

X Reunión Anual de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (III)

Barcelona, 21-23 mayo 2005

MISCELÁNEA

SÍNTOMAS Y SIGNOS DE LOS TUMORES CEREBRALES PEDIÁTRICOS EN URGENCIAS

A. Martínez Antón¹, L. Llorente Otones¹, S. Vázquez Román¹, P. Rojo Conejo¹, J. Hinojosa Mena-Bernal² y V. Nebreda Pérez¹

Servicios de ¹Urgencias Pediátricas y ²Neurocirugía Pediátrica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

Objetivo: Estudio de la clínica de presentación de los tumores cerebrales en niños, así como de las características histológicas de los mismos y su localización. Se trata de intentar establecer cuáles son los síntomas más habituales de consulta al inicio y en el momento del diagnóstico, con la intención de disminuir el tiempo medio de detección de estos tumores.

Métodos: Se recogió la información de manera retrospectiva a partir de las historias clínicas de los pacientes entre -16 años intervenidos en nuestro centro por un tumor cerebral primario en los últimos 5 años.

Resultados: Se incluyeron 50 pacientes, de los cuales el 58% eran varones y el 50% pertenecían al grupo de 5-16 años, siendo el 52% de localización supratentorial. El astrocitoma fue el tumor más frecuente (37%). Obtuvimos el tiempo al diagnóstico, siendo la mediana de 30 días, con un rango de 0 a 2.190 días. El 75% fueron diagnosticados antes de los 2 meses del inicio de la clínica. Encontramos una relación estadísticamente significativa entre el tiempo al diagnóstico y la edad ($p = 0,04$), siendo el grupo de 0 a 2 años en el que se diagnosticó antes (mediana 6 días), pero no se encontró relación con el resto de variables. En el momento del diagnóstico, en el grupo de 0 a 2 años el 50% presentaba un aumento del perímetro cefálico y el 33,3% un cuadro de náuseas/vómitos; de 2 a 5 años un 72,7% tenía náuseas/vómitos y el 54,6% presentaba cefalea; entre los 5 y 16 años la cefalea estaba presente en un 47,8% de los casos y en el 30,4% de ellos encontramos papiledema. El 83% de las cefaleas se acompañaban de náuseas/vómitos.

Conclusiones: El correcto diagnóstico de los tumores cerebrales en niños requiere en general varios meses, siendo en nuestro estudio menor de lo esperado respecto a otras series. El tiempo transcurrido hasta el diagnóstico fue mayor en el grupo de 0-2 años. La clínica de presentación es significativamente diferente para los distintos grupos de edad, pero no es patogno-

mónica de los tumores cerebrales, lo que dificulta el diagnóstico precoz.

ASOCIACIÓN DE VIRUS DE EPSTEIN-BARR Y LEUCOSIS AGUDA: CONSIDERACIONES DIAGNÓSTICAS

R. Jordán Lucas¹, P. Bastida Vila², X. Perramón Montoliu¹ y E. Vara Robles¹

¹Servicio de Urgencias Pediátricas, ²Unidad de Hematología Pediátrica. Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron. Barcelona. España.

Introducción: La leucosis aguda y el síndrome mononucleósico constituyen, en muchos casos, dos entidades de espectro clínico similar que, además, pueden presentarse asociadas en un mismo paciente. En las fases iniciales de una leucosis la detección de serologías IgM positivas para el virus de Epstein-Barr (VEB) puede retrasar el diagnóstico. Existen dos hipótesis sobre esta asociación: reactivación del VEB en un paciente inmunodeprimido por la leucosis incipiente (poco probable; sería asintomática e IgM VEB negativa) o primoinfección concomitante (lo más probable, aunque no existen estudios). La leucosis no puede considerarse una complicación evolutiva del síndrome mononucleósico por VEB.

Casos clínicos: *Caso 1.* Niño de 2 años. Fiebre de 2 días de evolución, odinofagia, exudados amigdalares y adenopatías laterocervicales. Recibió tratamiento antibiótico y acudió a urgencias por la aparición de urticaria. Analítica: leve anemia, leucocitos $5,2 \times 10^9/l$ (bandas 1%, neutrófilos 3%, linfocitos 94%, monocitos 2%); serologías VEB+. Enfocado como mononucleosis infecciosa y, por la persistencia de síntomas, se realizó nuevo control 10 días después: Hb 8,3 g/dl; hematocrito 24,8%; leucocitos $3,9 \times 10^9/l$ (neutrófilos 10%, linfocitos 76%, reactivos 10%); plaquetas $56 \times 10^9/l$; LDH 713 U/l; ácido úrico 2,3 mg/dl. Se decidió ingreso para estudio de pancitopenia y se practicó un aspirado de médula ósea que mostró infiltración por células blásticas linfoides.

Caso 2. Niña de 8 años. Astenia y adenopatías laterocervicales. Analítica: leucocitos $3,3 \times 10^9/l$ (cayados 2%, neutrófilos 56%, linfocitos 37%); Paul Bunnell+; A las 2 semanas, nuevas adenopatías. Analítica: leucocitos $13 \times 10^9/l$ (cayados 3%, neutrófilos 40%, linfocitos 45%, monocitos 7%); plaquetas $156 \times 10^9/l$; Serologías VEB+. 15 días después, aumentaron las adenopatías y la astenia y apareció hepatoesplenomegalia. Analítica: leucocitos $30,5 \times 10^9/l$ (neutrófilos 13%, linfocitos 55%, blastos 22%); pla-

quetas $68 \square 10^9/l$; LDH 1.262 U/l. Se realizó aspirado de médula ósea que mostró infiltración por células de morfología linfoblástica.

Comentarios: Los signos de alarma de leucosis en pacientes etiquetados de síndrome mononucleósico son: reacciones leucemoides o leucopenias graves; anemia grave; plaquetopenia severa y/o sintomática; aumento de LDH y/o ácido úrico. El examen a microscopia óptica de la sangre periférica es imprescindible para diferenciar linfocitos reactivos y blastos. Estas células pueden quedar enmascaradas cuando se utiliza un contador automático.

ACTITUD ANTE EL PACIENTE INMIGRANTE EN URGENCIAS

R. Berruero Moreno, P. Casano Sancho, O. García Algar, A. Martínez Roig, M. Bonet Alcaina y J. Lozano Blasco

Servicio de Pediatría. Hospital del Mar. Universidad Autónoma de Barcelona. España.

Introducción: La población inmigrante en nuestro entorno está creciendo de forma exponencial. Según datos del último censo de 2002, supone el 3,2% de la población española, de los cuales el 10% son menores de 15 años. En nuestra área de referencia, en los últimos 15 años el número de inmigrantes se ha quintuplicado y representan el 9% de la población.

Objetivos: 1) Conocer la patología que presenta la población pediátrica inmigrante que atendemos en nuestro centro. 2) Valorar la necesidad de protocolos específicos dirigidos a este grupo poblacional.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, en el que revisamos entre enero de 2002 y enero de 2005, los ingresos hospitalarios de pacientes inmigrantes con patología poco prevalente en nuestro medio.

Resultados: En nuestro servicio de urgencias se atendieron en el período de estudio una media de 9.600 pacientes/año, con 1.012 ingresos/año. De los niños inmigrantes ingresados, el 31,6% eran hijos de inmigrantes, y de éstos el 20% habían nacido en nuestro país. En este período se recogen un total de 979 ingresos de pacientes inmigrantes. El 98,7% fue ingresado por patología propia de la edad pediátrica, y sólo el 1,3% por patología poco prevalente en nuestro medio. Teniendo en cuenta su procedencia, las características clínicas, datos analíticos o exploraciones complementarias, se diagnostican 12 pacientes (con un rango de edad entre un mes y 13 años) de diferentes enfermedades poco frecuentes. De ellos, cuatro habían nacido en nuestro país pero ambos padres eran inmigrantes; y el resto nacieron en otros países. En orden de frecuencia su origen fue: Pakistán (n = 4), Marruecos (n = 4), Filipinas (n = 1), Bolivia (n = 1), Rumania (n = 1) y Mozambique (n = 1). Las patologías diagnosticadas fueron: paludismo (2) como diagnóstico de cuadro febril. Enfermedad tuberculosa como causa de tos persistente (1). Retraso ponderoestatural (1), convulsión por hipocalcemia (1) y fontanela abombada (1) como manifestación de raquitismo. Exantema como presentación de sarampión (3). Lactante abandonado en el que se diagnosticó una sífilis congénita (1). Y otras enfermedades excepcionales en nuestro medio como: convulsión focal como signo guía de neurocisticercosis

(1), síndrome febril y anemia producida por una colitis por *Trichuris trichiura* (1).

Conclusión: La población inmigrante está creciendo en los últimos años, sin embargo la patología presentada por éstos no difiere de la patología pediátrica habitual. Ante un paciente inmigrante en urgencias nuestra actitud no debe diferir de la habitual, aun sin olvidar patologías infrecuentes que nos deben hacer ampliar nuestro diagnóstico diferencial.

CONOCIMIENTOS Y ACTITUD DE LOS PADRES ANTE UNA URGENCIA PEDIÁTRICA. REALIZACIÓN DE UN CURSO DE FORMACIÓN PARA PADRES

G. Álvarez Calatayud, L. Taboada Castro, G. Pinel Simón, A. Rivas Castillo, A. Cristina de la Torre y E. Martín Olivera

Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital San Rafael. Madrid. España.

Objetivos: Conocer cuáles son los conocimientos y la actitud de los padres y familiares de los niños que acuden a la urgencia pediátrica y evaluar la eficacia de un curso de formación para padres con la finalidad de mejorar dichos conocimientos.

Metodología: Se realiza una encuesta voluntaria y de distribución aleatoria a 200 padres que acudían con sus hijos a urgencias para evaluar el nivel de conocimientos que tienen en relación con diversos síntomas y afecciones que presentan los niños o la actitud que adoptan ante diversas situaciones patológicas. Las preguntas del cuestionario fueron consensuadas por los pediatras de nuestro centro. Con estos datos se realizó un curso de formación para padres, que se incluyó dentro del programa de la III Semana de la Ciencia que organiza anualmente la Consejería de Educación de la Comunidad de Madrid. El curso se dividió en tres módulos: Módulo A, ¿qué hacer ante un niño con fiebre, tos, diarrea y manchas en la piel?; Módulo B, patologías específicas (neonatal, urgencias bucodentales y prevención de accidentes); y Módulo C, taller de RCP básica. Se realizó una encuesta al comienzo y finalización del mismo.

Resultados: El perfil de los padres que asistieron al curso fue similar al grupo de control que contestó al cuestionario inicial. En general se trata de mujeres, entre 30 y 40 años con 2 hijos de media, nivel de estudios medios y clase social media-alta. Suelen acudir primero a su pediatra cuando sus hijos se ponen enfermos antes de acudir a urgencias, siguiendo normalmente sus consejos, aunque una quinta parte suele buscar una segunda opinión a través de internet. La media de los conocimientos de los padres fue la siguiente: acertaron unas 17 preguntas de un total de 30, dejando de contestar unas tres de promedio. Las preguntas que más dificultad crearon fueron las referidas a los bloques sobre enfermedades infecciosas y accidentes infantiles, estando mejor informados en las cuestiones referidas al control de la fiebre. Al final del curso los asistentes contestaron acertadamente una media de 27 de las 30 preguntas. La evaluación que efectuaron al final del curso fue excelente, valorando positivamente tanto los temas expuestos como a los ponentes. Hay que destacar las numerosas peticiones que se recogieron para la realización del taller en distintos grupos y colectividades (guarderías, colegios, etc.).

Conclusiones: En general los conocimientos de los padres son aceptables, aunque todavía existen muchos tópicos que parecen difíciles de erradicar. El pediatra tanto en urgencias como en atención primaria tiene un papel fundamental para que los padres sepan cómo cuidar a sus hijos y acudir a urgencias cuando sea necesario. Es preciso valorar la importancia que para la educación para la salud tienen este tipo de cursos, primero por el gran interés que despiertan entre los padres y después por los excelentes resultados que se obtienen cuando se realizan los mismos.

FORMAS DE PRESENTACIÓN CLÍNICA DEL SHOCK ANAFILÁCTICO

E. Perera Martínez, J. Bosch Castells, A. Batista Jiménez, E. Vilallobos Jarque, E. Castellarnau Figueras y X. Allué Martínez

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

Fundamento y objetivo: La anafilaxia es respuesta organismo desencadenada tras interacción antígenos específicos y anticuerpos IgE. La respuesta extrema constituye shock anafiláctico: mediadores actúan sobre órganos diana comprometiendo varios sistemas. Las reacciones anafilácticas no son raras, pero es difícil determinar su incidencia, ya que muchas no son reconocidas, se confunden con otros procesos o no se notifican.

Observaciones clínicas: *Caso 1.* Niña 3 años presenta, tras exposición crema solar, edema facial, dificultad respiratoria, tos, estridor y alteración conciencia. REG, edema facial, letargia, dificultad respiratoria, tiraje intercostal y supraesternal, aleteo nasal, hipoventilación, taquicardia. Leucocitosis, acidosis respiratoria, hiperinsuflación pulmonar y neumomediastino. Evolución satisfactoria tras tratamiento oxígeno, líquidos, adrenalina, broncodilatadores y corticoides.

Caso 2. Niño de 5 años, con antecedente de episodio de eritema en el comedor del colegio, inmediatamente después comer, presenta náuseas, irritabilidad, palidez, hipotonía y erupción. MEG, eritema, piel fría, obnubilación, hipotonía, polipnea, taquicardia, mala perfusión, hipotensión. Leucocitosis, acidosis metabólica. Evolución satisfactoria tras tratamiento oxigenoterapia, adrenalina, líquidos, antihistamínicos y corticoides.

