

VII Reunión de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría

Tarragona, 25-27 de octubre de 2001

Xavier Allué, Manuel Jariod y Ester Castellarnau, Editores

PREMIOS DE INVESTIGACIÓN DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA 2001

Primer premio

DESGASTE PROFESIONAL (BURN-OUT): ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE LOS PEDIATRAS DE URGENCIAS DE CATALUNYA

F. Codina García, X. Codina García, X. Codina Puig, J.L. Simón Riazuelo, R. Puigarnau Vallhonrat, J.J. García García y C. Luaces Cubells.

Grup de Treball d'Urgències Pediàtriques de la Societat Catalana de Pediatria.

Introducción: C. Malasch definió en 1986 el *burn-out* (BO) como "un síndrome de agotamiento emocional (AE), despersonalización (DP) y baja realización personal (RP), que puede ocurrir entre individuos que trabajan con personas". Diseñó un cuestionario que es el más utilizado y validado para la valoración del este síndrome. En los últimos años se ha estudiado en diferentes colectivos. Dadas las características laborales de los pediatras en urgencias creemos de interés el estudio dentro de nuestro colectivo.

Objetivos: Valorar el grado de desgaste profesional entre los pediatras que dedican su actividad laboral a las urgencias de pediatría en Cataluña.

Método: Complimentación anónima durante el segundo trimestre de 2001 de los cuestionarios de Malasch, de datos sociodemográficos y laborales, y la escala de Golberg que discrimina la presencia de rasgos depresivos-ansiosos. Cumplen criterios de BO si en el test de Malasch las puntuaciones son altas en las subescalas AE (> 27) y DP (> 10) y además bajas en RP (< 40). Dichos cuestionarios se distribuyen en 12 centros (asistencia primaria y hospitales) de Cataluña con pediatras dedicados total o parcialmente a las urgencias.

Resultados: Se tabulan 141 cuestionarios. Varones, 67 (48%), y mujeres, 74 (52%). La edad media ha sido de 36,4 años siendo el grupo más numeroso el de 31-40 años (45,4%). La media de años trabajando en urgencias ha sido de 7,4. La puntuación sobre la satisfacción de su actividad laboral es de 6,4 en una escala 0-10. En el test de Malasch la puntuación media para CE es de 23,5, para DP 8,9 y para RP de 35,8. Cumplen criterios de *burn-out* 32 encuestados (22%). En estos la media de edad es

superior y hay un predominio del sexo masculino. En la escala de Golberg, 43 pediatras (30%) presentaron rasgos ansiosos o depresivos. En éstos el porcentaje de *burn-out* fue del 44%.

Conclusiones:

1. Un porcentaje alto de los encuestados (22%) cumplen los criterios de *burn-out*.
2. Destaca una baja puntuación en la realización personal en el conjunto del grupo.
3. La presencia de rasgos ansiosos o depresivos (30%) es superior a la de criterios de *burn-out* (22%).
4. La satisfacción por el trabajo en urgencias (6,4 sobre 10) es aceptable.

Accésit

FORMAS DE PRESENTACIÓN DEL MALTRATO INFANTIL Y ABUSO SEXUAL INFANTIL EN LA URGENCIA PEDIÁTRICA

G. López, S. García, J. Martín, S. Simó, M. de la Flor y A. Romero
Unidad de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

Los pacientes con MI y/o ASI son un colectivo de pacientes de difícil diagnóstico y que presentan problemas en su manejo, tanto médicos, como jurídicos y sociales. En esta comunicación, se pretende describir las diferentes formas de presentación y las circunstancias que rodean al mismo en nuestro medio.

Material y métodos: Se han obtenido los datos correspondientes a los pacientes que consultaron en la UUP durante los primeros 11 meses del año 2000, que fueron atendidos en la UUP y diagnosticados de MI y ASI en cualquiera de sus formas. Se incluyeron a los pacientes de MI con evidencia de lesiones o negligencia, incluso los casos con índice de sospecha elevado. Se obtuvieron datos correspondientes a los diversos tipos de lesiones, acompañantes, circunstancias del maltrato y tipo de intervención social a la que dio lugar.

Resultados: Se incluyeron un total de 51 pacientes (0,92 casos por cada 1.000 consultas de urgencias), 20 pacientes en grado de sospecha y 30 como casos confirmados. La edad media de los pacientes fue de 3,5 años (R = 1 mes a 13 años), estando el 24% de ellos entre 1 y 3 años. No se obtuvieron diferencias respecto a sexo. Acudieron 11 casos (21%) a la UUP alegando motivos diferentes a MI y ASI. El acompañante en solitario más frecuentemente observado fue la madre (45%), siendo el padre el único acompañante en el 15%. Ambos progenitores acudieron juntos en el 30% de las consultas, el ingreso hospitalario sólo fue necesario en un caso. En cuanto al tipo de MI, el 60% fue de tipo emocional.

Hubo 18 casos de ASI todos ellos son lesiones inespecíficas, 66% del sexo femenino y menores de 5 años. Del conjunto de pacientes del sexo femenino presentaron lesiones el 75%, mientras que sólo el 33% (2/6 casos) de los pacientes masculinos presentó lesiones.

El factor riesgo más frecuentemente encontrado a los casos de MI y/o ASI fueron las circunstancias asociadas a la ruptura de la pareja (43%) (separación, divorcio). El 12% (n = 6) presentaba algún tipo de minusvalía física o intelectual. En todos los casos se realizó parte a los servicios de atención al menor de comunidad. Se notificó a los servicios sociales del área en el 75% de las ocasiones y se generó parte judicial en el 51% de los casos.

Discusión y conclusiones: En las UUP, la incidencia de lesiones físicas observadas es muy baja en el MI y la ausencia de lesiones específicas es habitualmente la norma en el paciente pediátrico con ASI donde lo más frecuente son los abusos físicos sin penetración. Las circunstancias de divorcio que rodean a muchas de las consultas son un claro intento de manipulación y deberían ser consideradas como un tipo de maltrato emocional. En el diagnóstico es esencial un elevado índice de sospecha. La incidencia de ASI y MI es baja en nuestro medio, pero su manejo plantea gran cantidad de problemas médico-legales en la UUP. Tanto el MI como ASI son enfermedades endémicas que exigen formación específica y protocolos para su manejo social y tratamiento de los pediatras que trabajan en las UUP con el fin de obtener las habilidades y conocimientos necesarios.

PREMIOS DE LA VII REUNIÓN ANUAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE PEDIATRÍA TARRAGONA 2001

PREMIO A LA MEJOR COMUNICACIÓN DE LA VII REUNIÓN ANUAL DE LA SEUP 2001

Primer Premio

USO DE LA REHIDRATACIÓN ORAL EN URGENCIAS. ESTUDIO EN 12 CENTROS CON ASISTENCIA PEDIÁTRICA EN CATALUNYA

A. Pizá Oliveras, M. Ramón Krauel, C. Luaces Cubells,
J.J. García García, X. Codina Puig y F. Codina García

Grup de Treball d'Urgències Pediàtriques de la Societat
Catalana de Pediatria.

Fundamento: La bibliografía más reciente muestra una clara tendencia hacia el uso de la rehidratación oral (RO) en los servicios de urgencias pediátricos como primera elección en la deshidratación (DH) leve (3-5%) y moderada (6-9%). La RO se considera de elección frente a la intravenosa por ser más fisiológica, segura, económica e implicar una más rápida recuperación y tolerancia a la alimentación.

Objetivos:

1. Analizar el conocimiento teórico sobre RO entre los pediatras de urgencias.
2. Conocer las situaciones clínicas en las que se cree indicada la RO y su uso en la práctica habitual.
3. Estudiar los principales inconvenientes para la utilización de RO en los servicios de urgencias.

Material y métodos:

1. Adaptación y traducción de una encuesta sobre la RO realizada por la Universidad de Rochester que evalúa aspectos teóricos y prácticos sobre la RO en el tratamiento de las gastroenteritis agudas.

2. Distribución de dicha encuesta a un total de 12 centros entre hospitales y asistencia primaria que atienden urgencias pediátricas.

3. Inclusión de los resultados en una base de datos específicamente diseñada y explotación de los mismos.

Resultados: Contestaron la encuesta 159 pediatras. Al comparar los conocimientos teóricos con la práctica real existe discordancia entre lo que creen que se debería utilizar y lo que realmente prescriben en la práctica clínica, incluso entre aquellos que refieren tener unos buenos conocimientos sobre RO. El 50,3% manifiestan utilizar muchas veces la RO en la deshidratación secundaria a gastroenteritis aguda en el servicio de urgencias y sólo un 15% no la ha utilizado nunca. Más del 95% de los encuestados utilizan la RO en la deshidratación leve pero este porcentaje descende al 71% si ésta se asocia a vómitos. En la DH moderada, y sobre todo en presencia de vómitos, el 75% utilizan la vía intravenosa. Un 17% de pediatras consideran la utilidad de los antieméticos para seguir la RO y un 5% consideran los vómitos una contraindicación para la rehidratación oral. El 72% consideran la posibilidad teórica de utilizar sonda nasogástrica para administrar la SRO. El 25% sólo utilizan la RO a partir de los 3 meses de edad y hasta un 20% creen que no se puede utilizar ésta en la DH hipernatremica. Entre los principales inconvenientes para el uso de la RO en los servicios de urgencias destacan la falta de tiempo y/o presión asistencial, la falta de espacio y la desconfianza de la familia hacia el método. Sólo un 8,5% de los pediatras de urgencias consideran el sabor de las SRO como una contraindicación para su uso.

