

# X Reunión Anual de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría (y VI)

Barcelona, 21-23 mayo 2005

## INFECCIOSAS

### ENFERMEDAD INVASIVA NEUMOCÓCICA EN NIÑOS MENORES DE CINCO AÑOS VACUNADOS CON LA VACUNA ANTINEUMOCÓCICA CONJUGADA HEPTAVALENTE

A. Díaz Conradi<sup>1</sup>, E. Calbo Sebastián<sup>3</sup>, M. Xercavins Valls<sup>2</sup>, R. García Puig<sup>1</sup>, J. Fábrega Sabaté<sup>1</sup>, E. Cuchí Burgos<sup>2</sup>, A. García Henares<sup>1</sup>, L. Tobeña Boada<sup>1</sup> y J. Garau Alemany<sup>3</sup>

Servicios de <sup>1</sup>Pediatría, <sup>2</sup>Microbiología y <sup>3</sup>Medicina Interna. Hospital Mútua de Terrassa. Barcelona. España.

**Introducción:** La vacuna antineumocócica conjugada heptavalente (Pn-7v) ha conseguido disminuir la incidencia de enfermedad invasiva neumocócica (EIN) causada por serotipos vacunales (SV) en la población menor de 5 años. Ello ha significado un aumento de EIN por serotipos no vacunales (SNV).

**Objetivo:** Describir la EIN en nuestro medio diferenciando dos períodos: prevacunal (1997-2001) y posvacunal (2002-2004), haciendo hincapié en la EIN en niños vacunados con, al menos, dos dosis de Pn-7v.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de la EIN desde enero de 1997 hasta diciembre de 2004 en población inferior a 5 años atendidos en Hospital Mútua de Terrassa (n = 17.000). Estudio de prevalencia de colonización por *S. pneumoniae* en niños menores de 5 años que acudían urgencias con patología respiratoria potencialmente neumocócica entre enero de 2001 y diciembre de 2003. Variables demográficas, diagnóstico clínico y microbiológico, así como tratamiento de 5 casos de EIN en niños que han recibido, al menos, 2 dosis de Pn-7v. Tasa de vacunación en una muestra aleatoria de 180 niños/as que acudieron a urgencias por cualquier motivo en los meses de enero y febrero de 2005. Todas las cepas fueron enviadas al Laboratorio de Referencia de Neumococos del ISCIII para serotipificación y estudio de susceptibilidad.

**Resultados:** Tasa de vacunación del 33%. La colonización nasofaríngea entre 2001-2003 está producida por: SV (33%), SNV (46%) y serotipos relacionados con la vacuna SRV (21%). La EIN en el período prevacunal fue de 32 casos (prevalencia de 37,4/100.000) mientras que en el posvacunal fue de 25 casos (48,5/100.000). En el período posvacunal se observa un aumento de los SNV (48% frente a 28,1% del prevacunal) en relación con los SV y SRV (40% y 12%, respectivamente, frente a 37,5%

y 34,4%; p = 0,2; OR: 2,35 [0,7-8]). Se ha observado una leve disminución en la resistencia a penicilina de 53% frente a un 44% en el período posvacunal (p = 0,67; OR = 0,69). Cinco pacientes con edad entre 18 y 42 meses que recibieron, al menos, 2 dosis de Pn-7v, presentaron EIN durante el 2004. Ninguno de los serotipos aislados estaban incluidos en la vacuna Pn-7v y todos tenían una CIM a penicilina inferior a 0,012.

**Conclusiones:** La vacuna Pn-7v constituye un elemento útil en la lucha por disminuir la incidencia de EIN. La efectividad de la misma viene condicionada por la epidemiología local. La vacuna no garantiza una completa erradicación de la EIN lo que obliga a mantener una vigilancia activa frente a esta enfermedad y tener en cuenta que el niño correctamente vacunado también puede desarrollar EIN por serotipos no incluidos en la vacuna.

### PALIVIZUMAB E INFECCIÓN POR VRS: ¿REDUCE LOS INGRESOS HOSPITALARIOS?

S. Todorovic<sup>1</sup>, M. Santana Hernández<sup>1</sup>, I.A. Aguiar Santana<sup>2</sup>, R. Quintana Prada<sup>1</sup>, J. Poch Pérez<sup>1</sup> y A. Suárez Suárez

<sup>1</sup>Servicio de Urgencias. <sup>2</sup>Unidad de Gastroenterología y Nutrición Infantil. Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias. España.

**Introducción:** El virus respiratorio sincitial (VRS) es el patógeno respiratorio más importante en niños, siendo la principal causa de morbilidad y mortalidad en lactantes menores de 2 años de edad, especialmente en prematuros y lactantes con enfermedad pulmonar crónica.

**Objetivo:** Evolución de la infección por VRS en pacientes prematuros, con profilaxis con palivizumab.

**Pacientes y métodos:** En el período comprendido entre octubre de 2004 y febrero de 2005, 162 pacientes menores de 35 semanas de edad gestacional han recibido profilaxis en nuestro hospital con palivizumab. Además se les realiza la escala de Wood-Downes-Lecks.

**Resultados:** Desarrollaron bronquiolitis con clínica moderada 31 pacientes (19%) (escala de Wood-Downes-Lecks), siendo ocho (25,8%) de ellos VRS positivos (dos de ellos prematuros con peso < 500 g) y el resto negativos (74,2%). Dos pacientes fallecieron: 1 VRS negativo (que recibió dos dosis de palivizumab) y un VRS positivo (que recibió una única dosis). Estos pacientes fallecidos ingresaron con clínica moderada (escala Wood-

Downes-Lecks (6,7), complicándose posteriormente hasta una insuficiencia respiratoria.

**Conclusiones:** En el período transcurrido entre octubre y abril, el palivizumab administrado una vez al mes, ha disminuido el número de hospitalizaciones en prematuros y en algunos niños con enfermedad pulmonar crónica y, sobre todo, la gravedad de la clínica. En nuestro medio, la profilaxis con palivizumab alcanzó una eficacia del 74,2%, similar a las descritas en la literatura médica.

#### PAROTIDITIS RECURRENTE JUVENIL

A. Clement Paredes, S. Pons Morales, E. Muñoz Vicente, M.I. Vega Senra, A. de la Mano Hernández y F. Esteban Yuste  
Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Dr. Peset. Valencia. España.

La parotiditis recurrente juvenil es una entidad definida por la inflamación recurrente de la glándula parótida, generalmente asociada a la aparición de sialectasias o dilataciones no obstructivas en los conductos glandulares. Presentamos un total de 7 pacientes controlados en nuestro servicio con el diagnóstico de parotiditis recurrente (4 niños y 3 niñas). La edad media de debut fue a los 4,5 años y clínicamente se caracterizan por aparición brusca de tumefacción parotídea, dolor local, febrícula y ocasionalmente secreción mucopurulenta por el conducto de Stenon, evolucionando en 3-4 días, precisando como tratamiento, antiinflamatorios y calor con masaje local y ocasionalmente tratamiento antibiótico. En todos los casos el calendario vacunal es correcto. En el seguimiento de estos niños se les realiza analítica destacando leucocitosis con neutrofilia, hiperamilasemia y VSG normal. Se solicitó serología para VEB, CMV, virus respiratorios y en algún caso VIH, siendo negativa. La cuantificación de inmunoglobulinas, la determinación del factor reumatoide y anticuerpos antinucleares (ANA, anti-Ro y anti-La) fueron negativos. A todos los niños se les realizó ecografía, mostrando aumento generalizado de la glándula con aspecto heterogéneo y zonas hipoeoicas sin imágenes nodulares, de litiasis o dilatación de los conductos, en ningún caso se detectó imagen sólida.

**Comentarios:** La parotiditis recurrente juvenil es una entidad poco frecuente. Entre las causas de parotiditis recurrente se encuentran algunas infecciones virales (VEB, CMV), enfermedades autoinmunes (síndrome de Sjögren) y algunas inmunodeficiencias (VIH), todos estos supuestos descartados en nuestros niños. La afectación es unilateral en la mayoría de casos con cierto predominio por el sexo masculino. La frecuencia de episodios es muy variable entre uno y 10 casos anuales. La evolución natural de la enfermedad es hacia la remisión espontánea durante el período puberal. A pesar de diversos estudios, la etiología sigue siendo desconocida. Se han postulado diversas hipótesis entre las que se encuentra la disminución del flujo salivar y la presencia de anomalías congénitas en el sistema ductal. El diagnóstico es clínico. La ecografía se considera actualmente la prueba de elección para el diagnóstico y seguimiento. Si la ecografía detecta lesiones sólidas debe realizarse RM o TC.

#### ENCEFALITIS AGUDA: FORMAS CLÍNICAS DE PRESENTACIÓN

A. Pérez Benito, T. Gili Bigatà, F. Travería Casanovas, S. Sánchez Pérez, M. Fletas Torrent y M. Torrabias Rodas  
Hospital de Sabadell-Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell. Barcelona. España.

