

dio de los genes asociados con factores de virulencia del SARM-AC aislado, es probable su presencia dadas las manifestaciones clínicas descritas.

La clindamicina, en combinación con un adecuado drenaje quirúrgico, ha sido usada con éxito en el tratamiento de infecciones cutáneas e invasivas por SARM-AC en niños, como ocurrió en el presente caso⁹. Sin embargo, hay que tener en cuenta la posibilidad de aparición de resistencias inducidas a la clindamicina en cepas resistentes a eritromicina de tipo *erm_B*, que debe ser evaluada por el test de difusión de doble disco¹⁰.

Como conclusión, este caso nos recuerda que debemos reforzar la vigilancia epidemiológica para detectar la posible emergencia de las cepas de SARM-AC en nuestro medio.

**A. Molinos Quintana, L. Marcos Fuentes,
A. Porras González, E. Peromingo Matute
e I. Obando Santaella**

Servicio de Pediatría. Hospital Universitario
Virgen del Rocío. Sevilla. España.

Correspondencia: Dra. A. Molinos Quintana.
Lictores, 18, 1.º B. 41018 Sevilla. España.
Correo electrónico: aguedamolinos@hotmail.com

BIBLIOGRAFÍA

- Grundmann H, Aires-de-Sousa M, Boyce J, Tiemersma E. Emergence and resurgence of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* as a public-health threat. *Lancet*. 2006;368:874-85.
- Broseta A, Chaves F, Rojo P, Otero J. Emergencia de un clon de *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina de origen comunitario en la población de Madrid. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2006;24:31-5.
- Manssur A, Domínguez AM, Pujol M, González MPM, Limón E, Hornero A. Community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infections: An emerging threat in Spain. *Clin Microbiol Infect*. 2008;14:377-80.
- Huijsdens XW, Van Santen-Verheul MG, Spalburg E, Heck MEOC, Pluister GN, Neeling AJ, et al. Multiple cases of familial transmission of community acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *J Clin Microbiol*. 2006;44:2994-6.
- Martínez-Aguilar G, Ávalos-Mishaan A, Hulten K, Hammerman W, Mason EO Jr, Kaplan SL. Community-acquired, methicillin-resistant and methicillin-susceptible *Staphylococcus aureus* musculoskeletal infections in children. *Pediatr Infect Dis J*. 2004;23:701-6.
- Kaplan SL. Implications of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* as a community-acquired pathogen in pediatric patients. *Infect Dis Clin North Am*. 2005;19:747-57.
- González BE, Hulten KG, Dishop MK, Lamberth LB, Hammerman WA, Mason EO Jr, et al. Pulmonary manifestations in children with invasive community-acquired *Staphylococcus aureus* infection. *Clin Infect Dis*. 2005;41:583-90.
- Boucher HW, Corey GR. Epidemiology of methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *Clin Infect Dis*. 2008;46:S344-9.
- Martínez-Aguilar G, Hammerman WA, Mason EO, Kaplan SL. Clindamycin treatment of invasive infections caused by community-acquired, methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *Pediatr Infect Dis J*. 2003;22:593-6.
- Stryjewski ME, Chambers HF. Skin and soft-tissue infections caused by community-acquired methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*. *Clin Infect Dis*. 2008;46:S368-77.

Retención urinaria secundaria a ciproheptadina

Sr. Editor:

La ciproheptadina es un fármaco antihistamínico con acción antialérgica, orexígena, antiserotoninérgica y anticolinérgica. Sus indicaciones de uso según su ficha técnica son las siguientes: profilaxis de la migraña, orexígeno en algunos protocolos terapéuticos de la anorexia nerviosa y antialérgico¹⁻⁴. Aunque su eficacia como estimulante del apetito no está científicamente demostrada¹, salvo en ciertas enfermedades crónicas², es habitual su indicación en atención primaria para niños con escasa ganancia ponderal, y con frecuencia por la presión familiar durante episodios prolongados de anorexia del niño. El porcentaje de efectos secundarios es bajo^{1,2,4,5}, lo que convierte a la ciproheptadina en un fármaco con un amplio perfil de seguridad que facilita su prescripción.

