

Madrid, 12 - 14 de noviembre de 1998

*An Esp Pediatr 1999;50:196-211.*

### SESION I

#### DIAGNOSTICO DE INFECCION URINARIA EN EL LACTANTE EN LAS UNIDADES DE URGENCIAS

A.L. Moro, M.T. del Moral, E. Cela, M.J. Martín,  
A. Mendoza

*Unidad de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario «12 de Octubre».  
Madrid.*

**Objetivo.** Comparar la utilidad de la bolsa perineal (BP) frente al sondaje uretral (SU) o la punción suprapúbica (PS) como método de recogida de orina para el diagnóstico de infección del tracto urinario (ITU) en lactantes.

**Material y métodos.** Se incluyeron 42 lactantes con dos urocultivos positivos (más de 100.000 colonias/ml de una sola especie) recogidos por BP. Posteriormente, para comprobar dicho resultado, se les realizó un urocultivo mediante PS (se consideró positivo a cualquier crecimiento de colonias de un solo germen) o SU (se consideró positivo un crecimiento de más de 20.000 colonias por ml). También se recogió una muestra para la realización de un sistemático de orina. Para el análisis estadístico se utilizó el programa Epi-Info versión 6. Se calcularon los valores predictivos y en la comparación de variables cualitativas se utilizó la prueba de la chi cuadrado.

**Resultados.** De los 42 pacientes con urocultivo positivo por BP, en 7 (17%) se repitió mediante PS y en 35 (83%) por SU. Se confirmó la ITU en 6 niños (14%). El análisis de orina mediante tira reactiva y estudio de sedimento fue normal en el 85% de los casos. El valor predictivo positivo de los urocultivos recogidos con BP fue del 14%, que aumentó al 42% al añadir el resultado patológico del sistemático de orina. El germen más frecuentemente aislado tanto por BP como por PS o SU fue el *E. coli*. La edad media fue de  $6,6 \pm 6,9$  meses, con un predominio de varones (2,5/1).

**Conclusiones.** El uso de la BP en el diagnóstico de ITU tiene un gran número de falsos positivos frente al SU o PS según nuestro estudio. Ante una sospecha de ITU en un lactante febril o al que se le vaya a administrar tratamiento antibiótico la recogida de orina debe hacerse por SU o PS, puesto que la BP sobrediagnostica dicha infección y esto conlleva, además el uso de pruebas complementarias y gastos sanitarios innecesarios, una gran carga familiar.

#### VALOR DE LA TINCION DE GRAM EN EL DIAGNOSTICO DE INFECCION DEL TRACTO URINARIO EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

S. Esteban López, M.A. Vázquez Ronco, J. Sánchez Echániz,  
S. Mintegui Raso, J. Benito Fernández

*Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Baracaldo. Vizcaya.*

**Objetivo.** Poner de manifiesto el valor de la tinción de Gram en el diagnóstico de la infección del tracto urinario (ITU), en la práctica diaria de un servicio de urgencias pediátrico.

**Pacientes y métodos.** El estudio se realizó en 98 pacientes febriles, con edades comprendidas entre 1 mes y 13 años, en lo que se analizó la orina para descartar la presencia de ITU. Además del análisis de orina mediante tira reactiva, para detectar la presencia de leucocitos y nitritos, se envió una muestra para tinción de Gram y urocultivo. La orina fue recogida mediante sondaje uretral en los niños sin control de esfínteres. Se consideró urocultivo positivo al crecimiento de más de 100.000 col/ml del mismo germen en orina obtenida de una micción espontánea y más de 50.000 col/ml, en la obtenida mediante sondaje uretral.

**Resultados.** La edad media de los pacientes fue de 26 meses (74 niños < de 24 meses). El urocultivo resultó positivo en 59 pacientes (60,2%), siendo la tinción de Gram positiva en 53 de estos casos (90%). La tinción de Gram en orina mostró un valor predictivo positivo (VPP) (100%) y un valor predictivo negativo (VPN) (86,7%) para pronosticar un urocultivo positivo, muy superiores a la presencia de leucocituria (VPP: 69,3%; VPN: 69,6%).

**Conclusión.** Dada la trascendencia del diagnóstico de ITU en el niño febril, creemos que este debe basarse en un método de recogida de orina fiable y la práctica de un análisis inmediato de orina que incluya la detección de leucocituria y la tinción de Gram.

