

IX Reunión Anual de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría

Bilbao, 6-8 de mayo de 2004

ORALES

ENFERMEDAD DE KAWASAKI: PRESENTACIÓN CLÍNICA Y EVOLUCIÓN

C. Montero Luis, M.C. Amigo Bello, M. de la Torre Espí y J.C. Molina Cabañero

Urgencias de Pediatría. Hospital Niño Jesús. Madrid. España.

Objetivo: Describir los aspectos epidemiológicos, clínicos y terapéuticos de los pacientes diagnosticados de enfermedad de Kawasaki (EK) en el servicio de urgencias de nuestro hospital entre los años 1996-2003.

Material y métodos: Se revisaron las historias clínicas de los pacientes diagnosticados de EK en el hospital Niño Jesús durante el período de enero de 1996 a diciembre de 2003.

Resultados: Fueron diagnosticados de EK en ese período 28 pacientes, 17 niños (60%) y 11 niñas (40%); edad media: 2 años 8 meses (3 meses-8 años y 8 meses).

Las manifestaciones clínicas que se encontraron fueron: fiebre (> 5 días) al ingreso en 15 niños, y apareció en su evolución en otros 11; exantema, que estaba presente en 25 pacientes en el momento de la consulta y apareció posteriormente en dos; conjuntivitis, presente al ingreso en 24 y en 2 niños apareció en los días siguientes; afectación oromucosa presente al ingreso en 26 pacientes; afectación palmoplantar presente 14 niños al ser ingresados y posteriormente en otros 10 y adenopatías estaban presentes al ingreso de 13 pacientes y fue detectada en su evolución en uno más.

Datos de laboratorio: aumento de reactantes de fase aguda: plaquetas (65%), velocidad de sedimentación globular (VSG) (81%), o proteína C reactiva (PCR) (57%); elevación de transaminasas (60%). Análisis de orina en 17 niños, normal en 13 (76%), en el resto: piuria, con hematuria en uno.

Todos los pacientes recibieron tratamiento con gammaglobulina intravenosa y ácido acetilsalicílico (AAS). Tres pacientes presentaron complicaciones secundarias al tratamiento con gammaglobulina: dos desarrollaron reacción anafiláctica que obligó a suspender el tratamiento. El tercer paciente mostró hipotensión transitoria que desapareció al suspender temporalmente la perfusión.

El estudio cardiológico resultó patológico en 7 niños (30%): 6 dilataciones aneurismáticas de las arterias coronarias y una insuficiencia cardíaca congestiva (ICC) en un lactante de 18 me-

ses que se manifestó con fiebre e ICC. En uno de los pacientes se observó asimismo un derrame pericárdico leve.

Presentaron complicaciones extracardíacas 3 niños: meningitis aséptica, dilatación leve de la vesícula biliar y artritis reactiva que necesitó reingreso por imposibilidad para la marcha.

Comentarios: 1. El número de niños diagnosticados de EK en nuestro servicio de urgencias es de 3,5 casos/año (media), con dos picos de incidencias en 1997 y 2003. 2. La EK debe plantearse dentro del diagnóstico diferencial en el caso de un paciente con fiebre, exantema y afectación de la mucosa oral o conjuntival. 3. La fiebre menor de 5 días, si existe un cuadro clínico compatible con la enfermedad, no debe excluir el diagnóstico.

ESTUDIO CLÍNICO-MICROBIOLÓGICO DE CORTE EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

C. Rodríguez Dehli^a, R.P. Arias Llorente^a, M. Costa Romero^a, L. Somalo Hernández^a, M. Villar^b L. Villa^b, S. Melón^b y J.L. Fanjul Fernández^a

^aDepartamento de Pediatría. ^bServicio de Microbiología. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. España

Introducción: Las infecciones respiratorias son un motivo de consulta frecuente en urgencias pediátricas (UPED) en otoño-invierno, siendo difícil valorar la actitud que se debe seguir, pues frecuentemente se ven con poco tiempo de evolución, puntualmente y sin conocer su evolución posterior.

Objetivos: Conocer la prevalencia viral y bacteriana en la población pediátrica asturiana, analizando la relación clínico-terapéutica-microbiológica.

Métodos: Estudio de corte clínico-microbiológico de 24 h de los casos atendidos en UPED de nuestro hospital el 20 de octubre de 2003, recogiendo cultivos faríngeos y nasales para virus y bacterias.

Resultados: Acudieron 72 niños, recogiendo cultivos en 70 casos (< 2 años [25,7%], 2-5 años [48,7%], ≥ 6 años 28,6%). Presentaron síntomas respiratorios 52 niños (75%), 43 fiebre, 21 vómitos, ocho diarrea, siete cefalea. Fueron positivos el 31,4% de los cultivos virales nasales (todos influenza A) y el 34,3% de los faríngeos (28,6% Influenza A, resto adenovirus, virus respiratorio sincitial y virus del herpes simple). La prevalencia bacteriana en cultivos nasales fue elevada (73%): *B. catarrhalis*, 19; *S. pneumoniae*, 14; *S. aureus*, 11; *H. influenzae*, 7; mientras en exudado faríngeo sólo 14,3% fueron positivos:

S. pyogenes, 6; *S. pneumoniae*, 3; *B. catarrhalis*, 1. Se diagnosticaron 16 infecciones respiratorias de vías altas aislándose en nueve Influenza A; seis síndromes gripales, dos con Influenza A, mientras que de los 27 niños en los que se aisló Influenza A sólo 14 (52%) tenían síntomas respiratorios. En el 67% de los síndromes febriles se aislaron virus respiratorios (IA y adenovirus). Estaban recibiendo antibióticos 11 casos (7 con amoxicilina), 6 casos con cultivo bacteriano negativo. Se pautaron antibióticos en 8 casos (uno cefalosporina + vancomicina profilácticos, tres amoxicilina, uno amoxicilina-clavulánico, tres macrólidos), seis con cultivo bacteriano positivo (tres *S. pneumoniae* y tres *B. catarrhalis*), siendo tres neumonías, una otitis, una sinusitis, dos bronquitis y una perforación ocular.

Conclusiones: La elevada prevalencia de Influenza indica que el estudio se realizó en período de máxima incidencia de gripe. Su detección en niños sin síntomas respiratorios sugiere que los niños es un reservorio importante. Alto índice de cultivos positivos bacterianos positivos, aunque en muchos casos no se relacionó con patología. El amplio empleo de antibióticos puede dificultar el diagnóstico microbiológico. La terapéutica antibiótica pautada en UPED se correlacionó mayoritariamente con los hallazgos microbiológicos.

IMPACTO DE LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA (PCR) PRESENCIADA EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA (UP): SITUACIONES CLÍNICAS

J. Bosch Castells, E. Castellarnau Figueras, M. Jiménez Ximenis, E. Perera Martínez, C. Valldepérez Baiges y X. Allué Martínez
Servicio de Pediatría. Hospital Universitari de Tarragona Joan XXIII.
Tarragona. España.

Fundamento y objetivo: La PCR presenciada es poco frecuente en UP. Suele ser resultado final de un progresivo deterioro de las funciones respiratoria y/o circulatoria. Aunque tiene mejor pronóstico que la no presenciada, la coexistencia de otros factores puede influir en éxito de la reanimación. Creemos interesante mostrar diferentes situaciones clínicas que pueden conducir a PCR para aprender a reconocer precozmente los signos que la anuncian y evaluar los factores relacionados con mal pronóstico.

Observaciones clínicas: Presentamos 6 casos, 4 niñas y 2 niños, con edades entre 16 días y los 11 años 9 meses. Como antecedentes destacan: Hirschsprung poscirugía reciente, PCI y epilepsia, síndrome de Down y cardiopatía congénita compleja. Los signos de PCR inminente son: hiporreactividad (6 casos), hipoperfusión (6 casos) y bradicardia progresiva (4 casos). La forma de presentación clínica es como insuficiencia respiratoria o circulatoria (3 casos, respectivamente). La PCR se presenta en bradicardia (3 casos), asistolia (2 casos) o fibrilación ventricular (1 caso). Se realiza reanimación cardiopulmonar (RCP) avanzada en todos los casos, entre 5 y 45 min. La evolución es desfavorable con muerte en 4 casos. Los diagnósticos finales son: enterocolitis por megacolon tóxico y shock hipovolémico-séptico, bronconeumonía bilateral con fracaso respiratorio, miocarditis viral y shock cardiogénico, episodio aparentemente letal con estudio de muerte súbita negativo, oclusión de fístula subclavia-pulmonar y shock cardiogénico, y por último, bronquiolitis por

virus respiratorio sincitial. Hemos valorado como factores de mal pronóstico: deterioro clínico previo (1 punto); parada cardíaca (1 punto); ausencia de pulso palpable al ingreso (1 punto); necesidad de más de 2 dosis adrenalina (1 punto); mecanismo desencadenante, insuficiencia circulatoria (IC) y/o respiratoria (IR) que requiere ventilación, masaje y adrenalina (3 puntos), IC y/o IR que requiere ventilación y masaje (2 puntos), o IR que sólo requiere ventilación manteniendo el pulso y el ritmo cardíaco (1 punto). Los valores de las puntuaciones de mal pronóstico han sido: 6, 3, 5, 1, 7 y 3 puntos, sobre un máximo posible de 7.

Comentarios: 1. Los niños que requieren reanimación presentan una elevada mortalidad aunque la parada sea presenciada. 2. La evolución de la PCR se relaciona con una conjunción de factores de mal pronóstico. 3. Son signos de alarma de PCR inminente: bradicardia progresiva, hipoperfusión periférica, letargia y/o disminución de respuesta al dolor.

FACTORES QUE IDENTIFICAN EN URGENCIAS LOS NIÑOS CON NEUMONÍA SUSCEPTIBLES DE ALTA PRECOZ TRAS UNAS HORAS EN OBSERVACIÓN

E. Astobiza Beobide, C. García Escudero,
B. Azkunaga Santibáñez, A. Fernández Landaluce,
J. Benito Fernández y S. Mintegi Raso

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

Introducción: Cerca del 80% de las neumonías diagnosticadas en nuestro servicio de urgencias se manejan ambulatoriamente y el 4% ingresa directamente en planta. El resto permanece unas horas en la unidad de observación de urgencias (UOU) y, de estos últimos, algo más de la mitad pueden completar el tratamiento de manera ambulatoria, evitándose estancias prolongadas en el hospital.

Objetivo: Identificar si, en el grupo de niños diagnosticados de neumonía y que precisan permanecer unas horas en la UOU, existen factores a la llegada a urgencias que permitan identificar aquellos susceptibles de un manejo ambulatorio posterior.

Pacientes y método: Estudio caso-control retrospectivo de 112 pacientes con neumonía que, en 2003, precisaron ingreso en observación. Posteriormente, 56 precisaron ingreso en planta (grupo A) y 56 fueron manejados ambulatoriamente (grupo B).

Resultados: A la llegada a urgencias, los pacientes de ambos grupos no presentaron diferencias de edad, sexo, vómitos o temperatura.

Los pacientes con tiraje en la exploración inicial precisaron ingreso con mayor frecuencia que los que no presentaban dificultad respiratoria (57% frente a 28%, $p = 0,008$).

Los pacientes del grupo B presentaron al llegar a urgencias una saturación de oxígeno (SaO_2) media significativamente superior a la del grupo A ($96,3 \pm 1,9$ frente a $94,5 \pm 3,2$, $p = 0,001$). El 63,8% de los pacientes con $\text{SaO}_2 \geq 97\%$ fueron tratados ambulatoriamente frente al 39,3% de los que presentaban una $\text{SaO}_2 < 97$ ($p = 0,01$). El 80% de los niños con SaO_2 inicial $< 94\%$ precisaron ingreso en planta.

Los resultados analíticos (número de leucocitos, cayados, proteína C reactiva [PCR], sodio, urea y creatinina) no mostraron diferencias en ambos grupos.

Conclusiones: En la valoración inicial de los niños diagnosticados de neumonía y que precisan permanecer unas horas en la UOU, los parámetros clínicos y la SaO₂ tienen un valor superior a las pruebas complementarias de cara a identificar aquellos susceptibles de un alta hospitalaria precoz.

UTILIDAD DE LOS ESTUDIOS VIROLÓGICOS DE SECRECIONES FARÍNGEAS EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS NEUMONÍAS

J.A. Gil Sánchez^a, F. Ferrés Serrat^a, J. Reina Prieto^b,
A. Costa Ballesteros^a y J.M. Román Piñana^a

Servicios de ^aPediatría y ^bMicrobiología. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca. España.

Introducción: Los cultivos virológicos de secreciones faríngeas han contribuido a aumentar el número de neumonías con agente causal identificado. Los tests virales de diagnóstico rápido pueden suponer un cambio en las estrategias diagnósticas y terapéuticas ante un niño con neumonía.

Objetivos: 1. Conocer la contribución de los estudios virológicos de secreciones faríngeas al diagnóstico etiológico de las neumonías. 2. Conocer la sensibilidad y especificidad de los tests virales de diagnóstico rápido. 3. Conocer el perfil clínico, analítico y radiológico de las neumonías virales.

Metodología: 1. Incorporación de los test de diagnóstico rápido del virus respiratorio sincitial (VRS) y del virus Influenza al protocolo diagnóstico de las neumonías en el período invernal. 2. Revisión de los casos de neumonía desde el 1 de noviembre de 2003 al 29 de febrero de 2004. 3. Exclusión de los casos de neumonías en niños con bronquiolitis clínicamente evidente.

Resultados: 33 casos analizados. 17 (51,5% del total) tuvieron un cultivo viral positivo: 9 VRS, 6 virus Influenza A (VIA) y 2 adenovirus. Del grupo de neumonías virales demostradas (17) había 12 varones y 5 mujeres. La edad media fue de 2 años y 8 meses, con rango de edad entre 11 días y 8 años y medio. Los test de diagnóstico rápido fueron positivos en 10 niños (58,8%): VRS, 8 (8 de 9) y VIA, 2 (2 de 6). No hubo ningún falso positivo. Presentación clínica: síntomas catarrales con tos 17 de 17 (100%), fiebre 16 (94,1%), buen estado general 12 (70,5%). Tres niños presentaron otitis media aguda (OMA) asociada. Recuento leucocitario: media de 9.980/ μ l, con rango de 4.300 a 19.900. Neutrófilos: media de 6.327/ μ l con rango de 1.932 a 11.144. Proteína C reactiva (PCR): media de 3,4 mg/dl, con rango de 0,4 a 9,6. Radiografía de tórax: en 5 casos infiltrados bilaterales y en 12 condensación focal. En ningún caso derrame pleural. Ingresaron 8 niños (47,1%). Dos niños (que precisaron hospitalización) no recibieron tratamiento antibiótico, siendo su evolución favorable.

Comentarios y conclusiones: 1. Elevada rentabilidad diagnóstica de los cultivos virales de secreciones faríngeas. 2. Especificidad del 100% y aceptable sensibilidad de los tests de diagnóstico rápido. 3. Si buen estado general, no OMA asociada y fiebre < 39,5 °C, con un test rápido positivo pueden ob-

viarse otras pruebas y debe considerarse no iniciar antibioterapia.

ASMA DE RIESGO VITAL (ARV): IDENTIFICACIÓN DE FACTORES ASOCIADOS Y DE PACIENTES CON PERFIL DE ALTO RIESGO

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

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

Objetivos: Detectar factores relacionados con riesgo de muerte por asma mediante evaluación de enfermos que sobrevivieron a una crisis casi mortal, para establecer un perfil común que permita identificar pacientes de alto riesgo.

Material y métodos: Estudio retrospectivo (1998-2003) pacientes con criterio ARV (exacerbación grave asmática, hipercapnia y/o acidosis respiratoria, independientemente de necesidad o no de ventilación mecánica, y/o parada respiratoria). Se recogen variables epidemiológicas y relacionadas con mortalidad por asma. Para identificar mayor riesgo de muerte se consideran factores: clínica asma sin diagnóstico previo, síntomas intercrisis, hospitalización y visitas urgencias, control, automanejo, uso FEM, corticoides inhalados, infratratamiento y cumplimiento. Se analiza número total de factores, relación con edad, clínica, evolución, y asociación entre ellos. Los datos se registran en una base datos Microsoft® Excel y se analizan con el programa estadístico SPSS v11.5.

Resultados: Se registran 11 casos, 7 niños y 4 niñas, edad media 8,1 \pm 4,2 años. La mayoría expuestos a tabaco y antecedentes asma y/o alergia. Fueron diagnosticados de asma el 54,5% (asma extrínseca y diversa gravedad). Cinco recibieron seguimiento por especialista y tres por pediatra. Tres llevan tratamiento de base que sólo uno cumple y cuatro están infratratados. Cuatro disponen de plan automanejo y ocho no usan FEM. No antecedentes ARV, ni precisado intubación, ni ingresos UCI. Presentan intercrisis sintomáticas un 63,6%. El 54,5% tiene alguna hospitalización por asma y el 81,8% ha acudido a urgencias el año previo. Se encuentra una mediana de cinco factores por paciente respecto a los 10 considerados de mayor riesgo. Se observa una tendencia a la agrupación de pacientes según tres perfiles de alto riesgo: *a*) mal control médico: falta automanejo y FEM e infratratamiento; *b*) ausencia tratamiento base con corticoides y aumento reagudizaciones, y *c*) mal control de su enfermedad: intercrisis sintomáticas y hospitalizaciones y/o visitas a urgencias frecuentes.

Conclusiones: 1. El factor de riesgo más frecuente para sufrir ARV son visitas frecuentes a urgencias. 2. Hay características que nos previenen sobre pacientes con crisis asmáticas más severas, pero no todas se presentan en todos ellos y por ello deberíamos considerar que toda crisis presenta potencialidad de ser fatal. 3. Es necesario prestar atención a pacientes de alto riesgo definidos: deficiente control médico, ausencia corticoides inhalados y reagudizaciones frecuentes, y enfermedad mal controlada. 4. Particular atención deberán recibir los que han padecido una crisis casi fatal por riesgo de reincidencia.

SEDACIÓN Y ANALGESIA PARA PROCEDIMIENTOS MAYORES EN UN SERVICIO DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA HOSPITALARIA

S. García González, N. Trebolazabala Quirante,
M.A. Vázquez Ronco, S. Mintegi Raso, J. Benito Fernández
y S. Capapé Zache

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

Introducción: La utilización de analgesia y sedación para procedimientos mayores en urgencias de pediatría (UP) es útil y necesaria. Quien realice estos procedimientos debe tener entrenamiento en el manejo de la vía respiratoria y conocer las propiedades farmacocinéticas y efectos secundarios de los fármacos utilizados.

Objetivo: Describir nuestra experiencia en analgesia y sedación para procedimientos en UP.

Pacientes y método: Estudio prospectivo de 19 procedimientos realizados en UP utilizando sedación y/o analgesia (analgésicos mayores vía intravenosa [IV] y sedantes vía IV), siempre con monitorización de constantes vitales. Se extraen datos del registro de analgesia-sedación de UP.

Resultados: Se realizaron 19 procedimientos entre marzo de 2003 y enero de 2004. El 57,9% en ≤ 5 años. Los procedimientos fueron cinco suturas, cuatro reducciones de fracturas, dos curas de quemaduras, dos retiradas de *Molluscum*, una toracocentesis, un drenaje de absceso, una retirada de cuerpo extraño, una reducción de hernia incarcerada, una sedación para tomografía computarizada (TC) y una exploración genital. La asociación de fármacos más utilizada fue ketamina + midazolam +/-atropina (9 pacientes, dos sin atropina), seguida de fentanilo + midazolam (5 casos). En dos se utilizó únicamente ketamina IV (reducción de fractura y cura de quemadura) y en los 3 casos restantes se utilizó midazolam IV (en uno conjuntamente con tiopental IV). No se registraron complicaciones hemodinámicas ni respiratorias, ni se precisó antídoto en ningún caso. Tres niños vomitaron, uno con clonías de una extremidad. Once niños permanecieron en la unidad de observación una media de 3 h antes del alta (límites = 1-14 h) y ocho fueron hospitalizados.

Conclusiones: 1. La introducción de pautas de analgesia y sedación para procedimientos ha sido satisfactoria. 2. Conocer una o dos combinaciones medicamentosas para la realización de estos procedimientos puede ser suficiente. 3. A pesar de utilizar asociaciones medicamentosas que pueden ocasionar depresión respiratoria, éstas parecen seguras utilizadas a las dosis adecuadas y titulando su efecto.

UTILIZACIÓN DE ÓXIDO NITROSO PARA PROCEDIMIENTOS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA

S. García González, A. Fernández Landaluce, M. Vázquez Ronco,
S. Mintegi Raso, J. Benito Fernández y S. Capapé Zache

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

Objetivo: Describir nuestra experiencia en la utilización de óxido nitroso como sedante para procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos en urgencias de pediatría (UP).

Material y métodos: Estudio prospectivo de 19 procedimientos realizados en UP entre octubre de 2003 y enero de 2004 con óxido nitroso inhalado.

Resultados: Recogimos 19 procedimientos realizados en niños con edad media de 3 años 8 meses (rango, 11 meses-13 años).

El procedimiento terapéutico para el cual más se utilizó óxido nitroso fue la reparación de heridas en 13 casos (68,4%). También se utilizó para la retirada de un cuerpo extraño en conducto auditivo externo (CAE) y de un *Molluscum* junto con analgésicos mayores y benzodiazepina intravenosa (IV). En cuatro casos lo utilizamos para procedimientos diagnósticos (una vía intravenosa [IV] para tomografía computarizada [TC], dos exploraciones genitales, una biopsia rectal).

De los 19, en 11 (57,9%) se obtuvo buena sedación, en cuatro escasa sedación (dos suturas en lengua, un cuerpo extraño en CAE y una biopsia rectal en la que se asoció midazolam intranasal) y en cuatro no conseguimos el efecto deseable (tres suturas en cara, labio y dedo, en las que se utilizó midazolam nasal y en una exploración genital que precisó sedoanalgesia IV). En los casos que fue efectivo se consiguió efecto en pocos minutos, mínimo a los 2 min y máximo a los 8 min.

Tres niños vomitaron, uno con relajación de esfínteres. En todos se administró oxígeno tras el procedimiento.

En los que se utilizó exclusivamente óxido nitroso, tras finalizar el procedimiento el tiempo medio para el alta fue 23 min (mínimo, 4-máximo, 85).

Conclusiones: 1. El óxido nitroso puede ser una alternativa útil en UP en casos seleccionados para disminuir la ansiedad y el temor que tanto nuestras exploraciones como procedimientos crean en el niño. 2. Es fácil de utilizar, rápido, con escasos efectos secundarios y recuperación prácticamente inmediata tras su retirada.

INTOXICACIONES EN SERVICIOS DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS HOSPITALARIAS: ESTUDIO PROSPECTIVO MULTICÉNTRICO

S. Mintegi y Grupo de Trabajo de Intoxicaciones de SEUP

A. Fernández (H. Cruces), J.C. Molina (H. Niño Jesús), J. Pou (H. Sant Joan de Déu), P. Vázquez (H. Gregorio Marañón), N. Clerigué, M. Herranz (H. Virgen del Camino), E. Crespo (H. Virgen de la Salud), J. Humayor (H. de Basurto), J. Alustiza (H. de Bidasoa), J. Lasarte (H. Mendaro), A. Pérez (H. Zumárraga), V. Canduela, I. Mongil (H. Laredo), I. Caubet (E. Vall d'Aran), C.A. Sánchez (H. Virgen de las Montañas), P. Fernández (Hospital Carmen y Severo Ochoa), J.L. Fanjul (H. Central de Asturias), J. Landa, J.A. Muñoz (H. Donostia), J. López Ávila (H. Universitario de Salamanca).

Objetivo: Describir las características de los episodios correspondientes a sospecha de intoxicación atendidas en un servicio de urgencias pediátricas hospitalarios (SUPH) y el manejo de las mismas.

Pacientes y método: Estudio prospectivo multicéntrico en 17 SUPH entre 1-1-2001 y 31-12-2002: encuesta epidemiológica a los acompañantes de los 2.157 pacientes menores de 18 años que consultaron por posible intoxicación y análisis de su manejo.