**Introducción y objetivos:** La forma de presentación clínica de la encefalitis aguda es relativamente inespecífica y variada. Nuestro objetivo es analizar las características clínicas de las encefalitis diagnosticadas en nuestro servicio de urgencias.

**Material y métodos:** Revisión retrospectiva de las historias de pacientes pediátricos (hasta 15 años) diagnosticados de encefalitis aguda en nuestro centro en los últimos 6 años (1999-2004).

**Resultados:** Se han diagnosticado 10 casos de encefalitis aguda. A pesar del amplio rango de edad (6 meses-15 años) destaca el elevado número de casos en la preadolescencia (7 casos) así como el predominio en la estación primaveral (8 casos). El inicio de los síntomas se remonta desde los 24 días previos al diagnóstico al inicio súbito en forma de coma (Glasgow 3). El espectro clínico inicial en la mayoría de casos (6) fue inespecífico en forma de fiebre, astenia, anorexia, odinofagia, otalgia y cefalea. Sólo 4 casos presentaron síntomas neurológicos en su inicio: un caso de crisis parciales (afebril), un caso de debilidad muscular y parestesias (afebril) un caso de coma (herpes periorcular 3 días antes) y un caso de convulsión febril atípica. En cambio todos presentaron posteriormente alteración del nivel de conciencia. En 6 casos el inicio del tratamiento fue inmediato, en 3 casos demoró 48 h y en un caso 4 días. En tan sólo 2 casos se consiguió diagnóstico etiológico, en ambos por PCR positiva en LCR para virus herpes simple, uno tipo 1 y el otro tipo 6. La evolución posterior fue favorable en 7 casos; un caso se diagnosticó de encefalomielitis aguda diseminada y 2 casos precisaron tratamiento por presentar hipertensión intracraneal.

**Conclusiones:** El amplio espectro clínico de la encefalitis, la inespecificidad de los síntomas iniciales y su capacidad de mimetizar otras entidades clínicas conlleva en muchas ocasiones un diagnóstico tardío y un retraso en la instauración de tratamiento. La gravedad de esta infección del SNC requiere, a pesar de ello, un diagnóstico rápido y un inicio precoz del tratamiento ante la mínima sospecha.

#### SOSPECHA CLÍNICA DE MENINGITIS

L. Salamanca Fresno, J. Yebra Yebra y J. Martín Sánchez  
Servicio de Urgencias. Hospital Infantil La Paz. Madrid. España.

**Objetivo:** Conocer la incidencia de punción lumbar "blanca" (líquido cefalorraquídeo con citoquímica normal y Gram sin presencia de bacterias, así como cultivo negativo para bacterias y enterovirus) en los pacientes que acudieron al servicio de urgencias de nuestro hospital presentando meningismo o clínica sugestiva de meningitis en la exploración física.

**Material y métodos:** A través de un estudio retrospectivo se han analizado los resultados de aquellos pacientes de un mes o más de edad a los que se les realizó punción lumbar en el Ser-

vicio de Urgencias del Hospital La Paz de Madrid en el período comprendido entre el 1 de enero de 2003 y el 30 de octubre de 2004 donde acudieron con meningismo o signos sugestivos de meningitis y cuyo análisis citoquímico y tinción de Gram resultaron normales y negativos respectivamente.

**Resultados:** Analizadas 373 muestras, 167 cumplían los criterios de inclusión (pacientes de un mes o más con punción lumbar blanca). Es decir, que el 44,77 % de los niños de un mes o más de edad a los que se realizó punción lumbar, no tenían alteraciones en el líquido cefalorraquídeo, de donde se deduce que no tenían meningitis. En el mismo período sólo se han computado cinco meningitis bacterianas, y han precisado ingreso hospitalario 35 pacientes con síndrome pospunción de intensidad moderada.

**Comentarios y conclusiones:** Es conveniente realizar estudios prospectivos para validar unos criterios clínicos y/o biológicos que aumenten el valor predictivo positivo de la clínica para el diagnóstico de meningitis.

#### ANÁLISIS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICO DE LAS COMPLICACIONES POR VARICELA

M. Vilà de Muga, V. Pineda Solas, F. Travería Casanovas,  
J. Pérez Sánchez y I. Loverdos Eserverri

Servicio de Medicina Pediátrica. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell.  
Barcelona. España.

**Objetivos:** Describir las complicaciones por varicela en niños y sus características clínico-epidemiológicas en el área de Sabadell.

**Métodos:** Estudio retrospectivo analizando la edad, sexo, época del año, estancia media, inicio del exantema, antecedentes de inmunodepresión, tipo de complicación y necesidad de antibiótico o aciclovir en todos los niños menores de 15 años hospitalizados por varicela en el Hospital de Sabadell, con un área de influencia de 65.000 niños menores de 15 años, entre 1996 y 2004.

**Resultados:** Durante estos 9 años acudieron al servicio de urgencias de nuestro centro 3.015 niños por varicela, 0,67% del total de visitas a urgencias. De todos los casos de varicela visitados en urgencias ingresaron 36 (1,2%) por complicaciones de la enfermedad. La incidencia de hospitalización fue de  $6,1 \pm 2/100.000$  habitantes por año. La edad media de los casos de varicela ingresados por complicaciones fue de  $3,5 \pm 3$  años, el 56% fueron niñas, presentándose todos los casos entre diciembre y julio. La media de aparición del exantema fue de  $4,6 \pm 2,2$  días antes del ingreso y la estancia media hospitalaria de  $5,5 \pm 3$  días. Referían antecedentes de inmunosupresión (corticoides orales, déficit de IgA, síndrome Alps) cinco (14%) pacientes con varicela. Se objetivaron 46 complicaciones de la varicela, las más frecuentes fueron las infecciones cutáneas 21 (46%) y respiratorias (neumonías, bronquitis, laringitis) 12 (26%), seguidas por las neurológicas tres (6,5%), gastrointestinales tres (6,5%) y hematológicas (púrpura trombocitopénica) dos (4,3%), entre otras (adenitis, otitis, artritis, pielonefritis). Los gérmenes aislados fueron *Streptococcus pyogenes* (4) y *Staphylococcus aureus* (2) en la piel, *E. coli* (1) en orina y *Staphylococcus haemolyticus* (1) en líquido pleural. Se administró antibioterapia en 9 casos de varicela: amoxicilina-ácido

clavulánico (19), ampicilina (4), cloxacilina (2) y otros antibióticos (2); y aciclovir sólo en 2 casos. Una niña con síndrome de Alps ingresó en UCI por varicela complicada, neumonía bilateral, síndrome de distrés respiratorio y murió por parada cardiorrespiratoria.

**Conclusiones:** La incidencia de hospitalización en nuestro centro es ligeramente inferior a la observada en otros estudios. La aparición de una vacuna efectiva ha comportado una disminución de la prevalencia, con mayor protección de los pacientes de riesgo en los países donde se ha instaurado, reduciéndose las hospitalizaciones y los costes de la enfermedad.

#### ESTUDIO DIAGNÓSTICO DE MONONUCLEOSIS Y DE INFECCIÓN POR VIRUS DE EPSTEIN-BARR: ¿CUÁNDO Y CÓMO?

Q. Soler Campins, A. Mena Ribas, F. Ferrés Serrat,  
E. Salvá Armengot, J.L. Pérez Saenz y J.M. Román Piñana  
Servicios de Pediatría y Microbiología. Hospital Son Dureta.  
Palma de Mallorca. España.

**Introducción:** Muchos niños son remitidos a urgencias expresamente para descartar una mononucleosis infecciosa (MI), generalmente por una faringoamigdalitis aguda (FAA) que no responde al tratamiento antibiótico convencional. Por otra parte, distintas entidades clínicas pueden ser debidas a la infección por el virus Epstein-Barr (VEB).

**Objetivos:** 1) Conocer las formas de presentación y el perfil analítico de las infecciones por el VEB. 2) Conocer la sensibilidad y especificidad del test de anticuerpos heterófilos (Paul-Bunnell). 3) Revisar las indicaciones de solicitud de estudio serológico y las pruebas complementarias acompañantes a solicitar ante la sospecha de infecciones por el VEB dependiendo de la presentación clínica.

**Metodología:** Revisión retrospectiva de las historias de los menores de 15 años a quienes se ha solicitado serologías de VEB desde abril a diciembre de 2004.

**Resultados:** 184 pacientes estudiados con edad media de 4 años y 6 meses. Los pacientes con IgM positiva al VEB fueron 28: adenopatías cervicales aumentadas 12, FAA 7, fiebre persistente 5, artralgias 1, hepatoesplenomegalia 1, exantema inespecífico 1 y exantema petequial 1. La sensibilidad del Paul-Bunnell fue del 17% (5 verdaderos positivos y 23 falsos negativos) y la especificidad del 97% (152 verdaderos negativos y 4 falsos positivos), con valor predictivo negativo del 87% y valor predictivo positivo del 55%. Los recuentos leucocitarios de las infecciones por VEB presentaron media de 12.854 leucocitos/ $\mu$ l, con rango de 6.400 a 26.190. La linfocitosis presentó media del 54,7% con rango del 17 al 70%. Las transaminasas estuvieron aumentadas en el 40% de los pacientes.

