

# IX Reunión Anual de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP) (IV)

Bilbao, 6-8 de mayo de 2004

## PÓSTERS

### AUMENTO DE LAS URGENCIAS EN MENORES DE 2 AÑOS: RELACIÓN CON LOS CAMBIOS DEMOGRÁFICOS DE LA POBLACIÓN DE REFERENCIA

M. Herranz Aguirre, B. Solís Gómez, F. Gallinas Victoriano,  
M. Garatea Rodríguez, F. Sánchez Valverde y N. Viguria Sánchez

Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Virgen del Camino.  
Pamplona. Navarra. España.

**Objetivos:** Describir el número de niños de menos de 2 años que consultan en nuestro servicio de urgencias y su índice de frecuentación. Valorar la evolución en últimos 8 años de estos parámetros teniendo en cuenta las modificaciones en la población de referencia, el número de urgencias totales y el de partos.

**Material y métodos:** Se recogen anualmente durante 8 años (1996-2003): número de urgencias totales, urgencias en niños de menos de 2 años y número de partos.

Se evalúa su evolución en el tiempo y se estudia la existencia de correlación entre estas variables mediante los índices de correlación de Pearson y Spearman.

Se consulta el padrón de habitantes de los años 1996 y 2001. Se calculan los índices de frecuentación de los inferiores a 2 años (n.º urgencias/población de referencia).

#### Resultados:

Año	Urgencias totales	Urgencias en < 2 años	RN vivos
1996	32.340	9.851	3.264
1997	33.319	10.225	3.439
1998	34.921	10.949	3.411
1999	35.190	10.656	3.613
2000	36.211	10.980	3.682
2001	35.264	11.581	4.089
2002	38.047	12.349	4.037
2003	40.003	12.925	4.028

El índice de correlación de Pearson entre urgencias totales y urgencias en menores de 2 años es 0,952 y la correlación de Spearman 0,952. Entre número de partos y urgencias en menores de 2 años: correlación de Pearson de 0,85 y de Spearman 0,81.

Índice de frecuentación (urgencias en < 2 años/población de referencia < 2 años):

• En 1996:  $9.851/8.676 = 1,13$ .

• En 2001:  $11.581/11.034 = 1,05$ .

**Comentarios:** Los niños menores de 2 años utilizan mucho nuestro servicio de urgencias con un índice de frecuentación superior a 1. El aumento progresivo del número de urgencias en menores de 2 años se correlaciona con el aumento del número total de urgencias y el de partos, manteniendo similar índice de frecuentación durante 5 años. El incremento de nuestra población de referencia parece ocasionar la mayor demanda en menores de 2 años.

### UTILIZACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS DE UN HOSPITAL TERCIARIO

M. Fariñas, M.M. Santos, A. Peñalba, C. Míguez, P. Vázquez  
y E. Herrero

Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital General Universitario  
Gregorio Marañón. Madrid. España.

**Objetivos:** Estudiar la utilización diaria de un servicio de urgencias pediátrico y determinar los pacientes que requieren una atención hospitalaria.

**Método:** Estudio transversal de 610 consultas en el servicio de urgencias pediátricas de niños comprendidos entre los 0 y los 15 años, durante un mes, los datos se recogen mediante una encuesta rellenada por los médicos que atienden a cada niño. Se introducen en una base de datos de Excel y se analizan mediante el programa estadístico SPSS®.

**Resultados:** Durante el mes de enero de 2004 en el servicio de urgencias pediátricas se atendieron un total de 4.691 urgencias de las cuales se recogen un total de 610 encuestas. De los niños estudiados el 23% venían remitidos por un médico y el 76,3% lo hacían por petición propia. De los remitidos el 57% lo eran por su pediatra, el 19,4% por un pediatra de este hospital, el 14,2% por un médico de familia o de urgencias de su centro de salud, el 5,2% por otro pediatra que no es el habitual, y el 3,7% es trasladado por un servicio de urgencias del tipo 061. De los niños remitidos por un médico el 15,6% eran neonatos frente al 4,6% de los que acuden por petición propia; el 42,2% de los remitidos tenía entre un mes y 24 meses frente al 49,8% que eran por petición propia, el 17,8% de los remitidos tenían entre 3 y 7 años frente al 27,3% de los que no lo eran, el 24,4% de los remitidos tenían entre 8 y 16 años, frente al 19,7% de los que no

lo eran siendo las diferencias encontradas estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ). El 40,3% de los niños precisaron pruebas complementarias. De los remitidos por un médico el 62% frente al 34,6% de los que acuden por petición propia siendo estas diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ). El 5,9% del total requirieron ingreso, el 3,9% de los niños que acuden por petición propia frente al 12,6% de los remitidos, siendo las diferencias encontradas estadísticamente significativas ( $p < 0,001$ ). La valoración subjetiva del médico que atiende en niños que acuden por petición propia podrían haber sido manejados en su centro de salud el 84,1% frente al 48,1% de los remitidos, siendo estos resultados estadísticamente significativos ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** Predominan dos grupos de edad entre los niños remitidos por un pediatra los neonatos y los niños mayores de 8 años. La necesidad de pruebas complementarias y de ingresos suele ser más frecuente dentro del grupo de pacientes remitidos por un médico. De los niños atendidos en un servicio de urgencias la mayoría podrían haber sido atendidos en su centro de salud.

### NECESIDAD DEL TRIAGE EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS

F. Ferouelle Novillo

Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

**Introducción y objetivos:** La creciente demanda asistencial de los servicios de urgencia obliga a realizar una valoración previa o a establecer unos sistemas de selección que determinen la prioridad de la urgencia, para poder dar una atención adecuada (1 a 3) a la gravedad de los casos.

Priorizar al paciente en función de la gravedad y objetivar clínicamente la decisión de dicha priorización.

**Material y métodos:** Informatización del Servicio de Urgencias Pediátricas. Diseño de formularios en ordenador (en ítems) de *triage*, observación enfermería, análisis clínicos, informes e historias médicas.

En cada página se visualizan todos los datos del paciente (valoración médica, pruebas realizadas o pendientes, tratamiento administrado, alergias, etc.).

**Resultados:** En 29.000 *trriages* realizados de septiembre de 2003 a febrero de 2004: enfermedades más frecuentes (dificultad respiratoria, 36,5%; fiebre, 38,16%; convulsión, 0,2%; dolor abdominal, 19%; C. lactante, 2%; enfermedad ocular, 2%; patología ORL, 2%; patología psiquiátrica, 0,09%; patología oncológica, 0,05%. Priorizaciones de *triage*: 1-3%, 2-8%, 3-89%. Franjas horarias de atención hospitalaria: de 8 a 15, 21%; de 15 a 22, 33%; de 22 a 8, 46%. Urgencias atendidas por especialidades: pediatría, 58%; cirugía, 14%; traumatología, 18%; otras especialidades, 10%. Pacientes con prioridad 1, ingresados 40%, derivados a domicilio 60%. Pacientes con prioridad 2, ingresados 9%, derivados a domicilio 91%.

**Discusión y conclusiones:** La utilización de una escala de *triage* en urgencias pediátricas es útil y fiable para seleccionar a los pacientes que precisan asistencia y tratamiento urgente.

### EFICACIA DEL TRIAGE REALIZADO POR PERSONAL DE ENFERMERÍA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS

V. Cañadas, F. Ferouelle, C. Soria, C. Ignacio y G. Guerrero

Servicio de Urgencias. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

**Introducción:** Se entiende por *triage* la función de clasificación de los pacientes que acuden a un servicio de urgencias hospitalario, antes de que reciban asistencia médica, siguiendo criterios de gravedad clínica que permiten diferenciar lo realmente urgente de lo que no lo es. Está aceptado que esta función sea realizada por personal de enfermería.

**Objetivo:** Determinar la eficacia del *triage* realizado por el personal de enfermería en el servicio de urgencias pediátricas de nuestro hospital.

**Material y métodos:** Se consensuó previamente por todo el personal asistencial la prioridad de atención, estableciendo cuatro niveles en relación al tiempo de espera desde la realización del *triage* hasta recibir atención sanitaria. Prioridad 0 se consideró la atención inmediata, prioridad 1 se consideró un tiempo de espera menor de 15 min, prioridad 2 un tiempo menor de 30 min y prioridad 3 un tiempo superior a 30 min. El *triage* fue realizado en todos los casos por personal de enfermería. Se recogieron de manera retrospectiva las prioridades, los tiempos de espera en recibir asistencia médica y el número de esos pacientes por prioridad que requirieron ingreso. El período de tiempo estudiado comprendido de septiembre de 2003 hasta final de enero de 2004, incluyéndose todos los pacientes que cumplían todos los requisitos del estudio.

**Resultados:** Se estudiaron un total de 2.749 pacientes, de los cuales 154 (5,6%) eran prioridad 1, 583 (21,3%) eran prioridad 2 y 2.012 (73,1%) eran prioridad 3. De los de prioridad 1 todos fueron atendidos en menos de 30 min. El 84,4% (130) fueron atendidos en menos de 15 min. De los de prioridad 2 fueron atendidos en menos de 30 min 484 lo que supone el 83%. De los de prioridad 3 fueron atendidos en menos de una hora 1.743 lo que supone el 86% de los pacientes.

**Conclusiones:** El inicio de la utilización de una escala de *triage* por el personal de enfermería de nuestro hospital ha sido eficaz. Los pacientes fueron atendidos dentro del límite de tiempo previamente acordado para cada prioridad.

### URGENCIAS NOCTURNAS EN UN HOSPITAL COMARCAL

R. Laporta Ocaña, S. Ibáñez Esteller, C. Calls Vinardell, N. Palacio Marco, M. Casablanca Claramunt y J. Rivera Luján

Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital de Sabadell. Barcelona. España.

**Objetivo:** Conocer la frecuentación y diagnósticos de las consultas al servicio de urgencias de pediatría, en un hospital comarcal, entre las 0:00 y las 8:00 h.

**Material y métodos:** Se analizan 4.497 visitas realizadas entre el 1 de febrero y el 31 de diciembre de 2003 que acudieron al servicio de urgencias de pediatría entre las 0:00 y las 8:00 h.

Se estudian las siguientes variables: sexo, edad, procedencia, especialidad, destino y diagnóstico.

**Resultados:** Durante el citado período se realizaron un total de 49.412 visitas al servicio de urgencias, de las que 4.497 (9,1%) corresponden a visitas realizadas en el turno de noche. De éstas, el 56,2% corresponden a niños y el 43,8% a niñas. Por edades, un 2,4% corresponde a menores de un mes; un 18,3% a niños de entre un mes y un año; un 51,2% niños de entre 1 y 4 años; un 17,1% niños de entre 5 y 9 años y un 10,9% niños mayores de 10 años.

Un 98,1% de las consultas fueron realizadas por iniciativa propia; un 1,6% procedían derivados de los centros de atención primaria; un 0,2% procedían de otros centros hospitalarios y un 0,1% fueron derivados por su pediatra. El 93,8% corresponden a consultas de medicina pediátrica, el 4,6% a traumatología pediátrica y el 1,6% a cirugía pediátrica. En cuanto a los diagnósticos en medicina pediátrica, el principal grupo es el de patología ORL con un 25,0% de las consultas; seguido de la patología del aparato respiratorio con un 23,1%. A continuación encontramos, por orden de frecuencia, patología del aparato digestivo (17,9%), síndromes febriles (12,6%), patología dermatológica (3,8%) y patología neurológica (1,7%). El resto de los diagnósticos se presentan en un porcentaje inferior con una gran variabilidad de ellos. Del total de visitas realizadas, al 72,8% se le dio el alta, el 26,2% quedó en observación y el 1% ingresó. El grupo diagnóstico que presentó más ingresos fue el de patología respiratoria con un 30,2% del total de los ingresos.

**Conclusiones:** 1. La mayor parte de las visitas al servicio de urgencias, entre las 0:00 y las 8:00 h, corresponden a niños/as de entre 1 y 4 años que acuden por iniciativa propia y que consultan al servicio de medicina. 2. Aunque el diagnóstico más prevalente fue el relacionado con la patología otorrinolaringológica, la patología del aparato respiratorio fue la que presentó mayor número de ingresos. 3. Durante la noche se produce un alto porcentaje de pacientes que quedan en observación.

#### TRIAGE TELEFÓNICO REALIZADO POR MÉDICOS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA

A. Fernández Landaluce, E. Mora González,  
N. Trebolazabala Quirante, S. Capapé Zache, S. Mintegi Raso  
y J. Benito Fernández

Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Baracaldo. Vizcaya. España.

**Objetivo:** Establecer la aplicabilidad de una consulta telefónica atendida por médicos en un Servicio de Urgencias Pediátrico.

**Pacientes y método:** Estudio del registro telefónico iniciado en octubre de 2003 en nuestro servicio de urgencias. Se recogen todas las consultas telefónicas recibidas (datos sociodemográficos, motivo de consulta, instrucciones ofrecidas y persona que atiende la llamada). Se contactó telefónicamente con una muestra de las consultas atendidas para conocer la efectividad de las recomendaciones administradas. Antes del inicio, se estableció un protocolo de respuesta y los MIR de pediatría recibieron formación específica.

**Resultados:** Durante el período de estudio (1-10-2003 al 31-1-2004) fueron atendidas 1.071 consultas (media de 9/día). El 55% entre las 17:00 y 24:00 h. La edad media de los niños cuyo

problema se consultó fue de 28 meses, siendo el 80% menor de 4 años. El 17% de los niños habían consultado las horas previas en nuestro servicio. El motivo de la llamada fue la presencia de un síntoma (65%), dudas sobre fármacos (24%) y, con menos frecuencia, dudas de puericultura (5%). Se recomendó acudir a urgencias a 106 niños (9,9%) y, de éstos, dos requirieron ingreso en planta y unas 4 h en observación. Todas las llamadas fueron atendidas por un médico (30% adjunto; 70% MIR). De las familias a las que se recomendó venir, el 22% no siguió el consejo recibido. Mediante llamada telefónica se comprobó la adecuada evolución de éstos. El 17% de los que recibieron instrucciones de manejo domiciliario acudió a nuestro servicio en las siguientes 48 h, el 99% fue dado de alta directamente.

**Comentarios:** La consulta telefónica en urgencias de pediatría representa una carga asistencial importante. La mayoría de las consultas son por síntomas o dudas sobre fármacos. Realizada de forma protocolizada es una herramienta útil y segura para el triage de los pacientes.

#### ENCUESTAS DE SATISFACCIÓN A LOS PEDIATRAS RELACIONADOS CON NUESTRO SERVICIO DE URGENCIAS

J. Sánchez Etxaniz, J. Benito Fernández, S. Mintegi Raso,  
S. Capapé, N. Trebolazabala y A. Fernández

Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Baracaldo. Vizcaya. España.

**Objetivo:** Conocer la valoración del servicio de urgencias de pediatría, tanto por parte de los pediatras extrahospitalarios (PEH), como de los del hospital terciario al que pertenecemos (PH).

**Método:** Encuestas anónimas solicitando la valoración de cinco aspectos concretos: calidad de la atención; accesibilidad a la comunicación; calidad de los informes de alta; interferencia en su práctica; quejas de los familiares. Incluía apartado de observaciones.