Caso 3. Niña de 17 días con rechazo de alimento, vómitos, erupción, irritabilidad y postración. Tres días antes lactancia artificial. REG, palidez, erupción polimorfa, piel fría, cutis marmorata, mucosas secas, hipoactiva, hiporreactiva, hipotonía, fontanela deprimida, polipnea, taquicardia, mala perfusión, abdomen distendido. Leucocitosis, acidosis metabólica, anemia, hiponatremia, hipoproteinemia, *prick test* proteínas leche vaca positivo. Evolución inicial tórpida, requiriendo tratamiento oxigenoterapia, líquidos, transfusión, nutrición parenteral y antibioterapia, presentando vómitos biliosos y rectorragia por enterocolitis.

Comentarios: Muchos casos de anafilaxia son idiopáticos sin identificarse la causa. Las más frecuentemente identificadas en niños son antibióticos, picaduras y alergia alimentaria, aunque esta es excepcional como origen de shock anafiláctico. Aún así 2 casos pueden ser atribuidos a alergia alimentaria. La anafilaxia grave se suele presentar con síntomas cutáneos, respiratorios, gastrointestinales y cardiovasculares. Es importante el diag-

nóstico precoz por sospecha clínica y el papel primordial de la administración de adrenalina, desaconsejándose la vía subcutánea por demostrarse con la intramuscular la absorción más rápida y niveles plasmáticos más elevados y duraderos.

UTILIDAD DIAGNÓSTICA EN URGENCIAS DE LA TRIPTASA COMO MARCADOR DE ALERGIA (DATOS PRELIMINARES)

A. Martín¹, J.L. Esseverri², X. Perramón Montoliu¹ y E. Vara¹

Servicios de ¹Urgencias Pediátricas y ²Alergología Pediátrica. Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron. Barcelona. España.

Fundamento y objetivo: La triptasa es uno de los mediadores liberados por los mastocitos activados en las reacciones alérgicas. Sus niveles sanguíneos pueden ser cuantificados gracias a su prolongada vida media y a la facilidad del manejo de las muestras, por lo que podría ser de utilidad como marcador de reacción alérgica en pacientes con manifestaciones clínicas sospechosas (exantema, urticaria, angioedema y anafilaxia) para seleccionar a aquellos tributarios de estudios posteriores.

Material y métodos: Estudio prospectivo observacional de pacientes mayores de un mes y menores de 16 años que acudieron a urgencias por clínica sugerente de reacción alérgica: exantema cutáneo, urticaria, angioedema y anafilaxia. Se historió en profundidad a los pacientes para identificar un posible alérgeno, se cursaron niveles séricos de triptasa y se les remitió al servicio de alergología de nuestro centro para la investigación de posibles alérgenos.

Resultados: Se seleccionaron 12 pacientes con edades comprendidas entre 3 meses y 14 años que acudieron a urgencias por: exantema cutáneo (5), urticaria (3), urticaria y angioedema (2) y anafilaxia (2). Tras historiar a los pacientes, se identificó un posible alérgeno en 10 de los pacientes: fármacos en 5 pacientes (β -lactámicos y ácido acetilsalicílico) y alimentos en cinco de ellos (clara de huevo, jamón y proteínas de leche de vaca). Los valores séricos de triptasa se encontraron elevados en cuatro de los pacientes: urticaria (2) y anafilaxia (2); confirmándose en los 2 casos de anafilaxia un alérgeno, que resultó de tipo alimentario.

Conclusiones: A pesar del carácter preliminar de nuestros datos, en pacientes con manifestaciones clínicas sospechosas de reacción alérgica, parece útil la determinación de la triptasa sérica; sobre todo, en aquellos pacientes que presentan manifestaciones clínicas que pueden asociarse a una mayor gravedad (urticaria, anafilaxia) y que, por tanto, podrían beneficiarse de un seguimiento más cuidadoso. La mediación de IgE en algunos tipos de reacciones alérgicas, por ejemplo las alimentarias, explicaría el aumento de la triptasa sérica en estos pacientes.

PARÁSITOS FRECUENTES EN UNA LOCALIZACIÓN INFRECUENTE

J. Arnáez Solís, N. Gutiérrez Cruz, P. Herrera Yébenes, M. Arriaga Redondo, R. Villares Alonso y P. Pujol Buil

Servicio de Pediatría. Hospital General de Móstoles. Madrid. España.

Introducción: Los piojos del pubis son parásitos frecuentes en edades pediátricas tardías aunque no es frecuente encontrarlos en el cuero cabelludo o en las pestañas de un lactante.

Caso clínico: Niña de 6 meses y medio que acude a urgencias de nuestro hospital por irritabilidad, pérdida de apetito y sospecha de infestación por piojos. En la exploración física se observan pequeñas costras de no más de 1 mm, en el cuero cabelludo y en la región retroauricular. Ante la sospecha inicial de piojos comunes de la cabeza, se observa uno de ellos a microscopio en el que destaca la morfología típica de un piojo del pubis. Se busca la posibilidad de que alguno de los progenitores pudiera estar infestado, negando dicha posibilidad. La madre señala que unos días antes la niña estuvo en contacto con la barba de un disfraz en un centro comercial. Recibe tratamiento con champú de permetrina. Un día más tarde vuelve a urgencias con mejor estado general, al no poder retirar uno de los parásitos de una pestaña, hecho que se consigue con la aplicación de vaselina.

Discusión: Dentro de la pediculosis podemos diferenciar tres tipos de piojos: los piojos del pubis o ladilla (*Phthyrus pubis*), los piojos de la cabeza (*Pediculus humanus capitis*) y los piojos del cuerpo (*Pediculus humanus corporis*). Sólo el piojo del cuerpo es vector de agentes patógenos de enfermedades del ser humano (tifus, fiebre de las trincheras, fiebre recurrente). Si bien el piojo del cuerpo y de la cabeza tienen características parecidas y miden unos 2-4 mm, el piojo del pubis tiene una morfología similar a la de un cangrejo y mide en torno a 1-2 mm. Las comúnmente llamadas ladillas son frecuentes en adolescentes ya que la posibilidad de contraer el piojo en un contacto sexual es del 95%. Dado que pueden migrar o transportarse por fomites debe investigarse su presencia en el vello del tronco, muslos, axilas, barba y pestañas, como en el caso de nuestra paciente. El tratamiento para las pestañas es vaselina 3-5 veces/día durante 8-10 días. También es posible aunque menos seguro, la aplicación de un ungüento oftálmico de fisostigmina al 0,25% dos veces al día durante 8-10 días.

PARÁLISIS FACIAL PERIFÉRICA EN URGENCIAS: RECIDIVA DE BRUCELOSIS

A. de la Huerza López, C. López Menchero, J. Adrián Gutiérrez, M.L. Navarro Gómez, P. Chimenti Camacho y D. Crespo Marcos Sección de Urgencias. Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid. España.

Introducción: La brucelosis es una zoonosis que puede afectar a los humanos al tomar contacto con los animales, sus excreciones o productos derivados de éstos. Los síntomas más frecuentes son inespecíficos e incluyen fiebre, astenia, anorexia, artromialgias y alteración del carácter. La afectación neurológica es una complicación rara en niños (< 1%) pero potencialmente grave, y puede aparecer en cualquier momento de la enfermedad. La tasa de recidivas es del 3,5%. Presentamos el caso de una niña de 8 años con antecedente de brucelosis un año antes, que presenta una recidiva en forma de parálisis facial periférica.

Caso clínico: Niña de 8 años, natural de Ecuador, diagnosticada un año antes de brucelosis recibiendo tratamiento con rifampicina y cotrimoxazol oral durante 5 semanas, con buena respuesta. La paciente consumió un mes antes queso procedente de su país. Acude a urgencias por cefalea periocular y des-

viación comisura bucal a la derecha de 10 días de evolución, asociando fiebre, astenia y anorexia. En la exploración física destacaba exantema maculopapuloso eritematoso a nivel de tronco y extremidades y cierre incompleto de ojo izquierdo con desviación de la comisura bucal a la derecha siendo el resto de la exploración normal. En urgencias: hemograma: Hb 12,3; Hto 57%; 102.000 plaquetas, 4.200 l (43% L, 48% G, 6,4% M). Bioquímica: GOT 103, GPT 93. Hemocultivo y serologías para *Brucella*, CMV, VEB, toxoplasma, herpes y VVZ. A las 48 h aislamiento de *Brucella* sp. en hemocultivo. Se realiza TC cerebral normal y punción lumbar: glucosa 98, proteínas 43,97, leucocitos (90% MN, 10% PMN), Pandy negativo, cultivo de LCR negativo. Se ingresa con diagnóstico de neurobrucelosis y se inicia tratamiento con cefotaxima intravenosa durante 3 semanas, trimetoprima-sulfametoxazol y rifampicina orales que se mantienen hasta completar 3 meses. Durante su ingreso se realiza ecocardiograma y gammagrafía ósea normales. Se recibe serología positiva para *Brucella* (rosa de Bengala positivo, test de Coombs+ con títulos 1/256 que aumentan a 1/1.250 a las 2 semanas). La paciente presenta buena evolución estando afebril a los 7 días de tratamiento, con mejoría progresiva de la parálisis facial, desaparición del exantema, y hemocultivos de control negativos.

Conclusiones: Ante un cuadro de fiebre y parálisis facial periférica en la urgencia es importante la realización de estudio serológico y hemocultivo para diagnosticar la causa infecciosa, en algunos casos tratables. En las áreas endémicas la neurobrucelosis debe ser sospechada ante la clínica neurológica de causa no aclarada.

¿ARTRITIS SÉPTICA O SINOVITIS TRANSITORIA?: UNA DUDA DIAGNÓSTICA QUE CONDICIONA EL MANEJO DE LA COXALGIA FEBRIL EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS

M. Lanaspá Pérez¹, O. Ares Rodríguez², X. Perramón Montoliu¹ y E. Vara Robles¹

Servicios de ¹Urgencias Pediátricas y ²Traumatología. Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron. Barcelona. España.

Fundamento y objetivo: La coxalgia febril en pediatría tiene como principales diagnósticos diferenciales la artritis séptica y la sinovitis transitoria, dos cuadros muy distintos en su pronóstico y gravedad. Clásicamente se han descrito cuatro criterios predictivos en un intento de seleccionar aquellos pacientes con mayor riesgo de artritis séptica: historia de fiebre, impotencia funcional, elevación de la VSG y leucocitosis. Nuestro propósito fue estudiar los pacientes ingresados en nuestro centro desde urgencias pediátricas por sospecha de artritis séptica de cadera para evaluar su manejo y evolución.

Material y métodos: Se revisaron las historias clínicas de los pacientes menores de 15 años de edad que ingresaron en nuestro centro desde el servicio de urgencias pediátricas con coxalgia febril y sospecha de artritis séptica de cadera desde enero de 2003 a octubre de 2004.

Resultados: Se encontraron 19 pacientes, excluyéndose cinco por falta de determinación de VSG y tres por artropatías de base (artritis crónica juvenil y lupus eritematoso sistémico). Cinco de 14 se diagnosticaron de artritis séptica, 35,7% (2 varones y

3 mujeres), con una mediana de edad de 7 años (mínimo 1,9; máximo 11). Cuatro de ellos cumplían los 4 criterios predictivos señalados y uno cumplía sólo dos. Se aisló el germen causante en 3 de los 5 pacientes: *S. aureus* (2) y *S. pneumoniae* (1). Los diagnosticados de sinovitis transitoria de cadera fueron 9 pacientes (7 varones y 2 mujeres), con una mediana de edad de 2,6 años (mínimo 1,7; máximo 9). Dos de ellos cumplían 4 criterios predictivos, cinco cumplían 2 criterios y dos cumplían un criterio. Catorce radiografías de cadera realizadas sobre el total de los pacientes no resultaron concluyentes.

Conclusiones: En el manejo de los pacientes pediátricos con sospecha de artritis séptica de cadera las pruebas de imagen no parecen tener un papel importante. La combinación de criterios clínicos y analíticos, en cambio, orienta la actitud ante estos pacientes. No obstante, la gravedad potencial de una posible artritis séptica, aun en aquellos casos que cumplen pocos de los criterios predictivos clásicos, justificaría el ingreso, aunque finalmente el diagnóstico no se confirme.

EXANTEMA PERIFLEXURAL ASIMÉTRICO DEL NIÑO: NO SE DIAGNOSTICA SI NO SE SOSPECHA

M. Gispert-Saüch i Puigdevall, X. Codina Puig, V. Pérez Herrerros, B. Balsera Baños, M. Abad García y M. Català i Puigbó

Hospital General de Granollers. Barcelona. España.

Introducción: El exantema periflexural asimétrico del niño (EPA) es una entidad descrita ya hace unos años y, no obstante, aún poco diagnosticada. Las características del exantema, en ocasiones escarlatiniforme y, la asimetría en su distribución, conducen a frecuentes errores en el diagnóstico. Presentamos 4 casos, dos de ellos hermanos, en los que las características del exantema son claramente demostrativas.

Casos clínicos: *Caso 1.* Paciente de 12 meses, de sexo femenino, que presenta en el curso de cuadro febril de 3 días de evolución, en tratamiento con amoxicilina, exantema micromaculoso, eritematoso, escarlatiniforme, confluyente, de distribución asimétrica y de predominio en áreas de flexión. Se nos remite con sospecha de una toxicodermia, escarlatina o una dermatitis de contacto. Sin embargo, las características del exantema permitieron el diagnóstico de EPA.