**Comentarios y conclusiones:** 1) Baja sensibilidad del Paul-Bunnell y pocos casos cumplen los criterios diagnósticos clásicos de MI. 2) Si el Paul-Bunnell es negativo y/o el resto de determinaciones no cumplen criterios diagnósticos de MI, si el estado general del paciente lo permite deben posponerse más exploraciones hasta obtener la IgM a VEB. 3) Se impone un uso racional de las pruebas diagnósticas, su correcta interpretación y

un manejo protocolizado de las sospechas de MI o infecciones por VEB. 3) Dependiendo de la entidad clínica que quiera descartarse se indicará sólo estudio serológico o un perfil analítico que incluya hemograma, extensión sanguínea para determinar linfocitos estimulados y transaminasas. 4) A los padres y niños con diagnóstico de MI se les instruirá para evitar las prácticas deportivas de contacto durante el período de convalecencia de la enfermedad.

#### DIAGNÓSTICO DE MASA ABDOMINAL EN URGENCIAS. INFECCIÓN POR *SALMONELLA*

M.J. Solana García, M.A. Carreño Beltrán, C. Sánchez Sánchez,  
A. de la Hueriga López, A. Parente Hernández  
y M.A. García Casillas

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

**Fundamento y objetivos:** La infección por *Salmonella* spp. suele ser causa de gastroenteritis aguda. Se han descrito, no obstante, clínicas de presentación diferentes, como apendicitis, obstrucción intestinal completa o abdomen agudo.

**Observaciones clínicas:** Varón de 13 años que acude a la urgencia con dolor abdominal, diarrea y fiebre de una semana de evolución. En las últimas 48 h el dolor se focaliza en fosa iliaca derecha. No refiere ingesta de carne ni pescado crudo, pérdida de peso ni diarrea previa. No ha presentado exantemas, lesiones articulares, patología perianal ni tenesmo. En la exploración destaca a la palpación la presencia de una masa en fosa iliaca derecha con defensa y signos de irritación peritoneal. Analítica: serie roja y plaquetaria normales, leucocitos 13.700 (L 30%, G 54,5%), PCR 12,7 mg/ml. Análisis de orina: esterasa leucocitaria positiva, 1-2 hematíes/campo, resto normal. En la ecografía abdominal se observa plastrón inflamatorio cecal. Ingresa con el diagnóstico de apendicitis aguda para cirugía urgente. Se recogen coprocultivos y muestras para parásitos en heces. Se extrae serología a *Anisakis* y RAST específico. Se realiza Mantoux. Se interviene quirúrgicamente, visualizándose plastrón inflamatorio a nivel de ciego, con apéndice de aspecto normal y presencia de adenopatías mesentéricas, y se realiza apendicectomía y biopsia de ciego. El paciente evoluciona favorablemente con buena tolerancia oral, quedando afebril en las primeras 48 h tras el ingreso. La reacción de Mantoux es negativa. Presenta IgE para *Anisakis* de 5,95 kU/l (0-0,35). Hemocultivos y cultivos de líquido peritoneal estériles. No presencia de parásitos en heces. Se observa crecimiento de colonias de *Salmonella* B4,5 en cultivo de heces. Anatomopatológicamente se diagnostica de inflamación cecal inespecífica de probable origen infeccioso, sin visualizarse parásitos en la muestra. Se realiza seguimiento en consultas con coprocultivo de control a los 4 meses del ingreso.

**Comentarios:** La *Salmonella* suele afectar a la mucosa intestinal y producir diarrea, pero puede atravesar la pared y penetrar en los linfáticos, dando lugar a una clínica muy variada, que va desde hiperplasia linfoidea del apéndice a linfadenitis diseminada, o desde ileitis a apendicitis supurada. Las infecciones intestinales deben considerarse como diagnóstico diferencial en los dolores en FID.

#### ABDOMINALGIA, VÓMITOS Y PÉRDIDA DE PESO

M. Prats Julià<sup>1</sup>, M. Ciurana Tebé<sup>1</sup>, A. Ruiz Comellas<sup>1</sup>,  
J.M. Badal Alter<sup>2</sup>, J. Sitjes Costas<sup>1</sup> y S. Nevot Falcó<sup>1</sup>

Servicios de <sup>1</sup>Pediatría y <sup>2</sup>Anatomía Patológica.  
Hospital Sant Joan de Déu. Althaia. Xarxa Assistencial de Manresa.  
Barcelona. España.

**Fundamentos:** Presentamos este caso clínico debido a la rareza de perforación de úlcus duodenal en el niño, así como de la aparición en edad pediátrica de un tumor carcinoide en esta localización.

**Observación clínica:** Niño de 12 años que consulta en urgencias por vómitos de 6 días de evolución, que se acompañan de febrícula, astenia, discreto dolor abdominal y diarrea. En la exploración se observa regular estado general, peso corporal: 45 kg (según la familia pesaba 48 kg 8 meses antes), abdomen normal con palpación ligeramente dolorosa. Resto de exploración física normal. Analítica basal y radiografía de abdomen (AP y bipedestada) de urgencias: normales. Se ingresa el paciente en observación. Debido a empeoramiento con clínica de abdomen agudo, se practica analítica general destacando leucocitosis (18.000/ $\mu$ l), radiografía de tórax que muestra neumoperitoneo y ecografía abdominal que muestra ligera presencia de líquido intraluminal. Se decide laparotomía exploradora en la que se evidencia úlcus duodenal perforado con importante componente flogótico y líquido escaso en Douglas (cultivo negativo), se practica sutura del úlcus y epiploplastía. Se revisa el resto de la cavidad abdominal que es normal a excepción de un nódulo de 2 cm en el epiplón mayor que se biopsia. Anatomía patológica: tumor neuroendocrino bien diferenciado (tumor carcinoide). El paciente se deriva a hospital de tercer nivel para completar estudio y tratamiento.

**Comentario:** Hipótesis diagnóstica: posible gastrinoma primario. Imposible confirmar hipótesis diagnóstica por no disponer de suero previo a la cirugía. La incidencia de gastrinomas en la infancia es de alrededor del 2% de todos los síndromes de Zollinger-Ellison en Estados Unidos. El primer caso de gastrinoma infantil fue descrito en 1960 y el más precoz a los 7 años.

#### ILEÍTIS POR *SALMONELLA*.

##### IMPORTANCIA DE SU DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

M. Centeno Jiménez, F. Martín del Valle, S. Fernández Fernández,  
A. González Vergaz, I. Pinto Fuentes y M. Vázquez López

Servicio de Pediatría. Hospital Severo Ochoa. Leganés. Madrid. España.

**Fundamento y objetivo:** La infección por *Salmonella* puede producir un cuadro clínico por inflamación del íleon terminal o de los nódulos linfáticos que puede simular una apendicitis aguda. La historia clínica, exploración física y los análisis de laboratorio son comparables en ambos casos. Su diagnóstico diferencial es importante para evitar apendicectomías innecesarias.

**Observaciones clínicas:** Niña de 11 años de edad que acude a urgencias por cuadro de 3 días de evolución de deposiciones líquidas sin productos patológicos, dolor abdominal periumbilical de tipo cólico, fiebre de hasta 38,5 °C y vómitos esporádicos. Antecedentes personales: episodios recurrentes de

dolor abdominal periumbilical sin alteraciones del ritmo intestinal, pérdida de peso ni fiebre. Estudio analítico y ecografía abdominal realizados en su centro de salud normales. Antecedentes familiares sin interés. En la exploración física se evidencia afectación del estado general y palidez de piel, además de dolor a la palpación selectiva en fosa ilíaca derecha, sin defensa abdominal ni signos de irritación peritoneal y con aumento de ruidos hidroaéreos. Tacto rectal no doloroso. Se realizaron las siguientes pruebas complementarias: hemograma: neutrofilia del 84% sin leucocitosis, aumento de los reactantes de fase aguda (PCR: 174 mg/l, VSG: 42 mm/1.<sup>a</sup> hora) y 3% cayados en el frotis; bioquímica, gasometría venosa: normales; Mantoux; hemocultivo, coprocultivo, serología a *Yersinia*; y como prueba de imagen, una ecografía abdominal que mostró engrosamiento de paredes de íleon proximal, con falta del peristaltismo, aumento de la vascularización y pliegues cecales ligeramente prominentes (compatible con ileítis). Se decide el ingreso con suero terapia intravenosa, sin tratamiento antibiótico. La evolución fue satisfactoria, cesando la clínica a los 8 días del inicio del cuadro. Los controles analíticos durante el ingreso mostraron mejoría progresiva de los reactantes de fase aguda. En el coprocultivo se aisló *Salmonella* sp., siendo el resto de los cultivos, el Mantoux y la serología a *Yersinia* negativos. La ecografía abdominal realizada 3 semanas después fue normal.