Presentamos el caso de un niño de 3 años y 10 meses con 14 kg de peso (percentil 10, desde el nacimiento) y 98 cm de altura (percentil 25) que es trasladado a urgencias por un cuadro de dolor abdominal de tipo cólico, no localizado y de intensidad creciente, de 12 h de evolución. Entre los antecedentes destaca un ingreso 3 meses antes por una gastroenteritis por rotavirus. Se encuentra afebril, no ha presentado vómitos ni diarrea y la última deposición fue de características normales 18 h antes. No ha ingerido ninguna sustancia en mal estado ni hay otros familiares con un cuadro similar. La madre refiere que los últimos días está más cansado y duerme más de lo habitual. En la exploración destaca el gesto de dolor que localiza con claridad en el abdomen a pesar de su corta edad. Éste es difícil de explorar por la contracción voluntaria de la musculatura abdominal. Los signos del psoas y de Blumberg son positivos. Con el diagnóstico provisional de abdomen agudo se realiza interconsulta a cirugía.

Se explora de nuevo al paciente al cabo de 15 min; ha desaparecido el dolor, y la exploración abdominal es rigurosamente normal. Los padres refieren que el niño ha realizado una micción muy abundante. En este momento la madre recuerda que le está administrando un estimulante del apetito cada 12 h; tras cerciorarnos de que dicho fármaco contiene ciproheptadina, comprobamos entonces otros efectos anticolinérgicos, como sequedad de boca y una discreta midriasis. La dosis administrada de 2 ampollas diarias es la indicada para su edad.

La retención urinaria es excepcional en pediatría; en la bibliografía médica sólo se encuentran casos aislados con etiologías muy diversas⁶: infección del tracto urinario, uropatía obstructiva, alteraciones neurológicas, alteraciones psicológicas o como efecto secundario infrecuente de varios fármacos, como los antiinflamatorios no esteroideos (AINE)⁷, la loperamida⁸ o la propia ciproheptadina³.

En la bibliografía consultada puede comprobarse la seguridad y la buena tolerancia de ciproheptadina^{2,4,5}, si bien algunos artículos refieren una frecuencia de efectos secundarios más elevada, hasta del 10%, que obligó a retirar el tratamiento en 3 de 28 niños³. Von Mühlendahl ya alertaba en 1978 sobre los considerables efectos secundarios de la ciproheptadina, y recomendaba su prescripción en niños sólo tras una cuidadosa deliberación⁹.

El caso clínico que presentamos es un ejemplo de un efecto secundario infrecuente pero relevante en un niño menor de

5 años, sano y sin retraso ponderal y, por tanto, sin indicación de uso de ciproheptadina. Este fármaco orexígeno no debe ser prescrito de forma sistemática en niños sanos con buena curva ponderal, aunque los padres consulten por el escaso apetito, ya que no está exento de efectos secundarios importantes, como en el caso que se presenta.

R. Piñeiro Pérez, M.J. Mellado Peña, M.J. Cilleruelo y P. Martín Fontelos
 Servicio de Pediatría. Hospital Carlos III.
 Madrid. España.

Correspondencia: Dr. R. Piñeiro Pérez.
 Grande, 7. 28411 Morzarzal. Madrid. España.
 Correo electrónico: roipineiro@telefonica.net