#### MANEJO EXTRAHOSPITALARIO DE LAS MENINGITIS VIRALES (MV)

S. Capapé Zache, I. Goikoetxea Martín, M.A. Vázquez Ronco,  
J. Benito Fernández, J. Sánchez Echániz, S. Mintegui Raso.

*Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Baracaldo. Vizcaya.*

**Introducción.** La MV tiene un curso habitualmente benigno, si bien excepcionalmente se asocia con ciertas complicaciones (SSIADH, meningoencefalitis, ...) y, en ocasiones, también puede ser difícil de diferenciar en fases iniciales de una meningitis bacteriana.

**Objetivo.** Describir nuestra experiencia en el manejo extrahospitalario de los niños con MV.

**Metodología.** Entre abril y julio de 1997, 144 niños fueron diagnosticados de MV en nuestra Unidad y manejados ambulatoriamente, tras pasar unas horas en Urgencias y recibir una serie de instrucciones detalladas. En todos se practicó examen citoquímico del LCR, analítica de sangre, hemocultivo y cultivo del LCR para bacterias y virus. Posteriormente se contactó de manera telefónica recogiendo la evolución del proceso.

**Resultados.** Todos los niños diagnosticados inicialmente de MV evolucionaron bien y tuvieron un cultivo de sangre y bacteriano de LCR negativos. De los 144 en los que se contactó, 20 (13,8%) volvieron a consultar con el Hospital, por persistencia de los síntomas o molestias radicales, ingresando 4 durante unas horas; 101 niños (70,1%) referían síntomas como cefalea o molestias radicales y 108 (73,7%) faltaron al colegio una media de 7 días.

**Conclusión.** Tras la administración a la familia de una serie de instrucciones detalladas, el manejo extrahospitalario de las MV es posible tras pasar unas horas en observación en la Unidad de Urgencias Pediátricas de un hospital.

#### ABSCESO PERIAMIGDALINO COMO COMPLICACION DE AMIGDALITIS BACTERIANA. REVISION DE 52 CASOS

A. Fernández, J. Ortega, J. García, W. Youssef, J. Pou, C. Luaces  
Servicio de Pediatría. Unitat Integrada Hospital Clínic-Sant Joan de Déu.  
Universitat de Barcelona. Barcelona.

**Objetivo.** Analizar la incidencia de los abscesos periamigdalinos originados como complicación de una amigdalitis bacteriana, ingresados en nuestro hospital en los últimos ocho años.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de 52 pacientes ingresados con el diagnóstico de absceso periamigdalino en el período comprendido entre enero de 1991 y agosto de 1998.

**Resultados.** La edad de presentación osciló entre 11 meses y 17 años con una media de 9 años y predominio por el sexo masculino (60%). El mayor número de observaciones clínicas se presentó en 1995 y 1997 con 16 y 17 casos, respectivamente. En 18 pacientes consta el antecedente de amigdalitis de repetición y el tiempo medio de evolución de la clínica fue de 3,4 días en el momento del ingreso. La presencia de fiebre, adenopatías laterocervicales y asimetría amigdalina en la exploración física fueron hallazgos constantes. Otros signos comunes han sido la odinofagia (65,3%), disfagia (32,7%), trismus (38,5%), contractura o tumefacción cervical (42,3%) y otalgia (19,2%). En 31 casos se estaba realizando antibioticoterapia previamente a la consulta con el servicio de Urgencias con amoxicilina (13%), amoxicilina más clavulánico (25,8%), penicilina oral (6,4%) o i.m. (6,4%), eritromicina (13%), otros macrólidos (16%) y cefalosporinas orales (16,2%) o i.m. (3,2%). La presencia de leucocitosis superior a 15.000/mcL (67,3%) con neutrofilia (73%) y elevación de la proteína C reactiva (88,4%) fueron datos analíticos sanguíneos frecuentes. Todos los hemocultivos practicados fueron negativos y en nueve niños se detectó *S. pyogenes* en el frotis faríngeo. En cuatro casos se practicó TAC cervical por sospecha de extensión a planos cercanos y se confirmó la ocupación del es-

pacio parafaríngeo en cuatro y retroparotídeo-submandibular en uno. La duración media del ingreso fue de 7 días y los antibióticos parenterales más utilizados la amoxicilina con ácido clavulánico (38,4%) y la cefotaxima (36,5%). En seis casos se asociaron corticoides e.v. y en tres se precisó drenaje quirúrgico aislándose en dos un *Streptococcus pyogenes* sensible a amoxicilina. En tres niños el absceso recidivó en semanas o meses y en 22 se realizó amigdalectomía programada con posterioridad.

**Conclusiones:** 1. La presencia de disfagia, trismus o contractura cervical en el curso de una amigdalitis bacteriana obliga a descartar esta complicación. 2. La TAC permite delimitar con precisión la extensión del absceso. 3. La antibioticoterapia y el tratamiento antiinflamatorio resuelve el cuadro en la mayoría de ocasiones. El tratamiento quirúrgico debe reservarse ante evoluciones tópidas (dificultad respiratoria o deglutoria).