**Comentarios:** La ileítis infecciosa es la infección del íleon terminal y ciego causada por *Yersinia enterocolitica*, *Campylobacter jejuni* o *Salmonella enteritidis* principalmente. Clínicamente se presenta como dolor selectivo en el cuadrante inferior derecho con diarrea escasa o ausente, síntomas que pueden simular una apendicitis aguda. La ecografía es una técnica útil e inocua para la discriminación entre ambas entidades.

#### HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA E INFECCIÓN POR *HELICOBACTER PYLORI*: NUESTRA CASUÍSTICA

M. Santana Hernández<sup>1</sup>, I.A. Aguiar Santana<sup>2</sup>, S. Todorcevic<sup>1</sup>, L. Peña Quintana<sup>2</sup> y J.C. Ramos Varela<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Urgencias Pediátricas. <sup>2</sup>Unidad de Gastroenterología y Nutrición Infantil. Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias. España.

**Introducción:** Se entiende como hemorragia digestiva alta (HDA) aquella que se origina en segmentos del tracto digestivo por encima del ángulo de Treitz. Aunque en la mayoría de los casos su manifestación en la edad pediátrica suele limitarse a pérdidas de sangre que no comprometen la estabilidad hemodinámica del niño, no hay que olvidar que es una entidad que puede tener consecuencias potenciales graves.

**Objetivos:** Establecer la relación entre HDA e infección por *H. pylori* (HP).

**Pacientes y métodos:** Se estudian 103 pacientes que acuden a la unidad de gastroenterología y nutrición de nuestro hospital, remitidos por sus pediatras por dolor abdominal recurrente y síntomas dispépticos, y 6 pacientes que acuden al servicio de urgencias por presentar HDA. Los pacientes tenían edades entre 3-15 años (10,4 ± 2,93 años para las mujeres; 9,4 ± 3,1 años para los hombres). Se les realizó Test de Aliento y serología IgG

por ELISA para detectar HP y un cuestionario para recoger distintas variables (demográficas, socioeconómicas, sintomatológicas, etc.). En 89 pacientes se practicó endoscopia.

**Resultados:** De los 6 pacientes que acudieron por HDA: cuatro tenían úlcera duodenal, uno úlcera gástrica y uno duodenitis (requiriendo ingreso en UMI por HDA persistente y activa). Todos ellos presentaban dolor epigástrico de semanas de evolución. En el resto de pacientes en que se realizó endoscopias y no había HDA, se encontraron además 41 gastritis crónicas antral, seis duodenitis, cuatro lesiones agudas de la mucosa gástrica y una gastritis atrófica.

**Conclusiones:** La seroprevalencia de HP en la población infantil de Gran Canaria con sintomatología dispéptica es del 49,1%, incrementándose con la edad y el nivel socioeconómico bajo ( $p < 0,05$ ). Se encontró relación entre la infección por HP y dolor epigástrico ( $p < 0,01$ ) y HDA.

#### CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-EPIDEMIOLÓGICAS DE 19 PACIENTES CON TIBOLA EN CATALUÑA

D. Bartolí<sup>1</sup>, R. Monfort<sup>1</sup>, T. Muñoz<sup>1</sup>, E. Antón<sup>2</sup>, J. Luelmo<sup>3</sup> y F.J. Travería<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Servicio de Urgencias de Pediatría. <sup>2</sup>Unidad de Patología Infecciosa. <sup>3</sup>Servicio Dermatología. Hospital de Sabadell-Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell. Barcelona. España.

**Introducción:** *Rickettsia slovaca* se aisló por primera vez en 1968. La enfermedad en el hombre no fue descrita hasta 30 años después denominándose TIBOLA (*tick-borne lymphadenopathy*) producida por picadura de garrapata. La forma de presentación y evolución difiere de la de otras enfermedades producidas por *Rickettsias*, como la fiebre botonosa.

**Material y métodos:** Se incluyeron los pacientes menores de 15 años que cumplían los criterios diagnósticos de TIBOLA en el período comprendido entre enero de 2001 y diciembre de 2004. Se describen los datos epidemiológicos, forma de presentación, tratamiento y evolución. Se realizó inmunofluorescencia indirecta (IFI) para *R. conorii* y *R. slovaca*.

**Resultados:** Se incluyeron 19 pacientes con predominio en varones (1,7:1). La edad media fue de 7,5 años. La mayoría de los casos se presentaron en primavera (42%) y en invierno (26%). En todos ellos se produjo la picadura de la garrapata en cuero cabelludo. El inicio de los síntomas tuvo lugar a los 15 días (rango 2 a 45 días). Clínica: adenopatías regionales (100%), escara negra (79%), cefalea (72%), eritema (63%) y fiebre (50%). No se observaron alteraciones analíticas significativas a excepción de un caso con leucocitosis y otro con aumento de las transaminasas y CPK. Recibieron tratamiento antibiótico el 84% de los pacientes: claritromicina (50%) y doxiciclina (31%) con una duración entre 1 y 10 días. La evolución fue favorable en todos los pacientes. Tras la curación de la escara negra se apreció alopecia residual en el 53% de los casos. Las serologías para *R. conorii* y *R. slovaca* fueron negativas en todos los pacientes.

**Comentarios:** El TIBOLA es una enfermedad de predominio en los meses fríos. Se trata de una enfermedad con manifestaciones locales y con pobre sintomatología sistémica. La serología

no resultó útil para su diagnóstico, siendo éste básicamente por la clínica. La evolución fue favorable independientemente del tratamiento.

### INCIDENCIA DE INFECCIÓN BACTERIANA POTENCIALMENTE GRAVE EN LOS LACTANTES MENORES DE TRES MESES CON FIEBRE SIN FOCALIDAD

A. Corrales Fernández, E. Astobiza Beobide,  
M.A. Vázquez Ronco, A. Fernández Landaluze,  
J. Benito Fernández y S. Mintegi Raso

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

La fiebre es el motivo de consulta más frecuente en los servicios de urgencias de pediatría (SUP), correspondiendo en la gran mayoría de los casos a cuadros febriles autolimitados. En los lactantes menores de 3 meses con fiebre sin focalidad (FSF) atendidos en los SUP la infección bacteriana potencialmente severa (IPBS) es más frecuente, de tal forma que, según las series publicadas, su incidencia se sitúa alrededor del 10%.

**Objetivo:** Cuantificar la incidencia de IBPS en los lactantes menores de 3 meses con fiebre sin focalidad (FSF) que consultan en un SUP en nuestro entorno.

**Pacientes y método:** Estudio de todos los lactantes menores de 3 meses que consultaron por FSF en nuestro SUP entre el 1 de septiembre de 2003 y el 9 de enero de 2005. En todos los episodios se rellenó un protocolo de recogida de datos y, una semana más tarde, se contactó telefónicamente con las familias para conocer la evolución posterior de los niños. Se entendió fiebre sin focalidad una temperatura de 38 °C o más registrada en el domicilio o en el SUP (en este caso siempre rectal) sin clínica respiratoria o diarrea acompañante y una exploración física sin hallazgos que facilitaran la localización de la infección.

**Resultados:** Se recogieron 311 episodios (59,2% varones). Por edades, 16 (5,14%) fueron menores de 15 días, 41 (13,1%) entre 15 y 28 días, 135 (43,4%) entre 29 y 60 días y 119 (38,2%) mayores de 60 días. Se practicó tira reactiva de orina a 286 pacientes (alterada 53), urocultivo por sondaje a 98 (positivos 44), hemograma, PCR y hemocultivo a 269 (positivos 6), examen y cultivo de LCR a 101, radiografía de tórax a 40 y flutest a 36. En 46 niños (14,7%) creció una bacteria en el cultivo de orina y/o sangre y todos los cultivos de LCR para bacterias fueron negativos. Los diagnósticos finales recibidos fueron: síndrome febril sin focalidad 209 (67,2%), infección urinaria (ITU) 56 (18%, 4 con bacteriemia asociada), meningitis aséptica 28 (9%), gripe 16 (5,1%), bacteriemia sin foco 2 (0,6%). Todos evolucionaron bien.

**Comentarios:** La incidencia de IBPS en los lactantes menores de 3 meses con fiebre sin focalidad que consultan en un SUP de nuestro entorno se sitúa alrededor del 18%. La incidencia de infección urinaria es sensiblemente superior a la recogida en la literatura especializada, probablemente por tratarse exclusivamente de lactantes menores de 3 meses con fiebre sin focalidad.

### TRATAMIENTO AMBULATORIO SIN ANTIBIÓTICOS DE LOS LACTANTES DE 15-90 DÍAS DE EDAD CON SÍNDROME FEBRIL SIN FOCALIDAD Y CRITERIOS DE BAJO RIESGO

E. Astobiza Beobide, A. Corrales Fernández,  
B. Azkunaga Santibáñez, M. Santiago Burrutxaga,  
J. Benito Fernández y S. Mintegi Raso

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

Los lactantes menores de 3 meses con fiebre sin focalidad (FSF) tienen un riesgo elevado de padecer infecciones bacterianas potencialmente graves (IBPS), lo que ha motivado tradicionalmente un manejo agresivo de estos pacientes, ingresando en el hospital a un porcentaje muy elevado de ellos. En los últimos años varios grupos han descrito su experiencia de manejo de manera ambulatoria con/sin antibiótico. Algún grupo ha sugerido que los lactantes entre 15 y 28 días pueden manejarse de manera similar a los lactantes de 28-90 días de edad.