Resultados: La posible intoxicación supuso el 0,28% de los episodios en Urgencias (2.157/753.961). La edad media fue 55 ± 56 meses (66,99%, menores de 4 años) y 1.085 (50,3%) fueron varones. Agentes implicados: medicamentos, 1.180 (54,7%); productos del hogar, 624 (28,9%); etanol, 127 (5,9%); CO 97 (4,5%); droga ilegal, 33 (1,5%), y otros, 96 (4,4%). El princi-

pio activo más frecuentemente implicado fue el paracetamol. El tóxico varió significativamente según la edad: niños pequeños, medicamentos y productos del hogar; niños mayores y adolescentes, medicamentos, alcohol y drogas ilegales. El 61,3% de los pacientes acudió a Urgencias antes de transcurrir una hora y 224 (10,3%) recibieron tratamiento antes de llegar. 628 pacientes (29,1%) referían alguna sintomatología, fundamentalmente neurológica. A 877 (40,7%) se les practicaron pruebas complementarias. Recibieron tratamiento 1.116 (51,7%), sobre todo carbón activado, 697 (32,3%). El tratamiento varió significativamente según el SUPH. 1.798 recibieron el alta (83,3%), 327 (15,2%) ingresaron en planta y 32 (1,5%) en UCIP. La tasa de ingreso de los niños con una posible intoxicación fue significativamente superior que la del resto de los que acudieron a urgencias. Un paciente de 11 meses falleció por una intoxicación por CO. Hubo secuelas en 6: 5 estenosis esofágica y uno ceguera parcial.

Comentarios: 1. La consulta precoz de niños pequeños que ingieren accidentalmente fármacos y, menos, productos del hogar constituye la mayoría de las intoxicaciones en urgencias de pediatría. 2. Las discrepancias de manejo entre hospitales merecen una reflexión profunda de los profesionales que atienden a estos niños.

EPIDEMIOLOGÍA Y TRATAMIENTO DE LAS INTOXICACIONES QUE REQUIRIERON INGRESO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA VALL D'HEBRON (BARCELONA)

O. Segarra Cantón, A. de la Fuente Juárez, C. Mendoza Mayor, J. Fàbrega Sabaté, X. Perramón Montoliu y J. Ballabriga Vidaller
Servicio de urgencias. Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron. Barcelona. España.

Objetivo: Describir las características epidemiológicas y la necesidad de tratamiento de los niños que acuden a nuestro centro por sospecha de intoxicación aguda.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los casos de intoxicación aguda en niños de 0 a 18 años ingresados desde nuestro servicio de urgencias entre el 1 de enero de 2002 y el 31 de junio de 2003 (18 meses). Se analizan variables epidemiológicas y terapéuticas (edad, sexo, tóxico, tratamiento general y específico).

Resultados: Se computan un total de 91 pacientes, lo que supone una frecuencia del 0,16% (91/57.809) del total de urgencias, con una distribución por edades con dos picos claros de incidencia, un 61,5% (56/91) por debajo de los 4 años, accidental y sin diferencias por sexo (varones 30/mujeres 26) y un 26,4% (24/91) a partir de los 12 años, voluntario y con marcado predominio femenino (varones 7/mujeres 17). La vía de entrada es casi exclusivamente digestiva con 83/91 (91,2%), seguida de la inhalada (7,7%) y un único caso de irritación ocular (1,1%). Respecto al tóxico responsable, los medicamentos siguen constituyendo la primera causa con 59,3% (54/91), seguido de los productos del hogar con 20,9% (19/91), inhalación de CO 5,5% (5/91), alcohol 5,5% (5/91), drogas ilegales 3,3% (3/91) y productos desconocidos 5,5% (5/91). Dentro de los medicamentos un 40,7% (22/54) para la medicación de ámbito pediátrico, de ellos 63,6% (14/22) para los antitérmicos (paracetamol

9/14 [64,3%] e ibuprofeno 5/14 [35,7%]); un 40,7% (22/54) para el grupo de psicotrópicos (fundamentalmente las benzodiazepinas con 77,3% (17/22); y un 18,5% (10/54) para el resto. La relación entre benzodiazepinas/antitérmicos aumenta proporcionalmente con la edad: por debajo de los 4 años, 12/12 (relación 1:1) y por encima de los 12 años, 7/2 (relación 3,5:1). En cuanto al tratamiento, observación clínica en un 92,3% (84/91), lavado gástrico en 15,4% (14/91), inducción del vómito en 20,9% (19/91), carbón activado en 24,1% (22/91) y antídoto en 17,6% (16/91). La necesidad de hospitalización por un período superior a las 48 h se cifró en un 13,2% (12/91), aunque en el 8/12 (66,7%) fue para tratamiento psicológico, por fines autolíticos.

Comentarios: Una menor incidencia a la esperada en la relación a la bibliografía, por incidencia natural o por filtro en los centros de salud; el aumento progresivo de las benzodiazepinas como causa de intoxicación medicamentosa; y la relativa benignidad de las intoxicaciones con observación clínica y descontaminación intestinal como medidas habitualmente suficientes.

EPIDEMIOLOGÍA DE LAS INTOXICACIONES PEDIÁTRICAS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SALAMANCA EN EL PERÍODO 2002-2003

J. López Ávila, V. Cantarín Extremera, A. Rodríguez Albarrán, A. Hernández Fabián, S. Grande Báñez y M.V. Rascón Trincado
Servicio de Urgencias Pediátricas del Hospital Universitario de Salamanca. España.

Objetivo: Describir las características de las intoxicaciones atendidas en el servicio de urgencias pediátricas del Hospital Universitario de Salamanca.

Pacientes y métodos: Estudio prospectivo desde enero de 2002 a diciembre de 2003. Se recogieron un total de 133 episodios de intoxicación que solicitaron asistencia en urgencias.

Resultados: Las intoxicaciones fueron más frecuentes durante los meses de enero (12,0%), febrero (11,3%), mayo (10,5%) y junio (12,8%), siendo abril y julio los meses con menor número de casos (4,5%). La edad media de los pacientes fue de 44 ± 40 meses con una mediana de 24 meses, y fueron varones el 51,9%. Los tóxicos más frecuentes fueron los siguientes: fármacos (45,1%), productos del hogar (27,1%), monóxido de carbono (17,3%), etanol (5,3%) y drogas ilegales (metadona) (1,5%). El paracetamol estuvo implicado en el 14,3% de los episodios. Presentaron alguna clínica en Urgencias el 39,1% de los niños. Se realizaron exámenes complementarios en el 58,6% de los episodios. En cuanto a la descontaminación intestinal no se realizó en 96 casos (72,2%), y cuando se hizo ésta consistió en: carbón activado (4,5%), lavado gástrico (11,3%) o lavado gástrico más carbón activado (12,0%). El destino de los pacientes fue: alta (44,4%), observación en Urgencias (33,1%) u observación en planta (22,5%).

Conclusiones: 1. Llama la atención la alta prevalencia en nuestro medio de intoxicación por monóxido de carbono, incluso por delante de paracetamol. Por tanto, es preciso tener un alto índice de sospecha respecto a las intoxicaciones por monóxido de carbono. 2. Así mismo destaca el menor uso del car-

bón activado respecto al lavado gástrico, que no sigue las recomendaciones más actuales en el manejo de las intoxicaciones. Debemos seguir formando a los pediatras de urgencias en la importancia del carbón activado como piedra angular del tratamiento inicial de la intoxicación pediátrica.

INTOXICACIÓN POR MONÓXIDO DE CARBONO EN LA INFANCIA

A. Rodríguez Albarrán^a, S. Grande Báñez^b, A. Grande Benito^a,
J. López Ávila^a, R. González García^a y R. Páez González^a

Servicios de ^aPediatría y ^bUrgencias. Hospital Universitario de Salamanca. España.

Objetivos: Obtener información epidemiológica en nuestro medio a fin de establecer estrategias preventivas en esta potencialmente grave intoxicación accidental. Dado que puede presentarse con síntomas poco específicos, simulando otros procesos, su frecuencia está muy probablemente subestimada.

Métodos: Revisión de las historias clínicas de los casos atendidos en urgencias por esta patología durante el año 2002.

Resultados: De un total de 5.327 accidentes de niños menores de 14 años, durante el período 1 de enero al 31 de diciembre de 2002, 113 lo fueron por intoxicaciones diversas; de ellos, en 18 el agente causal de la intoxicación era el monóxido de carbono: el 15,9% de todas las intoxicaciones atendidas. El grupo de edad que más consultó con este tipo de intoxicación fueron los niños de 5 años (4 casos), distribuyéndose el resto sin una agrupación determinada en ninguna otra edad. La relación varón/mujer fue de 7/11. La mayor parte acuden en las primeras horas tras la exposición al tóxico y es frecuente la consulta acompañado de otros familiares, niños, padres, abuelos (12 casos de afectación simultánea). El origen de la intoxicación estaba en el domicilio en todos ellos. En 6 casos (33,3%) la causa de la intoxicación era el uso de braseros en las habitaciones de los niños. El resto obedecían a intoxicaciones por gas de utensilios domésticos que no estaban en perfecto funcionamiento. La distribución mensual muestra un claro predominio en los meses de invierno-primavera: diciembre 6 casos y marzo y abril con 5 casos en cada mes. La mayor parte de ellos a diferencia del global de las intoxicaciones, refieren algún tipo de síntomas clínicos (77% frente a 38,9%). En todos los casos se determina el nivel de carboxihemoglobina y se administra oxigenoterapia como tratamiento (88%). Precisan ingreso cuatro enfermos todos con niveles de COHb superiores al 35%: 43%, 40,9%, 36% y 38,9%. El resto son atendidos en urgencias donde permanecen en observación mientras se le administra el tratamiento con O₂. El 80% de todos los atendidos, son dados de alta antes de las 24 h. Un lactante de 11 meses fallece por parada cardiorrespiratoria en el servicio de urgencias.

Conclusiones: Destacar en nuestra serie el alto índice de casos atendidos (15,9% de todas las intoxicaciones) hecho que destaca al compararlo con otras series publicadas (5,23% de las intoxicaciones del estudio nacional de 2001-2002). También es importante en nuestro medio el elevado índice de intoxicaciones tras uso de braseros.

RENDIMIENTO DE UN TEST RÁPIDO ESTREPTOCÓCICO EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS

M. de la Torre Espí, G. Domínguez Ortega
y J.C. Molina Cabañero

Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Niño Jesús. Madrid. España.

Objetivo: Estudiar el rendimiento de un test rápido (TR) estreptocócico en nuestro servicio de urgencias pediátricas.

Material y métodos: Durante 10 meses (de abril 2003 a febrero 2004) se registraron 102 pacientes que consultaron en urgencias por dolor de garganta y/o exudado amigdalario y/o con sospecha de infección faringoamigdalina (IFA) estreptocócica. Tres pediatras del servicio de urgencias recogieron de forma individual los siguientes datos: edad, sexo, estación anual, fiebre > 38 °C, amígdalas congestivas o con exudado, adenopatías submandibulares dolorosas, síntomas catarrales y exantema escarlatiniforme. El cepillado faríngeo para la toma de muestras se llevó a cabo con dos torundas de forma simultánea. Una de ellas se utilizó para la extensión en una placa de agar-sangre para cultivo y las dos se introdujeron en los reactivos del TR inmunocromatográfico para la detección de *Streptococcus pyogenes* (BKL). La interpretación del test se realizó, de forma independiente, por dos de los pediatras. Posteriormente, se compararon los resultados con los cultivos correspondientes. Los datos se analizaron mediante el programa SPSS. 8.0.

Resultados: De los 102 pacientes, dos fueron descartados por problemas metodológicos. Se estudiaron 55 niños y 45 niñas. La edad media fue de 5 años y 8 meses, con una desviación estándar de 4 años. El número de cultivos positivos fue 41. La *odds ratio* para el sexo femenino fue de 0,4. Sólo hubo 2 casos de lectura discordante del TR entre los dos médicos (kappa: 0,96). La *odds ratio* para cada uno de los criterios fue de 1,8. La sensibilidad y la especificidad de la fiebre asociada a exudado amigdalario fueron del 33 y del 18%, respectivamente. El signo más específico fue el exantema (sensibilidad: 51%; especificidad: 84%). La sensibilidad del TR fue del 95%, la especificidad del 89%. La concordancia entre el TR y el cultivo tuvo una kappa de 0,83.

Comentarios: El TR puede sustituir al cultivo de exudado faríngeo en urgencias, permitiendo una administración racional de la antibioticoterapia en pacientes con sospecha de IFA estreptocócica. La asociación de fiebre y exudado amigdalario, que se trata a menudo con antibioticoterapia, no se correlaciona de forma estadísticamente significativa con la IFA estreptocócica. El exantema escarlatiniforme es el signo más específico. Es sorprendente la alta significación estadística de la diferencia por sexos, encontrando que el sexo femenino sería un factor protector frente a la IFA estreptocócica.

TRATAMIENTO DE LA FARINGOAMIGDALITIS ESTREPTOCÓCICA CON AMOXICILINA DOSIFICADA CADA 12 H

C. Freijo, L. Guerra y A. Benito

Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España.

Introducción: El tratamiento habitual de la faringoamigdalitis estreptocócica se realiza con penicilina o amoxicilina cada

8 h durante 10 días. Esta pauta de dosificación propicia el incumplimiento del tratamiento y/o el uso alternativo de antibióticos de más amplio espectro con posología más cómoda.

Objetivo: Verificar la efectividad del tratamiento con amoxicilina a 50 mg/kg/día cada 12 h.

Material y método: Se estudiaron 50 pacientes (edad media: 5,6 años; DE: 2,5; rango: 2,6-12,8) que acudieron a Urgencias de pediatría con sospecha de amigdalitis y/o escarlatina, que se confirmó mediante la positividad antigénica (inmunoanálisis enzimático). En todos los casos se realizó cultivo y antibiograma. Se inició tratamiento con amoxicilina a 50 mg/kg/día cada 12 h (dosis máxima 1.500 mg/día). La efectividad del tratamiento se evaluó por la evolución clínica favorable (desaparición de síntomas) a las 48 h de su inicio. Se realizó una revisión posterior a los 15 días para realizar control del frotis faríngeo.

Resultados: En todos los casos, la sintomatología se negativizó en las primeras 48 h de tratamiento. Así mismo, en todos los pacientes el cultivo mostró la existencia de estreptococo sensible a la amoxicilina, siendo en 49 de ellos del grupo A. El frotis de control a los 15 días se pudo realizar en 42 casos, siendo negativo en 38 de ellos (92%).

Conclusiones: En nuestro estudio se comprueba que el tratamiento de las faringoamigdalitis estreptocócicas con amoxicilina cada 12 h es igual de efectivo que la posología habitual de tres veces al día, mejorando la tasa de fracasos de tratamiento (frotis de control positivo), ya que en los casos analizados se encontró una menor tasa de portadores (10%), probablemente relacionada con un mejor cumplimiento del tratamiento.

¿ES NECESARIA LA REALIZACIÓN SISTEMÁTICA DE HEMOCULTIVOS PARA ANAEROBIOS EN PEDIATRÍA?

N. García^a, C. Ezpeleta^b, J. Ayala^a, A. Vereas^a, L. García^a y R. Cisterna^a

^aUrgencias de Pediatría y ^bServicio de Microbiología. Hospital de Basurto. Bilbao. España.

Introducción y objetivos: En los últimos años ha disminuido la incidencia de hemocultivos positivos a microorganismos anaerobios. Esto cuestiona la necesidad de extracción rutinaria de hemocultivos para crecimiento de gérmenes anaerobios, especialmente en pediatría, donde la cantidad de muestra obtenida para cultivo suele ser escasa. En el presente trabajo valoramos el rendimiento del medio anaerobio en pacientes pediátricos.

Material y métodos: Hemos revisado 3.328 hemocultivos recogidos en los 2 últimos años (2002-2003). La sangre obtenida por punción de vena periférica se inocula a partes iguales en una botella para cultivo de aerobios y otra para anaerobios. Los hemocultivos son recibidos por el servicio de microbiología que utiliza la monitorización continua para su lectura (Bactec 9240 de Becton y Dickinson). Las muestras se han mantenido en medio de cultivo entre 7 y 14 días.

Resultados: La positividad de los hemocultivos en este período es del 1,7%. En un 81,13% de los casos el crecimiento aparece en las primeras 48 h. El porcentaje de microorganismos aislados corresponde en un 59,8% a grampositivos y en un 40,2% a gramnegativos. Los gérmenes más frecuentemente ais-

lados han sido *S. pneumoniae* (37%), siguiéndole en frecuencia *E. coli* (9,38%), *S. aureus* (8,7%), *N. meningitidis* (7,17%). Durante todo este período no se aisló ningún microorganismo anaerobio.

Comentarios: 1. El procesamiento de hemocultivos únicamente en condiciones aerobias podría ser una estrategia válida, manteniéndose la recogida de cultivos anaerobios en casos seleccionados (inmunodeprimidos, mordeduras humanas, infecciones en cavidad oral e intraabdominal). 2. No podemos precisar los costes totales del procesamiento de cultivos anaerobios (el coste de cada botella es de 2,5 €, lo que en nuestro caso supone aproximadamente 3.500 €/año sólo por este concepto), pero su uso selectivo supondría una mejor utilización de los recursos económicos.

RESULTADOS DE LOS HEMOCULTIVOS PRACTICADOS EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS

A. Aguirre^a, C. Ezpeleta^b, A. González^a, J. Humayor^a, C. González^a y R. Cisterna^b

^aUrgencias de Pediatría y ^bServicio de Microbiología. Hospital de Basurto. Bilbao. España.

Introducción y objetivos: La fiebre y la bacteriemia son problemas comunes en todos los servicios de urgencia. En todos ellos es práctica rutinaria la extracción de hemocultivos para intentar documentar microbiológicamente el proceso. No obstante, su obtención es cuestionada (sobre todo en determinados procesos) por muchos autores, dado el bajo porcentaje de hemocultivos positivos que se obtienen y la poca trascendencia clínica que de ellos se deriva. Con el presente estudio pretendemos determinar la rentabilidad de los hemocultivos realizados en urgencias de pediatría, para en posteriores análisis determinar cuáles pueden ser los factores que influyen en dichos resultados e intentar mejorar el rendimiento de esta prueba.

Material y métodos: Se han revisado los hemocultivos realizados en el servicio de urgencias de pediatría durante los años 2002 y 2003. Las muestras se han obtenido por punción de vena periférica según protocolo de enfermería de nuestro centro, y se inocula a partes iguales en frascos para gérmenes aerobios y anaerobios. Los hemocultivos son recibidos por el servicio de microbiología que utiliza la monitorización continua para su lectura (Bactec 9240 de Becton y Dickinson). En todos los casos de crecimiento de algún microorganismo, el servicio de microbiología se pone en contacto con urgencias de pediatría y se decide si ese hemocultivo es positivo o falso positivo en función del germen/es aislados, el tiempo transcurrido hasta el crecimiento y el estado clínico del paciente.

Resultados: Durante los 2 años de estudio se han realizado un total de 3.238 hemocultivos. Se obtuvieron 58 positivos (1,7%), 81 falsos positivos (2,5%) y 3.099 negativos (95,7%). El 57% de los hemocultivos positivos se dio en niños con edades entre 2 y 10 años, el 21,5% entre 2 meses y 2 años y el 11,5% entre 0 y 2 meses de edad. Por síntomas de localización, la bacteriemia primaria supone el 28,5% de los casos, los cuadros respiratorios el 36,3%, los procesos urinarios el 7% y los cuadros gastrointestinales el 9,8%.

Comentarios: Los datos obtenidos en cuanto a positividad (1,7%) o falsos positivos (2,5%) están en la línea de los referidos por otros servicios de urgencia pediátricos y cumplen los estándares de calidad propuestos por la SEUP (tasa de falsos positivos < 5%). No obstante, y dado el escaso rendimiento de la prueba, deberíamos plantearnos actuaciones para mejorarlo (p. ej., volumen de sangre inoculado) o cuestionarnos su obtención en aquellos procesos en los que la actuación clínica casi nunca va a ser modificada por sus resultados (p. ej., infección urinaria).

UTILIDAD DEL TEST RÁPIDO DE INFLUENZA EN EL ESTUDIO DE LA FIEBRE SIN FOCO EN MENORES DE 36 MESES

E. Morteruel Arizkuren, E. García Ojeda, S. Capapé Zache, J. Sánchez Etxaniz, M.A. Vázquez Ronco y J. Benito Fernández

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

Objetivo: Determinar la utilidad de un test de detección rápido del antígeno de Influenza mediante enzimoimmunoanálisis, en la toma de decisiones en el lactante (0-36 meses) con fiebre sin focalidad.

Pacientes y método: Estudio prospectivo de los niños a los que se realizó el test de Influenza (BD Directigen Flu A + B®), entre los meses de noviembre y diciembre de 2003. El test se realizó en niños con edades entre 0 y 36 meses con fiebre sin focalidad, en los que previamente se decidió la realización de exámenes complementarios. Se recogió información epidemiológica, pruebas complementarias realizadas y evolución del proceso (hospitalización, antibioticoterapia, reconsulta, etc.).

Resultados: Se realizó el test a un total de 72 niños. Edad media: 7,22 ± 8 meses (8 días-36 meses). El test fue positivo para Influenza A en 28 niños (38,8%). Se compararon las variables entre los niños con resultado del test (+) y (-) (tabla 1).

TABLA 1. Resultados

	Test + (28)	Test - (44)	p
Edad (meses)	8,46 ± 10 (0-36)	6,43 ± 6 (0-32)	NS
Epidemiología familiar	16 (57,1%)	13 (29,5%)	0,02
Temperatura	39,2 ± 0,75	39,32 ± 0,8	NS
Analítica	12 (42,92%)	44 (100%)	< 0,001
Radiografía de tórax	3 (10,7%)	16 (36,4%)	0,01
Punción lumbar	2 (7,1%)	10 (22,7%)	0,07
Alta/evolución-ingreso	27/1	18/26 (2-6)	< 0,001
Antibiótico al alta-ingreso	0	17 (38,6%)	
Reconsultas	2 (7,1%)	7 (11,7%)	NS

Se siguió telefónicamente a 27 niños con resultado del test positivo, no produciéndose cambio en el diagnóstico, salvo en tres ocasiones en que se prescribió antibiótico, por presencia de otitis media como complicación. El mayor porcentaje de test positivos se objetivó cuando la tasa de incidencia de la gripe en la población general fue $\geq 200/100.000$ habitantes.

Conclusiones: Durante la epidemia gripal, conocer el resultado positivo del test de Influenza condiciona un menor número de pruebas complementarias, un menor porcentaje de ingresos y permanencia en observación y una menor administración

de antibióticos en los niños entre 0-36 meses que consultan por fiebre sin focalidad.

UTILIDAD DE LA PCR PARA ENTEROVIRUS EN EL MANEJO DE LAS MENINGITIS ASÉPTICAS

S. Hernández Bou^a, J.J. García García^a, M. Junyent^a, C. Esteva^b, C. Luaces Cubells^a y C. Muñoz-Almagro^b

Sección de Urgencias. Servicios de ^aPediatría y ^bMicrobiología. Unidad Integrada Sant Joan de Déu-Clínic. Universitat de Barcelona. España.

Objetivos: Las meningitis asépticas (MA) suelen tener un curso benigno. No obstante, debido a la falta de un diagnóstico rápido, es frecuente el manejo hospitalario de estos pacientes hasta asegurar la negatividad de los cultivos bacterianos. El hecho de disponer de una prueba que nos confirmara la etiología viral de forma rápida y fiable podría ser determinante en nuestra actuación. Una de las causas más frecuentes de MA es el *Enterovirus* (EV), para cuyo diagnóstico se ha desarrollado recientemente en nuestro hospital una técnica de detección por reacción en cadena de la polimerasa (PCR).

Material y métodos: Revisión retrospectiva de las historias clínicas de los pacientes atendidos en nuestro centro con diagnóstico de meningitis asépticas durante el año 2001. Se realiza la PCR-EV (duración 9 h) en el líquido cefalorraquídeo (LCR) en todos los casos en los que se conserva muestra. El coste de esta técnica es de 36 €. Para el análisis de costes, consideramos ingreso una estancia superior a 24 h en la unidad de estancia corta. El coste de la estancia hospitalaria es de 300 €/día.

Resultados: Se revisan 40 casos de MA, 25 niños y 15 niñas. La mediana de edad fue de 5,1 años (P₂₅: 3,9-P₇₅: 7,1). Los síntomas predominantes fueron cefalea (34 casos) y vómitos (28 casos). La mediana de la duración de la clínica fue de 24 h. Ocho niños (20%) recibieron antibiótico previo. Presentaron signos meníngeos 33 pacientes (82,5%). La mediana de leucocitos en LCR fue de 215/ μ l, con predominio de polimorfonucleares en 20 (60%). El *score* de Boyer fue igual o inferior a 2 en todos los niños excepto en tres. La estancia hospitalaria resultó superior a 24 h en 22 casos (55%). Seis pacientes (15%) recibieron tratamiento antibiótico o antiviral. De los 25 pacientes en los que se disponía de muestra de LCR para el análisis de EV, la PCR-EV fue positiva en siete (28%). No hallamos diferencias significativas en relación con los datos clínicos o analíticos entre los pacientes con PCR-EV positiva y los pacientes con prueba negativa. De los 7 casos positivos, cinco ingresaron y uno recibió tratamiento antibiótico y antiviral durante 36 h. El coste de la realización de la PCR EV en las 25 muestras fue de 900 €, mientras que los 5 días de ingreso (uno por paciente) pasadas las 24 h supusieron un coste de 1.500 €.

