

URGENCIAS

P533

URGENCIAS EN ATENCIÓN PRIMARIA: ¿UN ÉXITO O UN FRACASO?

J. Danvila Carbonell

Centro de Salud Vicente Soldevilla, Madrid.

Antecedentes y objetivo: Las urgencias en Pediatría han sido y siguen siéndolo, un punto de controversia en la asistencia sanitaria. La incorporación de una atención continuada al paciente durante el horario laboral en Atención Primaria ha facilitado el acceso de los usuarios y evitado, en parte, su desplazamiento a otros Servicios Sanitarios.

Se trata de realizar unas reflexiones en base a un estudio observacional y retrospectivo de los diagnósticos recogidos de las consultas urgentes o sin cita previa en un Centro de Salud.

Material y métodos: Recogida de datos procedente de las Historias de urgencia utilizadas para atender a los usuarios no citados previamente ése día, durante 4 años: desde enero-1997 a diciembre-2000. Siempre se han clasificado por diagnósticos realizados en el momento de la consulta o por signos/síntomas si aquél no fue posible. Se han agrupado en 4 bloques temáticos: infecciones-traumatismos-exantemas-otros. Se han clasificado por meses, de modo independiente, y agrupado en años. Se han adaptado los términos a la Codificación Internacional de Enfermedades.

Resultados: Se han registrado un total de 2.311 urgencias, correspondiendo: 556 (1997), 570 (1998), 608 (1999) y 577 (2000). La media, el valor máximo y el mínimo en cada año completo ha sido: 1997: 50,63-68-37; 1998: 51,81-66-36; 1999: 55,27-74-42; 2000: 52,45-76-38. El porcentaje global de los 4 temas principales ha sido: infecciones (total 1459, 63,13%-traumatismos (total 336, 14,53%-otros (total 400, 17,30%) exantemas (total 116, 5,01%). Analizando la incidencia de las infecciones y los traumatismos por meses de cada año, el resultado (máx y mín) ha sido:

	Infecciones		Traumatismos	
	Máx	mín	máx	mín
1997	78% dic	41% jun	29,7% nov	5,1% jun
1998	83% feb	52% nov	25% nov	3,7% jun
1999	73% dic	53,3% ag	28% mar	5,1% oct
2000	74% dic	50% ag	22,9% oct	8,7% sep

Conclusiones: La media anual oscila en un margen bastante estrecho (550-600) en términos absolutos, lo cual habla de un comportamiento estable por parte de la población que utiliza los recursos sanitarios. La media mensual tiene, lógicamente, una mayor dispersión, llegando a duplicar, algunos años, las cifras de unos meses respecto a otros. En cuanto a grupos diagnósticos la gran mayoría corresponde a las infecciones (fundamentalmente de vías respiratorias y digestiva), traumatismos y alteraciones en la piel (exantemas).

P534

VÓLVULO INTESTINAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

L. Martín Jiménez, J. Fernández Fernández, R. Díez Dorado, F. Hernández Oliveros, G. Nieves López Valero, R. Velázquez Fragua, N. Leal y J. García Aparicio
Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Introducción: Presentamos un caso de vólvulo intestinal en una niña de 11 años con antecedente de dolor abdominal recurrente.

Caso clínico: Niña de 11 años que acude a urgencias por dolor abdominal de presentación brusca de 3 horas de evolución. No tiene alteración del tránsito intestinal. Afebril. Exploración física: buen estado general, abdomen distendido, doloroso en epigastrio sin signos de peritonismo; resto sin hallazgos. En las horas siguientes el cuadro progresa con gran distensión abdominal especialmente llamativa en marco cólico sin afectación del estado general. En la analítica, pre-

senta leucocitosis con neutrofilia, hiperglucemia, resto normal. Rx abdomen: gran distensión de colon transversal y descendente con ausencia de gas en colon derecho.

Se procede a laparotomía de urgencia objetivándose vólvulo completo que afecta a territorio de la ileoceólica y cólica derecha con necrosis de 75 cm de ileon distal ciego, colon ascendente y mitad del colon transversal; se reseca el segmento afecto y se realiza anastomosis termino-terminal. La niña presentaba una malrotación intestinal tipo I. La evolución postoperatoria fue satisfactoria.