**Objetivo:** Evaluar la experiencia del tratamiento ambulatorio sin antibióticos de los lactantes de 15-90 días de edad con SFSF y criterios de bajo riesgo.

**Pacientes y método:** Estudio retrospectivo de todos los lactantes de 15-90 días de edad con FSF y criterios de bajo riesgo (analítica de sangre y tira reactiva de orina anodinas) manejados ambulatoriamente tras una valoración inicial en urgencias. A todos ellos se les proporcionaron instrucciones verbales y escritas acerca de la naturaleza del diagnóstico que recibió el lactante y aspectos a vigilar en el domicilio y se les indicó acudir a su pediatra en las siguientes 24 h.

**Resultados:** Entre el 1 de septiembre de 2003 y el 9 de enero de 2005 registramos en nuestro SUP 195 lactantes de 15-90 días con SFSF. De éstos, 170 (87,1%) fueron manejados ambulatoriamente sin antibióticos (105 tras pasar unas horas en la unidad observación del SUP), siendo 21 menores de 28 días. La tira reactiva de orina (162 pacientes) y la analítica sanguínea (142) realizadas mostraron resultados anodinos. Se practicó PL a 32 (18,5%). El diagnóstico final varió en 5 niños (2,5%): tres meningitis asépticas y dos infecciones urinarias. 22 niños (12,9%) reconsultaron, ingresando cinco (2,9% del total): tres meningitis asépticas, una ITU y un SFSF. El seguimiento pudo completarse telefónicamente en 134 pacientes (78,8%). Todos ellos evolucionaron bien. De estos 129 pacientes 14 (10,4%) admitieron no haber acudido a su pediatra.

**Conclusiones:** El tratamiento ambulatorio sin antibióticos de los lactantes de 15-90 días de edad con SFSF y criterios de bajo riesgo es posible en un porcentaje muy elevado de pacientes siempre administrando instrucciones detalladas.

### ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DEL LACTANTE FEBRIL MENOR DE TRES MESES QUE ACUDE A NUESTRO SERVICIO DE URGENCIAS

I. Olaciregui Echenique, E. Oñate Vergara, J.A. Muñoz Bernal  
y J. Landa Maya

Urgencias de Pediatría. Hospital Donostia. San Sebastián. España.

**Objetivo:** Conocer las características de los pacientes de edad inferior a 3 meses que consultan en nuestro servicio por fiebre.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de todos los episodios registrados en el servicio de urgencias de nuestro hospi-

tal entre el 1 de enero de 2004 y el 31 de diciembre de 2004, que consultan por fiebre o se detecta la misma durante su estancia en nuestro servicio. Se recogieron los datos sobre las características de los pacientes, síntomas, pruebas complementarias realizadas, diagnóstico, tratamiento y número de ingresos.

**Resultados:** Entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2004 se registraron en urgencias 189 casos que correspondían a lactantes menores de 3 meses con síndrome febril, sobre 32.061 consultas realizadas durante ese período en nuestro servicio (0,59%). El 55% fueron varones. Tenían menos de 28 días 25 casos (13,22%), entre 29 y 59 días 70 casos (37%) y entre 60 y 92 días 94 casos (49,73%). La fiebre tuvo una duración previa de 15,76 h. El valor medio de temperatura rectal medida en urgencias fue de 38,15 °C. Se realizaron las siguientes exploraciones complementarias: 150 analíticas (recuento y fórmula), 128 hemocultivos, 148 analíticas de orina, 57 punciones lumbares, 55 aspirados nasofaríngeos, 117 radiografías de tórax y 32 coprocultivos. Hubo cuatro hemocultivos positivos (3,12%): *E.B. agalactiae* (1), *K. pneumoniae* (1) y *E. coli* (2). En 71 casos (37,56%) no se pudo objetivar el foco de la infección. En el resto, los diagnósticos más frecuentes fueron: bronquiolitis 34 casos, infección de la vía aérea superior 30 casos, infecciones de la vía urinaria 25 casos, meningitis 14 casos y GEA 11 casos. Se detectó una infección bacteriana en el 15,3% de los casos. El 47% de los niños ingresaron en planta, 20% en observación, 4,2% en UCI y el 28,5% volvieron a su domicilio. Se inició tratamiento antibiótico en 75 niños (39,68%).

**Conclusiones:** Se encontró la etiología de los pacientes febriles menores de 3 meses en el 62,43% de los casos; de éstos la mayoría (75,42%) fueron infecciones virales. De las cuatro bacteriemiás positivas (3,12%), una fue una bacteriemia oculta (0,78%). La mayoría de los casos requirieron exploraciones complementarias y se ingresó al 71,5% de los pacientes incluidos en la revisión.

### SÍNDROME FEBRIL EN MENORES DE 36 MESES

J.D. González Rodríguez, D. Canalejo González,  
V.M. Navas López, I. Benítez Gómez, J.A. Soult Rubio  
y M. Muñoz Sáez

Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

**Antecedentes y objetivo:** La fiebre es el motivo de consulta más frecuente en urgencias pediátricas. Un porcentaje importante son niños menores de 36 meses, grupo con mayor riesgo de infección bacteriana grave. El objetivo de nuestro trabajo es determinar la prevalencia y características del síndrome febril en este grupo de edad.

**Material y métodos:** Estudio prospectivo de todos los pacientes, de 0 a 36 meses de edad, que consultan por síndrome febril en nuestro servicio de urgencias, durante un período de 2 meses. Se analizan todos los datos epidemiológicos, clínicos y de laboratorio, recogidos mediante protocolo estandarizado.

**Resultados:** Se han recogido 2.200 pacientes con una edad media de  $15 \pm 9,02$  meses, que representa el 16% de las consultas atendidas. La mediana de duración de la fiebre fue de 30 h (12-72 h) y la temperatura media de  $38,9 \pm 0,26$  °C. Un 98% de

los pacientes estaba correctamente inmunizado y de ellos, un 7% había recibido la vacuna antineumocócica heptavalente. Entre los factores epidemiológicos asociados, el 15% asistía a guardería y el 0,5% había recibido una dosis de vacuna en las 48 h previas. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron síntomas catarrales (28%), gastrointestinales (22%), otalgia y/u odinofagia (15%) y dificultad respiratoria (18%). Los diagnósticos más frecuentes fueron: síndrome febril sin foco (23%), catarro de vías altas (21%), gastroenteritis aguda (18%), foco ORL (15%), neumonía (4%), infección del tracto urinario (4%). El 3% tenía infección bacteriana invasiva. Los niños dados de alta tenían puntuaciones en las escalas de Yale y YIOS menores de 10 y 7, respectivamente. El 4,5% fueron hospitalizados. Se solicitó radiografía de tórax en el 30%, siendo patológicas el 25%. El 25% de los pacientes se analizó el sedimento de orina, resultando patológicos un 13%. Hemograma y proteína C reactiva (PCR) se solicitaron en el 16%, de los que el 30% tenían más de 15.000/ $\mu$ l leucocitos con más de 10.000/ $\mu$ l neutrófilos y el 45% tenía PCR > 40 mg/dl. El germen más frecuente aislado en hemocultivo fue *S. pneumoniae* y *E. coli* en urocultivo. Otros aislamientos fueron *Salmonella* y adenovirus en coprocultivo y VRS en aspirado nasofaríngeo.

**Comentarios:** El síndrome febril en menores de 36 meses tiene una alta prevalencia, siendo el motivo de consulta más frecuente. Las escalas de Yale y YIOS son herramientas muy útiles para su valoración. Los exámenes complementarios, en general, tienen una baja rentabilidad. *S. pneumoniae* es el germen causante de la mayoría de infecciones bacterianas graves, en menores de 36 meses. No debemos olvidar que existe un medio eficaz para prevenir la infección neumocócica invasiva, la vacuna neumocócica heptavalente.

### CAMBIOS EN LOS HÁBITOS POBLACIONALES EN EL USO DE ANTITÉRMICOS (AT) EN LA INFANCIA

A. Rodríguez Serna, E. Astobiza Beobide,  
M. González Balenciaga, M. Santiago Burrutxaga, S. Mintegi Raso  
y J. Benito Fernández

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

**Introducción:** En una encuesta realizada en nuestro servicio de urgencias de pediatría (SUP) en el año 2000, el AT más utilizado en la infancia fue el paracetamol, siendo en menores de 2 años la alternativa preferida el ibuprofeno y en los mayores el AAS. Los hábitos poblacionales de utilización de AT fueron, en general, correctos.