Conclusiones: La meningitis por EV no presenta rasgos diferenciales clínicos ni analíticos que permitan discriminarla del resto de MA. La determinación sistemática de la PCR-EV en los pacientes con el diagnóstico de MA podría suponer un cambio en el manejo al permitir un alta precoz. En cambio, la restringida indicación de tratamiento antibiótico o antiviral en nuestra muestra explica que el posible ahorro económico dependa más de la reducción de la estancia hospitalaria que de la disminución del número de dosis administradas.

INFLUENCIA DE LA PRUEBA DE DETECCIÓN RÁPIDA DEL VIRUS DE LA GRIPE EN EL MANEJO DEL LACTANTE FEBRIL

S. Segura Matute^a, J.J. García García^a, T. Juncosa Morros^b, E. Palacín Camacho^b y C. Luaces Cubells^a

^aSección de Urgencias. ^bServicio de Microbiología. Unidad Integrada Sant Joan de Déu-Clinic. Universitat de Barcelona. España.

Introducción: Las pruebas de detección rápida pueden modificar las pautas clásicas del lactante febril. Los objetivos de este estudio son determinar las características clínicas de los pacientes diagnosticados de gripe y constatar las diferencias de actuación con respecto a los pacientes con resultado negativo.

Métodos: Revisión retrospectiva de las historias de aquellos pacientes en que se solicitó una prueba de detección rápida de virus Influenza en aspirado nasofaríngeo, desde octubre a diciembre de 2003.

Resultados: Se solicitó el diagnóstico rápido del virus de la gripe en 142 pacientes. La mediana de edad fue 2,4 meses. El resultado fue positivo en 63 (44,4%). La indicación principal para solicitar la prueba fue la fiebre asociada a clínica respiratoria (62,7%), seguida de la fiebre sin foco (33,8%) y bronquiolitis por virus respiratorio sincitial (VRS) negativa (1,4%). De todos los pacientes con gripe sólo uno presentó urocultivo positivo; los hemocultivos realizados fueron negativos. Al comparar los pacientes diagnosticados de gripe con aquellos sin gripe, no se detectaron diferencias en cuanto al sexo, edad, presencia de fiebre o de síntomas respiratorios. Los pacientes con gripe tuvieron menos dificultad respiratoria (1,6% frente a 17,7%) y existía con más frecuencia ambiente epidémico en el domicilio (54% frente a 31,6%) ($p < 0,01$). No observamos diferencias estadísticamente significativas con respecto a la realización de analítica sanguínea, hemocultivo, sedimento urinario y punción lumbar. A los pacientes con gripe se les practicaron menos radiografías de tórax (30,2% frente a 51,9%) ($p < 0,01$), ingresaron menos (19% frente a 57%) ($p < 0,001$) y recibieron menos antibiótico (14,3% frente a 40,5%) ($p < 0,001$). Un resultado positivo nos ha hecho modificar nuestra pauta diagnóstico-terapéutica tradicional en un 58,7% (37/63) de los casos. En el subgrupo de 25 pacientes menores de un mes no encontramos diferencias en ningún parámetro.

Conclusiones: La detección de virus de la gripe en nasofaringe cambia con frecuencia la pauta habitual utilizada en los lactantes febriles. Dada la baja prevalencia de enfermedad bacteriana grave concomitante debe tratar de definirse si la incorporación de esta prueba en el manejo del lactante febril modificaría la pauta de actuación habitual.

PREDICTORES DE ENFERMEDAD BACTERIANA GRAVE EN LACTANTES MENORES DE 3 MESES CON FIEBRE

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

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

Objetivos: Determinar la incidencia de enfermedad bacteriana potencialmente grave (EBPG) en menores de 3 meses y establecer sus predictores clinicoanalíticos más sensibles.

Material y métodos: Se estudiaron de forma prospectiva los lactantes menores de 3 meses que ingresaron desde urgencias por fiebre. Las exploraciones complementarias, según protocolo habitual, se realizaron sistemáticamente en menores de un mes y según criterios clínicos en lactantes de 1 a 3 meses. Se solicitó la determinación de virus respiratorio sincitial (VRS) y virus Influenza en aspirado nasofaríngeo al iniciarse el período epidémico. Se determinó la presencia de enterovirus en líquido cefalorraquídeo (LCR) en los casos en que disponía de una muestra adecuada. Hemos considerado EBPG el crecimiento de un microorganismo en un líquido habitualmente estéril. Se utilizaron pruebas de T-test para variables cualitativas y χ^2 para cualitativas. Se realizó un análisis de regresión logística, con los parámetros disponibles para la mayor parte de los casos, con el objeto de identificar las variables predictoras de EBPG.

Resultados: Se incluyeron 136 pacientes (42% niñas y 57,4% niños), con una media de edad de 39,6 días. Los diagnósticos más frecuentes al alta hospitalaria fueron: 30,9%, síndrome febril autolimitado; 24,3%, infección urinaria; 17,6%, bronquiolitis VRS positiva; 7,4%, gripe. La incidencia de EBPG en el total de la muestra fue del 24,3% y de enfermedad vírica demostrada del 30,1%. De los niños con infección vírica demostrada, tan sólo dos (5%) tuvieron una EBPG. En el análisis bivariante, la PCTq $\geq 0,5$ mg/dl mostró buena capacidad predictora de EBPG (sensibilidad 100% y especificidad 77%). En el análisis de regresión logística, los predictores con significación estadística fueron el incumplimiento de los criterios de Rochester (OR: 9,3) y una proteína C reactiva (PCR) superior a 30 mg/l (OR: 7,8).

Conclusiones: La infección del tracto urinario es la EBPG más frecuente en lactantes menores de 3 meses con fiebre. La constatación de una infección viral selecciona un grupo de pacientes con menor riesgo de padecer una EBPG. La procalcitonina se apunta como el mejor predictor disponible para detectar a los pacientes de riesgo. Los criterios de Rochester y la elevación de la PCR son útiles en caso de no disponer de marcadores más sensibles.

MANEJO DE LOS SÍNDROMES FEBRILES EN MENORES DE 3 MESES DURANTE EL PERÍODO INVERNAL

E. Trillo Bris^a, F. Ferrés Serrat^a, A. Costa Ballesteros^a, J. Reina Prieto^b y J.M. Román Piñana^a

Servicios de ^aPediatría y ^bMicrobiología. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca. España.

Introducción: Los lactantes menores de 3 meses con fiebre tienen una elevada incidencia de infecciones bacterianas potencialmente graves (IBPG), aunque los virus constituyen la etiología más frecuente. En época invernal los test víricos de diagnóstico rápido pueden contribuir a identificar precozmente los niños con bajo riesgo de IBPG.

Objetivos: 1. Conocer la contribución de los cultivos víricos de secreciones faríngeas a la identificación de los agentes causales de los síndromes febriles en los menores de 3 meses en período invernal. 2. Conocer las formas clínicas de los distintos virus identificados. 3. Conocer la existencia de eventuales coinfecciones bacterianas en niños con infección viral demostrada.

4. Estudiar la utilidad de los tests virales de diagnóstico rápido en el manejo de los lactantes febriles menores de 3 meses.

Metodología: 1. Incorporación al protocolo diagnóstico de los síndromes febriles en menores de 3 meses, durante el período invernal, de los test de diagnóstico rápido en secreciones faríngeas para el VRS y virus Influenza. 2. Revisión de las historias de los menores de 3 meses con fiebre desde el 1 de noviembre de 2003 al 29 febrero de 2004.

Resultados: 20 casos revisados. Se diagnosticó infección vírica en 11 niños (55%): 6 virus Influenza A (VIA), 3 VRS y 2 virus parainfluenza 3 (VP3). Formas clínicas: bronquiolitis 1 (VRS), neumonía 1 (VRS), infecciones respiratorias de vías altas 8 (6 VIA, 2 VP3 y 1 VRS). Tres infecciones respiratorias de vías altas se asociaron a IBPG: 2 (por VP3) a infección urinaria por *E. coli* y un caso (por VRS) a bacteriemia por *S. agalactiae*. Sensibilidad de los tests de diagnóstico rápido: VIA 83,3% (5 de 6), VRS 100% (3 de 3). Ningún test rápido dio falso positivo.

Comentarios y conclusiones: 1. Tres niños con infección viral demostrada presentaron IBPG. 2. Los cultivos virales de secreciones faríngeas han presentado una elevada rentabilidad diagnóstica. 3. Los tests rápidos estudiados han tenido una elevada sensibilidad y una especificidad del 100%. 4. Estos tests constituyen un valioso elemento adicional para identificar a los niños de bajo riesgo, pero su positividad no excluye la existencia de una IBPG asociada. 5. La realización de técnicas de diagnóstico virológico a los lactantes febriles menores de 3 meses no puede implicar la no realización del resto de exploraciones complementarias contempladas en los protocolos habituales.

INFECCIÓN NEUMOCÓCICA EN LA URGENCIA PEDIÁTRICA

P. Chimenti, C. Menéndez, J. Urbano, R. Chacón,
E. Cercenado y M. Navarro

Hospital General Gregorio Marañón. Madrid. España.

Objetivo: El neumococo es una importante causa de morbimortalidad en la infancia, especialmente en menores de 2 años. Valoración del impacto de la vacuna antineumocócica heptavalente tras su comercialización en junio de 2001.

Material y métodos: Estudio retrospectivo realizado en el Servicio de Pediatría del HGUGM en un período de 5 años (enero 1999 a diciembre 2003) de los aislamientos de *S. pneumoniae*. Se recogen datos de filiación del paciente, clínica de presentación, analítica, cultivo y características del microorganismo (serotipo, resistencias).

Resultados: 197 aislamientos en 171 pacientes. Relación varón/mujer 1,53/1. Distribución de las muestras: exudados óticos (50%), aspirado bronquial/BAL (21,4%), hemocultivos (19,4%), LCR (3,6%), líquido pleural (1%) y líquido peritoneal (0,5%). El 28,9% de los niños presentaba alguna patología de base. Los síntomas de presentación más frecuentes fueron: fiebre > 39 °C, afectación del estado general, vómitos y catarro de vías altas. Precisarón ingreso el 35% de los niños. Se produjeron dos fallecimientos, 3 niños presentaron convulsiones y un niño quedó con hipoacusia neurosensorial grave. El 70% de los hemocultivos y el 85% de aislamientos en LCR fue en < 24 meses. El 55% de hemocultivos y 57% de LCR fueron serotipos incluidos en la vacuna. Los serotipos aislados más frecuentes fueron: 6 (19,8%),

19 (19,38%), 14 (16,3%) y 23 (11,2%) que corresponde al 66,8% del total de aislamientos. La resistencia a penicilina en nuestra muestra se centra en 5 serotipos incluidos en la vacuna. Tras la introducción de la vacuna hemos encontrado una disminución de la prevalencia de los serotipos vacunables sin aumento de los no vacunables.

Conclusiones: La distribución de serotipos en nuestra muestra es similar a lo publicado en la literatura. La vacuna heptavalente podría haber evitado más de la mitad de las bacteriemias y meningitis secundarias a neumococo en nuestra población.

BACTERIEMIA OCULTA POR *STREPTOCOCCUS PNEUMONIAE* EN LA INFANCIA, ESTUDIO DE 14 AÑOS

J. Pérez Sánchez, V. Pineda Solas, S. Sánchez Pérez,
R. Bou Torrent, M. Vilà de Muga e I. Loverdos Eserverri

Servei de Pediatría. Hospital de Sabadell. Institut Universitari Parc Taulí. Barcelona. España.

Objetivos: Conocer la incidencia, serogrupos causales, evolución clínica de la bacteriemia oculta por *S. pneumoniae* para establecer la necesidad y/o impacto que podría tener la nueva vacuna conjugada antineumocócica.

Material y métodos: Se evalúan en forma retrospectiva y observacional todos los niños (< 14 años) diagnosticados en nuestro hospital de bacteriemia oculta neumocócica (BON) desde enero de 1990 hasta enero de 2004, recogiendo los datos epidemiológicos, clínicos, analíticos y microbiológicos de los pacientes afectados. El Hospital de Sabadell tiene un área de influencia de 391.000 habitantes de los cuales 65.000 son menores de 15 años y 7.000 son menores de 2 años.

Resultados: Se han diagnosticado 84 casos de bacteriemia durante el período de estudio, con un mínimo de 2 casos en el año 1993 y un máximo de 9 casos en los años 1997, 1998 y 1999. La edad media fue 2 años y 2 meses con un rango de 1 mes a 9 años y 11 meses, siendo el 62% menores de 2 años y el 92% menores de 5 años. Un 70% de los casos se registraron entre los meses de octubre a febrero. El 49% se trataron a domicilio sin complicaciones. Se serotiparon 76 cepas, siendo los serogrupos más frecuentes el 18 (18 casos), el 19 (12 casos), el 6 (11 casos) y el 14 (10 casos). En menores de 2 años un 50% de cepas aisladas corresponde a los serogrupos 6 (21%), 19 (16%) y 14 (12%), mientras que en mayores de 2 años el serogrupo predominante es el 18. Un 80% de los serogrupos aislados están incluidas en la vacuna antineumocócica heptavalente. Un 40, 16 y 36% de las cepas presentaron algún grado de resistencia a penicilina, cefotaxima y eritromicina, respectivamente. El 73% de las cepas aisladas en los menores de 2 años presentaba algún tipo de resistencia. Los serogrupos que mostraron resistencias a los betalactámicos fueron el 6, 9, 14, 19, 23, todos ellos presentes en la vacuna antineumocócica heptavalente.

Conclusiones: 1. La incidencia de la BON en menores de 2 años es de 52 casos por 100.000 entre 1990 y 2003. 2. El 49% de los casos se han tratado ambulatoriamente sin complicaciones. 3. El 80% de los serogrupos causales y el 100% de los serogrupos resistentes a betalactámicos están comprendidos en la vacuna conjugada antineumocócica heptavalente.

NUEVAS PERSPECTIVAS EN EL MANEJO DE LA INFECCIÓN URINARIA EN MENORES DE UN MES: QUÉ PAPEL TIENE EL PEDIATRA DE URGENCIAS

E. Corrales Magín^a, J.J. García García^a, S. Zambudio Sert^a, J. Payeras Grau^a, A. Gené Giralt^b y C. Luaces Cubells^a

Sección de Urgencias. Servicios de ^aPediatría y ^bMicrobiología. Unitat Integrada Sant Joan de Déu-Clinic. Universitat de Barcelona. España.

Introducción: El manejo de las infecciones urinarias en niños menores de un mes presenta puntos convertidos (duración del tratamiento intravenoso, necesidad de punción lumbar y el significado de pleocitosis). Los objetivos de este estudio son comprobar la eficacia de una pauta antibiótica intravenosa (IV) corta en los lactantes por debajo del mes de vida y valorar la utilidad de la admisión de estos neonatos en unidades de corta estancia.

Métodos: Revisión retrospectiva de las historias de los lactantes menores de un mes ingresados con infección del tracto urinario (ITU) entre enero del 1997 y diciembre del 2002. Se definió pleocitosis como la presencia de más de 30 leucocitos/ μ l en líquido cefalorraquídeo (LCR).

Resultados: Se diagnosticaron 172 pacientes (147 [85,5%] de sexo masculino). La mediana de edad fue de 19 días. Consta la realización de hemocultivo en 129 de los cuales en 16 casos fue positivo. Se realizó análisis de LCR en 75 pacientes (43,9%) de los que sólo se halló pleocitosis en 5 (mediana: 40 leucos/ μ l); todos los cultivos de LCR fueron negativos. El microorganismo más frecuente fue *E. coli* (150 [87,2%]). De los gérmenes aislados en los urocultivos 102 (59,3%) fueron resistentes a ampicilina, 7 (4,1%) a amoxicilina-ácido clavulánico, 1 (0,6%) a cefotaxima y 2 (1,2%) a gentamicina. Ciento cinco pacientes (61%) se trataron con amoxicilina-ácido clavulánico y gentamicina por vía IV y 49 (28,5%) con ampicilina y gentamicina; sólo 12 (7%) con cefalosporinas por vía IV. La mediana de duración del tratamiento IV fue de 4 días (P_{25} : 3; P_{75} : 6); en los pacientes con pleocitosis de LCR la mediana fue de 5 días. El antibiótico más utilizado en la fase de continuación fue amoxicilina-ácido clavulánico por vía oral (75%). No se detectó ningún fracaso ni recaída y sólo tuvieron lugar 10 reinfecciones. De los 126 pacientes con control gammagráfico, 11 (8,7%) tenían cicatrices renales a los 6 meses.

Conclusiones: Un tratamiento intravenoso corto y continuación posterior por vía oral se ha demostrado eficaz en el manejo de las ITU en los menores de un mes. La hospitalización de los pacientes en Unidades de Corta Estancia con alta precoz se muestra actitud razonable en este tipo de enfermos.

ERRORES EN LA PRESCRIPCIÓN DE MEDICACIÓN EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA (UP)

E. Castellarnau Figueras, J. Maixé Ceballos, M. Jarrod Pàmias y X. Allué Martínez

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

Objetivos: Estimar la frecuencia, las características y los factores asociados a errores de prescripción detectados en los informes al alta de urgencias pediátricas (UP).

Material y métodos: Estudio retrospectivo de informes con prescripción farmacológica al alta en una semana. Se recogen variables epidemiológicas y 9 errores de prescripción (no constar vía administración, no constar dosificación por peso, uso nombres comerciales en lugar genéricos, no constar peso, ilegibilidad, dosificación errónea, medicación innecesaria, uso abreviaturas y prescripción en unidades galénicas en lugar unidades peso). Se analiza el número total de errores y su porcentaje en relación al total de ítems aplicables por prescripción y por paciente. Se considera prescripción con morbilidad potencial la dosificada incorrectamente por exceso y la innecesaria. Los datos se registran en la base de datos dBase y se analizan con programa estadístico SPSS v11.5.

Resultados: Se recogen 257 informes, 54,9% varones, edad media $2,7 \pm 2,7$ años. Han generado 434 prescripciones, $1,7 \pm 0,9$ por paciente. Los errores de prescripción son: vía administración (92,9%), dosificación (90,8%), nombres comerciales (90,3%), peso (52,8%), ilegibilidad (12,9%), dosis errónea (6,9%), medicación innecesaria (4,1%), abreviaturas (1,8%) y unidades galénicas (1,4%). Todas prescripciones tienen algún error, en promedio $3,8 \pm 0,9$ sobre máximo posible de 9, y $49,5\% \pm 10,3\%$ sobre total de ítems aplicables. El número errores por paciente es $6,5 \pm 4,0$, el $49,7\% \pm 9,5\%$ sobre total de ítems aplicables. No se encuentran diferencias por porcentaje de errores según prescriptor, hora, fármaco, vía ni diagnóstico. La ilegibilidad ocurre 42,7% prescripciones adjuntos y sólo 4,4% residentes. El uso nombres comerciales se asocia más a residentes (100% pediatría, 94,1% familia) que a adjuntos (88,8%), aunque sin significación. No consta dosificación en ninguna prescripción de residentes y sólo 9,3% adjuntos. Según el fármaco, existen diferencias en: dosificación incorrecta, prescripción innecesaria, no vía, uso genéricos. Se encuentran diferencias según vía administración: dosificación incorrecta, constancia vía y abreviaturas. Se detectaron 20 prescripciones con morbilidad potencial (4,6%) con diferencias significativas según el fármaco prescrito (29,8% antibióticos).

Conclusiones: El número de errores es elevado; no puede compararse por falta bibliografía en UP y puede ser debido a la búsqueda exhaustiva de errores realizada. Aunque el número de errores en un informe médico se asocia a la imagen subjetiva de calidad, el porcentaje de errores sobre los posibles es más apropiado usar como indicador de seguimiento. Es necesario validarlos, pues se desconoce la repercusión de los errores sobre la medicación realmente administrada al paciente. Es más relevante el número y porcentaje de prescripciones con morbilidad potencial.

EVOLUCIÓN DE LA DEMANDA DE ASISTENCIA PEDIÁTRICA EN URGENCIAS HOSPITALARIAS. PATOLOGÍA RESPIRATORIA

L. Arranz Arana^a, M.E. Palacios López^a, E. Zuazo Zamalloa^a, E. Moreno Arnedillo^a, C. Calvo Monge^a y J.M. Bereciartua Eizmendi^b

^aServicio de Pediatría. ^bUnidad Gestión Sanitaria. Hospital de Zumárraga. Gipuzkoa. España.

Objetivo: Estudio de la evolución de demanda pediátrica en urgencias hospitalarias. Análisis de patología respiratoria.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los datos de niños de 0 a 14 años vistos en urgencias del hospital en una zona de 90.000 habitantes con población pediátrica de rango 11.469-11.215 en los años 1997, 2000 y 2003. Se analizan las variables: número total de urgencias, ingresos y observaciones, según la diferente patología respiratoria.

Resultados: Año 1997: total de urgencias atendidas, 4.140 de los que ingresan: 434 (10,47%). Acuden por patología respiratoria 1.050 (23,36%) y precisan ingreso 122 (11,6%): asma/broncospasmo, 32,7%; bronquiolitis, 11,81%; laringitis-laringotraqueitis, 14,7%; neumonía, 24,5%; varios, 6,56%. Del total de niños que permanecieron en unidad de observación (283), por laringitis, 13,1%; asma/broncospasmo, 5,3%; bronquiolitis, 3,8%.

Año 2000: total de urgencias 5911, siendo ingresadas 377 (6,41%). De ellas presentaban patología respiratoria 1.989 (33,64%) e ingresaron 146 (7,23%): asma y/o broncospasmo, 25,3%; bronquitis, 5,4%; bronquiolitis, 23,9%; laringitis-laringotraqueitis, 0,68%; neumonía, 43,8%; *S. pertusoides*, 0,64%. Observación (376): asma/broncospasmo, 4,2%; laringitis, 3,9%; bronquiolitis, 1,5%.

Año 2003: 7.496 urgencias. El 43,1% corresponde a menores de 2 años. Ingresadas 406 (5,7%). Patología respiratoria, 2.754 (36,7%). Fueron ingresados 142 (5,1%): asma/broncospasmo, 38%; bronquitis, 9,8%; bronquiolitis, 12,6%; laringitis-laringotraqueitis, 1,4%; neumonía, 34,5%; varios, 3,7%. Observación, 416: laringitis, 13,1%; asma/broncospasmo, 15,3%; bronquiolitis, 3,1%. En el tercer período la demanda por patología respiratoria se ha incrementado el 44,79% ($p < 0,01$). La distribución de los ingresos por asma/broncospasmo, bronquiolitis y neumonía ha disminuido respecto a la demanda en urgencias.

Conclusiones: 1. Incremento significativo ($p < 0,01$) de la demanda en urgencias. 2. El aumento del número de urgencias por patología respiratoria ha sido a costa de procesos leves. 3. Hay disminución significativa ($p < 0,01$) del número de urgencias respiratorias ingresadas (asma/broncospasmo, bronquiolitis y neumonía).

ESTUDIO DE LA MORTALIDAD EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA (UP): REVISIÓN DE LA CASUÍSTICA DE 10 AÑOS (1994-2003)

J. Bosch Castells, E. Castellarnau Figueras, J. Maixé Ceballos, M. Jariod Pàmias, R. Monné Gelonch y X. Allué Martínez

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

Objetivos: 1. Comunicar los principales aspectos epidemiológicos de los niños fallecidos en UP, así como la etiología de la enfermedad fundamental y la causa inmediata de muerte. 2. Relacionar la existencia de enfermedad de base y «esperabilidad de muerte». 3. Revisar las circunstancias de la parada cardiorrespiratoria (PCR) y la práctica de maniobras de reanimación (RCP).

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo, durante el período 1994-2003, de pacientes que presentan o llegan en situación de PCR a UP, y fallecen. Se recogen: variables epidemiológicas (distribución, tasa mortalidad, edad, sexo, es-

tancia, procedencia, acceso), circunstancias de la PCR (hora, lugar, RCP), enfermedad de base, enfermedad fundamental, causa muerte y resultados de la necropsia. Los datos se registran en una base de datos Microsoft® Excel y se analizan con el programa estadístico SPSS v11.5.