Discusión: El vólvulo de intestino grueso es extremadamente raro en la infancia. En la literatura se señalan como factores asociados las malformaciones intestinales (especialmente la malrotación intestinal), el retraso mental, la patología neurológica, el estreñimiento severo, la enfermedad de Hirschsprung y el síndrome de Cornelia de Lange. Así mismo, se subraya la importancia de incluirlo en el diagnóstico diferencial del dolor abdominal recurrente. Se debe sospechar ante un cuadro de dolor brusco con distensión abdominal y dilatación de asas en la Rx de abdomen. El diagnóstico se confirma mediante enema opaco que en ocasiones resulta terapéutico. Finalmente, el tratamiento es objeto de discusión, entre la fijación tras desvolvulación (cuando es posible) y la resección y anastomosis electiva.

Conclusiones: A pesar de su baja frecuencia, queremos destacar la importancia de esta patología en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo y del dolor abdominal recurrente por su alta morbimortalidad.

P535

ESTUDIO CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICO DE BRONQUIOLITIS AGUDA EN NUESTRO HOSPITAL. CAMPAÑA 2000-2001

E. Calvo Moreira, C. Salado Marín, S. Urcelay Salazar, E. González Molina, A. Euba López, M.A. Fernández Cuesta, J. Montiano Jorge, M.S. Arnaiz Uyarra y A. Bosque Zabala
Hospital Txagorritxu, Vitoria.

Introducción: La bronquiolitis es motivo de consulta frecuente en el Servicio de Urgencias, y causa de un número importante de ingresos. Presentamos los datos de un estudio prospectivo de las bronquiolitis atendidas en nuestra Urgencia, desde octubre del 2000 y marzo del 2001, coincidente con el inicio de una campaña de prevención de la bronquiolitis dirigida, desde nuestra maternidad, a todas las familias que habían tenido un niño/a durante el período de estudio.

Material y método: Definimos la bronquiolitis como el primer episodio de broncoespasmo en lactante menor de 18 meses. El estudio se realizó mediante encuesta individualizada a los pacientes atendidos en nuestro servicio de urgencias, por bronquiolitis. Los datos se recogieron en el momento de la asistencia, y estaban en relación con el proceso agudo, antecedentes de riesgo personales y familiares y datos de la campaña de prevención y detección de antígeno VRS en muestra de secreción nasal.

Resultados: Durante el periodo de estudio se atendieron 10.093 urgencias, 198 (1,96%) fueron diagnosticados de bronquiolitis. El 56,5% menores de 6 meses El pico de máxima incidencia de bronquiolitis correspondió a Diciembre con un 40,9%. Se obtuvieron muestras para el VRS en 177 (89,9%), y

en 126 (71,2 %) resultaron VRS (+). El 10% presentaba antecedentes personales de atopía y 35% de alergia familiar. 36% de madres eran fumadoras durante el embarazo y 48,9% con tabaquismo familiar. En el 74,4% tenían ambiente familiar catarral y el 49,7% tenían hermanos menores de 5 años. El 12,6% tenían antecedentes de prematuridad. El 4,5% habían presentado patología respiratoria en la etapa neonatal. Ninguno de los que habían precisado ventilación mecánica neonatal precisó ingreso. No se encontraron diferencias significativas en relación al sexo, positividad de VRS según sean prematuros o no. Ingresaron el 23,7% (47), no precisando asistencia intensiva en ninguno de los casos, el 52,5% precisó oxígeno durante su ingreso. En el 97,7% de los casos ingresados se administró β_2 y en el 78,6% adrenalina nebulizada, corticoides sistémicos en el 86% y antibióticos en el 50%. Radiografía de tórax patológica en el 16,3% de los ingresados. No hubo fallecimientos. Según la fecha de nacimiento, 47 (23,7%) eran susceptibles de haber recibido la campaña, y confirmaron haberla recibido el 59% y haber tomado las medidas aconsejadas en un 77% de estos últimos y se detectó VRS positivo en un 61,5%.

P536

COMA EN UN LACTANTE POR INGESTIÓN DE HACHÍS

A. López-Escobar, A. Siles Sánchez-Manjavacas, L. Echeverría Zudaire, I. Pinto-Fuentes, M.L. Cilleruelo Pascual y A. Arregui-Sierra
Hospital Severo Ochoa, Leganés.