Conclusiones:

1. El concepto de RO está ampliamente difundido y aceptado pero es necesario insistir y mejorar en el conocimiento de sus indicaciones y técnicas de aplicación adecuadas.
2. La existencia de vómitos y/o una deshidratación moderada son los principales aspectos clínicos que inducen al pediatra de forma errónea a renunciar a su utilización.
3. La sonda nasogástrica se valora como una opción interesante para evitar la perfusión intravenosa.
4. Es necesario elaborar y aplicar pautas de utilización que incluyan aspectos que permitan disminuir obstáculos como la falta de tiempo o la desconfianza de la familia.

Accésit

UTILIDAD DE UNA FICHA DE SEGUIMIENTO EN LOS INGRESOS PRACTICADOS DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS

I. Iglesias Platas, I. Castelló Almazán, I. Jordán García,
A. Fernández López, J.J. García García y C. Luaces Cubells

Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Unidad Integrada Hospital
Sant Joan de Déu-Clinic. Universitat de Barcelona.

Objetivos:

1. Evaluar la utilidad de una ficha de seguimiento de los ingresos practicados desde el Servicio de Urgencias, como control de calidad asistencial.

2. Conocer aspectos generales de los ingresos urgentes pediátricos en nuestro centro.

3. Evaluar el seguimiento de las pautas y protocolos de actuación del hospital en los pacientes ingresados a través de urgencias.

Material y métodos: Se incluyen 200 ingresos realizados desde el servicio de urgencias entre los meses de octubre de 2000 y julio de 2001. Los datos se han obtenido de una ficha de seguimiento que se cumplimenta habitualmente para cada paciente entre las 12 y 24 h siguientes al ingreso y cuyo contenido se comenta periódicamente en las sesiones clínicas de la Unidad de Corta Estancia como actividad docente. Los datos se han analizado con del programa MS Access 2000 y el análisis estadístico mediante SPSS Windows v 9.0.

Resultados: La edad media de los pacientes incluidos en estudio ha sido 4,5 años (DE, 4,9) con rango entre 15 días y 17 años y predominio por el sexo femenino (56%). El motivo de consulta mayoritario en urgencias fue la fiebre (42,7%), seguido por la sintomatología digestiva (10,6%) y la patología dermatológica (8,5%). El 82,9% de los ingresos se realizó en el Servicio de Pediatría y el resto en especialidades.

Oncología (5,2%), Endocrinología (3,6%), Nefrología (2,1%) y Gastroenterología (2,1%) fueron las especialidades con mayor número de ingresos desde Urgencias. La neumonía fue la causa más frecuente de hospitalización (14,1%), junto con la fiebre sin foco (13,6%) y la dificultad respiratoria (13,1%). Otros motivos de ingreso fueron la patología dermatológica (9,5%), otorrinolaringológica (9%) (fundamentalmente infecciosa) y digestiva (8,5%). El ingreso fue efectuado generalmente por un médico residente de pediatría (54%), pediatra de guardias (16,7%) o pediatra adjunto (11,9%) y la sospecha diagnóstica inicial se confirmó en el 96,5% de los pacientes durante la estancia hospitalaria. Los casos con cambio diagnóstico correspondieron a 3 casos de fiebre sin foco (con diagnóstico posterior de neumonía, faringoamigdalitis y otitis media), una sospecha de artritis que fue una osteomielitis, una dermatitis pustulosa de origen bacteriano que se diagnosticó de candidiasis, dos sospechas de infección urinaria que no se confirmaron, una apendicitis que no se verificó y una sospecha de sepsis que resultó ser una otitis media. En 64 casos (34,8%) se solicitó interconsulta a otros servicios, especialmente otorrinolaringología, cirugía y dermatología. En 156 (78%) se pautó tratamiento desde urgencias y precisó ser modificado en las siguientes 24-48 h en ocho (5,1%). En referencia a las exploraciones complementarias se solicitó analítica sanguínea en el 88,6% de los ingresos. El sedimento urinario y las pruebas radiológicas se practicaron en el 40,2 y 46,5%, respectivamente. Las pautas hospitalarias se siguieron de forma mayoritaria (97,8%) y no hemos encontrado diferencias entre los pediatras con diferentes años de experiencia.

Conclusiones:

1. La ficha de seguimiento es útil como control de calidad asistencial a los pacientes ingresados desde el servicio de urgencias y para supervisar el cumplimiento de los protocolos.

2. La aplicación de las pautas hospitalarias en los ingresos urgentes pediátricos alcanza un porcentaje satisfactorio.

OTROS PREMIOS

Premio a la Mejor Presentación

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA IN SITU A LOS TCE PEDIÁTRICOS

M.F. Jiménez Herrera, G. Clarasó Ruizfernández,
L. Bordonado Pérez, M.C. Velasco Guillén, E. Valero Mora
y C. García Gual

Diplomadas de Enfermería. Gestió i Prestació de Serveis de Salut.
SEM-061 Tarragona.

Introducción: Desde nuestra base asistencial prehospitalaria SEM de Tarragona hemos realizado este trabajo para darles a conocer cuál es nuestra realidad asistencial con relación al TCE infantil y qué hacemos las enfermeras ante estas situaciones. Los accidentes infantiles constituyen un problema en nuestra sociedad, son la primera causa de mortalidad entre los niños de 1 a 14 años y, aun sin ser mortales, pueden poner en peligro su desarrollo o causarles daños irreparables. Los traumatismos craneoencefálicos en la infancia son frecuentes, ya sea de forma aislada o como lesión paralela a otras.

Objetivos: El estudio del TCE en menores de 14 años en el período del 22-04-1995 al 22-04-2001, atendidos por nuestros equipos SEM primarios Tarragona. La realización de una guía de actuación de enfermería ante el niño con diagnóstico de TCE.

Material y método: Estudio descriptivo retrospectivo de los TCE en menores de 14 años durante 5 años atendidos por los equipos SEM Tarragona, para conocer la realidad asistencial. Para la realización de la guía hemos creado un grupo de trabajo compuesto por seis enfermeras de la Base asistencias del SEM Tarragona y tras la revisión bibliográfica de diferentes publicaciones sobre la asistencia al TCE de grupos de trabajo específicos como los del Hospital Clínic Sant Joan de Déu de Barcelona y el del Niño Jesús de Madrid; viendo que se adecuan a la práctica de nuestra base asistencia hemos dejado registrado cuáles son los cuidados enfermeros destinados al niño teniendo en cuenta aspectos concretos de nuestra disciplina.

Tras la puesta en común de todas las actividades que se llevan a cabo, elaboramos una guía que comprobamos *a posteriori*, en diferentes situaciones para corroborar que aparecen todos los aspectos incluidos en la misma.

La creación de esta guía tiene el fin de mejorar la calidad asistencial complementando la práctica médica.

Resultados: Se han asistido un total de 8.034 personas durante el período estudiado, de las cuales 300 corresponden a menores de 14 años, la distribución en función de género queremos destacar el porcentaje doble en varones que en mujeres. De la variable edad cabe destacar que aumenta el número de casos proporcionalmente con la edad, a mayor edad mayor número de asistencias. El pronóstico *menos grave* en las asistencias de los TCE infantiles es el más habitual, éste coincide con el alto porcentaje de diagnósticos 850.0 de la Clasificación Internacional de Enfermedades que corresponde al TCE con confusión o desorientación mental sin pérdida de conocimiento.

En relación con la creación de la guía de actuación de enfermería cabe destacar que se adecua a nuestro medio pero pensamos que puede servir de orientación a otros profesionales de la enfermería extrahospitalaria. Destacamos cuáles son las funciones y actividades que realiza la enfermera para mejorar la asistencia desde la perspectiva integral durante el traslado de

niño al hospital, teniendo en cuenta aspectos biológicos, psicológicos y/o sociales, culturales, etc.

Conclusiones: Nuestra realidad asistencial motiva a mejorar cada día la asistencia y los cuidados que prestamos a la sociedad; esta mejora pasa por unificar criterios de actuación e intentar garantizar los cuidados integrales en todos los ámbitos de demanda de los mismos, sin romper la cadena asistencial.

Sabemos que iniciando los cuidados integrales desde el momento de la aparición de la situación de emergencia inmediata con riesgo vital, está demostrado que de la primera respuesta sanitaria que se preste dependerá en gran parte la resolución de la situación.

Pensamos que esta guía mejora no sólo nuestra asistencia *in situ* y durante el traslado, sino que también mejora el transfer del niño en el hospital receptor y la información que nosotros podemos aportar a las enfermeras del servicio de urgencias para continuar con los cuidados del niño con TCE.

También creemos que unificando los criterios de actuación mejoramos la calidad asistencial.

Dada la ausencia de guías de actuación de enfermería para la asistencia de niños con TCE desde una perspectiva global e integral, pensamos y creemos en la necesidad de su existencia.