Resultados: Se registran 18 casos, de 152.504 niños atendidos, 13 niños y 5 niñas, con edad media de 4,5 años, y tasa de mortalidad de 0,12%. La distribución anual es uniforme (1,8 casos/año), con mayoría de casos residentes en nuestra provincia (61,1%). La PCR sucede durante el día (77,7%) y por lo general en el domicilio (38,9%), seguido de la carretera y UP. No se realiza ninguna maniobra de reanimación en el lugar de la PCR en el 61,1% de casos, mientras que en el 33,3% se inicia con el SEM. La mitad accede en ambulancia. Se practica RCP en UP en 72,2% de los casos con una estancia media de 32,83 min. Existe enfermedad de base en 5 casos, que podría justificar la muerte en 4 casos. La enfermedad fundamental más frecuente es la traumática (50%), seguida de la respiratoria, infecciosa, cardiológica y muerte súbita. La muerte cerebral (44,4%) representa la causa inmediata de muerte más frecuente, seguida por el shock y la insuficiencia respiratoria. Se practica necropsia en 6 casos, que es concluyente para el diagnóstico de enfermedad fundamental en cuatro de ellos.

Conclusiones: 1. La tasa mortalidad se mantiene estable. 2. Existe predominio masculino. 3. La PCR sucede durante el día y en el domicilio habitual. 4. Hay un elevado porcentaje de casos en que no se practica ninguna maniobra de reanimación en el lugar del paro, por lo que es fundamental insistir en la formación en RCP de la población. 5. Cuando no se practica RCP en UP se justifica por el estado del paciente: cadáver o preagónico con enfermedad terminal. 6. La muerte suele ser inesperada. 7. La enfermedad fundamental y la causa inmediata de muerte más frecuentes son respectivamente traumatismos y muerte cerebral.

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES FRECUENTADORES EN URGENCIAS

B. Solís Gómez, M. Herranz Aguirre, N. Clerigué Arrieta, E. Gembero, B. Bermejo e I. Remírez

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

Introducción: Es un hecho conocido que existe un grupo de pacientes que sobreutilizan las urgencias, generando gran demanda asistencial. Esto puede deberse a factores como su enfermedad de base o la accesibilidad de los servicios de urgencias.

Objetivo: Conocer las características epidemiológicas de los pacientes frequentadores en urgencias.

Material y métodos: Se define paciente frequentador como aquel que consulta más de 3 veces durante un período de estudio de 3 meses (octubre-diciembre de 2003). Se recogen el número total de urgencias y de ingresos. Se analizan las consultas realizadas por pacientes frequentadores y se recogen las variables: número de urgencias, hora de consulta, número de ingresos, edad, existencia de antecedentes patológicos y población

de residencia. Se define las áreas de población según la distribución de nuestra comunidad autónoma. Se analizan los datos con el paquete estadístico SPSS y se comparan con el test de la chi cuadrado.

Resultados: Urgencias totales: 11.328; ingresos: 587 (5,1%). Urgencias frecuentadores: 973; ingresos, 69 (7%). Existen diferencias significativas en el porcentaje de ingresos ($p = 0,005$). Recogemos un total de 202 frecuentadores que consultaron: 4 veces, 124; 5 veces, 41; 6 veces, 22, y 7 o más, 15 (generaron 973 urgencias).

Características de los frecuentadores: Edad media: 2,04 (DE: 2,656) el 74,3% menores de 3 años, antecedentes patológicos: 106 casos (52,5%). El 88,6% proceden de la cuenca de Pamplona. Los pacientes sin antecedentes patológicos ingresan (16/96) significativamente menos ($p = 0,005$) que los que sí los presentan (36/106). Estos ingresos están relacionados con la patología previa en el 77,7% de los casos.

Comentarios: Los pacientes frecuentadores tienen corta edad, antecedentes patológicos con frecuencia y habitualmente residen en una zona próxima a nuestro servicio de urgencias. Requieren hospitalización con una frecuencia significativamente mayor que el resto de urgencias, lo que parece relacionarse con la mayor incidencia de antecedentes patológicos.

EVALUACIÓN DE ADECUACIÓN DE INGRESO PROCEDENTE DE URGENCIAS MEDIANTE EL PEDIATRIC APPROPRIATENESS EVALUATION PROTOCOL

A. Domingo Garau, J.J. García García, C. Luaces Cubells, G. Gelabert Colomé y J. Pou Fernández

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

Introducción: El instrumento más utilizado y conocido para identificar la utilización inapropiada de la hospitalización es la escala Pediatric Appropriateness Evaluation Protocol. La mediana del porcentaje de ingresos inadecuados en los estudios publicados se encuentra alrededor del 14%.

Objetivos: 1. Determinar el porcentaje de ingresos inadecuados desde el servicio de urgencias, según el Pediatric Appropriateness Evaluation Protocol (PAEP) y sus características. 2. Valorar las causas del ingreso inadecuado.

Material y métodos: Estudio prospectivo de una muestra de pacientes ingresados procedentes de urgencias, entre mayo y septiembre de 2003. Se excluyen los ingresados en el servicio de psiquiatría, en la UCIP y los lactantes con edad inferior a 6 meses. El día de revisión se elige aleatoriamente y se obtiene una muestra correspondiente al 10% de la ocupación hospitalaria de ese día, analizando de entre ellos los pacientes que han ingresado a través de urgencias. Se considera ingreso adecuado aquel que cumple uno de los 22 ítems de adecuación del ingreso pediátrico del PAEP e inadecuado aquel que no cumple ninguno.

Resultados: Se obtiene una muestra de 77 pacientes. La mediana de edad fue de 6,8 años y la mediana de estancia hospitalaria de 7 días. Tras aplicar la escala PAEP se obtienen 11 casos considerados como ingresos inadecuados, que corresponden al

14,3% (IC 95%, 7,4-24,1). Al seleccionar las tres especialidades con mayor número de ingresos, observamos que en pediatría existe un porcentaje de inadecuación del 21,7% (5/18); en traumatología del 14,3% (2/12) y en cirugía pediátrica del 13,6% (3/19). El 63,6% de causas de inadecuación de ingreso corresponden al ítem «todas las necesidades diagnósticas y terapéuticas pueden ser realizadas como paciente externo».

Conclusiones: El porcentaje de inadecuación obtenido se corresponde con la mediana de los estudios publicados. Dado que la mayor parte de las inadecuaciones corresponden a procedimientos diagnósticos o terapéuticos que se podrían realizar de forma ambulatoria, el establecimiento de estructuras de soporte a Urgencias como las consultas de atención rápida podrían ayudar a disminuir las inadecuaciones.

PACIENTES READMITIDOS Y READMITIDOS CON INGRESO. DOS INDICADORES PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS SERVICIOS DE URGENCIA

S. Esteban, S. Díaz, A. Ruano, A. Rodríguez, C. Larreina y C. Mourelo

Urgencias de Pediatría. Hospital de Basurto. Bilbao. España.

Introducción y objetivos: La evaluación por indicadores se ha demostrado como un instrumento útil para valorar la calidad asistencial. La Sociedad de Urgencias de Pediatría (SEUP) así lo ha entendido y se ha constituido un grupo de trabajo que ha identificado y definido indicadores válidos para los servicios de urgencia pediátricos. El objetivo de presente estudio es conocer dos de estos indicadores (pacientes readmitidos y readmitidos con ingreso a las 72 h) para fijar la posición de partida de nuestro servicio de urgencias.

Material y métodos: Utilizamos la definición y fórmula de estos indicadores que ha proporcionado el grupo de trabajo de la SEUP sobre indicadores de calidad.

Readmisión a las 72 h: explicación del término: paciente que acude a urgencias por cualquier motivo y que ha sido atendido previamente en 72 h.

Fórmula: n° de pacientes que readmitidos en 72 h/ n° total de pacientes $\times 100$.

Readmisión con ingreso: explicación del término: todo paciente que es readmitido (visto previamente en 72) y que precisa ingreso.

Fórmula: n° de readmisiones ingresadas/ n° de readmisiones $\times 100$.

El período de estudio ha sido el año 2003 y hemos utilizado como fuente de datos el sistema informático del hospital.

Resultados: Durante el año 2003 fueron atendidos 29.993 niños (no se incluyen los pacientes cuyo motivo inicial de consulta es patología traumática de extremidades que son atendidos directamente por el servicio de traumatología). La readmisión a las 72 h es del 7% (2.095 niños), y la readmisión con ingreso del 2,2% (47 niños).

Conclusiones: Los datos resultantes nos permiten comprobar que nuestro servicio de urgencias se encuentra dentro de los estándares de calidad propuestos por la SEUP para estos indicadores (menos del 10% para readmisión y menos del 15% para

readmisiones con ingreso). No obstante, creemos que una readmisión del 7% supone una sobrecarga asistencial importante y el análisis de los factores que la determinan (para intentar actuar sobre ellos) puede permitir reducir dicha sobrecarga.

ANÁLISIS DE PACIENTES READMITIDOS CON HOSPITALIZACIÓN. UNA HERRAMIENTA PARA MEJORAR LA CALIDAD ASISTENCIAL DE LOS SERVICIOS DE URGENCIA

A. Rodríguez, P. Postigo, S. Campos, J. Rementería,
R. Fernández y K. Díez

Urgencias de Pediatría. Hospital de Basurto. Bilbao. España.

Objetivos: Analizar las causas de hospitalización tras visitas repetidas al servicio de urgencias. Crear una herramienta útil para utilizarla como indicador de calidad en el servicio de urgencias.

Métodos: En el período de noviembre de 2002 a noviembre de 2003 se estudiaron los pacientes que consultaban de nuevo en el servicio de urgencias dentro de las 72 h siguientes a la primera visita y que fueron hospitalizados. Las historias de los pacientes fueron revisadas por miembros del servicio de urgencias, estudiando cada caso individualmente para identificar los factores que habían contribuido a que el paciente tuviese que ser hospitalizado según esquema modificado propuesto por DePiero et al en 2002 (Ann Emerg Med 39: 159-163): progresión de la enfermedad, fallo en el control por los padres, error en el tratamiento, diagnóstico incorrecto, evaluación incompleta, fallo en la consulta a subespecialistas.

Resultados: De un total de 29.993 pacientes vistos en el servicio de urgencias durante ese período, 1.637 fueron hospitalizados y de éstos, 47 habían consultado en las 72 h previas a su hospitalización. De los 47 pacientes hospitalizados, 44 se debieron a una progresión de la enfermedad y dos a errores médicos (uno en el tratamiento inicial y el otro en el diagnóstico), y uno a que los padres rehusaron el ingreso en la visita inicial.

Conclusiones: En la mayoría de los casos (93,6%), la evaluación inicial en el servicio de urgencias fue apropiada y la hospitalización fue debida a una progresión de la enfermedad y no a errores producidos en la visita inicial. Estos datos coinciden con estudios previos publicados y nos permiten orientar los esfuerzos hacia una mejor evaluación en la progresión de determinados procesos, que eviten retrasos en tratamientos o comprensión/insatisfacción familiar.

LA TECNOLOGÍA DE LA INFORMACIÓN EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS. NUESTRA EXPERIENCIA EN RADIOLOGÍA DE URGENCIAS

J. Rivera Luján^a, J. Travería Casanova^a, T. Muñoz Espín^a,
C. Durán Feliubadaló^a, S. Argemí Renom^a y C. Rúbies Feijóo^b

^aServicio de Pediatría. Hospital de Sabadell. ^bServicio de Diagnóstico por la Imagen. UDIAT. Instituto Universitario Parc Taulí. Barcelona. España.

Fundamentos y objetivo: Los sistemas de información proporcionan almacenamiento, recuperación, conexión y evaluación de la información. Ésta puede incluir datos clínicos o terapéuticos, elementos de decisión médica y control de cuidados del paciente entre otros. Tienen como objetivo proporcionar y

facilitar el intercambio de información entre elementos del sistema sanitario situados en diversos emplazamientos con fines médicos, de cuidados del paciente, de investigación o educación. Con ellos se intenta mejorar la calidad del servicio prestado y solucionar algunos de los problemas que padecen los modernos sistemas de salud como son el manejo de una cantidad de información creciente.

Material y métodos: Visitamos al año 53.000 niños en urgencias, practicándoles exploraciones radiológicas al 25% (17,2% por motivos médicos, y 75% por motivos traumáticos), ecografías al 0,36% y TC al 0,23%. Se revisan nuestra experiencia en la implantación de dichos sistemas en radiología. Se analizan las ventajas e inconvenientes que los profesionales que trabajan en urgencias valoran de la utilización de la radiología digital y sus herramientas asociadas RIS-PACS (Radiology Information System-Picture Archiving and Communications Systems).

Resultados: Ventajas observadas: 1. Visualizar los resultados sin moverse de la consulta, pudiendo visualizar y consultar la radiografía simultáneamente con el radiólogo. 2. Posibilidad de ampliar imágenes dudosas, y modificar las características de la radiografía para mejorar la visualización. 3. Acceso en segundos a las exploraciones radiológicas de visitas anteriores. 4. Menor radiación de los pacientes. 5. Visualización de TC en formato cine. 6. Posibilidad de revisión y control de calidad, para descubrir errores. 7. Docencia. 8. Rapidez del proceso global.

Inconvenientes: 1. Adaptarnos a las nuevas texturas de las imágenes y circuitos. 2. Averías frecuentes. 3. Necesidad de innovación constante de los sistemas informáticos.

Comentarios: La implantación progresiva de la radiología digital y de las nuevas tecnologías de la información (RIS-PACS) frente a la radiología analógica tradicional proporcionan una mejor comunicación entre profesionales situados en diversos entornos como el pediatra de urgencias, los especialistas y el radiólogo facilitando el trabajo clínico, mejorando la calidad del servicio prestado y contribuyendo a disminuir los errores.

LA COMUNICACIÓN ORAL DE LA FAMILIA EN LA VISITA DE URGENCIAS

X. Codina Puig^a, F. Codina García^b, J.M.^a Vidal i Elías^a,
M. Gispert-Saüch^a y J.L. Simón Riazuelo^a

^aServicio de Pediatría. Hospital General de Granollers. Barcelona.

^bHospital Comarcal de la Selva. Girona. España.

Objetivo: Describir y analizar la actitud y forma de comunicación del acompañante en relación con las circunstancias de la visita.

Material y métodos: Estudio prospectivo, descriptivo de 190 visitas espontáneas realizadas en el servicio de urgencias en dos hospitales en enero de 2004. Se recogen las variables: edad del paciente, parentesco del acompañante, motivo de consulta, tiempo de evolución, antecedentes relacionados con el motivo de consulta, número de hijos y diagnóstico. Se relacionan con el tiempo de exposición inicial, el tipo de comunicación: *a)* descriptiva (describe los síntomas); *b)* interpretativa (interpreta los síntomas-diagnóstica), y *c)* resolutive (indica la forma de resolución), así como la actitud de la familia.

Resultados: El acompañante es la madre en 161 visitas (85%); el tiempo de evolución es menor de 12 h en 50 (26%) y mayor de 48 h en 41 (22%); en 55 casos (29%) hay antecedentes relacionados con el motivo de consulta. En 147 casos (77%) el tiempo de exposición inicial es inferior a 30 s; la comunicación es descriptiva en 150 casos (79%), interpretativa en 34 (18%) y resolutive en seis (3%); la familia es valorada como «sensata», 129 (68%); «alborotada», 34 (18%); «muda», cuatro (2%); «que culpa», siete (4%); «intelectual», 11 (6%), y «ensimismada», cinco (3%).

Comentarios: 1. En la visita tipo el acompañante es la madre que consulta por un proceso de corta evolución, exponiendo brevemente el motivo, de forma descriptiva y mostrando una actitud «sensata». 2. Un tiempo de exposición inicial mayor se relaciona con la existencia de antecedentes y con un tiempo de evolución más largo. 3. La comunicación no descriptiva (interpretativa o resolutive) es más habitual en los casos con antecedentes. 4. La actitud «sensata» es independiente de la edad del niño y del tiempo de evolución siendo menor en las familias sin hermanos y si el acompañante es el padre. 5. Una de cada cuatro acompañantes muestra una actitud que dificulta la comunicación.

¿PUEDEN LOS PADRES REDUCIR LA PRONACIÓN DOLOROSA TRAS UNA ADECUADA INSTRUCCIÓN?

X. Codina Puig, F. Codina García, P. Gussinyé Canabal, B. Balsera Baños, S. Corral Arboledas y J.L. Simón Riazuelo

Servicio de Pediatría. Hospital General de Granollers. Barcelona. España.

Introducción: La pronación dolorosa constituye un problema ortopédico habitual en pediatría que se observa en niños entre 1 y 5 años. Su diagnóstico y tratamiento es relativamente fácil para el personal entrenado. Dado su carácter recurrente, nos proponemos instruir a los padres para su prevención, diagnóstico y tratamiento.

Objetivo: 1. Instruir en urgencias a personal no médico (padres del paciente) para el diagnóstico y tratamiento de la pronación dolorosa recurrente. 2. Comprobar la eficacia de dicha instrucción en nuevos episodios.

Material y métodos: Se incluyen los padres de pacientes entre 1 y 5 años, con sospecha de pronación dolorosa, sin antecedente traumático ni deformidad de la extremidad y con mecanismo causal indicativo. Se solicita el consentimiento y se instruye en la maniobra de tratamiento clásica (estiramiento del codo, supinación y flexión del codo). Tras realizarla dos veces se comprueba clínicamente el resultado de la reducción. Se recogen los datos del paciente referentes a: antecedentes de pronación dolorosa, edad, sexo y tiempo de evolución. Se encuesta a quien realiza la maniobra sobre: conocimientos previos de la pronación dolorosa, valoración sobre la dificultad de la técnica, satisfacción e intención de practicarla en caso de recurrencia. Seguimiento mediante contacto telefónico.

Resultados: Se recogen 81 casos, 42 niños y 39 niñas, 19 de ellos recurrentes. La edad media ha sido de 22 meses. El tiempo medio transcurrido 4 h. Tienen conocimientos de la pronación dolorosa 22 familiares. En 77 de los casos (95%) consienten en realizar la maniobra, que se consigue con éxito en 72 (89%).

El 78% la consideran fácil y el 97,5% lo realizaría ante una recurrencia. En el seguimiento se obtienen datos de 49 pacientes, de los cuales 16 (33%) han presentado una nueva pronación dolorosa. En 14 casos (87,5%) los padres intentan la reducción, sin acudir al hospital, consiguiéndolo en 12 (86%).

Conclusiones: 1. Una adecuada instrucción a los padres permite la resolución de una patología, considerada urgente, sin la necesidad de una consulta al servicio de urgencias. 2. La información e instrucción de los padres debe constituir una parte más de cualquier acto médico en pediatría.

LESIONES RAQUIMEDULARES EN LA INFANCIA

J.A. Navascués, C. López, C. Míguez, R. Marañón, P. Vázquez y J. Vázquez

Hospital Infantil Gregorio Marañón. Madrid. España.

Objetivos: Analizar distintos aspectos de las lesiones raquimedulares en nuestro medio.

Material y métodos: Entre enero de 1995 y abril de 2002 fueron ingresados en nuestro centro 2.640 niños tras sufrir traumatismos. De ellos, 86 (3,3%) sufrieron una lesión raquimedular y constituyen la población del presente estudio.

Resultados: Fueron 45 niños y 41 niñas. Hubo 71 casos con fracturas vertebrales, tres de ellos con afectación medular (4,2%), 13 subluxaciones vertebrales, 11 de ellas en C1-C2, y 2 casos de lesión medular aislada (SCIWORA). Los 71 niños con fracturas vertebrales representaron el 4,9% del total de niños ingresados con algún tipo de fractura (n = 1.457). Se diagnosticaron 130 fracturas vertebrales en los 71 niños, siendo en 35 de ellos (49,3%) fracturas múltiples. Las vértebras torácicas fueron las más afectadas (n = 82; 63%). El grupo de edad más numeroso fue de 12 a 15 años (n = 35; 49,3%), con sólo 5 casos por debajo de los 6 años de edad (7%). La etiología más frecuente fueron los accidentes de automóvil (n = 20; 23,3%), y el 81% de los niños no portaban ningún dispositivo de retención. En 54 casos (62,8%) se asociaron otras lesiones, siendo las más frecuentes los traumatismos craneales (35,2%) y las lesiones del aparato locomotor (33,3%). De los 10 niños con lesiones cervicales que fueron atendidos por personal sanitario antes de su llegada al hospital, sólo a cuatro de ellos les fue colocado un collarín cervical, y de los 35 niños atendidos con lesiones a nivel torácico o lumbar sólo 27 fueron trasladados a nuestro centro en un medio de transporte especializado, y ninguno de ellos fue correctamente inmovilizado en una tabla de transporte. Sólo 2 casos precisaron tratamiento quirúrgico, ambos fracturas inestables con compromiso medular. El resto de los casos se trató de forma ortopédica. La estancia hospitalaria osciló entre 2 y 37 días, con un promedio de 6 días.

Conclusiones: La incidencia de traumatismos raquimedulares en nuestra serie es superior a la referida en la literatura. La mayor parte tienen lugar en niños mayores y a nivel torácico. El tratamiento prehospitalario de este tipo de lesiones es claramente mejorable, y el hecho de que la mayor parte de los niños que sufrieron un accidente de automóvil no portara ningún dispositivo de retención debe hacer reforzar las medidas orientadas en este sentido.

REGISTRO DE TRAUMATISMOS CRANEOENCEFÁLICOS LEVES: ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE LA SEUP

J.J. García, I. Manrique, A. Canals, E. Crespo, C. Luaces, L. Martín,
J. Nadal, V. Sebastián, J. Sitjes, A. Suárez y J. Travería

Grupo de trabajo de la Sociedad Española de Urgencias Perinatricas (SEUP)
de Trauma Craneal.

Introducción: Los protocolos de actuación ante el traumatismo craneoencefálico leve (TCE) son diversos. El objetivo de este estudio es revisar la actuación habitual en los servicios de urgencias de nuestro medio y determinar los factores predictivos más importantes de lesión intracraneal (LIC) de cara a establecer recomendaciones propias.

Material y métodos: Estudio multicéntrico prospectivo en que se incluyen aquellos niños menores de 18 años que han padecido un TCE en las 72 h previas y que llegan a urgencias con puntuación en la escala de coma de Glasgow (GCS) entre 13 y 15, sin politrauma asociado relevante.

Resultados: Se han recogido un total de 1.070 pacientes (655 niños/414 niñas), correspondientes a 9 hospitales españoles. La mediana de edad fue 2,3 años y la mediana desde el TCE fue de 1 h. Se practicó radiografía simple de cráneo al 64,5% de los niños y resultó normal en el 91,4%. El 74,7% de los niños se dieron de alta a domicilio. La tomografía computarizada (TC) se practicó en un 9%. Quince casos tuvieron LIC (1,4%). Sólo 4 pacientes precisaron neurocirugía, 9 ingresaron en UCIP y ninguno falleció. Se asociaron a mayor prevalencia de LIC: fractura craneal en radiografía (16,9%), GCS de 13 (16,7%), deterioro neurológico (9,1%), cefalohematoma (7,8%), caída desde más de 1 m (4,6%), pérdida de conciencia (4,3%) y alteración en exploración neurológica (3,9%). En el análisis multivariante, las variables que se asociaron con un riesgo incrementado de LIC fueron: presencia de cefalohematoma, deterioro del nivel de conciencia y pérdida de conciencia. La presencia de fractura no alcanzó el nivel de significación. En nuestra serie, la sensibilidad de la radiografía en la detección de LIC fue 100% con un valor predictivo positivo de tan sólo 17%.

Conclusiones: En nuestro medio es frecuente la realización de radiografía y se restringe el uso de la TC. En vista de los resultados, no parece justificado de entrada el uso rutinario de radiografía simple de cráneo de forma que una combinación de parámetros clínicos permite seleccionar de forma adecuada a los pacientes que se beneficiarán de pruebas de imagen o de una estancia en observación de urgencias.

TRANSPORTE PEDIÁTRICO INTERHOSPITALARIO EN CATALUÑA: EXPERIENCIA DEL EQUIPO VALL D'HEBRON EN LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS

J. Fàbrega Sabaté^{a,b}, M. Pujol Jover^a, M. Raspall Chaure^a,
S. Cañadas Palazón^a, A. Filgueira Posse^a
y P. Domínguez Sampedro^a

^aEquipo de Transporte Pediátrico Vall d'Hebron (SEM-18).

^bServicio de Urgencias Pediátricas. Hospital Materno-Infantil Vall d'Hebron.
Barcelona. España.

Objetivos: El transporte pediátrico interhospitalario (TPI) acerca la asistencia al niño críticamente enfermo donde se de-

tectan sus necesidades y lo desplaza donde existen recursos para su tratamiento definitivo. En España no existe un modelo homogéneo de TPI. Se presenta la experiencia en Cataluña de un equipo de TPI pediátrico.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de todos los traslados pediátricos (edad > 1 mes) efectuados por el equipo de transporte pediátrico Vall d'Hebron (ETPVH) en los últimos 2 años.

