

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.

Los resultados obtenidos se reflejan en la tabla 1. Fueron atendidos por TCE 146 niños en el mes de mayo de 2006 y 136 en el mes de abril de 2007, y eran mayores de 1 año 113 y 107, respectivamente.

En el primer período se realizó radiografía a 54 pacientes (47,7%), en quienes constaba cefalohematoma en 34 (62%), y no se hallaron fracturas en ningún caso. En el segundo período se realizaron a 41 (48,3%), se constató cefalohematoma en 23 (56%) y se evidenció fractura en un caso. Se realizó TC craneal en un caso en el primer período, y en cuatro en el segundo período, siendo todos normales.

Tras la primera revisión insistimos en la importancia de la constancia escrita de los datos más relevantes para una correcta valoración clínica, en especial de cefalohematoma y su descripción (único criterio para la realización de radiografía en este grupo de edad), y de Glasgow, que presentaban menor porcentaje de cumplimiento. Asimismo, se introdujeron dos nuevos indicadores: constancia de mecanismo de producción del TCE y tiempo transcurrido desde éste. Observamos que 1 mes después de comunicar los resultados en sesión, mejoraron en estos dos aspectos, y en la recogida de los dos nuevos indicadores, aunque sin alcanzar los objetivos.

Los protocolos son un instrumento para minimizar la variabilidad asistencial, siempre que sean aplicados por todos los componentes del servicio; en caso contrario, no cumplirán su función por muy excelente que sea su elaboración. La metodología de autoevaluación y presentación de los resultados en sesiones clínicas constituye un método de primer orden en la formación continuada de los médicos residentes y de la plantilla. Los indicadores de calidad, como medida cuantitativa, se utilizan para controlar aspectos importantes en la práctica asistencial^{1,2,8,9}. Los resultados de la segunda evaluación se volvieron a presentar en sesión hospitalaria en junio de 2007.

Los protocolos deben revisarse periódicamente, con actualización bibliográfica y búsqueda de "evidencias", asumiendo que la mejora de la calidad no tiene un punto final. La próxima actualización se hará no después de mayo de 2008, 2 años tras la última^{1,2,10,11}.

**Y. Romero Salas^a, M. Pascual Sánchez^a,
J. López Pisón^{a,b}, A. García Oguiza^a,
J.R. García Mata^c, M.C. García Jiménez^{b,d},
C. Campos Calleja^{b,d} y J.L. Peña Segura^a**

^aUnidad de Neuropediatría. ^bGrupo de Calidad de Urgencias Pediátricas. ^cUnidad de Calidad Asistencial (UCA). ^dUnidad de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España.

Correspondencia: Dr. J. López Pisón.
Unidad de Neuropediatría. Hospital Infantil Miguel Servet.
Pº Isabel la Católica, 1-3. 50009 Zaragoza. España.
Correo electrónico: jlopezpi@salud.aragon.es

BIBLIOGRAFÍA

- Manjón Llorente G, Fernández Espuelas C, López Pisón J, García Mata JR, García Jiménez MC, Campos Calleja C, et al. Crisis convulsivas en el servicio de urgencias: valoración de nuestro protocolo. *Bol Pediatr Arag Rioj Sor.* 2006;36:93-100.
- García Oguiza A, Manjón Llorente G, López Pisón J, García Mata JR, García Jiménez MC, Campos Calleja C, et al. Valora-

ción del cumplimiento de los criterios de calidad del protocolo de cefaleas en urgencias. *An Pediatr (Barc).* 2007;66:630-1.

- Rosenthal BW, Bergman I. Intracranial injury after moderate head trauma in children. *J Pediatr.* 1989;115:346-50.
- Miller JD, Murray LS, Teasdale GM. Development of a traumatic intracranial hematoma after a "minor" head injury. *Neurosurgery.* 1990;27:669-73.
- Chan KH, Mann KS, Yue CP, Fan YW, Cheung M. The significance of skull fracture in acute traumatic intracranial hematomas in adolescents: A prospective study. *J Neurosurg.* 1990;72:189-94.
- Lloyd DA, Carty H, Patterson M, Butcher CK, Roe D. Predictive value of skull radiography for intracranial injury in children with blunt head injury. *Lancet.* 1997;349:821-4.
- American Academy of Pediatrics. Committee on Quality Improvement, American Academy of Pediatrics. Commission on Clinical Policies and Research, American Academy of Family Physicians. The management of Minor Closed Head Injury in Children. *Pediatrics.* 2001;107:983-93.
- Ortega-Benito JM. La auditoría médico-clínica (II). Definiciones y tipología. *Med Clin (Barc).* 1994;103:741-4.
- Marión Buen J, Peiró S, Márquez Calderón S, Meneu de Guillema R. Variaciones en la práctica médica: importancia, causas e implicaciones. *Med Clin (Barc).* 1998;110:382-90.
- National Institute for Clinical Excellence. Principles for best practice in clinical audit. Oxon: Radcliffe Medical Press, 2004. p. 1-196.
- AENOR, Manual de normas UNE serie Calidad. Gestión de la Calidad. Madrid: AENOR; 2003.

Cuadro polimalformativo en un recién nacido. Asociación VACTERL con bazo supranumerario

Sr. Editor:

La asociación VACTERL se encuadra dentro del concepto de asociación de alta frecuencia, que se entiende como un conjunto de múltiples anomalías, que no pueden ser catalogadas como un síndrome, que se presentan en al menos dos individuos y que no se deben al azar. Su herencia, por tanto, no sigue las leyes mendelianas sino que es de carácter esporádico, aunque la aparición de varios casos en una misma familia sugiere una herencia de carácter autosómico^{1,2}.

Responde al acrónimo de defectos Vertebrales, malformaciones Anales, anomalías Cardíacas congénitas, alteraciones Traqueo-Esofágicas, malformaciones Renales y alteraciones en las extremidades ("Limbs" en inglés), fundamentalmente de la zona radial. Para su diagnóstico se requiere la presencia de, al menos, tres de los siete criterios enumerados.

Presentamos el caso de un recién nacido con un cuadro polimalformativo, constituido por las siete características mayores, así como por otras menores, algunas no descritas hasta el momento.

Se trata de un recién nacido resultado de una gestación sin controlar, durante la que se consumieron tanto tabaco como alcohol. Veinticuatro horas antes del parto se realizó la única ecografía prenatal, en la que se observó a un feto varón de 30 semanas, que eran discordantes con las 36 resultantes de la exploración física neonatal.