Premio a la Mejor Iconografía

INFECCIÓN POR *RICKETTSIA SLOVACA*: UNA NUEVA ENFERMEDAD TRANSMITIDA POR GARRAPATAS. A PROPÓSITO DE 5 CASOS

F.J. Travería, T. Muñoz, F. Segura¹, E. Antón¹, I. Sanfeliu²
y J. Rivera

Servicio de Medicina Pediátrica, ¹Programa de Enfermedades Infecciosas: Hospital de Sabadell. ²Servicio de Microbiología: UDIAT. Institut Universitari Parc Taulí.

Introducción: De todas las enfermedades transmitidas por garrapatas, la fiebre botonosa es la más conocida y frecuente en el ámbito pediátrico. Recientemente se han descrito varias series de pacientes que presentan una nueva afección con características clínicas y epidemiológicas atribuibles a la *Rickettsia slovaca*, del grupo de las fiebres manchadas.

Se revisan los casos de infección por *R. slovaca* diagnosticados en la unidad de urgencias pediátricas de nuestro centro entre diciembre de 2000 y abril de 2001, destacando los datos epidemiológicos, microbiológicos y clínicos de esta nueva enfermedad transmitida por garrapatas.

Observaciones clínicas: Se trata de 5 casos, 3 varones y 2 hembras de edades comprendidas entre 4 y 13 años. La sintomatología cutánea consistió en picadura de una garrapata (con detección del parásito en todos los casos) con dolor local y a los 6-12 días de la picadura aparición de una lesión necrótica costrosa con exudado amarillento, halo eritematoso perilesional en 3 casos y adenopatías regionales dolorosas en todos los casos; posteriormente en 4 casos apareció alopecia al caer la mancha negra. La sintomatología general consistía en febrícula en 4 casos, cefalea y afectación del estado general en 3 casos, astenia en 2 casos e irritabilidad en un caso. Todos los casos habían tenido contacto con animales (perros), estaban en ambiente rural, 3 casos en la provincia de Tarragona, 1 en Girona y 1 en Lleida.

La analítica de sangre fue inespecífica destacando en un caso leucopenia-neutropenia, elevación de SGOT y aldolasas. La IFI a

R. conori fue positiva en un caso y en otro la serología a *Borrelia burgdorferi*.

Se instauró tratamiento con claritromicina en 3 casos y 2 con doxiciclina con buena evolución en 3-4 días en todos los casos.

Comentarios: A diferencia de otras rickettsiosis que predominan en meses cálidos, la infección por *R. slovaca* es más frecuente en meses fríos y predomina en países del centro de Europa. La picadura se localiza casi exclusivamente en cuero cabelludo y zonas altas del cuerpo. La lesión típica consiste en una zona costrosa-necrótica en cuero cabelludo que rezuma un líquido amarillento parecido a la miel, con un halo eritematoso y adenopatías regionales dolorosas de lenta evolución en la mayoría de los casos. La sintomatología general es poco aparatosa y consiste en febrícula, cefalea y afectación del estado general. No existe exantema como en otras rickettsiosis y en nuestros casos hemos detectado una alopecia de larga evolución en la zona de mordedura de la garrapata identificada hasta ahora como vector (*Dermacentor marginatus*). Faltan estudios en cuanto al tratamiento más efectivo.

Premio al Mejor Caso Clínico

HIPERMAGNESEMIA EN UN LACTANTE SANO: MÜNCHHAUSEN POR PODERES

I. Fernández, A. Jiménez, J. Heras, H. González, A. Villar,
J. Herranz y G. Moussalem

Servicio de Pediatría. Hospital Comarcal de Medina del Campo.

Introducción: El síndrome de Münchhausen por poderes (SMPP) es una variante del maltrato infantil, siendo su incidencia difícil de precisar. Las manifestaciones clínicas más habituales suelen ser: hemorragias, manifestaciones neurológicas, exantema cutáneo, glucosuria, fiebre, caos bioquímico, vómitos fecaloideos, sepsis polimicrobiana, etc., y las origina la madre (casi siempre) o alguien perteneciente a su entorno familiar.

Caso clínico: Lactante de 2 meses y 9 días de edad que acude al servicio de urgencias (SU) con signos de deshidratación de tercer grado. La madre refiere vómitos proyectivos, diarrea, rechazo de tomas y fiebre de una semana de evolución. Alimentación desde el inicio del cuadro: lactancia materna a demanda y 200 ml de agua al día.

Antecedentes familiares y personales: sin interés para el proceso actual, salvo: 3 días antes del ingreso acuden al SU por 2 vómitos aislados, refería la madre fiebre de 38 °C, tos y deposición verdosa. Explotación física (EF) normal, peso: 5,35 kg, no signos de deshidratación, siendo dado de alta. EF: T³ 38,5 °C, FC: 122, FR: 36, TA: 32/12 mmHg. Afectación grave del estado general, con signos graves de deshidratación, relleno capilar > 2", hiporreactivo, quejido espiratorio constante, respiraciones profundas y rítmicas, no apertura ocular espontánea, color pálido-terroso de piel, FA deprimida unos 2 cm, signo de pliegue cutáneo +, fasciculaciones en extremidades inferiores en fases de irritabilidad, resto normal.

Exámenes complementarios: hemograma: 7.400 leucocitos (fórmula normal); Hb: 10,7; Hcto: 32%; plaquetas: 697.000. Controles posteriores sin cambios en series blanca y roja, con persistencia de trombocitosis en torno a 500.000. Reactantes de fase aguda: negativos, equilibrio ácido-básico: pH entre 7,49-7,55, con hipercapnia (PCO₂ 80-50) y bicarbonato plasmático elevado (30-45). S. de orina: pH: 9, glucosuria (>1.000) sin cetonuria. Bioquímica sanguínea: hipercalcemia: 12,8, hiperglucemia:

300-270, hipermagnesemia: 3,5 mg/dl. ECG: ondas T alargadas y aumentadas en amplitud. Electrolitos en sudor y resto de pruebas: negativas.

Evolución y tratamiento: una vez remontado y estabilizado el paciente, y tras descartar estenosis de píloro, fibrosis quística y diabetes insulino dependiente, se pregunta a la madre sobre la posibilidad de administración de soluciones de rehidratación oral caseras o de algún fármaco. Al tercer día del ingreso, refiere que desde el mes de edad, le administra diariamente 60 gotas de Aerored/día "para los gases" y entre 12-15 g/día de Eupetina polvo, "como laxante", sin dar una explicación razonable del origen y dosificación de la prescripción; pudiendo justificar la composición y dosis de ambos fármacos el cuadro clínico y bioquímico que presentaba el niño. A la semana del alta hospitalaria, acuden nuevamente al SU por deposiciones mucosas con abundantes gránulos blanquecinos, se realiza ingreso hospitalario y se envía muestra de heces al laboratorio, siendo positiva la determinación de Mg en heces. La madre negaba en todo momento haber administrado Eupetina ni otros fármacos durante este tiempo.

Se dio parte al servicio de protección del menor y asistente social, para valoración de la situación familiar.

Conclusiones: El diagnóstico del SMPP debe sospecharse ante un niño, generalmente menor de 5 años, que presente una enfermedad "rara", con signos y síntomas difícilmente explicables. El pronóstico y la evolución es grave y con frecuencia mortal. Una vez sospechado, la actitud a seguir es la misma que en el resto de los casos de maltrato infantil.

Premio a la Mejor Revisión

FORMAS DE PRESENTACIÓN DE LA MENINGITIS NEUMOCÓCICA. ESTUDIO DE 107 CASOS

J. Casado Flores¹, J. Arestegui², C. Rodrigo³, J.M. Martín⁴
y Grupo para el estudio de meningitis neumocócica en España

¹Hospital Niño Jesús (Madrid). ²Hospital de Basurto (Bilbao).

³Hospital Germans Trias y Pujol (Badalona).

⁴Hospital General de Galicia (Santiago de Compostela).

Objetivos: Conocer la forma de presentación, el motivo de consulta y la exploración física al ingreso de la meningitis neumocócica en niños.

Material y método: Estudio multicéntrico, retrospectivo, realizado a lo largo de 3 años (enero de 1998-diciembre de 2000) en todos los hospitales públicos/privados de cinco comunidades autónomas españolas (Cataluña, Galicia, Madrid, Navarra, País Vasco). Fueron recogidas las historias clínicas de niños entre 1 mes y 14 años, diagnosticados de meningitis neumocócica, a través de la búsqueda en los servicios de urgencias, pediatría, cuidados intensivos y microbiología. Fueron incluidos los pacientes con más de 20 células/ μ l en LCR y aislamiento de *S. pneumoniae* en sangre y/o LCR. Se analizaron la distribución de frecuencias de los datos de la historia clínica así como de la exploración física en el momento del ingreso.

Resultados: Fueron diagnosticados 106 casos, 48 (45%) tenían menos de 1 año, 24 (23%) entre 1 y 2 años, 21 (20%) entre 2 y 5 años y 13 (12%) más de 5 años.