Caso 2. Paciente de 3 años, de sexo femenino, que consulta por cuadro catarral y exantema maculopapular, laterotorácico de 48 h de evolución. La distribución y evolución del mismo es también característica.

Casos 3 y 4. Pacientes, de sexo femenino, de 16 meses y 8 años que se nos remiten para valoración por exantema escarlatiniforme, de predominio en zonas de flexión y de distribución asimétrica. La determinación rápida de antígeno estreptocócico y los cultivos de frotis faríngeo fueron negativos. Las características del exantema permitieron el diagnóstico. Se revisan las características del exantema periflexural asimétrico del niño. Se presentan imágenes de los exantemas de los 4 casos muy demostrativas.

Comentarios: El exantema periflexural asimétrico del niño es una entidad de diagnóstico clínico fácil cuando se incluye en el

diagnóstico diferencial. Aunque aún no se conoce con certeza la etiología, la coincidencia del cuadro en 2 hermanas, apoyaría, en nuestro caso, la hipótesis de la etiología infecciosa viral.

ORGANIZACIÓN

CUPLIMENTACIÓN DE LA HISTORIA CLÍNICA INFORMATIZADA EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS. VALORACIÓN Y UTILIDADES

M.L. de Prado¹, A. Verdú¹, M. Samper¹, A. Fenollosa¹,
M. Ferré¹ y C. Daufí²

Servicios de ¹Pediatría y ²Epidemiología. Hospital Sant Pau i Santa Tecla. Tarragona. España.

Objetivos: Valorar la cumplimentación de la historia clínica de urgencias de pediatría a partir de la informatización del servicio. Valorar la información que proporciona el programa de explotación de urgencias pediátricas.

Ámbito: Hospital de segundo nivel de 200 camas. El servicio de urgencias se informatiza en julio de 2003 con el programa GoWin el cual permite el acceso rápido al historial del paciente, solicitar analítica desde la pantalla y poder acceder de forma rápida a sus resultados, solicitar radiografías, pruebas especiales, interconsultas, etc., todo integrado desde la misma pantalla. En el formulario de urgencias se recogen diversos campos (datos de identificación, procedencia, motivo de asistencia, antecedentes, alergias, medicación actual, constantes, exploración, pruebas complementarias, evolución, diagnósticos, recomendaciones y tratamientos y destino) algunos de obligado cumplimiento.

Medidas: Del programa de explotación se extraen los datos de todas las urgencias pediátricas atendidas en 2004. Se valora la cumplimentación de los diferentes apartados variables: datos de filiación, sexo, edad, procedencia, frecuentación, diagnóstico, destino al alta.

Resultados: Se obtienen 8.414 urgencias. La edad media de 5,34 años con pico de frecuentación a los 2 años de edad. El 82,9 proceden del propio domicilio y el 17,1 son derivados desde otros centros. El 87,7% son derivados al domicilio un 5,9% consultas externas y el 5,3% permanecen ingresados. El 51,7% de las historias carecen de código diagnóstico. El 48,3% de los códigos diagnósticos reflejados contienen diferentes denominaciones para un mismo código o diferentes códigos para una misma enfermedad. El porcentaje de historias con todos los datos correctamente rellenados es imposible de determinar en estos momentos.

Conclusiones: La informatización de la historia clínica en urgencias permite el acceso inmediato al historial del paciente la valoración rápida de los exámenes complementarios. Una mejor gestión. Una mejor comprensión del alta por parte del paciente. La existencia de apartados de obligado cumplimiento y otros que no hace que la historia no quede correctamente recogida y por lo tanto los datos obtenidos no son un buen reflejo de la realidad. La diversidad de denominaciones para los mismos epi-

sodios hace que la recogida de datos por procesos esté sesgada. Sería necesario unificar criterios tanto a nivel diagnóstico como a la hora de recogida de datos para poder crear una base de datos fiable para la realización de posteriores estudios.

¿ES NECESARIO UN CONTROL CLÍNICO DE NIÑOS EN URGENCIAS?

A. de la Huerga López, M. Crespo Medina, C. Iglesias Fernández, L. Márquez de la Plata, C. Míguez Navarro y P. Vázquez López

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

Introducción: En el servicio de urgencias de pediatría se atiende a pacientes con determinadas patologías que precisan un estrecho control clínico. Este seguimiento es hospitalario en muchos casos, pudiendo ser realizado por el pediatra del niño.

Material y métodos: Estudio descriptivo de 128 niños remitidos a control clínico hospitalario en el servicio de urgencias pediátricas, desde octubre a diciembre de 2004. Datos recogidos: edad, fecha, diagnóstico inicial y tras el control, exploraciones complementarias, tratamiento, evolución clínica, y necesidad de ingreso o de cambio en el tratamiento.

Resultados: La edad media fue 16 meses (5 días-13 años); 70 niños (47,6%) eran menores de 4 meses y de ellos 32 (46,6%) menores de un mes. Los controles se realizaron a las 24 h. Los diagnósticos más frecuentes en este grupo fueron ictericia (27,8%), bronquiolitis (20,3%), síndrome febril (14,7%), gastroenteritis (9,8%), infección de las vías respiratorias superiores (8,2%) e hipogalactia materna (5,8%). De los neonatos diagnosticados de ictericia el 58% precisaron ingreso para fototerapia y el 35% otro control. De los lactantes con síndrome febril el 22% precisaron un segundo control clínico, con buena evolución en todos los casos. En el grupo de bronquiolitis sólo un niño precisó ingreso. Fueron controlados a las 48 h por diagnóstico de neumonía 23 niños (18%), precisando ingreso dos. Cinco niños (4%) fueron avisados para control por crecimiento de microorganismos en el hemocultivo o urocultivo recogido en la primera visita. El 40% eran menores de 3 meses. Un niño precisó ingreso por ser menor de un mes. Otras patologías enviadas a control clínico (23%) fueron: celulitis perianal postestreptocócica, dolor abdominal, exantemas cutáneos y adenitis. De los 128 pacientes enviados a control clínico, 12 (9,6%) precisaron ingreso hospitalario (80% por hiperbilirrubinemia). Un 32,4% de los pacientes fueron enviados a control clínico en día festivo o fin de semana.

Conclusiones: 1) La mayoría de casos enviados a control clínico hospitalario presentan buena evolución, por lo que sería recomendable un seguimiento por su pediatra, evitando así una sobrecarga de los servicios de urgencias pediátricas. 2) El control clínico hospitalario es recomendable en determinadas patologías como la hiperbilirrubinemia neonatal y los casos de cultivos positivos, que precisan nuevas exploraciones complementarias y en algunos casos ingreso. 3) El seguimiento en urgencias puede estar justificado en días festivos en los que los pacientes no pueden ser valorados por pediatras en los centros de salud.

CORRELACIÓN DIAGNÓSTICA ENTRE URGENCIAS Y ALTA HOSPITALARIA

M. Fernández de Sevilla Estrach, M. García Puig, S. Hernández Bou, V. Trenchs Sainz de la Maza, E. Toral Rodríguez, G. Gelabert Colomé y C. Luaces Cubells

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

Introducción: La correlación diagnóstica entre urgencias y alta hospitalaria es uno de los indicadores de calidad seleccionados por la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (SEUP) para la evaluación de la calidad asistencial de los servicios de urgencias. Se determina mediante el cociente, en tanto por ciento, entre el número de pacientes con un mismo diagnóstico al ingreso y al alta hospitalaria y el número de pacientes ingresados desde urgencias.

Objetivos: Aplicar el indicador de calidad que valora la correlación diagnóstica entre urgencias y alta hospitalaria en nuestro servicio de urgencias.

Material y métodos: Revisión retrospectiva de las historias clínicas de los niños ingresados desde el servicio de urgencias de pediatría durante 10 días consecutivos. Se comparan los diagnósticos al ingreso y alta hospitalaria codificados según la CIE-9-CM adaptado para urgencias de pediatría (Grupo de trabajo de la SEUP 2001) y se analiza su coincidencia; esta se clasifica en 3 grupos: 1) no coincidencia (discordancia diagnóstica); 2) coincidencia parcial (orientación diagnóstica inicial correcta, el diagnóstico inicial sindrómico incluye al final); 3) coincidencia completa (diagnóstico inicial = diagnóstico final). La coincidencia parcial y completa integran el grupo de pacientes con un mismo diagnóstico al ingreso y al alta hospitalaria.

Resultados: Se analizan 62 pacientes, 48,4% de sexo masculino. La mediana de edad es de 21,7 meses (rango: 13 días-15 años). Se obtiene una correlación diagnóstica del 95,2% (58 niños; 48 con coincidencia completa y 11 parcial). En los 3 casos restantes (4,8%) no existe coincidencia y son: un niño con enfermedad celíaca que se orienta inicialmente como gastroenteritis aguda, un lactante con alergia a las proteínas de leche de vaca que se orienta como edema de origen traumatológico y un paciente con gastroenteritis por *Campylobacter jejuni* que ingresa con el diagnóstico de melenas.

Conclusiones: La correlación diagnóstica entre el diagnóstico de urgencias y el del alta hospitalaria ha sido muy elevada durante el período de estudio. Es importante para el pediatra de urgencias conocer la evolución de los pacientes tras el ingreso; este indicador proporciona una información relevante al respecto.

TRANSPORTE MEDICALIZADO PRIMARIO (TMP) EN PEDIATRÍA

I. Ábalos Román, A. Fernández Landaluze, B. Azkunaga Santibáñez, S. Mintegi Raso, J. Benito Fernández y M. Santiago Burrutxaga

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

Introducción: El TMP es el que se realiza desde el lugar en el que se produce la emergencia hasta el servicio de urgencias

de pediatría (SUP) en vehículo medicalizado con personal médico capacitado para una asistencia avanzada. La calidad del transporte condicionará el pronóstico de las emergencias.

Objetivo: Conocer la patología, procedimiento y proceso de traslado, y situación del paciente a su llegada al SUP.

Material y métodos: Estudio prospectivo-descriptivo de los episodios de transporte medicalizado primario al SUP realizados por personal sanitario especializado no pediátrico.

Resultados: Se han registrado 70 episodios desde mayo de 2004 a enero de 2005. La ambulancia fue el único vehículo utilizado. La asistencia fue demandada desde el domicilio en un 70% y desde la vía pública en el 30%. Las patologías asistidas fueron: convulsiones (42%), accidentes (37%), apnea-dificultad respiratoria (14%) y otros (7%). Hubo aviso previo al SUP en el 15% de los episodios y se adjuntó el documento de incidencias en el 95%. La apnea fue la única patología registrada en los menores de 6 meses y supuso el 80% de los cuadros respiratorios. A partir del séptimo mes las patologías más frecuentes fueron las convulsiones y los accidentes. El 55% de las convulsiones fueron febriles. Los traumatismos craneoencefálicos y los politraumatismos representaron el 62% de los accidentes. Se monitorizaron constantes vitales durante el traslado en el 91%, y en el 51% se realizó alguna intervención: inmovilización (28%), canalización de la vía intravenosa (21%), administración de oxígeno (14%), anticomiales (10%), secuencia rápida de intubación (4%), sedación (2,8%), broncodilatadores (1,5%). A la llegada al SUP el 14% presentaban una situación clínica inestable. El diagnóstico no coincidió en el 11% de los casos y en el 10% el traslado fue considerado incorrecto en algún aspecto por el pediatra receptor. El destino después de su valoración fue: 37% alta, 34% observación, 14% planta, 8% UCIP, 4% quirófano y 1,4% (1) fallecido. Los tres últimos destinos los consideramos representativos de la incidencia de emergencias verdaderas.

Conclusiones: 1) Las convulsiones y los traumatismos son las patologías más frecuentes en activar el sistema de emergencias médicas. 2) Los casos registrados en menores de 6 meses podrían incluirse en el concepto de "episodio de amenaza vital aparente". 3) Las emergencias verdaderas se podrían cifrar en un 14% de todos los episodios. 4) Sería deseable una mayor comunicación y coordinación entre las organizaciones que atienden las emergencias en pediatría.

TRANSPORTE MEDICALIZADO SECUNDARIO A UN SERVICIO DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA

I. Ábalos Román, S. Capape Zacho, M.A. Vázquez Ronco, J. Sánchez Etxaniz, J. Benito Fernández y M. Santiago Burrutxaga
Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Baracaldo.
Bilbao. España.

Introducción: El transporte secundario es aquel que se realiza desde un centro asistencial hasta el centro de referencia más especializado en vehículo medicalizado. El personal sanitario deberá estar capacitado para una asistencia avanzada con el fin de facilitar una estabilidad fisiológica del enfermo a lo largo del trayecto.

Objetivo: Conocer la patología, el procedimiento y proceso de traslado, y la situación clínica del enfermo a su llegada al servicio de urgencias de pediatría (SUP).

Material y métodos: Estudio prospectivo-descriptivo de los episodios de transporte medicalizado secundario al SUP realizados por personal sanitario especializado no pediátrico.