**Objetivo:** El objetivo de este estudio fue determinar la existencia o no de cambios en los hábitos poblacionales en el uso de AT en la infancia en nuestro entorno en los últimos años.

**Pacientes y método:** Comparación de los resultados de 2 encuestas realizadas de manera aleatoria a los acompañantes de niños que consultaban en un SUP en 2000 (200 pacientes) y 2004 (421).

**Resultados:** Ningún acompañante rehusó participar en el estudio. El lugar de registro de temperatura preferido fue la axila (83,5% en 2000 frente a 77,2% en 2004;  $p = 0,08$ ), siendo el re-

gistro rectal casi exclusivo de los menores de 2 años (70% en el 2000 y 77,4% en 2004). En los menores de 2 años, el porcentaje en los que se registró rectal se mantuvo en torno al 30%. El termómetro digital se convirtió en el tipo de elección (46% en 2000 frente a 60,6% en 2004;  $p = 0,0008$ ), sin encontrarse diferencias en las distintas edades. El administrador principal del antitérmico fue la madre (72% de forma exclusiva en 2000, 81% en 2004;  $p = 0,01$ ) y más del 95% escogió la vía oral en ambos años. Cerca del 40% recibió AT con una temperatura inferior de 38 °C y alrededor de la mitad de los pacientes recibieron medidas físicas además del tratamiento medicamentoso. Se detectaron cambios significativos a la hora de escoger el AT: el ibuprofeno se ha convertido en el AT de elección (18% en 2000 frente a 48,9% en 2004;  $p < 0,00001$ ), habiendo descendido el porcentaje de familias que utilizan preferentemente el paracetamol (56% frente a 45,4%;  $p = 0,01$ ) y, sobre todo, aspirina (20,5% frente a 1%;  $p < 0,00001$ ). Todos los niños menores de 6 meses habían recibido de forma exclusiva paracetamol, y de los menores de 12 meses el 83%. Alternaron AT alrededor de la mitad de las familias en ambas series.

**Conclusiones:** El termómetro digital ha desplazado al de mercurio en la forma de registrar la temperatura en los niños con fiebre y el ibuprofeno se ha convertido en el AT de elección en el tratamiento de estos niños con fiebre, salvo en los menores de un año.

#### ASPECTOS MEJORABLES DE LOS HÁBITOS POBLACIONALES EN EL TRATAMIENTO DE LA FIEBRE DURANTE LA INFANCIA

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

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

**Introducción:** La fiebre constituye el principal motivo de consulta en los servicios de urgencias de pediatría (SUP) por la preocupación que este signo genera sobre todo en los niños pequeños. La administración de antitérmicos (AT) constituye una parte importante del tratamiento del niño con fiebre. A pesar de ser fármacos relativamente seguros, no están exentos de efectos secundarios y constituyen la primera causa de intoxicación accidental en la infancia.

**Objetivo:** Detectar los posibles errores en el tratamiento de la fiebre por parte de los padres en nuestro entorno. Pacientes y método: estudio prospectivo de 421 encuestas realizadas de forma aleatoria a acompañantes de niños que consultan en un servicio de urgencias de pediatría (SUP) desde el 15 junio hasta el 15 octubre de 2004.

**Resultados:** Algo más de la mitad de los encuestados considera fiebre una temperatura inferior a 38 °C y cerca del 80% de las familias registra la temperatura en axila, si bien este porcentaje disminuye al 54% en los menores de 2 años. El 67,9% conoce la existencia de tapones de seguridad en los AT y utiliza preparados con este dispositivo el 54,4%. El padre participa en la administración del antitérmico en 68 casos (16,5%) y la madre en 406 (96,4%;  $p < 0,00001$ ). Cerca de la mitad de los encuesta-

dos administra el AT con temperatura por debajo de 38 °C. El 10,4% administra una dosis incorrecta de AT: el 7,8% una dosis inferior a la correcta (la mayoría ibuprofeno) y el 2,6% una dosis excesiva (la mayoría paracetamol). Alrededor del 5% de los acompañantes reconocieron administrar el AT con un intervalo menor de 4 h y consideró que el efecto del AT debía ocurrir en los primeros 30 min tras la administración. El 46% de los encuestados alterna AT en el mismo episodio febril. Más de la mitad de los encuestados asoció fiebre elevada con patología grave y cerca del 80% relacionó el no descenso de la temperatura tras la administración del AT con patología grave.

**Conclusiones:** Los hábitos poblacionales en el tratamiento de la fiebre durante la infancia son, en general, adecuados. Los aspectos de mejora debieran incidir en un mejor conocimiento del significado de la fiebre, una más amplia utilización de preparados con tapón de seguridad y una mayor implicación del padre en la administración de los AT.

#### TERMOFOBIA Y USO DE ANTITÉRMICOS

M. López Rivas, M. Gil, J.M. Cutrin, M. Bouzón,  
S. Almeida y F. Alvez

Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. A Coruña. España.

**Fundamentos y objetivo:** La fiebre es uno de los motivos más frecuentes de consulta en pediatría, que genera ansiedad y miedo exagerados (termofobia) en los padres. Es práctica habitual asociar antitérmicos, generalmente paracetamol e ibuprofeno, en un intento de eliminar la fiebre a toda costa. No existe evidencia científica de que la asociación o alternancia sea segura o alcance mayor y más rápido efecto antitérmico que la utilización de uno solo. Por el contrario sí puede inducir a errores de dosificación y aumentar su toxicidad renal, sobre todo en estados de deshidratación leve o moderada en niños con vómitos, diarrea y escasa ingesta de líquidos. El objetivo es sensibilizar a los profesionales relacionados con la salud del niño para promover el uso de un solo antitérmico en el tratamiento de la fiebre.

**Observación clínica:** Niña de 13 años, sana, que durante un proceso catarral presenta dolor en fosa renal derecha y fiebre (38,5 °C). Consulta a su pediatra que recomienda ibuprofeno (400 mg cada 8 h). Al día siguiente refiere vómitos (5-6/día), aumento del dolor y escasa ingesta de líquidos. Su médico añade paracetamol (650 mg cada 8 h) alternando con ibuprofeno. Veinticuatro horas después acude a urgencias al hospital, donde se detecta condensación basal derecha y aumento de la urea y creatinina plasmáticas. Mantiene diuresis. No hematuria. En la exploración física se observa sequedad de mucosas, ojeras e hipoventilación en base derecha. No edemas. presión arterial, 90/50 mmHg. En las exploraciones complementarias destaca en el hemograma leucocitosis (19.000/ $\mu$ l), neutrofilia (92%) y desviación izquierda (32% bandas). VSG 87. Hb y plaquetas normales. Bioquímica sanguínea: urea 92 mg/dl, creatinina 1,7 mg/dl. Análisis de orina: densidad 1.025, sangre 2+, proteínas 1+, Na 8 mEq/l, K 86 mEq/l, urea 18 g/l, creatinina 165 mg/dl, excreción fraccional de Na 0,06%. Aclaración de cre-



atinina: 54/ml/mto/1,73 m<sup>2</sup>. Con el diagnóstico de insuficiencia renal aguda (IRA) secundaria a la administración de ibuprofeno y paracetamol y neumonía se inicia rehidratación intravenosa y cefuroxima intravenosa. La evolución es favorable normalizándose la función renal 24 h después.

**Comentarios:** La IRA secundaria a la asociación de paracetamol e ibuprofeno es una complicación poco frecuente, que debe considerarse en el tratamiento de la fiebre. Ambos fármacos inhiben la síntesis de prostaglandinas, hecho que no parece tener consecuencias relevantes en niños normales, pero sí en pacientes con leve o moderada deshidratación, como ocurrió en esta niña. Parece por tanto recomendable erradicar posibles conceptos erróneos causantes de la termofobia y alertar a los padres de los riesgos de toxicidad que supone la asociación de antitérmicos.

### RESISTENCIA BACTERIANA EN PEDIATRÍA Y SU RELACIÓN CON EL USO DE ANTIMICROBIANOS EN LA COMUNIDAD VALENCIANA: PROYECTO ViRESIST

J.R. Bretón<sup>1</sup>, R. Hernández<sup>1,6</sup>, J. Brines<sup>2,6</sup>, G. Royo<sup>3</sup>, F. Pardo<sup>4</sup> y J.M. López-Lozano<sup>5</sup>

Servicios de <sup>1</sup>Pediatría, Hospital Universitario Dr. Peset, Valencia; <sup>2</sup>Pediatría,

Hospital Clínico Universitario, Valencia; <sup>3</sup>Microbiología, Hospital General de Elche; <sup>4</sup>Microbiología, Hospital General de Castellón;

<sup>5</sup>Unidad de Investigación, Hospital de la Vega Baja, Orihuela (Alicante); <sup>6</sup>Universidad de Valencia. España.