Los síntomas de presentación más frecuentes fueron: fiebre (100%), vómitos (62,5%), irritabilidad, rechazo de alimento (60%) y disminución de conciencia (57%). Muchos presentaban catarro de vías respiratorias altas (44%), algunos otalgia

(29%). Trece pacientes tuvieron convulsiones (12%). La exploración física al ingreso evidenció moderada afectación del estado general en casi la mitad de los casos (48%), estando gravemente afectado el 35,6% de los pacientes. El nivel de conciencia se consideró normal en sólo el 35% de los casos. La fontanela se valoró en 46 lactantes, estando en 13 (29%) hipertensa y/o abombada. La otoscopia fue anormal en 37 pacientes. Cuatro niños presentaron en el momento de la exploración física al ingreso, paresia, 11 anomalías pupilares, 10 alteración del ritmo respiratorio, 10 petequias puntiformes y 7 pacientes presentaron shock. Fallecieron 11 pacientes (10,4%), quedando con secuelas 39 niños (36,8%).

Conclusiones: La meningitis neumocócica se presenta como un cuadro infeccioso inespecífico, con síntomas catarrales, afectación del estado general y de la conciencia. La mortalidad y secuelas neurológicas son elevadas.

Premio al Mejor Trabajo Clínico-epidemiológico

ENCUESTA DE SATISFACCIÓN: METODOLOGÍA Y RESULTADOS

N. Nieto del Rincón, P. Durán Luque, F. Serra Morro,
M. Mambié Meléndez, F. Ferrés Serrat y J.M. Román Piñana

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

Introducción: La realización periódica de encuestas de satisfacción debería constituir un estándar de calidad en la gestión de todos los servicios de urgencias pediátricos. Para el diseño de la encuesta es importante haber recogido previamente la opinión y las sugerencias de los padres.

Objetivos:

1. Presentar nuestra metodología de realización de una encuesta de satisfacción.
2. Conocer los aspectos que más valoran los familiares de los niños que son atendidos en un servicio hospitalario de urgencias.
3. Conocer los motivos por los cuales acuden directamente al hospital.
4. Conocer el grado de satisfacción de los usuarios que acuden a nuestro servicio de urgencias pediátricas (URP).

Metodología: A los 2 meses de haber acudido a URP se seleccionaron aleatoriamente 20 informes de urgencias.

Se contactó telefónicamente con los padres y se les invitó a participar en un grupo focal, explicándoles la mecánica de la reunión. Acudieron 6 padres. Dicha reunión fue dirigida por el Coordinador de Calidad de nuestro hospital y filmada en vídeo. Allí se les pidió su opinión sobre aspectos estructurales, organizativos, asistenciales y sus sugerencias sobre cosas a cambiar. El vídeo fue analizado por 3 pediatras, 2 enfermeras, 1 residente de pediatría, 1 miembro del servicio de atención al cliente y el coordinador de calidad. A partir del análisis de los contenidos del grupo focal se diseñó la encuesta con 12 preguntas.

Se realizó telefónicamente durante todos los días del mes de julio de 2001, seleccionándose cada día 10 informes por muestreo sistemático. Se excluyeron los de los niños que ingresaron. La encuesta se practicó 3 días después de la visita.

Resultados: El 1% de familiares rehusó contestarla. Contestaron las madres en un 89,9%. El 53% no habían acudido previamente a los centros de atención primaria (CAP). El 67,7% fueron atendidos en menos de 30 min. Con escala del 1 al 5, el trato humano fue calificado de 5 para el 64,8% de celadores, el 74,3% de enfermería y el 77% de médicos. El 97% se sintió bien infor-

mado. No entendieron el informe de alta el 43 %, el 90 % de ellos por letra ilegible. Consideraron buena la higiene de las instalaciones el 96 %. Los principales motivos por los cuales vinieron directamente a URP fueron: porque no había pediatra en los CAP, porque se les atendía mejor en URP, porque confiaban más en el hospital y porque sospechaban una enfermedad grave. Las principales sugerencias de mejora fueron: mayor amplitud de la sala de espera y del conjunto de las instalaciones, menos tiempos de espera, mayor información durante la espera, más personal y priorización del orden de atención de los pacientes en función de la previsible gravedad.

Comentarios y conclusiones:

1. Constatamos un descontento y desconfianza en la asistencia urgente que se presta a los niños en los CAP.
2. La habitual ilegibilidad de los informes de alta escritos a mano nos obliga a su informatización.
3. El usuario valora mucho la calidad en la espera (rapidez, comodidad, información).
4. Los padres también demandan un sistema de priorización en el orden de la asistencia (o sea, criterios de selección o un triage).

Premio a la Mejor Comunicación Local

VALIDACIÓN DEL INDICADOR READMISIÓN EN URGENCIAS COMO CRITERIO DE CALIDAD ASISTENCIAL

M. Jariod Pàmias, J. Carretero Bellón, J. Maixé Ceballos, E. Castellarnau Figueras y M.J. Mas Salguero

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona.

Introducción: El porcentaje de readmisión en urgencias durante un período determinado después del alta es un indicador de calidad asistencial; un valor bajo se interpreta como una mayor calidad y viceversa.

Su cálculo por sistemas mecanizados mediante un identificador del usuario y el intervalo entre el alta y la visita sucesiva es simple, pero no discrimina las causas de la readmisión.

Objetivos: Validar el sistema mecanizado para el cálculo del indicador readmisión en urgencias.

Material y métodos: Es un estudio descriptivo retrospectivo de las readmisiones antes de los 14 días del alta en los episodios pediátricos de urgencias atendidos durante el año 2000. La fuente de información ha sido el registro informatizado del área de urgencias; con el programa dBase se ha creado una aplicación que detecta las readmisiones y presenta por pantalla los datos del ingreso y de la readmisión (edad, sexo, intervalo entre alta y readmisión, motivo de las visitas, diagnósticos y destinos). Un pediatra ha revisado la información y ha determinado si la readmisión está o no relacionada con el primer episodio. Se incluye un análisis acotado a 72 h (criterio aceptado por diferentes sociedades científicas). Los datos se han procesado con el paquete estadístico SPSS v.10.0.

Resultados: Ha habido 16.180 altas a domicilio de un total de 17.515 urgencias (92,4%). Se han detectado 2.266 readmisiones (14,0% de las altas a domicilio); 1.550 por un proceso relacionado con la primera visita (68,4%; 9,6% de las altas a domicilio), 200 (8,8%) controles en urgencias y 516 (22,8%) por otros procesos intercurrentes sin relación con el episodio índice. El intervalo entre visitas ha sido $61,6 \pm 68,4$ h (media/desviación estándar) (mediana: 36,2 h) para las readmisiones relacionadas, $55,6 \pm 64,5$ h (mediana: 24,0 h) para los controles y $193,3 \pm 94,2$ h

(mediana): 206,7 h) para las readmisiones no relacionadas. El análisis acotado a las primeras 72 h tras el alta detecta 1.357 readmisiones (8,4% de las altas a domicilio) de los cuales 1.128 corresponden a procesos relacionados (83,1%; 7,0% de las altas a domicilio y 87,5% de las readmisiones relacionadas en el período de 2 semanas), 151 (11,1%) a controles y 78 (5,7%) a otros procesos.

Conclusiones: El cálculo por sistemas mecanizados de la readmisión global en urgencias no es un buen indicador de calidad. No discrimina entre pacientes que vuelven a urgencias debido a la evolución de su enfermedad (lo que pudiera obedecer a una baja calidad) de los que vuelven por algún proceso diferente (lo que obedece a un proceso de fidelización reflejo de una buena calidad asistencial) ni de los citados a control para su seguimiento. El análisis desagregado es el único que permite interpretar correctamente sus variaciones.

OTRAS COMUNICACIONES

1. **Presentación de un episodio tórpido de parotiditis recidivante.** P. Sánchez, E. Crespo, A. Crespo, M. Granados y J. Alonso. Servicio Pediatría. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

2. **Estudio del rendimiento y utilidad de los hemocultivos en urgencias.** T. Agut Quijano, S. Pinillos Pisón, J.J. García García, J.M. Quintillá Martínez, A. Gené Giral¹ y C. Luaces Cubells. Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. ¹Sección de Microbiología. Unidad Integrada Hospital Sant Joan de Déu-Clínic. Universitat de Barcelona.

3. **Aplicación de una técnica de PCR para el diagnóstico de la meningitis meningocócica.** S. Pinillos Pisón, J. Roca Martínez, C. Muñoz Almagro, A. Pizá Oliveras, C. Luaces Cubells y J. Pou Fernández. Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Unidad Integrada Hospital Sant Joan de Déu-Clínic. Universitat de Barcelona.

4. **Estudio microbiológico y orientación terapéutica de las otitis en urgencias.** A. Domingo Garau, E. Toral Rodríguez, J.J. García García, A. Gené Giral¹, P. Wienberg Ludwig² y C. Luaces Cubells. Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. ¹Servicio de Microbiología. ²Servicio de ORL. Unidad Integrada. Hospital Sant Joan de Déu-Clínic. Universitat de Barcelona.

5. **Lactante febril en urgencias: seguimiento y utilidad de las pautas.** S. Hernández Bou, A. Arce Casas, V. Trenchs Sainz de la Maza, I. Jordán García, A. Fernández López, J.J. García García y C. Luaces Cubells. Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Unidad Integrada Hospital Sant Joan de Déu-Clínic. Universitat de Barcelona.

6. **Torticólis febril de causa grave.** A. Roca Jaume, F. Ferrés Serrat, A. González Alvar y J.M. Román Piñana. Servicio de Pediatría. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca.

