nuestra experiencia con midazolam oral para la realización de procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos menores en un Servicio de Urgencias Pediátrico (SUP).

MATERIAL Y MÉTODO

estudio prospectivo de 62 procedimientos realizados en un SUP utilizando midazolam oral, en los últimos tres años. Los datos se extraen del registro de analgesia y sedación de nuestro SUP.

RESULTADOS

Se incluyen 62 pacientes, el 76,3% son ≤ 3 años y el 50% son varones. Se realizan 11 procedimientos distintos, siendo el más frecuente la sutura de heridas (36; 58,1%), seguido de reducción de hernias y retirada de cuerpos extraños. En todos los casos se administra una dosis única de midazolam oral a 0,5 mg/kg. En 37, 59,7%: sutura heridas, curas, artrocentesis y punciones lumbares, se asocia anestesia local/tópica. El tiempo medio en conseguir el efecto deseado es de 22,29 minutos (mediana 20, rango 5-45). En el 98% de los casos el procedimiento tiene una duración ≤ 30 minutos, siendo el tiempo medio de duración de los procedimientos es 11,14 minutos (mediana 10, rango 1-60).

Todos los pacientes se monitorizan de forma continua con pulsioximetría. Un único paciente presenta un episodio de desaturación, que se recupera con oxigenoterapia y medidas de apertura de la vía aérea. No se registran otros efectos adversos.

Únicamente en 3 pacientes no se consigue el efecto esperado por el médico que realiza el procedimiento.

El 95,2% de los pacientes reciben el alta domiciliaria, la mayoría, el 82,1%, en menos de tres horas. Ingresan tres niños por su patología de base.

Los diagnósticos finales más frecuentes son: heridas (36; 58,1%), cuerpo extraño (6; 9,7%) y hernia inguinal (5; 8,1%).

CONCLUSIONES

en nuestra experiencia el midazolam oral es un fármaco seguro y eficaz, que tiene utilidad en un SUP para disminuir la ansiedad que ciertos procedimientos menores, fundamentalmente la reparación de heridas en nuestra serie, provocan en los niños.



7 EXPERIENCIA TRAS LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE SEDOANALGESIA EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS.

T. Alonso Jiménez, A.M. Angulo Chacón, B. Llorente Gómez, M.I. Martos Sánchez, R. Jiménez García, C. Benito Caldés.

Hospital Universitario Puerta de Hierro. Majadahonda.

OBJETIVOS

Describir nuestra experiencia tras la puesta en práctica de un protocolo de sedoanalgesia (SA) realizado por pediatras en el servicio de urgencias, analizando los procedimientos realizados, sus características, seguridad y eficacia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de los procedimientos de SA realizados en la urgencia de un hospital terciario, que no dispone de UCI pediátrica, entre diciembre de 2008 y enero de 2010. Los datos se obtuvieron de las hojas de registro de los procedimientos.

RESULTADOS

Se realizaron 197 procedimientos, excluyendo 24 por falta de datos en las hojas de registro, analizándose 173. La edad media fue de 120 meses, un 61,27% eran varones.

Se utilizó kalinox en 89 (51,4%) procedimientos, en un 53,9% junto con un anestésico local y en un 12,3% asociado a un segundo fármaco (3 ketamina, 6 midazolam, 2 fentanilo). 5 presentaron efectos secundarios menores (3 vómitos, 2 euforia) y 1 un efecto secundario mayor (desaturación transitoria). Se utilizó en 60 procedimientos considerados no dolorosos o levemente dolorosos (22 punciones lumbares, 28 suturas de heridas, 3 artrocentesis, 1 curetaje moluscum, 4 abscesos, 1 parafimosis, 1 ECO) y en 29 procedimientos muy dolorosos (reducción de fracturas). El nivel alcanzado de sedación se consideró no adecuado en 22 (24,7%) de los casos (puntuación en escala de Ramsay de 1).

En 7 niños se utilizó midazolam intranasal o iv. No se consiguió la sedación adecuada en 3 de ellos, utilizándose Ketamina como medicación de rescate en 2.

Se usó Ketamina como opción inicial, en 68 (39,3%) procedimientos, 46 (67,6%) por vía iv y 20 (29,4%) por vía im. Se asoció otro fármaco en 13 (10 midazolam, 3 fentanilo). Se observaron efectos secundarios menores en 14 niños (vómitos, nistagmus, reacción emergente al despertar, mioclonías). 2 pacientes presentaron una breve desaturación transitoria, el primero precisó oxígeno indirecto y el segundo ventilación con bolsa autoinflable y aspiración de secreciones. La mayoría (85,2%) eran procedimientos dolorosos (42 fracturas, 2 luxaciones, 9 cuerpos extraños complicados, 1 sutura compleja, 1 sección del prepucio, 3 drenajes de abscesos). El nivel de sedación se consideró adecuado en todos los pacientes.

Se pautó midazolam asociado a fentanilo i.v. en 9 niños (5,2%), 5 eran procedimientos levemente dolorosos (2 suturas, 3 punciones intraarticulares) y 4 muy dolorosos (3 reducciones de fracturas y una cura de estallido ocular). El nivel de sedación se consideró no adecuado en 3. No se registraron efectos adversos.

Del total de procedimientos, el 81,5% fueron realizados por otros servicios (cirugía, ORL, traumatología).

CONCLUSIONES

La instauración de un protocolo de SA, su adecuado cumplimiento y la colaboración con otros servicios (ORL, cirugía y traumatología) ha permitido realizar un importante número de procedimientos en urgencias con una adecuada seguridad y eficacia.



8 SEDOANALGESIA CON ÓXIDO NITROSO AL 50% PARA LA REALIZACIÓN DE PUNCIÓNES LUMBARES.

M. Germán Díaz*, M.R. Pavo García*, A. Palacios Cuesta**, O. Ordóñez Sáez**, D. Blázquez Gamero*, M. Marín Ferrer**

*Servicio Pediatría. **Servicio Urgencias Pediatría. Hospital Universitario Doce de Octubre. Madrid.

OBJETIVO

Analizar la seguridad y eficacia del óxido nitroso al 50% cuando se emplea como sedoanalgesia para la realización de punciones lumbares en un Hospital terciario.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio prospectivo observacional realizado entre febrero de 2007 y junio de 2009. Se incluyeron aquellos pacientes a los que se realizó una punción lumbar utilizando óxido nitroso al 50% como única sedoanalgesia o en combinación con otras. Se recogieron datos demográficos, valoración del dolor y grado de satisfacción del paciente, de los familiares acompañantes y del personal sanitario; así como la presencia de efectos adversos. Para ello se emplearon escalas numéricas o visuales, en función de la edad del paciente. En todos los casos se ofreció a los padres la posibilidad de estar presentes durante el procedimiento.

RESULTADOS

Se analizaron datos de 39 punciones lumbares realizadas en 15 niñas y 24 niños. La edad media de los pacientes fue de 8,1 años (rango de edad: 2 - 12 años). En 7 casos (18%) se empleó óxido nitroso como única sedoanalgesia y en el resto de los casos se combinó con anestesia local con parche de EMLA. En 20 casos (51%) se recogió la valoración del dolor esperado por parte del paciente antes del procedimiento obteniéndose una puntuación media de 5. Tras el procedimiento, 32 niños (82%) valoraron el dolor experimentado. En este caso la puntuación media fue de 2,6. En 19 casos (49%) se recogió tanto el dolor esperado como el experimentado, observándose que en 15 casos (79%) el dolor experimentado era inferior al esperado; en 2 casos (10%) ambas puntuaciones eran iguales y en otros 2 casos (10%) el dolor experimentado era superior al esperado. El dolor percibido fue también valorado por el personal sanitario y los familiares presentes durante el procedimiento. La puntuación media del dolor apreciada por el personal de enfermería fue de 2,8 y por el personal médico de 2,4. En 21 de las punciones realizadas (54%) estuvo presente algún familiar, obteniéndose una puntuación media del dolor de 3,4. En sólo 3 procedimientos (7%) se detectó algún efecto adverso atribuible a la sedoanalgesia administrada: un paciente presentó vómitos y dos tuvieron náuseas, que en ningún caso obligaron a interrumpir el procedimiento.

CONCLUSIONES

El empleo de óxido nitroso al 50% en las punciones lumbares es un método seguro, que facilita la ejecución de la técnica y que ayuda a disminuir la ansiedad y el dolor percibido por los niños, sus familiares y el personal sanitario.



9 **SITUACIÓN ACTUAL DEL MANEJO DEL DOLOR EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICO.**
S. Rubio Marcos, E. Bárcena Fernández, R. San Emeterio Herrero, J. de Las Heras Montero, J. Benito Fernández, S. Capapé Zache.
Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces.

INTRODUCCIÓN

El dolor es una experiencia emocional o sensorial desagradable que puede ser causado por enfermedad o procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos. En los Servicios de Urgencias Pediátricos (SUP) el dolor es un síntoma clásicamente infravalorado e infratratado.

OBJETIVO

Describir el manejo del dolor en nuestro SUP tras la aplicación de las escalas de valoración del dolor según la edad del paciente, y sin que el médico conozca la puntuación de éstas.

PACIENTES Y MÉTODO

Estudio transversal observacional y comparativo mediante la recogida de datos de la puntuación del dolor con escalas de valoración del mismo en dos momentos (triage inicial y a los 30 minutos de estancia) y del tratamiento recibido. Se incluyen pacientes entre 1 mes y 14 años que acuden al SUP con dolor, en horario de mañana (de 8 a 15 horas), entre marzo y diciembre de 2009. El análisis de los datos se realiza con SPSS 16.0 para Windows.

RESULTADOS

Se incluyen 100 pacientes, 53% mujeres con edad media 106 ± 42 meses. En el 78% de los casos el dolor es el síntoma que más preocupa a la familia y/o niño.

Tras la aplicación de las escalas de valoración de dolor, éste se clasifica como leve (1-3 puntos) en 7 casos, moderado (4-6 puntos) en 45, intenso o insoportable (7-10 puntos) en 48. Globalmente se administra analgesia en 53 casos, en 31/48 (64,5%) de los niños con dolor intenso o insoportable y 22/52 (42,3%) de los casos con dolor leve o moderado, siendo la diferencia de tratamiento entre ambos grupos estadísticamente significativa, $p = 0,026$.

La puntuación media de la valoración del dolor en el momento de triage es $6,4 \pm 1,9$ puntos (rango 0-10) y a los 30 minutos $3,2 \pm 2,6$ puntos (rango 0-8), existiendo una disminución estadísticamente significativa de las puntuaciones entre los dos momentos de valoración ($2,8 \pm 2,5$ puntos), $p < 0,005$. Tanto en los niños que recibieron analgesia como en los que no, hay una disminución de la puntuación del dolor a los 30 minutos de estancia ($3,26 \pm 2,5$ vs $2,31 \pm 2,5$, $p = 0,066$).

Únicamente el 24,5% recibe tratamiento teórico adecuado a su nivel de dolor (4/22; 18,2% en niños con puntuación < 7 vs 9/31; 29% en niños con puntuación ≥ 7 , $p = 0,36$; siendo el fármaco más utilizado el ibuprofeno vía oral. El diagnóstico al alta más frecuente es la patología digestiva (34%) seguida de la traumatológica (31%). El 94% de los niños reciben alta domiciliaria.

CONCLUSIONES

Actualmente el dolor es un síntoma infratratado en nuestro SUP, existiendo mayor tendencia a tratar lo niños con dolor intenso o insoportable. Existe poca adecuación entre el nivel de tratamiento recibido y el grado de dolor. Teniendo en cuenta las escalas de valoración del dolor, tanto los niños que reciben analgesia como los que no, presentan una diferencia en la puntuación de éstas en una segunda valoración.



10 CONTROL DE CALIDAD DE HEMOCULTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.

A.I. Jiménez Ortega, L. Zugadi Zárate, F.J. Caballero Mora, M.J. Martín Díaz, J.C. Molina Cabañero, M. de La Torre Espi

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

OBJETIVOS

La realización de hemocultivos es una práctica habitual en los servicios de urgencias pediátricos para detectar bacteriemia en pacientes con procesos infecciosos. Los objetivos de este estudio son: evaluar los resultados de los hemocultivos realizados, controlar que la tasa de contaminación está por debajo del 5% (indicador de calidad de la SEUP) y analizar las características de los pacientes dados de alta con un hemocultivo positivo.

MATERIAL Y MÉTODOS

es un estudio prospectivo de los hemocultivos realizados en el servicio de urgencias entre los meses de Agosto de 2009 y Enero de 2010. Se estableció un protocolo de comunicación de hemocultivos positivos desde el servicio de microbiología al de urgencias para aquellos casos dados de alta del hospital con un hemocultivo positivo. Los enfermeros que realizaban la técnica no tenían conocimiento del estudio.

RESULTADOS

en ese periodo se solicitaron en urgencias 1276 hemocultivos (excluidos 120 pacientes oncológicos); en 89 (6,9%) se produjo crecimiento bacteriano. En los 19 cultivos que fueron realmente positivos, se aislaron los siguientes gérmenes: 8 *S. pneumoniae*, 5 *S. aureus*, 2 *Salmonella spp.*, 2 *Enterococcus faecalis*, 1 *N. meningitidis*, 1 *Pseudomonas* y 1 *E. coli*. El número de hemocultivos contaminados fue de 70 (5,5%) con una tasa de contaminación media mensual del 4,75%, variando desde el 2,7 hasta el 8,3%, según los meses; la edad media de estos pacientes es de 25,19 meses (64,3% menores de 1 año). El porcentaje de hemocultivos contaminados se correlacionó con la presión asistencial –en diciembre y enero se superó el 5%–. Desde el servicio de microbiología se comunicó el resultado de 7 hemocultivos con crecimiento bacteriano en pacientes no ingresados en el hospital. Se contactó con los padres una media de 53 horas después de la extracción del hemocultivo: estaban sin fiebre 3 niños, ninguno tenía tratamiento antibiótico, volvieron a urgencias por este motivo 5 y se hizo un nuevo análisis de sangre con hemocultivo en 1 de ellos. Se confirmaron como verdaderos positivos 3 hemocultivos: un *S. aureus* en una niña de 12 años de edad diagnosticada de artritis esternoclavicular e ingresada para tratamiento quirúrgico y antibiótico intravenoso en la 2ª visita. Una *Salmonella C* en una niña de 3 años de edad con gastroenteritis aguda a la que se pautó antibiótico oral en la 2ª visita. Un cultivo mixto (*Enterococcus faecalis* + Neumococo) en un niño de 2 años con un síndrome febril que cedió espontáneamente sin antibiótico.

CONCLUSIONES

La baja incidencia de hemocultivos positivos hace recomendable revisar el protocolo de solicitud de los mismos. Las tasas de contaminación de hemocultivos son aceptables en términos generales. Aunque es necesario reforzar la técnica de extracción en las temporadas con máxima presión asistencial.

Hay que intentar reducir el tiempo que se tarda en comunicar el resultado de un hemocultivo positivo a los pacientes no ingresados.



11 **EVALUACIÓN DE ERRORES DE CUMPLIMENTACIÓN DE RECETAS MÉDICAS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA (UP).**

L. Supersaxco, E. Castellarnau Figueras, P. Gómez González, N. García-Baiges, O. Calavia Garsaball, X. Batlle Caravaca.

Urgencias de Pediatría. Hospital Joan XXIII. Tarragona.

OBJETIVOS

1. Conocer el porcentaje de recetas mal cumplimentadas.
2. Estudiar los errores cometidos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de las recetas médicas procedentes de UP que se dispensaron en la farmacia comunitaria más cercana a nuestro hospital, mediante la selección aleatoria de recetas correspondientes a fármacos financiados. Se revisaron y se anotaron los errores detectados por el farmacéutico. Los errores se clasificaron en errores en datos del paciente (ausencia o ilegibilidad del nombre, nº CIP, etc.), errores en datos del médico prescriptor (ausencia o ilegibilidad del nombre, del nº de colegiado o falta de la firma), y errores en datos de la receta (ausencia de la fecha, ausencia de posología, etc.).

RESULTADOS

Se analizaron 250 recetas. En un 44,3% se detectó algún error. Un 7% de los errores estaban relacionados con el paciente, todos menos en 1 caso en recetas cumplimentadas a mano (éste caso correspondía a un error en la etiqueta del paciente). Un 11% de errores correspondían al médico, generalmente por ilegibilidad del nombre. El error más frecuente se relacionó con datos de la receta, sobretodo con la fecha. En el 11% de las recetas erróneas se detectó más de un error, ninguna de ellas con 3 o más errores.

CONCLUSIONES

La prescripción de recetas médicas con errores continúa siendo un problema importante que afecta a la seguridad del paciente. La corrección de estos errores corre a cargo habitualmente del farmacéutico. Es necesario promover una correcta cumplimentación de las recetas médicas para evitar confusiones tanto al farmacéutico como al paciente, así como posibles daños.

(Agradecer la colaboración de la Lda. S. Blanco).



12 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN DE PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS PREVALENTES EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS.

B. Guerrero Montenegro, M.T. Romero Paniagua, R. Sánchez Tallón, H. Navarro González, I. López Contreras, J.I. Santos Pérez.

Urgencias de Pediatría. Hospital Virgen de Las Nieves. Granada.

OBJETIVOS

Evaluar la calidad de la atención en pacientes que consultan por dificultad respiratoria en nuestro servicio de urgencias pediátricas según los indicadores de la SEUP 16, 17, 20, 21 y 56.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal. Población: Pacientes con procesos respiratorios que acuden al servicio de urgencias pediátricas durante el año 2009. Muestreo: aleatorio sistemático. Tamaño de muestra: 227. Variables: Diagnóstico, valoración de gravedad de la bronquiolitis, grado de severidad de la bronquiolitis, valoración de gravedad de crisis de asma, gravedad de la crisis de asma, tiempo de demora en la atención del paciente con dificultad respiratoria grave en menos de 10 minutos, determinación de la saturación de O₂ y la FR, tratamiento en urgencias de la crisis de asma con MDI. Fuente de datos: historia digital Diraya-Urgencias.

RESULTADOS:

El número total de pacientes fue de 227, 95 niñas y 131 niños (42% y 57% respectivamente); los diagnósticos fueron de bronquiolitis 81 (35.7%), crisis de asma 89 (39.2%), neumonía 10 (4.4%) y otros 43 (18.9%); la valoración de la gravedad de la bronquiolitis se hizo en 40 (el 52%), el grado de severidad de la bronquiolitis correspondió a: leve 30%, moderada 60%, grave 4%; la valoración de la gravedad de la crisis de asma se hizo en 60 (69%). El grado de severidad de la crisis correspondió a leve 28%, moderada 59%, y grave 11%. Tiempo de demora en la atención del paciente con dificultad respiratoria grave en menos de 10 minutos, no se hizo en el 66% y si en el 34%. La valoración de la saturación se hace en 154 pacientes (67%) y la medida de FR en 5 (2%). El tratamiento con MDI en asma moderada-grave se hace en el 5%, y nebulizado el 95%. Pasaron a observación (camas y sillones) 134 (59%) pacientes con procesos respiratorios, y se ingresaron 24 (10.6%).

DISCUSIÓN

Los estándares propuestos por la SEUP para la valoración de la gravedad de la crisis de asma y de la bronquiolitis así como la medida de la saturación y la frecuencia respiratoria y los tiempos de demora son del 100%. Nuestros resultados son mejores en valoración de asma (69%) que en la bronquiolitis (52%), creemos que por la falta de consenso en la utilización de escalas para bronquiolitis. Con la determinación de la saturación (67%) con respecto a la frecuencia respiratoria (2%) encontramos una gran diferencia, posiblemente por la rapidez de medida de la saturación. Sobre la utilización de los MDI cuyo estandar del 50% se realiza sólo en el 5%. Se explica en parte porque la mayoría de las crisis son moderadas-graves. Esto influye en un alto índice de ocupación de Observación. Detectamos un déficit de cumplimiento de los estándares en general y nos planteamos realizar una intervención de tipo formativo sobre los indicadores que sean más deficientes y medir resultados de la misma.



13 EVALUACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL DEL PROCESO SINDROME FEBRIL EN EL NIÑO EN NUESTRO SERVICIO DE URGENCIAS.

M. Jiménez Castillo, E. Martínez Martínez, E. Licerias Licerias, R. Sánchez Tallón, J.I. Santos Pérez.
Servicio Urgencias de Pediatría. Hospital Materno Infantil Virgen de Las Nieves. Granada.

OBJETIVOS

Establecer si el manejo del síndrome febril en el servicio de Urgencias en nuestro hospital sigue las recomendaciones dadas en las normas de calidad del proceso asistencial integrado del síndrome febril en el niño. Valorar si en los informes de alta quedan reflejados de manera clara los tratamientos y cuidados a seguir, así como los signos de alarma por los que acudir de nuevo a Urgencias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos una auto-auditoría para realizar una valoración retrospectiva de nuestra práctica clínica ante el niño con síndrome febril sin foco (SFSF), siendo nuestra población de referencia los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias de Pediatría durante el periodo comprendido entre el 1 de enero de 2009 al 1 de julio de 2009. Analizamos 6 criterios de calidad mediante el cálculo de los indicadores del proceso y los compararemos con los estándares: aplicación de las escalas de gravedad YIOS/YALE (80%), ingreso hospitalario de los menores de 1 mes con síndrome febril (100%), indicación de signos de alarma en la derivación al alta domiciliaria (100%), uso de paracetamol como antitérmico de primera elección (80%), especificación de la dosis de antitérmicos en el informe de alta (90%).

RESULTADOS

Se señala el Criterio analizado y resultado obtenido con el intervalo de confianza (IC del 95%).

1. Aplicación de las escalas YIOS/YALE: 45.4% (60.1 - 30.7%).
2. Ingreso hospitalario de los menores de un mes con FSF: 82.6% (98% - 67.4%).
3. Indicación de los signos de alarma en el informe de alta: 40.4% (53 - 27.73%).
4. Uso de paracetamol como antitérmico de primera elección: 31.6% (43.67 - 19.53%).
5. Especificación de la dosis adecuada de antitérmicos en el informe de alta: 75.4% (86.58 - 64.22%).

CONCLUSIONES

De los criterios evaluados el 1,3, y 4 se alejan claramente de los estándares definidos. pensamos que en general la muestra puede ser insuficiente ya que los intervalos de confianza obtenidos son amplios; especialmente con el criterio 2 y 5 cuyos intervalos de confianza incluyen el valor del estándar.



14 HABILIDADES EN COMUNICACIÓN AUTOEVALUACIÓN DE LOS RESIDENTES Y DE SU SERVICIO.

X. Codina Puig, P. Gussinye Canabal, M.T. Coll Sibina, M.LI. Masiques Más, J. Sánchez Manubens, M. Català Puigbó.

Hospita General Granollers. Barcelona.

INTRODUCCIÓN

Las habilidades en comunicación forman parte de las competencias profesionales que debe adquirir un médico en su formación y aunque cada vez se es más consciente de ello sigue siendo un aspecto poco desarrollado.

OBJETIVOS

Conocer la opinión de los médicos residentes en relación a: 1.-formación y conocimientos en relación a sus habilidades en comunicación; 2.- sus habilidades en los conflictos y grado de responsabilidad en ellos. 3.- las habilidades en comunicación y competencia profesional de los adjuntos de su servicio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Encuesta anónima, voluntaria y autoaplicada en relación a la formación y conocimientos en habilidades en comunicación de los residentes y de su servicio en un hospital general. Se puntúan en una escala numérica de 0-10 valorando el valor medio.

RESULTADOS

Se recogen 43 encuestas correspondientes a residentes de 8 especialidades. La valoraciones medias han sido: de 3,3 a su formación pregrado y de 4,8 la postgrado; 6.3 las habilidades en comunicación propias y de 6.2 las de sus adjuntos, puntuando al peor de su servicio con un 2,2 y al mejor con un 8,9. Valoran a su servicio en competencia profesional en 7,9 siendo de 7.7 los conocimientos teóricos y 7.7 las destrezas. Califican en un 7 su propia empatía. El número de reclamaciones totales han sido 17. Valoran en 6.1 su capacidad para la resolución de conflictos. En éstos el porcentaje de responsabilidad lo atribuyen a la familia/pacientes (58%) siendo de los médicos la responsabilidad de evitarlos (67%) o solucionarlos (63%).

CONCLUSIONES

Consideran deficiente su formación tanto en pre como postgrado.

Dan un notable a los conocimientos teóricos, prácticos y a la competencia profesional de los médicos de su servicio a pesar de solo aprobarlos en sus habilidades en comunicación.

La mayoría suspenden en habilidades en comunicación a alguno de sus compañeros con muy baja nota.

Consideran sus propias habilidades en comunicación similares a las de su servicio mereciendo solo un aprobado.

Consideran que aunque los conflictos son más por culpa/responsabilidad de la familia/paciente la capacidad de evitarlos y solucionarlos corresponde principalmente a los propios médicos.

Es necesaria una formación y evaluación continuada de las habilidades en comunicación y considerarlas como una parte más de la competencia profesional.



15 INFORMACIÓN SOBRE TRIAJE Y CONSEJOS PARA PADRES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS. ELABORACIÓN DE UN AUDIOVISUAL.

S. García Lanuza, M. Alguersuari Rabat, M. Martínez Montero, M. Martínez Rodríguez, S. Piñol Romero, J. Obiols Ramón

Servicio Urgencias Pediatría. Hospital Terrassa. Terrassa, Barcelona.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El servicio de urgencias pediátricas de nuestro centro atiende alrededor de 30.000 visitas al año. En el mes de junio del año 2009, se implantó un nuevo sistema de triaje apoyado por el Programa informático de Ayuda al Triaje (PAT) que pretende clasificar y ordenar a los pacientes según nivel de urgencia para poder atender rápidamente a los niños en situación de mayor riesgo vital. Coincidiendo con esta implantación, se observó un aumento del número de reclamaciones escritas relacionadas con el triaje junto con la sensación del personal de enfermería de falta de entendimiento del sistema y ansiedad por parte de los padres. Por ello, se plantea la creación de un medio audiovisual con el objetivo de informar a los padres y acompañantes sobre el sistema de triaje de urgencias de nuestro centro, aprovechando además para dar consejos de salud sobre las patologías más frecuentes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Nuestro servicio cuenta con una sala de espera para pediatría con una televisión con capacidad de proyección las 24 horas del día. Cuando el niño y sus padres acuden al servicio, formalizan la entrada en admisiones y, tras una breve espera, pasan por triaje, donde hasta ahora se les informaba verbalmente del nuevo sistema y se les distribuía según nivel de urgencia y especialidad.

Hemos elaborado un vídeo para su proyección en la sala de espera dónde se expone el funcionamiento del triaje además de algunos de los motivos de consulta más frecuentes: la fiebre, el síndrome catarral, la gastroenteritis aguda y el traumatismo craneal, dando respuesta a las preguntas más habituales que refieren los padres. Las fuentes utilizadas han sido las hojas informativas para padres elaboradas por la Sociedad Española de Urgencias Pediátricas (SEUP), las hojas de recomendaciones para el traumatismo craneal elaboradas por el servicio de urgencias de nuestro centro y otras fuentes bibliográficas. Se utiliza un lenguaje sencillo y claro en dos idiomas, catalán y castellano, con gráficos e imágenes animadas.

CONCLUSIONES

El sistema de triaje, que aporta grandes beneficios demostrados en la calidad asistencial, no es vivido siempre de forma positiva por parte de los padres por la dificultad para entender que su hijo no sea atendido por el orden de llegada.

Con presión asistencial, la información para los padres en el triaje no siempre es la más adecuada para su entendimiento. Creemos que con la realización de este audiovisual se puede ayudar a mejorar la información, disminuir la ansiedad y mejorar la calidad asistencial.



16 ¿QUE OPINAN LOS PROFESIONALES SANITARIOS DE LA PRESENCIA FAMILIAR EN PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS?

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

La permanencia familiar junto a los niños durante la realización de procedimientos terapéuticos es solicitada de forma progresiva, siendo la actitud y opinión de los profesionales muy diferente.

OBJETIVO

Conocer la opinión de los profesionales sobre el acompañamiento familiar durante la realización de procedimientos de enfermería.

MATERIAL Y METODO

Estudio observacional descriptivo de Diciembre 2009 a Enero 2010 en unidad de urgencias pediátricas. Población de estudio fueron médicos, enfermeras y auxiliares de enfermería. Datos recogidos mediante encuesta con participación voluntaria y anónima.

Las variables fueron edad, sexo, categoría profesional, vínculo con la unidad, beneficios y perjuicios de la presencia y permitirla.

Estudio estadístico con correlación no paramétrica y con test de Mann-Whitney con $p < 0,05$.

RESULTADOS

Los profesionales participantes fueron: Auxiliares 17 (19,5%); Enfermeras 29 (33,3%); Médicos Adjuntos 14 (16,1%); Médicos Residentes 27 (31%).

Manifiestan estar de acuerdo en que los padres dificultan siempre 31 (35,6%), en desacuerdo 53 (60,9%); profesionales de enfermería 27 (58,7%), facultativos 4 (9,75%) con $p < 0,05$.

Las edades con las que se cree hay mayor dificultad son: <12 meses 20 (23%), profesionales de enfermería 4 (8,7%), facultativos 16 (39%) con $p < 0,05$; entre 2 y 5 años 18 (20,7%); ninguna 19 (21,8%); < 5 años 9 (10,3%).

Están de acuerdo en que dificultan en Reanimación Cardio Pulmonar (RCP) 58 (66,6%), en desacuerdo 18 (20,7%).

Opinan que la presencia tranquiliza al niño 39 (44,8%), profesionales de enfermería 12 (26%), facultativos 27 (65,8%) con $p < 0,05$; que pone más nerviosos a los padres 50 (57,5%), y más nerviosos a los profesionales 40 (46%).

Están de acuerdo en que deben pasar siempre 19 (21,8%), en desacuerdo 56 (64,4%).

Opinan que la ansiedad de los padres disminuye al explicarles los procedimientos 58 (66,7%) frente a 4 (4,5%).

Permiten pasar siempre 11 (12,6%), solo a veces 62 (71,3%).

CONCLUSIONES

La mayoría de los profesionales opinan que los padres no dificultan la actuación medico/enfermera, pero si en caso de RCP o situación crítica, y sin embargo solo les dejan pasar ocasionalmente.



17 **SATISFACCIÓN DE LAS ENFERMERAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICO EN RELACIÓN CON LA INTRODUCCIÓN DE MEJORAS DE CALIDAD.**

M.N. García Hernández, M.E. Fraga Hernández, S. González-Casanova González*, A.N. Yanes Pérez, Y. Alonso Hormiga, J. Morales González

*Servicio Urgencias Pediátricas Dr. Jaime Chaves. *Técnico Gerencia Atención Primaria. Santa Cruz de Tenerife.*

OBJETIVO

Conocer y describir el nivel de satisfacción de los enfermeros tras las medidas de calidad implementadas e identificar áreas de mejora.

MÉTODO

Estudio descriptivo. Se solicitó la cumplimentación, a la totalidad de los profesionales de enfermería del SUP, del cuestionario de satisfacción laboral de profesionales de la salud de equipos de atención primaria (CSLPS-EAP) validado. El cuestionario consta de 73 preguntas englobadas en 14 factores. Se utiliza una escala tipo likert de 7 niveles de satisfacción.

RESULTADOS

Respecto a la satisfacción con el equipo, el 75% de los profesionales están bastante satisfechos con las reglas y normas de funcionamiento, con la coordinación, reconocimiento del trabajo con otros miembros y, composición actual. El 62.5% están satisfechos con las reuniones de planificación. Donde se obtuvo más insatisfacción fue en las reuniones de casos y estudios clínicos, la participación en decisiones que afectan al equipo y sistema de evaluación de actividades. Con las retribuciones e incentivos, un 50% no está satisfecho. No están satisfechos con las condiciones ambientales del lugar del trabajo (87.5%), pero si con la accesibilidad del centro y horarios de trabajo. En la satisfacción intrínseca, el 100% está muy satisfecho con sus tareas y actividades y la realización personal que consiguen; el 87.5% con la calidad de atención a los paciente, la calidad de trabajo y logro de objetivos. En el conocimiento y formación hay variabilidad. El 87.5% está bastante satisfecho con la coordinación de enfermería. La satisfacción con la información que da la empresa no es homogénea. Un 75% no está satisfecho con el tamaño de la población que atiende pero el trabajo administrativo no supone carga evidente. Todos los profesionales se sienten bastantes satisfechos con su grado de autonomía. El procedimiento de sustitución supone un grado de satisfacción alto, pero no así la selección del profesional. Existe un grado de satisfacción alto con el trato con los pacientes. No muestran satisfacción con el marco normativo legal (75%). El 87.5% tienen las tareas y los objetivos claros. La evaluación del equipo es variable, un alto grado no se contesta. La inestabilidad laboral supone un 50% de insatisfacción. La coordinación con otras zonas u hospitales refleja un alto porcentaje de indiferencia (62.5%).

DISCUSIÓN

Los profesionales perciben objetivos definidos, muestran una alta satisfacción con sus actividades, coordinación del equipo, trato al usuario, alta realización profesional y autonomía, áreas que se han venido abordando con la protocolización, incorporación evidencia, triaje avanzado, evidenciando la responsabilidad del enfermero en la toma de decisiones. Las áreas susceptibles de cambio intrínsecas son: reuniones de casos y estudios clínicos, participación en decisiones, formación, con la empresa (nivel de comunicación, información que se recibe), evaluación del equipo (objetivos grupales). Las áreas extrínsecas que se identifican son: retribuciones e incentivos, condiciones ambientales, población de referencia, selección de profesionales, marco normativo legal, inestabilidad laboral.



18 ¿SE CALCULA DE FORMA CORRECTA EL PESO EN LOS SERVICIOS DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS?

M.C. Ignacio Cerro, M.A. Jiménez Carrascosa, M.C. Pascual Fernández, M. Vidal González, A.B. Plaza Muñoz, R.M. Luna Sánchez

Urgencia Infantil. H.G.U. Gregorio Marañón. Madrid.

Las medicaciones en pediatría se prescriben en función del peso, de ahí la importancia de conocerlo para realizar una correcta administración. En los servicios de urgencia en situaciones de emergencia este peso se calcula preguntando a los padres y si se desconoce en muchas ocasiones el personal sanitario lo anota de forma subjetiva.

OBJETIVOS

Valorar la correlación que existe entre el peso real y el que saben los padres, y entre el peso real y el calculado por la enfermera de triage.

Como objetivo secundario: Anotar si el nivel de estudios de los familiares, el tiempo desde que se pesó, el lugar (consulta de pediatra, farmacia, domicilio..) donde se realiza o el familiar que acude influyen en la correlación entre el peso real y el que ellos saben..

MATERIAL Y METODO

En un periodo de un mes (15 de Diciembre de 2009 hasta el 15 de Enero de 2010) se realizó un cuestionario en triage, las variables que se analizaron, fueron: Sexo, edad, motivo de consulta, prioridad, peso que estima la enfermera del triage, familiar que asiste con el niño, estudios del familiar, tiempo que hace que se ha pesado el niño, lugar, peso que refiere el familiar y peso real del niño. Estas variables se estudiaron mediante un coeficiente de correlación intraclase.

RESULTADOS

Se realizaron 694 cuestionarios, de estos 398 fueron niños (57,3%) y 295 niñas (42,5%), la media de edad, fue de 24 meses. Generalmente es, la madre la que acompaña al niño (79,8%), estudios secundarios 261 (37,6%), universitarios 245 (35,3%). En un (63,3%) hace menos de un mes que se ha pesado, y 366 (52,7%) se hizo en la consulta del pediatra.

La correlación entre el peso real y el que anota la enfermera de triage es de 0,845 y entre el peso real y el de el familiar que acude con él es de 0,916.

Como la correlación entre el peso real y el que muestra el familiar es muy alta no encontramos diferencias significativas al relacionar el peso con el familiar, los estudios, el tiempo o el lugar donde han pesado al niño.

CONCLUSIÓN

Los familiares, refieren un peso muy aproximado al peso real del niño.

La enfermera del triage calcula un peso bastante aproximado al real, pero menos estimado que el de los familiares. Los estudios del familiar, el tiempo y el lugar donde han sido pesados no influyen en los resultados.



19 VALORACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DE CALIDAD DEL PROTOCOLO DE LINFADENOPATÍAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.

V. Caballero Pérez, A. Aldana Tabuenca, L. Gracia Torralba, R. Manso Ruiz de La Cuesta, A. Manero Oteiza, Y. Romero Salas

Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

INTRODUCCIÓN

En nuestro servicio de urgencias se realiza un plan continuado de mejora de la asistencia, cuyo objetivo es protocolizar y evaluar las patologías urgentes más prevalentes. Las adenopatías son frecuentes en la infancia y presentan una etiología banal en la mayor parte de los casos, no obstante, es necesaria una adecuada anamnesis y exploración física que nos permita detectar signos y síntomas de alarma.

OBJETIVOS

Evaluar el grado de cumplimiento de los criterios de calidad propuestos en el protocolo y realizar una actualización mediante la búsqueda bibliográfica crítica en las principales bases de datos de medicina basada en la evidencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de una selección aleatoria de los casos diagnosticados de adenopatía en nuestro servicio de Urgencias durante el año 2009.

RESULTADOS

Durante el 2009 se recogieron 162 casos, en las cuales el diagnóstico definitivo fué adenopatía/s, linfadenopatía/s, adenitis reactiva o adenoflemón. El 52% de los casos fueron varones. El 1,2% fueron menores de un año, 38,3% entre 1 y 3 años y 60,5% mayores de 3 años. De ellas hemos seleccionado 80 historias en las que el tiempo de evolución estaba descrito en el 100% de las historias (74,7% agudas, 25,3% subagudas/crónicas), la descripción de la adenopatía constaba en el 94,4% de las historias y la búsqueda de otras adenopatías en el 66%. La constancia de que se hayan preguntado y explorado signos y síntomas de alarma la encontramos en el 40% de los casos. Un 5% fueron adenopatías supraclaviculares, un 2% inguinales, siendo el resto cervicales. No se encontraron patologías oncológicas en aquellos pacientes que precisaron exploraciones complementarias.

CONCLUSIONES

Tras la revisión de nuestra causística se decidió incorporar la realización de Mantoux en el centro de salud en aquellos casos que se sospechase etiología por micobacterias, los días previos a la revisión en la consulta de Infecciosos de nuestro centro. Creemos en esta línea de trabajo de mejora continuada que nos permite unificar los criterios de actuación entre profesionales de diferentes servicios y mejorar nuestra práctica habitual, al reducir la variabilidad asistencial.



20 EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE UN SÍNCOPE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.

I. Galé Ansó, E. Sancho Gracia, A. Aldana Tabuenca, V. Caballero Pérez, O. Gómez Cámara, R. Pérez Delgado.

Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

INTRODUCCIÓN

En nuestro hospital se está trabajando en un plan de mejora de la calidad asistencial de las urgencias pediátricas mediante la protocolización de la actuación en diferentes patologías, como el síncope.

OBJETIVOS

Evaluación del protocolo existente analizando el cumplimiento de sus indicadores de calidad y actualización del mismo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza búsqueda bibliográfica acerca de las pautas de actuación ante un síncope. Estudio descriptivo retrospectivo mediante la revisión de los registros de urgencias de 34 pacientes diagnosticados de síncope en urgencias de nuestro hospital, entre 0 y 14 años, en el período de enero a noviembre de 2009, ambos incluidos. Los indicadores evaluados son: la constancia de factor desencadenante, puntuación en la escala de Glasgow, tensión arterial, glucemia y el electrocardiograma.

RESULTADOS

Se han revisado 34 casos con diagnóstico de síncope con un predominio del sexo femenino (64,7%), una mediana de edad de 10 años, y una moda de 12 años. La constancia del factor desencadenante se cumple en un 79,5% de los casos, siendo el dolor el más frecuente y destacando dos en relación con hiperextensión del cuello (peinarse). La puntuación en la escala de Glasgow consta en un 67,4% siendo 15 en todos los casos y sin presentar otras alteraciones en el resto de exploración neurológica que se había registrado en el 90% de los pacientes. La medición de TA y su valor constaba en un 91,1% de los informes revisados estando dentro de rangos de normalidad según peso y talla en el 100% de los casos. Así mismo el valor de glucemia capilar se reflejaba en el 91,1%, siendo normal en todos ellos. La realización de ECG y su interpretación aparecía en un 67,6%, sin encontrar alteraciones en ninguno de los pacientes.

CONCLUSIONES

El cumplimiento de los indicadores de calidad del protocolo se aproxima a los estándares propuestos, salvo en la constancia del factor desencadenante y de la realización del ECG, en que los resultados no son los esperados. Recientemente se ha presentado en sesión clínica esta revisión y se ha puesto en marcha una línea de mejora en el cumplimiento de dicho protocolo. Creemos en esta línea de trabajo de protocolización consensuada por todos los especialistas involucrados y entendemos que la evaluación de estos protocolos debe ser continuada.



21 LA ACTUACIÓN ENFERMERA EN LA TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR PEDIÁTRICA.

J.M. Romero Aroca, M. Guede Cid, C. Hidalgo D^ía z
Urgencias Pediátricas. Hospital Infantil Virgen Del Rocío. Sevilla.

OBJETIVO

Optimizar el desarrollo de la praxis enfermera asistencial en situaciones clínicas de TSPV Pediátrica, como miembro del equipo multidisciplinar que aborda dicha situación clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión crítica, en sesiones clínicas de cuidados de enfermería, de las actuaciones enfermeras en TSPV Pediátrica previas.

RESULTADOS

Analizar los distintas actuaciones enfermeras previas en situaciones clínicas de TSPV para mejorar la prestación de cuidados a estos pacientes y a su vez la labor que desempeña el equipo multidisciplinar del que forma parte. Corregir los errores cometidos en la praxis enfermera asistencial en situaciones clínicas de TSPV Pediátrica.

CONCLUSIONES

La praxis enfermera corregida en situaciones de TSPV Pediátrica implica una mejor praxis asistencial del equipo multidisciplinar del que es integrante y por lo tanto lo veremos traducido en la eficacia y eficiencia de los cuidados que el paciente recibe.



22 PERICARDITIS AGUDA COMO CAUSA DE DOLOR TORÁCICO EN URGENCIAS.

L. Martorell Gimenez*, T. Aracil Pedro*, J. Marin Serra**, D. Ainsa Laguna*, M. Porcar Almela*, V.J. Girbes Ruiz***

*Servicio Urgencias de Pediatría. **Servicio de Pediatría. ***Servicio de Cardiología. Hospital Dr. Peset.

FUNDAMENTO

El dolor torácico es un motivo de consulta poco habitual en Urgencias que produce ansiedad en el niño y familiares. Esta, viene dada por el posible origen cardíaco del dolor. Es más frecuente en el niño mayor y adolescente, y su etiología más frecuente es benigna (idiopáticas y músculo-esqueléticas). No obstante, es necesaria la realización de un adecuado enfoque diagnóstico que permita reconocer las patologías que precisan de vigilancia y/o tratamiento inmediato.

OBJETIVOS

Identificar en el Servicio de Urgencias el dolor torácico desde su gravedad, origen y repercusión posterior, a través de una rápida y sistemática anamnesis, exploración clínica y pruebas complementarias básicas como son el electrocardiograma (ECG) y la radiografía de tórax.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Se revisaron de forma retrospectiva las historias clínicas de los niños diagnosticados de Pericarditis Aguda que ingresaron en nuestro hospital desde el año 2000. Se recogieron 3 casos. Todos ellos presentaron dolor torácico como motivo de consulta principal asociando disnea y temperatura superior a 38 °C. Dos de ellos describían dolor precordial que empeoraba con la inspiración profunda y el decúbito supino, pero mejoraba a la inclinación hacia delante. Solo uno de ellos refería dolor de 15 días de evolución junto astenia. Dos de los casos referían antecedente infeccioso reciente, así como dos tenían antecedentes familiares directos de enfermedad cardiovascular.

En la exploración clínica, dos de los casos presentaban tonos cardíacos apagados. Ninguno de los tres presentaba roce pericárdico ni soplos, así como tampoco alteración de constantes vitales. Ante la sospecha clínica de Pericarditis Aguda, se practicaron de forma consecutiva ECG, radiografía de tórax y ecocardiografía. Todos presentaban alteraciones en ECG. En dos de ellos se evidenció elevación del segmento ST, sin signos de crecimiento ventricular ni de infarto agudo de miocardio, con radiografía torácica y ecocardiografía normales en el momento del ingreso. No obstante, el caso que consultó por dolor subagudo, presentaba bajos potenciales con descenso de ST en precordiales izquierdas, cardiomegalia y derrame pleural en la radiografía de tórax, y derrame pericárdico de características subagudas en la ecocardiografía. En los tres casos se decidió ingreso para control evolutivo, tratamiento inicial con antiinflamatorios no esteroideos y estudio etiológico. En ningún caso se evidenció alteración de enzimas cardíacos ni musculares, con estudio serológico y de autoinmunidad negativos.

COMENTARIOS

La Pericarditis Aguda es una causa poco frecuente de dolor torácico en la edad pediátrica. A pesar de ello, no debe despreciarse, por lo que es importante la realización de una adecuada anamnesis y exploración clínica que permitan orientar el diagnóstico, y la realización de ECG como prueba complementaria sencilla y de alto rendimiento.



23 PROTOCOLO DEL TRASPLANTADO CARDIACO EN LA URGENCIA

E. Sanz Pascual, J. Martín Sánchez, S. García García, L. García Guereta
Hospital Universitario La Paz. Madrid.

El trasplante cardíaco ha sido el tratamiento que ha permitido la supervivencia de pacientes antes no viables. Debido a la centralización de las unidades que realizan su seguimiento y a la dispersión de los enfermos en el territorio, vemos necesario que cualquier Servicio de Urgencias pediátricas pueda manejar estos pacientes.

OBJETIVOS

Dimensionar el problema que supone para nuestro Servicio de Urgencias los pacientes con trasplante cardíaco. Aportar un algoritmo diagnóstico-terapéutico para la valoración y manejo de estos pacientes.

RESULTADOS

El número de niños con trasplante cardíaco dependientes de nuestro centro es de 13, y han generado 98 visitas a nuestro servicio de urgencias en los últimos 6 años. Teniendo en cuenta que en horario de mañana son atendidos en la consulta de Cardiología, el número no es desdeñable.

Para su mejor aplicación hemos ordenado este algoritmo según el motivo de consulta en 4 ramas: fiebre, deshidratación, cansancio y malestar general y arritmias. En cada rama se trabajan las sospechas clínicas con las pruebas complementarias correspondientes a cada supuesto. Debemos tener en cuenta que el corazón trasplantado está denervado por lo que no cabe esperar dolor, ni reacción a las maniobras vagales.

En la rama de la fiebre hay que tener en cuenta que en los 3 primeros meses post-trasplante, gérmenes oportunistas pueden causar infecciones graves al coincidir con los niveles más altos de inmunosupresión, lo que habrá que recordar a la hora de decidir tratamientos empíricos.

El cansancio o malestar inespecífico puede estar en relación con bajo gasto cardíaco por arritmias o enfermedad de pequeño vaso. Pasados los 2-3 primeros años, las complicaciones más importantes están en relación con síndromes linfoproliferativos y la enfermedad vascular del injerto. En el paciente trasplantado, donde la función renal está básicamente deteriorada, la deshidratación representa una situación de riesgo y el manejo de líquidos debe ser muy cuidadoso ya que los fármacos inmunosupresores pueden alcanzar niveles tóxicos. En cuanto a las arritmias, tendremos en cuenta la hipersensibilidad de estos pacientes al tratamiento con adenosina. Este protocolo contempla la valoración por parte del Servicio de Cardiología al final de todas las ramas del algoritmo y desde el inicio en el caso de arritmia.

CONCLUSIONES

La mayor parte de las consultas a Urgencias de estos pacientes estará relacionada con la patología pediátrica común.

Síntomas tan banales como la sensación de malestar pueden esconder situaciones graves que hagan peligrar el injerto y la vida del paciente por lo que es necesaria una rutina de manejo exigente para la detección precoz de complicaciones.



24 SÍNTOMAS HABITUALES EN EL LACTANTE COMO MANIFESTACIÓN DE ENFERMEDAD POCO FRECUENTE.

D. Pérez Campos, S.H. Prieto Martínez, P. Manzanares Blázquez, P. Galán Del Río, M.A. Zafra Anta, D. Montes Bentura

Pediatría. Hospital de Fuenlabrada.

FUNDAMENTO

Las anomalías congénitas de las arterias coronarias sin cardiopatía estructural asociada son enfermedades poco frecuentes que pueden pasar desapercibidas en el periodo neonatal y manifestarse en el lactante con un cuadro de rechazo del alimento y/o distrés respiratorio.

OBJETIVOS

Incidir que en el lactante con rechazo del alimento y distrés respiratorio es preciso considerar las anomalías congénitas de las arterias coronarias como posible origen del cuadro.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Niña de dos meses de edad, con cariotipo 47xxx como único antecedente de interés, remitida a Urgencias por su pediatra por presentar, en las últimas semanas, rechazo del alimento, vómitos ocasionales y escasa ganancia ponderal a pesar de la introducción de cereales sin gluten; afebril. En la exploración física se objetiva regular estado general, con relleno capilar enlentecido, taquicardia, taquipnea con tiraje intercostal moderado sin ruidos patológicos en la AP, y hepatomegalia de 3cm; tensión arterial en los 4 miembros adecuada. Recibe bolo de suero salino fisiológico y se realiza analítica de sangre con gasometría (normales) y radiografía de tórax que evidencia importante cardiomegalia, motivo por el que se solicita electrocardiograma (signos de isquemia miocárdica) y ecocardiograma (ventrículo izquierdo -VI- dilatado con mala contractilidad). Con el diagnóstico de insuficiencia cardíaca (IC) recibe tratamiento anticongestivo y se deriva a UCIP donde se repite ecocardiograma y se realiza el diagnóstico de origen de la arteria coronaria izquierda en el tronco pulmonar (ALCAPA); la niña es intervenida y presenta recuperación progresiva de la función cardíaca.

COMENTARIOS

En esta entidad, la arteria coronaria izquierda se origina en el tronco de la arteria pulmonar (AP), por lo que la perfusión del miocardio va a depender del balance de presiones entre el VI y la AP. En la vida fetal las presiones son similares por lo que no existen efectos deletéreos. Al nacer, la coronaria izquierda recibe sangre desaturada de la AP y, con el descenso progresivo de las presiones pulmonares, se invierte el flujo (de VI a AP). De esta manera, y como en nuestro caso, los niños están asintomáticos al nacimiento, y a partir de la 2ª semana de vida pueden presentar síntomas inespecíficos como disconfort con las tomas, (cuadro angina-like por isquemia transitoria), con vómitos y rechazo de las mismas y fallo de medro. La aparición de distrés respiratorio e IC se produce característicamente hacia los dos meses de edad, secundaria al infarto de la cara anterolateral del VI. Algunos pacientes debutan con cuadro de muerte súbita. El examen físico puede ser normal en las fases iniciales. En la radiografía de tórax existe cardiomegalia a expensas de cavidades izquierdas y edema pulmonar; en el electrocardiograma ondas R y Q anormales en derivaciones izquierdas. La ecocardiografía es el método estándar de diagnóstico. El tratamiento es quirúrgico, empleando en cada caso particular la técnica que el cirujano considere más apropiada.



25 TAQUICARDIA PAROXÍSTICA SUPRAVENTRICULAR NEONATAL EN URGENCIAS: DOS CARAS DIFERENTES DE UN MISMO PROBLEMA.

G. González García, A. Ayerza Casas, P. Huerta Blas, F. Fuertes El Musa, L. Cuadrón Andrés, J.I. Olivares López

Servicio de Pediatría. HCU Lozano Blesa. Zaragoza.

FUNDAMENTOS Y OBJETIVOS:

La taquicardia paroxística supraventricular (TPSV) constituye la disritmia sintomática más común en la infancia, puede ocurrir a cualquier edad y por lo general es bien tolerada. Cuando aparece en lactantes los síntomas son inespecíficos y suelen pasar desapercibidos desarrollando con más frecuencia signos de insuficiencia cardíaca, por lo que son importantes un diagnóstico y tratamiento precoces. Se describen dos casos con una misma forma de presentación y distinta evolución.

OBSERVACIONES CLÍNICAS:

Caso 1: Varón de 14 días de vida sin antecedentes familiares ni personales de interés, que en las últimas 24 horas presenta rechazo de tomas y somnolencia. En la exploración física destaca palidez de piel con acrocianosis, frialdad, debilidad de pulsos periféricos y taquipnea. En la auscultación se evidencia taquicardia a ritmo incontable y en el electrocardiograma complejos QRS estrechos a 290 ppm. Se realizan maniobras vagales con lo que revierte el cuadro no presentando nuevas crisis. El ecocardiograma y ECG basal no muestran anomalías.

Caso 2: Niña de 11 días de vida sin antecedentes de interés que consulta por vómitos de repetición en las últimas horas. En la exploración física destaca taquicardia a 250 ppm con pulsos indetectables. Se confirma TPSV que no cede tras maniobras vagales por lo que se administra adenosina ev, precisando varias dosis y vía central para revertir a ritmo sinusal. En ECG de base se objetivan ondas delta sugestivas de Síndrome de Wolff Parkinson White y en el estudio ecocardiográfico se detectan múltiples masas ecodensas indicativas de rabdomiomas. Se realiza RMN cerebral donde se objetiva astrocitoma, nódulos y calcificaciones típicos de esclerosis tuberosa confirmando el diagnóstico de dicha enfermedad. Actualmente sigue tratamiento de base con Propranolol con lo que se han controlado los episodios de taquicardia.

COMENTARIOS

La TPSV es frecuente en pediatría y debe sospecharse ante un lactante con síntomas inespecíficos ya que con un tratamiento precoz la evolución suele favorable. Debe tenerse en cuenta que aunque habitualmente ocurre en niños con un corazón sano, hasta una cuarta parte de los casos puede mostrar un patrón de preexcitación o una miocardiopatía estructural por lo que una vez realizado el tratamiento urgente es importante descartarlo.



26 ABDOMEN AGUDO COMO PRESENTACIÓN CLÍNICA DE UN QUISTE DE DUPLICIDAD INTESTINAL COMPLICADO.

M. Juncos Clemente, L. Blanquer Fagoaga, J. Álvarez Pitti, G. Ortega Evangelio, K. Aguilar Torres, L. Ojeda González

Servicio Pediatría. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia.

OBJETIVO Y FUNDAMENTOS

El dolor abdominal agudo es frecuente en la infancia y constituye uno de los principales motivos de consulta en urgencias. Aunque suele estar causado por procesos benignos autolimitados, es importante descartar aquellas entidades que como causa de abdomen agudo requieren una intervención urgente. La causa más frecuente de abdomen agudo en la infancia es la apendicitis, pero no debemos obviar que en ocasiones puede ser la forma de presentación de entidades menos frecuentes como malformaciones intestinales.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Niña de 8 años que ingresa por dolor abdominal persistente en fosa iliaca izquierda (FII) de 12 horas de evolución. Asocia hiporexia y febrícula. Antecedentes: ingreso a los 7 meses por vómitos cíclicos. Asintomática desde los 3 años. Presenta regular estado general, dolor a la palpación en FII con defensa. En ecografía abdominal (EcoA) se observa discreta cantidad de líquido libre sin objetivar apéndice y signos ecográficos sugestivos de proceso inflamatorio en colon descendente. Evolución: en segunda EcoA realizada ante persistencia de la clínica se aprecia líquido libre inter asas, a nivel de Douglas y perivesical con aumento de ecogenicidad grasa y en TAC se detecta líquido libre por toda la cavidad abdominal, engrosamiento de paredes de colon descendente, sigma y recto. Los hallazgos plantean diagnóstico de enfermedad inflamatoria intestinal (EII). Valorada por servicio de Gastroenterología plantean diagnóstico diferencial de EII vs. linfoma intestinal realizando punción peritoneal diagnóstica y colonoscopia para toma de biopsia. Ante empeoramiento clínico-analítico y resultados de líquido ascítico compatibles con peritonitis se deriva a hospital de referencia para valoración por cirugía. Intervenido por laparotomía media (hallazgos operatorios: plastrón en ángulo esplénico con pus y perforación cólica) se realiza resección de 12 cm y colostomía a nivel de colon transverso. Durante el postoperatorio persiste clínica de dolor abdominal. Se repite EcoA con hallazgo de estructura quística con pared, de 66x35mm, en cara mesentérica del colon descendente-ángulo esplénico. Estos hallazgos sugieren duplicidad intestinal programándose reintervención para resección y cierre de colostomía, con evolución posterior favorable.

COMENTARIOS

El quiste de duplicación intestinal es una anomalía congénita infrecuente, que puede afectar a cualquier segmento del tubo digestivo, más frecuente en yeyuno-íleo. Suele hacerse clínicamente evidente por la distensión de la duplicidad o debido a complicaciones (hemorragia, perforación y obstrucción intestinal). Sus manifestaciones dependen del tipo y localización, así como de la presencia de mucosa gástrica ectópica. Presentan síntomas y signos inespecíficos, como náuseas y vómitos siendo el dolor abdominal el más común. Aunque los estudios radiológicos pueden ser útiles, tienen baja especificidad, suponiendo el diagnóstico un reto para pediatras y cirujanos, siendo diagnosticado muchas ocasiones durante laparotomías realizadas como tratamiento ante sospecha de otras patologías intestinales quirúrgicas.



27 **ABSCESO PÉLVICO EN NIÑA DE 12 AÑOS.**

S.N. Fernández Lafever, R. López López, A.C. Peñalba Citores, A. Tardáguila Calvo.
Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS

La presencia de abscesos en el fondo de saco de Douglas es poco frecuente en pediatría. Puede observarse como complicación postquirúrgica tras resección intestinal, apendicectomía, perforación de un divertículo, por complicación de enfermedad inflamatoria intestinal o pélvica, o por sobreinfección de un ovario torsionado. Sin embargo, no debemos olvidar la patología vaginal.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Presentamos el caso de una niña de 12 años que acude a urgencias por dolor abdominal. Diagnosticada de infección urinaria 24 horas antes, en tratamiento con cefixima oral. El dolor comenzó 9 días antes, inicialmente localizado en zona suprapúbica, con irradiación progresiva a ambas fosas ilíacas y renales. Era continuo, en ocasiones punzante, especialmente con la micción. Asociaba febrícula intermitente, astenia, decaimiento y síndrome miccional franco, sin hematuria.

Antecedentes personales: Pielonefritis aguda a los 7 y 10 años. Apendicectomía 4 meses antes. Menstruaciones no dolorosas y regulares, fecha de última regla hacía 35 días. Negaba relaciones sexuales.

Exploración física: Buen estado general. Abdomen ligeramente distendido con dolor a la palpación en ambos flancos y en zona suprapúbica. Puñopercusión renal dudosamente positiva. No otros signos de irritación peritoneal. Resto de exploración normal.

Pruebas complementarias: Hemograma, bioquímica, gasometría y coagulación, destacando leucocitosis de 19.500 (con 86% de neutrófilos). Sedimento de orina con proteinuria, hematuria leve, piuria intensa y bacteriuria, urocultivo positivo a *E. coli* y test de embarazo negativo. En la ecografía abdominal presenta imagen ovalada, avascular de 8x8x12 cm retrovesical. Se decide laparoscopia exploradora en la que se observan grandes adherencias en epiploon y asas intestinales, sin poder visualizar zona pélvica. Se intenta realizar punción ECO-guiada, obteniendo material gelatinoso. En el mismo acto se objetiva salida por vagina del mismo material, por lo que se indica colposcopia en la que se encuentra cuerpo extraño (capuchón de bolígrafo) adherido a pared vaginal anterior. Se inicia antibioterapia intravenosa. A las 48 horas de la intervención el TAC muestra hallazgos compatibles con enfermedad inflamatoria pélvica, con absceso tuboovárico derecho, pelviperitonitis y proctitis de probable origen reactivo.

CONCLUSIONES

Ante el diagnóstico de absceso pélvico hay que pensar en etiología ginecológica precisando un alto índice de sospecha para descartar cuerpo extraño en vagina.



28 EL JUSTO PAPEL DE LAS PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN EL DIAGNÓSTICO DE LA APENDICITIS AGUDA.

A. Martínez Hernández, M. Afonso Coderch, C. Ontoria Betancort, V. Villanueva Accame, Y. Mesa Fumero, M. Mateos Durán.

Servicio Pediatría. HUC Tenerife. La Laguna.

INTRODUCCIÓN

La apendicitis aguda es la causa quirúrgica más frecuente de dolor abdominal en la edad pediátrica. La forma de presentación es más atípica cuanto menor es la edad del niño, lo que lleva a un diagnóstico tardío en los menores de 5 años.

OBJETIVO

Valorar el papel de las pruebas complementarias en el diagnóstico definitivo de apendicitis aguda en un servicio de urgencias pediátricas hospitalario.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo en el que se han seleccionado los pacientes en edad pediátrica (<15 años) con diagnóstico anatomopatológico de apendicitis aguda de enero a junio de 2009 en nuestro hospital. Las variables seleccionadas fueron: edad, sexo, características del dolor abdominal, tiempo de evolución, presencia de síntomas acompañantes (náuseas/vómitos, temperatura, anorexia, diarrea), resultado de pruebas complementarias (ecografía, TAC y leucocitosis, neutrofilia en el hemograma) y diagnóstico histopatológico.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 47 casos, la mayoría de ellos varones (72%). La edad media de presentación fue 9 años, siendo 6 de ellos menores de 5 años. Todos cumplían criterios clínicos de apendicitis aguda. El 87% presentó alguna alteración analítica, obteniendo una puntuación media de 6 en la escala de Alvarado modificada. La ecografía fue dudosa o no compatible en el 25% de los casos, pero no presentó falsos positivos.

CONCLUSIONES

La anamnesis y la exploración física constituyen la base del diagnóstico de apendicitis aguda. La ecografía abdominal y el hemograma suponen un apoyo en determinadas situaciones, pero presentan una sensibilidad limitada. La aplicación de escalas de puntuación diagnóstica constituye un arma adicional pero no sustituyen a la valoración clínica por un explorador experimentado.



29 INVAGINACIÓN INTESTINAL: SOSPECHA Y DIAGNÓSTICO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.

J. Domínguez Carral, S. Arriola Rodríguez-Cabello, E. Pereira Bezanilla, M.T. Leonardo Cabello, A. Orizaola Ingelmo, M. Pumarada Prieto

Servicio Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

OBJETIVOS

Analizar las características clínicas de los cuadros de invaginación intestinal para su diagnóstico en un servicio de Urgencias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de las historias de los pacientes ingresados con diagnóstico de invaginación durante el periodo comprendido entre Diciembre de 2006 y Diciembre de 2009.

RESULTADOS

Se diagnosticaron un total de 60 casos de invaginación intestinal en 53 pacientes, dado que 6 de ellos presentaron varios episodios de invaginación dentro de nuestro periodo de estudio. La edad media fue de 24 meses, con un intervalo entre 3 meses y 7 años y cuatro meses; siendo el 64,2% de los pacientes varones y el 35,8% mujeres. No se encontraron importantes diferencias estacionales, con un ligero predominio en invierno y verano, ambos con un 29% de los casos. En cuanto a la clínica, no se presentó ningún caso de la llamada "triada clásica" (dolor, masa palpable y heces "en jalea de grosella"); en el 90% de los casos apareció dolor abdominal, en el 63,3% llanto, en el 30% encogimiento de piernas, sólo en 6 de los casos enrojecimiento facial, en el 61,6% vómitos, con una media de 3, y únicamente en 2 casos se objetivaron heces con sangre; en cuanto a los síntomas vagales, se observó palidez en el 46,6%, sudoración en el 26,6% e hipotonía en el 26,6%; además, 12 casos presentaron fiebre, de los cuales 7 asociaban otra patología. El tiempo medio desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico fue de 19 horas y 50 minutos, con un intervalo entre 20 minutos y 5 días. En la exploración física se encontró dolor abdominal en el 46,6% de los casos y masa palpable sólo en 3; el tacto rectal únicamente se realizó en 2 de los 60 casos, encontrando sangre en uno de ellos. El diagnóstico de confirmación fue en todos los casos por ecografía abdominal, con un predominio de la localización ileo-cólica (54,8%), seguida de la ileo-ileal (22,5%); y objetivándose en el 91,6% de los casos adenopatías mesentéricas. El 65% de los casos se resolvieron mediante enema de SSF con control ecográfico, sólo en 5 de los 60 casos se recurrió a la cirugía, y el 26,6% restante se resolvieron espontáneamente. La estancia hospitalaria media fue de 36 horas, con 10 casos de reinvasión, sin otras complicaciones mayores.

CONCLUSIONES

Las manifestaciones típicas descritas en la literatura se observan con menos frecuencia en la práctica clínica actual, habiendo encontrado en nuestro estudio síntomas más inespecíficos de los que el más constante es el dolor abdominal; por lo que se necesita un alto grado de sospecha para realizar un diagnóstico precoz.



30 INVAGINACIONES INTESTINALES ATÍPICAS: A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

L. García Hidalgo, I. Durán Hidalgo, S. Oliva Pastor, L. Martín de La Rosa, E. García Requena
HRU Carlos Haya. Málaga.

INTRODUCCIÓN

La invaginación intestinal idiopática es una causa frecuente de obstrucción intestinal en lactantes y preescolares con un pico de incidencia entre los 5 y 10 meses de edad, y predominio en varones (3:1). En niños mayores y adultos sin embargo, se considera una entidad rara y habitualmente secundaria a procesos orgánicos de la pared intestinal. En cualquiera de los casos, constituye una urgencia pediátrica con riesgo vital. Presentamos a continuación, dos casos atípicos de invaginación intestinal atendidos en nuestro servicio de urgencias en los últimos dos meses.

CASO 1

Varón de 12 años con dolor intermitente en fosa iliaca derecha (FID) de 4 horas de evolución. No vómitos. Deposiciones algo más blandas. No fiebre ni síntomas miccionales. Antecedentes personales: Talasemia menor. Antecedentes familiares sin interés. Exploración: Buen estado general. Buena hidratación, nutrición y perfusión. No adenopatías. Auscultación sin alteraciones. Abdomen blando sin masas ni megalias con dolor a la palpación en fosa iliaca derecha y Blumberg dudoso. Pruebas complementarias: Hemograma: 11.440 leucocitos (80% neutrófilos), Hb 11.1 g/dl, Plaquetas 434.000/mm³. Bioquímica e iones normales. PCR 2.5 mg/l. PCT inferior 0.05. Eco abdomen: imagen de “donut” en FID compatible con invaginación. TC abdominal: Invaginación ileocólica hasta colon transversal con líquido libre intrabdominal y adenopatías satélites. Evolución: intervención quirúrgica urgente con resección de 3 cm ileon, 8 cm de colon ascendente y válvula ileocecal. Diagnóstico anatomopatológico segmento: Linfoma células B grandes con metástasis ganglionar única. Resto estudio extensión negativo. Actualmente, recibiendo primer ciclo de quimioterapia.

CASO 2

Mujer de 16 meses. Dos invaginaciones intestinales reducidas hidrostáticamente con confirmación ecográfica en las últimas 48 horas. Acude de nuevo por llanto continuo y vómitos en las últimas horas. Exploración: Aceptable estado general. Quejido intermitente. Abdomen blando y depresible, doloroso a la palpación, no se palpan masas. Pruebas complementarias: Ecografía abdominal: Sin imagen de invaginación. Apéndice con contenido fecaloideo en su interior y datos de inflamación aguda. Hemograma: 14.500 leucocitos (52%N), Hb 11.6, Plaquetas 501.000. Bioquímica e iones normales. Evolución: Intervención quirúrgica urgente. Diagnóstico: apendicitis aguda probablemente secundaria a reducción hidrostática.

COMENTARIOS

La invaginación intestinal a cualquier edad, constituye una urgencia pediátrica que precisa diagnóstico precoz y tratamiento inmediato, que en ocasiones puede presentar complicaciones. Es importante tener en cuenta que existen formas de presentación o evolución atípicas que pueden retrasar el diagnóstico y llevar consigo daños irreversibles para el paciente.



31 ¿NOS FIAMOS DE NUESTRA EXPLORACIÓN EN LA PATOLOGÍA TESTICULAR?

M. González Sánchez, S. Suárez Saavedra, E. Larrea Tamayo, C. Granell Suárez, M. García González, M. Arroyo Hernández

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

OBJETIVOS

- Conocer la incidencia de la patología testicular como motivo de consulta en nuestro servicio de Urgencias de Pediatría.
- Conocer la frecuencia de realización de pruebas complementarias y de valoración por Cirugía Infantil para esclarecer el diagnóstico en el escroto agudo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de los niños que consultaron durante el año 2009 en nuestro servicio de urgencias por patología escrotal. Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos y evolutivos, así como si se precisó de pruebas complementarias y de valoración por Cirugía Infantil para llegar al diagnóstico.

RESULTADOS

En este periodo se atendieron en nuestro servicio un total de 34765 urgencias, encontrándose 50 pacientes (0,14%) que consultaron por escroto agudo. La media de edad fue de 84 meses (rango 1-166 meses) con un tiempo de evolución medio de 41 horas, mediana 12 horas (rango 1-360 horas). Casi un 60% consultaba por dolor, un 36% por inflamación y un 4% presentaba ambos síntomas. De los que presentaban dolor, alrededor de 2/3 lo referían de forma continua. El lado izquierdo fue el más frecuentemente afectado (55%) mientras que la afectación bilateral sólo se encontró en dos casos. Pocos pacientes presentaban síntomas asociados como vómitos (3), anorexia (2), dolor abdominal (1), clínica urinaria (3) o fiebre (3). Sólo cuatro pacientes referían antecedente traumático. En la exploración física un 72% presentaba edema escrotal pero sólo un 25% tenía eritema. El reflejo cremastérico estaba presente en el 85% de los casos y la transluminación fue positiva en un 76%. En la mayoría de los pacientes no se realizó ninguna prueba complementaria (53%), siendo la prueba más frecuentemente solicitada la ecografía Doppler (56% de los pacientes en los que se solicitó alguna prueba) seguida del urinoanálisis (48%). Se solicitó valoración por Cirugía Infantil en el 94% de los casos. El diagnóstico más frecuente fue el de orquidoepididimitis (36%), seguido de hidrocele (32%) y de torsión de hidátide (14%). Se diagnosticaron 4 torsiones testiculares (8%). El reposo y los antiinflamatorios constituyeron el tratamiento en el 61% de los casos, pautándose antibioterapia en un 10% de los pacientes. Se intervinieron 3 pacientes de forma urgente y uno de forma diferida por torsión testicular de larga evolución. Finalmente, fueron dados de alta desde urgencias el 94%.

CONCLUSIONES

El escroto agudo no constituye un motivo frecuente de consulta en las urgencias pediátricas. En una parte importante de los casos no se precisan pruebas complementarias para llegar al diagnóstico. La ecografía doppler resulta la prueba más utilizada para el diagnóstico diferencial. En nuestro servicio solicitamos valoración por Cirugía Infantil en una gran mayoría de casos.



32 PRESENTACIÓN DE UN CASO DE APENDICITIS AGUDA COMPLICADA.

C. González Menchén, A. Angulo Chacón, C. Benito Caldés.

Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Puerta de Hierro. Majadahonda, Madrid.

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS

La distinción entre apendicitis aguda y otras causas de abdominalgia es un problema frecuente en la Urgencia de Pediatría. La progresión desde el inicio de los síntomas hacia la perforación ocurre en 36-48 horas, complicándose en un 30% de los pacientes con infecciones (herida quirúrgica, absceso intraabdominal, íleo paralítico prolongado o sepsis).

Descripción de un caso clínico de Apendicitis Aguda complicada debido al retraso diagnóstico en la valoración de un dolor abdominal agudo en un paciente en edad escolar, destacando la importancia de realizar un diagnóstico diferencial preciso con objetivo de reducir la morbilidad y mortalidad de este cuadro.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Varón de 10 años que presenta síndrome febril de 39°C y dolor abdominal, asociado a deposiciones líquidas frecuentes y vómitos de 48 horas de evolución. Exploración física: regular estado general con signos leves de deshidratación y dolor generalizado a la palpación abdominal. En la analítica destaca: leucocitosis con desviación izquierda, Glucosa de 114 mg/dl, PCR > 250 mg/L y un pH de 7.3 con Na de 127 mmol/L. Hemocultivo y coprocultivo negativos. Diagnóstico: gastroenteritis aguda con deshidratación hiponatrémica. Evolución: El número de deposiciones disminuye en los tres primeros días, junto con la fiebre y el dolor abdominal. Al 5º día presenta dolor localizado en fosa ilíaca derecha, febrícula y malestar general. Se realiza ecografía abdominal, no lográndose visualizar el apéndice. Se repite a los 3 días, encontrándose hallazgos sugerentes de apendicitis aguda necrótica. Se traslada al servicio de Cirugía Pediátrica de nuestro Hospital de referencia, siendo operado de inmediato. En la intervención quirúrgica se encontró un apéndice autoamputado, parcialmente digerido y gran absceso pélvico con asa de intestino delgado desgrosada. Período postquirúrgico sin incidencias. Tras terminar el ciclo antibiótico, se decide alta a los 22 días de la apendicectomía. Los resultados de la anatomía patológica describen material necrótico con signos de calcificación distrófica, en el seno de una apendicitis aguda perforada y epiplón con intensa inflamación aguda y signos de abcesificación.

COMENTARIOS

La dificultad diagnóstica de la apendicitis aguda hace necesaria su inclusión en el diagnóstico diferencial de otras causas frecuentes de abdominalgia. En niños es frecuente su presentación en forma de deposiciones diarreicas mucosas y vómitos, confundiendo con un cuadro de gastroenteritis aguda. La dificultosa anamnesis y exploración de los niños más pequeños contribuye a cifras de perforación del 30-60% del total de apendicitis agudas. El valor de las pruebas complementarias es limitado, debiéndose derivar rápidamente al paciente a una unidad de Cirugía Pediátrica para descartar en caso de gran probabilidad diagnóstica.



33 PRIAPISMO EN UN LACTANTE.

N. Benito Guerra*, J. Korta Murua*, I. Eizaguirre Sexmillo**, R. Areses Trapote***, H. Aristimuño Urdampilleta*, S. Juaristi Irureta*

*Servicio de Pediatría. **Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital de Donostia.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Lactante de 17 meses que presenta irritabilidad, erecciones intermitentes y dificultad para la micción de menos de 12 horas de evolución.

No antecedentes de infección o anomalías nefro-urológicas. No otros antecedentes de interés.

EXPLORACIÓN

Irritabilidad. Área urogenital: Priapismo con tumefacción del pene. Bolsa escrotal normal, palpándose ambos testes en bolsa escrotal con reflejo cremastérico conservado. A la retracción el prepucio se observa cuerpo extraño de consistencia dura que ocluye completamente la salida de la uretra. Se palpa continuación del mismo a lo largo del meato uretral.

TRATAMIENTO INICIAL

Bajo anestesia local, incisión en el rafe con extracción de cálculo de coloración amarillenta de 1cm x 0,5 cm y restos más pequeños que se fraccionan. Se deja sondaje abierto a bolsa e ingresa en planta sin nuevas incidencias, citándose a Nefrología.

Se remite el cálculo a Anatomía patológica y se recoge urocultivo

DIAGNÓSTICO

Cálculo Uretral

EVOLUCIÓN

Urocultivo negativo. Resultado de anatomía patológica: Cálculo de cistina.

Ecografía inicial normal, pero en posteriores se aprecia aumento de ecogenicidad medular.

Se completa estudio con función renal y aminoácidos en sangre y orina, hallándose valores normales en sangre y valores elevados de oxalato, arginina y lisina en orina y cistinuria (66 mg/24h con test de Brad positivo), compatible con Cistinuria Clásica.

Estudio de ambos progenitores compatible con patrón heterocigoto de Cistinuria Clásica.

En la actualidad pendiente de estudio genético.

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Cistinuria clásica.

COMENTARIO

El priapismo es un signo excepcional en lactantes. En este caso además se encontraba relacionado con una patología poco frecuente como lo es el hallazgo de cálculos uretrales. Ante el hallazgo de priapismo debería valorarse la presencia de patología obstructiva a nivel uretral.



34 VALIDACIÓN DEL “PEDIATRIC APPENDICITIS SCORE” (PAS)

B. Herrero Velasco, C. Castaño de La Mota, L. Zugadi Zárata, A.I. Jiménez Ortega, R.A. Muñoz Codoceo, M. de La Torre Espi.

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

OBJETIVOS

El dolor abdominal es un motivo de consulta frecuente en las urgencias pediátricas. En muchas ocasiones, se plantea la posibilidad de patología abdominal quirúrgica aguda. Las pruebas complementarias (ecografía abdominal, análisis de sangre) contribuyen al diagnóstico de los procesos dudosos. La escala PAS (Pediatric Appendicitis Score) es una escala descrita en el año 2002 con 8 variables: dolor en fosa ílica derecha, sensibilidad en el cuadrante inferior derecho con la tos, la percusión o al saltar, migración del dolor, anorexia, náuseas y vómitos, fiebre, leucocitosis y neutrofilia. Las dos primeras variables tienen asignados 2 puntos y el resto 1. La puntuación máxima posible es 10 puntos. El objetivo del estudio es valorar la utilidad de la escala PAS en el diagnóstico de apendicitis en la urgencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha llevado a cabo un estudio retrospectivo de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias de un hospital terciario, entre julio y diciembre de 2009, por dolor abdominal agudo con sospecha de abdomen quirúrgico. Se han excluido los niños menores de cuatro años, aquellos con imposibilidad o limitaciones de comunicación verbal, previamente apendicectomizados o que consultaban por dolor abdominal crónico. Los datos se recogieron de los informes de urgencias y de alta de los que fueron ingresados. El análisis se ha hecho con el programa SPSS versión 15.0.

RESULTADOS

Se han valorado 202 pacientes (55% varones) con sospecha de abdomen agudo. La media de edad es de $10,11 \pm 3,02$ años. La mediana del tiempo de evolución del cuadro clínico hasta el diagnóstico es de 24 horas (0-360). Se ha confirmado el diagnóstico de apendicitis aguda en 104 pacientes (51,5%). El riesgo de padecer apendicitis se correlaciona de forma lineal con la puntuación del PAS. El área bajo la curva (ABC) es de 0,82. Un PAS de 6 es el punto de corte con mejor relación entre sensibilidad (S) y especificidad (E) para el diagnóstico de apendicitis (S: 72%, E: 82%, valor predictivo positivo 68,9%, valor predictivo negativo: 74,1%). Todos los pacientes con 9-10 puntos en el PAS tienen apendicitis y no la padece ninguno de los que tienen menos de 2 puntos. Los niveles de proteína C reactiva (PCR) y de procalcitonina (PCT) son significativamente mayores ($p < 0,001$) en los pacientes con apendicitis aguda (PCR: $0,91 \pm 0,28$ mg/dl; PCT: $0,56 \pm 0,5$ ng/ml) frente a los que no presentan dicha patología (PCR: $0,58 \pm 0,5$ mg/dl; PCT: $0,32 \pm 0,47$ ng/ml). El ABC para los valores de PCR es de 0,62 y para la PCT de 0,58.

CONCLUSIONES

Según la muestra estudiada sólo los valores extremos del PAS, más de 8 o menos de 2, permiten establecer o descartar el diagnóstico de apendicitis sin necesidad de solicitar una ecografía abdominal. Los valores de PCR y PCT discriminan poco en el diagnóstico diferencial de los niños con sospecha de abdomen agudo.



35 VALORACIÓN DE LOS CASOS SOSPECHOSOS DE APENDICITIS AGUDA POR PEDIATRAS.

C. González Menchen, E. López Varela, R. Jiménez García, C. Benito Caldés.

Urgencias Pediátricas. Hospital Puerta de Hierro. Majadahonda.

OBJETIVO

Describir y analizar las características clínicas, analíticas y de imagen de los pacientes identificados como casos sospechosos de apendicitis aguda (AA). Identificar los factores que con más frecuencia se asocian a un diagnóstico positivo y aquellos que predicen AA más avanzadas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de los casos sospechosos de AA derivados para valoración por cirugía pediátrica desde urgencias, en un hospital que carece de este servicio, en el periodo comprendido entre marzo 2009 y enero 2010. Se revisaron las historias clínicas, informes de alta y de anatomía patológica.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se derivaron 92 pacientes por posible AA, excluyéndose 14 por falta de datos. De los 78 pacientes incluidos 37 fueron AA confirmadas por anatomía patológica (47%). La edad media al diagnóstico fue similar (9.5 años) tanto en el grupo de niños con AA como en el de no apendicitis (NA). Un 62% de los casos con AA fueron varones frente a un 48% en los de NA. En cuanto a la presentación clínica, los vómitos, la hiporexia y la fiebre fueron más frecuentes en las AA (70%, 43%, 35% frente a 29%, 41% y 26% respectivamente). No se observaron diferencias importantes en los hallazgos de la exploración física (dolor selectivo en FID, Blumberg +, Psoas +).

La leucocitosis ($>10.000/\text{mm}^3$) fue más prevalente en los niños con AA (94% frente a 64%). El número de pacientes con valores de PCR $>10\text{mg/L}$ fue similar en ambos grupos. Se realizó ecografía abdominal a un 82% (62) de los pacientes. Tres de las cinco ecografías informadas como normales no fueron apendicitis y en 21 de las 34 ecografías sugerentes de AA se confirmó el diagnóstico. Hubo 23 ecografías no concluyentes, de las cuales sólo 8 fueron AA.

De los casos confirmados de AA, 2 fueron congestivas, 12 flemonosas, 14 gangrenosas y 8 perforadas. Éstas últimas se presentaron en pacientes más jóvenes (edad media 6.5 años), pero con un tiempo de evolución similar al resto.

CONCLUSIÓN

El diagnóstico de AA es difícil ya que ni la clínica, ni la analítica ni los resultados ecográficos son específicos para este diagnóstico, por lo que ante la duda diagnóstica es necesaria la valoración por cirugía pediátrica. En esta serie el parámetro predictor de AA más útil es la clínica.



36 LAVADOS NASALES COMO RECOMENDACION AL ALTA EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS.

I. Cruz Cabrera, D. Serrano Martín, M.J. Prados Martín, M.J. Alonso Díaz, G. González Calatrava
Urgencias. H. Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS

Actualizar y mejorar las recomendaciones al alta de los lavados nasales del servicio de urgencias.

Formación de los profesionales de las recomendaciones al alta como herramienta necesaria en la continuidad de cuidados.

Concienciar a los profesionales y a los usuarios de su efectividad.

Mejorar la adhesión a lavados nasales como tratamiento por parte de los cuidadores.

MATERIAL Y MÉTODO

En sesión clínica de cuidados de enfermería revisión crítica de la recomendación al alta de los lavados nasales, tanto en contenido, diseño, como el uso y aplicación de la misma por los profesionales de la unidad.

RESULTADOS

Actualización de la recomendación al alta de lavados nasales.

Diseño de un díptico adaptado a padres y niños con características infantiles que hacen más atractiva la información que contiene.

CONCLUSIONES

Los lavados nasales son procedimientos enfermeros muy habituales que mejoran la sintomatología respiratoria y la tolerancia a la alimentación en niños con procesos respiratorios.

Los lavados nasales son procedimientos enfermeros a enseñar a los padres para su continuidad al alta domiciliaria.

Las recomendaciones al alta serán efectivas si se conocen, se valoran y se utilizan de forma eficaz por parte de los profesionales de enfermería como herramienta de continuidad de cuidados.



37 **PANEL DE DILUCIONES FARMACOLOGICAS EN EMERGENCIAS PEDIÁTRICAS.**

M.M. San Francisco Roldan, I. Hermoso Domínguez, F. Mejías Montaña, M.T. Sánchez Jiménez.
Urgencias. Hospital Infantil Virgen Del Rocío. Sevilla.

INTRODUCCIÓN

Las emergencias pediátricas presentan numerosas variabilidades clínicas recogidas en diferentes protocolos de actuación. En todos ellos juega un papel fundamental la administración de fármacos, principalmente por vía endovenosa; donde enfermería participa en su preparación, dilución y administración.

OBJETIVOS

Concensuar las diluciones farmacológicas más frecuentes en las emergencias pediátricas, unificando criterios para una practica homogénea de todos los enfermeros de la unidad.

Diseñar un panel operativo de dichas diluciones para su difusión en la unidad.

Establecer un plan de formación para asegurar su conocimiento y aplicación ante las emergencias.

MATERIAL Y MÉTODO

Tras la realización de una sesión clínica de cuidados, quedo de relevancia la importancia del procedimiento enfermero de preparación/administración de las diluciones farmacológicas en una emergencia pediátrica, y como incidían factores que podrían llevar a errores que afectarían sustancialmente a la seguridad del paciente. Así que se formo un grupo de trabajo formado por distintos profesionales de enfermería y junto con peditras de la Unidad de Urgencias del H. Infantil y farmacéuticos del H. Virgen del Rocío.

Para comenzar a estudiar la seguridad de este procedimiento enfermero, se realizo de forma operativa un circuito del fármaco para analizar a lo largo de ese recorrido qué factores inciden en la seguridad del mismo.

Se solicita realizar un estudio de estabilidades de dichas diluciones, y en función de sus resultados ver la factibilidad de diluciones ya preparadas desde el servicio de farmacia.

RESULTADOS

Diseño de un panel operativo de dichas diluciones para su difusión en la unidad.

CONCLUSIONES

Las sesiones clínicas de cuidados son una herramienta fundamental para detectar líneas de mejora en la unidad.

La formación e implantación del panel de diluciones mejora la calidad asistencial, a través de homogenización de la practica asistencial, mayor seguridad y satisfacción de los profesionales, y minimizando las posibilidades de error en la preparación/dilución de los fármacos requeridos en las emergencias pediátricas.



38 PROTOCOLO DE ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE BALANITIS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA.

L.M. Rubio González, O. Farraces Ramos, A. de La Peña Garrido, J.D. Pérez Macarrilla, M.C Prieto Muñoz.

Servicio Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Fuenlabrada, Madrid.

INTRODUCCIÓN

La asistencia por balanitis es una causa poco frecuente de consulta en el área de Urgencias. En la urgencia pediátrica del hospital de Fuenlabrada se ha comenzado a implantar el protocolo de Balanitis, por el cual la enfermería procede a realizar la valoración, cuidados y posterior alta de enfermería si procediera, sin necesidad de valoración del pediatra. Ello conlleva una desaturación del servicio y una más dinámica y rápida actuación ante este tipo de patologías. Además de fomentar la actuación de los profesionales de enfermería del servicio dotándoles de mayor autonomía.

OBJETIVOS

Descripción del protocolo de actuación de enfermería para balanitis en un Servicio de Urgencias de Pediatría. Revisión del funcionamiento del protocolo de balanitis existente en la urgencia del hospital de Fuenlabrada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo retrospectivo en el que se incluyen a los niños que acuden a la urgencia con sintomatología con relación al proceso de balanitis entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2009.

Realizado mediante revisión de registros y observación directa y detallada de la práctica diaria, que fue llevado a cabo en la unidad.

RESULTADOS

Entre el periodo de 1 de enero y el 31 de diciembre de 2009 fueron atendidos en el SUP del Hospital de Fuenlabrada un total de 36.000 urgencias de las cuales 39 fueron triadas como balanitis.

Fueron valorados, tratados y dados de alta por parte de enfermería sin necesidad de ser valorados por pediatras un total de 6 casos de balanitis, suponiendo el 15% de las que acuden al SUP.

Resultando que en 6 ocasiones, el 15% de los casos de balanitis se cumplió el protocolo de actuación.

CONCLUSIONES

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

Además la aplicación de protocolos en la urgencia pediátrica permite homogeneizar y optimizar la asistencia y aumentar la autonomía de la enfermería en la actuación ante los casos de balanitis.

Que el comienzo en la resolución de casos como el de balanitis sean asumidos como función independiente de enfermería, supone una disminución del tiempo de atención al no precisar la valoración por otro profesional.



39 TRAYECTORIA DEL PROCESO DE VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICO. LA METAMORFOSIS.

M.N. García Hernández, V. Mahtani Chugani, M.E. Fraga Hernández.

Grupo de Trabajo Servicio de Urgencias Pediátrico Dr. Jaime Chaves. Santa Cruz de Tenerife.

OBJETIVO

Describir y analizar la trayectoria de los profesionales de enfermería de un Servicio de Urgencias Pediátrico (SUP) en relación a la incorporación de cambios en la dinámica interna e introducción de instrumentos de valoración de los pacientes.

MÉTODO

Estudio cualitativo basado en la recogida de documentos escritos por las/los enfermeras/os del SUP. Los participantes fueron los 9 profesionales que trabajan en el servicio con experiencia previa y posterior a los cambios introducidos. En los relatos se les solicitó que reflejaran su experiencia, opiniones y valoraciones del sistema de triaje. El estudio se realizó en dos fases. En la primera se recogieron relatos cuyo objetivo era describir las mejoras percibidas con la incorporación del instrumento utilizado para la valoración inicial de los pacientes. En la segunda se solicitó la descripción de casos positivos y negativos basados en su experiencia con el sistema de triaje. Finalmente se recogieron un total de 18 textos suficientemente amplios para realizar un análisis narrativo.

RESULTADOS

En los relatos se describe la trayectoria iniciada en la etapa previa a la introducción del nuevo instrumento de triaje hasta la aceptación del nuevo rol:

Necesidad del cambio: Se percibe una situación de incertidumbre, saturación, desorganización, dificultades de registro, falta de reconocimiento del rol de enfermería y responsabilidades no definidas.

Aplicación de estrategias para el cambio: Identificación de inquietudes individuales, análisis de las opciones disponibles para el triaje, reorganización de la estructura, formación del personal, diseño del instrumento e incorporación de dinámicas de grupo y adecuación de recursos humanos.

Período de "crisis": Surgen dudas y preocupaciones en el equipo interdisciplinar sobre las consecuencias de los cambios introducidos.

Aceptación del nuevo rol: Comienza la percepción de los beneficios. Se hace énfasis en la seguridad que perciben los profesionales a la hora de realizar su trabajo ya que se prioriza por gravedad y se reduce la posibilidad de complicaciones. Además, se hace explícito y se valora la responsabilidad que asumen las enfermeras y su cualificación.

Generalización del método: Protocolización de la intervención, incorporación de escalas para criterios objetivos en la valoración, seguimiento del paciente y comparación entre profesionales.

DISCUSIÓN

Los resultados ponen de manifiesto la diferencia entre la situación previa y la actual, siendo valorada de forma positiva, tanto a nivel personal como laboral y de impacto en la organización de servicios. La aplicación del nuevo instrumento de triaje ha obtenido los objetivos propuestos en relación a la valoración inicial y priorización de los pacientes, pero además se han obtenido una serie de beneficios "colaterales": reconocimiento profesional y autovaloración positiva, comunicación en equipo y percepción de una mejor atención a los usuarios.



40 ¿CÓMO MANEJAMOS LOS EXANTEMAS HABONOSOS EN URGENCIAS? EXPERIENCIA EN NUESTRO HOSPITAL.

L. Alcántara Canabal, F. Morales, A. Sariego Jamardo, M. Arroyo Hernández, J. Mayordomo Colunga, J. Rodríguez Suárez

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

OBJETIVOS

Aproximadamente el 20-25% de la población sufre un episodio habonoso, siendo una de las urgencias dermatológicas más frecuentes y de curso benigno. En ocasiones es un síntoma acompañante a otros procesos más graves. Nuestro objetivo es *analizar la presentación de este proceso en nuestro Servicio de Urgencias de Pediatría (SUP)*.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo, con revisión de historias clínicas de pacientes atendidos en el SUP de nuestro hospital que fueron diagnosticados de urticaria o urticaria-vasculitis o exantema multiforme menor durante el año 2009. Se describen las características clínicas y epidemiológicas, las medidas terapéuticas y diagnósticas que precisan, así como la necesidad de ingreso y de valoración por parte del Servicio de Dermatología (de forma inmediata o en las primeras 24 horas), teniendo en cuenta, la edad, el sexo, diagnóstico y los antecedentes relevantes de los pacientes.

RESULTADOS

Se incluyeron 104 pacientes, 53 hombres y 51 mujeres con una mediana de edad de 3,2 años (0-13 años). Representó el 20% de las urgencias dermatológicas. El motivo de consulta más frecuente fue la erupción pruriginosa (92,3%) seguido de los edemas. El mes del año en el que más consultaron fue febrero y el 83,7% solicitó valoración médica en menos de 24 horas desde el inicio del exantema. Hasta un 24% de los niños había tomado un antibiótico en los días previos y la mayoría (52%) no lo relacionaban con algo en específico. El síntoma más frecuentemente asociado, fue la fiebre (10,6%). Un 4,8% fueron derivados por su pediatra y casi un 7% reacudió a urgencias por persistencia de la erupción. En el 13,5% de niños se solicitaron pruebas diagnósticas y casi un 4% precisaron de valoración especializada. Se diagnosticaron de urticaria-vasculitis a 11 pacientes y de eritema multiforme menor a 13. Sólo 2 pacientes precisaron ingreso. El tratamiento más utilizado fueron los antihistamínicos (56,7%) y corticoides (35,6%).

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

La mayoría de los exantemas habonosos son de fácil manejo en urgencias. Sin embargo en algunos casos precisan ingreso y se solicitan pruebas complementarias. En este sentido, la consulta durante la fase aguda del proceso por parte del Servicio de Dermatología es de gran apoyo para su manejo.



41 INCONTINENCIA PIGMENTI A PROPÓSITO DE 2 CASOS CON EVOLUCIÓN DIFERENTE.

L. García Arroyo, A. Holgueras Bragado, M. Vivas Moresco, J. Cobas Pazos, Á. Pantoja Bajo, M.J. Navarro Carmona

Pediatría. Hospital Virgen de La Salud. Toledo.

INTRODUCCIÓN

La incontinenencia pigmenti es una genodermatosis que afecta a tejidos derivados de ectodermo y mesodermo. Las manifestaciones cutáneas se presentan en cuatro estadios clínicos: inflamación vesicular perinatal, verrucoso, hiperpigmentado y atrófico. Asocia manifestaciones extracutáneas (dentarias, ungueales, oftálmológicas, neurológicas, entre otras) en 50-80% de los casos. Son hallazgos de laboratorio y anatomopatológicos muy específicos de este trastorno: la leucocitosis con eosinofilia, la espongirosis eosinofílica y las vesículas. El tratamiento consiste en medidas de asepsia y antibioterapia tópica, así como el específico de las manifestaciones extracutáneas presentes. El pronóstico viene determinado por la afectación neurooftalmológica. Es poco frecuente, se transmite con herencia dominante ligada a X y expresividad variable, generalmente letal en varones.

CASO 1

Niña de 11 días de vida nacida tras embarazo a término normal y parto por fórceps, que desde el tercer día de vida presenta eritema cutáneo generalizado y, a los 9 días, lesiones maculosas eritematosas y ampollas en cara anterolateral de pierna izquierda que se extienden a las 4 extremidades. Antecedentes familiares: la madre presentó en su primer mes de vida lesiones ampollas en extremidades, persistiendo actualmente lesiones hiperpigmentadas residuales y alopecia en vértex. Pruebas complementarias: Hemograma: 19.400 leucocitos (47% Eosinófilos). Hemocultivo: *Staphylococcus epidermidis*. Biopsia de piel: espongirosis eosinofílica con vesículas intraepidérmicas con eosinofilia. Se instauró antibioterapia intravenosa por sospecha de sobreinfección bacteriana y tratamiento tópico de las lesiones. Estudio oftalmológico normal. Resonancia magnética: múltiples lesiones focales en sustancia blanca profunda y subcortical del hemisferio izquierdo y aisladas en el derecho. A los 7 meses, debuta con crisis epiléptica clónica de miembro superior derecho y signos de encefalopatía lenta difusa moderada en hemisferio izquierdo. Actualmente en tratamiento con levetiracetam, oxcarbazepina, fenobarbital y ácido acetilsalicílico.

CASO 2

Niña de 10 días de vida, nacida tras embarazo y parto normales, que presenta desde tercer día de vida lesiones maculopapulares y vesiculopustulosas sobre base eritematosa en cara interna de extremidades con distribución lineal; así mismo lesiones en tronco de distribución circunferencial y lesiones costrosas en occipucio. Pruebas complementarias: Hemograma 16.600 leucocitos (19% Eosinófilos). Biopsia cutánea: vesícula epidérmica con exocitosis y espongirosis eosinofílica. Estudio neurooftalmológico normal. Se instauró antibioterapia tópica y medidas de asepsia con buena evolución hasta el momento actual.

CONCLUSIONES

La incontinenencia pigmenti es una genodermatosis infrecuente, resultado de una mutación del gen NEMO, situado en Xq28. En las lesiones hiperpigmentadas debe ser incluido éste diagnóstico, buscando signos mínimos en las familias afectadas. Se debe hacer diagnóstico diferencial con lesiones herpéticas, mastocitosis, hipomelanosis de Ito entre otras.



42 MANIFESTACIONES DERMATOLÓGICAS DE LAS ENFERMEDADES IMPORTADAS: UN VACÍO FORMATIVO A LLENAR.

S. Negre Policarpo, M. Navarro Paterna, M.C. Otero Reigada, A. Nuño Ballesteros.
Pediatría. Hospital La Fe. Valencia.

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

Aproximadamente un 14% de las atenciones realizadas en Urgencias en nuestro centro (hospital terciario) son a inmigrantes o hijos de éstos, cuyo diagnóstico plantea dificultades en muchas ocasiones. Describimos 3 casos con manifestaciones dermatológicas, en los que una elevada sospecha diagnóstica puede evitar complicaciones.

MÉTODOS

Descripción de 3 manifestaciones dermatológicas de enfermedades importadas.

RESULTADOS:

Caso clínico 1: varón de 6 años, con edema doloroso y caliente en el dorso del pie de 24 h de evolución. Afebril. Diagnóstico inicial de edema postraumático. Llegada en los 8 días previos de Guinea Ecuatorial. RX normal. Se realiza analítica, donde se objetivan 3.595 eosinófilos totales (32,1%). Ante la sospecha de parasitosis tisular se extrae sangre periférica para observación en fresco y tinción, apreciándose microfilarias en sangre periférica compatibles con *Loa loa*. Fondo de ojo normal. Se trata 2 semanas con albendazol oral a 15 mg/kg/día, así como metilprednisolona 2 mg/kg antes de la primera dosis. Resolución del edema en 72 horas, con ascenso de la eosinofilia en la primera semana y posterior normalización.

Caso clínico 2: mujer de 6 años, diagnosticada de faringoamigdalitis aguda tras estancia de 1 mes en la República Dominicana, habiendo recibido tratamiento con paracetamol oral. Fiebre de 2,5 días de evolución (máxima 40°C axilar), con cefalea frontal y retroocular asociada, así como percepción metálica de los sabores y odinofagia. Eritema conjuntival y exantema en tronco y extremidades, morbiliforme, pruriginoso. Se objetiva leucopenia y discreto aumento de transaminasas. Se realiza serología de Dengue, positivizando IgM al 7º día.

Caso clínico 3: mujer de 2 años, que presenta lesión cutánea de 22 días de evolución, similar a una picadura en el glúteo derecho. Estancia previa de 15 días en Paraguay, en área rural. Eritema alrededor de la lesión, con centro blanquecino. Pese a repetidas manipulaciones en el centro de salud y en urgencias hospitalarias, así como antibioterapia oral con amoxicilina-clavulánico no se resuelve el cuadro. Afebril. Se procede a la apertura con pinzas de la lesión tras comprobar movimiento con la oclusión de la misma con parafina, extrayéndose una larva de 27 mm de longitud, compatible con *Cochliomyia hominivorax*, siendo diagnosticada de miasis foruncular y pautándose tratamiento antiséptico tópico.

CONCLUSIONES

En el colectivo inmigrante, los diagnósticos más frecuentes son la patología respiratoria y la digestiva, representando la patología infecciosa el 5% aproximadamente. No obstante, la inmigración masiva acaecida y la generalización de los viajes internacionales obliga a realizar adaptaciones asistenciales y docentes de cara a extender el conocimiento de entidades no habituales en nuestro medio.



43 SÍNDROME DE STEVENS-JONHSON SECUNDARIO A LA ADMINISTRACIÓN DE IBUPROFENO.

C. Zarallo Reales, R. Muñoz Núñez, P. Méndez Pérez, P. Hurtado Sendin, S. Arias Castro, L. Zarallo Cortés.

Hospital Materno Infantil. Complejo Hospitalario Universitario Infanta Cristina. Badajoz.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) es un cuadro multisistémico grave originado por una reacción de hipersensibilidad aguda frente a estímulos antigénicos diversos: medicamentos (penicilinas, sulfamidas, antiepilépticos, AINEs), infecciones (*M. pneumoniae*, VEB, VHS). Probablemente juega un papel la predisposición genética.

Tras un periodo prodrómico de duración variable, con fiebre alta, malestar general, cefalea, disfagia, presenta de forma brusca la erupción cutánea, caracterizada por lesiones eritematosas polimorfas que progresan rápidamente desde ampollas centrales a necrosis epidérmicas graves que afectan a piel y al menos dos mucosas.

CASO CLÍNICO

Niña de 3 años que acude a nuestro Servicio de Urgencias por presentar fiebre de varios días de evolución, rechazo alimentación y aparición brusca de lesiones ampollosas con afectación erosiva de piel y mucosas. A. personales: infección de vías respiratorias superiores tratada con Ibuprofeno.

Exploración al ingreso: Afectación estado general, regular estado de nutrición; lesiones eritematosas polimorfas generalizadas con lesiones típicas en diana, ampollas serohemorrágicas, lesiones ulcerativas y costrosas, que afectan a piel y mucosas (conjuntiva, oral, genital).

Exámenes complementarios: Hemograma (leucocitosis con neutrofilia). Coagulación (normal). PCR (73.8 mg/l). Igs (normales). Serología diversa (negativa). Cultivos diversos (negativos). AP (dermatitis interfase vacuolar). Interconsulta oftalmología (hiperemia conjuntival bilateral, no lesiones corneales)

CONCLUSIONES:

- 1) En el SSJ la gravedad viene determinada por el grado de afectación de las mucosas. En general la evolución es favorable, aunque se describe morbimortalidad del 5-10%.
- 2) El diagnóstico es fundamentalmente clínico, aunque es obligado plantearse el diagnóstico diferencial con necroepidermolisis tóxica.
- 3) En nuestro caso, el cuadro clínico puede atribuirse a la administración previa del Ibuprofeno, en cantidad no determinada, dada la negatividad del resto de pruebas.
- 4) Un manejo adecuado, sistemático y multidisciplinario, modifica de manera importante su evolución con resultados satisfactorios.
- 5) Se instauró un tratamiento con corticoides (prednisona 1 mg/kg/día), cobertura antibiótica (claritromicina), aciclovir, tratamiento oftalmológico (ácido fusídico gel, lavados con solución salina balanceada), curas locales lesiones cutáneas (permanganato potásico al 1/15.000).
- 6) La evolución ha sido favorable, con una resolución casi total de las lesiones en 2 semanas.



44 TEST DE DIAGNÓSTICO RÁPIDO EN PATOLOGÍA DERMATOLÓGICA.

X. Codina Puig, P. Gussinye Canabal, M.LI. Masiques Más, M.T. Coll Sibina, I. Hernandez Monleón, M. Català Puigbó

Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital General de Granollers. Barcelona.

OBJETIVOS

Determinar la utilidad de un test de diagnóstico rápido (TDR) para estreptococo β -hemolítico del grupo A (EBHGA) en el diagnóstico de enfermedades cutáneas de posible etiología estreptocócica.

MATERIAL Y MÉTODOS

En pacientes con patología muco-cutánea de posible etiología estreptocócica se realiza TDR para EBHGA mediante el Test Clearview Strep® además de cultivo microbiológico.

RESULTADOS

Casos 1 y 2 Dactilitis pustulosa estreptocócica. Pacientes de 3 y 4 años de edad que presentan lesión pustulosa en el pulpejo del dedo de 2 días de evolución, dolorosa, sin fiebre ni otra sintomatología. Han recibido tratamiento tópico sin mejoría. Con TDR para EBHGA + se indica tratamiento con amoxicilina con resolución del cuadro.

Casos 3 y 4. Intertrigo estreptocócico. Pacientes de 8 y 11 meses de edad con lesión en pliegue del cuello, exudativa y algo maloliente, con tórpida evolución. El TDR para EBHGA es +. El tratamiento con cefadroxilo produce la curación.

Caso 5 y 6. Enfermedad perianal estreptocócica. Pacientes de 6 y 7 años con eritema perianal, tenesmo y dolor. El TDR para EBHGA es +. Se indica tratamiento con amoxicilina con resolución del cuadro.

Caso 7 Vulvovaginitis exudativa estreptocócica. Paciente de 2 años con lesión en región genital exudativa tratada sin éxito como dermatitis del pañal. TDR para EBHGA +. El tratamiento con amoxicilina resuelve el cuadro. Todos los cultivos han sido positivos para EBHGA.

CONCLUSIONES

El TDR para EBHGA se ha mostrado útil en lesiones que afectan a mucosas o a piel (exudativas o pustulosas) con posible etiología estreptocócica y nos ha permitido su rápida confirmación y el inicio del tratamiento.

COMENTARIOS

La Dactilitis pustulosa es una entidad poco frecuente e infra-diagnosticada por lo que el TDR nos permite confirmar el diagnóstico.

El intertrigo se asocia frecuentemente a etiología micótica. Sin embargo en aquellos de tórpida evolución y con un característico mal olor debemos sospechar una etiología estreptocócica que podemos confirmar con un TDR.

En la enfermedad perianal estreptocócica con diagnóstico clínico dudoso el TDR nos la confirma.

Además de las mencionadas y la vulvovaginitis exudativas otras indicaciones para el TDR para EBHGA podrían incluir las balanopostitis supurativas.



45 DOLOR ABDOMINAL COMO MOTIVO DE CONSULTA EN URGENCIAS.

E. Ballesteros Asensio, L. Martorell Giménez, M. Fernández Ferri, M. Del Cañizo Moreira, A. Navarro Ruiz, P. Codoñer Franch

Servicio Pediatría. Hospital Doctor Peset. Valencia.

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS

El dolor abdominal es uno de los motivos de consulta más frecuente en Urgencias Pediátricas hospitalarias. Nuestro objetivo fue analizar las características de las consultas por dolor abdominal y el manejo del mismo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo incluyendo todos los niños menores de 15 años que consultaron por dolor abdominal en Urgencias de Pediatría de un hospital universitario entre Enero y Abril de 2009. Los datos fueron extraídos del registro informático del hospital, incluyendo datos sociodemográficos, hora de consulta, exploraciones complementarias, diagnóstico final y destino de los pacientes.

RESULTADOS

Se recogieron 250 episodios registrados, correspondientes a 229 pacientes. De éstos, 214 niños (94%) realizaron una única consulta, 12 pacientes (5%) acudieron en 2 ocasiones y 3 (1%) consultaron 4 veces. Hubo un discreto predominio de mujeres (122, 53%). El 47,5% de los pacientes tenía entre 6 y 12 años y no se observaron diferencias por sexo en ningún grupo de edad. En referencia a las características de las consultas, un 41% de los casos acudieron por la mañana, 37% en horario de tarde y 22% por la noche. El 75% acudieron a Urgencias por iniciativa propia; siendo remitidos el resto sobre todo por su pediatra (16%) o atención continuada (8%). Se realizaron exploraciones complementarias en el 28% de las ocasiones: analítica sanguínea en 43 (17%), analítica de orina en 29 (12%), ecografía abdominal en 33 (13%), radiografía de abdomen en 8 (3%), muestras para microbiología (coprocultivo/frotis faríngeo) en 8 (3%) y radiografía de tórax en 4 (2%). Los diagnósticos más habituales fueron: dolor abdominal inespecífico (48%), gastroenteritis aguda (12%), estreñimiento (9%), gastritis (7%), infección respiratoria incluyendo faringoamigdalitis, sinusitis, neumonía, bronquitis y otitis (7%), adenitis mesentérica (3%), apendicitis (2%) e infección del tracto urinario (1.5%). No hubo diferencias entre el diagnóstico establecido en el primer episodio y los consecutivos en los 15 pacientes que consultaron repetidamente, salvo en dos casos cuyo diagnóstico cambió de dolor abdominal inespecífico a infección del tracto urinario y adenitis mesentérica respectivamente. Al alta, el 92% se remitió a domicilio y un 2,5% a consultas externas de gastroenterología; el 4,5% ingresó, y aproximadamente el 1% fue derivado al servicio de Cirugía Pediátrica de otro centro. En 36 ocasiones (16%) se ingresó previamente en la Unidad de Observación de Urgencias: el 11% de los pacientes remitidos a domicilio y todos los pacientes ingresados y trasladados.

CONCLUSIONES

La mayoría de las consultas por dolor abdominal en Urgencias no se relacionan con patología orgánica. Sin embargo, el consumo de recursos sanitarios originado es considerable. Una anamnesis y exploración física detallada permiten orientar el proceso y seleccionar los pacientes a los que realizar pruebas complementarias descartando otras patologías de pronóstico y enfoque terapéutico distinto.



46 DOLOR ABDOMINAL EN UN CASO DE SÍNDROME DE PEUTZ-JEGHERS: ¿CUÁL PUEDE SER LA CAUSA?

L. García Arroyo, A.M. García Sánchez, D. Arjona Villanueva, J.P. Navarro Romero, C.M. Martín Delgado, E. Crespo Rupérez

Servicio de Pediatría. Hospital Virgen de La Salud. Toledo.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Peutz-Jeghers es un trastorno hereditario autosómico dominante caracterizado por pólipos hamartomatosos en tracto gastrointestinal, pigmentaciones mucocutáneas e incremento de la predisposición a tumores (gastrointestinales y no gastrointestinales).

CASO CLÍNICO:

Niña de 14 años, diagnosticada de síndrome de Peutz-Jeghers en 2006, que acude a urgencias, en Noviembre de 2008, por un cuadro de dolor abdominal. En la exploración se observó palidez mucocutánea y dolor a la palpación en hemiabdomen izquierdo, palpándose una masa a ese nivel. En la ecografía y TAC abdominales se objetivó una invaginación yeyuno-yeyunal de aproximadamente 50 cm y otra en colon-sigma). Se llevó a cabo la reducción de las invaginaciones con resección de un segmento de 50 cm de yeyuno. El estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica reveló la presencia de pólipos hamartomatosos como causa de las invaginaciones. La paciente evolucionó satisfactoriamente, siendo dada de alta a los 9 días. Tres meses más tarde, acude de nuevo a urgencias con la misma sintomatología acompañada de vómitos biliosos iterativos; por lo que se realiza TAC abdominal donde se visualiza invaginación ileo-ileal que fue intervenida. Hasta el momento actual no ha vuelto a presentar nuevos episodios similares.

CONCLUSIÓN

La invaginación intestinal en los pacientes con síndrome de Peutz-Jeghers es muy rara, aun así, es la complicación abdominal más frecuente; debiendo sospecharse siempre en casos de dolor abdominal. Es necesario un seguimiento estrecho de estos enfermos por el riesgo de malignización tanto intestinal como extraintestinal. Los avances en la cápsula y doble-balón endoscópicos mejoran el seguimiento y manejo de los pólipos de intestino delgado. Deben ser extirpados aquellos pólipos sintomáticos o mayores de 1cm (a partir de este tamaño hay mayor riesgo de malignización). En el caso de invaginación u obstrucción intestinal, es requerida la intervención quirúrgica en la mayoría de los casos.



47 DOLOR ABDOMINAL EN URGENCIAS: ENTRE LO BANAL Y LA URGENCIA QUIRÚRGICA.

V. Roldán Cano, M. Aragón Ramírez, M. Jiménez Oyarzábal, P. Jiménez Cerrato, J. Cervera Corbacho, A. Hernández González

Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

OBJETIVO

El dolor abdominal es un motivo de consulta frecuente en la urgencia pediátrica. Nuestro objetivo es analizar las características, diagnóstico y manejo de los pacientes que acudieron por dolor abdominal a Urgencias de Pediatría de un hospital de segundo nivel, de referencia provincial para Cirugía Pediátrica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis retrospectivo descriptivo de las consultas por dolor abdominal desde julio a diciembre del 2009. Se recogieron datos referentes a: edad, sexo, procedencia, síntomas asociados, estudios complementarios, reconsulta en urgencias, interconsultas solicitadas y diagnósticos.

RESULTADOS

Se registraron un total de 554 consultas por dolor abdominal (3.8% del total de las consultas) correspondientes a 492 pacientes, de los cuales el 66.42% eran mayores de 6 años, el 30.14% entre 2 y 6 años, el 2.88% entre 3 meses y 2 años y menores de 3 meses en un 0.54%. El 6.09% reconsultó en más de una ocasión. La gran mayoría acudieron por iniciativa propia, un 8.6% derivados desde otros hospitales y un 2.8% desde atención primaria. Los síntomas acompañantes más frecuente fueron: vómitos en 31.76%, seguido de fiebre en 25.81%, deposiciones líquidas en 14.25%, y estreñimiento 10.64%. Se solicitó analítica de sangre al 25.45%, radiografía de abdomen al 32.67% y ecografía abdominal al 19.13%. Se realizó interconsulta a cirugía pediátrica en un 11.73% (65 pacientes). Precisarón observación hospitalaria un 14.8%. Entre los diagnósticos de patología intraabdominal no quirúrgica los más frecuente fueron: el dolor abdominal inespecífico en un 25.81%, estreñimiento en el 24.9% y gastroenteritis aguda en un 13.89%. Entre la patología extraabdominal: respiratoria en 4.69%, nefrourológica en 3.6% y ginecológica en 0.72%. En cuanto a la patología quirúrgica se diagnosticaron 53 casos de apendicitis aguda (9.56%, todos en mayores de 2 años) y 3 invaginaciones intestinales (0.54%). Un 96.22% de las apendicitis fueron diagnosticadas en la primera consulta; todas confirmadas por ecografía, mientras que la radiografía de abdomen fue diagnóstica en sólo un caso. De los pacientes derivados de otros hospitales con sospecha de patología quirúrgica, ésta se confirmó en un 66%.

COMENTARIOS

Destacamos el elevado porcentaje de pacientes con dolor abdominal de causa banal en nuestra serie, junto a un porcentaje de pacientes quirúrgicos similar al referido en la bibliografía. La mayoría de pacientes con patología quirúrgica fueron diagnosticados en su primera visita. Constatamos un abuso de la radiografía a pesar de su limitado valor en el estudio sistemático del dolor abdominal, frente a la alta sensibilidad de la ecografía para discriminar a los pacientes quirúrgicos.



48 EL PELIGRO DEL IBUPROFENO: PERFORACIÓN GÁSTRICA.

M. Fernández Ferri, C.A. Salido Capilla, S.M. Aparici Gonzalo, S. Pons Morales, M.T. Fernández Castaño, J. Ruiz Jiménez.

Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia.

FUNDAMENTO

La perforación gástrica es una entidad rara en pediatría. Las causas principales de perforación son las úlceras pépticas primarias, relacionadas mayoritariamente con *Helicobacter pylori*, los traumatismos abdominales (iatrogénicos o no), la ingesta de cuerpos extraños o cáusticos, los fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y las úlceras secundarias al estrés (úlceras de Curling y de Cushing) y a estados de hipersecreción.

OBJETIVOS

Presentar un caso de perforación gástrica, situación excepcional en pediatría.

CASO CLÍNICO

Escolar mujer de 10 años que acude por dolor epigástrico de 18 horas de evolución que aumenta durante la última hora. Asocia un vómito alimentario abundante con mejoría parcial del dolor y rechazo de la ingesta. No cambios en las deposiciones. Como antecedentes destaca la toma de ibuprofeno a 37 mg/kg/día durante 5 días por contractura muscular. En la exploración destaca la palidez cutánea y dolor a la palpación en epigastrio y fosa ilíaca derecha, con signos de peritonismo positivos.

Se realiza ecografía abdominal en la que se observa líquido libre intraperitoneal en saco de Douglas y receso peritoneal supravesical, sin engrosamiento mural de asas y apéndice de calibre normal. Como alteraciones analíticas solo presenta leve leucocitosis con neutrofilia.

Se somete a laparoscopia exploradora en la que se observa una perforación prepilórica de 0,5 centímetros de diámetro. Se realiza sutura primaria y lavado peritoneal, tratándose posteriormente con omeprazol, meropenem y dieta de protección gástrica, sin incidencias.

Se realiza determinación de *H. pylori* por sospechar la existencia de una alteración subyacente de la mucosa gástrica. El resultado es positivo, recomendándose tratamiento y seguimiento en consultas externas de gastroenterología.

COMENTARIOS

Ante la clínica de abdomen agudo es importante descartar no solo la apendicitis sino otras entidades que aún siendo infrecuentes, se pueden dar en pediatría.

Debemos realizar una anamnesis exhaustiva, teniendo en cuenta la toma de fármacos antiinflamatorios, por las complicaciones gastrointestinales que conlleva.

El uso de AINES sin protección gástrica puede tener una grave repercusión. Es fundamental prescribir protectores gástricos siempre que utilicemos ibuprofeno a dosis antiinflamatorias.

La incidencia de infección por *H. pylori* en la población pediátrica de nuestro entorno es alta (del 20 al 30%), y está íntimamente relacionada con la enfermedad ulcerosa péptica y por tanto con la posibilidad de presentar una perforación.



49 ESTUDIO CONGA I. EVALUACION DE LAS CONDUCTAS EN EL MANEJO DE LA DESHIDRATACION POR GEA EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS.

G. Álvarez Calatayud*, I. Manrique Martínez**, E. Román Riechmann***

*Servicio Pediatría. Hospital Gregorio Marañón. Madrid. **Servicio de Pediatría. Instituto Valenciano de Pediatría.