Resultados: Se han registrado 28 episodios desde mayo de 2004 a enero de 2005. La ambulancia medicalizada fue el único vehículo utilizado. La demanda de asistencia provino de un centro hospitalario en el 54% de los episodios y del centro de salud en un 46%. Hubo aviso previo por parte del Centro Coordinador o del Centro Asistencial Emisor en el 68% de los casos y documento de registro de incidencias en el 89%. Las causas por las que se demandó la asistencia fueron: convulsiones-alteración conciencia (31%), patología quirúrgica (28%), sospecha de infección bacteriana severa (IBS) (14%), insuficiencia respiratoria (10%) y otros (17%). La patología quirúrgica (40%) fue la primera causa del grupo de procedencia hospitalaria, y la sospecha de IBS (31%) de los derivados desde un centro de salud. Las convulsiones-alteración de conciencia fueron la segunda causa en ambos grupos (27 y 23%). Durante el traslado se monitorizó al enfermo en el 93% de los casos. Se realizó algún tipo de intervención en el 78%: canalización vía intravenosa (54%), administración de oxígeno (43%), farmacológica (11%), RCP (3,5%; 1). A su llegada al SUP 2 niños (7%) presentaron una situación clínica inestable, hubo discrepancia en tres diagnósticos (10,7%) y en un caso se consideró incorrecto algún aspecto del traslado. El destino después de su valoración y estabilización fue: planta de observación (25%), alta (21%), planta de hospitalización (21%), UCIP (18%), quirófano (11%) y fallecido (1).

Conclusiones: 1) Aunque el espectro de patologías es amplio los cuadros neurológicos, quirúrgicos y la sospecha de IBS representaron la mayor parte de los episodios. 2) Los enfermos en una situación grave o crítica representaron una cuarta parte de los trasladados. 3) La estabilidad fisiológica del enfermo durante el traslado fue una constante en la mayoría de los casos. 4) La comunicación y coordinación entre las diferentes organizaciones que participan en el TMS son mejorables.

RELACIÓN PRIMARIA-HOSPITAL: ANÁLISIS DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS DERIVADOS A URGENCIAS

A. Vázquez, A. Torrent, X. Perramón Montoliu y E. Vara
Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Materno-Infantil
Vall d'Hebron. Barcelona. España.

Fundamento y objetivos: La relación entre atención primaria y hospital siempre ha resultado controvertida y para comprenderla mejor parece necesario un análisis de los factores implicados en su articulación.

Material y métodos: Se revisaron las historias clínicas de los pacientes derivados desde atención primaria al servicio de urgencias de nuestro centro en el mes de diciembre de 2004 y se recogieron diversas variables sobre el paciente, su patología y la actitud tomada tanto en el centro emisor como en el hospital.

Resultados: Se encontraron un total de 323 pacientes (6,3% de la actividad asistencial). La edad mediana fue de 2,6 años

(de 15 días a 15,5 años), un 54,2% fueron varones. Los motivos de derivación más frecuentes fueron solicitud de: "valoración" (57,1%), estudio radiológico simple (21,6%), estudio de orina (4,4%) y analítica sanguínea (3,8%). Los diagnósticos presuntivos más frecuentes fueron: broncospasmo (21,2%), neumonía (20,3%) y diversos de cirugía-traumatología menor (11,4%). En el 7,8% de los casos se realizó algún tipo de prueba diagnóstica con anterioridad a la derivación. En el 65,2% de los casos, a criterio del hospital, se juzgó razonable la derivación. Se realizaron exploraciones complementarias en el 61,7% de los pacientes: radiografías simples (58%), analítica sanguínea (20,5%), estudio de orina (18,5%). Los diagnósticos hospitalarios más frecuentes fueron: broncospasmo (26%) y diversos de cirugía-traumatología menor (7,3%). En el 56% de los casos la patología resultó "banal". Ingresaron 10,2% de los pacientes. En el caso del broncospasmo (82 pacientes) se realizaron nebulizaciones en primaria en el 8,2%, 64% en el hospital e ingresaron el 14,6%. Hubo concordancia entre el diagnóstico presuntivo de primaria y el hospitalario en el 49,8% y en el caso de las exploraciones pedidas y finalmente realizadas en el 61,3%. Los pediatras derivaron pacientes de edad significativamente menor y mayor porcentaje de pacientes "trauma-quirúrgicos" que los médicos de familia (el sector profesional derivador mayoritario en días festivos). Aunque se detectó una tendencia lineal en el porcentaje de exploraciones realizadas a mayor edad, esta se debió a un mayor porcentaje de radiografías. A menor edad aumentó el porcentaje de ingresos y, por especialidades, ingresaron más los pacientes "médicos" derivados por pediatras.

Conclusiones: Una mayor dotación de recursos en los centros de primaria podría facilitar el manejo de los pacientes pediátricos sin necesidad de recurrir al medio hospitalario. La formación específica en pediatría es fundamental para un uso eficiente de los recursos sanitarios.

INTERACCIÓN ENTRE LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS Y LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA. ¿QUÉ MODELO DE SANIDAD QUEREMOS?

J. Fàbrega Sabaté, R. García Puig, Y. Hernández Vega, A. Cueto González, N. Cortés Álvarez y L. Tobeña Boada

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

Objetivos: Los servicios de urgencias hospitalarias presentan un continuado incremento del número de visitas, a pesar de disponer de una población pediátrica estabilizada, aparentemente más sana y mejor controlada sanitariamente, y de la existencia de centros de atención primaria (CAP) bien dotados y con servicios de urgencias de incluso 24 h. Presentamos un estudio comparativo entre las visitas a nuestro servicio de urgencias derivados de los CAP y aquellos que acudieron por voluntad propia.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes atendidos en nuestro servicio de urgencias derivados de un CAP o por iniciativa propia durante el año 2004 (se excluyen las visitas traumatológicas). Se valoran los ingresos hospitalarios y las exploraciones complementarias practicadas

en ambos grupos. Los datos se analizan a través del programa estadístico SPSS Windows v12.0. Se utiliza el test de la chi cuadrado para variables cualitativas con significación estadística de $p < 0,01$.

Resultados: Mútua de Terrassa es un hospital de grupo 3 (BC) con cobertura sanitaria a 38.920 pacientes pediátricos, divididos entre sus 8 CAP en las poblaciones de Terrassa, Rubí, Sant Cugat, Viladecavalls y Olesa, con una importante participación de los pediatras de primaria, tanto en el servicio de urgencias del hospital, como en su actividad docente, asistencial y investigadora. Durante este período se realizaron 24.370 visitas en urgencias pediátricas. De ellas, 1.746 (7,2%) fueron derivados del CAP y 22.624 (92,8%) por iniciativa propia. Se practicaron exploraciones complementarias en 1.094 casos (63%) de los pacientes derivados del CAP y 5.524 (24%) de los de iniciativa propia, diferencia significativa con $p < 0,001$. Requirieron ingreso hospitalario 237 (14%) del grupo CAP y 892 (3,9%) de iniciativa propia, diferencia también significativa con $p < 0,001$. Estas diferencias se aprecian tanto analizando los datos de forma global como mensualmente.

Conclusiones: El incremento de la demanda de urgencias hospitalarias es un fenómeno social, no clínico y comporta una mala utilización de los recursos sanitarios. Los pacientes derivados del CAP están bien orientados, requiriendo por norma general los recursos que el hospital dispone. Para un correcto funcionamiento de la sanidad deberíamos aprender a utilizar de forma racional estos recursos. Esto permitiría una mejor asistencia de todos los pacientes urgentes, tanto los graves y/o críticos en el hospital como no graves en primaria.

RECLAMACIONES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS: ANTES Y DESPUÉS DEL TRASLADO

B. Riaño Méndez, A.C. Peñalba Citores, I. Marsinyach Ros, J. Adrián Gutiérrez, E. Herrero Román y C. Merello Godino

Sección Urgencias. Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid. España.

Objetivos: Valoración del grado de satisfacción mediante estudio de reclamaciones presentadas en el servicio de urgencias de pediatría, comparando las reclamaciones realizadas antes y después del traslado de la urgencia infantil a un nuevo centro.

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 2003 y 2004. Se recogen una serie de variables: sexo y nacionalidad del demandante, fecha de la reclamación y naturaleza de la misma.

Resultados: Durante el año 2003 se registraron un total de 59.422 urgencias y 67 reclamaciones, de las cuales el 71% (48) se presentaron en los 2 meses posteriores al traslado, coincidiendo con un aumento de la asistencia del 12%. Los motivos más frecuentes de demanda fueron el tiempo de espera (32%), aparcamiento (17%), accesos (13%), calefacción (13%) y trato del personal (14%). En el año 2004, con una presión asistencial de 62.360 urgencias, se han presentado 27 reclamaciones. El

tiempo de espera continúa siendo la reclamación más frecuente (48%), y en segundo lugar la falta de personal (14%) y el trato recibido (14%). Hasta el 11% de las quejas son por falta de especialistas (ORL, traumatólogo, oftalmólogo,...) en el hospital infantil. Las reclamaciones por aparcamiento, megafonía, calefacción y accesos se reducen al 1%.

Conclusión: Un año después del traslado al nuevo hospital, la asistencia en urgencias ha aumentado en un 5% y el número de reclamaciones ha disminuido en el 60%. La naturaleza de las reclamaciones se ha modificado, a pesar de que el tiempo de espera continúa siendo el motivo más frecuente de demanda. En el año 2003 la mayoría de las reclamaciones fueron por desacuerdo con las instalaciones, mientras que en el año 2004 la asistencia médica y la falta de personal representan la práctica totalidad de las demandas.

¿HAY CONTROL DE LAS PRUEBAS DE IMAGEN IONIZANTES EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS?

F. Martín del Valle¹, I. Pinto Fuentes¹, M. Centeno Jiménez¹, S. Fernández Fernández¹, M. Vázquez López¹ y C. Gallego²

¹Servicio de Pediatría. ²Unidad de Gestión. Hospital Severo Ochoa. Leganés. Madrid. España.

Introducción: Los estándares de protección contra las radiaciones ionizantes se basan en la premisa de que cualquier dosis por pequeña que sea puede tener efecto dañino para la salud (cáncer, daño genético); por lo que se establece la necesidad de reducir la exposición innecesaria a la radiación (directiva 97/43 Euratom) y se obliga a justificar el uso de las radiaciones ionizantes con fines médicos (RD815/2001 BOE), recomendando en las pruebas de altas dosis informar al paciente del riesgo. Por todo ello se han publicado unas guías de indicaciones para la correcta solicitud de pruebas de diagnóstico por imagen, destinadas a todos los profesionales sanitarios con capacidad de enviar pacientes a los servicios de radiodiagnóstico.

Objetivos: Conocer si en la Comunidad de Madrid (CM) hay un control de las pruebas radiológicas ionizantes y si se sigue las Guías de indicación de pruebas de imagen y de protección radiológica en las urgencias pediátricas (UP).

Método: Estudio descriptivo realizado en los primeros meses de 2005 mediante encuesta telefónica por la mañana a adjuntos adscritos a las urgencias pediátricas de 14 hospitales públicos y 4 privados de la CM.

Resultados: El 88% de los hospitales no han tenido, ni tienen una tarjeta de exposición a las radiaciones ionizantes en la UP. Cuatro hospitales (12%) sí la han tenido, pero en ninguno de ellos se utiliza en la actualidad. El 88% desconocen el programa TIERI de la CM (abril de 2003, sobre la tarjeta infantil de exposición a radiaciones ionizantes). El 72% (13) desconocen la existencia de una Guía para las indicaciones de pruebas de diagnóstico por imagen y sólo en tres centros la consultan. El 16% no protegen las gónadas y sólo el 55% lo hacen a ambos sexos. En ningún hospital se informa de manera sistematizada de los potenciales riesgos que conlleva las radiaciones ionizantes antes

de realizar una TC. En el 100% se desconoce o no existe Comité de Protección Radiológica Pediátrica. En 14 (77%) hospitales no hay Servicio de Radiología Pediátrica y de éstos, en 41% no hay un radiólogo específico para pediatría.

Conclusiones: 1) No hay un control de la exposición a las radiaciones ionizantes en los hospitales madrileños encuestados. 2) Sólo el 16% consultan las Guías de indicación de Pruebas de Imagen. 3) No se informa de los riesgos de las radiaciones ionizantes previo a la realización de una TC. 4) Sólo el 55% de los centros protegen las gónadas de niños y niñas. 5) No hay Comités de Protección Radiológica Pediátrica.

PAPEL DEL MIR EN LA EVALUACIÓN DE SU FORMACIÓN EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA

M. González Balenciaga, S. Mintegi Raso, J. Benito Fernández, S. Capapé Zache, E. Astobiza Beobide y A. Corrales Fernández

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

Introducción: La formación en urgencias de pediatría (UP) es uno de los pilares de la formación MIR (médicos internos residentes) en pediatría y requiere una continua evaluación para adecuarla a las necesidades de los MIR. La formación MIR requiere un programa de formación específico con objetivos, medios y sistemas de evaluación. El diseño del programa de formación MIR en UP se realizó conjuntamente con los MIR de pediatría entre 2002 y 2003. En el año 2004, en nuestro servicio de UP se implantó este sistema formativo que se acompañaba de un nuevo sistema de evaluación realizado por todos los adjuntos de UP y todos los MIR de pediatría (evaluación escrita de adjuntos y MIR y entrevista personal con los MIR).

Objetivo: Estudio de la participación de los MIR en el sistema de evaluación de su formación en UP en el año 2004.

Método: La evaluación realizada por los MIR y los adjuntos de UP y las entrevistas personales se realizaron entre junio y septiembre de 2004 (fin del año formativo) y fueron estudiadas conjuntamente por el responsable de formación MIR en UP y el MIR miembro del Comité de Calidad de UP. La evaluación de los MIR detectó aspectos susceptibles de mejora en su formación general (mayor formación en asistencia al paciente crítico, mejoría en la transmisión de la actualización de protocolos, defectos formativos en patologías concretas e irregularidad en la práctica de técnicas diagnóstico-terapéuticas), específicos del MIR de primer año (comunicación con familias, heterogeneidad en la asistencia prestada por los MIR, curso de inmersión en UP) y los de tercer y cuarto año (escasa presencia en UP). La detección de problemas en la formación MIR permitió desarrollar acciones de mejora específicas para cada aspecto.