7. **Bacteriemia por *Staphylococcus aureus*.** M. Llull Ferrerjans, F. Ferrés Serrat, M. Rotger Cerdá¹, A. Ramírez Rosales¹

y J.M. Román Piñana. Servicios de Pediatría y ¹Microbiología. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca.

8. **Epidemiología, clínica y analítica de la bacteriemia por *Streptococcus pneumoniae* en los últimos 11 años en el área de Sabadell.** M. Domingo Puiggròs, V. Pineda Solas, H. Larramona Carrera, J. Ramírez, L. Ortega Gutiérrez y R. Bou Torrent. Servicio de Pediatría. Hospital de Sabadell. Corporación Sanitaria Parc Taulí. Sabadell. Barcelona.

9. **Serotipos y sensibilidad antibiótica de la bacteriemia por *Streptococcus pneumoniae* en los últimos 11 años en el área de Sabadell.** M. Domingo Puiggròs, V. Pineda Solas, H. Larramona Carrera, J. Ramírez, J. Antón López y J. Ribera Luján. Servicio de Pediatría. Hospital de Sabadell. Corporación Sanitaria Parc Taulí. Sabadell. Barcelona.

10. **Rentabilidad diagnóstica del hemocultivo en los procesos febriles sin foco.** M.L. Herreros Fernández, A. González Laguillo, S. Ramírez Parenteau, L.M. Ruiz Velasco, A. Pastor Gómez y T. De Santos. Clínica Moncloa. Área de Pediatría. Madrid.

11. **Absceso esplénico por *Salmonella*.** P. Dobón, P. Vázquez, J. Cerdá¹, M.L. Navarro², J.A. Casanova³ y J. Delgado³. Servicio de Pediatría. ¹Servicio de Cirugía. ²Sección de Enfermedades Infecciosas. ³Sección de Radiodiagnóstico. Departamento de Pediatría y Cirugía Pediátrica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

12. **Tiras reactivas en el estudio bioquímico del líquido cefalorraquídeo.** M. Roncero, C. Serrano, P. Barrau, A. Martínez, F. Martín y B. Navarro. Servicio de Urgencias. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

13. **Paludismo severo importado en la infancia. Presentación de un caso.** M.T. Hernández Lagunas, M. Herranz Aguirre, N. Clerigué Arrieta, M. Palacios Horcajada, M.J. Azanza Agoreta y E. Bernalda Iturbe. Servicio de Pediatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

14. **Síndrome febril en lactantes menores de 3 meses: casuística y valoración de los criterios de Rochester.** F. Pagoné Tangorra, A. Feliu Rovira, M. Coll Loperena, M. Camprubí Camprubí, R. Collell Hernández y J. Escribano Subías. Servei de Pediatría. Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Reus. Tarragona.

15. Texto completo en páginas anteriores.

16. **Valor de la proteína C reactiva sérica en los niños con infección aguda por virus de Epstein-Barr.** C. Calvo Monge, M.A. Vázquez Ronco, M.J. Martínez González, S. Capapé Zache, S. Mintegi Raso y J. Benito Fernández. Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Baracaldo. Vizcaya.

17. **Utilidad de las escalas observacionales en niños con fiebre menores de tres años.** A. Lassaletta Atienza, P. González Santiago, R. Martino Alba, P. Sevilla Ramos y E. García de Frías. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid.

18. **Varicela y midriasis unilateral.** M. Vázquez López, I. Pinto Fuentes, L.L. Carrasco Marina, A. Rayo Fernández y A. Arregui Sierra. Servicio de Pediatría. Hospital Severo Ochoa. Leganés. Madrid.

19. **Ingresos por varicela: estudio retrospectivo.** P. González Santiago, P. Manglano, A. Lassaletta, R. Martino y E. Frías. Hospital Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid.

20. **Bacteriemia en procesos febriles sin foco en niños de 0 a 24 meses.** A. Moreira, M.E. May, M.J. Comesías, A. Gasós¹, C. Gallastegui y A. Velázquez. Servicio de Pediatría. ¹Microbiología. Hospital Sant Joan de Déu. Martorell.

21. **Cuerpos extraños del área ORL en pediatría.** E. Masgoret Palau, P. Ezcurra Hernández, A. Albertí Casas, E. Figuerola Masana, M.D. Martínez Novoa, M.L. Oliver Pina y J. Risco Arenas. Servicio ORL. Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona.

22. **Traqueotomía en el niño.** P. Ezcurra Hernández, M.D. Martínez Novoa, A. Albertí Casas, E. Masgoret Palau, E. Figuerola Masana y J. Risco Arenas. Servicio ORL. Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona.

23. **Errores en urgencias. Obstrucción de las vías respiratorias altas a propósito de dos casos.** P. Gussinye Canabal, X. Codina Puig¹, F. Codina García¹, O. Domínguez Sánchez, S. Corral Arboledas y J.L. Simón Riazuelo. Servicios de Pediatría y ¹Urgencias. Hospital General de Granollers. Barcelona.

24. **Mastoiditis aguda: revisión de nuestra casuística y protocolo diagnóstico-terapéutico en urgencias.** A. Concheiro Guisan, M. Ramón Krauel, W. Fasheh Youssef, J.J. García García, R. Garrido Romero y C. Luaces Cubells. Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Unidad Integrada Hospital Sant Joan de Déu-Clínic. Universitat de Barcelona.

25. **Absceso lingual en la infancia.** M. Herreros Fernández, A. Moreno Juara¹, R. Díez García, S. Ramírez Parenteau y A. Pastor Gómez. Clínica Moncloa. Área de Pediatría. ¹Área de ORL. Madrid.

26. **Otitis media aguda y parálisis facial. A propósito de cuatro casos.** L. Castells Vilella, P. Araujo Salinas, J. Quilis Esquerra, S. Uriz Urzainqui, R. Vidal Sanahuja¹ y J. Broto². Servicio de Pediatría. ¹Unidad de Neurología Pediátrica. ²Servicio de Otorrinolaringología. Hospital de Terrassa.

27. **Mastoiditis aguda: revisión de los últimos cinco años en el Hospital del Niño Jesús.** A. Mata Fernández, S. Fernández Plaza, C. Montero Luis, C. Amigo Bello y M. de la Torre Espí. Sección de Urgencias. Hospital del Niño Jesús. Madrid.

28. **Resolución quirúrgica de las otitis medias en un grupo pediátrico.** P. Ezcurra Hernández, A. Albertí Casas, E. Masgoret Palau, E. Figuerola Masana, M.D. Martínez Novoa, J.C. Flores Martín y J. Risco Arenas. Servicio ORL. Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona.

29. **Síncope en la edad pediátrica. Revisión de nuestra casuística.** E. Toral Rodríguez, A. Domingo Garau, J.J. García Gar-

cía, A. Fernández López, E. Carballo Ruano y C. Luaces Cubells. Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Unidad Integrada Hospital Sant Joan de Déu-Clínic. Universitat de Barcelona.

30. **Derrame pericárdico en un hospital pediátrico.** N. Clerigué Arrieta, M. Herranz Aguirre, C. Romero Ibarra, M.J. Azanza Agorreta, N. Viguria Sánchez y D. Martínez Cirauqui. Servicio de Pediatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

31. **Epidemiología de la utilización de la urgencia pediátrica por el niño cardiópata.** P. Aparicio García y P. Vázquez López. Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría y Cirugía Infantil. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

32. **Fibrilación ventricular en el curso de una miocarditis aguda.** M. Palacios Horcajada, N. Clerigé Arrieta, M. Herranz Aguirre, C. Romero Ibarra¹, C. Goñi Orayen y J. Rodríguez Ozcoidi. Servicios de Pediatría y ¹Cardiología Pediátrica. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

33. **Pericarditis en nuestro medio.** E. Maderuelo, N. Domínguez, C. Míguez, A. López, J. Zunzunegui y P. Vázquez. Servicio de Urgencias Pediátricas. Servicio de Cardiología Pediátrica. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

34. **Síndrome del QT largo: crisis convulsiva como forma de presentación.** I. Pinto Fuentes, M. Vázquez López, E. González Carrasco y A. Arregui Sierra. Servicio de Pediatría. Hospital Severo Ochoa. Leganés. Madrid.

35. **Aturdimiento miocárdico en pediatría.** J. Carretero Bellón, C. Valldepérez Baiges, C. Pérez Sáez, G. Vizmanos Lamotte, A. Bardají Ruiz y R. Closa Monasterolo. Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona.

36. **Taponamiento cardíaco como complicación de cate-
terización venosa central.** C. Pérez Sáez, C. Valldepérez Baiges, J. Carretero Bellón, R. Monné Gelonch, J. Mercé Klein¹ y R. Closa Monasterolo. Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona.

37. **Síndrome de Stokes-Adams-Morgagni como única manifestación de miocarditis aguda.** N. García Baiges, E. Castellarnau Figueras, J. Maixé Ceballos, M. Jarrod Pàmias, J. Carretero Bellón y M.J. Mas Salguero. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona.

38. **Enfermedad de Kawasaki: nuestra experiencia en los últimos 5 años.** A.M. Pastor Gómez, M. Herreros Fernández, A. Morenos Juara, A. González Laguillo y J. Barja Tur. Área de Pediatría. Clínica Moncloa. Madrid.