BIBLIOGRAFÍA

- Villa LF. Medimecum, guía de terapia farmacológica. Madrid: Ed. Adis Internacional; 2008.
- Homnick DN, Marks JH, Hare KL, Bonnema SK. Long-term trial of cyproheptadine as an appetite stimulant in cystic fibrosis. *Pediatr Pulmonol.* 2005;40:251-6.
- Daviss WB, Scott J. A chart review of cyproheptadine for stimulant-induced weight loss. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2004;14:65-73.
- Andersen JM, Sugerma KS, Lockhart JR, Weinberg WA. Effective prophylactic therapy for cyclic vomiting syndrome in children using amitriptyline or cyproheptadine. *Pediatrics.* 1997; 100:977-81.
- Wortsman J, Soler NG, Hirschowitz J. Side effects of cyproheptadine. *Br Med J.* 1978;1:1217.
- Palencia MT, Lago P, Concheiro A, Vela D, Vázquez JL, Bao A. Retención aguda de orina. *An Pediatr (Barc).* 2007;67:407-8.
- McVary KT. Non-steroidal anti-inflammatory drugs and urinary retention. *Lancet.* 2006;367:195-6.
- Focarelli B, Ausili E, Tabacco F, Rendeli C. Loperamide cause of prolonged urinary retention after acute gastroenteritis. *Eur Rev Med Pharmacol Sci.* 2007;11:65-7.
- Von Mühlendahl KE, Krienke EG. Toxicity of cyproheptadine. Side effects and accidental overdosage. *Monatsschr Kinderheilkd.* 1978;126:123-6.

Autoevaluación del cumplimiento del protocolo del traumatismo craneoencefálico en urgencias en mayores de un año

Sr. Editor:

En nuestro hospital estamos en un proceso de protocolización y continua evaluación de las urgencias pediátricas^{1,2}.

El protocolo ante un traumatismo craneoencefálico (TCE), elaborado en diciembre de 2001 por neuropediatras y especialistas en urgencias pediátricas, fue revisado en octubre de 2004 con la inclusión de indicadores de calidad y nuevamente actualizado tras revisión bibliográfica en mayo de 2006³⁻⁷.

El TCE es motivo de consulta frecuente en pediatría, y la mayoría de los casos no revisten gravedad. Sin embargo, el paciente con un TCE leve presenta un riesgo de lesiones intracraneales imprevisibles, con intervalo libre asintomático, potencialmente mortales o de riesgo de secuelas importantes, si no se lleva a cabo una evacuación quirúrgica temprana, como ocurre sobre todo con los hematomas subdural y epidural³⁻⁷. Se necesita una pauta adecuada a cada centro que oriente en la toma de decisiones.

Nuestro protocolo establece la realización de radiografía en mayores de 1 año sólo en casos de sospecha de fractura complicada como cefalohematoma importante. Se realiza una tomografía computarizada (TC) craneal ante la existencia de clínica o de fractura complicada.

Este estudio revisa el cumplimiento del protocolo del TCE en urgencias en mayores de 1 año, en dos períodos de 1 mes: mayo de 2006, tras 15 días de presentar en sesión clínica el protocolo actualizado, y abril de 2006, tras presentar los resultados del primer período en sesión clínica hospitalaria en marzo de 2007.

Se revisaron los informes de urgencias y las historias de los pacientes ingresados y se recogieron los siguientes datos: constancia de los indicadores de calidad, realización o no de radiografía craneal y TC, tiempo transcurrido desde el traumatismo y mecanismo de producción de éste.

TABLA 1. Resultados comparativos de períodos revisados en mayores de un año*

Indicador	Primera revisión: mayo de 2006, 113 niños Cumplimiento, n.º (%)	Segunda revisión: abril de 2007, 107 niños Cumplimiento, n.º (%)
Constancia Glasgow	80 (71)	85 (75,5)
Constancia pupilas	105 (93)	99 (92,5)
Constancia haber entregado hoja de recomendaciones de vigilancia domiciliaria	100, de los 112 pacientes cuyo destino fue domicilio (89,2)	90, de los 104 pacientes cuyo destino fue domicilio (86,5)
Constancia de existencia o no de cefalohematoma y, en su caso, tamaño y localización	78 (69)	81 (75,7) (en todos los que existe se describen características)
Constancia de mecanismo de producción	78 (69)	90 (84,1)
Constancia de tiempo transcurrido desde el TCE	65 (56,6)	61 (57)

*Las cuatro primeras filas recogen los indicadores establecidos en mayo de 2006. Las filas quinta y sexta recogen los datos de los dos nuevos indicadores que se establecieron en marzo de 2007; dichos indicadores se analizaron en ambos períodos, mayo de 2006 y abril de 2007, aunque en el primer período aún no se habían establecido como indicadores.
 TCE: traumatismo craneoencefálico.