***Servicio de Pediatría. Hospital Puerta de Hierro. Majadahonda, Madrid.

OBJETIVOS

1. Conocer el perfil epidemiológico y demográfico de las gastroenteritis agudas que se atienden en los servicios de urgencias pediátricos. 2. Evaluar si su manejo diagnóstico y terapéutico coincide con las recomendaciones de las distintas sociedades científicas (OMS, AEP y ESPGHAN).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio epidemiológico, observacional, longitudinal y multicéntrico sobre la diarrea aguda en los servicios de Urgencias pediátricos. Para ello se protocolizaron las conductas sobre su manejo en 41 centros hospitalarios de nuestro país. Las variables recogidas fueron: edad, sexo, tratamiento previo pautado y derivación por parte de Atención Primaria, sintomatología, realización de pruebas complementarias, grado y tipo de deshidratación, tratamiento pautado en urgencias y destino final del paciente. Se consideraron estadísticamente significativos aquellos hallazgos con una $p < 0.05$. Todos los datos fueron analizados en el sistema SPSS v. 12.0.

RESULTADOS

Un total de 610 pacientes evaluables constituyeron la población para análisis por protocolo. El 43,8% tenían menos de 2 años. El 91,5% no estaban vacunados frente al rotavirus. Sólo el 18% fueron remitidos a Urgencias por su pediatra, no habiendo recibido ninguna terapia el 51,5%. La diarrea se acompañaba de vómitos en el 66,6% y de fiebre en el 55,9% de los casos. Se realizaron analítica de sangre en el 33,4% y de heces en el 29,5% de los pacientes. Más de la mitad presentaban signos de deshidratación (leve, 54,3%; moderada, 8,9%; grave, 0,2%). Se rehidrató por vía oral (46,1%), intravenosa (20%) y por sonda nasogástrica (0,3%). El 14,8% precisó ingreso en la Unidad de Observación y el 11,6% en planta. La mayoría de los niños que recibían rehidratación oral les fue pautada en Urgencias.

CONCLUSIONES

El presente estudio determina un aceptable manejo de la diarrea aguda en los servicios de Urgencias pediátricos y, aunque la epidemiología de GEA en Urgencias no ha variado en la última década, hay una mayor prescripción y empleo de SRO. Como efectos negativos se realizan demasiadas pruebas complementarias, no existe concordancia entre el grado de deshidratación y el tratamiento pautado (exceso de la rehidratación endovenosa), También hay una mayor prescripción de fármacos para la diarrea (probióticos y racecadotril).



50 ESTUDIO CONGA II. EVALUACIÓN DE LAS CONDUCTAS EN EL MANEJO DE LA GEA EN ATENCION PRIMARIA Y CENTROS PRIVADOS.

G. Álvarez Calatayud*, I. Manrique Martínez**, E. Román Riechmann***

*Servicio Pediatría. Hospital Gregorio Marañón. Madrid. **Servicio de Pediatría. Instituto Valenciano de Pediatría.

***Servicio de Pediatría. Hospital Puerta de Hierro. Majadahonda, Madrid.

OBJETIVOS

1. Conocer los perfiles epidemiológico y demográfico de las GEA que llegan a Atención Primaria y centros privados.
2. Averiguar cuáles son los conocimientos de los pediatras extrahospitalarios sobre la utilización de la terapia de rehidratación oral.
3. Evaluar si su manejo diagnóstico y terapéutico coincide con las recomendaciones de las distintas sociedades científicas (OMS, AEP y ESPGHAN).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza un estudio epidemiológico, observacional, longitudinal y multicéntrico sobre la diarrea aguda en centros de Atención Primaria y centros privados. Para ello se protocolizaron las conductas sobre su manejo en 73 consultas extrahospitalarias de nuestro país. Se recogieron los siguientes datos: edad, sexo, manejo de la gastroenteritis antes de acudir al pediatra, la sintomatología del cuadro, las pruebas necesarias para el diagnóstico y el tratamiento prescrito por el pediatra (rehidratación, dieta y farmacológico) Se consideraron estadísticamente significativos aquellos hallazgos con una $p < 0.05$. Todos los datos fueron analizados en el sistema SPSS v. 12.0.

RESULTADOS

Un total de 646 pacientes evaluables constituyeron la población para análisis por protocolo. El 52% eran varones y el 45% tenían menos de 2 años. Entre los facultativos, nueve de cada diez encuestados eran pediatras y trabajaban en el sector público dos tercios. La diarrea se acompañaba de vómitos en el 55,7% y de fiebre en el 39,5% de los casos. En el 83% se prescribieron SRO frente a líquidos claros y un 8% recomendó tratamiento farmacológico (probióticos y racecadotriilo).

CONCLUSIONES

El presente estudio determina un buen manejo de la diarrea aguda en Atención Primaria. Es de destacar el amplio uso de la terapia de rehidratación oral entre los facultativos. En contraposición, se sigue recomendando la dieta astringente y hay un abuso en el empleo de fórmulas lácteas especiales. También hay una mayor prescripción de tratamiento farmacológico.



51 EXPERIENCIA EN EL USO DE ONDANSETRÓN ORAL PARA CONTROLAR VÓMITOS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA.

M. Satrustegi Aritziturri, L. Gondra Sangroniz, L. Borja Andueza, I. Olaciregui Echenique, J.A. Muñoz Bernal, J.J. Landa Maya

Servicio Pediatría. Unidad Urgencias Pediatría. Hospital Universitario Donostia.

INTRODUCCIÓN

Los vómitos son un motivo de consulta frecuente en Urgencias de Pediatría y en ocasiones es precisa la rehidratación endovenosa para su tratamiento. El uso de ondansetrón oral parece ser eficaz para el manejo de los vómitos en Urgencias de Pediatría.

OBJETIVOS

Valorar nuestra experiencia tras la introducción del ondansetrón oral en el manejo de los vómitos con intolerancia oral.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal de los niños tratados con ondansetrón oral en la Unidad de Urgencias durante un año (desde 01/02/2009 hasta 31/01/2010). Tras intolerancia oral constatada en Urgencias de Pediatría, se administró una dosis única de ondansetrón liofilizado según el peso (2 mg si 8-15 kg, 4 mg si 15-30 kg y 8 mg si >30 kg), reiniciando la tolerancia oral tras 20-30 minutos de la administración del fármaco y comprobando el cese de los vómitos. Se analizaron las variables demográficas y clínicas, tiempo de estancia en Urgencias, necesidad de ingreso o rehidratación endovenosa y reconsultas.

RESULTADOS

Durante el período de estudio se incluyeron 110 pacientes, con una edad media de 4,8 años. El 40% presentaba un cuadro de menos de 6 horas de evolución. El 36% asociaba dolor abdominal, el 34% diarrea y el 19% fiebre. El uso del ondansetrón fue inicialmente efectivo en el 91% de los niños, con buena aceptación del fármaco y el 9% restante ingresó en observación para rehidratación endovenosa por intolerancia oral tras su administración. La estancia media en urgencias fue de 3 horas. El diagnóstico al alta en el 70% fue de vómitos inespecíficos, en el 27% de gastroenteritis aguda (GEA) y en el 3% de traumatismo craneoencefálico (TCE). El 10% de los niños dados de alta inicialmente, reconsultaron en las siguientes 48 horas por persistencia de los vómitos (2 TCE, 1 infección urinaria, 1 apendicitis aguda).

CONCLUSIONES

El ondansetrón es efectivo para el control de los vómitos en Urgencias de Pediatría, mejorando la tolerancia oral posterior y disminuyendo el número de ingresos para rehidratación endovenosa en nuestra cohorte.



52 INCIDENCIA DE GASTROENTERITIS POR SALMONELLA NO TYPHI EN GRAN CANARIA DEL AÑO 2004 AL 2009.

A. Díez Recinos*, Y. García Santos*, C. Morento Cantó*, E. Colino Gil**, R. Rial González*, J. Poch Páez**.

*Servicio de Urgencias de Pediatría. **Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias.

INTRODUCCIÓN

La gastroenteritis por *Salmonella* es un cuadro agudo, autolimitado, acompañado de fiebre y diarrea, entre 4-10 días de duración.

El objetivo es analizar las características clínico epidemiológicas de los pacientes diagnosticados de gastroenteritis por *Salmonella* con coprocultivo positivo.

MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo sobre las características de los pacientes que presentaron gastroenteritis por *Salmonella* con coprocultivo positivo. Se incluyeron los pacientes mayores de 1 mes y menores de 14 años ingresados por Urgencias en el servicio de la Unidad de Enfermedades Infecciosas por sintomatología gastrointestinal desde enero 2004 a diciembre de 2009. Se define como caso: pacientes con sintomatología de gastroenteritis con coprocultivo positivo para *Salmonella*.

RESULTADOS

En los últimos 5 años se diagnosticaron 451 pacientes con gastroenteritis por *Salmonella* y coprocultivo positivo para *Salmonella*. La distribución por sexo fue 241 casos en niños (53.4%) y 210 casos en niñas (46.6%). Los meses con mayor incidencia fueron septiembre (15.5%), julio (13.3%) y junio (11.3%); y los años donde se observó mayor cantidad de casos fueron 2006 con 105 casos (23.3%) y el 2005 con 102 casos (22.6%), coincidiendo con 2 brotes epidémicos secundarios a toxoinfección alimentaria. La cepa más prevalente fue *Salmonella enteritidis* D1, con 298 casos (66.1%); 58 casos de Grupo B (12.9%) y 32 casos de Grupo C2 (7.1%). La resistencia antibiótica encontrada fue: ampicilina 50 casos (11.1%), azitromicina 38 casos (8.4%), amoxicilina/clavulánico 29 casos (6.4%), cloranfenicol 13 casos (2.9%), trimetropin-sulfametoxazol 9 casos (2.0%), ciprofloxacina 2 casos (0.04%) y ceftriaxona 1 caso (0.02%). Se realizó hemocultivo a 169 de los 451 pacientes, resultando positivos 23 (4.67%).

CONCLUSIONES

La gastroenteritis por *Salmonella* no typhi es un cuadro clínico que puede complicarse, especialmente en niños menores de 5 años.



53 NIÑA CON TENDENCIA AL SUEÑO.

A.I. Jiménez Ortega, C. Gómez Santos, S. García Ruiz, F.J. Caballero Mora, J.C. Molina Cabañero, J.J. García-Peñas.

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS

La somnolencia o tendencia al sueño es un motivo de consulta difícil de orientar en el servicio de urgencias pediátricas ya que puede deberse a etiologías muy variadas. Con la presentación de este caso clínico queremos destacar especialmente la patología abdominal como simuladora de patología neurológica.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Niña de 8 meses que es traída al servicio de urgencias por un cuadro de 12 horas de evolución de decaimiento, irritabilidad y tendencia al sueño. Había presentado dos vómitos de características alimentarias y rechazo de la alimentación. No estaba tomando ningún medicamento ni realizando ningún tratamiento salvo un colirio para tratar una conjuntivitis aguda que había utilizado hasta 24 horas antes. No presentaba antecedentes personales de interés y como antecedentes familiares tenía un tío epiléptico. En la exploración física llamaba la atención la marcada tendencia al sueño con el resto de la exploración normal. Se encontraba afebril y presentaba una glucemia capilar de 125 mg/dl.

Se solicitaron como pruebas diagnósticas: análisis de sangre con hemograma (16.680 leucocitos con 14.210 polimorfonucleares) y hemocultivo, gasometría, perfil de bioquímica general (PCR 4 mg/dl), amonio, ácido láctico, pruebas de coagulación y CK, determinación de tóxicos en orina, análisis del sedimento de orina con urocultivo, punción lumbar con determinación de ácido láctico y una ecografía transfontanelar. Siendo los resultados de las pruebas normales.

Se decidió ingreso con aciclovir intravenoso por la sospecha de encefalitis, a la espera de realizar una RM craneal y de los resultados pendientes, recogidos algunos de ellos como parte de estudio de despistaje de enfermedades metabólicas. La niña continuaba con somnolencia muy llamativa y cierta hipotonía generalizada, presentando algún otro vómito (que llegan a ser biliosos), y rectorragia. Se palpaba una masa dolorosa en hipocondrio derecho. Se decide solicitar una ecografía abdominal observándose una invaginación intestinal que hubo de ser intervenida quirúrgicamente.

COMENTARIOS

La invaginación intestinal llaga a tener hasta un 60% de diagnósticos tardíos, lo que implica mayor riesgo de complicaciones y menor éxito en la reducción hidrostática, con la consiguiente necesidad de intervención quirúrgica. Aunque la triada clásica de este cuadro consiste en dolor abdominal intermitente, masa palpable y heces en jarabe de grosella, esta clínica no se encuentra en un 60-80% de los casos. En ocasiones puede presentarse con clínica neurológica predominante como: apatía, somnolencia, hipotonía generalizada, respuesta a estímulos dolorosos disminuida, nerviosismo e inquietud, convulsiones.

Es importante tener en cuenta que en los niños, la patología abdominal no siempre se presenta con los síntomas y signos clásicos y que, como en la mayoría de las ocasiones, un diagnóstico y tratamiento precoz, implica un pronóstico mejor.



54 VÓMITOS EN RECIÉN NACIDO CON FENOTIPO DOWN.

I. Insausti Fernández, P. Genaró Jornet, A. Suwezda, A.M. Aguiló Sabaté, S. Janer Ortuño, N. Rodríguez Zaragoza

Servicio de Pediatría. Hospital de Tortosa Verge de La Cinta.

Los problemas alimentarios son un motivo de consulta frecuente durante el periodo neonatal. Presentamos el caso de un neonato de 7 días de vida con fenotipo Down, que consulta por vómitos y pérdida de peso. En este caso el diagnóstico diferencial debe incluir las peculiaridades propias de este síndrome.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Varón de 7 días de vida con sospecha de síndrome de Down, dado de alta hace 48 horas, que había seguido una correcta evolución (pendiente cariotipo). En el domicilio inicia cuadro de vómitos alimentarios sin productos patológicos presentes en casi todas las tomas motivo por el que consultan a urgencias.

E/F: Peso 3140g (-14% del peso) Reactivo. Llanto vigoroso. Hipotonía generalizada. Piel suave. Tinte icterico. Fontanela anterior normotensa. Facies peculiar: epicanto, raíz de nariz deprimida, boca pequeña con macroglosia y protrusión lingual, retrognatia, pabellones auriculares de implantación baja. Occipucio plano. Aspecto sindrómico de trisomía 21. AC: tonos rítmicos, no soplos. Pulsos distales presentes y simétricos. AR: Eupneico. Buena entrada de aire bilateral, sin ruidos sobreañadidos. Abdomen ligeramente distendido, indoloro, sin visceromegalias, peristaltismo conservado.

Pruebas complementarias:

Analítica sanguínea: Alcalosis metabólica hipoclorémica, hemograma y bioquímica normales. Rx abdomen en decúbito supino: marcada distensión gástrica y escasa cantidad de gas en el resto del tramo digestivo intestinal.

Ecografía abdominal: no evidencia de signos de estenosis hipertrófica de píloro. Signos de obstrucción del tracto digestivo superior (porción vertical del duodeno)

Evolución: desde urgencias se orienta como obstrucción intestinal alta e ingresa en la unidad neonatal. El estudio posterior evidencia páncreas anular por lo que se somete a intervención quirúrgica que resuelve el problema.

Cariotipo: trisomía 21

COMENTARIOS

Los problemas de alimentación son el principal motivo de consulta durante los primeros días de vida. En la mayoría de casos se tratará de trastornos transitorios funcionales o de una mala adaptación. La presencia de determinados signos como la escasa ganancia ponderal o vómitos a propulsión obliga a valorar la posibilidad de otras patologías subyacentes. Este aspecto debe tenerse aún más en cuenta en pacientes con patología de base, como es el caso presentado.



55 VÓMITOS RECURRENTE EN LACTANTE

F.J. Caballero Mora, P. Malillos González, I. Mastro Martínez, A.I. Jiménez Ortega, L. Zugadi Zárate, M.D. Acuña Quirós.

Sección de Gastroenterología. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS

Los vómitos constituyen uno de los motivos más frecuentes de consulta en los Servicios de Urgencias, y pueden ser el síntoma de un proceso banal y autolimitado, o constituir la manifestación de un proceso grave. La edad y las características de los vómitos, junto con una correcta anamnesis y exploración, nos orientarán para realizar un diagnóstico diferencial adecuado e iniciar los estudios convenientes en cada caso.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Acude derivada de otro centro a la consulta de Gastroenterología una niña de 14 meses, por presentar desde el nacimiento vómitos recurrentes. Tiene períodos de varias semanas en los que tiene vómitos proyectivos frecuentes tras las tomas, asociados a rechazo del alimento y tendencia al estreñimiento, alternando con otros períodos en los que está asintomática. La niña presenta enlentecimiento en el desarrollo ponderoestatural, sobre todo a partir del 2º mes de vida, manteniendo percentiles de peso en torno al p3 y de talla entre p3-25. Había recibido lactancia mixta desde el nacimiento, empezando con la introducción de la alimentación complementaria en el 5º mes. Los vómitos se intensificaron al empezar a dar alimentos sólidos. Se había probado tratamiento con omeprazol, ranitidina, domperidona, metoclopramida y estimulantes del apetito, sin mejoría. Los análisis de sangre, orina y heces realizados, incluyendo despistaje para celiaquía, y ecografía abdominal, eran normales.

Entre sus antecedentes mencionar que tuvo un parto por cesárea urgente por pérdida del bienestar fetal a las 35 semanas de gestación [PRN: 2370 g (p50), LRN: 46 cm (p59)], y una meningitis neonatal precoz. Entre los antecedentes familiares tiene un hermano de 7 años que presentó un síndrome malabsortivo sin filiar hasta los 18 meses de edad.

En la exploración física de la niña destacaba un peso de 7900 g (p3) y una talla de 72 cm (p4), con escaso panículo adiposo y masas musculares blandas, sin otros hallazgos de interés.

Se solicitó la realización de un tránsito intestinal y un enema opaco que mostraron alteraciones en la posición del colon descendente y el ciego, que aparecían altos y desplazados hacia la línea media, y las asas de intestino delgado desplazadas hacia fosa ilíaca derecha. Ante la sospecha de una malrotación intestinal, se decidió realizar una intervención quirúrgica, en la que se objetivó una malrotación intestinal tipo III-A con rotación del asa proximal (duodeno-yeyunal) y la presencia de bandas de Ladd que comprimían la porción media del duodeno. Se efectuó desbridamiento de las bandas y apertura del pedículo del intestino medio, con fijación del colon a gotiera cólica izquierda. El postoperatorio fue satisfactorio y la mejoría clínica de la paciente en estos meses está siendo muy importante.

COMENTARIOS

El 80% de los casos de malrotación intestinal se presentan en el primer mes de vida como cuadros de obstrucción intestinal. Sin embargo, hay casos, como el que presentamos, en que se detecta en niños de mayor edad por cuadros de vómitos intermitentes. Un estudio radiológico adecuado orientará el diagnóstico de estos pacientes.



56 CUERPO EXTRAÑO EN ESÓFAGO: GLUCAGÓN VS ENDOSCOPIA.

I. Aguado Lobo, H. Rojo Sombrero, M. Rico Pajares, M. Echeverría, P. Ambrona, I. Pinto Fuentes.
Hospital Severo Ochoa. Madrid.

FUNDAMENTOS Y OBJETIVOS

La ingestión de cuerpos extraños es causa frecuente de consulta en los Servicios de Urgencias Pediátricas. La mayoría de los objetos que se ingieren se eliminan espontáneamente, y tan sólo, un bajo porcentaje de casos requieren intervención médica. La localización de cuerpos extraños en esófago es poco habitual y en su gran mayoría requieren extracción urgente.

Se revisan los casos de ingesta de cuerpo extraño alojado en esófago en el Servicio de Urgencias Pediátricas de un hospital secundario en los 2 últimos años.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Durante el periodo de estudio se identificaron cuatro casos en tres pacientes con edades entre 2 y 9 años. Dos de los pacientes consultaron tras la ingesta de una moneda: uno de ellos presentaba dolor de garganta y odinofagia; en la radiografía de tórax se objetivó la moneda en tercio superior de esófago. Tras la administración de glucagón im, quedó asintomático realizándose a la hora nueva radiografía que mostró la moneda en el estómago. El segundo caso refería ingesta de moneda asintomático, en la radiografía se observó la moneda en tercio medio de esófago. Tras tolerancia oral a los 90 minutos se visualizó radiológicamente moneda en cámara gástrica sin precisar tratamiento farmacológico. El tercer paciente consultó en dos ocasiones en un periodo de 15 días por atragantamiento mientras comía sólidos. A su llegada presentaba disfagia y sensación de cuerpo extraño en esófago. En ambas consultas se administró glucagón im, produciendo el vómito del alimento con desaparición de los síntomas. Posteriormente, el paciente fue seguido en Consultas de Digestivo Infantil, diagnosticándose de esofagitis eosinofílica.

COMENTARIOS

El glucagón posee un efecto inhibitorio sobre la musculatura lisa esofágica y el esfínter esofágico inferior. Entre sus escasos efectos secundarios se encuentran las náuseas y vómitos que, pueden evitarse con la administración lenta del fármaco. En nuestra experiencia, hospital que no dispone de endoscopia urgente ni cirugía pediátrica, la administración de glucagón im ha sido una medida útil en el tratamiento de cuerpos extraños alojados en el esófago, dado que los pacientes no presentaban compromiso respiratorio y los objetos eran romos.



57 CARACTERÍSTICAS DEL DEBUT DIABÉTICO EN NUESTRO MEDIO.

V. Sanmartín Sánchez, J. Martorell Aymerich, D. Pérez Ramón, M. Trabazo Del Castillo, M. Roqueta Sureda, R. Díez Martín.

Servicio de Pediatría. Hospital de Mataró. Sant Feliu de Llobregat.

OBJETIVOS

Conocer las características y el tratamiento del debut diabético en el paciente pediátrico en nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de niños diagnosticados de DM en nuestro centro desde 2005 a 2009. Se analizan variables de edad, sexo, antecedentes familiares, predominio estacional, motivo de consulta y síntomas asociados, perfil analítico, tratamiento inicial y tiempo de estancia hospitalaria.

RESULTADOS

Se incluyen en el estudio 26 niños (12 varones/14 hembras) con edad media de debut de 8 años (8 meses – 14 años), siendo en niñas de 7 años y 3 meses y en varones 8 años y 2 meses. Tenemos 3 casos documentados con una edad de debut inferior a los 3 años, que corresponden a niñas. Por contra, los casos con un debut por encima de los 12 años (5 casos) corresponden todos ellos a niños. Predominio estacional en otoño (48%). Sin embargo, aisladamente el mes con más debut fue marzo (28%). El motivo de consulta más frecuente fue la hiperglucemia (60%), detectada en los CAP en el 95%, a raíz de haber consultado a su pediatra por clínica de poliuria/polidipsia todos ellos. Otros fueron: poliuria/polidipsia, sin referir hiperglucemia previa (20%), glucosuria (8%), lipotimia (4%), dolor abdominal (4%) y pérdida de peso (4%). Solo tres pacientes (12%), no refirieron poliuria y/o polidipsia en la anamnesis y presentaban como característica común una evolución inferior a los 4-5 días. El resto de síntomas referidos fueron: polifagia (20%), astenia (12%), vómitos (8%), nicturia (8%), dolor abdominal (8%). Un paciente asintomático, siendo un diagnóstico casual. El tiempo medio de evolución de los síntomas fue de 19 días. En la exploración física 6 pacientes (24%) presentaban signos clínicos de deshidratación, con un solo caso documentado de deshidratación grave. La glucemia media fue de 468 mg/dl (192 - 862). El 36% debutaron con cetoacidosis (CAD), con un Ph medio de 7.15 y HCO₃ de 9.7 mmol/L. Tres casos presentaron CAD grave, pero solo uno requirió traslado e ingreso en UCI. La gran mayoría no presentó alteraciones del nivel de conciencia; tan solo 3 casos cursaron con Glasgow < 15, y correspondieron a los casos de CAD grave. En el 56% se instauró tratamiento con insulina en perfusión continua, el resto fue tratado con insulina subcutánea. Ningún paciente presentó complicaciones relacionadas con el tratamiento instaurado. En 6 casos se documentó DM tipo 1 en los antecedentes familiares y solo uno de ellos debutó como CAD. El tiempo medio de estancia hospitalaria fue de 7 días.

CONCLUSIONES

La DM infantil en nuestra serie de casos debuta principalmente en otoño y a edades más tempranas en las niñas, presentándose además los casos más precoces en este grupo y siendo los de debut más tardío en niños. Un conocimiento adecuado de la enfermedad y del algoritmo terapéutico disminuye la gravedad en su presentación y evolución y el número de traslados a UCI; incluso en aquellos pacientes que inicialmente cumplen criterios (CAD grave), y pueden ser manejados correctamente en los servicios de urgencias hospitalaria.



58 CETOACIDOSIS DIABÉTICA COMO DEBUT DE DIABETES TIPO 2.

M.I. Sanz Calvo, B. Hernández García, A. Posada Ayala, S. Rado Peralta, M. Bernácer Borja, L. Soriano Guillén.

Servicio de Pediatría. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

FUNDAMENTOS

La cetoacidosis diabética representa aproximadamente el 30% de los debut diabéticos, constituyendo la urgencia endocrinológica más frecuente. Tradicionalmente, la cetoacidosis diabética era una causa excepcional de debut de la diabetes tipo 2 en la infancia y adolescencia; sin embargo, esta situación puede cambiar debido al incremento notable de los casos de diabetes tipo 2 infradiagnosticados en el contexto de la epidemia de obesidad infantojuvenil que estamos sufriendo.

CASO CLÍNICO

Adolescente de 17 años, de origen chino, que acude a urgencias por poliuria, polidipsia y disuria en los últimos 4 días junto con pérdida de peso de unos 4 kg en las últimas semanas.

Tanto su madre como su abuela materna tienen diabetes mellitus tipo 2 en tratamiento con antidiabéticos orales. A la exploración física se objetiva un peso de 96 kg (2,3 SDS), talla de 177 cm (p50-75) e IMC de 30,6 (2,5 SDS), así como tensión arterial de 151/88 mm Hg. Presenta labios fisurados y acantosis nigricans en cuello y axilas, junto con erosiones eritematosas con restos blanquecinos en lengua y genitales externos. El resto de la exploración es normal.

Con la sospecha de debut diabético se realiza analítica sanguínea que confirma hiperglucemia de 576 mg/dl y donde se evidencia acidosis metabólica (pH 7,19 y bicarbonato 6,9 mEq/l). Estos hallazgos se acompañan de glucosuria y cetonuria intensa.

Ingresa con el diagnóstico de cetoacidosis diabética. Para la normalización de las alteraciones bioquímicas y electrolíticas se utilizan las medidas terapéuticas habituales de rehidratación y perfusión de insulina intravenosa. Esta perfusión se mantiene durante 60 horas, sustituyéndose por insulina subcutánea (dosis que oscilan entre 1,2 a 1,4 UI/kg/día) y alimentación en forma de raciones de diabético al objetivar mejoría clínica y normalización de alteraciones metabólicas.

Durante su hospitalización se descarta la presencia de marcadores de autoinmunidad pancreática, por lo que se realiza test de estimulación con glucagón objetivándose una adecuada reserva pancreática (péptido C basal: ng/ml y tras estímulo: 4,6 ng/ml). En el contexto de obesidad, acantosis nigricans, hipertrigliceridemia, autoinmunidad pancreática y adecuada reserva pancreática, se diagnostica de diabetes mellitus tipo 2, motivo por el que se asocia metformina oral al tratamiento. Este hecho ha permitido reducir progresivamente la dosis de insulina subcutánea.

COMENTARIOS

El manejo inicial de la cetoacidosis diabética es independiente de su causa. Sin embargo, es primordial la realización de un adecuado diagnóstico diferencial ya que en función de la etiología, el tratamiento y pronóstico variarán considerablemente.



59 CONVULSIÓN AFEBRIL EN UNA PACIENTE CON HIPOCALCEMIA COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE HIPOPARATIROIDISMO PRIMARIO AUTOINMUNE.

S.N. Fernández Lafever, J. Huerta Aragonés, T. Fernández López, N. González Pacheco, M.C. Míguez Navarro, J. Sopeña Corvinos.

Servicio de Pediatría. Hospital Materno-Infantil Gregorio Marañón. Madrid.

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS

El hipoparatiroidismo se caracteriza por una producción de hormona paratiroidea (PTH) insuficiente para mantener niveles normales de calcio extracelular. Las manifestaciones clínicas, derivadas de la hipocalcemia, incluyen desde parestesias hasta convulsiones tónico-clónicas generalizadas.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Presentamos el caso de una niña de 9 años que consulta por un episodio de desconexión del medio, revulsión ocular e hipertonia en flexión de miembros superiores con extensión de los inferiores, sin sialorrea ni pérdida de control de esfínteres, quedando postcrítica durante 7 minutos. No había presentado episodios similares con anterioridad. Refiere sensación de hormigueo y espasmos dolorosos en manos desde hace varios meses, habiendo consultado en urgencias por este motivo en una ocasión.

Antecedentes personales: Natural de Colombia. Ptosis palpebral derecha congénita y estrabismo convergente bilateral corregidos quirúrgicamente. Bajo rendimiento escolar con dificultad para las relaciones interpersonales y carácter habitualmente ansioso. A los 6 años comenzó con alopecia areata (confirmada histológicamente). Hipertrofia del clítoris lentamente progresiva desde los 7 años. Un año después presentó un episodio de gonartritis bilateral, asociando evolutivamente fotosensibilidad, candidiasis oral recurrente y anticuerpos antinucleares (ANA) positivos.

Antecedentes familiares: abuelo con esclerodermia sistémica. Resto sin interés.

Exploración física: Afebril. Constantes normales. Alopecia que respeta pestañas, pero no cejas. Cicatrices hiperpigmentadas en pierna derecha y codos. Queilitis angular. Alteración del esmalte dentario. Intenso estado de ansiedad y agitación psicomotriz. Ptosis palpebral izquierda y anisocoria con midriasis izquierda, con respuesta normal a la luz y a la convergencia ocular. Fondo de ojo normal. Resto de exploración por aparatos: normal.

Pruebas complementarias: destaca calcio total de 5.7 mg/dl (iónico 0.66 mmol/L) y leve hipertransaminasemia (ALT 103 U/L, AST 69 U/L). En el ECG se observa prolongación del QT corregido (0.47 seg). Ante la sospecha de convulsión generalizada secundaria a hipocalcemia se inicia corrección intravenosa con gluconato cálcico, no repitiendo las crisis.

Evolución: durante el seguimiento se objetivó hipocalcemia, hiperfosfatemia y una PTH indetectable, con vitamina D normal. En el TAC y RMN cerebral se observaron calcificaciones bilaterales en ganglios basales, tálamos y áreas subcorticales frontoparietales. La autoinmunidad evidenció anticuerpos antimúsculo liso y HLA B27 positivos. Resto de estudios normales.

Diagnóstico final: convulsión afebril secundaria a hipocalcemia por *hipoparatiroidismo primario*, alopecia areata, candidiasis recurrente y hepatitis autoinmune (*sospecha de síndrome poliglandular autoinmune tipo 1*).

COMENTARIOS

La hipocalcemia secundaria a hipoparatiroidismo, aunque infrecuente, es una etiología que debe ser tenida en cuenta en el diagnóstico diferencial de las convulsiones afebriles, especialmente si existe evidencia de manifestaciones autoinmunes asociadas.



60 CONVULSIONES. SEGUIMOS COMETIENDO ERRORES.

I. Hernández Monleón, J. Sánchez Manubens, X. Codina Puig, P. Gussinyé Canabal, I. Masiques Más, M. Català Puigbó.

Hospital General de Granollers. Barcelona.

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS

En los algoritmos del manejo de toda convulsión, especialmente de duración prolongada, se incluye la determinación de la glicemia capilar. Al ser las convulsiones febriles las más frecuentes, en ocasiones obviamos esta determinación. No debería ser así cuando éstas son prolongadas o afebriles. El hecho de centrar la atención en lo que tiene el paciente más que en lo que necesita, nos induce a cometer errores, mientras que la sistematización en la valoración inicial mediante el triángulo de evaluación pediátrica (TEP) es útil para evitarlos.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Caso 1. Niño de 22 meses que presenta en su domicilio convulsión tónico-clónica generalizada de extremidades superiores con desconexión ambiental y mirada perdida, en el curso de un cuadro febril. Es trasladado a Urgencias por el servicio de emergencias médicas persistiendo la actividad convulsiva. A su llegada, el TEP muestra un aspecto anormal (con respiración y circulación normal), que refleja disfunción del sistema nervioso central. Se determina la glicemia capilar que es de 28 mg% y se administra glucosa endovenosa cediendo la convulsión hipoglicémica.

Caso 2. Niña de 2 años que presenta episodio convulsivo durante una revisión rutinaria en su ambulatorio. Se administra diazepam rectal. Por persistencia de cierta actividad convulsiva se traslada a Urgencias. A su llegada, el TEP muestra un aspecto anormal (con respiración y circulación normal), que refleja disfunción del sistema nervioso central. Se determina la glicemia capilar (24 mg/dl) y se administra perfusión glucosada con cese del cuadro.

COMENTARIOS

La sistematización mediante el triángulo de evaluación pediátrica en la valoración inicial del niño, especialmente en los casos graves, es útil para evitar errores.

La determinación inicial de la glicemia capilar en toda convulsión evitaría retrasos diagnósticos.

La práctica médica conlleva el riesgo de cometer errores, los cuales debemos mostrar y estudiar para tratar de evitarlos.



61 CRISIS SUPRARRENAL EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO. MANEJO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL INFANTIL LA PAZ DE MADRID.

R. Vecino López, J. Guerrero Fernández, L. Álvarez-Cuervo Suárez, E. Bermúdez de Castro, R. Gracia.
Servicio Endocrinología. Hospital Infantil La Paz. Madrid.

FUNDAMENTO

La crisis suprarrenal es una urgencia poco frecuente en el paciente pediátrico, pero potencialmente letal. Precisa un rápido reconocimiento para un tratamiento precoz y adecuado. Suele desencadenarse en niños con insuficiencia suprarrenal conocida en tratamiento (siendo la hiperplasia suprarrenal congénita la causa más frecuente), en el contexto de un proceso intercurrente estresante.

OBJETIVO

Describir situaciones en las que deba sospecharse una crisis suprarrenal y su manejo en el ámbito de la urgencia pediátrica, a propósito de una paciente que ha acudido en múltiples ocasiones por esta causa.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Niña de 5 años diagnosticada, ante la presencia de genitales ambiguos en el periodo neonatal, de hiperplasia suprarrenal congénita por déficit de la enzima 21-hidroxilasa. Presentan la misma enfermedad su hermana y dos familiares de 2º grado, siendo uno de ellos varón diagnosticado por deshidratación en el periodo neonatal. A pesar del tratamiento sustitutivo desde el nacimiento y de entrenar a la familia en su manejo, ha acudido a urgencias en 6 ocasiones por crisis adrenales. Las crisis se han caracterizado durante la lactancia por vómitos e inapetencia en el contexto de reflujo gastroesofágico, mientras que las crisis posteriores por intenso decaimiento, vómitos, dolor abdominal y fiebre en relación a procesos infecciosos. La deshidratación hiponatrémica, con acidosis metabólica e hiperpotasemia, la hipotensión, y la intensa hipoglucemia confirmaban la descompensación suprarrenal. Ha requerido ingresar en una ocasión en cuidados intensivos por descompensación metabólica severa tras un cuadro de vómitos intensos sin aumento de la corticoterapia basal. En todos los casos se ha procedido inicialmente a la reposición de líquidos, la corrección de los trastornos electrolíticos y la administración de hidrocortisona en bolo a 80 mg/m² intravenosa. El tratamiento de mantenimiento del primer día ha consistido en hidrocortisona a 60-80 mg/m²/día junto a fluidoterapia, reduciéndose la dosis a 30 mg/m²/día al segundo día y a 15 mg/m²/día al tercer día. Cuando la hidrocortisona se podía administrar oral a dosis inferiores de 40 mg/m²/día se añadían mineralcorticoides y aportes de sal oral. En todos los casos la evolución ha sido favorable, con estancia media de ingreso de 3 días.

COMENTARIOS

Debe descartarse siempre una crisis adrenal en urgencias si un niño diagnosticado de insuficiencia suprarrenal crónica consulta por síntomas gastrointestinales y decaimiento. En neonatos deshidratados o en niños en corticoterapia crónica también debe sospecharse. En todos los casos el manejo es similar y se debe actuar de forma inmediata.



62 EFECTIVIDAD DE LA PAUTA INICIAL DE MANEJO DE LA DESHIDRATACIÓN HIPERNATRÉMICA EN URGENCIAS.

F. Arasa Panisello, A. Deya Martínez, J.M. Quintillá Martínez, J. Payeras Grau, C. Luaces Cubells.
Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Hospital Univesitari Sant Joan de Déu.

INTRODUCCIÓN

La hipernatremia (HNa) debe corregirse de forma lenta para evitar el riesgo de edema cerebral. Aunque existen fórmulas para estimar el déficit de agua libre y calcular más exactamente la proporción de Na que debe tener la perfusión a administrar en cada caso, en la práctica es más frecuente utilizar soluciones hipotónicas estandarizadas. En nuestro servicio se utiliza de forma general el glucosalino 1/3 y se establece el tiempo de corrección en 24 ó 48 horas según la magnitud de la hipernatremia.

OBJETIVO

Analizar la efectividad de la perfusión pautada en urgencias para lograr una adecuada velocidad de corrección inicial de la natremia en las deshidrataciones hipernatrémicas causadas por gastroenteritis aguda.

METODOLOGÍA

Se definió como hipernatremia leve un Na entre 145-150, moderada entre 150-159 y grave igual o superior a 160. Se revisaron retrospectivamente las HNa moderadas o graves causadas por gastroenteritis aguda de enero-2005 a diciembre-2009. El grado de deshidratación se estimó mediante una escala clínica. La velocidad inicial de corrección de la natremia (VCNa) se calculó por la diferencia entre el Na inicial y el obtenido en la primera analítica de control realizada durante la rehidratación endovenosa. Se consideró lenta una velocidad de corrección < 0.5 mmol/l/h, adecuada de 0.5 a 1 mmol/l/h y rápida > 1 mmol/l/h.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se recogieron 176 casos (126 con HNa moderada y 50 con HNa grave). La mediana de edad fue de 8 meses (P25 = 6 meses, P75 = 10.5 meses). La mayoría presentaban un gado de deshidratación leve o moderado (9.2% y 75.0% respectivamente). La mediana de tiempo hasta el primer control analítico fue de 8.92 h (P25 = 6 h, P75 = 11 h). La media global de VCNa fue de 0,64 mmol/l/h (DS = 0.7) y en valor cuantitativo fue similar entre los casos de hipernatremia moderada o grave (medias 0.57 y 0.76 mmol/l/h respectivamente, $p = 0,11$). La proporción de casos con una VCNa rápida fue, sin embargo, significativamente superior entre los pacientes con HNa grave (30% frente a 13,5%, $p = 0,03$). No se encontró asociación significativa entre la VCNa y el grado deshidratación según la escala clínica. No se registraron complicaciones por edema cerebral en ningún caso.

CONCLUSIONES

La pauta actual de nuestro servicio resulta segura, al no observarse complicaciones en un periodo de tiempo prolongado. Aunque de forma global el descenso inicial del Na se realiza dentro de lo recomendado, existe un grupo de pacientes con VCNa demasiado rápida, sobre todo en las HNa graves. Esto está más en relación con la concentración de Na de la perfusión que con su volumen, al no asociarse con el grado de deshidratación. Se precisan nuevos estudios para determinar la utilidad de un cálculo más exacto del Na en la perfusión para evitar la corrección demasiado rápida en pacientes con Na inicial igual o superior a 160 mmol/l.



63 LACTANTE CON HIPOGLUCEMIA EN URGENCIAS: DOS FORMAS DE PRESENTACIÓN.

G. González García*, A. Ayerza Casas**, P. Huerta Blas**, P. Ventura Faci**, S. Ortiz Madinaveitia**, A. Lázaro Almarza***

*Servicio de Urgencias Pediatría. **Servicio de Pediatría. ***Servicio de Gastroenterología Infantil. HCU Lozano Blesa. Zaragoza.

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS

La hipoglucemia constituye una urgencia endocrinológica, pudiendo aparecer a cualquier edad, siendo el error innato del metabolismo más frecuente en la infancia.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Caso clínico 1: Lactante de 5 meses hijo de padres consanguíneos de primer grado que acudió al Servicio de Urgencias con somnolencia, falta de respuesta a estímulos, cuadro de vómitos y rechazo de las tomas de veinticuatro horas de evolución, permaneciendo en ayuno varias horas. A su llegada a urgencias presentó Glasgow 11-12, pupilas isocóricas y normoreactivas, hipotonía generalizada, mal estado general, palidez de piel y mucosas, fontanela anterior amplia poco deprimida. Mala perfusión distal con retardo en el relleno capilar. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen discreta hepatomegalia. Resto de la exploración compatible con la normalidad.

Exámenes complementarios: Hemograma: hematíes 3,02 mill/mm³; Hb: 6,6 g/dl; Hematocrito: 20,1%; VCM: 66,7 fl. Bioquímica: Glucosa 23 mg/dL. Gasometría capilar: pH: 7,32; HCO₃: 16,5 mm/L; EB: -8; Lactato. 3.4 mm/L. Transaminasas: AST. 140 UI/l; ALT: 80 UI/l. Cuerpos cetónicos en orina negativos. En su evolución precisó transfusión sanguínea, perfusión endovenosa de suero glucosado y corrección de acidosis metabólica con bicarbonato. En planta se diagnosticó de alergia a las proteínas de la leche de vaca, y déficit de 3 Hidroxiacil COA deshidrogenasa de ácidos grasos de cadena larga, pautándose tratamiento específico.

Caso clínico 2: Lactante de 12 meses que acudió a urgencias por presentar cuadro de letargia, hipotonía y palidez cutánea de reciente instauración. Veinticuatro horas antes presentó vómitos y anorexia. Exploración: Glasgow 13-14, mucosas algo secas. Resto compatible con la normalidad.

Exámenes complementarios: Hemograma: hematíes 4,66 mill/mm³; Hb: 612,4 g/dl; Hematocrito: 34,9%; VCM: 74,9 fl. Bioquímica: Glucosa 45 mg/dL. Gasometría capilar: pH: 7,27; HCO₃: 16 mm/L; TCO₂ 17,1 mmol/L EB: -10,8; Lactato 2,12 mm/L. Cuerpos cetónicos en orina negativos. Se instauró perfusión de glucosa e hidroelectrolitos corrigiéndose la clínica y la acidosis metabólica en las primeras horas del ingreso. Se recomendó al alta la evitación de ayuno prolongado.

COMENTARIOS

La hipoglucemia es una entidad relativamente frecuente en un servicio de urgencias de pediatría, de ahí la importancia de saber identificar sus síntomas, en ocasiones inespecíficos, para establecer un tratamiento precoz y adecuado. Aunque la causa principal de hipoglucemia no cetósica es el hiperinsulinismo, en lactantes hay que tener en cuenta el ayuno prolongado como posible desencadenante y otras causas menos frecuentes como alteraciones de la oxidación de los ácidos grasos.



64 PÉRDIDA DE CONOCIMIENTO EN UN PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 1: NO SIEMPRE ES POR HIPOGLUCEMIA.

P. Ruiz Martínez, L. Fuente Blanco, A. Álvarez García, M.T. Cuesta Rubio, E. Salcedo Lobato, M.P. Gutiérrez Díez.

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Getafe. Madrid

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS

La alteración aguda del nivel de conciencia puede ser de origen neurológico, infeccioso, metabólico o tóxico. Las intoxicaciones medicamentosas son más del 50% de las intoxicaciones en pediatría. Los psicofármacos constituyen la segunda causa de intoxicación medicamentosa en la infancia y dentro de estos los más frecuentes son las benzodiazepinas.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Niña de 8 años con DM (*diabetes mellitus*) tipo 1 traída a Urgencias por presentar sensación de mareo con caída al suelo mientras comía, con cefalea y somnolencia posterior. No antecedentes de traumatismo craneal ni ingesta de fármacos. En domicilio: glucemia capilar de 69 mg/dl. En Urgencias: Glasgow 14/15, Romberg positivo con inestabilidad en la marcha y lenguaje lento, glucemia capilar: 58 mg/dl. A las 2 horas de su estancia en Urgencias, sufre un deterioro brusco del nivel de conciencia con respuesta parcial a estímulos dolorosos, ausencia de respuestas verbales, hipotonía generalizada y dificultad para despertar (Glasgow 2/15). Se realiza TAC craneal, analítica de sangre (hemograma, bioquímica, gasometría y coagulación) y orina (incluido tóxicos) que son normales. Se encuentra un comprimido de Clonazepam de 2 mg en la ropa de la niña. A pesar de estudio negativo de tóxicos se pauta tratamiento empírico con Flumazenilo iv a 0,3 mg/dosis con respuesta inmediata y recuperación total del nivel de conciencia, tras lo cual, reinterrogada la niña, reconoce la ingesta de varias pastillas.

COMENTARIOS

En un paciente diabético con pérdida de conocimiento no hay que pensar sólo en hipoglucemia. Ante una alteración aguda de la conciencia de causa no esclarecida hay que sospechar ingesta de tóxicos. La detección de benzodiazepinas en orina es la confirmación diagnóstica, pero presenta un alto porcentaje de falsos negativos en función del tiempo transcurrido desde la ingesta y del fármaco ingerido, siendo el Clonazepam y el Lorazepam los peor detectados. Ante la sospecha clínica de intoxicación por benzodiazepinas, a pesar de la negatividad de tóxicos en orina, es útil la prueba terapéutica con Flumazenilo.



65 PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y CLÍNICO DE LA DIABETES MELLITUS TIPO 1 EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS EN URGENCIAS.

M. Vivas Moresco, J.P. Navarro Romero, A. González Jimeno, I. Ortiz Valentín, A. Carcavilla Urqui, M.J. Navarro Carmona.

Servicio de Pediatría. Hospital Virgen de La Salud. Toledo.

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus tipo 1 (DM1) es una enfermedad crónica autoinmune cuya incidencia ha experimentado un aumento notable en la edad pediátrica. Su presentación puede variar desde la hiperglucemia aislada hasta la cetoacidosis diabética (CAD) grave.

OBJETIVOS

Analizar las características de presentación de DM1 de los pacientes pediátricos atendidos en un Servicio de Urgencias.

MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de los niños de entre 0 y 15 años del área de Salud de Toledo ingresados por debut diabético entre el 1 de enero de 2006 y el 31 de enero de 2010. Se definió cetoacidosis como glucemia superior a 200 mg/dl, pH sanguíneo inferior a 7,3 y/o bicarbonato inferior a 15 mEq/l, y cetonemia y/o cetonuria. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, nacionalidad, glucemia al ingreso, cetonemia, cetonuria, presencia o no de CAD y gravedad, clínica de presentación y duración, ingreso en Unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP), necesidad de perfusión de insulina, días de hospitalización, concentraciones de hemoglobina A1c (HbA1c), presencia o no de marcadores inmunológicos y dosis de insulina al alta. Se analizaron los datos con el programa informático SPSS 12.0.

RESULTADOS

Se incluyó un total de 54 casos de debut diabético, en su mayoría españoles (83,3%), con 6 pacientes de origen Marroquí (11%). Registramos una incidencia de 8,7, 15,8, 20 y 11,8 casos por 100.000 habitantes menores de 15 años/año (respectivamente del 2006 al 2009). La distribución por sexos fue 29 niños (53,7%) y 25 niñas (46,3%). El grupo más numeroso fueron los niños de entre 5 y 9 años (40,3%). La mayoría se presentaron en otoño e invierno (63,1%). Debutaron como CAD 25 niños (46,3%), siendo 4 leves (16%), 8 moderadas (32%) y 14 graves (52%). Los síntomas más frecuentes los días previos fueron la poliuria (90,7%) y la polidipsia (85,2%). La media de estancia hospitalaria fue 5,6 días y la de estancia en UCIP 0,71 días. Presentaron anticuerpos pancreáticos positivos 45 pacientes (85%), 7 anticuerpos antitiroideos (15,6%) y 2 anticuerpos de enfermedad celíaca (4,3%). La media de HbA1c fue $11,83 \pm 1,39\%$ en pacientes de 10 a 14 años, $11,49 \pm 0,75\%$ en pacientes de 5 a 9 años y $9,6 \pm 2,52\%$ en el grupo de 0 a 4 años. El grupo de niños de 0 a 5 años presentó los valores más bajos de pH. La media de máxima perfusión de insulina utilizada en pacientes ingresados en UCIP fue de 0,086 UI/kg/hora. La media de unidades de insulina con que los pacientes fueron dados de alta fue de 1UI/Kg/día $\pm 0,5$.

CONCLUSIONES

Nuestro estudio refleja un aumento de la incidencia de diabetes en edad pediátrica y un desplazamiento a edades inferiores de los casos nuevos respecto a estudios previos. Se precisan estudios con más población para confirmar nuestros resultados, y obtener conclusiones acerca de la distribución por nacionalidades. La elevada proporción de casos de CAD podría deberse al registro basado en los diagnósticos desde Urgencias; en cualquier caso, es deseable el desarrollo de programas de prevención de este tipo de presentación.



66 REHIDRATACIÓN INTRAVENOSA RÁPIDA, UNA ALTERNATIVA SEGURA Y EFICAZ EN LA DESHIDRATACIÓN EN URGENCIAS.

D. Bueno Sánchez, L. Gutiérrez Pascual, M. Bueno Barriocanal, J. Martín Sánchez, S. García García, V. Nebreda Pérez.

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

OBJETIVOS

La deshidratación, habitualmente secundaria a GEA, es una patología muy prevalente en la infancia, siendo causa de importante morbimortalidad a nivel mundial. Diversos estudios demuestran que la rehidratación intravenosa rápida (RIVR) es una alternativa segura, con ventajas respecto a las pautas clásicas. A pesar de ello, su práctica está poco extendida en nuestro medio. Este estudio pretende demostrar su eficacia y seguridad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo realizado en 24 pacientes que acuden al Servicio de Urgencias Pediátricas de un Hospital Terciario entre junio de 2008 y diciembre de 2009. Criterios de inclusión: edad superior a 6 meses, ausencia de patología de base y de hipo o hipernatremia ($\text{Na} < 130$ ó > 150 mEq/L) u otras alteraciones hidroelectrolíticas severas. Se analizan los siguientes datos: datos clínicos de deshidratación, constantes (peso, FC, TA) y determinación analítica sanguínea (glucemia, iones, gasometría, entre otros) a su llegada a Urgencias y tras 4 horas de RIVR con SSF a 10 cc/kg/h y glucosmon R50 a 4-6 mg/kg/min.

RESULTADOS

El 58% de los pacientes son varones, con una mediana de edad de 30 meses (mínimo 8 meses, máximo 11 años). El 96% de los pacientes presenta, entre sus motivos de consulta, vómitos, diarrea el 71% y fiebre la mitad de los casos. El porcentaje medio de deshidratación inicial es de $5\% \pm 2$ DE, resuelto en todos los casos tras las 4 horas de RIVR. Entre los datos clínicos de deshidratación registrados destacan: mucosas secas (75%), decaimiento o irritabilidad (67%) y pliegue cutáneo (4%). Las constantes registradas son normales en todo momento. El porcentaje medio de ganancia ponderal es de $3,5 \text{ kg} \pm 2,4$ DE. El tiempo medio hasta la consecución de tolerancia oral es de 4 horas $\pm 1,6$. La media inicial de EB, de $-4,5 \pm 4,3$ DE, se reduce tras la RIVR a $-4,2 \pm 2,5$ DE y la media de pH inicial, de $7,37 \pm 0,073$ DE, pasa a $7,38 \pm 0,049$ DE. Existe correlación negativa estadísticamente significativa entre el EB y pH iniciales y el porcentaje de deshidratación extrapolado de los datos clínicos (coeficiente de Pearson: 0,6; $p < 0,01$). En ningún caso se detecta hiper o hiponatremia tras la RIVR. Dos pacientes requieren ingreso por fracaso en la tolerancia y un 16% consultan de nuevo en Urgencias, sin precisar ingreso posterior.

CONCLUSIONES

La RIVR consigue reponer el espacio extracelular y restaurar una correcta perfusión (gastrointestinal, renal) de forma rápida y segura. Esto permite reiniciar con éxito la tolerancia oral y normalizar diferentes alteraciones hidroelectrolíticas. No se registran complicaciones clínicas ni analíticas derivadas de la RIVR. Dado el menor tiempo de infusión respecto a las pautas clásicas, parece disminuir los tiempos de estancia en Urgencias y el número de ingresos. La simplicidad en el cálculo de las perfusiones minimiza la posibilidad de error en el mismo. Son necesarios nuevos estudios comparativos de mayor envergadura de ambas pautas, aunque los preexistentes apoyan nuestros resultados.



67 REVISION DE LA DESHIDRATACIÓN HIPERNATRÉMICA EN LACTANTES MENORES DE 1 MES.

M. García San Prudencio, M.R. Robles Ortiz, M. de La Torre Espí, J.C. Molina Cabañero, B. Barbarín Sorozabal, I. Carreras Sáez.

Servicio Urgencias Pediatría. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús, Madrid

OBJETIVO

Conocer las características de los cuadros de deshidratación hipernatrémica (Na plasmático mayor de 150 mEq/L) de los niños menores de 1 mes que ingresaron en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio retrospectivo de los niños menores de un mes de vida, diagnosticados de deshidratación hipernatrémica (Na > 150 mEq/L), que ingresaron en el hospital entre enero de 2005 y diciembre de 2009. Se han recogido los siguientes datos: antecedentes perinatales (embarazo, parto, peso al nacimiento, primiparidad de la madre), edad, motivo de consulta, peso al ingreso, tipo de alimentación, niveles plasmáticos de sodio, potasio, cloro, creatinina, urea, bilirrubina, pH, bicarbonato, pCO₂, complicaciones durante su ingreso, días de estancia hospitalaria y diagnóstico al alta.

RESULTADOS

Se encontraron 13 pacientes, 7 varones y 6 mujeres. Una de las niñas se excluyó por ser un caso de abandono con antecedentes desconocidos. Los 12 niños tuvieron un embarazo normal y un período perinatal sin incidencias, excepto un caso con cefalohematoma parietal. El peso al nacimiento estaba entre 2,750 y 4,050 Kg (media 3,39 Kg). La edad, en el momento del ingreso, estaba comprendida entre 3 y 9 días de vida (media de 5,6 días). El porcentaje de pérdida de peso respecto al del nacimiento fue del 12 al 22,3%, (media 16,2%). Todos los niños eran hijos de madres primíparas. Estaban con lactancia materna exclusiva 11 niños y con lactancia mixta uno. Los motivos de consulta fueron: rechazo de las tomas (7 casos), estreñimiento (6 casos), pérdida de peso (5 casos), ictericia (5 casos), irritabilidad (3 casos), fiebre (2) y color anormal de la orina (2). Los niveles de sodio plasmático estuvieron entre 150 y 166 mEq/L (media 156,5 mEq/L); 3 niños presentaron niveles de sodio por encima de 160 mEq/L. En 12 enfermos se cuantificó la bilirrubina total; fue mayor de 9 mg/dl en todos ellos. Los valores de creatinina plasmática variaron entre 0,6 a 1,4 mg/dl (media de 0,98 mg/dl); 5 pacientes tuvieron niveles de creatinina mayores de 1 mg/dl. La gasometría se realizó en 8 niños, uno de ellos, con una acidosis grave (pH 7,14), precisó ingreso en la UCI. La estancia media hospitalaria fue de 3,25 días con un rango entre 1 y 5 días. El diagnóstico al alta fue de deshidratación hipertónica, atribuyéndose en todos los casos a la falta de aporte.

CONCLUSIONES

En nuestra revisión llama la atención que la única causa de deshidratación hipertónica en los niños menores de un mes sea la falta de aporte. Una explicación a este hecho es que el actual sistema de atención a las madres que han dado a luz, no facilita el aprendizaje ni el apoyo a la lactancia materna, sobre todo si se trata de madres primíparas.



68 SÍNDROME HIPERGLUCÉMICO HIPEROSMOLAR: A PROPÓSITO DE UN CASO.

M. Ballesteros García, A.I. Mohedas Tamayo, M.R. Rodríguez Díaz, P. Manzanares Blázquez, M. Muñoz Díaz, M. Manrique Arcos.

Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.

FUNDAMENTO

El síndrome hiperglucémico hiperosmolar (SHH) viene definido por hiperglucemia sin cetosis, hiperosmolaridad y acidosis metabólica leve.

OBJETIVOS

Dar a conocer esta patología poco frecuente en pediatría, cuyo manejo y pronóstico difieren del de la cetoacidosis diabética.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Niña de 2 años, con antecedentes de CIR simétrico, microcefalia y retraso psicomotor sin filar (sospecha de enfermedad mitocondrial) sin historia de diabetes mellitas que acude por vómitos de 24 horas de evolución, sin fiebre ni diarrea. No refieren poliuria ni polidipsia. A la exploración se constata regular estado general con signos de deshidratación moderada (ojos hundidos, mucosa oral pastosa, turgor disminuido), sin fetor cetónico. Analítica al ingreso: pH 7.31 PCO₂ 45 mm HG Bic 22 meq/L EB: - 3.7 mEq/L Na 153 mEq/L, glucemia 1159 mg/dl. Cetonuria negativa. Urea 123 mg/dl, Cr 1.59 mg/dl. Con el diagnóstico inicial de hiperglucemia sin cetonemia se maneja como cetoacidosis diabética: bolo inicial de SSF a 20 ml/kg en 2 horas, rehidratación posterior con aportes de líquidos a basales + 10% y perfusión de insulina a 0.05 unidades/kg/hora. Durante las horas siguientes la paciente presentó deshidratación progresiva a pesar de la rehidratación i.v, por lo que ante la sospecha de SSH y dada la alta morbilidad asociada se decidió traslado a Unidad de Cuidados Intensivos. Pediátricos (UCIP).

COMENTARIOS

El síndrome de hiperglucemia hiperosmolaridad es excepcional en niños. Es una patología típica del adulto asociada a diabetes tipo II y obesidad. Se produce por una actividad deficiente de insulina, más que por un déficit de la misma como sucede en la diabetes tipo I. Esto produce hiperglucemia sin acúmulo de b-hidroxibutirato ni acetato, con la ausencia subsiguiente de cetoacidosis. Lo que diferencia el SHH de la cetoacidosis diabética es que en el HHS existe suficiente insulina para bloquear la lipólisis (lo que explica la ausencia de cetonemia) pero insuficiente para promover la utilización de glucosa en el músculo, lo que produce hiperglucemia. Esta misma produce diuresis osmótica, con tendencia a desarrollar deshidratación hipernatrémica severa, con hipovolemia y disminución de la perfusión renal. Como consecuencia de ello disminuye la capacidad del riñón de eliminar glucosa por lo que la glucemia sigue aumentando, llegando a producir hiperglucemia severa y estado hiperosmolar. Los criterios diagnósticos de SSH son: hiperglucemia > 600 mg/dl, hiperosmolaridad, cetosis mínima o ausente y acidosis metabólica mínima (Bic > 15 meq/L). En el manejo hay que tener en cuenta que en el SHH se estima una deshidratación del 15- 20%, frente a 10% que se suele considerar en la cetoacidosis. Considerando la alta tasa de complicaciones descritas (hipertermia, rhabdomiólisis, fallo renal, disminución del nivel de conciencia- coma, arritmias cardíacas) y la alta mortalidad (20- 60%) se recomienda manejo en UCIP.



69 TETANIA COMO PRESENTACIÓN CLÍNICA INICIAL EN LA URGENCIA PEDIÁTRICA DE UN CASO DE HIPOPARATIROIDISMO.

R. Vecino López, I. González Casado, E. Bermúdez de Castro, L. Álvarez-Cuervo Suárez, R. Gracia Bouthelier.

Servicio Endocrinología Pediátrica. Hospital Infantil La Paz. Madrid.

FUNDAMENTO

El hipoparatiroidismo adquirido es una alteración endocrinológica poco frecuente en la infancia, que puede ser difícil de diagnosticar por poderse presentar con formas clínicas muy diversas que pueden confundirse con otras entidades.

OBJETIVO

Describir la forma de presentación inicial en el ámbito de la urgencia pediátrica de un caso de hipoparatiroidismo en un adolescente.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Niño de 13 años que acudió a urgencias por presentar signos inflamatorios en la rodilla derecha y espasmos en ambas manos tras realizar ejercicio físico. En meses previos frecuentes episodios de parestias y calambres musculares en manos (que se relacionaron con hiperventilación en el contexto de crisis de ansiedad). No presentaba antecedentes de cirugía o irradiación del tiroides. No antecedentes familiares de interés. Inicialmente se realizó un estudio analítico básico que evidenció hipocalcemia (calcio total 8,5 mg/dl y calcio iónico 1,06 mmol/L) con hiperfosforemia (7 mg/dl), sin alteraciones gasométricas o de otros iones, ni datos de infección. La valoración de la rodilla por traumatología y reumatología concluyó que presentaba una artritis inflamatoria relacionada con esfuerzo físico y se descartó etiología reumatológica o infecciosa. El paciente fue remitido a endocrinología para estudio etiológico. Se descartó pseudohipoparatiroidismo al detectar baja la paratohormona sérica (< 10 pg/ml). Los niveles de 25-hidroxivitamina D fueron normales, pero los de 1,25-dihidroxivitamina D estaban en límite bajo. La edad ósea era acorde a la edad cronológica y la densitometría ósea normal. El estudio de otras hormonas resultó normal, incluyendo la función tiroidea. La valoración cardiológica objetivó únicamente válvula aórtica bicúspide normofuncionante. El estudio de la función renal fue normal, pero se detectó calciuria relativa aumentada con litiasis vesical en la ecografía renal. El estudio genético determinó un cariotipo normal 46XY sin detectarse alteraciones en el cromosoma 22q11, lo que descartó el Síndrome de DiGeorge. Se realizó un estudio inmunológico completo con anticuerpos que inicialmente fue normal. Pendiente el resultado del estudio molecular del gen AIRE para descartar etiología autoinmune. Evolución favorable tras iniciar tratamiento con calcio oral y calcitriol, ajustando dosis según controles.

COMENTARIOS

Los espasmos carpopedales pueden ser uno de los primeros signos significativos de tetania. Su frecuencia o persistencia obliga a descartar hipocalcemia, corregirla adecuadamente e investigar posteriormente la etiología. El hipoparatiroidismo adquirido se acompaña de hipocalcemia, y en el adolescente es frecuente la etiología autoinmune.



70 UNA NUEVA CAUSA A DESCARTAR EN LA HIPONATREMIA SEVERA.

M.D. Corral Sánchez, M.C. Monterde Bartolomé, F.J. Climent Alcalá, J. Martín Sánchez, A. Méndez Echevarría.

Servicio de Pediatría. Hospital Infantil La Paz. Madrid.

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS

La hiponatremia severa es causa frecuente de crisis convulsivas en la infancia. Su etiología es variada. Se presentan dos casos relacionados con un mecanismo de producción que, aunque descrito en la literatura, rara vez es observado en la clínica y puede ser infradiagnosticado.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Se describe el caso de dos hermanas trillizas, prematuras de 28 semanas, que ingresan desde el servicio de Urgencias por hiponatremia severa.

Caso 1: Niña de tres meses y medio de vida, 3.700 gramos de peso, que presenta episodios convulsivos repetidos. Requiere ingreso en cuidados intensivos, llegando a precisar ventilación mecánica durante seis días. Se objetivó natremia de 117 mEq/L e hipocloremia de 84 mEq/L, sin otras alteraciones electrolíticas significativas.

Caso 2: Niña de tres meses y medio de vida, 3.600 gramos de peso, se presenta días después con vómitos y episodios de desviación de la mirada, sin desconexión del medio, coincidiendo con natremia de 124 mEq/L. No precisa ingreso en cuidados intensivos.

En ambos casos se inicia estudio completo mediante bioquímica en orina, determinaciones hormonales, ecografía abdominal, ionotest y estudio genético de fibrosis quística, resultando todos ellos normales. En ambos casos se descartan pérdidas renales, gastrointestinales, alteraciones endocrinas, fibrosis quística e ingesta excesiva de agua. En la anamnesis detallada, el único antecedente que comparten es el uso de un saco térmico durante varias horas al día, del que salieron “empapadas en sudor”, según refiere la madre. El fabricante de estos sacos hace alguna especificación sobre su uso en determinadas condiciones de temperatura. De este modo se llegó al diagnóstico por exclusión de hiponatremia secundaria a sudoración.

COMENTARIOS

El abrigo excesivo puede ser causa de hiponatremia en pacientes sanos. Debe ser tenido en cuenta especialmente en niños pequeños por la desmesurada superficie corporal que presentan en relación a su peso. Sin embargo, no se ha encontrado en la literatura que el uso de sacos térmicos se relacione con esta alteración. En los casos descritos se llegó a este diagnóstico por exclusión gracias a una anamnesis detallada. Interrogar a los padres sobre el uso de sacos térmicos durante tiempo prolongado puede servir de orientación en casos similares. Las instituciones representativas y los pediatras deberían exigir al fabricante advertencias del peligro del uso de los mismos en determinadas circunstancias.



71 ANEMIA DE CÉLULAS FALCIFORMES: ¿PENSAMOS EN ELLA?

M. Afonso Coderch, F. Fraga Bilbao, C. Ontoria Betancort, S. Hernández Cáceres, R. López Almaraz, Y. Mesa Fumero

Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario de Canarias.

FUNDAMENTO

La drepanocitosis o enfermedad de células falciformes es una hemoglobinopatía estructural muy frecuente en la raza negra, llegando a afectar a más del 40% de algunas poblaciones africanas. Se caracteriza por anemia, dolores óseos y articulares, crisis dolorosas y úlceras en extremidades inferiores, entre otras manifestaciones.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Paciente mujer de 2 años y 3 meses de edad que acude al servicio de urgencias por cuadro de horas de evolución consistente en dolor de moderada intensidad en piernas, tobillos y codo derecho, que se acompaña de dolor abdominal. Antecedentes familiares: Naturales de Senegal, madre: rasgo falciforme AS, resto sin interés. Antecedentes personales: nacida en Canarias. A los 20 meses de edad sufre en Senegal episodio de dolor abdominal y crisis vaso-oclusiva, siendo diagnosticada de posible Drepanocitosis. Adecuado estado vacunal sin antineumocócica, antivariola y antigripal. A la exploración física destaca letargia, ictericia subconjuntival, palidez de mucosa oral, microadenias laterocervicales e inguinales bilaterales, soplo cardíaco sistólico II/VI panfocal. Hepatomegalia de aproximadamente 3-4 cm bajo el reborde costal y esplenomegalia de 2cm. Dolor a la palpación de articulaciones con ligera tumefacción de tobillos, rodillas y codo derecho. En las pruebas complementarias destaca anemia normocítica (Hb=7,8 mg/dl; VCM= 82,8fL), leucocitosis con neutrofilia (17,700/mm³; N= 15.000/mm³), reactantes de fase aguda discretamente elevados (PCR= 26,5 mg/L; VSG= 25 mm/h) e hiperbilirrubinemia (1,8 mg/dl). En la radiografía de tórax se observa discreta cardiomegalia (ICT=0,6). Se inicia tratamiento analgésico e hiperhidratación con buena respuesta. Posteriormente se completa su estudio, confirmándose el diagnóstico de Anemia de Células Falciforme homocigota (HbSS).

COMENTARIOS

Diferentes situaciones clínicas en niños afectados de drepanocitosis constituyen una urgencia médica. En los últimos años se ha producido un aumento de la incidencia de esta entidad en nuestra región, debido fundamentalmente al fenómeno migratorio desde África. Es importante sospecharla porque su diagnóstico y tratamiento precoz mejora de forma significativa su morbimortalidad.



72 ANEMIA HEMOLITICA AUTOINMUNE POR ANTICUERPOS FRIOS Y CALIENTES: A PROPÓSITO DE DOS CASOS.

M. Vives Campos*, A. Díaz Conradi**, R. Clapés Ferran*, A. Arce Casas*, J. Zárate Duarte****, I. Arbat Garijo***

*Servicio de Urgencias. **Servicio de Hematología. ***Laboratorio. Hospital de Nens de Barcelona. ****Banco de Sangre. Hospital Sant Joan de Deu. Barcelona.

La anemia hemolítica autoinmune (AHA) es una entidad poco frecuente pero de fácil diagnóstico en el Servicio de Urgencias si se realizan las pruebas complementarias oportunas. Presentamos 2 casos clínicos de los dos tipos más frecuentes de AHA.

CASO 1

Paciente de 6 años que acude a urgencias por decaimiento y palidez cutáneo-mucosa. Diagnosticado 48 horas previas de un proceso respiratorio de vías bajas y tratado con beta-lactámico. En urgencias realiza un cuadro de insuficiencia respiratoria y hemodinámica que obliga a instaurar soporte ventilatorio mecánico y hemodinámico con volumen. Hemograma al ingreso: Hb 3 g/dl, Hto 13%, Hties 1.300.000/mm³. Leucos 17.900. Fórmula normal. Reticulocitos 43 x 1.000. LDH 1.150 UI/l. Tras la infusión de volumen realiza coluria. Test de azul de metileno: Negativo. Test de Coombs: positivo. Hemaglutinación positiva a 4°C. Ac de tipo Ig M. Serología IgM a *Mycoplasma pneumoniae*: 1/320. Tras precisar dos transfusiones de concentrado de hematíes realiza un tratamiento con macróido siendo su evolución satisfactoria.

CASO 2

Paciente de 10 años que acude por palidez y cansancio de una semana de evolución. Hemograma al ingreso: Hb 7,4 g/dl, Hto 20,1%, Hematíes 2.500.000/mm³. Serie blanca y plaquetar normales. LDH 1.300 UI/l. Haptoglobina indetectable. Reticulocitos 80 x 1.000. Bilirrubina indirecta 2,8 mg/dl. Test de azul de metileno: negativo. Test de Coombs: Positivo. Hemaglutinación positiva a 35°C. Ac tipo IgG. Aglutinación para antígeno e positiva. Se inicia tratamiento con prednisona a 2 mg/Kg/día siendo su evolución favorable

CONCLUSIONES

La AHA es una entidad poco frecuente pero de fácil diagnóstico en el servicio de urgencias. El test de Coombs positivo en un paciente con anemia hemolítica permite realizar el diagnóstico de AHA. Es importante diferenciar el tipo de Ac causante de la hemaglutinación para poder catalogar el tipo de AHA e iniciar el tratamiento corticoideo precoz en el caso de la AHA por anticuerpos calientes.



73 MANEJO DE CRISIS VASOCLUSIVAS ÓSEAS EN LA URGENCIA: A PROPÓSITO DE TRES CASOS CON DREPANOCITOSIS.

L. Fuente Blanco, P. Ruiz Martínez, A. Álvarez García, L. Prieto Tato, B. Rubio Gribble, M.P. Gutiérrez Díez. *Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Getafe. Madrid.*

FUNDAMENTOS Y OBJETIVOS

La drepanocitosis es una enfermedad genética autonómica recesiva caracterizada por la presencia de hemoglobina falciforme en los eritrocitos. Los individuos homocigotos o heterocigotos compuestos son los que tienen una enfermedad sintomática. Una de las complicaciones más frecuentes es la crisis vasooclusiva ósea. La hipoxia relativa en los sinusoides de la médula ósea predispone a la falciformación y a la adhesión de los hematíes y leucocitos con el endotelio, lo que origina múltiples infartos isquémicos de las trabéculas óseas y por tanto las crisis dolorosas.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

De los tres casos atendidos en nuestro servicio de urgencias, *caso 1* ha tenido múltiples episodios (tres de ellos atendidos en nuestro hospital), *caso 2* ha tenido dos episodios y *caso 3* únicamente ha presentado una crisis. Las localizaciones de las crisis vasooclusivas han predominado en columna vertebral y miembros tanto superiores como inferiores. Ninguno de ellos presentaba signos inflamatorios en la localización del dolor. Ninguno salvo *caso 3* presentaba en el momento de la exploración fiebre y aumento de PCR, tratándose de manera empírica con antibioterapia. Todos precisaron analgesia para control de dolor, y todos menos *caso 3* necesitaron administración de cloruro mórfico en bolos para un adecuado control. Se consiguió ausencia de sintomatología entre los 3 y los 7 días en todos los pacientes.

COMENTARIO

Las localizaciones más frecuentes de crisis vasooclusivas óseas (según bibliografía) son columna vertebral, pelvis y huesos largos, lo que coincide con nuestra experiencia. Aunque nuestros pacientes no presentaran signos inflamatorios es posible encontrar edema, rubor y calor en las localizaciones del dolor.

Los pacientes con drepanocitosis tienen una alta incidencia de infecciones bacterianas, la segunda infección más frecuente es la osteomielitis. Por este motivo es preciso hacer diagnóstico diferencial entre osteomielitis y crisis vasooclusiva, siendo esta última 50 veces más frecuente. Ante la sospecha de osteomielitis por alteraciones analíticas o evolución tórpida puede ser útil realizar gammagrafía ósea, y se recomienda tratamiento con antibioterapia empírica.

Es prioritario el tratamiento del dolor desde la urgencia, comenzando con hidratación intravenosa a 125% de las necesidades basales. Aparte de los analgésicos habituales, la mayoría de los pacientes requieren cloruro mórfico pautado cada 2-4 horas, precisando en ocasiones perfusión continua de morfina. Es muy importante utilizar dosis regladas de analgesia, sin esperar a que el dolor aparezca.



74 SINDROME TORÁCICO AGUDO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

P. Martín-Fernández Tornos, M. Cañellas Fuster, C. Vidal, J.A. Salinas, X. Domingo Miro, A. Nevot Flor.
Pediatría. Hospital Son Llatzer. Palma de Mallorca.

INTRODUCCIÓN

La drepanocitosis es una patología emergente en nuestro entorno como consecuencia directa de las corrientes migratorias. Es la hemoglobinopatía estructural más frecuente en población de raza negra. Es una enfermedad crónica, interrumpida por sucesos agudos como el síndrome torácico agudo el cual es la 2ª causa de ingreso hospitalario y es responsable del 25% de la mortalidad. Es recomendable explicar a los padres las situaciones que pueden constituir una URGENCIA.

CASO CLINICO

Paciente de 5 años natural de República Dominicana diagnosticada de anemia falciforme homocigota a los 2 años (HbS82%). Dos ingresos previos por crisis vasooclusivas en su país de origen y uno en nuestro hospital de características leves. Acude a urgencias por dolor esternal de 24 horas que no cede con analgesia habitual, asocia cuadro catarral sin fiebre. A la exploración física destaca: palidez mucocutánea, polo de bazo y dolor óseo. Se pauta hiperhidratación y analgesia con cloruro morfínico. A las 12 horas ascenso febril con leucocitosis e infiltrado basal derecho iniciándose tratamiento con cefotaxima. Posteriormente meningismo, se realiza punción lumbar con citología normal y cultivos negativos. Empeoramiento clínico con dificultad respiratoria súbita hipoxemia e hipofonía marcada en todo hemitorax izquierdo, Rx: opacificación del hemitorax izquierdo, se amplió cobertura con vancomicina y claritromicina, restricción de líquidos a 80% y administración de furosemida y traslado al hospital de referencia por sospecha de Síndrome Torácico Agudo.

A las 12 horas del traslado, empeoramiento clínico radiológico con afectación de ambos hemitorax, se descarta tromboembolismo, se realiza exanguinotransfusión y óxido nítrico inhalado consiguiendo cifras de HbS20%. El segundo día, atelectasia masiva del hemitorax izquierdo precisando intubación y conexión a ventilación mecánica y soporte inotrópico. Permanece 7 días intubada. Buena evolución clínico-radiológica. Como complicaciones desarrolla síndrome de abstinencia y desconexión con el medio. Actualmente en tratamiento con hidroxiurea, profilaxis con penicilina.

CONCLUSIÓN

Los pacientes afectados de drepanocitosis presentan una importante morbimortalidad. En muchas ocasiones la enfermedad se manifiesta por primera vez con una de sus complicaciones agudas. Para disminuir esta morbi-mortalidad es preciso un diagnóstico y tratamiento precoz y una buena asistencia médica.



75 SINTOMATOLOGÍA RESPIRATORIA EN PACIENTE AFECTO DE DREPANOCITOSIS HOMOCIGOTA: APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA.

R. Merino Amigó, F. Almazán Castro, M. Forns Guzmán, E. Cortès Saladelafont.
 Servicio de Pediatría. Hospital Universitari Germans Trias I Pujol.

FUNDAMENTOS Y OBJETIVOS

La drepanocitosis es una hemoglobinopatía estructural muy frecuente en la raza negra cuya prevalencia e incidencia está en aumento en nuestro medio.

El síndrome torácico agudo (STA) es una complicación de esta enfermedad que se define por la presencia de infiltrados pulmonares en la radiografía de tórax junto con síntomas respiratorios (tos, taquipnea, sibilancias, pudiéndose acompañarse de dolor torácico y/o fiebre). Se identifican posibles causas asociadas en un 40% aproximadamente de los casos (infecciones viricas, *M. pneumoniae*, embolias grasas...). Presentamos el caso clínico de una niña de 9 años afecta de drepanocitosis homocigota que consulta en nuestro centro en 2 episodios diferentes por sintomatología respiratoria.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Dolor esternal de inicio brusco, añadiéndose fiebre a las 24 horas. Al ingreso radiografía tórax normal, gammagrafía pulmonar ventilación-perfusión sin signos de tromboembolismo pulmonar (TEP), serologías negativas. Se repite radiografía tórax a las 72 horas que muestra condensación en lóbulo inferior derecho. Ante la persistencia de dolor esternal localizado se realiza gammagrafía ósea y resonancia magnética esternal y clavicular con secuencias de saturación grasa que son sugestivas de infarto óseo. Orientación diagnóstica: STA (crisis vasooclusiva). El tratamiento y la respuesta posterior confirman el diagnóstico.

Remitida por su pediatra por detección de hipoxemia en contexto de cuadro catarral y febrícula. A su llegada a urgencias presenta SatHb 89% y rinorrea leve. Auscultación respiratoria normal. Radiografía tórax normal; Dímero D 409 ng/ml. Ante la clínica sugestiva de TEP se realiza gammagrafía pulmonar de ventilación-perfusión que lo descarta. Se obtiene resultado positivo de serología *M. pneumoniae* (1/640). Correcta evolución clínica espontánea con hiperhidratación como único tratamiento. Orientación diagnóstica: infección por *Mycoplasma pneumoniae*.

COMENTARIOS

- El síndrome torácico agudo es una complicación grave en pacientes afectados de drepanocitosis, con riesgo vital, que precisa un alto índice de sospecha y un tratamiento precoz. Su diagnóstico suele realizarse de forma retardada.
- En ocasiones el diagnóstico diferencial entre síndrome torácico agudo y TEP será difícil, lo que obligará a realizar las exploraciones complementarias pertinentes de forma urgente.
- El rápido crecimiento de la población afecta de drepanocitosis obliga al personal médico a un adecuado conocimiento de la enfermedad y sus complicaciones.



76 ANÁLISIS NEUMONÍAS EN EDAD PEDIÁTRICA.

J.I. Soriano Romero, M. Peña Capuz, S. Taboada Prieto, M.J. Martínez Roda
H. San Juan de Dios del Aljarafe Bormujos.

OBJETIVOS

Estudio transversal, descriptivo de las historias clínicas de niños diagnosticados de neumonía en nuestro hospital en el año 2008, con objeto de encontrar áreas de mejora en tratamientos, reconsultas y recogida de datos.

MATERIAL Y MÉTODO

De los 442 casos de neumonía y gripe diagnosticados en 2008, seleccionamos aleatoriamente 221, descartamos las gripes, y analizamos 161 historias de casos de Neumonía, recabando datos sobre edad, recogida en las historias vacunación completa, incluida antineumocócica, motivos de consulta, consultas previas, reconsultas en las 48h posteriores al diagnóstico, pruebas complementarias realizadas, antibiótico prescrito y destino del paciente.

RESULTADOS

La edad media de los pacientes fue 3,2 años, en el 80% de las historias no consta la vacunación o no con V. antineumocócica; el 89% de los pacientes consultaron por fiebre o clínica respiratoria, aunque 10 pacientes sólo manifestaron sintomatología digestiva inicialmente, 10 pacientes consultaron previamente al diagnóstico, y 22 reconsultaron en los días posteriores. Al 33% se les extrajo analítica sanguínea y el antibiótico predominante fue amoxicilina, con o sin clavulánico. Ingresaron en Observación 31 pacientes, Analizando las reconsultas, no se observó mayor número de estas en relación con la determinación previa de analítica, o el antibiótico usado. De las 22 reconsultas registradas, habían estado en Observación el 32% de estos niños. De todos los pacientes que reconsultaron, se modificó el antibiótico en el 25% de las ocasiones, sin que el hecho de reconsultar cambiara el destino al alta, precisando ingreso en Observación solo un paciente.

CONCLUSIONES Y ÁREAS DE MEJORA

Debemos ser más exhaustivos en la recogida de datos acerca de la vacunación antineumocócica. Es especialmente importante una historia clínica adecuada, dadas la edad de los pacientes, y la vivencia de los síntomas en los padres. El antibiótico y las dosis empleadas son las ajustadas a las recomendaciones existentes, en general existen pocas consultas previas o reconsultas, y éstas no condicionan actuaciones diferentes a la inicial, en cuanto a realizar más pruebas complementarias, cambios de antibiótico o ingresos.



77 ARTRITIS BILATERAL DE CODO: NUEVA MANIFESTACIÓN DE LA GRIPE A.

R. Escamilla Pinilla*, J. Álvarez Pitti*, A. Ros Forés*, E. Apolinar Valiente**, D. Naval Potro***, M.D. Ocete.
*Servicio Pediatría. **Servicio Urgencias Pediatría. ***Laboratorio. Hospital General Universitario de Valencia.

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS

las características clínicas de la Gripe A más comúnmente descritas en las series publicadas son fiebre, odinofagia, malestar general, cefalea y artralgias. Presentamos el caso de una paciente de 2 años con una artritis transitoria bilateral de codo, en el contexto de una infección por virus Influenza. No hemos encontrado en la literatura descrita esta manifestación.

OBSERVACIONES CLINICAS

Niña de 2 años que acude al servicio de urgencias en Noviembre 2009 con un cuadro de pocas horas de evolución de dolor y limitación de la movilidad de ambos codos. 7 días antes, inició cuadro catarral febril de vías altas, en tratamiento con amoxicilina y antitérmicos. Afebril últimos 5 días. No historia de trauma previo. Presenta buen estado general. Ambos brazos en flexión, pronación, aducción y rotación interna, con dolor leve a la movilización de ambos codos. No signos inflamatorios locales. No lesiones en piel. Resto de la exploración física sin alteraciones. Se valora junto con traumatología realizándose una radiografía de codos sin lesiones óseas y una ecografía donde se identifica derrame articular bilateral escaso, sin identificar otras alteraciones en las estructuras tendinosas o cartilaginosas. Hemograma y PCR normales. Se remite a domicilio con antiinflamatorios y reposo. Antes del alta se extrae muestra para serologías y estudio inmunológico. No compromiso de otras articulaciones. Tras 5 días acude a revisión, está asintomática y refiere que la clínica se había resuelto con el tratamiento en 48h. Presenta exploración física normal. Se recibe serología positiva de tipo IgM e IgG para Virus Influenza A. FR, ANAs, y resto de serologías víricas negativas. Tras 3 meses de seguimiento la paciente se mantiene asintomática.

COMENTARIOS

Dentro de las artritis postinfecciosas encontramos las postvirales. Están descritas las producidas por virus como la rubéola que puede invadir de forma directa la articulación, otros virus como parvovirus y enterovirus tienen un tropismo especial por el tejido sinovial. Por otra parte los virus de Hepatitis B y C, Parvovirus y Alfavirus activan la respuesta humoral con formación de inmunocomplejos con depósito posterior en piel y articulaciones. Otros virus, como VEB, VZV y Hepatitis B y C, pueden estar de forma latentes y producir desregulación inmune posterior. No hemos encontrado en la literatura ningún caso de artritis postviral atribuida al virus de la gripe A, lo que hace singular este caso y contribuye al mejor conocimiento de las manifestaciones de este nuevo virus.



78 ARTRITIS SÉPTICA ESTERNOCLAVICULAR EN NIÑA DE 12 AÑOS.

I. Carreras Sáez, B. Barbarin Sorozábal, M. García San Prudencio, R. Robles Ortiz, M. Gambra Arzoz, L. Alonso Canal.

Servicio de Urgencias Pediatría. Hospital Niño Jesús. Madrid.

FUNDAMENTOS Y OBJETIVOS

La artritis séptica esternoclavicular es una entidad rara. La mayor parte de los casos descritos se han asociado principalmente a uso de drogas intravenosas. No obstante, es una patología que también puede afectar a sujetos sin ese factor predisponente. Con el caso que presentamos, pretendemos hacer hincapié en la importancia de la sospecha clínica y diagnóstico de esta patología.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Niña de 12 años que acude a nuestro hospital con fiebre de hasta 39° y dolor en región clavicular derecha irradiado a cuello. El día previo es diagnosticada de contusión en hombro derecho, por golpearse sobre dicho lado. A la exploración no presenta signos de inflamación, sí limitación dolorosa de la abducción y antepulsión. Se le da de alta con diagnóstico de síndrome febril. Al día siguiente vuelve a consultar por persistencia de la fiebre y aumento del dolor. Se realiza analítica de sangre (con leucocitos 2400, y PCR 14,5) y ecografía clavicular derecha con distensión capsular. Un día después el hemocultivo es positivo para *S. aureus*, por lo que se instaura tratamiento con cloxacilina intravenosa. Rehistoriando a la paciente, refiere paroniquia en dedo derecho 10 días antes. Dada la no mejoría, se le realiza desbridamiento quirúrgico. Ante la leucopenia se sospecha una patología de base, pero los controles analíticos se van normalizando. La evolución posterior es satisfactoria.

COMENTARIOS

Según Ross y col. la artritis esternoclavicular se asocia principalmente con drogas intravenosas en un 21% casos, también con trauma previo en 15% e infección en sitio distante en 12%. Nuestra paciente presentaba los dos últimos factores de riesgo mencionados. *S. aureus* es causante del 50% de los casos. Las publicaciones en niños con esta patología son escasas, algo que nos ha hecho subrayar la importancia de no perder de vista este diagnóstico como pediatras, aunque raro.



79 BACTERIEMIA NEUMOCÓCICA Y SEROTIPADO EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL.

I. Ubeda Páez*, A. Díaz Conradi*, C. Muñoz-Almagro**, A. Arce Casas*, L. Selva Llobet**, O. Urraca Martínez*

*Hospital de Nens. Barcelona. **Hospital Sant Joan de Deu. Barcelona.

INTRODUCCIÓN

Ante un episodio de fiebre en el que haya descartar patología bacteriana se practica junto al hemograma un hemocultivo.

OBJETIVO

Estudiar las características clínicas y microbiológicas de los pacientes con hemocultivo positivo a *Streptococcus pneumoniae* durante un año en un hospital de 2º nivel

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de los pacientes con hemocultivo positivo a neumococo desde el 1 de enero hasta el 31 de diciembre de 2009 estudiando las variables: Edad, vacunación antineumocócica, antibioticoterapia previa, diagnóstico clínico, serotipado, sensibilidad antibiótica, y necesidad de ingreso hospitalario.

RESULTADOS

Durante el año 2009 se realizaron en el servicio de urgencias 100.889 visitas, se practicaron 2.279 hemocultivos de los que 33 (1,4%) resultaron positivos. En 15 de ellos creció *S. pneumoniae* representando el 45% de los positivos. De ellos obtuvimos los siguientes datos: Edad: Entre 2 meses y 7 años (media: 19 meses); Vacunación antineumocócica heptavalente (PCV7) en 8 pacientes (54%); Antibioticoterapia previa en un 7 pacientes (47%); Serotipado: El ST 1 es el más frecuente aislado (40%) seguido del 7 y el 19A. Sólo hay un caso (19F) que está incluido en la vacuna PCV7. Del total de serotipos aislados, 13 (87%) están incluidos en la vacuna conjugada 13-valente. Todos los aislados son sensibles a penicilina y cefotaxima y un 14% son resistentes a eritromicina. El 67% de los pacientes presentaban una neumonía con o sin derrame al diagnóstico. Todos los pacientes afectados de bacteriemia oculta presentaban una edad inferior a 2 años. Sólo ingresaron el 60% de los pacientes. Evolución favorable en todos los pacientes.

CONCLUSIONES

Posibilidad de bacteriemia neumocócica en pacientes vacunados con PCV7. El 87% de los serotipos aislados están incluidos en la vacuna 13-valente. De los serotipos aislados el ST1 fue el más frecuente, correspondiendo al diagnóstico clínico de neumonía. Todas las cepas aisladas son sensibles a penicilina y cefotaxima. El 40% de las bacteriemias neumocócicas no han precisado ingreso hospitalario.



80 CARACTERÍSTICAS DE LA GRIPE A COMPLICADA EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

T. Rivero de La Cruz, P. Pérez González, C. Falcón Suárez, A. Sangil González, M. Sandiumenge Durán, L. Fleites Pérez.

Servicio de Urgencias. Hospital Materno Infantil de Gran Canaria.

OBJETIVOS

Describir características epidemiológicas, clínicas y complicaciones de pacientes afectados de gripe A nH1N1 ingresados, en relación con el número de pacientes con sospecha de gripe que acudieron al servicio de urgencias en el periodo pandémico, entre junio y diciembre de 2009, en un hospital de tercer nivel.

MÉTODOS

Se realizó estudio prospectivo epidemiológico observacional descriptivo. Se recogieron datos clínicos de los 43 pacientes que requirieron ingreso en los que se confirmó por laboratorio la RT/PCR H1N1 positiva.

RESULTADOS

El número de pacientes con sospecha de gripe que acudió al servicio de urgencias fue 1.748, de los cuales 43 (2,5%) requirieron ingreso. El mes predominante fue noviembre (57,2%). Se estudiaron las características de los 43 pacientes ingresados, obteniendo los siguientes resultados:

La media de edad fue $4,7 \pm 4,23$ años siendo 62,7% niños y 37,2% niñas. El 65,1% padecían algún factor de riesgo. El 100% presentó fiebre y el 30,2% dificultad respiratoria. El motivo de ingreso más frecuente fue la neumonía. En el patrón analítico no destacaba leucocitosis ni marcadores inflamatorios-infecciosos elevados. La gripe se complicó en el 69,7% de los ingresados, apareciendo neumonía en el 37,2%. Padecían patología de base la mitad de los pacientes con neumonía, requiriendo dos de éstos ingreso en UMI. Se realizó el test rápido de Influenza a 26 pacientes, siendo positivo para Influenza A en el 42,3%. El 79% de los pacientes recibió tratamiento con oseltamivir. Falleció un solo paciente que padecía leucemia linfoblástica aguda. Se encontró relación estadísticamente significativa entre determinados factores como padecer asma, duración de la fiebre previa al ingreso, ausencia de fiebre durante el ingreso, edad, con el aumento de las complicaciones.

CONCLUSIONES

La pandemia gripal en nuestro hospital ha afectado principalmente a la edad preescolar. De 1.748 pacientes con sospecha de gripe que acudieron a urgencias, sólo el 1,7% se complicó. De los 43 pacientes ingresados 30 presentaron complicaciones siendo la principal la bronconeumonía. La evolución de los pacientes fue mayoritariamente satisfactoria, incluyendo los casos que no recibieron antivirales. El test rápido no fue decisivo en el diagnóstico, ya que presentó un alto porcentaje de falsos negativos.



81 DISFAGIA EN LACTANTE CON OTITIS MEDIA.

A.M. Marcos Oltra, S. Negreira, E. Fernández Díaz, I. Amores Hernández, T. Viñambres, A.F. González-Posada Flores

Hospital Universitario Doce de Octubre. Madrid.

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS

Se expone el caso de una niña de 8 meses que presentó una adenitis laterocervical abscesificada, de evolución tórpida a pesar del tratamiento habitual.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Lactante de 8 meses que presentó cuadro de otorrea purulenta y fiebre, con diagnóstico de otitis media aguda izquierda y que recibió pauta de tratamiento con amoxicilina-clavulánico oral durante una semana, con buena respuesta. A los 8 días de haber finalizado el tratamiento, acude de nuevo a Urgencias por presentar fiebre de hasta 39°C, acompañada de tumoración cervical, sin signos inflamatorios externos, y dificultad para la deglución. Por ello, se decide su ingreso y se inicia tratamiento con cefixima. A pesar de esto, el cuadro empeora, por lo que finalmente se traslada a nuestro centro, donde se realiza prueba de imagen para estudio del cuello. En la tomografía axial computerizada de la zona, se objetiva tumoración en espacio laterocervical izquierdo, con diámetro máximo de 5cm, que atraviesa la línea media con extensión posterior a la orofaringe produciendo efecto masa en su luz, desplazamiento del espacio carotídeo y colapso de la vena yugular. La tumoración se describe con captación periférica y centro hipodenso, sugerente de colección. Ante estos hallazgos se procedió al drenaje quirúrgico del absceso y se inició tratamiento con cefotaxima y clindamicina intravenosas, que se mantuvieron durante 14 días, con respuesta clínica muy satisfactoria. A pesar de recoger cultivo para bacterias y micobacterias de pus faríngeo, aspirado del absceso y del catéter de drenaje tras su retirada, no se consiguió aislar el microorganismo responsable.

COMENTARIOS

Se presenta el caso de una complicación atípica de una otitis purulenta, en la que en lugar de producirse otomastoiditis o afectación de senos venosos como podría ser más habitual, la infección se extendió medialmente, produciendo una colección cervical perifaríngea con compromiso de estructuras adyacentes. La paciente había consultado en Urgencias en varias ocasiones y había recibido varias pautas de antibiótico, a pesar de las cuales tuvo la evolución descrita.



82 EPIDEMIA DE GRIPE A H1N1: ALARMA Y REALIDAD

H. Rojo Sombrero, I. Pinto Fuentes, M. Rico Pajares, I. Aguado Lobo, R. Muñoz Codoceo, C. Calvo Rey
Hospital Severo Ochoa. Leganés, Madrid.

OBJETIVOS

gestión de la epidemia de gripe A H1N1 por nuestro Servicio de Urgencias pediátricas hospitalaria, analizando impacto asistencial, carga de ingresos y complicaciones en comparación con el mismo periodo del año anterior.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo, realizado en el periodo de junio- noviembre de 2009 de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias pediátricas que cumplían los criterios de caso sospechosos de padecer gripe A según normativa de la comunidad de Madrid. Se compara con el mismo periodo y patología del año 2008. Se analizó número de urgencias atendidas totales y con sospecha de gripe A, tiempo de estancia en urgencias, ingresos y de estos últimos los casos confirmados y su evolución clínica. Estudio estadístico realizado con paquete SPSS 15.0.

RESULTADOS

Durante el periodo de junio-octubre 2009 se atendieron 13.758 niños en el servicio de urgencias frente a 12.167 de 2008 (aumento 22%). De estos pacientes, cumplían criterios de caso sospechoso de gripe A en el 2009, un 59% más ($p < 0.001$) que en el 2008, con picos máximos en junio (aumento 69%) y octubre (121% más) respecto al año anterior ($p < 0.001$), sin existir diferencias estadísticamente significativas ni en las estancia media en urgencias ni en el porcentaje de ingresos. De los pacientes ingresados que cumplían criterios de gripe A, solo 37 fueron casos confirmados (28%). El diagnóstico de neumonía en los pacientes hospitalizados fue superior al año anterior así como la hospitalización en UCIP (2/37) frente a (1/52) ($p < 0.001$). Un paciente falleció en este periodo frente a ninguno en los periodos anteriores de gripe estacional.

CONCLUSIONES

Incremento de la carga asistencial en el servicio de urgencias pediátricas respecto año previo.

No aumento de la estancia media en urgencias ni de los ingresos realizados a pesar de la alarma y presión social.

Bajo porcentaje de los casos confirmados en los niños ingresados pero mayor morbilidad.



83 EPIDEMIA DE GRIPE A VS. EPIDEMIA VRS, ¿CUÁL HA SUPUESTO MAYOR CARGA EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA?

M. Juncos Clemente*, G. Ortega Evangelino, R. Escamilla Pinilla, J.C. Álvarez Pitti**, E. Montesinos Sanchis**, M.D. Ocete Monchón

*Pediatria. **Urgencias Pediatria. ***Microbiología. CHGUV. Valencia.

OBJETIVO

Comparar el impacto de la epidemia de Gripe A frente a la de VRS sobre la carga asistencial de una unidad de Urgencias Pediátricas (UP) hasta Enero de 2010.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo donde analizamos la carga asistencial en urgencias durante las semanas de mayor impacto de la epidemia de gripe A (Periodo Gripe A –pGA-: semanas 45–48 año 2009) frente a las de mayor frecuencia de casos clínicos de bronquiolitis hasta Enero 2010 (Periodo VRS –pVRS-: Semana 50 año 2009-semana 1 año 2010), según datos publicados por el observatorio de la afluencia a UP durante la epidemia de nueva gripe A, puesto en marcha por la SEUP. Se obtiene la información clínica del libro de procedimientos de enfermería de UP, donde constan los datos del paciente (P), pruebas solicitadas (PC) y tratamientos aplicados (TTO). El destino de los P, se obtiene del servicio de admisión. Hemos analizado el número total y coste de las muestras solicitadas de exudado nasofaríngeo para detección ARN Gripe A y de exudado nasal para VRS (Test rápido e Inmunofluorescencia-I). Comparamos el porcentaje de resultados positivos y número de ingresos en ambos grupos.

RESULTADOS

Cuando comparamos la presión asistencial en PU de ambos periodos, comprobamos que durante el pGA se atendieron un total de 2687 urgencias frente a 1747 en pVRS. Durante pGA se atiende un nº medio de 96 P/día y lo que supone 39.6 P/pediatra/día, significativamente superior ($p < 0.01$) que durante pVRS (60.2 P/día y 24.2 P/pediatra/día). En cambio, el nº de EC por paciente/día, es mayor en el pVRS (0.23 Vs 0.15) ($p < 0.05$). En este periodo se realizaron 133 determinaciones de Gripe A, siendo positivas 67 (50%) frente a 35 determinaciones rápidas de VRS y 16 I, con 19 positivas (54%). Las pruebas gripe A supusieron un coste de 2260 Euros frente a 917 Euros de las de VRS. También el nº de Tratamientos administrados por P fue mayor durante el pVRS (recibe ttmo un 17.5% en pVRS Vs un 7.4% en pGA) ($p < 0.01$). Durante el pGA, ingresaron 91 P (3.4% del total de atenciones), frente a 108 ingresos en pVRS (6.2%). Esto supone una media de ingresos/día de 3.2 durante pGA Vs 3.7 pVRS (ns).

CONCLUSIONES

La epidemia de gripe A ha supuesto un aumento importante del nº de atenciones en PU y de gasto en detecciones rápidas de Gripe A, pero no un gran aumento de la carga de trabajo (referido como ECs solicitadas, TTOs administrados e Ingresos), sobre todo si se compara con una epidemia que nos visita todos los años como es la de VRS. Tampoco la morbilidad ha sido mayor que la del VRS ya que el porcentaje de ingresos es el doble en esta última.



84 EPIDEMIOLOGÍA Y MANEJO DE LAS OTITIS MEDIAS EN URGENCIAS

P. Meléndez Laborda, G. Herraiz Gastesi, G. González García
Servicio de Pediatría. HCU Lozano Blesa. Zaragoza

OBJETIVOS

La otitis media aguda (OMA) es una patología frecuente en los servicios de urgencias. El diagnóstico es aparentemente sencillo pero se complica a medida que desciende la edad de los pacientes. Pretendemos estudiar la epidemiología, manifestaciones clínicas y tratamiento en los pacientes diagnosticados de OMA en nuestro servicio de urgencias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de los pacientes menores de 14 años diagnosticados de OMA en nuestro servicio de urgencias de Enero a Junio de 2009.

RESULTADOS

Se recogieron 388 episodios de un total de 9871 urgencias (3,93%). De éstos 203 fueron niños y 185 niñas. La edad media fue $2,918 \pm 2,594$ años. Los motivos de consulta por los que acudieron más frecuentemente fueron: otalgia (28,09%), fiebre (56,44%) e irritabilidad/nerviosismo (1,28%). La mayoría acudió en el turno de 15:00 a 22:00 horas (47,16%). El 11,18% tenían antecedentes de otitis medias agudas de repetición. En cuanto a la clínica un 42,01% tenían otalgia moderada-intensa, un 34,53% presentaba fiebre mayor de 39°C y el signo del trago fue positivo en el 12,11%. La otoscopia fue normal-hiperémica en el 47,16% y con criterios de otitis media en el 52,58%. Se realizaron pruebas complementarias en el 5,15%. En cuanto al tratamiento recibido: el 0,51% no recibió ninguno, analgésicos-antiinflamatorios (9,02%), amoxicilina 80 mg/kg/día (44,07%), amoxicilina 40 mg/kg/día (11,85%), amoxicilina-clavulánico (21,9%) y el 12,63% otro antibiótico diferente. Al 14,95% (n=183) se les pautó tratamiento tópico; de éstos el 77,58% tenían signos de OMA en la otoscopia. El 10,05% recibió de forma concomitante tratamiento antihistamínico y/o mucolíticos. Se ingresaron a 5 niños (1,29%). En los pacientes < 2 años (n=178) en comparación con los mayores de 2 años se aprecia que: consultan más por fiebre (70,78% vs 34,28%) aunque tengan fiebre >39° C en menos ocasiones (17,97% vs 32,85%), tienen menos otalgia (16,29% vs 63,80%) siendo la otoscopia en más ocasiones normal-hiperémica (55,05% vs 41,90%), vienen más en el turno de noche (33,14% vs 26,60%), se aprecia más uso de la amoxicilina (62,90% vs 50%) y menos de la amoxicilina clavulánico (15,73% vs 27,14%).

CONCLUSIONES

Los niños más pequeños presentan cuadros clínicos más inespecíficos que los niños >2 años y sus familiares los traen más en turno nocturno, posiblemente por la angustia familiar que se genera. El 90% de los pacientes se trató con antibiótico, sin ser necesario en muchos de los casos. Existe una buena adherencia al tratamiento con amoxicilina, aunque en muchas ocasiones se da a una dosis menor de la indicada. En los niños más mayores se pautó más amoxicilina clavulánico que en los pequeños. Es necesaria la revisión del protocolo existente en nuestro servicio para una mejor adecuación en el tratamiento.



85 ¿ES NECESARIA LA ANALÍTICA SANGUÍNEA EN EL ABORDAJE DE LAS NEUMONÍAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD?

E. Beltrán Arasa, J.A. Gil Sánchez, F. Yagüe Torcal, F. Ferrés Serrat, J. Figuerola Mulet
 Servicio de Pediatría. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca.

La evaluación clínica y radiológica son clásicamente los pilares básicos para el diagnóstico y abordaje terapéutico de la neumonía. Para clasificarlas según criterios CRA (Clínicos-Radiológicos-Analíticos) se tienen en cuenta también los parámetros analíticos.

OBJETIVOS

- 1- Clasificar las neumonías diagnosticadas en urgencias, según criterios CRA, en típicas (NT), atípicas (NA) y no clasificadas (NN).
- 2- Conocer el grado de concordancia entre la clínica y los hallazgos radiológicos.
- 3- Intentar establecer unos criterios prácticos y ortodoxos para racionalizar la realización de analítica sanguínea tras el diagnóstico de neumonía.

MATERIAL Y MÉTODO

- 1- Estudio prospectivo de los niños visitados en Urgencias de Pediatría con diagnóstico de neumonía entre el 1 Septiembre de 2009 y el 31 Enero de 2010.
- 2- Todos debían incluir los criterios de inclusión establecidos.

RESULTADOS

182 casos diagnosticados de neumonía de los que 113 cumplían los criterios de inclusión (60 niños, 53 niñas). Edad media: 4 años y 4 meses (rango 2 meses-14 años). Clasificación: NT (60), NA (13) y NN (40). Se objetivó imagen radiológica de consolidación en 47 pacientes con clínica sugestiva de NT: Sensibilidad=78%, Especificidad=77%, VPP=79% y VPN=76%. El 100% de los pacientes con todos los datos clínicos de NA presentaban en la radiografía infiltrado alveolo-intersticial. En lo referente a las NN, 28 de ellas (70%) presentaban un patrón alveolo-intersticial y 12 imágenes de consolidación. El 13.3% (2/15) de los pacientes con clínica y radiología sugestivos de NA presentaron analítica sanguínea con leucocitosis y neutrofilia (siendo etiquetados de NN).

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

- 1- Las NT representan el 53% de las neumonías diagnosticadas en urgencias.
- 2- La clínica y la radiología son útiles para clasificar el 79% de los que presentan NT sin necesidad de realización de analítica.
- 3- Si el paciente presenta hallazgos clínicos y/o radiológicos de NT, aunque no cumpla los 3 criterios CRA para clasificar la neumonía como NT, si su situación clínica lo permite no será necesario en la mayoría de los casos la realización de analítica sanguínea, puesto que el manejo terapéutico inicial será el mismo tanto si se trata de NT como de NN.
- 4- Si el paciente es mayor de 2 años y presenta hallazgos clínico-radiológicos de NA, para poderlo tratar con seguridad como NA es recomendable la realización de analítica sanguínea para poder clasificar adecuadamente la neumonía.



86 ESTUDIO CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD. EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA AL PROTOCOLO.

L. Escartín Madurga, E. Muñoz Jalle, D.M. Clavero Chueca, P. Murillo Arnal, G. González García.
Servicio de Pediatría. HCU Lozano Blesa. Zaragoza.

INTRODUCCIÓN

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es un motivo frecuente de consulta en Pediatría, estimándose una incidencia de 10- 40 casos/1.000 niños/año y 4 ingresos hospitalarios/1000 niños/año en nuestro medio.

OBJETIVOS

Analizar datos epidemiológicos, clínicos y actitud diagnóstico-terapéutica en nuestra serie. Evaluar la adhesión al protocolo en el servicio de Urgencias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de los pacientes menores de 14 años diagnosticados de NAC en el Servicio de Urgencias en el año 2009. Se recogieron 336 casos con una edad media de 3.34 ± 2.88 años. Su distribución por sexos fue de 55.35% varones y 44.64% mujeres. Se analizaron variables epidemiológicas, clínicas y actitud diagnóstico-terapéutica de las NAC, comparando la actitud en los 6 meses previos y posteriores a la presentación del protocolo (Junio 2009).

RESULTADOS

Las NAC representaron un 1.7% de las urgencias asistidas en nuestro servicio con una incidencia de 8/1000 niños/año en nuestra Área de Salud. El 44% de los casos acudieron en turno de mañana, siendo remitidos del Centro de Salud el 54.72%. Se observó mayor prevalencia (50%) en los meses de Noviembre a Febrero. Los menores de 5 años fueron el 86% de la serie. Los motivos de consulta fueron: fiebre (67%) con un tiempo de evolución media de 2.46 días, tos (18.75%) y dificultad respiratoria (6.8%). Se registró taquipnea en el 20% de los pacientes. Se apreció mejoría en la recogida de este dato tras la implantación del protocolo (82% vs 96,5%). En el 95% se realizó Rx de tórax. Las localizaciones más frecuentes fueron: LMD (27.08%) y LID (24.7%). Requirieron ingreso hospitalario 75 casos (22.32%), 3 de ellos en UCI. Hubo un éxito. En el primer semestre se estableció tratamiento en las NAC típicas con Amoxicilina: 29% y Amoxicilina-clavulánico: 57,8%. Tras la presentación del protocolo, en el segundo semestre se observó un aumento del uso de Amoxicilina como primera opción (48,8%) en NAC típicas. La NAC con sospecha de etiología atípica se trató con Macrólidos en el 49%, sin diferencias significativas entre periodos.

CONCLUSIONES

La NAC presenta una prevalencia mayor en niños menores de 5 años. La fiebre, la tos y la dificultad respiratoria son los motivos más frecuente de consulta, siendo la taquipnea un signo de alta especificidad en los procesos de vías bajas. La radiografía se realiza habitualmente, sin precisar otras pruebas diagnósticas. En la mayoría de los casos no se llega a un diagnóstico etiológico, lo que justifica establecer un tratamiento empírico. Ante la sospecha de etiología neumocócica la Amoxicilina es de primera elección, mientras que en las NAC clasificadas como atípicas se aconseja el uso de Macrólidos. La elaboración de protocolos de actuación permite mayor consenso en el manejo de estos pacientes y la racionalización en el uso de antibióticos.



87 ESTUDIO PROSPECTIVO DE LOS CASOS DE GRIPE A (H1N1) 2009 ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

M. Mora Sitjà*, N.T. Wörner*, E. Lera Carballo*, M. Sancosmed Ron*, T. Tórtola**, R. Cebrian Rubio*

*Servicio de Urgencias Pediátricas. **Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona.

OBJETIVO

Evaluar el impacto de la pandemia de gripe A (H1N1) en un hospital pediátrico de tercer nivel de Barcelona.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de los pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias entre julio y diciembre de 2009 con criterios de estudio del virus pandémico según el protocolo nacional establecido. Se realizó una entrevista telefónica de seguimiento de los pacientes. Se comparan los pacientes positivos y negativos con respecto a la gripe pandémica. Se analizan datos epidemiológicos y clínicos. El estudio microbiológico consistió en 2 multiplex one step retrotranscripción PCR a tiempo real.

RESULTADOS

Se estudiaron 1138 pacientes y fueron positivos 409 (36%). El número total de visitas a urgencias se incrementó, respecto al año 2008: 20% en octubre y 40% en noviembre, y también el número total de ingresos en noviembre. Del grupo de pacientes con gripe pandémica confirmada el 53,3% eran varones, la edad media fue de 7,3 años (rango: 5 días-19 años), el 82% pertenecía a algún grupo de riesgo, el 20% requirió hospitalización, el 81% recibió oseltamivir, 3 pacientes ingresaron en la UCI (0,7%), y falleció uno (0,2%). Hubo coinfecciones en el 11% (neumococo, *Bordetella pertussis*, VRS, VEB, *Mycoplasma pneumoniae* y *E. coli*). Comparando los pacientes del grupo con gripe con los que no la tuvieron, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el número de ingresos (20% vs 58%), las semanas del año de máxima incidencia (43-48 vs 38-51 semanas) y la edad media (7,3 vs 4,1 años). En el grupo de pacientes con gripe la comparación de los ingresados con los derivados a domicilio mostró diferencias significativas en la edad media (5,9 vs 7,6 años) y la presencia de neumonía (26% vs 16%). En la entrevista de seguimiento se constató cumplimiento y ausencia de efectos adversos graves del tratamiento, ambiente epidemiológico positivo en el 50% y clínica predominante de fiebre (94,7%) con tos (90,8%) y mucosidad (81,6%). La duración media de los síntomas fue 6,5 días (3,5 días tras el inicio del tratamiento).

CONCLUSIONES

A pesar de ser un hospital que atiende a una elevada población perteneciente a grupos de riesgo, que fue el 82% de los pacientes con gripe A (H1N1) positiva, se constató un bajo porcentaje de ingresos en la UCI y de mortalidad. Se evidenció un importante incremento del número de consultas a urgencias y de ingresos respecto a años previos.



88 ETIOLOGÍA DE LAS NEUMONÍAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD. ¿RECIBEN UN TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO ADECUADO?

E. Beltrán Arasa, J.A. Gil Sánchez, V. López Corominas, F. Ferrés Serrat, J. Figuerola Mulet
 Servicio de Pediatría. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca.

Generalmente desconocemos la etiología de la neumonía cuando iniciamos un tratamiento en urgencias. El tratamiento antimicrobiano suele ser empírico pero debe apoyarse en criterios objetivos, como la edad, tipo de neumonía, gravedad del caso y cobertura vacunal del paciente. Los test de diagnóstico rápido microbiológico también constituyen una ayuda relevante.

OBJETIVOS

- 1- Conocer la etiología y complicaciones de las neumonías adquiridas en la comunidad diagnosticadas en nuestro servicio de urgencias.
- 2- Relacionar el agente etiológico identificado con el tipo de neumonía que padece el paciente.
- 3- Valorar si el tratamiento antimicrobiano pautado ha sido el adecuado o no.

MATERIAL Y METODO

- 1- Estudio retrospectivo de los niños atendidos en urgencias con diagnóstico de neumonía desde el 1 de septiembre de 2009 al 31 de enero de 2010.
- 2- A todos se les realizó los pertinentes estudios microbiológicos.
- 3- Se valoró a posteriori si el tratamiento instaurado fue el más adecuado en base al agente etiológico esperable y a la gravedad, edad, tipo de neumonía (típica, atípica y no clasificada) y vacunas recibidas.

RESULTADOS

113 casos analizados. 10 pacientes presentaron derrame pleural, 1 neumonía necrotizante y 1 SDRA. Se identificó agente etiológico en 47 casos (41.5%): en 14 casos agente bacteriano (8 *S. pneumoniae*, 1 *S. aureus*, 3 *Chlamydia pneumoniae* y 2 *Mycoplasma pneumoniae*) y en 33 casos agente vírico (18 virus pandémico H1N1, 13 VRS, 1 Adenovirus y 1 Parainfluenza 3). De 21 neumonías típicas en las que se identificó agente etiológico, 12 se relacionaron con infecciones virales. El 91% de las neumonías típicas recibieron un tratamiento adecuado (betalactámico). 6 de los 13 pacientes mayores de 2 años, que cumplían todos los criterios CRA de neumonía atípica recibieron un tratamiento ambulatorio incorrecto (betalactámico en lugar de macrólido). 37 de los 40 casos de neumonía no clasificada recibieron un tratamiento adecuado: 26 betalactámico, 2 betalactámico más macrólido y 9 no recibieron tratamiento antibiótico al conocerse el diagnóstico etiológico (VRS/Influenza A H1N1); sólo 3 se trataron de forma incorrecta (sólo macrólido).

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

- 1- El agente etiológico más frecuente aislado en nuestro medio ha sido el virus pandémico H1N1, seguido del VRS. El neumococo es el patógeno bacteriano identificado con mayor frecuencia.
- 2- El 57% de los casos con criterios de neumonía típica se han relacionado con infección viral, posiblemente porque no se ha podido demostrar coinfección o sobreinfección bacteriana.
- 3- Conviene recordar que a partir de los 2 años, si se cumplen criterios clínicos, radiológicos y analíticos de neumonía atípica el tratamiento ambulatorio de elección es un macrólido. En caso de ingreso hospitalario es recomendable asociar un betalactámico.
- 4- Las neumonías no clasificadas como norma general deben recibir cobertura antibiótica con un betalactámico.



89 EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN NUESTRO SERVICIO DE URGENCIAS.

L. Gracia Torralba, A. Manero Oteiza, N. Martín Ruiz, R. Manso Ruiz de La Cuesta, M. Vara Callau, S. Beltrán García

Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

INTRODUCCIÓN

En nuestro hospital se está trabajando en un plan de mejora del servicio de urgencias pediátricas mediante la elaboración y actualizaciones periódicas de protocolos de actuación frente a las patologías más prevalentes que se atienden.

OBJETIVO

Analizar el grado de cumplimiento del protocolo de actuación ante neumonía adquirida en la comunidad, tras su actualización en noviembre de 2008, según la bibliografía disponible hasta ese momento.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron los informes de urgencias de 37 pacientes diagnosticados de neumonía, seleccionados al azar entre noviembre de 2006 y octubre de 2008 y se comparan con otros 37 informes de pacientes diagnosticados entre noviembre 2009 y enero de 2010. Los indicadores de calidad propuestos en la actualización del protocolo eran: 1. Constancia de la frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno; 2. Constancia de haber recibido la vacuna anti-neumocócica; 3. Tratamiento de primera elección y adecuación del ingreso.

RESULTADOS

La constancia de la frecuencia respiratoria ha mejorado significativamente, pasando de un 8% antes de la revisión del protocolo a un 47,2%. Así mismo, la constancia de la saturación de oxígeno figura en un 66,6% de los informes, frente al 16% previo a la revisión.

La constancia de la vacunación antineumocócica se introdujo como nuevo indicador de calidad, hallándose este dato en el 75,6% de los pacientes revisados, mientras que anteriormente sólo figuraba en el 38%. Recibieron tratamiento antibiótico, via oral, de primera elección (Amoxicilina o Amoxicilina-clavulánico) el 79% de los pacientes de la primera muestra analizada frente al 92% un año después. Todos los casos ingresados, en ambas ocasiones, cumplían alguno de los criterios de ingreso propuestos en el protocolo.

CONCLUSIONES

La elaboración de protocolos en el servicio de Urgencias, es muy eficaz tanto para la homogeneización del trabajo como para actuar de acuerdo a la evidencia más actual disponible. Al evaluar este protocolo en noviembre de 2008 se evidenció la necesidad de introducir medidas de mejora. Un año después los resultados son más satisfactorios, no obstante se consideran insuficientes respecto al estándar propuesto por lo que debemos continuar en esta línea de mejora para acrecentar la calidad asistencial.



90 EXANTEMA CUTÁNEO PRURIGINOSO ASOCIADO A COLESTASIS POR VIRUS DE EBSTEIN-BARR. A PROPÓSITO DE UN CASO.

M. Rivera Peña, A. Arbeloa Miranda, H. Lorenzo Garrido, N. García Pérez, M. Landa Garriz, J. Montero Gato

Urgencias Pediatría. Hospital de Basurto. Bilbao.

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS:

El prurito es un motivo de consulta frecuente en pediatría. En la mayoría de los casos, está asociado únicamente a patología dermatológica, pero no debemos olvidar la asociación de exantemas cutáneos pruriginosos con enfermedades sistémicas. Un ejemplo de ello es la presencia de prurito en los cuadros clínicos de colestasis. El depósito de los ácidos biliares a nivel cutáneo y el aumento de opioides endógenos se describen en la patogenia de este síntoma.