39. **Enfermedad de Kawasaki en el niño mayor. Presentación de un caso.** A. García, A. Jiménez, O. Pierna, H. González, J. Moussalem, J. Hernaz y A. Villar. Hospital Comarcal de Medina del Campo. Servicio de Pediatría. Segovia.

40. **Lesiones atípicas en un caso de púrpura de Schönlein-Henoch.** P. Sánchez, E. Crespo, A. Crespo, R. Velasco y J. Alonso. Servicio de Pediatría. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

41. **Púrpura de Schönlein-Henoch y eritema nodoso en el contexto de una varicela.** A.R. Varela, E. Tato, P. López Montero, J. Mata y V. Álvarez. Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario. Valencia.

42. **Vasculitis isquémica en enfermedad de Kawasaki.** L. Martí, A. Gómez Papi, N. García Baiges, E. Perera y X. Allué. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona.

43. **Síndrome de hipotensión endocraneal como causa de cefalea prolongada pospunción lumbar.** E. Macià Riera-devall, J. García García, M. Pineda Marfa¹, A. Vernet Borri¹, J.M. Quintillá Martínez y C. Luaces Cubells. Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. ¹Servicio de Neurología. Unidad Integrada Hospital Sant Joan de Déu-Clínic. Universitat de Barcelona.

44. **Valproato sódico por vía intravenosa para el tratamiento de las convulsiones y estado de mal en el niño.** V. Trenchs Sainz de la Maza, A. Fernández López, J. Campistol Plana¹, K. Mohamed Juma y C. Luaces Cubells. Sección de Urgencias Pediátricas. Servicio de Pediatría. ¹Servicio de Neurología. Unidad Integrada Hospital Sant Joan de Déu-Clínic. Universitat de Barcelona.

45. Texto completo en páginas anteriores.

46. **La ansiedad en el adolescente como manifestación de patología orgánica. A propósito de dos casos.** O. Domínguez Sánchez, P. Gussinyè Canabal, X. Codina Puig, J.L. Simón Riazuelo y S. Corral Arboledas. Servicios de Pediatría y Urgencias. Hospital General de Granollers. Barcelona.

47. **Meningoencefalitis por virus herpes 6. A propósito de un caso.** R. Bou Torrent, V. Pineda Solas, R. Monfort Gil, I. Lorente Hurtado, J. Antón López, M. Domingo Puiggròs y J. Rivera Luján. Servicio de Medicina Pediátrica. Hospital de Sabadell. Corporació Parc Taulí. Sabadell. Barcelona.

48. **Crisis convulsivas: epidemiología y manejo en el servicio de urgencias.** S. Zeballos, E. Sanz, C. Serrano, P. Castro¹, C. Garzo¹ y C. Merello². Servicios de ¹Neuropediatría y ²Urgencias Hospital Infantil. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

49. **Brote de meningitis por enterovirus: diagnóstico, características clínicas y analíticas.** P. Fernández González, S. Melón García¹, M. de Oña Navarro¹, S. Méndez Lage¹, C. Polo Mellado y J.L. Fanjul Fernández. Urgencias de Pediatría y ¹Sección de Virología. Hospital Central de Asturias. Oviedo.

50. **Absceso cerebral como complicación de una meningitis meningocócica.** R. Borrego, C. Menéndez, R. Chacón, M.ªD. Gurbindo, M.ªC. Aritmendí, R. Rodríguez y V. Climent. Sección de Pediatría. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

51. **Encefalopatía de tronco encefálico subaguda de probable etiología infecciosa. A propósito de un caso.** C. Míguez, E. Sanz, E. Maderuelo, P. Dobón, P. Castro y B. Brandsstrup. Servicio de Neuropediatría. Hospital Infantil. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

52. **Convulsión febril: ¿ha de ser diferente la actitud en el caso de ser un episodio atípico?** S. Martínez González, J. Álvarez Pitti, M.J. Martínez González, M.A. Vázquez Ronco, S. Capapé Zache, S. Mintegi Raso y J. Benito Fernández. Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Baracaldo. Vizcaya.

53. **Rendimiento de la TC en los traumatismos craneoencefálicos atendidos en urgencias de pediatría.** E. Onís González, I. Goikoetxea Martín, S. Capapé Zache, M.J. Martínez González, M.A. Vázquez Ronco, S. Mintegi Raso y J. Benito Fernández. Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Baracaldo. Vizcaya.

54. **Utilidad de la TC cerebral en urgencias de pediatría.** M. Gastesi Larrañaga, E. Onís González, I. Goikoetxea Martín, M.J. Martínez González, S. Capapé Zache, M.A. Vázquez Ronco y J. Benito Fernández. Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Baracaldo. Vizcaya.

55. **Utilidad del EEG precoz en los niños con convulsiones que consultan en urgencias.** S. Martínez González, J. Álvarez Pitti, M.J. Martínez González, M.A. Vázquez Ronco, S. Capapé Zache, S. Mintegi Raso y J. Benito Fernández. Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Baracaldo. Vizcaya.

56. **Convulsión afebril: tratamiento y destino de los niños que consultan en urgencias.** J. Álvarez Pitti, S. Martínez González, M.J. Martínez González, M.A. Vázquez Ronco, S. Capapé Zache, S. Mintegi Raso y J. Benito Fernández. Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Baracaldo. Vizcaya.

57. **Meningitis neumocócica: revisión de 10 años.** D. Moreno Pérez, J.M. Romero Urbano, A. Cordón Martínez, J.M. González Gómez, F.J. García Martín, L. Marín de la Rosa y C. Calvo Macías. Unidad Críticos y Urgencias Pediátricas, Hospital Materno Infantil. Málaga.

58. Texto completo en páginas anteriores.

59. **Meningitis secundaria a traumatismo craneal.** N. Busquet Solé, I. Soler Galera, J. Ginesta Gil, LL. Galcerán Jové, J. Sitjes Costas y S. Nevot Falcó. Servicio de Pediatría Hospital General de Manresa. Barcelona.

60. **Crisis adrenal como debut de una enfermedad de Addison.** S. Pinillos Pisón, M. Ramón Krauel, I. Fumadó Pérez, I. Jordán García, Y. Fernández Santervas y C. Pavía Sesma¹. Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. ¹Sección de Endocrinología. Unidad Integrada Hospital Sant Joan de Déu-Clínic. Universitat de Barcelona.

61. **Coma hipoglucémico después de la primera papilla de fruta, un debut infrecuente de la intolerancia hereditaria a la fructosa.** A. Noguera Julián, A. García Cazorla¹, M.A. Vilaseca Busca² y J. Caritg Bosch. Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. ¹Servicio de Neuropediatría. ²Servicio de Laboratorio-Enfermedades Metabólicas. Unidad Integrada Hospital Sant Joan de Déu-Clínic. Universitat de Barcelona.

62. **Hepatomegalia y diabetes mellitus tipo 1.** S. Garcimartín Arévalo, A. Bilbao Garitagoitia, L. Espinoza Colindres, L. Hierro Llanillo, I. González Casado y R. Gracia Bouthelier. Servicio de Endocrinología Pediátrica y Hepatología Pediátrica. Hospital Infantil La Paz. Madrid.

63. Texto completo en páginas anteriores.

64. **Hipocalcemia por hipoparatiroidismo.** G.N. López Valero, R.L. Montero Reguera, S. Garcimartín Arévalo, A. De Paz Gago, I. González Casado y R. Gracia Bouthelier. Servicio de Endocrinología Infantil. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

65. **Raquitismo por déficit de vitamina D, en un hijo de inmigrantes. (¿Un problema que emerge o un reto ante el futuro?)** M.D. Márquez Moreno, R. Solaguren Alberdi, E. Zambrano Pérez, A. Crespo Alonso, L. Sentchordi Montané, E. Crespo Rupérez y J.A. Alonso Martínez. Servicio de Pediatría. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

66. **Rechazo del alimento y somnolencia en un recién nacido.** J.L. Hernández, J. Pineda, M. Garriga, F. Fornaguera, L. Belmonte y S. Nevot. Unidad de Neonatología. Servicio de Pediatría. Hospital General de Manresa.

67. **Epidemiología de las fracturas abiertas de extremidades en el niño.** M. Cols Roig, J. Roca Martínez y M. Del Clos¹. Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. ¹Servicio de Traumatología y Ortopedia. Unidad Integrada Hospital Sant Joan de Déu-Clínic. Universitat de Barcelona.

68. **Diagnóstico precoz de osteomielitis: una asignatura pendiente.** M. Cañellas Fuster, F. Ferrés Serrat, I. Sanpera Trigueros¹ y J.M. Román Piñana. Servicios de Pediatría y Traumatología Infantil¹. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca.

69. **Infecciones osteoarticulares en el servicio de urgencias: revisión de 54 casos.** M. Ramón Krauel, J.J. García García, R. Huguet Carol¹, E. Carballo Ruano, C. Luaces Cubells y J. Pou Fernández. Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. ¹Servicio de Ortopedia. Unidad integrada Hospital. Sant Joan de Déu-Clínic. Universitat de Barcelona.

70. **Displasia cleudocraneal. Diagnóstico en niña saharui en edad escolar.** S. Solaz Barrios, E. Pérez Monjardin, J. Mata, J. Tacons y V. Álvarez. Servicio Pediatría. Hospital General Universitario Valencia.