Resultados: El TPI en Cataluña, integrado en el Sistema d'Emergències Mèdiques (SEM) se inició en junio de 1995. Asume niños de 0 a 18 años. Cubre Cataluña y Andorra. Cuenta con dos equipos terrestres (UCI móvil) y un aéreo (helicóptero medicalizado). Desde su inicio hasta el 31 de diciembre de 2003 se han efectuado 7.389 traslados; de ellos, el ETPVH (uno de los equipos terrestres) 3.405 (46%): 1.599 pediátricos (47%) y 1.806 neonatales (53%). En los 2 años de estudio los traslados pediátricos han sido: 237 de 501 (47%) y 266 de 537 (50%), con edad media de 3,5 años (1 mes-20 años) y 4 años (1 mes-18 años). Los motivos de traslado por categorías: respiratorio, 33 y 26%; circulatorio, 11 y 12%; neurológico, 20 y 29%; trauma, 22 y 25%; y otros, 14 y 9%. Su unidad de destino fue urgencias en un 32 y 35% (resto UCIP). Las intervenciones relevantes efectuadas por el hospital emisor o por el ETPVH fueron, respectivamente: intubación, 17 y 8%; vía central, 7 y 2%; vía periférica, 92 y 8%; drogas 4 y 6%. El tiempo de estabilización fue de 38 min (10-255) y 42 min (12-210).

Conclusiones: El TPI es necesario y existen razones para realizarlo por equipos pediátricos preparados para afrontar los problemas más frecuentes y realizar intervenciones de estabilización de alto nivel, dedicándole un tiempo relativamente largo. El modelo catalán de TPI, con gran protagonismo de los pediatras de urgencias, intensivistas pediátricos y neonatólogos, ha demostrado su efectividad y puede servir de referencia para profesionales de otras comunidades autónomas.

PÓSTERS

EVOLUCIÓN DE LOS LACTANTES DE 3-24 MESES DIAGNOSTICADOS EN URGENCIAS DE SÍNDROME FEBRIL SIN FOCALIDAD

M. González Balenciaga, A. Pérez Fernández, E. Mora González,
S. Capapé Zache, J. Benito Fernández y S. Mintegi Raso
Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Vizcaya. España.

Objetivo: Conocer la evolución de los lactantes de 3-24 meses diagnosticados en un servicio de urgencias pediátrico hospitalario de síndrome febril sin focalidad (SFSF).

Pacientes y método: Revisión retrospectiva de los episodios correspondientes a lactantes de 3-24 meses de edad diagnosticados en el servicio de urgencias de SFSF entre el 1 de septiembre y el 31 de diciembre de 2003. Se recogieron datos sobre las características de los pacientes, reconsulta en el hospital, cam-

bios de manejo (diagnóstico-terapéutico) por parte del pediatra, y evolución del proceso.

Resultados: En el período del estudio se registraron en urgencias 678 episodios correspondientes a lactantes de 3-24 meses de edad diagnosticados de SFSF. Se consiguió contactar telefónicamente con las familias de 579 (85,3%).

De estos 579, el diagnóstico final varió en 159 pacientes (27,4%): infección respiratoria de vías altas, 78; otitis media aguda (OMA), 28; gastroenteritis aguda, 22; exantema súbito, 10; laringitis, 7; bronquiolitis, 7; neumonía, 3; infección del tracto urinario, 3; meningitis neumocócica, 1.

El porcentaje de pacientes en los que el diagnóstico final varió fue superior en los que reconsultaron en el hospital (58/93; 62,4%) que en los niños manejados posteriormente de forma exclusiva por su pediatra (101/486; 20,8%; $p < 0,00001$). El porcentaje de pacientes que acabaron recibiendo antibiótico (45/579; 7,8%) fue superior en aquellos que fueron manejados sólo por su pediatra (42/486, 8,6% frente a 3/93, 2,3%; $p = 0,04$).

La duración media de la fiebre posterior a la visita en urgencias fue de $2,7 \pm 3$ días (97,9% menos de una semana) y fue significativamente mayor en el grupo de pacientes que reconsultó en Urgencias ($3,5 \pm 1,9$ frente a $2,5 \pm 3,2$ días; $p = 0,004$).

De los que reconsultaron en el hospital, dos ingresados y uno falleció por una meningitis neumocócica.

Conclusiones: Alrededor del 25% de los lactantes de 3-24 meses diagnosticados en un servicio de urgencias pediátrico hospitalario de SFSF reciben, posteriormente, un diagnóstico diferente y uno de cada 13 acaba recibiendo antibiótico, siendo esto menos frecuente si reconsulta en el servicio de urgencias hospitalario.

LACTANTES DE 3-24 MESES CON SÍNDROME FEBRIL SIN FOCALIDAD QUE VUELVEN A CONSULTAR EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA

M. González Balenciaga, A. Pérez Fernández,
A. Fernández Landaluce, N. Trebolazabala Quirante,
E. Mora González y S. Mintegi Raso

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

Objetivo: Conocer las características de los pacientes de 3-24 meses que reconsultan en un servicio de urgencias pediátrico hospitalario tras ser diagnosticados de SFSF en el mismo.

Pacientes y método: Estudio retrospectivo de todos los episodios registrados en el Servicio de Urgencias Pediátrico del Hospital de Cruces entre el 1 de septiembre y el 21 de diciembre de 2003 correspondientes a lactantes de 3-24 meses que volvieron a consultar al menos en una ocasión en el plazo de una semana tras diagnosticarse inicialmente de SFSF.

Resultados: Durante ese tiempo se registraron 734 episodios correspondientes a lactantes que consultaron por fiebre sin foco. De éstos, 678 fueron diagnosticados de SFSF, de los cuales ingresaron cinco (0,7%) y siguieron tratamiento ambulatorio 673, volviendo a consultar 93 (13,8%).

En estos 93, el tiempo de evolución del cuadro hasta la primera consulta fue menor o igual a 6 h en 30 (32,3%). En esta visita se practicó alguna prueba complementaria a 73 (78,5%):

tira reactiva de orina (69), radiografía de tórax (11), analítica de sangre (6) y punción lumbar (1). En la segunda consulta, se practicaron pruebas complementarias a menos pacientes (39, 41,9%; $p < 0,00001$). El tipo de prueba practicada varió significativamente: menos tiras reactivas de orina (25, 26,8%; $p < 0,00001$), más analíticas sanguíneas (21, 22,5%; $p < 0,005$) y número similar de radiografías (12) y punciones lumbares (2).

En la reconsulta, el diagnóstico varió en 58 (62,3%): infección respiratoria de vías altas, 24; otitis media aguda, 8; gastroenteritis, 8; exantema súbito, 7; bronquiolitis, 4; infección urinaria, 3 (tira reactiva normal en primera visita); laringitis, 2; meningitis neumocócica, 1; neumonía, 1. Dos pacientes ingresaron (2,1%) y uno falleció.

Conclusiones: La actitud del pediatra de urgencias ante el lactante con SFSF varía en las consultas sucesivas. En éstas se practican menos pruebas complementarias, aunque la analítica sanguínea se realiza con más frecuencia. Los diagnósticos varían en un porcentaje importante y en muchos de ellos se concreta el origen de la fiebre.

INFLUENCIA DE LA VACUNA ANTINEUMOCÓCICA EN EL TRATAMIENTO DEL NIÑO DE 6-24 MESES CON FIEBRE SIN FOCO, BUEN ASPECTO Y ORINA NORMAL

A. Pérez Fernández, M. González Balenciaga, S. Capapé Zache,
M.A. Vázquez Ronco, J. Benito Fernández y S. Mintegi Raso

Urgencias de Pediatría Hospital de Cruces. Vizcaya. España.

Objetivo: Determinar si la administración de la vacuna antineumocócica (Prevenar®) cambia el tratamiento del lactante de 6-24 meses con fiebre sin focalidad (FSF), buen aspecto y orina normal en un servicio de urgencias pediátrico hospitalario.

Pacientes y método: Revisión retrospectiva de los 498 episodios correspondientes a lactantes de 6-24 meses de edad que consultaron en Urgencias de Pediatría del Hospital de Cruces por presentar FSF entre el 1 de septiembre y el 31 de diciembre de 2003, con buen estado general, orina normal y en los que se recogió el dato acerca de la administración o no de vacunación antineumocócica.

Resultados: De los 498 lactantes, se había administrado la vacunación antineumocócica a 191 (38,4%). Del total de 498 pacientes se practicó analítica sanguínea a 40 (8% del total: 6,8% del grupo vacunado y 8,8% del grupo no vacunado; $p = 0,42$). Ingresaron 7 pacientes en planta (1,4% del total, uno del grupo vacunado, 0,5% y seis del grupo sin vacunar, 2,0%; $p = 0,17$, dos de este último grupo meningitis neumocócica).

La tasa de reconsulta por el mismo proceso fue del 13,1% en el grupo vacunado frente al 17,3% del grupo no vacunado ($p = 0,21$). De los pacientes que reconsultaron sólo un paciente del grupo no vacunado precisó ingreso, un lactante con meningitis neumocócica que acabó falleciendo.

Comentarios: En nuestra unidad, los lactantes de 6-24 meses con FSF, buen aspecto y orina normal son tratados de manera similar, independientemente del estado de vacunación antineumocócica. Dada la protección que la vacuna antineumocócica heptavalente confiere frente a determinadas enfermedades invasivas sería deseable establecer estrategias de tratamiento de es-

tos pacientes en las salas de urgencias. Debiera establecerse si la administración de la vacuna heptavalente debe modificar la actitud de los pediatras de urgencias cuando consultan estos pacientes.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA REALIZACIÓN DE ANALÍTICA SANGUÍNEA EN NIÑOS DE 3-24 MESES CON FIEBRE SIN FOCO, BUEN ASPECTO Y ORINA NORMAL

M. González Balenciaga^a, A. Pérez Fernández^a,
J.I. Pijoán Zubizarreta^b, M.A. Vázquez Ronco^a,
J. Benito Fernández^a y S. Mintegi Raso^a

^aUrgencias de Pediatría. ^bUnidad de Epidemiología Clínica. Hospital de Cruces. Vizcaya. España.

Objetivo: Determinar los motivos por los cuáles se realizó analítica sanguínea a lactantes de 3-24 meses con fiebre sin foco (FSF), buen aspecto y orina normal en nuestro servicio de urgencias pediátrico hospitalario.

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo de 708 pacientes de 3-24 meses de edad que acudieron al Servicio de Urgencias de Pediatría del Hospital de Cruces entre el 1 de septiembre de 2003 y el 8 de enero de 2004 por FSF, que presentaban buen aspecto y tenían una tira reactiva de orina normal (ausencia de leucocituria y/o nitrituria). El análisis estadístico se ha realizado por medio del ajuste de un modelo de regresión logística múltiple. Se ha establecido un proceso de selección de variables manual "hacia atrás", incluyendo las variables categóricas por medio de la construcción de variables indicadoras. El contraste de hipótesis se ha realizado a través del *likelihood ratio test* evaluando interacciones de primer grado entre las variables predictoras. El nivel de significación utilizado ha sido del 5%.

Resultados: Se practicó analítica al 9% de los pacientes. Las variables que muestran una asociación estadísticamente significativa con la probabilidad de solicitar analítica sanguínea son: *a*) edad del lactante (si tiene entre 6-11 meses, OR, 0,24; IC 95%, 0,11-0,49; si tiene 12 meses o más, OR, 0,15 [0,07-0,3]); *b*) tiempo de evolución de síntomas (mayor de 12 h frente a menor de 6 h OR 2,3 [1,2-4,43]), y *c*) temperatura máxima registrada en casa (> 40 °C frente a menos de 39 °C; OR, 4,22 [1,5-11,84]).

Conclusiones: En nuestra serie se pide con más frecuencia analítica sanguínea a los lactantes más jóvenes, con un cuadro febril más prolongado y con una temperatura más elevada en domicilio antes de acudir al servicio de urgencias.

PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD INVASIVA POR MENINGOCOCO C

P. Donado, F. Jiménez, L. Martínez, C. Palomino,
R. Ortiz y P. Gutiérrez

Hospital Universitario de Getafe. Madrid. España.

Introducción: En el año 1997 se llevó a cabo la vacunación activa de la población entre 18 meses y 19 años incluso, con la vacuna bivalente polisacárida A y C. Las limitaciones de esta vacuna (tasa de anticuerpos protectores de aproximadamente el 40% y sólo el 20% de alta actividad bactericida al año de ad-

ministración) y el aumento de enfermedad meningocócica tipo C justificó la introducción, en el año 2000, de la vacuna conjugada tipo C en el calendario de vacunación sistemática, con cronología de 2, 4 y 6 meses. Los niños se vacunaron hasta los 6 años. La aparición de 3 casos de sepsis en el mes de diciembre en nuestra área, dos de ellas por meningococo C, y su evolución, lleva a replantear la situación vacunal de la población infantil y juvenil.

Casos clínicos: *Caso 1.* Niño de 14 años que acude a nuestra urgencia por fiebre, vómitos y exantema petequeal. El cuadro había comenzado aproximadamente 12 h antes. Llega en situación de shock séptico, y falleció en la siguiente hora. En hemocultivo y cultivo de líquido cefalorraquídeo (LCR) creció meningococo C.

Caso 2. Niña de 11 años traída a urgencias por fiebre, dolor abdominal y aparición reciente de exantema purpúrico. Fue vista 12 h antes en urgencias y diagnosticada de cuadro gripal. Hemocultivo positivo a meningococo C. En la actualidad continúa en la unidad de cuidados intensivos (UCI) con complicaciones graves, que incluyen amputación de ambas extremidades inferiores e insuficiencia renal crónica. Ambos pacientes habían sido inmunizados con la vacuna bivalente polisacárida.

Conclusión: La inespecificidad de la clínica inicial, junto a la morbilidad y mortalidad asociadas a esta infección, podría justificar la revacunación con la forma conjugada de aquellos niños y adolescentes que, por criterios de edad, sólo recibieron la forma polisacárida de inmunización.

PREVALENCIA DE MENINGITIS EN NIÑOS MENORES DE 3 MESES CON INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO. REVISIÓN RETROSPECTIVA

E. Cidoncha, J. Urbano, P. Chimenti, C. Míguez,
R. Rodríguez y V. Climent

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

Objetivo: Determinar la frecuencia de meningitis bacteriana en niños menores de 3 meses diagnosticados de infección del tracto urinario.

Métodos: Revisión retrospectiva de las historias clínicas de los niños menores de 3 meses con infección de orina ingresados de enero de 2001 a diciembre de 2004. El diagnóstico de infección urinaria se hizo por la presencia de > 100.000 unidades formadoras de colonias (UFC)/ml en dos muestras recogidas por bolsa o < 10.000 UFC/ml de las muestras obtenidas por sondaje vesical. La meningitis se definió por el crecimiento de un microorganismo en el cultivo del líquido cefalorraquídeo (LCR) y la pleocitosis por la existencia de ≥ 35 leucocitos/ μ l en menores de 4 semanas, ≥ 22 leucocitos/ μ l entre 4-8 semanas y ≥ 10 leucocitos/ μ l en mayores de 8 semanas.

Resultados: La muestra incluyó 78 niños con una edad media de 35,7 días (el 44,87% menores de un mes) de los cuales el 74% eran varones y el 26%, mujeres. Se realizaron 45 punciones lumbares (57,69%), 23 de ellas en menores de un mes. El cultivo de LCR fue estéril en 43 niños, uno positivo para *Staphylococcus* coagulasa-negativo y otro para *Bacillus* sp. que fueron

interpretados como contaminantes. En 3 niños se halló pleocitosis de 497, 25 y 14 leucocitos con una edad de 75, 53 y 80 días, respectivamente. En los 3 casos el cultivo del LCR fue negativo y los parámetros bioquímicos del LCR fueron normales. El hemocultivo fue estéril en 72 niños, creció *Staphylococcus* coagulasa-negativo en 5 niños y *Staphylococcus* coagulasa-negativo y *Enterococcus faecalis* en otro caso.

Conclusiones: En nuestro medio la tasa de asociación de meningitis bacteriana a una infección de orina en lactantes menores de 3 meses, y en especial en menores de un mes, es nula. Al igual que otros grupos, cabría preguntarse la necesidad de realizar la punción lumbar en niños menores de 3 meses con infección urinaria. La pleocitosis estéril del LCR es relativamente frecuente en estos niños sin meningitis bacteriana, por lo que habría que plantearse otras posibles causas a esa reacción inflamatoria meníngea como la endotoxina de bacterias gramnegativas u otros mediadores inflamatorios inducidos por patógenos urinarios grampositivos.

HEMOCULTIVOS EN URGENCIAS. PARÁMETRO DE CALIDAD

S.J. Quevedo Teruel, Y. Gil, I. Pinto Fuentes, I. Wilhelmi, F. Verjano Sánchez y M. Vázquez López

Servicios de Pediatría y Microbiología. Hospital Severo Ochoa. Leganés. Madrid. España.

Introducción: La realización de hemocultivos es una práctica habitual en urgencias pediátricas, a pesar de sus bajos rendimientos, muy inferiores a la de los adultos. Este escaso rendimiento puede ser debido a los criterios por los que se indican y/o a las técnicas con que se realizan.

Objetivo: Evaluar el rendimiento de los hemocultivos para el estudio de las bacteriemias en urgencias con el fin de valorar la necesidad de diseñar y desarrollar un protocolo sobre indicaciones y procedimientos de extracción de hemocultivos.

Método: Estudio descriptivo retrospectivo de los hemocultivos realizados y de las bacteriemias en pacientes de nuestro servicio de urgencias desde enero de 1999 a diciembre de 2002. La decisión para la extracción del hemocultivo dependió del criterio del pediatra. La técnica de extracción fue la estándar de enfermería, intentando conseguir el máximo volumen sanguíneo, pero sin conocer la cantidad exacta. Se registraron los datos epidemiológicos, clínicos y microbiológicos y se analizaron con los programas estadísticos Excel y SPSS.

Resultados: Durante el período de estudio se realizaron un total de 7.660 hemocultivos, de los cuales fueron positivos 90 (1,17%) y contaminados 467 (6%).

Los motivos de petición más frecuentes fueron: fiebre, 4.803 (62,7%); infección del tracto urinario, 316 (4,1%); neumonía, 765 (10,1%); gastroenteritis aguda, 153 (2%), etc. El número de bacteriemias significativas fueron 28, el 74,8% de ellas en menores de 5 años. El 64,3% por grampositivos y el 35,7% por gramnegativos. El germen más frecuente fue el neumococo (46,4%), seguido de *Neisseria meningitidis* (21,4%) y *S. aureus* (10,7%). En el 50% de los casos se pudo constatar el foco de la infección, siendo la neumonía la más frecuente (32,8%).

Conclusiones: Existe un bajo rendimiento de los hemocultivos en nuestra urgencia debido a la alta contaminación y la baja positividad. Necesidad de implantar un protocolo nuevo de indicaciones y procedimientos de extracción de los hemocultivos.

VARICELA Y FALLO MULTIORGÁNICO

A.M. Navarro Rodríguez, J.L. Hernández Zabalza, M. Garriga Badia, I. Moysset Agustí, M. Rivadevall y S. Nevot Falcó

Servicio de Pediatría. Hospital Sant Joan de Déu. Althaia. Xarxa Asistencial. Manresa. España.

Fundamentos: Las complicaciones de la varicela se deben al incremento de la diseminación viral y a la capacidad del sistema inmunológico para limitar su replicación. La complicación más frecuente en los niños es la infección bacteriana estafilocócica o estreptocócica de las lesiones vesiculares.

Objetivo: Se presenta el caso clínico de una varicela de mala evolución en niña de 2 años, previamente sana, con antecedente de hermana gemela afectada de varicela 2 semanas antes.

Casos clínicos: La paciente estaba aquejada por fiebre elevada desde 4 días antes de ser remitida a nuestro centro, con malestar general progresivo. A su llegada al hospital está consciente, orientada pero hipotónica, con mala perfusión periférica. Presenta lesiones costrosas de gran tamaño y diseminadas, de predominio en tronco; respiración acidótica con espiración alargada, sin otros ruidos sobreañadidos y con ventilación simétrica; auscultación cardíaca normal; abdomen globuloso y hepatomegalia dura de 4 cm.

El tratamiento consiste en canalización de la vía periférica, intubación orotraqueal y ventilación mecánica. No obstante, entra en asistolia sin respuesta a las maniobras de reanimación cardiopulmonar. Murió a la hora y media de su ingreso. En la anatomía patológica se observaban múltiples focos sépticos y necróticos con presencia de cocos.

Comentario: Con este caso se quiere hacer hincapié en 2 hechos: aunque la varicela es un proceso frecuente y banal la mayoría de las veces, no está exenta de posibles complicaciones graves ante las cuales debemos estar alerta.

Usar aciclovir en los "segundos casos de varicela por contagio intrafamiliar" puede evitar evoluciones tórpidas de ésta; es importante tener claras sus indicaciones (nuestra paciente no lo recibió).

SEPSIS TARDÍA POR *STREPTOCOCCUS* DEL GRUPO B EN URGENCIAS

F. Verjano Sánchez, S. Quevedo, I. Pinto, Y. Lage, N. Martínez Guardia y M. Vázquez

Urgencias de Pediatría. Hospital Severo Ochoa. Madrid. España.

Introducción: A raíz de las investigaciones epidemiológicas en la década de 1960, que identificaron a *Streptococcus* de grupo B como la causa más frecuente de sepsis precoz neonatal, se desarrollaron distintos sistemas de prevención. Estos protocolos de prevención se han dirigido sobre todo a aquellas mujeres que sufrían colonización rectovaginal por este germen y cuyos recién nacidos tenían un riesgo de desarrollar sepsis precoz entre 1-2% y sólo el 0,7% sepsis tardía. En estudios recientes la

incidencia de sepsis precoz ha disminuido, mientras que el número de casos de sepsis tardía no han variado.

Casos clínicos: Lactantes de 1 y 2,5 meses que consultaron de forma precoz en nuestro servicio de urgencias por irritabilidad y rechazo de las tomas con inicio posterior de la fiebre. Eran niños recién nacidos a término, con antecedentes perinatales sin interés, destacando que los cultivos rectovaginales maternos para *S. agalactiae* a las 35 semanas de gestación fueron negativos. Las analíticas precoces no mostraron gran leucocitosis ni neutrofilia y sólo posteriormente se evidenció ascenso de reactivos de fase aguda. El hemocultivo fue en ambos casos positivo para *S. agalactiae* y en uno de ellos también se aisló en LCR. Ambos casos recibieron tratamiento con penicilina por vía intravenosa 10 y 14 días tras resultados de cultivos. En un caso se recogió una nueva muestra rectovaginal materna de la que se aisló *S. agalactiae*.

Comentarios: En los últimos 4 años y gracias a los distintos protocolos de control y prevención las casuísticas de distintas unidades neonatales han demostrado un descenso dramático en el número de casos de sepsis precoz por estreptococos del grupo B (en nuestro hospital sólo un caso desde el año 1999).

La presentación de estos 2 casos que acudieron a nuestro servicio de urgencias, tiene el fin de recordar este germen como agente etiológico de sepsis y meningitis en lactantes pequeños a pesar de los protocolos de profilaxis antibiótica, y la necesidad de revisar estos protocolos para prevenir la sepsis tardía como sucedió en nuestros 2 casos.

PALUDISMO: UNA PATOLOGÍA IMPORTADA

J. Lara Herguedas, M.I. Gallardo Fernández,
J. Martínez Pérez, L.M. Ciria Calavia y J.L. Rubio de Villanueva
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús. Madrid. España.

Introducción: El paludismo es una enfermedad parasitaria erradicada en nuestro país, pero seguimos viendo casos de pacientes procedentes de otros países en donde dicha enfermedad es aún prevalente. Se presenta una revisión de los casos de paludismo ingresados en nuestro hospital en los últimos 10 años.

Material y método: Se revisaron las historias clínicas de los niños ingresados en nuestro hospital desde enero de 1993 a enero de 2004 que al alta tenían el diagnóstico de paludismo. En todos ellos se recogieron edad, sexo, duración y patrón de la fiebre hasta el diagnóstico, síntomas acompañantes, signos clínicos y analíticos, país de procedencia, especie de parásito, complicaciones, tratamiento y sus efectos secundarios, si tomó o no profilaxis y otras enfermedades concomitantes.