#### SÍNDROME DE LA ESCALDADURA ESTAFILOCÓCICA: ESTUDIO DESCRIPTIVO DE 25 CASOS

A. Jorquera Guillén, A. Torreló, A. Zambrano  
Servicio Dermatología. Hospital del «Niño Jesús». Madrid.

**Introducción.** El síndrome de la escaldadura estafilocócica (SSSS) es una urgencia dermatológica cuyo diagnóstico y tratamiento precoz en la Urgencia conlleva un pronóstico excelente.

**Objetivo.** Conocer las características epidemiológicas, de presentación y el pronóstico del SSSS en nuestro medio.

**Material y métodos.** Se ha realizado un estudio retrospectivo de los casos de SSSS atendidos en el S. de Urgencias del Hospital «Niño Jesús» de Madrid entre enero de 1986 y diciembre de 1997.

**Resultados.** El número total de casos ha sido de 25, de los que 15 fueron niñas y 10 varones. Todos fueron menores de 7 años y 14 de ellos menores de 2 años. Diez de los 25 casos han sido diagnosticados en los últimos 2 años. Las manifestaciones cutáneas más relevantes fueron: eritema y descamación en cara y cuello, 21 casos; afectación periorificial, 17 casos; eritema generalizado, 14 casos, y signo de Nicholsky en 7 casos. Otros síntomas asociados fueron: irritabilidad, 14 pacientes; fiebre en 13; afectación del estado general en 8 casos; conjuntivitis en 17 casos, y faringoamigdalitis en 11 pacientes. Leucocitosis con desviación izquierda y aumento de reactantes de fase aguda se observaron sólo en 3 niños. En los estudios bacteriológicos se aisló *S. aureus* en los siguientes casos: frotis nasofaríngeos, 13 positivos de 20 realizados; frotis oculares, 8 de 12; exudado nasal, 6 de 10; exudado ótico, 2 de 9, y hemocultivo, 1 positivo de 8 realizados. Los diagnósticos iniciales en el S. de Urgencias fueron: SSSS 19 niños; escarlatina 2; síndrome de Stevens-Johnson 2; reacción vacunal 1, y dermatitis seborreica en un niño. Todos los pacientes fueron tratados con cloxaciclina, a dosis habituales, siendo la vía de administración intravenosa en 13, oral en 11 e intramuscular en un paciente. El pronóstico fue favorable en todos, y sólo uno de los niños presentó complicaciones importantes (sepsis y endocarditis por *S. aureus*).

**Conclusiones.** El SSSS es poco frecuente. La recogida sistemática de muestras para el aislamiento de *S. aureus* puede resultar senci-

lla, siendo los frotis faríngeo y ocular los de mayor rentabilidad diagnóstica y el hemocultivo el de menos. El tratamiento antibiótico adecuado y de instauración rápida conduce a la curación, sin que la vía de administración, oral o intravenosa, parezca influir en el pronóstico.

---

#### EL AURA EN LA MIGRAÑA INFANTIL

J. Rivera Luján, J. Travería Casanova, I. Lorente Hurtado,  
J. Artigas Pallares

*Servicio M. Pediátrica. Corporació Sanitària Parc Taulí. Sabadell. Barcelona.*

**Objetivos.** Las crisis de migraña son un motivo de consulta muy frecuente en las unidades de urgencias pediátricas. Dentro del contexto clínico del episodio migrañoso pueden observarse síntomas relacionados con el aura migrañosa que pueden ser muy alarmantes por estar relacionados con una alteración transitoria de la actividad cortical. Este trabajo se orienta a describir los aspectos clínicos relacionados con la migraña con aura (MA).

**Pacientes y métodos.** Fueron atendidos consecutivamente 274 pacientes que cumplían los criterios de Pinsky para la migraña. En todos ellos se realizó una historia clínica codificada, definida previamente al estudio. Todos los pacientes fueron interrogados por la misma persona. La información se fue almacenando en una base de datos (APROACH) para ser valorada al final del estudio.

**Resultados.** De los 274 pacientes, 59 (22%) correspondían a MA. Se observaron diferencias en la edad de inicio entre la MA y la migraña sin aura (MSA): 12 años para la MA y 10 años para la MSA. En la MA la cefalea tendía a tener más frecuentemente una localización unilateral y era más probable que se acompañara de vómitos, fonofobia y fotofobia. Los tipos de aura observados fueron: visual (54%), vértigo (20%), parestia/parestesia (12%), auditiva (10%) y otras (4%).