71. **Intoxicaciones en la infancia. Hábitos y falta de información de los padres.** M.J. Azanza Ajzorreta, M.T. Hernández Lagunas, G. Durán Urdaniz¹, S. Berrade Zubiri², M. Herranz Aguirre y N. Clerigüé Arrieta. Servicio de Pediatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona. ¹Hospital de Estella. ²Centro de Salud de Sangüesa.

72. **Intoxicación por monóxido de carbono.** A. Clopés, P. Terradas, R. Rovira, F.J. Sanchís, M. Samper y F. Dexeus¹. Servicio de Pediatría. ¹Servicio de Urgencias. Hospital Pius. Valls.

73. **Registro de intoxicaciones en nuestro hospital en un período de un año.** M. Herranz Aguirre, N. Clerigué Arrieta, M. Palacios Horcajada, T. Hernández Lagunas, C. Goñi Orayen y E. Aznal Sainz. Servicio de Pediatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona. Navarra.

74. **El anís estrellado ¿es realmente inocuo?** K.B. Brandsstrup, O. Serrano, P. Aparicio, P. Vázquez, R. Rodríguez, C. Merello y P. Castro. Servicio de Urgencias. Departamento de Pediatría. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

75. **Intoxicación por *Cannabis* en niños menores de 2 años.** G. Arriola, M. Urán, S. Villar, C. Menéndez, P. Vázquez, R. Rodríguez y E. Panadero. Servicio de Urgencias del Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid.

76. **Complicaciones de la intoxicación por metanol.** E. Perera, C. Valdepérez, D. Domínguez y X. Allué. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona.

77. **Pacientes < 18 años atendidos por sospecha de intoxicación en urgencias pediátricas hospitalarias: características epidemiológicas. Estudio multicéntrico.** Grupo de Trabajo de Intoxicaciones-SEUP y A. Fernández Landaluze. Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Baracaldo. Vizcaya.

78. **Manejo de los pacientes < 18 años atendidos por sospecha de intoxicación en urgencias pediátricas hospitalarias. Estudio multicéntrico.** Grupo de Trabajo de Intoxicaciones-SEUP y A. Fernández Landaluze. Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Baracaldo. Vizcaya.

79. **Severa hipocalcemia asociada a la administración de enemas de fosfato sódico hipertónico.** A. Gómez-Elípe, S. Zeballos, C. Gómez, R. Alonso, P. Vázquez y J. Bertó. Servicio de Urgencias Pediátricas. Departamento de Pediatría. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

80. **Eritrodermia por carbamacepina.** M.T. Penela, M.C. Puente, A.I. Jiménez, R. Gracia, M. Herrera y M.D. Romero. Servicio de Pediatría. Hospital General de Segovia.

81. **Exantema por mercurio. A propósito de un caso.** P. Zaballos, E. Salsench¹, A.L. Morales, M. Vázquez², J. Piñol y F.J. Carapeto. Servicios de Dermatología y ²Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. ¹Unidad de Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona.

82. **Intoxicación por anís estrellado. A propósito de tres casos.** J. Guerrero Fernández, F. Prada Martínez, J. García Aparicio, R.M. Escribá Polo, A. Martínez Bermejo y S. García García. Sección de Urgencias Pediátricas. Hospital Infantil La Paz. Madrid.

83. **Leishmaniasis cutánea localizada.** F.M. Tejero, M. Roncero, M. Guerrero, J. Bertó¹, M. Navarro² y J.M. Hernanz³. ¹Servicio de Pediatría. ²Sección de Enfermedades Infecciosas, ³Sección de Dermatología Infantil. Departamento de Pediatría. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

84. **Púrpuras: un reto para el pediatra.** M.C. Puente, M.T. Penela, R. Gracia, M.D. Romero, C. Santana y M. Herrera. Servicio de Pediatría. Hospital General de Segovia.

85. Texto completo en páginas anteriores.

86. **Encuesta de satisfacción del usuario en un servicio de urgencias pediátrico.** R. Garrido Romero, E. Toral Rodríguez, J.J. García García, C. Luaces Cubells, A. Mañosa Margarit¹, M. Serra Alacid² y J. Pou Fernández. Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. ¹Unidad de Atención al Usuario. ²Calidad y Procesos. Unitat Integrada. Hospital Sant Joan de Déu-Clínic. Universitat de Barcelona.

87. **Opinión de los padres sobre la hospitalización en una unidad de estancia corta para ingresos de urgencias.** W. Fasheh Youssef, M. Ramón Krauel, R. Puigarnau Vallhonrat, J.M. Quintillá Martínez, C. Luaces Cubells y J. Pou Fernández. Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Unidad Integrada Hospital Sant Joan de Déu-Clínic. Universitat de Barcelona.

88. **Muertes en urgencias. Revisión de nueve años (1992-2000).** A. Arce Casas, V. Trenchs Sainz de la Maza, S. Hernández Bou, J.M. Quintillá Martínez, Y. Fernández Santervas y C. Luaces Cubells. Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Unidad Integrada Hospital Sant Joan de Déu-Clínic. Universitat de Barcelona.

89. **Informatización en urgencias: cambiemos el *chip*.** A. Noguera Julián, J.M. Quintillá Martínez, J.J. García García, Y. Fernández Santervas, I. Jordán García y C. Luaces Cubells. Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Unidad Integrada. Hospital Sant Joan de Déu-Clínic. Universitat de Barcelona.

90. **Análisis y valoración de los motivos de derivación a urgencias.** V. Trenchs Sainz de la Maza, S. Hernández Bou, A. Arce Casas, Y. Fernández Santervas, J.M. Quintillá Martínez y C. Luaces Cubells. Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Unidad Integrada Hospital Sant Joan de Déu-Clínic. Universitat de Barcelona.

91. **El score PRISA como medida de calidad asistencial de un servicio de urgencias pediátrico.** M. Cols Roig, E. Carballo Ruano, G. Claret Teruel, J.J. García García, Y. Fernández Santervas y C. Luaces Cubells. Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Unidad Integrada Hospital Sant Joan de Déu-Clínic. Universitat de Barcelona.

92. Texto completo en páginas anteriores.

93. **Presencia de los padres en los procedimientos practicados en urgencias. ¿Qué piensan los profesionales?** J.M. Quintillá Martínez, E. Carballo Ruano, S. Zambudio Sert, A. Segura Casanovas¹, M. Martínez Martínez¹, A. Catalá Temprano y C. Luaces Cubells. Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. ¹DUE de Urgencias. Unidad Integrada Hospital Sant Joan de Déu-Clínic. Universitat de Barcelona.

94. Texto completo en páginas anteriores.

95. **Traslados interhospitalarios. Revisión 1996-2000.** L. Arranz Arana, A. Pérez Sáez, E. Blarduni Cardon, E. Zuazo Zamalloa, M. Lertxundi Etxebarria y E. Moreno Arnedillo. Servicio de Pediatría. Hospital de Zumárraga, Gipuzkoa.

96. **Patrones asistenciales de los niños sin documentación que acuden al servicio de urgencias.** M.T. Moya Díaz-Pintado, J.C. Molina Cabañero, M. de la Torre Espí y J.A. López García. Servicio de Urgencias. Hospital del Niño Jesús. Madrid.

97. **Utilización de una unidad de observación de urgencias pediátrica (UOUP) en un hospital terciario.** S. Capapé Zache, C. Calvo Monge, A. Fernández Landaluze, M.J. Martínez González, M.A. Vázquez Ronco, S. Mintegi Raso y J. Benito Fernández. Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Baracaldo. Vizcaya.

98. **Técnicas de inmovilización en urgencias de pediatría.** E.M. Álvarez Escosura. Auxiliar de enfermería. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona.

99. **Las causas de la demanda espontánea de asistencia en urgencias pediátricas.** M. Jariod Pàmias, A. Barco López, N. Nieves Díaz, J. Maixé Ceballos, E. Castellarnau Figueras y J. Carretero Bellón. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona.

100. Texto completo en páginas anteriores.

101. **Descripción de la readmisión en urgencias pediátricas.** M. Jariod Pàmias, J. Maixé Ceballos, J. Carretero Bellón, E. Castellarnau Figueras y M.J. Mas Salguero. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona.

102. **Factores asociados a la readmisión en urgencias pediátricas.** M. Jariod Pàmias, J. Maixé Ceballos, J. Carretero Bellón, E. Castellarnau Figueras y M.J. Mas Salguero. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona.

103. **Patología de los niños prematuros en el servicio de urgencias.** M. Guerrero, C. Míguez, E. Sanz, C. Fernández, P. Dobón y B. Navarro. Servicio de Pediatría. Hospital Infantil. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

104. **Algoritmo de actuación domiciliaria en el llanto excesivo del lactante.** J.M. Roquer González y C. Rubio Elvira. Servei d'Urgències Domiciliàries de Pediatría (SUD). Hospital de Barcelona. SCIAS.

105. Texto completo en páginas anteriores.

106. **Gastroenteritis por *Aeromonas*.** M. Pangua Gómez, V. Nebreda Pérez, A. Mendoza Soto, A. Llorente de la Fuente, S. Fernández de Miguel y M.J. Martín Puerto. Unidad de Urgencias. Hospital 12 de Octubre. Madrid.