**Resultados:** Contestaron la encuesta 13 (26%) de los 50 PH, y 56 (40%) de los 140 PEH a los que se enviaron. La calidad de nuestro trabajo fue valorada como buena o muy buena por el 98,1%. Las dos valoraciones negativas fueron PH ( $p = 0,03$ ). La accesibilidad a la comunicación con nuestro servicio se calificó de buena o muy buena por el 84%. La calidad de los informes de alta se estimó como buena o muy buena por el 100%. El 95% piensan que nuestro trabajo no interfiere nunca o casi nunca con su práctica, mientras que 3 PEH contestaron que casi siempre. En opinión del 97% nunca o casi nunca perciben quejas de los padres. Las observaciones más frecuentes realizadas (17 PEH y 6 PH) fueron: cambios innecesarios de tratamientos (4), no respetar la opinión del PEH (4), felicitaciones (3), desacuerdo con los criterios de ingreso (3), estancia prolongada en la unidad de observación (2).

**Comentarios:** 1. Para conocer aspectos susceptibles de mejora en la calidad de la atención prestada en los servicios de urgencias pediátricos es preciso la realización de encuestas de satisfacción de los PH como PEH. 2. Consideramos baja la tasa de contestación (26%) por parte de los PH, interpretándolo como

un indicador negativo de la relación con ellos, y un punto susceptible de mejora. 3. Aunque globalmente consideramos positiva la valoración, se han detectado algunos aspectos negativos: accesibilidad a la comunicación; cambios terapéuticos innecesarios y sentimiento de no valoración del pediatra extrahospitalario.

### REVISIÓN DE LAS QUEJAS POR ESCRITO AL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS EN LOS AÑOS 2000-2003

M. García González, A. Melgar Bonis, P. Rojo Conejo  
y V. Nebreda Pérez

Urgencias Pediátricas. Hospital 12 de Octubre. Madrid. España.

**Introducción:** Las urgencias pediátricas son un lugar frecuente de queja debido al elevado número de pacientes y la patología aguda con que se presentan. Es importante conocer las demandas de los pacientes para mejorar las posibles deficiencias de nuestro servicio.

**Objetivos:** Revisar las quejas recibidas por escrito en el servicio de atención al paciente en los años 2000-2003 con intención de comprobar su frecuencia, pertinencia y la posibilidad de solución.

**Material y métodos:** Se revisan todas las historias de urgencias de los pacientes que pusieron una reclamación escrita en el período citado y se clasifican en función del motivo de queja, si está dirigida a Pediatría o a las diferentes especialidades y la posibilidad de solución.

**Resultados:** En el período revisado acudieron 188.100 niños a la urgencia pediátrica. Se revisaron las 34 reclamaciones: la edad media fue de 4 años y 6 meses, 24 de los cuales eran niñas, el tiempo medio de espera fue 39 min. Veinticuatro de las reclamaciones pertenecen a pediatría, tres a traumatología, tres a cirugía, una a ORL, una a oftalmología, una a neurología y una a neurocirugía. El motivo de queja se puede clasificar en tres categorías: *a)* actitud del facultativo: tres por su trato personal, siete por considerar los padres que no se valora adecuadamente al paciente, cuatro por no realizarse las pruebas diagnósticas solicitadas por los padres y uno por disconformidad en el tratamiento administrado; *b)* diagnóstico inadecuado: ocho por evolución en días sucesivos a otra patología y cuatro errores diagnósticos, y *c)* tiempo de espera: cinco por espera prolongada para la atención del especialista (media, 5 h; rango, 2-14 h), cuatro por espera prolongada en la atención inicial por pediatra de guardia (media, 1 h 8 min; rango, 45 min-1 h 30 min) y dos por tiempo de espera excesivo para diagnóstico definitivo. Se consideraron pertinentes 9/34: cuatro errores diagnósticos y cinco por tiempo de espera prolongado.

**Conclusiones:** El número de quejas por escrito para el período estudiado es bajo en relación al número total de pacientes atendidos; sin embargo, pensamos que no es un medidor fiable del grado de satisfacción. Se consideran como razonables y solucionables el 26% de las reclamaciones. Una de las posibles soluciones sería el establecimiento de una clasificación o *triage* para disminuir el tiempo de espera inicial del paciente.

### RECLAMACIONES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL GENERAL UNIVERSITARIO GREGORIO MARAÑÓN

A. Peñalba, B. Riaño, J. Urbano, R. Marañón, C. Míguez  
y C. Merello

Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

**Objetivos:** Valoración del grado de satisfacción mediante estudio de reclamaciones presentadas en el servicio de urgencias. Importancia del traslado a un nuevo centro en el grado de satisfacción. Influencia de los picos estacionales en la demanda asistencial y número de reclamaciones.

**Pacientes, material y métodos:** Estudio retrospectivo de carácter descriptivo de las reclamaciones presentadas en el Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, determinando como períodos comparativos los años 2002 y 2003. Se recogen una serie de variables del demandante: sexo, nacionalidad, fecha de la reclamación y naturaleza de ésta.

**Resultados:** Desde enero de 2003 a enero de 2004 el número total de urgencias pediátricas fue de 57.597 y se produjeron un total de 60 reclamaciones. En el mismo período del año anterior el número de urgencias fue de 51.263 habiéndose producido un total de reclamaciones de 14. De las reclamaciones habidas en el año 2003 el 71% (n = 48) se presentaron en los meses de noviembre y diciembre que coincidió con un aumento de la asistencia en urgencias del 12% con respecto al mismo período del año anterior y con el traslado al nuevo hospital. Los motivos de demanda más frecuentes en el año 2003 fueron tiempo de espera (28,8%), aparcamiento (15,26%), accesos (11,86%), sistema de calefacción (11,86%), trato del personal (10,16%), sistema de clasificación (5,08%), megafonía (3,38%) y extravío de material (3,38%). En el año 2002, la mayoría de reclamaciones fueron por tiempo de espera y trato del personal. La práctica totalidad de los demandantes son de nacionalidad española.

**Conclusiones:** El incremento de las reclamaciones en la urgencias en el año 2003 se produce durante el período de tiempo siguiente al traslado al nuevo hospital (octubre de 2003), que coincide con el aumento de la utilización del servicio de urgencias del 12%. La mayoría de las demandas no son por asistencia médica.

### REVISIÓN DE PARTES JUDICIALES DE LESIONES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS

R. Sementé Puigdellívol, C. Blasco Valero,  
X. Perramón Montoliu, J. Fàbrega Sabaté y X. Ballabriga Vidaller

Servicio de Urgencias. Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron. Barcelona. España.

**Objetivos:** Revisar los partes judiciales de lesiones realizados en función de múltiples variables epidemiológicas como la edad y el sexo de los individuos implicados, motivo de realización del parte, tipo de lesiones descritas, así como el tratamiento recibido y el pronóstico de las lesiones.

**Material y métodos:** Se analizan de forma retrospectiva 241 informes de asistencia de pacientes que acudieron al Servi-

cio de Urgencias del Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron durante el segundo semestre del año 2003 y cuya atención se derivó en la realización de un parte judicial de lesiones.

**Resultados:** De los 241 casos revisados, el 17,4% se produjo por quemaduras de distinto grado, el 16,2% por accidentes de tráfico, el 15,7% por agresiones de distinta etiología, el 13,2% por atropellos, el 7,5% por caídas y contusiones accidentales, el 5,4% por malos tratos, el 5,4% por mordeduras de animales, el 4,6% por intoxicaciones, el 3,8% por precipitaciones, el 2% por abusos sexuales, y el resto por intentos de autólisis, casi ahogamientos y pinchazos accidentales con jeringas. De todos ellos se analizan numerosas variables epidemiológicas como la edad y el sexo de los afectados, los tipos de lesiones descritas, así como el tratamiento recibido y el pronóstico de las lesiones.

**Conclusiones:** El parte judicial es un documento médico-legal realizado con frecuencia en nuestro centro (media de más de uno al día). Su cumplimentación se lleva a cabo, en más de la mitad de los casos, por sucesos ocurridos de forma accidental y en teoría evitable.

#### EVALUACIÓN DE LAS RECONSULTAS EN URGENCIAS DURANTE EL AÑO 2003

E. Palomo Atance, A. Jordán Jiménez, N. Moreno Acero, J. García Aparicio y J. del Amo

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

Los indicadores de calidad se emplean como medidas cuantitativas del control de calidad de la práctica asistencial. Deberían ser instrumentos de uso habitual en la evaluación de los servicios de urgencias. Uno de estos indicadores es el que determina el porcentaje de pacientes que vuelven a acudir dentro de las siguientes 72 h a la primera visita. El objetivo de nuestro estudio fue analizar retrospectivamente dicho indicador durante el año 2003, y su relación con la etiología prevalente de las reconsultas.

**Material y métodos:** Se estudian retrospectivamente las reconsultas que se han efectuado en el área de Urgencias del Hospital Infantil La Paz durante el año 2003. Nuestro hospital es de tercer nivel y atiende a una población de 175.000 niños entre los 0-14 años. El total de urgencias asistidas durante el período de estudio fue de 71.573, lo que supone que el 40,8% de la población asistida acude al menos una vez a urgencias durante ese período. De éstos un total de 4.943 reconsultan dentro de las 72 h siguientes a la primera consulta, lo que representa un promedio del 6,87% de reconsultas del total de urgencias. La distribución de éstas por tramos horarios es de: inferior a 12 h, 22,6%; de 12 a 24 h, 25,1%; de 24 a 48 h, 33,5%; de 48 a 72 h, 19,1%. El número absoluto de casos tiene un máximo en el mes de diciembre con 667 reconsultas (9,34%), y un mínimo en el mes de agosto con 294 (7,10%), sin que la diferencia porcentual sea significativa. En lo que se refiere a los diagnósticos, la gastroenteritis-deshidratación es la patología que con más frecuencia reincide, seguida de las infecciones de vías altas, la fiebre sin foco y el dolor abdominal.

**Conclusiones:** 1. El número relativo de reconsultas se mantiene estable a lo largo de todos los meses del año, no existiendo diferencias significativas entre los meses de mayor y menor demanda asistencial. 2. La franja horaria de mayor incidencia de casos es entre las 24 y 48 h. 3. Las patologías más reincentes coinciden, en nuestro medio, con las más frecuentes.

#### ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LOS PACIENTES QUE INGRESAN EN UNA UNIDAD DE ESTANCIA CORTA POR POSIBLE APNEA

A. Pertierra Cortada, W. Fasheh Youssef, V. Trenchs Sáinz de la Maza y C. Luaces Cubells

Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Unitat Integrada Hospital Sant Joan de Déu-Clínic. Universidad de Barcelona. España.

**Introducción:** Los episodios de apnea son un motivo frecuente de consulta en urgencias pediátricas. En ocasiones la causa de éstos no es evidente, por lo que estos pacientes deben ser ingresados para proseguir estudio y realizar más exploraciones complementarias.

**Objetivos:** Revisión epidemiológica de los casos ingresados bajo la sospecha diagnóstica de apnea para adecuar su tratamiento en urgencias.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de los casos de pacientes menores de un año ingresados en la unidad de corta estancia por sospecha de apnea durante los últimos años.

**Resultados:** El total de pacientes fue de 82 (56% de sexo masculino). El 46,3% eran menores de un mes; sólo el 17% eran mayores de 2 meses. En el 25,6% de los casos existía algún antecedente durante el período gestacional. Los padres referían una duración de la apnea superior a 15 s en el 44% de los casos. En el 57,3% se realiza alguna maniobra de estimulación *in situ* (sobre todo zarandeos o estimulación táctil superficial). En el 69,5% de los casos, el paciente estaba despierto cuando presentó la pausa respiratoria. Las exploraciones complementarias realizadas fueron: radiografía de tórax, 75,6% de los casos; TEGD, 46,3%; test de detección de VRS en aspirado nasofaríngeo, 39%; ECG/ecocardiografía, 30,5%; perfil metabólico, 22%; EEG, 19,3%; ecografía cerebral, 15,9% y antígeno *Bordetella*, 12,2%. Inicialmente fueron monitorizados el 76,6% de los pacientes. Los diagnósticos finales del episodio fueron: apnea, 28,2%; atragantamiento, 33,3%; pausas respiratorias fisiológicas, 33,3%; convulsión, 2,6%; espasmo del llanto, 2,6%. Los diagnósticos concomitantes relacionados con el episodio: RGE/insuficiencia velopalatina, 19,5%; CVA, 19,5%; crisis neurovegetativa, 14,6%; bronquiolitis VRS+, 3,7%; bronquiolitis VRS-, 2,4%; tos ferina, 2,4%; apnea obstructiva, 2,4%; metabolopatía, 2,4%; epilepsia, 1,2%. El 34,1% de los pacientes se trasladaron a planta de hospitalización para seguir estudio y monitorización. El 4,6% de los pacientes recidivaron.

**Conclusión:** La máxima incidencia de los episodios de apnea o similares ocurre durante los primeros 2 meses de vida. La mayoría de los episodios no son verdaderas apneas. La anamnesis y la exploración física deben dirigir la pauta de actuación con la finalidad de rentabilizar las exploraciones complementarias.

Ante la ausencia de datos objetivos el principal papel del pediatra de urgencias consiste en la adecuada monitorización del paciente con el fin de objetivar y prevenir nuevos episodios.

### INGRESOS POR PATOLOGÍA RESPIRATORIA EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE CORTA ESTANCIA

R. Quiroga González, B. Fernández Barrio, A. Pérez Guirado,  
A. Calvo Gómez-Rodulfo, S. Suárez Saavedra  
y J.A. Concha Torre

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

**Antecedentes:** El Hospital Pediátrico de Corta Estancia (HPCE) de nuestro departamento consta de 6 camas y funciona para observación y tratamiento de niños que inicialmente no requieren ingreso en planta de hospitalización.

**Objetivos:** Conocer las características de los pacientes con patología respiratoria que ingresan en el HPCE y determinar las derivaciones a planta de hospitalización.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo de los ingresos por patología respiratoria en el HPCE durante 4 años (de enero de 2000 a diciembre de 2003). Datos obtenidos del registro de ingresos e historias clínicas (edad, sexo, servicio responsable, tipo de patología, día, turno y mes de ingreso, estancia y evolución). Los resultados se almacenaron en una base de datos y se realizó análisis estadístico de los mismos con el programa SPSS®.

**Resultados:** Ingresaron en el HPCE 5.375 pacientes (3,67 pacientes/día) con una edad media de  $60,4 \pm 50,3$  meses ( $P_{50} = 48$  meses), predominio de varones (60%) y una estancia media de  $17,6 \pm 11,8$  h con el 9,5% de pacientes con estancia superior a 36 h. La mayor parte de los ingresos (4.125 casos) fueron realizados por Pediatría. Los procesos respiratorios fueron los terceros en frecuencia (15,5%, 643 casos), tras los digestivos e infecciosos. Las crisis asmáticas constituyeron el 39,2% de la patología respiratoria, seguido en frecuencia por las laringitis (15,2%) y las bronquiolitis (12,4%). La distribución por sexos y la estancia fueron similares a los de la totalidad de pacientes. Sin embargo, los pacientes con patología respiratoria eran significativamente más jóvenes ( $39,4 \pm 41,7$  meses;  $P_{50} = 24$  meses) y los ingresos significativamente más frecuentes en turno de noche (49%). También hubo una disminución de los ingresos en meses de verano en relación con una menor incidencia de patología respiratoria en urgencias. Un dato relevante es que un tercio de pacientes fue trasladado a planta de hospitalización o cuidados intensivos, en comparación con el 18,6% del total de los mismos.