**Conclusiones.** Puesto que el aura migrañosa es una sintomatología neurológica atípica, a veces muy alarmante y en ocasiones difícil de diagnosticar, es preciso identificarla, puesto que ello evitará ingresos, estudios complejos y alarmas innecesarias.

---

#### ESTRABISMO CONVERGENTE DE PRESENTACION AGUDA EN EL NIÑO: REVISION DE 12 CASOS

L. Soriano Guillén, F. Romero Andújar, J.J. García Peñas  
*Sección de Neurología. Hospital «Niño Jesús». Madrid.*

**Objetivos.** Analizar las distintas etiologías en las que se puede presentar un estrabismo convergente de instauración aguda en el niño.

**Metodología.** Revisión retrospectiva de las historias clínicas de 12 pacientes que consultaron por presentar estrabismo convergente de instauración aguda, entre enero de 1994 y agosto de 1998. En todos los casos, se analizan: edad, sexo, antecedentes previos, debut clínico, semiología neurológica, hallazgos de neuroimagen y evolución. En todos los pacientes, se realizaron: valoración oftalmológica, TC e IRM craneales.

**Resultados.** Todos los pacientes presentaban semiología de parálisis unilateral del VI par craneal. En 8 casos, el estrabismo conver-

gente era el único signo de disfunción neurológica. Las etiologías incluyeron: parálisis idiopática del VI par craneal (4 casos), migraña oftalmopléjica (3 casos), tumor de tronco-encéfalo (2 casos), formas posttraumáticas (2 casos), pseudotumor cerebri (1 caso).

**Conclusiones:** 1. El estrabismo convergente de instauración aguda tiene una etiología múltiple y de muy diverso significado clínico y pronóstico. 2. Al valorar a un niño con parálisis adquirida del VI par craneal, debemos considerar en primer lugar la posibilidad de que se trate de un signo de hipertensión intracraneal.

---

#### FORMAS DE PRESENTACION Y PAUTA DIAGNOSTICO-TERAPÉUTICA DE LOS ERRORES CONGÉNITOS DEL METABOLISMO EN URGENCIAS

M. Calvo, R. Artuch, M.A. Vilaseca, M. Pineda, C. Luaces, J. Pou  
*Servicio de Pediatría. Unitat Integrada Hospital Clínic-Sant Joan de Déu.  
Universitat de Barcelona. Barcelona.*

Los errores congénitos del metabolismo (ECM) se presentan frecuentemente como episodios agudos que requieren atención hospitalaria urgente. En dichas situaciones, una vez establecida la sospecha clínica de ECM, es esencial detectar las anomalías bioquímicas básicas que permitirán la orientación diagnóstica y la instauración del tratamiento pertinente.

**Objetivos:** 1. Conocer cuáles son los ECM atendidos más frecuentemente en nuestro servicio de urgencias y sus formas de presentación. 2. Establecer una pauta diagnóstico-terapéutica de aplicación en los servicios de Urgencias.

**Metodología.** Ante la sospecha de ECM, se considera necesario realizar las siguientes determinaciones (con \* se señalan aquellas determinaciones cuyo resultado se conocerá posteriormente, necesarias para el diagnóstico definitivo). Sangre: equilibrio ácido-base con anión gap, glucemia, transaminasas, urea, creatinina, amonio, lactato, ácido úrico, hemograma, tiempo protrombina, proteínas, piruvato\*, cuerpos cetónicos\*, aminoácidos\*, ácidos grasos libres\*, carnitina\*. Orina: cuerpos cetónicos, glucosa, pH, cuerpos reductores, cetoácidos, aminoácidos\*, ácidos orgánicos\*, ácido orótico\*, azúcares\*.

**Resultados.** En nuestro hospital, en los últimos 8 años, han sido diagnosticados 184 pacientes como ECM. Los más frecuentes (72%) han sido los del metabolismo intermediario, de ellos un 73% han presentado descompensaciones metabólicas: acidemia láctica (38%), hiperamonemia (8%), hipoglucemia (8%), acidosis metabólica (9%), cetoacidosis (3,7%), cetosis (3,7%). Se establece un algoritmo de orientación diagnóstica basado en las alteraciones bioquímicas detectadas en el laboratorio de urgencias y pautas para el tratamiento de emergencia a realizar ante la sospecha de acidurias orgánicas, alteraciones de la cadena respiratoria, defectos de la B-oxidación de ácidos grasos, alteraciones del ciclo de la urea, alteraciones del metabolismo de los hidratos de carbono y de los aminoácidos ramificados.