**Introducción:** En urgencias de pediatría las enfermedades infecciosas constituyen cerca de la mitad de las sospechas diagnósticas. Sin embargo, el conocimiento de las resistencias bacterianas en niños es muy escaso. El Proyecto ViRESIST ([www.viresist.org](http://www.viresist.org)) es un sistema de vigilancia local de las resistencias bacterianas y de uso de antimicrobianos que utiliza técnicas de análisis de series temporales en 6 hospitales de la Comunidad Valenciana y varios hospitales de Europa y EE.UU. Los objetivos de esta comunicación son: 1) el estudio de las resistencias bacterianas en población pediátrica de los hospitales Dr. Peset, Hospital de la Vega Baja, Hospital Clínico Universitario, Hospital General de Elche, Hospital General de Castellón, y 2) analizar la relación entre resistencias y uso de antimicrobianos.

**Material y métodos:** Con los datos del Proyecto ViRESIST se calcularon los porcentajes de resistencia o sensibilidad intermedia de patógenos bacterianos a los antimicrobianos de interés. Se estudiaron con modelación ARIMA (Box-Jenkins) 812 combinaciones de series temporales de resistencia y uso de antimicrobianos para intentar encontrar una relación matemática entre ambas.

**Resultados:** Los porcentajes más relevantes de resistencia o sensibilidad intermedia fueron: *S. pyogenes* a eritromicina 12-30%, *S. pneumoniae* a penicilina 45-60%, a amoxicilina 16-55%, a eritromicina 40-60%; *S. aureus* a meticilina inferior al 4%, a eritromicina 35%, a clindamicina inferior a 10%; *E. coli* a amoxicilina 65-70%, a amoxicilina-ácido clavulánico 10-20%, a nitrofurantoína y fosfomicina inferior al 5%, a cotrimoxazol 30%; *Salmonella* spp. a amoxicilina 50%, a amoxicilina-ácido clavu-

lánico 10-20%, a cotrimoxazol 5-15%. De las 812 combinaciones estudiadas se encontró relación significativa entre resistencia y uso de antimicrobianos en 47 ocasiones (6%). Los antibióticos más utilizados fueron amoxicilina-ácido clavulánico (23%), penicilinas de amplio espectro (22%) y macrólidos (20%). Se apreció un descenso en el uso de antimicrobianos durante el período de estudio.

**Conclusiones:** Los datos del Proyecto ViRESIST permiten disponer de información local y actualizada de las resistencias en pediatría y del uso de antimicrobianos. Esta información es útil para orientar la terapia empírica. El bajo número de aislamientos en pediatría sólo permitió objetivar matemáticamente la relación entre resistencia y uso de antimicrobianos en el 6% de los casos.

### UTILIDAD DE UN REGISTRO DE RESULTADOS MICROBIOLÓGICOS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA

M. Macho Díaz, N. Trebolazabala Quirante, E. Mora González, B. Azcunaga Santibáñez, A. Fernández Landaluze y M. Vázquez Ronco

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

**Introducción:** El registro de todas las llamadas telefónicas realizadas desde urgencias de pediatría (UP) para comunicar un resultado de microbiología, que estaba pendiente tras una consulta en UP, es otra de las actividades asistenciales que debemos realizar. Con el se pretende tener controlados todos los resultados y que no quede ningún episodio de urgencias pendiente de diagnóstico o tratamiento definitivo.

**Objetivo:** Conocer el rendimiento y utilidad que hemos encontrado en nuestro registro de llamadas microbiológicas.

**Material y método:** Estudio descriptivo del total de llamadas telefónicas realizadas desde UP para comunicar un resultado microbiológico entre el 1 de octubre de 2003 y 31 de enero de 2004.

**Resultados:** Se realizaron un total de 470 llamadas en los 16 meses de funcionamiento del registro (media 29,4/mes). Por sexo: 297 (63,2%) fueron llamadas para comunicar resultados en niñas. Por tipo de cultivo: urocultivo 282 (60%), frotis faríngeo 140 (29,8%), hemocultivo 11 (2,3%), cultivo LCR 3 (0,6%). Comunicación de serologías, cultivos periféricos, etc. 34 (7,2%). Por sexo:

	Niñas	Niños
Urocultivo	213 (75,5%)	69 (24,5%)
Frotis faríngeo	62 (44,3%)	78 (65,7%)
Hemocultivo	7 (63,6%)	4 (36,4%)
Cultivo LCR	1 (33,3%)	2 (66,7%)
Otros cultivos	14 (41,2%)	20 (58,8%)

La media de días desde la recogida del cultivo y la llamada telefónica fue de 3,3 días (1-10). La indicación dada a los padres fue por tipo de cultivo:

	<i>Suspender ATB</i>	<i>Inicio de ATB</i>	<i>Volver a UP</i>	<i>No cambios</i>
Urocultivo	208 (74%)	28 (10%)	4 (1%)	42 (15%)
Hemocultivo	0	1 (9%)	3 (27%)	7 (64%)
Frotis faríngeo	6 (4%)	121 (87%)	0	13 (9%)
Cultivo LCR	0	0	1 (33%)	2 (67%)
Otros cultivos	3 (9%)	19 (56%)	0	12 (35%)

**Conclusiones:** El registro de resultados microbiológicos es una herramienta útil para el seguimiento total del niño hasta su diagnóstico definitivo. La mayoría de las llamadas realizadas fueron para suspender el tratamiento ante un urocultivo negativo e iniciarlo por un frotis faríngeo positivo.

### HEMOCULTIVOS EN URGENCIAS: DESCRIPCIÓN DE ASPECTOS DEMOGRÁFICOS, CLÍNICOS Y ANALÍTICOS EN UN PERÍODO DE SEIS MESES

I. Marsinyach Ros<sup>1</sup>, E. Cidoncha Escobar<sup>1</sup>, J. Adrián Gutiérrez<sup>1</sup>, C. Iglesias Fernández<sup>1</sup>, C. Merello Godino<sup>1</sup> y M. Rodríguez<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Sección de Urgencias de Pediatría. <sup>2</sup>Servicio de Microbiología. Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid. España.

**Introducción y objetivos:** La obtención de muestras de hemocultivo es una práctica muy común en servicios de urgencias. En la población pediátrica, la fiebre es un problema frecuente y aunque en la mayoría de los casos se atribuye a infecciones virales, las bacteriemias son responsables del 3-5% de los episodios; la obtención de hemocultivos es la prueba de elección para descartar bacteriemia. Se plantea una descripción del contexto epidemiológico, clínico y analítico de los hemocultivos obtenidos en un servicio de urgencias pediátricas.

**Material y métodos:** Se realiza revisión retrospectiva de los registros de urgencias de pacientes de los que se obtuvo hemocultivo entre los meses de junio a diciembre de 2004, ambos inclusive. Análisis descriptivo de los datos.

**Resultados:** Se incluyeron 1.026 pacientes (37,3% varones), con edades comprendidas entre los 3 días y los 16 años, a los cuales se les había realizado un hemocultivo en el período de estudio. La distribución por rangos de edad fue: 5,36% menores de un mes, 12,8% entre 1-3 meses, 46,9% entre 3-36 meses y 34% por encima de esa edad. Respecto a los motivos de consulta iniciales, la fiebre fue el más frecuente (78,8%); los síntomas asociados más prevalentes fueron vómitos (73%), síntomas respiratorios (14,6%), vómitos y diarrea (8,57%), exantema (5,8%) y convulsiones febriles (2,2%). El 25,6% de los niños presentaba aumento del recuento leucocitario o de proteína C reactiva como criterios analíticos de riesgo de bacteriemia; de ellos el 2,2% presentó un hemocultivo con recuento significativo. Los diagnósticos al alta más frecuentes fueron: síndrome febril (22%), foco ORL (11,2%), gastroenteritis aguda (12,2%), neumonía (3,8%), bronquitis (1,85%), infección del tracto urinario (5,5%), convulsión febril (4,1%) y otras patologías (10%). El 31,48% de los pacientes precisaron ingreso hospitalario. El porcentaje de positividad de los hemocultivos fue del 0,01%.

**Discusión:** La positividad de hemocultivos en cuadros febriles de nuestra muestra (1,2%) es inferior a la referida en la lite-

ratura (3-5%); la positividad aumenta al seleccionar los pacientes con factores de riesgo analíticos de bacteriemia (2,2%). Llama la atención que el 21,3% de los pacientes incluidos no presentaban fiebre. Su rentabilidad diagnóstica es baja pero es la técnica de elección para descartar bacteriemia en los procesos febriles de la infancia.

### RENTABILIDAD DE LOS HEMOCULTIVOS REALIZADOS EN URGENCIAS EN UN HOSPITAL TERCIARIO EN UN PERÍODO DE DOS AÑOS

E. Gembero<sup>1</sup>, T. Molins<sup>1</sup>, B. Solís<sup>1</sup>, M. Herranz<sup>1</sup>, E. Bernaola<sup>1</sup> y L. Torroba<sup>2</sup>

Servicios de <sup>1</sup>Pediatría y <sup>2</sup>Microbiología. Hospital Virgen del Camino. Pamplona. España.