La Marihuana, especialmente en la forma de hachis, es la droga ilegal más consumida en nuestro país. La vía de consumo habitual es la inhalada, pero pueden ocurrir ingestiones accidentales, sobre todo en niños, originando intoxicaciones con manifestaciones clínicas diversas que pueden llegar a ser potencialmente graves.

Caso clínico: Varón de raza negra de 12 meses de edad que es traído al Servicio de Urgencias en estado de coma. Los familiares refieren que 2 horas antes de acudir el niño comienza con risa inusual y posteriormente agitación intensa con movimientos incoordinados de extremidades superiores, sin incontinencia de esfínteres ni revulsión ocular de duración aproximada de 20 minutos, seguido de pérdida de conciencia sin respuesta a estímulos. A la exploración está inconsciente con una puntuación de 7 en la escala de Raimondi, hipotonía generalizada, pupilas con midriasis media areactivas, ligera hiperreflexia osteotendinosa, distensión abdominal, siendo el resto de la exploración normal.

Se realiza una analítica completa de sangre y orina (incluidos determinación de CO y tóxicos: benzodiazepinas, cocaína, anfetaminas y morfina) y TAC craneal con resultados normales. Ante la persistencia del cuadro y la normalidad de las pruebas complementarias, se reinterga en repetidas ocasiones a los familiares que finalmente reconocen el consumo accidental de 2 gramos de hachís 4 horas antes de acudir a urgencias. Se mantiene con tratamiento de soporte recuperando espontáneamente la conciencia a las 10 horas de acudir con buena evolución sin secuelas posteriores.

La determinación de cannabis en las muestras de sangre y orina fueron positivas.

Comentarios: 1) La intoxicación por cannabis debe incluirse en el diagnóstico diferencial de cuadros neurológicos de

etiología poco clara. 2) La frecuencia de casos de consumo de drogas ilegales en el ambiente familiar nos recuerdan la importancia de la anamnesis dirigida y exhaustiva. 3) Pese a ser la droga ilegal más consumida en nuestro medio, la intoxicación accidental en niños es infrecuente, pero debe tenerse en cuenta en nuestros servicios de urgencias.

P537

INTOXICACIÓN POR INGESTA ACCIDENTAL DE CANNABIS

N. López Segura, S. Herrero Pérez, E. Esteban Torné, V. Seidel Padilla, O. García Algar y A. Mur Sierra
Hospital del Mar de Barcelona, Barcelona.

Antecedentes: El cannabis es la droga ilegal más utilizada en nuestro país y con mayores posibilidades de provocar intoxicaciones accidentales en los niños. Los efectos adversos han sido bien documentados en adultos, aunque son pocos los casos pediátricos comunicados de intoxicación aguda por esta droga.

Observación clínica: Presentamos el caso de un niño de 18 meses de edad, previamente sano, que acude al Servicio de Urgencias remitido de su Centro de Asistencia Primaria por presentar un cuadro de obnubilación de una hora de evolución. A la exploración destaca somnolencia, respuesta lenta a estímulos con sonrisa inapropiada, ataxia, hipotonía generalizada y midriasis. Está apirético, con frecuencia cardíaca de 110 lpm y tensión arterial de 98/40 mmHg. No existen antecedentes de traumatismo craneal ni episodio convulsivo. Los padres no descartan la posibilidad de que el niño pueda haber tomado algo que haya encontrado en el rellano de la escalera de su edificio, donde conviven con unos vecinos polítoxicómanos, ya que arrojan allí colillas de cigarrillos de marihuana y jeringas de insulina.

El cribado de tóxicos en orina detecta tetrahidrocannabinol. La evolución es satisfactoria con desaparición progresiva de su clínica neurológica a las 6 horas de iniciar el episodio.

Conclusiones: El interés de esta observación es recordar que la intoxicación accidental por cannabis es posible en niños pequeños. Debe ser considerada en el diagnóstico diferencial ante niños previamente sanos que se presenten con síntomas neurológicos de inicio agudo y etiología desconocida, especialmente cuando en el entorno familiar o ambiental se sospecha toxicomanía. Dada la prevalencia del consumo de cannabis en nuestra comunidad los pediatras deben tener en cuenta este tipo de intoxicación potencialmente grave.

P538

PROBLEMAS CUTÁNEOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA

P. Tejado Merino, J.J. Casañ Plaza, F. Freire Domínguez y J. González-Hachero
Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla.

Introducción: Las enfermedades de la piel del niño y del adolescente tienen una gran importancia en Pediatría por su elevada frecuencia y porque pueden suponer la primera manifestación de una enfermedad sistémica.