**Conclusiones:** 1. Es frecuente que la primera manifestación de los ECM intermediarios sea una descompensación. 2. Se plantea una pauta diagnóstico-terapéutica aplicable a los servicios de Urgencias. 3. Se destaca la necesidad de recoger las muestras adecuadas en la descompensación metabólica, antes de iniciar el tratamiento, no sólo para los análisis de orientación diagnóstica sino también para los estudios pos-

## SESION II

teriores que conducirán al diagnóstico definitivo.

### UTILIDAD DEL PEDIATRIC TRAUMA SCORE PARA PREDECIR LA SEVERIDAD DE LAS LESIONES EN LA INFANCIA

J.A. Navascués, J. Soletto, J. Cerdá, G. Barrientos, R. Sánchez, R. Romero, E. Molina, E. de Tomás, R. Luque, J.C. de Agustín, J. Vázquez  
*Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Infantil «Gregorio Marañón». Madrid.*

**Objetivos.** Determinar la utilidad del Pediatric Trauma Score (PTS) para predecir la severidad de las lesiones en los niños traumatizados en nuestro medio.

**Material y métodos.** Se analiza una serie consecutiva de 1.200 pacientes incluidos en el Registro de Trauma Pediátrico de nuestro Centro entre enero de 1995 y septiembre de 1997. Los pacientes fueron clasificados en dos grupos de acuerdo al PTS calculado en el momento de la admisión en Urgencias. Grupo A: PTS > 8 (n = 999); Grupo B: PTS ≤ 8 (n = 201). Como índice de severidad anatómico se empleó el Injury Severity Score (ISS) calculado en base al AIS-90. Para la valoración de las secuelas en niños de 4 años o mayores se utilizó el Injury Impairment Scale (IIS). Se investiga la relación existente entre el PTS y el ISS, el número de lesiones diagnosticadas, la necesidad de cuidados intensivos, la duración total de la estancia hospitalaria, la aparición de complicaciones, el IIS y la mortalidad. Para el análisis estadístico se emplearon los test de X<sup>2</sup> y t de Student.

**Resultados.** La tabla que sigue muestra los resultados de nuestro

Parámetros	Grupo A	Grupo B	t	χ <sup>2</sup>	p
ISS (1)	5,5 ± 3,5	10,2 ± 9,7	11,77		<0,001
Nº lesiones (1)	1,4 ± 0,8	2,3 ± 1,5	10,23		<0,001
Estancia UCI (1)	0,03 ± 0,1	1,2 ± 2,1	6,06		<0,001
Estancia total (1)	3,8 ± 3,5	7,9 ± 6,1	9,78		<0,001
Complicaciones (2)	14,0%	27,6%		22,60	<0,001
Discapacidad (2)	28,7%	72,6%		63,34	<0,001
Mortalidad (2)	0,0%	3,0%		30,66	<0,001

(2) Valores = media ± desviación estándar; (2) valores = porcentajes

estudio.

**Conclusiones.** El PTS constituye un sistema de categorización anatómico y fisiológico de gran utilidad para calcular la severidad del trauma en la infancia. Es sencillo de emplear, su fiabilidad es elevada y facilita la concentración de recursos terapéuticos sobre los pacientes de elevado riesgo. Este estudio demuestra una elevada relación entre el PTS y los parámetros analizados.

### CIANOACRILATOS: OTRA FORMA DE REPARAR HERIDAS

M. Luis García, J. Sánchez Echániz, J. Benito Fernández, S. Mintegui Raso, M.A. Vázquez Ronco, J.L. Blanco Bruned  
*Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Barakaldo, Bizkaia.*

**Introducción.** A pesar de la extendida utilización de los cianoa-

crilatos (pegamentos biológicos) en la reparación de laceraciones cutáneas en otros países, no se ha comunicado su utilización en nuestro país.

**Objetivo.** Comunicar nuestra experiencia con n-2-butylcyanoacrilato (Histacryl®) y octylcyanoacrilato (Dermabond®).

**Metodología.** Las condiciones para su utilización han sido: heridas limpias, de bordes lisos, de menos de 5 cm de longitud y 0,5 cm de anchura, sin afectar a planos profundos, en zonas de poca tensión cutánea (es decir, no en manos, pies, articulaciones, nariz, pabellón auricular, boca, párpados y periné). Se describen las ventajas y diferentes formas de aplicación de ambos, las características de las laceraciones y los controles realizados a los 10 días y 3 meses.

**Resultados.** A 30 niños se aplicó Histacryl®, registrándose únicamente una dehiscencia (3,3%), tras registrarse un nuevo traumatismo en la misma zona. En ningún caso se produjo infección de la herida. En otros 30 niños se aplicó Dermabond®, objetivándose 2 dehiscencias (6,6%), en uno de ellos tras nuevo traumatismo. Tampoco se produjeron infecciones. En ambos casos el resultado estético a los 3 meses fue considerado como satisfactorio tanto por los padres como por los pediatras.