Conclusiones: La participación de los MIR de pediatría en la evaluación de la formación que reciben a su paso por UP facilita la identificación de problemas formativos y el diseño de acciones de mejora que se creen convenientes. La participación de los MIR en la evaluación de su formación facilita, además, la evaluación del mismo sistema de formación MIR en UP.

ACCIDENTES Y TRAUMATISMOS

MORTALIDAD INFANTIL POR ACCIDENTE

S. Grande Báñez, A. Grande Benito, R. Páez González,
E. Vázquez Peñas, C. Hernández Zurbano y J. López Ávila

Servicios de Pediatría y de Urgencias del Hospital Universitario
de Salamanca. España.

Objetivo: Conocer la mortalidad infantil por accidente en nuestro medio.

Material y métodos: Estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo, desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2002, de los accidentes mortales ocurridos en niños menores de 14 años en nuestra provincia.

Resultados: En nuestro hospital, durante el año 2002, se atendieron 5.327 accidentes infantiles, de los que 169 precisaron ingreso. Fallecieron tres de los niños accidentados: un varón de 2 meses por accidente de tráfico, un varón de 11 meses por intoxicación por monóxido de carbono y un varón de 8 años por accidente deportivo (traumatismo craneoencefálico grave tras caerle encima una portería de fútbol). La mortalidad por accidentes en los niños atendidos en nuestro hospital ha sido, por tanto del 0,056% (56 niños fallecidos por cada 100.000 accidentados). Hay además otros 5 niños fallecidos por accidentes de tráfico en el mismo lugar del accidente (todas mujeres, con edades comprendidas entre los 7 y los 10 años) y que por tanto no llegan al hospital; esto amplía la mortalidad infantil por accidente en nuestra provincia durante el año 2002 a 8 niños, por lo que la mortalidad total sería del 0,15% (150 niños fallecidos por cada 100.000 accidentados). Los accidentes de tráfico suponen, el 75% de todas las muertes accidentales infantiles en nuestro medio. De los 6 niños fallecidos por accidente de tráfico, tan sólo uno llevaba dispositivo de retención infantil.

Conclusiones: Las lesiones por accidente, en la población infantil mayor de un año, son la primera causa de muerte o discapacidad y una importante fuente de morbilidad. Sin embargo, no debemos olvidar que la mortalidad por accidente no refleja la verdadera magnitud del problema ya que, solamente es la punta del iceberg: por cada muerte hay un elevado número de lesionados, algunos de ellos con secuelas importantes para toda la vida. Es fundamental concienciar a la población de la importancia del problema e insistir en las medidas de prevención.

TRAUMATISMO PEDIÁTRICO: EDADES MÁS FRECUENTES EN NUESTRO MEDIO

L. Alonso Jiménez¹, M. Santana Hernández¹, E. Martín²,
A. Sánchez Villegas³, M. Castro Sánchez¹ y J. Pochs Páez¹

¹Servicio de Urgencias Pediátricas y Cirugía Pediátrica.
Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran
Canaria. ²Servicio Canario de Salud. Las Palmas de Gran Canaria.

³Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública.
Universidad de Las Palmas de Gran Canaria. España.

Introducción: Los accidentes ocupan el primer lugar entre las causas de mortalidad en sujetos de 0 a 14 años. Los acci-

dentos en nuestro país, dadas la mortalidad y secuelas que provocan, están atrayendo un especial interés investigador. En niños, la escena y causas del accidente varían según el rango de edad estudiado, de ahí nuestro interés en su estudio y en la valoración comparativa con las publicaciones de nuestro entorno.

Material y métodos: El ámbito del estudio se circunscribe a sujetos con edades comprendidas entre los 0 y 14 años de la provincia de Las Palmas, atendidos entre los años 2001-2003 en el Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias. Los datos del ingreso y las causas del mismo se obtuvieron de la historia clínica hospitalaria.

Resultados: Se observó que 49 pacientes del total tratado a nivel hospitalario accedieron al centro en trasportes alternativos no sanitarios. El resto se efectuó por el servicio de urgencias canario. En el nivel hospitalario fueron recogidos y ajustados a criterio de gravedad según el protocolo Atención Integral Traumatismo Pediátrico (AITP) 439 traumatismos pediátricos de diversa consideración. Los rangos de edad más significativos incluyeron un total de 65 traumatismos en niños de 5 años, 57 lesiones en sujetos de 13 años, 54 casos tanto en niños de 8 años como en los menores de un año, 53 traumatismos entre sujetos de 12 años y 52 lesiones en niños de 2 años. Las menores frecuencias de lesiones tuvieron lugar en niños de 1 u 11 años, donde se dieron 30 y 24 lesiones respectivamente. El principal diagnóstico al ingreso fue el de traumatismo craneoencefálico, que supuso el 22% de los diagnósticos (96 casos), le siguió el traumatismo abdominal con 78 casos (17%), el traumatismo de huesos largos con 69 (15%), el traumatismo torácico con 23 (5%), y 7 fallecidos (1,6% de los casos). El restante 39,4% de la muestra recibió otros diagnósticos.

Conclusiones: El patrón de presentación de las principales lesiones atendidas en nuestro hospital, así como el escenario del accidente, coincide con el observado a nivel nacional e internacional. Se establecen dos picos temporales coincidentes con el inicio escolar y la práctica de actividades al aire libre, sin olvidar los accidentes en el hogar en la primera etapa de la vida, así como los asociados a diversas aficiones de riesgo y al uso de vehículos motorizados. Esto refuerza la política de protección y estilo de vida que fomente las medidas preventivas a nuestro alcance.

ACCIDENTES INFANTILES EN MENORES DE UN AÑO

S. Grande Báñez, R. Páez González, O. González Calderón,
R. Torres Peral, P. Prieto Matos y A. Grande Benito

Servicios de Pediatría y de Urgencias del Hospital Universitario
de Salamanca. España.

Objetivo: Conocer la epidemiología de los accidentes infantiles en los niños menores de un año, atendidos en el servicio de urgencias de un hospital terciario, con el fin de extraer conclusiones útiles para la prevención.

Material y métodos: Estudio descriptivo, longitudinal, prospectivo, desde el 1 de enero al 31 de diciembre de 2002, de los

accidentes ocurridos en niños menores de un año que acuden al servicio de urgencias de nuestro hospital.

Resultados: Se atienden 150 accidentados menores de un año; de ellos 141 niños (94%) son dados de alta desde urgencias y 9 niños (6%) ingresan. La edad media es de 7,06 meses, con un desviación estándar de 2,83. Fueron más frecuentes en varones, con un 55%, frente al 45% de mujeres, pero la diferencia no es estadísticamente significativa ($p = 0,08$). En cuanto al lugar del accidente, el 75% suceden en el domicilio; el 23% en la calle y el 2% en la guardería. El mes con más accidentes fue diciembre, con 23 casos y el día de la semana el sábado, con 34. El 55% de los niños son atendidos en el período horario de 13:00 a 21:00 h. Las causas del accidente son: en 79 niños caída desde una altura; en 24 niños caída de sus propios pies; 17 pronaciones dolorosas; 14 cuerpos extraños (11 digestivos, uno en árbol traqueobronquial y dos en superficie corneal); 5 accidentes de tráfico (fallece un niño de 2 meses); cinco intoxicaciones (fallece un niño de 11 meses por intoxicación por monóxido de carbono); tres quemaduras; dos picaduras y una mordedura. Los diagnósticos más frecuentes fueron el traumatismo craneoencefálico (TCE), con 52 casos (34,67%); las contusiones con 36 casos (24%) y la pronación dolorosa con 17 casos (11,33%).

Conclusiones: Los niños de esta edad son totalmente dependientes, por tanto los accidentes que padecen dependen casi en exclusiva de una falta de vigilancia por parte del cuidador. Es muy llamativo el elevado número de accidentes por caídas de altura, la mayoría de ellas desde el mobiliario doméstico (camas, cunas, sillas, etc.). La lesión más frecuente es el TCE, que potencialmente puede ser muy grave. Es fundamental informar a los padres de la necesidad de adoptar medidas preventivas para evitar los accidentes infantiles en todas las edades, incluidos los niños más pequeños.

TRAUMATISMOS PERIFÉRICOS ATENDIDOS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA DE UN HOSPITAL TERCIARIO

I. Iturralde Orive, A. Barasoain Millán, N. Trebolazabala Quirante, S. Capapé Zache, S. Mintegi Raso y J. Bernito Fernández

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

Objetivo: Características de los traumatismos periféricos atendidos en urgencias de pediatría (UP) de un hospital terciario.

Material y métodos: Estudio prospectivo de 500 traumatismos periféricos atendidos en UP en el período comprendido entre agosto y noviembre de 2004.

Resultados: Se recogieron datos de 500 niños con traumatismos periféricos que recibieron atención inicial en UP. La edad media fue 95,41 meses \pm 46,23 meses (mínimo 1 mes-máximo 14 años). Fueron atendidos entre las 16 y 24 h (317; 63,4%), entre las 8 y 15 h (172; 34,4%) y 11 (2,2%) entre la 1 y 7 h. Los residentes de primer año, segundo año y residentes de familia atendieron casi al 70% de los niños. El 90% acuden en las primeras 24 h tras el traumatismo. De los 500, 115 (23%) reciben algún tipo de tratamiento previo a la consulta hospitalaria. El mecanismo más frecuente fue la caída accidental (204; 40,8%),

seguido del traumatismo directo (186; 37,2%) y la torsión (87; 17,4%). La localización más frecuente fue muñeca/antebrazo (146; 29,2%), seguido de dedos (130; 26%) y tobillo/pie (123; 24,6%). El hallazgo clínico más frecuente fue edema leve (269; 53,8%) seguido de dolor leve a la movilización (210; 42%). Se solicitó radiología simple en 433 (86,6%) casos, a pesar de que en 161 niños (37,1%) se piensa que no existe patología ósea. De los 500, tuvieron fractura 114 (22,8%). Fueron remitidos al Servicio de traumatología algo menos de la mitad de los niños (212; 42,4%). De los 212, 114 fueron remitidos por fractura, 67 por dudas diagnósticas, 28 para colocación de férula y tres por otros motivos. Los diagnósticos de los niños atendidos en UP exclusivamente (288; 57,6%) fueron: 198 contusiones, 90 esguinces, tres subluxaciones, nueve otros. De los 288 atendidos exclusivamente en UP, 182 (63,1%) reciben tratamiento analgésico, 103 (35,7%) inmovilización + analgesia y tres (1%) desluxación.

Conclusiones: Muchos de los traumatismos que se producen en los niños pueden ser atendidos exclusivamente por el pediatra en UP sin necesidad de consulta al traumatólogo, ya que se tratan de traumatismos leves que se pueden resolver con analgesia y/o inmovilización. El número de radiografías realizadas a estos niños es muy elevado por lo que sería aconsejable tratar de delimitar su uso basándonos en signos clínicos y mecanismo de producción que nos hagan sospechar fuertemente la existencia de fractura.

ANÁLISIS DE LA PREVALENCIA EN LA ATENCIÓN AL TRAUMATISMO PEDIÁTRICO PREHOSPITALARIO Y HOSPITALARIO EN GRAN CANARIA

L. Alonso Jiménez¹, M. Santana Hernández¹, E. Martín², A. Sánchez Villegas³, M. Castro Sánchez¹ y J. Poch Páez¹

¹Servicio de Urgencias y Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias. Las Palmas de Gran Canaria. ²Servicio de Urgencias Canario. ³Departamento de Ciencias Clínicas. ULPGC. España.

Introducción: Los accidentes son actualmente la primera causa de muerte en países industrializados. Siempre son prevenibles y por tanto susceptibles de prevención. Por ello, es crucial tener datos fidedignos (descriptivos y causales) y emplear una metodología adecuada en su atención.

Material y métodos: Nuestro objetivo es la valoración casuística y metodología de la atención al traumatismo pediátrico en los niveles prehospitalario y hospitalario, y del impacto de la metodología AITP en dicha casuística. Los datos prehospitalarios han sido recopilados por el SUC y los hospitalarios a través de historias clínicas de los pacientes tratados por traumatismo en nuestro hospital. Todos los traumatismos prehospitalarios atendidos con metodología AITP, se reevaluaron asignándoseles un ITP de ingresos, encontrando divergencias con la evaluación prehospitalaria.

Resultados: Entre los años 2003-2004, se atendieron y pasaron a nivel hospitalario 390 casos de traumatismo pediátrico de distinto grado pronóstico. Prehospitalariamente, 118 casos no se diagnosticaron (ITP 70% de 9-10), 92 se diagnosticaron como

traumatismos leves (ITP 85% de 9), 172 como traumatismos menos graves (ITP 100% < 7), siete como traumatismos graves (ITP 100% entre 4 y 5) y uno como fallecimiento. Los principales lugares de accidente fueron la carretera (44%) y la escuela (12%). Los principales diagnósticos según lesiones fueron: traumatismo craneoencefálico (58), fractura de huesos largos (45), policontusionado asociado a traumatismo abdominal (36), y traumatismo cervical (26). Otros diagnósticos minoritarios fueron: traumatismo torácico y traumatismo columna dorsolumbar (9 casos cada uno). Todos ellos se reevaluaron al ser recibidos en el hospital de referencia pediátrico y se aplicó metodología AITP, divergiendo en algunos diagnósticos y su gravedad.