Objetivo: Revisar las consultas motivadas por patología cutánea o manifestaciones cutáneas de patologías sistémicas en un servicio de urgencias de Pediatría.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de todas las consultas en la Sección de Urgencias de nuestro Servicio durante un año, seleccionando todas aquellas en las que la consulta fue motivada por sintomatología cutánea.

Resultados: En la Sección de Urgencias de nuestro Servicio, desde el 1 de octubre de 2000 al 30 de septiembre de 2001 se atendió a un total de 24.259 pacientes, de los cuales 1583 (6,52%) consultaron por sintomatología cutánea. El porcentaje de consultas de este tipo sobre el total de urgencias osciló entre el 4,53% de enero y el 7,84% de marzo. La patología que originó un mayor número de consultas fue la urticaria aguda, suponiendo un 32% de las consultas por sintomatología cutánea y un 2,1% del total de urgencias. Le siguieron en frecuencia las enfermedades exantemáticas (22,1%) y las picaduras (9,2%). Dentro de las enfermedades exantemáticas, las más frecuentes fueron los exantemas víricos inespecíficos, con un 50,2% sobre el total de enfermedades exantemáticas. Algunas patologías como la varicela, las picaduras y la dermatitis atópica presentaron un incremento durante los meses de primavera y verano.

Conclusiones: Las consultas por sintomatología dermatológica suponen un importante volumen del total de consultas en nuestra Sección de Urgencias, tratándose en su mayoría de patologías banales de carácter alérgico o infeccioso.

P539 INTOXICACIÓN POR ANÍS ESTRELLADO EN NEONATOS

A. Siles Sánchez-Manjavacas, A. López-Escobar, A.I. Rayo Fernández, I. Pinto-Fuentes y M. Vázquez López
Hospital Severo Ochoa, Leganés.

Introducción: El anís estrellado o *Illicium verum* se usa habitualmente en el alivio de los cólicos del lactante por su acción carminativa y eupéptica. El anetol, principal componente de este anís, es neurotóxico en dosis altas. La composición del producto comercializado puede incluir otra especie (*Illicium anisatum*) indistinguible del *Illicium verum*, cuyo principio activo (sikimina) es más tóxico que el anetol y puede producir convulsiones, e incluso coma, a dosis bajas.

Casos clínicos: Presentamos el caso de dos neonatos de 4 y 10 días que acudieron a la urgencia pediátrica por irritabilidad, hiperexcitabilidad, nistagmus horizontal con desviación de la mirada hacia abajo y vómitos. No antecedentes personales de interés. Se les realizó hemograma, bioquímica, gaseometría venosa, aminoácidos y ác. orgánicos séricos y en orina, ecografía cerebral y EEG, cuyos resultados fueron normales, descartando causa metabólica, infecciosa y neurológica primaria. Tras una anamnesis detallada, la clínica fue atribuida a la ingestión de una infusión de anises estrellados (uno tomó *Illicium anisatum* y del otro se desconoce la especie). Tras la retirada del producto la evolución clínica fue favorable en ambos casos.

Comentarios: La sintomatología descrita en estos casos es compatible con la comunicada por otros hospitales en los últimos meses. El uso cada vez más frecuente de estos productos nos obliga a incluir la posible ingestión de anís estrellado en el diagnóstico diferencial ante la presencia de síntomas neurológicos en lactantes. Es importante insistir en la anamnesis, ya que los padres consideran inocuas estas sustancias.

Nos llama la atención la utilización tan precoz en nuestros niños (4 y 10 días) con respecto a los casos publicados hasta la actualidad. Es preciso informar a los padres para que no hagan un uso indiscriminado de los productos de herbolario, ya que no están exentos de riesgos. Es necesario insistir en que se especifique la composición y la forma de preparación en el etiquetado de los productos actualmente comercializados.

P540 ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LA DEMANDA ASISTENCIAL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS DURANTE EL PERÍODO NEONATAL

M. Ruiz Jiménez, E. García-Zarza Martínez, M. Garzón Gómez, I. Olabarrieta Arnal, M. Fernández Ibieta, A.P. Galera Peinado, A. Muñoz Serrano, L. Cabanillas Villaplana, M. Muro Brussi y P. Gutiérrez Díaz
Hospital Universitario de Getafe, Getafe.