**Conclusión.** Los pegamentos biológicos constituyen una herramienta útil en la reparación de ciertas laceraciones cutáneas, al reducir la ansiedad y el dolor relacionados con la realización de suturas, obteniéndose buenos resultados estéticos.

### SEMIHOGADOS PEDIATRICOS

R. Sánchez López, I. Melián Domínguez, L. Méndez Montesdeoca, J. Molina Ramírez, E. González Díaz, A. González Pérez, M.E. Angulo Moreno

*Hospital Materno-Infantil. Las Palmas de Gran Canaria.*

**Objetivos.** Estudio de los pacientes ingresados desde nuestra Unidad de Urgencias Pediátricas tras un cuadro de semiahogamiento.

**Metodología.** Se revisaron todas las historias clínicas de los pacientes que ingresaron desde nuestra unidad de diagnóstico de semiahogamiento desde junio de 1991 a julio de 1998.

**Resultados.** Ingresaron 36 pacientes (23 V y 13 M); la edad media fue de 57,50 meses (2-156). La estancia media en urgencias fue de 1,63 horas (30 min-5 h). Más frecuente en verano y primavera. Sufrieron inmersión en piscina 17 (47,2%), 11 en la mar (30,6%), 16 (44,4%) en agua salada, 19 (52,8%) en agua dulce, 1 (2,8%) en aguas residuales. Los síntomas inmediatos más importantes fueron: dificultad respiratoria, inconsciencia, parada respiratoria, parada cardiorrespiratoria. Se efectuaron algún tipo de maniobras iniciales en 18 (50,0%). Precisarons tratamiento 31 (86,1%). Se trasladaron a UMI 23 (63,9%) y a planta 13 (36,1%). La radiografía de tórax resultó alterada en 21 (58,3%) y normal en 15 (41,7%). Gasometría alterada en 16 (44,4%). Hipernatremia en 4 niños (11,1%) que sufrieron inmersión en agua salada, hiponatremia en 3 que sufrieron inmersión en agua dulce. Presentaron hipertermia 7 pacientes (19,4%), hipotermia otros 7 y normotermia 22 (61,1%). Quedó con daño neurológico severo una niña (2,8%) que sufrió inmersión en una bañera llegando a nuestra unidad en parada cardiorrespiratoria. Fallecieron dos niños (5,6%) que in-

gresaron en parada cardiorrespiratoria.

**Conclusiones.** Más frecuentes en varones, en los meses de verano y primavera. La inmersión en piscina y en agua dulce es más frecuente en nuestro medio. Importancia de la existencia de personal experto en reanimación. Necesidad de aumentar las medidas de protección en piscinas y playas. La rapidez del tratamiento es de importancia esencial para prevenir la muerte o el daño neurológico severo.

---

#### INTOXICACIONES VOLUNTARIAS INGRESADAS DESDE EL SERVICIO DE URGENCIAS

R. Garrido, J.J. García, E. Carballo, M. Calvo, W. Youssef,  
C. Lucas, J. Pou

*Unitat Integrada Hospital Clínic-Sant Joan de Déu. Servicio de Pediatría,  
Universitat de Barcelona. Barcelona.*

La intoxicación voluntaria como intento de autolisis es actualmente un problema importante entre la población adolescente. La conducta suicida es la urgencia psiquiátrica más frecuente en la adolescencia. Presentamos nuestra experiencia sobre intoxicaciones voluntarias en una población pediátrica en un período de dos años.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo y descriptivo de los pacientes ingresados por intoxicaciones voluntarias en el Hospital Sant Joan de Déu desde enero de 1996 hasta diciembre de 1997. Se analiza: sexo, edad y hora aproximada de intoxicación, antecedentes de hábitos tóxicos, controles psiquiátricos o intoxicaciones previas, tipo y obtención del tóxico, sintomatología en el momento de acudir a Urgencias, actitud terapéutica y exploraciones complementarias más utilizadas, y días de estancia hospitalaria.