OBSERVACIONES CLÍNICAS:

Niño de 4 años que consulta en nuestro Servicio de Urgencias por exantema cutáneo de 5 semanas de evolución asociando prurito intenso que produce importante disconfort y alteraciones del sueño, con nula respuesta a varios ciclos con distintos antihistamínicos (dexclorfeniramina e hidroxicina). El paciente había sido diagnosticado 6 semanas antes de mononucleosis infecciosa tras consultar por cuadro de fiebre y orinas colúricas (GPT: 405 U/L; Bilirrubina total (BRT) 2,3 mg/dL; virus Epstein-Barr (VEB) aglutinación positiva, VEB VCA IgM positivo, VEB VCA IgG negativo). La coluria se ha mantenido asociando posteriormente hipocolia-acolia.

En la exploración física destaca una subictericia conjuntival, además de un exantema cutáneo papuloso de predominio en tronco con importantes lesiones de rascado. En las pruebas complementarias realizadas se objetiva BRT 3,2 mg/dL, GPT 87 U/L, resto de analítica sanguínea y ecografía abdominal normales. El paciente es remitido a Gastroenterología Infantil completándose el estudio de colestasis (GPT 117 U/L; GOT 87 U/L; BRT 1,32 mg/dL, con predominio de BR directa 0.65 mg/dL; Fosfatasa alcalina 511 U/L; Ácidos biliares 3,5 mg/dL; serologías virales de hepatitis A, B y C, citomegalovirus y VIH: negativas; IgG VEB positivo. Se inicia tratamiento con ácido ursodesoxicólico (10 mg/Kg/día en 2 dosis). Tras el tratamiento la evolución clínica es favorable, desapareciendo el prurito y el cuadro cutáneo, normalizándose posteriormente todos los parámetros analíticos.

COMENTARIOS

Ante todo exantema cutáneo pruriginoso, sobre todo sin respuesta a antihistamínicos, es importante determinar la causa.

La mononucleosis infecciosa es la manifestación clínica más frecuente de la infección aguda por VEB, cursando en la mayoría de los casos con una elevación leve y autolimitada de las transaminasas. Sin embargo, en un pequeño porcentaje de casos (5%), puede cursar como una hepatitis aguda colestásica que entre sus síntomas incluye prurito.



91 FIEBRE SIN FOCO EN NIÑOS MENORES DE UN MES. ACTITUD DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICA EN NUESTRO HOSPITAL.

J. Guarino Narvaez, A. Campos Martínez, J.L. Santos Pérez, R. Sánchez Tallón, A.B. Zayas García, F. Ruiz Salas

Urgencias de Pediatría. Hospital Virgen de Las Nieves. Granada.

OBJETIVOS

Describir la actuación médica en los niños menores de un mes que acuden con fiebre sin foco a nuestro Hospital.

METODOLOGÍA

Estudio transversal. Población de estudio: niños menores de un mes que acuden a nuestra unidad de urgencias durante el año 2009. Variables de estudio: edad en días, sexo, días de estancia, temperatura máxima al ingreso, tiempo de evolución de la fiebre, leucocitos, recuento de neutrófilos, PCR, PCT, antibioterapia y diagnóstico final. El análisis se hizo mediante el test de comparación de medias.

RESULTADOS

El número total de pacientes fue de 38, 20 niñas y 18 niños (52,6% y 47,4% respectivamente). La media de edad fue $14,9 \pm 8,8$ días y la mediana de la temperatura al ingreso 38°C , con un tiempo medio de evolución de $8,9 \pm 13,4$ horas. Se instauró tratamiento antibiótico en 13 casos (34%). Se realizó hemograma y PCR en 30 (78,9%) y PCT en 17 (44,17%), hemocultivo en 30 (78,9%), sedimento de orina y urocultivo en 28 (73,6%), Rx de tórax en 5 (13,2%) y antígenos virales en lavado nasofaríngeo en 16 (42%). La punción lumbar se llevó a cabo en 7 casos (18,4%), siendo positiva en 3 casos (2 meningitis virales y 1 meningitis meningocócica). Las IBPG diagnosticadas fueron 3 (7,8%), de ellas 1 meningitis bacteriana y 2 infecciones urinarias. La existencia de IBPG se relacionó con la PCR ($0,95 \pm 1,26$ vs $3,26 \pm 2,81$; $p < 0,05$) y PCT ($0,52 \pm 0,89$ vs $5,97 \pm 1,2$ $p < 0,001$). El uso de antibióticos se relacionó con la existencia de PCR elevada en la analítica inicial ($0,75 \pm 0,66$ vs $1,8 \pm 1,88$; $p < 0,05$) y con una mayor duración de la estancia ($9,9 \pm 2,3$ vs $7,0 \pm 4,66$; $p = 0,01$). En todos los casos en que no se realizó tratamiento antibiótico, la evolución fue favorable y los diagnósticos más frecuentes correspondieron a infecciones virales (16 casos, 42%).

DISCUSIÓN

A pesar de no existir un seguimiento estricto de las recomendaciones de las guías de práctica clínica en cuanto a la realización de pruebas complementarias y antibioterapia empírica, la evolución final en todos los casos fue favorable. Destaca la realización de punción lumbar en un número reducido de pacientes. La determinación de antígenos virales permite el diagnóstico de viriasis respiratorias y reducir el uso innecesario de antibióticos. Los reactantes de fase aguda son importantes para seleccionar los pacientes de riesgo de IBPG e instaurar tratamiento antibiótico. A pesar del reducido número de la muestra, nuestros datos sugieren que el uso seleccionado de antibióticos permite reducir la estancia de los niños en este grupo de edad.



92 GRIPE A H1N1 ¿ERA PARA TANTO?

B. Fernández Rodríguez, O. Ordoñez Sáez, M. Marín Ferrer, C. Abad Casas, B. García Pimentel
Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Doce de Octubre. Madrid.

OBJETIVOS

Conocer las características y manejo de los pacientes con infección por influenza A H1N1 atendidos en la urgencia de un hospital terciario que precisaron ingreso.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo a partir de los informes clínicos de los pacientes ingresados con infección por nueva gripe.

RESULTADOS

Entre Junio y Noviembre de 2009, de un total de 29.078 pacientes atendidos en Urgencias Pediátricas, 1358 (4,7%) se diagnosticaron de sospecha de Gripe nueva. De ellos 74 (5,4%) pacientes ingresaron, 32 (43,2%) de los cuales eran menores de 2 años. En el mismo periodo de 2008 se atendieron un 8,8% menos de urgencias y se ingresaron un 9% más de pacientes. Después del 30 de Noviembre, ningún paciente con gripe ha ingresado. Los síntomas fueron fiebre (79,7%), tos (67,6%), rinorrea (39,2%), con menor frecuencia dificultad respiratoria, hiporexia, cefalea y crisis convulsiva; y sólo un 4,1%, tuvieron vómitos y diarrea. Todos presentaron un resultado positivo para alguno de los test empleados para la detección del virus de nueva gripe. Se realizó radiografía de tórax en un 60,8%, siendo esta normal en un 22%. La alteración más frecuente fue consolidación pulmonar/atelectasia (24,3%). De los 74 pacientes ingresados, 39 (52%) presentaban alguna patología previa significativa. El motivo de ingreso más frecuente fue bronquiolitis/crisis asmática (25,8%) y neumonía (18,9%). La estancia media hospitalaria fue de 7,3 días. Directamente o desde planta, 17 (23%) pacientes ingresaron en UCIP siendo las causas más frecuente deterioro respiratorio (47%) y estatus convulsivo (29,4%). La evolución fue favorable en todos, salvo un fallecimiento en un paciente de 4 años con Encefalopatía y problemas respiratorios.

CONCLUSIONES

La gripe nueva ha implicado un aumento de la carga asistencial en nuestra urgencia, sin haberse producido un aumento paralelo en el porcentaje de ingresos durante el período estudiado. La clínica de la nueva gripe es similar a la de la gripe estacional. Más de la mitad de los ingresados tenía patología previa de riesgo. La evolución en general ha sido favorable, aunque un 23% de los pacientes ha requerido ingreso en UCIP. Se ha producido una anticipación estacional de esta nueva variante de virus influenza A, frente al patrón invernal de la gripe estacional.



93 GRIPE A PANDÉMICA. LO QUE FINALMENTE HA SIDO. ¿HICIMOS LO CORRECTO?, ¿HA VALIDO LA PENA?

C. Ferrer Esteban, C. Pérez Velasco, M. Mambié Meléndez, F. Yagüe Torcal, V. López Corominas, J. Reina Prieto

*Servicio de Pediatría. **Servicio de Microbiología. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca.

La pandemia de Gripe A se inició en nuestro entorno en Julio de 2009. Dada la incertidumbre sobre su comportamiento, provocó alarma social y preocupación entre los profesionales sanitarios. Se activaron múltiples protocolos de actuación.

OBJETIVOS

- 1- Conocer la evolución de la presión asistencial en urgencias durante la epidemia.
- 2- Describir el perfil clínico, complicaciones y manejo de los casos ingresados con diagnóstico final confirmado de gripe A H1N1 pandémica.

MATERIAL Y METODOS

- 1) Estudio descriptivo observacional retrospectivo.
- 2) Revisión y comparación de los datos de presión asistencial durante 2008 y 2009.
- 3) Revisión de las historias clínicas de los niños que fueron ingresados y diagnosticados de gripe A pandémica, mediante confirmación microbiológica, del 1 de julio al 31 de diciembre de 2009.

RESULTADOS

De julio a diciembre de 2009 hubo un aumento de presión asistencial del 15.2% comparado con el mismo período de 2008. En noviembre ocurrió el pico máximo de afluencia (21.4%). Ingresaron 52 pacientes, 59.6% hombres y 40.4% mujeres. Edad media 5 años y 6 meses (rango 15 días-15 años). Estancia media: 4.5 días. 22 casos (42.3%) cumplían criterios de gripe complicada, de ellos 12 (54.5%) con factores de riesgo (4 de tipo respiratorio, 2 oncohematológicos, 1 neurológico, 1 cardiológico y 4 con patologías múltiples). Las principales complicaciones fueron respiratorias: 30.8% neumonía presumiblemente vírica y 25% neumonía presumiblemente bacteriana. Los 25 restantes (48.1%) no tenían criterios de gripe complicada; 13 de ellos (el 52%) tenían factores de riesgo (6 de tipo oncohematológico, 2 respiratorios, 2 nefrológicos, 1 hepático, 1 neurológico y 1 patologías múltiples); el resto ingresaron por otros motivos (angustia familiar, rechazo del alimento, etc.). 4 casos (7.7%) precisaron ingreso en UCIP; todos tenían factores de riesgo: 1 neurológico, 1 asmático, 1 hepático y uno afecto de leucemia diagnosticada simultáneamente con la gripe, el cual falleció. Del total de niños ingresados 9 (17.3%) recibieron sólo oseltamivir, 3 (5.7%) sólo antibiótico, 28 (53.8%) ambos y un 23% ninguno. Los que no tomaron antiviral el 50% fue por edad inferior a un año y el otro 50% por ausencia de clínica severa y/o evolución del proceso superior a 72 horas. Todos los niños, excluyendo el exitus, curaron sin secuelas.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

- 1) Finalmente la nueva gripe A no fue tan temible.
- 2) Generó el previsible aumento de visitas en urgencias con mucho menor impacto en el número de ingresos.
- 3) La gran mayoría de casos evolucionaron favorablemente, incluso en ausencia de tratamiento antiviral. 4) Aunque nuestra práctica clínica fue variando en función de las nuevas informaciones, nos ha quedado la percepción de que actuamos correctamente.
- 4) El aumento brusco de la presión asistencial puso en evidencia los puntos más débiles de nuestros dispositivos asistenciales y nos ha servido para poner en marcha acciones de mejora.



94 GRIPE A: ¿QUE SABEN LOS FAMILIARES DE NUESTROS PACIENTES?

N. Rodríguez Calcines, M.R. García Luzardo, B. Santana Salguero, S. Todorcevic, S. Serrano Perdomo.
Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias.

OBJETIVOS

Conocer el grado de información que tienen los familiares de nuestros pacientes acerca de la gripe A H1N1.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se entregó un cuestionario con 22 preguntas cerradas entre 1/11/09-1/01/10 a los familiares de pacientes que acudían al Servicio de Urgencias con cuadro gripal.

RESULTADOS

El número total de encuestados fue de 69 familiares, con edad media de 34 años y el nivel de estudios distribuido de la siguiente manera: básicos 26%, medios 45%, superiores 28%. La mayoría de respondedores fueron progenitores (85%). En el 90% de los casos, la información había sido obtenida de más de una fuente, siendo la principal la televisión (94%), seguida de la prensa (60%) y familiares/amigos (57%). Sólo un 25% de los encuestados había recibido información por personal sanitario. Un 64% piensa que la alarma social creada en torno a esta gripe está justificada. La mayoría de los pacientes no había sido vacunados frente a la gripe estacional (72%), alegando las siguientes razones: miedo a los efectos secundarios (26%), poca confianza en su eficacia (24%), la infección a evitar es poco problemática (20%), su pediatra no lo recomienda (18%). De éstos, sin embargo, un 16% sí serían vacunados contra la gripe A, mientras que de los que sí habían recibido la vacuna contra la gripe estacional (28%), un 47% recibirían también la nueva vacuna. De los encuestados, el 36% cree que la gripe A es más contagiosa y menos grave que la estacional, un 83% piensa que ante la sospecha de gripe A deben acudir inmediatamente al Servicio de Urgencias (el 94% opina que debe ser a nivel hospitalario), un 32% que todos los niños con sospecha de gripe A deben ser hospitalizados, un 76% que es necesario realizar pruebas especiales para confirmar el diagnóstico ante la sospecha de gripe A y un 50% que los contactos de enfermos deben ser estudiados y recibir tratamiento para prevenir el desarrollo de la infección. El 90% conoce las medidas higiénicas útiles para disminuir el riesgo de contagio. El 37% cree que los niños con síntomas gripales deben estar asilados 20 días para no contagiar a los demás. En cuanto el tratamiento con antigripales, el 75% piensa que los pacientes con riesgo de desarrollar complicaciones deben recibirlo, pero un 33% opina que no debería reservarse sólo para ellos. El 87% reconoce el asma o la diabetes como factores de riesgo de complicaciones, y un 58% también la edad menor de 2 años. Por último, casi un 60% cree que la neumonía es la principal complicación de la gripe.

CONCLUSIONES

El nivel de conocimiento de los encuestados es insuficiente. La principal fuente de información fueron los medios de comunicación. La gran demanda de asistencia urgente observada durante los últimos meses podría explicarse por la inexacta información que maneja la población.



95 GRIPE A: ALARMA EXCESIVA O NECESARIA

M.R. Quintana Prada, L. Fleites Pérez

Urgencias de Pediatría. Hospital Infantil Las Palmas.

INTRODUCCIÓN

La gripe A ha acaparado el interés de toda la clase médica, extensible al resto de la sociedad. La declaración de la OMS de pandemia llevó consigo plantear protocolos y pautas de actuación en todos los servicios implicados en dicha patología.

OBJETIVOS

Conocer el alcance de la morbilidad y mortalidad de la gripe A pandémica en nuestro medio. Describir factores relacionados con la evolución de la pandemia.

MÉTODOS

Estudio prospectivo, epidemiológico observacional descriptivo. Se incluyeron los pacientes ingresados en el hospital de referencia con diagnóstico de gripe A nH1N1 complicada confirmado por microbiología, mediante la determinación de la RT/PCR H1N1, mediante el período de junio a diciembre de 2009.

RESULTADOS

Durante el año 2009 fueron declarados como gripe en la edad pediátrica 8454 casos aproximadamente. Precisarón ingreso hospitalario 43 pacientes, de los cuales 30 (69,7%) presentaron complicaciones, siendo la neumonía la más frecuente en el 37.2%. Entre los factores de riesgo los más frecuentes fueron las enfermedades respiratorias. El mes de noviembre presentó el mayor número de casos, correspondiéndose con la ola pandémica nacional, ingresando 24 pacientes (55,8%) de los cuales 17 se complicaron (39,5%) dos necesitaron estancia en una Unidad de Cuidados Intensivos y un niño con antecedentes de leucemia linfoblástica aguda falleció, lo que representa el 0,01% del total.

COMENTARIOS

El alcance y gravedad de este nuevo virus es un suceso bien documentado desde el punto de vista científico, a pesar de la preparación del sistema sanitario lamentamos pérdidas. Esto nos enseñó a protegernos, a adoptar medidas de control y vigilancia epidemiológica, a educar a nuestra población y personal, a conocer nuestros fallos. No fue una falsa alarma, minimizar la muerte y los episodios de enfermedades graves reportados por este virus aunque sea de una persona es importante.



96 GRIPE NUEVA (H1N1): APLICACIÓN DEL PROTOCOLO DE SALUD Y EXPERIENCIA PROPIA

I. Grange Sobe*, M.E. May Llanas*, A. Pizà Oliveras*, A. Vinaixa Vergés*, J. Margarit Mallol*, J. Pérez Jové**

*Servicio Pediatría. Hosp. Univ. Mutua Terrassa. **Responsable Microbiología. CATLAB.

INTRODUCCIÓN

La gripe A era esperada como la gran epidemia de este invierno, sin embargo la gravedad que ésta ha tenido sobre la población pediátrica en nuestro medio ha sido baja. Presentamos una revisión de las sospechas y casos confirmados atendidos en nuestro hospital y de las medidas que se tomaron de acuerdo con el plan de actuación del departamento de salud de la Generalitat de Catalunya.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado una comparación del número de visitas totales y número de ingresos durante los meses de octubre y noviembre de 2008 y 2009, así como una estimación del número de sospechas de gripe nueva atendidas en dicho período. De los casos confirmados por PCR a tiempo real se han recogido datos epidemiológicos, manifestaciones clínicas, pruebas complementarias realizadas y evolución.

RESULTADOS

La gripe A supuso durante los meses de epidemia un aumento de las visitas en urgencias del 23.5% en octubre y el 30.2% en noviembre. Las sospechas de gripe nueva representaron el 31% del total de visitas llegando de forma puntual hasta el 69.6%. Durante este período no hubo un incremento de los ingresos hospitalarios. Respecto a los pacientes con confirmación microbiológica (n=52) fiebre tos y rinorrea aparecen como las principales manifestaciones. En más de la mitad de los casos no fue necesaria la realización de pruebas complementarias. Sólo un 15% precisó ingreso. Y en un 100%, incluyendo ingresados y no ingresados, la evolución fue favorable. Destaca también el hecho de que la presencia de patología de base no supuso un riesgo añadido en la muestra observada.

CONCLUSIONES

El brote de gripe nueva supuso un aumento considerable del número de las visitas en urgencias pediátricas, pero no de los ingresos. Nuestro trabajo destaca la buena evolución y la escasa necesidad de recursos que precisaron los afectados. Por lo tanto, ante un nuevo brote de esta enfermedad lo más útil sería acondicionar espacios y aumentar personal para agilizar la asistencia.



97 ¿HAY QUE HACER PRUEBAS COMPLEMENTARIAS EN NIÑOS 3-36 MESES QUE ACUDEN A URGENCIAS POR FIEBRE SIN FOCO?

G. Sierra Colomina, R.M. Calderón Checa, E. Montañés Delmas, J. Cruz Rojo, M. Marín Ferrer, P. Avedillo Jiménez

Hospital Doce de Octubre. Madrid.

OBJETIVOS

Describir de la casuística y evolución de los niños entre 3 y 36 meses que consultaron por fiebre sin foco en una unidad de urgencias de un hospital terciario.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se recogieron datos de los niños entre 3-36 meses que consultaron por fiebre sin foco desde junio a diciembre del 2009. El protocolo seguido en los casos de fiebre sin foco en este rango de edad, correctamente vacunados y con buen estado general, incluye únicamente la realización de un sedimento urinario (con o sin urocultivo). Para la recogida de datos se han revisado los informes clínicos de la urgencia y los informes de alta en los que precisaron ingreso.

RESULTADOS

De junio a diciembre del 2009 acudieron 464 niños entre 3-36 meses con fiebre sin foco. Un 51,1% fueron niños y 48,9% niñas. La media de edad fue de 13 meses (DE = 8 meses). En el 74,6% se realizó análisis de orina. En el 28,9% urocultivo. En aquellos que presentaron alteraciones en el análisis de orina y/o afectación de estado general se realizó analítica sanguínea y hemocultivo (18,5%; 7% hemocultivos positivos; n=6). Los diagnósticos finales obtenidos fueron fiebre sin foco (83%), infección del tracto urinario (ITU) (9,5%), 2 casos de sepsis (0,4%) y procesos víricos (6,9%). Ingresaron un 8% de los pacientes (n= 31) y 2 requirieron ingreso en la unidad de cuidados intensivos. Los motivos de ingreso más frecuentes fueron ITU (54,8%), fiebre sin foco (22,6%), sepsis (6,5%) y otros (12,9%). El 82,8% de los niños estuvo ingresado un tiempo menor o igual a 5 días. En el 93,5% de los niños ingresados se administró tratamiento antibiótico y en el 8,7% de los no ingresados (con diagnóstico de sospecha de ITU). En los diagnosticados de ITU (n=44), la edad media fue de 13 meses (DE = 9 meses), el 72,7% son niños y el 27,3% niñas. Los gérmenes más frecuentemente aislados en el urocultivo fueron *E. coli* (68,2%), *Proteus* (15,9%), *Klebsiella* (9,1%). Una de las infecciones del tracto urinario cursó con bacteriemia. Ingresaron un 38,6% (n=17) de estas infecciones.

CONCLUSIONES

1. En nuestra serie, la mayoría de los casos de fiebre sin foco corresponden a infecciones banales que no requirieron tratamiento antibiótico ni ingreso hospitalario.
2. De los casos que lo requirieron, el mayor porcentaje fue por infecciones del tracto urinario.
3. Los pacientes con diagnóstico final de sepsis se presentaron con afectación del estado general.
4. Nuestros datos apoyan la realización aislada de un sedimento urinario en los casos de niños entre 3 y 36 meses correctamente vacunados y con buen estado general.



98 HEMATOMA DEL TABIQUE NASAL ABSCESIFICADO.

E. Codina Sampera, F. Ballesteros Alonso, S. Piñol Romero, M. Fernández Mateo, A. Martínez Mejías, J. Quilis Esquerra.

Servicio de Urgencias de Pediatría, Hospital de Terrassa, Terrassa.

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS

Los traumatismos nasales son muy frecuentes en pediatría pero raramente causan un hematoma del tabique nasal. Su detección precoz es fundamental dadas las serias complicaciones que puede conllevar un retraso en su diagnóstico y tratamiento.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Niño de 5 años que acude a urgencias por un cuadro de 6 días de evolución de mucosidad acuosa, sin tos, edema perinasal y fiebre (máximo de 40°C). Había consultado en tres ocasiones en otros centros dónde se había diagnosticado de cuadro de vías altas. Refería una caída en bicicleta con contusión facial, coincidiendo con el inicio del cuadro. En la última visita se realizó una radiografía de huesos propios nasales que fue normal. 24 horas después de esta visita, consultaron en nuestro centro por aumento de la fiebre y la clínica referida anteriormente. En la rinoscopia destacaba un importante edema de pirámide nasal y cornetes que provocaba la obstrucción de la vía aérea, olor fétido y lesiones costrosas perinasales y peribucales. Se practicó una analítica dónde destacaba una leucocitosis con desviación a la izquierda y una elevación de reactantes de fase aguda. Se orientó el cuadro como un hematoma septal probablemente abscesificado. Se procedió a drenaje quirúrgico urgente bajo anestesia general obteniéndose abundante material purulento con fuerte hedor anaeróbico. Se pautó tratamiento antibiótico con amoxicilina-clavulánico durante 14 días con buena evolución posterior y pronóstico incierto en referencia a la morfología del trípode nasal.

COMENTARIOS

El hematoma del tabique nasal es infrecuente en pediatría. Su principal etiología son los traumatismos nasales, aunque puede ser secundario a cirugía nasal, sinusitis, abscesos dentales, furúnculos nasales o espontáneos. Es fundamental una buena inspección nasal para su diagnóstico. Un dolor intenso, con edema e inflamación de la mucosa con formación de exsudado, fiebre y leucocitosis sugiere su abscesificación, pudiéndose establecer en sólo 3 días. Sus complicaciones además de la abscesificación y las lesiones por continuidad (meningitis, abscesos intracraneales, celulitis orbitarias y trombosis de los senos cavernosos) pueden ser la necrosis del cartílago con la consecuente nariz "en silla de montar", la obstrucción nasal por tejido cicatrizante y la desviación del tabique. El tratamiento es el drenaje quirúrgico urgente junto con tratamiento antibiótico.

En conclusión, ante todo traumatismo facial es imprescindible realizar una correcta inspección nasal y dar normas de reconsulta con el fin de evitar las mencionadas complicaciones que derivan de la formación de un hematoma del tabique nasal.



99 IMPACTO DE LA EPIDEMIA DE GRIPE A EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA.

R. Escamilla, M. Juncos, G Ortega, J. Álvarez, E Montesinos, J. Elorza.

Servicio de Urgencias. Hospital General Universitario Valencia.

OBJETIVOS

Los datos epidemiológicos en población general mostraron que la mayor incidencia de gripe se produjo en el mes de noviembre del 2009. El total de casos confirmados en Octubre (Oct) fue de 237.255, en Noviembre (Nov) 476.461 y Diciembre (Dic) 259.228. Esto se tradujo en una enorme carga asistencial en los servicios de urgencia de pediatría. Nuestro objetivo es determinar el impacto de esta epidemia en la asistencia de nuestro servicio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo, en el que se recoge por día en un libro de registro: número de pacientes atendidos y procedimientos diagnósticos y terapéuticos por paciente. Para valorar el impacto de la epidemia analizamos el número total de asistencias, las pruebas complementarias (PC) solicitadas, los tratamientos (TTO) prescritos y los ingresos realizados, comparando los resultados obtenidos durante el mes de Nov, con el mes anterior y posterior.

RESULTADOS

El análisis de las asistencias en urgencias de pediatría refleja una mayor presión asistencial durante el mes de Nov, 2924 asistencias, media de 93.7 asistencias/día, y 40.5 asistencias/pediatra/día, en comparación con los meses de Oct (2028 totales, media 61.22/día y 25.9/pediatra/día) y Dic (2043 totales, media 63.7/día y 26.3/pediatra/día), siendo esta diferencia estadísticamente significativa (DS). En cuanto a la solicitud de PC, en Oct la media fue de 11.6 PC/día y 0.2 PC/paciente/día, en Nov 14.1 PC/día y 0.15 PC/paciente/día, y en Dic de 11 PC/día y 0.18 PC/paciente/día (no DS). El test de gripe A se solicitó en 34 casos en Oct, 133 en Nov y 75 en Dic con un 29%, 50% y 9% de positivos respectivamente. En la prescripción global de TTO/paciente/día en urgencias no encontramos DS entre los tres meses. El porcentaje de ingresos en Oct fue del 4.1%, en Nov del 3.2% y del 5.1% en Dic (no DS).

CONCLUSIONES

El aumento de la carga asistencial durante el periodo de máxima incidencia de gripe A en nuestras urgencias se tradujo en un mayor número de asistencias. Sin embargo esta presión no supuso un aumento del empleo de recursos por paciente asistido, en cuanto a solicitud de pruebas complementarias, tratamientos empleados o ingresos realizados.



100 IMPACTO DE LA PANDEMIA INFLUENZA A (H1N1) EN UN HOSPITAL DE II NIVEL

P. Martín-Fernández Tornos, M. Cañellas Fuster, C. Vidal, M. Del Vecchio, X. Domingo Miro, A. Nevot Flor.
Pediatría. Son Llatzer. Palma de Mallorca.

INTRODUCCIÓN

La gripe porcina, descrita por primera vez en 1918, resurgió en abril de 2009. Al contrario que en pandemias previas los niños y adultos jóvenes han sido población más afectada.

OBJETIVOS

Conocer el impacto de la gripe A (H1N1) y disponer de una información que nos permita obtener cifras ajustadas a la realidad evitando interpretaciones subjetivas y erróneas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo y retrospectivo de los ingresos registrados en un hospital de II nivel entre octubre 2009-enero 2010. Los datos se recogieron de las historias clínicas de los pacientes ingresados. Se realizó PCR a H1N1 únicamente a pacientes que precisaron ingreso.

RESULTADOS

Se registraron 192 ingresos por patología respiratoria, 62,3% de los ingresos totales (308). Tan solo el 5,7% (11) fueron debidos a Gripe H1N1. La media de estancia hospitalaria fue 5,4 días (rango 1-12), rango de edad 1-10 años y no hubo diferencias significativas con respecto al sexo. Solo en 5 de los casos (45,4%) se registraron factores de riesgo para padecer enfermedad grave por H1N1: 3 asma persistente moderada, 1 Aciduria glutarica tipo II, 1 Síndrome de Leigh. 5 precisaron oxigenoterapia (rango FiO_2 : 1-0,22) que coincidieron con los pacientes con patología de base salvo 1. En 8 de los casos (72,7%) se pautó antibioterapia por sospecha de sobreinfección respiratoria. La totalidad de los casos recibieron tratamiento con Tamiflu desde su ingreso sin espera de resultado confirmatorio de la PCR. Tan solo uno de los pacientes preciso ingreso en UCI y ventilación mecánica. La tasa de mortalidad fue de 0,03 (1 exitus). La causa de muerte fue parada cardiorrespiratoria secundaria a insuficiencia respiratoria aguda debido a una neumonía bilateral mixta con hemorragia intraalveolar en paciente con S. Leigh el 2º día de ingreso durante el traslado al hospital de referencia.

CONCLUSIONES

El pico epidémico registrado no ha tenido impacto en el global de ingresos hospitalarios. Dado que no es factible el uso generalizado de las pruebas de PCR en el curso de una pandemia, no disponemos de la verdadera incidencia de la Gripe H1N1 en nuestro medio. La gripe pandémica se ha comportando en la mayoría de los casos como una enfermedad leve.



101 IMPACTO DE LOS HEMOCULTIVOS POSITIVOS EN LA MODIFICACIÓN DE LA PAUTA TERAPÉUTICA.

J. Rodríguez Fanjul*, S. Hernández Bou*, V. Trenchs Sainz de La Maza*, A. Valls Lafon**, J.J. García García*, C. Luaces Cubells*.

*Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. **Laboratorio de Urgencias. Hospital Universitari Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat.

OBJETIVOS

La utilidad de los hemocultivos (HC) en Urgencias en el proceso diagnóstico-terapéutico del paciente febril ha sido cuestionada en los últimos años. Los objetivos del estudio son conocer la rentabilidad de los HC en nuestro Servicio de Urgencias (SUP), analizar la influencia de la positividad del HC en el manejo posterior de estos niños y valorar si éste varía en relación al diagnóstico.

MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con HC positivos realizados en el SUP entre enero de 2008 y septiembre de 2009. Se excluyeron los HC positivos interpretados como contaminantes por el Servicio de Microbiología. Se consideró cambio en el manejo terapéutico el inicio o cambio de tratamiento antibiótico y/o el ingreso hospitalario en los niños remitidos inicialmente a domicilio. El diagnóstico inicial se divide en fiebres sin foco (FSF) y específico (ej. Mastoiditis)

RESULTADOS

Se realizaron un total de 6819 HC. En 312 (4,5%) se observó crecimiento bacteriano: 245 (78,5%) fueron contaminantes y 67 (21,5%) verdaderos positivos, con una tasa de contaminación del 3,6% y una rentabilidad diagnóstica del HC del 0,98%. Los 67 episodios de HC verdaderos positivos correspondían a 65 pacientes, con una mediana de edad de 18,6 meses (p25-75: 3,9-59,3 meses). Veinte (30,8%) tenían patología de base. Referían fiebre en el domicilio 64 (95,5%) niños con una mediana de evolución de 24 horas (P25-75:8,5-72horas) y una temperatura máxima media de 39° C (DE: 0,8°C). En el SUP se constató fiebre en 43 casos (64,2%) con una temperatura máxima media de 38,5° C (DE: 0,6°C). La neumonía, la bacteriemia oculta, y la infección de orina fueron, en este orden, las principales entidades asociadas a un HC positivo. Los microorganismos más frecuentes fueron *S. pneumoniae* (32,8%) y *E. coli* (19,4%). Previo al resultado del HC se pautó antibiótico empírico a 59 (88,1%) niños y se ingresó a 58 (86,8%). El antibiótico empírico fue adecuado al antibiograma en 55 (93,2%) casos. El HC positivo condicionó un cambio en el manejo terapéutico en 22 (34,3%) episodios; este porcentaje fue del 71,4% en los niños con diagnóstico inicial de FSF vs un 16,3% en los niños con un diagnóstico inicial específico ($p < 0.001$). Se inició tratamiento antibiótico a los 8 pacientes que no lo recibían, se cambió el antibiótico a 14 e ingresaron 6 de los 9 niños remitidos inicialmente a domicilio.

COMENTARIOS

La rentabilidad de los HC en nuestro SUP fue baja. La positividad del HC condicionó un cambio en el manejo en un número significativo de los pacientes con FSF pero en una baja proporción de los niños con un diagnóstico inicial específico, por lo que su indicación en estos últimos casos debería individualizarse.



102 **IMPACTO, FACTORES DE RIESGO Y PATRÓN RADIOLÓGICO DE LA GRIPE A EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA.**

L. Supersaxco, E. Castellarnau Figueras, O. Calavia Garsaball, A. Soriano Arandes, P. Gómez González, X. Batlle Caravaca

Hospital Joan XXIII. Tarragona.

OBJETIVOS

1. Evaluar los pacientes con infección respiratoria compatible con gripe A (H1/N1) atendidos en UP a los que se ha realizado PCR y/o instaurado tratamiento con oseltamivir según protocolo elaborado en nuestro Servicio de Pediatría.
2. Describir las variables epidemiológicas encontrada. 3. Conocer el patrón radiológico más frecuente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de los pacientes atendidos en UP con infección respiratoria compatible con gripe A en el período epidémico comprendido entre julio 2009 y enero 2010. Se analizan las siguientes variables: epidemiológicas (sexo, edad, mes de presentación), clínicas (antecedentes patológicos, sintomatología), tratamiento (sintomático, oseltamivir, antibiótico), ingresos, necesidad de soporte ventilatorio, y evolución.

RESULTADOS

Durante 7 meses se han recogido 235 pacientes, 44 de ellos con PCR para gripe A (H1/N1) positiva. Distribución por sexos igualitaria y con edades comprendidas entre los 18 días y los 14 años. La mayoría de casos positivos se han producido durante el mes de noviembre. El asma bronquial es el factor de riesgo más frecuente, destacando una gestante de 14 años. La sintomatología más frecuente es el síndrome gripal, presentando 17 de ellos condensación neumónica. Sólo 3 de ellos han requerido ingreso en UCIP y ventilación mecánica, falleciendo un paciente afecto de parálisis cerebral infantil.

CONCLUSIONES

El mayor impacto de la gripe A se ha producido durante el mes de noviembre, afectando por igual a ambos sexos, y sobretodo a niños mayores. En la mayoría de casos la sintomatología ha sido leve-moderada y la evolución satisfactoria. No se ha encontrado ningún patrón radiológico concreto asociado.



103 **IMPLANTACIÓN DE LA PROCALCITONINA COMO MARCADOR DE INFECCIÓN EN NUESTRO SERVICIO DE URGENCIAS.**

A. Manero Oteiza, L. Gracia Torralba, A. Campos Bernal, L. Monge Galindo, N. Martín Ruiz, R. Pérez Delgado

Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

En nuestro hospital comenzamos a disponer del análisis cuantitativo de la procalcitonina de forma sistemática en urgencias en septiembre de 2009. Se revisa nuestra experiencia en los 4 primeros meses de utilización de este parámetro. Consideramos de interés la revisión de casos ya que existía la impresión de que la toma de decisiones se basaba más en los valores de PCR, con la que tenemos más experiencia, que en los de PCT.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha revisado el registro de urgencias de septiembre a diciembre de 2009, seleccionando aleatoriamente 301 pacientes a los que se habían extraído analíticas; de ellos se había solicitado conjuntamente procalcitonina (PCT) y proteína C reactiva (PCR) a 101. Se agrupan los valores de PCT en 3 rangos: PCT <0.5 ng/ml (infección bacteriana poco probable), PCT >2 ng/ml (sepsis probable) y PCT 0,5-2 ng/ml (riesgo moderado de evolución a sepsis). Se analiza la edad, el motivo de consulta, el diagnóstico y las horas de evolución de fiebre. Se evalúa: tasa de antibioterapia, ingreso hospitalario según valores de PCT, y relación de valores significativos de PCR (>7 mg/dl) con rangos de PCT. Asimismo se relacionan los diagnósticos con los valores de PCT.

RESULTADOS

La determinación de PCT se solicitó en síndromes febriles, la mayoría de más de 48 horas de evolución. Aproximadamente un tercio de los pacientes se diagnosticó de infección respiratoria aguda siendo la PCT <0.5 ng/ml en el 80% de los casos. En el grupo de las neumonías, se encuentran los valores de PCT más elevados (10 casos con PCT >2 ng/ml), aunque también hay 11 casos con PCT <0.5 ng/ml. En pacientes con síndrome febril sin foco se hallan 9 casos con PCT <0.5 ng/ml, y sólo un caso >2 ng/ml. En el 75% de pacientes con PCT <0.5 ng/ml no se inició antibioterapia frente al 100% de pacientes con PCT >2 ng/ml en los que sí. Ingresó el 52.3% de casos con PCT <0.5 ng/ml, y el 91% de casos con PCT >2 ng/ml. No se ha encontrado ningún valor de PCT >2 ng/ml en pacientes con menos de 12 horas de fiebre y PCR significativa. En 40.7% de casos de PCR significativa la PCT es negativa (<0.5 ng/ml).

CONCLUSIONES

Se ha objetivado que ante cifras elevadas de PCT se procede al ingreso y/o antibioterapia. Se ha establecido una línea de mejora en la comunicación con el servicio de Bioquímica ante resultados de PCT que no se corresponden con la clínica ni la evolución del paciente.



104 INFECCIÓN MUSCULAR DE LA CINTURA PÉLVICA EN EL NIÑO: UN CUADRO GRAVE DE DIAGNÓSTICO DIFÍCIL.

C. Mir Perelló*, M. Mambié Meléndez*, C. Ojeda-Thiez**, F. Ferrés Serrat*

*Servicio de Pediatría. **Servicio de Ortopedia y Traumatología Infantil. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca.

INTRODUCCIÓN

Numerosas patologías osteoarticulares pueden presentar la coxalgia como síntoma guía asociada a diferente grado de alteración de la marcha. Las infecciones musculares constituyen entidades poco frecuentes que pueden debutar con esta sintomatología.

MATERIAL Y MÉTODO

Revisión de las historias clínicas de 3 casos de infecciones musculares primarias de la cintura pélvica diagnosticados en urgencias en los últimos 2 años.

CASOS CLÍNICOS

Corresponden a 3 varones previamente sanos (edad: 6, 12 y 12 años) que consultaron por un cuadro de coxalgia (izquierda en los 3) e impotencia funcional para la marcha y la bipedestación acompañado de fiebre elevada y afectación del estado general. Presentaban varios días de evolución (6, 6 y 8 días) y habían sido orientados inicialmente en otro centro de sinovitis de cadera (1), artritis séptica de cadera (1) y sacroileítis (1). Todos ellos recibieron tratamiento antiinflamatorio y ninguno antibioterapia previa. En uno de los pacientes la exploración física reveló aspecto séptico, ictericia y hepatomegalia. En todos los casos se objetivó posición antiálgica de la extremidad, asociada a limitación de la rotación interna de la cadera en dos de ellos y a limitación a la flexión activa de la cadera en uno. Se añadía dolor a la palpación muscular, a nivel glúteo (2) o del tendón del psoas (2). Dos pacientes referían además dolor abdominal y lumbar con puñopercusión renal positiva. En todos los casos la analítica objetivó leucocitosis con neutrofilia, elevación de la PCR (11.5, 11.7, 44.6 mg/dl), VSG aumentada (31, 64, 69 mm 1ª hora) y coagulopatía (TP = 56, 62, 65%) y en un caso alteración de la función hepática. Tanto la radiología simple como la ecografía de la cadera dolorosa fueron normales, siendo la tomografía axial abdomino-pélvica la prueba de imagen diagnóstica (absceso del psoasíaco, 1; piomiositis del obturador interno, 1; absceso multifocal de los rotadores de la cadera, 1). Se aisló *Staphylococcus aureus* (2) y *Staphylococcus coagulasa negativo* (1). Todos los pacientes requirieron ingreso hospitalario con antibioterapia endovenosa (uno de ellos precisó 3 días en UCI-P). Un paciente precisó desbridamiento quirúrgico y otro aspiración guiada por ecografía. La evolución fue favorable en todos los casos con recuperación de la marcha en 15-20 días.

DISCUSIÓN

- 1- La infección bacteriana muscular es una patología potencialmente grave que debe incluirse en el diagnóstico diferencial del niño con coxalgia, impotencia funcional y fiebre.
- 2- Es necesario un elevado índice de sospecha para el diagnóstico precoz de esta entidad que debe ir ligado a la instauración empírica precoz de antibioterapia antiestafilocócica. Ésta mejora el pronóstico y puede evitar el drenaje quirúrgico, necesario en los casos de diagnóstico tardío.
- 3- La técnica de imagen más útil desde urgencias es el TC abdomino-pélvico con contraste, siendo la RMN la exploración complementaria de elección si existe disponibilidad.



105 INFECCION OSTEOARTICULAR EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA: DEBEMOS SUBIR LA GUARDIA.

N. Rius Gordillo*, R. García Puig*, C. Molera Bussoms*, L. Gómez García**, A. Matamala Pérez***, J. Margarit Malloí*

*Servicio Pediatría. **Servicio Medicina Interna. ***Servicio Traumatología. Hospital Universitario Mutuaterrassa

INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de infección osteoarticular puede ser difícil inicialmente, sobretodo en pacientes con escasa sintomatología. Es importante para disminuir complicaciones la sospecha diagnóstica precoz en Urgencias de Pediatría y por tanto el inicio de tratamiento inmediato.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo, de enero 2008 a diciembre 2009, mediante revisión de historias clínicas de todos los pacientes diagnosticados de infección osteoarticular en urgencias de pediatría.

RESULTADOS

Duante el periodo revisado se diagnosticaron 7 pacientes con infección osteoarticular, 6 osteomielitis (3 en fémur, 1 en tibia, 1 sacroileitis y 1 espondilodiscitis) y 1 artritis séptica (rodilla).

Edad de 11 meses a 13 años, 4 niños y 3 niñas. Clínica inicial 100% con dolor e impotencia funcional y 66% con fiebre. La mayoría habían consultado previamente a algún médico (4 de 7). Exploraciones complementarias: mínima leucocitosis con PCR y VSG elevadas (85% y 71% respectivamente); Rx simple patológica 2 de 4; ecografía al ingreso normales 3 de 3; gammagrafía ósea sugestiva de infección osteoarticular en 6 de 7 casos; RM patológica en todos (6 de 6, en artritis séptica no realizada). Se realizan un mínimo 3 hemocultivos previo al tratamiento en 5 de 7 casos y en 2 casos 1 sólo hemocultivo, positivos 2 de 7; cultivo de material purulento positivo en 3 de 3. Se realizó tratamiento según pauta estándar.

CONCLUSIONES

La sospecha diagnóstica debe ser alta en pacientes con dolor e impotencia funcional, sobretodo con síndrome febril asociado. Como en datos publicados, la Rx simple y la ecografía nos ayudan a descartar otras entidades y la presencia de líquido. Confirmamos la mayor rentabilidad diagnóstica de RM frente a gammagrafía ósea siendo la exploración de elección. El 100% de cultivos de material purulento fueron positivos, mostrando gran utilidad para el diagnóstico etiológico. Enfatizamos la recogida seriada de hemocultivos (mínimo 3) y la punción de líquido articular o material purulento previo al inicio de antibioterapia. Presentamos el protocolo de actuación ante la sospecha diagnóstica de infección osteoarticular.



106 INFECCIÓN POR GRIPE H1N1:USO RACIONAL DE ANTIVIRALES EN URGENCIAS.

M. García González, R. Fernández Montes, S. Lareu Vidal, S. Suárez Saavedra, M. Arroyo Hernández, J. Rodríguez Suárez.

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

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Desde que se declaró la situación de pandemia por el virus *Influenza A H1N1*, un alto porcentaje de los casos se concentraron en la edad pediátrica. El tratamiento antiviral no está recomendado de forma sistemática. El objetivo es analizar las características de los pacientes con sospecha de gripe H1N1 a los que se prescribieron fármacos antivirales en el Servicio de Urgencias Pediátricas (SUP) de nuestro hospital.

MÉTODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo, revisando los niños con sospecha de gripe H1N1 atendidos en el SUP y que recibieron tratamiento antiviral entre Julio y Diciembre de 2009.

RESULTADOS

Fueron atendidos 701 niños con sospecha de gripe A H1N1 esto es, un 3,9% de las urgencias registradas. Se recogieron 287 (41%) exudados nasofaríngeos, confirmándose el diagnóstico en 118 (41,5%). El fármaco antiviral empleado fue el oseltamivir, pautado en 30 niños (4,2%), con un rango de edad de 2 a 16 años (mediana: 6,84 años). En todos los tratados se realizó exudado faríngeo, confirmándose el diagnóstico en el 80%. La mitad de los casos tenían una sintomatología leve, mientras que el resto asociaba broncoespasmo (16,7%), bronconeumonía presumiblemente viral (30%) o bacteriana (13,3%). El 33% precisó ingreso hospitalario. La terapia se inició de forma *empírica* en el 60%. La mayoría de éstos (83%) pertenecía a un grupo de riesgo de complicaciones, siendo asma lo más frecuente (40%), seguido de nefropatías (13%), cardiopatías (10%) y fibrosis quística (10%). En un 33% se retiró el oseltamivir tras conocer el resultado microbiológico negativo. Por el contrario, una vez obtenida la confirmación diagnóstica, se contactó telefónicamente con los pacientes en los que se había adoptado una actitud inicial expectante, prescribiéndose oseltamivir en ese momento. En los 5 pacientes tratados sin patología de riesgo, la decisión de tratar se basó en la mayor gravedad de la sintomatología. La mayoría (70%) consultaba en las primeras 24 horas, por lo que en éstos el tratamiento pudo ser instaurado en las primeras 48 horas de enfermedad. La evolución fue favorable en todos. La duración media de los síntomas entre los que recibieron el tratamiento precozmente fue de 88 horas mientras que en los que se retrasó más de 48 horas fue de 137 horas ($p=0,017$). El oseltamivir fue bien tolerado por todos.

COMENTARIOS

En nuestro SUP sólo un 4,2% de niños con sospecha de gripe recibieron terapia antiviral, prescribiéndose a aquellos con factores de riesgo de complicaciones o con formas más graves, y hasta en un 40% se decidió esperar a obtener confirmación microbiológica. El tratamiento resultó más eficaz si se iniciaba en las primeras 48 horas.



107 INFECCIONES BACTERIANAS INVASIVAS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA EN LA ERA DE LA VACUNACIÓN CONJUGADA NEUMOCÓCICA HEPTAVALENTE.

M. Alcalde Rastrilla*, M. Herrero Goñi*, J.L. Hernández Almaraz**, J. Benito Fernández*, B. Gómez Cortés*, S. Mintegi Raso*.

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

OBJETIVOS

Describir las características de los pacientes diagnosticados en Urgencias de Pediatría de infección bacteriana invasiva (IBI) tras la introducción de la vacunación conjugada neumocócica.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo de los niños menores de 14 años diagnosticados de una IBI mediante cultivo bacteriano y/o reacción en cadena de polimerasa (PCR) para *N. meningitidis* y *S. pneumoniae* en sangre o líquido cefalorraquídeo (LCR) en un Servicio de Urgencias Pediátrico de un hospital terciario entre el 1-01-2008 y el 31-12-2009.

RESULTADOS

Durante las fechas de estudio se registraron 123.396 episodios en Urgencias de Pediatría, practicándose hemocultivo a 3.392 pacientes (2,75%) y cultivo de LCR a 391 (0,32%). En total, 59 pacientes fueron diagnosticados de IBI (22; 37,2% en menores de 1 año). De ellos, 32 (54,2%) llevaban menos de 12 horas de evolución del proceso y 38 (64,4%) presentaba un triángulo de evaluación pediátrica normal a su llegada a Urgencias. Los diagnósticos más habituales fueron: sepsis con/sin meningitis 23 (38,9%), bacteriemia 14 (23,7%), neumonía 8 (13,5%), meningitis sin sepsis 6 (10,1%). Los gérmenes más frecuentemente aislados fueron: *S. pneumoniae* 23 (38,9%) y *N. meningitidis* 18 (30,5%).

Se aislaron gérmenes en sangre, bien en hemocultivo o por PCR, en 57 pacientes, siendo los más frecuentes el *S. pneumoniae* (21, uno de ellos sólo por PCR y dos por ambos métodos) y la *N. meningitidis* (18, cuatro de ellos sólo por PCR y 6 por ambos métodos).

Se aislaron gérmenes en LCR, bien en cultivo o por PCR, en 8 casos: 5 *S. pneumoniae* (dos sólo por PCR y tres por ambos métodos), 2 *N. meningitidis* y 1 *Streptococcus agalactiae*. En todos estos pacientes salvo en 2 *S. pneumoniae* se aisló la misma bacteria en sangre.

El 75% mostraba una proteína C reactiva >20 mg/l, el 57,8% alteraciones en el recuento leucocitario, el 57,9% más de 10.000 neutrófilos/mm³ y el 86,1% una procalcitonina >0.5 mg/ml (la procalcitonina se obtuvo en 36 pacientes). Dos pacientes no mostraron alteración de estos parámetros: una niña de 36 meses con una infección del suelo de la boca y bacteriemia por *Streptococcus pyogenes* y un varón inmunodeprimido de 16 meses con bacteriemia por *Pseudomonas aeruginosa*.

Ninguno de los pacientes falleció.

CONCLUSIONES

En la era de la vacunación conjugada neumocócica heptavalente, el neumococo es el principal causante de enfermedad invasiva bacteriana en la infancia. Las técnicas de reacción en cadena de la polimerasa son útiles para identificar gérmenes no detectados por los cultivos bacterianos. No existe un parámetro analítico único que permita identificar a todos los niños con IBI.



108 INFLUENCIA DEL VIRUS H1N1 EN EL DESARROLLO DE DERRAME PLEURAL PARANEUMÓNICO (DPP).

I. Baena Olomí, V. Aldecoa Bilbao, F.J. Travería Casaova, O. Asensio de La Cruz, V. Pineda Solas, A.M. de los Ríos Pérez.

*Servicio de Pediatría. **Servicio de Neumología. Corporació Parc Taulí, Sabadell.

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

En la edad pediátrica se ha descrito hasta un 30% de coinfección virus-bacteria en pacientes con neumonía adquirida en la comunidad, siendo el virus de la gripe responsable de hasta el 60% de esta coinfección. Entre el 0,6-2% de la neumonías en la infancia se complican con DPP. Nuestro objetivo es analizar la influencia del virus H1N1 en el desarrollo de DPP durante la epidemia 2009-2010 y analizar las diferencias entre DPP H1N1 positivo y H1N1 negativo durante el año 2009.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional retrospectivo caso-control, en el que se incluyeron los pacientes diagnosticados de DPP que ingresaron en nuestro centro durante 2009, definiendo caso: DPP H1N1 positivo y control: DPP H1N1 negativo. Se realizó un análisis estadístico de variables epidemiológicas, clínicas, de laboratorio y evolución. Asimismo comparamos la incidencia de DPP durante la onda epidémica 2009-2010 con la de las seis últimas temporadas (seleccionando aquellos casos ingresados durante la onda epidémica estacional registrada por el sistema de vigilancia de la gripe en España de las temporadas 2003-2004 a 2009-2010).

RESULTADOS

Se incluyeron 19 pacientes con DPP, 9 casos (edad \bar{x} 6,67 \pm 4,84; 44% varones) y 11 controles (edad \bar{x} 3,8 \pm 4,15; 60% varones). Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en cuanto a la presencia de leucocitosis y distrés respiratorio en el momento de ingreso en urgencias; a la presencia de DPP complicado, pero no de empiema; a la necesidad de ingreso en UCIP y desarrollo de complicaciones; y, a los días de estancia media. No se encontraron diferencias significativas en la necesidad de oxigenoterapia y ventilación mecánica. Tampoco se encontraron diferencias en cuanto a edad, sexo, cobertura vacunal con vacuna antineumocócica heptavalente, tener alguna enfermedad de base, horas de evolución de la fiebre, haber recibido antibiótico previo, PCR al ingreso ni al aislamiento del germen implicado en el DPP. Al comparar la incidencia de DPP durante la onda epidémica 2009-2010 (70%) con la incidencia acumulada de las seis últimas temporadas (40%) se encontraron diferencias significativas ($p 0,02$).

CONCLUSIONES

Asumiendo las limitaciones de este estudio, H1N1 parece haber influido en un aumento de la incidencia de DPP, concentrándose el 70% de los casos de 2009-2010 durante la onda epidémica (9 semanas) siendo el 53% positivos para H1N1. Los DPP en pacientes H1N1 positivo se presentaron en urgencias con distrés respiratorio y evolucionaron a DPP complicado; presentando mayor número de complicaciones (precisando ingreso en UCIP) y mayor estancia media hospitalaria.



109 INGRESO HOSPITALARIO CON ANTIBIÓTICO: ESTUDIO MULTICÉNTRICO.

C. Borràs Novell, Grupo de Trabajo de Enfermedades Infecciosas de la SEUP.

Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Hospital Universitari Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La patología infecciosa constituye el principal motivo de demanda asistencial en los Servicios de Urgencias y es una causa frecuente de ingreso hospitalario, siendo los antibióticos uno de los grupos farmacológicos más prescritos en estos pacientes. Nuestros objetivos son: 1) Conocer la prevalencia y las patologías atendidas en Urgencias que son motivo de ingreso con tratamiento antibiótico, 2) Conocer los métodos microbiológicos empleados en estos pacientes y 3) Analizar las características del tratamiento antibiótico indicado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo multicéntrico de 7 meses de duración realizado en 22 hospitales españoles. Se incluyeron los pacientes <18 años atendidos en Urgencias el día 14 de cada mes entre junio y diciembre del 2009 a los que se indicó ingreso hospitalario con tratamiento antibiótico. Se definió como ingreso hospitalario una estancia hospitalaria superior a 24 horas y/o la tramitación de ingreso administrativo desde Urgencias.

RESULTADOS

En los días elegidos para el estudio consultaron en Urgencias 17745 pacientes, de los que ingresaron 790 (4,5%) y fueron tratados con antibiótico 213 (27%). No existieron diferencias significativas según el mes analizado. La mediana de edad fue de 2,1 años (p25-75: 7,4 meses-4,9 años) y 117 (54,9%) eran de sexo masculino. Cuatro (1,9%) niños referían alergia a antibióticos. Sesenta y seis pacientes (31%) habían recibido antibiótico previo al ingreso. A 166 (78%) niños se les realizó alguna exploración complementaria para llegar al diagnóstico. El hemocultivo (157 casos; 73,7%), el urocultivo (66 casos; 31%) y la PCR para virus respiratorios (38 casos; 17,8%) fueron las pruebas microbiológicas más solicitadas. Los principales diagnósticos al ingreso fueron neumonía (69 casos; 32,4%), infección de orina (33 casos; 15,5%) y síndrome febril sin foco (28 casos; 13,1%). Se pautaron 23 antibióticos distintos; los más prescritos fueron cefotaxima (72 casos; 33,8%), amoxicilina-clavulánico (55; 25,8%) y ampicilina (25 casos; 11,7%). Recibieron un único antimicrobiano 171 niños (80,3%) y en 13 casos (6,1%) se pautó el tratamiento por vía oral. A 58 (84,1%) de los 69 pacientes con neumonía se les prescribió tratamiento con cefotaxima (24 casos), ampicilina (18 casos) o amoxicilina-clavulánico (16 casos).

COMENTARIOS

Se prescribe antibiótico a uno de cada tres pacientes que precisa ingreso hospitalario. La neumonía es la etiología más frecuente, siendo responsable de un tercio de los casos. El hemocultivo es el examen microbiológico más solicitado. La mayoría de las prescripciones corresponden a un número reducido de antibióticos betalactámicos.



110 LA GRIPE PANDÉMICA A (H1N1 2009). COMPARANDO ADULTOS Y NIÑOS.

A. Martínez Mejías*, S. Yevenes Ruiz*, E. Espejo Arenas**, M.C. Nicolás Hererías***, E. Calbo Sebastián**, J. Pérez Jové****

*Servicio Pediatría, **Servicio Medicina Interna. ***Epidemiología. Hospital Universitario Mutua de Terrassa.

****Microbiología, CATLAB.

La gripe A (H1N1) hizo su aparición en Abril 2009 y tras su paso por los países del hemisferio sur y una primera oleada en nuestro país en el último trimestre, hemos podido constatar que su comportamiento clínico es similar a la gripe anual estacional, no es significativamente más grave y su letalidad no difiere de otros años. Parece haber más sujetos susceptibles, a expensas de niños, adultos jóvenes y pacientes con otros factores de riesgo (gestación u obesidad). La "nueva gripe" ha generado un aumento de consultas urgentes en centros de salud y hospitales. Un segundo pico es esperable en el primer trimestre 2010.

OBJETIVO

Analizar la situación de la gripe A (H1N1 2009) en un área de unos 400.000 habitantes (75.000 menores de 16 años) atendida por dos hospitales de nivel 2, con urgencias y hospitalización independientes para pediatría y adultos, que disponen de UCI general. Se realizan 250.000 urgencias anuales, de ellas 55.000 pediátricas. Se compara el comportamiento según edades y su repercusión en los servicios de urgencias y hospitalización, para extraer enseñanzas de futuro.

METODOLOGÍA

Desde urgencias se realiza PCR para virus de la gripe A (H1N1) a los pacientes con sospecha de gripe, por clínica compatible y presencia de factores de riesgo, que precisan ingreso hospitalario o en UCI por criterios clínicos (aspecto séptico, neumonía, hipoxemia, alteración neurológica, deshidratación). Hasta noviembre se practicó PCR a casos con sospecha de gripe y convivientes con personas de riesgo (gestantes o inmunodeprimidos) para realizar quimioprofilaxis. Los casos se codifican como sospecha de gripe o síndrome gripal si existe alta sospecha diagnóstica y como gripe confirmada si la PCR es positiva.

RESULTADOS

Durante el año 2009 se han realizado 1.357 determinaciones de PCR para gripe, siendo 578 positivas (42,5%), 142 pacientes en pacientes pediátricos y 436 en adultos. Desde septiembre a diciembre del 2009, se han atendido 90.000 urgencias (25000 <16 años). De ellas, hay 2.448 sospechas de gripe, 1.295 (52,9%) en menores de 16 años y 1.153 (47,1%) en mayores. En 1.292 casos se solicitó PCR, confirmándose 557 (43,5%) de las cuales 136 (24,5%) corresponden a menores de 16 años y 421 (73,5%) a adultos. Se han ingresado 149 pacientes con sospecha de gripe, 39 (26%) menores de 16 años y 110 (74%) adultos. De ellos se confirmaron 105 casos (70,5%) 26 pediátricos y 79 adultos. La correlación entre sospecha y confirmación de gripe en ingresos es de un 67% en niños y 73% en adultos. La ocupación en UCI con H1N1 ha sido 2-3 pacientes/mes. Noviembre ha sido el mes de mayor incidencia.

CONCLUSIONES

Respecto a otros años, la nueva gripe ha incrementado las visitas en urgencias pediátricas, no así en adultos, ni la hospitalización salvo en las UCI. La confirmación ha sido menor en pediatría. La correlación entre sospecha y confirmación para los ingresos ha sido en todas las edades muy alta. La ampliación de espacios y personal en servicios de urgencias, sobre todo pediátricas, debería ser un objetivo de futuro, así como de las UCIs generales, no debiendo afectar significativamente a la hospitalización.



111 LA PRUEBA DE DETECCIÓN RÁPIDA DE INFLUENZA EN URGENCIAS: ¿AYUDA REALMENTE?

M. Gamba Arzoz*, L. Alonso Canal*, M.J. Martín Díaz**, M. de La Torre Espí**, J.C. Molina Cabañero**, G. Domínguez Ortega**

*Servicio de Pediatría, ** Servicio de Urgencias de Pediatría. HU Niño Jesús. Madrid.

OBJETIVOS

La gripe es una infección respiratoria que consume una importante cantidad de recursos sanitarios. Los niños menores de 5 años o con enfermedades crónicas tienen mayor riesgo de complicaciones. Las pruebas de detección rápida de antígenos virales se consideran la herramienta más útil para el diagnóstico de gripe en la práctica clínica. En los últimos años se ha extendido su uso en los servicios de urgencias pediátricos. Nuestro objetivo es estudiar su utilidad en nuestro servicio de urgencias durante la temporada epidémica 2008-2009, así como la morbilidad de la infección.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han revisado de forma retrospectiva las historias de todos los pacientes con un resultado positivo en la prueba de detección rápida de influenza (Quick Vue®, detección de antígenos por inmunocromatografía) en el servicio de urgencias entre la semana 50 de 2008 y la 8 de 2009. Se han registrado datos de filiación, clínicos, analíticos y evolutivos. El análisis estadístico se ha realizado con la versión 15.0 del programa SPSS.

RESULTADOS

Se han encontrado 295 pacientes con un resultado positivo en la prueba de detección rápida de influenza: 224 (75,9%) influenza A, 68 (23,1%) influenza B, 3 (1%) influenza A + B. La edad media es de 3,4 años (mediana 2,4 años). El motivo de consulta fue: síntomas respiratorios con fiebre 262 casos (88,8%), fiebre 16 casos (5,4%), síntomas respiratorios sin fiebre 13 casos (4,4%), otros síntomas 4 casos (1,3%). En 182 pacientes (61,7%) fue la única prueba que se solicitó en urgencias. Se realizaron otras pruebas complementarias en 113 niños (38,3%): 55 radiografías de tórax, 47 análisis de sangre, 41 análisis de orina y 14 pruebas de detección rápida de estreptococo grupo A. Se pautó antibiótico en 20 pacientes, todos ellos con datos de sobreinfección bacteriana: 11 con imagen de neumonía en la radiografía de tórax, 2 por sepsis clínica sin confirmación bacteriológica, 2 menores de 2 años con otitis y 5 amigdalitis estreptocócicas. Hubo 24 ingresos en sala y 1 en la unidad de cuidados intensivos, todos ellos menores de 5 años de edad (mediana 10 meses de edad). No se produjo ninguna muerte. En nuestra serie, 22 niños tenían menos de 3 meses de edad: 21 fueron diagnosticados de gripe y se les indicó tratamiento sintomático; sólo ingresaron 3 de ellos.

CONCLUSIONES

Durante la epidemia de gripe, la utilización de la prueba de detección rápida de influenza puede reducir la solicitud de pruebas complementarias y la prescripción de tratamiento antibiótico en los niños que consultan en urgencias por fiebre, con o sin síntomas respiratorios.



112 MANEJO DE LA BRONQUIOLITIS AGUDA TRAS IMPLANTACIÓN DE PROTOCOLO ESPECÍFICO DE TRATAMIENTO

A. Vinaixa Vergés, N. Cortés Álvarez, R. Cilveti Portillo, I. Grange Sobe, N. Rius Gordillo, R. García Puig
 Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Mutua Terrassa.

INTRODUCCIÓN

La bronquiolitis es una enfermedad respiratoria potencialmente grave en la que aún no existe tratamiento consensuado. Estudios recientes muestran que el uso de suero salino hipertónico nebulizado al 3% (SSH 3%) es eficaz en la reducción de los días de ingreso hospitalario.

OBJETIVOS

- 1.- Analizar los casos de bronquiolitis con criterios de ingreso desde el servicio de urgencias en las últimas dos temporadas.
- 2.- Comparar la evolución en ambos grupos tras la implantación, en Septiembre 09, de un nuevo protocolo de tratamiento.
- 3.- Valorar el grado de seguimiento del protocolo después de su difusión a nuestra Área de referencia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se recogen los casos de bronquiolitis ingresados en el periodo Octubre 08-Enero 09 (grupo A) y Octubre 09-Enero 10 (grupo B). Criterios de ingreso: lactantes de riesgo, bronquiolitis moderada-grave, SatHb<92%, FR>60rpm, apneas o problemática social. Tratamiento: (Grupo A): broncodilatadores nebulizados (NBZ) diluidos en suero fisiológico. (B): bronquiolitis leves: SSH3% y/o medidas de soporte. Moderada-grave: adrenalina NBZ con SSH3% (<6 meses) o salbutamol (>6 meses, predominio de sibilancias) en SSH 3%. Se mantienen si mejoran ≥ 2 puntos el score de gravedad (HSJD). Se analizan en ambos grupos las variables: edad, sexo, score ingreso, Ag VRS, antecedentes, tipo de lactancia, tratamiento recibido, días de oxigenoterapia (O₂), días de ingreso y presencia de sobreinfección bacteriana. Se realiza análisis estadístico mediante Chi-cuadrado o T-student según el tipo de variable.

RESULTADO

Total 81 lactantes. Grupo A: 37, edad media 4 m., grupo B: 44, edad media 2 m. ($p=0,012$). Score de gravedad (A): leve: 13, moderado: 22, grave:2; (B): leve: 22, moderado: 18, grave: 4, sin diferencias significativas ($p=0,9$). Asimismo tampoco se encuentran a nivel de: antecedentes ($p=0,76$), lactancia ($p=0,49$), sexo ($p=0,33$), presencia de VRS ($p=0,95$) o sobreinfección bacteriana ($p=0,083$). En cuanto al tratamiento: (A): salbutamol: 32, adrenalina: 2, corticoides orales: 11; (B): salbutamol + SSH3%: 16, adrenalina + SSH 3%: 23, corticoides orales: 3, SSH3% solo: 5. No hay diferencias en la duración media de la hospitalización: A: 5,43 días B: 6,69 ($p: 0,07$). Si se diferencian en los días de O₂: A: 3,08 y B: 4,84 ($p: 0,013$).

CONCLUSIONES:

- 1.- Tras la implantación del tratamiento con SSH3% no se objetiva reducción en estancia media ni días de O₂. Esto puede ser debido a la edad media es significativamente menor en los pacientes del segundo grupo.
- 2.- El uso de corticoides orales ha disminuido drásticamente con un aumento significativo en el uso de la adrenalina nebulizada con SSH 3%. Se ha conseguido buen seguimiento del protocolo implantado al inicio de la temporada.
- 3.- Es recomendable la realización de forma periódica de sesiones conjuntas con los pediatras del Área de referencia para mejorar el manejo de las diversas patologías.



113 MANEJO DE LAS NEUMONÍAS EN UN HOSPITAL COMARCAL. NUESTRA EXPERIENCIA.

A. Varona García, M.C. Muñoz Yribarren, C. Torres González de Aguilar, M.J. Martínez Roda, M.C. Jover Pereira, I. Nieto Gámiz
Hospital San Juan de Dios del Aljarafe.

OBJETIVOS

Tras experiencia negativa en el 2007-2008 con aumento del número de neumonías complicadas con derrames, quisimos conocer datos clínicos de las neumonías ingresadas en Observación de pediatría (OP) y establecer áreas de mejoras en el manejo, tiempo de estancia y tratamiento, así como de las revisiones posteriores en consulta y los traslados realizados.

CARACTERÍSTICAS DEL ESTUDIO

Estudio descriptivo de las historias clínicas de niños ingresados en OBS-P durante el 2009 con los diagnósticos al alta de neumonía/bronconeumonías. Se analizaron 64 historias clínicas (54 neumonías, 10 bronconeumonías), recabando datos sobre edad, síntomas, motivos de ingreso, analítica, tiempo de estancia, tratamiento y motivos de traslados a Hospital de Referencia.

RESULTADOS

Ingresaron 64 pacientes durante 2009 en OP con diagnóstico de neumonía. Las neumonías que precisan ingreso hospitalario en nuestro estudio suponen un 19% del total de las diagnosticadas en Urgencias. La edad media de los niños ingresados fue de 2,8 años. Los síntomas más frecuentes han sido fiebre >39° C (97%), vómitos (69%), dolor abdominal (61%), tos (47%) dificultad respiratoria (46%) y dolor costal (26%).

Motivos de ingreso: Fiebre de mal control antitérmico, afectación del estado general, vómitos con mala tolerancia oral a tratamiento, dificultad respiratoria con SatO₂ <95%

La estancia media fue de 59 h.

Analíticas se realizan al 100% de los ingresos con leucocitosis (69%), neutrofilia en el 83% (menor porcentaje en bronconeumonías y neumonías atípicas) procalcitonina >2 en 91% de los casos

Localización radiográfica: Bilaterales 16%, derrame asociado 5%, retrocardiacas 17%, LSD 24%, LMD 22%, LII 20%, LID 14% LSI 11%.

Tratamientos al alta: Amoxicilina clavulánico 63%, amoxicilina 14%, cefuroxima acetilo 19%, ceftriaxona im. 1%, macrólidos 2%. Tratamientos durante el ingreso amoxicilina clavulánico iv 39% y cefotaxima iv. 41%

Traslados al Hospital de Referencia: 4,5%.

CONCLUSIONES:

Las neumonías suponen la 4ª patología más frecuente de ingreso en OBS-P y la 2ª en duración de estancia por niño tras la bronquiolitis.

La tasa de ingresos en la bibliografía consultada es de un 14% del total de neumonías, en nuestro estudio suponen un 19% (del total de las diagnosticadas y/o derivadas desde primaria).

La fiebre el síntoma guía, cabe destacar la importancia de los síntomas digestivos por delante de la tos y el dolor costal.

Excelente correlación con niveles procalcitonina

La estancia media se ve alargada en los casos de neumonía bilobar, derrames y bacteriemia asociada

En el tratamiento detectamos abuso de las prescripciones de amox-clavulánico en contra de amoxicilina. En el tratamiento iv también detectamos un uso excesivo de cefotaxima en contra de ampicilina que explicamos por la mala experiencia del 2007 por presencia de derrames (referidos en cualquier bibliografía).

ÁREAS DE MEJORA INTRODUCIDAS EN MANEJO DE NEUMONÍAS:

- En los casos en que sea necesario ingreso para tratamiento intravenoso, uso de antibioterapia a mayores dosis de las utilizadas (ampicilina, amoxicilina, amoxicilina clavulánico a 200 mg/Kg/día) Las cepas en los casos de derrame son sensibles pero más virulentas.
- Manejo de derrame: Utilizar de elección cefotaxima. Valorar cuantía con Rx tórax en decúbito lateral antes de acudir a la ecografía.



114 MENINGITIS ASÉPTICA EN NUESTRO MEDIO HOSPITALARIO.

S. Henríquez Santana, S. Molina Marrero, B. Ruiz Derlinchan, I. Triana Pérez, E. Colino Gil, S. Todorcevic.
Hospital Materno Infantil de Gran Canaria.

OBJETIVOS

Conocer las características clínicas, analíticas y microbiológicas de los casos de meningitis de etiología viral en nuestro medio.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo y descriptivo basado en la revisión de historias clínicas, entre Septiembre del 2008 y Diciembre del 2009.

RESULTADOS

Se recogieron un total de 144 casos de sospecha de meningitis vírica. 89 eran niños (61,8%) y 55 niñas (38,2%). El síntoma principal fue vómitos (80%), seguido de cefalea (79,2%) y fiebre (75,7%). Valores analíticos en sangre: *Leucocitosis* media 11.650/ μ l (rango: 9.900-20.600) con predominio PMN media de 71,42% (14-94%) y un valor de proteína C reactiva media < 2 mg/dl (0-32 mg/dl). En la citoquímica del LCR se objetivó una pleocitosis media de 227 células/ μ l (10 – 5.800), con un predominio de MNC media de 45,89/ul (0-98%), proteinorraquia media de 33,99 mg/dl (3-224 mg/dl) y glucorraquia de 61,82 mg/dl (22-98 mg/dl). Del total de pacientes, 17 requirieron ingreso (11,8%). El 95,1% precisó tratamiento sintomático y el 9% de los que ingresaron recibieron tratamiento antibiótico, hasta la llegada de PCR positiva a enterovirus. La reacción en cadena de la polimerasa (PCR) del líquido fue positiva para enteovirus en el 79,2% de los casos (sensibilidad 80%). Por técnica de cultivo se aislaron solamente en el 31,4% de los casos, 29 casos echovirus tipo 4 (70,7%), 5 casos echovirus tipo 30 (12,2%), 4 casos echovirus tipo 9 (9,7%) y 3 casos echovirus tipo 6 (7,3%). Se registró un caso de meningitis por VVZ.

CONCLUSIONES

La meningitis vírica es una patología frecuente y alarmante, de curso benigno. El enterovirus es el agente etiológico más frecuente.

El diagnóstico a través de la PCR del LCR ha permitido conocer la etiología en casi un 80% de los casos, en pocas horas en la mayoría de los pacientes, facilitando su manejo, retirada de antibióticos y alta hospitalaria.



115 MENINGITIS NEUMOCÓCICA EN NIÑOS EN LOS ÚLTIMOS 20 AÑOS Y EFECTO DE LA VACUNA CONJUGADA ANTINEUMOCÓCICA EN SU INCIDENCIA.

A.M. de los Ríos Pérez, I. Baena Olomi, V. Pineda Solas, F.J. Travería Casanovas, D. Fontanals Aymerich, J. Rivera Luján.

Servicio de Pediatría. Hospital de Sabadell. Corporacio Parc Tauli. Sabadell, Barcelona.

INTRODUCCIÓN

El neumococo es una de las causas más frecuentes de meningitis bacteriana en niños, conllevando ésta una alta morbimortalidad. No obstante, desde la comercialización de la vacuna conjugada antineumocócica heptavalente (VCN-7v) para niños menores de 2 años, ha habido cambios en su incidencia en los países que la han introducido en su calendario vacunal.

OBJETIVOS

Describir la incidencia, características clínicas, analíticas y microbiológicas de los casos diagnosticados de meningitis neumocócica (MN) en niños del Hospital de Sabadell. Comparar los períodos previo y posterior a la comercialización de la vacuna, y analizar el impacto de la vacunación en la incidencia de MN.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyeron los casos menores de 15 años, entre 1994 y 2009, definiéndose como caso, aquel en el que se aisló neumococo en LCR y/o sangre, con análisis citoquímico de LCR patológico y cuadro clínico compatible. Período pre-vacunal: 1994-2001, post-vacunal: 2002-2009. Se calculó la tasa de incidencia (TI) anual, comparando diferentes grupos etáreos en ambos períodos. Se utilizó el censo y el padrón continuo anual para la población. Se calculó la cobertura vacunal en nuestra area de referencia.

RESULTADOS

Se diagnosticaron 16 casos entre 1990 y 2009, con una TI de 1,32/100.000 niños <15 años/año. El 56,2% fueron <2 años, con una edad media de 2,7 años. El hemocultivo fue positivo en todos. El Pediatric Risk of Mortality (PRISM) medio fue de 6. El tratamiento mayoritario fue vancomicina asociada a ceftriaxona (13 casos) y ceftriaxona en los 3 restantes. Requirieron ventilación mecánica 4 pacientes (31%). La estancia media en UCIP fue de 4.7 días, y en el hospital de 13.7 días. La mortalidad fue de un 7.7% y las secuelas de un 23%. En el análisis por períodos se obtuvo: 11 casos en el pre-vacunal y 3 en el post-vacunal. La TI disminuyó un 72%, de 2,26 a 0,62 casos/100.000 niños <15 años/año ($p=0,02$). La máxima incidencia se observó en el grupo <2 años en ambos períodos (11,09 y 3,72 casos/100.000/año, respectivamente). En el 1º período, un 78% de los casos fue por serotipos vacunales y en el 2º, 1 caso. El 45% y 10% de los casos fueron resistentes a penicilina y cefotaxima, respectivamente, en el período pre-vacunal, mientras en el período posterior el 100% fueron sensibles. Se estimó una cobertura vacunal en nuestra área de un 47%.

CONCLUSIONES

Los casos de MN presentan una alta morbimortalidad. Sin embargo, se ha observado una disminución significativa en la incidencia de MN en nuestro hospital tras la comercialización de la VCN-7v. El grupo de edad mayoritariamente afectado es el <2 años, en quien a su vez se ha obtenido un descenso importante en la TI de MN. En el período post-vacunal 2 de los 3 casos fueron ocasionados por serotipos no vacunales y ningún caso se produjo por neumococo resistente.



116 MENINGITIS POR *L. MONOCYTOGENES* EN LACTANTE DE 6 MESES DE EDAD.

J. Dorca Vila, E. Farreny Sastre, J. Sitjes Costa, J.M. Muixi Rosset, L. Martí Más, Ll. Galceran Jové.
 Servicio de Pediatría. Hospital Sant Joan de Déu. Fundació Althaia. Manresa.

FUNDAMENTOS Y OBJETIVOS

Se presenta el caso de un lactante con meningitis por *Listeria monocytogenes*, etiología poco frecuente fuera del periodo neonatal.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Lactante de 6 meses de edad que acude a urgencias por cuadro febril de 10 días de evolución en contexto de bronquitis con sobreinfección respiratoria.

Antecedentes: Personales; otitis media a los 5m. Familiares; 2 abortos a las 11- 12 SG. Tío materno éxitus a los 3 m. Dos tíos abuelos maternos éxitus a los pocos meses de vida.

Exploración física: Tª axilar de 38.2°C, resto de constantes mantenidas. Regular estado general. No exantemas ni petequias. Fontanela llena, pulsátil no a tensión. Resto de exploración normal.

Exámenes complementarios: Rx. tórax, Rx. abdomen y sedimento orina normales. En analítica destaca: Hb 10.2g/dL, Hcto 32,1%, Leucocitos 26.800/L (83%N, 11%L, 5%M), Plaquetas 567.000/L, hemostasia normal, PCR 1mg/L. Punción lumbar: aspecto LCR turbio no a tensión con 1877 leucocitos (95%PMN y 5% Linfocitos), glucosa 18mg/dL, proteínas 2.2g/L. Gram y antígeno a *S. pneumoniae* en LCR negativo. Se cursan PCR en LCR a *S. pneumoniae*, *N. meningitidis*, *H. influenzae* y *M. tuberculosis* que resultan negativas.

Evolución: Se inicia tratamiento con cefotaxima y vancomicina previa administración de dexametasona. Presenta rash, a pesar de infusión lenta de vancomicina, que precisa cambio a meropenem. Ante persistencia de fiebre y sospecha de hipertensión intracraneal se traslada vía SEM a hospital de tercer nivel a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP). Se realiza Doppler de arteria cerebral media y ECO transfontanelar que son normales y se mantiene terapia con meropenem. A las 36h del ingreso en UCIP se confirma crecimiento de *L. monocytogenes* en LCR sensible a un amplio espectro de antibióticos pero resistente a cefotaxima y se cambia tratamiento a ampicilina y gentamicina. A las 72h inicia clínica sugestiva de hipertensión endocraneal. Se inicia tratamiento antiedema no precisando soporte respiratorio. TAC craneal muestra hidrocefalia por lo que Neurocirugía coloca válvula de derivación externa. Ante persistencia de cultivos positivos se sustituye gentamicina por cotrimoxazol con mejoría clínica y retirada posterior de la derivación externa al día 10 del ingreso. Se realiza estudio inmunológico confirmándose inmunodeficiencia combinada severa ligada al cromosoma X (mutación en heterozigosis del gen CD132 de la cadena gamma común del receptor de la IL-2) candidata a trasplante de médula ósea que se lleva a cabo satisfactoriamente. Estudio familiar demuestra estado de portador de la madre, abuela y bisabuela materna.

COMENTARIOS

L. monocytogenes es una causa infrecuente de meningitis bacteriana fuera del periodo neonatal, que nos debe hacer pensar en un posible déficit inmunológico. Ante la sospecha etiológica de *L. monocytogenes* tener en cuenta la resistencia a las cefalosporinas de tercera y cuarta generación.



117 NEUMONÍA DE LA COMUNIDAD EN EL ÁREA DE OBSERVACIÓN DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE TERCER NIVEL.

M. Fernández Elías, J.S. Parrilla Parrilla, M.J. Sánchez Álvarez, M.a. Murillo Pozo, M.T. Alonso Salas, M. Loscertales Abril.

UGC de Cuidados Críticos y Urgencias Pediátricas. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

INTRODUCCIÓN/OBJETIVOS

La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) supone una importante causa de morbilidad en pediatría. Se estima que hasta en un 43,7% de ellas se diagnostican en los servicios de urgencias hospitalarios. El objetivo ha sido analizar las características clínicas, radiológicas y epidemiológicas, los ingresos en planta de hospitalización y el manejo terapéutico de los pacientes pediátricos con NAC ingresados en el área de observación de urgencias pediátricas, durante el periodo de Septiembre a Diciembre-09.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo de revisión de historias clínicas de pacientes con neumonía que precisaron ingreso en observación por afectación del estado general y/o intolerancia digestiva. Se realiza estadística descriptiva de las variables del estudio. Para ello se usarán frecuencias absolutas y relativas en el caso de las variables cualitativas. Las variables cuantitativas se verán resumidas mediante P50 [P25 - P75] (mediana, rango intercuartílico) respectivamente.

RESULTADOS

Se revisaron 91 pacientes con una mediana de la edad en meses de 26 (14, 45), con predominio de los varones (67%) sobre las mujeres (33%). Todos tuvieron fiebre y síntomas catarrales un 38,5%. El 49,5% ingresó en planta de hospitalización y sólo un paciente en cuidados intensivos. La estancia hospitalaria fue de 2 días (1, 4). Se trataron con antibiótico un 92% de los casos, siendo la amoxicilina (49,5%) y la amoxicilina-clavulánico (14,3%) los más utilizados. Se usó oseltamivir el 18,7% del total. El 49,5% no presentaban patología de base, y la enfermedad subyacente más encontrada fue el asma en un 36,3%. A todos se le realizó una radiografía de tórax, con una localización basal derecha (20,9%), infiltrado bilateral (20,9%), retrocardíaca (16,5%), basal izquierda (14,3%), lóbulo superior derecho (14,3%), lóbulo medio (7,7%), basal bilateral (2,2%) y normal (2,2%). El patrón radiológico fue un 76,9% de consolidación y un 19,8% de infiltrados. Derrame pleural en el 8,8%. La proteína C reactiva se determinó en 49 pacientes con una mediana de 83 (23,5, 206). Se le practicó el test de la gripe A (rt-pcr) al 40,7%, siendo positivo en el 16% del total y de ellos se aisló *streptococcus pneumoniae* en 4 casos.

CONCLUSIONES

El área de observación supone la reducción de la mitad de los ingresos por neumonía en la planta de hospitalización. El tratamiento antibiótico de la NAC en nuestro servicio se correlaciona con las guías de práctica clínica actuales.

El patrón radiológico más frecuente es la consolidación, aunque el infiltrado supone el 19,5% fundamentalmente por la bronconeumonía en pacientes asmáticos.



118 NEUMONÍA EN PEDIATRÍA: CASUÍSTICA EN NUESTRO MEDIO DEL ÚLTIMO TRIMESTRE DE 2 AÑOS.

Y. Rodríguez Santana, B.C. Montoro González, I. Triana Pérez, A. Svetlana Todorcevic, O. Afonso Rodríguez.

Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Materno Infantil de Las Palmas de G. Canaria.

OBJETIVOS

Conocer las características clínicas y epidemiológicas de la neumonía en nuestro medio durante el último trimestre del año 2008 y 2009.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio, retropectivo, observacional y descriptivo. Se revisaron las historias clínicas de los pacientes, con edades entre los 29 días y 14 años, que ingresan en nuestro hospital con diagnóstico de neumonía durante el periodo comprendido entre el 1 de Octubre a 31 de Diciembre 2008 y entre 1 de Octubre a 31 de Diciembre 2009.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio ingresaron en nuestro hospital 127 pacientes con diagnóstico de neumonía. La distribución anual fue de 61 casos (47,3%) en el último trimestre de 2008 y 66 casos (51,2%) en el último trimestre de 2009. El rango de edad va desde 1 mes hasta 14 años, siendo la media de edad de 3 años y medio. No hay variación en la media de edad de los niños que ingresan por neumonía de un año a otro. El mayor número de casos se concentra en el grupo de los preescolares (52,2%), seguido de los lactantes (30,8%) y por último los escolares (23%). En cuanto al sexo hay un ligero predominio de niños (58,1%) frente a las niñas (41,9%). La clínica más frecuente al ingreso fue la fiebre (95,3%) y la tos (88,1%), siendo la tos productiva la más frecuente, seguido de la rinitis y la dificultad respiratoria. El 95,9% de los pacientes estaban inmunizados correctamente según calendario oficial de la comunidad. Un 57,9% había recibido la vacuna antineumocócica, siendo 3 las dosis media administrada. El 15,6% de los pacientes eran asmáticos, un 22,1% referían episodios de broncoespasmos, frente a un 45,1% que no presentaban factores de riesgo. La anomalía radiológica más frecuente fue la condensación parenquimatosa (59%), seguida de la atelectasia (7,9%). Presentaron derrame pleural el 1,6% de los pacientes. El hemocultivo fue positivo en 3,2% de los casos. El *Streptococo pneumoniae* fue el germen más frecuentemente aislado. Únicamente un 4% de las serologías de neumonía fue positivo, siendo en este caso el *Haemophilus Influenzae B* el germen más frecuentemente aislado. En los casos de neumonía del año 2009, el 6,4% presentó PCR H1N1 positiva. El tratamiento pautado en la mayoría de los casos fue la amoxicilina-ácido clavulánico. La estancia media hospitalaria fue de 7 días. Sólo 3 pacientes requirieron ingreso en la unidad de cuidados intensivos, siendo la evolución favorable en el 96,8% de los casos. No se encontraron diferencias significativas entre un año y otro.

CONCLUSIONES

La neumonía sigue siendo una enfermedad frecuente en la infancia. La etiología depende de la edad y la época del año, si bien es verdad, a pesar de la aparición de un nuevo agente etiológico en el último año no encontramos diferencias significativas entre un año y otro. En general, la evolución es favorable y reviste poca gravedad.



119 NUEVA VARIANTE H1N1: MIEDOS Y REALIDADES.

D. Aínsa Laguna*, T. Aracil Pedro*, M. Porcar Almela*, A. Navarro Ruiz*, S. Pons Morales*, J.M. Nogueira Coito**, J. Alberola Enguídanos**.

*Servicio de Pediatría, **Servicio de Microbiología. Hospital Universitario Doctor Peset. Facultad de Medicina. Valencia.

OBJETIVOS

Entre los niños ingresados por la variante del virus de la gripe H1N1 (H1N1v), determinar la causa más frecuente de hospitalización, los síntomas principales y el diagnóstico clínico al alta, en relación con la edad, valorando el uso de métodos diagnósticos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo obtenido mediante revisión de historias clínicas de niños hospitalizados con diagnóstico de gripe en nuestro servicio durante los meses de octubre, noviembre y diciembre de 2009.

RESULTADOS

En el período referido, se registraron un total de 8.942 visitas a urgencias (2.901, 3.426 y 2.615 en octubre, noviembre y diciembre respectivamente). En el mismo periodo del año previo, el número total de urgencias fue de 8.224 (2.520, 2.786 y 2.918) lo que supone un incremento del 4%. Se registraron 4.170 procesos respiratorios (997, 1.729 y 1.444) y 476 de ellos fueron diagnosticados de síndrome gripal, concentrándose el mayor número de casos en el mes de noviembre (434 casos). De estos 476 casos, se realizaron 312 determinaciones del virus H1N1v en aspirado nasofaríngeo. En 109 casos se confirmó mediante PCR la presencia del H1N1v, siendo el test de detección rápida positivo en 81 casos. 31 casos precisaron ingreso (87% en noviembre), siendo la detección rápida positiva al ingreso en 25 casos. La distribución por edades fue muy variable, 1 m-1 año: 16 casos, 13 m-6 años: 162 casos, 6 – 12 años: 207 y > 12 años, 90 casos. De los casos ingresados 14 tenían una edad inferior a los 12 meses, 13 correspondían al grupo de edad de 13 m a 6 años y 4 casos del grupo de 6 a 12 años. Por sexos, la mayoría de los pacientes fueron varones, el 56% frente al 44% de mujeres, manteniéndose dicha relación en el caso de pacientes ingresados. El motivo principal de consulta de los niños que ingresaron fue la fiebre en el 75% de los casos (23/32), seguido de convulsión febril (3/32), dificultad respiratoria (2/32), un caso de vómitos, un caso de ingesta accidental de fármaco (dextrometorfano) y un cuadro catarral afebril en un caso. El motivo de ingreso fue la edad en 13 casos, neumonía en 8 casos, convulsión febril en 3 casos, broncoespasmo moderado en 3 casos, ingesta medicamentosa en un caso, infección urinaria febril en un caso, por patología de base asociada dos casos. Los diagnósticos asociados al alta fueron: broncoespasmo (4 casos), neumonía (11 casos), convulsión febril (3 casos), infección urinaria (un caso), ingesta no tóxica de fármaco (un caso), PCI (un caso) y un caso de síndrome de genes contiguos.

COMENTARIOS

Existe gran variabilidad clínica en las manifestaciones derivadas de la infección de la gripe pero en nuestra serie ningún caso revistió gravedad. Ningún caso positivo remitido a domicilio precisó asistencia posterior. La elevada incidencia en la edad infantil y las manifestaciones clínicas a las que da lugar son responsables en muchas ocasiones de ingreso hospitalario y consumo innecesario de recursos diagnósticos-terapéuticos, sobre todo en determinados grupos de edad, por lo que es aconsejable disponer de tests rápidos de detección del virus de la gripe que realizan un diagnóstico etiológico rápido y que en época epidémica presenta un VPP de 98,78% (IC 95,8-100) y un VPN de 87,83% (IC 83,38-92,27).



120 PANCREATITIS AGUDA SECUNDARIA A UNA INFECCIÓN POR VARICELA.

E. Botifoll García, L. Marti Más, J. Sitjes Costa, J. Dorca Vila, N. Rovira Giraval, Z. Lobato Salinas
Servicio Pediatría. Althaia Xarxa Assistencial.

INTRODUCCIÓN

La pancreatitis aguda es una autodigestión del páncreas como consecuencia de la activación anormal de los enzimas dentro del parénquima. Su incidencia es de 1/50000 y puede tener una mortalidad entre 5%-10%. La varicela es una enfermedad infecciosa que se incuba entre 10-21 días y se presenta con fiebre y mal estar general apareciendo lesiones vesiculosas que pasan por varios estadios.

CASO CLÍNICO

Niña de 5 años de edad que acude a nuestro servicio de urgencias en tres ocasiones por dolor abdominal a nivel periumbilical sin vómitos acompañantes en las dos primeras visitas con exploraciones dentro de la normalidad y una radiografía de abdomen con fecalomas por la cual cosa se decide alta con dieta laxante y normas de conducta. Reconsulta por fiebre de 18 horas, vómitos alimentarios, dolor abdominal, sin diarrea acompañante. En la exploración física a nivel abdominal presenta un abdomen dolorosa a la palpación de forma difusa, un peristaltismo incrementado, hepatomegalia, no Blumberg. Se decide dar ondasetron 3 mg intramuscular y a los 20 minutos se inicia tolerancia oral a 2 ml cada 5 minutos que no tolera. Se deja a dieta absoluta y se decide ingreso con perfusión de mantenimiento, controles de glucemia, analgesia y analítica control con perfil hepático con el resultado hiperglucemia, perfil hepático alterado Amilasa 609/PCR 27. Se cambia el diagnóstico de ingreso a sospecha de pancreatitis. Se pide lipasa sérica 810. Se inicia tratamiento antibiótico con imipenem y analgesia con metami-zol. Ecografía abdominal normal. El segundo día de ingreso se evidencian lesiones vesiculosas a nivel de extremidades compatibles con varicela, no se da aciclovir, a medida que tolera se inicia una dieta líquida y semilíquida de protección pancreatobiliar, se hacen analíticas seriadas de control. Se da alta a los 15 días con la mayoría de parámetros normalizados y analítica control en una semana.

CONCLUSIONES

El diagnóstico de pancreatitis es clínico y analítico. Cuando hay dolor periumbilicar, vómitos y analítica con hiperglucémias y perfil hepático alterado pensar en pedir amilasas y lipasas. Pancreatitis secundaria a varicela.



121 PANDEMIA DE GRIPE H1N1 2009 EN LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA DEL HOSPITAL DE SABADELL.

E. Maqueda Castellote*, V. Aldecoa Bilbao*, F.J. Travería Casanova*, S. Arias Ruiz**, J. Rivera Luján***, V. Pineda Solas****

*Servicio Urgencias Pediátricas. ** Servicio de Microbiología. ***Dirección Clínica Cadi. ****Servicio Infectología Pediátrica. Corporació Sanitària Parc Taulí. Hospital de Sabadell

Introducción

La pandemia por virus H1N1 ha tenido una importante repercusión mediática principalmente por la previsión de mortalidad como de posible demanda a los servicios de urgencias.

OBJETIVOS

Analizar los casos pediátricos atendidos y hospitalizados en el Hospital de Sabadell por gripe A (H1N1) en el periodo definido como epidemia/pandemia 2009.

MATERIAL MÉTODOS

Análisis de las visitas realizadas en el periodo Octubre - Diciembre 2009 en el servicio de urgencias pediátricas de nuestro hospital (población de referencia: 70.000 pacientes pediátricos ≤ 18 años; volumen de urgencias de pediatría anual 48.000), diferenciando pacientes con sospecha de gripe, solicitud del test de PCR para H1N1 (casos sugestivos de gripe con factores de riesgo individual), pacientes que requieren ingreso (afectación del estado general, dificultad respiratoria o neumonía no filiada) y características de los mismos.

RESULTADOS

Se realizaron 14619 visitas en urgencias, 4156 fueron registradas como sospecha de gripe (28% del total de urgencias). Se solicitaron un total de 357 PCR desde octubre hasta diciembre del 2009. Fueron positivas para gripe A H1N1 175 muestras (50%). De estos 175 pacientes, ingresaron 28 niños (16%). El 78% de los casos se agruparon entre el 3 y el 30 de noviembre. La media de edad fue de 5,5 años (r: 1 mes -17 años). El 40% eran menores de 2 años. La tasa de ingreso sobre el global de urgencias fue baja (0,18%).

Ingresaron 15 niñas (54%) y 13 niños (46%). El 48% presentaban factores de riesgo: asma bronquial (33%), parálisis cerebral infantil (2 casos), cardiopatía congénita (1 caso) prematuridad (1 caso), leucemia (1 caso). Ingresaron 12 pacientes con neumonía bacteriana: 9 neumocócicas, 1 por *S. pyogenes* y 2 con cultivos negativos (8 de ellos presentaron empiema que precisó drenaje torácico), 11 bronquitis agudas, 1 miocarditis, 1 episodio aparentemente letal, 1 una leucemia aguda linfoblástica T (LLT), 1 convulsión febril y 1 salmonelosis.

Precisaron ingreso en UCIP 9 casos (32%): un shock cardiogénico secundario a miocarditis, un síndrome de distrés respiratorio agudo secundario a una neumonía neumocócica, un episodio aparentemente letal, un shock tóxico por *S. pyogenes*, 4 insuficiencias respiratorias agudas 3 por neumonía neumocócica y 1 por bronquitis, 1 LLT de alto riesgo.

Se trataron con Oseltamivir 27 casos (96%) y con antibioterapia 26 (92.5%).

La estancia media global fue de 12.5 días (r: 3 - 37 días). La estancia media en UCI fue de 10,8 días (r: 1-28 días). Un éxitus (paciente con leucemia).

COMENTARIOS

El 40% de los niños ingresados eran menores de 2 años. El 78% de los ingresos se concentró entre el 3 y el 30 de noviembre, periodo definido como pandémico en nuestra comunidad. La coinfección por *Streptococcus pneumoniae* se dio en el 33,3% de los casos que precisaron hospitalización, la mayoría cursaron con empiema y la evolución posterior fue favorable.



122 PARÁLISIS DEL VI PAR EN URGENCIAS EN CONTEXTO DE OTITIS MEDIA AGUDA.

M. Juncos Clemente, J. Herrmannova, E. Montesinos Sanchis, G. Ortega Evangelio, L. Blanquer Fagoaga, A. Ros Forés

Servicio Pediatría. Consorcio Hospital General Universitario. Valencia.

OBJETIVO Y FUNDAMENTOS

La parálisis adquirida del VI par craneal es una patología infrecuente en la infancia que se asocia con gran variedad de etiologías, entre otras, el traumatismo cráneo-encefálico, tumores de fosa posterior, meningitis, síndrome de Gradenigo, migraña oftalmopléjica, hidrocefalia y parálisis postinfecciosa. Esta última condición se describe cada vez con más frecuencia en la edad infantil con resolución espontánea en un intervalo de 1 a 6 meses. Presentamos dos pacientes atendidos en nuestro servicio de urgencias con parálisis unilateral del sexto par asociada a otitis media aguda (OMA).

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Caso 1: Niña de 20 meses que acude a urgencias por estrabismo de 48 horas de evolución. Refiere otalgia izquierda desde hace 4 días y fiebre las últimas 18 horas. Antecedente de traumatismo craneal leve hace 20 días. Se aprecia estrabismo convergente de ojo izquierdo con limitación de la movilidad hacia campo temporal e hiperemia tímpano izquierdo con moco transtimpánico. Valoración oftalmológica: paresia VI par ojo izquierdo. Analítica sanguínea y serología vírica sin hallazgos. En la resonancia magnética (RM) cerebral realizada presenta ocupación de celdillas mastoideas. Tras ser valorado por ORL con diagnóstico de OMA serosa y mastoidismo, se inicia tratamiento con corticoides y amoxicilina-clavulánico. Se observa recuperación completa de la movilidad ocular al 4º día.

Caso 2: Niño de 3 años que acude a urgencias por estrabismo y diplopia de 48 horas de evolución. Refiere cefalea frontal intermitente desde hace 1 semana coincidiendo con diagnóstico de OMA supurada en tratamiento con cefixima. Afebril. Se aprecia estrabismo convergente de ojo derecho con limitación de la movilidad hacia campo temporal y tímpano derecho hiperémico. Valorado por oftalmología: paresia VI par ojo derecho. Analítica de sangre, serología vírica y tomografía computerizada (TC) sin hallazgos. Destaca en RM cerebral ocupación bilateral de celdillas mastoideas. Es valorado por ORL con diagnóstico de OMA serosa derecha e hipertrofia adenoidea, realizándose paracentesis con drenaje transtimpánico y adenoidectomía e iniciándose tratamiento con corticoides. Presenta mejoría clínica con movilidad ocular casi completa en revisión clínica a los 15 días.

COMENTARIOS

El diagnóstico de las formas benignas de parálisis del VI par debe hacerse siempre por exclusión de una patología intracraneal. Para ello consideramos imprescindible la práctica de un estudio de imagen, preferiblemente una RM cerebral, y descartar la presencia de otros signos neurológicos asociados. Los dos casos presentados, aunque sin llegar a cumplir criterios del Síndrome de Gradenigo, se han asociado a OMA y han respondido a su tratamiento así como al empleo de corticoides, con una rápida recuperación completa de la movilidad ocular.



123 PIEL ESCALDADA ESTAFILOCÓCICA: AGRUPACIÓN DE CASOS EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO EN UN PERÍODO DE 5 MESES.

S. Negre Policarpo, M. Navarro Paterna, M.C. Otero Reigada
 Pediatría. Hospital La Fe. Valencia.

ANTECEDENTES, OBJETIVOS Y MÉTODOS

El síndrome de piel escaldada estafilocócica es poco frecuente, debiendo sospecharse en todo paciente con un cuadro exantemático generalizado, dado el riesgo potencial de complicaciones graves, como pérdida de líquidos, desequilibrio hidroelectrolítico, distermia y sepsis. Entre octubre de 2009 y enero de 2010 se presentaron 4 casos (misma incidencia que en el año y medio previo). Realizamos una revisión retrospectiva de las historias clínicas de dichos pacientes.

RESULTADOS

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Edad	15 meses	6 meses	3 años	4 años
Antecedentes	Atopia	Atopia	Amigdalitis	Amigdalitis
Clínica	Exantema doloroso en flexuras. Bulloso en cuello. Labios fisurados.	Eritrodermia céfalo-caudal. Labios fisurados. Descamación 24 h.	Exantema macular, dolor y edema en párpados, boca y nariz.	Eritema doloroso retroauricular y cervical. Queilitis.
Evolución	72 horas	96 horas	24 horas	48 horas
VSG	53 mm/h	13 mm/h	No	15 mm/h
Leucocitos	13.500 (42%N)	17.500 (60%N)	13.300 (74%N)	8.600 (46%N)
PCR	1,1 mg/L	0,6 mg/L	2,1 mg/L	3,7 mg/L
Aislamiento <i>S. aureus</i>	Retroauricular	No (sí <i>Pseudomonas</i>)	No	Faringe y pliegues
Tratamiento	Ceftriaxona	Ciprofloxacino	Ceftriaxona y clindamicina	Fosfomicina

CONCLUSIONES

Todos los pacientes fueron menores de 5 años, presentando factores de riesgo como son la dermatitis atópica y las amigdalitis de repetición, puntos frecuentes de colonización por el *S. aureus* de cepas 71 y 55 (las más frecuentes en nuestro medio y liberadoras de exfoliotoxina A). La clínica más intensamente asociada fue el exantema doloroso y la afectación perioral. Todos los casos se produjeron tras períodos de 3-4 días de frío intenso, con uso habitual de aires acondicionados (que podrían actuar como reservorios) y facilidad para la transmisión a partir de individuos colonizados en nariz, periné, axilas y ojos. Si bien la cloxacilina es de elección, la frecuente colonización obliga a reajustar las pautas terapéuticas.



124 PIOMIOSITIS TROPICAL VERSUS MIONECROSIS POR *S. PYOGENES*.

A. Álvarez García*, P. Ruiz Martínez*, L. Fuente Blanco*, C. Aparicio López*, J.I. Sánchez Díaz**, P. Gutiérrez Díez*

*Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Getafe. **UCIP. Hospital Doce de Octubre. Madrid.

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS

La piomiositis es una infección intramuscular purulenta. A diferencia de otras miositis y mialgias infecciosas (causadas virus, bacterias, hongos o parásitos) o no infecciosas (polimialgia reumática o dermatomiositis), es consecuencia de una diseminación hematógena, y no el resultado de una infección por continuidad. Debe diferenciarse, también, de la mionecrosis por *Streptococcus* del grupo A y de la gangrena gaseosa por *Clostridium*.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

1.-Varón de 19 meses, sano, tras vacunación en España (15 meses) viaja a Pakistán (país de origen de sus padres). Durante su estancia sufre diarrea y picaduras de insectos. A los 17,5 meses, traumatismo en muslo derecho (caída desde su altura), sin solución de continuidad cutánea. A los 18 meses, circuncisión y vacunación en muslo izquierdo; desde entonces induración, eritema, dolor e impotencia funcional en miembro inferior derecho, fiebre (38,5°C), por lo que regresan a España. En urgencias: PCR 30.9 mg/L, leucocitos 19.600 (50%N, 45%L, 3%Eo, 2%Cay) Plaquetas 659.000, Hemocultivo (HC) negativo, Radiografía: aumento de partes blandas sin lesión ósea y Ecografía: imagen anecoica en cuádriceps derecho. PAAF: material purulento, cultivo: *S.aureus* sensible a oxacilina. Se inicia clindamicina y cloxacilina.

2.- Varón de 18 meses, español, sano, con fiebre de 3 días de evolución (40°C), a las 24 horas supuración purulenta en oído derecho; a las 48 horas dolor y aumento progresivo de perímetro de miembro superior izquierdo. PCR > 250 mg/dl, PCT 53 ng/ml, leucocitos 2.100 (68%N, 20%L, 3%Eo, 9%Cay) plaquetas 162.000. CPK 1651. HC y cultivo de exudado ótico: *S. pyogenes*, Radiografía: aumento de partes blandas con gas en biceps. Presenta deterioro progresivo de estado general, exantema petequial generalizado, normotenso, taquicardia (180-200 lpm) y oliguria (0,5 ml/kg/h) refractaria a tratamiento (expansores, dopamina y dobutamina), precisando de ingreso en UCIP donde recibe tratamiento con Penicilina G sódica, catecolaminas, nutrición enteral a débito continuo, hemofiltración y desbridamiento quirúrgico de fascitis (cultivo estéril). Al alta presenta insuficiencia renal crónica residual.

COMENTARIOS

Los antecedentes epidemiológicos, en la piomiositis (país tropical, traumatismo muscular, bacteriemia asociada) así como en la mionecrosis (gas en la radiografía, deterioro progresivo de estado general) deben hacernos sospechar estos procesos, dado que el pronóstico, a veces vital, depende de la instauración de un tratamiento etiológico precoz y adecuado.



125 **PRESCRIBIR O NO PRESCRIBIR ANTIBIÓTICOS: ESA ES LA CUESTIÓN.**

M. Güemes Hidalgo, L. García Arroyo, J.P. Navarro Romero, I. Ortiz Valentín, C. Villalba Castaño, M.J. Navarro Carmona

Pediatría. Hospital Virgen de La Salud. Toledo.

OBJETIVO

Determinar la adecuación del tratamiento antibiótico (ATB) prescrito en Atención Primaria (AP) en niños con procesos infecciosos en comparación con la evaluación posterior en Urgencias hospitalarias y con los protocolos de la Asociación Española de Pediatría (AEPED).

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo mediante encuestas que recoge las siguientes variables: edad, diagnóstico, antibiótico pautado en Atención Primaria, dosis, concordancia diagnóstico-terapéutica en Urgencias, concordancia con protocolos de la AEPED y tipo de médico encuestante (residente o adjunto). Se seleccionaron aleatoriamente 55 pacientes durante las estaciones de primavera e invierno de 2009.

RESULTADOS

El 49% de los encuestados acudieron diagnosticados de faringoamigdalitis, siendo los ATB más prescritos amoxicilina-clavulánico, amoxicilina, azitromicina y cefixima. En ellos se observó concordancia con el manejo en Urgencias en el 14,8% de los casos y con los protocolos de la AEPED en el 18,5%. Otras patologías recogidas fueron otitis media aguda, síndrome febril, laringitis e infección respiratoria de vías bajas, entre otras; observándose distinto grado de variabilidad intercentros así como con los protocolos. Existe un elevado porcentaje de discordancia (80%) en cuanto a la prescripción de antibióticos en AP y en Urgencias Hospitalarias y en cuanto a los protocolos de la AEPED (67,3%). Se analizó el porcentaje de resistencias en nuestro medio a algunos de estos antibióticos, objetivándose un elevado uso de macrólidos de forma ambulatoria siendo la resistencia a los mismos en nuestra comunidad autónoma próxima al 75%.

CONCLUSIONES

Existe una amplia discrepancia en cuanto a la prescripción antibiótica en medio ambulatorio versus hospitalario, comprobándose una excesiva utilización de los mismos en Atención Primaria (incluyendo pediatras y médicos de familia). Comparando con los protocolos de la AEPED se evidencia una discordancia terapéutica tanto en AP como en Urgencias hospitalarias. Este estudio muestra que este amplio uso de ATB favorece la aparición de resistencias bacterianas, que en nuestra comunidad autónoma llegan hasta el 75% en el caso de los macrólidos (prescritos en un 16% en AP, frente a un empleo del 0% en el Servicio de Urgencias). Así mismo, contribuyen a un aumento innecesario del gasto sanitario.



126 PRESENTACIÓN DE LAS INFECCIONES BACTERIANAS INVASIVAS PEDIÁTRICAS EN URGENCIAS.

M. Herrero Goñi*, M. Alcalde Rastrilla*, J.L. Hernández Almaraz**, F.J. Benito Fernández***, B. Gómez Cortés***, S. Mintegi Raso***

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

OBJETIVOS

Describir la forma de presentación de los pacientes diagnosticados en Urgencias de Pediatría de infección bacteriana invasiva (IBI) en la era de la vacunación conjugada neumocócica heptavalente.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo de los niños menores de 14 años diagnosticados de una IBI mediante cultivo bacteriano y/o reacción en cadena de polimerasa para *N.meningitidis* y *S. pneumoniae* en sangre o líquido cefalorraquídeo (LCR) en un servicio de urgencias pediátrico (SUP) de un hospital terciario entre el 1-01-2008 y el 31-12-2009.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio, 59 pacientes fueron diagnosticados de IBI (22; 37.2% menores de 1 año). De ellos, 11 (18.6%) presentaban alguna patología de base grave. Los diagnósticos más habituales fueron: sepsis 23 (38.9%; 6 de ellos con meningitis asociada, 3 con neumonía y 1 con ITU), bacteriemia 14 (23.7%), neumonía sin sepsis 8 (13.5%), meningitis sin sepsis 6 (10.1%). El 54.2% de los pacientes acudió en las primeras 12 horas tras el inicio de la fiebre. La mayoría asociaba síntomas inespecíficos, generalmente clínica catarral leve o vómitos aislados. El 64.4% presentaba un triángulo de evaluación pediátrica (TEP) normal a su llegada al SUP y el 32.2% una exploración física anodina, siendo las petequias o equimosis el hallazgo de interés más frecuentemente detectado (22.0%).

Siete pacientes (11.8%) habían consultado previamente por el mismo episodio. Tres acudieron al inicio del cuadro, en las 6 primeras horas tras la aparición de fiebre, reconsultaron por aparición de exantema petequeal y fueron diagnosticados de sepsis por *N. meningitidis* B. Hubo además un caso de meningitis neumocócica que reconsultó por decaimiento. Los otros tres correspondieron a una bacteriemia y dos neumonías. En ninguno se había practicado analítica sanguínea en la visita previa y fueron manejados ambulatoriamente con instrucciones.

Ingresaron inicialmente 43 de los 59 pacientes (72.8%), 25 de ellos en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Los otros 16 fueron contactados telefónicamente tras la llegada del cultivo. A 15 de ellos se les había pautado tratamiento antibiótico en la visita a Urgencias en la que se practicó el hemocultivo (5 neumonías, 3 ITU, 6 síndromes febriles y una celulitis). En un paciente con síndrome febril no se inició antibioterapia por parámetros analíticos no alterados y exploración física anodina. Nueve de los 16 se encontraban afebriles o habían reconsultado por iniciativa propia, al resto se les hizo acudir al SUP para nueva valoración.

Ninguno de los pacientes falleció ni presentó complicaciones.

CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes con IBI consultaron por procesos de corta evolución, con síntomas inespecíficos asociados y un TEP normal a su llegada. Una parte importante tienen patología de base seria. Las instrucciones de observación de los niños febriles atendidos en Urgencias proporcionadas a los familiares deben contemplar la reconsulta ante signos o síntomas de alarma.



127 PREVALENCIA DE PORTADORES NASALES POR *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* EN PERSONAL SANITARIO DEL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS.

M. Rico Pajares, I. Aguado Lobo, H. Rojo Sombrero, I. Pinto Fuentes, C. Guerra.
Urgencias Pediatría. Hospital Severo Ochoa. Leganés, Madrid.

OBJETIVOS

Determinar la prevalencia de colonización nasal por *Staphylococcus aureus* en personal sanitario hospitalario del Servicio de Urgencias de Pediatría.

MATERIAL Y MÉTODOS

se realizó un estudio descriptivo transversal. Se tomaron muestras de fosas nasales mediante hisopado nasal de personal que trabajaba en el servicio de Urgencias Pediátricas. Las muestras se sembraron para cultivo en las primeras 4 horas tras su recogida en método de difusión de disco, según los estándares NCCLS. Todos los participantes rellenaron un cuestionario sobre datos de filiación, antecedentes de infección o tratamiento antibiótico previo, así como autorización mediante consentimiento informado.

RESULTADOS

se recogieron muestras a 70 participantes (82.8% mujeres, 17.8% hombre) con edades comprendidas entre <35 años (32.8%), 35-50 años (32.8%) y > 50 años (30%). 38,5% fueron médicos, 21.4% enfermeros/auxiliares de enfermería, 20% celadores, 7.2% personal administrativo y 12.9% trabajaban como personal no asistencial (personal de limpieza, mantenimiento, etc). 28.6% habían recibido antibiótico en los últimos 6 meses. Se obtuvieron 6 aislamientos positivos de *Staphylococcus aureus* (8,7%) de los cuales 66,7% procedían de personal médico. Todos los *Staphylococcus aureus* aislados fueron sensibles a meticilina.

CONCLUSIONES

- 1) La prevalencia de portadores nasales por *Staphylococcus aureus* es menor que en estudios similares realizados fuera de España. No hemos encontrado trabajos previos que puedan determinar la prevalencia de colonización nasal por SAMR en personal asistencial en servicios pediátricos.
- 2) El grupo que presentó más frecuencia de colonización fue el personal médico.
- 3) No se aisló ninguna muestra de *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina, al igual que en otros trabajos realizados en nuestro área de población pediátrica sana.



128 **PROCALCITONINA EN PACIENTES CON INFECCIÓN FÚNGICA: NUEVAS CLAVES EN EL RECONOCIMIENTO DE LA INFECCIÓN PROFUNDA.**

S. Negre Policarpo, M. Navarro Paterna, M.C. Otero Reigada
Pediatría. Hospital La Fe. Valencia.

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

La elevación de los niveles de procalcitonina (PCT) en pacientes pediátricos con sepsis es un hecho constatado. No obstante, esto es más controvertido en el campo de las infecciones fúngicas, dado que la mayoría de los estudios corresponden a población adulta. Presentamos los datos de 7 episodios de infección fúngica profunda comparados con infecciones superficiales, proponiendo nuevas perspectivas de uso de la PCT en la urgencia pediátrica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión retrospectiva de los casos en que se determinó PCT existiendo diagnóstico de infección fúngica superficial o profunda en los mismos pacientes, en los últimos 3 años.

RESULTADOS

Se detectaron 5 episodios de infección fúngica profunda, con 4 episodios de infección superficial asociados a los mismos pacientes. 2 de los episodios de infección profunda fueron valorados con PCT cualitativa y 3 mediante PCT cuantitativa. Los episodios de infección profunda consistieron en 1 candidemia, 1 afectación renal, 1 aspergilosis cerebral y 2 esofagitis candidiásicas. Los 4 episodios de infección fúngica superficial correspondieron a aislamientos previos de *Candida* en pliegues, no relacionados con la infección posterior de forma inmediata, salvo en el caso de 1 paciente, con 2 episodios de muguet y afectación cutánea y, posteriormente, esofagitis candidiásica. En todos los pacientes valorados con infección fúngica superficial los valores de PCT fueron inferiores a 0,5 ng/mL, mientras que en la infección profunda los valores de PCT fueron superiores a 1 ng/mL, siendo especialmente útil en la determinación de afectación esofágica en el paciente con infecciones orales y cutáneas recidivantes, diagnosticado de candidiasis mucocutánea crónica (100% de los episodios de afectación esofágica presentaron PCT > 1 ng/mL, con valores menores o iguales a 0,2 ng/mL en los episodios de candidiasis superficial). El resto de parámetros analíticos no mostraron diferencias significativas en el momento de valoración inicial.

CONCLUSIONES

La PCT parece ser un marcador útil de infección fúngica profunda en pacientes pediátricos valorados en urgencias, tanto oncológicos como con otros tipos de inmunodepresión, siendo especialmente atractiva a la hora de discriminar entre la posible afectación esofágica o meramente orofaríngea en casos con predisposición a este tipo de infecciones. No obstante, son necesarios más estudios con un número mayor de pacientes para poder obtener resultados verdaderamente concluyentes.



129 PRUEBAS ANTIGÉNICAS RÁPIDAS EN EL DIAGNÓSTICO DE MALARIA: ¿ALTERNATIVA A LA GOTA GRUESA?

S. Negre Policarpo, M. Navarro Paterna, M.C. Otero Reigada, A. Nuño Ballesteros
Pediatria. Hospital La Fe. Valencia.

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

Las pruebas rápidas para el diagnóstico de malaria son sencillas, sensibles y no precisan microscopio, pero tienen falsos negativos y no son cuantitativas, pudiendo retrasar el diagnóstico de casos de malaria e impedir una clasificación según la intensidad de la parasitemia. Planteamos la realización de una comparación entre la detección rápida de antígenos maláricos y la gota gruesa para determinar la fiabilidad de la primera, presentando los datos iniciales que, aunque escasos, plantean no pocos interrogantes en cuanto a la indicación de estas pruebas en la urgencia pediátrica.

MÉTODOS

En todos los pacientes sospechosos de malaria valorados por el personal del estudio se realizó de forma prospectiva gota gruesa, así como antígenos maláricos, en el período 2009-2010. Se expone la casuística general y se comenta un caso concreto de particular interés.

RESULTADOS

Se solicitaron 13 gotas gruesas, con positividad en 1 de ellas (coparasitación *Plasmodium falciparum* y *P.vivax*) y 13 pruebas antigénicas, con positividad en 2 de ellas, siendo ambas pruebas positivas en la coparasitación. El paciente con prueba rápida positiva y gota gruesa negativa era un varón de 14 meses de edad, nacido en España, con padres de Guinea Ecuatorial, que regresaba en el día de la valoración de dicho país, tras una estancia de 4 meses. Presentaba un cuadro de dolor abdominal recidivante y fiebre (40°C) cada 48-72 horas aproximadamente desde hacía 1 semana. Durante su estancia en Bata había recibido tratamiento antimalárico no precisado durante 3 días por fiebre. Realizaba 3-4 deposiciones diarias, Bristol 7, amarillentas, con mucosidad, desde hacía 2 semanas. A la exploración presentaba palidez de mucosas, hiperemia orofaríngea y hepatoesplenomegalia. En la analítica destacaba PCR 4,4 mg/L, 17.500 leucocitos con linfocitosis, Hb 9,2 g/dL, 549.000 plaquetas. VSG 34 mm/h. El antígeno de *Plasmodium* fue positivo en 2 ocasiones, con negatividad de la gota gruesa. Se inició tratamiento con sulfato de quinina (25 mg/kg/día, 3 dosis) y clindamicina (30 mg/kg/día, 3 dosis) durante 5 días + 1 dosis de pirimetamina-sulfadoxina (último día de tratamiento). Resolución clínica tras el tratamiento, con pruebas negativas al mes del ingreso.