Conclusiones: En la recogida de datos prehospitalaria y hospitalaria existe una notable divergencia de criterio metodológico y de casuística. El no manejar un índice de traumatismo hace que los recursos se lleguen a sobreutilizar. Sólo el 60% de los pacientes atendidos por traumatismo pediátrico derivados de la prehospitalaria, cumplieron los criterios de clasificación y tratamiento de los ABC, así como la instrumentalización de inmovilización cervical y sonda nasogástrica. Esto nos obliga a intentar obtener resultados más precisos, e implementar medios más solventes de prevención, en los cuales tienen una importante labor los Servicios de Transporte, Atención Hospitalaria, Unidad de Trauma, Registro y Formación Específica (AITP).

TRAUMATISMO CRANEOENCEFÁLICO (TCE) EN PEDIATRÍA. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO Y ACTITUD EN URGENCIAS

M.C. Muñoz, C. Torres, M.C. Jover, A. Varona, I. Nieto y J.L. García Garmendia

Servicio de Urgencias. Unidad de Pediatría. Hospital San Juan De Dios del Aljarafe. Sevilla. España.

Objetivos: Conocer las características demográficas y asistenciales, así como aspectos clínico-terapéuticos de los TCE en edad pediátrica atendidos en la urgencia de nuestro centro.

Métodos: Estudio retrospectivo mediante revisión de historias clínicas informatizadas de pacientes menores de 14 años atendidos por TCE entre diciembre de 2003 y noviembre de 2004.

Resultados: Durante el período de estudio consultaron por TCE 541 pacientes, lo que supone el 3,4% del total de urgencias pediátricas y el 0,7% del total de las urgencias. Fue más frecuente en varones (3:2) y en menores de 3 años (56%). La mayoría (59,5%) consultaron antes de una hora de producido el accidente, ocurriendo la mayor incidencia en otoño (31%) y en domingo (16,6%). El mecanismo de producción fue la caída desde su nivel (45,7%). La puntuación en la escala de Glasgow fue 15 en casi todos los casos (97,6%). Se practicaron 407 radiografías simples (66,4%), siendo patológicas siete de ellas (1,7%), todas en menores de 3 años y con cefalohematoma. De las 22 TC realizadas (4,2%) ocho fueron patológicas (36%), sobre todo en mayores de 8 años (62,5%). Precisan ingreso en observación 67 pacientes (12,3%), con una estancia media de 12,4 h, siendo derivados a otros centros 8 pacientes.

Conclusiones: 1) La rapidez de consulta sugiere una gran accesibilidad de nuestro centro. 2) Acuden muchos traumatismos leves que podrían atenderse en atención primaria. 3) El número de radiografías simples lo consideramos excesivo, por lo que tendríamos que revisar los protocolos asistenciales. 4) Sin embargo, la idoneidad de la indicación de TC es muy alta. 5) La rentabilidad de la unidad de observación es muy elevada, ya que permite restringir el número de ingresos.

REVISIÓN DE LA ACTUACIÓN ANTE LOS TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS EN URGENCIAS

J.C. Salazar Quero, C. Sierra Córcoles, M.D. Gámez Gómez, R. Parrilla Muñoz, P. Martín Mellado y J. de la Cruz Moreno

Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario de Jaén. España.

Objetivos: Conocer las características epidemiológicas y clínicas de los TCE (traumatismo craneoencefálico) atendidos en nuestro hospital, valorando los procedimientos y la actitud tomada ante ellos. En base a los resultados crear una pauta de actuación uniforme ante un TCE pediátrico.

Material y métodos: Revisión retrospectiva de los TCE que acudieron a las urgencias de nuestro hospital en el período comprendido entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2004. Comparación con la literatura existente.

Resultados: Los TCE representan el 2% de las consultas en urgencias, siendo el 60% varones y el 40% mujeres, con una mediana de edad de 3 años, una edad media de 4,1 años y representando los menores de 3 años el 54% del total. Desde urgencias se dan de alta el 73%, pasando a observación el 24% y a planta/UCI el 3%. Se realizan radiografías de cráneo al 68,27% siendo patológicas el 16,68% y TC craneal al 5,03% encontrándose patología en el 54,2%. En observación los TCE representan el 7% de los ingresos, correspondiendo el 61% a varones y el 39% a mujeres, con una edad media de 5,5 años y una mediana de 4 años. La estancia media es de 11 h (en comparación a las 7 h y 36 min de estancia general), siendo todos dados de alta. De los TCE ingresados en UCI el 64% son varones y el 36% mujeres con una edad media de 6,5 años. Permanecen como media 2,6 días con una mediana de estancia de 1,5 días. Las causas más frecuentes de los TCE fueron caídas de más de 2 m de altura (35%), y los accidentes viales (29%). Presentan un Glasgow de 13-15 al ingreso el 33%, de 10-12 otro 33% y de menos de 9 puntos otro 33%. Se le realizó TC craneal al 85,7% encontrándose lesión intracraneal en el 33,3%.

Conclusiones: 1) No está indicada la realización sistemática de radiografía de cráneo, ya que tiene un rendimiento escaso. 2) El Glasgow es el mejor indicador de sospecha de la existencia de una lesión intracraneal. 3) El área de observación permite disminuir el número de ingresos y pruebas innecesarias ya que permite valorar la evolución clínica de los pacientes con sintomatología leve que es el principal indicador de la necesidad de realización de TC y/o ingreso. 4) En menores de un año la presencia de cefalohematomas puede ser una indicación de realizar radiografía de cráneo aún no presentando sintomatología.

En los demás casos de menores de un año la existencia de sintomatología pueden hacer recomendable la realización de una TC y la permanencia en observación unas horas independientemente del resultado. 5) A mayor edad, más gravedad del TCE y mayor utilización de los recursos sanitarios.

TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS EN MENORES DE DOS AÑOS: ¿ACCIDENTE O IMPRUDENCIA?

T. Alarcón, L. Martínez, P. Gutiérrez, B. Martín, E. Corrales y C. Palomino

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Getafe. Madrid. España.

Introducción: Los traumatismos craneoencefálicos (TCE) en niños de 2 años o menores son una causa cada vez más frecuente de consulta en la urgencia de pediatría. Es habitual que sean referidos como accidentes domésticos, si bien, en nuestra opinión, muchos podrían ser evitados.

Objetivos: Estudiar la frecuentación en la urgencia pediátrica por TCE en niños de 2 años o menores, así como evaluar sus mecanismos de producción para comprobar si existe un cierto grado de imprudencia por parte de los cuidadores.

Material y métodos: Se realiza un estudio retrospectivo de los niños de 2 años o menores valorados en nuestro servicio de urgencias en el año 2004. Se estudió la distribución por edades, mecanismo de producción, hallazgos clínicos, pruebas complementarias realizadas, tiempo de observación y motivos de ingreso.

Resultados: 1) Del total de urgencias en el 2004 (32.232), los TCE en niños de 2 años o menores suponen el 1,3%, distribuidos por edades del siguiente modo: menor de 1 mes: 2,3%; 1 mes-1 año: 45,7%; 1-2 años: 51,6%. La edad media fue 12,3 meses. 2) El principal mecanismo de producción fue la precipitación (cunas, carros, etc.) con una proporción del 45,2%, siendo la altura media de 73 cm. La segunda causa en frecuencia fue la caída durante el juego (19,5%). 3) Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron las lesiones de partes blandas (46%), seguidas de los vómitos (16,7%). En el 51,1% no se encontraron signos ni síntomas relacionados con el TCE. 4) La prueba complementaria más realizada fue la radiografía craneal (en el 46% de los casos), siendo patológicas el 2,9%. Se realizó TC en 2,7%, siendo patológica en 2 casos, lo que supone el 0,5% del total de TCE valorados. 5) El tiempo medio de observación fue 2 h 15 min. 6) La proporción de ingresos fue 2,3%, lo que supone el 0,4% del total de ingresos.

Conclusiones: 1) La mayoría de los TCE ocurren en edades cercanas al inicio de la deambulación, sin embargo es llamativo el elevado porcentaje de casos en menores de un año, incluido el período neonatal. 2) El TCE suele ocurrir en el entorno doméstico del niño y el mecanismo de producción más frecuente es la precipitación. 3) En un elevado número de casos se tratan de traumatismos de baja energía. 4) La incidencia de fracturas es escasa, por lo que habría que revisar la realización sistemática de radiografías de cráneo en estos casos. 5) En el grupo de edad analizado, las lesiones intracraneales son excepcionales. 6) Gran

parte de estos traumatismos son evitables, lo que supone un cierto grado de culpa o imprudencia (infracción del deber de cuidado exigido en una situación concreta) por parte de los cuidadores del niño.

TRAUMATISMOS DE PIE/TOBILLO: CARACTERÍSTICAS Y MANEJO EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA

A. Barasoain Millán, I. Iturralde Orive, S. Capapé Zache, N. Trebolazabala Quirante, E. Mora González y J. Benito Fernández

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

Objetivo: Describir características y manejo de los traumatismos de pie/tobillo atendidos en urgencias de pediatría (UP).

Material y métodos: Estudio prospectivo de 123 traumatismos de pie/tobillo atendidos en UP entre agosto y noviembre de 2004.

Resultados: De los 123 niños, 105 (85,7%) correspondieron a traumatismos de tobillo y 18 (14,6%) al antepié. La edad media fue $101,28 \pm 41,43$ meses (rango 13 meses-13 años). Casi el 70% se atendieron entre las 15 y 24 h. De los 123, 86 (70%) fueron atendidos por residentes de pediatría de primer y segundo año y residentes de familia. El mecanismo de lesión más habitual fue la torsión (64; 52%). La mayoría de los niños (105; 85,4%) consultaron en las primeras 24 h y hasta 68 (55,3%) en las primeras 6 h. Casi el 25% de los niños consultan en algún servicio médico previo a la atención hospitalaria. Treinta y dos niños (26%) recibe algún tipo de tratamiento, en su mayoría analgésicos (20; 62,5%). El signo clínico más frecuente fue el edema en 102 (83%), siendo leve en 67 (67,6%), 21 (17%) tienen calor y eritema. De los 123, tienen dolor articular leve o moderado (80; 73%), cojera (71; 58%) y negativa a deambular (20; 16%). Cinco niños aportaban radiografías normales. De los 118 restantes, se solicitó radiografía en 95 (80,5%). En todos los casos de traumatismo de tobillo ($n = 105$) con signos de Ottawa positivo se realizó radiografía (47; 44,8%) frente a 39 (67,2%) de los 58 casos con Ottawa negativo ($p < 0,01$). Previo a la realización de la prueba el médico piensa que puede existir patología ósea en 46 (48,4%) casos. La radiografía se interpretó como patológica en 12 (siete fracturas, cinco dudas diagnóstica). De los 123, 33 (26,8%), son remitidos al servicio de traumatología: siete por fractura, 14 por dudas diagnósticas y 12 para colocación de férula. Los niños con Ottawa positivo fueron remitidos a traumatología con mayor frecuencia (16/47; 34% frente a 10/58; 17,2%), no siendo la diferencia significativa. El resto (90; 73,1%) fueron manejados en UP: tratamiento analgésico 49 niños (54,4%) e inmovilización + analgesia 41 (45,5%). Los diagnósticos en UP fueron: traumatismo/contusión (116; 94,3%) y fractura (7; 5,6%).

Conclusiones: La mayoría de los niños con traumatismo de tobillo/antepié pueden ser manejados en UP, con tratamiento antiinflamatorio y/o inmovilización sin necesidad de ser remitidos al servicio de traumatología. Existe un sobreuso de la radiología simple en esta patología,

por lo que es necesario delimitar su uso teniendo en cuenta tanto la clínica como la exploración, así como recibiendo mayor formación en esta patología.

PERFIL Y TRATAMIENTO DE LAS QUEMADURAS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICO

A. Andrés Olaizola, M.I. Vega Martín, A. Fernández Landaluze, N. Trebolazabala Quitante, B. Azkunaga Santibáñez y S. Mintegi Raso

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

Introducción: El pediatra de urgencias debe conocer el tratamiento de las quemaduras, como parte de la atención integral del niño. Desde hace 2 años todos los niños accidentados son inicialmente valorados por un pediatra en nuestro servicio. En mayo de 2004 iniciamos un registro de las quemaduras que se atienden en nuestro servicio.

Objetivo: Conocer el perfil de las quemaduras que atendemos en urgencias de pediatría (UP), el tratamiento de las mismas, y el papel del pediatra de urgencias. Diseñar las situaciones de mayor riesgo potencial de quemadura en nuestro entorno.

Material y método: Estudio retrospectivo de las quemaduras atendidas en UP entre mayo y diciembre de 2004. Se recogen datos demográficos, mecanismo de la quemadura, grado y superficie corporal quemada (SCQ), destino y su tratamiento en UP.