Objetivo: Conocer los motivos de demanda asistencial de las familias con niños menores de un mes en un servicio de Urgencias Pediátricas, así como las causas más frecuentes de ingreso.

Material y métodos: Se realiza un estudio retrospectivo de 682 pacientes con edades comprendidas entre los 0 y los 30 días que acuden a nuestro servicio de Urgencias, entre los meses de Abril y Diciembre del 2001, ambos inclusive. Se analizan las variables: edad, motivo de consulta, incidencia estacional y horaria, así como las causas más frecuentes de ingreso, analizando en estas última su relación con la edad del paciente y la época del año. Se realiza la base de datos y su análisis mediante el programa estadístico SPSS versión 9 para Windows.

Resultados: Se revisan un total de 682 niños (edad media 15,5 ± 9,16) (3% del total de urgencias atendidas en este periodo). Motivos más frecuentes de consulta: cólico del lactante (22,8%), puericultura (14,5%), ictericia (11%), infección vías respiratorias altas (8,2%), patología dermatológica (8,2%). El nº de ingresos fue 81 (11,9%) (3,7% del total de ingresos realizados). Principales causas: fiebre sin foco (22,2%), bronquiolitis (14,8%), ictericia (12,3%), vómitos (7,4%), deshidratación (7,4%), ITU (6,1%), rechazo de tomas (4,9%). Se derivaron 4 niños a otros centros Hospitalarios, 2 por bronquiolitis y 2 por EHP. Los meses en los que se produjeron mayor nº de ingresos fueron Noviembre (19,75%) y Diciembre (23,4%), representando la bronquiolitis el mayor porcentaje de estos. Edad media de los niños ingresados por bronquiolitis 20,08 días y por ictericia 4,2 días

Los meses de mayor asistencia fueron noviembre (17,5%) y abril (13,4%). El momento del día de mayor número de consultas fue por la mañana, destacando que el 50% de las consultas por cólico del lactante se produjeron por la noche.

Conclusiones: 1) El motivo de consulta más frecuente fue el cólico del lactante. 2) La causa más frecuente de ingreso fue el Síndrome febril sin foco. 3) Se ha observado una relación entre el periodo estacional, el nº de ingresos y algunas de sus causas. 4) Un porcentaje importante de la demanda asistencial en la Urgencia Pediátrica durante este periodo de vida, se produce por motivos abarcables en el campo de la puericultura.

P541 TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO EN MENORES DE UN AÑO: NUESTRA EXPERIENCIA EN LA URGENCIA PEDIÁTRICA

E. Corrales del Río, A. Muñoz Serrano, M. Fernández Ibieta, A. Aparicio Hernán, I. Olabarrieta Arnal, C. Ferrero Martín, B. Rubio Gribble, F. Jiménez Fernández y J. Blázquez Fernández
Hospital Universitario de Getafe, Getafe.

Introducción: El traumatismo craneal es un motivo de consulta frecuente en nuestro servicio de urgencias. El problema se plantea ante la ausencia de síntomas o síntomas mínimos, que tipo de prueba complementaria realizar sobre todo en pacientes menores de un año. La radiografía de cráneo se realiza habitualmente en niños menores de un año ya que la presencia de fracturas supone un riesgo de lesión intracraneal.

Objetivo: Descripción de los datos obtenidos en pacientes menores de 1 año que acudieron a urgencias por traumatismo craneoencefálico.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes menores de 1 año que acudieron al servicio de urgencias de abril a diciembre de 2001 y enero de 2002 con el diagnóstico de traumatismo craneoencefálico.

Resultados: Número total de pacientes 131 (74 hembras, 57 varones). Edades (menor de 1 mes: 1, de 1 mes: 5, de 2 meses: 8, de 3 meses 10, de 4 meses 6, de 5 meses 8, de 6 meses 16, de 7 meses 18, de 8 meses 14, de 9 meses 17, de 10 meses 14, de 11 meses 14. Causas de caída (cuna/cama 35, sofá/silla 17, bañera/cambiador 14, carrito 15, escaleras con "taca" 13, caída desde su altura 5, desde brazos de 1 adulto 3, choque directo con un objeto 6, accidentes de tráfico 3, otros 20). Síntomas (vómitos 18, pérdida de conciencia 3, tendencia al sueño 2, irritabilidad 2, hipotonía 1, asintomáticos el resto. Exploración física y neurológica (hematoma localizado 24, tendencia al sueño 2, resto normal). Pruebas complementarias (radiografía de cráneo 93; todas normales. TAC craneal 7; en 1 de ellos fractura craneal). Tiempo medio de observación de 2 a 3 horas. Ingresos 3, el resto alta con observación domiciliaria.