CONCLUSIONES

En nuestro medio, la detección rápida de antígenos puede ser una técnica complementaria de la gota gruesa, sencilla y fiable en el diagnóstico rápido de malaria por *P. falciparum*. No obstante, es fundamental la realización de una gota gruesa para descartar coparasitación y medir parasitemia. Las parasitemias bajas pueden dar falsos negativos (aunque en este caso la negatividad de la gota gruesa hace pensar en una cifra de parásitos circulantes baja) y el tiempo desde el tratamiento previo, con persistencia de la clínica y buena respuesta terapéutica actual hacen poco probable un falso positivo. En estos pacientes, es esencial un estrecho control en el primer mes postratamiento para descartar infecciones asociadas.



130 RADIOGRAFÍA DE TÓRAX EN PACIENTES CON GRIPE NUEVA CONFIRMADA. PATRONES RADIOLÓGICOS Y EVOLUCIÓN CLÍNICA.

M.E. May Llanas*, L. Canales Aliaga*, J. Torres Fleta*, I.P. Grange Sobe*, A.M. Pizà Oliveras*, J. Pérez Jové**

*Servicio de Pediatría. Hospital Universitari Mútua Terrassa. **Responsable de Microbiología. CATLAB.

INTRODUCCIÓN

Ante la epidemia de gripe nueva (H1N1), en nuestro medio se ha aplicado el plan de actuación del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. En dicho protocolo no se especifica la indicación de realizar una radiografía de tórax, quedando a criterio del médico que realiza la visita en urgencias. La determinación de PCR a tiempo real del virus H1N1 en exudado nasofaríngeo ha quedado restringida a aquellos casos que cumplieran criterios de ingreso o factores de riesgo.

OBJETIVOS

- 1- Describir un patrón radiológico causado por la gripe H1N1 en la población pediátrica.
- 2- Valorar la evolución de los pacientes con gripe H1N1 y afectación respiratoria clínica y/o radiológica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión retrospectiva de los pacientes diagnosticados de gripe H1N1 a los que se realizó radiografía de tórax en el momento del diagnóstico, recogiendo datos epidemiológicos, clínicos y radiológicos. Las radiografías de tórax han sido revisadas por dos médicos del servicio de radiodiagnóstico de nuestro hospital.

RESULTADOS

Se han recogido 15 pacientes (7 niñas y 8 niños). Edad media de 7 años (3 meses-14 años). Antecedentes de contacto en 2 casos y personales en 8. 14 tenían fiebre, con temperatura media de 39°C y evolución de 48,3 horas (4-72). La saturación de hemoglobina media fue del 95% (91-99%). La radiografía se indicó por auscultación patológica en 10 casos y en el resto por persistencia de la fiebre a las 72 horas. Fue normal en 11 casos, 3 mostraban afectación del lóbulo medio y uno del lóbulo superior derecho. Se indicó oseltamivir en 7 casos. Precisaron ingreso hospitalario 6 pacientes y 9 fueron dados de alta tras 4 horas de observación. Todos los pacientes evolucionaron de forma favorable.

CONCLUSIONES

La radiografía de tórax fue normal en la mayoría de los casos.

En los que no fue normal predominó la afectación del lóbulo medio.

Pese al escaso número de casos, se puede afirmar que incluso con afectación respiratoria la evolución de la enfermedad fue favorable.



131 RELACION ENTRE BIOMARCADORES DE FIBRINÓLISIS Y LAS CARACTERÍSTICAS DE LA NEUMONÍA COMUNITARIA.

E. Beltrán Arasa, J.A. Gil Sánchez, B. Osona Rodríguez de Torres, J.A. Peña Zarza, F. Ferrés Serrat, J. Figuerola Mulet

Servicio de Pediatría. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca.

La activación de la coagulación es frecuente ante una agresión bacteriana en la neumonía grave y la sepsis, destacando la alteración en los valores del dímero D. Su presencia o significación en niños con enfermedad menos severa se desconoce.

OBJETIVOS

Estudiar la relación entre las alteraciones del dímero D y la etiología y otras características de las neumonías adquiridas en la comunidad en los pacientes atendidos en Urgencias de nuestro hospital.

MATERIAL Y METODOS

- 1- Estudio prospectivo realizado en pacientes pediátricos con diagnóstico de neumonía atendidos en Urgencias, entre el 1 de Septiembre de 2009 y el 31 de Enero de 2010.
- 2- En todos ellos se realizó un protocolo de estudio que incluía la medición de los niveles de dímero D.

RESULTADOS

Se incluyeron 102 pacientes de 182 con diagnóstico de neumonía, 56 hombres y 46 mujeres. La edad media fue de 4 años y 6 meses. 62 (60.7%) mostraron una alteración en los valores de dímero D, con un valor medio de 2,1 mg/L (normal: 0.55 mg/L). El dímero D en pacientes con neumonía lobar o segmentaria fue de 1,95 versus 0,78 en los pacientes con neumonía alveolo-intersticial. El valor medio de dímero D fue de 4,04 (IC95% 0,42-7,68) en neumonías bacterianas, versus 1,2 en las víricas (IC95% 0,85-1,55) siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p=0,008$). 45 pacientes presentaron leucocitosis mayor de 15000, de los cuales el 62% tenía elevación de los niveles plasmáticos de dímero D. El 30,6% de los pacientes con alteración del dímero D tenían una PCR mayor de 10 mg/dl. 48 de los 62 pacientes con alteración del dímero D (77,4%) tenían 3 o más días de fiebre cuando se diagnosticaron de neumonía.

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

- 1- El dímero D se postula como uno de los posibles futuros biomarcadores de gravedad de las neumonías adquiridas en la comunidad.
- 2- Existen diferencias entre los niveles plasmáticos de dímero D en neumonías con condensación homogénea (tradicionalmente relacionadas con neumococo) y neumonías con patrón radiológico alveolo-intersticial, así como entre las neumonías con etiología bacteriana identificada y las neumonías con aislamiento de virus respiratorios.
- 3- Se requieren más estudios para comparar el valor diagnóstico del dímero D con otros parámetros analíticos.



132 RENTABILIDAD DE LAS PRUEBAS SEROLÓGICAS EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS

P. García Casas*, B. Del Rey Hurtado de Mendoza*, C. Puente Sánchez*, R. Jiménez García*, M.F. Portero Azorín**, S. Díaz González*

*Servicio de Pediatría, **Servicio de Microbiología. Hospital Puerta de Hierro. Majadahonda.

OBJETIVOS

Evaluar la rentabilidad diagnóstica de las serologías pedidas en Urgencias. Analizar las patologías más frecuentes en las que se solicitan y sus resultados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo realizado en una Unidad de Urgencias pediátricas durante el período comprendido entre marzo 2009 y enero 2010. Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes en los que se solicitaron serologías: Ig M frente a virus ebstein barr (VEB), citomegalovirus (CMV), virus herpes 6 (VH6) y toxoplasma (TXP).

RESULTADOS

Se realizaron pruebas serológicas al 0,5% de los pacientes atendidos en este período (100/22.141), obteniéndose resultados positivos en el 23% (23/100): 10 VEB, 6 VH6, 2 CMV y 1 toxoplasma. Hubo 3 casos positivos simultáneamente para VEB y VH-6 y 1 para VEB y CMV.

La mayoría de serologías se solicitaron por síndrome mononucleósico (54/100). De éstas, fueron positivas 16 (30%): 7 VEB, 3 VH6, 3 VEB+VH6, 1 CMV, 1 VEB+CMV y 1 TXP.

El resto de procesos que motivaron la petición de serologías y sus resultados fueron: 14 síndrome febril (1 positivo), 10 exantema inespecífico (3 positivos), 9 adenopatía aislada (3 positivos), 5 parotiditis (0 positivos), 2 neumonía atípica (0 positivos), 2 PTI (0 positivos), 1 Kawasaki (0 positivos) y 2 miositis (0 positivos).

Tras conocer el resultado de las serologías, la actitud terapéutica no se modificó en ninguno de los casos.

CONCLUSIONES

El motivo más frecuente de solicitud de serologías en la Urgencia en nuestro estudio es el síndrome mononucleósico, y su etiología más común el VEB.

La petición de serologías en un servicio de Urgencias es cuestionable, dado su coste, pobre rentabilidad diagnóstica, retraso en la obtención de los resultados y escasa repercusión en la actitud terapéutica, exceptuando los test rápidos (IgM VEB VCA e Ig M CMV ELFA), cuando están disponibles.

Es necesario elaborar protocolos específicos que guíen las indicaciones y establezcan las pruebas serológicas más rentables a solicitar en Urgencias.



133 REVISIÓN DE CASOS DE SÍNDROME DE SHOCK TÓXICO DURANTE 2 AÑOS EN UN HOSPITAL TERCIARIO

A. Sagastibelza Zabaleta, S. Souto Hernández, J. Hualde Olascoaga, I. Garralda Torres, V. Etayo Etayo, E. Gembero Esarte.

Servicio de Urgencias Pediatría. Hospital Virgen Del Camino. Pamplona

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Shock tóxico (SST) es una enfermedad aguda infrecuente en pediatría, caracterizada por fiebre, exantema, hipotensión y afectación multiorgánica, secundaria a la infección por *Staphylococcus* o por *Streptococcus* productores de toxinas.

OBJETIVO

Tener presente dicha patología en el servicio de urgencias presentando 4 casos de Síndrome de Shock tóxico diagnosticados en nuestro hospital en los últimos 2 años.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Caso 1º: Niño de 13 años que acude al servicio de urgencias por fiebre, odinofagia, cefalea, mialgias, oliguria y exantema. En la exploración destaca hipotensión, exantema macular generalizado predominante en flexuras con afectación palmo-plantar, eritema conjuntival e hiperemia faringoamigdal. La analítica sanguínea muestra leucocitosis con 94% de PMN, elevación de reactantes de fase aguda junto a creatinina de 2,6 mg/dl y alteraciones de la coagulación (protrombina 49%). Se aísla *Staphylococcus aureus* en absceso cutáneo observado durante el ingreso con frotis amigdalares negativos.

2º y 3º caso: 2 niñas, ambas de 13 años que acuden por fiebre de 20-24 horas de evolución de 40°C, odinofagia y vómitos. Una de ellas refiere mialgias y exantema eritematoso con edema en región distal de extremidades superiores. Ambas se encuentran cursando la menstruación con uso de tampones. A la exploración muestran hipotensión arterial y exantema eritematoso en tronco y extremidades con afectación palmo-plantar con hiperemia faríngea y una de ellas asocia hiperemia conjuntival. Las analíticas muestran leucocitosis con desviación izquierda, elevación de reactantes de fase aguda y aumento de transaminasas (>2 valor normal). En una de ellas aumento de CK, protombina del 30% y creatinina de 1,51mg/dl. En ambas se aísla *Staphylococcus aureus* en el frotis vaginal cumpliendo los criterios diagnósticos de SSTs.

4º caso: Niña de 4 años con fiebre de 8 horas de evolución (40°C), dolor abdominal, vómitos y exantema maculoe-ritematoso en tronco. Presenta afectación del estado general con hipoperfusión periférica, hipotensión y exantema maculoe-ritematoso en tronco. En la analítica se observa leucocitosis con desviación izquierda y elevación de reactantes de fase aguda, elevación de CK y alteraciones de la coagulación. Se aisló *Streptococcus pyogenes* en el hemocultivo, cumpliéndose los criterios diagnósticos de SST estreptocócico.

Todos respondieron adecuadamente al tratamiento de soporte hemodinámico y antibioterapia con clindamicina y cloxacilina/vancomicina en los SST estafilocócicos, e inmunoglobulinas en dos de ellos, y cefotaxima, clindamicina y ampicilina en el caso de etiología estreptocócica.

COMENTARIOS

El SST es una entidad poco frecuente que debe sospecharse ante eritrodermia febril con afectación del estado general y compromiso hemodinámico, teniendo en cuenta que el estreptoco como agente causal es más frecuente en los niños de menor edad.

Precisa de diagnóstico y tratamiento precoz por su repercusión multiorgánica. Este estará basado en el soporte hemodinámico, antibioterapia endovenosa y drenaje precoz de posibles abscesos. Las inmunoglobulinas resultaran útiles en los casos refractarios al tratamiento.



134 REVISIÓN DE LAS FARINGOAMIDALITIS AGUDAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS PREVIA A LA IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO.

G. Herraiz Gastesi, M. Arqued Navad, L. Cuadrón Andrés, P. Meléndez Laborda, G. González García
Servicio de Urgencias de Pediatría. HCU Lozano Blesa. Zaragoza.

Introducción

La etiología de la faringoamigdalitis aguda (FAA) frecuentemente es vírica en menores de 3 años. Entre las FAA bacterianas, las producidas por Streptococo-B-hemolitico-grupo A son las de mayor importancia, siendo la penicilina oral su tratamiento de elección.

OBJETIVOS

Estudiar la epidemiología, manifestaciones clínicas y el manejo diagnóstico-terapéutico de las FAA en nuestro servicio de urgencias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de los pacientes menores de 14 años diagnosticados de FAA en el servicio de urgencias de Enero a Junio de 2009.

RESULTADOS

Se incluyeron 883 episodios de un total de 9.871 urgencias (8,94%). El 54,02% eran varones y el 55,98% mujeres, siendo la edad media de $3,84 \pm 3,09$ años. El 48,35% acudieron por cuadro febril <24 horas y los motivos de consulta más frecuentes fueron fiebre (74,97%) y odinofagia (10,30%). Se consideró Centor positivo (3-4 de los criterios siguientes: fiebre $>38^{\circ}\text{C}$, ausencia de signos catarrales, adenopatías y exudado amigdalario) al 44,39% de los pacientes, siendo el 8,72% < de 3 años. El test de detección rápida de estreptococo se realizó al 10,30% de los pacientes. El 4,64% de las FAA presentaban además otitis media, y el 1,24%, proceso infeccioso de vías bajas. El tratamiento pautado fue: analgesia exclusiva (27,51%), Penicilina (11,09%), Amoxicilina (45,41%), Amoxicilina-clavulánico (8,6%) y otros antibióticos (6,22%). A los pacientes que acudieron con cuadro febril <24 horas se les pautó menos antibiótico que a los cuadros febriles más prolongados (62,1% vs 80%). A 89 pacientes se les realizaron pruebas complementarias; de éstos, el 65,1% presentaba cuadro febril >24horas, y un 15,73% asociaban otro diagnóstico. De los pacientes Centor positivo, el 10,71% fueron sometidos a test de detección rápida de estreptococo, dando positivo el 35,7% y tratándose con penicilina oral al 73,33%. Los Centor positivo fueron más frecuentes en los mayores de 3 años (46,03% vs 18,5%), pero los < de 3 años recibieron más antibioterapia (74,03% vs 68,5%). El antibiótico más pautado en ambos grupos fue la amoxicilina, aunque en mayores de 3 años se produjo una mayor tendencia a la prescripción de penicilina (14,78% vs 6,97%).

CONCLUSIONES

La clínica que presentan nuestros pacientes se ajusta epidemiológicamente al grupo de edad al que pertenecen. Prescribimos más antibiótico en el grupo de edad que en menor proporción lo requiere. Aplicamos en escasas ocasiones el test de diagnóstico rápido de streptococo entre los Centor positivo. A pesar de que la penicilina sea el tratamiento de elección pautamos con mayor frecuencia amoxicilina presumiblemente por sus propiedades organolépticas y forma de presentación que sugiere una mayor aceptación entre los pacientes más pequeños. Es imprescindible la implantación de un protocolo en nuestro servicio que conlleve un mejor manejo de esta patología.



135 TOSFERINA, UNA ENFERMEDAD POTENCIALMENTE GRAVE.

M. Montes Ciudad, C. Flores Rodríguez, L. Hurtado Barace, A. Pascual Bonilla, M. Sánchez Moreno, M.J. Lozano de La Torre.

Servicio de Pediatría. H.U. Marqués de Valdecilla. Santander.

INTRODUCCIÓN

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

OBJETIVOS

Analizar las características clínico-epidemiológicas de los menores de 1 año diagnosticados de tos ferina que requirieron hospitalización, con especial atención a los síntomas que motivaron su asistencia a la Unidad de Urgencias.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de los lactantes diagnosticados de tos ferina que precisaron ingresar en los últimos 10 años (2000-2009). Se analizaron: edad, sexo, estado vacunal, síntomas que motivan la visita a Urgencias, número de consultas a Urgencias por ese motivo, diagnósticos previos, pruebas complementarias en Urgencias, estudio microbiológico, evolución y letalidad.

RESULTADOS

Se identificaron 38 pacientes, con edad media al diagnóstico de 2.08 meses (rango: 22 días-4 meses), 27 de ellos varones. La mayor incidencia tuvo lugar en los años 2000 (11 casos), 2007 (6) y 2009 (9). 24 niños (63.1%) no habían recibido ninguna dosis de DTP, 13 (34.2%) sólo una y 1 paciente, 2 dosis. La media de visitas a Urgencias previo al ingreso fue de 1.31 (1-3). El tiempo medio de evolución de los síntomas fue de 6.82 días (rango 1-30) El motivo de consulta más frecuente fue la tos en accesos (92.3%), seguida de episodios de cianosis (74.3%) y gallo inspiratorio (43.5%). Otros síntomas consultados fueron el rechazo de la alimentación, hipotonía, episodios de apnea o atragantamiento, dificultad respiratoria y fiebre. Casi en la mitad de los casos el diagnóstico de sospecha fue en la primera consulta a Urgencias, mientras que 11 pacientes tuvieron que reacerudir y en 10 casos se llegó al diagnóstico durante el ingreso. Las pruebas más solicitadas en Urgencias fueron gasometría, hemograma y bioquímica sanguíneas y radiografía de tórax. De las 13 gasometrías realizadas, sólo 2 tenían acidosis respiratoria, siendo el resto normales. La mayoría de los pacientes presentaron linfocitosis y trombocitosis en la analítica sanguínea, con PCR normal. Se hizo radiografía de tórax a 19, mostrando neumonía en 1 caso y atelectasias en 2. Hasta el año 2006 el diagnóstico microbiológico se basaba en el cultivo específico de *Bordetella*, siendo positivo en 11 de 16 pacientes. A partir de 2006, el diagnóstico se confirmaba con en la positividad de la PCR. En esta revisión, se hizo PCR de *Bordetella* en 20 pacientes, siendo 19 positivas. La mayoría de los niños (31) fueron tratados con eritromicina y el resto con otros macrólidos. Recibieron tratamiento los familiares de 20 pacientes. Un lactante de 43 días falleció y 7 presentaron complicaciones graves, precisando ingreso en cuidados intensivos.

CONCLUSIONES

El lactante pequeño con inmunización ausente o parcial es el grupo más vulnerable a la infección por *Bordetella pertussis*, condicionando formas graves e incluso mortales. Por ese motivo, es muy importante sospechar esta enfermedad en el Servicio de Urgencias, aunque es difícil su diagnóstico en la fase catarral de la enfermedad.



136 USO DE OSELTAMIVIR DURANTE LA EPIDEMIA DE NUEVA GRIPE H1N1.

N. González Pacheco*, R. Hidalgo Cebrián*, A. Rodríguez Sánchez de la Blanca*, M. Santos Sebastián**, A. Rivas García*, J. Saavedra Lozano**

*Servicio de Urgencias de Pediatría, **Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

OBJETIVO PRINCIPAL

Describir las características clínicas de los pacientes a los que se administró tratamiento con oseltamivir de modo ambulatorio, durante el periodo epidémico de gripe A H1N1. Objetivos secundarios: describir la evolución clínica de dichos pacientes, así como la tolerancia del tratamiento antiviral.

MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos un estudio prospectivo observacional en el servicio de urgencias de un hospital terciario. Se incluyeron 41 pacientes en edad pediátrica con clínica compatible con síndrome gripal y con indicación de tratamiento con oseltamivir de modo ambulatorio, durante la epidemia de Gripe A H1N1 (1 de octubre - 31 de noviembre, 2009). Se recogieron variables demográficas, clínicas, diagnósticas y terapéuticas.

RESULTADOS

La mediana de edad de los pacientes fue de 48 meses (rango 23-102) siendo el 61% de ellos varones. La mitad de los pacientes (58%) fueron atendidos en el mes de noviembre. El 80,5% (33) presentaban algún factor de riesgo de complicación; siendo los más frecuentes la presencia de patología respiratoria (38,2%) y cardiaca (32,5%). En 14 niños (34,1%) el tratamiento antiviral se indicó debido a la presencia de infiltrado en la radiografía de tórax, la cual se solicitó en el 61% de los casos. En 17 se realizó RT-PCR H1N1, 7 de las cuales resultaron positivas. Un 29,2% (n=12) presentaron alguna complicación asociada, siendo la presencia de broncoespasmo la más frecuente (58,3%). No precisó ingreso hospitalario ninguno de los niños incluidos. En 20 pacientes (48,7%) se administró de manera concomitante tratamiento antibiótico (60% amoxicilina). La edad media de estos pacientes fue significativamente menor que la del grupo que únicamente recibió tratamiento antiviral (30 meses vs 72 meses $p = 0,007$). Los casos que recibieron tratamiento antibiótico presentaban una evolución clínica más prolongada (2 días vs 1 día $p = 0,03$). Todos los pacientes recibieron un ciclo de 5 días de tratamiento antiviral. Un 14,6% presentaron reacciones adversas atribuibles al fármaco, todas ellas gastrointestinales y que no obligaron a la interrupción del mismo. Los datos han sido analizados mediante SigmaStat 2000.

CONCLUSIONES

El motivo más frecuente de prescripción de oseltamivir fue la presencia de algún factor de riesgo de complicaciones.

La radiografía de tórax fue la exploración complementaria más frecuentemente solicitada.

La edad menor de 36 meses y la evolución clínica por encima de las 48 horas se correlacionan de manera significativa con el empleo de antibioterapia.

En nuestro grupo de estudio el tratamiento con oseltamivir fue bien tolerado, sin que se observaran reacciones adversas significativas derivadas del mismo.



137 UTILIDAD DEL TEST DE DETECCIÓN RÁPIDA DE ANTÍGENO DE ESTREPTOCOCO EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ESCARLATINA EN URGENCIAS.

P. Huerta Blas, S. Ortiz Madinaveitia, J.A. Morales Hernández, G. González García.
Servicio de Urgencias de Pediatría. HCU Lozano Blesa. Zaragoza.

INTRODUCCIÓN

La escarlatina es un síndrome clínico que consiste en fiebre, cefalea, odinofagia, adenopatías y un exantema en papel de lija, producido por la liberación de toxinas eritrogénicas del estreptococo , hemolítico del grupo A. Su diagnóstico fundamentalmente es clínico.

OBJETIVO

Revisar las características clínicas de los casos de escarlatina que acudieron a nuestro servicio de urgencias, así como la utilización del test de detección rápida del estreptococo y la actitud terapéutica adoptada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo de los 30 pacientes con diagnóstico al alta de escarlatina con resultado positivo en el test de detección rápida del estreptococo, desde Enero a Junio de 2009.

RESULTADOS

La edad media de presentación fue de $3,4 \pm 1,86$ años, siendo más frecuente el grupo mayor de 3 años (57%). La distribución por sexos fue: varones (43%) y mujeres (57%). Los síntomas generales más frecuentes fueron: odinofagia (90%), fiebre (83%), adenopatías (50%), prurito (40%), vómitos (30%) y cefalea (13%). El 76,6% asociaban tres o más síntomas generales. El tiempo de evolución del cuadro clínico a su llegada a urgencias fue: <24 horas (27%); 24-48 horas (63%); 48-72 horas (3%) y más de 3 días (7%). En la exploración física el 100% de los pacientes presentaba un exantema micropapular fino en tronco que blanqueaba a la vitropresión,. El 70% presentaban el hallazgo típico en "piel de gallina", en el 67% se apreciaba blanqueamiento del triángulo nasolabial (facies Filatow) y en el 30% se objetivaban líneas hiperpigmentadas en pliegues (líneas de Pastia). En la exploración de la orofaringe el 77% presentaban lengua aframbuesada, y el 20% enantema y petequias en paladar. No se observó descamación foliácea en ningún paciente. En todos los pacientes se realizó el test de detección rápida del estreptococo con resultado positivo. En un caso se produjo la confirmación diagnóstica mediante frotis faríngeo (positivo streptococcus grupo A). El 97% fue tratado con penicilina vía oral. Un paciente requirió tratamiento con claritromicina vía oral por alergia a penicilina.

CONCLUSIONES

Los síntomas generales más frecuentes de los pacientes diagnosticados de escarlatina fueron la fiebre, el dolor de garganta y las adenopatías. La utilización del test de detección rápida del estreptococo pudo ayudar en el diagnóstico de escarlatina. La mayoría de los pacientes con test positivo, se trataron con penicilina vía oral como recomiendan las distintas guías terapéuticas.



138 VALOR DE LA LEUCOPENIA EN EL LACTANTE MENOR DE 3 MESES CON FIEBRE SIN FOCO

E. López Gutiérrez, N. Paniagua Calzón, A. Romero Candel, J. Benito Fernández, S. Mintegi Raso, B. Gómez Cortés.

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

ANTECEDENTES

El manejo clásico del lactante menor de 3 meses con fiebre sin foco (FSF) contempla la realización de pruebas complementarias, entre las que se incluye el recuento leucocitario. Tanto los criterios de Rochester como de Philadelphia exigen un recuento de entre 5000 y 15000 leucocitos/mm³ para que un lactante febril pueda ser considerado de bajo riesgo.

OBJETIVOS

- 1.- Evaluar la prevalencia de leucopenia entre los lactantes menores de 3 meses con FSF.
- 2.- Analizar la relación de la leucopenia con el riesgo de infección bacteriana potencialmente grave (IBPG).

MÉTODO

Estudio retrospectivo basado en registro que incluye a los lactantes menores de 3 meses con FSF atendidos en nuestro Servicio de Urgencias de Pediatría durante 6 años (1/9/2003 - 31/8/2009). Se recogieron datos demográficos, manejo en Urgencias, diagnóstico y evolución.

RESULTADOS

Se atendieron 1383 lactantes, practicándose hemograma a 1232 (89.1%), siendo ésta la población a estudio. De éstos, 75 (6.1%) presentaban menos de 5000 leucocitos/mm³, 858 (69.6%) entre 5.000 y 15.000/mm³ y 299 (24.3%) más de 15000/mm³. 259 (21%) fueron diagnosticados de IBPG, presentando 9 de ellos (3.5%) leucopenia.

La incidencia de IBPG fue del 12.0% en el grupo de pacientes con leucopenia, vs 16.1% en el grupo con recuento leucocitario normal ($p=0.44$) y 37.5% en el grupo de pacientes con leucocitosis ($p=0.00004$).

De los 1232 lactantes con FSF, 1170 (95.0%) presentaban buen estado general a su llegada al SUP. En este grupo, el 4.7% de los que tenían leucopenia tuvo una IBPG vs el 15.5% del grupo con recuento normal ($p=0.03$) y el 37.0% del grupo con leucocitosis ($p=0.0000009$).

En el grupo de pacientes sin buen estado general la prevalencia de IBPG fue de 54.5 en el grupo con leucopenia vs 27.3% en el grupo con recuento normal ($p=0.14$) y 57.1% en el grupo con leucocitosis, ($p=1$).

CONCLUSIONES

La leucopenia es un hallazgo poco frecuente en los lactantes menores de 3 meses con FSF. La leucopenia, en ausencia de alteración del estado general del lactante, no debe ser considerada un factor de riesgo de IBPG.



139 EPILEPSIA DESENCADENADA POR NEUROCISTICERCOSIS: A PROPÓSITO DE UN CASO.

A. Holgueras Bragado, L. García Arroyo, A.M. García Sánchez, R. Díaz Conejo, O. García Campos, E. Crespo Rupérez

Pediatría. Hospital Virgen de La Salud. Toledo.

INTRODUCCIÓN

La neurocisticercosis es la parasitosis que con mayor frecuencia afecta al sistema nervioso central. El hombre adquiere la enfermedad tras la ingesta de huevos de *Taenia solium*. Es endémica en numerosos países de América Latina, África y Asia. La mayoría de los portadores infectados están asintomáticos o pueden presentar desde síntomas leves hasta formas graves. Los cuadros clínicos más frecuentes son: epilepsia, hipertensión intracraneal, alteraciones neuropsiquiátricas y signos de focalidad neurológica, pudiendo aparecer hasta pasados 30 años del contacto. El diagnóstico es clínico y radiológico (la imagen patognomónica es la identificación del escólex en una lesión quística). El tratamiento debe ser individualizado teniendo en cuenta el número de lesiones, el estadio de las mismas y su localización.

CASO CLÍNICO

Niña de 11 años, sin antecedentes de interés, de origen ecuatoriano y residente en España desde hace 5 meses, acude a urgencias por presentar 2 episodios paroxísticos de desviación de la comisura bucal hacia la izquierda y parestesias en hemicuerpo izquierdo con hemiparesia izquierda postictal. Refiere ingesta de carne de cerdo en Ecuador sin controles sanitarios.

Exploración física tras cesar la crisis: Normal salvo parálisis facial central izquierda y hemiparesia izquierda.

Pruebas complementarias: Discreta leucocitosis con fórmula normal. Resto de analítica normal.

Pruebas de imagen: Durante el ingreso se realiza resonancia cerebral objetivándose lesión quística, de 12x17mm única frontal derecha con edema perilesional y realce en anillo del contraste, sugestiva de neurocisticercosis parenquimatosa en fase coloidal como primera posibilidad. Se realizó resonancia de columna y estudio oftalmológico para descartar lesiones en médula espinal y ojos respectivamente, antes de comenzar con el tratamiento.

Mantoux: Negativo. Durante el ingreso se inicia tratamiento con dexametasona, ácido valproico y albendazol. Es dada de alta con exploración física normal.

Evolución: Resonancia cerebral al mes: Importante disminución del edema perilesional y discreta disminución de la lesión quística, compatible con neurocisticercosis parenquimatosa en fase granular. En la actualidad no ha presentado nuevas crisis y está en tratamiento con oxcarbazepina (suspendiéndose el ácido valproico por hipertransaminasemia). Se mantuvo tratamiento con albendazol durante 21 días.

CONCLUSIONES

La mayoría de los casos cursan de forma asintomática. El diagnóstico se basa en la clínica y en los hallazgos radiológicos. La administración de antiparasitarios y/o corticoides debe individualizarse en cada caso. Dado el aumento de población inmigrante en nuestro país debemos tener la sospecha diagnóstica ante pacientes procedentes de países endémicos que presenten sintomatología neurológica, especialmente crisis epilépticas.



140 ANÁLISIS COMPARATIVO DE LAS CONSULTAS POR PALUDISMO EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO EN EL PERÍODO 1997-2009

S. Negre Policarpo, M. Navarro Paterna, M.C. Otero Reigada, A. Nuño Ballesteros
Pediatría. Hospital La Fe. Valencia.

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

Desde 1997 se registran unos 500 casos anuales de malaria en nuestro país (60% en inmigrantes, predominantemente de África), presentándose el 20% en edad pediátrica. Tratamos de determinar la presentación más frecuente y analizar los factores asociados a las oscilaciones diagnósticas en urgencias de un hospital terciario.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo, analizando la clínica y comparando los datos epidemiológicos de nuestro centro con los datos de la OMS y del sistema nacional de vigilancia de datos hospitalarios Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) del MSC.

RESULTADOS

En nuestro centro hospitalario se han diagnosticado un total de 36 casos, 1 procedente de la India, 33 de Guinea Ecuatorial y 2 de Nigeria. El mes de mayor incidencia fue septiembre (el triple que en el resto de meses individuales). La clínica más habitual fue fiebre $\geq 39^{\circ}\text{C}$ (96%, entre 24 h y 11 días, mediana 5 días, aunque en el 80% no estaba presente en ese momento), hepatoesplenomegalia (74%), clínica digestiva (50%), astenia (33%), tos y mucosidad (29%), ictericia (27%) y cefalea (21%). No se objetivaron convulsiones. En cuanto a los datos analíticos, lo más habitual fue la anemia (Hb 7-10,9 g/dL en el 60%), hipertransaminasemia (37%), bilirrubina $> 1,5$ mcg/dL (21%) y PCR > 30 mg/L (74%).

El 68% de los casos fueron por *P. falciparum*, el 16% por *P. vivax*, el 3% por *P. malariae* y el 10% por *P. falciparum* y *vivax* (coparasitación). No se objetivaron casos por *P. ovale*. El 20% de los pacientes habían tenido paludismos previos y el 80% no habían realizado profilaxis. En un 30% se objetivó parasitemia intestinal asociada (*G. lamblia* 70%, *A. lumbricoides* 30%).

La máxima incidencia a nivel nacional se dio en 2003, como en nuestro centro (145 casos, 95 por *P. falciparum*), con tendencia decreciente posterior, con un segundo pico en 2006 (100 casos, 71 por *P. falciparum*). La mayor incidencia de *P. ovale* y *vivax* fue en 1998, con 8 y 14 casos respectivamente. Desde 2007 existe un período meseta en el número de diagnósticos.

Aunque los datos más fiables corresponden al Malaria Atlas Project (existente desde 2007), la OMS coincide en un pico de incidencia en 2003 por intensas lluvias en los países de procedencia en los 6 meses previos a la consulta. No se encontró relación con la tasa de inmigración de dichos países.

CONCLUSIONES

Aunque la gota gruesa debe realizarse en todo paciente febril procedente de áreas endémicas, es conveniente considerar las otras manifestaciones clínicas posibles. Actualmente nos encontramos en un período meseta, pero es previsible un aumento importante en el número de casos en los últimos 6 meses del año dadas las intensas lluvias registradas en los países de mayor incidencia. En todos los casos deben realizarse parásitos en heces así como controles de gota gruesa tras el tratamiento, para descartar coparasitación.



141 ASPIRADO NASOFARÍNGEO EN EL DIAGNOSTICO DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS INFLUENZA A (H1N1).

J.L. Santos Pérez, C. Sorroche Navarro, C. García Salmerón, M.D. Rodríguez Úbeda, M.A. Sánchez Domingo, A. García Vilchez, M.D. Herranz.

Sección de Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Virgen de Las Nieves. Granada.

INTRODUCCIÓN

El aspirado nasofaríngeo tras lavado nasal (LNF) es la técnica más recomendada para la toma de muestras para el cultivo del virus, pero su recogida es difícil y resulta desagradable para el paciente, por lo que a veces se usan técnicas alternativas, como la recogida de exudado nasofaríngeo (ENF).

OBJETIVO

Valorar la validez del aspirado nasofaríngeo para el diagnóstico de gripe A en Urgencias de Pediatría y describir la realización adecuada de la técnica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Al inicio de la epidemia se recogieron 14 muestras en pacientes con sospecha de gripe A mediante toma de exudado con escobillón de dacron. Posteriormente, y a indicación del Servicio de Microbiología, se toman mediante técnica de lavado y aspirado nasofaríngeo 256 muestras según el procedimiento que se describe a continuación:

1. Las secreciones nasofaríngeas se aspiran a través de un catéter conectado a un bote sellado con un segundo catéter conectado a una fuente de vacío.
2. El catéter se introduce a través de la ventana nasal hasta alcanzar la nasofaringe.
3. Se aplica la aspiración y se comienza a retirar el catéter con un movimiento de rotación.
4. Se repite el procedimiento con el mismo catéter en la otra ventana nasal.
5. Se lava el catéter con 3 ml de medio de transporte o suero fisiológico y se cierra el bote.
6. Se envía la muestra al servicio de Microbiología para su procesamiento inmediato.
7. Registro de la técnica y resultados en historia digital del paciente.

Las muestras son analizadas mediante técnica rápida de ELISA. En los casos negativos se realiza cultivo de virus con identificación posterior.

RESULTADOS

De los 14 ENF recogidos, 11 fueron negativos para el ELISA, de los cuales 7 fueron positivos para el cultivo ($S = 0.15$). De las 256 muestras recogidas mediante LNF, 177 fueron inicialmente negativas. De ellas 32 tuvieron resultados positivos en cultivo ($S = 0.71$).

CONCLUSIONES

La realización adecuada de LNF permite un aumento de la sensibilidad del cribado rápido de la gripe A, por lo se recomienda este método de recogida de muestras como el más eficiente en Urgencias de Pediatría. Con la realización de la técnica cumplimos dos objetivos: despejar vía aérea superior de mucosidad y recoger muestra para envío y estudio del virus que permite una mayor sensibilidad y especificidad.



142 ALERGIA A TATUAJE DE HENNA NEGRA

M.C. Moreno Algarra*, E. García Requena**, G. Milano Manso*

*Servicio Pediatría. **Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Materno Infantil de Málaga.

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS

La realización de tatuajes semipermanentes con henna negra es una práctica que se ha extendido en los últimos años en periodo estival entre los niños y los adolescentes, dada su aparente inocuidad. La henna natural suele llevar, en nuestro medio, aditivos para mejorar el resultado del tatuaje tales como la parafenilendiamina (PPD), un aditivo que aumenta la fijación y el color del dibujo, con alto poder sensibilizante y presente en tintes capilares y otros productos.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Se presenta caso clínico de niño de 7 años que acude a urgencias por presentar desde hace una semana una lesión pruriginosa e inflamatoria en el abdomen, tras la realización de un tatuaje con henna negra en Marruecos. La lesión había aparecido 2 días después de su realización y había empeorado en los últimos días a pesar de tratamiento prescrito por su pediatra con crema de metilprednisolona. Tiene un hermano que se realizó otro tatuaje por el mismo personal y sin reacción. En sus antecedentes no hay historia de dermatitis previa ni de atopia

Exploración: lesión eritematosa pruriginosa ligeramente exudativa de un cm de grosor delimitando el dibujo realizado con zonas hiperpigmentadas dentro de la misma.

Evolución: Fue derivado a la consulta de Dermatología por nuestro servicio desde donde se continuó el seguimiento del paciente, dos meses después de la aplicación del tatuaje semipermanente de henna persiste lesión hipopigmentada en la zona de aplicación

COMENTARIOS

La exposición a PPD puede producir una sensibilización permanente en algunas personas. El mecanismo de dicha sensibilización puede ser previa si había tenido contacto anterior con tintes capilares o sensibilización a colorantes textiles, o activa que puede aparecer hasta 15 días después de la realización del pseudotatuaje. La lesión es de tipo eccematoso descamativo o exudativo y habitualmente mejoran tras el tratamiento con corticoides tópicos. Puede producir lesiones residuales hipo o hiperpigmentadas.

Al ser una sensibilización de tipo permanente, el uso posterior de productos que contengan PPD o derivados, y otros productos como las sulfonamidas, fotoprotectores con PABA y algunos anestésicos locales que presentan reacción cruzada, pueden provocar nuevas reacciones.

La práctica de tatuajes semipermanentes no está contemplada en la normativa de cosméticos ni de tatuajes, por lo que no hay un control ni del personal que lo realiza, ni de la cantidad de PPD que se añade a la henna natural. Debería desaconsejarse dicha práctica hasta que sea regulada su composición.



143 EDEMA HEMORRÁGICO AGUDO DEL LACTANTE.

M.C. López Navarro, V. Sebastián Barberán.

Centro de Salud Alzira. Valencia.

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS

El edema hemorrágico agudo del lactante (EHAL) es una vasculitis leucocitoclástica de vasos pequeños de afectación exclusivamente cutánea, de carácter benigno (aunque presenta una florida expresión clínica) curso autolimitado y que evoluciona a la resolución espontánea sin tratamiento. Es importante su conocimiento para poder establecer el diagnóstico diferencial con otras entidades que si requieren tratamiento para evitar complicaciones.

OBSERVACIONES CLÍNICAS:

Presentamos el caso de un lactante varón de 6 meses que acude a urgencias por aparición de un eritema de predominio en cara, y edema de pabellones auriculares al 7º día de tratamiento con amoxicilina (80 mg/kg) por una otitis media aguda.

A la exploración clínica se objetiva: P: 8.6 Kg., Tª.36.6, buen estado general, exantema con lesiones eritematosas bien delimitadas en placas con centro claro, localizadas en región perioral facial, con base edematosa y alguna lesión aislada en tronco. Asocia además, edema de pabellones auriculares, dorso de manos y pies. No hay afectación de mucosas y no se evidencia dolor abdominal.

Antecedentes: No refieren introducción de ningún alimento ni contacto con alérgenos

Exploraciones complementarias que se realizaron: Tira reactiva en orina: negativa. Determinación rápida de antígeno de estreptococo: negativa.

Se diagnostica de urticaria, administrándose un antihistamínico y tras unas horas de observación se remite a domicilio. Se cita a las 48 de evolución en su centro de salud para control, sin administrar ningún tratamiento. Se evidencia la evolución de las lesiones en placa a lesiones anulares purpúricas que predominan en cara, brazos y piernas con alguna lesión aislada en tronco, no hay descamación ni lesiones de rascado. Permanece el edema de pabellones auriculares, dorso de manos y pies.

Dado el excelente estado general se cita a un nuevo control clínico a los 7 días. Presenta exantema en resolución, sin nuevas lesiones y con desaparición casi por completo del edema de zonas acras.

12 meses después, no han recidivado las lesiones ni han aparecido ningún tipo de complicaciones digestivas ni renales.

COMENTARIOS:=

El diagnóstico de EHAL es principalmente clínico, de etiología desconocida, que aparece en brotes, presentando las lesiones diferentes estadios. El diagnóstico implica descartar entidades como: síndrome de Sweet, meningococemia, el eritema multiforme, la urticaria y la púrpura de Schonlein Henoch; enfermedades todas ellas que pueden requerir puntualmente tratamiento urgente y en algunos casos vigilancia de la aparición de complicaciones.



144 EDEMA HEMORRÁGICO DEL LACTANTE.

L. Zugadi Zárate*, B. Herrero Velasco*, R.A. Muñoz Codocedo*, A. Pérez Villena*, J. López González**, M. de La Torre Espí*.

*Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. **Hospital Príncipe de Asturias. Madrid.

FUNDAMENTO

El edema hemorrágico del lactante es una vasculitis leucocitoclástica con depósitos en la inmunofluorescencia de complemento, IgM e Ig A. Comparte características fisiopatológicas con la púrpura de Schölein-Henoch. Las manifestaciones clínicas típicas incluyen: exantema purpúreo y edema de aparición súbita en la región distal de las extremidades, las orejas y las mejillas junto con fiebre. Es un cuadro autolimitado de 1-3 semanas de duración que cursa sin afectación del estado general. No precisa tratamiento en la mayoría de los casos.

OBJETIVO

Mostrar la iconografía de un edema hemorrágico del lactante con intención docente.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Una niña de 7 meses de edad consulta por un cuadro de edema en pies y tobillos de 12 horas de evolución, asociando fiebre en las últimas 4 horas. A su llegada a urgencias está estable, con buen estado general y constantes vitales normales para su edad. En la exploración presenta edemas en ambos pies y rodilla derecha, lesiones purpúreas en extremidades inferiores, mejillas y pabellón auricular; sin alteraciones vasomotoras. El resto de la exploración pediátrica general es normal. En urgencias se realiza un análisis de sangre con los siguientes resultados: hemoglobina: 11.8 g/dl, leucocitos 23010/mm³ (56% neutrófilos, 2% cayados), plaquetas 680000/mm³ y proteína C-reactiva 3 mg/dl. Las pruebas de coagulación son normales, el hemocultivo y el urocultivo son negativos. La evolución del cuadro fue favorable, con desaparición progresiva de las lesiones purpúreas así como del edema asociado en 12 días.

COMENTARIOS

El edema hemorrágico del lactante debe incluirse en el diagnóstico diferencial de los exantemas purpúreos del lactante. Es un diagnóstico sencillo, si se conoce, que se puede establecer sin necesidad de pruebas complementarias.



145 ENFERMEDAD DE KAWASAKI: REVISIÓN DE CASOS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA.

O. Gómez Cámara, I. Galé Ansó, R. Manso Ruiz de la Cuesta, M.L. Rodríguez Sanz, M. Vara Callau, R. Pérez Delgado.

Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza.

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Kawasaki es una vasculitis que afecta a los vasos de pequeño y mediano calibre. En el 80% de los casos se da en niños menores de 5 años siendo aún más frecuente en lactantes y presenta un ligero predominio masculino (1,6:1). Su diagnóstico se basa en el cumplimiento de una serie de criterios clínicos. Es imprescindible la presencia de fiebre y se puede acompañar de inyección conjuntival bilateral no exudativa (85%), alteraciones de la mucosa labial y oral (90%), exantema (80%), adenopatías cervicales (70%) y cambios en las extremidades (70%).

MATERIAL Y MÉTODOS

Describir las características clínicas y analíticas, así como la evolución de pacientes diagnosticados de Enfermedad de Kawasaki, a través de un estudio descriptivo retrospectivo, de los 16 pacientes que ingresaron en nuestro hospital tras sospecha de esta patología al ser vistos en nuestro Servicio de Urgencias en el periodo de Enero de 2007 a Enero de 2010.

RESULTADOS

De los 16 casos de enfermedad de Kawasaki, 10 fueron niños y 6 niñas, de los cuales sólo 3 fueron mayores de tres años (6 eran menores de 1 año y los otros 7 estaban comprendidos entre el año y los 3 años). En cuanto a la clínica, el 100% de los pacientes presentó fiebre, de los cuales 5 al diagnóstico llevaban 6 ó más días de evolución. Se observó inyección conjuntival en 11 pacientes, alteraciones en labios y boca en 10, exantema en 12, adenopatías cervicales en 7 pacientes y cambios en las extremidades se observaron en 5 de los 12 pacientes. Dado que la irritabilidad es una manifestación clínica frecuente en esta enfermedad, tuvimos en cuenta en nuestro estudio su aparición y observamos que en 8 de los pacientes constó en la historia la presencia de la misma. Respecto a las alteraciones analíticas, el 75% cursó con Proteína C Reactiva elevada y el 86,6% con Velocidad de Sedimentación Globular (VSG) elevada por encima de 40mm/hora. La presencia de trombocitosis a partir del 7º día sólo la encontramos en 6 de los pacientes. Un 25% de los pacientes presentó alteraciones en el Ecocardiograma. En cuanto al tratamiento el 100% recibió Inmunoglobulina i.v. y Acido acetil-salicílico, todos antes del 10º día de fiebre excepto 1 que recibió el tratamiento en el 12º día de fiebre. Se obtuvo en el 100% de los casos una respuesta favorable con desaparición de la fiebre en menos de 48 horas tras el tratamiento.

CONCLUSIONES

La enfermedad de Kawasaki en la actualidad constituye la principal causa de cardiopatía adquirida en la infancia, por lo que es fundamental su diagnóstico y tratamiento precoz, de ahí la importancia de su sospecha en Urgencias. Aunque su diagnóstico es clínico, la VSG deberá solicitarse de urgencia en toda sospecha de Kawasaki porque ayuda al diagnóstico.



146 ¿ES SEGURO EL USO DE ADRENALINA EN SOSPECHA DE ANAFILAXIA?

E. Arroabarren Aleman, M.S. López García, E.M. Lasa Luaces, S. Juaristi Irureta, I. Olaciregui Echenique, J.A. Muñoz Bernal.

Servicio de Pediatría. Hospital Donostia.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

A pesar de que la adrenalina es el tratamiento de elección en la anafilaxia, su uso es infrecuente. Uno de los motivos es el temor a sus posibles efectos adversos. Nuestro objetivo es conocer la tolerancia de la adrenalina y las características en su utilización en la anafilaxia en Urgencias de Pediatría.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de los informes de alta de Urgencias entre 01/01/2004 y 31/12/2009 con diagnósticos de urticaria, alergia inespecífica, angioedema o shock anafiláctico según el CIE-9 (Clasificación Internacional de Enfermedades), seleccionando aquellos en que se administró adrenalina como parte del tratamiento. Análisis del número de pacientes, características demográficas, indicación del medicamento, número de dosis, vía de administración, efectos adversos.

RESULTADOS

En el periodo revisado se registraron 32 pacientes que habían sido tratados con adrenalina. La mediana de edad fue de 6 años (8 meses-13 años), siendo 18 niños y 14 niñas. Treinta pacientes presentaron síntomas de anafilaxia y 4 afectación exclusivamente cutánea. Se administraron un total de 41 dosis (26 pacientes recibieron una dosis, 5 precisaron dos dosis y un paciente precisó tres dosis de adrenalina subcutánea seguidas de adrenalina endovenosa). La vía de administración más utilizada fue la intramuscular (21 dosis), seguida de la subcutánea (14 dosis) y la endovenosa (4 dosis).

En cuanto a los efectos secundarios registrados, 1 paciente presentó palpitaciones tras una dosis intramuscular y otro paciente presentó extrasístoles ventriculares durante la administración endovenosa, obligando a suspenderla. Todos los pacientes recibieron dosis terapéuticas salvo uno, tratado con dosis superior.

COMENTARIOS

La adrenalina ha sido bien tolerada por nuestros pacientes. Sus efectos secundarios han sido poco frecuentes, habiéndose administrado de forma controlada y a dosis adecuadas en la mayoría de los casos. Los efectos secundarios más severos se han relacionado con la administración por vía endovenosa.



147 EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE UN CASO SOSPECHOSO DE ENFERMEDAD DE KAWASAKI.

I. Galé Ansó, O. Gómez Cámara, A. Aldana Tabuenca, N. Martín Ruiz, Y. Romero Salas.
Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

INTRODUCCIÓN

En nuestro hospital se está trabajando en un plan de mejora de calidad asistencial de urgencias pediátricas mediante la protocolización de actuaciones en diferentes patologías. En Enero de 2009 se realizó la última actualización del protocolo de actuación en urgencias de la enfermedad de Kawasaki, según la bibliografía disponible en el momento y basándose en la evidencia.

OBJETIVOS

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

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron de forma retrospectiva los informes de los pacientes atendidos con sospecha de enfermedad de Kawasaki en el periodo comprendido entre Enero de 2007 y Enero de 2010. Los indicadores que se evalúan en nuestro protocolo de actuación son: 1. La duración exacta de la fiebre, 2. La presencia o ausencia de los criterios clínicos y 3. Petición en urgencias de la VSG, que fue el indicador de calidad añadido en la última actualización del protocolo.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se recogieron 16 casos. La constancia de la duración exacta de la fiebre previa a la consulta en urgencias se cumple en un 100%. La constancia de presencia o ausencia de criterios clínicos de la enfermedad de Kawasaki se dio en un 50%, de los cuales la presencia o no de adenopatías y alteraciones en las extremidades fueron los criterios menos recogidos en las historias de urgencias. La petición de la VSG en urgencias constaba en un 50%.

CONCLUSIONES

En cuanto al cumplimiento de los indicadores de calidad, con atención al estándar propuesto, debemos mejorar haciendo hincapié en la solicitud de VSG en Urgencias, importante para el diagnóstico, en toda sospecha de Enfermedad de Kawasaki. Destacamos la importancia de la creación de protocolos, tanto para la revisión periódica de la mejor actuación de acuerdo a la evidencia actual disponible, como la homogenización de las actuaciones en el servicio de urgencias.



148 **EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE UN CASO SOSPECHOSO DE ENFERMEDAD DE KAWASAKI.**

I. Galé Ansó, O. Gómez Cámara, V. Caballero Pérez, A. Aldana Tabuenca, N. Martín Ruiz, Y. Romero Salas. *Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza.*

INTRODUCCIÓN

En nuestro hospital se está trabajando en un plan de mejora de calidad asistencial de urgencias pediátricas mediante la protocolización de actuaciones en diferentes patologías. En Enero de 2009 se realizó la última actualización del protocolo de actuación en urgencias de la enfermedad de Kawasaki, según la bibliografía disponible en el momento y basándose en la evidencia.

OBJETIVOS

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

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron de forma retrospectiva los informes de los pacientes atendidos con sospecha de enfermedad de Kawasaki en el periodo comprendido entre Enero de 2007 y Enero de 2010. Los indicadores que se evalúan en nuestro protocolo de actuación son: 1. La duración exacta de la fiebre, 2. La presencia o ausencia de los criterios clínicos y 3. Petición en urgencias de la VSG, que fue el indicador de calidad añadido en la última actualización del protocolo.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se recogieron 16 casos. La constancia de la duración exacta de la fiebre previa a la consulta en urgencias se cumple en un 100%. La constancia de presencia o ausencia de criterios clínicos de la enfermedad de Kawasaki se dio en un 50%, de los cuales la presencia o no de adenopatías y alteraciones en las extremidades fueron los criterios menos recogidos en las historias de urgencias. La petición de la VSG en urgencias constaba en un 50%.

CONCLUSIONES

En cuanto al cumplimiento de los indicadores de calidad, con atención al estándar propuesto, debemos mejorar haciendo hincapié en la solicitud de VSG en Urgencias, importante para el diagnóstico, en toda sospecha de Enfermedad de Kawasaki. Destacamos la importancia de la creación de protocolos, tanto para la revisión periódica de la mejor actuación de acuerdo a la evidencia actual disponible, como la homogenización de las actuaciones en el servicio de urgencias.



149 PAPEL DEL HOSPITAL DE CORTA ESTANCIA EN LA APLICACIÓN DE PROTOCOLO DE DESENSIBILIZACIÓN ORAL EN PACIENTES CON ALERGIA A PROTEÍNAS DE LECHE DE VACA PERSISTENTE.

D. González Jiménez, M. Arroyo Hernández, M García González, J. Mayordomo Colunga, S. Suárez Saavedra, J. Rodríguez Suárez.
Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es conocer la utilidad del Hospital de Corta Estancia para poder implantar en nuestro centro la desensibilización oral mediante el método de Rush en pacientes con alergia a proteínas de leche de vaca persistente.

MÉTODOS

Se recogieron niños mayores de 3 años diagnosticados de alergia a proteínas de leche de vaca. Como criterios de inclusión se incluyeron: IGE específica para proteínas de leche de vaca positiva y prueba de provocación positiva previa a la desensibilización.

El método de Rush consiste en administrar dosis crecientes de leche durante 5 días, desde 1cc al 1% (99 cc de agua y 1cc de leche) hasta 200 cc de leche pura.

Todos los pacientes ingresaron durante 5 días (5 horas al día) en el hospital de corta estancia para la aplicación del protocolo. En la cabecera del enfermo había preparado material y medicación para reanimación.

RESULTADOS

Se incluyeron 6 niños, 5 de ellos varones. La edad media fue de 7,89 años (3,18-14,85). Los niveles de IGE específica para las proteínas vacunas al inicio de la desensibilización fueron: α -lactoalbumina 5,38 (0,9-16,10) kUa/L, β -lactoglobulina 3,44 (0,35-15) kUa/L, caseína 14,49 (0,6-46,10) kUa/L y leche de vaca 11 (2,10-37,10) kUa/L. Cinco pacientes presentaron síntomas con alguna dosis, de las 120 dosis que se administraron, se produjeron un total de 28 reacciones, la mayoría de ellas, fueron leves (un 93% tipo 1-3 de la clasificación de Clark), solamente se produjo una reacción anafiláctica. Un 68% requirieron únicamente antihistamínicos, el 14% corticoides y antihistamínicos, el 11% corticoides y salbutamol, y el 7% corticoides, salbutamol y antihistamínicos. Tras la desensibilización, 3 pacientes completaron el protocolo y toleraron 200 cc de leche entera y los otros 3 llegaron a tolerar 50 cc de leche entera.

CONCLUSIONES

El Hospital de corta estancia es una opción para la realización de este tipo de procedimientos por la preparación y posibilidad de control clínico estrecho de los pacientes, principalmente en hospitales en los cuales no se disponga de un hospital de día específico para pruebas alérgicas,



150 PÚRPURA DE SCHÖNLEIN-HENOCH: ENFOQUE DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICO Y EVOLUCIÓN DE 84 CASOS DIAGNOSTICADOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.

J. Huerta Aragonés, M. Royo Gómez, M.J. Olmos Jiménez, A. Malo de Molina Meléndez, M.C. Miranda Herrero, M.C. Míguez Navarro.

Servicio de Pediatría. Hospital Materno-Infantil Gregorio Marañón. Madrid.

INTRODUCCIÓN

La *púrpura de Schönlein-Henoch* es la vasculitis leucocitoclástica más común en la infancia. Es una causa relativamente frecuente de consulta en urgencias pediátricas. Su diagnóstico es clínico pero debe hacerse un diagnóstico diferencial con entidades más graves.

OBJETIVOS

Estudiar la epidemiología, las manifestaciones clínicas más frecuentes, el manejo en el servicio de urgencias pediátricas, su seguimiento y su evolución clínica, con objeto de comparar los resultados obtenidos en nuestra población con lo publicado en la literatura.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo realizado en niños diagnosticados de *púrpura de Schönlein-Henoch* entre los años 2005-2009 en nuestro servicio de urgencias pediátricas. Se hizo una revisión de los informes de urgencias y de las historias clínicas, extrayendo datos antropométricos, clínicos, analíticos y evolutivos, que se analizaron mediante SPSS 15.0. Los criterios de inclusión fueron: pacientes con edades comprendidas entre 0-16 años con cuadro clínico y lesiones cutáneas compatibles que no tenían trombopenia asociada.

RESULTADOS

La muestra se compuso por 84 pacientes. La edad media fue de 6,17 años (rango 1-15 años), siendo el 84,5% de los casos menores de 10 años. La distribución por sexos fue similar. El tiempo medio de evolución fue de 4,08 días antes de la primera visita a urgencias. Un 45,5% de los niños habían estado asintomáticos antes de la aparición de las lesiones cutáneas; del resto un 19% habían sido diagnosticados de faringoamigdalitis y un 15,5% de infección respiratoria de vías altas. Un 70,2% de los pacientes estaba afebril al diagnóstico. La afectación articular fue el hallazgo detectado con más frecuencia (48,9%), seguida de las manifestaciones gastrointestinales (31%), edema de partes blandas (20,1%) y alteraciones renales (7,1%). En nuestra muestra ningún paciente presentó afectación neurológica. No se observó anemia, trombopenia ni coagulopatía en ningún paciente. De los 81 pacientes en los que se realizó urianálisis, éste fue patológico en un 12,3%, siendo la microhematuria la alteración más frecuente (4,8%). Un 42,9% de los pacientes realizó más de una visita al servicio de urgencias (media 1,73). Doce pacientes (14,3%) requirieron ingreso (tiempo medio de estancia hospitalaria: 7,42 días). En un 26,2% de los casos se indicó únicamente reposo relativo, tratándose con antiinflamatorios no esteroideos el 64,3% y con corticoides el 4,8% de los pacientes. En el 89,3% de los casos el proceso fue autolimitado, sin recurrencias.

CONCLUSIONES

La *púrpura de Schönlein-Henoch* afecta principalmente a niños menores de 10 años. La afectación articular acompaña con frecuencia a las lesiones cutáneas. Suele tratarse de un proceso autolimitado, pero las manifestaciones clínicas pueden ser muy floridas; por este motivo, un alto porcentaje de pacientes consulta en más de una ocasión en urgencias. No debe olvidarse que, aunque en un bajo porcentaje, pueden asociarse complicaciones graves. En pacientes sin fiebre, y con un cuadro clínico compatible, podría valorarse no realizar pruebas complementarias salvo el urianálisis, si no existe otra indicación para éstas.



151 REVISIÓN DE URTICARIAS/ANGIOEDEMA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS.

D.M. Clavero Chueca, L. Escartín Madurga, S. Ortiz Madinaveitia, E. Muñoz Jalle, G. González García
Urgencias Pediatría. HCU Lozano Blesa. Zaragoza.

INTRODUCCIÓN

La urticaria es un motivo frecuente de consulta en la práctica clínica diaria, debido a su presentación aguda y a la alarma que genera en las familias.

OBJETIVOS

Describir la frecuencia, características y manejo de los cuadros de urticaria-angioedema atendidos en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional de los pacientes menores de 14 años atendidos en nuestro hospital, por cuadro de urticaria o angioedema en el primer semestre de 2009.

RESULTADOS

Durante el primer semestre del año 2009 fueron atendidos 9.871 niños, de los cuales 149 (1,5%) acudieron por cuadro de urticaria-angioedema. (58% varones y 42% mujeres), con una edad media de 4,27 años. La mayoría (77%), consultaron en el turno de tarde-noche. El 32% de los pacientes eran de otra etnia-nacionalidad, la mayoría de los cuales (48%) eran centro-sudamericanos. Fueron diagnosticados el 93,2% de urticaria aguda, el 4,7% de angioedema parcial, 1 de ellos de urticaria crónica, y 2 de angioedema generalizado (uno de los cuales precisó hospitalización). En la mayoría de los casos (82%) se trató del primer episodio de urticaria. Existían antecedentes personales de alergia/atopia en 28% y antecedentes familiares solo en 2% de los pacientes. Los probables agentes desencadenantes fueron: idiopática (39,5%), infección asociada (40,3%), alimentos (8,8%), fármacos (8%), 1 paciente por picadura de himenóptero y 1 por contacto con látex. De entre los fármacos, 66,7% de los casos se atribuyó a la toma de antibióticos beta-lactámicos y 17% a antitusígenos. Del total de los pacientes, sólo uno de ellos presentó broncoespasmo, cediendo con beta-2 adrenérgico nebulizado. La mayoría (99,3%) no precisó ingreso hospitalario. Fue necesario administrar tratamiento en Urgencias en 25% de los pacientes. De los cuales, 53% precisaron adrenalina subcutánea (31% sola, 25% asociada a antihistamínico intramuscular, 19% a corticoide intramuscular); 17% antihistamínico y 17% corticoide por vía intramuscular. Al alta del servicio de Urgencias se entregó hoja informativa y de recomendaciones frente a la urticaria en 66% de los pacientes. El 91,3% requirió tratamiento domiciliario. Se pautaron antihistamínicos clásicos, anti-H1 de primera generación, (hidroxicina o dexclorfeniramina) al 82% de los pacientes, asociando corticoide oral en 18% de los casos. Al 8,8% se pautó anti-H1 no sedantes y al 7,3% nuevos anti-H1, usándolos en asociación con los clásicos en 22% de los casos.

CONCLUSIONES

Se trata de una patología benigna, que constituye un motivo de consulta frecuente, ya que la clínica es muy molesta y se produce una alteración de la imagen corporal del paciente que alarma a los familiares. La mayoría consultan por el primer episodio de urticaria. Lo más frecuente es que se trate de cuadros idiopáticos o asociados a cuadro infeccioso. La mayoría precisan tratamiento sintomático con antihistamínicos anti-H1 sedantes.



152 REVISIÓN DEL PROTOCOLO DE LA PÚRPURA DE SCHÖNLEIN-HËNOCH, ¿HEMOS MEJORADO?

M.L. Rodríguez Sanz, M. Vara Callau, V. Caballero Pérez, I. Galé Ansó, O. Gómez Cámara, R. Pérez Delgado

Unidad Urgencias Pediatría. H. Miguel Servet. Zaragoza.

INTRODUCCIÓN

La púrpura de Schönlein-Hënoch es la vasculitis más frecuente en la infancia. Es, por tanto, un motivo de consulta frecuente en el Servicio de Urgencias. Nuestro protocolo de actuación incluye como indicadores de calidad la toma de tensión arterial, la realización de hemograma, hemostasia y tira reactiva en orina y la derivación a la consulta de reumatología. Incluimos en la última revisión la constancia de la afectación extracutánea. Incluye además los criterios de ingreso y las indicaciones de tratamiento con corticoides.

OBJETIVOS

Revisar el cumplimiento de los indicadores de calidad establecidos en nuestro protocolo de actuación y comparar con los resultados de anteriores revisiones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo retrospectivo en el que se recogen variables clínicas y analíticas del informe de alta de urgencias y de la historia clínica de los pacientes diagnosticados de Púrpura de Schönlein-Hënoch desde el servicio de urgencias de nuestro hospital en el período de tiempo transcurrido entre mayo de 2007 y marzo de 2009.

RESULTADOS

De los pacientes vistos en Urgencias en este período de tiempo fueron diagnosticados 22 pacientes de púrpura de Schönlein-Hënoch. En el 94% de los casos figuraba la realización de hemostasia, hemograma y tira reactiva de orina, y la derivación a la consulta de Reumatología infantil en 2 semanas, mientras que la toma de tensión arterial constaba en el 87% de los casos.

CONCLUSIONES

Se debe incidir en la importancia de realizar un diagnóstico diferencial con otras patologías que cursan con clínica similar (procesos hematológicos, renales, abdominales, cutáneos) mediante la exploración física (incluida la toma de tensión arterial) y realización de pruebas complementarias (hemostasia, hemograma, tira reactiva en orina), y la necesidad de seguir un protocolo de actuación que facilite el proceso y que reduzca la variabilidad en la práctica asistencial, además de mejorar la calidad en la misma. Es fundamental descartar la afectación renal, que marca el pronóstico, y asegurar el seguimiento a largo plazo del paciente, en nuestro caso por el especialista en Reumatología y/o Nefrología. La protocolización también unifica la toma de decisiones sobre los criterios de ingreso y las indicaciones de tratamiento con corticoides. Hemos mejorado el cumplimiento de los indicadores de calidad respecto a revisiones anteriores, aunque se debe seguir incidiendo en la toma de la tensión arterial.



153 REVISIÓN DEL PROTOCOLO DE LA PÚRPURA DE SCHÖNLEIN-HËNOCH

M.L. Rodríguez Sanz, M. Vara Callau, I. Galé Ansó, A. Manero Oteiza, L. Gracia Torralba, C. Campos Calleja

Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

INTRODUCCIÓN

La púrpura de Schönlein-Hënoch es la vasculitis más frecuente en la infancia. La clínica más común es la púrpura palpable, seguido de síntomas articulares, afectación digestiva, y las manifestaciones renales, que son las que marcan el pronóstico de la enfermedad. El diagnóstico es clínico y el tratamiento es de sostén, con reposo y antiinflamatorios. Las indicaciones del tratamiento con corticoides son todavía controvertidas.

OBJETIVOS

Revisar los casos diagnosticados de púrpura de Schönlein – Henoch en nuestra Unidad de Urgencias en el período comprendido entre mayo de 2007 y marzo de 2009.

MATERIAL Y MÉTODOS

Es un estudio descriptivo retrospectivo en el que se recogen variables clínicas y analíticas del informe de urgencias y de la historia clínica de 22 pacientes ingresados desde urgencias de Púrpura de Schönlein-Hënoch en el período de tiempo transcurrido entre mayo de 2007 y marzo de 2009. Se obtienen los datos del registro de pacientes de urgencias.

RESULTADOS

El 75% de los pacientes tenía entre 4 y 8 años y el 25% restante era mayor de 8 años. El 56% de los casos eran mujeres, y el resto (44%) varones. Un 54% relataba antecedente infeccioso previo, un 13% había recibido anteriormente amoxicilina, y un 6% únicamente antiérmicos. El motivo de consulta había sido sólo la púrpura cutánea en un 14%, acompañada de artralgias o artritis en un 49%, púrpura con dolor abdominal en un 23%, púrpura con afectación testicular en un 9% y púrpura más afectación renal en un 5%. El 36% de los casos había requerido ingreso hospitalario, siendo la aparición de artritis el motivo de ingreso más frecuente (37%), el dolor abdominal (27%), la afectación testículo-escrotal (18%), y por último la afectación renal (9%). De los ingresados un 9% tenían púrpura aislada. El 79% fueron tratados con reposo y/o antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), 13% con tratamiento corticoideo y 8% con la combinación de ambos. Las segundas visitas a Urgencias se produjeron en un 27% de los casos, mientras que el reingreso de estos pacientes ocurrió en un 4,5%. Los pacientes con afectación renal, cuyo síntoma principal era la hematuria, fueron seguidos hasta su resolución espontánea en las consultas de reumatología y nefrología.

CONCLUSIONES

La púrpura de Schönlein-Hënoch es una enfermedad generalmente benigna, siendo la afectación renal la que marca el pronóstico, a su vez infrecuente. Se debe tranquilizar a los padres y explicarles de forma comprensible la evolución de la enfermedad, ya que es una patología que genera frecuentes reconsultas en urgencias. En caso de afectación renal se debe asegurar el seguimiento a largo plazo del paciente por parte del pediatra de atención primaria y/o atención especializada.



154 TRATAMIENTO DE LA ANAFILAXIA EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA. LA ADRENALINA POR VÍA INTRAVENOSA, ÚTIL, PERO MUY PELIGROSA.

E. Delgado Fuentes, A. Castroviejo Gandarias, L. Moreno Galarraga, V. Jiménez Serrano, P. Martínez Oloron**, L. Gómez Gómez*

*S. Urgencias Pediatría, ** S. Pediatría. Hospital Virgen Del Camino. Pamplona

INTRODUCCIÓN

En el tratamiento de la anafilaxia en urgencias, la adrenalina es una droga vaso-activa fundamental. Su forma de administración puede ser subcutánea, intramuscular o intravenosa. La administración de este fármaco, por vía intravenosa puede producir graves efectos secundarios.

OBJETIVOS

Mostrar dos pacientes con anafilaxia que presentaron efectos secundarios y complicaciones graves tras la administración de adrenalina por vía intravenosa. Reforzar que la vía de elección para dicho fármaco en la anafilaxia, salvo situación de shock, es la intramuscular.

CASO 1

Niña de 11 años, con antecedentes de alergia a proteínas de leche de vaca, que acude a urgencias por cuadro de anafilaxia tras mínima ingesta de lácteos. Presenta afectación del estado general, con rash habonoso intenso generalizado, prurito en faringe y dificultad respiratoria con sibilancias generalizadas. Hemodinámicamente estable con TA normal. Se trata en urgencias con adrenalina 1:10.000 iv, (0.01 mg/Kg) presentando inmediatamente cefalea, mareos, arritmias cardíacas sintomáticas, insuficiencia cardíaca y edema pulmonar que precisa ingreso en UCIP y ventilación mecánica. Recuperación sin secuelas neurológicas ni cardiológicas.

CASO 2

Niña de 10 años con antecedentes de alergia a proteínas de leche de vaca que presenta anafilaxia por trasgresión dietética. Manifiesta urticaria, afectación de mucosas y clínica respiratoria (polipnea y sibilancias) sin afectación circulatoria. Se administra en urgencias adrenalina 1:1000 subcutánea (0.01 mg/kg) y posteriormente otra dosis por vía intravenosa de adrenalina 1:10.000, presentando inmediatamente, dolor precordial anginoso y alteraciones analíticas, electrocardiográficas y ecocardiográficas compatibles con isquemia miocárdica aguda. Ingresa en UCIP y se trata con cloruro mórfico y nitroglicerina con recuperación total sin secuelas (eco-cardiografía de control normal con fracción de eyección conservada).

CONCLUSIONES

- La adrenalina es un fármaco cada vez más empleado en urgencias de pediatría.
- Las dosis y las vías de administración son muy diferentes según las patologías.
- Un error en las dosis o en la vía de administración puede tener graves consecuencias.
- En el tratamiento de la anafilaxia la vía de administración de elección es la intramuscular
- La vía intravenosa, en la anafilaxia, debe ser reservada exclusivamente para situaciones de parada cardiorrespiratoria o shock, debido a sus graves efectos secundarios.



155 UNA MANIFESTACIÓN ATÍPICA DE LA ALERGI A LAS PROTEÍNAS DE LA LECHE DE VACA

M. Salvado Gine, J. Escribano Subias, E. Guijarro Casas, C. Marimon Blanch, A. Novoa, L. Braviz Rodríguez.

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Sant Joan de Reus.

La alergia a las proteínas de leche de vaca (APLV) constituye la forma de alergia alimentaria más frecuente en los primeros meses de vida. La mayoría de autores coinciden en una incidencia comprendida entre 2-3%. Esta patología se puede manifestar mediante un amplio abanico de síntomas. La clínica más frecuente es la cutánea, en segundo lugar digestiva, aunque también puede presentarse con síntomas respiratorios, e incluso, en casos más graves, como un shock anafiláctico.

CASO CLÍNICO

Neonato de 28 días de vida, alimentado con fórmula de inicio desde el nacimiento, que acude a urgencias por aumento del ritmo deposicional y vómitos. Sin otros síntomas. En la exploración física destaca: regular estado general, coloración grisácea, mala perfusión periférica, pulsos periféricos débiles, tendencia a la taquicardia, y abdomen distendido, no doloroso. El resto de la exploración no muestra alteraciones. En la analítica sanguínea se evidencia acidosis, leucocitosis con desviación a la izquierda y PCR: 173,6 mg/l. Se inicia tratamiento con volumen, bicarbonato endovenoso, y ante la sospecha de sepsis, se inicia antibiótico empírico con Ampicilina y Cefotaxima previa toma de cultivos. Durante su ingreso se sustituye la fórmula de inicio por una fórmula hidrolizada. Ante la presencia de acidosis metabólica y falta de medro, se cursa estudio metabólico. Dada la buena evolución clínica, ganancia ponderal y resolución de la clínica, y con la orientación diagnóstico de sepsis, la paciente es dada de alta al finalizar el tratamiento antibiótico (cultivos negativos), con alimentación mediante fórmula de inicio.

A las 24 horas vuelve a urgencias por la misma clínica. En la analítica presenta de nuevo acidosis metabólica, con parámetros analíticos sugestivos de infección. Se ingresa en planta con tratamiento empírico con Amikacina y Cefotaxima y se inicia alimentación con fórmula elemental ante la sospecha de *manifestación grave de una alergia a las proteínas de leche de vaca*. La paciente evoluciona de forma correcta, con buena ganancia ponderal y normalización clínica y analítica. *Desde el inicio de la alimentación con fórmula elemental no ha presentado más cuadros similares.*

CONCLUSIÓN

Ante un neonato con clínica sugestiva de sepsis, fallo de medro y/o acidosis metabólica es importante pensar en otras entidades etiológicas no infecciosas responsables de la situación clínica del paciente. Entre ellas la alergia a las proteínas de la leche de vaca y las metabolopatías, siendo importante realizar el estudio en el momento de descompensación. Revisando la literatura, hay reportados casos con APLV, que como en nuestro caso, se manifiesta como un cuadro sugestivo de sepsis.



156 ALCOHOL Y PEDIATRÍA: UNA REALIDAD INESPERADA

A.J. Cepillo Boluda*, J.V. Sotoca Fernández**, M.P.S. Hoyos Vázquez*, V. García González*, M.J. Martínez García*, M. Terrasa Nebot***

*Servicio Urgencias de Pediatría. **Servicio Reumatología de Pediatría. ***Servicio Pediatría Social. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

OBJETIVOS

Analizar las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes atendidos en un Servicio de Urgencias Pediátricas (SUP) en los últimos 5 años por intoxicación etílica aguda (IEA), así como el manejo realizado en cada caso. Debido al aumento de esta consulta, proponer un modelo de actuación que optimice la atención de los profesionales sanitarios.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo, mediante la revisión de las historias clínicas desde Enero de 2005 a Diciembre de 2009 de niños que consultaron por IEA.

RESULTADOS

Se incluyeron todos los sujetos en edad pediátrica (hasta 13 años) que consultaron por IEA, resultando un total de 25 pacientes. El 64% eran varones. La media de edad resultó de 12,9 años (desviación estándar de 1,4 años). El 92% de las consultas se efectuaron en días festivos, siendo el 80% entre las 19:00 y las 07:00 horas. Un 64% provenía de áreas rurales. Los motivos de consulta más frecuentes fueron disminución del nivel de conciencia (36%), vómitos (28%) y conductas agresivas-agitación (20%). Asociaron traumatismos un 8% y se registró un intento de autolisis. El 52% se presentaron en fase de labilidad emocional, somnolencia, ataxia y disartria; el 36% en fase de euforia, verborrea e incoordinación; un 12% ingresó en fase de letargia, estupor o inconsciencia. El alcohol ingerido fue de alta graduación en un 56%. Se confirmó el consumo de otras sustancias tóxicas (cannabis y cocaína) en 2 menores. Un 8% presentó hipotermia; ninguno hipoglucemia. La mediana de puntuación en la escala de Glasgow fue de 14 puntos. En un 40% se realizaron estudios analíticos (hemograma, bioquímica, gasometría o tóxicos en orina) y pruebas de imagen en dos pacientes (8%). En ninguno se determinó la alcoholemia sanguínea y en un 56% no se realizó la detección de otros tóxicos. Destaca la disparidad de medidas terapéuticas realizadas: en un 60% se administró tiamina y en un 44% piridoxina; un 60% recibió fluidoterapia iv; otros fármacos administrados fueron: ranitidina (8%), ondansetron (8%), metoclopramida (12%), diazepam (8%), naloxona (4%) y flumace-nilo (4%). El 92% fue dado de alta al domicilio (mediana de estancia de 6 horas, rango 1-48 horas), ingresando un niño en UCIP y otro en planta.

CONCLUSIONES

El perfil del niño que consulta en urgencias por IEA corresponde a un varón de 13 años, de área rural, que acude la tarde-noche de un día festivo, con somnolencia, disartria y ataxia. Debido al manejo tan heterogéneo en cada caso, nuestro servicio percibió la necesidad de elaborar un protocolo de actuación con la finalidad de seguir conductas terapéuticas y diagnósticas semejantes (dentro de la particularidad de cada caso) haciendo hincapié en la importancia de unas adecuadas y efectivas medidas preventivas y en el correcto abordaje multidisciplinar posterior (Pediatría, Salud Mental Infanto-Juvenil y Servicios Sociales).



157 ALTERACIONES HIDROELECTROLÍTICAS EN LA INTOXICACIÓN ETÍLICA AGUDA

V. Arias Constanti*, V. Trenchs Sainz de La Maza*, N. Sanz Marcos*, A.I. Curcoy Barcenilla*, J. Velasco Rodríguez**, C. Luaces Cubells*

*Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. **Laboratorio de Urgencias. Hospital Universitari Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat.

OBJETIVO

Valorar la necesidad de realizar exploraciones complementarias para descartar alteraciones hidroelectrolíticas y de la glucosa en las intoxicaciones etílicas agudas (IEA), analizando su frecuencia, su relación con el grado de intoxicación y las medidas terapéuticas utilizadas para su corrección.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo de las consultas de los adolescentes que acudieron a Urgencias con clínica secundaria al consumo de alcohol (OH) del 1/1/2007 al 30/6/2009. Se seleccionan aquellos a los que se realizó analítica con determinación de concentración de etanol, glucemia, equilibrio ácido-base e ionograma completo. Se excluyen los pacientes afectados de enfermedades crónicas endocrino-metabólicas. Los valores de laboratorio se consideran según los rangos de normalidad del laboratorio de nuestro Hospital. Se considera IEA leve una concentración de OH en sangre <150mg/dl; moderada de 150-300mg/dl, y grave, >300mg/dl. La necesidad de corrección hidroelectrolítica se basa en las pautas propias de nuestras Urgencias

RESULTADOS

Se realizaron 265 consultas relacionadas con el OH, 120 (45.3%) cumplían los criterios de inclusión y correspondían a 119 pacientes, 55 (46.2%) varones. Su edad media fue 16.1 años (DE 1.1). La concentración media de OH fue 198mg/dl (DE 54; rango 62-345); 18 (15.0%) eran IEA leves, 97 (80.8%) moderadas y 5 (4.2%) graves. Catorce (11.7%) presentaban intoxicación por otra sustancia psicoactiva, principalmente cannabis (7; 50%). La glicemia media fue 105mg/dl (DE 16; rango 56-146mg/dl), existiendo un caso de hipoglucemia (56mg/dl). El pH medio fue 7.34 (DE 0.05; rango 7.22-7.47), la PCO₂ media 44.0mmHg (DE 7.1; rango 28.0-63.9mmHg), el bicarbonato medio 22.9mEq/L (DE 2.9; rango 17.2-34.8mEq/L) y el exceso de base medio -2.3 (DE 2.5; rango -8.8-9). Presentaban acidosis respiratoria 49 (40.8%) pacientes y acidosis metabólica 22 (18.3%), 8 (36.4%) con anion-gap elevado. En el ionograma, la [Na⁺] media fue 144mEq/L (DE 2.2; rango 137-150), la de K⁺ 3.5mEq/L (DE 0.4; rango 2.7-4.8) y la de Cl⁻ 110mEq/L (DE 2.9; rango 104-120). Hubo 20 casos de hipernatremia y 56 de hipopotasemia. No se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre el grado de IEA o el consumo de otros tóxicos y el tipo de alteración hidroelectrolítica. Ninguna de las alteraciones hidroelectrolíticas fue tributaria de corrección con sueroterapia.

COMENTARIOS

Las IEA en nuestro medio generan alteraciones hidroelectrolíticas leves, no tributarias de corrección; por tanto, no es necesaria la realización sistemática de analítica en estos pacientes. La evolución clínica es lo que debe marcar el manejo individualizado en cada caso.



158 CAMBIOS EN LAS INTOXICACIONES PEDIÁTRICAS HOSPITALARIAS EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS.

B. Azkunaga Santibáñez, I. Bizkarra Azurmendi, J. Fernández Arakama, Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la SEUP.

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

INTRODUCCIÓN

Las intoxicaciones son un motivo de consulta infrecuente en Urgencias de Pediatría y el pronóstico global a corto plazo es bueno, si bien el consumo de recursos sanitarios generado es importante. Es importante vigilar las tendencias epidemiológicas y el manejo de estos pacientes en Urgencias.

OBJETIVO

Comparar los aspectos epidemiológicos y de manejo de las intoxicaciones atendidas en Urgencias de Pediatría en el último decenio.

MÉTODOS

Estudio comparativo de cohortes, recogiendo las características epidemiológicas y de manejo de las intoxicaciones atendidas en los servicios de urgencias pediátricos incluidos en el Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría en 2 periodos de tiempo (Cohorte A: Enero 2001-Diciembre 2002, 17 servicios, registro manual. Cohorte B: Octubre 2008- Septiembre 2009, 37 servicios, registro informático)

RESULTADOS

La incidencia de las intoxicaciones fue similar en ambos cohortes (0.28% vs 0.30, n.s.), sin diferencias con respecto a la edad y sexo. Los fármacos fueron los agentes más frecuentemente implicados (54.7% y 56.2%, n.s.). Con respecto a la cohorte A, en la cohorte B se registró un aumento de las intoxicaciones por etanol (5.9% vs 12.3%, $p=0.005$) y una disminución de los productos del hogar (28.9% vs 18.5%, $p=0.01$). No hubo diferencias en el tiempo transcurrido hasta la llegada a Urgencias ni en el porcentaje de pacientes que recibieron tratamiento prehospitalario. En Urgencias recibieron algún tratamiento 1116 (51.7%) en la cohorte A y 74 (56.9%) en la cohorte B ($p=0.28$), principalmente carbón activado (cohorte A 697, 32.3%, vs cohorte B 46, 35.4%; $p=0.52$). La ipecacuana no fue utilizada en la cohorte B (vs 7.8% en la cohorte A, $p=0.001$). En la cohorte A, 1395 pacientes (64.6%) fueron manejados ambulatoriamente tras la valoración y tratamiento inicial en Urgencias vs 71 en cohorte B (54.6%, $p=0.025$). En la cohorte B ningún niño ingresó en UCIP ni falleció mientras que en cohorte A ingresaron 32 en UCIP (1.5%, $p=0.31$) y uno falleció.

CONCLUSIONES

La incidencia de las intoxicaciones atendidas en urgencias pediátricas hospitalarias ha permanecido estable. Los fármacos siguen siendo el principal agente implicado, si bien han aumentado las intoxicaciones por etanol y disminuido las producidas por productos del hogar. El carbón activado continúa siendo el agente descontaminante utilizado con mayor frecuencia, anulándose el papel del jarabe de ipecacuana. Más de la mitad de los casos tras valoración inicial reciben el alta domiciliaria.



159 CAMBIOS EPIDEMIOLÓGICOS EN LA INTOXICACIÓN POR PARACETAMOL

A. Nuño Ballesteros, M.A. Aragón Domingo, J. Varas Lerma, R. Jiménez Busselo, M.T. Rodríguez Vega.
Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital La Fe. Valencia.

OBJETIVO

Realizar un estudio descriptivo de los pacientes que consultan en un servicio de urgencias pediátricas de un hospital de tercer nivel tras la ingestión de dosis tóxicas de Paracetamol, atendiendo a los cambios en las variables epidemiológicas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de los datos recogidos en las informes de alta de todos los pacientes entre 0 y 14 años que consultan por ingestión de dosis tóxicas o cercanas a la toxicidad desde Enero de 2007 hasta Diciembre de 2009, y que tras valoración en urgencias requieren la realización de niveles de Paracetamol.

RESULTADOS

Se incluyen 65 pacientes (21 en 2007, 22 en 2008 y 22 en 2009). Las causas de intoxicación fueron: 3 debidos a intento de autolisis, 19 a error en la dosificación por parte de los cuidadores, y 43 debidos a ingestiones accidentales. De los 19 pacientes del grupo de error de dosificación, 4 corresponden al 2007, 6 al 2008 y 9 al 2009, correspondiendo a un 19%, 22% y 40% respectivamente del total de las intoxicaciones para ese periodo. En cuanto a las edades de este grupo, 13 de los 19 pacientes son menores de un año (68%), siendo 11 de ellos entre 2 y 4 meses, 3 entre 1 y 2 años y 3 entre 2 y 14 años. En cuanto al tiempo transcurrido hasta la consulta con los servicios médicos el 63% de pacientes consultan antes de una hora, entre 1 y 12 horas el 26% y más de 12 horas el 10%. Tuvieron niveles tóxicos de Paracetamol 4 pacientes (6%), correspondiendo un paciente a ingesta accidental y 3 a error en la dosificación, siendo estos últimos del grupo entre 2 y 4 meses. Todos ellos fueron ingresados precisando tratamiento con N Acetilcisteína.

CONCLUSIONES

Las intoxicaciones por Paracetamol han aumentado en la edad inferior a 1 año, especialmente entre los menores de 4 meses, debido a error en la dosificación por los padres. Debemos alertar a la comunidad pediátrica sobre este tema para evitar ingestiones tóxicas con posibilidad de daño hepático.



160 DEXTROMETORFANO: ALTERACIONES NEUROLÓGICAS A DOSIS TERAPÉUTICAS.

V. Caballero Pérez*, A. Aldana Tabuenca*, I.R. Galé Anso*, L. Gracia Torralba*, M. Bouthelier Moreno**, Y. Aliaga Mazas*

*Servicio de Urgencias Pediátricas, **Servicio de Infecciosos. Hospital Miguel Servet Infantil. Zaragoza.

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS

El dextrometorfano es una sustancia ampliamente empleada en los jarabes antitarrales para niños. Se trata de un derivado opiáceo que interacciona con los receptores sigma que se encuentran en el centro de la tos, a nivel del sistema nervioso central. A dosis tóxicas (10 veces superiores a las terapéuticas) puede producir diversos grados de afectación neurológica principalmente. Su metabolismo depende del sistema enzimático asociado al citocromo P-450 2D6. Los estudios de farmacogenética realizados en nuestro país, describen que entre un 6 a un 10% de la población son metabolizadores lentos, pudiendo llegar a concentraciones plasmáticas 20 veces superiores a la media. Esto último podría explicar la excepcional aparición de efectos adversos con dosis terapéuticas.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Niño de 13 años sin antecedentes patológicos de interés, con buen desarrollo psicomotor y buena adaptación social, en tratamiento con un fármaco antitarral desde hace 24 horas por cuadro infeccioso de vías respiratorias altas. Acude por presentar en las últimas 24 horas en tres ocasiones cefalea acompañada de estado de agitación y alucinaciones que duran aproximadamente diez minutos, tras los cuales recuerda los episodios vívidamente e insiste en que no son reales. Se realiza hemograma, ionograma, función renal y hepática, PCR, TAC craneal y punción lumbar en las que no se encuentran alteraciones. Exploración neurológica y fondo de ojo normal. Niega hábitos tóxicos, no existen otros tratamientos concomitantes. Se ingresa para observación y a las dos horas de su ingreso, se despierta con agitación, presentando un nuevo episodio psicótico que cede al llegar el médico de guardia. La dosis de dextrometorfano consumida en total fue de 15 mg cada 8 horas (tres dosis en total). Tras suspender la medicación y en seguimiento en consulta posterior no ha presentado nuevos episodios.

COMENTARIOS

Ante un caso de alteración neurológica hay que hacer una exhaustiva anamnesis sobre las medicaciones que toma (sustancias y posología), y tener en cuenta que un 25% de los fármacos del mercado se metabolizan por la vía del citocromo P450, existiendo diferentes polimorfismos genéticos que determinan el grado de actividad de las enzimas que participan en el metabolismo, lo que justifica la ausencia de efectos terapéuticos en acetiladores ultrarápidos, y los efectos adversos en acetiladores lentos.



161 DISMINUCIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA EN UN NIÑO DE 18 MESES. INTOXICACIÓN POR CANNABIS.

N. Peris Serrano, I. Quilez Herrero, J. Rementería Radigales, A. Ruano López, M. Vázquez Ingelmo, U. Jiménez Belastegui.

Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital de Basurto. Bilbao.

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS

Las causas más frecuentes de disminución del nivel de conciencia en la edad pediátrica son las traumáticas, infecciosas, metabólicas y tóxicas. Es imprescindible realizar una anamnesis detallada para orientar el diagnóstico. Pese a ser la intoxicación accidental por cannabis poco frecuente en esta edad, se debe tener en cuenta en los servicios de urgencias, ya que se trata de la droga ilegal más consumida en España en la actualidad. Destacamos este caso por tratarse de una presentación clínica potencialmente grave.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Presentamos el caso de una niña de 18 meses que acude al servicio de urgencias acompañada por sus padres porque la encuentran somnolienta y obnubilada las últimas 6-8 horas. Describen así mismo, un episodio de hipertonia generalizada y movimientos tónicos de extremidades de pocos segundos de duración. No refieren antecedentes de traumatismo craneal ni fiebre ni ingesta de tóxicos o fármacos. No antecedentes personales ni familiares de interés.

A su llegada presenta: TEP: (A:anormal; R:normal; C:normal). T°: 36,5° C (ax). Constantes (TA, FC, SpO₂ y FR) en límites normales. Glucemia capilar: 100 mg/dl. Se encuentra estuporosa con Glasgow modificado 10-11 (Ocular 2, Verbal 3, Motor 5-6), pupilas midriáticas, signos meníngeos negativos y sin signos de focalidad neurológica. El resto de exploración física es normal. Se realiza analítica sanguínea completa (hemograma, bioquímica, gasometría venosa y niveles de alcohol etílico) sin hallazgos patológicos. A la espera de obtener muestra de orina para tóxicos, se realiza TAC craneal y punción lumbar que resultan normales. El electroencefalograma practicado mostraba enlentecimiento difuso moderado sin focalidad. En el cribado de tóxicos en orina, se detecta cannabinoico positivo.

Permanece en observación con monitorización y sueroterapia intravenosa. Presenta evolución favorable con mejoría progresiva del nivel de conciencia normalizándose el Glasgow a las 8 horas de su ingreso. Ante el hallazgo de cannabis en orina se reinterroga a la familia, siendo la anamnesis confusa respecto a las circunstancias en las que se produjo la intoxicación, por lo que se pone el caso en conocimiento de asistencia social y de las autoridades judiciales competentes.

COMENTARIOS

A pesar de que la forma de presentación más frecuente de la intoxicación por cannabis en niños se suele caracterizar por disforia, ataxia, temblor y midriasis entre otros síntomas, hay que tener en cuenta esta etiología ante episodios de coma de presentación aguda.

La intoxicación en niños pequeños se produce generalmente tras la ingestión de la droga por vía oral, con un efecto más lento, duradero y variable. El diagnóstico se establece mediante su detección en orina, pudiendo eliminarse durante 1-7 días tras el consumo agudo. No existen antidotos o formas para aumentar su eliminación y el tratamiento es sintomático y de soporte.



162 **DISTONÍA AGUDA SECUNDARIA A FÁRMACOS.**

N. Lecumberri García, S. Souto Hernández, J. Hualde Olascoaga, A. Lavilla Oiz, T. Molins Castiella, S. Berrade Zubiri.

Servicio Urgencias Pediatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

INTRODUCCIÓN

La distonía aguda por fármacos se encuentra en relación con la administración de sustancias con acción bloqueante dopaminérgica, fundamentalmente antipsicóticos y antieméticos, aunque también se han descrito casos secundarios a antihistamínicos y antidepresivos. Se ha observado un aumento de su incidencia en pediatría en relación al incremento de la prescripción de dichos fármacos en la infancia. A esto se le une el hecho de que la edad menor de 19 años se considera factor de riesgo para desencadenar efectos extrapiramidales secundarios a medicación.

OBJETIVO

Presentar dicha patología en relación a 3 casos diagnosticados en nuestro servicio de urgencias en los últimos 10 meses e incidir en la importancia de su sospecha y manejo terapéutico

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Caso 1: Niña de 14 años de edad con antecedente de patología psiquiátrica en tratamiento de base con risperidona, es derivada a nuestro servicio tras ingesta intencional con fin autolítico de 100 mg de dicho fármaco, a las 20 horas tras la ingesta inicia episodio de distonía cervical con crisis oculogiras con normalidad en el resto de exploración neurológica.

Caso 2: Niño de 11 años de edad con antecedente de TDAH y trastornos de personalidad en tratamiento con paliperidona (antipsicótico atípico), que acude al servicio de urgencias por presentar de forma aguda contractura a nivel cervical con giro hacia la izquierda y movimientos distónicos con el resto de exploración neurológica normal.

Caso 3: Niña de 5 años de edad trasladada al servicio de urgencias por presentar de forma súbita episodio de rigidez generalizada, con pies en equino, y brazos flexionados, desviación de cuello hacia la derecha y amimia facial con trismus e imposibilidad para el cierre ocular. Nivel de conciencia y comprensión normal al igual que el resto de la exploración neurológica. Refieren antecedente de ingesta de una dosis de cleboprida horas previas al inicio de la sintomatología.

Todos respondieron satisfactoriamente al tratamiento de urgencia con biperideno (i.m o e.v)

COMENTARIOS

El diagnóstico de la distonía aguda por fármacos se basa en la historia clínica y el examen físico-neurológico

El 90-95% de los casos aparecen dentro de las primeras 96 horas tras el inicio del tratamiento o de un incremento rápido de la dosis

La forma más frecuente de presentación es como distonía oromandibulolingual de inicio súbito, con fluctuaciones de la sintomatología siendo frecuentes las crisis oculogiras. En los niños de menor edad suelen ser generalizadas. Pueden confundirse con otras patologías al tratarse de una patología poco frecuente en pediatría

El tratamiento se basa en la administración principalmente de anticolinérgicos de los cuales el más empleado es el biperideno intramuscular o endovenoso



163 ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LAS INTOXICACIONES EN URGENCIAS

M. Mora Sitjà, T. Riera Bosch, N.T. Wörner, A. Fábregas Martori, A. Casquero Cossío, R. Cebrian Rubio
Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

OBJETIVO

conocer los factores que inciden en la etiología de la intoxicación para mejorar la prevención, detección y tratamiento de las intoxicaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

estudio retrospectivo de todos los pacientes que ingresaron en nuestro centro con sospecha de intoxicación, desde marzo de 2009 hasta enero de 2010.

RESULTADOS

Se ingresaron 43 pacientes, con una edad media de 6 años (mediana: 3,7). El 60% se ingresó para observación, el 30% para monitorización activa y el 10% para revisiones esofagoscópicas. El 51% fueron varones, el 77% procedían del domicilio, el 16% de otro centro o CAP y el 4,7% de la vía pública. El 75% de las intoxicaciones se debieron a accidentes domésticos, el 11,5% a intentos de autolisis y el 9% a accidentes lúdicos. Los tóxicos implicados fueron los fármacos (65%), productos domésticos (16%) y CO (9%). Se realizó lavado gástrico en el 32% y se administró carbón activado en el 44%. Se administró N-Acetilcisteína en el 5% y O₂ en el 9%. El 5% presentó clínica neurológica y el 5% clínica digestiva. El tiempo medio de ingreso fue de 28 días para el grupo de pacientes intoxicados por productos cáusticos y de 1,3 días para el resto de pacientes. El 95% fueron dados de alta sin secuelas, siendo los cáusticos el grupo de tóxicos implicados en la morbilidad. En el grupo de pacientes mayores de 10 años, destaca que el porcentaje de mujeres fue mayor (80%), que el 40% de los pacientes estaban diagnosticados de Sdme. Depresivo previo, que el 30% se debieron a accidentes lúdicos y el 50% a intentos de autolisis. Los tóxicos implicados fueron fármacos (70%) y drogas de abuso (30%).

CONCLUSIONES

Las intoxicaciones se pueden agrupar en dos grupos etarios con características propias. En menores de 10 años la causa fundamental son los accidentes domésticos, mientras que en mayores de 10 años predominan los intentos de autolisis y accidentes lúdicos. La mortalidad, en nuestra serie, fue nula y la morbilidad del 5% (todos los casos debidos a secuelas esofágicas en causticaciones).



164 **INGESTA DE CÁUSTICOS: REVISION DE 72 CASOS.**

L. Rodríguez Guerneau, L. Martínez Sánchez, V. Trenchs Sainz de La Maza, J. Quintillá Martínez, V. Vila Miravet, C. Luaces Cubells.

Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Hospital Universitari Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat.

OBJETIVO

Describir las características epidemiológicas y clínicas de los pacientes que ingresan desde Urgencias por sospecha de ingesta de cáusticos.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de los pacientes ingresados desde Urgencias por sospecha de ingesta de cáusticos entre enero 2005 - enero 2010. Se recogen variables epidemiológicas, clínicas y de manejo. Criterios de ingreso: pH extremo (<3,5 o >12,5) o desconocido, o la presencia de lesiones orofaríngeas. La decisión final de realización de endoscopia se decide conjuntamente con la Sección de Gastroenterología.

RESULTADOS

Se obtuvo una muestra de 72 pacientes, 43 de ellos varones (59,7%), con una mediana de edad de 25 meses (percentil 25-75%:18,5-44,5 meses). Los productos cáusticos implicados más frecuentemente fueron: lavavajillas (11), amoníaco (8), desatascador (8), lejía (8) y desengrasante (8). En todos los casos la ingesta fue accidental y en 13 el producto se encontraba fuera de su envase original. En 30 niños la familia había realizado alguna acción (inducción de vómito o administración de agua o leche). Presentaron síntomas 47 niños, siendo los más frecuentes: sialorrea (23 pacientes), dolor (22 pacientes) y vómitos (21 pacientes). La exploración física fue normal en 29 niños, 13 presentaban cambios leves en orofaringe (eritema) y 30 lesiones orales (lengua depapilada o erosiones). Se pudo determinar el pH del producto en 51 casos: 20 correspondían a ácidos y 31 a álcalis. En todos los pacientes se instauró tratamiento endovenoso con protector gástrico, corticoides y antibiótico, así como sueroterapia y dieta absoluta. Se realizaron 34 endoscopias digestivas, objetivando lesiones en 6 pacientes: esofagitis y/o gastritis grado I en 4 casos, esofagitis grado II en uno y esofagitis grado III en el caso restante. Al comparar los pacientes con endoscopia normal y alterada, el único factor que se asoció a mayor riesgo de lesiones digestivas fue la realización de algún vómito ($p=0,03$).

CONCLUSIONES

Es necesario mejorar la educación sanitaria informando a las familias sobre medidas preventivas y de manejo inmediato, evitando maniobras que pueden agravar la situación. A pesar del bajo porcentaje de lesiones endoscópicas, dada la escasa capacidad predictiva de la clínica, recomendamos seguir manteniendo una actitud prudente en los niños ingresados por sospecha de ingesta de cáusticos.



165 **INGESTA DE HIERRO ACCIDENTAL EN LACTANTE.**

C. García-Vao Bel, M. Alonso Cristobo, M.P. Cedena Romero, E. Sanz Tellechea, M.E. Cabezas Tapia, M.N. Romero Hombrebueno.

Servicio Pediatría. Hospital del Tajo. Aranjuez.

FUNDAMENTOS Y OBJETIVOS

La intoxicación por hierro en niños suele ser por ingesta accidental o error en la administración del preparado. Su toxicidad esta relacionada directamente con los niveles de hierro libre obtenidos, pudiendo ser improbable o mínima con niveles < 350 mcg/dl y muy grave si superan los 800 mcg/dl.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Lactante de 45 días de vida que acude a Urgencias por haber recibido por error, 45 minutos antes, una dosis máxima de 14 ml de un preparado de hierro en gotas (30 mg de hierro elemental/ml), inmediatamente después había recibido una toma de lactancia materna que vomito. Acude a urgencias con vómitos continuos verdosos e irritabilidad. En la exploración física destaca Peso 4.310 g. T: 36.7 °C, REG, impresiona de moderada afectación, no de gravedad, llanto persistente. ACP: normal. Abdomen distendido pero blando, resto sin hallazgos. Exploraciones complementarias: hemograma, bioquímica, coagulación y gasometría venosa normales, Se saca muestra para hierro sérico que no se puede procesar hasta el día siguiente. Como tratamiento se procede a lavado gástrico y posteriormente (ante la posibilidad de ingesta de 98 mg/kilo de hierro elemental) a la administración IV de deferoxamina y traslado a UCI pediátrica. La evolución fue buena y se comprobaron niveles de hierro de 201 mcg/dl al día siguiente, se suspendió el tto quelante y quedo en observación, dada de alta a las 48 horas sin secuelas

COMENTARIO

La intoxicación por hierro no es muy frecuente hoy en día, pero puede ser potencialmente grave según los niveles de hierro alcanzados. La toxicidad gastrointestinal se consigue con dosis entre 20 y 40 mg/kilo y dosis mayores a 60 mg/kilo pueden ser letales.

El no poder disponer de niveles de hierro en el momento en la urgencia y ante la posibilidad de ingesta de 98 mg/kilo de hierro elemental, se hizo necesario actuación terapéutica activa para minimizar los efectos secundarios



166 INTOXICACIÓN ACCIDENTAL POR CANNABIS EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA: EXPERIENCIA RECIENTE EN SERVICIO DE URGENCIAS DE HOSPITAL TERCIARIO.

B. Croche Santander, C. Tutau Gómez, M. Fernández Elías, M.T. Alonso, M. Loscertales Abril
UGC Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.

INTRODUCCIÓN

El cannabis es la droga psicotrópica más consumida en nuestro país. Los efectos de la intoxicación por esta sustancia han sido ampliamente descritos en población adulta, mientras que son escasos los casos documentados en población pediátrica.

El objetivo de este trabajo es alertar sobre cómo la elevada prevalencia de consumo de esta sustancia se traduce en un aumento de intoxicaciones accidentales en la población pediátrica de nuestra área.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo sobre la forma de presentación y manejo clínico de cuatro pacientes intoxicados por cannabis atendidos en el Servicio de Urgencias de Hospital Infantil Virgen del Rocío durante el último año.

RESULTADOS

Hemos identificado cuatro pacientes con una mediana de edad de 18 meses (Rango 14-37 meses). La distribución por sexo fue 1:1. Los síntomas de presentación fueron deterioro brusco del nivel de conciencia (Glasgow 12-14/15), tendencia al sueño e hipotonía. Uno de los pacientes con intoxicación adicional por cocaína presentó 6 episodios de crisis convulsivas generalizadas. Todos los pacientes recibieron tratamiento de soporte, lavado gástrico y administración de carbón activado. Naloxona y flumacénilo fueron administrados en un caso y diazepam intravenoso en otro. La evolución fue satisfactoria en todos los casos con recuperación a las 8-10 horas desde el momento de la ingestión.

CONCLUSIONES

La elevada prevalencia de consumo de cannabis nos debe hacer sospechar como posibilidad diagnóstica la intoxicación accidental en niños previamente sanos con deterioro brusco del nivel de conciencia.



167 INTOXICACIÓN AGUDA DE MONÓXIDO DE CARBONO: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL COMARCAL.

H. Alkasab, A. Velázquez, S. de Dios, C. Mengotti, A. Moreira, A. García Moral

Servicio de Pediatría. Hospital Sant Joan de Déu de Martorell.

OBJETIVO

Descripción de las características epidemiológicas y clínicas de niño atendidos en nuestro servicio de urgencias por intoxicación aguda por monóxido de carbono.

METODOLOGIA

Realizamos un estudio retrospectivo de niños atendidos en urgencias por intoxicación de CO durante el año 2008: recogiendo variables epidemiológicas clínicas y niveles de carboxihemoglobina (COHB),

RESULTADOS

Durante el periodo estudiado atendemos un total de cuatro niños (dos niñas y un niño) con edades comprendidas entre los 6 y 12 años. La incidencia fue encontrada en época invernal, horario nocturno y propio domicilio, dos de los casos son hermanos, coincidiendo los tres casos con una mal combustión de estufas. En cuanto a la clínica y tratamiento los tres presentaron alteraciones neurológicas leves (cefaleas leves y sensación de inestabilidad. La primera determinación de niveles de COHB oscilan entre (16,1% y 21.3%). administrándose O₂ al 100% con mascarilla y reservorio, descendiendo los niveles de COHB a valores normales en 6-8 horas. Los electrocardiogramas realizados no presentan alteraciones. Todos los pacientes evolucionan satisfactoriamente.

CONCLUSIONES

La intoxicación por CO no es un motivo frecuente de consulta en nuestro medio, aunque siempre precisa de prioridad diagnóstica e intervención terapéutica rápida.



168 INTOXICACIÓN AGUDA POR MONÓXIDO DE CARBONO EN UNA GUARDERÍA

A. Sagastibelza Zabaleta*, E. Gembero Esarte***, N. Lecumberri García*, S. Souto Hernández***, I. Garralda Torres**, N. Clerigué Arrieta*

*Servicio de Pediatría, **Servicio UCIP, ***Servicio Urgencias de Pediatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS

La intoxicación aguda por monóxido de carbono constituye la primera causa de intoxicación por gases y es el agente que mayor número de muertes por intoxicación produce. Esta intoxicación supone entre 1,5 a 2% de todas las intoxicaciones infantiles. La hipoxia tisular y el daño celular directo son los principales mecanismos fisiopatológicos de la intoxicación. Presentamos la intoxicación aguda por monóxido de carbono de 26 niños en una guardería.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

En febrero de 2010, atendimos en nuestro servicio de urgencias de pediatría, 26 niños que procedían de una guardería y que presentaban una intoxicación por monóxido de carbono como consecuencia de una mala combustión de la caldera de la calefacción de dicho centro. Se trataba de 14 niñas y 12 niños con edades comprendidas entre los 6 y los 33 meses. (6 niños menores de un año, 10 niños entre 1 y 2 años y 10 niños entre 2 y 3 años). Un niño presentaba discreta irritabilidad y dos niños disminución del nivel de conciencia, el resto se encontraban asintomáticos. A su llegada a urgencias, se realizó cooximetría a todos los niños, obteniéndose niveles de carboxihemoglobina que oscilaron entre 22,5% como nivel superior y 5,3% como nivel inferior. Las 26 determinaciones se encontraban dentro de niveles tóxicos (>5%). Todos los niños ingresaron en nuestro centro y recibieron tratamiento con oxígeno al 100% mediante mascarilla con reservorio. El tiempo máximo de ingreso fue inferior a 8 horas. La evolución fue satisfactoria en los 26 casos. Al alta, tras varias horas de oxigenoterapia, todos los niños se encontraban asintomáticos y con niveles de carboxihemoglobina <1%.

COMENTARIOS

Dado que el monóxido de carbono es un gas incoloro, inodoro, insípido y no irritante y la clínica de la intoxicación es inespecífica, es importante sospechar la intoxicación para poder detectarla y evitar así un desenlace fatal. Debemos estar alerta ante cuadros clínicos inespecíficos que incluyan principalmente síntomas neurológicos y/o digestivos, en pacientes que se encuentran en espacios físicos cerrados con una posible fuente de intoxicación, sobre todo si existen varias personas afectadas simultáneamente, si es invierno y si los pacientes mejoran al salir al aire libre. La revisión periódica de los sistemas de combustión de gases constituye una medida preventiva. El empleo de alarmas para detección de monóxido de carbono puede ser una medida preventiva efectiva.



169 INTOXICACIÓN ETÍLICA, CAUSA INFRECUENTE DE RABDOMIOLISIS EN PEDIATRÍA.

J. Olivares Ortiz, D. Crespo Marcos, A. Barasoain Millán, R. Marín Molina, O. Patiño Hernández, M. Soria López

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS

La rabdomiolisis es un síndrome potencialmente letal caracterizado por la destrucción de fibras musculares estriadas. En niños es producido fundamentalmente por traumatismos, coma hiperosmolar no cetósico, miositis vírica, distonía o hipertermia maligna.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Varón de 14 años traído a Urgencias en UVI móvil por disminución del nivel de conciencia secundaria a consumo de alcohol y cannabis. En la valoración inicial en nuestro centro se constatan hipotermia (35°C axilar) y disminución del nivel de conciencia, sin signos de focalidad neurológica. En el estudio analítico destacan una acidosis mixta y niveles de CPK de 12260 U/L (CK-MB 132 U/L), sin afectación de la función renal ni mioglobinuria. Con los diagnósticos de coma etílico y rabdomiolisis se inicia administración de fluidoterapia intravenosa (300 ml/h durante 48 horas, con progresiva disminución posterior) y alcalinización urinaria (mediante NaHCO₃ 1/6M, mantenida durante 72 horas). Presentó una rápida mejoría neurológica con normalización en las primeras 12 horas, sin referir mialgias ni otros síntomas. Se mantuvo normotenso, con adecuada diuresis, balances negativos, normalización de los valores gasométricos y tiras reactivas de orina seriadas sin hallazgos patológicos. Se objetivó un nivel máximo de CPK sérica 24 horas tras la ingesta (20820 U/L), con descenso posterior hasta 6261U/L a los 4 días, cuando se dio de alta.

COMENTARIOS

La intoxicación etílica constituye una causa infrecuente de rabdomiolisis en pediatría. La destrucción del tejido muscular inducida por el etanol se debe a inmovilización prolongada, anomalías electrolíticas y toxicidad directa, pudiendo además la hipotermia actuar como coadyuvante. El aumento sérico de la CPK comienza unas 2-12 horas tras el daño muscular y alcanza valores máximos tras 24-72 horas, con progresivo descenso posterior. El principal objetivo terapéutico es evitar el fracaso renal agudo, por lo que se deben iniciar fluidoterapia agresiva y eventual alcalinización de la orina, manteniendo monitorizados las posibles alteraciones electrolíticas así como la presencia de mioglobinuria. En conclusión, la rabdomiolisis es una de las posibles complicaciones de la intoxicación etílica. Dada su potencial morbimortalidad, siempre debe ser tenida en cuenta.



170 INTOXICACIÓN POR NIUHUANG JIEDU PIAN.

A.B. Martínez López, R. López López, P. Vázquez López.
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS

Las intoxicaciones en niños suponen entre 0.5 y 1% de las Urgencias en Pediatría siendo los fármacos responsables de un 50% de ellas. La toxicidad por productos de medicina tradicional china está documentada en su propia literatura pero sólo una parte de esta información ha sido traducida al inglés, siendo por tanto difícil el acceso a ella.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Se presenta el caso de un lactante de raza china de 18 meses de edad que acude al Servicio de Urgencias de nuestro hospital por ingesta accidental en su domicilio de 5 comprimidos de “Niu Huang Jiedu Pian”, producto utilizado en medicina tradicional china para tratamiento de todo tipo de patologías: cefalea, odinofagia, fiebre, aftas orales..., entre cuyos componentes destacan Ionicera japonica, calculus Bovis y realgar AS4S4.

El paciente presentaba a las 8 horas postingesta un cuadro de vómitos incoercibles y dolor abdominal. En la exploración física destaca regular estado general, irritabilidad con buena hidratación y perfusión. El resto de exploración física por aparatos fue normal. Se administra ondansetrón, ranitidina, se extrae una analítica de sangre y orina e ingresa con sueroterapia intravenosa y monitorización permaneciendo 48 horas hospitalizado mejorando la clínica digestiva y no presentando complicaciones.

COMENTARIOS

Con el aumento de población inmigrante es posible que cada vez nos encontremos con más casos de intoxicaciones por productos desconocidos siendo por tanto necesario que todos los productos estén correctamente etiquetados y envasados no pudiendo comercializarse si no cumplen con las medidas oportunas y normativa vigente.



171 INTOXICACIÓN POR ACEROLA. ¿SON TAN INOCUOS LOS PRODUCTOS DE HERBORISTERÍA COMO SE CREEN LOS PADRES?

I. Iturralde Orive, C. Canduela Fernández, J. Sala Ayma
Urgencias Pediatría. Hospital Alto Deba.

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS

Cada vez con mayor asiduidad nos encontramos en la consulta de pediatría con padres que están dando a sus hijos productos de herboristería confiando en su inocuidad. Al no ser considerado medicamentos este dato es frecuentemente omitido al realizar la anamnesis. El objetivo de este trabajo es hacernos reflexionar sobre la importancia de informarnos sobre su consumo y su composición para reconocer la posible aparición de efectos adversos derivados del mismo.

CASO CLÍNICO

Lactante de 14 meses de edad que en el contexto de cuadro respiratorio de una semana de evolución inicia clínica de temblor generalizado y letargia. En la exploración física únicamente se constata la clínica descrita. Las pruebas complementarias incluyendo punción lumbar son normales. Se decide ingreso en observación por lo llamativo de la clínica neurológica.

Al realizar la historia clínica de forma más exhaustiva, se pone en evidencia que la niña está tomando un producto de herboristería con alto contenido en acerola para prevenir las infecciones respiratorias.

A las 24 del cese de la administración de este “anticatarral”, desaparecen los temblores teniendo el lactante un comportamiento normal.

Se decide alta domiciliaria con el diagnóstico de Intoxicación por acerola

COMENTARIO

La acerola es un fruto con alto contenido en vitamina C que le dota de propiedades reconocidas como antioxidante; muchos anticatarrales lo incluyen entre sus componentes siendo común su uso en otoño e invierno. En la literatura médica hallamos que esta clínica neurológica está descrita por el consumo de acerola. La desaparición de la clínica al suspender su administración confirma la sospecha diagnóstica establecida.

Dado que cada vez es más frecuente el consumo de preparados “naturales” entre la población pediátrica siempre deberíamos indagar sobre el uso de éstos, sobre todo, ante una clínica sin causa aparentemente atribuible.

Un reto añadido a nuestra práctica médica sería el que, desde la misma urgencia, contribuyésemos a concienciar y alertar a los padres sobre los posibles riesgos derivados del consumo este tipo de productos sin supervisión médica.



172 INTOXICACIÓN POR CLONIDINA.

D. Porcar Farrán, J. Solà Pou, E. Llerena Santa-Cruz, A. Duran Núñez, A. Trujillo Fagundo, L. Mayol Canals.

Hospital Universitario de Girona Dr. Josep Trueta.

OBJETIVO Y FUNDAMENTOS

La clonidina es un agonista α_2 del sistema nervioso central y un agonista α_1 a nivel periférico que tradicionalmente se ha empleado como agente antihipertensivo. Dada su naturaleza accidental, la intoxicación por clonidina es una entidad de difícil estudio. Los objetivos de esta presentación son la descripción de un caso extremo de intoxicación con sus fases clínicas, así como exponer el tratamiento llevado a cabo.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Una niña de 11 años en estudio por hipocrecimiento acude a consultas externas de endocrinología pediátrica del hospital para realización de un test de estimulación con clonidina. Pocos minutos después de su administración vía oral, presenta episodio de pérdida de consciencia, bradicardia y paro respiratorio. Después de medidas de reanimación avanzada recupera ritmo respiratorio y cardíaco, pero persiste con obnubilación, y se ingresa en la UCI pediátrica.

Posteriormente se conoce que, por un error de prescripción farmacéutica, la paciente recibió una dosis de clonidina 1.000 veces superior a la deseada.

En una primera fase del ingreso, la paciente presentó hipertensión arterial y una crisis hipertensiva que precisó tratamiento con nifedipino. Después de las primeras 24 horas (2ª fase), mostró tendencia marcada a la hipotensión y bradicardia, que requirió terapia con noradrenalina. Se incrementó la eliminación del tóxico mediante un diurético de asa. Paralelamente, mantuvo un nivel de consciencia oscilante que se fue recuperando de manera progresiva. Después de 6 días de ingreso fue dada de alta con exploración física normal.

COMENTARIOS

Cabe destacar la magnitud de la intoxicación (dosis 1.000 veces superior a la deseada) así como las dos fases clínicas producidas por la misma, que están en relación al paso de la barrera hematoencefálica por parte de la clonidina. También deberíamos resaltar la excelente respuesta presentada al tratamiento vasoactivo administrado. Por último, se debería cuestionar el uso de la clonidina en pruebas de estimulación endocrinológica, considerando la existencia de alternativas con menor potencial tóxico.



173 INTOXICACION POR ENEMA DE FOSFATO SODICO EN NIÑO SIN FACTOR DE RIESGO

M. Lorente Cuadrado, E. Jiménez Buenavista, E. Bragado Alcaraz, R. Salinas Guirao, A. Almansa García, L. Martínez Marín

Servicio Pediatría. H. Rafael Méndez. Lorca, Murcia.