Resultados: Se revisaron las historias de 31 pacientes, 21 niños y 10 niñas. Respecto al país de procedencia, 21 procedían de Guinea Ecuatorial; dos de Ecuador; dos de Nigeria; uno de Angola; uno de Brasil; uno de la India y tres son españoles que viajaron a países endémicos. La edad media al diagnóstico fue de $5,6 \pm 3,4$ años (mediana: 4,8 años) y con rango de 1-14,2 años. La duración media de la fiebre fue de $6,9 \pm 5,7$ días (mediana: 5). Síntomas acompañantes: síntomas digestivos en 5 niños, afectación del estado general en cuatro y otros síntomas (hiper-

tensión, coluria, palidez e ictericia, etc.) en otros 5 niños. El patrón de fiebre fue atípico en la mayoría con tan sólo un niño con fiebre terciana y tres a días alternos. Presentaron hepatomegalia y/o esplenomegalia 23 niños; ictericia, 3; trombopenia, 7; anemia, 24, y alteraciones de la coagulación 8 pacientes. La proteína C reactiva (PCR) media fue de $8,5 \pm 7,1$ mg/dl (mediana: 6,6) y la velocidad de sedimentación globular (VSG), 58 ± 40 mm/1.^a h (mediana: 50). Dos niños precisaron asistencia en cuidados intensivos pediátricos (UCIP). Se aislaron: 17 *P. falciparum*, cuatro *P. vivax*, dos *P. ovale*, dos *P. malariae*, en el resto no se especificó la especie. Un caso se diagnosticó por serología y el resto por gota gruesa. Tres niños presentaron complicaciones: hepatopatía crónica, anemia crónica, insuficiencia renal y afectación neurológica. El tratamiento recibido fue: cloroquina, 7 pacientes; mefloquina, 6; pirimetamina, 2; halofantrina, 2; cloroquina + primaquina, 4; quinina + clindamicina, 4; cloroquina + pirimetamina, 2 niños; sin que refirieran efectos secundarios de la medicación. La profilaxis la tomaron 2 niños, y uno lo hizo de forma irregular. Las enfermedades concomitantes más frecuentes fueron las parasitosis intestinales o la anemia de células falciformes.

Comentarios: Aunque el paludismo no es una enfermedad propia de nuestro medio, es importante sospecharlo en pacientes procedentes de áreas endémicas con sintomatología compatible. El paludismo suele responder bien al tratamiento, pero en ocasiones puede presentar complicaciones graves. El tratamiento no se asocia en nuestra serie a efectos secundarios reseñables. *P. falciparum* ha sido el más frecuentemente aislado en nuestra serie.

EL PALUDISMO Y SU PRESENTACIÓN EN URGENCIAS. REVISIÓN DE 47 CASOS

J. Arnáez Solís, M.A. Roa Francia, R. Villares Alonso,
M. Arriaga Redondo, A.K. Alarabe Alarabe,
J. Blumenfeld Olivares y P. Puyol Buil
Hospital de Móstoles. Madrid. España.

Objetivo: Describir las formas de presentación en urgencias de los casos de paludismo en pacientes pediátricos, atendidos en nuestro hospital en los últimos 6 años.

Método: Revisión retrospectiva de los 47 casos de paludismo en niños menores de 14 años. Se analizaron parámetros: edad, sexo, origen, motivo principal de consulta, datos clínicos en urgencias (síntomas y signos), lugar y tiempo de demora al diagnóstico.

Resultados: La edad media de los 47 casos estudiados fue de $6,3 \pm 3,7$ (1-14,5 años). El 72% nacieron en Guinea, de donde también fueron originarios el 92% de sus padres. De los 47 casos, el 19% residían habitualmente en España y el contagio tuvo lugar al viajar a su país de origen en períodos de 31 días de estancia media. En todos los pacientes se decidió el ingreso y todos lo hicieron a través de urgencias donde se estableció el diagnóstico en el 64% de los casos, el 21% acudió derivado de su centro de salud y en el 15% el diagnóstico se hizo en la planta con una media de demora en el diagnóstico de 1,4 días (1-3 días). El motivo de consulta principal fue la fiebre en el 87%, aunque sólo estaba presente en el 81% en el momento de

acudir a urgencias. El 79% presentaba hepato y/o esplenomegalia en la exploración física. La gota gruesa y/o frotis fino fue positiva en el 96%, con parasitemias inferiores al 1% en el 78% de los casos. Hubo 3 casos con parasitemias superiores al 1%. Las especies más frecuentes fueron *Plasmodium falciparum* en el 60% y *P. ovale* en el 10%.

Conclusiones: 1. Debemos sospechar paludismo en todo niño inmigrante con fiebre y/o hepatoesplenomegalia que refiera algún viaje reciente a un país endémico. 2. La mayoría de los diagnósticos de paludismo, en nuestro caso en un 64%, se realizan en la sala de urgencias; la gota gruesa y el frotis fino son los métodos diagnósticos de elección aunque exigen cierta experiencia en el reconocimiento de formas parasitarias. 3. Se recomienda el ingreso en la mayoría de los casos de paludismo ante la posibilidad de complicaciones por intolerancia a la medicación o intrínsecas a la especie, como en el caso de *Falciparum*.

DOCE CASOS DE DREPANOCITOSIS. PRESENTACIÓN CLÍNICA AL DIAGNÓSTICO

J. Blumenfeld, A. Cervera, J. Arnáez, M. Ortega, M. Arriaga,
R. Villares y M.A. Roa

Hospital de Móstoles. Madrid. España.

Introducción: La drepanocitosis es una enfermedad de creciente incidencia en nuestro medio que presenta graves complicaciones en su evolución.

Objetivos: ver la presentación clínica al diagnóstico y del primer episodio relacionado con la enfermedad en doce niños con drepanocitosis seguidos en nuestro centro.

Material y métodos: Análisis descriptivo de 12 casos recogiendo: a) lugar de nacimiento; b) edad y presentación clínica al diagnóstico, y c) edad y primera manifestación típica de la enfermedad. Los estadísticos utilizados son la media, mediana, rango y frecuencia.

Resultados: Lugar de nacimiento: España, 7 (58%); Guinea Ecuatorial, 4 (33%); Zaire, 1 (8%).

Edad de diagnóstico: mediana, 13 meses; rango, 1,5 meses-7 años (excepto en 2 casos de 7 años, uno de ellos nacido en España; todos los demás se diagnosticaron por debajo de los 2 años).

Enfermedad por la que acude: enfermedad neumocócica invasiva, 2 (una sepsis y una meningitis) (16%); anemia, 2 (16%); infección respiratoria de vías altas, 1 (8%); síndrome torácico agudo, 1 (8%); bronquiolitis, 1 (8%); traumatismo craneoencefálico, 1 (8%); crisis vasooclusiva, 1 (8%); abscesos esplénicos, 1 (8%); viriasis, 1 (8%); paludismo, 1 (8%).

Primera manifestación específica de la enfermedad: edad, mediana 15 meses; rango, 6 meses-7 años. Clínica: dactilitis, 6 (0%), mediana de edad, 19,56 meses. Síndrome torácico agudo: 3 (30%); mediana de edad, 30 meses. Enfermedad neumocócica invasiva: 2 (16%); media de edad, 8 meses; crisis vasooclusiva ósea, 1, 10 meses. Cuatro de estos episodios fueron el motivo de diagnóstico de drepanocitosis (33%).

Conclusiones: 1. En nuestro medio es más frecuente la drepanocitosis en hijos de inmigrantes, nacidos en España. 2. En un 66% de los casos el diagnóstico se realiza tras acudir a urgencias por enfermedad común. 3. La forma más frecuente como primera manifestación específica de la enfermedad es la dactilitis. 4. Aunque el diagnóstico de la enfermedad suele ser precoz no debe descartarse la enfermedad en niños mayores.

TRATAMIENTO AMBULATORIO DEL NIÑO CON INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO FEBRIL EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA

A. Andrés Olaizola, P. Galán del Río, J. Sánchez Etxaniz,
S. Mintegi Raso, A. Fernández Landaluze y S. Capapé Zache

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

Objetivo: Describir nuestra experiencia en el manejo ambulatorio del paciente con infección del tracto urinario (ITU) febril diagnosticado en urgencias de pediatría, tras poner en marcha un nuevo protocolo de manejo en niños mayores de 3 meses.

Pacientes y método: Estudio retrospectivo de los 175 niños diagnosticados de ITU febril entre el 1 de enero y el 30 de septiembre de 2003 y manejados de manera ambulatoria. Se recogieron datos del episodio en urgencias y del seguimiento posterior en consultas externas del hospital.

Resultados: Entre el 1 de enero de 2003 y el 30 de septiembre de 2003, 229 niños con fiebre recibieron el diagnóstico de ITU en nuestro servicio de urgencias. De éstos, 175 (76,4%) fueron manejados ambulatoriamente, 23 de ellos tras permanecer unas horas en observación.

El 61,7% fueron mujeres y 123 (70,3%) tenían entre 3 y 24 meses. La temperatura media en urgencias fue de $39,0 \pm 0,6$ °C. El valor medio de la proteína C reactiva (PCR) sérica fue 67 ± 61 mg/l (límites = 0-315) y la cifra de leucocitos osciló entre 4.400 y 41.500/ μ l (15.268 ± 6.085).

Todos fueron tratados con cefixima oral y los 23 que estuvieron en observación recibieron una dosis de ceftriaxona parenteral.

Volvió a consultar 12 (6,8%), de los que ingresaron en planta 6 (3,4% del total de niños), por intolerancia oral o persistencia de la fiebre, y otros dos precisaron permanecer unas horas en observación, sin encontrarse relación con la edad ni con la cuantía de la fiebre, leucocitosis ni elevación de la PCR sérica inicial.

En los estudios de imagen realizados posteriormente se encontraron alteraciones en el 15% de las ecografías renales, 24,6% de las cistografías y 33% de los DMSA de fase aguda realizados.

Comentarios: 1. Un porcentaje importante de niños mayores de 3 meses pueden ser tratados ambulatoriamente con antibioticoterapia oral, si presentan buen estado general, buen estado de hidratación y buena tolerancia oral. 2. Es preciso garantizar un seguimiento a corto plazo de estos pacientes para considerar ingreso hospitalario en los casos de mala evolución (en nuestro grupo el 3,4%). 3. En todos los casos se debe asegurar con posterioridad a la remisión del episodio febril un estudio de imagen para descartar una enfermedad asociada.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-ANALÍTICAS-RADIOLÓGICAS DE LAS INFECCIONES DE ORINA FEBRILES. FACTORES PRONÓSTICOS

A. Andrés Olaizola, P. Galán del Río, J. Sánchez Etxaniz,
M.A. Vázquez Ronco, A. Fernández Landaluze
y N. Trebolazabala Quirante

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

Objetivo: Describir las características clínicas y los estudios complementarios realizados a los niños diagnosticados de infección del tracto urinario (ITU) febril; valorando la existencia de factores pronósticos.

Pacientes y método: estudio retrospectivo de los niños diagnosticados de ITU febril entre el 1 de enero y el 30 de septiembre de 2003. Se recogieron datos del episodio informatizado de urgencias, del ingreso hospitalario y del seguimiento en consultas del hospital.

Resultados: 229 niños con fiebre recibieron el diagnóstico de ITU: 175 (76,4%) fueron manejados ambulatoriamente, los 64 restantes ingresaron en el hospital. El 56,5% fueron mujeres. La edad media fue de 23 meses (0-158 meses), siendo el 76% menores de 24 meses. La temperatura media fue de $38,6 \pm 0,6$ °C. Tenían antecedentes de ITU previas 56 (23%). El valor medio de la PCR sérica fue 74 mg/l (0-389) y la cifra de leucocitos osciló entre 4.400 y 46.200/ μ l (media de 16.445). Tenían leucocituria 227 casos (95%) y nitrituria 126 (52,7%). Se realizó tinción de Gram en 110 casos, siendo 17 negativos (7%). En el urocultivo se aislaron 222 *Escherichia coli* (93%), cinco *Proteus mirabilis*, cuatro *Klebsiella pneumoniae*. Se encontraron alteraciones en el 32% de las ecografías renales, 28,6% de las cistografías y 46,9% de los DMSA de fase aguda realizados. Al comparar estas alteraciones con los diversas variables clínicas y analíticas solamente hemos encontrado relación estadística con la leucocitosis ($p = 0,07$) y la elevación de la proteína C reactiva (PCR) sérica ($p = 0,003$) y, en el caso del DMSA, con el hecho de haber ingresado ($p = 0,007$). Se ha encontrado enfermedad nefrourológica en 67 casos (28%): 40 RVU, cinco doble sistema, 21 otros, instaurándose profilaxis en 36 niños.

Comentarios: 1. En los niños con ITU febril la leucocitosis y la elevación de la PCR orientan a la posibilidad de alteración de las pruebas de imagen (ecografía, cistografía y DMSA agudo), sin que lo haga ninguna variable clínica. 2. Ninguna variable clínica ni analítica se ha asociado significativamente al hallazgo de patología nefrourológica. 3. Dada la ausencia de predictores clinicoanalíticos fiables de lesión de base pensamos que es necesario realizar estudios de imagen a todos los niños con una primera ITU febril.

COLECISTITIS AGUDA VIRAL EN EL CONTEXTO DE HEPATITIS AGUDA A. A PROPÓSITO DE UN CASO

I. Marsinyach, J. Urbano, G. Arriola, C. Gutiérrez,
C. Míguez y J. Delgado

Departamento de Urgencias y Radiología Pediátricas.
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España.

Fundamentos y objetivo: Los cambios morfológicos de la vesícula biliar, en el contexto de una hepatitis aguda tipo A,

son alteraciones anatómicas transitorias que desaparecen de forma espontánea. Estos cambios han sido ampliamente descritos en la literatura; sin embargo, las referencias bibliográficas sobre la colecistitis aguda, en el contexto de la hepatitis aguda A, son escasas.

Observaciones clínicas: Varón de 10 años que acude a urgencias por abdominalgia generalizada intensa que empeora con la ingesta desde hace 6 días. Desde hace cuatro, asocia fiebre vómitos, cefalea y anorexia. Antecedentes personales: sin interés. Antecedentes familiares: tío materno diagnosticado de hepatitis aguda (causa desconocida) hacía un mes. Exploración física: decaído, ictericia mucocutánea moderada. Abdomen: blando y depresible, dolor difuso a la palpación profunda más intenso en hipocondrio derecho sin signos de irritación peritoneal. Hepatomegalia de 2 cm, polo de bazo. Resto de exploración: normal. Pruebas complementarias: leucocitos, 7.600 (55 granulocitos, 24% linfocitos); GOT, 4.887; GPT, 6.385; LDH, 1.876; FA, 450; GGT, 150; colesterol total, 127; triglicéridos, 275; bilirrubina total, 7,9 (fracción directa 6,8); proteínas totales, 5,5 (albúmina 3,7); PCR, 0,5 mg/dl. Coagulación normal. Ecografía abdominal: masa de 4-5 cm de ecogenicidad heterogénea bien delimitada muy vascularizada en el área teórica de la vesícula biliar. Hepatomegalia leve con parénquima normal. Evolución: Ingresó con diagnóstico de hepatitis aguda y sospecha de colecistitis aguda. Recibió tratamiento con fluidoterapia intravenosa y analgesia (meperidino). Ecografía abdominal a las 24 h: vesícula biliar edematosa; disminución del grosor de la pared vesicular con luz visible. No líquido libre ni cálculos. Serología: IgM anti-A (+).

Comentarios: Los cambios morfológicos de la vesícula biliar en el contexto de una hepatitis aguda, son relativamente frecuentes y transitorios. No precisan tratamiento ni estudios de imagen distintos de un control ecográfico. La colecistitis aguda viral es una entidad poco descrita en la literatura, posiblemente por falta de diagnóstico.

SÍNDROME FEBRIL EN LACTANTE DE ETIOLOGÍA POCO HABITUAL

P. Galán Del Río, S. Blázquez Trigo, A. Rodríguez Serna,
N. Trebolazabala Quirante, S. Capapé Zache
y M.A. Vázquez Ronco

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

Introducción: El síndrome febril sin focalidad es un motivo frecuente de consulta en la Urgencia de Pediatría. La mayoría de las veces la causa es infecciosa, pero en ocasiones puede ser síntoma de otro proceso no infeccioso.

Caso clínico: Varón de 5 meses que acudió al servicio de urgencias por fiebre elevada de 4 días de evolución, sin otra clínica asociada. La exploración física fue normal salvo palidez cutánea. La exploración por aparatos en urgencias fue normal.

Antecedentes personales y familiares sin interés.

Se decidió realizar una analítica sanguínea en la que se encontró una anemia normocítica normocrómica (hematocrito, 19,4%; Hb, 6,5 g/dl; VCM, 87 fl), con leucocitos y plaquetas normales. La proteína C reactiva (PCR) fue de 26,4 mg/dl. Debido

a este valor elevado de PCR y en el cribado de infección bacteriana potencialmente grave (IBPG) se realizó analítica de orina, punción lumbar y radiografía de tórax que fueron normales. Se recogieron cultivos y se decidió el ingreso, con los diagnósticos de probable IBPG + anemia a estudio.

Evolución: Al ingreso requirió una transfusión de concentrado de hemáties, se comenzó antibioticoterapia IV e inició el estudio de anemia. La fiebre cedió en 24 h, pero en exploraciones sucesivas se consiguió palpar una masa abdominal, encontrándose en la ecografía una masa de 8 x 9 cm en suprarrenal derecha.

Ante la sospecha de neuroblastoma se pidieron diferentes pruebas (catecolaminas en orina, enolasa, α -fetoproteína, RM) con las que se confirmó el diagnóstico de neuroblastoma estadio 2A.

Comentarios: En el estudio de un síndrome febril sin foco realizar una buena exploración física es fundamental. La presencia de una anemia intensa normocítica normocrómica nos tiene que hacer sospechar una etiología diferente a la infecciosa, entre ellas la tumoral.

MENINGITIS NEUMOCÓCICA RECIDIVANTE EN LACTANTE MENOR DE 3 MESES

J.M. Syltern, I. Reyes Azpeitia, A.R. Espino González, E. Colino Gil, R. González González y E. González Díaz

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Materno-Infantil de Las Palmas de Gran Canaria. España.

Introducción: La meningitis neumocócica es una enfermedad con importante morbimortalidad, que puede presentarse en el lactante con síntomas poco llamativos. En el siguiente caso clínico se analizarán algunas complicaciones que puedan aparecer.

Caso clínico: Lactante mujer de 49 días, ingresa por cuadro de 12 h de evolución de irritabilidad y febrícula. Exploración física: temperatura, 38,3 °C. Irritable. Exploración por órganos y aparatos: normal.

Antecedentes personales: parto a término. Ingreso por bronquiolitis, alta 4 días antes del cuadro actual. Lactancia artificial.

Parámetros clínicos: leucocitosis, 34.700 (N54; L42; M4); Hb: 9,7 g/dl; plaquetas, 1.265.000; PCR, 2,62 mg/dl; LCR, 15 leucocitos/ μ l; proteínas, 57 mg/dl; glucosa, 58 mg/dl; orina, normal.

Evolución: se instaura tratamiento con cefotaxima y ampicilina, a pesar de lo cual persiste fiebre alta. Al cuarto día, cuatro convulsiones de inicio focal MSD, con generalización posterior. Se repite PL: LCR: 2.560 leucocitos/ μ l (55% MN; 45% PMN); proteínas, 173 mg/dl, y glucosa, 16 mg/dl. Llega resultado de hemocultivo: *S. pneumoniae*, por lo que se pauta cefotaxima y vancomicina. Alta tras 10 días de tratamiento, con exploración normal.

Reingresó a los 4 días por irritabilidad y quejido de 24 h de evolución, en la exploración se observa fiebre.

Pruebas complementarias: Persiste pleocitosis en LCR, el resto parámetros infecciosos negativos. TC craneal: hígroma frontal. Cultivos de sangre, orina, heces y LCR: negativos. No se observan malformaciones ni fístulas en RM craneal.

Evolución: Se reinstaura igual tratamiento durante 10 días, con buena respuesta, y con exploración y LCR al alta normal.

Diagnóstico: Meningitis recidivante. Hígroma frontal.

Discusión: La meningitis neumocócica ocurre con mayor frecuencia en lactantes menores de 12 meses, cursa a menudo con convulsiones, y la corta edad favorece la aparición de hígromas. Se trata de una meningitis recidivante, asociado a tratamiento antibiótico inadecuado. Se plantea si sería aconsejable prolongar el tratamiento a 14 días, si realizar PL de control y si se debe añadir dexametasona.

PALUDISMO POR *PLASMODIUM FALCIPARUM*. A PROPÓSITO DE UN CASO

I. Reyes Azpeitia, A. Espino González, J.M. Syltern, R. González González, D. González Santana y E. González Díaz
Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital Universitario Materno-Infantil de Canarias. España.

Introducción: El paludismo es una enfermedad protozoaria aguda y crónica producida por cuatro especies del protozoo intracelular del género *Plasmodium* (*P. falciparum*, *P. malariae*, *P. ovale* y *P. vivax*), que se caracteriza por paroxismos de fiebre, escalofríos, astenia, anemia y esplenomegalia. Actualmente tiene gran importancia en los países en vías de desarrollo y se estima que existen 300 millones de casos y más de 1 millón de muertos cada año. Las zonas fundamentales de transmisión son África, Asia y Sudamérica. La especie predominante en África, Haití y Nueva Guinea es *P. falciparum*; en Bangladesh, América Central, India, Pakistán y Sri Lanka predominan *P. vivax* y *P. falciparum*; y *P. ovale*, la especie más rara, es fundamentalmente africano. El paludismo por *P. falciparum* es la forma más grave de malaria y la enfermedad puede complicarse pudiendo provocar la muerte (25% en adultos y el 30% en lactantes no inmunes). El tratamiento va a depender de la zona (resistente o no a la cloroquina).

Caso clínico: Enfermedad actual: niña de 3 años que acude por historia de dolor abdominal, fiebre no termometrada intermitente y cefalea frontal de meses de duración. Antecedentes personales: hace 5 días que llegó de Guinea Ecuatorial. Refiere ingreso previo en Guinea por este problema. Exploración física: abdomen distendido, se palpa bazo a 3 cm del reborde costal. Resto normal. Pruebas complementarias: Hemograma: hemoglobina, 8,2 g/dl; hematocrito, 24,8%; leucocitos, 11.000 \times 10⁹/l (42%N; 33%L; 22%M); plaquetas, 101.000 \times 10⁹/l; VSG, 94. Gota gruesa: trofozoitos de *Plasmodium falciparum*; detección de Ag de *P. falciparum*. Parásitos en sangre: trofozoitos de *P. falciparum* con un índice de parasitación. Ecografía abdominal: esplenomegalia, resto normal. Diagnóstico: paludismo por *P. falciparum*. Tratamiento: sulfato de quinina 150 mg cada 8 h vía oral durante 5 días y clindamicina 150 mg cada 8 h vía oral durante 10 días.

Conclusiones: Los médicos que ejercen en una zona no endémica deben considerar el diagnóstico de paludismo en cualquier niño con fiebre que ha regresado de una zona endémica en el año previo. Hoy día es posible encontrar una inadecuada respuesta terapéutica a cualquier fármaco en prácticamente cual-

quier zona palúdica del mundo, por lo tanto, el tratamiento dependerá de la resistencia de los antipalúdicos en dicha zona. El tratamiento del *P. falciparum* debe considerarse una urgencia médica, ya que en caso de no ser tratado, la enfermedad puede complicarse y provocar la muerte.

SÍNDROME CELULITIS-ADENITIS POR *STREPTOCOCCUS* DEL GRUPO B COMO FORMA DE SEPSIS NEONATAL TARDÍA

S. Pavlovic Todorčević, M. Falcón Rodríguez, A. Rodríguez Gonzales, E. Gonzales Díaz, I. Melian Domínguez y Z. Espinel Padrón

Servicio de Urgencia de Pediatría. Hospital Universitario Materno Infantil. Las Palmas de Gran Canaria. España.

Introducción: El síndrome de adenitis-celulitis es una expresión clínica poco frecuente de la infección por *Streptococcus agalactiae* (EGB) en recién nacidos y en los primeros meses de vida. Una manifestación local (celulitis) y una afectación de tejidos blandos (adenitis), junto con la fiebre, pueden ser las únicas manifestaciones de bacteriemia y/o meningitis por EGB.

Caso clínico: Lactante de 50 días de vida que acude por irritabilidad. Exploración física: temperatura, 38,3 °C; tumefacción submandibular y cervical bilateral, eritematosa y caliente, sin signos de fluctuación. Resto dentro de la normalidad. Antecedentes físicos y personales: embarazo y parto normal, frotis vaginal EGB negativo. Período perinatal sin incidencias. Observación: pico febril de 40 °C, irritabilidad y rechazo de tomas. Pruebas complementarias: hemograma, PCR, LCR y radiografía de tórax, normal. Eco cervical: múltiples adenopatías laterocervicales con diámetro de hasta 1 cm. Hemocultivo, a las 48 h se aísla *S. agalactiae*. Tratamiento: ampicilina 150 mg/kg/día y cefotaxima 200 mg/kg/día. Evolución: excelente, a las 24 h del tratamiento antibiótico desaparece adenopatía y fiebre y el paciente fue dado de alta hospitalaria tras 10 días de antibiotioterapia intravenosa.