Conclusiones: En nuestra revisión la causa mas frecuente de traumatismo craneoencefálico fue la caída desde cama, cuna, sofá o cambiadores, por lo que se debería insistir en las consultas de pediatría sobre la prevención de este tipo de accidentes evitables. Creemos que el paciente asintomático con exploración física normal y con radiografía de cráneo normal no precisa observación hospitalaria pero si domiciliaria.

P542 ENCUESTA DE COORDINACIÓN DEL PEDIATRA DE ATENCIÓN PRIMARIA Y LA URGENCIA HOSPITALARIA

S. Villar, C. Menéndez, G. Arriola, R. Borrego, R. Chacón, C. Fernández, S. Zeballos, M.M. Guerrero, P. Vázquez y E. Panadero

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción y objetivos: La atención primaria (AP) es fundamental en la estructura sanitaria española. Hemos realizado una encuesta con el objetivo de valorar la concordancia entre los motivos de derivación desde la AP a la urgencia de nuestro hospital

Material y métodos: En un periodo de 4 meses (Oct.2001-En.2002) se realiza un estudio prospectivo con una encuesta de recogida de datos que proporcionaba el medico del centro de salud. La encuesta consta de 6 partes: datos de filiación, médico que deriva, motivo de derivación, sospecha diagnóstica, pruebas complementarias y diagnóstico final.

Resultados: Se han obtenido 310 encuestas de niños con un rango de edad de 6 días a 15 años. El 56% eran varones y el 44% eran mujeres. La derivación fue realizada por el propio pediatra en 202 casos (65,1%), pediatra suplente 42 (13,5%), medico de familia en 55 casos (17,7%). El motivo de derivación fue: patología respiratoria 32,2%; realización de pruebas complementarias 27%; sd febril 23,8%; patología digestiva 21,3%. Las pruebas solicitadas (S) y las realizadas (R) fueron: rx tórax (S = 38%, R = 25,3%); analítica (S = 28%, R = 25,1%); orina (S = 13%, R = 17,7%); test rápido del estreptococo (S = 8,6%, R = 4%); rx abdomen (S = 3,1%, R = 9,3%); otras (S = 7,5%, R = 17,2%). Las sospechas diagnósticas más frecuentes fueron patología respiratoria 24,4% (Neumonía: 11,6%); Abdomen agudo: 12,5%; ITUS: 6,1%. El 14,8% fueron ingresados. El diagnóstico de urgencias tras la exploración y los resultados de las pruebas complementarias concordaba con un 63,6% con el diagnóstico emitido por el medico de AP (mayor cuando el medico que derivaba era su pediatra propio). Conformidad de padres con el diagnóstico: 95,1%.

Conclusiones: Solo el 2% de las urgencias pediátricas atendidas en nuestro servicio eran derivadas por un medico de AP. El principal motivo de derivación fue la patología respiratoria y en 2º lugar la petición de pruebas complementarias. La sospechas diagnosticas coinciden en un 63,9% La AP podría mejorar su rendimiento si tuviera acceso a algunas pruebas complementarias en su propio centro de salud.

P543 LESIONES DEPORTIVAS EN EL NIÑO

J.A. Navascués del Río, C. Míguez Navarro, P. Vázquez López, J. Soletto Martín, F. Aguilar Tremoya y J. Vázquez Estévez
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción: En la literatura médica existen escasas referencias acerca de las lesiones deportivas en el niño. El objetivo del presente estudio es analizar los distintos aspectos epidemiológicos de dichas lesiones en nuestro medio.

Material y métodos: Se analizan los datos del Registro de Trauma Pediátrico de nuestro Centro entre enero de 1995 y diciembre de 2000, en el que se incluyen 2.166 niños ingresados tras sufrir traumatismos. De ellos, 290 (13,2%) fueron causados durante la práctica de algún deporte y constituyen la población del presente estudio.