**Comentarios:** El HPCE es una herramienta útil para observar la evolución de algunos procesos respiratorios en las primeras horas. Sin embargo, el porcentaje de pacientes trasladados desde el HPCE a hospitalización es alto, lo que indica una inadecuada utilización de éste para determinados procesos. El establecimiento de criterios de ingreso para la patología respiratoria en el HPCE permitirá reducir el número de estancias inapropiadas. La ausencia de codificación diagnóstica en nuestro servicio

dificulta en gran medida el análisis exhaustivo de las diferentes enfermedades.

### ANÁLISIS DE LOS INGRESOS EN EL HOSPITAL PEDIÁTRICO DE CORTA ESTANCIA DURANTE LOS ÚLTIMOS 4 AÑOS

S. Suárez Saavedra, A. Pérez Guirado, A. Calvo Gómez-Rodulfo,  
B. Fernández Barrio, R. Quiroga González y J. Fanjul Fernández

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

**Antecedentes:** El Hospital Pediátrico de Corta Estancia (HPCE) de nuestro departamento consta de 6 camas y funciona para observación y tratamiento de niños que inicialmente no requieren ingreso en planta de hospitalización. Existen pocos estudios sobre los pacientes que ingresan en estas unidades, cada vez más utilizadas por proporcionar diagnóstico y tratamiento de forma eficiente con reducción de costes y optimización de recursos.

**Objetivos:** Conocer las características de los pacientes y las patologías que ingresan en el HPCE; determinar las estancias prolongadas y las derivaciones a hospitalización.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo, descriptivo de los ingresos en el HPCE durante 4 años (de enero de 2000 a diciembre de 2003). Datos obtenidos del registro de ingresos e historias clínicas (edad, sexo, servicio responsable, tipo de enfermedad, día, turno y mes de ingreso, estancia y evolución). Los resultados se almacenaron en una base de datos en el programa SPSS® y se realizó análisis estadístico de éstos.

**Resultados:** Ingresaron en el HPCE en el período de estudio 5.375 pacientes (3,67 pacientes/día) con edad media de  $60,45 \pm 50,3$  meses y predominio de varones (60%). Los ingresos fueron significativamente más frecuentes en el turno de tarde (41,5%) y los días de menos ingresos fueron sábados y domingos, en relación inversa a la asistencia a Urgencias. La mayor parte de los ingresos fueron realizados por pediatría y el 18% por cirugía pediátrica. Respecto a los ingresos del servicio de pediatría, el 23,4% correspondió a procesos digestivos, el 13,7% a procesos infecciosos que incluían fiebre sin foco y el 11,9% a procesos respiratorios. Se apreció disminución de los ingresos en meses de verano en relación con una menor frecuentación a urgencias de pediatría. La estancia media fue de  $17,6 \pm 11,8$  h con el 9,6% de pacientes con una estancia superior a 36 h. El 80,6% de pacientes fueron dados de alta a domicilio con un porcentaje significativo (18,6%) que fue trasladado a planta de hospitalización, quirófano o cuidados intensivos.

**Comentarios:** El HPCE es una herramienta útil para la observación y tratamiento de pacientes sin enfermedades graves en las primeras horas de evolución de su enfermedad. En nuestro estudio, el número de pacientes con estancia prolongada ( $> 36$  h) no es elevado e indica una adecuada rotación de las camas. El porcentaje de pacientes trasladados desde el HPCE a hospitalización es alto, lo cual indica una inadecuada utilización de éste para determinados procesos. El establecimiento de criterios de ingreso para el HPCE y vías clínicas para algunas patologías permitirá reducir el número de estancias inapropiadas.

## VALORACIÓN DEL USO DE LA UNIDAD DE OBSERVACIÓN PEDIÁTRICA DE UN HOSPITAL TERCIARIO

S. Conde, A.B. Lázaro, C. Ruiz de la Cuesta, C. Campos, S. Rite y L. Martín

Unidad de Urgencias. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

**Introducción:** La función de una unidad de observación de corta estancia es la vigilancia e intervención durante períodos cortos de tiempo de determinadas patologías en espera de su mejoría o, en caso necesario, ingreso hospitalario. El objetivo de este estudio es evaluar el uso de nuestra unidad y los cambios producidos tras la revisión de nuestros protocolos de urgencias en 2002.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de los niños ingresados en esta unidad en el segundo semestre de 2001 y de 2003, y comparación de ambos períodos. Variables recogidas: edad, sexo, hora y motivo de ingreso, procedencia, pruebas y tratamientos realizados, estancia, destino al alta y reincidencia. Análisis estadístico mediante prueba de chi cuadrado, t de Student y U de Mann-Whitney (significación estadística si  $p < 0,05$ ).

**Resultados:** Se han recogido datos de 2.502 niños ingresados en los años 2001 (1.358) y 2003 (1.144), que representaron respectivamente el 4,82 y el 3,80% del total de niños atendidos en urgencias, siendo esta diferencia significativa. Encontramos una disminución significativa en la estancia media (5,56 h en 2001 frente a 5,00 h en 2003). El motivo más frecuente de ingreso en ambos períodos fue la patología digestiva. El grupo de edad entre 1 y 3 años ha sido el de mayor porcentaje de ingresos en ambos períodos. Encontramos un aumento significativo en el porcentaje de pacientes derivados de otros centros sanitarios (13,0% en 2001 frente a 18,9% en 2003), así como en el porcentaje de pacientes que requirieron tratamiento quirúrgico (4,4% frente a 5,7%).

**Conclusiones:** En nuestra unidad hemos observado principalmente una disminución del porcentaje de ingresos y de la estancia media, así como un aumento del número de ingresos por traumatismo craneoencefálico e intoxicaciones y del porcentaje de ingresos procedentes de otros puntos de atención sanitaria.

## UTILIDAD DE UNA SALA DE OBSERVACIÓN EN ÁREA DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS PARA MANEJO DE GASTROENTERITIS AGUDA

M. Garatea Rodríguez, M. Herranz Aguirre, D. Martínez Cirauqui, M. González Villar, C. Romero Ibarra y F. Sánchez-Valverde

Servicio de Pediatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona. España.

**Introducción:** La gastroenteritis aguda (GEA) es muy frecuente en la infancia y genera muchas consultas en urgencias pediátricas.

En nuestro hospital se dispone de una unidad de observación (UO) en urgencias desde junio de 2001 que permite el manejo de estos casos.

**Objetivos:** 1. Describir los casos de GEA ingresados en la UO en los primeros 2 años de actividad. 2. Comparar los ingresos

por GEA en planta de hospitalización antes y después de la instauración de la UO.

**Material y métodos:** 1. Los casos de UO se recogieron mediante muestreo consecutivo analizándose diagnóstico, edad, tiempo de estancia y destino. 2. Se recogieron los datos de los hospitalizados con diagnóstico al alta de GEA de junio de 1999 a mayo de 2003. La selección de los casos se hizo mediante un sistema de codificación diagnóstica. Se recogieron las variables edad, duración del ingreso, coprocultivo, complicaciones, enfermedad de base.

Se analizaron los datos mediante paquete estadístico de SPSS® con la prueba de chi cuadrado y ANOVA.

**Resultados:** 1. En la UO ingresaron 2.438 niños de junio de 2001 a mayo de 2003; de éstos, 305 eran GEA. El número de ingresos en planta procedentes de la observación es significativamente menor si se trata de una GEA (17%) que de otra enfermedad (25%) ( $p < 0,001$ ). 2. El número de hospitalizaciones por GEA disminuyó de 362 a 285 después de la UO.

Los niños hospitalizados posteriormente a la UO tenían más patología de base ( $p = 0,003$ ) y más coprocultivos positivos (44,5% frente a 55%) ( $p = 0,0005$ ).

Para la edad no se encontraron diferencias significativas, excepto para el grupo de edad 0-12 meses, que después de la UO tenían menor edad ( $p = 0,004$ ).

Para el resto de las variables no se encontraron diferencias significativas.

**Conclusiones:** 1. La sala de observación es útil en el manejo de las GEA. 2. Los pacientes ingresados en planta son más complejos tras la instauración de la UO.

## GOLPE DE CALOR EN PEDIATRÍA. A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Sánchez Pérez, J. Pérez Sánchez, T. Gili Bigatà, S. Teodoro Marín, J. Travería Casanova y J. Rivera Luján

Servicio de Pediatría. Hospital de Sabadell. Instituto Universitario Parc Taulí. Barcelona. España.

**Fundamento y objetivo:** El golpe de calor es una patología poco prevalente en pediatría, aunque su frecuencia aumenta en épocas de olas de calor, cuyo pronóstico que depende de un rápido diagnóstico y tratamiento, por lo que es importante un alto índice de sospecha diagnóstica en urgencias.

**Observaciones clínicas:** Paciente de 21 meses, afectado de una hipotonía grave y retraso mental no filiado, con padres consanguíneos, de etnia gitana y condiciones socioeconómicas desfavorables, que consultó por un cuadro de vómitos y deposiciones mucosas con febrícula 37,2 °C, que se orienta como virasis y se remite a domicilio. El cuadro persiste, con decaimiento, fiebre no termometrada y encontrando al niño poco reactivo, por lo que consultan de nuevo. A la exploración llama la atención mal estado general, taquicardia (210 lat./min), hipotensión arterial (PA, 70/56 mmHg), fiebre elevada (temperatura, 40 °C), signos de deshidratación importantes, mala perfusión periférica, respiración acidótica y letargia.

Analíticamente destaca hemograma y coagulación normal, acidosis metabólica grave (EB, -16) compensada respiratoriamente ( $p\text{CO}_2$ , 15), uremia (urea, 94; creatinina, 1,7) con iones y glucemia normales. Ante deshidratación grave con shock hipovolémico se administran cargas de volumen y se traslada a UCIP, donde se pauta corrección hidroelectrolítica, mejorando el estado hemodinámico y la letargia, pero persistiendo anhidrosis e hipertermia de 40-41 °C, refractaria a antitérmicos pero que mejora con medidas físicas, y evolucionando analíticamente hacia fallo hepático con coagulopatía (AST, 2.320; ALT, 2.530; *quick ratio* > 1,9; TTPA *ratio* > 1,6; dímeros D, 1.373), miólisis (CPK, 2.040; CPK-MB, 101), ácido láctico, 15,4, y LDH, 2.202. Se descarta infección del sistema nervioso central (SNC), metabolopatía e hipertermia maligna. Progresa de manera favorable con normalización analítica a los 5-6 días del ingreso y cese de la hipertermia.

**Comentarios:** El golpe de calor clásico afecta principalmente a ancianos, pacientes con enfermedad de base y lactantes/niños pequeños expuestos a condiciones ambientales extremas. Se caracteriza por una hipertermia grave (fallo de termorregulación) con disfunción neurológica y afectación multiorgánica, que conlleva una morbimortalidad elevada (10-70%), que con tratamiento precoz (adecuada rehidratación, enfriamiento rápido y control complicaciones) puede tener una supervivencia del 90%.

#### ISOINMUNIZACIÓN RH E INMIGRACIÓN

J.L. Hernández Zabalza, M. Garriga Badia, J. Pineda Sánchez, A. Navarro Rodríguez, E. Macià Riudevall y S. Nevot Falcó

Servicio de Pediatría. Hospital Sant Joan de Déu. Althaia. Xarxa Assistencial.

**Fundamento y objetivo:** La isoinmunización Rh es una patología que en los últimos años ha disminuido su gravedad e incidencia, debido a la mejoría del control obstétrico, los tratamientos intraútero y la gammaglobulina anti-D. Con la llegada de la inmigración y el escaso control obstétrico de algunas de estas gestantes, vuelven a aparecer recién nacidos afectados de isoinmunización Rh.

**Observación clínica:** Presentamos 2 casos de niños afectados de isoinmunización Rh. Ambos son hijos de inmigrantes, uno ecuatoriano y el otro magrebí. En ambos casos fueron gestaciones escasamente controladas.

El primero nació presentando una anemia (hematocrito, 35%) e ictericia muy precoz, con Coombs directo positivo, que hizo sospechar una isoinmunización, iniciándose tratamiento con buena respuesta, sin llegar a cifras de exanguinotransfusión. Preciso dos transfusiones de concentrado de hematíes por la anemia hemolítica tardía.

El segundo caso corresponde a una segunda gestación de una madre magrebí, cuyo primer hijo falleció en Marruecos a los 6 meses de edad por causa desconocida. En el primer control efectuado en nuestro centro a las 36 semanas, se objetiva en el registro cardiotocográfico un ritmo silente y ausencia de movimientos fetales, y se efectúa una cesárea urgente. Nace un varón de 3.200 g, con Apgar 8/9/9, intensa palidez e ictericia cutánea.

Primera analítica: hematíes,  $1,10^6$ ; hemoglobina, 6,3 g/dl; hematocrito, 16%; plaquetas, 97.000, y bilirrubina, 7,3 mg/l. Coombs directo e indirecto positivos. Este niño presentó dificultad respiratoria progresiva con saturaciones del 62%, por lo cual tubo que ser intubado y ventilado. Se inició transfusión sanguínea. Fue trasladado a un hospital de tercer nivel que precisó dos exanguinotransfusiones.

#### TUMOR DE WILMS EN NIÑO CON TRASPLANTE RENAL. A PROPÓSITO DE UN CASO

D. Crespo, C. Gutiérrez, B. Riaño, J. Delgado, A. Casanova y R. Zabalza

Servicio Urgencias Pediátricas. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

**Introducción:** Los pacientes receptores de órganos tienen un elevado riesgo de desarrollar neoplasias. En la edad pediátrica, la mitad de éstas son trastornos linfoproliferativos, generalmente relacionados con primoinfección por virus de Epstein-Barr (VEB). Se ha sugerido que la administración de hormona de crecimiento (GH) en pacientes postrasplantados pediátricos incrementa el riesgo de padecer cáncer.