Comentarios: El síndrome de adenitis-celulitis es una forma de presentación poco frecuente de la sepsis neonatal tardía por EGB. El tratamiento antibiótico inicial debe ser de amplio espectro incluyendo penicilina o ampicilina y una cefalosporina de tercera generación. El reconocimiento precoz de las manifestaciones locales de la enfermedad tiene gran importancia para adecuar la antibiotioterapia a la posible afectación del sistema nervioso central.

ANÁLISIS DE LA PRESCRIPCIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN LA INFECCIÓN RESPIRATORIA DE VÍAS ALTAS EN URGENCIAS

M.M. Martínez López, J. Martín Sánchez y S. García García
Hospital Infantil La Paz. Madrid. España.

Introducción: El incremento de las resistencias a antibióticos supone en el momento actual un problema relevante que se atribuye a uso indiscriminado. Las infecciones respiratorias son generalmente de etiología viral y, sin embargo, se tratan en un elevado porcentaje de casos con antibióticos.

Objetivos: Analizar la prescripción de antibióticos en la infección respiratoria de vías altas. Intentar establecer la relación entre determinados factores y el uso inadecuado de antibióticos en la población pediátrica.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los niños que acudieron al servicio de urgencias en febrero de 2002 con la sospecha de infección respiratoria de vías altas. Se extrajo una muestra aleatoria para obtener un máximo de 150 niños. Se analizó edad, temperatura, días de fiebre, prescripción de antibiótico, tipo de antibiótico, antibiótico previo, por propia iniciativa o derivados por atención primaria, médico que lo atendió, día, turno y signo clave que justificara la prescripción.

Resultados: 142 pacientes: 22 recibieron tratamiento antibiótico inadecuado, 91 no recibieron tratamiento, 11 habían comenzado tratamiento antibiótico previo y 18 recibieron tratamiento adecuado según las recomendaciones vigentes. El uso inadecuado de antibióticos fue más frecuente en niños entre 1 y 4 años 13 (59%), con menos de 3 días de fiebre 17 (77%), con más de 39 °C 11 (50%), atendidos por un residente de primer año de pediatría, 11 (50%); que acudieron por propia iniciativa, 19 (86%); en fin de semana, 15 (68%), y por la tarde, 11 (50%), sin detectarse diferencias estadísticamente significativas. Los signos más frecuentes que motivaron la prescripción fue tímpano eritematoso, 8 (36%) e infiltrados radiológicos, 6 (27%).

Conclusiones: El uso de antibióticos en el tratamiento de infecciones presumiblemente virales es aún excesivo. Es importante promover el uso racional de antibióticos, sobre todo en la población infantil con el fin de controlar las resistencias microbianas.

HOSPITALIZACIÓN Y COMPLICACIONES POR *BORDETELLA PERTUSSIS* EN LACTANTES MENORES DE 6 MESES

R. Monfort Gil^a, G. Viaplana Bartoli^b, T. Muñoz Espín^b, T. Gili Bigatà^c, I. Sanfeliu Sala^d y V. Pineda Solas^a

^aUnidad de Enfermedades Infecciosas de Pediatría. ^bUrgencias de Pediatría. ^cUnidad de Cuidados Intensivos Pediátricos. Servicio de Pediatría. ^dServicio de Microbiología. Hospital de Sabadell. España.

Introducción y objetivos: La tos ferina tiene un amplio espectro clínico. En adultos la sintomatología es leve y está infradiagnosticada, siendo por ello una importante fuente de contagio. El grupo de edad más vulnerable son los lactantes menores de 6 meses debido a una inmunización incompleta, presentando clínica más grave y mayor morbimortalidad. Nuestro objetivo es plasmar la repercusión clínica de esta infección en los lactantes menores de 6 meses en nuestro medio.

Material y métodos: Se han estudiado todos los menores de 6 meses con cultivo positivo para *B. pertussis*, ingresados o atendidos en nuestro servicio de urgencias en el último año. Se han registrado edad, manifestaciones clínicas, tratamiento, días de hospitalización, estado vacunal, así como posibilidad de contagio por un adulto (generalmente padres).

Resultados: Se han recogido un total de 8 pacientes, observando mayor número de casos en invierno. Todos ellos presen-

taban síntomas sugestivos en mayor o menor grado: tos en accesos (100%), con cianosis (75%) o vómitos (12,5%), apneas (62,5%), hipotonía (25%). Ingresaron 6 pacientes, con una edad media de 52 días (rango 15-80). Un 66% requirieron ingreso en UCI para monitorización. Sólo un paciente presentó bradicardias. Destacamos un paciente con tos ferina maligna que evolucionó favorablemente. No se observó ningún caso con convulsiones. Un 33% requirieron oxígeno, durante una media de 9 días. Recibieron eritromicina 5 de los 6 lactantes ingresados. La estancia media hospitalaria fue de 15,1 días, siendo de 10 días en unidad de cuidados intensivos (UCI). Referente al estado vacunal, cuatro de los pacientes ingresados no había iniciado aún la pauta de inmunización. En el 66,6% de los pacientes ingresados se constató algún familiar adulto con tos de más de 2 semanas de evolución. No se ha registrado ninguna muerte.

Comentarios: Los niños menores de 2 meses presentan mayor riesgo de manifestaciones graves por tos ferina, así como una estancia media elevada. Un número no despreciable de adultos podrían haber sido los transmisores de la infección. Creemos necesario controlar la infección en el adulto y niño mayor para evitar el contagio.

ESTUDIO RETROSPECTIVO DE INFECCIONES POR VIRUS INFLUENZA EN POBLACIÓN INFANTIL DURANTE EL AÑO 2003

J. Urbano, P. Chimenti, E. Cidoncha, C. Míguez, C. Merello y P. Catalá

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

Objetivos: Analizar retrospectivamente la epidemiología y la problemática diagnóstica de las infecciones causadas por virus Influenza en la población infantil durante el año 2003.

Material y métodos: Estudio de características clínicas y epidemiológicas de pacientes ingresados en los que se aisló virus Influenza en el aspirado nasofaríngeo. Las muestras de virus respiratorio sincitial (VRS) (-) por inmunocromatografía fueron sembradas en línea celular MDCK para aislamiento de Influenza A y B mediante técnica *shell-vial*. Los viales se revelaron mediante inmunofluorescencia indirecta (simulfluor FluA/FluB Chemicon). Se ha realizado estudio teórico coste-beneficio sobre utilidad de métodos de detección rápida antigénica.

Resultados: En el año 2003 se observó un aumento del número de aislamientos de virus Influenza: 53 en 2003, 24 en 2002, 12 en 2001, 12 en 2000, 14 en 1999. El mes con mayor número de aislamientos de Influenza fue noviembre (Infl: 20/VRS: 38). Se aislaron más virus Influenza que VRS en los meses de febrero, marzo y octubre de 2003: (Infl: 14/VRS: 12), (Infl: 8/VRS: 5), (Infl: 4/VRS: 2), respectivamente. De las muestras obtenidas se han estudiado únicamente los pacientes ingresados con infección por virus Influenza, siendo un total de 41 casos. En 22 de ellos (53,6%) el diagnóstico fue síndrome febril con afectación del tracto respiratorio superior (SFTRS), de los cuales 15 (68,2%) eran menores de 3 meses y fueron diagnosticados inicialmente como fiebre sin foco, en los que se aplicó protocolo de detec-

ción de infección bacteriana grave (análisis de sangre y orina, urocultivo y hemocultivo, punción lumbar). En 12 casos (29,2%) el diagnóstico fue bronquitis-bronconeumonía y en 6 casos (14,6%), bronquiolitis. El estudio de coste muestra que la detección antigénica de los VRS e Influenza en todas las muestras respiratorias determinaría un precio aproximado de 36 € por muestra procesada.

Conclusiones: Estas observaciones deben hacernos plantear estrategias de profilaxis y diagnóstico, como instrucción sobre medidas higiénicas, vacunación y uso de métodos de detección rápida.

TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO EN NIÑOS CON OTITIS MEDIA AGUDA EN URGENCIAS: ¿QUÉ SE RECOMIENDA Y QUÉ HACEMOS?

M. Macho, I. Ruiz Manzanal, A. Fernández Landaluce, N. Trebolazabala Quirante, J. Sánchez Etxaniz y S. Mintegi Raso
Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Vizcaya. España.

Objetivo: Estudiar si el tratamiento de los niños diagnosticados de otitis media aguda (OMA) en un servicio de urgencias pediátrico hospitalario, fundamentalmente las indicaciones de tratamiento antibiótico, se adapta a las recomendaciones internacionales más recientes (posibilidad de posponer un tratamiento antibiótico [Ab] y escoger el mismo en ausencia de ciertos factores de riesgo: asistencia a guardería, haber recibido Ab 1-2 meses antes, OMA recurrente, ingreso hospitalario reciente, OMA grave -fiebre elevada, otalgia intensa- y edad < 2 años).

Pacientes y método: Estudio prospectivo de todos los episodios (140) correspondientes a los niños de 0-14 años que, sin estar recibiendo previamente Ab, recibieron el diagnóstico de OMA en nuestro servicio de urgencias, los días laborables, en horario comprendido entre las 8:00 y las 20:00 h, entre el 1 de diciembre de 2003 y el 31 de enero de 2004.

Resultados: El 40% de los niños fueron menores de 2 años. Todos los niños, salvo dos, fueron valorados exclusivamente por el equipo pediátrico de urgencias, sin recurrir a otros especialistas. 125 niños recibieron Ab (89,2%): 99, amoxicilina 80 mg/kg; 18, amoxicilina 50 mg/kg; seis, amoxicilina-ácido clavulánico; uno, cefuroxima; uno, claritromicina. De los 140 niños recogidos, 49 (35%) no tenían factores que indicaran la conveniencia de un tratamiento antibiótico (grupo A) y 91 (65%) presentaba al menos uno de esos factores (grupo B). El porcentaje de pacientes del grupo A que recibió tratamiento antibiótico fue significativamente inferior al del grupo B (77,5% frente a 95,6%; $p = 0,002$). Dentro de los pacientes que recibieron Ab, el porcentaje que recibió amoxicilina a 50 mg/kg/día fue superior en el grupo A que en el grupo B, sin ser una diferencia significativa (26,3% frente a 16,8%; $p = 0,14$).

Conclusiones: La presencia de factores de riesgo para una peor evolución influye en la decisión de instaurar tratamiento Ab en un niño con OMA y el tipo del mismo. Aun así, nos encontramos lejos todavía de seguir correctamente las recomendaciones internacionales más recientes.

EVOLUCIÓN DE LOS NIÑOS DIAGNOSTICADOS DE OTITIS MEDIA AGUDA EN URGENCIAS

M. Macho Díaz, I. Ruiz Manzanal, B. Azkunaga Santibáñez, M.A. Vázquez Ronco, J. Benito Fernández y S. Mintegi Raso

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

Objetivo: Estudiar la evolución posterior de los niños diagnosticados de otitis media aguda (OMA) en un servicio de urgencias pediátrico hospitalario.

Pacientes y método: Entre el 1 de diciembre de 2003 y el 31 de enero de 2004, los días laborables, en horario comprendido entre las 8:00 y las 20:00 h, 174 pacientes de 0-14 años recibieron el diagnóstico de OMA en urgencias. Se estudia el seguimiento de los 137 pacientes con los que se consiguió contactar telefónicamente.

Resultados: Completaron el tratamiento recomendado en urgencias 99 pacientes (10 de ellos sin acudir a revisión por su pediatra) y en 38 pacientes (27,7%) el pediatra cambió el tratamiento indicado en Urgencias: ajuste de los días de tratamiento 20, aumento de la dosis de Ab siete, cambio de Ab cinco, instauración de tratamiento Ab cuatro y cese del mismo dos. En los pacientes con fiebre, en el 85% ésta cedió en los primeros 3 días y en los que tenían otalgia en el 75% ésta cedió en los primeros 2 días. Cuatro pacientes refirieron complicaciones (nueva OMA al terminar el tratamiento, dos; granuloma, uno; otorrea persistente, uno). Reconsultaron 6 pacientes, sin que ninguno precisase ingreso.

Conclusiones: Casi la tercera parte de los niños diagnosticados de OMA en urgencias requirieron ajuste posterior del tratamiento por parte de su pediatra, a pesar de la buena evolución de los niños y el rápido cese de la sintomatología que motivó la consulta en urgencias.

MASTOIDITIS AGUDA: ¿AUMENTO DE SU INCIDENCIA?

D. Bartoli, V. Pineda Solas, G. Viaplana Bartolí,

V. Aldecoa Bilbao, T. Muñoz Espín y F.J. Travería Casanova

Servicio de Pediatría. Hospital de Sabadell. Institut Universitari Parc Taulí. Sabadell. Barcelona. España.

Introducción: La mastoiditis aguda es la complicación intratemporal más frecuente de la otitis media aguda (OMA). En los últimos trabajos publicados parece haber un aumento de la incidencia de esta enfermedad.

Objetivos: Recoger los casos de mastoiditis aguda ingresados en nuestro centro en los últimos 12 años para analizar la incidencia, presentación clínica, factores de riesgo y manejo terapéutico.

Métodos: Estudio retrospectivo de los casos de mastoiditis aguda ingresados en el período comprendido entre enero de 1992 y diciembre de 2003.

Resultados: 51 casos de mastoiditis, 31 niños (60%) y 20 niñas (40%). La edad media fue de 2 años y medio (rango; 4 meses-8 años y medio). La media de casos por año en el período 1992-1999 fue de 2,6 y 2000-2003 de 7,5.

El 86% de los casos había tomado antibiótico en los 3 meses previos y el 80% de los niños entre los 11 meses y los 3 años asistía a la guardería. El 76% recibía antibiótico por episodio de OMA.

La clínica fue eritema (92%), desplazamiento auricular (92%), dolor región mastoidea (82%), otalgia (80%), fiebre (72%), tumefacción (68%) y otorrea (39%). En el momento del diagnóstico un 92% presentaba OMA.

La analítica mostraba: leucocitosis (> 15.000), 65%; velocidad de sedimentación globular (VSG) > 30, 96%; proteína C reactiva (PCR) > 4mg/dl, 72%. Se realizó hemocultivo en 47 niños, siendo positivo en tres: 1, *S. pyogenes*, y 2, *S. pneumoniae*. En 18 casos (35%) se realizó cultivo de exudado ótico, aislándose *S. pneumoniae* (6), *P. aeruginosa* (4), *S. pyogenes* (2), *Corynebacterium* (2) y estéril (4). Se practicó TC en 16 casos (31%) que fue patológica en el 94%.

Solamente un paciente presentó una complicación, un absceso subperióstico que precisó drenaje. Todos los pacientes recibieron tratamiento antibiótico parenteral durante una media de 5,2 días, continuando con antibiótico oral hasta completar una media de 13 días de tratamiento. La estancia media fue de 6,9 días.

Conclusiones: 1. La incidencia de mastoiditis ha aumentado en los últimos 4 años. 2. La mayoría de los pacientes asistían a la guardería (80%) y habían recibido antibióticos en los 3 meses previos (83%). 3. El 76% recibía antibiótico en el momento del diagnóstico. 4. La sintomatología más habitual fue la de eritema, dolor y desplazamiento auricular. 5. Todos los pacientes fueron tratados con antibioticoterapia parenteral y sólo un caso precisó tratamiento quirúrgico, con lo cual podemos afirmar que el tratamiento de elección en las mastoiditis aguda es conservador con antibioticoterapia parenteral.

DOLOR TORÁCICO EN PEDIATRÍA: UNA ENTIDAD NO SIEMPRE BENIGNA

C. Parra Cotanda, L. Castells Vilella, M. de Diego Suárez, J. Quilis Esquerra y D. Soriano Belmonte

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

Fundamento y objetivos: El dolor torácico en pediatría suele tener una etiología benigna y autolimitada, motivo por el cual algunos autores desaconsejan realizar exploraciones complementarias de forma sistemática. Presentamos 3 casos clínicos de dolor torácico de presentación inespecífica, en los que dichas exploraciones ayudaron al diagnóstico definitivo.

Observaciones clínicas: *Caso 1.* Joven varón de 15 años que presenta dolor torácico punzante de 4 h de evolución sin otra sintomatología. La exploración física es normal excepto discreta hipofonesis a nivel de ápex pulmonar izquierdo. Exploraciones complementarias: hemograma y electrocardiograma normales; radiografía de tórax: neumotórax izquierdo. Orientación diagnóstica: neumotórax espontáneo. Se ingresa con reposo y analgesia con buena evolución. *Caso 2.* Niña de 13 años que presenta dolor retroesternal de 2 meses de evolución. En la exploración física, destaca bultoma doloroso a nivel de la séptima articulación condroesternal izquierda. Exploraciones complementarias: radiografía de tórax, analítica, ecografía y gammagrafía ósea normales. Orientación diagnóstica: síndrome de Tietze. Evolución: reposo y analgesia con desaparición del bultoma y del dolor. *Caso 3.* Joven de 15 años que presenta dolor

retroesternal de 48 h de evolución y fiebre alta. Diagnosticado de faringitis, sigue tratamiento con amoxicilina. En la exploración física destaca dolor a la palpación torácica. Exploraciones complementarias: radiografía de tórax normal; hemograma: discreta leucocitosis con aumento de los reactantes de fase aguda, creatinina mb y troponina elevadas, electrocardiograma: elevación del segmento ST en derivaciones precordiales, ecocardiografía compatible con miopericarditis. Se inicia tratamiento antiinflamatorio y se remite a unidad de cuidados intensivos pediátricos con buena evolución clínica.

Comentarios: A pesar de que el dolor torácico tiene en la mayoría de casos una etiología benigna, creemos que una correcta anamnesis y exploración física no excluyen la realización de exploraciones complementarias básicas para descartar patología orgánica potencialmente grave.

ESCROTO AGUDO COMO MANIFESTACIÓN DE APENDICITIS AGUDA

L. Gómez Gómez, M. Garatea Rodríguez, T. Hernández Lagunas, A. Pérez Martínez, N. Clerigué Arrieta y M. Herranz Aguirre
Urgencias de Pediatría. Hospital Virgen del Camino. Pamplona. España.

Introducción: La apendicitis aguda (AA) es la causa principal de intervención quirúrgica en la infancia. Los principales síntomas en la AA clásica son: dolor abdominal, anorexia, náuseas y vómitos. En las AA pélvicas o retrocecales el dolor abdominal puede ser un síntoma tardío y presentarse con síntomas genitourinarios. Presentamos un caso clínico de AA en un lactante de 5 meses, que se manifestó como escroto agudo (EA).

Caso clínico: Lactante de 5 meses con cuadro de vómitos, y fiebre elevada de 3 días de evolución. En la exploración se objetivó mal estado general, deshidratación leve y escroto izquierdo inflamado y doloroso con edema en el conducto inguinal. La analítica reveló leucocitosis con neutrofilia. En la ecografía testicular se apreció un teste izquierdo de menor tamaño con circulación aumentada y, rodeándole, una colección líquida. El paciente ingresó con sospecha de infección de origen urológico y tratado, inicialmente, con ampicilina y gentamicina y posteriormente (tras hemocultivo positivo a *Escherichia coli*) con cefotaxima y amikacina, a pesar de lo cual, el escroto empeoró, presentando aspecto séptico por lo que fue remitido a nuestro hospital. En nuestro servicio de urgencias se objetivó, además, un abdomen distendido, muy doloroso por lo que se realizó una ecografía abdominal y testicular que reveló una masa de origen digestivo, un teste izquierdo disminuido de tamaño con flujo conservado y rodeado de una colección líquida con tractos por lo que fue intervenido urgentemente mediante laparotomía, encontrándose un plastrón apendicular y abundante pus en escroto. La evolución fue favorable. El diagnóstico definitivo fue AA perforada con plastrón inflamatorio periapendicular.

Discusión: El EA como manifestación inicial de AA es raro, pero debe incluirse en el diagnóstico diferencial. El hecho de encontrar líquido purulento en un EA debe hacer sospechar una infección abdominal con un conducto inguinal permeable.

INFARTO DE EPIPLÓN: TRATAMIENTO CONSERVADOR

G. Viaplana Bartolí, C. Durán Feliudabaló, J. Travería Casanova, J.C. Rojo Fernández, J. Pérez Sánchez, D. Bartolí y V. Aldecoa Bilbao

Servicio de urgencias. Corporació Parc Taulí. Hospital de Sabadell. Barcelona. España.

Objetivo: Estudio retrospectivo de los casos de infarto de epiplón tratados conservadoramente en nuestro centro.

Material y métodos: Revisión de los casos de infarto de epiplón diagnosticados en el Hospital de Sabadell (población de menos de 14 años: 65.000) en los últimos 8 años. Variables analizadas: edad de presentación, sexo, factores predisponentes, sintomatología, exploraciones complementarias, tratamiento y evolución.

Resultados: Sobre un total de 10 pacientes no se observa predominio de sexos, la edad media es de 7,5 años. Incidencia: 1,9 casos/año/100.000 habitantes. Predominio del dolor en cuadrante inferior derecho (8/10), con inicio de los síntomas 56 h (120-7) antes de la consulta. La mayoría de los pacientes presentaba signos de irritación peritoneal (7/10) y sobrepeso (7/10). Otros síntomas: fiebre (2/10), febrícula: 2/10, vómitos: (1/10), Blumberg (+): (4/10). La analítica mostraba leucocitosis > 15.000: 2/10, aumento de la velocidad de sedimentación globular (VSG) tardía: 5/10. Diagnóstico por imagen: (ECO + TC: 9/10, ECO 1/10). Imágenes ECO: en todos los casos se encontró una masa ovoidea hiperecoica, no compresible, dolorosa, localizada en punto de máximo dolor y en la TC una lesión ovoidea bien definida, adherida a peritoneo, densidad grasa con puntos de hiperecogenidad en su interior. Localización ecográfica de la lesión: FID (4/10), cuadrante superior derecho (4/10), epigastrio (1/10), hipogastrio (1). Recibieron tratamiento conservador (ibu-profeno): 7/10, consiguiendo una reducción tamaño de la lesión ecográfica al 50% entre 2,5-3,5 meses del inicio de los síntomas en todos ellos. En 6 pacientes desapareció la sintomatología en una semana. En ningún caso se observaron complicaciones.

Conclusiones: El infarto de epiplón es una entidad infra-diagnosticada causante de abdomen agudo. Se debe sospechar ante un cuadro de dolor (sub)agudo en hemiabdomen derecho, generalmente sin fiebre ni otros síntomas acompañantes, leve leucocitosis y aumento de la VSG tardía. La ecografía abdominal revela unas imágenes características que en manos expertas apoyan su diagnóstico. En nuestro centro el tratamiento conservador ha demostrado buenos resultados clínicos evitando intervenciones quirúrgicas innecesarias, puesto que es una entidad que involuciona espontáneamente.

TERATOMA QUÍSTICO MADURO: A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Ortega, B. Martín, M.J. Ceñal, M. Castro, J. Cerrolaza y P. Pujol
Hospital de Móstoles. Madrid. España.

Introducción: Los tumores de células germinales representan la causa más frecuente de neoplasia anexial (80-85%) en niñas menores de 15 años. Los tumores ováricos son malignos en 80% de los casos en este grupo de edad. Se presenta a continuación un caso de teratoma quístico maduro (tumor germinal benigno) en una niña de 13 años.

Caso clínico: Se trata de una niña de 13 años vista en nuestro servicio de urgencias por dolor abdominal periumbilical intenso intermitente de 2 meses de evolución que se acompañaba de vómitos ocasionalmente. Menarquía 4 meses antes. Fecha de última regla, 2 meses antes. En la exploración física; buen estado general, abdomen blando doloroso a la palpación profunda en flanco y fosa ilíaca izquierda palpándose masa en hipogastrio compatible con heces o globo vesical. Se realizan pruebas complementarias (analítica general con bioquímica, amilasa, gasometría y analítica de orina), que fueron normales y radiología de abdomen donde no se observan signos de obstrucción, visualizándose abundantes heces e imagen radiopaca en fosa ilíaca izquierda compatible con litiasis; no confirmada en control radiológico 8 h después. Se administran enemas rectales sin mejoría del dolor. Se realiza ecografía ginecológica; tumoración anexial compleja de 14,1 x 7 cm de diámetro. Se realiza ooforectomía izquierda mediante laparotomía extrayéndose quiste dermoide torsionado confirmado en anatomía patológica; teratoma quístico maduro.