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS

Los enemas de fosfato sódico son usados con frecuencia para el tratamiento del estreñimiento. Su empleo puede ocasionar intoxicaciones potencialmente graves en niños con factores de riesgo (insuficiencia renal crónica, alteraciones de la motilidad intestinal orgánica o funcional), aunque también hay casos en niños sanos. La toxicidad está relacionada con su composición. Al ser hiperosmolar produce gran absorción de líquidos en colon con deshidratación hipernatrémica, hiperfosforemia e hipocalcemia secundaria por quelación.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Varón de 2 años y 14 kg de peso, con estreñimiento de una semana de evolución y dolor abdominal cólico. Antecedentes personales: hábito intestinal estreñido desde los 12 meses. No otras enfermedades de interés. Exploración física: abdomen muy distendido, timpánico, doloroso, con palpación de fecalomas en tacto rectal. En servicio de urgencias se administra enema de fosfatos (250cc) que resulta muy efectivo tras 3 horas de su administración. Una hora después presenta vómitos acuosos y episodio de tetania con espasmos carpopedales. Analítica: acidosis láctica, glucosa 225, urea 34, Na151, K 2,7, Ca 4,5 mg/dl, Ca iónico 2,25mg/dl, P 6,9. ECG: inversión de onda T. Se inicia perfusión intravenosa de calcio a 1ml/kg y mantenimiento a 5ml/kg/día, remontando la hipocalcemia, con cese de la clínica a las 5 horas.

COMENTARIOS

El uso indiscriminado de enemas de fosfato sódico no está exento de riesgos. No deben administrarse en niños con factores de riesgo ni en menores de dos años en los que la absorción intestinal está aumentada. No deben superarse en ningún caso las dosis recomendadas (3-5 ml/kg).



174 INTOXICACIONES EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO

V. Sánchez Tatay, E. Mellado Troncoso, C. Montero Valladares, I. Benítez Gómez, M.T. Alonso Salas, M. Loscertales Abril

Unidad de Gestión de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las intoxicaciones en la infancia suponen entre el 0,5-1% de las urgencias pediátricas. Se producen mayoritariamente de forma accidental (95%), existiendo intencionalidad en un pequeño porcentaje de los casos en niños mayores o adolescentes. La mortalidad total es del 0,5%, representando la 4ª causa de mortalidad infantil. El objetivo del estudio es describir la incidencia, epidemiología y características de las intoxicaciones pediátricas en nuestro medio.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de historias clínicas digitales de los niños atendidos en el servicio de urgencias e ingresados en el área de observación tras sufrir una intoxicación durante el período comprendido entre Enero de 2006 y Diciembre de 2009.

RESULTADOS

El número total de pacientes ingresados fue de 191, representando el 0.063% del total de niños atendidos (302.118) y un 1,2% de los ingresos en observación (15.918). Las intoxicaciones se distribuyeron de forma homogénea durante el año, con un discreto aumento en Agosto y Septiembre. Las edades de mayor incidencia fueron entre los 2 y 5 años, siendo más frecuentes en varones (55.5%). Un 26% de los pacientes recibió asistencia previa, en el 50% de los casos, de tipo hospitalario. El tiempo transcurrido desde la intoxicación hasta la asistencia fue \leq de 120 minutos en el 82% de los casos. La vía de intoxicación más frecuente fue la digestiva (95,8%) y el lugar más habitual el domicilio (92,1%). Los agentes más frecuentes fueron fármacos (57%) (antihistamínicos, benzodiacepinas, anti-térmicos y opiáceos), seguido de productos domésticos (22,5%, de los cuales 65% eran cáusticos), otros tóxicos (14,6%) y alcohol y otras drogas de abuso (4,7%). Los síntomas predominantes fueron neurológicos (principalmente disminución del nivel conciencia) y digestivos (vómitos y sialorrea). El 56,5% de los pacientes precisó tratamiento específico (lavado gástrico y carbón activado (54,6%), antídotos (20,4%). La evolución fue favorable en todos los pacientes, sólo 2 requirieron ingreso en UCIP, y en el 95,3% de los casos el tiempo de estancia en observación fue \leq a 24 horas.

CONCLUSIONES Y COMENTARIOS

Tal y como está descrito, en esta serie aparece una alta incidencia de intoxicaciones accidentales de fármacos y productos domésticos en el domicilio.

Es fundamental insistir en campañas de prevención para concienciar a las familias. Y se debe mantener un alto grado de sospecha de intoxicación, sobre todo en cuadros de etiología incierta, en niños con alteración del nivel de conciencia, síntomas digestivos, respiratorios y/o vasomotores difícilmente explicables.



175 OBSERVATORIO TOXICOLÓGICO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA: ANÁLISIS DEL PRIMER AÑO.

I. Bizkarra Azurmendi, J. Fernández Arakama, Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de la SEUP. *Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Barakaldo. Bizkaia.*

INTRODUCCIÓN

En Octubre de 2008 se constituyó el Observatorio Toxicológico del Grupo de Trabajo de Intoxicaciones (OT-GTI) de la SEUP, que recoge, de manera electrónica, vía Internet, todas las intoxicaciones atendidas en 37 servicios de urgencias pediátricos hospitalarios un día designado (el día 13) de cada mes. Se registran datos demográficos, circunstancias de la intoxicación y manejo en Urgencias.

OBJETIVOS

Describir los datos obtenidos en los primeros 12 meses desde la constitución del OT-GTI.

MÉTODOS

Estudio descriptivo de los episodios incluidos en el registro entre octubre 2008 y septiembre 2009.

RESULTADOS

Se registraron 42272 episodios totales en los servicios de urgencias incluidos, de los que 130 (0.30%) correspondieron a intoxicaciones. Los grupos de tóxicos implicados fueron: fármacos (73, 56.2%), productos del hogar (24, 18.5%), etanol (16, 12.3%), otros (17, 13%). El mecanismo de intoxicación fue: ingesta accidental (85, 65.4%), recreacional (18, 13.8%), intento de autolisis (13, 10%), error de dosificación (7, 5.4%) y otros (7, 5.4%). La mayor parte de las intoxicaciones (91, 70%) se producen en niños menores de 5 años que ingieren accidentalmente fármacos, sobre todo paracetamol (16, 17.5%) y anticatarrales (12, 13.1%) en el domicilio familiar (84, 92.3%), sobre todo en cocina (25, 27.4%) y que acuden mayoritariamente en el vehículo familiar acompañados por sus padres. El segundo grupo en importancia son los pacientes entre 12 y 18 años (32, 24.6%), por consumo de alcohol con fin recreacional (15, 46.8%) o intento de autolisis con fármacos (13, 40.6%).

De los 130, 53 (40.7%) contactaron con otras instituciones antes de acudir a Urgencias y recibieron tratamiento prehospitalario un 8.4%. La mitad referían algún síntoma, sobre todo neurológicos y la exploración física fue anodina en 94 (72.3%).

Recibieron tratamiento en Urgencias 74 (56.9%), principalmente descontaminación gastrointestinal (47, 63.5%). De los 47 se administró carbón activado en 46 (97.9%), 23 mediante sonda nasogástrica (50%), y lavado gástrico en 15 (31.9%). Cerca de la mitad de los pacientes permanecieron al menos unas horas en observación en el hospital. Ningún niño falleció.

CONCLUSIONES

Las intoxicaciones más frecuentes son las ingestas accidentales por fármacos en niños menores de 5 años y las intoxicaciones étlicas en mayores de 12 años. Aunque las intoxicaciones son un motivo de consulta infrecuente en Urgencias de Pediatría y el pronóstico global a corto plazo es bueno, el consumo de recursos sanitarios generado es importante.



176 REVISIÓN DE CASOS DE INTOXICACIONES PEDIÁTRICAS DURANTE 2009 EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL.

A. Varo Rodríguez, R. Ramírez Pérez, C. Salamanca Cuenca, M.J. Carbonero Celis, M. Losana Ruiz
Urgencias de Pediatría. Hospital Virgen Macarena. Sevilla.

OBJETIVO

Revisar los casos de intoxicaciones en una sección de Urgencias de Pediatría en un hospital de 3º nivel a lo largo del periodo de un año.

MATERIAL Y MÉTODOS

Hemos realizado un estudio prospectivo de las intoxicaciones asistidas en Urgencias de Pediatría entre el 1 de Enero y el 31 de Diciembre del 2009, analizando las siguientes variables: edad, sexo, tipo de tóxico, vía de intoxicación, incidencia estacional, hora del día y necesidad de ingreso.

RESULTADOS

El estudio incluye 147 pacientes que acudieron al Servicio de Urgencias de nuestro Hospital, de los cuales el 57% fueron varones. La media de edad de los niños fue de 3 años y 2 meses. El tóxico más frecuentemente empleado fue de tipo no medicamentoso (57%: 32% cáusticos y 25% no cáusticos). El 43% fue medicamentoso siendo el paracetamol el más empleado. La vía de entrada más comúnmente registrada fue la oral o digestiva, seguida de la vía ocular y la inhalatoria. De los 147 pacientes, un 74,8% fueron dados de alta en el mismo día, un 15% requirió una observación hospitalaria de 24 horas, tan solo un 5,2% ingresó en planta y un 4% precisó de cuidados intensivos pediátricos. Se observó una mayor incidencia estacional en otoño donde se produjeron un 35,4% de los casos, seguida del invierno con 24,5% del total y una menor incidencia en las épocas de primavera y verano con una frecuencia del 20% en ambas. Dentro del análisis estacional hemos observado que la franja horaria de la tarde es donde se producen la mayoría de los casos (42,2%), excepto en verano donde no se ha objetivado ningún predominio horario.

CONCLUSIÓN

En nuestra experiencia la mayoría de las intoxicaciones conllevaron un pronóstico leve. El predominio estacional de nuestro estudio no coincide con el encontrado en otras revisiones.



177 REVISIÓN DE LAS INTOXICACIONES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.

D.M. Clavero Chueca, L. Escartín Madurga, M.P. Murillo Arnal, G. González García.
Servicio de Urgencias de Pediatría. HCU Lozano Blesa. Zaragoza.

INTRODUCCIÓN

Las sospechas de intoxicación en Urgencias suponen un porcentaje pequeño del total de los pacientes atendidos (0,2-0,4%); sin embargo, es una entidad con una gravedad potencial importante que genera gran alarma familiar.

OBJETIVOS

Describir la frecuencia, características y manejo de las intoxicaciones atendidas en nuestro hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo observacional de los pacientes menores de 14 años atendidos en Urgencias, por sospecha de intoxicación entre enero y diciembre de 2009.

RESULTADOS

Durante el año 2009 fueron atendidos 19.787 niños, de los cuales 62 (0,31%) acudieron por sospecha de intoxicación. (45% varones y 55% mujeres), con una edad media de 3,12 años. Solo 9 de los pacientes fueron mayores de 5 años; entre los menores de 5 años hubo un pico de máxima incidencia entre los 2 y 4 años de vida. El tiempo medio que tardaron en consultar desde la ingesta del tóxico fue de 1,92 horas. La mayoría (79%), consultaron en el turno de tarde-noche. El 40% de los pacientes eran de otra etnia-nacionalidad. Las intoxicaciones se produjeron por causa accidental en el 98,4% de los casos, y solo uno de ellos por intento autolítico. La vía de absorción prioritaria fue la digestiva (96,7%), frente a 2 casos por vía inhalatoria. Los tóxicos implicados fueron: fármacos (45%), productos del hogar (38,9%), otras sustancias (11,3%) y 2 pacientes por inhalación de monóxido de carbono y 1 por etanol. De entre los productos del hogar, 21% de los casos fueron debidos al grupo de los cáusticos. En cuanto a los fármacos, el grupo de anticatarrales fue el más frecuente (21,5%), seguidos del paracetamol (14,3%) y del ibuprofeno (14,3%), y en tercer lugar los psicofármacos (10,7%). Fue necesario realizar pruebas complementarias en 33% de los casos. Se empleó método descontaminante o adsorbtivo en 8 casos (13%), antídoto específico en 1 caso, y tratamiento médico de los efectos secundarios del tóxico en el 16%. El 25% requirió observación en Urgencias o ingreso hospitalario con una estancia >24 horas en sólo 2 casos. Ningún paciente requirió traslado a UCI- P.

CONCLUSIONES

La incidencia de intoxicaciones (0,31%) es similar al de otros estudios publicados. La causa más frecuente de intoxicación es la ingesta de fármacos. La mayoría son accidentales, y de éstas el pico más frecuente es entre los 2 y los 4 años. Entre las no medicamentosas lo más frecuente es por productos del hogar, y en el caso de las medicamentosas, los anticatarrales seguidos de paracetamol e ibuprofeno, lo que difiere con lo descrito en la literatura (donde el paracetamol aparece como la más frecuente de entre los fármacos). La mayoría son casos leves que no necesitan ingreso hospitalario.



178 SCREENING TOXICOLÓGICO PARA FENCICLIDINA. UN FALSO POSITIVO PELIGROSO.

L. Martínez Sánchez*, F. Panzino Occhiuzzo*, L. Rodríguez Guerineau*, J. Velasco Rodríguez**, C. Luaces Cubells*

*Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. **Laboratorio de Urgencias. Hospital Universitari Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat.

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS

Las técnicas utilizadas en el screening toxicológico de urgencias tienen importantes limitaciones y es necesario interpretar su resultado con cautela. Algunos test de screening incluyen a la fenciclidina (PCD, polvo de ángel), si bien en España no existe consumo significativo. La PCD es una droga psicoactiva que puede producir agitación, alucinaciones, alteración del nivel de conciencia, ataxia y trastornos de la coordinación. Nuestro objetivo es llamar la atención sobre la necesidad de actuar prudentemente ante la detección de PCD en orina.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Caso 1: Niño de 12 años con ataxia aguda. Trastorno autista con retraso grave del desarrollo y epilepsia. Tratamiento habitual: lamotrigina y carbamazepina. Ibuprofeno por catarro de vías altas. En examen físico destaca retraso generalizado del desarrollo, marcha atáxica y dismetría no habituales. Cribado de tóxicos en orina positivo para PCD. Niveles séricos de carbamazepina en rango terapéutico. Ingresa y se contacta con la Dirección General de Atención a la Infancia, con retirada temporal de la custodia. La cromatografía de gases descarta la presencia de PCD. Se reorienta el cuadro como cerebelitis aguda y falso positivo a PCD.

Caso 2: Chico de 13 años con disminución del nivel de conciencia tras haber estado bebiendo alcohol con amigos. En tratamiento con difenhidramina por rinitis alérgica. Niega consumo de otras drogas. Niveles de etanol 120mg/dl. Cribado de tóxicos en orina positivo para PCD. Ingresa para control quedando asintomático en unas horas. Se da el alta con diagnóstico de intoxicación etílica y consumo de fenciclidina, con importante repercusión en el ámbito familiar. Finalmente, la cromatografía de gases no confirma la detección de PCD.

COMENTARIOS

Ante un resultado positivo para PCD en orina debemos ser prudentes. No existe distribución de la droga en España y fármacos de uso frecuente como el ibuprofeno, difenhidramina o dextrometofano presentan reacción cruzada con la técnica, dando lugar a falsos positivos. Otros fármacos con reacción cruzada son la venlafaxina, tramadol e imipramina. En conclusión, no se debe considerar válido el resultado excepto si se confirma por la anamnesis o por cromatografía de gases.



179 SINDROME ANTICOLINÉRGICO DE PRESENTACIÓN FAMILIAR.

V. Martínez Jiménez, S. Montoro Chavarrías, A. Posada Ayala, S.c. Rado Peralta, A.B. Jiménez Jiménez, T. Gavela Pérez

Pediatría. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

INTRODUCCIÓN

El síndrome anticolinérgico (SA) es un síndrome extremadamente raro en la infancia. Debe sospecharse en Urgencias ante un cuadro de taquicardia, hipertermia, sequedad de mucosas, rubor, midriasis, delirio, retención urinaria, agitación y taquipnea. Presentamos una familia en la que aparecen varios casos de SA, entre ellos dos niños de 6 y 9 años.

CASO CLÍNICO

Día 1: niño de 9 años acude a Urgencias con trastorno del nivel de consciencia, rubor facial, taquicardia, alteración del ritmo intestinal y midriasis arreactiva, que desaparece en unas horas. Ese mismo día había ingresado su abuela paterna con sospecha de accidente cerebro-vascular por presentar deterioro del nivel de consciencia, desconexión con el medio, confusión, midriasis y rubor facial. Día 4: ingresa el niño menor por un cuadro de 24 horas de evolución de rubor facial, calor, cefalea, midriasis bilateral y alucinaciones, que había ido empeorando. Al mismo tiempo acude a Urgencias su padre con un cuadro de agitación, síndrome confusional y alucinaciones visuales. También la abuela materna presenta clínica similar, más leve. Ante la sospecha de posible intoxicación voluntaria, se ingresan a todos los enfermos, incluido al otro niño, asintomático. Desaparición de los síntomas a las 24 horas del ingreso, pero el día 5 ambos hermanos empeoran bruscamente con una diferencia de 30 minutos, más intenso en el mayor, con agitación importante, disartria, lenguaje incoherente, tensión arterial elevada, alucinaciones visuales y síntomas sensitivos cambiantes, que duran 24 horas. Se pone el caso a disposición judicial. Día 9: la abuela paterna presenta exacerbación clínica, con obnubilación y frecuencia cardíaca elevada. Los estudios toxicológicos recogidos y el estudio ambiental realizado en el domicilio por Salud Pública resultan negativos. Se historia repetidamente, negando la ingesta de fármacos, setas ni otros tóxicos en domicilio. Ante la ausencia de una orden judicial se dan de alta el día 15 a todos los familiares, y el día 16 vuelven a ingresar el padre y ambos hermanos por presentar SA, más florido que en el primer ingreso, sobre todo en el hermano menor. Se recogen muestras de jugo gástrico, orina y sangre inmediatamente a su llegada. Por orden judicial se retira la tutela de los niños temporalmente. La madre y un primo de la familia, conviviente y enfermero de una ambulancia, permanecen asintomáticos en todo momento. Se realiza valoración psiquiátrica de los familiares. Finalmente una muestra de orina del niño menor recogida en Urgencias al segundo ingreso resulta positiva para atropina. Pendiente de sentencia judicial. Todas las crisis se resolvieron espontáneamente sin precisar administración de fisostigmina.

CONCLUSIONES

El SA siempre está producido por intoxicación, siendo las sustancias más comunes: atropina, algunas setas y plantas, antihistamínicos, antidepresivos, antipsicóticos, antiparkinsonianos, antiespasmolíticos... Por ello debemos recoger siempre muestras para toxicología, lo antes posible. El antídoto es la fisostigmina, indicada sólo en situaciones de riesgo vital. En un caso de agrupación de casos, debe tenerse en cuenta que puede ser debido a intoxicación voluntaria, sospechándolo precozmente y tomando las medidas de protección necesarias.



180 TERMÓMETROS DE MERCURIO: AÚN PRESENTES, AÚN TÓXICOS

E. Delgado Fuentes, S. Souto Hernández*, L. Gómez Gómez*, S. García Mata**, E. Burguete Archel*, J. Hualde Olasoaga*

*S. Urgencias Pediatría, **S. Traumatología Pediátrica. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

INTRODUCCIÓN

La rotura de un termómetro de cristal puede ser causa de toxicidad por el mercurio en él contenido. A pesar de que el Parlamento Europeo prohibió su fabricación en julio de 2007 todavía están presentes en muchos hogares españoles. Si bien la ingesta de mercurio elemental no es tóxica, otras vías pueden resultar tóxicas.

OBJETIVO

Presentar dos tipos diferentes de patología, originada por el mercurio contenido en los termómetros, en relación con la vía de contacto con dicho metal. Hacer un llamamiento porque aún quedan ejemplares que pueden seguir originando patología e intoxicaciones.

OBSERVACIONES CLINICAS

Caso 1: Niño de 9 años remitido al servicio de urgencias para estudio por fiebre de 4 días de evolución con exantema petequeal de reciente aparición. A la exploración tiene buen estado general, no presenta foco infeccioso y se objetiva exantema eritematoso, petequeal, pruriginoso, de distribución simétrica en piernas y glúteos. Se rehistoria investigando posible contacto con mercurio y se confirma la rotura de 1 termómetro de cristal dos días antes del inicio de las lesiones. El paciente es diagnosticado de Síndrome de Baboon y remitido a consultas de alergología confirmándose una sensibilización a mercurocromo.

Caso 2: Niña de 11 años remitida por sospecha de celulitis en mano. En la exploración presenta buen estado general, afebril, con herida cicatricial en dorso de la mano que se hizo hace 10 días. A nivel de la cabeza distal del 2º metacarpiano se observa una zona eritematosa (4 x 3 cm de diámetro) de reciente aparición, con signos de inflamación, no caliente pero dolorosa. Al rehistoriar, la paciente confirma que la herida se la produjo al golpearse la mano con un termómetro de cristal tras lo cual se rompió. Ante la sospecha de eritema tóxico por mercurio se realiza Rx de la mano confirmándose la presencia de mercurio. La paciente es intervenida de urgencia para limpieza y retirada del mercurio, precisando para ello, resección cuneiforme de piel y tejido celular subcutáneo. En el tejido extirpado se observa gran inflamación y edema. Se realiza radioscopia intraoperatoria para verificar la ausencia de mercurio previo al cierre quirúrgico. A las 24 horas de la intervención se observa la desaparición del eritema. Los niveles de mercurio en sangre y orina resultan negativos. Juicio clínico: Herida cicatricial. Inoculación de mercurio en tejido subcutáneo. Eritema tóxico por mercurio.

CONCLUSIONES

Los termómetros de cristal suponían, para los niños, la primera fuente de exposición al mercurio. Por ello se prohibió su fabricación en el año 2007.

Aún quedan ejemplares en los hogares que pueden ser causa de toxicidad por mercurio

El mercurio elemental contenido en los termómetros puede producir afectación cutánea como dermatitis de contacto por inhalación o por reacción granulomatosa local tras inoculación, voluntaria o accidental, del mercurio.



181 UNA NUEVA ALTERNATIVA PARA LA TOS.

M.C. Ontoria Betancort, M. Afonso Coderch, F.E. Fraga Bilbao, S. Hernández Cáceres, V. Villanueva Accame, Y. Mesa Fumero.

Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario de Canarias.

FUNDAMENTO

La intoxicación por plantas supone hasta el 0,65% de las consultas en un servicio de urgencias por sospecha de intoxicación. En la mayoría de los casos su ingesta es de carácter accidental y tiene lugar en el domicilio, debido a su uso como planta medicinal. Su forma de presentación es muy heterogénea, precisando tan sólo en el 0.5% de los casos ingreso hospitalario. El género *Datura* spp, de donde deriva la llamada “semilla del diablo”, ocasiona principalmente sintomatología neurológica, formando parte de un síndrome clínico-tóxico anticolinérgico.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Presentamos el caso de tres hermanos, sin antecedentes personales ni familiares de interés, que acuden al servicio de urgencias por cuadro de ocho horas de evolución consistente en insomnio, intranquilidad y alucinaciones visuales. Caso 1: varón de 5 años en el que destaca taquicardia, febrícula, confusión, tendencia a la agitación, habla incoherente, inconexa, acelerada y dificultad para la vocalización. Rubor facial, mucosa oral seca con labios agrietados, globo vesical y midriasis arreactiva. Caso 2 y 3: Mujer de 7 años y varón de 9 años en los que destaca ánimo exaltado con habla acelerada, enrojecimiento facial, mucosa ligeramente seca y midriasis reactiva. En la anamnesis familiar no se constata contacto con tóxicos o fármacos, salvo la ingestión en la tarde de una infusión casera de plantas de jardín con “efecto antitusígeno”, comenzando una hora después con dicha sintomatología. Se realiza hemograma, función renal y hepática, equilibrio ácido-base y tóxicos en orina, siendo normal en todos los casos. Permanecen en observación hasta la recuperación completa, sin precisar tratamiento de soporte ni específico. Se solicita análisis por parte del servicio de toxicología, de muestras de orina e infusión, detectándose escopolamina en ambas.

COMENTARIOS

Existe una amplia cultura popular en el uso de hierbas medicinales como remedios caseros, lo que produce en muchas ocasiones intoxicaciones accidentales debido al desconocimiento de los efectos tóxicos secundarios a su ingesta.



182 ADENOPATÍAS: UN RETO PARA EL PEDIATRA DE URGENCIAS. ACTITUD EN URGENCIAS Y REVISIÓN DE NUESTRO PROTOCOLO.

A. Pizà Oliveras, E. May Llanas, N. Rius Gordillo, M. García Bernal, R. García Puig, J. Margarit Mayol
Hospital Universitario Mútua de Terrassa. Barcelona.

INTRODUCCIÓN

Las adenopatías son un motivo frecuente de consulta en urgencias de pediatría. Sus causas son múltiples y abarcan desde patología banal a enfermedad maligna. Por ello, ante su detección, los padres suelen acudir a urgencias de forma inmediata y con angustia. Disponer de un protocolo consensuado de actuación en estos casos es fundamental para un correcto diagnóstico y una buena utilización de recursos.

OBJETIVO

Describir los casos de adenopatías atendidos en nuestro servicio: la actuación desde urgencias, la necesidad o no de ingreso para el estudio y tratamiento, las exploraciones complementarias realizadas y la adecuación al protocolo de actuación vigente en nuestro servicio.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo. Se analizan los datos de los pacientes atendidos en urgencias con motivo de consulta o diagnóstico al alta de “adenopatía” o “adenitis” de cualquier localización de Enero 2009 a Enero 2010. Se registra la edad y sexo, sintomatología acompañante, actuación inicial en urgencias, exploraciones complementarias e ingreso, diagnóstico final, evolución y adherencia al protocolo establecido para el manejo de las adenopatías.

RESULTADOS

Se incluyen 96 pacientes: 60% niños, edad media 6,4 años (rango 3 meses-12 años). En un 70% adenopatías como única manifestación (80% laterocervicales, 1 caso axilares, 1 inguinales, 15% generalizadas), 20% se acompañan de fiebre > 38°C y el 10% astenia y pérdida de peso. La mayoría (70%) fueron diagnosticados por anamnesis y exploración física, sin necesidad de otras exploraciones: 54% resolución espontánea o con AINES en < 2 semanas; 40% precisó antibiótico empírico y 6% la evolución fue insidiosa y se controlaron en consultas externas (ecografía, todas inespecíficas, serologías víricas: 10% IgM positiva para VEB, 2% IgM Toxoplasma y un caso con exéresis de adenopatías inguinales y diagnóstico final de histiocitosis X). El 1% ingresó (10/96): 4 adenopatías reactivas por angustia familiar, 4 por afectación del estado general en el contexto de fiebre alta (4/4 IgM VEB positiva), una lactante de 3 meses con masa laterocervical de 3 cm y diagnóstico final de adenoflemon por *S. aureus* y 1 por persistencia de la clínica >6 semanas; ECO no concluyente, serologías negativas, exéresis de las adenopatías axilares con diagnóstico final de micobacteria no tuberculosa. En todos los casos se siguió nuestro protocolo.

COMENTARIOS

Una exhaustiva anamnesis y exploración física permite la correcta orientación diagnóstica de los pacientes con adenopatías en la infancia. La disponibilidad de un protocolo consensuado en urgencias permite una correcta valoración con mínimas exploraciones complementarias en la mayoría de casos y sin que, con ello, se escape ningún caso de patología grave. Se presenta nuestro protocolo y revisión bibliográfica.



183 **CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DEL EPISODIO APARENTEMENTE LETAL EN NIÑOS MENORES DE UN AÑO.**

A. Rubio Ruiz, L. Del Rey Megías, V. García González, M.J Martínez García, A.J. Cepillo Boluda, M.S. Vázquez García

Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario de Albacete.

OBJETIVOS

Conocer las características clínicas y epidemiológicas de los episodios aparentemente letales en nuestro hospital en los últimos cinco años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo y retrospectivo basado en la revisión de historias clínicas de niños que acudieron a urgencias con sospecha de episodio aparentemente letal (EAL) en nuestra provincia desde enero del 2005 hasta diciembre del 2009. Se analizó sexo, edad, antecedentes patológicos del niño, familia y embarazo, EAL previos, hábitos tóxicos, alimentación, actividad y síntomas durante el suceso, síntomas previos, tiempo y duración de maniobra de resucitación, pruebas complementarias (analítica, electrocardiograma, ecocardiograma, electroencefalograma, ecografía cerebral, radiografía de tórax, pHmetría, y tránsito gastroesofágico) y diagnóstico etiológico final.

RESULTADOS

Se analizó una muestra de 33 pacientes siendo el 87,9% menores de 6 meses. El 42,5% eran varones. Sólo 7 niños tenían algún antecedente personal patológico, de ellos 71,42% fueron prematuros y 28,57% tenían trastornos neurológicos. Hubo antecedentes patológicos del embarazo en 33,3%. Se constató EAL previos en 36,4%. En el 63,6% existía ambiente tabáquico, mientras que en el 21,9% no había exposición y en el 12,5% este dato no estaba recogido. No hubo fallecimientos en familiares por muerte súbita, sin embargo hubo fallecimiento en dos hermanos de un paciente que fueron diagnosticados de enfermedad mitocondrial. La lactancia fue artificial en el 54,5%. Las características definitorias más frecuentes del episodio fueron apnea (78,8%), cianosis (57,6%), náuseas y/o ahogo 33,3%, hipotonía (24,2%), rubicundez (18,2%), hipertonía (12,1%) y palidez (12,1%). En el 51,5% había síntomas previos, de ellos en 47,05% existía clínica catarral, en 41,17% regurgitaciones y en 11,76% vómitos y fiebre. Las maniobras de resucitación consistieron en estimulación suave (60,6%), estimulación dolorosa (18,2%) y RCP (12,1%). En el 66,7% el tiempo de duración del EAL fue de segundos. De todo el estudio complementario realizado encontramos alteraciones en 85,7% de los tránsitos, 75% de las pHmetrías, 26,6% de los ecocardiogramas (ductus arterioso persistente) y 11,1% de los electroencefalogramas. El diagnóstico final al alta fue de causa idiopática en el 48,5%, reflujo gastroesofágico en el 21,2%, infección respiratoria en el 12,1% (VRS 75%) y el último 12% se repartió equitativamente en un caso de aspiración, una alteración neurológica (atrofia muscular espinal), una arritmia cardíaca (bradicardia sinusal) y una intoxicación por CO resuelta. Dos niños presentaron muerte súbita del lactante.

CONCLUSIONES

La mayoría de nuestros pacientes son menores de un mes, siendo el 87,9% menores de seis meses. Los síntomas referidos más frecuentes fueron apnea, cianosis, náuseas y/o ahogo e hipotonía. Un 48,5% fueron etiquetados de EAL idiopáticos y la patología subyacente fue sobretodo reflujo gastroesofágico e infecciones respiratorias. Como factores de riesgo el más relevante fue el tabaquismo. De todos ellos, hubo dos fallecimientos.



184 DOLOR TORÁCICO EN PEDIATRÍA: NO SIEMPRE ES BENIGNO.

O. Patiño Hernández, D. Natera de Benito, M.t. Fernández Soria, D. Crespo Marcos, L. Ayala Bernardo de Quirós, J.C. Rivas Crespo.

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Madrid.

INTRODUCCIÓN

El dolor torácico constituye un motivo de consulta poco frecuente en los servicios de Urgencias de Pediatría. Genera gran ansiedad tanto al paciente como a su familia, si bien en la gran mayoría de los casos se trata de un proceso benigno, no podemos olvidar que existe patología severa que se esconde bajo un dolor torácico de apariencia banal.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Se exponen los datos de 6 pacientes recogidos en nuestro servicio de Urgencias entre los años 2005-2009 en los que el dolor torácico fue el motivo principal de consulta, y en los que se establecieron finalmente los siguientes diagnósticos: hernia diafragmática, rabdomiosarcoma, neumotórax a tensión, linfoma no Hodgkin, ganglioneuroma y síndrome de preexcitación tipo Wolff-Parkinson-White.

DISCUSIÓN

En hasta el 85% de los niños y adolescentes que consultan por dolor torácico no se llega a aclarar su etiología, mientras que se le atribuye un origen musculoesquelético al 15-45% de ellos. En este trabajo exponemos una serie de casos clínicos en los que se objetivaron causas muy infrecuentes del mismo, con la finalidad de recordar la importancia de realizar siempre una exhaustiva anamnesis y una completa exploración física, además de las pertinentes pruebas complementarias cuando sea necesario, pues en algunos casos el dolor puede ser reflejo de patologías potencialmente graves.



185 EL NIÑO EDEMATOSO EN URGENCIAS.

L. Gutiérrez Pascual, A. Castro Millán, A. Alcolea Sánchez, J. Martín Sánchez, V. Nebreda Pérez, S. García García.

Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

INTRODUCCIÓN

No es frecuente encontrarnos con niños afectados de edema sin patología de base. La dinámica de Urgencias se dirige a descartar el síndrome nefrótico, pero hay otras entidades menos frecuentes a tener en cuenta.

CASO CLÍNICO

Niño de cuatro años sin antecedentes de interés, consulta por edemas en párpados y en miembros inferiores de 4 días de evolución.

Exploración: Tensión arterial 103/71 mmHg. Buen estado general, bien perfundido, nutrido e hidratado. Normocoloreado. Edema palpebral bilateral moderado, edema sin fovea en ambas piernas y discreto aumento de perímetro abdominal. Resto de exploración normal.

Pruebas complementarias iniciales: Tira reactiva de orina negativa. Hemograma: Normal. Bioquímica: Proteínas totales 3.2g/dL, albúmina 1.5g/dL. Función renal, hepática, coagulación e ionograma normales. Radiografía tórax: Normal. Ingresa para estudio de hipoalbuminemia.

Pruebas complementarias durante el ingreso: Hemogramas seriados normales. PCR 3.8 mg/L, VSG 2 mm/h Bioquímica normal, salvo hipoproteinemia (3,1 g/dL) e hipoalbuminemia (1,3 g/dL). Ig G 277 mg/dL, Ig A 14 mg/dL, Ig M 50 mg/dL. Proteinuria en orina de 24 horas: Negativa. Anticuerpos antitransglutaminasa negativos. Estudio en heces: Quimotripsina, elastasa fecal y Van de Kamer normales, estudio parasitológico y coprocultivo negativos. Elevación discreta de α -1-antitripsina fecal con aclaramiento normal, lo cual no sugiere pérdida proteica intestinal. Ecografía toraco-abdominal: Ascitis y derrame pleural bilateral leve. Endoscopia tracto digestivo superior: gastritis corporal y fúndica erosiva muy severa con infiltrado inflamatorio de características virales y PCR positiva para CMV en biopsia. Positivización de serología para CMV durante su ingreso. Cultivo CMV orina positivo con PCR y antigenemia de CMV en sangre negativas.

Diagnóstico: Gastropatía pierdeproteínas por CMV.

Evolución: Favorable con tratamiento sintomático (seroalbumina y omeprazol), con normalización de edemas y de niveles de albúmina tras 16 días de ingreso. Permanece asintomático 3 meses después.

DISCUSIÓN

En Urgencias lo más frecuente es lo más probable. En primer lugar proteinuria en rango nefrótico e incluso síndrome nefrótico sin proteinuria, seguido de pérdida proteica intestinal y pérdida gástrica. La gastropatía por CMV puede debutar con aparición brusca de edemas sin sintomatología digestiva. En pacientes inmunocompetentes la evolución suele ser favorable con resolución espontánea no precisando habitualmente tratamiento antiviral, el cual se reserva para casos de evolución tórpida e inmunodeprimidos. Ante la aparición brusca de edemas con hipoalbuminemia sin proteinuria en un niño previamente sano debemos sospechar esta entidad, sobre todo si asocia sintomatología digestiva que muchas veces es leve y pasa desapercibida.



186 ENFERMEDAD POR ALTITUD EN PEDIATRÍA: PREVENCIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y ASESORAMIENTO MÉDICO.

R. García-Puig*, T. Veres Gómez**, H. Onaga Pueyo***, S. Niermeyer****, S. Kriemler

*Servicio de Pediatría. Hospital Universitari Mutuaterrassa. **Hospital Puigcerda. ***Hospital Josep Trueta.

****Denver Children,s Hospital. *****Institute of Exercise and Health Sciences, Basel.

INTRODUCCIÓN

Existe un número creciente de episodios comunicados de enfermedad por altitud en pediatría. El pediatra de urgencias habitualmente no dispone de los conocimientos suficientes para tratarlos ni para asesorar a las familias que planean viajar a un destino de gran altitud.

FUNDAMENTO

El desarrollo de la industria turística facilita el acceso a gran altitud para una población creciente de personas no aclimatadas que habitualmente desconocen los riesgos relacionados con este entorno. También existe un número creciente de niños que se trasladan a zonas de gran altitud por motivos laborales familiares o para visitar a parientes. Por lo tanto, la enfermedad por altitud es una entidad médica emergente, a la que puede tener que enfrentarse cualquier médico.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

El Instituto de Estudios de Medicina de Montaña (IEMM) se fundó en 1994, dedicado al estudio, investigación y difusión de los conocimientos de medicina de montaña. Entre otras actividades, hemos recopilado y analizado la literatura científica existente referente a la enfermedad por altitud en pediatría. El documento guía ha sido la Declaración Internacional de Consenso elaborado por un Comité ad hoc de la *International Society for Mountain Medicine*. Los niños pueden presentar el rango completo de enfermedad relacionada con la altitud: mal agudo de montaña (habitualmente por encima de los 2500 m), edema pulmonar de altitud y edema cerebral de altitud, siendo las dos últimas emergencias vitales cuyo pronóstico depende de un diagnóstico temprano.

ACTIVIDADES DEL IEMM EN PEDIATRÍA

Debido a la escasa difusión de los conocimientos sobre enfermedad por altitud en pediatría hemos creado una sección específica en nuestra página web (www.iemm.org) para ofrecer información a los médicos sobre los aspectos a tener en cuenta en la población pediátrica que viaja a zonas de altitud. Explicamos como utilizar la *Children Lake Louise Score*. Ofrecemos asesoramiento on-line gratuito (medic@iemm.org) para responder a dudas más específicas y facilitar recomendaciones sobre determinados itinerarios. También participamos en la co-organización de un máster de medicina de montaña y estamos realizando diferentes proyectos de investigación en altitud.



187 **EPISODIOS APARENTEMENTE LETALES: REVISIÓN DE CASOS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA.**
R. Manso Ruiz de La Cuesta, N. Martín Ruiz, M. Vara Callau, A. Aldana Tabuenca, V. Caballero Pérez,
C. Campos Calleja.
Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza.

INTRODUCCIÓN

Los episodios aparentemente letales (EAL) tienen una incidencia 0,5 a 12 de cada 1000 recién nacidos vivos, suponiendo de un 0,6 a un 0,7% de las consultas en los servicios de urgencias en los menores de un año. Se define como EAL aquel que atemoriza al observador y combina: apnea central u obstructiva, cambios de color, cambios en el tono muscular, náuseas o ahogamiento; precisando un estímulo vigoroso o reanimación para conseguir la recuperación. La etiología es múltiple, siendo de un 30-50% idiopáticos. Es fundamental una anamnesis y exploración física detalladas, ya que el cumplimiento o no de la definición de EAL es clave para su manejo en urgencias.

OBJETIVO

Conocer la prevalencia de EAL, manejo en Urgencias y diagnósticos al alta.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de los EAL vistos en la Unidad de Urgencias de nuestro hospital durante el año 2008. Las variables recogidas son: pruebas complementarias realizadas, porcentaje de ingresos y diagnósticos al alta del hospital.

RESULTADOS

Los EAL suponen el 0,52% de la demanda asistencial. De los 42 casos, 30 de ellos ingresaron (71%), y 12 fueron dados de alta (29%). La edad media de los pacientes fue de 2 meses y medio, siendo un 60% varones. La edad gestacional media fue de 37,7 semanas y peso de recién nacido de 2.925 g, en ninguno presentó enfermedad de base ni antecedentes de síndrome de muerte súbita del lactante en la familia. En ningún caso se recoge el hábito tabáquico de los padres y la posición del niño en el momento del episodio. 14 de los episodios se resolvieron espontáneamente, 11 tras estimulación táctil y únicamente un caso precisó maniobras de RCP. El 50% de los pacientes tenían una exploración física normal seguido en frecuencia por los signos sugestivos de infección de vías respiratorias superiores. Las pruebas complementarias más frecuentemente realizadas fueron las analíticas, (86% de los pacientes) y resultaron alteradas en 9 de ellos. En 18 casos se hizo radiografía de tórax, que solo estuvo alterada en dos de los casos. El diagnóstico final más frecuente fue el de atragantamiento (9 casos), seguido de infección respiratoria (7 casos), hubo 4 casos de apnea, en 3 de los casos se diagnosticaron de otras patologías coadyuvantes y el resto fueron diagnosticados de episodios paroxísticos sin especificar (4 casos).

CONCLUSIONES

Dada la variabilidad observada en la práctica clínica, se debe protocolizar la actuación clínica de casos que cumplen la definición de EAL, por lo que se propone nuevo protocolo.



188 HIPERTENSIÓN ARTERIAL INFANTIL: UNA PATOLOGÍA INFRADIAGNOSTICADA

M. Prados Álvarez*, P. Ruiz Martínez*, M.C. Aparicio López*, C. de Lucas Collantes*, R. Muley Alonso**, M.P. Gutiérrez Díez*.

*Pediatria. H.U. Getafe. **Pediatria. H.U. Doce de Octubre. Madrid.

FUNDAMENTOS Y OBJETIVOS

La hipertensión arterial (HTA) con inicio en la infancia contribuye a un desarrollo precoz de enfermedad cardiovascular. La identificación de niños hipertensos y su correcto tratamiento tiene un gran impacto en la prevención de esta patología.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Varón de 12 años, originario de Perú, en España desde hace 9 meses. Consulta de manera ambulatoria en repetidas ocasiones por cefalea de 6 meses de evolución. Dolor torácico de dos semanas así como dos episodios de hematuria macroscópica. Antecedentes personales sin interés salvo HTA, refiere haber sido estudiado en su país de origen no habiendo encontrado ninguna alteración. No antecedentes familiares de HTA ni otras patologías. Exploración física: Peso y Talla por encima de p97 para su edad, IMC 22, resto normal. Se constata TA por encima de p97 en diversas determinaciones y se inicia estudio: hemograma, función renal, rx tórax, ecocardiograma y ecografía abdominorrenal: normal salvo renina basal alterada con aldosterona normal. En Doppler renal se detecta una posible estenosis de la arteria renal derecha. La angioRM confirma una estenosis del 75% de la arteria renal derecha así como severa estenosis del tronco celiaco y mesentérica superior. En el fondo de ojo se constata inicio de una retinopatía hipertensiva. Una vez diagnosticado de HTA de origen renovascular se inicia tratamiento con varios fármacos antihipertensivos, a dosis máxima, sin lograr adecuado control por lo que se deriva a centro de referencia para tratamiento quirúrgico. Se realiza angioplastia transluminal percutánea de arteria renal derecha, con lo que logra adecuado control tensional pero, a consecuencia de pseudoaneurisma de arteria renal, el paciente es nefrectomizado.

COMENTARIOS

A pesar del incremento de la prevalencia de HTA en la edad pediátrica y de sus consecuencias en la edad adulta, a menudo es una patología infradiagnosticada. Resulta necesaria la realización de medidas periódicas de TA en los controles de salud y en las visitas a los sistemas de emergencia. Es importante, en el manejo inicial de esta patología, la distinción entre HTA esencial y secundaria ya que el manejo de la causa subyacente de la HTA puede ser curativo. Algunos datos como un inicio prepuberal, grado severo, presencia de síntomas asociados y la ausencia de antecedentes familiares de HTA alertan sobre un posible origen secundario.



189 LACTANTE IRRITABLE EN URGENCIAS: ¿SÓLO SEPSIS?

I. Bayona Ferrer, I. Flores Prieto, M. Forns Guzmán, M. Montraveta Querol, A. de Francisco Prófumo
Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS

La irritabilidad es un síntoma que conlleva un gran volumen de consultas a los servicios de Urgencias durante los primeros meses de vida. Presentamos el caso de un lactante que fue valorado en Urgencias, en el que la dificultad de entendimiento con la familia y la inespecificidad de la clínica implicaban una dificultad añadida, y que presentaba una causa subyacente de urgencia vital.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Lactante de 4 meses que acude a Urgencias de nuestro hospital por irritabilidad. A la exploración destacan llanto inconsolable, palidez cutánea con cianosis perioral, taquicardia y taquipnea significativas, pulsos débiles, mala perfusión generalizada e hipotensión.

Se administra carga de volumen y se instaura tratamiento intensivo con drogas vasoactivas (3 dosis de adrenalina, que finalmente pasa a administrarse en bomba de infusión continua), con lo que se consigue mejoría inmediata y se traslada a UCI-P. Presenta buena evolución posterior, y en 48 horas ingresa en planta. Durante el proceso de estabilización hemodinámica aparece rash cutáneo generalizado.

Existe importante barrera idiomática con la familia. Finalmente se consigue averiguar mediante traductor que la clínica se había iniciado minutos después de segunda ingesta de fórmula de lactancia artificial, por lo que se sospechó una posible alergia a proteínas de leche de vaca (APLV). El estudio de despistaje mostraba IgE a beta lactoglobulina elevadas, confirmando así la sospecha diagnóstica inicial. Se pauta dieta de exclusión a la madre, continuando lactancia materna durante unos meses, y complementada con fórmula elemental (en forma de aminoácidos).

COMENTARIOS

Existe una gran variabilidad de espectro clínico en la presentación de las alergias en pediatría. La urticaria en niños es secundaria a etiología alérgica en un escaso porcentaje, y el shock anafiláctico como forma de presentación, especialmente en la APLV, es infrecuente. Se ha de tener en cuenta que el shock anafiláctico puede constituir el debut de la patología alérgica, de forma que en un paciente que recibimos en Urgencias con un cuadro de irritabilidad, acompañado o no de inestabilidad hemodinámica e historia sugestiva puede ser una posibilidad diagnóstica a considerar.



190 PARÁLISIS DIAFRAGMÁTICA SECUNDARIA A CIRUGÍA DE PARÁLISIS BRAQUIAL OBSTÉTRICA

C. Montero Valladares, I. Benítez Gómez, R. Rodero Prieto, M.T. Alonso Salas, M. Loscertales Abril
Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS

La parálisis diafragmática (PD) es una enfermedad infrecuente, cuya principal importancia radica en el potencial compromiso respiratorio que puede desencadenar. El daño del nervio frénico debido a cirugía cardíaca es la principal causa de parálisis diafragmática en pediatría, siendo muy rara tras corrección quirúrgica de parálisis braquial. Las manifestaciones pueden ser muy variadas, desde PD asintomática (hallazgo radiológico) hasta insuficiencia respiratoria, siendo frecuentemente subdiagnosticada. El diagnóstico se sospecha clínicamente y se confirma con estudios de imagen. La radiografía de tórax permite sospechar el diagnóstico, cuando hay ascenso del diafragma comprometido, sin embargo, no permite evaluar la función y la movilidad diafragmática. La ecografía torácica permite un estudio dinámico. El electromiograma es una prueba adicional que aporta información complementaria permitiendo elaborar un plan de tratamiento y determinar el pronóstico de la lesión.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Presentamos el caso clínico de un lactante de 8 meses que acude a urgencias por cuadro de dificultad respiratoria de varias semanas de evolución, con aumento en las últimas 48 horas. Entre los antecedentes personales destaca cirugía de parálisis braquial obstétrica de las raíces C5-C7 (con exploración del plexo completo C5-D1) 90 días antes. A la exploración presenta buen estado general, afebril, tiraje subcostal y polipnea, con hipoventilación en base pulmonar derecha. Saturaciones transcutáneas de oxígeno del 94%. Resto de exploración por aparatos normal. En la radiografía de tórax se evidencia una elevación del hemidiafragma derecho sospechándose una parálisis diafragmática derecha postquirúrgica. Ante la situación de estabilidad se decide tratamiento conservador y seguimiento en consultas externas. Posteriormente se realiza una ecografía torácica. La evolución del paciente fue favorable con mejoría clínica progresiva persistiendo hipodinamia del hemidiafragma a los 3 meses del diagnóstico.

COMENTARIOS

Es importante incluir la parálisis diafragmática en el diagnóstico diferencial de niños con dificultad respiratoria, principalmente en pacientes tras cirugía torácica o de raíces nerviosas. La sospecha clínica es fundamental para evitar un infradiagnóstico de esta entidad. En la población pediátrica son pocos los pacientes que necesitan tratamiento quirúrgico.



191 **PATOLOGÍA TROMBOEMBÓLICA VENOSA: A PROPÓSITO DE 3 CASOS.**

I. Bayona Ferrer*, I. Flores Prieto*, A. de Francisco Profumo*, M. Monreal Bosch**, F. Almazán Castro***, M. Montraveta Querol***

*Servicio de Urgencias de Pediatría. **Servicio de Medicina Interna. *** Servicio de Pediatría. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS

La patología tromboembólica venosa (PTEV) es un problema de salud cuya importancia y frecuencia van en aumento. No obstante, la PTEV sigue siendo una entidad infradiagnosticada en la edad pediátrica. El embolismo pulmonar (TEP) y la trombosis venosa profunda (TVP) representan el espectro de la enfermedad. Existen unos factores de riesgo conocidos pero que no siempre estarán presentes. Exponemos 3 casos que representan diferentes aspectos de esta entidad.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Caso 1: Adolescente de 16 años que presenta dolor en muslo izquierdo y disnea de medianos esfuerzos. A la exploración se evidencia aumento de diámetro de muslo izquierdo, circulación colateral y edema. Como antecedentes destacan hábito tabáquico y tratamiento anovulatorio. Las analíticas y pruebas de imagen fueron normales. La gammagrafía de ventilación/perfusión (V/P) muestra TEP múltiple bilateral.

Caso 2: Chico de 15 años que consulta por dolor en cara interna de muslo izquierdo, irradiado a zona lumbar. Presenta discreta taquipnea, aumento de diámetro de extremidad inferior izquierda y postura antiálgica. La ecografía doppler revela trombosis femoropoplítea e ilíaca. La gammagrafía pulmonar V/Q Spect-TC demuestra TEP de arteria lobar inferior derecha. En la analítica, destacaba dímero D de 22.525 ng/ml. Reinterrogando al paciente, se obtiene el antecedente paterno de TVP a los 30 años.

Caso 3: Adolescente de 17 años, diagnosticado de linfoma linfoblástico T mediastínico en 4º mes de tratamiento quimioterápico con correcta respuesta, que refiere dolor discreto en vacío izquierdo irradiado a hemitórax ipsilateral. En radiografía de tórax se objetiva aumento de densidad en base izquierda. La gammagrafía V/P muestra defectos segmentarios sugestivos de TEP. El valor de dímero D era de 577 ng/ml.

Todos ellos recibieron tratamiento con heparina de bajo peso molecular y los dos primeros, además, con acenocumarol, sin complicaciones posteriores.

COMENTARIOS

La PTEV es una entidad que sin tratamiento se asocia con una mortalidad aguda y morbilidad crónica significativas. Es de vital importancia ante sintomatología compatible incluir ésta entidad en el diagnóstico diferencial, así como la realización urgente de las pruebas diagnósticas. El tratamiento óptimo en la PTEV pediátrica (anticoagulación o terapia trombolítica) en la actualidad sigue siendo controvertido.



192 PÉRDIDA AGUDA DE LA AGUDEZA VISUAL. TROMBOSIS DE LA ARTERIA CENTRAL DE LA RETINA

A. Prieto Del Prado, M.A. Murillo Pozo, M.J. Sanchez Álvarez, E. Mellado Troncoso, M.T. Alonso Salas, M. Loscertales Abril

Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.

INTRODUCCIÓN

La trombosis de la arteria central de la retina (ACR) es una rara entidad en pacientes menores de 30 años. Su incidencia es de 1/50000, disminuyendo aún más en menores de 10 años. La mayoría de las obstrucciones arteriales retinianas son de causa embólica. La clínica consiste en la pérdida brusca e indolora de visión. En un 10% puede ir precedida de amaurosis fugax. En el lado de la obstrucción aparece un defecto pupilar aferente. Las causas más frecuentes son: coagulopatías y cardiopatías, seguidas de traumatismos, anemia de células falciformes y alteraciones oculares. En niños es rara la patología hipertensiva y aterosclerótica.

CASO CLÍNICO

Niña de 9 años que consulta en urgencias por pérdida brusca de agudeza visual indolora izquierda referida 4 días después de sufrir latigazo cervical en accidente de tráfico hace 2 meses. No antecedentes personales ni familiares de interés. Exploración física sin hallazgos patológicos excepto disminución de la agudeza visual en ojo izquierdo e hipertensión arterial. En el examen oftalmológico se evidenció una agudeza visual en ojo izquierdo de 0,2 y en el fondo de ojo se objetivó estrella macular y estrechamiento arteriolar de la rama temporal superior e inferior, sugerentes de trombosis de la ACR. Ante la sospecha de posible disección arteria carotídea por el antecedente traumático se realiza doppler de troncos supraórticos que es normal. Se realiza una RMN y angio-RMN de cráneo urgente, sin encontrarse anomalías. Hemograma, bioquímica y estudio de coagulación normal. Es estudios posteriores se confirma hipertensión arterial grave secundaria a causa nefrourológica.

DISCUSION

En el diagnóstico de la pérdida aguda de la agudeza visual en pacientes pediátricos debe incluirse la trombosis ACR. Es una patología de muy baja incidencia, pero debemos descartar como primera causa de ella la disección de la arteria carotídea por requerir ésta tratamiento urgente. Además se debe considerar la causa hipertensiva en el diagnóstico diferencial por su facilidad de diagnóstico en el Servicio de Urgencias.



193 REVISIÓN DE NUESTRA CASUÍSTICA DE NIÑOS CON DIAGNOSTICO DE SINCOPE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.

I. Galé Ansó, E. Sancho Gracia, L. Gracia Torralba, A. Manero Oteiza, N. Martín Ruiz, R. Pérez Delgado
Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El síncope es una patología frecuente generalmente benigna que, sin embargo, genera gran ansiedad en pacientes y familiares. Se ha descrito que hasta un 50% de los niños habrá presentado al menos un síncope o un presíncope antes de llegar a la adolescencia y que puede ser la causa de hasta un 3% de las visitas a urgencias pediátricas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo, mediante la revisión de informes de urgencias de los niños con diagnóstico de síncope/presíncope en el periodo comprendido entre Enero-Noviembre de 2009. Se registraron distintas variables clínicas y epidemiológicas.

RESULTADOS

En este periodo se atendieron 143 niños con diagnóstico de síncope/presíncope, lo que supone el 0,3% del total de urgencias pediátricas. El 56% eran niñas suponiendo el grupo de entre 12 y 15 años el 39%. Hasta un 37,7% fue catalogado como síncope vasovagal, destacando el 4% de síncopes convulsivos; el 22% fueron diagnosticados de presíncopes. El 12,5% de los niños ingresaron en planta y el 86,8% fueron dados de alta domiciliaria habiendo estado previamente en la unidad de observación el 24,8% de las altas. Se realizaron 2 pruebas de neuroimagen de carácter urgente resultando normales y ninguno de los ECG realizados en urgencias presentó alteraciones. De los niños que fueron ingresados destacan los diagnósticos definitivos de una epilepsia, una bradicardia sinusal en reposo, una crisis generalizada del despertar, una migraña y un trastorno de conducta alimentaria.

CONCLUSIONES

El tipo de síncope más frecuente es el neurocardiogénico, presentando mayor incidencia en niñas adolescentes. Ante un síncope lo importante es anamnesis y exploración física y neurológica completas que, junto con el ECG, logra descartar un elevado porcentaje de patologías potencialmente graves.



194 SANGRADO DE PEZÓN EN UN LACTANTE

A. Novoa*, R. Ramos**, J. Camara*, N. Calvo***, R. Queralt****, A. Feliú**

*Urgencias Pediátricas, **Pediatría, ***Imágenes, ****Anatomía Patológica. Hospital Universitario Sant Joan.

Un lactante de 4 meses es visto con una historia de 6 días de sangrado por el pezón de mama izquierda. El sangrado era escaso e intermitente. Al examen físico ambas mamas eran normales, sin signos de inflamación ni masas palpables. No había antecedentes de traumatismos o ingesta de medicamentos. Sin datos relevantes en los antecedentes perinatales y de crecimiento y desarrollo. Luego de ejercer una suave presión sobre la mama izquierda una pequeña cantidad de sangre emerge por el pezón (FIG 1). Se envían muestras para análisis microbiológico y anatomopatológico. El cultivo fue negativo mientras que el estudio histopatológico describe infiltrado de eosinófilos, eritrocitos y numerosos macrófagos (FIG 2). Asimismo se solicita una valoración ecográfica de la región mamaria, en la que se observa una dilatación de los ductos mamarios con saculaciones en localización retroareolar confluyendo hacia el pezón, sin ocupaciones que indiquen una causa obstructiva (FIG 3). Basados en la clínica, junto con el resultado de los estudios complementarios, se realiza el diagnóstico de Ectasia Ductal Mamaria (EDM). Se implementó un seguimiento clínico del paciente, con conducta expectante; luego de 2 semanas el sangrado se autolimitó. El sangrado del pezón es un raro signo en la edad pediátrica, siendo su etiología más común la EDM, aunque otras causas posibles son el trauma y el papiloma intraductal. La EDM consiste en la dilatación de los ductos mamarios e inflamación periductal, siendo su causa aún desconocida. La evolución, dependiendo de diferentes publicaciones, presenta un rango que varía de las 2 semanas a los 9 meses. El tratamiento consiste en un estrecho control clínico, la conducta médica será de expectación y de contención familiar dado su excelente pronóstico.



195 TC CRANEAL EN URGENCIAS: REVISIÓN DE 1 AÑO.

Y. Aliaga Mazas, M. Vara Callau, M.L. Rodríguez Sanz, C. Campos Calleja, J. López Pisón, Y. Romero Salas

Urgencias Pediatría. Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza.

INTRODUCCIÓN

La TC craneal es una prueba de neuroimagen con importantes implicaciones a nivel diagnóstico-terapéutico en un servicio de urgencias. En junio de 2008 creamos un registro informático de todas las TC craneales solicitadas en nuestro servicio de urgencias. En éste se recogen datos demográficos, motivo de consulta, tiempo de evolución de los síntomas, momento de realización y resultados de la TC y destino final del paciente.

OBJETIVOS

Describir los datos obtenidos en el registro durante 12 meses.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo de los episodios incluidos en el registro desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2009. Se excluyen entre las TC alteradas los casos de fractura craneal sin lesión intracraneal asociada.

RESULTADOS

Durante el año 2009 se atendieron 50.207 pacientes en la unidad de urgencias: de ellos 2.324 (4,6%) correspondían a urgencias neurológicas. Se realizaron un total de 185 TC craneales urgentes, lo que supone un 8% de las urgencias neurológicas: 49 primeros episodios convulsivos (26,5%), 44 traumatismos craneoencefálicos (TCE) (23,8%), 39 cefaleas (21%), 9 alteraciones visuales (4,9%), 6 focalidades neurológicas (3,2%), 5 sospechas de disfunción valvular (2,7%), 6 ataxias y otros trastornos de la marcha (3,2%), 4 estatus febriles y 1 crisis febril con focalidad neurológica posterior (2,7%), 3 encefalopatías agudas (1,6%) y el resto correspondían a otros motivos. Globalmente se realizó TC craneal a un 11,9% de las cefaleas, un 3,5% de los TCE y un 92,5% de primeros episodios convulsivos no sintomáticos agudos. La TC fue normal en 163 casos (88,1%), resultando alterado en los 22 restantes (11,9%). En 8 de ellos existía neuroimagen previa con alteraciones hallándose cambios en 5 casos (3 disfunciones valvulares y 2 hidrocefalias que precisaron colocación de válvula de derivación ventrículo-peritoneal). 14 de las TC mostraron lesiones intracraneales de nuevo diagnóstico: 4 hematomas epidurales, 3 subdurales, 3 lesiones tumorales, 1 leucoencefalopatía, 1 lesión isquémica de posible origen perinatal, 1 quiste porencefálico y el último mostraba aumento de los espacios pericerebrales. La TC se realizó el mismo día de la consulta en el 84,8% de los casos; en el 15,2% restante se realizó en las siguientes 24 horas. Ingresaron en planta 145 pacientes (78,4%), 8 (4,3%) precisaron cuidados intensivos y 32 (17,3%) fueron dados de alta desde urgencias; de éstos 22 fueron remitidos a consultas externas de neuropediatría.

CONCLUSIONES

Justificamos la realización de TC craneal en las urgencias pediátricas, debiendo optimizar sus indicaciones sin obviar los riesgos potenciales debidos a la radiación. Nuestros datos reflejan una mayor rentabilidad en casos de sospecha de disfunción valvular y en TCE con fractura asociada.



196 GÉRMEENES PRODUCTORES DE BLEE EN INFECCIONES URINARIAS (IU): INCIDENCIA, CLÍNICA Y EVOLUCIÓN.

A. Romero Candel*, J. Sánchez Etxaniz*, L.M. Soria Blanco**, E. Urra Zalbidegoitia**, I. Bizkarra Azurmendi*

*Urgencias de Pediatría. **Servicio de Microbiología. Hospital de Cruces.

BASE

Los gérmenes productores de BLEE (beta lactamasas de espectro extendido) (GP-BLEE) se han asociado a diversas patologías de base. Aunque clínicamente no asocian invasividad aumentada, pueden suponer un riesgo epidemiológico por su potencial de originar resistencias antibióticas por plásmidos, siendo controvertido su tratamiento.

OBJETIVOS

Conocer la incidencia de GP-BLEE en las IU atendidas en el Servicio de Urgencias de Pediatría (SUP); describir su patrón clínico, factores de riesgo y evolución clínica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de todos los urocultivos (UC) positivos enviados por nuestro SUP entre el 01.01.09 y el 31.12.09. Se elaboró un protocolo de recogida de datos clínicos y resultado del UC. Se realizó un seguimiento clínico de todos los pacientes, asignándoles un diagnóstico final. El estudio de sensibilidad se realizó con el sistema Vitek 2 (bioMérieux) y la confirmación de BLEEs con E-test por el método de sinergismo del ácido clavulánico con las oximinocefalospinas.

RESULTADOS

De los 521 UC positivos realizados, 6 (1.15%) fueron gérmenes productores de BLEE: 5 *Escherichia coli* y 1 *Proteus mirabilis*. La edad de los pacientes osciló entre 12 días y 6 años. Del total, 4 mostraban resistencia a amoxicilina-clavulánico (AC), 3 a cotrimoxazol, 2 a quinolonas, 1 a aminoglucósidos y 1 a nitrofurantoina. El diagnóstico fue de Pielonefritis Aguda (PNA) en 3 casos. En uno de ellos se mantuvo el tratamiento con cefixima (el habitual de nuestro protocolo), dada su buena evolución clínica, con UC de control negativo y pruebas de imagen normales. En los otros 2, cuando se recibió el UC se cambió respectivamente a cotrimoxazol y AC, también con buena evolución. Dos casos fueron IU de vías bajas. En uno, a pesar de detectarse resistencia intermedia, se mantuvo el tratamiento con AC (el habitual de nuestro protocolo), con buena evolución clínica y negativización del UC. El otro se trató con cotrimoxazol, evolucionando satisfactoriamente. El caso restante se consideró una bacteriuria asintomática (BA): inicialmente no recibió ningún tratamiento y cuando se recibió el UC positivo a *P. mirabilis* se recogió otro, que fue negativo. Solo un caso tenía antecedentes de interés: RVU grado II en profilaxis con cotrimoxazol, al cual era resistente.

CONCLUSIONES

La incidencia de UC con GP-BLEE es baja (1.15%). La mayoría son *E. coli*. Pueden producir tanto PNA, como ITU de vías bajas, como BA. La evolución clínica ha sido satisfactoria en todos los casos. No hemos encontrado ningún factor de riesgo. Pueden ser sensibles a aminoglucósidos, cotrimoxazol, nitrofurantoina y quinolonas.



197 HEMATURIA: IMPORTANCIA DIAGNÓSTICA DE LA ECOGRAFÍA

D. Aínsa Laguna, L. Martorell Giménez, M. Fernández Ferri, M. Del Cañizo Moreira, R. Margalef Canuto, S. Pons Morales.

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Doctor Peset. Valencia.

FUNDAMENTOS

La hematuria constituye una de las circunstancias clínicas más frecuentes por las que un niño es investigado en búsqueda de una enfermedad renal. Se define con una cantidad de hematíes superior a 5 por campo. Según su origen puede ser glomerular o no glomerular. Dentro de las causas no glomerulares destacan: hipercalcemia idiopática, litiasis renal, cistitis hemorrágica, traumatismo renal, malformaciones congénitas, poliquistosis y tumores renales. El tumor de Wilms es un tumor embrionario complejo mixto renal. La incidencia aproximada es de 8 casos por millón de niños menores de 15 años. La edad al debut oscila entre los 2-5 años. Supone el segundo tumor maligno abdominal de la infancia. Generalmente, se presenta como una masa abdominal (hallazgo casual). Ocasionalmente presentan dolor abdominal, vómitos y hematuria. Están descritos hipertensión y anemia.

OBJETIVOS

Destacar la importancia de la utilidad de la ecografía en urgencias como método de orientación diagnóstica ante una hematuria macroscópica.

CASO CLÍNICO

Preescolar varón de 2 años que acude a urgencias por hematuria macroscópica de coloración rojo brillante, con coágulos en las últimas horas. Desde hace 2-3 semanas, la madre refiere orinas de coloración oscura asociada a rechazo parcial de la ingesta. No consulta previa al pediatra. Presenta pica. No cuadro infeccioso febril previo o coincidente. No dolor lumbar ni clínica miccional. No traumatismos previos. No ingesta medicamentosa. No historia familiar de enfermedad renal ni sordera. Exploración por aparatos normal. Peso: 16 kg (p90). Constantes normales para su edad. Exploraciones complementarias: sedimento de orina, hematuria con leucocituria. Morfología de los hematíes, normal. En tinción de gram de la orina no se observa flora. Urocultivo negativo. Bioquímica sanguínea: Urea 23 mg/dL, Creatinina 0,5 mg/dL, Calcio 10,1 mEq/l. Coagulación, sin alteraciones. Hemograma: Hemoglobina 10,8 g/dL, Hematocrito 34,6%, VCM 62,7 fL, HCM 19,6 pg, ADE 17,5. Leucocitos 13.300/L con 45,7% neutrófilos. Se solicita ecografía renal urgente identificándose en riñón izquierdo una masa de 6x6 cm, hiperecogénica y que distorsiona el sistema calicinal, de morfología redondeada, bordes bien definidos, con áreas de necrosis y de hemorragia. Ante sospecha de tumoración renal se decide ingreso hospitalario para completar el estudio.

CONCLUSIONES

Ante una hematuria no glomerular es importante descartar infección urinaria, valorar niveles urinarios y plasmáticos de calcio y creatinina y tener referencia ecográfica de la morfología renal. Únicamente un 12-25% de los nefroblastomas presentan hematuria, siendo en la mayoría de los casos microscópica. Aunque el tumor de Wilms representa menos del 1% de las causas de hematuria hay que descartar siempre este posible origen ya que el diagnóstico precoz y el tratamiento adecuado permiten conseguir un buen pronóstico.



198 LACTANTES MENORES DE TRES MESES CON FIEBRE SIN FOCO Y UROCULTIVO POSITIVO: VALOR DE LA TIRA REACTIVA DE ORINA.

N. Paniagua Calzón, A. Romero Candel, L.M. Soria Blanco, F.J. Benito Fernández, B. Gómez Cortés, S. Mintegi Raso.

Urgencias Pediatría. Hospital de Cruces. Barakaldo. Bizkaia.

OBJETIVOS

Las infecciones del tracto urinario (ITU) constituyen la causa más frecuente de infección bacteriana potencialmente grave (IBPG) en lactantes menores de tres meses. El objetivo del estudio que se presenta es analizar los lactantes con fiebre sin foco (FSF) y urocultivo (UC) positivo atendidos en un Servicio de Urgencias Pediátricas (SUP), comparándose aquellos que presentaron alteración de la tira reactiva de orina (TRO) con los que tuvieron un TRO anodina.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo basado en registro de lactantes menores de 3 meses con FSF atendidos entre el 1/9/2003 y el 30/08/2009 en el SUP de un hospital docente terciario. Se incluyeron en el registro todos los lactantes menores de 3 meses con fiebre definida como temperatura de al menos 38°C, sin focalidad asociada. Se recogieron datos de edad, sexo, temperatura, manejo en Urgencias y evolución.

RESULTADOS

Se incluyeron 1376 lactantes en el registro. En 774 de ellos se obtuvo una muestra urinaria por sondaje uretral para UC, que resultó positivo en 246. De estos 246, en 239 se realizó TRO, presentando 178 (78.2%) leucocituria y/o nitrituria. No se observaron diferencias en relación con el sexo ni con la temperatura a su llegada al SUP entre el grupo con TRO normal y el grupo con TRO alterada. Veinte pacientes con TRO no alterada (38.6%) eran menores de 30 días (vs 50 con TRO alterada, 26.8%, $p=0,12$).

Los lactantes febriles con UC positivo y TRO anodina mostraron diferencias significativas al ser comparados con aquellos con TRO alterada (leucocitos $>15000/\text{mm}^3$, 18.4% vs 49%, $p=0.0002$; PMN $>10000/\text{mm}^3$, 12% vs 32.4%, $p=0.003$; PCR >2 mg/dl, 20.4% vs 68.6%, $p<0.0001$; PCT >0.5 ng/ml, 3.6% vs 36.5%, $p=0.0009$. Se obtuvo PCT únicamente en 80 lactantes). Los lactante febriles con UC positivo y TRO anodina no mostraron diferencias en estos tests cuando se compararon con lactantes febriles sin IBPG, salvo en el caso del recuento de PMN.

CONCLUSIONES

El UC positivo es un hallazgo frecuente en la valoración del lactante menor de 3 meses con FSF. Un número importante de pacientes con UC positivo no presenta leucocituria ni nitrituria en la TRO. Las alteraciones en el recuento leucocitario, valor de PCR y de PCT, son más frecuentes en pacientes con leucocituria y/o nitrituria. Los lactantes menores de 3 meses con fiebre, UC positivo y TRO normal podrían ser un grupo diferente al de los lactantes febriles con UC positivo y alteración de la TRO.



199 REVISIÓN DEL SEGUIMIENTO DE UN PROTOCOLO DE MANEJO DE INFECCIONES URINARIAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS.

M. Taguas-Casaño Corriente*, M.J. Sánchez Álvarez*, E. Díaz Carrión**, M.T. Alonso Salas*, M. Loscertales Abril*

*Servicio Cuidados Críticos y Urgencias. H. Infantil Virgen del Rocío. Sevilla. **Centro Salud Los Bermejales. Sevilla.

OBJETIVO

Valorar el seguimiento del protocolo consensuado para el manejo diagnóstico-terapéutico de las ITU, desarrollado por el Servicio de Urgencias y el de Pediatría General, en el año 2007.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron las historias digitales de los niños ingresados en Observación de Urgencias del 1 de Enero de 2008 al 31 de Diciembre de 2009, con edad menor de 3 meses y con diagnóstico de ITU por positividad en urocultivo. Se recogieron los datos siguientes: edad, sexo, clínica y motivo de ingreso, pruebas analíticas realizadas en Observación y pruebas de imagen y evolución posterior de los pacientes.

RESULTADOS

De los 7573 niños ingresados en este período, se diagnosticaron 56 casos de ITU en menores de 3 meses. La mitad fueron varones, 2/3 neonatos y 2 de ellos con diagnóstico prenatal de malformación urinaria. Los motivos de ingreso en Observación más frecuentes fueron: fiebre (95%), irritabilidad y rechazo de las tomas. El hemograma fue normal en el 82% de los casos, la PCR <20 en el 50% (rango 2,6-388); media 46,2). La muestra de orina se recogió en todos los casos mediante sondaje vesical. La tira reactiva fue patológica en el 78% de los casos. Se realizó Tinción de Gram inmediata al 71,4% de las muestras, el 92,5% fue positiva. El germen más frecuente fue el *E. coli* (75%). Todos los pacientes se trasladaron a planta con antibioterapia empírica parenteral. A todos se les hizo Ecografía, siendo normal el 55,35% y la alteración más frecuentemente detectada fue la dilatación pielo-calicial leve (63,63%). Se hizo CUMS a 26 niños, sólo en 7 se determinó Reflujo Vesico-Ureteral de relevancia. Se realizaron 15 DMSA, 10 de ellas de forma precoz (1ª 72 horas). En total, se derivaron para seguimiento en Consultas de Nefro-Urología a 8 niños. Ningún paciente ingresó por episodios de ITU recurrentes en el periodo de seguimiento del estudio.

CONCLUSIONES

El seguimiento del protocolo en la fase diagnóstica en urgencias ha sido adecuado, puesto que la realización de tira reactiva y Gram de orina recogida por sondaje vesical ha permitido el diagnóstico precoz de ITU y el inicio de antibioterapia empírica. También hemos observado un menor seguimiento en cuanto a la indicación de pruebas de imagen, ya que la DMSA sólo se realizó al 26,78% de los niños. Considerando que la evolución fue buena en todos los casos, habría que replantearse la necesidad de indicar pruebas diagnósticas de imagen en el primer episodio de ITU febril en lactantes pequeños.



200 TINCIÓN DE GRAM EN EL DIAGNOSTICO DE INFECCIÓN URINARIA EN LACTANTES.

M.J. Rodríguez Castaño, A. Rodríguez Ogando, J. Pérez Moreno, A.B. Martínez López, B. Garrido Conde, R. Marañón Pardillo.

Urgencias. HGU Gregorio Marañón. Madrid.

INTRODUCCIÓN

La infección del tracto urinario (ITU) es una de las infecciones bacterianas más frecuentes en lactantes. El diagnóstico rápido resulta fundamental ya que permite instaurar un tratamiento precoz disminuyendo el riesgo de complicaciones. Sin embargo la clínica de la ITU en edades tempranas es inespecífica lo que hace necesario disponer de pruebas diagnósticas rápidas que permitan orientar el diagnóstico y tratamiento inicial a la espera del resultado del urocultivo.

OBJETIVOS

Comparar la tira reactiva en orina, el sedimento urinario y la tinción de Gram como métodos diagnósticos de ITU en lactantes menores de 24 meses en el Servicio de Urgencias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo realizado mediante revisión de historias clínicas durante 5 años (2004-2009). Se incluyeron 980 lactantes menores de 24 meses, estudiados en el Servicio de Urgencias por sospecha de ITU, en los que se obtuvo una muestra de orina mediante cateterización vesical. De cada paciente se recogieron datos epidemiológicos (sexo, edad, fecha de diagnóstico) así como el resultado de la tira reactiva en orina (esterasa leucocitaria, nitritos), el sedimento urinario (leucocitaria, piuria, bacteriuria) y la tinción de Gram, comparando estos datos con el urocultivo como gold standard para el diagnóstico de ITU. Se consideró urocultivo positivo el aislamiento de más de 10.000 ufc/ml del mismo germen. Los datos fueron analizados mediante el programa SPSS 15.0.

RESULTADOS

Se obtuvieron 980 pacientes; 430 mujeres (43.9%) y 550 varones (56.1%). La media de edad fue 6 meses (rango 3 días-24 meses). El urocultivo resultó positivo en 558 casos (56.9%) observándose una mayor incidencia de ITU entre los meses de Abril y Septiembre. El germen aislado con mayor frecuencia fue *E. coli* (78%). En la tira reactiva de orina la presencia de esterasa leucocitaria fue el parámetro más sensible (72%) y la de nitritos el más específico (99%). En el estudio microscópico del sedimento urinario la combinación más rentable fue la presencia de bacterias y leucocitos (sensibilidad 64.7%, especificidad 97.6%, valor predictivo positivo 96%, valor predictivo negativo 75.4%). La tinción de Gram fue la prueba con mayor rendimiento global; sensibilidad 83%, especificidad 97%, valor predictivo positivo 97% y valor predictivo negativo 82%.

CONCLUSIONES

La tinción de Gram es un método diagnóstico más rentable que la tira reactiva de orina y el sedimento urinario para el diagnóstico de infección urinaria en lactantes.



201 VALOR DE LA PROCALCITONINA EN URGENCIAS COMO PREDICTOR DE REFLUJO VESICoureTERAL EN LOS PACIENTES CON INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO.

P. Riu Villanueva, A. Fernández López, R. Garcés Bordegé, Z. Ibars Valverde, J. Ortega Rodríguez, E. Solé Mir

Servicio de Pediatría. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida.

INTRODUCCIÓN

El hallazgo de reflujo vesicoureteral (RVU) en pacientes con infección del tracto urinario (ITU) varía según las series entre el 17-55%. El consenso actual según las últimas evidencias científicas, es realizar la cistografía uretral miccional seriada (CUMS) en el caso de pielonefritis aguda (PNA) (o si realiza varias ITU) y la indicación de profilaxis antibiótica se reduce al reflujo de alto grado. Trabajos recientes parecen indicar la existencia de asociación entre RVU de alto grado y niveles elevados de PCT.

OBJETIVO

Evaluar la utilidad de la procalcitonina como predictor de la existencia de reflujo vesicoureteral en los pacientes ingresados desde urgencias pediátricas (UP) por ITU.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo en niños ingresados desde UP por ITU entre enero y diciembre de 2009. Se presentan resultados preliminares del primer año de estudio. Para el diagnóstico se exigió la confirmación microbiológica (en muestra de orina obtenida por sondaje, chorro medio o punción suprapúbica) y solamente se incluyeron los casos con realización de gammagrafía renal (DMSA) y cistografía uretral miccional seriada (CUMS) en fase aguda. Se evalúan los valores plasmáticos de PCT y proteína C Reactiva (PCR) y se correlacionan con los hallazgos de la CUMS y DMSA. La PCT se determina por fluoroinmunoanálisis ELFA (Enzyme Linked Fluorescent Assay) y la PCR por inmunoturbidimetría. Los datos se analizan a través del programa informático Access® 2007 y se utiliza el test de Mann-Whitney para comparar las variables cuantitativas con significación estadística de $p < 0.05$.

RESULTADOS

En este periodo ingresaron desde UP 89 pacientes con ITU. Se practicó DMSA en 71 (por sospecha de PNA o edad al diagnóstico) y CUMS en 45 casos (por DMSA patológica, presencia de ectasia piélica o ITU previa). Se detectó presencia de RVU en 9 (20%). La DMSA mostró PNA en 32 (45%) y en 27 se realizó CUMS. En 6 pielonefritis (22.2%) se demostró RVU. La distribución por grados de reflujo fue: bajo grado I,II ($n=6$), alto grado III,IV,V ($n=3$). Respecto a todos los pacientes con CUMS practicada, los valores medios de PCT en casos con RVU (8,24 ng/mL (DE=10,02)) fueron significativamente superiores ($p=0,002$) a los obtenidos en niños sin RVU (2,28 ng/mL (DE=2,84)). Los valores de PCR fueron similares en ambos grupos (146,13 mg/L (DE=84,75) vs 99,95 mg/L (DE=75,29)). En las PNA ($n=32$) los valores de PCT también fueron significativamente superiores ($p=0,002$) en los casos con RVU (12,20 ng/mL (DE:10,22) vs 3,57 ng/mL (DE:3,18)). La diferencia tampoco fue estadísticamente significativa para la PCR.

CONCLUSIONES

Los resultados preliminares en nuestros pacientes orientan a que la determinación de PCT podría tener utilidad en la detección del RVU en los niños atendidos en urgencias con pielonefritis aguda para optimizar la indicación de la CUMS. El número reducido de casos obliga a continuar el estudio prospectivo para obtener más valores en niños con PNA y RVU. Necesitamos más trabajos para aclarar el papel que la PCT puede tener en esta aplicación en pediatría.



202 ASISTENCIA DE NEONATOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO.

B. Montoro González, A. Nimo Román, S. Henríquez Santana, P. Bas Suárez, S. Todorcevic.
Servicio de Urgencias. Hospital Materno-Infantil de Canarias.

INTRODUCCIÓN

Los problemas de salud de los recién nacidos constituyen un signo de alarma suficiente para que los padres demanden atención en un Servicio de Urgencias Pediátrico (SUP).

OBJETIVO

Analizar los motivos de consulta de neonatos en un SUP y determinar las características de la atención que se les ofrece.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo y descriptivo, durante el período comprendido entre enero y junio de 2009, en el cual se revisaron las historias de los neonatos atendidos en el SUP. Se incluyen en el estudio todos los pacientes hasta 28 días de vida. Se analizan características epidemiológicas, hora de llegada, derivación por otro médico/centro, motivo de consulta, diagnóstico final y destino del paciente.

RESULTADOS

Acudieron 628 neonatos, suponiendo un 11,4% del total de los pacientes atendidos en el SUP. El mayor número de visitas se registraron durante la 1ª semana de vida (32,2%). El 57,3% fueron varones. La mayor presión asistencial se registró el jueves (16,2%) seguido del viernes (15,3%), en el turno de mañana (07:00-14:59) con un 38,8%. Los neonatos derivados de otros centros supusieron un 31,9%. Ictericia (20,3%) e irritabilidad (12,5%) constituyeron los principales motivos de consulta. Los diagnósticos al alta más frecuentes fueron "no patología objetivable" (21,2%) e "ictericia" (20,4%). La proporción de ingresos fue del 14,4%, principalmente por "ictericia" y "bronquiolitis".

CONCLUSIONES

En un SUP las visitas neonatales constituyen una causa muy frecuente de consulta, siendo más frecuente en varones, en horario de mañana y los jueves.

El motivo de consulta más frecuente fue ictericia. En nuestro SUP la mayoría de los neonatos acuden sin ser derivados de otros centros, debido a la vulnerabilidad de la etapa neonatal detectada por los padres.

La mayoría de las consultas no precisaron la realización de pruebas complementarias dado su carácter banal pudiendo haber sido resueltas en un centro de atención primaria.



203 ASISTENCIA NEONATAL POR ICTERICIA A NUESTRO SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICO.

S. Henríquez Santana, A. Nimo Román, B. Montoro González, P. Bas Suárez, S. Todorcevic.

Hospital Materno Infantil de Gran Canaria.

La ictericia neonatal es la patología más frecuente durante el periodo neonatal. La práctica del alta precoz en los embarazos de bajo riesgo unido al retraso en la primera visita al pediatra, son hechos que obligan a los padres a visitar el servicio de urgencias de pediatría (SURGP).

OBJETIVOS

Determinar las características epidemiológicas, clínicas, analíticas y diagnósticas de los neonatos que acudieron al SURGP por ictericia.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo basado en la revisión de historias clínicas de los neonatos que fueron atendidos en el servicio de urgencias entre enero y junio del año 2009.

RESULTADOS

Se revisaron las visitas registradas de RN menores de cuatro semanas al servicio de urgencias, que suponían un total de 631 visitas, de los cuales 130 acudían por ictericia (20.4%). Discreto predominio sexo masculino (60.5% frente 39,5% niñas). El 86,1% acudió durante las dos primeras semanas de vida. El peso estimado se situó entre 2,500 g y 4000 gramos (62.9%), siendo derivados desde su centro de salud el 63.6%. El 38% recibían Lactancia materna exclusiva. El síntoma de consulta principal fue la ictericia (85.7%) seguido de irritabilidad. El diagnóstico más frecuente al alta fue ictericia fisiológica o no isoimmune. Un tercio de los pacientes presentaron bilirrubinemias inferiores a 12 mg/dl (34,3%), presentando >15 mg/dl el 27% de los neonatos que acudieron al servicio de urgencias. Proporción de ingresos: 8.5%.

CONCLUSIONES

La ictericia es uno de los principales motivos de asistencia neonatal al surgp, principalmente durante las dos primeras semanas de vida. El hecho de que en nuestra serie la tercera parte de los pacientes presentaran valores inferiores a 12 mg/dl, con un bajo porcentaje de ingresos (8,5%), pone en evidencia la necesidad de un buen manejo desde AP y la posibilidad de instaurar bilirrubinómetros que eviten la derivación hospitalaria y/o extracción analítica.



204 CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y CLÍNICAS DEL NEONATO ATENDIDO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS.

M.S. Hoyos Vázquez*, S. García Castillo*, A. Rubio Ruiz*, A.J. Cepillo Boluda*, V. García González*, M.S. Vázquez García**

*Servicio Urgencias de Pediatría. **Neonatología. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

OBJETIVO

Conocer el motivo de consulta, diagnóstico y manejo del paciente menor de un mes de vida en un Servicio de Urgencias Pediátricas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes en periodo neonatal que acuden al Servicio de Urgencias Pediátricas de nuestro hospital entre enero y noviembre de 2009, basado en la revisión de historias clínicas.

RESULTADOS

De 28.823 pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias Pediátricas de nuestro hospital entre enero y noviembre de 2009, incluimos en el estudio 588 pacientes con una mediana de edad de 11 días (6-19) y una distribución del 51,9% para el sexo masculino y del 48,1% para el sexo femenino. Un 21,4% eran hijos de padres inmigrantes. Hemos dividido el grupo total en 2 subgrupos de estudio: el primero comprende los pacientes entre 2-15 días de vida (64,8%) y el segundo comprende los pacientes entre 16-30 días (35,2%). En el *primer subgrupo* encontramos los siguientes resultados: el 63,5% acuden al Servicio de Urgencias a petición propia, siendo el 36,5% remitidos por su médico. El motivo de consulta más frecuente es la ictericia (45,1%), seguido de llanto (7,3%), vómitos (5,8%) y fiebre (5,5%). Se realizaron pruebas complementarias a un 60% de los pacientes (de éstos, el 75% consultaban por ictericia). El diagnóstico más frecuente corresponde a ictericia (48,3%) seguido de la ausencia de patología en un 19,4%. Un 7,9% de los pacientes requirieron observación en nuestro servicio antes del alta. Un 31% de estos pacientes requirieron ingreso en la Sección de Neonatología. En el *segundo subgrupo* un 86,5% de los pacientes acuden al Servicio de Urgencias a petición propia, siendo el porcentaje de remitidos por criterio médico de un 13,5%. El motivo de consulta más frecuente es la tos (13%), seguido de fiebre (10,1%), exantema (10,1%) y llanto (9,7%). Se realizaron pruebas complementarias a un 30% (de éstos, un 24% consultaba por vómitos). La patología más frecuentemente diagnosticada en este subgrupo es el catarro de vías altas (en un 22,2%), seguido de la ausencia de patología en un 15%. De este subgrupo un 16,9% de los pacientes requirieron observación en nuestro servicio antes del alta, siendo el 23,2% los pacientes que requieren ingreso en la Sección de Neonatología.

CONCLUSIONES

Los niños menores de 30 días representan un porcentaje muy pequeño (2%) respecto al total de pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias Pediátricas, siendo el 64,8% menores de 15 días, debido a la mayor vulnerabilidad del neonato en este periodo. La ictericia supuso la mitad de los diagnósticos en el primer grupo. El catarro de vías altas es la patología diagnosticada con más frecuencia en el segundo grupo. Si bien el resto de motivos de consulta eran aparentemente banales, un 50% del total de pacientes que acudió al Servicio de Urgencias Pediátricas requirió ingreso; esto último motivado por los criterios de hospitalización propios de esta edad.



205 ESCROTO AGUDO E1N UN NEONATO

M. Lorente Cuadrado, M.J. Ayala Paterna, P. Talon Moreno, M.P. Sánchez López, M.T. Montero Cebrian, M.I. Martínez Lorente

Servicio Pediatría. H. Rafael Méndez. Lorca, Murcia

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS

El escroto agudo es un cuadro sindrómico caracterizado por dolor, tumefacción y signos inflamatorios. Se considera una urgencia urológica, ya que es esencial diagnosticar precozmente entidades que requieran tratamiento quirúrgico urgente. La etiología es muy variada, siendo la torsión testicular extravaginal la causa más frecuente en el neonato.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Neonato de 9 días con tumefacción testicular e irritabilidad de 5 horas de evolución. A la exploración física destaca un edema escrotal bilateral, más intenso en el lado derecho, acompañado de eritema, calor, dolor e induración a la palpación y transiluminación negativa. En la ecografía doppler, el teste derecho es de tamaño normal, con discreto engrosamiento epididimario y aumento de la vascularización, con signos inflamatorios e hidrocele de densidad elevada y heterogénea; el teste izquierdo es normal. En analítica aparece leucocitosis, aumento de reactantes de fase aguda y leucocituria. Tras toma de cultivos, se inicia tratamiento con ampicilina y gentamicina. Ante la persistencia de la inflamación y el aumento de la induración, se realiza ecografía de control en la que se constata organización del hidrocele. Se remite a Cirugía Infantil ante sospecha de absceso escrotal intravaginal que se confirma en la exploración quirúrgica. Hemocultivo y urocultivo fueron positivos a *E. coli*, completándose estudio con ecografía renal y cistografía que muestran reflujo vesicoureteral grado 1 izquierdo e hidronefrosis grado 2 derecha.

COMENTARIOS

La orquiepididimitis, aunque infrecuente en neonatos, es una etiología a tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de escroto agudo. Requiere antibioterapia al asociarse a infecciones del tracto urinario y estudios complementarios para descartar anomalías congénitas malformativas. Si su diagnóstico es claro y contundente, podría evitar una exploración quirúrgica innecesaria, pero ante cualquier duda diagnóstica o la sospecha de complicaciones, como en nuestro caso, dicha operación es imprescindible y siempre menos grave que las consecuencias de su omisión.



206 KERNICTERUS: UNA ENFERMEDAD EVITABLE

J. Solà Pou, D. Porcar Farrán, S. Uriel Prat, M. Gispert-Saüch Puigdevall, A. Durán Núñez, L. Mayol Canals

Servicio de Pediatría. Hospital Josep Trueta. Girona.

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS

El Kernicterus es una enfermedad que comprende las manifestaciones crónicas y las secuelas permanentes de la disfunción neurológica inducida por bilirrubina. El objetivo de esta comunicación es tomar consciencia de que un seguimiento adecuado de la ictericia neonatal evitaría la aparición de casos como éste.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Presentamos el caso de un neonato a término de 4 días de vida que consulta a nuestro servicio de urgencias con rechazo del alimento y hipoactividad. En la exploración física destaca ictericia generalizada, apneas y actitud en opistótonos con movimientos coreicos de las cuatro extremidades. Se constata hiperbilirrubinemia de 42,6 mg/dL y signos neuronales de sufrimiento neuronal difuso en el electroencefalograma. Se inicia fototerapia intensiva y se realizan dos exsanguinotransfusiones seguidas. Se administra también gammaglobulina intravenosa. El estudio hematológico demuestra una incompatibilidad de grupo. Los potenciales evocados auditivos iniciales y los realizados en controles posteriores muestran una grave afectación de la vía auditiva bilateral. En la exploración neurológica al mes de vida se objetiva todavía hipertonía de extremidades superiores con mínima hipotonía axial, aunque esto se normaliza a los 6 meses de vida.

COMENTARIOS

A pesar de que la prevalencia del Kernicterus ha disminuído drásticamente durante los últimos 40 años, se continúan viendo casos aislados. Aunque las técnicas como la fototerapia, la exsanguinotransfusión o la administración de gammaglobulina intravenosa mejoran el pronóstico de la encefalopatía bilirrubínica si se aplican de forma urgente, es frecuente la persistencia de algún tipo de secuela. La acción más importante para evitar estos casos es la prevención de la hiperbilirrubinemia severa en los pacientes de alto riesgo.



207 NEONATOS QUE ACUDEN A LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS ¿PODEMOS HACER ALGO PARA CAMBIAR LAS COSAS?

M.E. Rubio Jiménez, E. Cid París, G. Arriola Pereda, A. Aldea Romero, A. García García, J.M. Jiménez Bustos

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Guadalajara.

OBJETIVOS

Conocer las características clínicas y epidemiológicas de los neonatos (edad 3-28 días) que acuden al servicio de Urgencias de nuestro hospital.

MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo de los neonatos que acudieron al servicio de Urgencias entre el 1/7/09 y el 31/12/09 (6 meses). Variables registradas: edad, sexo, etnia, antecedentes de ingreso previo en Neonatología, derivación por un sanitario frente a consulta espontánea, motivo de consulta, turno horario en el que acude a urgencias, diagnóstico, necesidad de pruebas complementarias y/o ingreso.

RESULTADOS

Durante el segundo semestre del año 2009 acudieron al servicio de urgencias 10.198 menores de 14 años, de los que el 1,66% (170) eran neonatos, con una edad media de 11,6 días ($\pm 7,2$). El 56,5% eran varones. El 2,9% (5 casos) tenían antecedentes de ingreso previo en Neonatología. El 30,6% eran hijos de inmigrantes (18,8% del Este de Europa, 5,9% sudamericanos, 0,6% magrebí y 0,6% asiáticos) y el 1,7% de etnia gitana. Distribución por turnos horarios: 32,5% en turno de mañana (8:00-14:59), 40% en turno de tarde (15:00-21:59) y 27,5% en turno de noche (22:00-7:59). Acudieron remitidos por un sanitario un 17,6% (el 12,9% por su pediatra y el resto, citados desde el propio hospital). Los motivos más frecuentes de consulta fueron: ictericia (18,8%), cambios del ritmo intestinal como diarrea o estreñimiento (15,8%) y llanto (13,5%). El 67,6% no precisó pruebas complementarias, y en caso de ser necesarias, la más frecuente fue la determinación de bilirrubina capilar (17,1%). En el 28,8% no se observó ningún proceso patológico, siendo los juicios diagnósticos: cambios fisiológicos del ritmo intestinal (15,9%), sangrado umbilical por caída del cordón (3,5%), uratos (2,4%) y otros (7%). Dentro de los hallazgos que se pueden considerar patológicos, los diagnósticos más frecuentes fueron ictericia (21,3%) y cólicos del lactante (14,7%). Sólo ingresaron 27 pacientes (el 15,9%), siendo los principales motivos ictericia (5,1%) y síndrome febril (2,9%). Los pacientes que ingresaron fueron remitidos por su pediatra en un tercio de las ocasiones.

CONCLUSIONES

La mayor parte de los neonatos que acuden a urgencias lo hacen por motivos banales que no requieren ingreso ni pruebas complementarias y que pueden ser resueltos con pautas de actuación sencillas impartidas por el personal sanitario, convenientemente adaptadas a las características culturales e idiomáticas de los padres. Destaca en nuestro estudio el alto índice de frecuentación en los primeros momentos tras el alta: 82 de los 170 pacientes (un 48,2%) acuden a urgencias antes de los 10 días de vida, fecha en la que está establecida en nuestra comunidad la primera cita concertada con el pediatra de centro de salud. Debemos valorar la importancia de impartir a los padres de nuestros recién nacidos unos conocimientos generales de puericultura, insistiendo en las características fisiológicas del neonato, para evitar un porcentaje importante de las visitas inmotivadas al servicio de urgencias.



208 PERFIL DE INGRESO DE LOS RECIÉN NACIDOS PROCEDENTES DE URGENCIAS EN UN HOSPITAL COMARCAL

H. Al Kasab, C. Mengotti, C. Cornielli, A. Moreira, A. Moral, E. de Dios
Servicio de Pediatría. Hospital Sant Joan de Déu de Martorell.

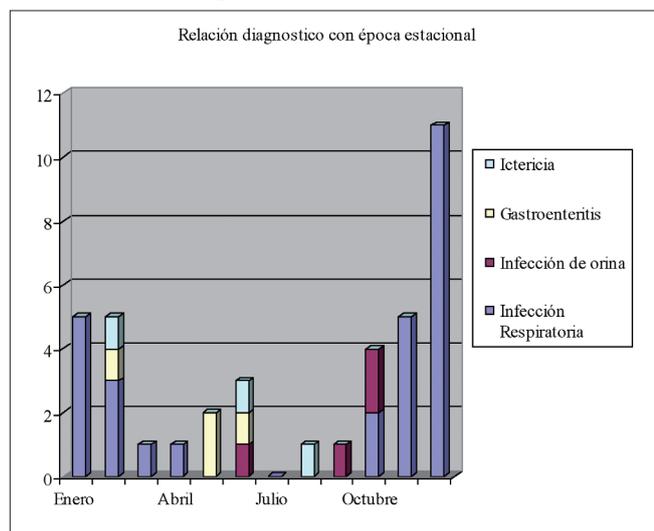
OBJETIVO

Conocer las características clínico-epidemiológicas de los Recién Nacidos ingresados en nuestro Hospital Comarcal procedentes de urgencias según patología.

METODOLOGIA

Estudio retrospectivo de los Recién Nacidos ingresados procedentes de urgencias durante el periodo Enero 2008 y Diciembre 2009. Variables analizadas: sexo, motivo de consulta, pruebas complementarias realizadas, días de estancia, diagnóstico, época estacional al ingreso, consultando nuestra base de datos.

RESULTADOS (Fig. 1)



Durante este periodo ingresaron: 49 Recién Nacidos procedentes de urgencias de un total de ingresos de 620 pacientes, (7.9%,)

Sexo masculino 79.6% y sexo femenino 20.4%. Motivo de consulta: 57% patología respiratoria; 30% fiebre; 6.2% ictericia y 6.8% otros.

Pruebas complementarias realizadas: analítica de sangre 79%; hemocultivo 63% de los cuales el 6% eran positivos y el 9,6% resultaron contaminados; urocultivo, se realizaron el 55.3%: 18% positivos y 3% contaminados. Se realizó punción lumbar: 12%: 100% negativos; 71% Rx de tórax; VRS en moco nasal: 51% de los cuales 60% positivos; estancia media: 6.2 días; diagnósticos: 51.2% infección respiratoria, 10% Infección de orina, 10% GEA, 8.1% ictericia neonatal, 4.8% septicemia, 4% deshidratación, 2% hipotiroidismo, 2% tos ferina y 7.9% otros.

Traslados por complejidad 10.2% y 89,8% alta domiciliaria.
63.3% de los ingresos se realizaron durante la estación invernal.

CONCLUSIONES:

- La patología respiratoria es la causa más frecuente de ingreso en el periodo neonatal, coincidiendo el pico más elevado durante la época de invierno
- Los análisis de sangre es la prueba más solicitada seguida de Rx de tórax. hemocultivo Virus Respiratorio Sin-cital en moco nasal y urocultivos.
-La patología más relevante son las infecciones de origen vírico,.
- Los trasladados por complejidad cumplían el criterio de ingreso en unidad de cuidados intensivos.



209 RECIÉN NACIDO CON FIEBRE

E. Farreny Sastre, J. Dorca Vila, S. Zambudio Sert, L. Martí Más, A. Artidiello, J. Sitjes Costas
Servicio de Pediatría. Althaia. Hospital Sant Joan de Déu de Manresa.

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS

La sepsis es una causa poco frecuente de fiebre en el periodo neonatal, pero se asocia a un alto riesgo de infección bacteriana grave; por lo que el ingreso con cobertura antibiótica y monitorización del recién nacido es necesaria.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

RN de 6 días de vida, traído a urgencias por fiebre de 39,9°C e irritabilidad.

Antecedentes: Primer hijo de madre de 29 años, asmática, en tratamiento por síndrome ansioso-depresivo. RN a término (cesárea a las 41 SG). Bajo peso para edad de gestación (2.920 g). Apgar 6/10/10. pH 7,26. No precisó reanimación. Ectasia piélica bilateral (8,3 i 8,6 mm) en ecografía prenatal. Exploración neonatal normal salvo irritabilidad a las pocas horas del nacimiento (tóxicos en orina negativos). Alta hospitalaria 24 horas antes con un peso de 2.870 g y lactancia artificial.

Exploración: peso: 2.970 g. Tª axilar: 40,1°C. FC: 138 lpm. FR: 38 rpm. Sat.Hb: 97%. Sin hallazgos significativos, sin foco aparente de la fiebre.

Pruebas complementarias: Hemograma normal. Glucosa 158 mg/dL. Osmolaridad plasmática: 311 mOsmol/L, Urea 36 mg/dL, Creatinina 0.57 mg/dL, Bilirrubina total 1 mg/dL, Na 151 mmol/L, K 4.4 mmol/L, pH 7.25, pCO₂ 42, Bic 15.3, EB -11.9, PCR 2 mg/L. Sedimento orina (sondaje) y LCR: normales. Se obtienen muestras para cultivos.

Evolución: Se instaura rehidratación endovenosa y se inicia antibioterapia endovenosa. Reinterrogando a la madre, explica que preparó los biberones hiperconcentrados. La fiebre remite en pocas horas y las alteraciones hidroelectrolíticas se corrigen en 24 horas. A los tres días, ante la ausencia de signos analíticos de infección y los cultivos negativos, es dado de alta con el diagnóstico de fiebre por deshidratación.

COMENTARIOS

- 1) Debido a la sintomatología inespecífica de las infecciones neonatales y la trascendencia del inicio precoz del tratamiento, es obligado incluir la sepsis en el diagnóstico diferencial de casi todos los problemas neonatales.
- 2) Ante un RN con fiebre, una historia clínica y exploración física exhaustivas, valorando signos de deshidratación y pérdida de peso, pueden ser la clave del diagnóstico.
- 3) En el pasado la deshidratación hipernatrémica era más frecuente en neonatos alimentados con fórmula artificial. Actualmente hay un aumento de la incidencia en RN con lactancia materna, asociado al alta precoz sin un adecuado seguimiento posterior.
- 4) Es importante dar normas normas por escrito sobre la preparación de biberones.



210 A PROPÓSITO DE UN CASO DE ENCEFALOPATÍA COMPLEJA.

M. Algar Serrano, B. Santiago García, M. Álvarez Fuente.

Servicio de Pediatría. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

ANTECEDENTES PERSONALES

Recién nacida gran pretérmino de 30 semanas. Parto por cesárea por interés fetal. Apgar 8/9. No reanimación. Peso 998 g. A la exploración destacaban varias lesiones cutáneas compatibles con aplasia cutis. Presentaba también una queratopatía bilateral (serologías materna negativas). Ingresada 2 meses en el Servicio de Neonatología sin presentar grandes complicaciones.

ENFERMEDAD ACTUAL

Acude al Servicio de Urgencias a los 3 meses de vida, por presentar clonías de extremidad superior e inferior derecha junto con desviación de la mirada al mismo lado, en el contexto de un cuadro infeccioso respiratorio. Se realiza EEG y Punción lumbar que son normales, enviándose muestra de LCR para Virus Neurotrofos a otro Hospital. Se inicia tratamiento con fenobarbital y cefotaxima intravenosa. Durante el ingreso se realiza RM cerebral que es normal. A los 8 días se da el alta con fenobarbital. Acude de nuevo al mes del alta, por petequias puntiformes, decaimiento y clínica respiratoria. Se realiza Punción lumbar con 132 células (89% mononucleares) y resto normal, enviándose de nuevo muestra para Virus Neurotrofos a otro Hospital. Se inicia tratamiento con cefotaxima intravenosa hasta la negatividad de los cultivos.

EVOLUCIÓN

A los 2 meses del alta, recibimos el resultado de la 2ª muestra de LCR con PCR para Herpes Simple positiva. Serologías del 2º ingreso VHS IgG +, IgM -. Se realiza RM cerebral de control donde se observa área de malacia quística en el polo anterior del lóbulo temporal izquierdo en probable relación con infarto hemorrágico. Se realiza también estudio cardiaco encontrándose un foramen oval permeable con aneurisma. A la exploración física destaca una hemiparesia derecha espástica de predominio en miembro superior. En la consulta de Neuropediatría, la madre refiere que desde hace unos días la paciente presenta movimientos compatibles con espasmos agrupados en salvas. Se realiza un EEG que muestra hipsarritmia en hemisferio izquierdo, compatible con un síndrome de West. Se inicia tratamiento específico para el síndrome de West.

CONCLUSIONES

Tenemos una antigua recién nacida gran pretérmino con múltiples accidentes cerebro-vasculares en relación con: Encefalitis herpética o Foramen oval permeable?? EL virus del herpes simple es la causa más frecuente de encefalitis aguda viral, no estacional, en niños mayores de 6 meses. En lactantes la clínica es muy inespecífica. Es muy importante el tratamiento precoz para evitar la alta morbi-mortalidad. Por eso es necesaria poder realizar la PCR de VHS en todos los hospitales de 3er nivel ya que es una prueba rápida, barata, sensible y específica.



211 AMAUROSIS BRUSCA: A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Murias Loza*, L. Otero Durán*, R. Palomo Fraile*, T. Vara Izquierdo*, A. Martínez Bermejo**

*Servicio de Urgencias Pediátricas, **Servicio de Neurología Infantil. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS

La amaurosis aguda como motivo de consulta en un servicio pediátrico de urgencias es altamente infrecuente y la orientación diagnóstica muy distinta según los datos aportados por la anamnesis. En algunos casos es secundaria a procesos sistémicos o neurológicos que exigen un abordaje diagnóstico y terapéutico precoz, sin obviar patologías poco prevalentes en la edad pediátrica.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Niña de 9 años que presenta amaurosis brusca asociada a dolor en ojo derecho y cefalea intensa occipital derecha el día anterior, sin vómitos ni otros síntomas. Antecedentes personales: CIV intervenida a los 8 meses; estenosis mitral que requirió prótesis valvular metálica a los 2 años de edad y anticoagulación posterior con acenocumarol; colocación de marcapasos AAI por disfunción sinusal hace siete meses. Vacunación frente a gripe estacional hace diez días. En la exploración destaca: buen estado general con constantes vitales normales; soplo sistólico rudo; Glasgow 15/15. Midriasis bilateral arreactiva, movilidad ocular aparentemente conservada y disminución severa de la agudeza visual (sólo intuye la fuente de luz cercana). Fondo de ojo: papiledema bilateral. Fuerza, sensibilidad, tono, reflejos osteotendinosos y pruebas cerebelosas normales. TAC craneal: tamaño y morfología ventricular normales; no evidencia de patología cerebrovascular. RMN craneal: lesiones hiperintensas en T2 diseminadas. Engrosamiento de ambos nervios ópticos. Lipoma hipotalámico. Potenciales Evocados Visuales: Signos de neuropatía óptica bilateral severa. Líquido cefalorraquídeo: citoquímico normal; PCR para enterovirus y grupo herpes negativas; se observan bandas oligoclonales específicas de IgG; hemograma y bioquímica normales, coagulación: INR: 2,3. Serologías en suero negativas. Autoinmunidad: ANA positivos 1/80, resto normal. Evolución: Con sospecha inicial de cuadro desmielinizante agudo se inicia tratamiento endovenoso con metilprednisolona a altas dosis y gammaglobulina, con escasa mejoría de la sintomatología. Tres semanas después presenta hemiparesia derecha con aumento de placas de desmielinización en la RMN, tratándose con nuevo ciclo de corticoides e iniciando Azatioprina, y presentando mejoría de los síntomas visuales y motores.

COMENTARIOS

El diagnóstico de la esclerosis múltiple (EM) es difícil en la práctica pediátrica, y requiere la exclusión de otras enfermedades neurológicas. La neuritis óptica se presenta en la EM con una frecuencia variable según las series, siendo en la mayoría de éstas superior al 20%. Existe un amplio grupo de patologías en el niño que cursan con afectación de la sustancia blanca, siendo la más frecuente la Encefalomiелitis Aguda Diseminada (EAD); no obstante, ha de tenerse presente que un 2-5% de los casos de EM en la población general debutan antes de los 16 años. Para el diagnóstico diferencial entre EM y EAD es crucial el curso clínico evolutivo (presencia de brotes y remisiones).



212 ATAXIA AGUDA EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA.

I. Benítez Gómez, C. Montero Valladares, I. Sánchez Ganfornina, M.T. Alonso Salas, M. Loscertales Abril
Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS

La ataxia se define como una alteración de la coordinación de los movimientos voluntarios y del equilibrio, con incapacidad para mantener la postura, en ausencia de déficit motor.

El objetivo del estudio ha sido analizar los episodios de ataxia aguda que han ingresado en el área de Observación de Urgencias desde Octubre de 2006 a Diciembre de 2009.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo mediante revisión de historias clínicas digitales de los niños ingresados en el área de Observación con este diagnóstico.

RESULTADOS

Se encontraron un total de 27 casos, 16 niños y 11 niñas, con una mayor frecuencia entre los 2-5 años (59,2%). Entre los antecedentes destaca: proceso infeccioso en 6 casos, vacuna de TV previa en un caso, ingesta medicamentosa en 2 casos. Todos los niños consultaron por inestabilidad de la marcha. Los síntomas acompañantes fueron: vómitos (22,2%); fiebre (22,2%); y síntomas neurológicos (62,9%), siendo los más frecuentes: el temblor (5/17), la cefalea (3/17) y la diplopía (1/17). Los exámenes complementarios realizados fueron: hemograma y bioquímica (17/27), estudio de LCR (7/27) y tomografía computerizada (16/27). En un niño se determinó tóxicos en orina y 4 niños no precisaron pruebas complementarias. El diagnóstico al alta de Observación fue de cerebelitis (15/27), ataxia aguda autolimitada (6), laberintitis (3), intoxicación medicamentosa (2) y vértigo paroxístico benigno (1). La estancia media en Observación fue entre 24 y 48 horas. El 65% fueron dados de alta a su domicilio, sólo 9 de los pacientes requirieron ingreso en planta para continuar estudio. El diagnóstico final de estos pacientes fue el mismo.

CONCLUSIONES

Las ataxias agudas postinfecciosas son las más frecuentes en nuestro estudio. Todos los casos fueron procesos benignos autolimitados por lo que tendremos que replantearnos la verdadera necesidad de las pruebas complementarias (escaso rendimiento y efectos secundarios).



213 ATAXIA EN URGENCIAS UN RETO EN EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

G. López Santamaría*, I. Iturralde Orive*, N. Martínez Ezquerro*, M.A. Guiu Solano*, C. Canduela Fernández*, I. Suinaga Errasti**

*Hospital Alto Deba, Arrasate. ** Hospital de Cruces.

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS

La ataxia es una clínica poco frecuente de presentación en urgencias de pediatría de un hospital comarcal suponiendo un reto en el diagnóstico diferencial.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Paciente de 9 años síndrome de Down que recibió tratamiento con hormona tiroidea suspendido en el momento actual, intervenido de adenoidectomía y amigdalectomía así como de hernia umbilical.

Acude a urgencias por presentar inestabilidad de la marcha con tendencia a lateralización hacia la derecha y con sensación subjetiva de hemianopsia derecha, afebril, no presenta cuadro infeccioso acompañante ni historia de traumatismo craneal previo. En la exploración neurológica se objetiva una lateralización del cuello hacia la derecha sin presentar contractura en la musculatura, desviación de la comisura labial hacia la derecha, marcha inestable con aumento de la base de sustentación y lateralización derecha. Campimetría de confrontación realizada por oftalmología normal. Romberg positivo y aparente disminución de la fuerza en extremidad derecha con reflejos osteotendinosos bilaterales aumentados, no disimetría ni adiadococinesia, no presenta sensación de giro de objetos ni náuseas, signos meníngeos negativos, resto de exploración neurológica normal.

Se realizó analítica con hematimetría y bioquímica normal, tóxicos negativos y TAC craneal, LCR normal. Durante el ingreso RMN con infarto lacunar agudo en núcleo rojo, iniciándose despistaje de etiológico; eco-doppler de troncos supraórticos, ECG normal y estudio de hipercoagulabilidad.

Al cuarto día de ingreso presenta alteración de la mirada conjugada sin sobrepasar línea media el ojo izquierdo en la mirada forzada hacia la derecha persistiendo exploración neurológica normal, se realiza nuevo TAC de urgencias sin objetivarse nuevas lesiones y ante sospecha de nuevo infarto se inicia tratamiento con AAS 6 mg/Kg/día. En el momento actual es controlado en consulta de neurología presentando estudio de hipercoagulabilidad negativo con resolución completa de la clínica.

CONCLUSIONES

La causa más frecuente de ataxia de inicio brusco en la infancia es la cerebelitis aguda postinfecciosa seguida en frecuencia por la intoxicación, la patología cerebrovascular una rareza en la infancia pero se debe de entrar en el diagnóstico diferencial.



214 **CEFALEA PERSISTENTE TRAS TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO. A PROPÓSITO DE UN CASO**

R. Velasco Zúñiga, J.L. Fernández Arribas, C. Gutierrez Abad, S. Puente Montes, M. Sánchez
Urgencias Pediatría. Hospital Río Hortega. Laguna de Duero.

INTRODUCCIÓN

La presencia de un hematoma subdural postraumático es habitual en el caso de ancianos o alcohólicos, pero si es más infrecuente en pacientes pediátricos (1,7% de los pacientes con lesión en alguna series), y en muchos de los casos, se asocia a malformaciones previas, sobre todo los quistes aracnoideos (1% de las lesiones intracraneales en la infancia)

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un paciente varón de 4 años de edad que presentó un traumatismo craneoencefálico leve del que fue atendido en Urgencias por presentar vómitos y cefalea posteriores. Pasó la noche en observación, asintomático, y fue dado de alta al día siguiente. Tras una semana sin síntomas reaparece la cefalea, de predominio occipital, por lo que consulta de nuevo en nuestro servicio a los 18 días del traumatismo. Se realiza una exploración neurológica completa, normal, y se recomienda tratamiento sintomático con ibuprofeno oral y observación domiciliaria. Consulta de nuevo a los dos días de esta última consulta, relatando mayor intensidad de la cefalea, que ya le despierta por las noches, y leve fotofobia. A los profesores y a los padres les llama también la atención que el niño se muestra más huraño e irritable. Ante el empeoramiento de los síntomas se realiza TAC craneal, en el que se muestra un hematoma subdural subagudo frontoparietal izquierdo con un espesor máximo de 6 mm, que condiciona compresión del ventrículo lateral ipsilateral, compresión del tercer ventrículo y un desplazamiento de la línea media de 7 mm, además de un aumento del espacio extraaxial con densidad de líquido cefalorraquídeo en la región temporal izquierda compatible con quiste aracnoideo del ala mayor del esfenoides. Se remitió a un hospital terciario con Neurocirugía Infantil, donde se drenó el hematoma y se le fenestró el quiste. En la actualidad el niño se encuentra asintomático, y es seguido en consulta por parte de Neurocirugía.

CONCLUSIÓN

Nos llama la atención en el caso de este paciente, por un lado, lo infrecuente del tipo de lesión que presentaba, y por otro, el periodo de latencia de una semana durante el cual el paciente permaneció asintomático. La combinación de ambas puede hacer que se demore la realización de pruebas complementarias en un paciente. Ante un paciente con una cefalea persistente tras traumatismo, debemos tener presente este tipo de lesión y su particular presentación clínica.



215 COMPLICACIONES NEUROLÓGICAS EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS NO DIAGNOSTICADA

S. Negre Policarpo, M. Navarro Paterna, M.C. Otero Reigada

Servicio de Pediatría. Hospital La Fe. Valencia.

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

El descenso aparente en las últimas décadas de la tuberculosis en nuestro país se traduce en un infradiagnóstico actual, que puede llevar a complicaciones potencialmente graves y evitables. Tratamos de determinar la incidencia de la meningitis tuberculosa en nuestro medio, revisando retrospectivamente la clínica inicial de los pacientes para determinar los factores de alarma ante los cuales se debe sospechar esta entidad.

MÉTODOS

Análisis retrospectivo de la incidencia, clínica inicial en Urgencias y evolución de la afectación neurológica por *M. tuberculosis* en un hospital terciario en los últimos 17 años.

RESULTADOS

Se detectaron 105 infecciones por *M. tuberculosis*, con mayor incidencia en 1998 y 2008, presentando 7 casos (6,7%) afectación neurológica. El rango de edad fue de 4 meses a 7 años (mediana 17 meses), predominando el sexo femenino en proporción 5:2.

La clínica inicial fue: fiebre > 15 días (71%), vómitos/tos emetizante (50%), estrabismo de > 3 semanas de evolución (33%). En ningún paciente se objetivó meningismo al inicio y en 6 de los casos se inició antibioterapia (sin aislamiento de germen) antes del ingreso.

Los diagnósticos iniciales fueron: infección respiratoria (catarro/neumonía) 40%, encefalitis/lesión ocupante de espacio (43%), infección del tracto urinario (17%).

El estadio de la meningitis tuberculosa según la clasificación del Medical Research Council fue del 83% en estadio II (100% somnolencia, 50% estrabismo, 33% inestabilidad de la marcha) y del 17% en estadio III (convulsiones tónicas de inicio).

4 de los 6 pacientes presentaron Mantoux positivo, con una induración media de 14 mm, siendo la RX de tórax patológica en 5 de los 7 casos (40% atelectasia, 40% patrón miliar, 20% condensación neumónica). En el TAC se apreciaron lesiones en 5 niños, con hidrocefalia triventricular (y tuberculosas en aquéllos con patrón miliar pulmonar).

En el LCR se detectó aumento en el número de células (6-400, mediana 132, con predominio mononuclear), disminución de glucosa (mediana 36 mg/dL) y aumento de proteínas (rango 40-163, mediana 61 mg/dL). En todos los casos se aisló en el cultivo *M. tuberculosis* (2 jugo gástrico, 4 LCR), sensible a isoniacida, rifampicina, etambutol y estreptomina.

CONCLUSIONES

La incidencia de TBC en nuestro medio parece estar aumentando, debiendo sospecharse meningitis tuberculosa en caso de clínica neurológica larvada y/o fiebre prolongada, siendo imprescindible el Mantoux y la RX torácica en estos pacientes. Es fundamental el estudio de contactos (positivos en el 50% de nuestros pacientes), pues evita la diseminación de la enfermedad en la comunidad. Con un diagnóstico precoz y tratamiento adecuado pueden evitarse las secuelas, que se presentan en un 33% en nuestra casuística (encefalomalacia, tetraparesia espástica, lesión del quiasma óptico por tuberculomas), con una estrecha relación con el tiempo de demora diagnóstica.



216 CONOCIMIENTOS SOBRE ACTUACIÓN FRENTE UNA CRISIS COMICIAL DE LOS PADRES DE NIÑOS CON CONVULSIÓN FEBRIL

S. Navarro Vilarrubí, A. Pizà Oliveras, N. Cortés Álvarez, E. May Llanas, N. Magro Benito, R. García Puig
Servicio Urgencias de Pediatría. Hospital Universitari Mútuaterrassa. Barcelona.