**Caso clínico:** Niña de 6 años portadora de un trasplante renal desde hace 11 meses (en tratamiento inmunosupresor con FK-506, tacrolimus y prednisona) que acude a urgencias por presentar desde 3 días antes dolor en hipocondrio izquierdo definido como pinchazos que aumenta con los movimientos y cede con el reposo. Afebril, sin otra sintomatología acompañante. Antecedentes personales: insuficiencia renal terminal secundaria a hialinosis segmentaria y focal, tratada tras CAPD y hemodiálisis con trasplante renal de cadáver. Preciso posteriormente 2 ingresos: sepsis por *Pseudomonas aeruginosa* (3 meses postrasplante) e infección por citomegalovirus (CMV) (9 meses postrasplante). Exploración: buen estado general. Palidez mucocutánea. Abdomen blando, se palpa masa dura y dolorosa, bien delimitada, de unos 4 cm localizada en hipocondrio izquierdo. Sin adenopatías ni hepatosplenomegalia. Pruebas complementarias: en hemograma y bioquímica sanguínea destacan hemoglobina, 9,2 g/dl; hematocrito, 27,9%; LDH, 1.420 U/l, y VSG, 75. Sistemático de orina: Hb+. Ecografía abdominal: masa redondeada bien delimitada de 10,9 x 9,5 x 8,7 cm, con contorno nítido e hipocóico, y contenido heterogéneo con pequeñas áreas anecoicas. Parece en relación con riñón izquierdo, que apenas se vislumbra. No sobrepasa la línea media y está muy vascularizada. Sin hallazgos valorables en injerto renal. Evolución: se completó estudio diagnosticando tumor de Wilms (estadio I e histología intermedia) en riñón nativo izquierdo. Se trató mediante quimioterapia preoperatoria y resección quirúrgica, con remisión completa. Posteriormente se extirpó el riñón nativo derecho.

**Conclusiones:** Los niños receptores de riñones donantes tienen riesgo aumentado de desarrollar neoplasias renales. Éstas son con mayor frecuencia sobre los riñones nativos.

Ello justifica la exéresis de los riñones enfermos y la realización periódica de ecografías, tanto de los riñones propios como del trasplantado.

## ESTACIÓN CLÍNICA. INFORMATIZACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS

M. Santos, M. Fariñas, B. Riaño, R. Marañón, C. Merello y E. Herrero

Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

**Introducción:** La estación clínica informatizada es una herramienta de soporte asistencial para facultativos y personal de enfermería que se integra en los diferentes sistemas informáticos del hospital. Además de las mejoras a nivel asistencial, proporciona posibilidades de explotación estadística, optimización de recursos y la posibilidad de la historia clínica única. La estación clínica informatizada es una nueva herramienta de gestión de la información clínica del paciente, más ágil, para sustituir el sistema del papel.

**Material y métodos:** El programa estación clínica informatizada está desarrollada por Siemens realizada con tecnología web, en Java, que se adapta al Intranet del hospital. El uso de la aplicación se basa en la toma de datos a partir de formularios diseñados específicamente para cada tarea: *triage*, exploración médica y cuidados de enfermería. Los informes son generados en Microsoft Word, a través de distintas plantillas según enfermedades.

**Comentarios:** La utilidad de la estación clínica informatizada en la urgencia permite: la ubicación instantánea de cada paciente, la consulta electrónica del historial del paciente, la integración de los resultados de laboratorio y de rayos, la explotación de datos epidemiológicos, un mejor control de los recursos humanos y materiales y una mejor gestión informática del alta que facilita una mayor comprensión de las altas del informe médico por parte de los pacientes.

## MALFORMACIÓN VENOSA: CAUSA POCO FRECUENTE DE COJERA EN NIÑOS

M.J. Navarro, P. Falero, L. Sentchordi, M.J. Santiago y M.D. Sánchez-Redondo

Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Virgen de la Salud. Toledo. España.

**Fundamento y objetivos:** Las malformaciones vasculares son producto de alteraciones ocurridas durante la morfogénesis vascular. Se clasifican en arteriales, venosas, capilares o linfáticas. Las más frecuentes son las venosas; éstas afectan con más frecuencia a las extremidades.

**Observaciones clínicas:** MC: niño de 3 años que ingresa por vómitos y diarrea de 3 días de evolución. Presenta febrícula e impotencia funcional del miembro inferior izquierdo, sin traumatismo previo. *Exploración:* BEG, bien hidratado. Telangiectasias rojo-violáceas en región lateral externa del muslo izquierdo. Dolor a la movilización de cadera y rodilla izquierda, con discreto aumento de tamaño y temperatura del muslo. Resto de exploración normal. *Exámenes complementarios:* hemograma normal, bioquímica sanguínea: leve deshidratación hiponatremia. Radiografía de cadera, rodilla y muslo izquierdos normales. *Evolución:* desde el punto de vista infeccioso ha sido favorable con mejoría del estado general tras corrección de las alteraciones

hidroelectrolíticas. Ante la sospecha de sinovitis transitoria de cadera se realizó tratamiento con ibuprofeno y reposo, con mejoría transitoria. Al cuarto día presenta inflamación brusca del muslo izquierdo con impotencia funcional. Se descarta miositis asociada y se realiza ecografía Doppler y RM del muslo izquierdo compatibles con malformación venosa y probable fenómeno trombotico asociado al cuadro agudo de base. Tratamiento: ante el tamaño de la lesión se realiza un intento fallido de escleroterapia con control angiográfico, tras lo cual se realiza extirpación quirúrgica.

**Comentarios:** 1. El traumatismo es la causa más frecuente de cojera en los niños. Entre las causas no traumáticas a los 2-12 años destacan sinovitis transitoria, enfermedad de Perthes e infecciones articulares; otras causas menos comunes son las malformaciones vasculares. 2. Aunque las malformaciones vasculares son congénitas, pueden manifestarse en la infancia o adolescencia como inflamación o dolor explicado por trombosis intralesional. 3. El ácido acetilsalicílico y el vendaje elástico son el tratamiento sintomático. El tratamiento definitivo es la escleroterapia de la lesión con control angiográfico, que precisa resección quirúrgica en algunos casos.

## CÁNCER INFANTIL EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA: REVISIÓN DE LA CASUÍSTICA DE 6 AÑOS (1998-2003)

S. Segura Tigell, E. Castellarnau Figueras, M. Jiménez Ximenis, E. Perera Martínez, C. Valldepérez Baiges y X. Allué Martínez

Servicio de Pediatría. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII. Tarragona. España.

**Objetivos:** Estimar frecuencia, aspectos epidemiológicos y características clínicas del cáncer infantil en urgencias de pediatría (UP).

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes menores 15 años con sospecha en UP de neoplasia maligna en un período de 6 años. Se recogen variables epidemiológicas, diagnóstico según la International Classification of Childhood Cancer (ICCC), tiempo de latencia definido como tiempo transcurrido entre primeros síntomas y diagnóstico, y signos y síntomas. Los datos se registran en una base de datos Microsoft® Excel y se analizan con el programa estadístico SPSS® v11.5.

**Resultados:** Se han diagnosticado 43 neoplasias malignas, 51,2% varones, con edad media de  $6,7 \pm 4,3$  años, y el 88,4% procedentes de nuestra provincia. El 44,2% tiene antecedentes personales de otras enfermedades, destacando una exposición a radiación ionizante, y en el 14% hay antecedentes familiares de tumores. La distribución anual es similar, con una incidencia de 0,44‰ y aproximadamente 7-8 casos/año, lo que representa más de la mitad de los casos esperados en nuestra provincia. La mayoría (62,8%) son tumores sólidos no hematológicos, con localización preferente en el abdomen y sistema nervioso central (SNC), a excepción de las leucemias. Los tumores más frecuentes son: leucemias (LLA), tumores del sistema nervioso central (astrocitoma) y tumores sistema nervioso simpático (neuroblastoma). El tiempo medio de latencia es de  $16,9 \pm 32,7$  semanas. Al diagnóstico no suelen presentar metástasis (72,1%), con estadi-

ficación más frecuente I y II (35%). En el 14% el diagnóstico fue casual. Los signos y síntomas de presentación más frecuentes son inespecíficos: fiebre-febrícula, astenia, palidez, anorexia, síndrome tóxico, cefalea y masa cervical. Las primeras pruebas complementarias que apoyan o hacen sospechar el diagnóstico son: hemograma (30,2%), tomografía computarizada (20,9%), ecografía (18,6%), radiología simple (16,3%).

**Conclusiones:** La incidencia anual de cáncer infantil es similar a otras series, aunque la escasez de casos por año dificulta que pensemos en él. Encontramos menor predominio de niños respecto al descrito en la bibliografía. Respecto a los antecedentes personales, éstos no parecen tener ninguna relación con el desarrollo posterior del tumor, excepto en un caso. Uno de cada 7 niños se diagnostica de forma fortuita. Las manifestaciones iniciales más frecuentes son inespecíficas. En conclusión, las principales dificultades diagnósticas del cáncer infantil son su baja frecuencia y la inespecificidad de su clínica inicial.

#### DIAGNÓSTICO POR SOSPECHA CLÍNICA DE NEOPLASIAS MALIGNAS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA

S. Segura Tigell, J. Bosch Castells, L. Martí Mas, E. Castellarnau Figueras, M. Jarrod Pàmias y X. Allué Martínez  
Servicio de Pediatría. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII.  
Tarragona. España.

**Objetivos:** Describir indicios clínicos que deben hacernos sospechar una neoplasia maligna en urgencias de pediatría (UP), así como los signos y síntomas más frecuentes. Conocer las exploraciones complementarias iniciales más orientadoras.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo (1998-2003) menores 15 años con sospecha de neoplasia maligna en urgencias de pediatría. Se recogen: variables epidemiológicas, diagnóstico International Classification of Childhood Cancer, tiempo latencia (tiempo transcurrido entre primeros síntomas y diagnóstico), síntomas y signos (primero, principales, metastáticos), y primera exploración complementaria que hace sospechar o apoya diagnóstico. Los síntomas y signos se clasifican en tres categorías: altamente sugerentes cáncer, sugerentes e inespecíficos; y se estratifican en dos grupos edad (> y < 7 años). Los datos se registran en base datos Microsoft® Excel y se analizan con programa estadístico SPSS® v11.5.

**Resultados:** Se diagnostican 43 tumores malignos, 51,2% varones, y edad media  $6,7 \pm 4,3$  años. Tumores más frecuentes: leucemias, tumores sistema nervioso central y tumores sistema nervioso simpático. El tiempo medio latencia es  $16,9 \pm 32,7$  semanas. Los signos y síntomas más frecuentes son: fiebre, astenia, palidez, anorexia, síndrome tóxico y cefalea. El primer síntoma: fiebre, masa cervical, astenia y cefalea. Los principales hallazgos exploración: adenopatía, visceromegalia y masa abdominal. Lo más frecuente es encontrar signos inespecíficos, seguido signos sugerentes y, por último, signos indicativos cáncer. La media de síntomas por paciente es  $3,3 \pm 1,8$ , sin diferencias entre número signos por paciente y edad ni tiempo latencia. Las manifestaciones iniciales difieren según estirpe tumoral aunque sin diferencias significativas. Tampoco se encuentran diferencias

significativas entre manifestaciones clínicas y edad, grupo edad, ni tiempo latencia, aunque en los menores predominan manifestaciones inespecíficas. La primera prueba complementaria que hace sospechar o apoya el diagnóstico es: hemograma, tomografía computarizada, ecografía y radiología simple. El diagnóstico fue casual en el 14%.

**Conclusiones:** Los tumores malignos infantiles presentan entre otros, el problema de tener muy pocos síntomas patognómicos, lo que desorienta al principio el diagnóstico. Las manifestaciones iniciales se confunden con las de otras enfermedades o son demasiado inespecíficas, es decir, la mayoría de pacientes con un proceso maligno no presenta una historia clínica indicativa. Aunque no es frecuente diagnosticar una neoplasia maligna en urgencias de pediatría, es necesario tener presentes los signos y síntomas de alarma que nos pueden hacer sospechar para no demorar el diagnóstico.

#### NEOPLASIAS MALIGNAS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA: ERRORES DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS

S. Segura Tigell, E. Castellarnau Figueras, L. Martí Mas, M. Jarrod Pàmias, J. Maixé Ceballos y X. Allué Martínez  
Servicio de Pediatría. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII.  
Tarragona. España.

**Objetivos:** Estimar frecuencia, características y factores asociados a los errores detectados durante el proceso diagnóstico-terapéutico de las neoplasias malignas pediátricas.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes menores 15 años con sospecha en urgencias de pediatría (UP) de neoplasia maligna en un período de 6 años. Se recogen: sexo, edad, diagnóstico según International Classification of Childhood Cancer (ICCC), tiempo de latencia definido como tiempo transcurrido entre primeros síntomas y diagnóstico de tumor maligno, diagnósticos emitidos durante el período de latencia considerados errores diagnósticos y tratamientos realizados durante período de latencia considerados errores terapéuticos. Los datos se registran en una base de datos Microsoft® Excel y se analizan con el programa estadístico SPSS® v11.5. Los valores de  $p < 0,05$  se consideran significativos.

**Resultados:** Se han diagnosticado 43 neoplasias malignas, 51,2% varones y edad media de  $6,7 \pm 4,3$  años. Los tumores más frecuentes son: leucemias, tumores sistema nervioso central (SNC) y tumores sistema nervioso simpático (SNS). El tiempo medio de latencia es de  $16,9 \pm 32,7$  semanas. Se observa una relación directa para todos los tumores entre edad menor y tiempos de latencia más bajos. Los tiempos de latencia menores se observan en retinoblastomas, tumores renales y leucemias, y los mayores en carcinomas y tumores SNC. La menor edad al diagnóstico es para tumores renales seguidos por retinoblastoma. La mayor edad se observa en tumores óseos seguidos de carcinomas. En el 90,7% se encuentra algún error diagnóstico, con un promedio por paciente de 1. Los más frecuentes: infecciones, enfermedades gastrointestinales, enfermedades neurológicas y osteoarticulares. Más específicamente: adenitis cervical, infección respiratoria alta, dolor abdominal y cefalea. En el

70,1% de los casos se encuentra algún error terapéutico, con un promedio por paciente de dos. Los más frecuentes: antibióticos, antitérmicos y analgésicos. Según el tipo de tumor no existen diferencias significativas en cuanto al número de errores diagnósticos y/o terapéuticos.

**Conclusiones:** El tiempo de latencia presenta una relación indirecta con la edad, a menor edad menor tiempo, probablemente por el mayor número de visitas en la primera infancia y por algunas enfermedades propias de edades menores. Los errores diagnósticos se deben especialmente a falta de especificidad de los síntomas y se refieren a la posibilidad de confusión del tumor con otras enfermedades, la más frecuente la infección. Esto conduce al uso de tratamientos erróneos y/o innecesarios. En conclusión, lo más importante es disminuir el tiempo de latencia entre los primeros síntomas y el diagnóstico.

#### DIAGNÓSTICO DE LEUCEMIA AGUDA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

I. Elorza, M. Tobeña, N. Piqué, X. Perramón, P. Bastida y A. Llorza

Servicio de Urgencias Pediátricas y Departamento de Hematología.  
Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron. Barcelona. España.

**Fundamento y objetivo:** Las leucemias agudas constituyen las neoplasias más frecuentes en pediatría. Su presentación clínica es heterogénea. Se presenta un paciente en el que la no detección de los signos y síntomas inespecíficos iniciales provocó su llegada a urgencias en una situación de riesgo vital.