**Resultados.** Ingresaron 46 pacientes con intoxicación voluntaria. La mediana de edad fue de 15,6 años (amplitud: 11,8-18), siendo más frecuente en el sexo femenino (87%). El 47% de los casos se produjo entre las 19 y 24 horas de la noche. En el 97,8% la intoxicación se produjo en el domicilio, siendo en el 34,8% el desencadenante problemas de tipo familiar, seguido de problemas sentimentales (13%) y/o problemas escolares (10,9%). El 60,9% habían sido controlados previamente por algún servicio de psiquiatría. Sólo dos de ellos (4,3%) reconocían tener hábitos tóxicos y 16 (34,8%) referían intoxicaciones voluntarias previas. En todos nuestros pacientes el tóxico utilizado fue farmacológico, obteniéndose en el 86,4% del botiquín del hogar y en el 13,6% restante se trataba de medicación propia del paciente. El 47,8% de las intoxicaciones fue con polifármacos, seguida de benzodiacepinas (28,3%), paracetamol (8,7%) y antidepressivos (4,3%). El 47,8% presentaron sintomatología inicial, predominando las de tipo neurológico (en el 81,3% de los casos sintomáticos). El 73,9% recibieron algún tratamiento en Urgencias, siendo el lavado gástrico la actitud terapéutica más utilizada (67,7%), seguido de la administración de carbón activado (41,2%). El antídoto se utilizó en el 24,4% de los casos tratados (10 pacientes). En 36 casos se solicitaron exploraciones complementarias (78,3%); fue la analítica toxicológica la más solicitada (83,4%). Entre todos los ingresos, seis pacientes (13%) requirieron ingreso inicial en UCI-Pediátrica y siete (15,2%) en Psiquiatría. La mediana de duración del ingreso fue de 3 días (P25:2; P75:6).

**Conclusiones.** Las intoxicaciones voluntarias como intento de au-

tolisis es una problemática importante entre la adolescencia. Se ha de reconocer una población de riesgo: adolescentes, sobre todo de sexo femenino, con antecedentes de trastornos psiquiátricos y con intentos previos de autolisis. En este grupo hay que extremar las precauciones y eliminar los medicamentos potencialmente tóxicos de su alcance. En este tipo de intoxicaciones a nivel de Urgencias es frecuente la necesidad de intervención terapéutica y de exploraciones complementarias.

### SESION III

---

#### TRATAMIENTO DE LAS BRONQUIOLITIS CON ADRENALINA NEBULIZADA

M.J. Martínez González, J. Benito Fernández, S. Mintegui Raso,  
J. Sánchez Echániz, M.A. Vázquez Ronco

*Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Barakaldo. Bizkaia.*

**Introducción.** El tratamiento de la bronquiolitis en urgencias sigue estando en controversia. En los últimos años algunos autores han defendido la utilización de adrenalina nebulizada.

**Objetivo.** Conocer los efectos de la nebulización de L-adrenalina en niños con bronquiolitis.

**Metodología.** Entre noviembre-97 y abril-98 se estudió prospectivamente el efecto de la nebulización de adrenalina en 47 niños diagnosticados de bronquiolitis. A su llegada se registró el tiempo de evolución, tratamientos previos, frecuencia cardíaca y respiratoria, saturación de oxígeno (SatO<sub>2</sub>) y el score clínico. Se administró 3 cc de L-adrenalina al 1 por mil, repitiéndose la misma valoración a los 60 y 120 m. Se registró también la necesidad de oxigenoterapia y su destino final.

**Resultados.** Treinta y tres fueron varones (70%); la edad media fue de 5,2 meses. El tiempo de evolución fue de 3 días. El 64% de ellos ya recibían tratamiento médico. El score medio a su llegada fue de 7,8, de 5,0 a los 60 m y de 4,42 a los 120 m ( $p = 0,0002$ ). El efecto sobre la SatO<sub>2</sub> fue discreto ( $x = 95,7$  a su llegada;  $x = 96$  a las 2 h;  $p = 0,05$ ). Un 47% (22 niños) precisaron alguna dosis extra de salbutamol. Hubo que administrar O<sub>2</sub> en urgencias en 11 casos (23%). Fueron dados de alta 39 niños: 28 con  $x = 2,2$  horas y 11 de ellos tras pasar  $x = 12,4$  h en observación. Ocho (17%) precisaron ingreso en planta. En un 15% de los casos se registró un descenso transitorio de la SatO<sub>2</sub>, sin repercusiones clínicas.

**Conclusiones:** 1. Tras la administración de adrenalina nebulizada hemos objetivado una mejoría del score clínico a las 2 horas de su administración ( $p = 0,0002$ ). 2. El efecto sobre la SatO<sub>2</sub> es discreto. 3. No hubo efectos adversos importantes; los «respondedores» pueden ser dados de alta a las 2 horas.

---

#### NEBULIZACION CONTINUA CON SALBUTAMOL EN EL TRATAMIENTO DEL ASMA AGUDO EN NIÑOS

E. Vegas, C. Torrijos, R. Martino, J.A. Gómez-Carrasco, J. Blanco,  
E. García-Frías

**Introducción.** Los agonistas beta-2 son el tratamiento de elección en los episodios agudos de asma. En unidades de cuidados intensivos (UCI), la nebulización continua con salbutamol (NCS) se ha utilizado como alternativa a la infusión intravenosa continua, para evitar complicaciones.