OBJETIVOS

Valorar los conocimientos sobre la actuación frente una crisis comicial de los padres cuyos hijos han presentado previamente un episodio de convulsión febril, y conocer su información sobre el uso del diazepam rectal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión retrospectiva de los informes de urgencias de los pacientes menores de 15 años que acudieron por convulsión febril típica y que ingresaron durante 12-24 horas en la unidad de observación de Urgencias de Pediatría. Posteriormente (mínimo 2 meses después) se realizó una encuesta telefónica a los padres sobre conocimientos y actuación en caso de convulsión, evaluados según una escala de 7 preguntas basada en las recomendaciones de la AEPED para la información a las familias sobre el manejo de la fiebre. También se encuestó sobre la prescripción o no de diazepam rectal y los conocimientos sobre su utilización.

RESULTADOS

En el periodo estudiado acudieron a nuestro servicio de urgencias por convulsión febril típica 31 pacientes. Los conocimientos por parte de los padres encuestados fueron insuficientes, siendo la puntuación media de 3,03 sobre 7. Ningún familiar encuestado esperaría 10 minutos antes de iniciar la búsqueda de asistencia médica. Por otro lado el 93.5% colocaría al niño tumbado en una superficie blanda y libre de objetos contundentes. El transporte privado para llevar al paciente a urgencias sería el más utilizado (23/31) i de estos el 82.6% cree que realizaría alguna infracción de tráfico para llegar antes. Solo en 5/31 se prescribió diazepam rectal para utilizar en caso de convulsión. En 3/31 pacientes se había iniciado tratamiento de base con ácido valproico por las propias convulsiones febriles y de estos el 100% tenían el diazepam rectal en casa. Solo en un 9.6% se había dado información por escrito del manejo de la convulsión febril por parte de los padres.

COMENTARIOS

La situación de ansiedad sufrida por los padres durante el episodio convulsivo no les permitiría actuar adecuadamente y podría poner en riesgo la salud del niño con una mala actuación. Después del primer episodio de convulsión febril se debería optimizar la forma de informar a los padres. Consideramos que sería útil entregar siempre información por escrito. Hacer un recordatorio periódico des de atención primaria de las normas y manejo de la convulsión febril podría ser una manera de mantener los conocimientos de los familiares y reforzar las bases de actuación.



217 CONSULTAS POR CONVULSIONES EN PACIENTES CON ANTECEDENTE DE EPILEPSIA

A. Escribá de La Fuente*, A.C. Elorz Ibáñez*, Y. Fernández Santervás*, J.M. Quintillá Martínez*, C.I. Ortez González**, C. Luaces Cubells*

Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. **Servicio de Neurología. Hospital Universitari Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat.

OBJETIVO

Conocer el perfil de los pacientes con diagnóstico previo de epilepsia que acuden a urgencias por crisis convulsivas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo del 01/06/2009 al 30/11/2009. Se incluyen los pacientes con epilepsia conocida y controlada en nuestro centro, que consultaron por haber presentado crisis convulsivas. Se excluyeron los remitidos desde otros centros. Se recogieron datos demográficos y la conducta realizada.

RESULTADOS

Se incluyeron 164 pacientes (57,7% varones) con una mediana de edad de 3,5 años (p25-75: 6 meses – 7 años). Ciento cuarenta y tres (87,2%) tomaban tratamiento antiepiléptico (77 (53.8%) de los cuales un fármaco antiepiléptico (FAE) y 66 (46.2%) más de 1 FAE); siendo el más utilizado el valproato sódico (64; 44.8%). Al llegar a urgencias, 100 (61,3%) pacientes habían realizado 1 crisis convulsiva, 32 (19,6%) de 2 a 4 y 31 (19%), más de 4 crisis. En 106 (65%) habían cedido espontáneamente antes de llegar a Urgencias, en 43 (26,4%) se había administrado diazepam rectal y en 15 (9,1%) algún FAE e.v. En urgencias requirieron administración de algún FAE 28 (16%) pacientes. Se realizó analítica sanguínea a 49 (29,9%) pacientes, sin detectarse alteraciones en la gasometría, ionograma o glucemia; en 36 (22%) de los casos se cursaron niveles de FAE, resultando infraterapéuticos en 13 (36,1%). La infección respiratoria de vías altas febril fue el desencadenante más frecuente (20 casos; 12%) y en 139 pacientes (84,7%) no se detectó ninguno. Fueron hospitalizados 65 (39,6%) pacientes; 5 (3%) por patología médica no neurológica. No se hallaron diferencias en el manejo en Urgencias (administración FAE, realización de analítica e indicación de ingreso) en relación a la edad del paciente. Los pacientes ingresados fueron los que habían presentado un mayor número de crisis convulsivas y aquellos que requirieron más analíticas.

CONCLUSIONES

El perfil del paciente con antecedentes de epilepsia que consulta en Urgencias por convulsiones es el de un preescolar tras una única crisis convulsiva, que ha cedido sin FAE y que después de una valoración clínica no precisa medidas diagnóstico-terapéuticas.



218 CONVULSIÓN FEBRIL EN PEDIATRÍA. ¿ES NECESARIA UNA AMBULANCIA MEDICALIZADA PARA EL TRASLADO HASTA EL HOSPITAL?

A. Arbeloa Miranda, M. Rivera Peña, A. Rodríguez Ortiz, A. González Hermosa, C. Díez Sáez, G. Muñoz García

Urgencias de Pediatría. Hospital de Basurto. Bilbao.

OBJETIVOS

Los pacientes pediátricos son trasladados hasta el hospital por parte de los Servicios de Emergencias tanto en ambulancia de soporte vital básico como avanzado. El área que corresponde a nuestro hospital, dispone de 1 unidad móvil de soporte vital avanzado para una población total de 382.736 habitantes. El objetivo de este estudio es analizar la forma en que son trasladados hasta el hospital los niños que presentan una convulsión febril. Consideramos que estos pacientes podrían ser trasladados en una ambulancia de soporte vital básico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Utilizando la base de datos del Servicio de Urgencias de Pediatría de nuestro hospital, hemos realizado una revisión retrospectiva de los niños diagnosticados de convulsión febril durante el último año. Los criterios que consideramos para el diagnóstico de convulsión febril simple son: (a) edad comprendida entre los 6 meses y 5 años; (b) convulsión generalizada, tónico-clónica, tónica, clónica o atónica; (c) duración breve, menor de 15 minutos; (d) única convulsión en las últimas 24 horas; (e) historia clínica sin antecedentes de riesgo. Se analizaron las siguientes variables: edad del niño, medio de transporte utilizado para el traslado hasta el hospital, necesidad de intervención médica (medicación, aporte de oxígeno...) y características clínicas del episodio.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 131 casos de convulsión febril, de los cuales, 119 (90%) correspondieron a convulsión febril simple según los criterios especificados. La mayoría de los niños (68%) fueron trasladados en coche particular por sus familiares y un 32% (43) en ambulancia, siendo en todos los casos ambulancias medicalizadas. De estos 43 niños trasladados en ambulancia, 41 de ellos cumplían los criterios de convulsión febril simple y 2 recibieron medicación anticonvulsivante durante su traslado.

CONCLUSIONES

Según los datos recogidos, 1 de cada 3 pacientes que padece una convulsión febril, solicita el transporte sanitario para el traslado del niño hasta el hospital. Dado que la incidencia de un 2º episodio convulsivo durante el mismo proceso febril es baja, se propone que el médico coordinador de las unidades de transporte de emergencias, podría realizar una rápida anamnesis telefónica para confirmar los criterios de convulsión febril simple y si el paciente estuviera estable, efectuar dicho traslado en ambulancias de soporte vital básico. De esta forma se contribuiría a aumentar la disponibilidad de la unidad móvil de soporte vital avanzado para otros casos.



219 CONVULSIONES FEBRILES ATÍPICAS Y EPILEPSIA

A. Pérez Villena*, P. Storch de Gracia Calvo*, L. Zugadi*, A. García Salido**, C. Hernández Marqués*, M. de La Torre Espí*

*Servicio de Urgencias, **Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Niño Jesús. Madrid.

OBJETIVO

Muchos pacientes atendidos en urgencias por crisis febriles complejas (CFC) son remitidos a la consulta para estudio electroencefalográfico (EEG) porque tienen más riesgo de desarrollar epilepsia. El objetivo de este estudio es averiguar cuántos niños con CFC son diagnosticados finalmente de epilepsia.

MÉTODOS

Se ha hecho una revisión retrospectiva de las historias clínicas de los pacientes ingresados por una CFC en un hospital terciario entre el 1 de Enero de 2003 y el 31 de Diciembre de 2008. Se han recogido datos de filiación, edad, sexo, antecedentes familiares de crisis febriles o epilepsia, antecedentes personales de alteración del desarrollo psicomotor, características de la crisis, resultados del EEG y de las pruebas de imagen y necesidad de tratamiento con anticomiciales. Los datos se han analizado con el programa estadístico SPSS 17.

RESULTADOS

Se han incluido en el estudio un total de 101 pacientes con CFC: más de un episodio en 24 horas 61 (60,4%), crisis focal 20 (19,8%), duración prolongada 36 (35,7%). El rango de edad está entre 1 mes y 5 años y medio de vida (mediana de 19 meses). El 63,4% (64 pacientes) son varones. Existían antecedentes familiares de crisis febriles en 21 casos (20,8%), antecedentes familiares de epilepsia en 26 (25,7%) y alteraciones del desarrollo psicomotor previas a la crisis en 13 (12,9%). La mediana de tiempo entre el inicio de la fiebre y la crisis fue de 12 horas (IC 95%: 10,60-23,90). El tiempo máximo de seguimiento es de 6 años. Se realizó estudio EEG en 94 niños (93%): el primer EEG fue patológico en 11 (11,7%), en la evolución otros 15 pacientes presentaron alteraciones EEG que motivaron tratamiento anticomicial. Finalmente, fueron diagnosticados de epilepsia 26 niños; el diagnóstico más frecuente ha sido Crisis Febriles Plus (14 casos). En 56 pacientes se hicieron pruebas de imagen; fueron patológicas en 15 (14,9%). Las lesiones más frecuentes son: leucomalacia periventricular (4 casos) e hidrocefalia (2 casos). La probabilidad de desarrollar epilepsia es mayor, con significación estadística, si existe una lesión en la prueba de imagen ($p < 0,001$), la crisis dura más de 15 minutos ($p = 0,041$) y la edad del niño está entre 18-24 meses ($p = 0,002$). No se ha encontrado relación estadísticamente significativa con los antecedentes familiares de crisis febriles o epilepsia, las alteraciones del desarrollo psicomotor previas, una temperatura $< 38^{\circ}\text{C}$ en el momento de la crisis, las crisis focales o que se repiten en el mismo día.

CONCLUSIONES

La probabilidad de desarrollar epilepsia de los pacientes con CFC es mucho mayor que en la población general, estimada en el 1-2%. Sin embargo, el diagnóstico más frecuente "Crisis Febriles Plus" es un síndrome autolimitado con excelente pronóstico.

Aunque no de forma urgente, el EEG debería formar parte del estudio de los pacientes con CFC.



220 CRISIS CONVULSIVA COMO DEBUT DE PSEUDOTUMOR INFLAMATORIO

A. Alcolea Sánchez*, G. Botija Arcos**, C. Odene Cantero***, N. Marín Huarte*, C. Ots Pérez*, M. Bueno Barrio Canal*

*Servicio de Urgencias. **Servicio Gastroenterología. ***Servicio de Neurocirugía. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

FUNDAMENTOS Y OBJETIVOS

Las crisis convulsivas son motivo frecuente de consulta en los Servicios de Urgencias. Las pruebas de imagen juegan un papel fundamental en el manejo y en la orientación diagnóstica de estos pacientes, ya que en ocasiones el origen de las mismas es una lesión ocupante de espacio. El Pseudotumor Inflamatorio (PI) es una rareza diagnóstica, apenas descrito en la base del cráneo en la edad pediátrica.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Niña de 14 años, previamente asintomática, que consulta por pérdida de conocimiento de 5 minutos de duración, con desviación de mirada y cuello hacia la izquierda y rigidez de cuatro extremidades sin movimientos anormales. Vómito previo. Recuperación espontánea con decaimiento, náuseas y sensación de mareo posterior. Entre sus antecedentes personales destaca un Síndrome Hipereosinofílico Primario en tratamiento con Mepolizumab y en remisión, Déficit de Inmunoglobulina A, Asma y Vitíligo.

Exploración: Aceptable estado general, bien hidratada, nutrida y perfundida. No exantemas ni petequias. No dificultad respiratoria. Afebril. Constantes mantenidas. Decaimiento e hipoactividad con resto de exploración neurológica rigurosamente normal. Otoscopia y orofaringe sin alteraciones. Resto normal.

ECG: Taquicardia sinusal.

Parámetros analíticos alterados: Hemoglobina: 9,9gr/dL; Hematocrito: 31,9%; Volumen Corpuscular Medio: 75; Leucocitos: 16.700 (Neutrófilos: 84,1%; Linfocitos: 8,7%); Plaquetas: 566.000; Fibrinógeno: 586mg/dL. PCR: 22,40mg/dL; Lactato: 0,88mmol/L; Glucosa: 117mg/dL; Urea: 17mg/dL; Creatinina: 0,59mg/dL; Iones normales. PH: 7,35; pCO₂: 53,8mmHg; HCO₃s: 25,8mmol/L; EBs: 3mmol/L. Cooximetría normal.

TAC: ocupación material de atenuación partes blandas en celdillas mastoideas derechas con extensión a fosa temporal, edema vasogénico que condiciona desplazamiento de la línea media y solución de continuidad escama temporal ipsilateral.

RMN: Mismos hallazgos.

Evolución: Mantiene estado nauseoso, repitiéndose nueva crisis durante el ingreso. Se realiza mastoidectomía radical derecha con resección cadena de huesecillos y pared superior y externa del Conducto Auditivo Externo y lobectomía parcial temporal derecha.

Diagnóstico: Anatomopatológico de Pseudotumor Inflamatorio.

COMENTARIOS:

El PI es un tumor benigno de incidencia desconocida en niños, compuesto de células inflamatorias y estroma fibroso. El pulmón es la localización más frecuente, la base del cráneo es excepcional. Suele manifestarse como inflamación localizada pero puede tener comportamiento invasivo mimetizando una neoplasia maligna. Los parámetros de inflamación frecuentemente están alterados. El diagnóstico es anatomopatológico y siempre de exclusión. La cirugía es el tratamiento de elección, siendo curativa si la resección es total. La radioterapia y los corticoides se utilizan como tratamiento adyuvante.



221 CUADRO CONVULSIVO EN CONTEXTO DE GASTROENTERITIS POR SHIGELLA Y CAMPYLOBACTER

A. Aldana Tabuenca*, V. Caballero Pérez*, I. Galé Ansó*, O. Gómez Cámara*, L. Ciria Calavia**,
R. Pérez Delgado*

*Servicio de Urgencias Pediátricas. **Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza.

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS

La existencia de un cuadro convulsivo en el contexto de una gastroenteritis infecciosa sin deshidratación ni alteraciones hidroelectrolíticas es una asociación descrita con relativa frecuencia. Es una entidad con buen pronóstico que no implica un mayor riesgo de epilepsia ni de deterioro neuropsíquico. Sin embargo, casos de encefalopatía aguda en contexto de gastroenteritis están menos documentados en nuestro medio.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Presentamos el caso de un niño de 7 años sin antecedentes familiares ni personales de interés, trasladado en UVI móvil hasta nuestro servicio tras presentar en domicilio un episodio de hipertonia generalizada, mirada perdida y relajación de esfínteres, con cese espontáneo en 2 minutos y estado postcrítico posterior. A su llegada se constata fiebre de 39,6°C y persistencia de somnolencia, cefalea y respuesta lenta a estímulos. No había presentado fiebre las horas previas y había vomitado una vez. Se realiza hemograma (leucocitos 15200, neutrófilos 92,9%, hemoglobina, hematocrito y plaquetas normales), hemostasia (actividad de protrombina 56%), proteína C reactiva (1,33 mg/dL) y bioquímica (iones y glucosa normales). Se realiza TAC craneal y punción lumbar siguiendo el protocolo de encefalopatía aguda en los que no se observan alteraciones por lo que ante la sospecha diagnóstica de encefalitis se ingresa y se instaura tratamiento intravenoso con Aciclovir. A las 12 h del ingreso mejora la respuesta a estímulos y el nivel de conciencia hasta alcanzar glasgow 15 a las 24 horas. Se realiza EEG que muestra lentificación generalizada de la actividad de fondo. En las primeras 24 horas realiza 3 deposiciones diarreicas, por lo que se recoge coprocultivo que es positivo a *Shigella sonnei* y *Campylobacter jejuni*. Se inicia tratamiento con azitromicina y se suspende el tratamiento con aciclovir tras confirmar la negatividad de la PCR para virus. El paciente queda afebril a las 48 horas y dada la buena evolución se decide el alta.

COMENTARIOS

Las crisis cortas e incluso repetidas con estado normal intercrítico son una complicación conocida aunque poco frecuente de las gastroenteritis, sobre todo en lactantes. La mayoría de las veces (34-83%) el rotavirus se identifica en las heces de estos pacientes, siendo inusual el origen bacteriano. En ocasiones se puede asociar clínica neurológica compatible con encefalopatía aguda, como describen algunos trabajos de origen asiático. El diagnóstico diferencial en estos casos debe plantearse con la encefalitis, para lo cual es de utilidad el EEG, el análisis del LCR y la neuroimagen, que en las convulsiones benignas son siempre normales. Es importante tener en cuenta esta asociación para evitar un tratamiento antiepiléptico agresivo y/o prolongado.



222 DIAGNÓSTICO DE MALFUNCIÓN DE VÁLVULAS DE DERIVACIÓN DE LÍQUIDO CEFALORRAQUÍDEO EN URGENCIAS. ESTUDIO RETROSPECTIVO DESCRIPTIVO.

N. Rivero Jiménez*, C. Odene Cantero**, J. Martín Sánchez *

*Servicio de Urgencias de Pediatría. **Servicio Neurocirugía. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

OBJETIVO

Las derivaciones de líquido cefalorraquídeo son el tratamiento de elección para la mayoría de los casos de hidrocefalia en la población pediátrica. El diagnóstico de malfunción valvular (MV) supone un difícil desafío para el pediatra de urgencias, no solo por la edad de los pacientes, sino por su situación neurológica basal y la inespecificidad de la sintomatología. El propósito de este estudio es analizar el grado de dificultad en el diagnóstico de MV según la edad y estado neurológico basal y describir las características de dichos episodios.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio retrospectivo descriptivo con los pacientes que ingresaron con diagnóstico inicial de MV procedentes del servicio de urgencias pediátricas de nuestro hospital terciario entre enero de 2006 y diciembre de 2009, agrupando a los ≤ 36 meses y/o encefalópatas moderados-severos en el grupo A y al resto en el grupo B.

RESULTADOS

Se recogieron 125 ingresos, pertenecientes a 69 pacientes diferentes, con una tasa de 1,81 ingresos/paciente durante los cuatro años del estudio. 38 pacientes ingresaron una vez (55,07%), 19 dos veces (27,54%) y el resto tres o más. Los motivos de consulta más frecuentes fueron vómitos (56,8%) y cefalea (53,6%). En la primera consulta el 84% fue diagnosticado de sospecha de MV (105/125; 82,3% del grupo A y 85,7% del B), por lo que el 16% requirió *más de una visita*. Hubo mayor número de confirmados en el grupo A (51/62; 54,8%) que en el B (42/63; 45,2%) ($p=0,065$). El valor predictivo positivo de nuestro protocolo fue del 74,4% (más de un 25% fueron *falsos positivos*). En 37/44 episodios donde se refirió malestar general/decaimiento se confirmó la MV (84,1%; 28 del grupo A y 9 del B) (OR=2,360; CI del 95%; 0,926-6,013; $p=0,087$) y en 20/21 con irritabilidad (95,2%, 17 del grupo A y 3 del B) (OR=8,493; CI del 95%; 1,091-66,096; $p=0,014$). El resto de síntomas evaluados resultaron inespecíficos a la hora de confirmar el diagnóstico. La presencia de factores de riesgo para malfunción tampoco ayudó en el diagnóstico. La tasa de complicaciones fue del 18,4% (8,8% menores y 9,6% mayores), no existiendo relación con el grupo de estudio ni el tiempo transcurrido desde la primera consulta. En 84 episodios (67,2%) se requirió tratamiento neuroquirúrgico (96,4% en los confirmados, $p=0,000$).

CONCLUSIONES

Este estudio apoya la complejidad en el diagnóstico de MV, con un elevado número de consultas previas y falsos positivos en los ingresos. A diferencia de otras series, la somnolencia no alcanzó significación estadística, pero sí la irritabilidad. El malestar general/decaimiento obtuvo una fuerte relación con el diagnóstico. A pesar de lo esperado, pertenecer al grupo B (con expresión verbal y colaboradores) supone un factor de confusión. A raíz de los resultados obtenidos, se propone la elaboración de nuevos protocolos con mayor sensibilidad y especificidad.



223 DOLOR NEUROPÁTICO Y MIOCLONÍAS EN UN PACIENTE ADOLESCENTE

M. Álvarez Fuente, E. Aleo Luján, B. Santiago García, G. Galindo Doncel, E. Cascon Criado, V. San Antonio

Servicio de Pediatría. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

INTRODUCCIÓN

La causalgia es una patología infrecuente en la edad pediátrica, no se relaciona con un trastorno orgánico subyacente y requiere un tratamiento multidisciplinar. Las mioclonías tienen un amplio espectro de diagnósticos diferenciales, siendo muy importante descartar enfermedades neurológicas y degenerativas subyacentes.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un varón adolescente con dolor costal prolongado, consecuencia de un traumatismo, refractario a tratamiento analgésico habitual, que a lo largo de su evolución asocia mioclonías y distonías. Se trata de un dolor continuo, con hiperalgesia y alodinia. Como antecedentes personales sólo encontramos historia de mala adaptación escolar. No se observan alteraciones del trofismo ni otras lesiones cutáneas. El resto de exploración física es normal. Las mioclonías comienzan a las 3 semanas del inicio del dolor, primero en hemicuerpo derecho y proximal hasta hacerse generalizadas, se asocian con distonías de predominio en región cervical. Se realizan estudios de imagen, microbiológicos, analíticos y electrofisiológicos, sin encontrar una etiología. Se instauró tratamiento con ketorolaco (20 mg/6h) y metamizol (20 mg/kg/dosis) vía intravenosa, sin observar mejoría. Posteriormente gabapentina (30 mg/Kg/día) y posteriormente carbamazepina (15 mg/Kg/día) sin evidenciar cambios significativos. El cuadro comienza a mejorar tras combinar tratamiento rehabilitador, analgésico, mediante bloqueo anestésico de los nervios intercostales T8/T9 del hemitórax afecto, con bupivacaína, asociado a amitriptilina (50 mg/día) vía oral y psicoterapia. Desde el inicio de los síntomas hasta que se llegó a un diagnóstico y comenzó la mejoría transcurrieron 10 semanas. 18 meses después del inicio de los síntomas el paciente se encuentra asintomático.

COMENTARIOS

Nuestro paciente no cumple todos los criterios diagnósticos del dolor neuropático (CRPS), aunque ante la negatividad de todas las exploraciones y la evolución, se etiquetó de causalgia.

Las mioclonías y distonía asociadas se han descrito en otros casos referidos en la literatura sin llegar tampoco a un diagnóstico etiológico de las mismas a pesar de las exploraciones complementarias. Estos pacientes suelen asociar trastornos de adaptación.

El abordaje terapéutico debe ser multidisciplinar y los resultados del mismo pueden ser muy lentos, la media de duración de los síntomas se encuentra descrita en torno al año, en ocasiones es preciso tratamiento a largo plazo con antidepresivos tricíclicos y psicoterapia.



224 EPILEPSIA PARCIAL COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE MALFORMACIÓN ARTERIOVENOSA

S. Rado Peralta, B. Hernández García, M. Sanz Calvo, V. Martínez Jiménez, S. Montoro Chavarrias, M. Rodrigo Moreno.

Servicio de Pediatría. Fundación Jimenez Díaz. Madrid.

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS

Las malformaciones arteriovenosas son anomalías vasculares en las que se produce la unión de una arteria con una vena sin capilares o parenquima cerebral entre ellas. Se estima una prevalencia de 0.1 – 0.2% y predominio en sexo masculino. Suelen descubrirse entre los 15-20 años de edad con clínica de sangrado cortical hasta en la mitad de los casos y otra forma habitual de presentación son las crisis epilépticas.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Mujer de 16 años que presenta crisis parcial con desviación cefálica hacia la izquierda e hiperextensión de miembro superior izquierdo con generalización secundaria y movimientos clónicos de cuatro extremidades de cuatro minutos de duración, con somnolencia posterior de veinte minutos de duración. Afebril. No otra sintomatología acompañante. Niega ingesta de tóxicos. Antecedentes Personales: dos episodios de características similares en los dos meses previos. No otros antecedentes de interés.

Exploración Física: Afebril. No focalidad neurológica. Resto de la exploración normal.

Ante la posibilidad de lesión intracraneal asociada, se decide realizar RMN urgente en la que se observa lesión vascular en la convexidad frontal derecha, presentando nidus que mide aproximadamente 1.8 x 2.4 x 1.8 cm de eje anteroposterior, transversal y craneocaudal respectivamente, compatible con malformación arteriovenosa frontal cortico-subcortical, sin edema perilesional ni signos de sangrado. Ante el diagnóstico de malformación arteriovenosa y crisis parciales secundariamente generalizadas se inicia tratamiento con oxcarbazepina y se ingresa en planta para observación. Al cuarto día del ingreso se realiza angiografía en la que se confirma malformación arteriovenosa frontal profunda derecha con aferencias desde ramas distales de la arteria cerebral media y arteria cerebral anterior. Se realiza microcateterismo de dichas aferencias de la arteria cerebral media derecha con posterior embolización, consiguiendo el cierre del 70% de la malformación. Debido a la estabilidad hemodinámica de la paciente y ausencia de focalidad neurológica, se decide alta al cuarto día del procedimiento. Tres meses después reingresa para una segunda embolización obteniéndose el cierre completo de la malformación.

COMENTARIOS

El estudio de crisis epilépticas parciales en pacientes jóvenes debe incluir estudios de imagen cerebral en busca de lesiones irritativas en la corteza cerebral, tales como tumores o malformaciones arteriovenosas como en nuestro caso. La clínica de debut con crisis epilépticas nos permite un tratamiento precoz del paciente de manera que podamos prevenir complicaciones hemorrágicas posteriores que en la mayoría de los casos provocan secuelas neurológicas permanentes.



225 ESTATUS CONVULSIVO: MANEJO TERAPÉUTICO EN URGENCIAS.

G. Roca Gardeñas*, V. Aldecoa Bilbao*, F.J. Travería Casanova*, C. Fernández Zurita*, M. González Moreno*, J. Rivera Luján**

*Servicio Urgencias Pediatría. **Dirección Clínica Cadi. Corporación Sanitaria Parc Taulí. Hospital de Sabadell, Sabadell.

INTRODUCCIÓN

Se entiende por estatus convulsivo (EC) la crisis que dura más de 30 minutos, o la sucesión de episodios más breves pero sin recuperación total de la conciencia entre los mismos. Es una urgencia que requiere una actuación médica inmediata y protocolizada.

OBJETIVO

Analizar los EC atendidos en nuestro hospital, centrándonos en el manejo terapéutico en urgencias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de los pacientes diagnosticados de EC en el período comprendido entre 2005-2009. Las variables analizadas fueron: edad, sexo, etiología, tratamiento y duración de la crisis.

RESULTADOS

Durante este período registramos 47 episodios de EC en 39 pacientes, con una media de edad de 3,6 años (r: 7 meses- 11 años). El 64% eran niños. Un 45% presentaban patología neurológica de base y la mitad recibía tratamiento antiepiléptico. El 20% refería antecedentes familiares de convulsiones. El 38% llegaron a urgencias mediante traslado en ambulancia y el 36% había recibido tratamiento extrahospitalario. Tanto en el primer como en el segundo escalón terapéutico se utilizaron benzodiazepinas: diazepam 75% y midazolam 25%, (76% vía rectal) en el primer escalón; diazepam 50% y midazolam 50% (62% vía endovenosa) en el segundo. En el tercer escalón, la fenitoína fue el fármaco más usado (60,5%) y finalmente en el cuarto, el ácido valproico (72%). El 18% de los EC precisó la administración de un quinto fármaco, siendo el clonazepam el más habitual (40%). La duración media de la convulsión fue de 64,5 minutos (r: 30-120), siendo las convulsiones motoras generalizadas las más habituales. El 90% de los pacientes fueron ingresados en Cuidados Intensivos, precisando el 30% de ellos intubación. Sólo un paciente precisó la administración de tiopental.

Las exploraciones complementarias realizadas en urgencias fueron: determinación de niveles plasmáticos de fármacos antiepilépticos (66%), siendo en el 50% en rango infra terapéutico, TAC craneal (45%), punción lumbar (38%) y tóxicos (13%).

Los diagnósticos finales fueron: convulsión febril atípica (46%), epilepsia (62%) e infección del sistema nervioso central (10%). Ningún caso fue éxitus. El 85% de los pacientes fueron dados de alta con tratamiento antiepiléptico.

COMENTARIOS

Es fundamental conocer la secuencia del protocolo recomendado, con el fin de garantizar una rápida y adecuada actuación médica. Mayoritariamente se siguió el protocolo terapéutico, de forma más rigurosa en el primero y segundo escalón, y con más variabilidades en el tercero y cuarto quizá por falta de consenso científico y variabilidad profesional. Dado el alto porcentaje de valores plasmáticos infraterapéuticos, hay que incidir en la determinación de los mismos. Más de la mitad de los EC se produjeron en pacientes sin patología neurológica de base, y dentro de este grupo, la causa más frecuente fue la convulsión febril atípica.



226 MIDRIASIS UNILATERAL DE APARICIÓN SÚBITA EN ADOLESCENTE DE 14 AÑOS

S. Montoro Chavarrías, M.L. Sanz Calvo, V. Martínez Jiménez, M. Rodrigo Moreno, P. Fernández Deschamps, T. Gavela Pérez.

Servicio de Pediatría. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS

La asimetría pupilar es un signo de alarma que obliga a descartar de forma urgente patología neurológica subyacente como tumores, aneurismas de la carótida o comunicante posterior o herniación uncal. En el diagnóstico diferencial se incluyen cuadros como la pupila tónica de Adie, el síndrome de Pourfour du Petit, glaucoma de ángulo cerrado o espasmo segmentario del dilatador del iris. En la práctica clínica la exposición a sustancias midriáticas es una de las causas más frecuentes. Entre las causas benignas se encuentra la midriasis unilateral benigna episódica, también conocida como disfunción episódica pupilar, cuya fisiopatología parece relacionarse con el sistema nervioso autónomo, generalmente asociado con migraña.

Se expone un caso de midriasis unilateral benigna episódica en una niña de 14 años sin otra sintomatología neurológica. Destacamos la rareza del cuadro por aparecer en edad pediátrica y sin cefalea acompañante.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Paciente de 14 años que acude a urgencias por cuadro de visión borrosa y anisocoria con midriasis derecha de aparición brusca mientras trabajaba con el ordenador, sin sintomatología asociada. No refiere traumatismo previo, ingesta de fármacos o tóxicos, instilación de colirios ni uso de cosméticos. A la exploración destaca pupila derecha midriática con reflejos conservados, sin presencia de ptosis palpebral ni afectación de musculatura extraocular. Constantes y exploración general y neurológica normales. Fondo de ojo normal y prueba de la pilocarpina negativa. Con sospecha de causa intracraneal se realiza angio-resonancia cerebral, que es normal. Disminución progresiva de la clínica encontrándose asintomática a las 24 horas.

COMENTARIOS

La midriasis unilateral benigna episódica es una entidad poco frecuente, que predomina en mujeres entre 20-40 años. Se asocia frecuentemente con episodios de cefalea, aunque puede aparecer de forma aislada. Algunos autores la consideran como forma limitada de migraña oftalmopléjica. La anisocoria puede ser muy marcada, aunque el cuadro es transitorio durando de minutos a varios días y, remitiendo de forma espontánea sin dejar secuelas.

La anisocoria siempre obliga a la realización de una historia clínica detallada (cefalea, traumatismo, tóxicos, fármacos, instilación de midriáticos...) y una exploración física y neurológica metódica. Es obligado realizar una prueba de imagen cerebral para descartar lesiones intracraneales (vascular, tumoral, etc).

La midriasis unilateral benigna episódica es un cuadro benigno y así hay que transmitirlo a paciente y familiares, aunque su diagnóstico debería establecerse sólo después de excluir la existencia de otras patologías.



227 NEUMOENCÉFALO INTRAVENTRICULAR SECUNDARIO A FÍSTULA DE LCR.

I. Benítez Gómez, C. Montero Valladares, R. Martínez Blanco, M.T. Alonso Salas, M. Loscertales Abril
Unidad de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS

El neumoencéfalo se define como una acumulación de aire dentro de la cavidad craneal. Su etiología es diversa, siendo la causa más frecuente los traumatismos. Esta patología se produce por una solución de continuidad en el cráneo o en las meninges. Habitualmente cursa de forma asintomática con una resolución espontánea. En ocasiones, puede desarrollar un deterioro neurológico del paciente por hipertensión intracraneal o efecto masa, recibiendo el nombre de neumoencéfalo a tensión (NT). Las causas que favorecen que el neumoencéfalo adopte características de alta presión son: sistemas de derivación o fístulas de LCR. En la mayoría de los casos el tratamiento es conservador cuando no existe deterioro neurológico, y aconsejan la intervención quirúrgica para los pacientes que presenten NT. Presentamos este caso por su escasa incidencia en la población pediátrica y por la iconografía que lo acompaña.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Niño de 11 años con antecedentes personales de glioma del tectum mesencefálico, fístula de LCR nasal, hidrocefalia triventricular, portador de VDVP desde hacía 2 años, que consulta en urgencias por cefalea progresiva de 3 días de evolución que le despierta por la noche, aunque de predominio matutino. 2 días antes presenta vómitos. No otra sintomatología. En la exploración presenta buen estado general, bien perfundido. TA: 120/70 mm Hg. FC: 68 lpm. Glasgow 15/15. Desviación conjugada de la mirada hacia la izquierda con la convergencias (similar a exploraciones anteriores). Pupilas isocóricas y reactivas a la luz. Depresión y repleción valvular conservadas. Resto de exploración normal. Rx de trayecto valvular: Rx de cráneo se visualiza imagen radiotransparente correspondiente a los ventrículos laterales (neumoventrículo). No neumoperitoneo. TAC craneal: neumoventrículo. Se realiza tratamiento conservador con reprogramación de la presión de la válvula y posición horizontal que produce la desaparición del neumoencéfalo y de los síntomas.

COMENTARIOS

En niños con clínica de HIC y fístula de LCR es importante incluir el neumoencéfalo en el diagnóstico diferencial; aunque sea una entidad rara, por su fácil diagnóstico con un Rx simple de cráneo y porque puede llegar a ser una emergencia médica.



228 NISTAGMO ROTATORIO BILATERAL EN LACTANTE

F.J. Caballero Mora, M. León González, A.I. Jiménez Ortega, L. Zugadi Zárate, B. Herrero Velasco, M.L. Ruiz-Falcó Rojas.

Sección de Neurología Infantil. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS

El nistagmo está caracterizado por la presencia de movimientos rítmicos involuntarios de uno o ambos globos oculares debido a una alteración de los mecanismos reguladores de la movilización ocular. La edad de aparición, las características del nistagmo y una exploración física y neurológica adecuadas, buscando otras manifestaciones asociadas, son claves para tratar de orientar la causa que lo provoque. A través del caso clínico que exponemos mostramos la importancia de realizar un enfoque inicial adecuado en pacientes con este signo.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Un varón de 11 meses acude a la consulta de Neurología para valoración por presentar un nistagmo rotatorio bilateral. A los 6 meses de edad había comenzado con un nistagmo rotatorio intermitente del ojo izquierdo, y tras 3 meses aparecieron movimientos oculares rotatorios también en el ojo derecho. Tras ser valorado por Oftalmología, sin objetivarse patología ocular que justificase el nistagmo, se deriva para estudio neurológico. Entre sus *antecedentes* personales y familiares no destaca ningún dato de interés; era un lactante sano, con un crecimiento y un desarrollo psicomotor normal.

La *exploración física*, tanto general como neurológica del niño es normal, salvo la presencia del nistagmo rotatorio bilateral, objetivándose además un discreto estrabismo convergente bilateral.

Tras esta primera valoración se solicita de forma urgente la realización de unos *Potenciales Evocados Visuales* que muestran una alteración en la conducción de la vía visual del ojo izquierdo, y una *Resonancia Magnética craneal* en la que se ve la presencia de una tumoración sólida, extraaxial, de 47x52x57 mm, con calcificaciones en su interior, situada entre ambos lóbulos frontales, supraselar, desplazando el tallo hipofisario, en contacto con la base anterior del cráneo, el quiasma óptico y las arterias carótidas, cerebrales anteriores y medias, sin signos de hidrocefalia. Los análisis de sangre eran normales, sin existir alteración hormonal del eje hipotálamo-hipofisario.

Ante estos hallazgos el paciente es *intervenido quirúrgicamente* realizándose una craneotomía bifrontal, con abordaje subfrontal bilateral y resección parcial de la tumoración sólida.

El *estudio anatomopatológico* de la pieza quirúrgica determinó que se trataba de un astrocitoma pilomixioide grado II (glioma de bajo grado).

La evolución postquirúrgica está siendo satisfactoria, pero habrá que hacer el seguimiento para determinar la evolución del tumor y sus secuelas.

COMENTARIOS

Dentro del diagnóstico diferencial de las enfermedades que pueden provocar nistagmo infantil se encuentran patologías que en ocasiones pueden ser graves, como tumores cerebrales. Por ello, una evaluación inicial minuciosa es imprescindible para establecer la necesidad y la urgencia de un estudio oftalmológico y neurológico adecuado.



229 REVISIÓN DEL PROTOCOLO DE PARÁLISIS FACIAL EN URGENCIAS: CUMPLIMIENTO DE CRITERIOS DE CALIDAD Y CAMBIOS DE ACTUACIÓN.

N. Martín Ruiz, L. Monge Galindo, A.M. Mateo Ferrando, A. Manero Oteiza, J.L. López Pison, R. Pérez Delgado

Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza.

INTRODUCCIÓN

El protocolo de parálisis facial se elaboró por primera vez, conjuntamente por neuropediatras y especialistas en urgencias pediátricas, en junio 2003 y desde entonces ha seguido revisiones periódicas.

OBJETIVOS

Conocer el porcentaje de cumplimiento de los criterios de calidad, comparándolos con los de años anteriores, como forma de evaluación de la asistencia y asimilación del mismo por parte de los médicos asistenciales. Estudiar las nuevas evidencias científicas y según éstas, introducir modificaciones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión de los informes de urgencias de 38 pacientes atendidos entre julio de 2006 y agosto 2009, comparándose con los 27 pacientes recogidos entre marzo 2003 y junio de 2006. Los criterios se introdujeron en junio de 2006 y se analizó de forma retrospectiva en el periodo previo.

RESULTADOS

Grado de cumplimiento de criterios: Descripción de mímica facial 100% (15% más que periodo de estudio previo), Existencia o no de vesículas 31,6% (11,1% más), constancia de fondo de ojo 84,2% (7% más), normalidad en la exploración de resto de pares craneales 86,8 (9,1% más). En junio de 2006 se introdujo como nuevo criterio la constancia de entrega de la hoja de información a los padres, por lo que en el segundo grupo es la primera vez que se puede ver su grado de cumplimiento.

CONCLUSIONES

En los últimos 3 años se ha mejorado el cumplimiento de todos los criterios de calidad. Según la propia experiencia (no por evidencias científicas) se ha incluido la derivación al día siguiente a la consulta de Otorrinolaringología infantil en los niños menores de 2 años. Las actualizaciones se presentaron en sesión clínica en septiembre de 2009, insistiendo en los puntos débiles, dentro del proceso PDCA (plan do-check-act) en la línea de mejora que no tiene punto final.



230 SINDROME DE LEIGH: PRESENTACION DE UN CASO.

R. Díaz Conejo, M. Vivas Moresco, A. González Jimeno, C.M. Martín Delgado, O. García Campos, A. Verdú Pérez

Servicio de Pediatría. Hospital Virgen de La Salud. Toledo.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Leigh es un trastorno poco frecuente en la edad pediátrica, de expresión clínica y patrón de herencia variable (nuclear o mitocondrial). Es debido a una alteración genética que produce un déficit del complejo piruvato deshidrogenasa y/o de los complejos I-IV de la cadena respiratoria mitocondrial. Afecta a varios órganos o sistemas, produciendo crisis convulsivas, retraso psicomotor, hipotonía, atrofia óptica, debilidad, letargia, movimientos anormales, signos piramidales... Carece de tratamiento eficaz y su pronóstico es nefasto.

CASO CLÍNICO

Lactante de 4 meses que acude a Urgencias por depresión respiratoria de inicio reciente, disminución del nivel de conciencia y ausencia de respuesta a estímulos. Fiebre de 12 horas, sin cuadro catarral previo ni otra sintomatología. En los últimos 15 días le notan con tendencia al sueño, menor movilidad espontánea y llanto escaso, débil. AP: hipotonía neonatal en estudio y retraso psicomotor severo. EF: FC 173 lpm, FR 10 rpm, PA 91/69 mmHg, Sat 94%. MEG. Palidez mucocutánea, frialdad acra, mala perfusión hasta pliegue inguinal. AP aceptable entrada de aire bilateral, bradipnea con tiraje subcostal marcado AC taquicardia sin soplos ni extratonos. Abdomen normal. Neurológico: Glasgow 3. Ausencia de respuesta a estímulos, pupilas medias, aunque reactivas a la luz. Hipotonía generalizada. Ingresa en UCIP, se intuba y se mantiene con inotrópicos, antibioterapia, vitaminas y cofactores enzimáticos por la sospecha de metabolopatía. Ante el pronóstico de la enfermedad se decide junto con los padres, limitar el esfuerzo terapéutico, falleciendo días después. Pruebas complementarias: 24.100 leucos (59% S, 39% L), 549.000 plaquetas. pH <6,8, pCO₂ 53, pO₂ 55, Lactato 131, glucosa 226, amoniaco 69 umol/L, GOT 61, GPT 48, LDH 344, CK 82. Urocultivo 30.000 UFC de *E. coli*. TC craneal: lesiones bilaterales hipodensas en ganglios basales y tronco, sugestivas de síndrome de Leigh. Biopsia cutánea pendiente de informar. Biopsia muscular: sin lesiones relevantes. Mutación del complejo III de la cadena respiratoria, pendiente estudio genético. Estudio metabólico: acilcarnitinas, aminoácidos sangre, orina y LCR normales. En sangre: piruvato 0,207 mM, lactato 7,22 mM, beta hiroxibutirato 0,764 mM, acetoacetato 0,226

CONCLUSIONES

En las encefalopatías mitocondriales, un idéntico fenotipo clínico puede relacionarse con anomalías bioquímicas-moleculares diferentes y viceversa. Las manifestaciones clínicas del Síndrome de Leigh no siempre indican disfunción de la cadena respiratoria y su sustrato genético es muy variable. El diagnóstico se basa en la clínica, la acidosis láctica, la neuroimagen y el estudio de la cadena respiratoria en la biopsia muscular. El pronóstico es nefasto, muriendo en los primeros meses, sin tratamiento eficaz.



231 **TRIADA DE CUSING SECUNDARIA A ROTURA DE MALFORMACIÓN VASCULAR CEREBRAL.**
M.P. Talón Moreno, L.C. Sevilla Moreno, J.A. Mula García, S. Sánchez Pérez, A. Almansa García.
Servicio de Pediatría. Hospital Rafael Méndez. Lorca.

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS

Las malformaciones vasculares cerebrales se clasifican en: arteriovenosas, telangiectasias, cavernosas, venosas o angiomas venosos y fistulas. Las arteriovenosas son las más comunes en la infancia, siendo la angiografía la prueba diagnóstica de elección. La prevalencia es 0.2 – 1.1/1000 en la población general, apareciendo la clínica (hemorragia cerebral 30-50%, crisis convulsivas 20-25%) entre los 20-40 años. Se describe un caso de rotura de malformación arteriovenosa con clínica severa, aparición súbita y sorprendente recuperación posterior.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Escolar de 5 años que inicia de madrugada llanto y cefalea, seguido de revulsión ocular, pérdida de conciencia e hipertónia generalizada sin relajación de esfínteres, que mejora tras la administración de diazepam; en su evolución reaparece hipertónia generalizada y respiración ruidosa e irregular, con bradicardia (60 latidos por minuto) e hipertensión arterial. Sin traumatismo craneal reciente, ni otros antecedentes de interés, con adecuado desarrollo psicomotor. Hemograma, bioquímica, electrocardiograma y gasometría venosa normales. TAC craneal: hemorragia ventricular masiva sin alteraciones densitométricas parenquimatosas. Se traslada a UCI de referencia tras intubación y sedación, realizándose drenaje ventricular externo. La angiografía cerebral muestra la existencia de un nido angiomaso coroideo extenso sin aneurismas arteriales ni venosos; intervención definitiva con drenaje ventrículo-peritoneal y extirpación de malformación arteriovenosa. Sigue revisiones en consultas externas de neurocirugía y oftalmología por hemiparesia residual de miembro superior derecho y disminución de agudeza visual con adecuado rendimiento escolar.

COMENTARIOS

La hemorragia intraventricular primaria, sin componente parenquimatoso, es rara en adultos, siendo todavía más infrecuente en niños y adolescentes; obliga a descartar lesiones subyacentes como malformaciones arteriovenosas.

Aportamos un caso de hemorragia intraventricular masiva por rotura de malformación arteriovenosa por constituir una situación de emergencia vital y por su interés iconográfico.



232 UN CASO DE CEFALEA SÚBITA EN LA URGENCIA DE PEDIATRÍA.

B. Llorente Gómez, T. Alonso Jiménez, B. Iglesias Fernández, E. Casado Verrier
Servicio de Pediatría. Hospital Clínico San Carlos. Madrid.

INTRODUCCIÓN

La presencia de aneurismas intracraneales es raro en la infancia, siendo la Arteria Cerebral Media y la Arteria Carótida Interna su localización más frecuente según fuentes bibliográficas.

La hemorragia subaracnoidea suele ser su forma de presentación inicial.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de un niño de 9 años de edad, que acude a Urgencias por cuadro de 1 hora de evolución, de cefalea frontal intensa (escala analógica de dolor: 10) de inicio brusco, con fotofobia y vómitos tras acceso de tos. Antecedentes personales de migraña. A la exploración presenta constantes hemodinámicas estables (TA 112/73, FC 72), con buen estado general. En la exploración neurológica destaca bradipsiquia leve y nivel de vigilia fluctuante (Glasgow 14-15). Se realiza TAC urgente donde se observan datos sugerentes de hemorragia subaracnoidea. Se decide realización de arteriografía bajo anestesia general a las 6 horas del episodio, observándose aneurisma en bifurcación de arteria carótida interna derecha con signos de rotura. Se procede a la embolización del mismo de forma parcial, ya que la oclusión total afectaría el flujo de la arteria cerebral anterior. Intervención y postoperatorio sin incidencias. A las 24 horas se realiza Doppler transcraneal sugerente de riesgo leve-moderado de vasoespasmio, por lo que se inicia perfusión de Nimodipino (0.016 mg/kg/h), con pauta descendente hasta alta. TAC cerebral postembolización normal. Permanece en UCI- pediátrica durante 10 días, con evolución favorable y sin incidencias. A los 20 días del episodio reingresa para intervención quirúrgica definitiva de aneurisma (craneotomía y clipaje de aneurisma). TAC con contraste de control normal. A los 9 días de la intervención se realiza angiografía observándose oclusión completa del aneurisma. En el seguimiento posterior del niño a corto plazo no se han observado secuelas neurológicas por el momento.

CONCLUSIONES

La hemorragia subaracnoidea es la forma de presentación más habitual de los aneurismas intracraneales en la infancia, siendo causa importante de morbi-mortalidad.

Un diagnóstico y tratamiento precoz de los mismos es esencial en el pronóstico a largo plazo de nuestros pacientes.



233 ABDOMEN AGUDO DE CAUSA TUMORAL

A. Posada Ayala, M.L. Sanz Calvo, S. Montoro Chavarrías, B. Hernández García, G. Pérez Tejerizo, P. Aguado Roncero

Servicio de Cirugía Pediátrica. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS

Los tumores del ovario son muy raros en la edad pediátrica (< 1% de los tumores infantiles). El más frecuente es el teratoma quístico benigno.

Los tumores epiteliales constituyen menos del 20% de los tumores ováricos en niñas y son muy raros antes de la menarquia. Como subtipos histológicos se encuentran los tumores serosos y los mucinosos. Pueden ser benignos, malignos o de grado intermedio.

Presentamos un caso de dolor abdominal agudo que resultó ser causado por un tumor epitelial en una adolescente.

OBSERVACIONES CLÍNICAS Y COMENTARIOS

Se trata de una adolescente de 15 años que acude a urgencias por dolor abdominal continuo localizado en fosa iliaca derecha de 2 días de evolución con fiebre de hasta 39°C al inicio del cuadro; sin vómitos, cambios del hábito intestinal ni síndrome miccional. Menstruación en el momento actual.

A la exploración presenta dolor selectivo a la palpación profunda en fosa iliaca derecha con defensa involuntaria, signo de Blumberg dudoso, sin otras alteraciones.

Ante la sospecha de abdomen agudo se realiza analítica en la que no se observan signos de infección y ecografía abdominal en la que se objetiva masa predominantemente quística adyacente al ovario derecho y probablemente dependiente del mismo, de 70 x 50 x 55 mm con área sólida o con contenido de 40 x 18 x 18 mm que podría corresponder con quiste ovárico funcional vs teratoma.

Ante este hallazgo se realiza RNM urgente donde se descarta patología aguda por lo que es dada de alta en el servicio de urgencias para control por cirugía pediátrica.

Trece días después se realiza laparoscopia exploradora y exéresis de quiste paraanexial derecho de unos 8 cm de diámetro, dependiente de 1/3 medio de trompa uterina derecha.

Diagnóstico anatomopatológico: cistoadenoma seroso unilocular primario de mesosalpinx con citología del líquido intraquístico benigna.

Tras sucesivas revisiones la paciente evoluciona favorablemente.

El diagnóstico precoz de estos tumores es difícil, ya que la mayoría son asintomáticos y se diagnostican de forma casual. Algunos de ellos producen dolor abdominal agudo y síntomas compresivos. Rara vez muestran datos de actividad endocrina o metabólica; sin embargo se recomienda seguimiento.

Dada su escasa frecuencia en la edad pediátrica no se debe plantear el diagnóstico a priori; es importante descartar otras causas más comunes en la adolescencia como el quiste ovárico funcional, absceso tubo-ovárico o embarazo ectópico.

La ecografía es la primera prueba a realizar, sin embargo ante la sospecha de un tumor es importante realizar TAC o RNM.



234 CÁNCER INFANTIL: UN RETO DIAGNÓSTICO EN URGENCIAS

E. Delgado Fuentes, N. Lecumberri García, A. Lavilla Oiz, M. Oscoz Lizarbe, T. Molins Castiella, L. Gómez Gómez

Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

INTRODUCCIÓN

La incidencia global de cáncer a nivel nacional se estima en 15 casos/100.000 niños menores de 15 años. Esta baja incidencia junto con la variabilidad de los síntomas dificulta el diagnóstico en urgencias.

OBJETIVOS

Analizar las formas de presentación del cáncer diagnosticado en urgencias con el fin de establecer posibles estrategias para diagnóstico precoz.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión retrospectiva de las neoplasias diagnosticadas durante 2006-2009. Se analizaron variables epidemiológicas, motivos de consulta y derivación, tiempo de latencia (tiempo transcurrido desde el comienzo de los síntomas hasta el diagnóstico final), reconsultas y diagnóstico. Análisis estadístico mediante SPSS 17.

RESULTADOS

Se diagnosticaron 55 tumores (13 casos/año). 60% varones. Edad 0,5-17 años (mediana: 6). 65,5% acudieron por propia iniciativa. Motivos de consulta principales: 25% Masa/bulto/adenopatía, 14,6% dolor óseo/cojera, 12,7% síntomas constitucionales (febrícula, astenia), 7,3% lesión cutánea (petequia/hematoma). Motivos más frecuentes de derivación: masa/bultoma/adenopatía y lesiones cutáneas. Por iniciativa propia acudieron más frecuentemente por síntomas constitucionales y dolor óseo/cojera. El 55,5% precisaron reconsultar de 1 - 7 veces (pediatra/urgencias) para su diagnóstico (42% máximo 2 consultas). Reconsultaron: los de iniciativa propia 37%, los derivados 64%. Tiempo de latencia al diagnóstico: entre 3 y 200 días (mediana 21). Diagnósticos más frecuentes: 40% leucemia, 16,4% linfoma, 9% neuroblastoma y 9% Tumores del sistema Nervioso Central.

CONCLUSIONES

- Se diagnostican 13 neoplasias/año (3 casos más de lo esperado para nuestra comunidad). Esto supone una baja incidencia para urgencias.
- 1 de cada 2 precisa reconsultar y el tiempo de latencia es elevado.
- La baja incidencia en urgencias propicia un bajo índice de sospecha que puede ser la causa del retraso en el diagnóstico precoz.
- El hallazgo de una masa/adenopatía, petequias/hematomas o dolor óseo/cojera debe alertar.
- En nuestra serie, coincidiendo con la literatura médica, las leucemias son la patología oncológica más frecuente.



235 CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PRESENTACIÓN DE LOS TUMORES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

R. Mendiola Ruiz*, I. Martí Carrera*, A. Arrizabalaga Van Remoortere**, N. García de Andoin Barandiarán**, J.J. Uriz Monaut**, I. Olaciregui Etxenike*

* Unidad de Urgencias, **Unidad de Oncología. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Donostia.

OBJETIVOS

Describir las características clínicas de inicio de los tumores de sistema nervioso central (SNC) que acuden a través del servicio de urgencias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se seleccionaron todos los diagnósticos de tumor del SNC desde el archivo del servicio de oncología infantil entre los años 1998 y 2009. Se revisaron las historias clínicas de aquellos diagnosticados desde urgencias, recogiendo el tipo y localización del tumor, la edad, el sexo y las características clínicas de presentación.

RESULTADOS

De los 18 casos con diagnóstico de tumor del SNC, se descartaron dos casos diagnosticados a través de la consulta de Neurología Infantil, uno con diagnóstico prenatal y otro por falta de datos. 14 (77,7%) casos acudieron inicialmente al servicio de urgencias y en 12 de ellos se hizo el diagnóstico de sospecha en su primera visita. Uno acudió en dos ocasiones y otro se diagnosticó durante su ingreso por otro motivo. La mediana de edad en la serie fue de 5,5 años (rango 21 meses - 9 años), con un predominio del sexo masculino (9 casos). En cuanto a la localización, en 12 (85,7%) casos la ubicación fue infratentorial y en 2 (14,3%) casos supratentorial. Con respecto al tipo de tumor, 6 (42,8%) fueron meduloblastomas, 4 (28,5%) astrocitomas pilocíticos y 2 (14,2%) gliomas de bajo grado.

El síntoma inicial fue la cefalea en 9 pacientes, mientras que 3 acudieron por vómitos, uno por bradipsiquia y otro por hemiparesia derecha. Todos los casos que acudieron por cefalea tenían síntomas asociados, siendo el más frecuente la inestabilidad de la marcha, que se dio en 6 casos, vómitos en 4 casos y decaimiento-bradipsiquia en 3 casos. La mediana del tiempo de evolución de la cefalea era de 30 días, y sin embargo, los síntomas asociados aparecían en todos los casos en los últimos 15 días. De los 3 casos que consultaron por vómitos, 1 asociaba pérdida de peso, otro inestabilidad de la marcha y otro estrabismo ocular.

Todos los pacientes presentaron una exploración neurológica alterada en el momento de la consulta, siendo el signo más frecuente el edema de papila, que se observó en 8 (57,1%) casos. A este signo le siguieron la inestabilidad de la marcha, el signo de Romberg positivo y la dismetría.

COMENTARIOS

En nuestra serie, la mayoría de los tumores del SNC acuden a través del servicio de urgencias, realizándose el diagnóstico en la primera visita. La cefalea es el síntoma de consulta más frecuente, aunque siempre asocia otros signos o síntomas.



236 **DIAGNÓSTICO DE CÁNCER EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS. REVISIÓN DE LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS.**

C. Flores Rodríguez, M. Sánchez Moreno, L. Hurtado Barace, A. Pascual Bonilla, R. Cuesta González, M. Pumarada Prieto.

Servicio de Pediatría. H.U. Marqués de Valdecilla. Santander.

OBJETIVOS

Estimar la frecuencia, epidemiología y características clínicas del cáncer infantil en nuestro servicio de Urgencias en los últimos 10 años (Enero 2000- Enero 2010)

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes pediátricos (menores de 15 años) con diagnóstico de neoplasia maligna.

RESULTADOS

Hemos analizado 105 casos, de los cuales 56 fueron tumores sólidos (53.33%) y 49 hematológicos (46.66%). Al igual que en otras series, las neoplasias malignas más comunes han sido las leucemias (34.2% del total de casos) y los tumores del sistema nervioso central (SNC) (18%).

Dentro de los tumores sólidos, los más frecuentes han sido los del sistema nervioso central (33.92%), seguidos de neuroblastomas (19.64%), tumores óseos (12.5%), rhabdomiomas (7.14%), tumores renales (7.14%) y otros (19.65%: hepatoblastoma, carcinoma papilar de tiroides, retinoblastoma...) La edad media de presentación fue de 4 años, con predominio de varones (67.85%). En cuanto a la clínica, los síntomas más presentados en tumores del SNC fueron vómitos y cefaleas; en neuroblastomas, masa abdominal y fiebre; en tumores óseos: dolor y tumefacción y en tumores renales, hematuria y abdominalgia. Las pruebas complementarias más solicitadas en Urgencias fueron TAC craneal, hemograma y radiografía de columna. El tiempo medio desde el inicio de la sintomatología hasta la primera visita a urgencias fue de 70,2 días. La media de visitas a Urgencias fue de 2.2 y el tiempo medio desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico definitivo fue de 182.5 días.

En cuanto a los tumores hematológicos, el 73.46% fueron leucemias y el 26.54% linfomas. La edad media al diagnóstico fue de 6.08 años, predominando también en varones (73.46%). Las formas de presentación más habituales fueron, en leucemias, fiebre, adenopatías y equimosis; en linfomas, adenopatías y masa abdominal. En Urgencias, las pruebas complementarias más solicitadas fueron hemograma, coagulación y ecografía abdominal. El tiempo medio desde el inicio de los síntomas hasta primera consulta fue de 17.51 días, con una media de visitas a Urgencias de 1.44. En los tumores hematológicos, el tiempo medio desde el inicio de la sintomatología hasta el diagnóstico definitivo es mucho menor: 20.2 días.

CONCLUSIONES

Al igual que en otras series, las neoplasias más frecuentes en los niños han sido las leucemias y los tumores del sistema nervioso central, con claro predominio en varones. Dada la inespecificidad de los síntomas, el cáncer debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial a pesar de su baja incidencia por la importancia de su diagnóstico precoz, ya que es la primera causa de muerte por enfermedad en la edad pediátrica.



237 DOLOR ABDOMINAL Y AFECTACIÓN NEUROLÓGICA; SIGNOS DEBUT DE LA DISEMINACIÓN LEPTOMENINGEA DE UN MEDULOBLASTOMA

I. Iturralde Orive, G. López Santamaría, C. Canduela Fernández, D. Jiménez Villarreal, N. Martínez Ezquerro.

Urgencias Pediatría. Hospital Alto Deba.

El dolor abdominal como motivo de consulta en Urgencias Pediatría es muy frecuente. La etiología del mismo abarca muchas patologías por lo que el realizar una anamnesis correcta así como una exploración física completa puede ayudarnos a delimitar el enfoque diagnóstico.

OBJETIVO

Presentar un caso de dolor abdominal en Urgencias secundario a patología a nivel medular.

CASO CLÍNICO

Niño de 3 años sin antecedentes de interés con cuadro de 4 meses de evolución de dolor abdominal con estudios realizados normales salvo *Helicobacter* + que se erradica tras tratamiento. Acude a urgencias porque en últimos 15 días el dolor se intensifica en frecuencia y duración despierta por la noche, interfiere en vida diaria y aumenta en decúbito. Asocia estreñimiento. En exploración física abdomen doloroso, distendido, dolor en exploración; nueva ecografía descarta patología a nivel abdominal. Dada la afectación se deja en observación; a las 20 horas presenta crisis de dolor abdominal asociando pérdida de control esfínter urinario que cede tras analgésico. Se realiza nueva exploración objetivando marcha alterada con arrastre de pierna derecha al deambular, incurvación de tronco hacia lado contralateral y reflejos rotulianos asimétricos con exaltación de lado derecho, tono anal conservado. Ante sospecha de tumor medular se realiza RMN con diagnóstico de carcinomatosis meníngea intracraneal; múltiples formaciones medulares a lo largo del eje espinal y cola caballo y diseminación metastásica raquídeo espinal. Se ingresa en Oncología para continuar estudio y tratamiento

El diagnóstico final fue el de meduloblastoma con diseminación leptomeníngea y síndrome de compresión medular secundario.

En la actualidad el paciente presenta una hemiparesia secundaria a la afectación a nivel medular lumbar y recibe tratamiento oncológico

COMENTARIOS

1. La clínica de dolor abdominal acompañado de síntomas neurológicos debe hacernos sospechar de existencia de patología a nivel medular. La RMN es el método diagnóstico de elección.
2. Aunque la vía de diseminación leptomeníngea del meduloblastoma es frecuente; su presencia en el momento del diagnóstico es poco habitual.
3. Es raro que el diagnóstico se realice por la clínica derivada de la diseminación y no del lugar primario de localización del propio tumor.
4. La existencia de diseminación leptomeníngea ensombrece notablemente el pronóstico del meduloblastoma



238 FORMAS CLÍNICAS ATÍPICAS DE DEBUT DE 2 TUMORES NEUROLÓGICOS DISTINTOS EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS. DISEMINACIÓN LEPTOMENÍNGEA.

I. Iturralde Orive, C. Canduela Fernández, G. López Santamaría, B. Ocandio Cilveti.

Urgencias.Pediatría. H. Alto Deba.

Los tumores neurológicos son los tumores sólidos más frecuentes en la infancia ocupando el segundo lugar tras las leucemias en los procesos malignos. Su forma de presentación es variopinta pero podría agruparse en; síntomas/signos derivados de la hipertensión intracraneal y/o focalidad neurológica.

La diseminación leptomeníngea es una vía de diseminación frecuente de este tipo de tumores.

OBJETIVO

Presentar y dar a conocer 2 casos clínicos de tumores neurológicos distintos que consultan, con un intervalo de 4 meses entre ellos, en Urgencias de Pediatría por la sintomatología derivada de la diseminación leptomeníngea y no por la clínica del tumor primario

CASO CLÍNICO 1

Niño de 7 años que consulta en Urgencias de Pediatría por cuadro de vómitos y cefalea holocraneal; presenta signos meníngeos positivos sin focalidad neurológica, TAC normal y punción lumbar con hiperproteinorraquia y escasa celularidad (linfomonocitos). Tras episodio convulsivo generalizado; se repite TAC objetivándose hidrocefalia y RMN cerebelitis. Presenta posteriormente episodio de descerebración; se realiza craniectomía descompresiva de fosa posterior apreciándose masa en cerebelo. La biopsia informa de; astrocitoma pielocítico de bajo grado. Se decide limitación esfuerzo terapéutico por hipertensión craneal refractaria a tratamiento y lesión anóxico isquémica masiva en RMN. Falleciendo 24 horas después.

CASO CLÍNICO 2

Niño de 3 años dolor abdominal de 4 meses de evolución (estudios realizados normales). Acude a Urgencias Pediatría por intensificación del dolor que aumenta en decúbito y estreñimiento. En exploración abdomen doloroso y distendido; nueva ecografía descarta patología a nivel abdominal. Se deja en observación; presenta crisis de dolor abdominal con pérdida de control esfínter urinario. En nueva exploración se objetiva marcha alterada con arrastre de perna derecha y reflejos exaltación de reflejo rotuliano derecho. En RMN se objetiva carcinomatosis meníngea intracraneal; formaciones medulares a lo largo del eje espinal y cola caballo y diseminación metastásica raquídeo espinal. El diagnóstico final fue el de meduloblastoma con diseminación leptomeníngea y síndrome de compresión medular secundario. En la actualidad está en tratamiento oncológico.

COMENTARIOS

1. La presentación de diseminación leptomeníngea en el momento del diagnóstico de un tumor cerebral ensombrece notablemente su diagnóstico.
2. Si ya es infrecuente su positividad en el momento del diagnóstico, aun es más raro el que éste se realice por la clínica derivada de la diseminación leptomeníngea y no por la del tumor primario.



239 MENINGISMO Y PROTEINORRAQUIA EN URGENCIAS. SIGNOS DE PRESENTACION DE UN ASTROCITOMA PIELOCÍTICO CON DISEMINACION LEPTOMENÍNGEA

I. Iturralde Orive, C. Canduela Fernández, G. López Santamaría, B. Rocandio Cilveti, J. Gil Antón, J. López Bayon

Urgencias Pediatría. Hospital Alto Deba.

Las infecciones del sistema nervioso central, especialmente las meningitis, constituyen la principal causa de presencia de signos meníngeos en la exploración física; su positividad no es exclusiva de este grupo. La hiperproteino-rraquia también es un hallazgo compatible con algunas meningitis.

OBJETIVO

Presentar un caso de meningismo evidente e hiperproteino-rraquia como signos de debut de un tumor cerebeloso (astrocitoma pielocítico)

CASO CLÍNICO

Niño de 7 años que consulta en urgencias por caquexia asociada a febrícula, vómitos y cefalea holocraneal invalidante de varios días de evolución. En la anamnesis únicamente llama la atención delgadez marcada y la presencia de signos meníngeos positivos sin ninguna otra focalidad neurológica.

Se realiza TAC sin presencia de signos de hipertensión intracraneal ni patología intracraneal que contraindiquen la realización de punción lumbar; en su resultado se objetiva una hiperproteino-rraquia marcada con escasa celularidad (mayoría de linfomonocitos) sin ninguna otra alteración.

Se decide ingreso para estudio con la sospecha, como primera opción, de meningitis tuberculosa.

Durante ingreso, presenta episodio convulsivo tónico-clónico generalizado. Tras estabilización inicial, se repite TAC objetivándose hidrocefalia importante siendo trasladado a hospital de referencia.

A su llegada presenta un episodio de descerebración precisando craniectomía descompresiva de fosa posterior urgente. En campo operatorio se aprecia tumoración en hemisferio cerebeloso adherida a duramadre; se biopsia e informa por anatomía patológica como astrocitoma pielocítico de bajo grado.

A pesar de inicio de tratamiento quimioterápico presenta un deterioro general progresivo con hipertensión craneal refractaria y lesión anóxico isquémica masiva en RMN.

Se decide limitación esfuerzo terapéutico falleciendo 24 horas después.

COMENTARIOS

La presencia de signos meníngeos en la exploración, no siempre es sinónimo de meningitis. Es importante realizar un diagnóstico diferencial amplio desde el inicio, sobre todo, si no asocian a fiebre. En el diagnóstico diferencial deben ser incluidos la presencia de tumores neurológicos como el astrocitoma pielocítico.

La presencia de meningismo e hiperproteino-rraquia asociados son indicadores de la existencia de una diseminación leptomeníngica aunque esta es muy infrecuente; su presencia en el momento del diagnóstico inicial ensombrece notablemente el pronóstico.



240 NEUROBLASTOMA: DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DEL MALTRATO INFANTIL

R. Muñoz Núñez, C. Zarallo Reales, P. Mendez Pérez, P. Hurtado Sendín, S. Arias Castro
Servicio de Urgencias. Hospital Materno Infantil. Badajoz.

OBJETIVOS

Demostrar que un probable caso de maltrato infantil, puede esconder una entidad de gran trascendencia como es una neoplasia, por la necesidad de un diagnóstico y tratamiento precoces.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se describe el caso de una niña de 9 meses de edad, previamente sana, remitida al servicio de urgencias de nuestro hospital por su pediatra de atención primaria, ante la sospecha de maltrato, tras consultar por hematomas periorbitarios bilaterales.

En Urgencias, se vuelve a historiar a la familia, que refiere rechazo de alimentación, irritabilidad y tendencia al estreñimiento los días previos y vómitos en las últimas 24 horas. Incluso refieren clínica similar una semana antes, pero de menor intensidad, por lo que no consultaron. Tras exploración física sistemática, se procede a realizar pruebas complementarias básicas (analítica general y radiografía craneal).

RESULTADOS

La exploración física y la radiografía no pusieron de manifiesto fracturas óseas cráneo-faciales, ni lesiones a otro nivel. Llama la atención cierta irritabilidad y palidez cutánea. En analítica se detecta anemia y cifras muy elevadas de LDH, lo que hace replantearse el diagnóstico, y se realiza ecografía abdominal, en la que se encuentra una masa compatible con neuroblastoma. Se remite a Oncología infantil para completar estudio e iniciar tratamiento.

CONCLUSIONES

Ante la probabilidad de maltrato infantil no debe demorarse la intervención por nuestra parte, teniendo en cuenta la trascendencia de esta situación. Pero no debemos olvidar que, aunque la sospecha clínica inicial es una buena herramienta para el diagnóstico, éste debe basarse en una anamnesis más profunda y acompañarse de pruebas complementarias que, como en el caso que nos ocupa, pueden ser pruebas muy básicas (disponibles en cualquier servicio de urgencias hospitalario) y pueden conducir a un diagnóstico final totalmente diferente del esperado y no por ello menos importante.



241 PACIENTE CON TUMORACIÓN SUBCUTÁNEA EN MEJILLA

F.J. Caballero Mora, L. Zugadi Zárata, B. Herrero Velasco, A.I. Jiménez Ortega, A. Lassaletta Atienza, M. de La Torre Espí

Servicio de Urgencias. Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid.

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS

El cáncer es poco frecuente en la infancia. Sin embargo, siempre debe sospecharse para diagnosticarlo precozmente y mejorar su pronóstico. En pacientes con alteraciones del desarrollo psicomotor las manifestaciones clínicas pueden resultar más difíciles de interpretar, siendo relacionadas en ocasiones con su patología de base y retrasando así su diagnóstico y tratamiento, como ocurrió en el caso que presentamos.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Un varón de 13 años con retraso psicomotor de etiología no filiada acude a urgencias por fiebre de 48 horas de evolución e inflamación de la hemicara izquierda. En los últimos 2 meses ha presentado rinorrea, ronquera y congestión nasal de manera persistente, sin mejoría a pesar de haber sido tratado con varios ciclos de antibióticos. Entre sus antecedentes destacan una trombopenia de causa no filiada desde el período neonatal y varias intervenciones quirúrgicas por pies zambos congénitos.

En la exploración física el paciente presentaba buen estado general, con palidez de piel y constantes vitales normales. Su retraso psicomotor era evidente. Respiración bucal, sin otros signos de dificultad respiratoria. En el lado izquierdo de la cara se apreciaba una zona con leve eritema y edema de piel. Se palpaba una tumoración subcutánea en la mejilla izquierda de unos 2 cm de diámetro y otra en la cola de la ceja de 1 cm. El resto de la exploración era normal.

Pruebas complementarias:

- Análisis de sangre: 3370 leucocitos/mm³ (2020 neutrófilos/mm³, 1000 linfocitos/mm³), Hb 13.5 g/dL, 95000 plaquetas/mm³, LDH 631 U/L (rango normal: 100-250 U/L) y PCR 1.8 mg/dL, con el resto de parámetros normales.
- Ecografía de partes blandas: masa subcutánea en mejilla izqda (14 x 10 mm), inespecífica, en probable relación con adenopatía. Masa en raíz de ceja izqda (9 x 3 mm).
- TC de cara y cuello: masa retrofaríngea de gran tamaño, en cavum (4 x 6 cm).
- Biopsia de masa retrofaríngea (estudio anatomopatológico): linfoma tipo Burkitt.
- Estudio de extensión tumoral: TC toraco-abdomino-pélvico: infiltraciones linfomatosas en el hígado y adenopatías cervicales y retroperitoneales. RMN cabeza y columna: infiltraciones múltiples en calota y vértebras y masa epidural. Punción lumbar (LCR): sin infiltración del SNC. Aspirado de médula ósea: infiltrado de células linfomatosas.

Diagnóstico: Linfoma de tipo Burkitt (estadio IV). Tratamiento: Tras ser evaluado en urgencias fue ingresado para realizar estudio etiológico de las tumoraciones faciales y tratamiento intravenoso con amoxicilina-clavulánico. Tras confirmarse el diagnóstico se inició tratamiento con Quimioterapia según el protocolo LMB 2001-2003. La evolución está siendo favorable.

COMENTARIOS

Las adenopatías son un hallazgo habitual en la exploración física de los pacientes pediátricos. Sin embargo, toda adenopatía o tumoración de etiología incierta, en localizaciones atípicas o acompañadas de síntomas constitucionales, debe considerarse anormal y ser estudiada para descartar un origen neoplásico.



242 PRESENTACIÓN DEL TUMOR DE WILMS COMO ABDOMEN AGUDO

M. Triviño Rodríguez*, C. Parra Cotanda*, J. Prat Ortells**, R. Leal Escamilla**, C. Luaces Cubells*

*Sección de Urgencias, **Servicio de Cirugía. Hospital Universitari Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat.

FUNDAMENTO Y OBJETIVO

La patología tumoral como causa de clínica compatible con abdomen agudo no es frecuente en los servicios de Urgencias Pediátricos (SUP). Presentamos un caso de tumor de Wilms que debuta simulando un abdomen agudo.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Paciente varón de 2 años que acude a Urgencias por dolor abdominal en fosa ilíaca derecha de 24 horas de evolución, de tipo cólico al inicio y continuo en las últimas horas, que se acompaña de febrícula, náuseas y anorexia. En la exploración abdominal, destacan defensa y dolor selectivo a la palpación de fosa ilíaca y flanco derechos, junto con signos de irritación peritoneal. Con la orientación diagnóstica inicial de apendicitis aguda se indica cirugía urgente. Durante la inducción anestésica y tras la relajación muscular del paciente, se palpa una masa bien delimitada en hipocondrio derecho, de consistencia dura y tamaño de 10 cm de diámetro. Ante la sospecha clínica de tumoración, se suspende la cirugía y posteriormente se realizan una ecografía y una TC abdominales, que revelan una gran masa retroperitoneal derecha, dependiente de polo inferior de riñón derecho, con áreas necrótico-quisticas y signos de hemorragia intratumoral. Se practica laparotomía con resección tumoral completa y nefrectomía derecha (peroperatorio compatible con tumor de Wilms).

COMENTARIOS

La apendicitis aguda es una de las causas más importantes de dolor abdominal en fosa ilíaca derecha, a pesar de ello deben tenerse en cuenta otras patologías que pueden simularla.



243 TUMEFACCIÓN RETROAURICULAR EN LA URGENCIA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

G.M. Muñoz García*, B. González Martínez*, S. Riesco Riesco*, D. Plaza López de Sabando*, P. Rubio Aparicio*, R. Palomo Fraile**

*Servicio de Hematología-Oncología. **Servicio de Urgencias. Hospital Infantil La Paz. Madrid

INTRODUCCIÓN

La tumefacción retroauricular es uno de los signos asociados a mastoiditis aguda. Sin embargo, otras patologías pueden cursar con signos inflamatorios retroauriculares. La histiocitosis de células de Langerhans (HCL) es una patología poco frecuente en nuestro medio. Las formas de presentación son muy variadas. Exponemos un caso clínico de histiocitosis cuya presentación simula una mastoiditis aguda.

CASO CLÍNICO

Niña de 3 años y 10 meses que consulta por tumefacción retroauricular derecha, acompañada de dolor y eritema local. Afebril. Ante la sospecha de mastoiditis aguda se pauta tratamiento ambulatorio con amoxicilina-clavulánico oral. A los cuatro días, ante la falta de respuesta al tratamiento, acude nuevamente al Servicio de Urgencias. El control analítico presenta una discreta neutrofilia (leucocitos $12.400/\text{mm}^3$, neutrófilos $6.400/\text{mm}^3$) con PCR 27.01 mg/l. Se decide su ingreso para inicio de antibioterapia intravenosa. Se realiza TAC de apófisis mastoides, que muestra una ocupación de celdillas mastoideas por componente de partes blandas, con erosión ósea de las paredes. Ante este hallazgo se decide drenaje mastoideo. El diagnóstico histopatológico del material extraído es de HCL. En el estudio de extensión no presentó afectación de otros órganos. Se inicia tratamiento según protocolo internacional, observándose mejoría clínica y radiológica.

DISCUSIÓN

La variedad de presentaciones clínicas y la escasa frecuencia de la HCL dificultan su diagnóstico, que requiere siempre confirmación histológica. Su evolución sin tratamiento es variable, observándose desde la resolución espontánea hasta compromiso vital. Dadas las formas de presentación tan diversas de la HCL, es necesario recordar que ante la evolución tórpida de una mastoiditis se debe plantear el diagnóstico diferencial con patologías no infecciosas, como la HCL.



244 ANÁLISIS DE LOS PACIENTES DERIVADOS DESDE UN HOSPITAL COMARCAL AL HOSPITAL DE REFERENCIA. EXPERIENCIA EN LOS AÑOS 2007-2009.

M.C. Jover Pereira*, M.J. Martínez Roda**, A. Varona García**, C. Torres González de Aguilar**, C. Muñoz Yribarren**, I. Nieto Gamiz**

*Coordinadora Médico, **Pediatra. Hospital San Juan de Dios Del Aljarafe.

INTRODUCCIÓN

El Hospital San Juan de Dios del Aljarafe es un Hospital Comarcal de ámbito periurbano abierto en Diciembre 03, con una población de 230.000 habitantes. Atiende Urgencias pediátricas con una Observación sin hospitalización. No dispone de subespecialidades ni de obstetricia.

OBJETIVO

Análisis de los traslados al Hospital de Referencia generados por las urgencias pediátricas entre 2007-2009.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo de cohorte. Variables: 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 55060 niños en los 3 años, 19269 en 2007, 17.722 en 2008 y 18069 en 2009, ingresando un 4,1% a Observación. Se trasladaron 731 niños (1,3%), distribuidos para cada año en 247 (1,2%), 280 (1,5%) y 204 (1,1%). La tasa de traslados por no pertenecer a cartera de servicios fue del 75% (548 niños), el 81% lo fue por traumatismos. La tasa de TR fue del 25% (183 niños): 41,6% en 2007, 26,4% en 2008 y 9,7% en 2009, que fueron el 0,44%, 0,41% y 0,1% de los atendidos. Los motivos más frecuentes de TR fueron convulsiones 22,9% (status, atípicas), bronquiolitis 8,1%, neumonías complicadas 7,1%, meningitis 2,8%, sepsis 2,7%. De los 183 TR requirieron UCI en el Hospital de referencia el 1,6% en 2007, 2,1% en 2008 y 1,2% en 2009. El análisis por patologías que precisó ingreso en UCI fue bronquiolitis (2), status convulsivo (2), sepsis (2) y TCE grave (1). La asignación de Triage N1 a los TR fue del 40,4%.

CONCLUSIONES

1. La derivación a UCI-P ha bajado respecto a los años anteriores
2. La proporción de TR derivados ha descendido progresivamente respecto al trienio anterior, lo que indica una mayor implicación en el manejo de patología potencialmente candidata a traslado al Hospital de referencia desde su ingreso en Observación.
3. La asignación en triaje nivel 1 se correlacionó con la probabilidad de traslado y con el ingreso en UCI.



245 ANÁLISIS DE LOS PACIENTES TRASLADADOS A CUIDADOS INTENSIVOS DESDE URGENCIAS PEDIÁTRICAS.

J. Cela Alvargonzález, N. Lacámara Ormaechea, B. Iglesias Fernández, R. Jiménez García, C. Benito Caldés.

Urgencias de Pediatría. Puerta de Hierro. Madrid.

OBJETIVOS

Conocer las características de los pacientes trasladados desde urgencias a una Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP) de otro hospital, analizando las técnicas de soporte que precisaron tanto en urgencias como en su evolución posterior.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes trasladados desde urgencias de un hospital terciario a UCIP en el período comprendido entre Marzo de 2009 y Enero de 2010. Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes tanto en el hospital de origen como en el de destino.

RESULTADOS

De un total de 22.141 urgencias atendidas, 51 (0.45%) pacientes fueron trasladados a UCIP.

El 66% (34) de los pacientes se trasladó por insuficiencia respiratoria aguda. En éstos, la edad media fue de 22.3 meses (mediana 12 meses) y su estancia media en UCIP fue de 4 días. El diagnóstico fue de bronquiolitis en 16 niños (46%), de los cuales 15 tenían un score de Wood-Downes ≥ 7 , y 1 pausas de apnea., precisando en urgencias ventilación no invasiva (VNI) en 4 casos y oxigenoterapia de alto flujo (OAF) en 2. Durante su estancia en UCIP, 9 recibieron OAF y 1 VNI. Cinco pacientes presentaban broncoespasmo grave con un Pulmonary Score ≥ 5 , precisando 2 de ellos IOT y 1 VNI durante su estancia en UCIP. Tres pacientes fueron diagnosticados de insuficiencia respiratoria en el contexto de gripe A H1N1, precisando 2 de ellos OAF en UCIP. Un niño presentaba una broncoaspiración y otro un síndrome pertusoide con desaturaciones, precisando éste OAF tras el traslado.

Ocho niños fueron diagnosticados de neumonía, 6 de ellos con derrame pleural y 2 con dificultad respiratoria grave. Un paciente de este grupo precisó IOT en urgencias y 5 drenaje torácico, 2 IOT y 1 OAF en UCIP.

Nueve pacientes presentaban patología neurológica, 5 TCE grave, 2 estatus epiléptico, 1 encefalitis y 1 tumor del SNC. La edad media fue de 5.9 años (mediana 7 años). La estancia media en UCIP fue de 4.3 días. De este grupo 2 precisaron IOT en urgencias y 5 durante su evolución en UCIP por disminución del nivel de conciencia.

Un paciente presentó una sepsis grave, requiriendo IOT, canalización de vía venosa central, drogas vasoactivas y transfusión de hemoderivados en urgencias.

CONCLUSIONES

La insuficiencia respiratoria aguda es la patología que más frecuentemente precisa traslado a UCIP. La mayoría no precisan técnicas de apoyo ventilatorio, destacando la importancia de la monitorización clínica intensiva y de los cuidados frecuentes de enfermería. La técnica de soporte más utilizada en estos pacientes es la oxigenoterapia de alto flujo.

La patología neurológica, menos prevalente, precisa con mayor frecuencia apoyo ventilatorio invasivo.



246 Análisis de los servicios pediátricos de un Servicio de Emergencias polivalente de soporte vital intermedio (SEM) N. Magro Benito**, R. García Puig**, M. Ruiz Sáenz*, S. Mayol Barrera*, S. Navarro Vilarrubí**, O. Grima Cervantes*
*Servicio SEM, **Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Mutuaterrassa. Terrassa.

OBJETIVO

Análisis de los motivos pediátricos de activación de las unidades Servicio de Emergencias Médicas de soporte vital intermedio (SEM-SVI) y detección de posibles puntos de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han revisado los informes de derivación hospitalaria del SEM-SVI del periodo 1/1/09 al 31/12/09 en pacientes de edad <15 años. Se han recogido las variables edad, motivo de aviso y criterio de gravedad, considerando como paciente grave aquel que cumpla al menos uno de los siguientes requerimientos: precisar RCP, presentar un Glasgow <15, presentar una SatHb < 92%, tratarse de un paciente politraumático o presentar una obstrucción de la vía aérea por un cuerpo extraño. Se ha realizado una encuesta al personal de enfermería de las unidades de SEM-SVI respecto a los campos relacionados con el manejo del paciente pediátrico y formación específica en este ámbito.

RESULTADOS

En nuestra zona, los avisos realizados al SEM-SVI de pacientes de edad <15 años representaron el 5.4% del total. La edad media fue de 4.9 años. La prevalencia de los motivos de activación del SEM-SVI fue: 36.8% convulsiones (25.8% febriles y 11.5% afebriles; edad media 3.8 años), 26.45% politraumatismos (edad media 7.1 años), 10.35% dificultad respiratoria (edad media 1.6 años) y el 26.4% restante correspondió a otras patologías. Un 79.3% de los avisos realizados cumplían los criterios de gravedad establecidos. La encuesta ha sido realizada a los 8 enfermeros de la unidad SEM-SVI. El 100% se han formado en RCP pediátrica básica y avanzada y consideran tener mayores conocimientos en este campo y en el manejo del paciente politraumático. El 100% desearía ampliar su formación en el manejo de la convulsión y de las técnicas invasivas en el paciente pediátrico y cerca del 70% en el manejo de la vía aérea comprometida.

DISCUSIÓN

La indicación de activación del SEM-SVI en nuestro medio es adecuada, debido a que el 79% de los traslados cumplieron criterios de gravedad. En la patología más grave (RCP), así como en una de las más prevalentes (politraumatismos) los profesionales implicados tienen la percepción de estar completamente formados; refieren el interés en ampliar la formación en el manejo de la convulsión, de la vía aérea comprometida y del manejo de las técnicas invasivas. Desde el Servicio de Urgencias de Pediatría de nuestro hospital se ofrece anualmente un curso de formación en RCP pediátrica para el servicio de enfermería hospitalario y del SEM-SVI. Derivado de nuestro estudio, hemos decidido ampliarlo con un módulo formativo del manejo de convulsiones, de vía aérea y de técnicas invasivas desde el punto de vista extrahospitalario y hospitalario, implicando a instructores pediatras y profesionales del SEM-SVI.



247 ANALISIS DESCRIPTIVO DE LA ASISTENCIA A UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS DE UN HOSPITAL TRAS 2 AÑOS DE APERTURA.

C. García-Vao Bel*, M.D. Vigil Escribano** M.P. Cedena Romero*, M. Orio Hernández*, E. Sanz Tellechea*, C. García-Bermeno García*

*Servicio Pediatría, **Unidad de Medicina Preventiva. Hospital del Tajo. Aranjuez.

OBJETIVO

El Objetivo de esta comunicación es describir a la población que acude a urgencias pediátricas en nuestro Hospital: cuantos vienen; de ellos, cuales son derivados desde el centro de salud; porque consultan; que días y que horas tiene la máxima frecuentación, cuáles fueron los motivos de consulta iniciales al ingreso en Urgencias

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron los datos que figuran de los pacientes que acudieron a Urgencias menores de 14 años (el Hospital tiene un sistema informatizado completo de la historia clínica-"hospital sin papeles"-) durante el año 2009. Se utilizo SPSS 15.0 para análisis estadístico.

RESULTADOS

Acudieron 11554 pacientes por urgencias médicas (un 8% eran pacientes de fuera de área) y 2267 por causas traumatólogicas o quirúrgicas. De los primeros se pudieron valorar 11.525 historias. Un 54.5% fueron varones. La edad media fue de 3,5 (DT 3,6) y una mediana de 2 años. Un 94.8% vinieron de su domicilio y acudieron a petición propia y sólo el 4.3% venia remitidos desde su centro de salud. En el 99,9% se registró como enfermedad común. Acudieron más en fin de semana y menos los martes, miércoles y jueves; con picos de mayor frecuentación siempre entre las 10 y 13 horas por la mañana y las 17 y 22 horas por la tarde. Los 10 principales motivos de consulta en el triaje fueron: fiebre, otros, tos, dolor abdominal, vómitos, fiebre y síntomas ORL, diarrea, dificultad respiratoria, otalgia, exantema.

CONCLUSIONES

Nuestro Hospital registra una gran frecuentación de la población infantil. Pocos casos acuden derivados a Urgencias por otro médico. Como en otros Hospitales las horas y días de consulta coinciden con el cierre de centros de salud y los motivos de consulta son los habituales en Urgencias, existiendo un grupo (15.1%) en el que no se especificó diagnostico en el triaje.



248 APERTURA DE UN SERVICIO DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA EN UN HOSPITAL SECUNDARIO

R. Velasco Zúñiga, S. Puente Montes, C. Gutiérrez Abad, J.L. Fernández Arribas, M Sánchez Garrido, N. Díez Monge.
Urgencias Pediatría. Hospital Río Hortega. Valladolid.

INTRODUCCIÓN

En Febrero del 2009 se inauguró el Nuevo Hospital Río Hortega, en el cual se abrió un nuevo servicio de Urgencias Pediátricas, en el cual prestan servicio cinco pediatras. El servicio dispone de tres boxes de exploración, un box de emergencias y una sala de observación con seis camas. En cada turno de trabajo hay un pediatra, un residente de pediatría, dos enfermeras y una auxiliar. Este servicio atiende a todos los pacientes entre 0 y 14 años, salvo patología propia de Traumatología.

OBJETIVOS

A partir de la puesta en marcha del servicio de Urgencias Pediátricas en nuestro hospital, analizar las consecuencias de dicha apertura sobre el volumen de las urgencias atendidas y de los ingresos realizados.

MÉTODOS

Estudio descriptivo observacional retrospectivo entre Febrero del 2009 y Enero del 2010. El estudio compara el número de urgencias atendidas en las Urgencias del Hospital Río Hortega de Valladolid con las atendidas en el mismo periodo de tiempo del año anterior, así como el número de ingresos realizados.

RESULTADOS

Durante el periodo estudiado se atendieron un total de 21830 urgencias, lo que supone un 151% de las urgencias atendidas en el mismo periodo del año previo. Los pacientes atendidos de entre 7 y 14 años suponen 3704 urgencias, un 16,9% del total. Esto supone una media de 59,8 pacientes atendidos al día. 11037 de estos pacientes se atendieron en el fin de semana, lo que supone un 50,55%.

En la distribución por turnos vemos que el 28,3% de los pacientes se ven en el turno de mañana, 46,6% en el de tarde, y el 25,1% restantes en el turno de noche.

2447 pacientes permanecieron en la sala de observación un tiempo mínimo de 30, y nunca mayor de 24 horas. Las principales patologías que motivaron estos ingresos fueron TCE, GEA e infecciones respiratorias que precisaron aerosolterapia.

Se realizaron 588 ingresos, lo que suponen el 2,69% de las urgencias. En el mismo periodo del año anterior se ingresaron el 5,5% de las urgencias.

CONCLUSIONES

La apertura del nuevo hospital supuso un aumento de las urgencias pediátricas explicables en parte por la redistribución de áreas de salud, en la que se acogió una zona con mayor población inmigrante, con mayor natalidad. Además, en el anterior hospital las urgencias de niños entre 7 y 14 años eran vistas en el servicio de Urgencias Generales, aunque hemos visto que por sí mismo no justifica el aumento sufrido. Otra causa para este aumento lo podemos encontrar en el "efecto llamada" causado por la presencia de un hospital nuevo. El cuarto motivo pensamos que puede ser debido a que, pese a no realizar triage, el tiempo de espera no suele ser mayor de diez minutos salvo en situaciones muy puntuales, lo que hace preferible la asistencia a nuestro hospital que al punto de Urgencias de Atención Primaria correspondiente.

Otro indicador de abuso del servicio de Urgencias lo supone el alto porcentaje de Urgencias que se ven en el turno de mañana en los días de diario, pese a que en esas horas tienen consulta en su centro de Atención Primaria. Nos parece reseñable la disminución a la mitad del porcentaje de ingresos realizados, pese al aumento de urgencias totales vistas. La disponibilidad de una sala de observación de la que carecía el antiguo hospital, y la atención por parte de un equipo de pediatras dedicados de manera exclusiva a la Urgencia Pediátrica nos parecen las dos principales razones que explican este resultado.



249 ASISTENCIA PEDIÁTRICA EN SITUACIÓN DE CATÁSTROFE: TERREMOTO DE HAITÍ 2010.

N. de Lucas García*, C. Gómez Vilanova**, A. Pérez Alonso**, M. Moreno García***, A. Mateo***, J. Díaz-Tendero Rodríguez**

*Hospital de Tomelloso. **Summa 112. ***DYA.

OBJETIVO

Describir la estructuración de la asistencia pediátrica por parte del segundo contingente enviado por la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID) tras el terremoto sucedido el 12 de Enero de 2010 en Haití.

MATERIAL Y MÉTODOS

Recogida de datos por parte del propio contingente, sobre el terreno.

RESULTADOS

El 21 de enero se envió un equipo compuesto por un obstetra, una pediatra, tres cirujanos, 2 traumatólogos, dos anestesiólogos, 6 médicos de emergencia, enfermería y personal logístico para relevar al primer contingente enviado por la AECID. El punto de trabajo había sido seleccionado por un médico y un enfermero que se adelantaron al resto de la ayuda después del terremoto. La actividad pediátrica se desarrolló en una primera fase en un hospital de campaña frente al hospital universitario la Paz (Puerto Príncipe), y en una segunda fase, tras asegurar el edificio, dentro de dicho hospital. Se dedicaron específicamente a la actividad pediátrica tres médicos (de los cuales uno era pediatra) y tres enfermeros del contingente, con la colaboración de una enfermera y un técnico chilenos, dos hermanas de la caridad y dos traductores haitianos en el turno de día, así como un médico cubano en el turno de noche. La actividad pediátrica del segundo contingente se organizó en:

- Actividad ambulatoria con unas 50 curas diarias de patología mayoritariamente traumática (fracturas, amputaciones y otras heridas complicadas, algunos postoperatorios recientes). Se priorizó el establecimiento de una analgesia ágil y segura (ketamina intramuscular) que permitiera realizar curas potencialmente muy dolorosas sin que fuera imprescindible un periodo posterior de observación.
- Atención a niños hospitalizados (con un máximo de 10 camas ocupadas). Fueron 16 pacientes traumáticos (principalmente postoperatorios traumáticos y primer día tras colocación de yesos pelvipédicos), cuatro recién nacidos, dos lactantes en situación de desamparo, tres gastroenteritis, una bronconeumonía, una invaginación con perforación intestinal, una sospecha de leptospirosis y un síndrome nefrótico. No fueron necesarias nuevas amputaciones.
- Reanimación de recién nacidos, entre ellos tres prematuros y un recién nacido macrosómico.

CONCLUSIONES

El segundo contingente enviado por la AECID ha desarrollado un trabajo de apoyo tras situación de catástrofe enmarcable en la fase de emergencia y orientado a la posterior fase de reconstrucción. Es posible realizar una asistencia pediátrica razonablemente correcta a partir de un equipo multidisciplinar y recursos materiales limitados pero bien estructurados.



250 ATENCIÓN CONTINUADA INTRAHOSPITALARIA: VENTAJAS Y USO DE RECURSOS.

V. Caballero Pérez, L. Gracia Torralba, I. Ruiz Del Olmo Izuzquiza, S. Beltrán García, M.L. Rodríguez Sanz, C. Campos Calleja.

Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Miguel Servet Infantil. Zaragoza.

INTRODUCCIÓN

En Octubre de 2009 se instauró en nuestro centro un punto de atención continuada (PAC) intrahospitalario, como parte de las medidas dispuestas ante la pandemia de gripe H1N1 y coincidiendo con el inicio de un sistema de triaje informatizado, en el que se clasifica a los pacientes en 5 niveles de gravedad. El incluir un punto de atención continuada en un Hospital de tercer nivel, permite que el paciente acuda a un solo centro donde se le puede ofrecer tanto atención primaria, como en caso de necesitarlo, los recursos disponibles en un hospital terciario.

OBJETIVO

Estudiar el uso de recursos sanitarios en aquellos pacientes que tras una primera valoración por el facultativo del punto de atención continuada, precisaron pruebas complementarias, en el periodo comprendido entre octubre de 2009 hasta enero del 2010 ambos dos incluidos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo a partir de los datos de los informes de los pacientes que cumplen las características descritas en el anterior apartado.

RESULTADOS

Durante el periodo citado acudieron 2575 pacientes, mayores de un año y triados con nivel de gravedad 4 o 5. Se realizaron pruebas complementarias en 476 de los niños. En un 84,7% se realizó radiografía, en un 15,3% análisis de orina y en 10% extracción de analítica sanguínea. También fue necesario la realización de 9 ecografías, 2 ECG e incluso un TAC craneal. Tras las pruebas complementarias 12 pacientes permanecieron en la unidad de observación del servicio de urgencias adjunto durante varias horas y 24 ingresaron, siendo el diagnóstico más común dentro de este grupo la neumonía bilateral.

CONCLUSIONES

La inclusión de un PAC intrahospitalario permite disminuir el tiempo de espera en un servicio de urgencias de aquellas patologías que se consideran de menor gravedad. Centraliza los recursos, de forma que si el facultativo considera necesaria recurrir a pruebas complementarias o a otros profesionales, tiene acceso directo a ello, lo que reduce el gasto y el tiempo que supone el transporte hasta el hospital de referencia Aunque es un proyecto de pocos meses de evolución, consideramos positiva nuestra experiencia con la atención continuada intrahospitalaria.



251 **BRONQUIOLITIS: CARGA ASISTENCIAL PARA EL SERVICIO DE URGENCIAS. EPIDEMIOLOGÍA Y MORBILIDAD.**

N. Marín Huarte, C. Zozaya Nieto, J.A. Ruiz Domínguez, B. Fernández Caamaño, J. Martín Sánchez, S. García García.

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

OBJETIVOS

Conocer la carga asistencial que supone la bronquiolitis para el Servicio de Urgencias de un Hospital Terciario, analizando el índice de reconsultas, la repetición de episodios y la tasa y duración de los ingresos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes que consultaron en el Servicio de Urgencias entre enero de 2000 y diciembre de 2009, y fueron codificados según la CIE-9 con el diagnóstico de Bronquiolitis (466.1), excluyendo los casos en los que esta codificación se aplicó a pacientes mayores de 2 años. Para considerar dos episodios distintos de bronquiolitis en un mismo paciente, se asumió que las consultas debían estar separados entre si por al menos 15 días. En caso contrario se considero como reconsulta. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 11.0 (significación $p < 0,05$).

RESULTADOS

Durante el periodo descrito consultaron 10684 pacientes por bronquiolitis. Edad media: $167,7 \pm 123$ días. Los meses de mayor incidencia fueron Noviembre (15,42% del total de casos anuales), Diciembre (30,06%) y Enero (14,37%), suponiendo en Diciembre entre el 4-7% del total de Urgencias atendidas y hasta el 24% de los ingresos. Un 10,5% de los pacientes reconsultaron en el mismo episodio (de ellos, un 14% más de 2 veces). Un 4,8% de los pacientes presentaron más de un episodio en la misma temporada. En el periodo 2007-09, ingresaron el 26% de las bronquiolitis consultantes, un 1,35% en CIP. La edad de los pacientes que reconsultaron (137 ± 88 días) y de los que ingresaron (120 ± 114) fueron significativamente menores. No se encontraron diferencias significativas entre la edad de los ingresados en CIP y los que ingresaron en planta, aunque la estancia hospitalaria de los primeros fue significativamente mayor ($11,3 \pm 8,5$ vs $6,6 \pm 7,7$ días).

CONCLUSIONES

La bronquiolitis reaparece cada año de forma predecible, exigiendo a los Servicios de Urgencias un esfuerzo asistencial que debe tenerse en cuenta en la planificación de los mismos.



252 CONCORDANCIA DE LA PRIORIDAD V ASIGNADA EN TRIAJE RESPECTO AL DESTINO FINAL DEL PACIENTE PEDIÁTRICO.

B. Riera Hevia, P. Mosquera Pérez, P. Parets Ramis, R. Vidal Pérez.

Servicio Urgencias de Pediatría. Hospital Son Llatzer. Palma de Mallorca

INTRODUCCIÓN

En nuestro servicio de urgencias pediátrico utilizamos el SET (Sistema Español de Triage) con la ayuda del PAT (Programa de Ayuda al Triage). Este sistema clasifica los pacientes en cinco niveles de prioridad en función del grado de urgencia. La prioridad I significa que necesita atención inmediata, en cambio la prioridad IV-V se reserva para patología no urgente.

Dependiendo de los datos de cada paciente, la enfermera con ayuda del PAT le asigna un nivel de prioridad. El PAT sugiere el nivel más adecuado en función de los datos concretos de cada paciente.

OBJETIVOS

1. Analizar el motivo por el cual un paciente pediátrico con prioridad V permanece en OBS/UCE o ingresa.
2. Detectar posibles errores en el triaje.

MATERIAL Y METODOS

Es un estudio transversal retrospectivo, en el que se analizan los pacientes que acudieron al servicio de urgencias de pediatría de nuestro centro en noviembre de 2009, teniendo en cuenta que durante el turno de noche no se realiza triaje informatizado.

Los datos han sido obtenidos del sistema informático del hospital, HPDoctor, integrados con los programas PAT del SET en su versión pediátrica.

RESULTADOS OBTENIDOS

- Del total de niños atendidos en urgencias durante el mes de noviembre de 2009, a un total de 713 se les asignó una prioridad V (44,93% del total). De éstos, un 42,98% (696 niños) fueron dados de alta; un 1,40% (10 niños) quedaron en OBS/UCE y un 0,98% (7 niños) ingresaron en la unidad de hospitalización de pediatría.
- De los 10 niños que quedaron en OBS/UCE, 7 permanecieron para tolerancia oral, presentando 6 de ellos BEG y constantes vitales estables en el momento del triaje, y en 1 no están registradas las constantes en la hoja de triaje. De los restantes, 2 permanecieron en OBS/UCE por patología no urgente con BEG y en el último se observó una constante vital alterada y regular estado general permaneciendo en OBS/UCE hasta mejoría de sintomatología.
- De los 7 niños ingresados, 5 permanecieron en el hospital por motivos no urgentes, como ansiedad de los padres o distocia social. Estos niños, a su llegada al triaje presentaron BEG y constantes vitales estables. Los otros dos casos en triaje presentaron constantes alteradas y permanecieron para curación o mejoría.

CONCLUSIONES

- Hemos observado que en los 17 niños que permanecieron en OBS/UCE- Ingreso, la prioridad dada en el momento del triaje era la adecuada en 13 de los casos. En los otros el triaje no fue correcto.
- Existe concordancia entre la prioridad V y el destino final del niño en un porcentaje elevado (99,43%), lo cual implica que el margen de error sólo supone un 0,56%.
- El profesional que realiza triaje necesita conocimientos del programa y experiencia en la valoración del estado del niño. El PAT es una herramienta de ayuda, pero la prioridad final la debe dar la enfermera y, si es necesario, puede modificarla, siempre que lo justifique en el apartado de observaciones.



253 **COORDINACIÓN ENTRE UNIDAD DE URGENCIAS Y PEDIATRAS DE ATENCIÓN PRIMARIA. VALORACIÓN Y PROPUESTAS DE MEJORÍA.**

P. Riu Villanueva, N. Pociello Almiñana, M. Plana Fernández, F. Paredes Carmona, R. Garcés Bordegé, Z. Ibars Valverde.

Unidad de Urgencias. Hospital Universitari Arnau de Vilanova. Lleida.

INTRODUCCIÓN

La presión asistencial en los centros de atención primaria (CAP) y en las Unidades de Urgencias (UU), así como el déficit de pediatras en algunas zonas, suponen un reto para optimizar los recursos de los que disponemos.

OBJETIVOS

Conocer la opinión sobre la coordinación entre los pediatras del CAP y nuestra UU. Propuesta de mejoría y valoración de estas por los pediatras del CAP y la UU.

MATERIAL Y MÉTODOS

Sesión informativa del trabajo y encuesta a los pediatras de los CAPS de nuestra zona de referencia y de los pediatras de nuestro centro.

RESULTADOS

Se han realizado 18 encuestas a pediatras de los CAPS y 10 a pediatras de la UU. El 100% creen que hay que mejorar la coordinación entre la UU y el CAP. El 62% de los pediatras del CAP han tenido problemas para contactar con pediatras de nuestro centro y el 77% de los de la UU si han intentado contactar con el pediatra del CAP. El 32% de los pediatras del CAP no contacta con el pediatra de la UU si remite una ambulancia. Los informes de la UU se consideran adecuados por un 75% de los del CAP y las hojas de derivación a la UU en un 23%. Las propuestas mejor valoradas han sido por los pediatras del CAP y de la UU tener el teléfono directo con el pediatra para facilitar la comunicación, tener acceso a los estudios realizados (analíticas, imagen,..), elaboración de protocolos conjuntos y establecer una comunicación periódica entre ambos.

COMENTARIOS

La coordinación entre pediatras de las UU y del CAP es mejorable. Establecer puentes de comunicación y valorar propuestas de organización bidireccional es el primer paso para optimizar nuestro trabajo.



254 DEMANDA ASITENCIAL EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

A.J. Pérez Aragon, A.M. Campos Martínez, D. Almagro Nievas, J. Guarino Narvárez, L.M. Moreno Requena, J.L. Santos Pérez.

Urgencias Pediatría. Hospital Materno Infantil Virgen de Las Nieves. Granada.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, las urgencias pediátricas han experimentado un incremento notable de la presión asistencial. Las razones que explican este hecho son múltiples pero, sin duda, uno de los motivos de este incremento es el temor de los padres a que sus hijos puedan padecer una enfermedad grave y la incorporación de la mujer al trabajo junto a la gran presión asistencial en Atención Primaria.

OBJETIVOS

Describir la demanda de asistencia en el Servicio de Urgencias del Hospital Materno Infantil de Granada durante el año 2009 y destino del paciente al alta de urgencias.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio trasversal descriptivo de los pacientes menores de 15 años del Área Hospitalaria de Granada (Padrón 2009 87.306), atendidos en el S. De Urgencias del H.M.I. Virgen de las Nieves de Granada, durante el año 2009. No se ha excluido ningún paciente. Hemos usado la base de datos DIRAYA, y como variables se han seleccionado las características personales (clasificación en triage), tiempo (turno, día de la semana, mes, estación, tiempo medio de espera) y lugar (destino del paciente al alta de urgencias). Se realiza medidas de tendencia central y proporciones. Para el análisis se ha utilizado el Módulo de explotación de las agendas de DIRAYA.

RESULTADOS

Total de pacientes atendidos durante 2009 fueron 56.794, un 65,5% de la población diana. Tras triage, fueron clasificados como P1: 36; P2: 681; P3: 2.589; P4: 52.475. La media de urgencias diaria atendidas fue 156,03 pacientes con un tiempo medio de clasificación de 1.62 minutos. Por turnos, la tarde fue el de mayor frecuentación y el otoño la estación con mayor asistencia. El porcentaje de urgencias con un tiempo medio de demora en la clasificación mayor a 5 minutos fue 11,7%. El 7.5% acudió de nuevo en las siguientes 48h. Tras clasificación, con P1 fueron ingresados el 50%; P2: 49%; P3: 6,4% y P4: 1.7%. El tiempo medio de permanencia en urgencias fue 83.66min. El 1% de los que solicitaron asistencia, finalmente no fueron atendidos (fuga). Del total de pacientes atendidos, solo el 0.26% fue derivado para atención por otra especialidad concreta. La frecuentación fue del 12.82% (¿)

COMENTARIOS

La frecuentación en urgencias ha sido elevada atendiendo a la bibliografía consultada. La implantación de un sistema Triage, en el servicio de urgencias pediátricas del HMI, permitió confirmar que solo una cuarta parte de los pacientes que acuden, son clasificados como urgencias. Encontramos un bajo índice de ingresos y tiempo elevado de permanencia en Urgencias. Esto probablemente se deba a la existencia en nuestro Servicio de Urgencias, del Área de Observación que, habitualmente no sobrepasa la estancia de 24h. Como hipótesis creemos que la gran mayoría de los pacientes representan a aquellos que no pudieron ser absorbidos por las consultas de Atención Primaria. Precisa la información/educación sanitaria, desde la perspectiva Extrahospitalaria.



255 DEMANDA Y ATENCIÓN A POBLACIÓN PEDIÁTRICA EN UN PUNTO DE ATENCIÓN CONTINUADA URBANO POR MÉDICOS NO PEDIATRAS.

L.M. Trejo Varela, A. Damborenea García.
PAC Begoña. Bilbao.

INTRODUCCIÓN

Un problema importante de los servicios de urgencias pediátricos hospitalarios es la saturación de los mismos por la afluencia de pacientes que podrían recibir atención fuera del hospital.

OBJETIVO

Estudiar la demanda y la asistencia pediátricas en un Punto de Atención Continuada (PAC) urbano por parte de médicos no pediatras que han recibido formación en atención pediátrica urgente.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo, descriptivo y observacional de los pacientes menores de 14 años atendidos en un PAC urbano desde el día 1 de Mayo del 2.008 al 30 de Abril del 2.009. Se analizan datos sociodemográficos, circunstancias de la consulta, diagnósticos, tratamientos pautados y derivación o no a un servicio hospitalario.

RESULTADOS

Entre el día 1 de Mayo de 2.008 y el 30 de Abril de 2.009 se realizaron 2.771 atenciones pediátricas en el PAC. Los motivos de consulta más frecuentes fueron fiebre (30,3%), síntomas respiratorios sin dificultad respiratoria (29,5%), lesiones cutáneas (11%) y traumatismos y heridas (10%). Los diagnósticos principales realizados fueron infección de vías respiratorias altas (21,5%), amigdalitis-faringitis (14,4%), síndrome febril (13,8%) y heridas y traumatismos (10%). Los tratamientos más habituales fueron antitérmicos, analgésicos (paracetamol y/o ibuprofeno) y/o recomendaciones verbales o escritas sobre la actitud a seguir en función de la evolución de cada patología así como la conveniencia del posterior seguimiento del niño por su pediatra (57%) y antibióticos (24,2%). El porcentaje de derivaciones a un centro hospitalario fue del 5,7% del total de pacientes pediátricos atendidos, siendo la causa principal de las mismas los traumatismos y heridas (35,7%).

CONCLUSIONES

La mayoría de las atenciones pediátricas en atención urgente prehospitalaria están motivadas por fiebre y síntomas respiratorios sin dificultad respiratoria. En la mayoría de los casos una correcta valoración clínica y exploración son suficientes para el manejo de estos niños. En consecuencia, la posibilidad de acceder a este tipo de servicio prehospitalario puede resultar útil para disminuir la masificación de las urgencias pediátricas hospitalarias actuales.



256 DERIVACIONES A URGENCIAS PEDIÁTRICAS DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: NECESIDAD DE COORDINACIÓN ENTRE NIVELES DE ATENCIÓN.

R. Martínez Blanco, J. Fernández-Cantalejo Padial, M. Escudero Lirio, M. Begara de La Fuente, M.T. Alonso Salas, M. Loscertales Abril

UGC Cuidados Críticos y Urgencias Pediátricas. Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS

Analizar las derivaciones de niños a urgencias de pediatría (UP) de un hospital de tercer nivel. Identificar factores que puedan modificar el criterio o el número de derivaciones e implementar en su caso medidas de mejora.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio prospectivo descriptivo llevado a cabo durante doce días consecutivos en las UP de un hospital de tercer nivel, recogiendo todos los pacientes que acudieron por sus propios medios con una derivación reglada (DR) desde centros periféricos. Se recogieron datos sobre la zona geográfica de procedencia, patología, edad, necesidad de realización de pruebas complementarias en urgencias, ingreso y profesional a cargo de la derivación.

RESULTADOS

Se recogieron un total de 172 DR (6,25% del total de UP atendidas) de las cuales el 52,4% fueron realizadas por pediatras. Un 41,3% de las DR precisó pruebas complementarias y/o tratamiento específico, porcentaje que se modifica según el profesional que indica la DR (46% de los pacientes derivados por pediatras frente al 38% de derivados por médicos de familia). Menos del 10% de las DR requirieron ingreso. La patología que originó mayor número de DR fue respiratoria (30,8%), seguidas de enfermedades gastrointestinales (13,9%) y procesos febriles (13,3%). Según el área geográfica de procedencia, se constató que existían áreas con mayor frecuencia de derivación que otras. Al igual que se veía alterada la proporción de DR según fuese día laborable o festivo, pasando de una media del 8,21% al 2,85% respectivamente.

CONCLUSIÓN

1. En nuestra serie, no se observaron diferencias significativas del número de derivaciones y el criterio de ingreso dependiendo del profesional que indica la derivación.
2. En un porcentaje pequeño de los casos remitidos desde atención primaria es necesaria la realización de pruebas complementarias o el ingreso.
3. Pensamos que es necesario mejorar la coordinación entre los distintos niveles de atención para consensuar planes de actuación.



257 ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE LOS FAMILIARES ATENDIDOS EN URGENCIAS

O. Gómez Cámara, R. Manso Ruiz de La Cuesta, A. Aldana Tabuenca, I. Galé Ansó, M.L. Rodríguez Sanz, C. Campos Calleja.

Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza.

INTRODUCCIÓN

El grado de satisfacción familiar tras la atención en Urgencias es importante para conocer los puntos débiles de nuestro sistema y la eficacia de las mejoras realizadas en el mismo con el objetivo de mejorar la calidad asistencial dada a nuestros pacientes.

OBJETIVO

Evaluar el grado de satisfacción de los padres que son atendidos en el servicio de Urgencias por el personal médico, la validez de los nuevos cambios y analizar los posibles factores que influyen en la misma.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se diseñó un cuestionario donde se recogieron datos demográficos, nivel de comprensión de la información recibida, datos sobre la valoración de los nuevos cambios realizados como el sistema de triaje, informatización de la historia clínica y apertura del punto de atención continuada, y finalmente el grado de satisfacción de la atención recibida. Se entrevistó telefónicamente y de manera a 120 familiares de niños atendidos en Urgencias en el mes de Enero.

RESULTADOS

El 83% de los entrevistados fueron españoles frente al 17% que procedían de otros países. El acompañante fue la madre en el 39% de los pacientes, el padre en el 13% y en el 46% ambos. Un 34% habían realizado estudio básicos, un 32% estudios medios y un 32% estudios superiores. Sólo un 2% no contestó a esta pregunta. El 100% de los casos en los que se solicitó alguna prueba complementaria, los familiares estaban satisfechos de su petición, mientras que en un 72% de los casos en los que no se realizó ninguna, hubieran preferido realizarla. El 98% de los padres creyeron entender la información dada por el médico, tanto de diagnóstico como de tratamiento. Un 22% precisaron volver a consultar por el mismo motivo. En cuanto al sistema de triaje, el 86% vieron positiva su apertura. El 95% consideraban necesaria la informatización del servicio. El 46% consideraron corto el tiempo de espera, el 37% adecuado para la patología que presentaba y sólo el 17% creyeron excesiva la demora. Finalmente la satisfacción global se evaluó con una escala ascendente del 1 al 5. El subgrupo de familiares que creyó esperar demasiado puntuó con un 3,5, siendo la media de todos los encuestados otorgada a nuestro servicio de un 4,3.

CONCLUSIONES

El nuevo sistema de triaje, informatización del Servicio de Urgencias y la apertura del Punto de Atención Continuada realizadas en nuestro hospital en los últimos meses, mejora el grado de satisfacción familiar. La demora a la atención influye negativamente en la misma. Tras nuestra encuesta deducimos que los familiares quedan más satisfechos en caso de haberse realizado alguna prueba complementaria.



258 **ESTRATEGIA DE INTERVENCIÓN PARA MEJORAR LA PRESCRIPCIÓN DE ESPECIALIDADES FARMACÉUTICAS GENÉRICAS (EFG) EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA (UP).**

L. Supersaxco, E. Castellarnau Figuera, N. García-Baiges, P. Gómez González, O. Calavia Garsaball, X. Batlle Caravaca.

Urgencias Pediatría. Hospital Universitari Joan XXIII. Tarragona.

OBJETIVOS

1. Describir las EFG más prescritas.
2. Estudiar las variables asociadas a la prescripción de EFG.
3. Elaborar una estrategia para mejorar la prescripción de EFG.
4. Evaluar el efecto de la intervención.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio antes y después de las prescripciones de EFG en UP, comparando una muestra aleatoria de informes médicos de alta de los periodos 13.09.08-28.11.08 y 13.09.09-28.11.09. En el mes de julio 2009 se elabora un documento que recoge la oferta de fármacos genéricos adecuada a pediatría junto su forma de presentación y posología. Esta información se transmite a los médicos, residentes y adjuntos, de UP. Se recoge información sobre especialidad del médico, fármacos prescritos, y oferta correspondiente de EFG. Los factores asociados con la prescripción se analizan mediante análisis de regresión logística.

RESULTADOS

En el periodo 13.09.09-28.11.09 se han atendido 5.961 pacientes menores de 15 años. Se selecciona una muestra aleatoria de 415 informes médicos donde constan 578 fármacos prescritos. A pesar de que existe oferta EFG para 33,3% de las prescripciones, éstas especifican una EFG en el 9,5% de los casos. Los genéricos prescritos por orden de frecuencia son: salbutamol, amoxicilina e ibuprofeno. Las variables asociadas a la prescripción de genéricos son la oferta de EFG y la especialidad del médico. La prescripción de EFG para el mismo periodo del año anterior fue del 1,2%.

CONCLUSIONES

La prescripción de genéricos en los informes de alta ha sido baja pese a que en muchos casos existía EFG disponible, aunque ha mejorado tras la intervención. Es necesario continuar fomentando la prescripción y el uso de EFG en nuestro medio. Además, probablemente, deberemos adecuar nuestros hábitos de prescripción a los de los pediatras de atención primaria, para que no se generen dudas en los pacientes que deben acudir con el informe de urgencias a su pediatra de cabecera para completar el tratamiento.



259 ESTUDIO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS: GESTIÓN DE TIEMPO Y CALIDAD.

B. Montoro González, S. Molina Marrero, Y. Rodríguez Santana, B. Ruiz Derlinchán, I. Triana Pérez, S. Todorcevic.

Servicio de Urgencias. Hospital Materno-Infantil de Canarias. Las Palmas de G. Canaria.