**Observaciones clínicas:** Niño de 5 años previamente sano, que es derivado al servicio de urgencias, por odinofagia y fiebre alta de 12 h de evolución. La familia refiere que se queja desde hace 3 meses de episodios de dolor en extremidades inferiores y astenia en la última semana. A su llegada se encuentra febril con mal estado general, intensa palidez cutaneomucosa, petequias diseminadas y mala perfusión periférica. Presenta tumefacción parotídea y amigdalas (amígdala derecha hemorrágica) con adenopatías laterocervicales. Se palpa hepatomegalia de 5 cm y adenopatías inguinales bilaterales. Ante la sospecha clínica de sepsis se inicia sueroterapia y antibióticos de amplio espectro. En la hemograma se objetiva descenso importante de las tres series hematopoyéticas (hemoglobina, 6,6 g/dl; leucocitos,  $2,7 \times 10^9/l$ ; PMN, 26%; L, 65%; plaquetas,  $33 \times 10^9/l$ ), alteración de las pruebas de coagulación (T Quick, 42%; TTPA ratio 1,6) y acidosis metabólica. Se solicita revisión microscópica de sangre periférica y se encuentra un 24% de células blásticas. Con la orientación diagnóstica de leucemia aguda se administra tratamiento profiláctico de lisis tumoral y transfusión de hemoderivados. Tras la estabilización del paciente se realiza estudio hematológico completo. En el aspirado de médula ósea se observa una infiltración del 92% por células inmaduras de morfología linfoide L2 según clasificación FAB. Se aísla *Streptococcus pyogenes* a las 24 h del hemocultivo.

**Comentarios:** La llegada a urgencias de un paciente grave obliga a realizar el diagnóstico diferencial con diversas entidades. En este caso la presencia de anemia y plaquetopenia junto con los hallazgos clínicos de infiltración tisular alertó ante la presencia de una leucemia como base de una infección grave.

#### LEUCEMIA NEONATAL

J. Sánchez de Toledo Sancho<sup>a</sup>, M. Quintana<sup>b</sup>, J. Fábregas<sup>b</sup>,  
J.L. Dapena<sup>a</sup> y P. Bastida<sup>a</sup>

Servicios de <sup>a</sup>Hematología Pediátrica y <sup>b</sup>Urgencias.  
Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. España.

**Fundamento:** Las leucemias congénitas representan la segunda neoplasia maligna en el período neonatal después del neuroblastoma. Constituyen el 1% de las leucemias en edad pediátrica afectando a uno de cada cinco millones de recién nacidos vivos. Constituyen la principal causa de muerte de origen tumoral en la edad neonatal.

**Observaciones clínicas:** Exponemos el caso de una paciente de sexo femenino de un mes y medio sin antecedentes obstétricos de interés que acudió a urgencias por presentar una lesión nodular de  $2 \times 1,5$  cm violácea en brazo derecho. A la exploración destacaban adenopatías cervicales bilaterales y hepatomegalia de 2 cm. Se realizó analítica general que mostró una anemia discreta con una leucocitosis de  $218 \times 10^9/l$  con un 37% de células blásticas. El aspirado de médula ósea reveló la existencia de un 65% de células linfoblásticas B. El estudio citogenético puso de manifiesto translocación t(11;19) y en la biología molecular reordenamiento de MLL. El estudio de extensión no mostró la infiltración de otros órganos. Con el diagnóstico de leucemia linfoblástica aguda congénita se inició tratamiento quimioterápico según protocolo correspondiente a leucemias de muy alto riesgo (PETHEMA 93) con buena respuesta. Actualmente recibe tratamiento de consolidación manteniéndose en remisión completa a los 6 meses del diagnóstico.

**Conclusiones:** Los infiltrados nodulares cutáneos y la hepatosplenomegalia son signos característicos de la leucemia neonatal. El estudio hematológico confirma el diagnóstico. En el diagnóstico diferencial hay que considerar entidades más frecuentes como las reacciones leucemoides secundarias a hipoxia, hemólisis o infecciones congénitas (toxoplasmosis, rubéola, citomegalovirus, herpes, sífilis) y estadios diseminados de tumores como el neuroblastoma. En el contexto de una leucemia los infiltrados cutáneos reciben el nombre de leucemia cutis y constituye una causa frecuente del llamado *blueberry muffin baby* que incluye entre su diagnóstico diferencial el neuroblastoma (causa más frecuente) y procesos que condicionen una eritropoyesis extramedular como las anemias hemolíticas.

#### VALORACIÓN E IDENTIFICACIÓN DE CRISIS DE ASMA DE RIESGO VITAL (ARV) SEGÚN CRITERIOS CLÍNICOS Y FUNCIONALES

E. Villalobos Jarque, E. Castellarnau Figueras, M. Jarrod Pàmias,  
N. García-Baiges, A. Tarrés Roure y X. Allué Martínez

Servicio de Pediatría. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII.  
Tarragona. España.

**Objetivos:** Describir las características clínicas y funcionales en niños con ARV, para tratar de establecer un patrón comportamiento común que permita su reconocimiento precoz.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo (1998-2003) pacientes con criterio ARV (exacerbación grave asmática, hiper-

capnia y/o acidosis respiratoria, independientemente de la necesidad o no de ventilación mecánica, y/o parada respiratoria). Se recogen variables epidemiológicas, clínicas y funcionales. Los datos se registran en base datos Microsoft® Excel y analizan con programa estadístico SPSS® v.11.5.

**Resultados:** Se registran 11 casos, 7 niños y 4 niñas, edad media  $8,1 \pm 4,2$  años. Todos clínica compatible con exacerbación grave de asma: dificultad habla (72,7%), dificultad decúbito (81,8%), uso musculatura accesoria (90,9%), palidez (100%), cianosis (45,5%), alteración conciencia (90,9%), deshidratación (72,7%) y alteración hemodinámica (36,4%), con valores de: FR ( $1,8 \pm 14,4$ ); FC ( $148,0 \pm 20,1$ ); PA sistólica ( $121,9 \pm 21,6$ ); PA diastólica ( $69,6 \pm 16,1$ ). Valores de parámetros funcionales: SaO<sub>2</sub> ( $83,6 \pm 4,9$ ), pH ( $7,18 \pm 0,1$ ), pCO<sub>2</sub> ( $64,1 \pm 10,5$ ), FEV<sub>1</sub> ( $64,0 \pm 10,8$ ) y FVC ( $59,4 \pm 12,9$ ). Uno presenta PCR, tres requieren ventilación mecánica. La duración de oxigenoterapia es 48 h. La estancia en UCIP es  $53,4 \pm 41,2$  h y hospitalaria  $7,0 \pm 1,7$  días. Se encuentra una mediana de cinco signos clínicos de gravedad por paciente. No existe correlación entre número signos gravedad y parámetros: edad, FC, FR, SaO<sub>2</sub>, pH, pCO<sub>2</sub>, FEV<sub>1</sub>, FVC, O<sub>2</sub>, estancias, aunque sí cierta correlación entre mayor número signos y menor SaO<sub>2</sub>. El 70% presentan combinación de signos: dificultad habla, dificultad decúbito, musculatura accesoria, alteración conciencia y palidez; y 27,3% todos los signos. Tienden a asociarse en tres patrones comportamiento clínico: *a*) uso musculatura accesoria, palidez, alteración conciencia; *b*) dificultad habla, dificultad decúbito, deshidratación, y *c*) alteración hemodinámica, cianosis. La correlación más significativa, entre otras, es la de la FR y SaO<sub>2</sub>.

**Conclusiones:** Los diferentes signos que se citan habitualmente como indicadores de gravedad con frecuencia son tardíos y poco específicos. Una combinación que incluya la dificultad para decúbito y habla, uso de músculos accesorios y alteración de la conciencia, indica inminencia de una crisis extrema con riesgo para la vida. Si bien los aspectos clínicos del paciente deben tenerse en cuenta, la medida continua de SaO<sub>2</sub> constituye un elemento crítico a la hora de evaluar la gravedad o intensidad de la obstrucción de la vía aérea, el intercambio gaseoso y la respuesta al tratamiento.

### ESTABILIZACIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO. EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL DE GRUPO 3

A. Cueto González, J. Fàbrega Sabaté, L. Asso Ministrall, G. Sarquella Brugada, R. García Puig y L. Tobeña Boada

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

**Objetivos:** Mútua de Terrassa es un hospital de grupo 3 (BC) con cobertura sanitaria a 60.000 pacientes pediátricos. Aquellos niños/as prioritarios de necesitar una unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) deben ser trasladados. Se presenta nuestra experiencia en la atención inicial y estabilización al paciente crítico.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes atendidos en nuestro servicio de urgencias que

requirieron transporte posterior a un hospital de grupo 4 en UCIP móvil durante 14 meses (01-01-2003–29-02-2004).

**Resultados:** Durante este período se realizaron 38.389 visitas en urgencias, requiriendo dicho traslado 28 (0,7%), con una edad media de 3,7 años (13 días-14 años), aunque 16 (57%) tenían un año o menos. Los motivos de traslado, agrupados en categorías, fueron: infeccioso (25%), traumático (25%), neurológico (21%), respiratorio (18%) y otros (11%). Las intervenciones más relevantes de nuestro equipo asistencial y del equipo de transporte son, respectivamente: vía periférica (100/0%); vía central (7/0%); intubación (14/4%); volumen de expansión (25/0%); y fármacos vasoactivos (4/4%). El tiempo medio empleado por el ET para completar la estabilización previa al traslado fue 26 min 34 s. El hospital receptor fue Sant Joan de Déu en 18 ocasiones (64%), Vall d'Hebron en 8 (29%) y Sant Pau en 2 (7%). Fueron ingresados en sus UCIP 22 de nuestros pacientes (79%). La evolución posterior ha sido satisfactoria en 26 casos; sólo en dos ocasiones se produjo la muerte del paciente (a los 3 y 14 días del ingreso), y persistieron secuelas al alta en cuatro (14%). El tiempo medio de hospitalización en UCIP y total fue 3,2 (1-7) y 8,7 días (2-21). El diagnóstico final coincidió con el inicial en 27 casos (96%). En 4 casos (14%) se retornó el paciente a nuestro centro al alta de UCIP.

**Conclusiones:** Los hospitales deben estar preparados para ofrecer asistencia inmediata al niño críticamente enfermo, aunque no dispongan de todos los recursos requeridos para su tratamiento definitivo. Esta estabilización es fundamental para su evolución posterior. Una vez superada la fase aguda de la enfermedad se debe incidir en el retorno de estos pacientes a los hospitales de origen para finalizar el tratamiento.

### ROTURA TRAUMÁTICA DE AORTA. UN DESAFÍO EN LA URGENCIA PEDIÁTRICA

S. Guindos-Rúa, A. Gonçalves, J.M. Jáurena, C. Barceló, X. Perramón, P. Domínguez, J. Balcells, A. Gomila, C. Marhuenda y V. Martínez-Ibáñez

Departamento de Cirugía Pediátrica. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. España.

**Fundamento y objetivos:** La rotura traumática de aorta (RTA) por traumatismo no penetrante es una entidad excepcional en la edad pediátrica, con una elevada mortalidad prehospitalaria. El diagnóstico precoz y la valoración conjunta de todas las lesiones del paciente politraumático son prioritarias para su manejo.

**Observaciones clínicas:** Paciente de 9 años que acude a nuestro centro mediante transporte medicalizado tras precipitación desde una altura de 9 m. A su llegada se encuentra consciente, con un valor de GCS de 15 y hemodinámicamente estable, destacando en la exploración la presencia de dolor centrotorácico con leve hipoventilación en base pulmonar izquierda, así como disminución de los pulsos en extremidades inferiores. Se realiza tomografía computarizada (TC) torácica en el que se aprecia hemotórax progresivo izquierdo y un hematoma mediastínico. Dada la progresiva inestabilidad hemodinámica

ca del paciente se decide practicar una toracotomía urgente, en la que se halla una rotura completa del istmo aórtico, precisándose la colocación de una prótesis para su reparación. El paciente recibe el alta a los 15 días de postoperatorio sin secuelas físicas reseñables.

**Comentarios:** El manejo correcto de la RTA comienza por un alto índice de sospecha en función de los hallazgos exploratorios, el mecanismo lesivo y las lesiones asociadas. Estas lesiones, así como la estabilidad del paciente, marcarán la actitud terapéutica. La coordinación de los distintos eslabones de la asistencia al trauma pediátrico resultan fundamentales para la obtención de los mejores resultados posibles dentro de la extrema gravedad de esta entidad.

### SHOCK EN URGENCIAS. REVISIÓN DE NUESTRA CASUÍSTICA

N. Roca-Cusachs Pericás, C. Farran Balcells, M. Tobeña Rué, J. Fàbrega Sabaté, X. Perramón Montoliu y X. Ballabriga Vidaller

Servicio de Urgencias. Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron. Barcelona. España.

**Objetivos:** El shock, independientemente de sus diferentes etiologías, se caracteriza por un fracaso agudo, generalizado y potencialmente reversible del sistema circulatorio. Se estudiaron los casos de shock atendidos en el Servicio de Urgencias de nuestro hospital, especialmente los aspectos epidemiológicos y etiológicos, su tratamiento inicial y evolución.

**Material y métodos:** Estudio descriptivo retrospectivo de los casos de shock diagnosticados en el servicio de urgencias durante el último año.

**Resultados:** Durante el período estudiado se atendieron 16 pacientes con el diagnóstico de shock (7 varones y 9 mujeres). La edad media de los pacientes fue de 6 años, con un rango entre 19 días y 15 años. Analizados por grupos de edad se hallaron 2 casos en neonatos, un lactante, seis en niños preescolares, cinco en escolares y dos en adolescentes. Como era de esperar el signo clínico más frecuente fue la taquicardia (100%), así como la mala perfusión periférica y la hipotensión (87%). En cuanto a las etiologías, encontramos 11 casos de shock distributivo (nueve sépticos, uno anafiláctico y otro por hepatitis fulminante), tres cardiogénicos (dos de ellos por taquicardia supraventricular paroxística en neonatos) y dos hipovolémicos.

Del total de pacientes, 15 requirieron ingreso en la unidad de cuidados intensivos (94%), 15 recibieron expansión de volumen (94%) y 12 tratamiento inotrópico (75%). En tres de ellos fueron necesarias maniobras de reanimación cardiopulmonar.

En cuanto a la evolución, 10 pacientes evolucionaron favorablemente, dos presentaron secuelas y cuatro fallecieron.

**Conclusiones:** El shock es una condición patológica muy grave, común a diversas etiologías, pero potencialmente reversible. Su evolución y pronóstico depende de forma muy importante de la precocidad del diagnóstico y la celeridad en aplicar los tratamientos correctos. Dada su sintomatología característica, debemos estar preparados tanto para su diagnóstico precoz como para su correcto tratamiento en función de sus diferentes etiologías.

### SÍNDROME POSPERICARDIOTOMÍA: A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Sempere Pérez, I. Martín de Lara, A. Gutiérrez Amorós, O. Gómez Pérez, F. Alonso Ortega y A. García Alonso

Hospital General Universitario. Alicante. España.

**Introducción:** El síndrome pospericardiotomía es una causa poco frecuente de pericarditis caracterizada por fiebre, dolor torácico, leucocitosis, elevación marcadores inflamación y signos derrame pericárdico. Frecuentemente se manifiesta en las primeras 2 semanas tras intervención cardíaca donde el pericardio ha sido manipulado. Suele cursar de forma autolimitada. El diagnóstico se establece tras exclusión de otras causas de pericarditis.