Resultados: La gran mayoría de los pacientes fueron varones (n = 251, 86,6%). Casi tres cuartas partes fueron mayores de 11 años (n = 214, 73,8%). El deporte predominante fue el fútbol (63,4%), seguido a gran distancia por el patinaje en sus distintas modalidades (13,8%), la gimnasia (9%) y el baloncesto (3,4%). Sólo el 29,6% de los accidentes se produjeron en lugares específicamente diseñados para la práctica de deportes (polideportivos, gimnasios, pistas de patinaje, etc.), siendo el lugar más frecuente de producción la escuela (37,6%). El siguiente lugar en frecuencia fue la calle (25,9%). Predominaron las lesiones del aparato locomotor (74,8%), se-

guidas por los traumatismos craneales (23,4%). La lesión más frecuente fue la fractura de muñeca (22,8%), seguida por el traumatismo craneal (20,3%) y la fractura de los huesos del antebrazo (11%), siendo la distribución similar en los distintos deportes.

Sólo el 36,9% de los niños recibieron algún tipo de atención por personal sanitario antes de su llegada a nuestro Centro, a pesar de que el 72% presentaban una o más fracturas y el 23,4% habían sufrido un traumatismo craneal. De los 107 niños que sí fueron atendidos, sólo se indicó el traslado en un medio de transporte especializado en 45 de ellos, por lo que 46 niños con fracturas tuvieron que acudir al Hospital por sus propios medios tras ser valorados por personal sanitario.

Conclusiones: La mayoría de las lesiones deportivas en el niño se producen en lugares no específicamente diseñados para la práctica del deporte, siendo llamativo el alto porcentaje de niños que se lesionan practicando algún deporte en la calle. La mayoría de los niños no son trasladados de la forma más adecuada para la severidad de sus lesiones.

P544

FACTORES RELACIONADOS CON LA SEVERIDAD EN EL POLITRAUMATISMO INFANTIL

J.A. Navascués del Río, C. Menéndez, P. Vázquez López, J. Soletto Martín, F. Aguilar Tremoya y J. Vázquez Estévez

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción: Los accidentes representan la primera causa de muerte y discapacidad en la infancia.

Objetivos: Analizar diferentes aspectos epidemiológicos y factores relacionados con la severidad del politraumatismo pediátrico.

Material y métodos: Desde enero de 1995 a diciembre de 2000 se recogieron de forma prospectiva todos los datos de los 2.166 niños que ingresaron en nuestro Centro tras sufrir un traumatismo. Se consideraron politraumatizados severos los niños con un Injury Severity Score (I.S.S.) mayor de 15. Se analizan los datos de los 79 niños que cumplían este criterio.

Resultados: El grupo se compone de 49 niños y 30 niñas, con un promedio de edad de 9,7 años (rango 0-15 años). El 77,2% fueron víctimas de accidentes de tráfico. El 32,9% llegaron al Servicio de Urgencias en situación de coma (26 niños con una puntuación en la escala de coma de Glasgow \leq 8). El I.S.S. promedio fue de 23,4 (rango 16-75). El 87,3% de los niños sufrieron lesiones múltiples, siendo la más frecuente el traumatismo craneal (87,3%). Se diagnosticaron 371 lesiones en los 79 niños, con un promedio de 4,7 lesiones por niño (rango 1-9). El 55,7% de los niños tuvieron 5 o más lesiones. El 65,8% de los niños precisó ingreso en unidad de cuidados intensivos, el 58,2% se sometió a algún tipo de intervención quirúrgica y el 35,4% precisó transfusiones de hemoderivados. Aparecieron complicaciones durante el ingreso en el 51,9% de los niños. La estancia media fue de 17,1 días (rango 0-214 días). La mayor severidad se produjo en el grupo de edad de 4 a 7 años (I.S.S. promedio de 25,6, mortalidad del 28,6%). En cuanto al mecanismo causal, la mayor gravedad se observó en los ocupantes de automóviles (I.S.S. promedio de 27,2, mortalidad del 16,6%). Dos de cada tres niños no portaban ningún tipo de sistema de retención. La mortalidad global fue del 11,4% (n = 9), y el 94,3% de los ni-

ños que sobrevivieron presentaron algún tipo de secuela anatómica o funcional de carácter permanente, con independencia de las posibles secuelas de orden psicológico.

Conclusiones: Las lesiones más graves son consecuencia de accidentes de automóvil. Resultan imperativas las medidas de educación de la población en cuanto al empleo de dispositivos de retención en los niños.