INTRODUCCIÓN

Al evaluar el Servicio de Urgencias (SU) hay que tener en cuenta que es un servicio continuo y multidisciplinar que debe estar basado en una correcta organización y coordinación y en una asistencia eficaz, fruto de la previsión y preparación de los recursos disponibles. De ahí, que la evaluación continua sea fundamental. Esta evaluación debe tener en cuenta las características de la población a estudiar, permitiéndonos maximizar la utilidad del SU como una de las principales puertas de entrada de la sanidad actual.

OBJETIVOS

Analizar los datos epidemiológicos de los pacientes que acuden a un SU y analizar su actividad, con el fin de proponer mejoras, optimizar recursos y promover una gestión eficaz en relación a la oferta y la demanda.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio epidemiológico, transversal, en el que se incluyen aquellos pacientes menores de 14 años que acudieron al SU durante 4 semanas. Para la recogida de datos se utilizó una encuesta que incluía las siguientes variables: motivo de consulta, edad, nacionalidad, usuarios que acuden derivados de otros centros, cuantificar tiempo de espera, valoración del usuario respecto al tiempo de espera, a la atención recibida, valoración global respecto a su estancia en SU e identificar las sugerencias más frecuentes que el usuario aporta para la mejora de su atención.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se recibieron en el SU 3940 pacientes de los cuales respondieron a la encuesta un 12,3%. El perfil del usuario pediátrico: un 53,8% son niños, con edad media de 5,1 años, cuyos padres tienen una media de edad de 35 años, de nacionalidad española, que acude principalmente por patología respiratoria (30,2%) seguido de patología traumatológica (24,2%). El 40,6% acudieron por decisión propia, y 59,4% fueron remitidos de otros centros sanitarios. El tiempo medio de estancia se estima en 97,3 minutos (con una desviación típica de 113 minutos). La valoración del usuario respecto al tiempo de espera: 4,9% mala, 41,3% buena y con un 53,8% muy buena. Con respecto a la atención recibida: 75,8% respondieron muy buena. Valoración global de la estancia: 66,3% muy buena. A medida que aumenta el tiempo de espera en el SU los usuarios responden más negativamente.

CONCLUSIONES

A pesar del tiempo de espera, un 66,3% estiman con muy buena valoración global la estancia en el SU. La valoración de la atención sanitaria prestada ha sido muy positiva en un 75,8% de los que entregaron la encuesta. La satisfacción de los usuarios en la globalidad en la estancia, se ve condicionada, en gran medida, por la visión positiva de la atención sanitaria que han recibido.



260 EXPERIENCIA TRAS LA IMPLANTACION DE UN SISTEMA DE TRIAJE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICO DE TERCER NIVEL

A.J. Pérez Aragón, L. Serrano López, G. Guijarro Huertas, C. Muñoz Sánchez, R. Sánchez Tallón, J.L. Santos Pérez

Urgencias de Pediatría. HMI Virgen de Las Nieves. Granada.

INTRODUCCIÓN

Los sistemas Triage son una forma de organización de los servicios de urgencia. Toma en cuenta número de pacientes, urgencia del cuadro y recursos disponibles, buscando mejorar la accesibilidad a la atención médica urgente y disminuir tiempos de espera.

OBJETIVOS

Evaluar el resultado de la implantación de un sistema Triage en el servicio de urgencias pediátricas del Hospital HMI Virgen de las Nieves y su aplicación.

DISEÑO Y METODOLOGÍA

Estudio observacional descriptivo y prospectivo, sobre la asistencia al Servicio de Urgencias durante el año 2009, tras implantación de triage y en distintas franjas horarias. Los datos se han recogido de la base de datos DIRAYA, siendo analizados mediante el programa Microsoft Excel. Se elaboró un listado de patologías y signos y/o síntomas a considerarse como urgentes, por gravedad y riesgo de compromiso vital, número de pacientes y frecuencia de su presentación en este servicio. Se asignó la prioridad de 1 a las que requerían atención inmediata, hasta 4 que admitiría la máxima demora.

RESULTADOS

Total de pacientes atendidos durante 2009 fueron 75.903, clasificados como P1: 36; P2: 681; P3: 2.589; P4: 48.475. La media de urgencias diaria atendidas fue 156,03 pacientes con un tiempo medio de clasificación de 1.62 minutos. El porcentaje de urgencias con un tiempo medio de demora en la clasificación mayor a 5 minutos fue 11,7%. El tiempo medio en espera de atención fue de 18,47 minutos y para la asistencia facultativa de 16,86 min. Tras clasificación, con P1 fueron ingresados el 50%; P2: 49%; P3: 6,4% y P4: 1.7%. El 1% de los que solicitaron asistencia, finalmente no fueron atendidos (fuga). Del total de pacientes atendidos, solo el 0.26% fue derivado para atención por otra especialidad concreta (Oftalmología, ORL, Traumatología, Dermatología).

CONCLUSIÓN

La implantación de un sistema Triage, en el servicio de urgencias pediátricas del HMI, permitió confirmar y como sucede en otros servicios de urgencias pediátricas, que solo una cuarta parte de los pacientes que acuden, son clasificados como urgencias, lo que nos confirma, dada la similitud de los motivos de consulta, que la gran mayoría de los mismos representan a aquellos que no pudieron ser absorbidos por las consultas de Atención Primaria. Más del 95% de las consultas realizadas, son pueden ser atendidas por el Pediatra general, sin necesidad de derivaciones. Es necesario concienciar a la población sobre el uso adecuado de los servicios de urgencias. Precisa la información/educación sanitaria, desde la perspectiva de la Atención Primaria.



261 FIABILIDAD DE LA UTILIZACIÓN DE UN SISTEMA ESTRUCTURADO DE TRIAJE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS.

B. Riera Hevia, P. Mosquera Pérez, P. Parets Ramis, R. Vidal Pérez.
Servicio Urgencias de Pediatría. Hospital Son Llatzer. Palma de Mallorca.

INTRODUCCION

En el SUP (Servicio de Urgencias Pediátricas) de nuestro hospital secundario sin unidad quirúrgica pediátrica, utilizábamos un sistema de triaje estructurado según el protocolo del hospital, en el cual la prioridad era asignada por el personal de enfermería. A partir del uno de febrero de 2009 se implanto el SET (Sistema Español de Triaje). El cambio del sistema de Triaje en nuestro hospital nos hizo plantear si eran igual de fiables las prioridades asignadas por personal de enfermería cualificado y las asignadas por el mismo personal con el apoyo de una aplicación informática.

OBJETIVOS

Analizar y comparar las prioridades obtenidas con dos sistemas de triaje diferentes y el destino final del paciente pediátrico.

MATERIAL Y METODOS

Se trata de un estudio transversal retrospectivo en el que se analizan los pacientes que acudieron al SUP de nuestro centro en noviembre de 2008 y noviembre de 2009, teniendo en cuenta que durante el turno de noche no se realiza triaje informatizado.

Los datos han sido obtenidos del sistema informático del hospital HPDoctor integrados con el SET.

RESULTADOS

De los 1467 triajes estudiados en el mes de noviembre de 2008 obtuvimos: prioridad II 4.78%, prioridad III 44.78%, prioridad IV 50.50%. (No existía prioridad V). de los triajes con prioridad II: OBS/UCE 17.39%, ingreso 13.04%, traslado a hospital de referencia 1.45%. Prioridad III: OBS/UCE 3.81%, ingresos 5.33% y traslado a hospital de referencia 1.45%. Prioridad IV: OBS/UCE 3.81%, ingreso 1.08%.

De los 1586 triajes estudiados el mes de noviembre de 2009 obtuvimos: prioridad I 0.06%, prioridad II 4.22%, prioridad III 19.04%, prioridad IV 31.40% y prioridad V 44.96%. de los triajes con prioridad I: OBS/UCE 100%. Prioridad II: OBS/UCE 10.45%, Ingreso 5.97% y traslado a a hospital de referencia 2.99%. de las prioridades III: OBS/UCE 3.64%, ingreso 4.64% y traslado a hospital de referencia 0.33%. de las prioridades IV: OBS/UCE 2.01%, ingreso 2.01% y traslado 0.20%. Prioridad V: OBS/UCE 1.40%, ingreso 0.98%.

CONCLUSIONES

En la mayor parte de los pacientes pediátricos atendidos, la prioridad asignada en triaje concuerda con el destino final del niño.

Tras los datos obtenidos en noviembre de 2008 y 2009, con dos sistemas de triaje diferentes, hemos objetivado que es indiferente el sistema de triaje utilizado, ya que lo importante es la cualificación del personal que lo realiza.



262 FORMACIÓN Y EXPERIENCIA EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA DE UNA PROMOCIÓN DE RESIDENTES DE PRIMER AÑO.

A. Sariego Jamardo, E. Larrea Tamayo, M. González Sánchez, F. Morales Luengo, L. Alcántara Canabal, F. Santos Rodríguez.

Hospital Central de Asturias Pediatría y Áreas Específicas.

INTRODUCCIÓN

Un gran porcentaje de los niños que acuden a Urgencias de Pediatría es atendido por Médicos Residentes que cursan su primer año de especialidad (MIR-1). Las Urgencias de Pediatría son un pilar fundamental en el desarrollo profesional de estos médicos. Se presenta información sobre la experiencia en Urgencias Pediátricas de una promoción de 5 MIR-1 de un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo en el que se revisan los informes emitidos por el personal médico durante la primera y última guardia y durante el primer y último día de rotación en urgencias de los MIR-1. Las variables analizadas fueron: número de niños atendidos, número de pruebas complementarias solicitadas y grado de adecuación diagnóstico-terapéutica según protocolos vigentes e indicadores pediátricos de calidad de atención. Asimismo, se valoró el grado de cumplimiento de los objetivos docentes, nivel de desgaste profesional (cuestionario MBI de evaluación del Burnout) y satisfacción global (escala tipo Likert).

RESULTADOS PRELIMINARES

La media de niños atendidos en las guardias analizadas (franja horaria de 14.00 a 8.00) fue de 59 niños (41,2% atendidos por el MIR-1). La media de pruebas complementarias fue de 18,9 de las cuales 51,3% fueron solicitadas por un MIR 1. El nivel de adecuación de la praxis médica fue del 80,9%. El dominio de las técnicas es valorado positivamente, el grado de satisfacción global de la formación en Urgencias es medio y ninguno de los residentes cumple criterios según escala MBI de Síndrome Burnout.

COMENTARIOS

Tras finalizar el primer año de especialidad la impresión es satisfactoria, aunque creemos que nuestra formación se ve afectada por una excesiva y creciente demanda asistencial. Consideramos por lo tanto necesario un plan de formación adecuado dirigido a adquirir los conocimientos y habilidades necesarias para la asistencia clínica diaria. Al fin y al cabo, los residentes de hoy son los especialistas del futuro.



263 FRECUENTACIÓN NOCTURNA EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL COMARCAL ¿LA CERCANÍA IMPORTA?

I. Iturralde Orive, G. López Santamaría, L. Dopazo García, N. Martínez Ezquerro, C. Canduela Fernández, A. Arrospide Elgarresta.

Urgencias Pediatría. Hospital Alto Deba.

OBJETIVO

Comprobar si la accesibilidad al centro sanitario influye en la demanda nocturna de asistencia

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo prospectivo observacional de todos los episodios de pacientes entre los 0-14 años de edad que consultan en Urgencias de un hospital comarcal situado en las inmediaciones del centro urbano más próximo en horario nocturno (entendiendo por horario nocturno el comprendido entre las 0-8 am) del 1 Diciembre 2009 al 31 de Enero 2010. Se analizarán los datos del episodio con el sistema SPSS 17

RESULTADOS

Se registraron entre los dos meses 1213 episodios; 110 episodios en el horario entre las 0-8 am lo que representa el 9% del total en dicho periodo. De los 110 episodios, 82 pacientes (74.54%) fueron en las 2 primeras horas de los valores extremos; 60 episodios entre las 0-2 am y 22 episodios entre las 6-8 am. (54.55% y 20% del total respectivamente). La edad media de los pacientes fue de 38.29 meses (rango entre 0-156 meses), 48 menores de 2 años (43.6%). Según el sistema de triage estandarizado que rige las urgencias pediátricas y que se aplica al 100% de los pacientes que acuden a las urgencias pediátricas del hospital 93 (84.54%) correspondían a los niveles IV/V (los de menor gravedad); de estos el 59,14% al nivel V.

Del mismo centro urbano en el que sita el hospital provenían 51 pacientes lo que representa el 46.36% del total; desde una distancia inferior a los 10 km venían 31 pacientes (28.18%), 27 (24.54%) lo hacían desde una distancia entre 10-20km y sólo en un caso (0.9%) la distancia era superior a los 20 km. De los 51 pacientes provenientes del centro urbano, 23 (45.09%) de ellos presentaban un histórico de consultas previas en este horario igual o superior al 50%. Estratificando según tiempo y distancia al hospital se observó una diferencia estadísticamente significativa entre las medias de visitas en este horario a favor de aquellos que residían a 15 minutos en coche del hospital ($p=0.042$).

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a nivel de gravedad y procedencia del paciente siendo la distribución por niveles de gravedad según distancia al hospital similar en todos los grupos.

El diagnóstico más frecuente fue el de infección respiratoria de vías altas 31.70% seguido por el de broncoespasmo (29.26%) independientemente del origen del paciente. Únicamente dos casos (1.8%) requirieron ingreso; los 2 casos del mismo centro urbano. El resto fue dado de alta domiciliaria con un tiempo medio en urgencias de 36.84 minutos (rango entre 14-144 minutos).

COMENTARIOS

En nuestro caso la cercanía al centro sanitario facilita la accesibilidad al mismo en el horario nocturno sin que la gravedad ni el diagnóstico influyan. Existe una tendencia a perpetuar el horario de visita en los pacientes pediátricos con mayor facilidad de acceso al centro sanitario



264 FRECUENTACIÓN NOCTURNA EN URGENCIAS; ¿ES PATOLOGÍA MÁS GRAVE LA QUE NOS VISITA POR LA NOCHE?

I. Iturralde Orive, G. López Santamaría, C. Canduela Fernández, A. Arrospide Elgarresta.
S. Urgencias Pediatría. Hospital Alto Deba.

OBJETIVO

Comprobar si la patología nocturna reviste mayor gravedad que la del resto de franjas horarias en un Urgencias pediatría de un hospital comarcal

MÉTODO Y PACIENTES

Estudio descriptivo prospectivo observacional en el que se incluyen todos los episodios de pacientes entre los 0-14 años que acuden a urgencias de un hospital comarcal del 1 Diciembre 2009 al 31 de Enero 2010. En el 100% de los episodios se utiliza un sistema de triaje estandarizado (5 niveles de gravedad; I-V) y los datos son guardados en sistema de gestión pacientes hospitalario (PCH). Además se analizaron los datos epidemiológicos/clínicos de los pacientes en horario nocturno (0-8 am)

RESULTADOS

Se registraron entre los dos meses 1213 episodios; 110 episodios en horario nocturno (0-8 am), lo que supone el 9% de las consultas. El 54.5% se produjeron en las 2 primeras horas de horario nocturno; específicamente la distribución por horas en esa franja fue de; 25,5% entre 0-1 am; 19.1% entre 1-2 am; 10% entre 2-3 am; 7.3% entre 3-4 am; 13.6% entre 4-5 am; 4.5% entre 5-6 am; 7,3% entre 6-7 am y 2.7% entre 7-8 am.

La distribución por niveles de gravedad en horario nocturno fue la siguiente; nivel I 1 paciente (50% del total de nivel I registrados); nivel II 3 (11,53% del total de nivel II registrados); nivel III 13 (8,5% del total de nivel III registrados); nivel IV (9,31% del total de nivel IV registrados); nivel V 55 (8,8% del total de nivel V registrados). No existen diferencias estadísticamente significativas con el resto de franjas horarias en ninguno de los niveles. Únicamente dos casos de estos (1.8%) requirieron ingreso; el% de ingreso en otras franjas horarias es superior (3%) pero el nº limitado de ingresos nocturnos nos hace imposible realizar un análisis estadístico fiable para establecer si existen diferencias significativas. El diagnóstico más frecuente de los episodios nocturnos fue el de infección respiratoria de vías altas 31.70% seguido por el de broncoespasmo (29.26%). El resto fue dado de alta domiciliaria con un tiempo medio en urgencias de 36.84 minutos (rango entre 14-144 minutos) similar al resto de franjas horarias.

Casi las 3/4 partes de los pacientes en horario nocturno (74.5%) tenían un tiempo de desplazamiento en coche hasta el hospital inferior a los 15 minutos. La media de % de visitas previas en horario nocturno de los pacientes nocturnos se sitúa en el 46,41% (I.C 95% 39.92-52.89) hallando una diferencia estadísticamente significativa entre las medias de visitas en este horario a favor de aquellos que residían a 15 minutos en coche del hospital ($p=0.042$).

COMENTARIOS

Las visitas en horario nocturno a urgencias pediatría no están motivadas por un aumento de gravedad en la patología presentando distribución similar a la observada en el resto de franjas horarias. En los pacientes de horario nocturno se ha comprobado que existe una tendencia a perpetuar este horario de consulta sobre todo en los residentes más próximos al hospital



265 **IMPACTO DE UN CAMBIO DE SISTEMA INFORMATICO EN LA PRESCRIPCION FARMACOLOGICA EN URGENCIAS.**

A. Apocada Saracho, C. Bautista Rodríguez, S. Asensio Carretero, M. Vilà de Muga, C. Luaces Cubells
Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Hospital Universitari Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat.

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS

El cambio de sistema informático es un factor de riesgo conocido de incremento de errores de prescripción farmacológica. La realización de un programa de formación puede ser una medida eficaz para evitarlo. El objetivo de este trabajo es evaluar la eficacia de esta medida en nuestro Centro.

MATERIAL Y MÉTODOS

En el año 2007 (periodo 1) y ante el conocimiento de un futuro cambio de sistema informático, se realizó un estudio para conocer la situación de errores de tratamiento en ese momento y diseñar un plan de mejora y prevención ante el futuro cambio. Los errores se clasificaron en: 1. Tipo: indicación, dosis, vía de administración. 2. Gravedad: leve o error de mínimo riesgo para el paciente, moderado o error de riesgo destacable pero que no condiciona un compromiso vital y grave o error de riesgo vital para el paciente. Tras la implantación del nuevo sistema informático (año 2008-2009) (periodo 2) se reevalúan los mismos parámetros y se compara con el periodo previo. Se realiza una revisión de todos los informes de urgencias donde consta tratamiento en la misma semana y mes de ambos periodos. Se define tratamiento al conjunto de prescripciones indicadas para cada paciente.

RESULTADOS

En el periodo 1 constaba indicación de tratamiento en 377 de los 1906 informes (20%) respecto a 309 de 2460 informes revisados (12,5%) del periodo 2. En el periodo 1 se realizaron 615 prescripciones, en las que 92 (15%) eran erróneas y en el periodo 2 se han realizado 445 prescripciones con 49 (11%) erróneas no hallándose diferencias significativas entre ambos periodos. Respecto al tipo de error, se observa una disminución significativa de indicaciones inapropiadas (8,0% periodo 1 vs 3,6% periodo 2; $p=0,04$), sin detectarse diferencias significativas en los errores de dosis y vías de administración. Con relación a la gravedad del error, tampoco se hallan diferencias significativas entre los dos periodos (87 (94.6%) errores leves y 5 (5.4%) moderados en el Periodo 1 vs 47 (95.9%) y 2 (4.1%) en el Periodo 2)

CONCLUSIONES

El conocimiento de la situación previa y la aplicación de medidas preventivas ha permitido que no aumente el número de errores con un nuevo sistema informático. Es importante conocer con antelación las posibles circunstancias que puedan inducir a errores en la dinámica asistencial en el Servicio de Urgencias.



266 INFORMATIZACIÓN DEL SCORE CLÍNICO DE FARINGOAMIGDALITIS: ¿NOS AYUDA EN ALGO?

J. Martín González, A. Andrés Olaizola, A. Fernández Landaluze, E. Astobiza Beobide, E. Barcena Fernández, J. Benito Fernández.

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

INTRODUCCIÓN

Según la literatura, la clínica no es suficiente para distinguir una faringoamigdalitis (FAA) bacteriana de una vírica y por tanto es insuficiente para decidir el tratamiento. La semiología debe usarse para seleccionar los pacientes con mayor probabilidad de tener una FAA bacteriana y realizar una comprobación microbiológica. El gold estándar sigue siendo el frotis faríngeo (FF). El test de detección rápida del Ag del estreptococo β -hemolítico del grupo A (SBGA) ofrece la ventaja del diagnóstico inmediato pero su sensibilidad es menor que el cultivo. En nuestro servicio, en noviembre 2008 se inició el uso sistemático de un score informatizado y obligatorio de amigdalitis y se inició el uso del test de detección rápida de SBGA. Previamente se utilizaba el frotis faríngeo en pacientes seleccionados mediante un score similar no informatizado.

OBJETIVO

Conocer el impacto de la implantación de un score de FAA informatizado y obligatorio y del test de detección rápida del Ag del SBGA en el manejo de los pacientes diagnosticados de FAA en un servicio de urgencias pediátrico.

MATERIAL Y MÉTODO

Análisis retrospectivo de los episodios de los pacientes diagnosticados de FAA en nuestro servicio de urgencias. Se comparan 2 cohortes: cohorte A; antes de la implantación del nuevo protocolo (1ª quincena mayo 2008) y cohorte B; después de su implantación (1ª quincena mayo 2009). Se analizan las características epidemiológicas y datos de exploración física de los pacientes, las pruebas complementarias solicitadas, destino y el tratamiento instaurado. Se excluyen los pacientes diagnosticados de FAA en tratamiento antibiótico (AB). El test utilizado en la cohorte B es el Strep A test Quick Vue In line que según la ficha técnica tiene una E 99% y una S 92%.

RESULTADOS

La cohorte A la conformaron 104 pacientes y la cohorte B 78. Las cohortes no presentaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a edad y características clínicas. En la cohorte A se realizó FF a 65 de los 104 pacientes; en la cohorte B se realizó StrepA test a 56 de los 78 pacientes. Se pautó AB al 15,4% en la cohorte A frente al 39,7% en la cohorte B. En la cohorte A se realizó comprobación microbiológica según lo estipulado en el protocolo en el 58,6% de los casos, mientras que en la cohorte B el porcentaje fue del 86,25% (p 0,01) En la cohorte A en el 89% de los pacientes a los que se les pautó AB, no se había realizado frotis faríngeo mientras que en la cohorte B únicamente en 2 (6,9%) se inició el AB sin realizar el test de detección del Ag (p 0,01). No existieron diferencias estadísticamente significativas entre ambas cohortes en cuanto a destino final y complicaciones.

COMENTARIOS

El uso de un score clínico informatizado y obligatorio en el diagnóstico de la FAA ha supuesto en nuestro servicio una mejora en el manejo de estos pacientes en cuanto a adecuación de pruebas solicitadas y tratamientos pautados.



267 ¿LOS PADRES DE LOS NIÑOS ZARAGOZANOS UTILIZAN CORRECTAMENTE EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL INFANTIL MIGUEL SERVET?

A. García Díaz, S. Quílez Guillén, A. Mazón Hernández, C. Arias Vela, A. Sebastián Pérez, A. Latorre Izquierdo

Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

OBJETIVO

Cuantificar la demanda asistencial de un SUH pediátricas así como determinar los niveles de gravedad según los grupos de edad para determinar si la población hace un buen uso de las urgencias pediátricas.

MATERIAL Y METODOS

Estudio observacional descriptivo, donde analizamos el total de pacientes que acudieron al servicio de urgencias de pediatría del Hospital Infantil Miguel Servet de Zaragoza desde el 20 de octubre de 2009 hasta el 31 de enero de 2010 y que fueron clasificados según su nivel de urgencias a través del sistema español de triaje (SET) utilizando el protocolo informático *web e-PAT v3.5*. Para el estudio de las variables cuantitativas utilizamos la media y desviación típica y para las cualitativas frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS

El total de la población estudiada es $n= 10320$, donde el 54,8% de los niños son varones y el 45,2% mujeres, con una media de edad de 4,17 años IC (0,20-14) desviación típica 3,976.

Según rango de edad, la población que acude al SUH es: hasta un mes: 3,8%, de 1 mes a 1 año 16,4%, de 1 a 3 años 40,2%, de 3 a 10 años 24,6% y más de 10 años 15,1%. Según el nivel de complejidad por el que acuden al servicio de urgencias, el 0,3% se clasifican con un grado I de complejidad, el 15,9% con un grado II, el 32,5% con un grado III, el 32,1% un grado IV y un 19,3% un grado V.

Relacionando la edad con el grado de complejidad, podemos decir que hemos clasificado con un grado de complejidad I-II-III (más graves), el 90,4% de los niños menores de 1 mes, el 63,0% de los niños con edades entre 1 mes y 1 año, el 43,9% de los niños entre 1 año y tres años, el 41,3% de los niños entre 3 y 10 años y el 47,3% de los niños con más de 10 años.

CONCLUSIONES

Tras el estudio apreciamos que la mayor parte de la población pediátrica que acude a urgencias tiene menos de tres años. Prácticamente la mitad de los niños acuden por cuadros leves que podrían ser atendidos por el pediatra de su centro de salud. Horarios de trabajo y colegios, desconocimiento de la organización, colapso en las consultas de atención primaria, etc. hacen que no se utilicen de forma adecuada los servicios de urgencias hospitalarias.

Sería importante poner en marcha programas informativos sobre el acceso al sistema sanitario así como mejorar la cobertura y la accesibilidad en las consultas de pediatría de AP para poder avanzar en el buen uso de los SUH.



268 OPTIMIZACIÓN DEL TRABAJO DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DE UN SISTEMA ESTRUCTURADO DE TRIAJE (SET). EXPERIENCIA EN NUESTRO HOSPITAL

I. Iturralde Orive, C. Canduela Fernández, M. Sánchez Fernández, M.J. Esteban Zarraoa

*Urgencias Pediatría, **S. Pediatría, ***U. Enfermería Urgencias. Hospital Alto Deba.

El triaje sanitario estructurado en un Servicio de Urgencias de Pediatría hospitalario se entiende como un proceso de valoración clínica preliminar que clasifica los pacientes según gravedad. Esto, nos permite priorizar la atención médica en base a dicho nivel

OBJETIVOS

Valorar la utilización del SET en un Servicio de Urgencias Pediatría;

1. Ver la agilidad y rapidez para su aplicación.
2. Analizar la respuesta de atención médica en relación al nivel de gravedad.
3. Valorar si establece una correcta correlación entre nivel de gravedad asignado y el destino al alta.

METODOLOGÍA

Análisis del total de episodios atendidos de pacientes entre los 0-14 años de edad en Urgencias Pediatría de un hospital comarcal entre el 1 de Enero y el 31 de Diciembre 2009. En el 100% de los casos se utiliza el SET (5 niveles de gravedad; I-V siendo el I el de mayor gravedad) y comparación con los datos estadísticos de estos episodios obtenidos del PCH (programa de gestión de pacientes utilizado en el 100% de los episodios)

RESULTADOS

En este periodo de tiempo se registraron 6809 episodios; tras la aplicación del SET fueron clasificados con el nivel I de gravedad 4 pacientes (0,1%); nivel II 147 pacientes (2,2%); nivel III 741 pacientes (10,9%); nivel IV 2090 pacientes (30,7%); nivel V 3817 pacientes (56,1%). Los niveles menos graves (IV/V) supusieron el 85,8% de los pacientes.

El tiempo medio para realizar el triaje (tiempo entre registro del paciente en admisión hasta asignación del nivel de gravedad) fue inferior a 10 minutos en todos los niveles (rango 9-25 minutos).

La atención médica tuvo un tiempo medio de 11 minutos; desglosando por niveles de gravedad, obtenemos un tiempo medio para el nivel I de 0 minutos (atención inmediata), 7 minutos en el nivel II y 11 minutos en el resto de niveles (III/IV/V).

Fueron dados de alta domiciliaria el 6572 pacientes (96,5%) siendo el 87,8% de estos pertenecientes a niveles IV/V. Ingresaron en planta o se trasladaron a otro centro 198 pacientes (2,9%) siendo el 50,6% de los niveles I/II

CONCLUSIONES

Los tiempos de respuesta por nivel de gravedad de nuestro Servicio de Urgencias Pediatría, tanto para realización del SET como para la atención médica, cumplen los estándares de calidad recomendados.

La aplicación de un sistema de triaje ha demostrado ser una herramienta útil para predecir el destino de alta en relación con la gravedad asignada.

Su utilización además permite optimizar el trabajo priorizando la atención según nivel de gravedad, lo que es especialmente útil durante periodos de máxima presión asistencial y/o disminución de recursos.



269 ORGANIZACIÓN DE UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS TENIENDO EN CUENTA LOS FLUJOS HORARIOS Y LA GRAVEDAD DE LOS PACIENTES.

T. Forcada Martín, I. Blanco Lacruz, A. Gómez Mendoza, J. Conde Oliván, S. Ibáñez Nuez, A. Latorre Izquierdo.

Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza.

OBJETIVO

Conocer los flujos horarios de los pacientes que acuden a un SUH pediátricas, en función del nivel de urgencia establecido a través del Sistema Español de Triage (SET) para poder determinar la estructura y los recursos humanos necesarios para asegurar una atención de calidad.

MATERIAL Y METODO

Estudio observacional descriptivo, donde analizamos la distribución de los pacientes pediátricos que acudieron al servicio de urgencias del Hospital Infantil de Zaragoza, según turno de trabajo, horario, y grado de complejidad, desde el 20 de octubre de 2009 hasta el 31 de enero de 2010 y que fueron clasificados a través del sistema español de triaje (SET) utilizando el protocolo informático *web e-PAT v3.5.*, Para el estudio de las variables cualitativas, utilizamos frecuencias y porcentajes y para la comparación entre ellas el estadístico ji cuadrado.

RESULTADOS

De los 10320 niños estudiados, 4282 (41,5%) acudieron a urgencias en turno de mañanas (de 8 a 14 h.), 5402 (52,3%) en turno de tardes (de 15 a 21 h.) y 636 (6,2%) en turno de noches (de 22 a 7 h.)

Se establecen dos picos asistenciales, el primero en turno de mañanas alrededor de las 11-12 horas y el segundo en turno de tardes entre las 17 horas a las 19 horas, debido a una mayor afluencia de niños con complejidad II-III y IV.

Relacionando el turno de trabajo con el grado de complejidad se evidencia que en el turno de mañanas, el 48% de los niños son clasificados con complejidad I-II-III (más graves) y el 51% con complejidad IV-V (menos graves), en turno de tardes el 47,5% son clasificados con complejidad I-II-III y el 51,5% complejidad IV-V y en turno de noches el 63,1% son clasificados con complejidad I-II-III y el 36,9% con complejidad IV-V

CONCLUSIONES

El conocimiento de los flujos asistenciales según grado de complejidad nos ha permitido diseñar una nueva estructura en el servicio de urgencia del HI así como definir nuevos circuitos asistenciales lo que nos ha hecho necesario adecuar los recursos humanos a la nueva situación asistencial para poder ofrecer una atención más segura y de mayor calidad.



270 PACIENTES DERIVADOS DESDE EL PUNTO DE ATENCIÓN CONTINUADA INTRAHOSPITALARIO AL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS

L. Gracia Torralba, V. Caballero Pérez, S. Beltrán García, J.I. Ruiz del Olmo Izuzquiza, M. Vara Callau, C. Campos Calleja.

Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

OBJETIVOS

Recientemente se ha producido una reforma en el Servicio de Urgencias Pediátricas nuestro hospital, creándose un Punto de Atención Continuada (PAC) donde se atienden a pacientes catalogados de niveles IV y V en el Sistema de Triage (excluidos los menores de un año). En principio estos pacientes son dados de alta tras la valoración por los facultativos y tras realizarse las pruebas diagnósticas y administrarse tratamiento si son necesarios. No obstante se observa que existen pacientes que tras una evaluación inicial en el PAC son derivados al Servicio de Urgencias, la Sala de Observación o si procede a su ingreso. Se analizan los diferentes diagnósticos de los pacientes que precisaron ser derivados.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo observacional y retrospectivo realizado en el PAC desde el 31 de octubre de 2009 hasta el 30 de enero del 2010. Se seleccionaron los pacientes que habían sido derivados al Servicio de Urgencias, a la Unidad de Observación o que habían sido hospitalizados y se procedió a la revisión de sus historias clínicas.

RESULTADOS

Durante un periodo de 3 meses se han atendido a 2575 niños en el PAC, de los que 62 pacientes han precisado ser derivados. Observamos que 14 pacientes (22,5%) presentaban neumonía, de los cuales 8 presentaban afectación bilateral y uno de ellos derrame pleural. El 92,8% de estos pacientes fueron hospitalizados. El segundo grupo diagnóstico más frecuente fue Gastroenteritis aguda (12,9%) siendo derivados principalmente a la unidad de Observación y dados de alta a las pocas horas. El siguiente fue síndrome febril sin foco, suponiendo un 8%, destacando que la mayoría de estos pacientes fueron derivados para la realización de analíticas. El 4,8% de los pacientes fueron diagnosticados de infección del tracto urinario y fueron ingresados. Un 3,2% fueron diagnosticados de bronquitis y otro tanto de bronquiolitis, el 6% síndrome gripal, el 6,4% eran infecciones de vías respiratorias altas. Por último existe un 25,6% de los pacientes con otras patologías, como dolor abdominal, derivado a Urgencias para descartar abdomen agudo o adenopatías.

CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes valorados en el PAC fue dado de alta inmediata, siendo un pequeño porcentaje el que precisó derivación. Entre los pacientes que requirieron derivación destacan los diagnosticados de neumonía, que en su mayor parte requirieron ingreso. Por otra parte, requirieron derivación al servicio de urgencias pediátricas pacientes con síndrome febril sin foco o adenopatías por precisar exámenes complementarios.



271 PERFIL DEL NIÑO HIPERFRECUENTADOR CON PATOLOGÍA CRÓNICA EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

C. Duque Sánchez, M. Alonso Salas, M. Begara de La Fuente, M. Loscertales Abril
Hospital Universitario Virgen Del Rocío. Sevilla.

INTRODUCCIÓN

El estudio del perfil de los niños hiperfrecuentadores afectados de una enfermedad crónica que acuden a urgencias de un hospital de tercer nivel puede ser de utilidad para conocer las necesidades de estos pacientes, y las áreas de mejoras asistenciales o de la accesibilidad que se pueden implementar.

OBJETIVOS

1. Descripción del perfil del niño hiperfrecuentador crónico en urgencias de un hospital de tercer nivel.
2. Identificar áreas y situaciones susceptibles de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo mediante la revisión de historias clínicas informatizadas de la unidad de urgencias pediátricas de los pacientes con enfermedad crónica que acudieron 10 o más veces al hospital. Durante un año se recogieron los siguientes datos: el tipo de enfermedad, edad, sexo, número de consultas, procedencia y porcentaje de ingresos.

RESULTADOS

De los 74559 episodios de consultas de urgencias a lo largo del año 2009 un 0.16% acudió en 10 ó más ocasiones. De éstos, el 27.4% eran pacientes con enfermedad crónica conocida de los que el 64,7% eran hombres y el 35,3% mujeres, con edad media de 1,97 años (DS 1.26), rango intercuartílico [2-1] y con mediana de 2. La patología de base más frecuente fue el asma en un 35,3%, seguido de enfermedades neurológicas (26,4%), pluripatología (26,4%), enfermedades cardíacas (5,8%), enfermedades nefrológicas (2,9%) y digestivas (2,9%). Un 94,1% de los niños ingresaron al menos una vez, y el 28,8% de los episodios ocasionaron ingreso, de ellos un 61,2% lo hicieron en planta de hospitalización, el 34,2% en observación de urgencias y 5,6% en cuidados intensivos. Se valoró en los niños asmáticos la procedencia rural o urbana, sin que se encontraran diferencias, observándose, sin embargo que un 33,3% correspondía a zonas de riesgo social. En ellos, la mayoría (77,3%) de los niños que ingresan lo hacen en observación de urgencias y la estancia es menor de 24 horas a diferencia del resto de los pacientes crónicos que ingresan en su mayoría en planta de hospitalización con un 70,8%.

CONCLUSIONES

1. La mayoría de los niños crónicos hiperfrecuentadores en nuestro medio son niños asmáticos, afectados de enfermedades neurológicas y pluripatológicos.
2. Las consultas en urgencias de los niños con patología crónica implican un importante número de ingresos.
3. El estudio de estos niños nos ha permitido identificar las áreas de mejora de la accesibilidad de estos pacientes a nuestro hospital y la coordinación entre los diferentes niveles de atención.



272 **PERFIL DEL NIÑO HIPERFRECUENTADOR EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA**

C. Duque Sánchez, M. Alonso Salas, M. Begara de La Fuente, M. Loscertales Abril
Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.

INTRODUCCIÓN

El estudio del perfil de los niños que acuden a urgencias en distintas situaciones puede ser de utilidad para conocer la demanda y mejorar la atención sanitaria y social.

OBJETIVOS

Descripción del perfil del niño hiperfrecuentador.
Identificar situaciones susceptibles de mejora.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo mediante la revisión de historias clínicas informatizadas de la unidad de urgencias pediátricas de los pacientes hiperfrecuentadores. Se recogieron los pacientes que acudieron 10 o más veces al hospital y se analizó su perfil, teniendo en cuenta edad, sexo, número de consultas, procedencia, porcentaje de ingresos, separando los pacientes que presentaban enfermedad crónica de los que no lo eran..

RESULTADOS

De los 74559 episodios de consultas de urgencias a lo largo del año 2009 un 8.2% acudió en tres ó más ocasiones, un 1.2% en 6 ó más y 0.16% en 10 ó más. De éstos últimos, el 27.4% eran pacientes con enfermedad crónica conocida, y el 72.6% sin enfermedad crónica. Un 3,3% se diagnosticaron de alguna enfermedad grave en el curso de estas consultas.

Se analizaron aquellos pacientes que no presentaban enfermedad crónica, a partir de los cuales hemos obtenido los siguientes resultados:

- Sexo: 62.1% hombres, 37.9% mujeres.
- Edad media 2,45 años (DS 2.41), rango intercuartílico [3-1] y mediana de 2.
- Un 34,4% ingresaron al menos una vez, y sólo el 4,6% de los episodios ocasionaron ingreso, de ellos un 37,7% lo hicieron en planta de hospitalización y el resto en Observación de Urgencias.
- El 77,7% procedían de zona urbana y el 22,2% rural.
- El 51,1% pertenecían a áreas de riesgo social.

CONCLUSIONES

En nuestro medio la edad del niño hiperfrecuentador es de 2 años de mediana, en un porcentaje elevado sin enfermedad crónica previa, y perteneciente en su mayoría a zona urbana y de riesgo social.

Este estudio nos permite identificar áreas sanitarias con mayores dificultades e intentar consensuar actitudes de mejora.



273 PRESIÓN ASISTENCIAL Y ADECUACIÓN DE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS: ¿EXISTE RELACIÓN?

A. Domingo Garau, V. Trenchs Sainz de La Maza, E. Velasco Arnaitz, V.S. López García, J.J. García García, C. Luaces Cubells

Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Hospital Universitari Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat.

OBJETIVO

Determinar si una mayor presión asistencial condiciona un mayor número de ingresos inadecuados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio prospectivo. De forma aleatoria se escoge una semana al mes en la que se aplicará la escala del "Pediatric Appropriateness Evaluation Protocol" (PAEP) para determinar la adecuación de los ingresos hospitalarios realizados desde la Sección de Pediatría del Servicio de urgencias. El periodo de estudio incluye los meses de mayo a diciembre de 2009. Los médicos que atienden a los pacientes desconocen las semanas en que se realiza el estudio. La escala PAEP se aplica teniendo en cuenta los datos recogidos en el informe de Urgencias. Se excluyen los pacientes menores de 6 meses en los que no está validada la escala. Se aplica la Rho de Spearman para valorar si existe correlación entre el número de visitas a urgencias, el de ingresos y el de ingresos inadecuados.

RESULTADOS

Durante las 8 semanas analizadas fueron valorados por el pediatra en Urgencias un total de 11611 pacientes mayores de 6 meses de edad. El número de visitas en las semanas analizadas osciló entre 982 el mes de agosto y 2187 el mes de noviembre. Ingresaron un total de 527 (4.5%) pacientes, principalmente en Pediatría (397; 75.3%), Neurología (36; 6.8%) y Hematología (29; 5.5%). El mes de agosto fue el de menos ingresos (31) y el de diciembre, el de más (103). La mediana de edad de los pacientes ingresados fue 3.2 años (p25-75; 1.5-7.2 años); 287 (54.5%) eran varones. Al aplicar la escala PAEP se obtuvo que 58 (11.0%) ingresos eran inadecuados. La proporción de ingresos inadecuados osciló entre el 4.5% (3/67) el mes de mayo y el 19.6% (10/51) el de Julio. Se observó una correlación significativa entre el número de visitas y el número de ingresos ($p=0.007$; $r=0.857$); no se objetivó correlación entre el número de visitas y el número de ingresos inadecuados, ni entre el número de ingresos y el número de ingresos inadecuados.

CONCLUSIONES

En nuestro entorno, el incremento de presión asistencial no condiciona un aumento de ingresos inadecuados. Deben analizarse otras posibles causas para poder establecer acciones de mejora.



274 **PROTOTIPO DE PACIENTE QUE CONSULTA EN URGENCIAS PEDIATRÍA DE UN HOSPITAL COMARCAL DURANTE LA NOCHE.**

I. Iturralde Orive, G. López Santamaría, C. Canduela Fernández, A. Arrospide Elgarresta
Urgencias Pediatría. Hospital Alto Deba.

OBJETIVO

Describir las características epidemiológicas del paciente que acude a Urgencias Pediatría en horario nocturno; entendiendo por horario nocturno el comprendido entre las 0-8 am

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo prospectivo observacional de todos los episodios de pacientes entre los 0-14 años de edad que consultan en Urgencias de un hospital comarcal situado en las inmediaciones del centro urbano más próximo en horario nocturno del 1 Diciembre 2009 al 31 de Enero 2010. Se analizaran los datos del episodio con el sistema SPSS 17

RESULTADOS

Se registraron entre los dos meses 1213 episodios; 110 episodios en el horario entre las 0-8 am lo que representa el 9% del total en dicho periodo. El 54.5% se produjeron en las 2 primeras horas de horario nocturno.

La edad media de los pacientes fue de 38.29 meses (rango entre 0-156 meses), 48 menores de 2 años (43.6%) con distribución similar por sexos. Según el sistema de triage que rige en nuestro hospital que se aplica al 100% de los pacientes que acuden a las urgencias pediátricas del hospital 93 (84.5%) correspondían a los niveles IV/V (los de menor gravedad); de estos el 59,14% al nivel V.

Del mismo centro urbano en el que sita el hospital provenían 51 pacientes lo que representa el 46.36% del total; desde una distancia inferior a los 10 km venían 31 pacientes (28.18%), 27 (24.54%) lo hacían desde una distancia entre 10-20km y sólo en un caso (0.9%) la distancia era superior a los 20 km.

La media de% de visitas previas en horario nocturno se sitúa en el 46,41% (I.C 95% 39.92-52.89). de los 51 pacientes provenientes del centro urbano, 23 (45.09%) de ellos presentaban un histórico de consultas previas en este horario igual o superior al 50%; se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre las medias de visitas en este horario a favor de aquellos que residían a 15 minutos en coche del hospital ($p=0.042$). El diagnóstico más frecuente fue el de infección respiratoria de vías altas 31.70% seguido por el de broncoespasmo (29.26%). Únicamente dos casos (1.8%) requirieron ingreso. El resto fue dado de alta domiciliaria con un tiempo medio en urgencias de 36.84 minutos (rango entre 14-144 minutos)

COMENTARIOS

El perfil de nuestro paciente que acude a Urgencias de Pediatría en este horario es; lactante residente en las proximidades del hospital, que consulta en las primeras horas por un cuadro respiratorio de nivel de gravedad leve y con tendencia a consultar en este horario.



275 **NUEVO PUNTO DE ATENCION CONTINUADA Y TRIAJE INFORMATIZADO: EVALUACIÓN Y OPINIÓN DEL PERSONAL SANITARIO**

A. Manero Oteiza, N. Martín Ruiz, O. Gómez Cámara, I. Galé Anso, R. Pérez Delgado, C. Campos Calleja
Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Miguel Servet. Zaragoza.

INTRODUCCIÓN

En octubre de 2009, aplicando la reforma para organización funcional de las Urgencias de nuestra comunidad autónoma, y en espera de la pandemia de gripe H1N1 se instauró un punto de atención continuada (PAC) y sistema de triaje informatizado (TI) en nuestro hospital. El TI lo lleva a cabo enfermería, previo curso de formación, (en un box independiente con la sala de espera visible), y en él se deriva al paciente a PAC o boxes. Se realiza de 8:00 a 22 horas. PAC consta de 2 consultas, se atienden a pacientes con nivel de triaje IV-V mayores de un año sin patología traumatológica y quirúrgica. Cuenta con un enfermero/a, un adjunto y un residente que pasa desde boxes. PAC abre en días laborables de 15:00 a 22:00 h y en fin de semana de 9:00 a 22:00h.

OBJETIVOS

Conocer la opinión del personal sanitario involucrado.

MATERIAL Y MÉTODOS

Elaboración de una encuesta anónima dirigida a médicos y enfermeras que trabajan en urgencias. Se han elaborado 2 encuestas que tratan temas de TI Y PAC: utilidad, sensación de mejora organizativa y asistencial, preferencia del nuevo sistema o el previo, valoración global (1 a 5), y sensación de disminución del tiempo de espera (entre otros).

RESULTADOS

Se han recogido 45 encuestas, 37 de médicos (8 adjuntos y 29 residentes) y 8 enfermeras. Encuesta PAC: 51% de encuestados consideran que ha sido beneficiosa su implantación, tanto a nivel organizativo (53,3%) como por el aumento de la dotación de personal (71,1%) junto a un 20% que manifiesta que ahora no, pero cree que en el futuro lo será. El 64,4% refiere que no ha supuesto una mayor carga laboral en su puesto de trabajo. Un 24,4% de encuestados preferiría seguir utilizando el sistema antiguo, frente al 53,3% que prefiere el nuevo. Valoración media (1-5): 3. Encuesta triaje: utilidad positiva para el 86,7% del personal; mayor respaldo legal para el personal de enfermería en opinión del 86,7% de encuestados. Consideran que supone una mejora organizativa el 88,9% de encuestados y sin embargo una mejora a nivel global el 51,1%, junto al 31.1% cree que ahora no, pero que con el tiempo llegará a serlo. El 86.7% del personal expresa que no preferiría continuar con el sistema antiguo de clasificación manual del nivel de gravedad, y que el cambio no le ha supuesto una mayor carga laboral. Valoración media (1-5): 3,2.

CONCLUSIONES

Hay unanimidad en valoración positiva de TI. Con respecto al PAC, la mayoría de los encuestados opinan que la implantación de PAC ha sido beneficiosa, sobre todo en cuanto a organización del servicio.



276 RENDIMIENTO DE UNA UNIDAD DE OBSERVACIÓN DE PEDIATRÍA. NUESTRA EXPERIENCIA.

L. García Hidalgo, S. Oliva Rodríguez-Pastor, E. García Requena, B. Lodoso Torrecillas, R. Gil Gómez, I. Durán Hidalgo.

Servicio de Urgencias. Hospital Materno Infantil Carlos Haya. Málaga.

INTRODUCCIÓN

Los servicios de urgencias representan el primer contacto del paciente con el sistema sanitario. La demanda de asistencia urgente está creciendo desmesuradamente. Las Unidades de Observación (UO) tienen el potencial de mejorar la calidad de la asistencia médica a la vez, que disminuyen los costes (evitando ingresos hospitalarios) y la responsabilidad/riesgo del pediatra. Con objeto de mejorar la calidad asistencial en nuestra unidad de observación decidimos evaluar el estado de la misma, para proponer medidas de mejora y compartir experiencias con otros servicios de urgencias pediátricos.

METODOLOGÍA

Revisamos los ingresos en la Unidad de Observación de Pediatría del Hospital Carlos Haya durante el año 2008. El objetivo principal fue conocer los diagnósticos de ingreso en observación más y menos adecuados, la tasa de pacientes readmitidos y sus diagnósticos y la tasa de pacientes que se ingresan en planta desde observación y sus diagnósticos. Los resultados secundarios fueron la edad media de los pacientes, la estancia media, los diagnósticos más frecuentes y los ingresos por edades y sus diagnósticos.

RESULTADOS

Durante el año 2008 se atendieron 94.062 urgencias pediátricas (excluyendo las traumatológicas y las de cirugía pediátrica). Se ingresaron en planta 2229 pacientes (2,36%) y en observación, 1440 (1,53%). Los diagnósticos de ingreso más frecuentes fueron convulsión febril simple, fiebre sin foco, broncoespasmos y gastroenteritis. Los más adecuados (alta en <24 horas, > 70%) fueron convulsiones febriles simples, reacciones urticariales y fiebre sin foco. Los que tuvieron una tasa de ingreso más alta fueron el síndrome confusional, distocia social, dolores abdominales, cefalea y complicaciones de diabetes. La tasa de readmisión fue de 1,59% (23/1440) y la causa más frecuente, epilepsia mal controlada. La edad media de los pacientes ingresados en observación fue 4,2 años, el número medio de pacientes/día fue 4 y la estancia media 10,4 horas.

CONCLUSIONES

En relación a los índices de calidad (IC) referidos a UO de adultos, tenemos una alta tasa de diagnósticos adecuados y una baja de pacientes readmitidos en el hospital. Se necesitarían indicadores de calidad propios de UO pediátricas para promover y diseñar acciones de mejora.



277 REPERCUSIÓN DE LA EPIDEMIA DE GRIPE A EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICO.

M. Vives Campos, A. Arce Casas, N. Ruggeri, M. Lloberas Blanch, J. Massaguer Cabrera, O. Urraca Martínez

Servicio de Urgencias. Hospital de Nens de Barcelona.

La epidemia de gripe A (H1N1) del pasado otoño, afectó de forma predominante a la población infantil, en especial a niños con edades entre los 5 y los 14 años y determinó un aumento destacado en nuestra actividad asistencial.

OBJETIVOS

Evaluar el impacto que la epidemia de gripe A causó en nuestro Servicio de Urgencias en cuanto a número de visitas, diagnósticos de salida y número de ingresos

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo en base a los datos estadísticos recogidos por el programa informático utilizado en Urgencias, así como revisión de informes de Urgencias y de hospitalización entre el 1 de octubre del 2009 y el 30 de noviembre de 2009.

RESULTADOS

Entre el 1 de enero del 2009 y el 31 de diciembre del 2009, se visitan en Urgencias 100.909 pacientes, cifra que supone un incremento del 20,88% respecto al año anterior. En todos los meses del año se produce un aumento de la actividad, si bien el incremento se sitúa en un 36,81% durante el mes de octubre y en un 33,19% durante el mes de noviembre, coincidiendo con la declaración por las autoridades sanitarias de la epidemia de gripe. De las 22994 visitas realizadas en octubre y noviembre, 3320 se pueden atribuir exclusivamente a la epidemia.

Según las recomendaciones de las autoridades sanitarias, clasificábamos a los pacientes por sus síntomas en la recepción de Urgencias como caso sospechoso y se activaba el protocolo a tal efecto. En los días pico de la epidemia, los casos sospechosos correspondían a una 30% de las visitas. En un 78% de los casos sospechosos el diagnóstico final era compatible con cuadro gripal, si bien los diagnósticos de salida más utilizados fueron los de síndrome febril e infección de vías respiratorias altas, debido a que los estudios microbiológicos para detección del virus H1N1 sólo se practicaban a pacientes de riesgo y pacientes que requerían ingreso.

Durante el periodo de estudio se realizan 184 ingresos en planta, 69 de los cuales presentan cuadros compatibles con gripe y a los que se solicita PCR para estudio del virus H1N1. De los pacientes ingresados, se confirma infección por gripe A en 11 niños, con diagnósticos de neumonía en 9 casos, broncoespasmo en 1 caso y miositis en 1 caso. Todos los ingresos con diagnóstico confirmado a infección por gripe A se producen durante el mes de noviembre.

CONCLUSIONES

- La epidemia de gripe A supuso un importante incremento de la actividad asistencial durante los meses de octubre y noviembre del 2009
- Se producen un número bajo de ingresos debidos a la gripe A en proporción al número de visitas en Urgencias.



278 ¿SON ADECUADAS LAS DERIVACIONES DESDE LA ATENCIÓN PRIMARIA AL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS?

F.J. Martínez Arasa*, A.M. Borrull Senra*, E. López Herrero**, J. Gibernau Quintana*, M. Playà Ares*, G. Gallego Ascaso*.

* Urgencias Pediatría. Hospital Sant Pau. Barcelona. **CAP de Martorell. Barcelona.

OBJETIVO

Conocer la adecuación de las derivaciones desde la Atención Primaria (AP) al servicio de Urgencias Pediátricas (SUP).

OBJETIVOS SECUNDARIOS

Conocer el grado de información clínica presente en los volantes de derivación.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo transversal

Participantes: Pacientes atendidos en el servicio de Urgencias Pediátricas, remitidos con volante de derivación por medio de AP, entre el 11 de Noviembre de 2009 y el 10 de enero de 2010.

Mediciones: Se recogieron variables sociodemográficas (edad, genero), variables sobre temporabilidad (día de la semana, hora de admisión y hora de alta), variables sobre la información en los volantes de derivación (Motivo de la misma, historia clínica, exploración física), variables sobre la atención en urgencias (descripción de la patología, requerimiento de Exploraciones complementarias (EC), pertinencia de la derivación).

RESULTADOS

Se consideraron adecuadas el 67,7% de las derivaciones. El grupo de edad de 0 a 48 meses fue el más derivado (72,5%) y el viernes el día de la semana más frecuentado. El 33,6% fue dado de alta en menos de 3 horas. Ingresó el 14,3%. En los volantes de derivación la Historia Clínica constaba en el 59% de los casos y sólo el 27,8% constaba una exploración física adecuada. No se realizaron EC en el 32,9% de los casos y la Rx de tórax fue la EC más solicitada con un 34,3%

CONCLUSIONES

Más de la mitad de las derivaciones fueron adecuadas. La información recogida en el volante de derivación, hemos comprobado que su cumplimentación es escasa y mejorable. Una explicación sería que sí realmente se realiza la exploración física, ésta no queda reflejada en el volante de derivación, por determinadas causas.

Creemos que en AP se pueden y deben atender gran parte de los problemas que se ven en los SUP. La solución pasarían por mejorar la accesibilidad de la población a la AP, solventando la masificación, motivando y concienciando a los profesionales que trabajan en AP de la necesidad de asumir urgencias (formación continuada)

Una gran parte de las derivaciones y de su justificación vienen condicionadas por la petición de EC, cosa que disminuiría con una accesibilidad a ellas por parte de los CAP.

Tenemos que profundizar en dotar de medios a la AP, para que los ciudadanos crean de verdad en dicha asistencia, descongestionando los SUP, para casos más graves.



279 SOPORTE VITAL INTERMEDIO PEDIÁTRICO. NUEVO CURSO, VIEJA DEMANDA.

A. Martínez Mejías, J. Fàbrega Sabaté, L.R. Delgado Diego, A. Díaz Conradi, F.J. Travería Casanova, P. Domínguez Sampedro.

Comité RCP de La Sociedad Catalana de Pediatria.

La parada cardiorespiratoria (PCR) pediátrica es una situación grave que puede presentarse en cualquier lugar, y que precisa de una actuación inmediata y adecuada para disminuir su morbilidad asociada. La prevención, el reconocimiento y atención precoz del niño grave y la adecuada integración de las maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP) si es el caso, se convierten en elementos básicos para reforzar la cadena de la supervivencia, en uno de sus puntos más débiles, la atención inicial. Una formación adecuada es fundamental para el profesional sanitario que ocasionalmente deberá actuar ante un niño grave con riesgo de PCR.

OBJETIVO

Presentar los resultados iniciales de la implantación de un nuevo curso en RCP, dirigido a sanitarios que atienden a pacientes pediátricos (pediatras, médicos de familia, diplomados en enfermería...) y que ocasionalmente se enfrentan a situaciones que precisan de soporte vital, pero que por circunstancias de su puesto de trabajo (centros de atención primaria, hospitalización,...) material, o competencias no pueden realizar una RCP avanzada, pero si optimizar sus recursos hasta la llegada de equipo de emergencias más especializado.

METODOLOGÍA

La experiencia del curso Europeo Pediatric Immediate Life Support, y la ausencia de una formación específica adaptada a la realidad de nuestros profesionales, hizo impulsar desde el comité de RCP de nuestra sociedad científica, el diseño y puesta en marcha de un nuevo curso, el Soporte Vital Intermedio Pediátrico (SVIP). Con las encuestas de satisfacción de cursos previos de RCP básica y avanzada, y aportaciones de instructores se elaboró una propuesta formativa validada en una fase piloto de 3 cursos, resultando una actividad de 9,30 horas lectivas, para 24 alumnos (grupos de 6) y dividido en módulos teóricos, talleres de habilidades y simulacros de integración. El temario incluye la identificación y manejo inicial del niño grave, la activación del sistema local de emergencias médicas, y actuación ante una PCR con maniobras de RCP, material instrumental de la vía aérea, desfibrilación semiautomática, acceso vascular intraóseo, y fármacos y fluidos elementales de urgencia. Impartido por instructores acreditados. Con el formato establecido, se inicia su implantación. Se valoran encuestas de satisfacción de los participantes.

RESULTADOS

Se han realizado en total 7 cursos, (2 Hospitalarios, 1 en centro formativo y 4 en CAPs,) con un total de 150 alumnos (42 pediatras; 59 enfermeras/os; 27 médicos de familia), 6 no han superado la evaluación. Las encuestas realizadas (puntuación 0-5) han demostrado un alto grado de satisfacción en general, valorándose aspectos de Organización (4,35), profesorado (4,70) contenidos y calidad de clases teóricas (4,45) y de las prácticas (4,65). Destacando por su importancia la metodología (4,55), y su aplicabilidad (4,35).

CONCLUSIONES

El curso SVIP permite la enseñanza del manejo inicial del niño grave, y de la RCP de forma eficaz y adecuada. Responde a las demandas de los profesionales y se ajusta a su perfil y entorno laboral. Por su aceptación, satisfacción demostrada y valoración en su aplicabilidad debería considerarse su difusión e implantación en todo el territorio.



280 TRIAGE PEDIÁTRICO AVANZADO.

A. de La Peña Garrido, O. Farraces Ramos, J.D. Pérez Macarrilla, L.M. Rubio González, C. Migueles Guerrero, M.J. Rivero.

Servicio Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario de Fuenlabrada.

INTRODUCCIÓN

El Triage pediátrico nos permite conocer el grado de urgencia de los niños que acuden a nuestros SUP. Una demora en los tiempos ideales de atención médica para las situaciones clínicas poco urgentes, sin riesgo vital, pero potencialmente complejas o agudas pero no urgentes o situaciones urgentes, de riesgo vital potencial, con estabilidad fisiológica, lleva consigo un riesgo potencial de deterioro para la salud o incluso para la vida del paciente.

Debido a las barreras arquitectónicas existentes y a la inexistencia de un triage pediátrico realizado por personal con experiencia mínima en pediatría se genera la necesidad de crear unas mediadas de control para estas situaciones cuando se sobrepasan los tiempos ideales máximos de atención.

OBJETIVOS

Desarrollar protocolos de actuación consensuados para el abordaje de procedimientos por parte del personal de enfermería de forma independiente y en colaboración con otros profesionales

Desarrollar informes de alta de enfermería para los procedimientos que de manera independiente resuelve el profesional de enfermería.

Difundir los protocolos e informes de actuación elaborados para ser usados en otros SUP.

Material y método: reuniones periódicas por parte de la dirección médica y dirección de enfermería iniciándose en Octubre de 2008. Posterior formación de grupos de trabajo formados por personal de enfermería y personal pediatra adscrito al SUP con la finalidad de desarrollar estos protocolos de actuación así como la elaboración del informe de alta.

RESULTADOS

Se desarrollan protocolos de actuación para:

abordaje de procedimientos de colaboración que realiza enfermería frente a determinadas situaciones anticipándose a la petición formal: intoxicación farmacológica, dificultad respiratoria, síndrome miccional, sospecha de fractura.

episodios de atención elaborados por enfermería y con alta emitida por los mismos: reparación de heridas, atención frente a la pronación dolorosa, atención frente a la balanitis.

CONCLUSIONES

La reevaluación, atención y alta de pacientes por parte del profesional de enfermería cuando se supera el tiempo máximo establecido de atención por nivel de gravedad disminuye las posibilidades de complicaciones para algunas situaciones clínicas presentes en los SUP.

El desarrollo de protocolos consensuados para el abordaje de procedimientos por parte del personal de enfermería aumenta el nivel de satisfacción percibida tanto profesional como familiar, además de dinamizar el SUP disminuyendo los tiempos de permanencia de los usuarios dentro del mismo a la vez que descarga de trabajo a otros profesionales.



281 TRIAJE PEDIÁTRICO AVANZADO. PRONACIÓN DOLOROSA VS ENFERMERÍA

A. de La Peña Garrido, O. Farraces Ramos, J.D. Pérez Macarrilla, M.C. Prieto Muñoz, L.M. Rubio González, C. Migueles Guerrero

Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario de Fuenlabrada.

INTRODUCCIÓN

La pronación dolorosa o subluxación de la cabeza del radio es una lesión común del codo evitable en niños entre 1 y 5 años con una incidencia máxima entre los dos y los tres años. El mecanismo habitual de lesión consiste en la tracción axial del antebrazo con el codo en extensión. La inmovilidad de extremidad superior sin traumatismo es un motivo de consulta poco frecuente en el SUP que genera ansiedad en los padres y tiempos de espera elevados en épocas de saturaciones de los SUP.

OBJETIVO

Describir y difundir el protocolo de actuación de enfermería frente a la pronación dolorosa en un SUP. Evaluar el funcionamiento, eficacia y complicaciones derivadas de la puesta en marcha de un protocolo de actuación frente a la urgencia que consulta por impotencia funcional del miembro superior sin traumatismo realizado por personal de enfermería en un SUP y es triado con nivel de prioridad III en un sistema de clasificación de V niveles.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo prospectivo de corte cuantitativo entre el 01 de Enero y el 31 de Diciembre de 2009 de los niños que acuden al SUP cumpliendo criterios para aplicar el protocolo de manejo de la pronación dolorosa por parte de enfermería. La recogida de datos se realizó en el momento posterior a la reducción en una hoja de registro recogiendo: sexo, brazo afecto, número de episodios de subluxación previos, número de intentos de reducción, hora de triage, de reducción y de entrega de informe de alta, necesidad de presencia de facultativo, entrega de informe por parte de enfermería y complicaciones.

RESULTADOS

Entre el periodo de 01 de Enero y 31 de Diciembre de 2009, de los 33714 procesos atendidos, 30 (0.09%) fueron triados como pronación dolorosa. Fueron excluidos 6 por ser tratados exclusivamente por pediatra. 50% son niñas, en el 79,17% el miembro afecto es el superior izquierdo, el 100% es reducido por parte del personal de enfermería utilizando la maniobra de supinación/flexión, en el 91,67% la reducción se consigue en el primer intento, en el 62,50% el profesional de enfermería entrega el informe de alta de enfermería; en el 37,50 reduce enfermería y entrega el informe el pediatra. El inicio de la maniobra de reducción desde que es triado varía desde los 0 minutos a los 36 (11,08); y el niño permanece en el SUP una media de 43 minutos (24-120). Al 100% de los niños se le administra una dosis de antiinflamatorio oral previa reducción.

CONCLUSIONES

El profesional de enfermería puede ser entrenado para identificar y tratar con éxito la pronación dolorosa. El protocolo de actuación frente a la pronación dolorosa por parte de los profesionales de enfermería permite dinamizar la atención en los SUP, descargar de trabajo a otros profesionales así como reducir los tiempos de permanencia dentro del SUP, al disminuir los tiempos de inicio de actuación y finalización de estos procesos.



282 VALORACIÓN DE LA CALIDAD ASISTENCIAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS DE UN HOSPITAL TRAS 2 AÑOS DE APERTURA.

C. García-Vao Bel*, M.D. Vigil Escribano**, S. Manzano Blanco*, M.E Cabezas Tapia*, M. Alonso Cristobo*, M.N. Romero Hombrebueno*

*Servicio de Pediatría. **Unidad Medicina Preventiva. Hospital del Tajo. Aranjuez.

OBJETIVO

El Objetivo de esta comunicación es evaluar la asistencia dada a la población que acude a urgencias pediátricas en nuestro Hospital y compararla con los diferentes indicadores de calidad: Tiempo de respuesta de consultores; readmisiones en 72 horas, demora primera asistencia facultativos, tasa global de hospitalización, codificación diagnóstica. Además de valorar el sistema de triaje y la adecuación a los tiempos recomendados de asistencia

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron los datos que figuran de los pacientes que acudieron a Urgencias menores de 14 años durante el año 2009. Se registraron las consultas, los ingresos hospitalarios, los tiempos en minutos entre el ingreso y la clasificación, entre ésta y la asistencia médica y entre la asistencia y el alta. Se utilizó SPSS 15.0 para análisis estadístico.

RESULTADOS

Acudieron 11554 pacientes por urgencias médicas de los primeros se pudieron valorar 11.525 historias. Se codificaron el 100% de los diagnósticos en el informe de alta. La tasa de ingreso Hospitalario fue de 3.7%. El tiempo medio entre ingreso y la clasificación fue de 5 minutos (DT 4,9), entre clasificación y asistencia médica 26.7 (DT 23) minutos y entre la atención médica y el alta 76 (DT 138) minutos. De los pacientes clasificados un 0.1% fueron nivel I, un 1% nivel II, un 23.4% nivel III, un 68.9% nivel IV y 6% nivel V. Comparando los niveles de gravedad y el tiempo de demora en la asistencia si se objetivaron diferencias significativas ($p < 0,05$) entre los diferentes niveles y tiempos.

CONCLUSIONES

La asistencia en urgencias pediátricas de Nuestro Hospital se ajusta en gran medida a los indicadores de calidad recomendados por la SEUP. Un 23% de los pacientes fueron clasificados en un nivel III de gravedad y un 69% en nivel IV. La mayoría de los enfermos se vieron en menos de 30 minutos desde su triaje.



283 VALORACIÓN DE LA REORGANIZACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS A TRAVÉS DEL ANÁLISIS DE LAS RECLAMACIONES RECIBIDAS.

I. Salamanca Cuevas, M.J. Lirola Cruz, A. Fernández de Alba, H.X. Vásquez Muñoz, P. Camacho Conde, D. Rivas Ramos.

Instituto Hispalense de Pediatría. Servicio de Pediatría de Clínica Sagrado Corazón.

OBJETIVO

Valorar la eficacia de la Reorganización llevada a cabo en el Servicio de Urgencias Pediátricas a través del análisis de la evolución de las reclamaciones de los clientes.

MATERIAL Y MÉTODO

Se tomará como punto de partida el Póster presentado a la SEUP en 2006 respecto a las reclamaciones recibidas en 2005, y se comparará con los resultados obtenidos en 2009. Las reclamaciones se reciben a través de la Unidad de Calidad Asistencial y Documentación de la Clínica.

RESULTADOS

Indicador	2005	2009	Observaciones
Urgencias atendidas	47.554	55.110	↑ 15,89%
Reclamaciones recibidas	45	20	↓ 66,66%
Reclamaciones por cada diez mil Urgencias	9,46	3,63	↓ 61,63%
% por Demora en Atención Médica	62,20	45,00	↓
% por Atención deficiente	20,00	17,5	↓
% por falta de cobertura de la Compañía	0,00	17,5	↑↑
% por Acto médico	11,10	10,00	↓
% por Acto de enfermería	2,20	10,00	↑↑
% por Falta de Camas	2,20	0,00	↓↓
% por Información deficiente	2,20	0,00	↓↓

En Septiembre de 2005 comienza a funcionar el nuevo Servicio de Urgencias. Además de un nuevo y mayor espacio físico, las principales novedades fueron: establecimiento de un puesto de triage, consulta de parada, incorporación de un equipo estable de enfermería, aumento del número de médicos, y establecimiento de protocolos de información y actuación.

CONCLUSIONES

La tendencia descendente de las reclamaciones, y la distribución de sus causas, nos hace pensar que la inauguración del nuevo Servicio de Urgencias presenta un alineamiento positivo con la disminución de las insatisfacciones expresadas por nuestros Clientes. La existencia de un "sistema de monitorización y gestión de las quejas y reclamaciones" es fundamental, en cualquier Servicio de Urgencias, como herramienta objetiva y útil que ayude a establecer medidas de corrección para la mejora de la percepción que del Servicio tienen nuestros clientes.



284 ¿QUÉ ASPECTOS DETERMINAN LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS?

E. López Varela, J. Cela, A. Medina, P. García Casas,
Servicio de Pediatría. Hospital Clínico de Madrid.

OBJETIVO

Uno de los objetivos en la adecuada provisión de servicios médicos es lograr un nivel óptimo de satisfacción del usuario con la calidad de los servicios. Algunos estudios señalan que una gran parte de la satisfacción global de los pacientes depende no tanto de factores técnicos, sino del trato recibido, las condiciones físicas del lugar, o de la comprensión de información aportada. El objetivo de este estudio es conocer el grado de satisfacción de los usuarios de un Servicio de Urgencias Pediátricas y analizar posibles factores que puedan influir en la percepción de calidad, y por lo tanto de satisfacción, en relación con la atención recibida con el fin, a largo plazo de introducir medidas de mejora.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tras aprobación por el comité de ética, se desarrolló un estudio descriptivo durante los meses de Junio-Julio 2009 mediante encuestas anónimas a padres/tutores de pacientes pediátricos que acudieron al servicio de urgencias de un Hospital terciario de la Comunidad de Madrid.

RESULTADOS

Se incluyeron un total de 79 pacientes, con una edad media de 3.8 años. La mayoría iban acompañados por su madre (N=55), con edad media del acompañante de 34.8 años. Un 70% de los acompañantes eran españoles, y de los extranjeros, la mayoría eran latinos, con una media de 7.7 años de estancia en España. El 48% de los acompañantes tenían nivel de educación superior. Un 77% de los encuestados referían un nivel de satisfacción alto o muy alto con su pediatra de atención primaria (PAP), y un 9% del total referían no disponer de uno. El 52% de los pacientes no habían acudido a su PAP antes de su visita a la urgencia, debido a la urgencia del problema (50%), a la mayor confianza en el hospital (13%) o a no disponer de cita en el centro de salud (8%). La media de estancia en la urgencia fue de 126h, un 70% fueron atendidos por R1/R2, a un 41% se les practicó algún tipo de prueba complementaria, a un 82% se les recetó algún tratamiento al alta (siendo la analgesia/antitermia la más frecuente) e ingresaron 3 pacientes (4%). Un 81% de los encuestados referían que el paciente estaba poco enfermo o bien, y un 73% respondió que se había solucionado el problema tras la visita. El grado de satisfacción, valorado de 0 a 10, fue alto, con menor satisfacción en cuanto a la temperatura (7), limpieza (8) y ruido de la sala (7.5), espacio (6.5) así como tiempo de espera (7.7), y mayor en cuanto al trato del personal (9), información aportada sobre el problema (9) y tratamiento a seguir (9.2).

CONCLUSIÓN

Un alto porcentaje de los pacientes encuestados disponían de PAP y el grado de satisfacción con el mismo era alto. En general el grado de satisfacción fue alto, siendo más bajo para los elementos relacionados con el espacio, ruido y temperatura. El grado de comprensión de la información acerca de diagnóstico, pruebas y tratamiento fue alto, aunque un 23% y 20% referían necesitar más pruebas diagnósticas o tratamiento respectivamente. El conocimiento de la satisfacción global de los usuarios, así como de aquellos elementos que la determinan es fundamental para la mejora de los servicios asistenciales.



285 FORMAS DE PRESENTACIÓN DE LA ESPONDILODISCITIS EN LA INFANCIA.

L. Gondra Sangroniz, M. Eizmendi Bereciartua, M. Satrustegi Aritziturri, R. Mendiola Ruiz, I. Olaciregui Echenique, J.A. Muñoz Bernal

Servicio Pediatría. Unidad Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Donostia.

OBJETIVO

Describir la forma de presentación y tiempo de evolución desde la aparición de los síntomas hasta el diagnóstico de los casos de espondilodiscitis valorados en urgencias entre los años 1993-2009.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio transversal y observacional de los niños asistidos en urgencias con diagnóstico final de espondilodiscitis. Muestra (n=14) constituida por 7 niñas y 7 niños con mediana de edad de 20 meses (rango 9,5-155). Se han analizado las variables demográficas, clínicas, tiempo de evolución hasta el diagnóstico, exámenes complementarios, tratamiento al ingreso y evolución.

RESULTADOS

Durante el periodo estudiado (últimos 17 años con una media de población asistencial de 33509 niños/año) fueron asistidos 14 niños en urgencias con diagnóstico final de espondilodiscitis aguda. El 71,5% de los niños presentó antecedentes previos, (infecciones de vías aéreas superiores, gastroenteritis aguda, traumatismos y TBC activa). El tiempo medio de evolución hasta el diagnóstico fue de 18,7 días y el 71,5% consultaron dos o más veces en urgencias. La forma de presentación inicial más frecuente fue el rechazo de la deambulación (64%), seguido de rechazo de la sedestación (50%), irritabilidad (50%), cojera (43%), fiebre (43%) e impotencia funcional de extremidad (7,1%). El dolor abdominal fue la presentación inicial en el 36% de los niños, el 80% de ellos fueron lactantes. En el 28,6% el diagnóstico inicial fue la sinovitis de cadera y en el 21,4% patología intestinal (estreñimiento, oclusión intestinal o parasitosis). Se realizó radiografía de columna en el 64,2%, el 55,5% fueron compatibles con discitis. Analíticamente, el dato más destacado fue la elevación del VSG (86%). En el 100% se realizó RM para confirmación diagnóstica. La localización más frecuente fue la lumbar (64,2%) y el espacio más afectado el L5-S1 (44,4%). La mediana de los días de ingreso fue 14 (rango 7-53) y el 100% presentó buena evolución.

CONCLUSIONES

La forma de presentación inicial de las espondilodiscitis es en general inespecífica lo que conlleva a un retraso en el diagnóstico. El dolor abdominal fue el motivo de consulta inicial en un tercio de los lactantes.



286 CONSULTAS PSIQUIÁTRICAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA EN UN HOSPITAL TERCIARIO: REVISIÓN DE UN PERIODO DE UN AÑO.

V. Etayo Etayo, T. Molins Castiella, N. Lecumberri García, E. Delgado Fuentes, I. Hualde Olascoaga, S. Souto Hernández.

Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

INTRODUCCIÓN

La patología psiquiátrica en niños constituye un motivo de consulta cada vez más frecuente en los servicios de urgencia. Presentamos una revisión de los casos atendidos por psiquiatría durante el último año.

PACIENTE Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de las consultas atendidas por psiquiatría en el Servicio de Urgencias de pediatría entre enero de 2009 y enero de 2010, analizado con sistema SPSS v17. Variables analizadas: edad, sexo, nacionalidad, antecedentes personales y familiares de patología psiquiátrica, hora del día, día de la semana, mes, motivo de consulta, derivación desde atención primaria, acompañante, traslado en ambulancia, diagnóstico y destino.

RESULTADOS

De un total de 38962 urgencias, 50 pacientes fueron atendidos de forma urgente por psiquiatría (0.12%). El 56% varones, 44% mujeres. Edad media de 12 años (± 2.1). Nacionalidad española en el 70%, sudamericana 16%, 14% otras. En el 70% constaban antecedentes personales de patología psiquiátrica y el 52% estaban en tratamiento farmacológico. Constan antecedentes familiares psiquiátricos en el 50%. El rango horario más frecuente de consulta fue de 12 a 16 horas pm, siendo el de menor asistencia de 4 a 8 am. El día de la semana más frecuente fue el miércoles (24%), seguido de el jueves (16%) y diciembre el mes en el que se registraron más casos (18%). El motivo de consulta más frecuente fue alteración de la conducta (52%), seguido de trastorno de ansiedad (20%), intentos autolíticos (20%), sintomatología orgánica (4%), trastorno de conducta alimentaria (2%) y problemática psico-social (2%). El 30% fue derivado desde su centro de atención primaria. El 67.3% acudió acompañado de un familiar y un 28% fue trasladado en ambulancia. Tras la valoración psiquiátrica los diagnósticos fueron: trastorno disocial y de conducta (38%), trastorno de ansiedad (12%), trastornos de pánico (10%), intento autolítico (8%), trastorno del humor (6%), trastorno hiperquinético (6%), trastorno psicótico (4%), trastorno obsesivo compulsivo (4%), trastorno de la conducta alimentaria (4%), otras circunstancias psicosociales (4%), trastorno de adaptación (2%) y trastorno orgánico psicógeno (2%). Ingresaron el 28% de los pacientes valorados.

CONCLUSIONES

La patología psiquiátrica es un motivo de consulta poco frecuente en los servicios de urgencia pediátrica. A pesar de que la sintomatología psiquiátrica más frecuente en la infancia son los trastornos de ansiedad, en nuestra serie los trastornos de conducta constituyen la causa más frecuente de consulta en urgencias. Cabe destacar que la tasa de ingreso de estos pacientes es mucho mayor que en el resto de patologías que se valoran en urgencias.



287 ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE CRISIS DE ANSIEDAD EN NUESTRO SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS.

M.J. Martínez García, M.P. Martín-Tamayo Blázquez, A.J. Cepillo Boluda, A. Rubio Ruiz, M.S. Hoyos Vázquez, M.L. González Castillo

Servicio Urgencias de Pediatría. Hospital General Universitario de Albacete.

OBJETIVOS

Los trastornos de ansiedad suponen la sintomatología psiquiátrica más frecuente en la edad pediátrica, requiriendo la mayoría de las veces asistencia en el servicio de Urgencias para su identificación y manejo. Describimos los principales datos epidemiológicos y clínicos, así como el manejo en los pacientes diagnosticados en el Servicio de Urgencias de Pediatría de crisis de ansiedad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo de los pacientes diagnosticados de crisis de ansiedad en el Servicio de Urgencias Pediátricas de nuestro hospital entre Enero de 2009 y Diciembre de 2009.

RESULTADOS

Se recogen 38 casos (40% mujeres, 60% varones). La edad media es de 10 años y 3 meses (rango de edad de 5 a 13 años). Antecedentes relacionados en 5 de ellos (2 TDAH y 3 trastornos de ansiedad ya diagnosticados). Las manifestaciones clínicas predominantes son: dificultad respiratoria en 55,2%, dolor torácico en 15,8%, dolor abdominal en 13,2%, insomnio en 7,9%, llanto en 5,2% y disfagia en 2,6%. El 38,4% de los pacientes no precisó exámenes complementarios para su diagnóstico, siendo la prueba más solicitada el electrocardiograma (27%). El manejo de estos niños se realizó con tratamiento médico (diacepam) tan sólo en el 30% de los casos, siendo el 70% restante enviados a domicilio una vez descartada organicidad. De todos los casos sólo 1 paciente precisó ingreso, 32% fueron derivados al especialista (12% al psicólogo y 20% al psiquiatra) y 68% a su pediatra.

CONCLUSIONES

La valoración de estos pacientes en urgencias exige una detallada historia clínica por la variedad de manifestaciones clínicas y para poder descartar patología orgánica y detectar problemas subyacentes o incluso ideas de suicidio. Creemos que sería importante establecer un adecuado consenso para el manejo de esta patología, cada vez más prevalente en la edad pediátrica, que incluyera criterios de derivación al especialista para su seguimiento posterior.



288 SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PODERES.

D.M. Cabrera Arenas*, I. Sánchez Ganfornina**, M. Fernández Elías**, V. Sánchez Tatay**, M.T. Alonso Salas**, M. Loscertales Abril**

*Servicio Urgencias de Pediatría. **UGC de Cuidados Críticos y Urgencias de Pediatría. H.U. Virgen del Rocío, Sevilla.

FUNDAMENTOS Y OBJETIVO

El Síndrome de Munchausen por poderes es un término, introducido por Meadow en 1977, para describir casos en los que un sujeto (el cuidador) inventa signos y síntomas de una enfermedad inexistente en otro que está indefenso (el niño). Actualmente este síndrome incluye dos entidades: Falsificación de un proceso pediátrico y Desorden facticio por poderes. En cualquier caso se trata de una forma de maltrato infantil de difícil diagnóstico y manejo, que debe ser sospechada en los Servicios de Urgencias Pediátricas por su elevada morbimortalidad. El objetivo de este trabajo es la presentación de un caso clínico poco frecuente y de difícil diagnóstico.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Niño de 7 años que acude a Urgencias por somnolencia brusca, desorientación, ataxia y alucinaciones visuales, sin fiebre ni otros síntomas acompañantes. Está en tratamiento con cloperastina oral. Los síntomas desaparecen en horas en Observación y es dado de alta con el diagnóstico de Intoxicación medicamentosa accidental. Cuatro días más tarde reconsulta por somnolencia, desorientación y mirada fija, estando en el colegio y la madre refiere episodio de movimientos anormales de los miembros de unos 20 minutos de duración mientras dormía, sin respuesta a estímulos y mirada fija. En Centro de Salud administran diazepam rectal y es trasladado a Urgencias de nuestro hospital. A la exploración destaca bradipsiquia sin otros hallazgos. Se realiza hemograma, bioquímica, gasometría que son normales; tóxicos en orina positivos para benzodiazepinas. que se atribuye a diazepam rectal y electroencefalograma. Se decide ingreso en planta. Es dado de alta con el diagnóstico de crisis convulsiva generalizada en estudio. A los 6 días acude nuevamente a Urgencias por obnubilación de varias horas de evolución. A la exploración física destaca: Glasgow 14/15, pupilas mióticas poco reactivas y exantema urticarial en tronco, sin otros hallazgos reseñables. Se realiza tóxicos en sangre y orina que son positivos para benzodiazepinas, opiáceos y ADTC. Es ingresado en planta de hospitalización ante la sospecha de Síndrome de Munchausen por poderes y valorado por Unidad de Trabajo Social y Salud Mental.

COMENTARIOS:

- El Síndrome de Munchausen por poderes debe ser sospechado ante un cuadro clínico repetido y cuando la historia, signos y síntomas de éste, no tengan una explicación médica clara.
- Poner de manifiesto la dificultad diagnóstica y posterior manejo de este síndrome.
- El seguimiento de estos niños y sus familias debe ser especializado y multidisciplinar.



289 BRONCOASPIRACIÓN DE CUERPOS EXTRAÑOS EN LA INFANCIA. DIFERENTES FORMAS DE PRESENTACIÓN.

Z. Lobato Salinas, L. Martí Más, S. Zambudio Sert, I. Iglesias Serrano, J. Dorca Vila, E. Farreny Sastre.
Servicio de Pediatría. Hospital Sant Joan de Déu. Althaia. Xarxa Assistencial de Manresa.

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS

La aspiración de cuerpos extraños es uno de los accidentes de mayor incidencia y morbimortalidad en la infancia. La repercusión de un cuerpo extraño implantado en la vía aérea va a depender de su naturaleza, localización (más frecuentemente en bronquio principal derecho [BPD]) y del grado de obstrucción que origine, pudiendo provocar tanto insuficiencia respiratoria aguda como patología pulmonar crónica (atelectasia, bronquiectasia, etc.).

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Caso clínico 1. Lactante 11 meses traído a urgencias por tos y dificultad respiratoria de pocas horas de evolución. Presenta hipoxemia severa, taquicardia, fiebre alta y sensorio alterado. Se administran salbutamol nebulizado e hidrocortisona endovenosa, sin mejoría, con depresión del sensorio por lo que se procede a intubación. Presenta leucocitosis y colapso pulmonar derecho en la radiografía. Se inicia cefotaxima y se mantiene con soporte respiratorio. Se sospecha cuerpo extraño (por TC pulmonar), realizándose a las 24 horas broncoscopia con extracción de guisante del BPD. Evolución favorable.

Caso clínico 2. Niño 4 años que presenta sensación de cuerpo extraño después de la ingesta de pipas. Laringoscopia directa normal. Presenta accesos de tos y sibilancias, derivándose para realizar broncoscopia rígida. Se extrae pipa de BPD con buena evolución posterior.

Caso clínico 3. Niña de 3 años ingresada por hemoptisis, fiebre y melenas. La radiografía de tórax, valorada inicialmente como normal, demuestra condensación pulmonar basal derecha. Reinterrogando a la familia, refieren atragantamiento 5 meses antes con una espiga y tos residual. La TC torácica muestra neumonía posterobasal del lóbulo inferior derecho. Se instauro tratamiento antibiótico y se deriva para realizar broncoscopia rígida. Se extrae rama de espiga de bronquio inferior derecho. Evolución satisfactoria.

Caso clínico 4. Niño de 18 meses con antecedentes de bronquitis de repetición. Ingresó por bronquitis con sobreinfección respiratoria. Evolución tórpida a pesar de tratamiento broncodilatador, corticoides, montelukast y azitromicina. Se realiza estudio alérgico, test sudor e inmunoglobulinas que son normales. La TC torácica muestra amputación del BPD e hiperinsuflación. Se deriva para broncoscopia rígida que extrae almendra laminada del BPD. Normalización clínica posterior.

COMENTARIOS

Los cuatro casos presentados remarcan la importancia de una detallada historia clínica debido a las variadas formas de presentación en la aspiración de un cuerpo extraño en la vía aérea. Un diagnóstico y tratamiento precoces minimizarán las complicaciones. La broncoscopia rígida es el método de elección para la extracción de cuerpos extraños en la vía aérea.



290 BRONCOESPASMO POR CUERPO EXTRAÑO "PECULIAR" ¿CRISIS ASMÁTICA O ASPIRACIÓN CUERPO EXTRAÑO?"

I. Iturralde Orive*, C. Canduela Fernández*, J. Gil Antón**, G. López Santamaria*, N. Martínez Ezquerro*, L. Dopazo García*

*Servicio Urgencias Pediatría. Hospital Alto Deba. **UCIP. Hospital de Cruces. Barakaldo. Bizkaia.

FUNDAMENTO

La sospecha de aspiración de un cuerpo extraño se debe realizar siempre que exista un cuadro de inicio brusco de broncoespasmo asociado a hipoventilación asimétrica. Los tapones de moco forman parte de la presentación del asma agudo severo y pueden presentarse con una clínica sugerente de cuerpo extraño.

OBJETIVO

Presentar un caso de sospecha de atragantamiento por cuerpo "extraño" peculiar.

CASO CLÍNICO

Niño de 9 años sin antecedentes de interés (2 episodios de broncoespasmo en periodo de lactante) que acude a urgencias por tos intensa, palidez cutánea y malestar general en últimas horas.

A su llegada presenta regular estado general, sat O₂ 92% hipoventilación del htx derecho con discreto trabajo respiratorio y resto de exploración física normal. Se inicia tto con broncodilatador nebulizado y oxigenoterapia sin experimentar mejoría clínica por lo que se realiza Rx tórax informada como normal. Se intensifica tratamiento, persistiendo marcada hipoventilación en htx derecho.

Al rehistoriar refieren episodio de atragantamiento con frutos secos el mes anterior por lo que se realiza Rx inspiración-espирación que es informada como atrapamiento aéreo en hemitórax derecho sin ninguna otra imagen patológica compatible con la sospecha de cuerpo extraño.

Empeoramiento progresivo del estado general con tendencia al sueño y obnubilación; hipercapnia en gasometría (pH 7,33 pCO₂ 50 mmHg); tras estabilización, se traslada a Unidad de Cuidados Intensivos.

En dicha unidad, dada la sospecha de cuerpo extraño existente, se realiza fibrobroncoscopia encontrándose únicamente en bronquio derecho un tapón mucoso que dibuja perfectamente el árbol bronquial. Tras su retirada desaparece broncoespasmo, la asimetría en auscultación y las necesidades de oxigenoterapia. Es dado de alta a planta en siguientes 12 horas. En la actualidad sigue control por Neumoalergia infantil no habiendo presentado nuevos episodios.

COMENTARIOS

En status asmáticos refractarios debiéramos plantearnos la posible existencia de tapones mucosos impactados como factor etiológico. Estos pueden comportarse con una clínica similar a la de un cuerpos extraño en el árbol bronquial. En la literatura, existen referencias a la utilización de terapia mucolítica en estos casos (acetilcisteína y DNAsa nebulizada). La fibrobroncoscopia es una arma diagnóstica y terapéutica en estas situaciones.



291 CLÍNICA RESPIRATORIA DE ETIOLOGÍA ATÍPICA.

M.J. Rodríguez Castaño, A. Rodríguez Ogando, A. Mora Capín, A. Rivas García.
Servicio de Urgencias. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

FUNDAMENTOS Y OBJETIVOS

La compresión vascular de la vía aérea en niños es un trastorno infrecuente que cursa con clínica respiratoria inespecífica, lo que hace que habitualmente sea infradiagnosticado. Presentamos un caso de compresión de vía aérea por sling de la arteria pulmonar en neonato de 25 días de vida.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Neonato de 25 días de vida que acude al servicio de Urgencias por episodio, tras la toma, de emisión de contenido alimenticio por boca y nariz, tos y cianosis generalizada, de unos 20 minutos de duración. Antecedentes personales: embarazo controlado y normal; parto eutócico a término; peso adecuado al nacimiento; periodo neonatal inmediato normal; lactancia materna exclusiva con buena ganancia ponderal. Antecedentes familiares sin interés. A su llegada a Urgencias presenta mal estado general, palidez, subcianosis central e hipotonía, frecuencia cardíaca 180 lpm, y saturación de oxígeno 84%, soplo sistólico II/VI y disminución de la entrada de aire bilateral sin ruidos patológicos manteniendo esfuerzo respiratorio. Resto de exploración por aparatos normal. Tras estabilizar al paciente se decide ingreso para monitorización y estudio con el juicio clínico de atragantamiento versus pausa de apnea. Como parte del protocolo de estudio de pausas de apnea se realizaron ecografía transfontanelar normal, pHmetría que mostraba reflujo gastroesofágico fisiológico y ecocardiografía informada como posible sling de la arteria pulmonar, foramen oval permeable y ductus arterioso persistente. Ante dichos hallazgos se solicitó una fibrobroncoscopia en la que se apreciaba estenosis traqueal supracarina y una reconstrucción vascular y de vía aérea en tres dimensiones que confirmó el origen anómalo de la arteria pulmonar.

COMENTARIOS

El sling de la arteria pulmonar es una anomalía congénita infrecuente en la que la arteria pulmonar izquierda se origina en la cara posterior de la arteria pulmonar derecha, rodea la traquea y pasa entre ésta y el esófago para alcanzar el hilio izquierdo. Su prevalencia es desconocida puesto que existen casos asintomáticos; sin embargo la mayoría de los pacientes que presentan clínica lo hacen en el primer año de vida. Los síntomas son inespecíficos como sibilancias, estridor, tos o infecciones recurrentes de vía aérea inferior, lo que hace que el trastorno sea infradiagnosticado. Es frecuente la asociación con otras anomalías cardiovasculares y del árbol traqueobronquial, lo que hace que el pronóstico sea variable. La cirugía es el tratamiento de elección para los pacientes sintomáticos. Debemos considerar la compresión vascular de la vía aérea ante clínica respiratoria atípica para evitar tratamientos inadecuados y mejorar la morbimortalidad de estos pacientes.



292 EDEMA PULMONAR AGUDO EN CONTEXTO DE LARINGITIS GRAVE.

A. Mora Capin, F. Samson, J. Sánchez Etxaniz, E. Abascal Arregui, M. González Balenciaga.
Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Barakaldo. Bizkaia.

INTRODUCCIÓN

El edema pulmonar agudo es una complicación poco frecuente, probablemente infradiagnosticada, en el contexto de patología obstructiva de la vía aérea superior (VAS) de etiología muy diversa.

CASO CLÍNICO

Varón de 7 años con disnea de instauración brusca de 3 horas de evolución que, en este contexto, ha presentado un episodio sincopal. A su llegada al Servicio de Urgencias Pediátricas (SUP) del hospital comarcal presenta palidez, cianosis periférica, estridor inspiratorio audible sin fonendo y tiraje a todos los niveles. Se realizan maniobras de estabilización inicial y se administra corticoide iv y nebulización de adrenalina con mejoría parcial. Radiografía de tórax: infiltrados alveolares bibasales, estrechamiento del calibre de VAS al nivel C4-C5; silueta cardiaca normal. Se traslada a nuestro SUP en ambulancia medicalizada. *Exploración Física:* TEP alterado (dificultad respiratoria). FR 32 rpm. FC 145 lpm. SatO₂ 99% (FiO₂ 0.5). TA 112/54 mmHg. T^a 36.3°C. Normocoloreado. Bien hidratado y perfundido. Tiraje intercostal y supraesternal moderado. Estridor inspiratorio. Hipoventilación y crepitantes en base derecha.

Pruebas complementarias: gasometría venosa (pH 7.28, pCO₂ 49 mmHg, HCO₃ 23 mmol/L); hemograma (leucocitos 21.900 (L 66.5%)); bioquímica (PCR < 0.1 mg/dl); hemocultivo y serologías (negativos); ECG (normal) y radiografía de tórax. Se administra oxigenoterapia, fluidoterapia con restricción hídrica, nebulización de budesonida y adrenalina y antibioterapia empírica con cefotaxima. *Evolución:* Mejoría clínica y radiológica progresiva con resolución gradual de los infiltrados pulmonares. El paciente permanece afebril y no hay datos sugestivos de infección bacteriana por lo que se suspende antibioterapia. La evolución clínica y radiológica son compatibles con edema pulmonar agudo secundario a obstrucción de la VAS. A las 24 horas el paciente se encuentra asintomático y es dado de alta.

COMENTARIO

La fisiopatología del edema pulmonar secundario a obstrucción de la VAS es multifactorial; el mecanismo más importante parece ser el aumento de la presión negativa intrapleurales. Su espectro clínico es muy amplio, incluyendo casos asintomáticos. El diagnóstico se basa en la clínica y los hallazgos radiológicos. Generalmente el pronóstico es bueno; en la mayoría de los casos los infiltrados radiológicos se resuelven espontáneamente en menos de 24 horas. En casos severos se debe valorar la administración de diuréticos y la necesidad de instaurar soporte respiratorio con ventilación no invasiva o ventilación mecánica convencional.



293 EPIDEMIOLOGÍA Y MANEJO DE LA LARINGITIS AGUDA EN NUESTRO MEDIO.

S. Ortiz Madinaveitia, P. Huerta Blas, G. González García, G. Rodríguez Martínez, J.A. Morales Hernández.

Servicio de Pediatría. HCU Lozano Blesa. Zaragoza.

INTRODUCCIÓN

La laringitis aguda es un motivo frecuente de consulta en los servicios de urgencias causando, en ocasiones, gran alarma en los padres por su sintomatología.

OBJETIVO

Describir las características epidemiológicas, clínicas y opciones de tratamiento en los pacientes diagnosticados de laringitis aguda en nuestro servicio de urgencias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de 147 pacientes diagnosticados de laringitis aguda en nuestro Servicio de Urgencias de Pediatría entre Enero y Junio de 2009.

RESULTADOS

Se incluyeron 147 casos (1,5% del total de las urgencias; n=9871). Su distribución por sexos fue de 94 niños (63,9%) y 53 niñas (36,1%). La edad media al diagnóstico fue de $3,1 \pm 2,4$ años. En cuanto al predominio horario, el 50,4% acudieron entre las 22:00 y las 8:00 horas. El motivo de consulta más frecuente fue la tos (73,46%) seguido de fiebre (12,92%), dificultad respiratoria (10,2%), afonía (2,04%) y vómitos (0,68%). El 31,97% tenían antecedentes personales de dificultad respiratoria de vías altas o bajas. La clínica predominante fue la tos perruna/metálica (98,63%), la afonía (65,3%), la fiebre (48,29%), el estridor (31,97%) y la dificultad respiratoria (14,96%). La gravedad se distribuye, según clasificación en función del score clínico de Taussing: leves 91,15%, moderadas el 6,8% y graves el 2,4%. Al comparar la clínica según grupos de edad, los pacientes ≤ 3 años presentaban más afonía y fiebre que los > 3 años (71,3%vs50%; 54,4%vs32,6%), sin observar diferencias significativas en el resto de parámetros clínicos analizados. En el 11,56% se asoció el diagnóstico de dificultad respiratoria de vías bajas. El tratamiento elegido en la mayoría de las ocasiones fue la dexametasona oral en dosis única (57,81%), asociada en un 23,8% a ibuprofeno y en un 2,72% a prednisolona en una pauta corta de 3 días. El 28,76% recibió prednisolona ya sea sola o asociada a ibuprofeno (8,84%). En el 17,69% al tratamiento oral se añadieron nebulizaciones con budesonida (13 casos), adrenalina (11 casos) o ambas (2 casos). En las graves el 100% recibió adrenalina nebulizada. En cuanto a las pruebas complementarias en un 4,08% se realizó radiografía de tórax. Todos ellos presentaban además clínica de dificultad respiratoria de vías bajas y fiebre. El 10,20% (n=15) regresaron a urgencias por no mejoría. Todos presentaban menor gravedad según el score Taussing respecto a la primera visita; señalar que 14 de los 15 casos eran menores de 3 años. Pese a presentar una clínica menos importante, en los que volvían, se utilizaron más nebulizaciones con budesonida.

CONCLUSIONES

La laringitis aguda es una patología más frecuente en varones (63,9%), que afecta sobre todo a los menores de 3 años. La clínica predominante es la tos, afonía y la fiebre. Los menores de 3 años presentan más afonía y fiebre, quizás debido a que el crup viral afecta a niños más pequeños. Dado que su curso es más tórpido, probablemente por ello también regresan con más frecuencia (93,3%); generando más ansiedad familiar y teniendo que recurrir a tratamientos nebulizados para tranquilizar a los padres.



294 ESTUDIO PRELIMINAR SOBRE LA UTILIDAD DE LA CAPNOGRAFÍA EN LA VALORACIÓN DE LA CRISIS ASMÁTICA EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS.

T. Fernández López, M.C. Miranda Herrero, S.N. Fernández Lafever, M.R. López López, P. Vázquez López, V. Luengo Herrero.

Servicio de Urgencias Pediátricas. HGU Gregorio Marañón. Madrid.

INTRODUCCIÓN

Diversos estudios han demostrado que la capnografía permite detectar alteraciones de la ventilación-perfusión pulmonar más precozmente que la saturación transcutánea de oxígeno, presentado múltiples aplicaciones clínicas tanto en pacientes intubados como no intubados.

OBJETIVOS

Determinar si la medición del dióxido de carbono espirado (EtCO₂) en los pacientes con crisis asmática moderada-grave a su llegada al servicio de urgencias es un buen predictor de la gravedad de la crisis y de la necesidad de ingreso o de regreso a urgencias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional prospectivo descriptivo realizado entre septiembre de 2009 y enero de 2010 en el que se recogen los valores de EtCO₂ al inicio y tras tratamiento en pacientes entre 5 y 15 años que acuden al servicio de urgencias de un hospital terciario con crisis asmática moderada-grave. Todos los pacientes fueron tratados según los protocolos utilizados en nuestro hospital. La medición de los valores de dióxido de carbono se realizó mediante capnografía con gafas nasales por absorción de infrarrojos (Philips Microstream®). Se compararon los valores de EtCO₂ antes y después de cada aerosol y se correlacionaron con los valores de saturación transcutánea de oxígeno, frecuencia respiratoria y puntuación de gravedad según Pulmonary Score pre y post tratamiento, analizándose la necesidad de ingreso y regreso al servicio de urgencias en la semana siguiente. Los datos se analizaron con el programa SPSS 16 para Windows y el análisis estadístico se llevó a cabo mediante la prueba de Kruskal-Wallis, el test de Wilcoxon y la correlación de Ro de Spearman.

RESULTADOS

Se analizaron un total de 28 pacientes, 20 niños y 8 niñas. La mediana de edad fue de 8 años. El 7% de los pacientes pertenecía al grupo de asma grave (2 pacientes). El 50% de los pacientes recibía tratamiento de base y el 96% había iniciado tratamiento en domicilio. Siete pacientes precisaron ingreso en planta (25%) y uno en cuidados intensivos. Tan sólo uno de los pacientes regresó al servicio de urgencias en la semana posterior. Se objetivó un descenso estadísticamente significativo ($p=0.018$) en el EtCO₂ al final del tratamiento respecto al valor inicial. No se halló correlación entre los valores de EtCO₂ y saturación transcutánea de oxígeno, con la frecuencia respiratoria ni con la puntuación en el Pulmonary Score pre o postratamiento. Tampoco encontramos correlación entre los valores de EtCO₂ y el destino al alta: ingreso en planta, cuidados intensivos o domicilio.

CONCLUSIONES

En nuestro estudio preliminar no se ha podido concluir que la capnografía sea un buen predictor de gravedad o de necesidad de ingreso en el asma moderado-grave, probablemente porque la muestra de pacientes es escasa y la CO₂ inicial registrada no estaba suficientemente alterada al ser la mayor parte de las crisis moderadas.



295 HEMANGIOMA SUBGLÓTICO EN LACTANTE CON ESTRIDOR RECURRENTE

M. Fernández Mateo, E. Codina Sampera, M.J. López Liñán, G. Estopiñà Ferrer, F. Pumarola Segura, J. Quilis Esquerra.

Servicio de Urgencias de Pediatría. Consorci Sanitari de Terrassa. Terrassa, Barcelona.

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS

El hemangioma subglótico es una causa poco frecuente de estridor en lactantes. Su diagnóstico precoz es fundamental dadas las complicaciones con riesgo vital que puede conllevar.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Se presenta el caso de una lactante de 4 meses que consultó por estridor y dificultad respiratoria de unas horas de evolución, sin fiebre. En la exploración física destacaba taquipnea, distrés respiratorio con auscultación normal, estridor inspiratorio, afonía y un angioma en mejilla derecha. Se administraron corticoides orales y nebulizados con mejoría parcial. Desde las 6 semanas de vida había presentado 3 episodios de estridor catalogados de crup que habían mejorado con corticoides; pero tras suspender la medicación unos días, se reiniciaba la clínica. Ante el cuadro de estridor recurrente se sospechó una anomalía congénita de las vías aéreas superiores. El esofagograma evidenció una muesca en la luz de la hipofaringe, sugestivo de masa subglótica y la laringoscopia confirmó el diagnóstico de hemangioma subglótico. Se indicó tratamiento corticoideo durante dos meses previamente a la vaporización láser CO₂, reduciéndose el tamaño y dejando a la paciente asintomática.

COMENTARIOS

Los hemangiomas son los tumores benignos más frecuentes en la infancia pero su localización subglótica es menos frecuente. Proliferan los primeros meses de vida, seguido de una fase involutiva hasta la regresión de la lesión. Inicialmente los pacientes están asintomáticos y a partir de las 6-12 semanas de vida inician la clínica (tos metálica, estridor bifásico de predominio inspiratorio y dificultad respiratoria), confundiendo con el crup ya que la clínica es superponible y mejoran con la corticoterapia; aunque los síntomas son recurrentes. El 50% se asocian a hemangiomas cervicofaciales, sobretodo de la barbilla. El diagnóstico es por visualización directa con laringoscopia y el estudio se puede completar con una TC o RMN de cuello para evaluar el compromiso extraluminal. No existe consenso en cuanto al manejo terapéutico pero debido a la tendencia natural a la involución, se recomienda el tratamiento menos agresivo posible. Se han utilizado corticoides sistémicos e intralesionales, interferón-2^a, resección láser, propanolol, resección quirúrgica abierta e incluso traqueostomía. En resumen, destacar la importancia de mantener un alto índice de sospecha clínica en los neonatos o lactantes con episodios recurrentes de estridor o crup, sobretodo si además presentan angiomas faciales, ya que pueden ser causa de complicaciones con riesgo vital.



296 HOSPITALIZACIONES PEDIÁTRICAS ASOCIADAS A VIRUS RESPIRATORIOS EN LOS DOS ÚLTIMOS AÑOS

P. Martín-Fernández Tornos*, Z. Al Nakeeb**, M. Del Vecchio*, C. Vidal*, M. Cañellas Fuster*, X. Domingo Miro*

*Pediatria. **Neumología. Hospital Son Llatzer. Palma de Mallorca.

INTRODUCCIÓN

En época epidémica, el virus respiratorio sincitial es el responsable de 70% de los casos de bronquiolitis sin embargo existen otros agentes potencialmente productores como Rinovirus, Adenovirus, Bocavirus, Metapneumovirus, comprobándose la presencia de estos en infecciones de niños que antes quedaban sin diagnóstico microbiológico.

OBJETIVOS

Identificar la etiología de las patologías respiratorias ingresadas en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo y retrospectivo de los ingresos registrados en un hospital de II nivel del periodo comprendido entre (octubre 2008-enero 2009) comparándolo con (octubre 2009-enero 2010).

RESULTADOS

En el año 2008-2009 se registraron 150 ingresos por patología respiratoria de un total de 281 (53,3%). En el año 2009-2010 se registraron 192 ingresos de un total de 308 (62,3%); un 9% más que en el pasado año. En ambos periodos estudiados las causas más frecuentes de ingreso fueron bronquiolitis seguida de broncoespasmo y neumonía.

En 2008-2009 el 38% (57) fueron por VRS, 0,67% (1) Influenza A, 0,67% (1) mycobacterium tuberculosis y un 60,6% (91) no se obtuvo diagnóstico microbiológico. Al año siguiente VRS 34,3% (66), Influenza H1N1 5,7% (11), Influenza A 1,56% (3), Influenza B 0,08%, TBC 1% (2) y el 57,2% no se obtuvo diagnóstico microbiológico. Cuatro (2,6%) pacientes precisaron traslado a UCI en el primer periodo estudiado, 2 fueron VRS positivos y 2 negativos; así mismo en el segundo periodo precisaron traslado 7 (3,6%) pacientes; 4 VRS positivos, 2 negativos y 1 H1N1. No se encontró relación estadísticamente significativa entre VRS+ y la realización de pruebas complementarias y antibioterapia sin embargo sí con la oxigenoterapia ($p:0,014$) y la presencia de antecedentes personales patológicos ($p:0,0003$).

CONCLUSIONES

- La mayoría de las infecciones respiratorias son de etiología viral, suponiendo una gran carga asistencial.
- Agentes como el rinovirus, adenovirus ó bocavirus son capaces de producir cuadros clínicos suficientemente graves como para motivar un ingreso.
- En más de la mitad de los casos quedaron niños sin confirmación virológica dado que en nuestro área de trabajo carecemos de técnicas de diagnóstico rápido para otros virus, por lo que parece razonable su incorporación a nuestro servicio.



297 INFLUENCIA DE LA CALIMA EN LAS VISITAS A UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS

M.R. García Luzardo*, A.J. Aguilar Fernández**, N. Rodríguez Calcines*, S. Henríquez Santana*, S.M. Rivero Rodríguez*, S. Todorcevic*

*Servicio de Urgencias Pediátricas. **Unidad de Neumología Pediátrica. Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias.

INTRODUCCIÓN

La calima se origina en el desierto del Sahara donde las corrientes de viento forman remolinos de aire y arena que se desplazan en suspensión a cientos de kilómetros. En estos episodios en torno al 60% de las partículas tienen un diámetro menor a 10 micras (PM10); lo que les permite penetrar en las vías respiratorias inferiores. En los Servicios de Urgencias canarios hay un aumento de consultas por problemas respiratorios en los días de calima, aunque son escasas las publicaciones sobre los efectos en la salud de esta contaminación atmosférica natural.

OBJETIVO

Analizar la influencia de este fenómeno meteorológico sobre la asistencia sanitaria urgente de la población infantil de Gran Canaria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo longitudinal, en el que se comparan visitas, ingresos y diagnósticos al alta de Urgencias en dos periodos de Enero 08; el primero de ellos sin calima y el segundo con una intrusión intensa y prolongada de polvo africano (PM10 máx 1118 μm^3).

RESULTADOS

Durante el periodo sin calima se atendieron 125,53 pacientes/día, de los cuales 23,5% consultaba por problemas respiratorios; durante la intrusión de polvo Sahariano la demanda asistencial ascendió a 152,33 pacientes/día (29,24% patología respiratoria) ($p < 0,05$).

No hubo diferencias en el porcentaje de ingresos totales (8,1% vs 6,8%) ni por patología respiratoria (14,8% vs 7,8%).

Durante el periodo sin calima el 4,34% de las consultas a Urgencias fue por crisis asmática, mientras que en el periodo con calima este porcentaje ascendió al 6,55% ($p < 0,05$). Respecto a los ingresos por exacerbaciones asmáticas no hubo diferencias significativas entre los dos periodos aunque la tendencia es a ser superior en el periodo sin calima (22,26% vs 11,99%).

El número relativo de consultas por bronquiolitis fue significativamente superior en los días sin polvo Sahariano (5,6% vs 3,3%), aunque el porcentaje de pacientes que precisaron ingreso fue similar en ambos periodos (30,9% vs 29,7%).

En cuanto a las infecciones respiratorias altas hubo más diagnósticos en el periodo con calima (9,2% vs 13,3%) de forma significativa.

No se encontraron diferencias significativas en el número de visitas por laringitis (1,73% vs 1,81%), bronquitis (2,3% vs 2,6%), neumonías (1,4% vs 1,9%), faringitis (2,4% vs 2,5%), ni cefaleas (0,67% vs 0,71%) entre los dos periodos estudiados.

CONCLUSIONES

La presencia de polvo sahariano en suspensión condicionó un aumento de la demanda asistencial urgente global, por patología respiratoria y específicamente por crisis asmática. Sin embargo, el porcentaje de ingresos entre los diagnosticados fue similar en ambos periodos, lo que hace pensar que este fenómeno meteorológico condiciona un aumento en la incidencia de problemas respiratorios pero no en la gravedad de los mismos.

El aumento en el número de infecciones respiratorias altas en los días de calima podría explicarse por la presencia de microorganismos en el polvo en suspensión tal y como se ha descrito en publicaciones previas.



298 LACTA1NTE CON EDEMA PULMONAR POSTOBSTRUCTIVO TRAS RETIRADA DE CUERPO EXTRAÑO EN LA VÍA AÉREA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

M. Ballesteros García, L. Domingo Comeches, M.R. Rodríguez Díaz, A.I. Sánchez Vicente, M.J. Alcazar Villar, M. Sanz Martínez.

Pediatría. Hospital Universitaria de Fuenlabrada.

FUNDAMENTO

El edema pulmonar postobstructivo (EPP) es una complicación poco frecuente tras la desobstrucción de vía aérea. En niños las causas más frecuentes son la extubación y la amigdalectomía, habiéndose descrito ocasionalmente tras la impactación de cuerpo extraño en la vía aérea superior.

OBJETIVOS

Dar a conocer esta complicación que puede surgir tras retirada de un cuerpo extraño en la vía aérea de manera inmediata o diferida unas horas.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Niña de 7 meses, que acude al box vital por presencia de tapón de botella en la vía aérea superior, que no ha podido ser extraído manualmente en domicilio. A la exploración se observa sangre abundante en boca, y se palpa el tapón en zona posterior de la boca. Tras la retirada del cuerpo extraño con pinzas de Magill, no presenta datos de dificultad respiratoria y la ventilación pulmonar es adecuada. Horas después presente inicio de dificultad respiratoria con tiraje subcostal y estridor inspiratorio, iniciándose tratamiento con dexametasona i.v y aerosoles de salbutamol. Se solicita valoración ORL, realizándose fibrobroncoscopia (faringe muy edematosa, sin lesiones glóticas que expliquen la dificultad respiratoria). La paciente presenta progresivo aumento de la dificultad respiratoria con hipoxemia a pesar de oxigenoterapia. En la radiografía de control se aprecian infiltrados parenquimatosos algo donosos asimétricos sugestivos de edema de pulmón y neumotórax izquierdo basal. En este momento por el aumento de la dificultad respiratoria y la sospecha de edema de pulmón se traslado a Unidad de Cuidados Intensivos.

COMENTARIOS

Los niños con obstrucción aguda o crónica de la vía aérea superior tienen riesgo de edema pulmonar postobstructivo, también llamado edema pulmonar de baja presión. Se clasifica en EPP tipo I (tras obstrucción aguda de la vía aérea) y EPP tipo II (secundario a obstrucción crónica como en el caso de amigdalectomía). El EPP puede ser asintomático o presentarse, como en nuestro paciente, como distres respiratorio progresivo. El diagnóstico es a veces complicado, si no se conoce esta patología, ya que puede similar otras patologías respiratorias (frecuentemente a la auscultación aparecen roncus o sibilancias espiratorias simulando broncoespasmo o neumonía espirativa) por lo que puede ser confundido con broncoespasmos). Aunque la radiografía característica del edema agudo de pulmón demuestra típicamente infiltrados alveolares simétricos de distribución central, hasta en un 5% lo infiltrados son asimétricos. La patogénesis de EPP es multifactorial, pero el factor crítico es la presión negativa generada en la inspiración forzada contra una vía aérea obstruida, que produce un aumento del gradiente hidrostático transpulmonar y favorece el paso de líquido de los capilares a los alveolos. La administración de presión positiva en la vía aérea (CPAP) y de diuréticos, resuelve el edema, generalmente en menos de 24 horas. Asimismo la CPAP puede usarse de manera preventiva. Para evitar el desarrollo de EPP tras la desobstrucción.



299 ¿PUEDE LA LOCALIZACIÓN DE LA IMAGEN RADIOLÓGICA PREDECIR LA EVOLUCIÓN DE LA NEUMONÍA?

H. Rojo Sombrero, M. Echeverría Fernández, I. Aguado Lobo, M. Rico Pajares, R. Muñoz Codoceo, I. Pinto Fuentes.

Urgencias. Hospital Severo Ochoa. Leganés, Madrid.

INTRODUCCIÓN

La neumonía adquirida en la comunidad es una causa frecuente de ingreso hospitalario. No existe una definición universalmente aceptada del concepto de gravedad de la neumonía en la infancia o factores pronósticos de complicaciones. Hay estudios que valoren los hallazgos radiológicos como un factor pronóstico de la gravedad de la neumonía.

OBJETIVOS

Relacionar la localización de los hallazgos radiológicos con la evolución y las complicaciones de la neumonía.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, descriptivo durante un periodo de 2 años (enero 2008 – enero 2010) de los pacientes ingresados desde el Servicio de Urgencias de un hospital secundario con el diagnóstico de neumonía. Se incluyeron los niños de 6 meses a 14 años ingresados con neumonía lobar. Se excluyeron del estudio los pacientes con enfermedad de base, ingreso en el hospital 7 días previos y presentar derrame pleural al diagnóstico. Los pacientes que durante su ingreso desarrollaron derrame pleural con criterios de toracocentesis fueron derivados a un hospital terciario. El análisis estadístico se realizó con el paquete SPSS 15.0.

RESULTADOS

Participaron en el estudio 140 niños (relación niña/niño: 1/1,2) con una mediana de edad de 3 años (rango: 0,1-14 años) y con una duración de ingreso de 4 días (rango: 1-15 días). El motivo más frecuente de ingreso fueron los vómitos (42%), seguido de insuficiencia respiratoria (19%) y fracaso de antibioterapia previa (11%). La localización más frecuente fue en lóbulo inferior izquierdo (45.2%), seguido de lóbulo inferior derecho (23%) y superior derecho (10.4%). No se observaron diferencias entre la edad y la localización de la neumonía. Los pacientes con neumonías en lóbulo inferior izquierdo presentaron con más frecuencia derrame paraneumónico ($p=0,002$). Neumonías en hemotórax derecho presentaron mayor leucocitosis que las de hemotórax izquierdo ($p=0,02$). No se observaron diferencias entre la localización de la condensación neumónica con la PCT, PCR, los días fiebre, días de ingreso, duración de la oxigenoterapia ni presencia de bacteriemia.

CONCLUSIÓN

1. La localización radiológica de la neumonía en el lóbulo inferior izquierdo se asocia más frecuentemente a derrame pleural.
2. Las neumonías localizadas en hemitoráx derecho tiene más leucocitosis sin correlación con peor evolución clínica.
3. No hay relación de la localización neumónica con los reactantes de fase aguda ni con el tiempo de ingreso.



300 QUILOTÓRAX POSTRAUMÁTICO RECIDIVANTE: TRATAMIENTO URGENTE Y MANEJO CONSERVADOR AÑADIENDO OCTEÓTRIDE

Y. Martínez Criado*, S. Pérez Bertolez*, M. Núñez Cárdenas**, V. Jiménez Crespo*, L. Delgado Cotán*, J.C. de Agustín Asensio*.

*Cirugía Pediátrica, **Pediatria. Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.

INTRODUCCIÓN

La rotura del conducto torácico, responsable del quilotorax, después de un traumatismo torácico cerrado es muy infrecuente. Es necesario un tratamiento urgente de la sintomatología respiratoria, acompañado de medidas nutricionales. En nuestro caso al tratarse de una recidiva, se añadió octeótrido.

CASO CLÍNICO

Niño de 3 años que acude a Urgencias por dificultad respiratoria, tiraje y estridor. No fiebre, ni otra sintomatología. Como antecedente, 1 mes antes sufrió un quilotorax postraumatismo torácico cerrado, que fue tratado en otro centro con drenaje torácico y nutrición parenteral, y fue dado de alta con nutrición enteral con triglicéridos de cadena media. A la exploración el paciente estaba taquipneico, hipoventilando en hemitórax derecho, y en la radiografía de tórax se observó un velamiento de 2/3 en dicho lado. Para solventar la afectación respiratoria se colocó un drenaje torácico de 16F, evacuándose 600cc de quilo. Posteriormente se mantuvo con nutrición parenteral total y octeótride a 12 microgramos/kg/h, durante siete días. El drenaje se retiró una vez introducida la nutrición enteral con triglicéridos de cadena media, con la que continuó 2 semanas más. El débito total del drenaje fue de 900 cc, y tanto el aspecto macroscópico, como microscópico, confirmó que la etiología del quilotorax más probable, era el traumatismo sufrido, puesto que se descartaron otras causas secundarias como la tumoral o la tuberculosis. El paciente evolucionó favorablemente, permaneciendo asintomático hasta la fecha.