**Caso clínico:** Niño 9 años con herida penetrante en tórax tras chocar contra cristal, se realiza cierre del pericardio abierto. Presenta buena evolución, decidiéndose alta.

Tres semanas después, consulta por fiebre, malestar general y dolor torácico de 3 días evolución. *Exploración física:* temperatura, 38,2 °C; PA, 98/58 mmHg; FC, 114. Regular estado general y palidez cutánea. Auscultación cardíaca: roce pericárdico, tonos rítmicos, sin soplos. Abdomen: hepatomegalia de 3 cm. Resto normal. *Pruebas complementarias:* 9.650 leucocitos, desviación izquierda, elevación de la PCR, radiografía de tórax con aumento de la silueta cardíaca, ECG con ritmo sinusal y onda T invertida hasta V<sub>4</sub> y aplanamiento en V<sub>5</sub> y V<sub>6</sub>, y eco-Doppler con derrame pericárdico hasta 2,5 cm y signos de compromiso función diastólica. Ante la sospecha síndrome pospericardiotomía, se inicia tratamiento con ibuprofeno. Presenta mala evolución, y se asocian corticoides. Permanece estable, disminuyendo progresivamente el derrame y se normalizan los hallazgos ecográficos. Se reduce paulativamente dosis de corticoides y ante buena evolución, con ausencia de derrame patológico en último control ecográfico se decide alta. Actualmente, tras 7 meses, permanece asintomático, con controles ecocardiográficos normales.

**Discusión:** A pesar de ser infrecuente, la posibilidad diagnóstica del síndrome pospericardiotomía debe incluirse en todo niño con derrame pericárdico y antecedentes de cirugía cardíaca, debiéndose establecer el diagnóstico mediante la exclusión de otros procesos causantes de pericarditis. Su etiología no está claramente definida. El tratamiento se basa en antiinflamatorios no esteroideos y, en casos de mala respuesta, corticoides e incluso pericardiectomía. Dada la elevada frecuencia de recurrencias es importante el seguimiento a largo plazo.

### DIAGNÓSTICO EN URGENCIAS DE UN ANEURISMA MICÓTICO DE AORTA DESCENDENTE

P. Sánchez Pintos<sup>a</sup>, A. Montoro Expósito<sup>a</sup>, X. Perramón Montoliu<sup>a</sup>, X. Ballabriga Vidaller<sup>a</sup>, X. Lucaya Vayret<sup>b</sup> y C. Aso Puértolas<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicios de Urgencias y <sup>b</sup>Radiología Pediátrica. Hospital Materno-Infantil. Vall D'Hebron. Barcelona. España.

**Fundamento y objetivo:** Presentar un caso de aneurisma micótico, patología de difícil diagnóstico por su baja frecuencia, con formas de presentación superponibles a otras entidades patológicas siendo preciso un diagnóstico precoz.

**Observaciones clínicas:** Varón de 12 años diagnosticado hace 6 meses de endocarditis por *Staphylococcus aureus* a raíz de síndrome febril prolongado. La ecocardiografía reveló coartación de aorta no diagnosticada previamente y presencia de aneurisma micótico que se trató con antibioticoterapia y resección con colocación de homoinjerto. Fue remitido a nuestro centro por hemoptisis, dolor torácico y fiebre. En la exploración destaca mal estado general con palidez intensa, debilidad de pulsos en extremidades inferiores, taquipnea e hipofonía izquierda. La radiografía de tórax muestra pulmón blanco izquierdo sin línea de derrame en el decúbito lateral. Sospechando cuadro neumónico se inició antibioticoterapia en espera de práctica de ecografía que reveló un aneurisma de aorta descendente, confirmado por TC torácica. Fue intervenida de urgencia, extirpándose una masa aneurismática inferior a la subclavia izquierda de 10 cm de longitud. Requiere desbridamiento pulmonar y sustitución del injerto previo necrosado, por prótesis de Dacron. En los hemocultivos seriados y cultivo del homoinjerto reseco se confirmó positividad a *S. aureus* y se instauró tratamiento con cloxacilina, gentamicina, rifampicina y lavado con perfusión continua de povidona yodada en la cavidad pleural.

**Comentarios:** 1. Definimos aneurisma micótico como endarteritis de origen bacteriano o fúngico con erosión de las capas internas de la pared vascular. 2. Se debe sospechar ante todo paciente con hemoptisis e historia reciente de endocarditis, aneurisma previo o procedimientos vasculares invasivos, especialmente en inmunodeprimidos. 3. En la radiología convencional el hallazgo puede ser engrosamiento mediastínico o atelectasia pulmonar y el diagnóstico definitivo es la TC torácica y angiografía. 4. Sin corrección quirúrgica generalmente es letal por tura o sepsis incontrolada.

### PATOLOGÍA CRÍTICA EN LA URGENCIA. ¿SE CUMPLEN LOS CRITERIOS DE DERIVACIÓN A UCIP?

F. Aguilar Humanes, A. Bello Luque, M. Rodríguez Priego, E. Castuera Jurado, M<sup>a</sup>D. Simarro Bravo y F. Barcones Minguenza  
Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Infantil Reina Sofía.  
Madrid. España.

**Introducción:** Las recomendaciones sobre los criterios de admisión en una UCIP están basados en la necesidad de monitorización activa, la reversibilidad del proceso y la imposibilidad de aplicar el tratamiento necesario fuera de ella. Para ello es necesario que el personal sanitario encargado de atender las urgencias pediátricas esté habituado no sólo al reconocimiento de la enfermedad crítica establecida, sino que además tenga la capacidad de "anticipación" ante el posible riesgo de compromiso vital de enfermedades graves.

**Objetivo:** Analizar si la patología crítica del niño es bien percibida en la urgencia de nuestro hospital y si se cumplen adecuadamente los criterios de ingreso en UCIP.

**Materiales y métodos:** Análisis retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas de los niños ingresados en UCIP procedentes del Área de Urgencias/Observación durante el período 1999-2003. Se han tomado como variables: edad, sexo, tipos de patologías, criterios seguidos para el ingreso: parámetros he-

modinámicos: PA, FC, perfusión, Scores de las distintas patologías (Glasgow, Downes, Taussig, Boyer), necesidad de monitorización intensiva, aplicación de técnicas invasivas (canalización vías centrales, necesidad de intubación y ventilación mecánica, hemodiálisis, diálisis peritoneal), tratamientos intensivos y duración de ingreso.

**Resultados:** De un total de 1.681 pacientes ingresados en UCIP entre 1999 y 2003, el 16,7% (281) procedieron directamente del Área de Urgencias (253) y de Observación (28), siendo varones el 62,2% y mujeres 37,8%. La patología infecciosa ocasionó el mayor número de ingresos (27,4%) sobre todo en niños de menos de 2 años, seguida de la accidental (20,8%) sobre todo en niños mayores de 2 años. En el 87,1% de los casos se cumplieron los criterios de admisión en UCIP, requiriendo técnicas invasivas el 63,7% y necesitando (54,2%) más de 48 h para su estabilización. El 36,3% sólo requirió como técnica de UCIP una monitorización continua, además de su tratamiento habitual, durante menos de 24 h.

**Conclusiones:** 1. Se comprueba un cumplimiento adecuado de los criterios de admisión en UCIP, aunque sólo necesitaran tecnologías y/o tratamientos especiales en la mitad de los casos, existiendo una alta concordancia (92,5%) entre la percepción de la patología crítica en la urgencia y la constatada a su llegada a UCIP. 2. Una tercera parte de los niños que sólo requirieron vigilancia continua además de su tratamiento específico podrían haber evitado su ingreso en UCIP de haber existido un área de intermedios con personal y material de monitorización adecuados.

### WANDERING SPLEEN. CAUSA DE ABDOMEN AGUDO

C. Barceló<sup>a</sup>, B. Plans<sup>a</sup>, G. Guillén<sup>a</sup>, X. Perramón<sup>b</sup>, J. Lloret<sup>a</sup>  
y V. Martínez-Ibáñez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Departamento de Cirugía Pediátrica. <sup>b</sup>Servicio de Urgencias.  
Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. España.

**Fundamento y objetivo:** El bazo errante (*wandering spleen*) es un defecto anatómico poco frecuente, que raramente se manifiesta en la edad pediátrica. Consiste en la ausencia de los ligamentos suspensorios del bazo. Si da sintomatología lo hace en forma de abdomen agudo con dolor abdominal y en ocasiones palpación de masa abdominal. Por lo tanto, debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo.

**Observación clínica:** Niña de 10 años de edad, sin antecedentes de interés, derivada de otro centro por presentar un cuadro de dolor abdominal de 3 días de evolución en fosa ilíaca izquierda con vómitos y ausencia de deposiciones. No fiebre.

**Exploración física:** destaca un abdomen doloroso a la palpación superficial y profunda en fosa ilíaca izquierda con descompresión y puño percusión lumbar izquierda positivos. No se aprecian masas ni megalías.

**Exploraciones complementarias:** la analítica general muestra leucocitosis con desviación izquierda y aumento de la PCR; sedimento de orina con escasos leucocitos y hemátías; radiografía de abdomen inespecífica; ecografía y TC abdominal (en otro centro): infarto masivo esplénico con ausencia de flujo en lecho esplénico.

Se decide intervención quirúrgica urgente hallándose un bazo torsionado sobre su pedículo con signos de isquemia irreversible, por lo que se practica esplenectomía.

Fue dada de alta tras un postoperatorio sin complicaciones y habiendo recibido las inmunizaciones postesplenectomía correspondientes.

**Comentarios:** 1. El bazo errante es una entidad de incidencia real no conocida. 2. Dado que su manifestación clínica más frecuente es la torsión esplénica aguda, debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo. 3. La exploración complementaria de elección para su diagnóstico es la ecografía, por su no invasividad y gran disponibilidad en urgencias permitiendo valorar la presencia de isquemia. 4. El tratamiento de elección es la esplenopexia reservándose la esplenectomía en aquellos casos en los que existen signos de isquemia irreversible.

#### UTILIDAD DE LA RADIOGRAFÍA DE ABDOMEN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS

N. Rovira Girabal, A. Curcoy Barcenilla, V. Trenchs Sáinz de la Maza y C. Luaces Cubells

Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Unidad Integrada de Pediatría Hospital Sant Joan de Déu-Clínica. Universidad de Barcelona.

**Introducción:** La radiografía simple de abdomen es una exploración complementaria accesible y muy empleada en los servicios de urgencias pediátricos; no obstante, sus indicaciones se van restringiendo, por su escaso rendimiento y el uso de otras técnicas con mayor rentabilidad.

**Objetivo:** Revisar los motivos de solicitud que inducen a la realización de una radiografía de abdomen en el servicio de urgencias y evaluar su utilidad en el proceso diagnóstico.

**Material y métodos:** Revisión retrospectiva de las radiografías abdominales solicitadas en el servicio de urgencias desde julio hasta diciembre del año 2003. Se valora la edad de los pacientes, sexo, síntoma guía y su tiempo de evolución, informe radiológico y diagnóstico final. El informe radiológico se clasifica en tres categorías: normal, compatible con el diagnóstico final y hallazgo casual. Los diagnósticos se diferencian en patología mayor o quirúrgica y patología menor.

**Resultados:** Se analizan 449 historias de pacientes a los que se les ha realizado una radiografía simple de abdomen. Predomina el sexo masculino (relación 1,2/1). La edad media es de  $7,8 \pm 5,4$  años. Los motivos de solicitud más frecuentes son el dolor abdominal (69,5%) y los vómitos (15,6%); con un tiempo de evolución menor a 24 h en el 49,6% de los casos. Los diagnósticos finales más frecuentes son abdominalgia inespecífica (37,9%) y estreñimiento (15,4%). El 14% de los pacientes presentan patología mayor, siendo la apendicitis aguda (77,8%) su causa más frecuente. El 73,6% de las radiografías son normales y de las compatibles (25,3%), el 55,8% corresponden a estreñimiento. En los casos de patología quirúrgica la radiografía aporta datos indicativos del diagnóstico en menos de la mitad de los pacientes (47,6%).

**Comentarios:** Esta revisión confirma estudios precedentes que muestran el bajo rendimiento diagnóstico de la radiografía de abdomen en la mayoría de pacientes con procesos abdomi-

nales; este hecho, sumado a la importante irradiación que supone hace conveniente minimizar su uso a favor de otras técnicas con mayor resolución en estas patologías.

#### INTOXICACIÓN CRÓNICA POR PARACETAMOL E INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA

S. Ricart Campos<sup>a</sup>, M. Guardia Camí<sup>a</sup>, E. Corrales Magín<sup>a</sup>, J. Martín de Carpi<sup>b</sup> y C. Luaces Cubells<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría.

<sup>b</sup>Sección de Gastroenterología. Unitat Integrada Sant Joan de Déu-Clínica. Universidad de Barcelona. España.

**Introducción:** La insuficiencia hepática aguda (IHA), definida como el fracaso de las funciones de un hígado previamente sano establecida en menos de 8 semanas, es una entidad poco frecuente en pediatría. La causa principal son las infecciones virales, seguida por la ingesta de tóxicos (el más frecuente el paracetamol). Su ingesta aguda es la más habitual, de fácil detección clínicoanalítica y habitualmente buen pronóstico. La intoxicación crónica es menos frecuente, pero con mayor mortalidad por el retraso en el diagnóstico e instauración de tratamiento. Se describe una IHA debida a intoxicación crónica por paracetamol, con objetivo de revisar el diagnóstico y tratamiento de esta urgencia pediátrica.

**Caso clínico:** Niña de 2 años remitida desde otro centro por sospecha de IHA. Con infección respiratoria de vías altas de 4 días de evolución, que trataba con salbutamol inhalado y paracetamol 4-5 ml/4-6 h (150-160 mg/kg/día). Consultó por temblor e irritabilidad que alternaba con letargia. En la exploración física destaca hepatomegalia de 2 cm con disminución del nivel de conciencia. Análiticamente, hipoglucemia (18 mg/dl), acidosis metabólica, tiempo de protrombina, 32%; ALT, 1.055, y AST, 1.281 U. Nivel de paracetamol en sangre indetectable. Se orientó como IHA y, dada la ingesta repetida durante 4 días de dosis tóxicas de paracetamol, por probable intoxicación crónica. Se ingresó con fluidoterapia, vitamina K, N-acetilcisteína y monitorización de constantes, con buena evolución (pico de ALT 4.746 y AST 5.295 a las 34 h). Las exploraciones complementarias descartaron causa infecciosa, autoinmune, congénita y vascular.

**Conclusiones:** La intoxicación crónica por paracetamol debe tenerse en cuenta como posible causa ante cuadros agudos de insuficiencia hepática, sobre todo si se acompañan de procesos febriles. Los niveles plasmáticos de paracetamol, así como el normograma de Rumak-Matthews, no son valorables en las intoxicaciones crónicas porque la rápida farmacocinética de este fármaco impide su detección en sangre cuando la clínica ya está instaurada y el consumo ha cesado.

#### "BODY PACK" EN PEDIATRÍA

E. Corrales Magín, N. Pociello Almiñana, S. Segura Matute, J.J. García García, J.M. Quintillá Martínez y C. Luaces Cubells

Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Unitat Integrada Sant Joan de Déu-Clínica. Universidad de Barcelona. España.