Conclusiones: 1. Recalcar la importancia de sospechar quistes o tumores de ovario torsionados ante dolores abdominales intensos en niñas, sobre todo cuando se acompañe de masa palpable en hipogastrio. 2. Sospechar esta entidad ante imágenes radiopacas de localización en fosas ilíacas o hipogastrio en la radiología de abdomen.

HEMATOCOLPOS EN ADOLESCENTES

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

Hospital Universitario Niño Jesús. Madrid. España.

Introducción: La obstrucción congénita de la vagina es infrecuente y debida probablemente a una incompleta canalización de la misma que ocurre en el quinto mes de gestación. Causada más frecuentemente por imperforación del himen y menos comúnmente por lesiones más proximales como tabiques transversos que se asocian con malformaciones congénitas genitales (duplicación de útero y/o vagina, etc.). Se suele presentar en período neonatal por hidrocolpos u obstrucción urinaria, aunque algunos casos pasan desapercibidos hasta la adolescencia cursando con sintomatología muy variada: dolor lumbar, ciática, retención urinaria, dolor abdominal, etc.

Material y métodos: Se presenta 3 pacientes púberes (edad entre 11 y 13 años) que en un relativamente corto período de tiempo (aproximadamente 2 meses) acudieron con síntomas variados: dolor abdominal hipogástrico, tumoración abdominal hipogástrica, retención urinaria y amenorrea. En la exploración física lo más destacable fue: tumoración abdominal, dolor referido a hipogastrio y abombamiento himeneal intravulvar. La ecografía abdominopélvica puso de manifiesto una tumoración o colección retro e infravesical, de gran tamaño y aspecto quístico, que desplazaba y comprimía vejiga, útero y recto, con contenido hiperecogénico. Todas ellas fueron sometidas a intervención quirúrgica, practicándose himenectomía estrellada, previa confirmación por punción de su contenido (hematocolpos).

Resultados: Con cobertura antibiótica y después de drenaje quirúrgico (himenectomía) no se han apreciado complicaciones que, por otra parte, se han descrito como recidiva por estenosis de himen o vulvovaginitis.

Comentarios: 1. Las anomalías congénitas del tracto genital presentan una sintomatología muy variada en adolescentes femeninas. 2. Una exploración genital completa en período neonatal o en primeros meses de vida evitaría la demora diagnóstica de este tipo de cuadros. 3. La ecografía es la prueba diagnóstica más útil sobre todo cuando hay malformaciones genitales congénitas (duplicaciones), con obstrucciones unilaterales difíciles de apreciar en la exploración física. 4. En su tratamiento quirúrgico hay que tener presente evitar lesionar los conductos de las glándulas parahimeneales de Bartholino.

DEBUT DIABÉTICO EN URGENCIAS

M. Tobeña Rué, J. Fàbrega Sabaté, M. Gussinyé Cañadell, X. Perramón Montoliu y X. Ballabriga Vidaller

Hospital Materno infantil de la Vall d'Hebron. Barcelona. España.

Objetivos: Conocer los aspectos epidemiológicos y clínicos, así como el manejo inicial del debut diabético.

Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los casos de debut diabético atendidos en nuestro servicio de urgencias en los últimos 2 años (enero 2001-diciembre 2003). Se analizan datos epidemiológicos, clínicos, analíticos, actitud terapéutica inicial, necesidad de ingreso en la unidad de cuidados intensivos (UCI), tiempo de la corrección de los trastornos bioquímicos y duración del ingreso.

Resultados: Durante este período se diagnosticaron 37 casos de diabetes mellitus tipo 1 (DMI), 21 varones (V) y 16 mujeres (H) con edad media de 9 años (14 meses-15 años). La combinación de poliuria con polidipsia la encontramos en 32 casos (86%), asociado a pérdida de peso en 22 (60%). Del resto de síntomas destacan astenia (27%), cuadro catarral asociado (19%), vómitos (16%), enuresis (11%), dolor abdominal (11%) y cefalea (8%). 17 de ellos (46%) se manifestaron con cetoacidosis, 3 (8,0%) de ellos muy grave (pH < 7,00 mmHg). La hemoglobina glucosilada osciló entre 13 y 14% excepto en 6 (16%) que fue superior a 14 presentando estos síntomas de 2 meses de evolución. Sólo un caso presentó otra endocrinopatía asociada (anticuerpos antitiroideos). Precisarón ingreso en UCI 7 niños (6 V/1 M), con cifras medias de pH 7,06 (6,97-7,16) y glucosa 533 mg/dl (390-750), requiriendo un tiempo medio de corrección de la acidosis y la cetonuria de 26 y 24,05 h, respectivamente. Del resto, los tiempos de corrección fueron 20,7 y 27 h, respectivamente. Requirieron perfusión continua intravenosa de insulina 18 casos (48%), el resto insulina subcutánea discontinua. La duración media de la hospitalización fueron 11 días (7-21), incluyendo aquellos que requirieron UCI. No se presentó ningún caso de muerte ni de edema cerebral.

Conclusiones: La frecuencia de cetoacidosis en el momento del diagnóstico es excesivamente elevada, aumentando el riesgo de complicaciones. Un mayor conocimiento y difusión de la sintomatología por parte del personal sanitario y la población ge-

neral incrementaría el índice de sospecha permitiendo realizar, mediante glucemia capilar, un diagnóstico precoz. No obstante, aplicar unas pautas de tratamiento establecidas mejora la evolución y el pronóstico de estos enfermos.

DESHIDRATACIÓN HIPONATRÉMICA E HIPOCLORÉMICA: UNA MANIFESTACIÓN CLÍNICA FRECUENTE DE LA FIBROSIS QUÍSTICA

Y. Ballester Díez, H. Carbajosa Moreno, I. Hernández Bernal,
E. Infante López, J. Manzanares López-Manzanares
y P. Rojo Conejo

Departamento de Pediatría. Hospital Universitario 12 de Octubre.
Madrid. España.

Objetivo: Poner de manifiesto la importancia de la fibrosis quística (FQ) en el diagnóstico diferencial de la deshidratación hiponatémica.

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo de los 77 pacientes seguidos en la Unidad de FQ de nuestro hospital que se manifestaron en el período de 1985 a 2003. El diagnóstico de FQ se realizó según los criterios habituales: determinación de electrolitos en sudor y estudio de mutaciones del gen *CFTR*. Se han seleccionado los pacientes que presentaron deshidratación hiponatémica. Se han recogido las siguientes variables: clínica, edad, sexo, antropometría, estado nutricional según el índice de Waterlow, mes de presentación, duración de los síntomas hasta la primera consulta, número de episodios previos de deshidratación; datos bioquímicos: ionotest, gasometría con iones, función renal, concentración de sodio y potasio en orina. Método estadístico: media, rango, porcentaje y test de chi cuadrado.

Resultados: De los 77 pacientes, la FQ se ha presentado con deshidratación hiponatémica en 13 (17%). Se obtuvieron datos de 11 de ellos: edad media de presentación 9,5 meses (3-14); 7 varones (63%); el 100% se presentaron en verano (julio 45%, agosto 36% y septiembre 18%); síntomas más frecuentes: vómitos, anorexia, irritabilidad y decaimiento; índice de Waterlow 75 (59-92); parámetros analíticos: sodio 122 mEq/l (109-132); potasio, 3,3 mEq/l (2,2-5,5); cloro, 80,3 mEq/l (72-88); pH, 7,50 (7,36-7,60); bicarbonato, 33,0 (24,4-40,7); urea, 48,3 (21-68,4); en todos el sodio en orina fue menor de 20 y siempre menor a la excreción de potasio.

Comentarios: Ante una hiponatremia de origen poco claro debe tenerse siempre en cuenta el nivel del cloro. La deshidratación hiponatémica e hipoclorémica como debut de la fibrosis quística es relativamente habitual, por lo que debe pensarse en ella a la hora del diagnóstico diferencial de la primera. Se debe considerar este diagnóstico especialmente en el período estival.

DESHIDRATACIÓN HIPOTÓNICA HIPOPOTASÉMICA E HIPOCLORÉMICA CON ALCALOSIS METABÓLICA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE UNA FIBROSIS QUÍSTICA

S. Quevedo, Y. Lage, I. Pinto, L. Echeverría,
F. Verjano y M. Vázquez

Hospital Severo Ochoa. Leganés. Madrid. España.

Introducción: La fibrosis quística (FQ) o mucoviscidosis es una enfermedad genética, de las glándulas exocrinas del orga-

nismo, que se hereda con carácter autosómico recesivo, con afectación preferencial del páncreas y aparato respiratorio. Aproximadamente el 50% de los casos se manifiestan con síntomas respiratorios, un 43% con desmedro o franca malnutrición y un 35% con esteatorrea. Pero junto a estas formas de presentación más habituales hay que considerar el diagnóstico en otras circunstancias que podríamos considerar como formas atípicas.

Caso clínico: Niña de 4 años que es traída al servicio de urgencias por un cuadro de 72 h de evolución de náuseas, dos vómitos y decaimiento sin otra sintomatología. Afebril. No ingesta de fármacos. Antecedentes familiares sin interés. Antecedentes personales: bronquiolitis a los 12 meses, posteriormente un episodio de bronquitis espástica al año, resto sin interés. Exploración física: Peso: 17 kg (P25); talla: 107 cm (P50-75); temperatura: 37,5 °C; FC: 117 lat./min; PA: 93/56 mmHg. Mal estado general. Escasa actividad espontánea. Ojerosa. Mucosas secas. Relleno capilar de 4 s. Pliegue negativo. Meníngeos negativos. No exantemas. ACP: normal. Abdomen: normal. Neurológico: hipotonía generalizada, resto normal. ORL: normal. Pruebas complementarias iniciales: Hemograma: 10.660 leucocitos, 13 g Hb, 277.00 plaquetas. Gasometría: pH, 7,60; HCO₃, 43; EB, + 18; pCO₂, 43 mmHg. Bioquímica sanguínea: Na, 125 mOs/l; K, 2 mOs/l; Cl, 70 mOs/l; creatinina, 0,92 mg/dl; glucosa, 113 mg/dl; osmolaridad, 265. Orina: pH, 6; densidad, 1015; Na < 10 mOs/l; K, 17 mOs/l; osmolaridad, 316.

Evolución: recibió tratamiento con fluidoterapia intravenosa para corrección del déficit de líquidos e iones en 48 h. A las 48 h de su ingreso inicia picos febriles con crepitantes en base derecha presentando en la radiografía de tórax un infiltrado basal derecho, por lo que recibió tratamiento antibiótico. Dada la situación de deshidratación aguda con alcalosis hipoclorémica hipopotasémica hiponatémica se realizó ionotest que fue positivo. En el estudio genético presentaba la mutación en forma heterocigótica F508 del R347P.

Comentarios: Aunque la deshidratación hiponatémica con alcalosis metabólica es una forma atípica de presentación de la FQ en lactantes puede darse en niños mayores y si no pensamos en ella podemos retrasar el diagnóstico de la FQ.

INMIGRACIÓN, SALUD, INTEGRACIÓN. UN ESTUDIO PROSPECTIVO EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA DE UN HOSPITAL COMARCAL

S. Vetter y A. Quesada

Hospital de Mollet. Barcelona. España.

Objetivos: A propósito de evaluar la situación familiar del niño inmigrante que asiste a urgencias pediátricas del Hospital de Mollet se realizó un estudio prospectivo de corte transversal en el intervalo enero/febrero 2004.

Material y métodos: Se diseñó un cuestionario que fue administrado a 107 familias inmigrantes consultantes de un total de 165. El instrumento recogió información acerca de país de origen, lugar de residencia, dominio de idioma castellano y/o catalán, edad, religión, nivel de escolaridad, actividad laboral en

país de origen y en Cataluña de los padres; así como número, edades, nivel de escolaridad y asistencia sanitaria prestada a sus hijos. También se documentó el motivo de consulta y el diagnóstico.

Resultados: Se aprecia que de 2.776 urgencias, 165 fueron niños inmigrantes, procedentes principalmente de la misma localidad (Mollet). El 49% de las familias son de origen sudamericano (36% ecuatorianos), marroquí (33%) y países africanos (8%). Católicos seguido de musulmanes, principalmente. En Cataluña 59 madres son amas de casa aunque con un nivel de estudios igual en comparación con los padres que actualmente estaban empleados. De los 106 padres que no tienen castellano como idioma nativo solamente 55 tienen un dominio alto de castellano. En el país de origen la mayoría de los padres tenían estudios de II, III y IV nivel pero estaban desempleados. De los representantes encuestados 101 prefieren el hospital como primer lugar de asistencia, debido a facilidad de acceso.

De los niños 10 no realizan revisiones médicas.

Conclusión: Conocer el perfil de la familia inmigrante nos permite un mejor abordaje sociosanitario y un mejor control de enfermedades. El esfuerzo debe centrarse en eliminar

barreras de comunicación para el impacto de la inmigración en nuestro país.

PAROTIDITIS RECURRENTE: REVISIÓN DE 14 CASOS

D. Bartoli, J. Ramírez Rodríguez, V. Aldecoa Bilbao, G. Viaplana Bartolí, S. Argemí Renom y J. Rojo Fernández

Servicio de Pediatría. Hospital de Sabadell. Institut Universitari Parc Taulí. Sabadell. Barcelona. España.

Introducción. La parotiditis recurrente (PR) es una entidad caracterizada por la inflamación repetida de la glándula parótida asociada a sialectasia no obstructiva, de etiología incierta y presentación exclusiva en la edad pediátrica.

Objetivos: Revisión de los casos de PR estudiados en nuestro centro y describir los datos epidemiológicos, clínicos, terapéuticos y pruebas de diagnóstico realizadas.

Material y métodos: Se revisaron 14 casos diagnosticados de PR y su evolución mediante encuesta telefónica.

Resultados: La edad media de inicio fue de 5 años (rango: 2 años-13 años) con predominio en el sexo masculino (71%). La edad media de consulta fue de 6 años con una media de episodios previos al diagnóstico de 2,5. El 14% de los pacientes padecieron episodios de PR en ambas parótidas mientras que en el resto (86%) todos fueron en la misma glándula. La clínica más frecuente fue la de tumefacción (100%) y dolor (92%), solamente un 20% presentaron fiebre. Todos los pacientes recibieron tratamiento antiinflamatorio y un 42% antibiótico. La duración media de los episodios fue de 10 días. Se practicó ultrasonografía en período asintomático en 13 pacientes, mostrándose en todos ellos aumento de la glándula parótida con dilatación acinar difusa.

Conclusiones: 1. El rango de edad de presentación fue amplio y hubo predominio en el sexo masculino (71%). 2. Un 86% de los casos presentó clínica unilateral. 3. Los síntomas más frecuentes fueron los de tumefacción y dolor. 4. La totalidad de

los pacientes fueron tratados con antiinflamatorios y un 42% con antibióticos. 5. Todas las ultrasonografías realizadas en los diferentes casos mostraron la misma imagen característica de aumento de tamaño glandular y dilatación acinar difusa.

TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

R. Páez, M.J. Hernández Bejarano, E. Vázquez Peñas, R. González García, A. García Parrón y A. Gil Sánchez

Unidad de Cardiología Pediátrica. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario de Salamanca. España.

Introducción: La taquicardia supraventricular (TSV) es el trastorno del ritmo más frecuente en la infancia, causante de una significativa morbilidad. En el 90% de los casos, el mecanismo es por reentrada a través de vía anómala. Su frecuencia se estima entre 1/250-1.000 niños. Existe abanico amplio de tratamientos, siendo adenosina, digoxina y la amiodarona los más empleados en la fase aguda y profiláctica, respectivamente.

Objetivo: Comunicar las formas clínicas de aparición y recurrencia según la edad, valorando la respuesta al tratamiento durante la crisis y la necesidad de terapia profiláctica o definitiva según evolución.

Material y métodos: Se revisaron 19 historias de pacientes remitidos a la consulta de cardiología pediátrica, desde el servicio de urgencias, por sospecha de TSV entre los años 1997 y 2003, excluyendo aquellos con cardiopatía congénita o adquirida. Las edades comprendían desde 0 a 13 años. Pruebas complementarias realizadas: analítica, ECG o Holter y ecocardiografía. Resultados: De los niños evaluados, el 89% presentaban TSV por reentrada, de los cuales el 50% correspondían a síndrome de Wolff-Parkinson-White. Los niños menores de 5 años representaban el 60% y su forma de presentación más frecuente fue la asintomática. La adenosina fue el tratamiento de elección durante la crisis en el 75%, mientras que en los mayores de 5 años fue el no tratamiento. La profilaxis se realizó en el 75 y el 12%, con digoxina y amiodarona, respectivamente, con buen control. La recurrencia fue del 44 y del 18%, respectivamente, sólo necesitando ablación por radiofrecuencia un 11% del total de niños.

Conclusiones: La mayoría de pacientes revierten con adenosina, siendo un fármaco seguro y carente de efectos secundarios. Es baja la incidencia de recidivas en fase aguda tras su administración. El tratamiento invasivo no es necesario en principio en niños pequeños por autolimitación y curación.

DESHIDRATACIÓN HIPONATRÉMICA COMO DEBUT DE FIBROSIS QUÍSTICA

M.T. Penela Vélez de Guevara, M.C. Puente Sánchez, E. Garrido-Lestache Rodríguez-Montes, M.C. Moraleda Redecilla, M.D. Romero Escós y M.S. Jiménez Casso

Servicio de Pediatría. Hospital General. Segovia. España.

Fundamento y objetivo: La fibrosis quística (FQ) es una enfermedad secundaria a un defecto en el gen regulador de la conductancia transmembrana que se hereda con carácter autosómico recesivo. Afecta a todas las glándulas exocrinas, espe-

cialmente al páncreas exocrino, intestino, vías respiratorias, hígado y glándulas sudoríparas. Aquí se presenta un caso de FQ que se manifestó como un trastorno hidroelectrolítico y del equilibrio acidobásico.

Observaciones clínicas: Niña de 5 meses de edad que acude a urgencias en el mes de julio, por un cuadro de rechazo de las tomas de una semana de evolución. Antecedentes familiares: tío paterno fallecido a los 6 meses de edad por FQ. Antecedentes personales: nace en Bulgaria y se traslada a España hace 3 meses. Ingreso por neumonía al mes de vida. Exploración: regular estado general con decaimiento y mucosa oral seca. Fontanela anterior normotensa. Pulsos palpables y simétricos. Resto de exploración por aparatos normal. Exploraciones complementarias: Hemograma normal. Bioquímica: normal excepto Na: 128, K: 2,6 y Cl: 76,4. Gasometría venosa: pH 7,61, pCO₂: 35,5, HCO₃⁻: 35,2, EB: + 13,1. Evolución: al ingreso se inicia rehidratación intravenosa con corrección de las alteraciones hidroelectrolíticas al segundo día de ingreso. Se realiza test del sudor con resultado repetido no definitivo (Cl: 59 mmol/l) por lo que se decide realizar estudio genético de FQ con resultado positivo.

Comentarios: Las células epiteliales del canal excretor de las glándulas sudoríparas son impermeables al cloro, lo cual da lugar a un descenso en la reabsorción del sodio y a un aumento de la concentración de ClNa en el sudor.

Esto da lugar, además de a una deshidratación hiponatémica e hipoclorémica, a alcalosis metabólica por la pérdida de clorhídrico en los meses de calor.

Los trastornos hidroelectrolíticos y del equilibrio acidobásico pueden manifestarse como fiebre, vómitos, irritabilidad, deshidratación, debilidad, rechazo de la alimentación o retraso ponderoestatural.

La pérdida iónica excesiva a través de la sudoración es una de las bases del diagnóstico mediante la determinación de niveles altos de cloro en el test del sudor. Esta prueba puede tener falsos negativos, por lo que, en casos con sintomatología clara de FQ y test del sudor dudoso o normal debe realizarse estudio genético.

Cabe concluir que el test del sudor ha de ser parte del estudio de cualquier niño con alcalosis metabólica inexplicada.

En niños con fibrosis quística, las concentraciones séricas de electrolitos deben ser controlados regularmente durante los meses de calor.

ENFERMEDAD DE CASTLEMAN

J. Sánchez de Toledo Sancho^a, J. Fàbrega^b, X. Lucaya^c,
C. Marhuenda^d, N. Torán^e, X. Ballabriga^b
y J. Sánchez de Toledo Codina^a

Servicios de ^aOncología Pediátrica, ^bUrgencias, ^cRadiología Pediátrica, ^dCirugía Pediátrica y ^eAnatomía Patológica. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. España.

Fundamento: La enfermedad de Castleman o hiperplasia angiofolicular es una entidad poco frecuente enmarcada dentro de los trastornos linfoproliferativos. Descrita inicialmente por Castleman en 1956, existen pocos casos descritos en la edad pediátrica. Se presenta un caso en una paciente de 12 años.

Observaciones clínicas: Paciente de 12 años, sin antecedentes personales de interés, con tos productiva de 15 días de evolución. Exploración física: hipofonésis en hemitórax derecho. La radiografía simple puso de manifiesto una masa en mediastino medio y posterior. La tomografía computarizada (TC) mostraba una masa en mediastino medio y posterior que captaba contraste de forma homogénea. La prueba de la tuberculina resultó negativa. El aspirado de médula ósea evidenció una celularidad normal y los marcadores tumorales analíticos fueron negativos. Se realizó un estudio angiográfico de la lesión, que demostró una masa hipervascularizada a expensas de un tronco intercostobronquial y una bronquial anómala que pudieron ser embolizados sin complicaciones. Se practicó una resección completa de la masa. El estudio anatomopatológico fue compatible con la enfermedad de castleman variedad hialino vascular.

Comentario: La enfermedad de Castleman es una entidad poco frecuente que se caracteriza por una hiperplasia linfoide reactiva. Su etiología es desconocida pero se cree que responde a una estimulación antigénica crónica de probable etiología viral. Se presenta en adultos jóvenes siendo más frecuente en mujeres. En el 70% de los casos se presenta como una masa mediastínica. Clínicamente se distinguen dos formas de enfermedad: la localizada, de buen pronóstico y la multicéntrica, descrita mayoritariamente en pacientes inmunodeprimidos, con un comportamiento más agresivo y relacionadas con el linfoma no hodgkiniano.

Histológicamente la enfermedad de Castleman se clasifica en dos patrones distintos: la variedad hialino-vascular, la más frecuente y la variedad de células plasmáticas asociada generalmente a las formas diseminadas.

Para el diagnóstico de la enfermedad se requiere la resección completa del ganglio afectado. En las formas localizadas la resección completa es curativa. La utilización de la angiografía y la embolización selectiva puede facilitar el manejo y minimizar las complicaciones de la cirugía. En las formas multicéntricas la resección quirúrgica no es suficiente. La radioterapia y la utilización de corticoides y quimioterapia han mejorado el pronóstico de esta variante de la enfermedad que presenta un 50% de mortalidad.

MASAS ORBITARIAS EN PEDIATRÍA. A PROPÓSITO DE 3 CASOS

C. Mendoza Mayor^a, J. Fàbrega Sabatè^a, O. Segarra Cantón^a,
J. Sánchez de Toledo Codina^b, N. Martín Begué^c
y X. Ballabriga Vidaller^a

Servicio de ^aUrgencias, ^bOncología Pediátrica y ^cOftalmología. Hospital Materno-Infantil. Vall d'Hebron. Barcelona. España.

Fundamento y objetivo: La presentación orbitaria constituye una forma de manifestación infrecuente de enfermedad neoplásica en la infancia, aunque su localización permite un diagnóstico rápido gracias a la aparición precoz de signos clínicos.

Observaciones clínicas: *Caso 1.* Niño de 5 años con astenia y febrícula de 20 días de evolución con aparición posterior de ptosis palpebral, midriasis hiporreactiva ipsolateral y leve proptosis. Se practicó resonancia magnética (RM) cerebral que vi-

sualiza infiltración homogénea a nivel del seno cavernoso izquierdo y radiografía torácica que detecta masa mediastínica anterior. La histología confirmó linfoma linfoblástico de células T.

Caso 2. Varón de 9 años con molestias visuales y diplopía de pocos días de evolución con discreto exoftalmos derecho a la exploración. La RM cerebral evidenció tumoración que afectaba el área orbitaria inferotemporal derecha que correspondía a un rabdomiosarcoma embrionario en la anatomía patológica.

Caso 3. Niño de 19 meses que consultó por exoftalmos unilateral progresivo en el último mes. El estudio por imagen mostró masa en techo orbitario de características heterogéneas captante con destrucción ósea compatible con fibroma no osificante.

Conclusión: Es importante que el pediatra general conozca la existencia de masas orbitarias de origen vascular y/o neoplásico para la correcta identificación precoz de éstas y no demorar su conveniente tratamiento.