Resultados: Se atendieron durante 101 episodios de quemadura. En más de 2/3 de los casos eran varones y casi la mitad (45%) menores de 3 años. Los sólidos calientes en primer lugar y las escaldaduras en segundo lugar son las causas más frecuentes. Tanto de forma aislada como en casos múltiples la localización más frecuente es la extremidad superior. La mano está afectada en el 32% de los casos (75% de las quemaduras por sólido caliente) y la cara en el 20% (33% de las escaldaduras). En las partes de las quemaduras la SCQ es igual o menor al 5%. En el grupo de SCQ > 10%, el 36% son por escaldaduras y el 14% por llama (que globalmente es la causa en el 6,7%). En el 70% de las quemaduras la afectación era de 2º grado y en 7 casos de 3º (tres por llama, tres escaldaduras y una por electricidad). El 51% de los pacientes fueron valorados por un cirujano plástico, siendo el resto tratados por el pediatra de urgencias. La mayoría (87%) fueron dados de alta tras el tratamiento recibido en UP. Cinco precisaron ingreso en planta, tres en cuidados intensivos y dos en la unidad de quemados. La probabilidad de que un niño requiriese ingreso fue muy superior en caso de quemadura por llama o explosión (OR: 38,5; IC 95%: 4,71-402). Ninguno de los niños con quemadura por un sólido caliente precisó ingreso.

Comentarios: La mayoría de las quemaduras en nuestro entorno son de escasa gravedad y pueden ser tratadas de forma ambulatoria, siendo la causa más frecuente los sólidos calientes (hornos, planchas.) La escaldadura es el segundo mecanismo en frecuencia y en este caso se asocia con el grupo de quemaduras más graves, junto con las producidas por llama. En

casi la mitad de las consultas por quemadura en nuestro servicio, el paciente es tratado exclusivamente por el pediatra de urgencias.

INTOXICACIONES Y CARDIOLOGÍA

INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO

R. Gil Gómez, C. Gómez Robles, L. Martín de la Rosa, I. Durán Hidalgo, J. Cano España y C. Calvo Macías

Servicio de Críticos y Urgencias Pediátricas. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. España.

Objetivos: Analizar los datos epidemiológicos, clínicos, analíticos, evolutivos a corto plazo y terapéuticos de casos de intoxicación por monóxido de carbono (CO) en la edad pediátrica, desde que se implantó la determinación de carboxihemoglobina (COHb) en el servicio de urgencias y críticos.

Metodología: Estudio retrospectivo de las historias clínicas de los pacientes atendidos en el servicio de urgencias entre enero de 1998 y diciembre de 2004.

Resultados: Se atendieron 66 casos de intoxicación por CO, la mayoría en el período invernal (89,4%). La edad media fue de 8 años (4 días-14 años); 50% niños y 50% niñas. Con frecuencia existía asociación familiar (81,8%). Las fuentes de CO fueron sobre todo calentadores o estufas dependientes de butano (56%), seguido de brasero de leña o carbón (25,75%). Los síntomas de presentación más frecuentes fueron: cefalea (71,2%), vómitos (50%), y alteración del nivel de consciencia (37,8%), y en menor proporción mareos (31,8%), relajación de esfínteres (6%), dolor abdominal (4,5%), 6 casos se mantuvieron asintomáticos. Se determinó la COHb en 63 casos (95,5%), con un nivel medio de 23,07% (rango: 6,8-49,6). 20 casos (30,3%) tenían niveles inferiores al 15% de COHb; 22 (33,3%) entre 15-25% COHb; 18 (27,3%) entre 25-35% de COHb; y tres (4,5%) superiores al 35% de COHb. Se administró oxigenoterapia a alta concentración en 53 casos (80,3%) durante una media de 8 h; de ellos 13 (19,7%) precisaron tratamiento en cámara hiperbárica. Hubo un solo caso grave de COHb (49,6%) que permaneció 8 días ingresado, con secuelas neurológicas al alta. Un recién nacido estuvo ingresado en la unidad de neonatología durante 4 días y permaneció asintomático en todo momento (COHb inicial: 11,3%).

Conclusiones: 1) La intoxicación por CO es una situación difícil de diagnosticar en niños porque los síntomas iniciales son muy inespecíficos y coinciden con los de otras enfermedades no tóxicas. La asociación familiar puede orientar al diagnóstico. Sospecharemos intoxicación por CO ante episodios de pérdida de consciencia o mareos en el baño/ducha. 2) Se deben realizar niveles de COHb ante la sospecha diagnóstica, e iniciar tratamiento con oxigenoterapia a alta concentración para prevenir las secuelas neurológicas. 3) La bibliografía especializada re-

comienda oxígeno en cámara hiperbárica con niveles de COHb > 25 % y/o pérdida de consciencia en algún momento de la evolución.

INTOXICACIÓN AGUDA POR INGESTIÓN ACCIDENTAL DE CANNABIS EN NIÑO DE 13 MESES

I. Leiva Gea, I. Peláez Pleguezuelos, C. Sierra Córcoles, J. Salazar Quero, P. Martín Mellado y A. Leiva Gea

Servicio de Pediatría. Complejo Hospitalario de Jaén. España.

Introducción: El cannabis es una de las drogas psicoestimulantes más utilizadas en la actualidad. El principal componente psicoactivo es el delta-9-tetrahidrocannabinol (THC). La vía de administración más común es la inhalatoria, teniendo un promedio de 3,6% de THC y puede llegar hasta el 28%. Otra forma de consumirlo es la vía oral. El efecto por vía oral es más lento, duradero y variable. La marihuana por vía oral se absorbe entre el 5-10% (frente a 50% cuando es inhalada) y sus efectos comienzan a ser aparentes al cabo de una hora con un efecto máximo a las 2-3 h, prolongándose su acción aproximadamente durante 5 h. La intoxicación por cannabis en niños pequeños se produce generalmente tras la ingestión de la droga por vía oral. Los efectos generales son náuseas, vómitos, sequedad de boca, palidez e hiperemia conjuntival. Alteraciones neuroconductuales como trastornos de nivel de consciencia de inicio agudo, hipotonía, ataxia, midriasis o miosis moderada, disminución de reflejos fotomotores, modificación del humor. El efecto cardiovascular más común es la taquicardia, sin embargo en dosis elevadas suele producir bradicardia. El tratamiento de la intoxicación aguda por cannabis se basa en medidas de soporte.

Objetivo: Presentación de un caso de intoxicación aguda por cannabis en lactante de 13 meses.

Material y métodos: Lactante de 13 meses que acude a urgencias por presentar, estando previamente bien, cuadro de somnolencia, temblor, dismetría y alteración del equilibrio. Inestabilidad de la marcha (ataxia aguda). No bipedestación anteriormente conseguida a los 10 meses de edad. AP: sin interés. AF: ambiente de drogadicción familiar. Exploración a su ingreso: mal estado general; afebril; irritable; rigidez de nuca con tendencia a la hiperextensión del cuello; pupilas isocóricas y normorreactivas. Glasgow 12/15. Frecuencia cardíaca: 120 lat./min. Presión arterial: 80/50 mmHg. Frecuencia respiratoria: 32 resp./min. SaO₂: 97%. Se realiza TC y punción lumbar que resultan normales. Hemograma normal salvo trombocitopenia (100.000). Bioquímica normal. PCR sin actividad. Control de glucemias dentro de la normalidad. Se solicitan tóxicos en orina que resulta positivo para THC. Evolución favorable a las pocas horas de su ingreso con medidas de soporte.

Conclusiones: El importante consumo de cannabis en la sociedad actual facilita el acceso de los pacientes pediátricos a esta droga. En niños pequeños la intoxicación se produce generalmente por la ingesta accidental. El interrogatorio minucioso y la detección de la droga permite establecer el diagnóstico de esta intoxicación pocas veces sospechada.

INTOXICACIÓN AGUDA POR COCAÍNA: DIAGNÓSTICO EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA

L. García Arnaldich, J. Martí Mas, E. Bosch Castells, R. Castellarnau Figueras, R. Monné Gelonch y X. Allué Martínez

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

Fundamento: La cocaína tiene acción estimulante en el sistema nervioso central y periférico con efectos fisiológicos y psicológicos, siendo la vía entrada en órganos diana de la toxicidad: cerebro, corazón. Los efectos adversos están bien documentados en adultos, aunque son pocos los casos pediátricos comunicados, originando intoxicaciones con manifestaciones clínicas diversas.

Objetivo: Presentar peculiaridades clínicas de 3 niños con intoxicación por cocaína con especial interés en que tanto la accidental o pasiva (leche materna, inhalación humo, ingesta), como la inducida (maltrato infantil) es posible en niños pequeños.

Observaciones clínicas: *Caso 1.* Niño de 13 años que presenta náuseas, vómitos, sudoración y cefalea. Acude sin acompañante: hijo de padres separados (padre ex ADVP y VIH positivo), vive en un centro de acogida, tratamiento psiquiátrico, solo en casa por ingreso del padre. Por sintomatología e historia se solicita tóxicos en orina positivos a cocaína. Reconoce inhalación 3 h antes.

Caso 2. Niño de 14 años y 7 meses, con trastorno agudo de la conducta. Se despierta a las 6 de la madrugada con agitación, alucinaciones visuales y habla incoherente. Duerme una hora y despierta con náuseas, cefalea y amnesia. Exploración normal. Refiere incendio en su casa un año antes sufriendo la madre intoxicación por CO; el día antes del cuadro actual fue testigo del incendio. Ante la clínica neurológica poco clara se solicita tóxicos en orina positivo a cannabis y cocaína. Reconoce ser fumador, haber probado el cannabis y el alcohol.

Caso 3. Niña de 2 meses, con lactancia artificial, cianosis, dificultad respiratoria y alteración de la consciencia. REG, fiebre, desconexión, mirada fija, midriasis, hipertonía, taquicardia, taquipnea, sibilancias e hipoventilación. Oxigenoterapia, fluidoterapia y diazepam. Acidosis respiratoria y tóxicos en orina positivos a cocaína. Los padres no acuden a urgencias por distocia social: padre VIH positivo, ADVP, madre con epilepsia. Evolución satisfactoria a la desaparición clínica neurológica a las 6 h del episodio.

Características diferenciales de nuestros pacientes: Edad, origen, presentación clínica y gravedad.

Comentarios: La intoxicación por drogas de abuso en niños es infrecuente pero debe tenerse en cuenta en urgencias. Aunque los adolescentes son los principales consumidores es una posibilidad que hay que considerar en otras edades, ya que la intoxicación accidental o infringida es posible. Sospechar ante la clínica neurológica de etiología desconocida o poco clara, sobre todo en niños sanos y con entorno familiar sospechoso de consumo, con especial importancia de anamnesis dirigida y exhaustiva. Los pediatras de urgencias deben tener preparación suficiente para tratar esta intoxicación.

CIANOSIS EN UN LACTANTE: METAHEMOGLOBINEMIA

M. Velázquez Cerdá, E. Cañadell Yetano, C. Parra Cotanda, V. Tenorio Romojaro, G. Estopiñá Ferrer, M. Morales Sánchez y J. Quilis Esquerri

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

Fundamento y objetivos: Recordar la metahemoglobinemia como posible causa de cianosis en el lactante.

Observaciones clínicas: Lactante de 9 meses, sin antecedentes patológicos ni familiares de interés, que es remitida del ambulatorio por cianosis peribucal, irritabilidad y taquicardia de pocas horas de evolución. A su llegada a urgencias presenta: temperatura axilar 36,6 °C; presión arterial: 93/70 mmHg; frecuencia cardíaca: 150 lat./min; frecuencia respiratoria: 46 resp./min y saturación de hemoglobina del 89% con FiO₂ del 21%, que no mejora a pesar de la administración de oxígeno. En la exploración física destaca irritabilidad, cianosis peribucal y palidez cutánea, estando hemodinámicamente estable y con auscultación cardíaca y pulmonar normales. Se realiza radiografía de tórax y electrocardiograma que son normales, al igual que hemograma, ionograma y función renal, el equilibrio ácido-base venoso revela discreta acidosis metabólica. Al realizar la extracción de sangre destaca coloración marrón. Reinterrogando, la madre comenta que hace 5 días inició alimentación con puré de espinacas que ha mantenido en el refrigerador. Ante la sospecha de metahemoglobinemia, se realiza test de la mezcla, que es positivo y se cuantifican niveles de metahemoglobinemia. Se inicia tratamiento con azul de metileno, con mejoría rápida de la cianosis. Posteriormente, se confirma el diagnóstico al recibir resultados de metahemoglobinemia del 19,8%.

Comentarios: La metahemoglobinemia es una enfermedad que tiene distintas etiologías, siendo más frecuente la adquirida que se produce por ingesta de agentes oxidantes, entre ellos las verduras con alto contenido en nitratos. Están especialmente predispuestos los lactantes menores de 6 meses por distintos factores. En urgencias, ante un lactante con cianosis, una vez descartada la etiología pulmonar y cardíaca hay que pensar en la metahemoglobinemia.

A PROPÓSITO DE DOS CASOS DE METAHEMOGLOBINEMIA EN EL ÚLTIMO AÑO TRAS CONSUMIR BORRAJA

S. Torres Claveras, G. Lou Francés, A. Lázaro Aláez, M. Duplá Arenaz, C. Campos Calleja y J.L. Peña Segura

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

Fundamentos y objetivos: En la introducción de la alimentación complementaria del lactante es recomendable extremar las medidas de preparación y conservación de las verduras con alto contenido en nitratos para evitar nuevos casos de metahemoglobinemia adquirida. Deben ser preparadas para su consumo inmediato, o en caso de no ser posible, congelarlas.