**Introducción:** *Body pack* es el término que describe la práctica de contrabando de drogas, usando el cuerpo humano como

medio de transporte para las mismas. La droga suele ir en paquetes individuales de unos 10 g, envueltos de materiales impermeables debidamente cerrados. Los *body packers* son las personas que ingieren o introducen en el cuerpo éstos. En pediatría se han descrito *body packers* así como ingestas accidentales por parte del niño de paquetes que contienen droga. El objetivo de esta comunicación es presentar el caso de un paciente que fue atendido con la sospecha de ingesta accidental de un paquete con droga.

**Caso clínico:** Niña de 2 años y 3 meses de edad que es traída a urgencias por la posible ingesta de un paquete que en su interior contenía cocaína. A su llegada la paciente se encontraba asintomática. Sus constantes eran: FC, 125 lat./min; PA, 90/55 mmHg, y FR, 20 resp./min. La exploración por aparatos era anodina.

Ante la posible ingesta, se realizó análisis de sangre, tóxicos en orina, radiografía simple de abdomen y se inició tratamiento con carbón activado, descontaminación gastrointestinal con solución electrolítica de Golytely y se administró una dosis de domperidona. Las exploraciones complementarias resultaron normales y, a las 8 h de haber iniciado el tratamiento, la familia refirió que el paquete había sido hallado en el domicilio, motivo por el que éste se interrumpió y fue dada de alta.

**Comentarios:** Aunque el *body pack* es una urgencia poco frecuente, incluso en adultos, también se describe en niños. Ante su sospecha lo más importante inicialmente es asegurar la vía aérea, la respiración y la circulación. Si el paciente está asintomático se procede a realizar medidas de descontaminación gastrointestinal y la observación posterior de la expulsión de los paquetes por vía rectal. Debido al riesgo de rotura, el lavado gástrico está contraindicado. Si se presentan síntomas de obstrucción mecánica o perforación debemos recurrir a la intervención quirúrgica. En el caso de rotura de un paquete debemos actuar en función de la droga que contiene. El conocimiento de estas normas de actuación permitirá al pediatra de Urgencias una actuación rápida y eficaz y con el menor riesgo para el paciente.

#### REVISIÓN DE LA CEFALEA EN URGENCIAS COMO MOTIVO DE CONSULTA

M. Vera Estrada, G. Sebastiani, V. Trenchs Sáinz de la Maza, A. Curcoy Barcenilla y C. Luaces Cubells

Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Unitat Integrada Sant Joan de Déu-Clinic. Universidad de Barcelona. España.

**Introducción:** La cefalea representa un motivo de consulta frecuente. A pesar de que habitualmente genera enorme preocupación y angustia, en la mayoría de ocasiones es secundaria a procesos banales.

**Objetivo:** Analizar las características y los diagnósticos de los pacientes que acuden por cefalea a nuestro servicio de urgencias.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de todos los pacientes que consultaron por cefalea (código 784.0, según listado codificación diagnóstica SEUP) en el año 2003. Dicho motivo

de consulta se recoge a partir de una base de datos informatizada que se genera de forma automática en el proceso asistencial.

**Resultados:** Se revisaron 1.080 historias clínicas que representan el 1,4% de las visitas del año 2003. La media de edad de los pacientes es de 9,6 años (DE, 4,1) (24,3% < 5 años, 53,2% de 6-12 años y 22,5% de 13-18 años). En el 25,8% de los casos consta historia previa de cefalea y en el 25,8% antecedentes familiares de ésta. El 4% son portadores de válvula de derivación ventriculoperitoneal. El 62,3% son cefaleas de menos de 72 h de evolución. El 67,7% de los pacientes consultan tras más de 12 h de la sintomatología. Los síntomas acompañantes más frecuentes son los vómitos (69,3%) y la fiebre (26,7%). En la exploración física destaca rigidez de nuca en el 1,5% de los casos y focalidad neurológica en el 2,5%. Se determina la PA al 21,7%, encontrándose alteraciones en el 2,2%. Se realiza fondo de ojo en el 21,1% de los pacientes, punción lumbar en el 1,7% y TC craneal en el 5%, resultando alterados en el 0,3, 0,6 y 0,9%, respectivamente. Los diagnósticos más frecuentes son cefalea inespecífica (57,5%), proceso infeccioso presumiblemente viral (18,9%), migraña (9,6%) y sinusitis (5,1%). Se diagnostican 9 casos de meningitis (8 linfocitarias y 1 bacteriana), 4 casos de disfunción valvular y 3 casos de tumores cerebrales. En estos 16 pacientes existía algún dato alterado en la anamnesis o la exploración. El 5,5% de los casos requieren ingreso hospitalario para completar estudio y tratamiento.

**Conclusiones:** La mayoría de pacientes que consultan por cefalea tienen como causa procesos banales. Una cuidadosa anamnesis y exploración física (incluido el fondo de ojo) permite identificar a aquellos pacientes cuya cefalea sea secundaria a un proceso grave.

#### EVALUACIÓN DE NUEVOS MÉTODOS DIAGNÓSTICO-TERAPÉUTICOS EN EL MANEJO DEL NEONATO CON FIEBRE SIN FOCALIDAD

E. Gargallo Burriel, S. Ricart Campos, J.J. García García, J. Pou Fernández y C. Luaces Cubells

Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Unitat Integrada Sant Joan de Déu-Clinic. Universidad de Barcelona. España.

La existencia de nuevos métodos diagnóstico-terapéuticos posibilita que surjan alternativas en el manejo del neonato febril. El objetivo de este estudio es evaluar la utilidad de la detección sistemática de enterovirus en LCR, así como valorar la efectividad de la administración de ceftriaxona intramuscular en lactantes menores de 30 días con fiebre sin focalidad clara y sin factores de riesgo en espera de cultivos.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo de los lactantes menores 30 días que ingresaron por fiebre. A todos ellos se les realizó hemocultivo, urocultivo y análisis de LCR. Se determinó retrospectivamente la presencia de enterovirus por reacción en cadena de la polimerasa (PCR-EV) en LCR en los casos en que se disponía de muestra adecuada. Los pacientes con fiebre sin focalidad y sin criterios de riesgo se trataron con ceftriaxona intramuscular. Aquellos con criterios de riesgo recibieron ampicilina y gentamicina.

**Resultados:** Se incluyeron 61 niños. La mediana edad fue 18 días. Los diagnósticos finales más frecuentes fueron: 41 %, síndrome febril autolimitado; 19,7%, infección urinaria; 16,4%, bronquiolitis VRS+, y 13,1%, gripe. En 11 pacientes se realizó la determinación de enterovirus en LCR. Ésta fue positiva en 5 casos (45,5%); su estancia media fue de 4,4 días. Ninguno de los pacientes con virus demostrado tuvo cultivos positivos. De los neonatos con fiebre sin focalidad evidente, 18 fueron tratados de forma empírica con ceftriaxona intramuscular y 16 con ampicilina y gentamicina. Ambos grupos fueron comparables en cuanto a leucocitos y bandas. En cambio, los que recibieron ampicilina y gentamicina mostraron una PCR superior (media: 19 mg/l frente a 7 mg/l) e incumplían los criterios de Rochester en mayor proporción (43,8% frente a 27,8%). Entre estos 16 pacientes se detectaron dos enfermedades bacterianas: una infección urinaria y una bacteriemia. De los tratados con ceftriaxona intramuscular, ninguno presentó cultivos positivos y la evolución de todos ellos fue favorable. Los niños tratados con ceftriaxona intramuscular recibieron menos días de antibioticoterapia (media: 1,7 días frente a 5,8 días) y su estancia hospitalaria fue menor (3 días frente a 6,9 días) ( $p < 0,0001$ ).

**Conclusiones:** La incorporación de nuevos métodos diagnósticos (como la detección rápida y sistemática de enterovirus en LCR) o terapéuticos (uso de ceftriaxona intramuscular en neonatos sin criterios de riesgo) es una alternativa válida hasta la confirmación de la negatividad de los cultivos. Su aplicación protocolizada permitiría un manejo más racional y una mejor gestión de recursos sanitarios.

#### ACTITUD ANTE UNA PLEURONEUMONÍA EN URGENCIAS

N. Pociello Almiñana, W. Fasheh Youssef, J.L. Séculi Palacios, E. Corrales Magín y C. Luaces Cubells

Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría. Unitat Integrada Sant Joan de Déu-Clínic. Universidad de Barcelona. España.

**Fundamento y objetivos:** La actitud inicial ante un derrame pleural tiende a ser más agresiva con toracocentesis precoz y administración de fibrinolíticos. El retraso en estas medidas puede generar una mayor estancia hospitalaria y más complicaciones. Nuestro objetivo es conocer la incidencia de derrames paraneumónicos, el manejo iniciado desde urgencias y la evolución posterior.

**Material y métodos:** Revisión retrospectiva de las historias de pacientes con derrame pleural paraneumónico ingresados los años 2002 y 2003. Los criterios de inclusión fueron: ingreso realizado desde urgencias y diagnóstico inicial de derrame paraneumónico. Se consideró un derrame tributario de punción era aquel que presentaba un grosor en decúbito lateral igual o superior a 1 cm.

**Resultados:** Fueron diagnosticados desde urgencias 4.883 pacientes afectados de neumonía de los que ingresaron 382 (1,19%). De los pacientes ingresados, presentaron derrame pleural paraneumónico 47 (12,3%). Se realizó radiografía de tórax, analítica y hemocultivo en urgencias a todos los pacientes, siendo éste positivo en 8 (19%), y el microorganismo más frecuente *Streptococcus pneumoniae*. En 19 casos el derrame pleu-

ral se consideró tributario de punción. Se realizó toracocentesis en urgencias en 8 casos y 11 en hospitalización, todos en las primeras 24 h del ingreso. De los derrames considerados no puncionables progresaron en hospitalización 8 (28%) y se practicó toracocentesis pasadas las 48 h. En urgencias se dejó drenaje pleural en todos los casos en que se realizó toracocentesis excepto en uno. El cultivo del líquido pleural fue positivo en 10 casos (37%) siendo el germen más frecuente *S. pneumoniae*. El antibiótico más pautado fue cefotaxima y en segundo lugar amoxicilina-ácido clavulánico. Precisaron tratamiento fibrinolítico 12 casos. La mediana de la estancia hospitalaria de los pacientes que no precisaron toracocentesis fue de 7 días, la de los que se les colocó drenaje en urgencias, de 13 días, y de los que se realizó el drenaje posteriormente, 16 días. En los que se realizó el drenaje desde urgencias hubo una complicación (paresia diafragmática) y en los que se hizo posteriormente, cuatro (un íleo paralítico, una fistula y dos neumotórax).

**Comentarios:** El drenaje precoz de un exudado disminuye las complicaciones y reduce la estancia hospitalaria. Ante un derrame paraneumónico proponemos la realización de la punción pleural desde Urgencias y, si tiene características de exudado, iniciar el drenaje con tubo, y el tratamiento con fibrinolíticos si se trata de empiema.

#### ESOFAGITIS POR DOXICICLINA. A PROPÓSITO DE 2 CASOS

N. Pociello Almiñana<sup>a</sup>, P. Vilar Escrigas<sup>b</sup> y C. Luaces Cubells<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Sección de Urgencias. Servicio de Pediatría.

<sup>b</sup>Sección de Gastroenterología. Hospital Sant Joan de Déu-Clínic. Universidad de Barcelona. España.

**Fundamento y objetivo:** La esofagitis por fármacos es una entidad descrita con relativa frecuencia en adultos. Sin embargo, son escasas las publicaciones que hacen referencia a casos en la población infantil. La historia clínica sugestiva de dolor retroesternal, odinofagia, disfagia y el antecedente de ingesta de fármaco en un paciente debe hacernos pensar en esta entidad. Nuestro objetivo es presentar 2 casos de adolescentes que consultaron por dolor retroesternal.

**Observaciones clínicas:** *Caso 1.* Varón de 14 años que acude a urgencias por dolor torácico retroesternal y epigástrico, de 3 días de evolución que coincidía con la ingesta. El dolor dura unos minutos y mejora progresivamente al dejar de comer. Antecedentes: en tratamiento con doxiciclina y cinc desde hacía un mes por acné. Toma la medicación en decúbito antes de ir a dormir. Exploración física en urgencias: presenta lesiones residuales de acné. El resto de exploración sin hallazgos. Se realiza radiografía de tórax que es normal. Ante la sospecha de esofagitis por doxiciclina se decide ingreso. Posteriormente se efectúa fibrogastroscopia hallándose lesiones sugestivas de esta entidad que se confirman con la biopsia. Se inicia tratamiento con sucralfato y omeprazol presentando mejoría progresiva del dolor.

*Caso 2.* Paciente de sexo femenino de 16 años que consulta por dolor retroesternal de 48 h de evolución que coincidió con la ingesta. El dolor es intenso y se acompaña de pirosis. Antecedentes: acné en tratamiento con doxiciclina. Toma la cápsula antes de ir a dormir estando semisentada. Exploración física en

urgencias: dolor selectivo en tercio distal del esófago y lesiones cutáneas residuales de acné. Ante la clínica sugestiva de esofagitis por doxiciclina se decidió ingreso con dieta absoluta y posteriormente se efectuó fibroesofagogastroscofia que confirmó el diagnóstico. Se inició tratamiento con sucralfato y omeprazol con buena evolución.

**Comentarios:** La aparición de odinofagia, dolor retroesternal con o sin disfagia en un paciente debe hacernos pensar en esta entidad e interrogar sobre la ingesta de fármacos. Con respecto a la doxiciclina, la esofagitis se relaciona con la superficie gelatinosa de las cápsulas, que favorece que el contacto de éstas con la mucosa esofágica sea mayor, y con sus propiedades ácidas. La endoscopia permite establecer el diagnóstico definitivo. La acción terapéutica principal consiste en retirar el fármaco. Las medidas preventivas en relación con la manera de ingerir el fármaco pueden evitar esta entidad.

#### APENDICITIS AGUDA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA EN PACIENTE NEUTROPÉNICO

B. Muñoz Cabello, M.E. García Rodríguez, C. Segovia Verjel, J.M. Pérez Hurtado y J.M. Rodríguez Fernández

Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla. España.

**Introducción:** Los pacientes neutropénicos presentan con frecuencia procesos infecciosos intercurrentes con poca o nula semiología, a menudo graves. La mortalidad en estos casos se correlaciona directamente con la demora diagnóstica. Por todo ello es fundamental un alto grado de sospecha clínica en estos procesos.

**Caso clínico:** Niña de 6 años diagnosticada de leucemia mieloide aguda que recibió tratamiento quimioterápico y posterior trasplante autólogo de médula ósea. Recidiva meses después pasando a tratamiento paliativo con transfusiones y quimioterapia ambulatoria oral. Estando previamente bien, presenta cuadro de dolor abdominal intermitente de 5-6 días de evolución, que se acompaña de fiebre en las últimas 24 h. A la exploración, presenta buen estado general, dolor abdominal a la palpación profunda localizado en hipocondrio derecho, Blumberg y Rovsing positivos, sin otros signos de irritación peritoneal. Lengua saburral. Lesiones equimóticas en distintos estadios de evolución. El resto de la exploración sin hallazgos.