DISCUSIÓN

La afectación respiratoria se solventó tras la colocación de forma urgente el drenaje endotorácico y la evacuación del quilotorax.

El octeótride es un análogo de la somatostatina con ventajas farmacocinéticas, que actúa disminuyendo la producción de linfa a nivel gastrointestinal. Su combinación con la nutrición parenteral total favorece la coalescencia del conducto torácico dislacerado, pudiendo emplearse como alternativa a la cirugía en determinados casos recidivantes.



301 RELACIÓN ENTRE TABAQUISMO PASIVO Y EXACERBACIONES RESPIRATORIAS EN EL NIÑO.

M.T. Domínguez Coronel, V. Roldán Cano, J. Carrera Martínez, A. Molina González, J. Cervera Corbacho, M. Aragón González

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Puerta del Mar. Cádiz.

OBJETIVO

Impacto del humo del tabaco en las crisis respiratorias de los menores de 15 años.

MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis prospectivo descriptivo sobre el impacto del tabaquismo paterno en la exacerbación asmática de niños menores de 15 años. Se recogieron datos referentes a antecedentes en alguno de los progenitores de asma o tabaquismo, dermatitis atópica (DA) en el niño, reconsultas, tratamiento de fondo y gravedad de la crisis (Pulmonary Score y Sat Oxígeno).

RESULTADOS

De un total de 17262 urgencias atendidas en 7 meses (07-2009 a 01-2010), el 9% fueron clasificadas como "crisis de broncoespasmo", "asma", "bronquitis" o "bronquiolitis", siendo encuestados un 26% (n=444) (cuyo peso específico varía en función de la época del año; 23% Enero vs 3% Agosto). El 33% antecedentes asma, 53% tabaquismo pasivo, 33% DA, 31% glucocorticoides inhalados, 30% antileucotrienos y 31% crisis moderadas. Hubo un 68% de reconsultas. Del total de urgencias atendidas un 4,4% precisó ingreso; de los cuales 14% fueron de causa respiratoria (gran variabilidad estacional: 1% Julio vs 45% Enero). Si enfrentamos el resultado del grupo de fumadores con el de no fumadores (239 v 205), encontramos que los fumadores presentan mayor número de reconsultas (70% vs 64%), ingresos (8,7% vs 7,3%), consumo de glucocorticoides inhalados (34% v 31%) y antileucotrienos (31% vs 21%). Si comparamos el impacto del tabaquismo paterno en pacientes sin atopia encontramos que en los expuestos a tabaco hay mayor tasa de reconsultas (67% vs 55%), ingresos (9,4% vs 5,3%), consumo glucocorticoides inhalados (31% vs 14%) y antileucotrienos (29% vs 18%).

CONCLUSIONES

Los niños con algún padre fumador tienen mayor número de reconsultas, ingresos y consumo de tratamiento. Si valoramos una serie de pacientes no atópicos podemos concluir que si hay tabaquismo declarado aumenta el número de reconsultas, de ingresos y de tratamiento de fondo considerablemente.



302 SANSE, UN SCORE CLÍNICO PARA VALORAR LA NECESIDAD DE UNA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON CLÍNICA RESPIRATORIA.

V. Quintero, M. Pacheco Cumani, M.L. Herreros, A. García-Pose, A. Tagarro, M. Hawkins
 Servicio de Pediatría. Hospital Infanta Sofía. San Sebastián de Los Reyes, Madrid.

En las urgencias pediátricas, con frecuencia, se decide realizar una radiografía de tórax para valorar patología pulmonar en los pacientes con clínica respiratoria febril aguda. Analizamos la correlación de los signos clínicos con los hallazgos radiológicos y proponemos un score clínico para asistir en la toma de decisiones. *Materiales y métodos.* Se estudió una muestra aleatoria de paciente vistos en urgencias pediátricas. Se desarrollo un score clínico (Score de Análisis de la Necesidad de estudio radiológico SEgún la clinica, SANSE) y se valoró su efectividad en la misma muestra de pacientes.

Parámetro Clínico	NO	SI
Fiebre > 38°C en Urgencias	0	+2
Saturación ≤ 92%	0	+2
Dolor Torácico	0	+2
Taquipnea OMS	0	+2
Auscultación patológica	0	+2
Sibilancias	0	-1

RESULTADOS

Se estudiaron 132 pacientes de los cuales 40 presentaban una radiografía patológica. Un SANSE mayor de 4 puntos mostró un mejor perfil de sensibilidad y especificidad que cualquier signo clínico considerado de manera aislada (ver tabla). El area debajo de la curva ROC de SANSE fue 0,86. Todos los 25 pacientes con SANSE de 0 puntos tenían una radiografía normal.

Parámetro	Sensibilidad	Especificidad	Falso +	Falso -	VP +	VP -
Temp. > 38°C	65	76,1	23,9	35	54,2	83,3
Dolor torácico	22	98	1,1	38	90	74
Saturación ≤ 92%	26,8	90,3	9,7	73,7	55	73,7
Auscultación patologica.	43,0	70,7	57	29,3	35.4	76,9
Crepitantes	58,6	65.9	41	41,5	42,9	78,2
Taquipnea OMS	68,3	76,3	23	31,7	56	84,5
SANSE ≥ 4 ptos.	80	84.4	15	20	69.6	90,7

CONCLUSIONES

Los hallazgos clínicos considerados de manera aislada presentan limitaciones en predecir radiografías patológicas. El uso de un score clínico como SANSE aumenta la sensibilidad y especificidad de la clínica, permitiendo detectar un mayor número de pacientes con neumonía con un menor número de estudios radiológicos negativos.



303 USO DEL HELIOX EN EL MANEJO DE LAS LARINGITIS EN UN HOSPITAL DE CORTA ESTANCIA.

A. Lobeiras Tuñón, M. Arroyo Hernández, J. Rodríguez Suarez, S. Suarez Saavedra, M. García González, J. Mayordomo Colunga.

Urgencias Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.

INTRODUCCIÓN

El heliox es una mezcla gaseosa de oxígeno y helio con una baja densidad lo que favorece el flujo laminar disminuyendo la resistencia de las vías aéreas y secundariamente el trabajo respiratorio, puede emplearse en patología obstructiva de la vía aérea superior como las laringitis. Su empleo en la Unidad de Observación (UO) podría ser útil en el manejo de estos pacientes. En nuestro Hospital el empleo de heliox es habitual en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

OBJETIVOS

Describir las características del empleo de heliox en nuestra unidad y de los pacientes que ingresan por laringitis en UO y el grupo de pacientes a los cuales se les administra heliox, y si su empleo es efectivo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes ingresados en UO por laringitis durante el año 2009. Se recogen datos epidemiológicos, escala de gravedad (Westley) y tratamientos pautados. El criterio de utilización de heliox es la persistencia de estridor en reposo y/o signos externos de dificultad respiratoria tras la administración de tratamiento con dexametasona oral + adrenalina nebulizada \pm budesonida. Datos como mediana (rango).

RESULTADOS

Se incluyen 51 pacientes con laringitis en la UO (64,7% varones) cuya mediana de edad es 1,75 años (0,11-10,20). El 37,3% tuvo laringitis previas. La mediana de la puntuación a su llegada a urgencias fue de 4 puntos (0-10). Por grupos: leve 15,7%, moderada 82,4%, grave 2%. Recibieron heliox 6 pacientes (11,8%), el 66,7% varones, con una mediana de edad de 1,94 años (0,25-4,9) y un Westley de 6 puntos (5-10) a su llegada a Urgencias. La mediana del tiempo de estancia media en la UO es de 10 horas (4,5-25,5) en los pacientes que no recibieron heliox, y de 24 horas (13-56) a los que se les suministró. Todos los pacientes que recibieron heliox fueron dados de alta a domicilio, sin objetivarse efectos secundarios, y sin precisar reacadir a nuestro centro.

CONCLUSIONES

El empleo de heliox en nuestro medio parece una herramienta terapéutica útil en aquellos casos que no responden adecuadamente a la terapéutica convencionalmente empleada en la laringitis aguda.



304 VALORACIÓN DEL USO ADECUADO DE LAS CÁMARAS ESPACIADORAS EN LA POBLACIÓN ATENDIDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS (ESTUDIO PILOTO)

M.J. Lirola Cruz, S. Morlesin Muñoz, I. Salamanca Cuevas, G. Jaldón Hidalgo, M. Carrasco Sanmartín, P. Camacho Conde

Instituto Hispalense de Pediatría. Servicio de Pediatría de Clínica Sagrado Corazón.

OBJETIVO

Valorar en un corto periodo de tiempo con una alta incidencia de patología respiratoria los errores más frecuentes en el uso de las cámaras espaciadoras.

MATERIAL Y MÉTODO

Durante el periodo de tiempo comprendido entre el 22 de enero y el 2 de febrero de 2010, el equipo de enfermería realizó una encuesta a padres con hijos que utilizaban cámaras espaciadoras para terapia inhalada. Se recogió información en relación con: datos epidemiológicos, responsable de la indicación, ámbito, información sobre uso adecuado y pasos a seguir, tiempo de experiencia en el uso, conocimiento del tratamiento de rescate.

RESULTADOS

Se atendieron 1962 urgencias, 151 niños (7.7%) precisaron tratamiento nebulizado. Se realizaron 90 encuestas a usuarios de cámaras espaciadoras, 18 a pacientes que recibieron aerosoles, y 85 a pacientes que no los recibieron en ese momento.

	Mín.	Máx.	Media	Mediana	Desv	Nº
Edad actual (meses):	3,00	83,00	31,81	27,50	19,97	90
Edad de inicio de los síntomas:	0,00	39,00	11,60	8,00	9,92	90

	No	Verbal no escrita	Verbal + escrita	Visual no escrita	Visual + escrita
¿Le explicaron cómo utilizarla?	11	45	3	21	10

	SI	NO
Agita el inhalador	84	6
Lo conecta a la cámara en posición vertical	89	1
Coloca al paciente con tronco en posición vertical	82	8
Coloca la mascarilla facial	82	8
Secuencia de dosis (puff) separados	69	21
Tiempo entre inhalaciones correcta	33	57
Limpia la cara y la boca del niño	37	53
¿Conoce pauta administración salbutamol para rescate?	30	60

CONCLUSIONES

El porcentaje de pacientes que comete algún error en la técnica de inhalación con cámara espaciadora es alto, no influyendo el tiempo de experiencia en la utilización de la misma. A la vista de los resultados pensamos que sería adecuada una revisión del tipo de información que damos y el establecimiento de un sistema de vigilancia para la detección de estos errores.



305 SÍNTOMAS TRAMPA Y ERRORES DIAGNÓSTICOS EN LAS URGENCIAS PEDIÁTRICAS

M.J. López, A. Martínez, S. Yebenes, H. Elnayef, G. Estopiñá, J.A. Pallarés

Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital de Terrassa.

Un diagnóstico erróneo en urgencias, donde la sobrecarga laboral y el estrés, son un handicap importante, puede suponer un riesgo y un retraso vital en el inicio de un tratamiento adecuado. Por otro lado, la realización de algunas exploraciones y/o el uso de tratamientos inadecuados, podrían ser nefastos, y es obvio, las implicaciones legales que ello supone. Los recién nacidos, son el grupo de edad donde más errores se cometen (32-52%) y las patologías fuente de error más frecuente son: meningitis y gastroenteritis en recién nacidos, en menores de 5 años, síndromes oclusivos y neumopatías y en mayores de 5 años, apendicitis y traumatismos. Un incorrecto análisis de la gravedad, un mal interrogatorio, omitir un síntoma o interpretarlo mal, caer en un llamado "síntoma trampa", una mala valoración de una prueba, un diagnóstico erróneo o el no anticiparse a un agravamiento secundario, son las principales causas de error descritas.

Presentamos 4 casos clínicos comentados y proponemos una aproximación clínica razonada para intentar reducir los errores diagnósticos en nuestras urgencias.

- CASO 1: Niño de 3 años que consulta en urgencias por un céfalohematoma fronto-parietal I. No consta pérdida de conocimiento ni vómitos, pero sí apatía desde hace unos días.
- CASO 2: Adolescente de 14 años que consulta por dolor abdominal cólico en FID de 5 días de evolución sin otros síntomas. No menarquia.
- CASO 3: Varón de 4 años que consulta por tortícolis de 3 días.
- CASO 4: Lactante de 9 m que consulta por impotencia funcional del brazo izquierdo.

CONCLUSIONES

- Un mejor conocimiento de las situaciones de mayor riesgo y de las causas de error diagnóstico o de infravaloración de la gravedad, disminuyen el riesgo de cometer un error.
- Un interrogatorio estructurado, remontándonos cronológicamente al primer síntoma, una inspección detallada, poniendo especial interés en el estado circulatorio y respiratorio, y priorizar las urgencias terapéuticas sobre las hipótesis diagnósticas, son imprescindibles en el enfoque de cualquier caso.
- La práctica continua con casos clínicos simulados o el uso de los test de concordancia de Script, pueden ser herramientas muy útiles.
- Es fundamental no "ocultar", sino recoger y analizar con regularidad todas aquellas situaciones donde se haya cometido un error. Con ello mejoraremos la calidad de nuestro trabajo diario.



306 DERIVACIONES REALIZADAS A LA UNIDAD DE TRABAJO SOCIAL DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL INFANTIL DE TERCER NIVEL (2009)

M. Anchóriz Esquitino*, M.T. Alonso Salas**, M. Gayan Guardiola***, M.R. Troncoso Muñoz***, M. Loscertales Abril**

*Servicio de Pediatría, **Servicio de Urgencias y Cuidados Críticos de Pediatría, ***Unidad de Trabajo Social. Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS

La práctica de la Pediatría moderna atiende a la concepción integral de la salud. Los servicios de urgencia pediátricos se encuentran en una posición fundamental para detectar niños en situación de riesgo psicosocial y maltrato, colaborar en la intervención protectora de la población general e iniciar y fomentar actividades preventivas en niños considerados de riesgo. El objetivo de este trabajo es analizar las características de las derivaciones realizadas a la unidad de trabajo social desde el servicio de urgencias de un hospital pediátrico de tercer nivel.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo retrospectivo realizado desde enero de 2009 hasta diciembre de 2009. Se incluyeron pacientes menores de 14 años atendidos en urgencias de los que se emitió hoja de consulta a la unidad de trabajo social del hospital. Se revisaron las historias clínicas y las hojas de intervención social de los pacientes incluidos en el estudio. Las variables estudiadas fueron sexo, edad, motivo de la consulta por parte de los cuidadores, personal sanitario que realiza la hoja de consulta, diagnóstico social, emisión de notificación judicial e intervención por trabajo social.

RESULTADOS

Durante el periodo de estudio se atendió 74.559 consultas en urgencias, en 26 de éstas se realizó hoja de consulta a la unidad de trabajo social (0.034%). La distribución por sexo fue de 16 niñas (61.5%) y 10 niños (38.5%) con una edad media de 4.4 años (intervalo de 1 mes a 12 años y 11 meses). En el 100% de los casos la solicitud de consulta a trabajo social fue realizada por el pediatra de urgencias. El motivo de consulta más frecuente por el que acudieron a urgencias fue los traumatismos de algún tipo (42%), seguido de los síntomas neurológicos (27%) resultando 5 de los 7 casos (71%) secundario a intoxicación por tóxicos, síntomas en el área anogenital (15%), patología infecciosa banal (12%), y otros (4%). La unidad de trabajo social, diagnosticó sospecha de maltrato infantil en 20 casos (77%), y sospecha de abuso sexual en 4 casos (15%). Se realizó notificación judicial en 17 casos (65%). Además de las entrevistas familiares y orientación, la unidad de trabajo social, notificó a servicios sociales comunitarios en 24 casos (92%) y al servicio de protección de menores en 16 casos (61.5%).

CONCLUSIONES

Todo el personal sanitario del servicio de urgencias hospitalario ocupa un lugar estratégico en la detección de situaciones de riesgo sociosanitario o de maltrato en la población infantil. Debido a la complejidad de la identificación de estas situaciones, es necesario aumentar la sensibilización y formación de todo el personal que trabaja con niños.



307 DETECCIÓN DE MALTRATO INFANTIL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS DE NUEVA CREACIÓN.

C. Sánchez Vaquerizo, E. Casado Verrier, J. Adrián Gutiérrez, M. Gil, M.J. González Zapico, A. Cruz Martín.

Hospital Puerta de Hierro. Majadahonda, Madrid.

OBJETIVOS

Tras la inauguración de un nuevo Servicio de Pediatría en un hospital terciario madrileño, se instauró un protocolo de detección y actuación en caso de maltrato infantil. Nuestro objetivo es revisar y analizar todos los casos detectados en Urgencias Pediátricas desde su apertura hasta la actualidad, así como la adecuación al protocolo de actuación existente en nuestra Unidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo descriptivo de todos los casos de sospecha de maltrato infantil a través de la "Hoja de notificación de maltrato físico y abandono" de la Comunidad de Madrid, revisión de historias clínicas e historia social en la Unidad de Trabajo Social del hospital, así como contacto telefónico con los Servicio Sociales correspondiente para conocer la evolución de los casos.

RESULTADOS

Se analizaron durante un período de 16 meses un total de 29 niños encontrándose un total de 35 casos de maltrato infantil debido a la coexistencia de varios tipos de maltrato en algunos casos. La mediana de edad fue de 6 años, siendo un 76% niñas. Los 2 tipos de maltrato más frecuentes fueron el maltrato físico (34%) y la negligencia (32%), detectándose abuso sexual en otros 6 casos. En un 20% de los casos se asociaron varios tipos de maltrato. La mayoría de los casos fueron leves (48%), detectándose 7 casos calificados como graves. El motivo de consulta más frecuente fue la sospecha por un familiar directo (34%), un 30% a través de la anamnesis y exploración física en Urgencias, y el resto de casos a través de la derivación desde centro de salud u otros profesionales. La mayor parte de los casos (72%) no precisaron la realización de pruebas complementarias en la Urgencia, en 3 casos se realizaron radiografías y 6 casos precisaron valoración por otros especialistas. Sólo 3 casos de nuestra serie acudieron previamente a Urgencias con sintomatología sugerente de malos tratos. En cuanto a la adecuación al protocolo de actuación, en 4 casos no se cumplió el protocolo establecido conjuntamente entre el servicio de Urgencias Pediátricas, la Unidad de Trabajo Social y los Juzgados competentes. Se realizó seguimiento del 86% de los pacientes por parte de la Unidad de Trabajo Social y tras la intervención social y seguimiento se retiró la custodia a los padres en 3 de los casos.

CONCLUSIONES

1. La realización y puesta en marcha de un protocolo de maltrato infantil en una Urgencia Pediátrica permite la detección de situaciones de riesgo para la población infantil, así como la activación de medidas sociales para su resolución.
2. La mayoría de los casos de maltrato infantil de nuestro medio son niñas que sufren maltrato físico y negligencias leves.
3. Es preciso que todos los profesionales sanitarios en contacto con población pediátrica estén sensibilizados con el maltrato infantil y conozcan los protocolos de detección y actuación.



308 EL PACIENTE INMIGRANTE Y USO DEL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

A. Pérez Aragón*, M.T. Romero Paniagua*, J. Heredia Heredia**, I.M. López Contreras*, B. Guerrero Montenegro*, J.L. Santos Pérez*

*Urgencias de Pediatría. **Sistemas de Información y Nuevas Tecnologías. Hospital Universitario Virgen de Las Nieves. Granada.

INTRODUCCIÓN

Las urgencias constituyen parte esencial dentro de la asistencia sanitaria, pudiendo considerarse uno de los principales niveles asistenciales, junto a la atención primaria y especializada, debido a su gran repercusión social. El fenómeno de la inmigración y la incorporación al trabajo de la mujer, ha modificado claramente el patrón del paciente que acude a estos servicios. En nuestro País, la población inmigrante ha duplicado su número en los últimos 5 años y representa el 8% de la población total, procediendo sobre todo de países en vías de desarrollo. En nuestra área de influencia, la población inmigrante ha aumentado el 54% en los últimos 10 años.

OBJETIVO

1. Analizar la población inmigrante de nuestra área de influencia, nacionalidad, demanda de asistencia en urgencias, edad y horario de máxima afluencia.
2. Estudiar si existen diferencias entre los distintos días de la semana y los meses según la frecuencia de las visitas recibidas.

PACIENTES Y METODO

Hemos incluido todos los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias del H.M.I. Virgen de las Nieves de Granada, durante el año 2009. Como variables se han seleccionado la edad, Nacionalidad, Motivo de consulta, hora de asistencia, día de la semana y mes. Hemos consultado los datos del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales sobre inmigración.

RESULTADOS

En nuestra área de influencia, el 4% de la población son inmigrantes, de los que el 33% proceden de Latinoamérica, 26% de la Europa Comunitaria, el 22% son de origen marroquí y el 16% proceden de la Europa no Comunitaria. Durante el año 2009, fueron atendidos 75.903 pacientes, de los cuales 9233 eran extranjeros, representando el 12.16% del total de los pacientes atendidos. Por edades, el 95,7% eran menores de 5 años, siendo el horario de mayor afluencia el de tarde con 48.5%. Sólo el 21.5% acudió por la noche. Por días de la semana no hemos encontrado diferencias significativas y el mes de mayor afluencia fue Noviembre, probablemente influenciada por la gripe A.

CONCLUSIONES

Los pacientes inmigrantes que acuden a nuestro servicio de urgencias son mayoritariamente latinoamericanos. El horario de tarde es el que utilizan con mayor asiduidad, probablemente por la jornada laboral y sobre todo el paciente que acude es el menor de 5 años, prácticamente todos nacidos ya en la comunidad. Importante la educación sanitaria, donde deberíamos dedicar esfuerzo para mejorar el uso de los servicios sanitarios.



309 ESTUDIO DEL MOTIVO DE CONSULTA DE LOS HERMANOS ATENDIDOS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA.

V. Luengo Herrero, P. Cobo Elorriaga, R. López López, S.N. Fernández Lafever, A. Mora Capín, A. Rivas García

Servicio Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

OBJETIVO

Conocer el perfil de los pacientes hermanos entre sí que acuden al Servicio de Urgencias de un hospital terciario.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo realizado entre Enero 2009 y Enero de 2010. Para la búsqueda se utilizaron los registros de los pacientes atendidos en servicio de Urgencias. Se recogieron datos acerca de fecha de nacimiento, número de hermanos que acuden, día de la semana y turno en el que fueron atendidos, prioridad, si precisaban ingreso y los diagnósticos al alta.

RESULTADOS

Se analizó una muestra de 1390 pacientes. La mediana de edad del hermano mayor fue de 62.79 meses. La mediana de edad del hermano pequeño fue de 20,92 meses. El 17.3% eran gemelos. El 50.8% de los pacientes acudió en día laborable. La asistencia fue similar en los turnos de mañana y tarde (41 y 43.6%, respectivamente). El 13.6% de los pacientes reconsulta al servicio de Urgencias en la siguiente semana. La prioridad asignada más frecuentemente fue la prioridad 4 en ambos hermanos (88,5% en el hermano mayor, 82.8% en el hermano pequeño). El porcentaje de ingresos encontrados fue de 1.6%, y en su mayoría ingresaron por infección respiratoria. Casi la mitad de los pacientes presentaban patología de corta evolución (menor de 48 horas). El 75% de los pacientes no presentaba enfermedades crónicas. Las patologías más frecuentes en ambos hermanos fueron las infecciones respiratorias altas (32.9% y 37%), la patología digestiva (13,9 y 13%) y la patología ORL (13 y 11.6%). Alrededor del 2% de pacientes no presentaba patología objetivable. El diagnóstico al alta en ambos hermanos coincide en casi la mitad de los casos analizados.

No se objetivaron diferencias en cuanto a los hermanos que precisaban atención urgente (prioridades 2-3) y los pacientes con el resto de prioridades en los diferentes turnos. En cuanto a los días de la semana, se evidenció un mayor porcentaje de hermanos pequeños con prioridades más bajas (4-5) durante el fin de semana (86% frente al 79%)

En referencia al porcentaje de ingresos, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los distintos turnos ni entre los distintos días de la semana

CONCLUSIONES

El número de hermanos atendidos en el Servicio de Urgencias corresponde a un porcentaje no desdeñable de las urgencias totales. No se ha encontrado una mayor afluencia en ningún horario ni en días festivos. La patología respiratoria en estos pacientes es la más frecuente

La tasa de hospitalización se encuentra muy por debajo de la tasa de hospitalización urgente en nuestro hospital.



310 IMPACTO Y CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN INMIGRANTE QUE ACUDE A URGENCIAS DE PEDIATRÍA DE UN HOSPITAL SECUNDARIO.

X. Domingo Miró, M.C. Vidal Palacios, M. Del Vecchio, P. Martín-Fernández Tornos, M. Redondo Gago, P. Capel Hernández.

Hospital Son Llàtzer. Palma de Mallorca.

INTRODUCCIÓN

La población inmigrante ha crecido progresivamente en Islas Baleares hasta situarse como comunidad autónoma con la tasa más alta de inmigración del estado (20,79%). Esto ha llevado a un aumento en las consultas de urgencias por parte de esta población, dando una impresión de mayor frecuentación en comparación con población no inmigrante. Por ello y asociado a la importante diversidad socio-cultural, se realiza este estudio.

OBJETIVOS

Principal: Determinar si la población inmigrante en urgencias precisa más ingresos que la población no inmigrante. Secundario: Describir los diagnósticos, el nivel de triage, la edad, destino, presencia de reconsultas en el mismo mes, la hiperfrecuentación de urgencias, horario de atención, la presencia de barrera idiomática, el origen de los progenitores y el origen del paciente de esta población inmigrante que acude a urgencias de pediatría durante 1 mes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Encuesta demográfica durante entrevista médica a todos los pacientes que acuden a urgencias pediátricas. Revisión de los informes de alta y de triage de la población extranjera durante Noviembre 2009 en el Servicio de Urgencias Pediátricas del H. Son Llàtzer (n=495). Pacientes que consultan n=2003. Se excluyen urgencias traumatológicas. Se emplea para análisis estadístico SPSS versión 12.0. Uso del programa e-PAT v3.5 para triage.

RESULTADOS

La población inmigrante representa 24,7% de la población que consulta en urgencias. Esta población no precisa más ingresos que la población no inmigrante (p 0,09). Codificación de diagnósticos según clasificación de la SEUP: ORL (34,1%), inespecífica (25,5%), digestivo (13,7%), respiratorio (13,1%) y dermatología (5,1%). Nivel de triage: nivel V (44,3%), nivel IV (34,1%), nivel III (15,1%), nivel II (6,5%). Destino de los pacientes: A.Primaria (89,1%), unidad de observación (5,3%), ingreso (4,2%) y traslado (0,4%). Reconsulta en el mismo mes: 23%. El horario de consulta es: tarde/noche 16:01-00:00 (42,8%), seguido de la mañana 08:01-16:00 (36,2%) y de madrugada 00:01-08:00 (20%). Presencia de barrera idiomática en el 12,7% de las consultas. La mayor parte de los progenitores inmigrantes son de origen: Sudamérica 35,3% África 29,4% Mixtas 16,8%. Los pacientes hijos de estos padres inmigrantes que acuden a urgencias han nacido en: España 81,7% Sudamérica 8,8% África 3,5% Europa Oriental 3,1%. Hiperfrecuentación 10,5%. Edad poblacional: 3-36 meses 47,8%, 37meses-6años 25,8% y 7-13 años 19,1%.

CONCLUSIONES

No se halla significación estadística que permita concluir que la población inmigrante precise más ingresos que la población no inmigrante. Aunque 25% de consultas atendidas formaban parte de población inmigrante, debemos decir que 80% de los pacientes ya han nacido en nuestra comunidad. En el momento actual, no podemos sacar conclusiones sobre la frecuentación de urgencias de esta población en comparación con la población no inmigrante debido a la falta de información del censo de nuestra área de referencia.



311 **IMPLICACIÓN DE LOS PROGENITORES EN RELACIÓN AL GÉNERO EN LOS CUIDADOS DEL PACIENTE PEDIÁTRICO ATENDIDO EN URGENCIAS.**

M.C. Martínez Loza, F. Infantes Almaraz, J. Noci Belda, V. Fernández Collazo, M. Rabaneda García, N. de Lucas García.

Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

OBJETIVOS

Estudiar el grado de implicación de los progenitores, (según su género), en el cuidado de los niños/as que acuden al servicio de urgencias pediátricas de un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODO

Se hizo un estudio descriptivo entre acompañantes de los niños/as atendidos/as en la unidad entre el 16 y 31 de octubre de 2009. Para ello se estudiaron a 240 niños/as atendidos en urgencias de pediatría distribuidos de la siguiente manera: 120 niños/as en día laborable

(40/turno) y 120 fin de semana (40/turno), seleccionados al azar en cada subgrupo. Se elaboró una encuesta que incluía datos del paciente, nivel de prioridad en el triage, turno, tipo de día y presencia de madre y/o padre en triage y box, conocimiento de datos sanitarios e interés por el tratamiento. Análisis con SPSS, comparando proporción y su IC95% con test de Wilson y asociación con chi cuadrado.

RESULTADOS

Las madres estuvieron más presentes en mayor porcentaje que los padres en el punto de triage: 78% (IC95% 72-82%) frente a 58% (IC95%52-64%) $p < 0,0001$, en el box 78% (IC95% 72-82%) frente a 62% (IC95%56-68%) $p=0,0003$, conocían más los datos sanitarios 77% (IC95% 71-82%) frente a 53% (IC95% 45-59%) $p < 0,0001$ y mostraron interés por el tratamiento en mayor porcentaje e 77% (IC95% 71-82%) frente a 59% (IC 53-65%) $p < 0,0001$. La presencia de ambos en el filtro fue del 39,2% y en box del 43,4%. Ambos conocían datos sanitarios en un 32,7%, con interés común por el tratamiento en el 38,8%. Analizando los subgrupos, las diferencias son estadísticamente significativas a favor de las madres en el turno de mañana y de tarde, en todo el rango de gravedad y de edad del niño/a. En turno de noche, aunque los porcentajes son favorables a las madres, sólo hay significación estadística en conocimiento datos sanitarios. Seleccionando fines de semana, también los porcentajes favorecen a las madres, pero sin significación estadística.

CONCLUSIONES

La implicación general en los cuidados del paciente pediátrico es mayor en las madres que en los padres. En el turno de noche, (exceptuando el conocimiento en los datos sanitarios), y en fines de semana, los resultados son similares para madres y padres. Estas conclusiones nos sirven para fomentar la igualdad de género y dirigir actuaciones para transformar el concepto "rol de género" en relación al cuidado de los hijos desde la unidad de urgencias pediátricas.



312 OPINIÓN DE LOS CUIDADORES SOBRE SU PRESENCIA DURANTE LOS PROCEDIMIENTOS INVASIVOS REALIZADOS EN URGENCIAS.

A. Gamell Fullà*, P. Corniero Alonso*, P. Palazón Bellver**, C. Parra Cotanda*, V. Trenchs Sainz de La Maza*, C. Luaces Cubells*

*Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. ** Servicio de Cirugía. Hospital Universitari Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat.

FUNDAMENTO

La participación de los familiares en decisiones diagnósticas y/o terapéuticas es importante. La política de nuestro servicio de Urgencias Pediátricas (SUP) es ofrecer sistemáticamente a los familiares estar presentes durante los procedimientos invasivos (PI).

OBJETIVOS

Conocer en los pacientes ingresados desde urgencias: 1) la proporción de familiares que han acompañado al niño durante diferentes PI en nuestro SUP. 2) la proporción de familiares que desean acompañar a los niños durante los PI y sus motivos. 3) el grado de ansiedad de los familiares al presenciar los PI.

MÉTODOS

Estudio descriptivo, mediante encuestas anónimas dirigidas a los familiares de todos los pacientes ingresados desde el SUP durante el mes de Noviembre 2009. Se les pregunta cómo se han sentido durante la realización de los PI (mediante una escala de 4 ítems), así como su opinión sobre la presencia familiar.

RESULTADOS

Se obtienen 213 encuestas. El 99% fueron contestadas por padre/madre. La mediana de edad de los familiares fue de 37.2 años (p25-p75 32-43), siendo el 74.6% mujeres y el 80.3% españoles. La moda de número de hijos fue de 2 (rango 1-5). La mediana de edad de los pacientes fue de 3.3 años (p25-p75 1-8.4), siendo el 57.7% varones. Se realizó algún PI en el 73.3% de pacientes, estando presentes sus familiares en el 97.4% de procedimientos. Los familiares estuvieron presentes en el 98% (150/153) de extracciones de sangre, el 97% (36/37) de sondajes vesicales, el 72% (13/18) de punciones lumbares (PL), el 62% (5/8) de suturas de heridas y el 37% (3/8) de reducciones de fracturas. El 98% de los familiares encuestados desean presenciar la extracción de sangre, el 89.9% el sondaje vesical, el 82.4% las PL, el 88.6% las suturas y el 86.5% la reducción de fracturas. El 51.6% de encuestados creen que son los propios padres quienes deben decidir si es adecuada su presencia y el 42.3% creen que debe decidirlo el personal sanitario. Los motivos para estar presentes son acompañar a su hijo (57.9%), saber qué hace el médico (36.6%) y calmar al niño (90.1%). Los motivos para no estar presentes son: nerviosismo (51.7%) y no molestar a los sanitarios (52.4%). El PI en que los familiares se sienten más tranquilos es en la extracción de sangre (el 58.7% se sienten tranquilos o bastantes tranquilos) y en el que se sienten más nerviosos es la PL (el 61.6% se sienten nerviosos o bastante nerviosos).

CONCLUSIONES

En nuestro SUP, la presencia familiar es habitual, especialmente en los procedimientos menos invasivos. La mayoría de familiares desean acompañar a los niños durante los PI, sintiendo diferentes grados de ansiedad en función del procedimiento realizado.



313 PARTICIPACIÓN DE LAS FAMILIAS EN LA TOMA DE DECISIONES EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA. EVALUACIÓN DEL PERSONAL Y OPINIÓN DE LAS FAMILIAS.

P. Riu Villanueva, N. Pociello Almiñana, M. Plana Fernández, Z. Ibars Valverde, E. Sole Mir, F. Paredes Carmona

Unidad de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitari Arnau de Vilanova de Lleida.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años ha habido un cambio en las familias a las que atendemos: son más demandantes, están más instruidas y quieren ser participes de la toma de decisiones. Para afrontar este cambio, los profesionales que los atendemos debemos dar la información adecuada y permitir que estén presentes en el proceso diagnóstico.

OBJETIVOS PRINCIPALES

Conocer si los padres se sienten participes de la toma de decisiones, si están presentes en los procesos diagnósticos y el grado de satisfacción de la información y el trato recibido. Evaluar la información dada por los profesionales que les atienden.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Familias de pacientes atendidos en la unidad de urgencias pediátricas durante el mes de diciembre de 2009 y personal que trabaja en la Unidad de Urgencias (adjuntos, residentes, enfermería y auxiliares de enfermería).

METODOLOGÍA

Encuesta al personal de urgencias: MIR, adjuntos, enfermeras y auxiliares. Encuesta a los padres al finalizar la visita o bien antes del ingreso.

RESULTADOS

Se han realizado 35 encuestas a personal de la Unidad de Urgencias (11 adjuntos, 6 residentes, 9 enfermeras y 9 auxiliares). El 40% no se identifica cuando recibe a la familia, el 100% explican en que consisten los procedimientos que se van a realizar. Creen que no deben estar en las exploraciones el 9% de los pediatras, el 55% de las enfermeras y el 22% de las auxiliares. Dan opción a los padres a presenciar el procedimiento el 70% de los pediatras y el 61% de las enfermeras y auxiliares. Creen que deben saber porque se realizan las exploraciones el 100% de los profesionales y se lo explican a las familias el 74%. El 100% de los pediatras dicen cual es el diagnóstico y el 82% explican en que consiste. El 62% cree que damos una información correcta y el 37% cree que hacemos participes a las familias.

Se han realizado 35 encuestas a familias de pacientes atendidos en la Unidad de Urgencias de manera aleatoria en todos los turnos. Se identificó el 80% de los pediatras y el 62% de las enfermeras y auxiliares. El 74% refieren que les han explicado que pruebas se solicitaban y para que se solicitaban y en el 68% les han dado la opción de estar presentes y en el 42% les han dicho lo que tendrían que esperar. En el 100% se han explicado los resultados, el diagnóstico y en que consiste. Un 12% refieren que no se les ha explicado el tratamiento. El 94% cree que la información es adecuada y el 77% se siente participe en la toma de decisiones.

COMENTARIOS

Pese a que un alto porcentaje de profesionales no creía que la información fuera correcta ni que las familias eran participes de la toma de decisiones, esto no se ha visto reflejado en la opinión de las familias. Posiblemente el realizar la encuesta ha permitido autoevaluar la actuación previa y potenciar el cambio para mejorar la asistencia.



314 PRESENCIA DE LOS FAMILIARES DURANTE PROCEDIMIENTOS CRUENTOS Y RCP EN URGENCIAS. PROGRAMAS DE FORMACIÓN.

G. Domínguez Ortega, M.P. Storch de Gracia Calvo, MJ Martín Díaz, J.C. Molina Cabañero.
Servicio de Urgencias. Hospital Niño Jesús. Madrid.

INTRODUCCIÓN

Existe todavía una gran controversia sobre la presencia de los familiares durante los procedimientos cruentos y RCP en Urgencias, generada, en gran medida, por la reticencia del personal sanitario.

OBJETIVOS

1. Evaluar la opinión del personal sanitario del servicio de Urgencias de un hospital terciario sobre la presencia de los familiares en los procedimientos cruentos y maniobras de RCP.
2. Analizar el impacto que sobre dicha opinión ejerce una intervención educativa.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo transversal mediante una encuesta anónima entre el personal sanitario. Se recogieron datos epidemiológicos y datos referentes a la opinión del participante. Se programó una sesión posterior. El objetivo era proporcionar información bibliográfica con evidencia científica y documentos existentes sobre la materia encuestada. Los participantes entregaron su encuesta rellena al inicio de la sesión. La misma encuesta volvió a entregarse y recogerse al final de la misma. Se analizaron los datos mediante el paquete estadístico SPSS 15.

RESULTADOS

Se recogieron 86 encuestas antes de la sesión informativa (E1) y 70 después de la misma (E2). La participación, por puesto de trabajo, fue la siguiente (E1/E2): enfermero/a (26/24), auxiliar (15/12), residente (30/19), adjunto de urgencias (6/6) y adjunto de otros servicios (6/6). La media de edad fue (E1/E2) de 33,42/34,4 años y la media de años trabajando en Urgencias (E1/E2) de 5,65/6,44.

Un bloque de preguntas referentes a la opinión del personal sanitario se distribuyó en 6 grupos: 3 para los beneficios y 3 para los inconvenientes que la presencia del familiar producía en los niños, en los padres y en el personal. Se analizaron las medias de respuestas afirmativas en cada grupo por puesto de trabajo, antes y después de la sesión. La media de puntuaciones de beneficios aumentó y la de los inconvenientes disminuyó de manera significativa ($p < 0,01$).

En otro apartado se preguntaba si creían que debía darse a los padres la opción de decidir sobre su presencia. La respuesta afirmativa fue (E1/E2): enfermería (26,1%/47,8%), auxiliares (46,7%/54,5%), residentes (73,1%/94,1%) y adjuntos (100%/100%).

No encontramos diferencias significativas por edad ni por años trabajados en Urgencias para las variables analizadas.

CONCLUSIONES

En nuestro servicio, el personal de enfermería y, en menor medida, los auxiliares, representan el grupo de mayor rechazo inicial a permitir la presencia de los padres durante los procedimientos cruentos. Entre los médicos, los residentes son más reticentes que los adjuntos.

Una sesión informativa ha mejorado de manera significativa la percepción de los sanitarios sobre la presencia familiar en los procedimientos. La creación de programas de formación específicos podría favorecer la extensión de dicha práctica.



315 PRESENCIA DE PADRES DURANTE LOS PROCEDIMIENTOS INVASIVOS, ¿ESTAMOS TODOS DE ACUERDO?

M. Coca Pozuelo, E. Fortuny Chic, C. Mir Perelló, C. Pérez Velasco, D. Nehme Álvarez, F. Ferrés Serrat
Urgencias de Pediatría. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca.

OBJETIVOS

- 1- Conocer la opinión de los padres y de los profesionales sanitarios acerca de la presencia de éstos durante los procedimientos invasivos (PI).
- 2- Conocer la situación actual en nuestra Unidad de Urgencias.

MATERIAL Y MÉTODOS

- 1- Estudio descriptivo, observacional y transversal basado en encuestas distribuidas al azar a los padres de niños que acudieron a urgencias del 15 al 29 de enero de 2010. Variables encuesta: deseo de presencia, autoridad de decisión, beneficio al niño y al padre, aceptación sobre realización del PI por profesional con poca experiencia.
- 2- Variables encuesta a padres tras el PI: opción de decisión sobre presencia, posible beneficio al niño.
- 3- Variables encuesta al personal sanitario: deseo presencia padres, relación con experiencia y técnica, interferencias técnica, beneficio al niño y al padre, autoridad de decisión.

RESULTADOS

Se encuestaron 182 padres. El 74,1% desearían estar presentes si se realizara un PI a su hijo y el 71,4% piensan que debe ser el profesional sanitario el que decida sobre ello. Un 78% creen que estarían más angustiados si no estuvieran presentes y el 87,9% que su presencia beneficiaría al niño. El hecho de que el procedimiento lo llevara a cabo un profesional con poca experiencia bajo supervisión no le importaría a un 65%. Se han obtenido 20 encuestas del personal de enfermería. Un 75% refieren que su preferencia sobre la presencia de los padres depende de la invasividad del procedimiento y un 55% también de su experiencia en el mismo. El 80% opinan que dicha presencia puede obstaculizar el PI, con interrupciones (40%) o retrasos (35%) y el 50% afirma haberlo vivido en alguna ocasión. El 85% cree que la presencia de los padres es beneficiosa para el niño dependiendo de otros factores sobre los que no se preguntó. El 90% afirma que la presencia de los padres debe ser a criterio del personal sanitario. Se han obtenido 37 encuestas de residentes y adjuntos. Un 43% prefiere la ausencia de los padres durante el PI y el 55% dependiendo de su experiencia en éste. Todos los residentes encuestados y el 39,1% de los adjuntos opinan que la presencia de los padres puede obstaculizar el PI (un 27% por interrupción y un 31,6% por retraso). El 54,6% afirma haber vivido alguna de estas incidencias. El 71,5% opinan que debe ser el profesional sanitario el que decida. El 78,6% de residentes y el 52,1% de adjuntos creen que la presencia de padres beneficia al niño dependiendo de otros factores sobre los que no se interrogó.

CONCLUSIONES

- 1- La mayoría de padres prefieren estar presentes durante los PI ya que creen que les beneficia a ellos y al niño, aunque delegan la decisión al personal sanitario.
- 2- La mayor parte del personal sanitario opina que la presencia de padres puede ser beneficiosa para el niño en algunos casos y que deben ser ellos quienes decidan, dependiendo del PI y de su experiencia en éste.
- 3- Consideramos que en nuestro hospital sería interesante crear un grupo de trabajo para consensuar cuándo y cómo deben estar presentes los padres durante los PI.



316 ¿QUIEREN LOS PADRES ESTAR EN LOS PROCEDIMIENTOS INVASIVOS REALIZADOS A SUS HIJOS?

M. Vivas Moresco, L. García Arroyo, A. Holgueras Bragado, A.M. García Sánchez, E. Crespo Rupérez, E. Ancillo Gil

Pediatría. Hospital Virgen de La Salud. Toledo.

OBJETIVO

Conocer la opinión de los padres en cuanto a su presencia durante la realización de procedimientos invasivos en el servicio de urgencias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se trata de un estudio descriptivo, recogiendo los datos mediante encuestas a los familiares de los pacientes a los cuales se le realizaron procedimientos invasivos en urgencias desde noviembre del 2009 hasta enero del 2010.

RESULTADOS

Se realizaron un total de 120 encuestas. La media de edad de los encuestados es de 34,77 años (rango: 21 años – 64 años), un 77,7% son mujeres. En el 69% de los casos se entrevistó a la madre. El 87% de los encuestados eran de nacionalidad española. El número medio de hijos era de 1.81. El procedimiento en el que la mayoría de los encuestados deseaban estar presentes fue la venopunción (90,8%), seguido de sondaje vesical (68,3), punción lumbar (62,5%), sondaje nasogástrico (61,7%) y reanimación cardiopulmonar (53,3%). No encontramos asociación entre el sexo de los encuestados, su nacionalidad, estado civil y número de hijos con el deseo o no de estar presentes en los diferentes procedimientos. El motivo por el cual la mayoría de los encuestados prefería estar presentes era para tranquilizar al niño (44,2%), mientras que el motivo más frecuente para no estar presente fue por sufrimiento propio (16,7%). Un 58,4% consideraba que la decisión de acompañar a su hijo durante el procedimiento la debe tomar el médico. La mayoría de los encuestados (83,1%) consideraba una experiencia positiva el haber estado durante la realización de un procedimiento invasivo y el 87,3% volverían a estar presente si se realizase nuevamente algún procedimiento.

CONCLUSIONES

La mayoría de los familiares encuestados preferían estar presentes durante los procedimientos invasivos. Cuanto menor invasividad, mayor es el deseo de padres de estar presentes. Llama la atención el elevado porcentaje de familiares que quieren estar presentes durante las maniobras de reanimación. A pesar de su preferencia por estar presente, la mayoría de los encuestados cree que la decisión debe ser tomada por el médico; mientras que una minoría (5,8%) piensa que debe ser el personal de enfermería.



317 **SOSPECHA DE MALOS TRATOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS**

S. Rivero Rodríguez, S. García Luzardo, B. Montoro González, S. Todorcevic

Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias.

OBJETIVO

El maltrato infantil: “acción, omisión o trato negligente, no accidental, que prive al niño de sus derechos y su bienestar, que amenacen y/o interfieran su ordenado desarrollo físico, psíquico y/o social, cuyos autores pueden ser personas, instituciones o la propia sociedad”.

El objetivo es describir la epidemiología del maltrato infantil en el servicio de urgencias de un hospital pediátrico de tercer nivel.

MATERIAL Y METODOS

Estudio descriptivo, retrospectivo, desde enero de 2009 a diciembre de 2009. Se incluyeron pacientes menores de 14 años atendidos en urgencias en los que se sospechó maltrato o se emitió un parte judicial.

RESULTADOS

De un total de 55.756 urgencias, 56 casos (0.1%) fueron por un potencial maltrato (el 57,1% sexual, el 35,7% físico y el 7,1% por negligencia y abandono). La edad media fue de 7 años, con diferencia entre sexos (64,3% mujeres y 35,7% varones). El 50% fue derivado desde un servicio sanitario extrahospitalario. Se activó la vía sociojurídica en todos los casos. Ningún paciente precisó de ingreso hospitalario. Se derivó a un paciente a un centro de acogida.

CONCLUSIONES

Tras el análisis de los datos podemos concluir que en comparación con los estudios publicados destaca un importante número de casos por sospecha de abuso sexual. A grandes rasgos es necesaria tanto la sensibilización como la formación del personal sanitario para la detección del maltrato como la creación de unidades especializadas para el tratamiento y el seguimiento.



318 UTILIZACIÓN DE LAS URGENCIAS POR LOS HIJOS DE INMIGRANTES EN NUESTRA ÁREA DE SALUD

G. González García, M.E. Muñoz Jalle, L. Escartin Madurga, P. Huerta Blas, D.M. Clavero Chueca, G. Rodríguez Martínez.

Servicio de Pediatría. HCU Lozano Blesa. Zaragoza.

OBJETIVOS

Cada vez son más los usuarios inmigrantes que utilizan nuestro sistema de salud. La tasa de inmigración general de nuestro área de salud está alrededor del 12%. Si tomamos en cuenta el% de hijos de inmigrantes que han nacido en el área de salud que corresponde a nuestra hospital la tasa asciende hasta el 18,3%. Es significativo que en los dos últimos años la tasa de hijos de inmigrantes que han nacido en nuestro hospital es del 30%. Pretendemos describir el uso que hace este sector de la población de nuestro servicio de urgencias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de todas las urgencias en menores de 14 años atendidas en el 2009 en nuestro hospital. Analizaremos procedencia y turno en el que acuden a urgencias los pacientes.

RESULTADOS

Se recogieron 18862 urgencias, de las cuales el 55,04% eran niños y el 44,96% eran niñas. Según nacionalidad el 69,35% eran españoles y el 30,65% eran hijos de inmigrantes (árabes 5,21%, asiáticos 1,68%, del este de Europa 9,41%, subsaharianos 3,65% y de América latina 10,44%). De los pacientes españoles el 7,88% eran de etnia gitana. Según el turno de llegada de los pacientes a urgencias: al 31,30% se les atendió de 8:00 a 15:00 horas, al 48,47% de 15:00 a 22:00 horas y al 20,05% de 22:00 a 8:00 horas. Los pacientes asiáticos acudieron a urgencias más frecuentemente en el turno de mañana (38,99% vs 31,30%) así como los de procedencia subsahariana (38,26% vs 31,30%). Los pacientes de etnia gitana acudieron con más frecuencia en el turno nocturno (24,20% vs 20,05%) así como los pacientes de procedencia sudamericana (31,22% vs 20,05%) y los pacientes subsaharianos (24,20% vs 20,05%). Si tenemos en cuenta los pacientes menores de 2 años (n=6866), el 35% de los que acuden a urgencias son hijos de inmigrantes y el 65% restante españoles (9,83% de etnia gitana). En este subgrupo ha aumentado el% de pacientes procedentes de Europa del Este atendidos en urgencias (12,16% vs 9,41%).

CONCLUSIONES

El número de urgencias atendido en 2009 en nuestro servicio ha aumentado globalmente un 15%. El número de urgencias correspondientes a la población inmigrante está aumentando. En comparación con la tasa de inmigración de nuestra área de salud, este subgrupo de población acude proporcionalmente más veces a urgencias que los pacientes de procedencia española. Determinados subgrupos de población acuden preferentemente a Urgencias en horario 8:00 a 15:00 horas coincidiendo con la apertura de sus centros de salud en las que su pediatra de referencia está disponible.



319 ACTUACIÓN EN URGENCIAS ANTE TRAUMATISMOS CRANEOENCEFALICOS ANTES Y DESPUÉS DE LA INSTAURACIÓN DE NUEVO PROTOCOLO.

M.R. Rodríguez Díaz, A.M. Mohedas Tamayo, J.D. Pérez Macarrilla, M. Sanz Fernández, O. Farraces Ramos, M.J. Rivero Martín.

Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.

INTRODUCCIÓN

Un porcentaje importante de consulta en los servicios de urgencias pediátricas (UP) son los Traumatismos craneoencefálicos (TCE). Existen numerosas guías clínicas sobre la eficacia y rendimiento de determinados procedimientos diagnóstico-terapéuticos.

OBJETIVOS

Valorar la adecuación de pruebas diagnósticas y los criterios de inclusión en observación antes y después de la instauración del protocolo (AP y DP)

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de TCE atendidos en UP entre septiembre 2008 y 2009, 6 meses antes y después de la instauración del nuevo protocolo. Los datos clínicos y epidemiológicos que se tuvieron en cuenta para su ingreso en observación o como indicación de pruebas radiológicas fueron: edad, caída desde > 1m de altura, enfermedad de base, sospecha de maltrato, pérdida de conciencia, Glasgow, vómitos (>2), obnubilación, cefalea, déficit neurológico focal, convulsiones, signos de fractura de cráneo y cefalohematoma.

RESULTADOS

De los 35.641 pacientes que acudieron a UP en dicho periodo, 553 (1,6%) lo hizo por TCE. Entre los datos epidemiológicos y clínicos de cada grupo no existían diferencias significativas. Se realizó RX cráneo al 23% de los pacientes atendidos (AP 25% y DP 21,4%), siendo patológicas un 12% (AP 9% y DP 11,2%) y TAC craneal al 2,3% (AP 3,41% y DP 1,38%), siendo 100% normales en los dos grupos. Ninguna de las diferencias observadas entre los dos grupos fue estadísticamente significativa. Las RX de Cráneo se ajustaron al protocolo en un 16,6% AP y 35,5% DP cuya diferencia fue estadísticamente significativa con $p = 0,02$. Los datos más frecuentemente asociado a RX patológica fue cefalohematoma y < 2 años (ambos con 83% AP, y DP 83% y 100% respectivamente). Y el más frecuente asociado a petición de TAC fue: >2 vómitos (53%) y pérdida de conciencia (46%). En los dos grupos el diagnóstico más frecuente fue TCE leve sin lesión intracraneal ni fractura. Precisaron ingreso en Observación el 19%, (AP 18,8% y DP 19,3%). Ingresó en planta el 1,3% de los TCE atendidos (AP 1,2% y DP 2%) sin diferencias significativas. El diagnóstico más frecuente fue fractura craneal (88%). Se trasladó (a oftalmología) 1 niño (0,2%). No hubo fallecimientos.

COMENTARIOS

1. A diferencia de otras series o hace unos años, la RX cráneo no es una prueba habitual en nuestra urgencia
2. El rendimiento de las pruebas diagnósticas es escaso como en la RX cráneo, algo mayor cuando la indicación se adecua al protocolo.
3. La unidad de Observación permite reducir el ingreso hospitalario.



320 ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS ACCIDENTES INFANTILES EN EL ÁREA DE URGENCIAS

M. Correa Vela*, N.M. Cadenas Benítez*, V. Sánchez Tatay**, M. Anchoriz Esquitino***, M.T. Alonso Salas**, M. Loscertales Abril**

*Hospital Infantil. **Unidad de Gestión Clínica de Cuidados Críticos y Urgencias de Pediatría. ***Servicio de Pediatría General. Hospital Universitario Infantil Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS

Los accidentes constituyen la primera causa de muerte en la infancia y adolescencia. Representan un problema social y sanitario grave, siendo la principal causa de morbilidad evitable a estas edades. El objetivo del estudio es describir la incidencia y las características de los accidentes infantiles en nuestro medio y la evolución de los niños accidentados atendidos en urgencias que necesitaron ingreso en la sala de observación de un hospital de tercer nivel.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo realizado mediante revisión de historias clínicas digitales de los niños ingresados en el área de observación tras sufrir un accidente entre Agosto de 2008 y Julio de 2009.

RESULTADOS

El número total de accidentes ingresados en el periodo de tiempo reseñado fueron 469 que representan el 0.63% del total de niños atendidos (74.283) y un 12.76% de los ingresos en observación (3.675). Fueron más frecuentes en varones (62.5%) y las edades de mayor incidencia están comprendidas entre 1 y 4 años. Se produjeron con más frecuencia los sábados y en el mes de noviembre. Los lugares más habituales en los que ocurrieron los accidentes fueron el domicilio y la vía pública. Un 89.6% de los niños sufrieron un traumatismo, siendo las caídas accidentales las más frecuentes, seguidas de los atropellos y los accidentes de tráfico. En la mayoría de los accidentes no se objetivó lesión de gravedad. Los traumatismos más frecuentes fueron los craneales (32%) (de los cuales un 35,5% tenían fracturas de cráneo), seguidos de los politraumatismos (13%). Durante el periodo de estudio hubo 33 (7%) ingresos por intoxicación y 10 (2,1%) ingresos por aspiración de cuerpo extraño. En el 96% de los casos el tiempo de ingreso en observación fue menor o igual a 24 horas. Únicamente en el 20% de los pacientes se realizó algún procedimiento (sutura, intervención quirúrgica, inmovilización, fibrobroncoscopia).

CONCLUSIONES

- En nuestro medio el porcentaje de ingresos en el área de observación de urgencias de los accidentes infantiles es elevado.
- La mayoría de los accidentes son traumatismos por caídas accidentales, siendo los más frecuentes los traumatismos craneales.
- El 96% de los pacientes evolucionó de forma favorable y pudo ser dado de alta a su domicilio en un tiempo menor o igual a 24 horas.
- Insistir en la importancia de la prevención de los accidentes infantiles ya que suponen un gran impacto sanitario y social por las múltiples consecuencias que pueden conllevar y la importante morbilidad de éstos.



321 DE LA NECESIDAD, VIRTUD: MANEJO DEL PACIENTE TRAUMÁTICO POR PARTE DEL PEDIATRA DE URGENCIAS.

E. García-Teresa García, F. Mohr, A. Obieta Fernández, F. Ferrés Serrat.
Urgencias de Pediatría. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca.

La progresiva especialización de la pediatría de urgencias, la creciente tendencia a que los especialistas quirúrgicos estén localizados y para disminuir los tiempos de espera de los pacientes traumáticos, nos llevó a que a partir de julio de 2008 en nuestra Unidad todos estos pacientes fueran atendidos inicialmente por los pediatras, aunque supervisados habitualmente por los traumatólogos infantiles por razones de formación y seguridad.

OBJETIVOS

- 1) Conocer los motivos de consulta, grupos de patología traumática y localizaciones más frecuentes.
- 2) Conocer las inmovilizaciones utilizadas y los controles indicados.
- 3) Conocer el porcentaje de pacientes que precisaron intervención directa del traumatólogo.
- 4) En función de los resultados priorizar nuestros objetivos formativos.

METODOLOGÍA

- 1) Revisión de los pacientes traumáticos atendidos en urgencias desde el 1 de abril al 31 de julio de 2009 (incluyendo dolor extremidad o cojera sin fiebre asociada).
- 2) Se excluyeron los traumatismos craneoencefálicos, abdominales y en genitales.

RESULTADOS

De 10462 pacientes atendidos en este período, 1193 (11.4%) eran pacientes traumáticos que cumplían los criterios de inclusión. Se han podido revisar 1144 historias. Edad media 8 años y 7 meses (rango 1 mes-15 años), 42.2% mujeres y 57.8% hombres. Motivos de consulta: traumatismo 64.2%, dolor 11.1%, problemas con la inmovilización 5.5%, controles 4.8%, reconsultas 4.6%, heridas 4.5%, impotencia funcional 2.7%, cojera 2.3%. Patologías: contusiones 34.3%, fracturas 25.7%, esguinces 13.3%, herida 6%, dolor extremidad 4.3%, pronación dolorosa codo 3.6%. Localizaciones más frecuentes: mano 29.7%, pie 16.2%, tobillo 14.5%, muñeca 9.4% y rodilla 6.8%; en contusiones: mano 29.9%, pie 20.3%, rodilla 10.4%, muñeca 9.2% y tobillo 6.7%; en fracturas: muñeca 26%, mano 20%, pie 14.6%, antebrazo 10%, codo 9.3% y tobillo 7.8%; en esguinces: tobillo 69.6%, muñeca 12.4% y pie 8.3%. A 782 pacientes (65.8%) se les practicó inmovilización: vendaje compresivo 22.8%, yeso completo 19.9%, yeso incompleto 19%, vendaje 11.6%, imbricado 11.6%, férula digital 8.6%, cabestrillo 6.1%, otros 0.4%. El 52.5% de los pacientes se remitieron para control a su pediatra, el 40.5% a consultas externas de Traumatología Infantil, el 3% se citaron a urgencias y el 3.7% ingresaron. 102 pacientes (9.4%) requirieron intervención directa del traumatólogo: sutura 35, cirugía 32, reducción fractura 25, tracción 4, drenaje 4, yeso moldeado 2.

CONCLUSIONES

- 1) Nuestro objetivo es poder resolver autónomamente alrededor del 80% de las urgencias traumáticas.
- 2) Los esfuerzos formativos deben ir dirigidos en estos momentos a optimizar la indicación de la inmovilización más correcta según patología y el manejo de la patología traumática de mano, pie, tobillo y muñeca.
- 3) Un sobretratamiento razonable en casos dudosos y poder citar en un corto período de tiempo a la consulta de Traumatología Infantil o a urgencias proporciona tranquilidad a nuestras decisiones terapéuticas.



322 DISECCIÓN DE ARTERIA CARÓTIDA INTERNA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

I. Quilez Herrero*, N. Peris Serrano*, J. Humayor Yañez*, C. Ruiz Espinoza*, M. Pérez Bea**, E. Elizagarai Belzunegui**

*Servicio de Urgencias de Pediatría. **Servicio de Radiología. Hospital de Basurto. Bilbao.

INTRODUCCIÓN

La disección carotídea se trata de una entidad muy poco frecuente en niños, con escasos estudios acerca de la incidencia y más frecuente en adolescentes y/o adultos jóvenes. La causa fundamental en la edad pediátrica es la traumática.

CASO CLÍNICO

Niño de 18 meses que acude a Urgencias tras traumatismo craneal biparietal accidental: cabeza atrapada en puerta giratoria a nivel de ambos pabellones auriculares. Valorado 30 min. tras el traumatismo, se encuentra asintomático. Se realiza radiografía de cráneo normal. A las 7 horas reacude por vómitos, somnolencia e inestabilidad de la marcha.

Exploración física: Glasgow 15 y constantes normales; disminución de cierre palpebral derecho, desviación de la comisura bucal con el llanto hacia la izquierda, sin asimetrías en la musculatura frontal. Resto de pares craneales normales. Presenta, además, paresia de hemicuerpo derecho con imposibilidad de la marcha, desviación conjugada de la cabeza y ojos hacia la izquierda y afasia. Reflejo cutáneo plantar bilateral indiferente. Resto normal.

Evolución: TAC al ingreso: Imagen puntiforme de densidad líquido cefaloraquídeo en lóbulo temporal izquierdo, informado como posible quiste neuroglial. A las 48 horas de ingreso, ante la persistencia de la sintomatología, se realiza angioTAC, objetivándose *infarto agudo extenso en el territorio de arteria cerebral media izquierda (ACMI) y disección traumática de arteria carótida interna (ACI) ipsilateral*. En el doppler de troncos supraaórticos se constata una oclusión de ACI izquierda, con flujo de alta resistencia en AC común izquierda por lo que se instaura tratamiento con heparina de bajo peso molecular subcutánea.

Al 5º día de evolución presenta un episodio convulsivo parcial que cede con ácido valproico y fenitoina. Al alta presenta resolución completa de la parálisis facial y mejoría parcial de la paresia. Se continúa seguimiento en consultas y en rehabilitación, consiguiendo una marcha autónoma y recuperación parcial del habla, quedando con una paresia cerebral infantil tipo hemiplejía derecha. Permanece 6 meses con terapia anticoagulante por persistencia de la obstrucción de la ACI. No ha vuelto a presentar crisis convulsivas.

COMENTARIOS

Tras la revisión de los estudios radiológicos, se comprueba que la imagen del 1º TAC, que se interpretó como hallazgo casual, correspondía al inicio del proceso trombótico. Importante tener en cuenta que la disección de la arteria carótida debe sospecharse ante todo niño con accidente isquémico agudo posterior a un traumatismo craneoencefálico. En nuestro caso, llama la atención la presencia de sintomatología de dos lesiones neurológicas diferentes: por un lado infarto del área de la ACMI y por otro la parálisis facial derecha, que pueden explicarse debido al extraño mecanismo de producción del traumatismo que implica ambos lados de la cabeza.



323 EL CASCO Y LOS TRAUMATISMOS CRANEALES POR ACCIDENTES CON BICI.

A. Sagastibelza Zabaleta, V. Etayo Etayo, L. Gómez Gómez, L. Moreno Galarraga, E. Gembero Esarte, M. Garatea Rodríguez

Servicio de Urgencias Pediatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

INTRODUCCIÓN

Las lesiones en niños ciclistas son un problema de salud pública importante. El 60-74% de las muertes por bicicleta son secundarias a lesiones craneales. Según las estadísticas americanas el 97% de los fallecidos no portan casco y se estima que el uso obligatorio del mismo podría reducir el riesgo de lesión intracraneal en un 85%. En España la legislación actual (artículo 116) obliga a usar casco “cuando se circule en vía interurbana, salvo en rampas ascendentes prolongadas, por razones médicas y en condiciones extremas de calor”. Se estima que de ser obligatorio su uso, aumentaría en un 20% su empleo.

OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es revisar los traumatismos craneales debidos a los accidentes por bicicleta y analizar el efecto del uso del casco en los mismos.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo de los traumatismos craneales (TC) por accidente con bici registrados durante el 2009 en urgencias de pediatría de un hospital terciario. Se incluyen las variables edad, sexo, fecha, uso de casco, Glasgow, lesiones intracraneales y destino. Se analizan los datos mediante el sistema SPSS versión 17.

RESULTADOS

Se registraron 775 TC de los cuales 42 (5.5%) fueron por caída de bicis con edades comprendidas entre los 2 y 14 años (media: 9.1 años). El 77% fueron varones. Los accidentes se distribuyeron de manera similar a lo largo del año salvo en invierno (2%). El 81% no portaba casco (17% por no tenerlo, el 23% por rechazo abierto a utilizarlo y el resto afirmaron tenerlo y se excusaron). Según la escala de Glasgow al diagnóstico 91% fueron TC leves y 9% moderados. El 45% eran TC sin otras lesiones asociadas. No falleció ninguno. 4 pacientes (9%), con edades entre 10 y 14 años ingresaron en UCIP por lesión intracraneal (2 hematomas epidurales, 1 contusión con fractura craneal y 1 hemorragia intraparenquimatosa). De ellos solo el paciente con contusión portaba casco (fue el accidente más grave y el único sufrido en vía interurbana). De los 8 pacientes portadores de casco, 2 tuvieron lesión (2 fracturas craneales, uno con contusión). El destino fue: 74% alta, 14% observación y 12% UCIP.

CONCLUSIONES:

- El uso de bicicleta es una práctica muy común (salvo en invierno) en nuestra comunidad.
- Los adolescentes varones son el grupo de edad de mayor riesgo de sufrir lesiones graves.
- La gran mayoría de los pacientes no llevaban casco en el momento del accidente.
- Uno de cada 4 rechaza abiertamente el uso de casco.
- El uso de casco se ha demostrado que salva vidas. Los pediatras deberíamos hacer un mayor esfuerzo en concienciar sobre ello a la población, y en especial a los legisladores.
- La ley española sobre el uso de casco debería modificarse.



324 EPIDEMIOLOGÍA Y MANEJO DE LAS FRACTURAS INFANTILES EN URGENCIAS

F. Mohr*, E. García-Teresa García*, A. Obieta Fernández*, C. Ojeda-Thiez**, I. Sanpera Trigueros**, F. Ferrés Serrat*

*Urgencias de Pediatría. **Servicio de Ortopedia y Traumatología Infantil. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca.

En nuestro servicio todos los niños, incluyendo los que presentan patología traumática, son atendidos por los pediatras. Los traumatólogos infantiles están de consultores y hasta las diez de la noche presencialmente. A partir de esta hora están de guardia localizada. Durante la noche podemos llamar al residente de traumatología de adultos, aunque en pocas ocasiones lo hacemos. La identificación y manejo de las fracturas infantiles supone un nuevo reto asistencial y de formación tanto para el staff de urgencias como para el médico residente (MIR).

OBJETIVOS

- 1) Conocer los tipos de fractura y localizaciones más frecuentes.
- 2) Conocer el número de pacientes que reconsultaron y el motivo.
- 3) Conocer el resultado de los estudios radiológicos solicitados, los casos que precisaron reducción de fractura en urgencias y los que requirieron cirugía urgente.
- 4) Desarrollar objetivos de formación y optimizar el manejo y seguimiento del paciente pediátrico con fractura de huesos periféricos.

METODOLOGÍA

- 1) Revisión de las historias de los pacientes diagnosticados de fracturas en urgencias de pediatría desde el 1 de abril al 31 de julio de 2009.
- 2) Se excluyeron las fracturas craneales, faciales y de órbita.

RESULTADOS

Se atendieron 1193 pacientes por traumatismo periférico de los cuales 349 con diagnóstico de fractura, siendo 280 el número real de fracturas puesto que algunos acudieron en más de una ocasión: problemas de yeso (48, 13.7%), controles (16, 4.6%) y reconsultas (5, 1.4%). La edad media fue de 9 años (rango 1-15 años), 172 hombres (61%) y 108 mujeres (49%). Tipos de fracturas: metafisarias (119, 42.5%), diafisarias (69, 24.6%), epifisiolisis Salter y Harris (ESH) grado I (44, 15.7%), ESH grado II (19, 6.8%), epifisarias 12, huesos cortos 11, múltiples 3 y ESH grado III 2. Como subtipos cabe destacar: fracturas desplazadas (43, 15.3%), rodete (33, 11.8%), tallo verde (14, 5%) y abiertas (4, 1.4%). Localizaciones más frecuentes: muñeca (73, 26%), dedos de la mano (46, 16.4%), pies (41, 14.6%), antebrazo (28, 10%), codo (26, 9.2%), tobillo (22, 7.8%). El 82% (229) presentaron radiografías patológicas siendo el diagnóstico clínico en el 18% restante. 25 pacientes (9%) precisaron reducción de fractura bajo sedoanalgesia en urgencias y 21 (7.5%) requirieron cirugía urgente. 23 casos (8.2%) ingresaron. Se realizó seguimiento en consultas externas de traumatología infantil (234, 83.5%), por el pediatra (17, 6%) y en urgencias (6, 2%).

COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

- 1) Las fracturas más frecuentes son la fractura en rodete de muñeca, la simple de falange de manos y pies y las de antebrazo.
- 2) Es importante identificar adecuadamente las fracturas desplazadas porque siempre precisan valoración por traumatólogo, el cual también deben valorar las fracturas diafisarias de húmero, cúbito, radio, fémur y tibia, las fracturas de codo, columna y cadera y las fracturas de tobillo con radiología patológica.
- 3) Sería conveniente que en el programa de formación del MIR de pediatría se incluyera el manejo pediátrico de las fracturas infantiles y sus peculiaridades.



325 EPIDEMIOLOGIA Y MANEJO EN URGENCIAS DEL TRAUMATISMO CRANEAL PEDIÁTRICO.

M. Morán Poladura, E.M. Fernández Fernández, R. Fernández Álvarez, C. Del Busto Griñon, N. Fernández González, C. Iñesta Mena.

Servicio de Pediatría. Hospital de Cabueñes.

Los traumatismos craneoencefálicos (TCE) constituyen un importante motivo de consulta en las urgencias pediátricas, siendo la primera causa de muerte y discapacidad en los niños mayores de un año en los países desarrollados.

OBJETIVOS

Conocer las características epidemiológicas de los TCE en las urgencias y averiguar si el manejo de estos pacientes se ajusta a lo que recomiendan las principales guías.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio observacional descriptivo y retrospectivo. Se contabilizaron las visitas por traumatismo craneoencefálico que se produjeron en Urgencias de Pediatría de nuestro hospital durante el año 2008, de estas, se revisaron 100 historias de forma aleatoria.

RESULTADOS

En el año 2008 se produjeron 385 visitas por TCE, lo que supone el 1,89% del total de urgencias pediátricas no traumatológicas. La relación varón mujer fue 1,5:1. EL 42% de los pacientes eran menores de 2 años. En todos los casos, la causa fue accidental y en el 97% de ellos el mecanismo causante del TCE fue de baja energía. Sesenta y ocho pacientes permanecían asintomáticos a su llegada. Se produjo alteración del nivel de consciencia en 6 casos. Habían vomitado 12, referían cefalea 12 y amnesia en relación con el TCE 6. Un paciente presentó un Glasgow < 13 a la exploración. Solo en este caso se detectó focalidad neurológica. Cincuenta y un niños presentaron hematoma en localización frontal, veinte parieto-temporal y veintiuno occipital. En los 8 casos restantes no se objetivó contusión a ningún nivel. El 55% de los niños fueron alta directa sin realizar pruebas complementarias. En 37 pacientes se solicitó radiografía craneal, siendo el 48% de ellos mayores de 2 años. Solo se detectó una fractura. Se realizaron tres TAC (uno de ellos con resultado patológico). Las causas de solicitud del TAC fueron: detección de fractura craneal en la radiografía, TCE grave, con focalidad neurológica y vómitos proyectivos en el último caso. En 14 niños se decidió ingreso en el box de corta estancia; todos ellos presentaban algún síntoma a su llegada a urgencias. El más frecuente fue la alteración del nivel de consciencia y los vómitos. El tiempo medio de observación fue de 6 horas. Un paciente, con fractura craneal, permaneció ingresado 48 horas. Un caso precisó trasladado a UCIP.

CONCLUSIONES

El TCE es un motivo de consulta frecuente en Urgencias de Pediatría. La mayoría de los niños se encuentran asintomáticos y reciben el alta sin la necesidad de realizar estudios complementarios. Se opta por la observación hospitalaria para pacientes sintomáticos a su llegada a urgencias. La solicitud de TAC no es necesaria en la mayoría de los casos. Deberíamos revisar los criterios de solicitud de radiografía de cráneo, puesto que la solicitud en mayores de 2 años no está indicado según la mayor parte de las guías.



326 EPIFISIOLISIS DE CADERA Y OBESIDAD INFANTIL.

E.M. Canino Calderín, T. Rivero de La Cruz, A.L. Díez Recinos, O.M Aponte Contreras, P. Pérez González, A. Suárez Suárez

Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Materno Infantil de Canarias.

FUNDAMENTO Y OBJETIVO

La epifisiolisis de la cabeza femoral es la patología de cadera más frecuente en la adolescencia con una incidencia media de 2 casos por 100.000 habitantes. La etiopatogenia es desconocida, si bien parece haber una clara predisposición en pacientes obesos. La prevalencia de obesidad infantil en España ha aumentado notoriamente en las últimas dos décadas siendo la Comunidad Autónoma de Canarias una de las más afectadas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo sobre una muestra de casos descritos en nuestro hospital en los últimos 11 años.

RESULTADOS

Se seleccionaron 58 pacientes con edades comprendidas entre 7-14 años, de los cuales 38 (65,5%) eran varones y 20 (35,5%) mujeres. La edad media de los pacientes fue de 11,62 años. La incidencia ponderada del periodo estudiado fue de 7,62 casos/100.000 habitantes. Sólo se pudo establecer el IMC en 12 de ellos, siendo en el 90% el $IMC > P85$. En el resto de los pacientes sólo se pudo determinar el peso debido a la falta de cumplimentación de las historias clínicas, siendo en el 72,7% de los casos el percentil de peso mayor o igual a 90. La proporción en varones (82,7%) fue mayor que en mujeres (53,3%). La sintomatología fue en el 100% de los casos caracterizada como dolor (en cadera y/o ingle) y cojera. En 32 casos (55,1%) la cadera afecta fue la izquierda y el periodo del año con mayor incidencia el verano (38% de los casos).

CONCLUSIONES

Los hallazgos encontrados en nuestro estudio refrendan la evidencia de lo referido por la literatura hasta ahora; mayor incidencia en varones en el periodo prepuberal y puberal con tendencia al sobrepeso u obesidad y sintomatología característica. Si bien no hemos podido establecer el diagnóstico de obesidad en la totalidad de la muestra debido a la falta de cumplimentación de la historia clínica, queda patente la tendencia con los percentiles elevados de peso. La incidencia en nuestro hospital es mayor a la referida en la literatura, lo cual pudiera tener una relación directa con la alta prevalencia de obesidad infantil descrita en Canarias.



327 ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO SOBRE EL TRAUMATISMO CRANEO-ENCEFÁLICO Y SU MANEJO EN NUESTRO MEDIO

L. Cuadrón Andrés, F. Fuertes El Musa, G. González García, M.T. Pérez Roche, M.E. Muñoz Jalle, G. Rodríguez Martínez

Servicio de Pediatría. HCU Lozano Blesa. Zaragoza.

INTRODUCCIÓN

El trauma craneal (TCE) es un motivo de consulta frecuente en los servicios de urgencias. La mayoría de los casos son traumatismos banales aunque en algunos pacientes, sobre todo en los más pequeños, pueden originar lesiones intracraneales

OBJETIVO

Describir las características epidemiológicas, clínicas y el manejo de los pacientes diagnosticados de traumatismo craneal en nuestro servicio de urgencias.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 228 pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias de pediatría de Enero a Junio del 2009 diagnosticados de traumatismo craneal.

RESULTADOS

Se incluyeron 228 casos (2,3% del total de las urgencias; n=9871), 124 fueron niños (54,3%) y 104 niñas (45,62%) con una edad media de $3,61 \pm 3,66$ años. El 26,75% del total (n=61) eran menores de 1 año. La media de tiempo transcurrido desde el TCE hasta la consulta fue de $5,71 \pm 10,1$ horas (rango: 0,03-48 horas). La altura media de la que se precipitaron fue de $49,6 \pm 45,5$ cm (rango: 0-180 cm). La localización del traumatismo fue: frontal (52,02%), parietal (19,69%), temporal (2,52%) y occipital (25,75%). En cuanto a la clínica un 36,39% presentaban cefalohematomas, de los cuales 1/5 parte eran de tamaño importante y el 8,33% tenían herida sin cefalohematoma. Un 5,26% (n=12) de los pacientes tenían antecedentes de pérdida de conciencia de más de un minuto, un 11,84% había presentado más de 1 vómito a su llegada a urgencias y sólo un paciente presentó convulsión tras el traumatismo craneal. Al 39,64% se les solicitó radiografía de cráneo y TAC craneal sólo en 3 ocasiones. Se mantuvo en observación a 32 pacientes (14%) con una estancia media de 3,1 horas (rango: 0,6-12 horas). Precisarons ingreso hospitalario 6 pacientes. En los menores de 1 año se piden más radiografías de cráneo que en los mayores (62,2% vs 28,14%), se caen más frecuentemente de alturas superiores a 75cm (30% vs 18,51%) y se dejan en observación en más ocasiones (26,75% vs 12,57%). En cuanto a la altura a los niños que se caen de más de un metro se les piden más radiografías (35,48% vs 23,46%), presentan más vómitos (31,57% vs 13,8%) y se dejan más frecuentemente en observación (10,52% vs 1,09%).

CONCLUSIONES

El TCE supone un 2,3% de nuestras urgencias. Es muy frecuente en menores de 1 año; éstos se caen de más altura, se les solicitan más pruebas complementarias y se dejan en observación más frecuentemente, posiblemente por la preocupación que siguen suscitando. La protocolización del manejo del TCE permite disminuir el número de pruebas complementarias realizadas en urgencias.



328 FRACTURA RENAL: APROXIMACIÓN DIAGNÓSTICA EN URGENCIAS TRAS TRAUMATISMO ABDOMINAL.

L. Martorell Gimene*, M. Porcar Almela*, J. Marín Serra*, C. Salido Capilla*, T. Aracil Pedro*, B. Pellicer de Gracia**

*Servicio Urgencias de Pediatría, **Servicio de Radiología. Hospital Dr. Peset. Valencia.

FUNDAMENTO

El traumatismo abdominal es un motivo de consulta habitual en el Servicio de Urgencias. La mayor parte de ellos se deben a traumatismos cerrados en contexto de accidentes de tráfico, atropellos y caídas. Por la constitución anatómica del niño, existe una mayor probabilidad de lesión en órganos internos comparado con el adulto. Aunque no las más frecuentes, las lesiones del parénquima renal, presentan características especiales por su correlación con patología de base (enfermedades renales o malformaciones) y la discrepancia entre la clínica y la gravedad del daño renal.

OBJETIVOS

Identificar en el Servicio de Urgencias tras un traumatismo abdominal simple, aquellos que implican lesiones renales graves, a través de los signos de alarma observados en la exploración clínica.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

En el último año se diagnostican dos casos de fractura renal Grado 5 según The American Association for the Surgery of Trauma en Urgencias. Ambos son varones de 10 y 13 años, que acuden en los primeros 45 minutos tras traumatismo abdominal: contusión con manillar de bicicleta y contusión con mobiliario urbano (tobogán). El dolor abdominal es el motivo de consulta principal en ambos, asociando hematuria macroscópica de color rojo brillante con coágulos. En la exploración clínica presentan fascies de dolor, palidez cutánea y defensa abdominal en la zona de contusión. En ningún caso se evidencia alteración hemodinámica o neurológica. Ante la estabilidad clínica se realizan análisis de sangre con hemograma, bioquímica y coagulación, y ecografía renal y de vías urinaria con doppler. En ambos casos, y tras hallazgo en la ecografía, se realiza tomografía computerizada con contraste (TAC), donde se evidencia en un caso fractura renal izquierda con hematoma renal en zona interpolar, mientras que en otro caso se visualiza fractura en "estallido" renal derecho con conservación de polo renal superior. No existen lesiones asociadas de otros órganos o de elementos óseos. No existen alteraciones en hematocrito ni en enzimas pancreáticos ni hepáticos. En ambos casos se realizó sondaje vesical tras el diagnóstico. El tratamiento inicial consta de fluidoterapia y analgesia intravenosas, y se trasladan para vigilancia intensiva. En ambos casos, la evolución fue favorable tras tratamiento conservador.

COMENTARIOS

La fractura renal es una complicación grave aunque poco frecuente tras traumatismo abdominal. Además de la orientación clínica, las técnicas de imagen como la ecografía y TAC, no solo tienen un papel fundamental en el diagnóstico, sino también en el enfoque terapéutico ya que permiten la clasificación de las lesiones y su pronóstico. En la actualidad, la mayoría presentan una evolución favorable tras tratamiento conservador. Solo casos con sangrado activo o lesiones de pedículo vascular precisan de intervención quirúrgica urgente.



329 **FRACTURAS DE HUESOS LARGOS EN LACTANTES ¿SON REALMENTE INFRECUENTES?**

C. Luaces Cubells, M. Triviño Rodríguez, V. Trenchs Sainz de La Maza, A.I. Curcoy Barcenilla, J. Pou Fernández

Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Hospital Universitari Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat.

INTRODUCCIÓN

Aunque las fracturas de huesos largos son frecuentes en los niños maltratados, muchas veces, al no ser atendidas por pediatras, éste aspecto no se investiga.

OBJETIVOS

Conocer la incidencia de fractura de hueso largo en los lactantes que acuden de urgencias al Servicio de Ortopedia y Traumatología (COT). Conocer la información recogida acerca de su posible causa e investigación posterior.

MÉTODOS

Estudio retrospectivo. Se revisan los informes de urgencias de niños menores de 2 años de edad con diagnóstico de fractura de hueso largo desde el 1/1/2006 al 30/6/2009. Se determina la incidencia anual por cada 1000 lactantes visitados en el Servicio de COT.

RESULTADOS

En el tiempo del estudio fueron visitados en Urgencias por el Servicio de COT 4464 niños menores de 2 años; 257 (5.7%) se diagnosticaron de fractura de hueso largo. Ciento cuarenta y tres (55.6%) eran varones. La mediana de edad fue de 1.5 años (p25-75 1-1.7 años); 15 (5.9%) eran menores de 6 meses. La incidencia anual de fracturas osciló entre 54/1000 visitas en 2007 y 73/1000 visitas en 2009. En 91 (35.5%) la fractura era de radio, en 67 (26.2%) de tibia, en 57 (22.3%) de fémur, en 27 (10.5%) de cubito y en 14 (5.5%) de peroné. Treinta y cinco (13.6%) casos presentaban 2 fracturas, 24 (9.4%) de radio y cubito y 11 (4.3%), de tibia y peroné. En 197 (77%) informes de Urgencias consta alguna posible causa de la fractura, siendo las más frecuentes las caídas (117; 45.7%) y los golpes (64; 25%). En 41 (35.0%) de los casos debidos a una caída, consta el lugar desde donde se produjo; principalmente, la propia altura (7; 2.7%), el cambiador (6; 2.3%) y la cama (6; 2.3%). Se investigó posible maltrato en 3 casos, descartándose en todos ellos.

COMENTARIOS

La incidencia de fracturas de hueso largo en menores de 2 años visitados en Urgencias de COT es baja. Los datos obtenidos sobre el mecanismo de producción de la lesión es totalmente insuficiente y cabe la posibilidad de que se escape algún niño maltratado. Los pediatras deberían conocer estos casos y ayudar a un mejor diagnóstico etiológico.



330 LACTANTE DE 5 MESES CON FRACTURA-HUNDIMIENTO PARIETAL

G. González García, M.P. Collado Hernández, M.T. Pérez Roche, M.E. Muñoz Jalle
Servicio de Pediatría. HCU Lozano Blesa. Zaragoza.

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS

El traumatismo craneal es uno de los motivos de mayor demanda de atención en los Servicios de Urgencias. Existe una gran controversia sobre la utilización de pruebas de imagen.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Motivo de consulta: Lactante mujer de 5 meses que acude traída por sus padres al Servicio de Urgencias tras evidenciar hundimiento parietal izquierdo al recogerla de la guardería donde no refieren traumatismo previo. No cambio de carácter. No vómitos.

Exploración física: Peso:7kg. TA 97/48, T^a: 36,4°C, Frecuencia cardiaca: 126 lpm, Frecuencia respiratoria: 40 rpm. Glasgow 15. Pupilas isocóricas y normoreactivas. Motilidad ocular normal. Tono, fuerza, reactividad y reflejos preservados. Pares craneales normales. Hundimiento parietal derecho de 5x3x1 cm, con bordes sobreelevados y petequias en piel superficial. No crepita, no fluctúa. No otros signos externos traumáticos. Resto de exploración compatible con la normalidad.

Evolución y tratamiento: Se monitorizan las constantes vitales de forma continua. Se canaliza vía periférica para extracción de analítica (hemograma, bioquímica, coagulación: normales), perfusión IV con SSF y se solicita radiografía de cráneo y TAC craneal donde se confirma fractura de tabla interna con hundimiento parietal izquierdo, sin signos de lesión intracraneal. Se comenta con servicio de neurocirugía y se traslada a hospital de referencia para realización de intervención quirúrgica. Se realiza corrección del hundimiento a las 24 horas con evolución postoperatoria favorable y alta hospitalaria a los 4 días.

COMENTARIOS

El traumatismo craneal es uno de los motivos de mayor demanda de atención en los Servicios de Urgencia, si bien, en la mayoría de ellos no es necesario solicitar estudio por imágenes. No existe una opinión unánime en cuanto a qué método de imágenes se debe solicitar, pero si que lo hay en que se realicen al menos en todos los niños con examen neurológico alterado, convulsiones, signos clínicos de hipertensión intracraneal, depresión de cráneo, otorrea o rinorrea de líquido cefalo-raquídeo, otorragia o sospecha de maltrato infantil. El TAC presenta un mayor rendimiento en la detección de fracturas de la base del cráneo, complicaciones intracraneales y en la evaluación de las fracturas con hundimiento. Se recomienda tratar las fracturas deprimidas cuando el hundimiento es mayor de 8-10 mm, existe un déficit neurológico, fístula de LCR o son además abiertas. La cicatrización de las fracturas en el cráneo se completa en 3-6 meses en los niños pequeños y hasta 1 año en los niños mayores. Debe tenerse siempre en consideración la posibilidad de un traumatismo no accidental y descartar maltrato infantil si no existe una historia clínica clara o convincente.



331 LESIÓN VASCULAR EN PACIENTE POLITRAUMATIZADO; DETECCIÓN DE ASIMETRÍA DE PULSOS EN LA EXPLORACIÓN INICIAL EN URGENCIAS.

R. Merino Amigó*, E. Cortès Saladelafont*, A. de Francisco*, L. Delgado Ramis**, M. Montraveta*,

*Servicio de Pediatría, **Servicio de Cirugía Cardíaca. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona.

FUNDAMENTOS Y OBJETIVOS

En los servicios de urgencias atendemos con relativa frecuencia pacientes que han sufrido un politraumatismo. Presentamos el caso clínico de un adolescente de 16 años al cual después de un accidente de tráfico se le detecta discordancia en la intensidad de pulsos periféricos entre ambas extremidades superiores, estando el paciente asintomático.

OBSERVACIÓN CLÍNICA

Adolescente de 16 años sin antecedentes patológicos, que tras accidente de tráfico presenta disociación de pulsos y tensión arterial entre ambas extremidades superiores, siendo significativamente inferiores en extremidad superior derecha. El resto de la exploración física es anodina y el paciente se encuentra asintomático sin presentar dolor. Se realiza una tomografía computarizada torácica en la cual se detecta hemomediastino y neumomediastino posterior con probable perforación traqueal sin poder descartar perforación esofágica. Antes estos hallazgos se procede a una evaluación más exhaustiva en búsqueda de la causa que origina el hemomediastino y el neumomediastino posterior. La arteriografía muestra imagen compatible con laceración a nivel del tronco braquiocefálico en su unión con aorta ascendente. Se realiza broncoscopia que observa abrasión traqueal con tejido eritematoso y equimótico. La esofagogastroduodenoscopia descarta lesión esofágica.

Se diagnostica de pseudoaneurisma disecante traumático de tronco arterial braquiocefálico, y tras descartar que la lesión de la vía aérea ocasione riesgo mayor de intubación, se decide intervención quirúrgica. Se realiza bypass extranatómico de aorta ascendente hasta tronco braquiocefálico distal excluyendo el pseudoaneurisma traumático.

A las 24 horas de la cirugía presenta sensación disneica con acceso de tos y sangrado de drenajes torácicos, por lo que se decide reintervenir para revisión. En el momento de la inducción anestésica presenta estridor laringeo e imposibilidad para intubación orotraqueal; presenta episodio de desaturación y bradicardia por imposibilidad de ventilar que requiere traqueostomía emergente. Se realiza revisión de cirugía de la derivación objetivándose sangrado por el punto del muñón del tronco braquiocefálico, que se sutura. Se revisa la traqueostomía emergente apreciándose rotura posterior de primer y segundo anillo traqueal que se reparan. Posteriormente el paciente presenta buena evolución clínica.

COMENTARIOS

- La ausencia de dolor en pacientes politraumatizados no descarta la posibilidad de lesiones potencialmente graves, por lo que hay que realizar una exploración física exhaustiva.
- Queremos destacar la importancia de explorar minuciosamente los pulsos periféricos en estos pacientes, ya que en ocasiones una asimetría de pulsos puede asociarse a patología grave que requiera una actuación urgente.



332 MOTIVOS DE CAÍDA EN NIÑOS MENORES DE SEIS MESES DE EDAD.

M.J. González Prieto, P. Martínez Pérez, V. Díaz Queipo, R.E. Menéndez Ordás
Servicio Urgencias de Pediatría. Hospital de Cabueñes, Gijón.

OBJETIVOS

Determinar las causas de caída en niños menores de seis meses área y conocer los lugares más frecuentes donde se producen para trabajar en la prevención.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de las historias de los pacientes menores de seis meses de edad que fueron atendidos en el servicio de Urgencias de Pediatría.

RESULTADO

Durante el año 2009 se realizaron un total de 1946 consultas en niños menores de 6 meses. De estas, 41 se debieron a caídas. Cabe resaltar que de los pacientes estudiados, el 82% de las caídas se produjeron en el domicilio, siendo un 43% de éstas desde el sofá o la cama de los padres. Un 36% se debieron a vuelcos o caídas desde los cochecitos o hamacas. El resto de las caídas fue desde los brazos del cuidador y, en una ocasión, desde una camilla de exploración médica.

La media de edad de los atendidos resultó ser de 3,3 meses, con una distribución similar por sexos (21 varones y 20 mujeres).

El domingo es el día de mayor frecuencia de caídas, seguido por el jueves y el viernes. El 60,9% de las caídas se atendieron en el horario de 15 a 22 horas.

CONCLUSIONES

Es un error creer que el domicilio es un lugar más seguro que cualquier otro para los bebés. Es importante mantener las medidas de sujeción de los elementos portabebés, no dejarlos en lugares elevados de los que pueden volcar, no dejar solos a los bebés en sofás y camas, en la creencia de que no se moverán lo suficiente para caer. No descuidar la vigilancia.



333 NIÑO CON CLAUDICACIÓN DE LA MARCHA. ACTUACIÓN EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA

N. Martín Ruiz, R. Manso Ruiz de La Cuesta, M.L. Rodríguez Sanz, L. Gracia Torralba, A. Maneo Oteiza, Y. Romero Salas.

Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza.

INTRODUCCIÓN

La cojera es un patrón de marcha anormal debido al dolor, debilidad muscular o deformidad del esqueleto. La denominación más correcta sería “alteración de la marcha” en lugar de cojera. Cuando el niño es menor de 15 meses, el cuadro se puede presentar como una variante que consiste en rechazo del apoyo del miembro afecto. Este estudio va dirigido a niños de 0 a 15 años que presentan claudicación en la marcha o impotencia funcional de las EEII. Las causas más frecuentes en la infancia son los traumatismos y la sinovitis transitoria de cadera, si bien es preciso realizar una anamnesis y exploración detallada para descartar otras posibles causas.

Objetivo: actualizar protocolo de actuación ante la claudicación de la marcha en urgencias de pediatría y valorar el cumplimiento de los indicadores de calidad y en base a esto, buscar puntos de mejora en la asistencia a estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se han revisado los casos de cojera que se presentaron en urgencias entre los meses de marzo a julio de 2008, recogiendo en todos ellos los siguientes parámetros: la asistencia recibida, pruebas complementarias realizadas y diagnósticos al alta, revisando si se habían cumplimentado los indicadores de calidad del anterior protocolo: constancia de la existencia de antecedente traumático, existencia de fiebre, constancia del tiempo de evolución y exploración de reflejos osteotendinosos de miembros inferiores. Se ha realizado una búsqueda bibliográfica del tema que nos ocupa buscando posibles actualizaciones.

RESULTADOS

De los 31 informes de urgencias estudiados, al alta el 60% de los pacientes fueron diagnosticados de sinovitis transitoria de cadera, 37% de traumatismo y 3% de otros diagnósticos (como miositis, Osgood-slatler etc..). Con respecto a los indicadores de calidad: la constancia de la existencia de antecedente traumático se registró en un 87%, la existencia de fiebre en un 60%, el tiempo de evolución en un 97% y la constancia de exploración de reflejos osteotendinosos de miembros inferiores sólo en un 6%. Se confirma que la inmensa mayoría de las cojeras infantiles afebriles y sin antecedente traumático corresponden a sinovitis de cadera.

CONCLUSIÓN

Se ha comprobado que en nuestro Servicio se realiza una buena anamnesis y exploración física, pero es llamativo el escaso porcentaje de registros de los reflejos osteotendinosos (importante su exploración para descartar patología de origen neurológico). Tras la revisión realizada se ha añadido un nuevo indicador de calidad: la no realización de radiografía de caderas ante la sospecha de sinovitis transitoria de caderas sin otras complicaciones.



334 OSTEOMIELITIS AGUDA EN URGENCIAS: ¿UNA ENTIDAD EN AUGE?

E. Burguete Archel, A. Saez de Ibarra Pérez, J. Hualde Olascoaga, N. Lecumberri García, V. Etayo Etayo, L. Gómez Gómez.

Servicio Urgencias Pediatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

INTRODUCCIÓN

La osteomielitis es una infección ósea, principalmente por vía hematógena. El 50% se produce en menores de 5 años, siendo el dolor localizado el síntoma guía. Dada la frecuente normalidad de las pruebas complementarias y la clínica insidiosa, suele existir demora en el diagnóstico y requerir frecuentes reconsultas en los Servicios de Urgencias.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio epidemiológico retrospectivo de los casos diagnosticados de osteomielitis en Urgencias de Pediatría de un hospital terciario en el periodo de 2002-2009. Se evalúa el número de casos diagnosticados por año, analizando el tiempo de demora hasta el diagnóstico y las diferencias según el motivo de consulta, las pruebas de laboratorio y la edad. Las variables recogidas fueron sexo, edad, tiempo de demora, localización, motivo de consulta, fiebre, leucocitosis, PCR, hemocultivo, Rx, ecografía, gammagrafía, cirugía, tratamiento antibiótico, duración de tratamiento parenteral y duración total. Los datos se analizaron con programa estadístico SPSS v17.0.

RESULTADOS

Se registraron 20 casos. El 50% de los niños eran menores de 2 años, con igual de distribución por sexos. El motivo de consulta fue fiebre y dolor en 40%, sólo dolor localizado en 35%, y únicamente cojera en 15%. La localización más frecuente fue tibia distal (4 casos) seguido de diferentes huesos de pie (7 casos). El tiempo de evolución medio al diagnóstico fue de 9.6 días (máximo: 30 días), precisando reconsultas en 62.5%. Sólo 21.1% presentó leucocitosis >15000 y 57.9% PCR>5 mg/dl. Se observó mayor demora en el diagnóstico en los niños que presentaron únicamente dolor o cojera (sin fiebre) como motivo de consulta, respecto a los que presentaban fiebre asociada, aunque no alcanzó significación estadística ($p=0.13$). No existen diferencias significativas ($p=0.5$) en el tiempo de demora diagnóstica entre los menores de 3 años y mayores de 3 años. Se aisló en 5 hemocultivos, *S. aureus* meticilin-sensible (resto negativos). Todos los niños ingresaron con antibioterapia iv (cefotaxima y cloxacilina en el 78.9%) salvo uno que se trató con antibiótico oral y que fue el único que evolucionó tórpidamente, precisando cirugía.

Los casos diagnosticados se han cuadruplicado en los últimos 2 años.

CONCLUSIONES

- La osteomielitis es una infección ósea cuya clínica, frecuentemente, es sutil. Los resultados de laboratorio y Rx son inespecíficos por lo que las reconsultas y la demora en el diagnóstico es un hecho frecuente en Urgencias.
- El dolor es el síntoma principal para sospecharla.
- El tratamiento debe ser parenteral, asociándose la antibioterapia oral inicial con peor evolución.
- La incidencia ha aumentado espectacularmente, probablemente debido al incremento de *S. aureus* meticilin-resistente como postula la bibliografía aunque en nuestra serie no puede ser achacado a esta causa.



335 POLICONDRITIS RECIDIVANTE, CÓMO RECONOCERLA EN URGENCIAS.

V. Bernabéu Sáez, A. Remesal Camba, J. Martín Sánchez, Y. Mozo Del Castillo
Hospital Universitario La Paz. Madrid.

INTRODUCCIÓN

La consulta de un niño en Urgencias con inflamación y despegamiento del pabellón auricular nos lleva al diagnóstico diferencial de picadura, reacción alérgica o mastoiditis. Sin embargo, otros diagnósticos son también posibles.

OBJETIVOS

Definir y saber reconocer en la Urgencia una patología poco frecuente, la *policondritis recidivante*.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Niño de 3 años que acude a Urgencias por molestias en la oreja, sin fiebre ni otra sintomatología. Ha tenido otros 9 episodios previos similares, siempre en la misma oreja y autolimitados, durante el último año. A la exploración física, se aprecia tumefacción, eritema, calor y dolor en pabellón auricular izquierdo que respeta lóbulo. No se observa eritema en región mastoidea. Resto de la exploración normal. Se le pauta antibiótico (Augmentine) y corticoide tópico (Celestoderm), cediendo en dos días. El hemograma, bioquímica, orina, radiografía de tórax, inmunología, así como el estudio cardiológico y oftalmológico fueron normales. Pasados unos meses, el episodio repite, afectando a ambas orejas y remitiendo en cuatro días.

COMENTARIOS

La policondritis recidivante es una enfermedad inflamatoria de etiología desconocida y base autoinmune que afecta al tejido cartilaginoso. Se presenta por igual en ambos sexos, con un pico de incidencia entre la 3ª y 5ª décadas; afectando en menos del 10% durante la infancia. En el 90% de los casos se afectan las orejas, constituyendo el síntoma debut en el 25% de ellos; produce eritema, dolor y tumefacción en el pabellón auricular, respetando lóbulo. También ocasiona artritis no erosiva y asimétrica; afectación del cartílago nasal (epistaxis, rinorrea), afectación ocular (escleritis, uveítis, iridociclitis), respiratoria (constricción laringotraqueal, laringitis, traqueítis, bronquitis), cardíaca (disfunción valvular), disfunción coclear o vestibular (pérdida neurosensorial, tinnitus, vértigo)... que aunque no se encuentren al inicio se pueden añadir con los años, pudiendo manifestarse cualquiera de ellas como síntoma debut. Evolutivamente, episodios repetidos ocasionan oreja en coliflor y nariz en silla de montar. Es, por tanto, una enfermedad debilitante progresiva potencialmente mortal. Puede asociarse a múltiples patologías autoinmunes y oncológicas (manifestándose como síndrome paraneoplásico). Los corticoides se usan para tratar el brote pero no frenan la evolución.



336 QUEMADURAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS DEL COMPLEJO HOSPITALARIO DE ALBACETE.

V. García González, O. García Mialdea, M.J. Martínez García, M.S. Hoyos Vázquez, A. Rubio Ruiz, M. Terrasa Nebot

Complejo Hospitalario Universitario de Albacete.

OBJETIVOS

Conocer la características epidemiológicas y clínicas de los niños menores de 14 años atendidos por quemaduras en el servicio de urgencias de nuestro área.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo de las quemaduras atendidas en el Servicio de Urgencias de Pediatría del Complejo Hospitalario de Albacete en el año 2009. Se han analizado datos demográficos, mecanismo de la quemadura, localización y superficie corporal afectada, grado, manejo y tratamiento en urgencias.

RESULTADOS

Se revisaron un total de 88 episodios de quemaduras, que suponen el 0,2% del total de la asistencia pediátrica global. El 54% fueron varones. Las edades al diagnóstico fueron: menores de 1 año un 9%, entre 1 y 4 años un 66% (de éstas el 41,3% en menores de 2 años), y entre 5 y 10 años y mayores de 10 años, un 17% y un 8% respectivamente. El mecanismo principal fue por contacto con un sólido caliente, seguido por las producidas por escaldaduras y por llama. 65 casos fueron de localización única. Tanto de forma aislada como en los casos múltiples la localización más frecuente fue la mano. Las quemaduras producidas por contacto con un sólido caliente y las escaldaduras afectaron a las manos con mayor frecuencia. El 58% presentaron quemaduras menores del 3% de la SCQ (superficie corporal quemada). En 7 casos la SCQ fue entre el 10 y el 20%, de éstas, 3 fueron producidas por escaldadura, 2 de ellas requirieron ingreso en planta y 1 fue trasladada a una unidad de quemados especializada. Únicamente en 1 caso la SCQ era mayor del 20%, el mecanismo fue por escaldadura y fue derivada a una unidad de quemados. La afectación fue de 2º grado en el 67% de las quemaduras, sólo 1 caso fue de tercer grado. 6 pacientes fueron valorados por el Cirujano Plástico, el resto fueron atendidos de forma exclusiva por el pediatra de urgencias. El tratamiento aplicado en la mayoría de las quemaduras fue la cura local y antibiótico tópico, con desbridamiento en 8 casos. Ingresaron 2 pacientes y 3 fueron trasladados. El resto fueron dados de alta tras el tratamiento en el servicio de urgencias y el 42% de ellos se derivaron para valoración por el Cirujano Plástico en las 24- 48 horas siguientes.

CONCLUSIONES

Las quemaduras continúan siendo una causa relativamente frecuente y a la vez fácilmente evitable de accidentes en la edad pediátrica, sobre todo en menores de 2 años. La mayoría de las quemaduras en nuestro entorno son de escasa gravedad, pudiendo ser manejadas por un pediatra en el servicio de urgencias y posteriormente de manera ambulatoria. Necesitamos estimular e insistir en la aplicación de medidas preventivas y de seguridad en el entorno de los niños, mediante educación a padres y cuidadores.



337 REGISTRO DE TRAUMATISMOS CRANEOENCEFALICOS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA: CARACTERISTICAS DE LOS PACIENTES

P. Manzanares Blázquez, M.R. Rodríguez Díaz, O. Farraces Ramos, A. Mohedas Tamayo, J.D. Pérez Macarrilla, M.J. Rivero Martín

Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid.

OBJETIVOS

Describir las características de los traumatismos craneoencefálicos pediátricos (de 0 a 14 años) que precisan asistencia hospitalaria (consulta en urgencias, unidad de observación, ingreso en planta o derivación a unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP).

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo de 553 traumatismos craneoencefálicos pediátricos que precisaron asistencia hospitalaria entre septiembre de 2008 y septiembre de 2009.

RESULTADOS

Entre septiembre de 2008 y septiembre de 2009 fueron atendidos en el servicio de urgencias 553 pacientes con traumatismo craneoencefálico de las 35.641 urgencias totales. El 44% de los pacientes tenían edades comprendidas entre los 0 y los 2 años, de los cuales el 55% (135) eran varones. El mecanismo causal más frecuente fue la precipitación/caída (99%), de los cuales 18% se produjeron por encima de 1m de altura, seguido de 1 de accidente de tráfico (0,5%) y ningún accidente deportivo. De todos ellos el 86% se produjeron en el ámbito doméstico. Entre los 2 y los 10 años se registraron 292 (53%) traumatismos craneoencefálicos, de los cuales 211 (72%) eran varones. La causa más frecuente fue precipitación/caída (88%), el 26% por encima de 1m de altura y la mayoría en ámbito doméstico (56%) aunque 25 (9,3%) fueron accidentes deportivos y 6 casos (2,2%) accidentes de tráfico. El 41% de los 17 casos (3%) de traumatismos registrados entre los 10 y los 14 años corresponden a varones, en un 53% debido a accidentes deportivos y 46% por precipitaciones o caídas, de las cuales el 28.5% fueron por encima de 1m de altura. El diagnóstico más frecuente fue traumatismo craneoencefálico leve sin fractura ni lesión intracraneal (528 casos, 95,5%). Presentaron fractura craneal 13 (2,3%), ninguno lesión intracraneal. Precisaron observación en urgencias 104 (19%), de los cuales 7 (7%) fueron ingresados y 1 (0,2%) trasladado a oftalmología de otro hospital; no se registró ningún fallecimiento.

CONCLUSIONES:

1. Dos tercios de los traumatismos se producen en el ámbito doméstico por precipitaciones o caídas.
2. En mayores de 10 años, el mecanismo más frecuente son accidentes deportivos.
3. La mayoría de los traumatismos craneoencefálicos son leves y pueden ser manejados de forma ambulatoria.



338 TRAUMATISMO ABDOMINAL EN EL AREA DE URGENCIAS: PRUEBA DE IMAGEN DE ELECCIÓN.

E. Mellado Troncoso, M.J. Sánchez Álvarez, M.A. Murillo Pozo, V. Sánchez Tatay, M.T. Alonso Salas, M. Loscertales Abril

Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias Pediátricas. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla.

OBJETIVOS

Estudiar las características epidemiológicas, clínicas y evolutivas de los pacientes ingresados por traumatismo abdominal moderado en el Servicio de Observación de un hospital terciario. Valorar la validez de la ecografía abdominal como diagnóstico por la imagen para detectar lesiones intraabdominales.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo retrospectivo, mediante revisión de historias clínicas informatizadas de pacientes ingresados en Observación durante los años 2008-2009. Se recogen las siguientes variables: edad, sexo, mecanismo de lesión, clínica, exploración, pruebas complementarias y destino al alta.

RESULTADOS

El número total de traumatismos abdominales fue 43, que supone el 0,5% del total de pacientes ingresados en Observación en el mismo periodo. El 77% fueron varones. La edad media fue de 7,4 años. El mecanismo de lesión más frecuente fue el atropello (41,8%), seguido de caída de moto o bicicleta (21%). La mayoría de los pacientes presentaron como síntoma más frecuente el dolor abdominal (48,8%). La exploración abdominal fue normal o dolor abdominal leve en la mayor parte de los casos (55,8%). En el 32,5% de los casos presentaron dolor abdominal moderado en la exploración y el 7% presentaron defensa. Se realizó hemograma en el 51% de los pacientes, de los cuales el 40% presentó leucocitosis con neutrofilia y ninguno presentó anemia aguda. En el 60% de los casos se realizó sedimento de orina y el 34,6% presentó hematuria. En todos los casos de hematuria se realizó ecografía abdominal, siendo sólo un caso patológico (contusión renal). Sólo se realizó radiografía de abdomen en el 16,2% de los casos siendo todas normales. En el 55,8% de los casos se realizó ecografía abdominal y sólo un caso (4%) fue patológica (contusión renal). Sólo en 7 (16,2%) de los casos se realizó TAC abdominal, de los cuales sólo 2 (28,5%) fueron patológicos (2 casos de laceración hepática). Los dos casos de TAC patológico presentaron ecografías abdominales normales. El 83,7% de los pacientes fueron dados de alta a domicilio en un periodo de Observación menor de 24 horas, sin embargo el 14% pasaron a planta de hospitalización y un caso (2,3%) fue trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

CONCLUSIONES

La mayoría de los traumatismos abdominales que ingresan en observación de urgencias son leves y no necesitan hospitalización. En los casos de traumatismo abdominal moderado con clínica de dolor abdominal y defensa en la exploración sería aconsejable realizar TAC abdominal además de otras técnicas de imagen menos sensibles en esta patología aguda.



339 TRAUMATISMO ABDOMINAL: LA ANAMNESIS Y EXPLORACION, PILARES PARA EL DIAGNÓSTICO.

J. Sánchez Manubens, I. Herández Monleón, X. Codina Puig, P. Gussinyé Canabal, L. Bilbao Gassó, M. Català Puigbó.

Hospital General Granollers. Barcelona.

FUNDAMENTO Y OBJETIVOS

Los traumatismos abdominales son causados principalmente por accidentes de tráfico, bicicleta y deportivos pero no debemos olvidar las agresiones y los malos tratos. La clínica, que en ocasiones es diferida, abarca un amplio espectro de manifestaciones, desde los pacientes asintomáticos, hasta el shock y la muerte. Se describen 3 casos de traumatismo abdominal valorados en un hospital general de nivel II en el que es el pediatra de urgencias atien- de inicialmente a estos pacientes.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Caso clínico 1: Paciente varón de 2 años que consulta por incapacidad para la deambulaci3n y dolor abdominal 4 horas despu3s de contusi3n abdominal al caerle encima una mesilla. A la exploraci3n destaca taquipnea y respi- raci3n superficial, y abdomen en tabla. Hemodin3micamente estable. An3lítica sanguínea normal salvo hiperglice- mia (168mg/dL) y leucocitosis (19300 leucocitos). Tira reactiva de orina normal. La Tomografía axial computeriza- da (TAC) abdominal muestra signos de perforaci3n intestinal a nivel del ángulo de Treitz y 2ª y 3ª porciones duo- denales y laceraci3n mesentérica con neumoperitoneo, precisando intervenci3n quirúrgica.

Caso clínico 2: Paciente var3n de 9 años que consulta por dolor abdominal difuso y en hombro izquierdo 18 horas tras caída en bicicleta. A la exploraci3n destaca dolor a la palpaci3n de hipocondrio y vacío izquierdos, sin signos de peritonismo ni otros hallazgos. Hemodin3micamente estable. Tira reactiva de orina normal. Se realiza TAC abdominal que muestra laceraci3n esplénica grado IV y hemoperitoneo a nivel periesplénico y pélvico. Evoluci3n favorable con tratamiento conservador.

Caso clínico 3: Paciente var3n de 16 años que consulta por dolor lumbar izquierdo pocas horas despu3s de una pelea. En la exploraci3n destaca dolor a la palpaci3n de hemiabdomen izquierdo, puño percusi3n izquierda posi- tiva y hematuria macrosc3pica. An3lítica sanguínea normal. Tira reactiva con hematuria. La TAC abdominal eviden- cia hematoma perirrenal izquierdo. Ingresa para observaci3n y tratamiento conservador.

COMENTARIOS

En los traumatismos abdominales es muy importante conocer el mecanismo causal, realizar una exploraci3n físi- ca cuidadosa y la observaci3n continuada de los pacientes. Hay que considerar que la clínica puede ser clara o muy sutil, inmediata o diferida, por lo que se requiere un alto índice de sospecha para llegar al diagnostico. Los parámetros an3líticos, poco útiles al inicio, son fundamentales en la observaci3n y el seguimiento; siendo la TAC la exploraci3n complementaria de elecci3n.



340 TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN PEDIATRÍA: CASUÍSTICA EN UN HOSPITAL TERCIARIO.

B. García Pimentel, C. Abad Casas, P. López Gómez, M. Tóvizi, B. Fernández Rodríguez, M. Marín Ferrer. Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Doce de Octubre. Madrid.

OBJETIVO

Descripción de la casuística en la urgencia pediátrica de un hospital terciario sobre traumatismo craneoencefálico (TCE) y su manejo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Recuperamos los informes de los niños con diagnóstico codificado de traumatismo craneal en el año 2009. Creamos una base de datos a partir de los mismos, realizando un análisis descriptivo utilizando el programa SPSS. Para la clasificación y el manejo de los pacientes se siguió el protocolo establecido en nuestro hospital.

RESULTADOS

Fueron atendidos un total de 1.255 niños, con edades comprendidas entre los 6 días de vida y los 15 años y 4 meses. El TCE supuso un 2.1% del total de las urgencias atendidas en ese período. El 23.8% fueron menores de 1 año (intervalo de confianza IC al 95% de 21.5499 - 26.2593), 23.7% tenían entre 1-2 años (IC al 95% 21.4732 - 26.1771) y 52.4% eran mayores de 2 años (IC al 95% 49.6641 - 55.1817). Un 59.8% eran niños y un 40.2% niñas. Excepto en 2 casos, todos los traumatismos fueron clasificados como leves; un 41,3% de bajo riesgo, un 57.1% de riesgo moderado y un 1.4% de riesgo alto. La energía del traumatismo fue leve en un 34.7%, media en el 45.4%, alta en el 8.7% y no fue precisada en el 11.2%. En un 21.54% de los niños los síntomas aparecieron de forma precoz. Se observó al 57.5% de los niños durante las 4-6 horas posteriores al traumatismo. De un total de 639 radiografías (RX) realizadas, el 84.2% a niños menores de 2 años (IC al 95% 62.4345 - 94.4795), se encontró fractura en un 1.2%. La fractura más frecuente fue la parietal (85.71%). Se realizó TAC en el 4.6% de los pacientes, un 0.5% presentaba lesión intracraneal (hematoma epidural o subdural). El 1.9% requirió ingreso. Tras el alta, 24 niños (2.6%) volvieron a Urgencias, el motivo de reconsulta más frecuente fue: vómitos (30.4%). De estos ingresaron 2 niños (8.7%).

CONCLUSIONES

El TCE es un motivo frecuente de consulta. La mayoría son TCE leves. Casi la mitad ocurre en menores de 2 años. La quinta parte son sintomáticos. La rentabilidad de la RX cráneo es escasa y en base a estos datos se modificará el protocolo. Las lesiones intracraneales son poco frecuentes. Es importante el período de observación en las primeras horas para valorar la evolución: evita TAC y permite dar altas con seguridad, como se demuestra por los pocos reingresos, todos ellos por motivos banales.



341 DOLOR EN MIEMBROS INFERIORES. ¿PENSAMOS EN ALGO MÁS?

F.E. Fraga Bilbao*, C. Ontoria Betancort*, M. Afonso Coderch*, R. López Almaraz**, M.S. Bustabad Reyes***, Y. Mesa Fumero*

*Servicio de Pediatría. **Unidad de Onco-Hematología Pediátrica. Servicio de Pediatría. ***Servicio de Reumatología. Hospital Universitario de Canarias.

FUNDAMENTO

La trombosis venosa profunda (TVP) es una rareza en la edad pediátrica, con una incidencia de 0.07 a 0.14 por cada 10.000 niños en la población general y 5.3 por cada 10.000 niños ingresados en centros hospitalarios. En los últimos 10 años ha experimentado un incremento debido al aumento de pacientes portadores de vías venosas centrales, siendo éste el factor de riesgo más importante. Otras causas son los trastornos de la coagulación, cirugía, tratamiento con anticonceptivos orales, así como el síndrome antifosfolipídico, el cuál se relaciona en muchas ocasiones con trombosis en la edad pediátrica. La localización anatómica más frecuente descrita es la región fémoro-poplíteo.

OBSERVACIONES CLÍNICAS

Caso nº 1: Niña de 13 años que consulta por cuadro de un mes y medio de evolución de dolor y sensación de calor en miembro inferior izquierdo, que se asocia posteriormente con aumento del diámetro del mismo e impotencia funcional. Antecedentes personales sin interés. A la exploración física destaca aumento del perímetro a nivel de la pierna y muslo, calor, dolor a la palpación y a la movilización. Signo de Hoffman positivo. De las pruebas complementarias realizadas destaca: coagulación básica normal salvo dímero D elevado y en el estudio ecográfico doppler-color una ocupación no compresible desde la vena femoral común hasta hueso poplíteo, confirmándose el diagnóstico de TVP. Se inicia tratamiento con heparina de bajo peso molecular (HBPM) y medidas compresivas con medias elásticas. Los estudios posteriores revelan títulos altos de ANA con patrón granular grueso y anticardiolipina, confirmándose el diagnóstico de síndrome antifosfolipídico.

Caso nº 2: Niña de 12 años que consulta por presentar de forma brusca dolor a nivel de la región posterior de la pierna izquierda, al que se añade dolor a la movilización con impotencia funcional y aumento del perímetro del miembro. Antecedentes personales sin interés. A la exploración física presenta en miembro inferior izquierdo cutis marmorata y aumento del perímetro. Signo de Hoffman negativo. En las pruebas complementarias presenta coagulación básica normal salvo dímero D alto y en el estudio ecográfico doppler se observa una imagen de oclusión parcial de la vena femoral común diagnóstica de TVP. Se inicia anticoagulación con HBPM y medidas compresivas. Al completar el estudio se objetiva la presencia de títulos altos de ANA con patrón granular grueso y anticardiolipina, confirmándose el diagnóstico de síndrome antifosfolipídico.

COMENTARIOS

La trombosis venosa profunda espontánea en la edad pediátrica es muy infrecuente, describiéndose la mayoría de los casos durante el periodo neonatal y en adolescentes con enfermedades subyacentes como factores de riesgo principales. Del diagnóstico precoz ante un adolescente que consulta con clínica sugestiva, depende tanto la evolución clínica, un manejo terapéutico adecuado y el posterior enfoque diagnóstico de certeza de la patología de base.