Observaciones clínicas: *Caso 1.* Lactante de 17 meses que acude por cianosis de 2 h de evolución y vómitos. Sin antecedentes de interés. Había comido borraja preparada 8 h antes y

conservada en un termo. Presentaba buen estado general, cianosis generalizada, sin dificultad respiratoria ni taquipnea, resto de exploración física normal. Peso: 10,5 kg (P₂₅). Temperatura: 36,5 °C. Frecuencia cardíaca: 170 lat./min. Presión arterial: 90/50 mmHg. SaO₂: 83%. Se administró oxígeno al 100%. Pruebas complementarias: 22.400 leucocitos con fórmula normal, hemoglobina, gasometría y bioquímica normales, nitritos en orina negativos. Metahemoglobinemia de 25%, control a las 5 h 8,9%. Tras 15 h en observación fue dado de alta, remitiéndose a consulta de hematología para estudio de hemoglobinopatías que fue normal.

Caso 2. Lactante de 11 meses que acude por cianosis de una hora de evolución. Desde hace 4 días presenta cuadro catarral. Había comido puré de patata, borraja y carne preparado 24 h antes y conservado en la nevera. Presentaba buen estado general, cianosis generalizada sin distrés respiratorio y resto de exploración física normal. Peso: 9,4 kg (P₂₅₋₅₀) Temperatura: 36 °C. Frecuencia cardíaca: 180 lat./min. Presión arterial: 120/70 mmHg. SaO₂: 80%. Se administró oxígeno al 100%. Pruebas complementarias: 20.400 leucocitos con fórmula normal, hemoglobina, gasometría y bioquímica normales, nitritos en orina negativos. Metahemoglobinemia de 54,6%. Se administró 1 mg/kg de azul de metileno intravenoso al 1%, siendo el nivel a las 5 h menor del 1%. Estudio de hemoglobinopatías posterior normal.

Comentarios: La ingesta de alimentos con alto contenido en nitratos, ciertos tóxicos, fármacos y la diarrea pueden provocar metahemoglobinemia adquirida. En nuestros casos, la causa fue la borraja, hortaliza típica de Aragón, que contiene altos niveles de nitratos. La forma y el tiempo de conservación probablemente incrementaron su concentración. La cianosis es el síntoma principal y el mejor indicador de la hipoxemia. Se recomienda tratamiento con azul de metileno intravenoso en los pacientes con niveles de metahemoglobinemia superiores al 30%, como sucedió en nuestro segundo caso.

TAQUICARDIA MALIGNA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE UNA MIOCARDIOPATÍA DILATADA

L. Gómez Gómez, E. Rupérez García, C. Romero Iturbe, N. Clerigué Arrieta, F. Gallinas Victoriano y J.E. Olivera Olmedo
Servicio de Pediatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona. España.

Fundamento y objetivos: Describir la actuación en urgencias ante un lactante con taquicardias, supraventricular y ventricular, malignas.

Observaciones clínicas: Lactante de 2 meses que acude a consulta de gastroenterología para descartar reflujo gastroesofágico por vómitos posprandiales y escasa ganancia ponderal. Se le detecta una taquicardia, y es remitido a urgencias. Antecedentes personales: gestación normal de 37 semanas. Parto por cesárea por sospecha de pérdida de bienestar fetal. PRN: 2.430 g. Metabolopatías negativas. No vacunación. Una consulta previa en urgencias por vómitos. No historia previa de fiebre, ni infecciones, ni tratamientos medicamentosos. Exploración: peso: 3,9 kg (< P₃), temperatura rectal: 36,4 °C. Aceptable estado

general, bien hidratada, sin signos de bajo gasto y hemodinámicamente estable. Monitorización continua (frecuencia cardíaca: 230 lat./min; presión arterial: 65/40 mmHg; frecuencia respiratoria: 30 resp./min; SaO₂: 94%). ECG: taquicardia a 230 lat./min con complejo QRS estrecho alternando con períodos de salvas de taquicardia ventricular. Laboratorio: hemograma, bioquímica e ionograma normales. Equilibrio ácido-base: pH 7,27; pCO₂ 50 mmHg; bicarbonato 23 mmol/l. Enzimas cardíacas CPK-MB 12,2 U/l, troponina 0,03 ng/ml. Radiografía de tórax: cardiomegalia global (ICT = 0,57), vascularización pulmonar normal. Ecocardiografía: ventrículo izquierdo dilatado (DDVI 28 mm), disminución de la contractilidad (FE 35%), sin anomalías estructurales. Tratamiento en urgencias: Amiodarona intravenosa (5 mg/kg) con mejoría del trazado electrocardiográfico. Progresó hacia signos de bajo gasto (palidez, disnea, hepatomegalia), se asocia tratamiento inotrópico con dobutamina y se traslada a la UCIP. Evolución en UCIP: taquiarritmia controlada con perfusión de amiodarona. Precisa dopamina y enalapril mejorando la contractilidad cardíaca. Ante la sospecha de miocarditis se asocian corticoides (metilprednisolona) y gammaglobulina (2 g/kg) intravenosos. Estudios serológicos y virológicos negativos (coxsackie A y B, Echo, CMV, adenovirus y rotavirus). Actualmente sigue tratamiento ambulatorio con amiodarona y se ha normalizado la función cardíaca.

Comentarios: En los lactantes la taquicardia sostenida puede inducir insuficiencia cardíaca congestiva con manifestaciones clínicas muy inespecíficas (irritabilidad, rechazo de las tomas, vómitos). DD: cardiopatías congénitas, alteraciones hidroelectrolíticas severas, fármacos y drogas, infecciones graves, síndromes (WPW, QT largo), miocarditis, miocardiopatías metabólicas y alteraciones tiroideas. La amiodarona es un arma eficaz para el tratamiento de las taquiarritmias malignas, con pocos efectos secundarios inmediatos y menos recurrencias.

PERICARDITIS NEUMOCÓCICA EN LACTANTE DE TRES MESES

S. Prieto Martínez, I. Jiménez López, V. Nebreda Pérez, G. López González, R. González Escudero y O. Ordóñez Sáez
Servicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid, España.

Introducción: La pericarditis neumocócica, rara en nuestros días, suele aparecer como complicación en pacientes con un foco primario de infección: neumonía, otitis media, aunque puede ser manifestación primaria como ocurre en nuestro caso clínico. La etiología actual más frecuente de pericarditis bacteriana son bacilos gramnegativos y estafilococos.

Caso clínico: Lactante de 3 meses con cuadro de irritabilidad nocturna, rechazo de las tomas y síndrome febril (máximo, 38 °C) en las 12 h previas; en contexto de cuadro catarral de varios días de evolución. Embarazo controlado, RNT: 38 semanas, calendario vacunal al día (no prevenir). Exploración física: aspecto séptico, frecuencia respiratoria: 75 resp./min; frecuencia cardíaca: 170 lat./min; presión arterial: 89/55 mmHg; SaO₂: 96%. No distrés. ACP: normal. Abdomen: doloroso, hepatomegalia

de 5,5 cm. Pulsos braquiales y femorales palpables. Meníngeos negativos. Ante el cuadro de polipnea sin distrés con ACP normal y buena SaO₂, taquicardia e importante hepatomegalia se sospechó insuficiencia cardíaca. El paciente presentaba asimismo aspecto séptico y abdomen muy doloroso. Se solicitaron las siguientes exploraciones complementarias: hemograma: 27.600 leucocitos/ μ l (64% segmentados, 5% cayados) y 443.000 plaquetas/ μ l. Hemocultivo. PCR > 12 mg/dl. Bioquímica LCR, pruebas de coagulación y ECG normales. Radiografía tórax: cardiomegalia; ecografía abdominal: normal apreciándose derrame pericárdico al explorar la región cardíaca. Se trasladó a UCIP donde se realizó ecocardiografía, que mostró derrame pericárdico con tabicamiento y datos de pretaponamiento cardíaco. Se evacuaron 53 ml de líquido seropurulento dejando catéter de drenaje y se inició antibioterapia empírica con ampicilina y cefotaxima intravenosa. Tanto en hemocultivo como en cultivo de líquido pericárdico se aisló *S. pneumoniae* sensible a penicilina.

Conclusión: No debemos olvidarnos del fallo cardíaco como posible etiología ante un cuadro con polipnea marcada y datos de preshock no explicables por patología pulmonar. La sospecha clínica urgente es vital para la buena evolución del cuadro.

PRESIÓN ARTERIAL EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS. ¿SE VALORA DE FORMA ADECUADA?

R. Marañón Pardillo, C. Míguez Navarro, D. Crespo Marcos, P. Vázquez López, A. Abad Revilla y C. Merello Godino

Sección Urgencias. Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid, España.

Objetivos: Analizar los niños que se les toma la presión arterial (PA) en la sala de triage de un servicio de urgencias pediátricas y determinar si las tomas de PA son valoradas de forma adecuada durante su estancia.

Material y métodos: Estudio descriptivo transversal desde el 1 de septiembre al 15 de diciembre de 2004 de los niños que se realizó toma de PA en el servicio de urgencias de pediatría. También se analizaron los pacientes que según el motivo de consulta y/o antecedentes personales se debería haber tomado la PA en triage. Se excluyeron aquellos pacientes con una prioridad 1 de un sistema de triage de 4 a los que se determina siempre las constantes vitales. Para el estudio se revisaron todos los informes de triage y de alta recogiendo los siguientes datos: edad, sexo, motivo de consulta, PA en triage, PA en la sala de exploración o en la sala de observación y diagnóstico al alta. Los motivos de consulta, antecedentes personales y diagnósticos al alta que consideramos adecuados para la toma de PA en triage son los revisados en la literatura médica. La determinación de los percentiles de PA se realizó según la Task Force Pediatrics de 1987. Se definió PA elevada la PA sistólica y/o diastólica > P₉₅ y PA baja la PA sistólica y/o diastólica < P₅.

Resultados: Durante el período de estudio acudieron a urgencias 21.763 niños y se recogieron datos de 1.159. La edad media de los niños estudiados fue de 6,4 años (1 mes a 16 años). De los niños a los que se debería tomar la PA en triage (973) sólo se tomó al 46,5%. De los pacientes que no se tomó la PA en triage tampoco se tomó posteriormente en el 73,1%.

Tuvieron PA elevada 86 niños (16,1%) en triage y sólo en 12 (14%) se volvió a determinar. 80 niños (15%) presentaban PA baja en triage y de estos sólo se volvió a tomar a 8 (10%). Por grupos de edad la toma de PA en triage fue: de 0 a 1 años de 35,7%, de 1 a 3 años el 43,4%, de 3 a 11 años el 47,8% y > 11 años un 63,4%, siendo estos resultados estadísticamente significativos ($p < 0,001$).

Conclusiones: De los niños a los que se debería tomar la PA en triage no se tomó a la mitad de ellos, por lo que es necesario consensuar las indicaciones de este parámetro en triage. Es importante valorar las cifras según el contexto clínico del paciente y no menospreciar las cifras de PA tomadas. Ante determinados motivos de consulta independientemente de la edad del niño se debería tomar la PA.

INFRECUENTE ETIOLOGÍA DEL SHOCK EN LACTANTE

M.J. Sánchez Álvarez, E.P. Torres Begara, V. García Bernabeu,
M.J. Lirola Cruz, E. Pérez González y A. Carmona Martínez

Servicio de Urgencias Pediátricas. Instituto Hispalense de Pediatría.
USP Clínica Sagrado Corazón. Sevilla. España.

Fundamento y objetivo: No es muy habitual encontrarnos con lactantes en estado de shock en el servicio de urgencias pediátricas. La causa más frecuente de shock en lactantes previamente sano en nuestro medio es la infecciosa; no obstante, hay que descartar otras etiologías ya que, aunque la fase inicial es remontar la inestabilidad hemodinámica es fundamental tratar la causa desencadenante.

Observaciones clínicas: Lactante mujer de 2 meses de edad que acude al servicio de urgencias por mal estado general, estancamiento de la curva ponderoestatural en las últimas 3 se-

manas, rechazo de las tomas en las últimas 36 h y tres deposiciones líquidas abundantes en las últimas 24 h. Se constata después de una segunda anamnesis una mala técnica en la preparación de la alimentación (fórmula más concentrada). Antecedentes personales: CIR por HTA materna, peso al nacer 1.930 g, poliglobulia e hipoglucemia asintomática, ictericia isoimmune, en tratamiento con suplementos nutricionales por mala curva ponderal. Exploración: peso 2.600 g; temperatura, 37,4 °C; mal estado general, palidez cérea, cutis reticulada, desnutrida, sequedad marcada de mucosa, signo del pliegue, fontanela deprimida, relleno capilar lento, frialdad acra, subcianosis perioral. Corazón rítmico a 80 lat./min; presión arterial, 95/78 mmHg; pulsos periféricos débiles, polipneica, respiración acidótica, SaO₂ al ingreso 75 %, abdomen distendido. Pruebas complementarias: hemoglobina, 8,9 mg/dl; leucocitos, 38.000 con fórmula normal; plaquetas 116.300; PCR 44; gasometría venosa pH 6,78, HCO₃ 6, EB -27, pCO₂ 45, pO₂ 38, sodio 167, creatinina 0,9 resto bioquímica normal. Hemocultivo, urocultivo, coprocultivo negativos, ECO cerebral normal. Se inicia tratamiento hemodinámico del shock, se corrige acidosis metabólica y se inicia antibioterapia empírica con cefotaxima y gentamicina remontando paulatinamente en las siguientes 24 h. Actualmente la niña se encuentra asintomática sin ningún trastorno metabólico.

Comentario: 1) Actualmente el shock por deshidratación hipernatrémica causada por una mala preparación de la fórmula es muy infrecuente, pero tenemos que tenerlo presente en el diagnóstico diferencial del mismo. 2) Una correcta anamnesis es imprescindible para el diagnóstico etiológico de las enfermedades, ya que en este caso fue a las 24 h de su ingreso cuando los padres admitieron la no correcta preparación de los biberones.