El hemograma presentaba neutropenia (0 granulocitos/ $\mu$ l), anemia 8 g/dl y plaquetopenia (18.000/ $\mu$ l). En la TC se observó líquido libre en Douglas con absceso en FID, compatible con apendicitis perforada. A pesar del diagnóstico de apendicitis aguda, y dado el alto riesgo quirúrgico de la paciente, se decide mantener una actitud conservadora con antibiocioterapia intravenosa (meronem y amikacina) y demorar la intervención quirúrgica. La evolución fue favorable tras 30 días de tratamiento, y la TC de control al mes, normal.

**Comentarios:** 1. La ausencia de neutrófilos condiciona que los procesos infecciosos sean poco evidentes debido a la escasa presencia de fenómenos inflamatorios. 2. El tratamiento de elección de la apendicitis aguda en el paciente neutropénico es, en la medida de lo posible, conservador, por el riesgo de di-

seminación bacteriana, reservando el tratamiento quirúrgico para casos en los que existe una urgencia vital.

#### INVAGINACIÓN INTESTINAL RECURRENTE SECUNDARIA A DIVERTÍCULO DE MECKEL

A. de la Huerca, C. López Menchero, M.M. Santos, A. Casanova, R. Zabalza y J. Delgado

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

**Introducción:** La invaginación intestinal es una patología de diagnóstico habitual en la urgencia pediátrica y es la causa más frecuente de obstrucción intestinal entre los 3 meses y los 6 años de edad. La localización más frecuente es la ileocólica y la etiología es idiopática en el 90-95% de los casos. En niños mayores o cuando la localización es atípica, es más frecuente la existencia de una causa desencadenante.

**Caso clínico:** Paciente de 3 años que acude a urgencias con cuadro clínico de irritabilidad, sudoración, palidez cutánea y vómitos. Entre sus antecedentes personales destacan dos episodios de invaginación intestinal al año y a los 2 años de edad resueltos mediante reducción neumática. En la exploración física destacaba dolor en flanco derecho palpándose una masa a ese nivel. Se diagnostica mediante ecografía abdominal de invaginación intestinal de localización ileocólica y se realiza reducción neumática. A las 24 h del ingreso comienza con cuadro clínico similar por recidiva de la invaginación en la misma localización que se resolvió tras la reducción neumática. A las 48 h de ingreso se repite el cuadro, por lo que se decidió laparotomía exploradora y resección intestinal con anastomosis terminoterminal diagnosticándose divertículo de Meckel.

**Conclusiones:** 1. En todo caso de invaginación intestinal recidivante hay que pensar en la posibilidad de una etiología desencadenante. 2. En cada caso se debe valorar la necesidad de realización de exploraciones complementarias encaminadas a su diagnóstico. 3. La localización típica y una reducción neumática con éxito en los casos de recidiva no descarta la existencia de una posible causa desencadenante. 4. El divertículo de Meckel es uno de los factores etiológicos más frecuentemente asociado a los casos de invaginación intestinal recidivante.

#### HERNIA DIAFRAGMÁTICA CONGÉNITA EN ADOLESCENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

B. Riaño, A. Peñalba, M. Fariñas, R. Zabalza, A. Casanova y J. Delgado

Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

**Introducción:** La hernia diafragmática es un defecto congénito que se origina entre la octava y décima semana de la vida fetal y se produce por falta de cierre del espacio pleuroperitoneal durante el desarrollo del diafragma. Se presenta aproximadamente en 1 de cada 3.000 nacidos vivos, y generalmente se manifiesta en las primeras horas del nacimiento.

A continuación se presenta el caso de un adolescente que acudió a nuestro servicio de urgencias por dolor torácico.

**Caso clínico:** Niño de 15 años que consulta por dolor torácico intenso acompañado de sintomatología vagal de 4 h de evolución. Antecedentes personales: cirugía de teste retráctil y abdominalgia intermitente de 2 meses de evolución. Exploración física: regular estado general. Disnea de reposo. Abdomen doloroso difuso con defensa a la palpación profunda. Sin signos de irritación peritoneal. Pruebas complementarias: radiografía de tórax: cavidad aérea bien delimitada que se correspondía con una gran cámara gástrica cubierta por el hemidiafragma correspondiente, haciendo sospechar la existencia de una relajación del diafragma y por la clínica posible, volvulación gástrica. En control radiológico posterior, tras colocación de sonda nasogástrica, se observa como ésta se pliega sobre sí misma a la altura de la porción medial del estómago, posiblemente como consecuencia del stop por la volvulación. Ecografía de abdomen: se visualiza el hemidiafragma en toda su porción anterior y estómago en situación torácica. El bazo y el colon izquierdo se encontraban en situación anatómica normal. Evolución: se realiza laparotomía exploratoria urgente, encontrando la cámara gástrica en el hemitórax a través de orificio diafragmático izquierdo, junto con bazo y colon en su porción de ángulo esplénico y descendente. Postoperatorio sin incidencias.

**Comentario:** Las hernias diafragmáticas congénitas fuera del período neonatal son excepcionalmente raras, sólo se comunican casos aislados y se cree que no sobrepasan el 10%. Con todo, debe ser tenida en cuenta en el diagnóstico diferencial de dolor torácico y disnea de aparición brusca. La radiología simple de tórax anteroposterior y lateral en general es suficiente para hacer el diagnóstico.

#### ENTEROCOLITIS NECROSANTE FULMINANTE.

##### A PROPÓSITO DE UN CASO

S. Villar, C. Menéndez, M.A. García Casillas, A. Casanova, J. Delgado y R. Zabalza

Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

**Introducción:** La enterocolitis necrosante (NEC) es la enfermedad gastrointestinal adquirida más frecuente en lactantes pretérminos con una mortalidad global del 40-60% según las distintas series, aunque puede presentarse en etapas más tardías. A continuación presentamos el caso clínico de un lactante que acudió a nuestro servicio de urgencias por vómitos.

**Caso clínico:** Lactante de un mes y medio que acude a urgencias por presentar desde hace 12 h vómitos alimenticios acompañado de rechazo de las tomas y quejido. Deposiciones diarias de características normales. Antecedentes personales: recién nacido pretérmino (31 + 3) de peso adecuado para su edad gestacional (1.650 g). A las 24 h de vida presentó clínica de obstrucción intestinal por páncreas anular y membrana duodenal que obstruía la luz intestinal. Fue intervenida quirúrgicamente con buena evolución posterior y dada de alta a los 26 días de vida. Exploración física inicial: buen estado general, no aspecto séptico. Abdomen ligeramente distendido y timpanizado pero

blando y depresible, no doloroso a la palpación. Resto de exploración normal. Evolución: inicialmente se realizó radiografía de abdomen evidenciándose asas dilatadas en intestino delgado con aire normodistribuido. Tras la radiografía se realizó estimulación rectal. A las 2 h presentó un brusco deterioro del estado general con distensión abdominal importante y hematoquecia, por lo que se realizó ecografía abdominal donde se aprecia neumatosis intestinal generalizada y aire en vena porta que se confirmó en una nueva radiografía de abdomen. Se realiza laparotomía exploratoria urgente encontrando necrosis de todo el paquete intestinal con perforaciones múltiples y líquido intraabdominal maloliente y turbio, sin evidencia de malrotación o vólvulo. Se procede a cierre de perforaciones e ileostomía de descarga y se traslada a intensivos pediátricos para cuidados paliativos. La paciente fallece a las 22 h del ingreso.

**Conclusiones:** 1. La NEC suele presentarse en las primeras semanas de vida, aunque en prematuros el período de riesgo llega hasta la 35-36 semanas posconcepción, por lo que estos neonatos deben vigilarse aún tras el alta. Nuestro caso la presentó a las 38 semanas de edad gestacional corregida. 2. El método diagnóstico de elección sigue siendo la radiología convencional, aunque la ecografía abdominal es un método muy útil de apoyo, al poder detectar precozmente la neumatosis intestinal y aire en vena porta que, como se sabe, son signos de mal pronóstico.

#### HERNIA UMBILICAL INCARCERADA EN NIÑOS: COMPLICACIÓN INFRECUENTE

A.B. Jiménez Jiménez, M.T. Moya Díaz-Pintado, J. Martínez Pérez y J.L. Alonso Calderón

Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. España.

**Introducción:** Las hernias umbilicales son muy frecuentes en la infancia en ambos sexos, especialmente frecuentes y llamativas en la raza negra. Su evolución natural en su gran mayoría es hacia el cierre espontáneo por debajo de los 5 años y la incidencia de incarceración del intestino y/o epiplón, perforación, estrangulación, evisceración y dolor son excepcionales en su historia natural en la infancia.

**Material y métodos:** Comunicamos 3 casos observados, en un lapso de tiempo escaso, de alrededor de 2 meses, de pacientes menores de 2 años portadores de hernias umbilicales conocidas y diagnosticadas, que acudieron por una tumorción umbilical fija durante horas, dolor irritabilidad e imposibilidad de reducción de su contenido a cavidad abdominal. Tras fracaso en la reducción, previa medicación espasmolítica y sedación, fueron sometidas a tratamiento quirúrgico urgente por hernia umbilical incarcerada presentando como contenido el saco: asas del intestino delgado edematosas y hematoma en un caso.

**Resultado:** Después del tratamiento quirúrgico la evolución posterior fue favorable y sin complicaciones postoperatorias.

**Comentarios:** Frecuencia elevada de hernia umbilical y frecuencia extremadamente baja de complicaciones sin tratamien-

to. La incarceration y/o estrangulación es clínicamente fácil de reconocer. Tras varias horas de evolución es difícilmente reducible, incluso con medicación coadyuvante (espasmolíticos y/o sedantes). El tratamiento quirúrgico urgente es el tratamiento de elección ante la imposibilidad de reducción.

### SÍNCOPE COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE UNA INVAGINACIÓN INTESTINAL

A. Hernández Fabián, M.A. Arias Consuegra, R. González García, J. López Ávila, R. Páez González y E. Vázquez Peñas

Hospital Clínico Universitario de Salamanca. España.

Los síncope o pérdidas breves y transitorias de la conciencia y tono muscular tienen en la infancia, generalmente, un origen benigno. Entre el 20 y el 25% de los niños sufrirán un episodio sincopal antes de terminar la adolescencia. En urgencias representan hasta el 1% de las consultas. Como todos sabemos la causa más frecuente es el síncope neurocardiogénico, aunque es imprescindible descartar causas graves. Se presenta el caso de un varón de 10 meses, que consulta por un episodio de pérdida de conciencia, precedido de un grito y un vómito. Los días anteriores había presentado un cuadro de infección respiratoria con sibilancias, por lo que estaba tomando broncodilatadores y mucolíticos. Las deposiciones habían sido líquidas, pero la última, pocas horas antes, tuvo consistencia normal. No refería otros antecedentes de interés. Cuando llega a urgencias aún está pálido, postrado e hipotónico. Glasgow 15. FC, 109 lat./min; PA, 99/55 mmHg. Pulsioximetría, 98%. Glucemia capilar normal. A la palpación abdominal profunda destaca una molestia en flanco e hipocondrio derechos, donde se localiza una masa cilíndrica. Dermatitis de aérea del pañal. ECG compatible con la normalidad. Se constatan en los estudios analíticos una hiperglucemia, aumento de transaminasas, leucocitosis con neutrofilia y trombocitosis. Coagulación y orina normales. A los 30-45 min de la consulta en niño ha recuperado el estado general, juega y sonríe, las molestias y la masa abdominal han desaparecido. A pesar de ello, se decidió realizar una ecografía abdominal, descubriéndose una imagen compatible con invaginación intestinal. Se desinvagina mediante enema de bario. A las 48 h fue dado de alta sin complicaciones. La invaginación intestinal en sus primeras fases puede presentar síntomas vagales, pero es inusual el síncope. Con la exposición de este caso queremos, además de dar a conocer una forma de presentación poco frecuente de la invaginación, recordar la necesidad de realizar un esfuerzo para llegar al origen último del síncope, ya que puede ser necesaria una actuación urgente tras la evaluación-estabilización inicial.

### MEGACOLON TÓXICO Y SEPSIS EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE HIRSCHSPRUNG

I. Melián Domínguez, Z. Espinel Padrón, A. Rodríguez González, A. Todorčević, A. González Pérez y J. Molina Ramírez

Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias. España.

**Introducción:** Es una complicación potencialmente mortal de otras condiciones intestinales, caracterizado por un colon dilatado, distensión abdominal y algunas veces fiebre, dolor abdominal y shock. Se asocia a colitis ulcerosa, enfermedad de Crohn, amebiasis y colitis pseudomembranosa. En niños es más frecuente la enfermedad de Hirschsprung con una incidencia 1 caso/100.000.

**Caso clínico:** Lactante de 35 días procedente de Fuerteventura por citación en Consultas Externas de Cirugía Pediátrica acudió al servicio de urgencias por presentar un cuadro de 6 días de evolución consistente en fiebre hasta 38,5 °C, tos, rinorrea y deposiciones diarreas fétidas. Antecedentes personales: enfermedad de Hirschsprung. Exploración: regular estado general, palidez mucocutánea. Auscultación cardiopulmonar: ruidos transmitidos de vías altas. Abdomen: distensión importante con ruidos presentes. Resto normal. Traslado a UMI. Pruebas complementarias: hemograma: leucocitos, 160.000 (promielocito, 4%; blastos, 4%; mielocitos, 10%; metamielocitos, 10%; cayados, 22%; neutrófilos, 24%; linfocitos, 6%; monocitos, 6%). Eritroblastos 20/100 leucocitos; morfología serie roja: anisocitosis, poiquilocitosis con moderada esquistocitosis; plaquetas 430.000, PCR 18,35 mg/dl.

Bioquímica, orina y radiografía de tórax: normal. Radiografía de abdomen: distribución de asas centralizadas con borramiento de planos grasos compatible con ascitis. Ecografía abdominal: pequeña cantidad de líquido libre en espacio retrovesical y asa con abundante contenido y líquido libre interesada en pequeña cantidad, así como en espacio perihepático y periesplénico. Cultivos negativos.

Complicaciones: insuficiencia respiratoria con acidosis mixta compensada; insuficiencia renal aguda no oligúrica; trombocitopenia (8.000 plaquetas) y coagulopatía con sangrado; infección pericostomía y dehiscencia de herida quirúrgica; isquemia de pie izquierdo distal quedando con necrosis de la cara anterior del primer dedo; celulitis de miembro inferior izquierdo; vómitos.

Tratamiento: diuréticos. Antibióticos (cefotaxima, metronidazol, fluconazol, imipenem, teicoplanina, meropenem); transfusiones de concentrado de hematies, plasma y plaquetas; oxigenoterapia; heparina sódica. Fue trasladado a planta tras 21 días en UMI y fue dado de alta a la semana. Evolución: favorable.

**Conclusiones:** 1. En un paciente con enfermedad de Hirschsprung y diarrea pensar en megacolon tóxico. 2. La negatividad de los cultivos no descarta esta enfermedad.