107. **Valoración de la escala de Lindberg para el dolor abdominal agudo en urgencias.** J.A. Ruiz Domínguez¹, F. Hernández², R. Recuero¹, J. García Aparicio¹, A. Queizán² y J. Mar-

tín¹. ¹Sección de Urgencias. ²Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Infantil La Paz. Madrid.

108. **Formas de presentación de la anemia drepanocítica en el servicio de urgencias.** E. Macià Rieradevall, S. Rives Sola¹, J. Estella Aguado¹, C. Luaces Cubells, K. Mohamed Juma y J. Pou Fernández. Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. ¹Servicio de Hematología. Unidad Integrada Hospital Sant Joan de Déu-Clínic. Universitat de Barcelona.

109. **Invaginación intestinal como forma de presentación de un linfoma intestinal.** L. Martín Jiménez, A. Sánchez Torres, P. López Ortego, S. García García y M. Carrascosa Taberner. Hospital Infantil La Paz. Madrid.

110. **Crisis hemolíticas en un servicio de urgencias infantil.** C. Montero Luis, M.C. Amigo Bello, M. de la Torre Espí y J.C. Molina Cabañero. Servicio de Urgencias. Hospital Infantil del Niño Jesús. Madrid.

111. **Síndrome de lisis tumoral: urgencia metabólica en pacientes oncológicos.** R. Muñoz, S. Fernández, M. Martínez, C. González y P. García de Miguel. Servicio de Hemato-Oncología. Hospital Infantil La Paz. Madrid.

112. **Paciente con edemas y proteinuria: antecedentes remotos como clave diagnóstica.** M. Camprubí Camprubí, J.M. Barroso Jornet, R. Collell Hernández, G. Castillejo De Villasante, J. Escribano Subías y O. Salvadó Juncosa. Servei de Pediatría. Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Reus. Tarragona.

113. **Anasarca en urgencias. A propósito de un caso.** E. Montesinos, N. Pons, E. Carvajal, I. Sosa y V. Álvarez. Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario de Valencia.

114. **Síndrome torácico agudo como presentación de drepanocitosis en el servicio de urgencias.** A. Cuñarro Alonso, A. Cervera Bravo, M. Villares Alonso, S. Martínez Regueira, M.A. Roa Francia y A. Salvador Amores. Servicio de Pediatría. Hospital de Móstoles. Madrid.

115. **Neumotórax por espina de planta ornamental.** E. Moreno Arnedillo, E. Blarduni Cardón, A. Pérez Sáez, E. Zuazo Zamalloa y L. Arranz Arana. Servicio de Pediatría. Hospital de Zumarraga. Gipuzkoa.

116. **Broncoaspiración de cuerpo extraño en la infancia.** E. Márquez Gutiérrez, M.J. Luque Hernández, J. Camacho Alonso, C. Serrano Recio, J.A. Fernández Cejas y C. Calvo Macías. Servicio de Urgencias del Hospital Materno-infantil de Málaga.

117. **Diagnóstico de las invaginaciones intestinales en un hospital de tercer nivel. Resultados del año 2000.** A.C. Rodríguez Dehli¹, R.P. Arias Llorente², J.D. Herrero Morin¹, S. Jiménez Treviño¹, P. Touza Pol¹, J. García Bernardo² y J. Vegas Sanmartín² et al. Departamento de Pediatría. ¹Unidad de Urgencias Pediátricas, ²Servicio de Radiología. ³Servicio de Cirugía Infantil. Hospital Central de Asturias. Oviedo. Asturias.

118. **Evolución de las invaginaciones intestinales tratadas en un hospital pediátrico de referencia durante el año 2000.** R.P. Arias Llorente¹, J.D. Herrero Morin¹, S. Jiménez Treviño¹, A.C. Rodríguez Dehli¹, P. Touza Pol¹, S. García Saavedra², V. Álvarez Muñoz² et al. Departamento de Pediatría. ¹Unidad de Urgencias Pediátricas. ²Servicio de Cirugía Infantil. Hospital Central de Asturias. Oviedo. Asturias.

119. **Apendicitis aguda: factores que influyen en su retraso diagnóstico y en la aparición de complicaciones.** A. Pizà Oliveras, S. Pinillos Pison, J.M. Quintillá Martínez, J. Mayol Gómez¹, J.J. García García y C. Luaces Cubells. Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. ¹Servicio de Cirugía. Unidad Integrada Hospital Sant Joan de Déu-Clínic. Universitat de Barcelona.

120. **Ectasia piléica secundaria a apendicitis retrocecal.** L. Castells Vilella, M. de Diego Suárez¹, C. Young, V. Tenorio Romojaro, D. Soriano Belmonte, J.A. Pallarés Arranz. Servicio de Pediatría y ¹Unidad de Cirugía Pediátrica. Hospital de Terrassa.

121. **Himen perforado y hemocolpos. A propósito de un caso.** M.T. Hernández Lagunas, N. Clerigué Arrieta, M. Herranz Aguirre, F. Gallinas Victoriano, M. González Villar, M.A. Martínez Bermejo. Servicio de Pediatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona.

122. **Hematoma duodenal postraumático como causa de obstrucción abdominal. Presentación de un caso clínico pediátrico.** A. Sanz, A. Jiménez, T. Guerra¹, J. Henanz, J. Mousalem, A. Villar y H. González. Servicios de Pediatría y ¹Radio-logía. Hospital Comarcal de Medina del Campo. Valladolid.

123. **Perforación espontánea de vesícula biliar (a propósito de un caso).** M.D. Marcos Moreno, R. Cazorla Calleja, J. Cobas Pazo, P. Sánchez Miranda, M.A. Granados Ruiz, E. Crespo Rupérez y J.A. Alonso Martínez. Servicio de Pediatría. Hospital Virgen de la Salud. Toledo.

124. **Abdomen agudo en niñas ¿Pensamos en la torsión de ovario?** M.D. Ortega, M. García, R. Bou, J. Antón, F.J. Travería, P. Abad¹ y C. Durán². ¹Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital de Sabadell. ²UDIAT, Corporació Parc Taulí. Sabadell. Barcelona.

125. **Dificultad respiratoria aguda de causa excepcional: vólvulo colónico de ángulo hepático.** J.M. Barroso Jornet, J.A. Balaguer Santamaría, J. Escribano Subías, A. Feliu Rovira, G. Castillejo de Villasante y F. Pagone Tangorra. Servicio de Pediatría. Hospital Universitari Sant Joan de Reus. Reus. Tarragona.

126. **Niños diagnosticados de apendicitis en la segunda visita o sucesivas a urgencias.** E. Morteruel Arizkuren, E. Gar-

cía Ojeda, M.A. Vázquez Ronco, S. Capapé Zache, M.J. Martínez González, S. Mintegi Raso y J. Benito Fernández. Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces de Baracaldo. Vizcaya.

127. **Rendimiento de la ecografía abdominal en el diagnóstico de apendicitis en urgencias.** E. García Ojeda, E. Monteruel Azikuren, M. Vázquez Ronco, S. Capapé Zache, M.J. Martínez González, S. Mintegi Raso y J. Benito Fernández. Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces de Baracaldo. Vizcaya.

128. **Higroma quístico de presentación súbita en la urgencia.** M. Villares Alonso, A. Cuñarro Alonso, S. Albi Rodríguez, A. Díez Sáez, F. Muñoz y F.J. Sáinz de Santaefemia. Hospital de Móstoles. Madrid.

129. **Fiebre en menores de 3 meses.** G. Vizmanos Lamotte, M. Jarrod Pamias¹, C. Valdepérez Baiges y A. Gómez Papí. Servicio de Pediatría y Servicio de Medicina Preventiva y Epidemiológica¹. Hospital Universitario Joan XXIII. Tarragona.

130. **Transporte interhospitalario.** S. Campuzano, M. Los Arcos, R. Pardo, L. Ferrero y A. Concha. UCIP. Departamento de Pediatría. Hospital Central de Asturias. Oviedo.

131. **Antibióticos en la urgencia: propuesta para mejorar su prescripción.** V. Nebreda Pérez, A. Mendoza Soto, M. Pangua Gómez, S. Fernández de Miquel, E. Pérez Estévez y M.J. Martín Puerto. Unidad de Urgencias, Hospital 12 de Octubre, Madrid.

132. **Arritmias en el área de urgencias. casuística de 5 años.** A.M. Cerdón Martínez, J.M. Romero urbano, D. Moreno Pérez, A. Martín Torrecillas, I. Durán Hidalgo, J. M. Cano España y C. Calvo Macías. Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias Pediátricas. Hospital Materno Infantil. Málaga.

133. **Formas de presentación del maltrato infantil (M) y abuso sexual infantil (AS) en la urgencia pediátrica.** G. López, S. García, J. Martín, S. Simó, M. De la Flor y A. Romero, Unidad de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario La Paz. Madrid.

NOTA DE LOS EDITORES

El texto completo de las comunicaciones y las ponencias se encuentra disponible como libro electrónico en formato CD-ROM (ISBN 84-8473-052-2, Depósito Legal M-45704-2001) o bien en la página web de la Sociedad Española de Urgencia de Pediatría (URL: http://seup.org/seup/VII_reunion_anual/posters.htm).