**Antecedentes y objetivos:** Las recomendaciones para realizar hemocultivos son muy dispares en los distintos servicios de urgencias, lo que posiblemente influye en las diferencias interhospitalarias en su rentabilidad. El objetivo primario de este trabajo es evaluar la rentabilidad de nuestros hemocultivos con el protocolo actual y el secundario es describir los hemocultivos positivos.

**Material y métodos:** Las indicaciones de hemocultivo en nuestro servicio incluyen: Síndrome febril sin foco (con afectación del estado general; o con buen estado general si > 39,5 °C rectal en niños de 0 a 36 meses o fiebre > 3 días independientemente de la edad), neumonías (si fiebre y radiología con condensación > 3 cm), y todas las infecciones bacterianas potencialmente severas. Del 1 de enero de 2002 al 31 de diciembre de 2003 se cuantifican las urgencias, hemocultivos realizados y resultados. Entre los hemocultivos positivos se analizan: germen, antibiótico previo, edad, sexo, tiempo de evolución de la fiebre, analítica, diagnóstico, tratamiento y evolución.

**Resultados:** Del 1 de enero de 2002 al 31 de diciembre de 2003 se atendieron 78.050 urgencias y se realizaron 1.953 hemocultivos (2,5%). Se aislaron gérmenes en 200, de los que 163 (8,3%) eran contaminantes. Fueron positivos 37 hemocultivos (1,89% del total): 11 neumococos, seis meningococos, cuatro *S. aureus*, tres *S. agalactiae*, tres *E. coli*, dos *H. influenzae*, dos *Salmonella*, dos *S. viridans*, dos *S. pyogenes* y dos *S. faecalis*. Habían recibido tratamiento antibiótico previo cuatro. La edad media eran 33 meses (DE: 42,7) y el 72,9% eran menores de 3 años. La evolución media de la fiebre fue de 36,97 h (< 12 h 17/37 casos, 12-24 h 3/37 y > 24 h 17/37). Los signos analíticos de infección bacteriana fueron: más de 15.000 leucocitos en 18/37, menos de 5.000 en 3/37, más de 10.000 neutrófilos totales 15/37 y PCR > 3 en 23/37. Los diagnósticos fueron: ocho sepsis, ocho bacteriemia oculta, cuatro pielonefritis, cuatro neumonía, cuatro varicela complicada, tres gastroenteritis, dos meningitis, uno osteomielitis, uno artritis, uno celulitis y uno otitis bacteriémica. Recibieron antibioterapia 34, una niña falleció, un caso curó con secuelas y el resto evolucionaron bien.

**Conclusiones:** Baja rentabilidad de los hemocultivos (1,8%) con nuestra actual pauta. El germen más frecuente ha sido el neumococo, como está descrito en la literatura especializada.

Los diagnósticos más frecuentes han sido bacteriemia oculta y sepsis. El alto porcentaje de hemocultivos contaminados plantea la necesidad de revisar la extracción y procesamiento de las muestras en nuestro servicio.

### SEROLOGÍAS EN URGENCIAS: UTILIDAD, RENDIMIENTO Y ESTADO DE LA CUESTIÓN

H. Corral Barea, O. Gutiérrez Urbón, F. Ferrés Serrat, F. Salvá Armengot, J.L. Pérez Saenz y J.M. Román Piñana  
Servicios de Pediatría y Microbiología. Hospital Son Dureta.  
Palma de Mallorca. España.

**Introducción:** Los estudios serológicos (ES) forman parte de las rutinas diagnósticas de muchas entidades. Además no es infrecuente su uso ante procesos presumiblemente infecciosos y de etiologías incierta. Son pruebas muy solicitadas, de indudable valor diagnóstico en determinadas entidades, pero cuyo uso excesivo y no razonado tiene escaso rendimiento y puede conducir a una mayor confusión diagnóstica.

**Objetivos:** 1) Conocer las entidades en que se han solicitado serologías desde urgencias. 2) Conocer las determinaciones serológicas (DS) solicitadas. 3) Conocer el rendimiento diagnóstico de los ES solicitados. 4) Establecer perfiles de serologías para las patologías más prevalentes en que esté indicado el ES.

**Metodología:** Revisión retrospectiva de las historias de menores de 15 años con ES practicados en urgencias desde marzo a diciembre de 2004.

**Resultados:** 333 ES con un total de 1.460 DS de hasta 35 gérmenes distintos. Patologías estudiadas: síndrome febril, síndrome constitucional, convulsión, adenopatías, Kawasaki, artritis, Schönlein-Henoch, púrpura trombocitopénica idiopática, eritema nudoso, exantema/escarlatina, neumonía, bronquitis/asma, síndrome pertusoide, estomatitis, faringoamigdalitis/mononucleosis, parotiditis, anemia, plaquetopenia, pancitopenia, leucemia, insuficiencia renal, sepsis, tics/distonías, ataxia, hematuria, meningitis, cefalea, abdominalgia, hepatomegalia, picadura garrapata, hepatitis, varicela, mialgia/miositis, noma, pinchazo jeringuilla y abuso sexual. Se ha repetido ES en 32 pacientes. El ES ha dado criterios serológicos diagnósticos en 47 casos (5 de ellos por viraje en el segundo ES) que corresponden a: virus de Epstein-Barr 28, *Rickettsia conorii* cinco, *Mycoplasma pneumoniae* cinco, *Chlamydia pneumoniae* cuatro, *Legionella pneumophila* una, Parvovirus B-19 uno, VRS uno, herpes virus uno, *Leishmania donovani* uno, virus hepatitis B uno, *Plasmodium falciparum* uno, herpes virus uno y virus de la varicela-zóster uno. Se han detectado cuatro posibles coinfecciones.

**Comentarios y conclusiones:** 1) Se constata un escaso rendimiento global de los ES, muchas DS sin ningún resultado diagnóstico y muy escasas extracciones de segundas muestras. 2) Debe conocerse bien el valor diagnóstico de las distintas DS para su adecuada indicación e interpretación. 3) Debemos ajustar más las DS solicitadas, preferentemente a través de perfiles

previamente protocolizados. 4) En determinadas entidades es aconsejable protocolizar perfiles escalonados (uno o pocos ES iniciales y añadir según evolución).

### UTILIDAD DE LOS COPROCULTIVOS EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA HOSPITALARIO

I. Delgado Pecellín, M.A. González Marín, M.T. Alonso Salas, M. Taguas-Casaño, J. Cano Franco y M. Loscertales Abri  
Servicio de Cuidados Críticos y Urgencias. Hospital Infantil Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

**Objetivos:** Estudiar la utilidad de los coprocultivos en un servicio de urgencias de pediatría hospitalario.

**Material y métodos:** Se recogieron los coprocultivos cursados en el Servicio de Urgencias de Pediatría del Hospital Virgen del Rocío de Sevilla durante los meses de junio y julio de 2004, y se revisaron los datos de la historia clínica de los niños con gastroenteritis que ingresaron en observación.

**Resultados:** Se atendieron en urgencias de nuestro hospital 11.524 niños, el 6,1% ingresó en observación, de los que el 14% fueron diagnosticados de gastroenteritis. Del total de niños dados de alta, se solicitó coprocultivo ante la existencia en niños menores de un año, de deposiciones claramente patológicas, o con evolución desfavorable, sin criterios de ingreso. De ellos resultaron positivos un 47,95%, de los que el 50% lo eran a *Campylobacter jejuni*, el 47,22% a *Salmonella enteritidis*, y el 2,78% a Rotavirus. Los niños que ingresaron en observación por gastroenteritis lo hicieron por: afectación del estado general, con signos de infección bacteriana grave, o por necesidad de fluidoterapia: deshidratación o vómitos incoercibles. En todos ellos se solicitó coprocultivo. En el grupo de los niños ingresados en observación, fueron positivos los coprocultivos en un 34,29%, y de ellos el 75% lo era a *S. enteritidis*, el 16,67% a Rotavirus y sólo el 8,33% era positivo a *C. jejuni*. La edad de los niños ingresados por gastroenteritis fue de 1 mes-1 año en el 45,24%, entre 1 y 4 años el 21,43%, mayores de 4 años 33,33%. La mayoría de los niños estuvieron ingresados de 24 a 48 h (45,73%), y requirieron ingreso en planta por evolución desfavorable el 31,59%. Recibieron antibioterapia empírica el 19% del total de niños, todos fueron trasladados a planta. De ellos el 50% tenían coprocultivo positivo a *Salmonella*, el resto era negativo. La presencia de dolor abdominal, leucocitosis e historia familiar se relacionó directamente con la positividad a *Salmonella*.

**Conclusiones:** 1) En nuestro medio la mayoría de las gastroenteritis con positividad en el coprocultivo, que no necesitaban ingreso se debieron a *C. jejuni* y salmonella enteritidis. 2) La *S. enteritidis* se relaciona directamente con una peor evolución: cuadro séptico, deshidratación o persistencia de los síntomas. 3) Creemos que en la mayoría de los casos no está indicado realizar un coprocultivo porque no va a modificar nuestra actitud terapéutica, excepto en casos de cuadro séptico o evolución desfavorable.