**Objetivos:** 1. Valorar la seguridad y eficacia de la NCS en una planta de hospitalización pediátrica general. 2. Aplicar la NCS mediante un sistema sencillo, fuera de una UCI. 3. Comparar la duración de la hospitalización y las horas de oxigenoterapia entre la NCS y la nebulización intermitente con salbutamol (NIS).

**Metodología.** Se realiza un estudio prospectivo entre mayo de 1997 y junio de 1998, en niños con asma agudo, mayores de dos años y sin enfermedad cardíaca subyacente. A los pacientes que precisaron ingreso, se les asignó aleatoriamente la NCS o la NIS. Se recogieron las variables: edad, peso, talla, días de estancia, horas de nebulización y oxigenoterapia, dosis/Kg/hora y total de salbutamol, valores en sangre de sodio, potasio, magnesio, calcio, CPK, glucosa, pH y frecuencia cardíaca al ingreso y a las 24 horas; así como la aparición de complicaciones. Ambos grupos fueron comparables en edad y gravedad del asma (valorada por un score modificado de Wood-Downes). Todos recibieron metil-prednisolona intravenosa (2 mg/Kg de carga y 0,5 mg/Kg cada 6 horas).

**Resultados:** 1. Se recogen datos de 46 pacientes de edades comprendidas entre 2,3 y 15 años. 2. El tiempo medio de NCS fue de 19,7 h (rango: 5-72). 3. La dosis media de NCS por Kg/hora fue de 0,16 mg (rango: 0,07-0,27). La dosis media total fue de 67,16 mg (rango: 20-172). 4. Los valores de CPK y potasio fueron normales al inicio y al finalizar la nebulización, sin diferencias entre ambos grupos. 5. Dos pacientes con NCS presentaron hiperglucemia (300 y 200 mg/dl), así como uno con NIS (200 mg/dl). Dos pacientes con NCS presentaron nerviosismo y uno temblor, por lo que pasaron a NIS. 6. Dos pacientes con NIS y mala evolución clínica tuvieron que pasar a NCS, mejorando. 7. No hubo diferencias entre ambos grupos en cuanto a horas de oxígeno y días de estancia.

**Conclusiones:** 1. El sistema diseñado ha sido de fácil aplicación. 2. La NCS es eficaz en el tratamiento del asma moderado-grave. 3. La NCS es un método seguro fuera del ámbito de una UCI. 4. Ningún paciente requirió la utilización de teofilina suplementaria.

---

#### ESTUDIO OBSERVACIONAL DE TIEMPOS DE ESPERA Y GASTO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS DE UN HOSPITAL PRIVADO

I. Manrique Martínez, V. Sebastián Barberán, F. Carsí Giner  
*Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital «9 de Octubre». Valencia.*

**Objetivos.** En los servicios de urgencias debido a la presión asistencial es interesante conocer los tiempos de permanencia durante la asistencia para determinar el número de pediatras que cubren el servicio. Estudio realizado para valorar la rentabilidad de un servicio de urgencias pediátrico en un hospital privado, observando los tiempos de estancia en el servicio de urgencias de los pacientes, así como el gasto de los diferentes pediatras del servicio.

**Metodología.** Para la realización del estudio se han recogido los datos procedentes de admisión de urgencias en el que se han incluido: número de urgencias, tiempo de permanencia en el hospital. Se excluyen los niños en observación y los ingresados. En el otro estudio relacionamos Pediatra con número de urgencias y peticiones de laboratorio, radiología y microbiología.

**Resultados.** Sobre un total de 14.433 urgencias vistas en el período comprendido entre 1-7-97 y 1-7-98, fueron vistos 39,5 pacientes/día con un tiempo medio de permanencia en el servicio de 70,07 minutos; aumentando a 104,4 minutos con pruebas radiológicas y a 133,7 minutos con laboratorio. Se realiza la distribución de peticiones de laboratorio, radiología y microbiología para observar el gasto realizado por cada pediatra dentro del servicio, obteniéndose de forma global los siguientes resultados: peticiones de radiografías 2.175 (15,07%), laboratorio 1.464 (10,14%) y microbiología 616 (4,27%).

**Conclusiones.** En el estudio observacional sobre tiempos de permanencia en el servicio de urgencias no se observan diferencias significativas entre los diferentes pediatras. Existen algunas diferencias en el número de peticiones de radiología y laboratorio entre los diferentes pediatras. Los tiempos de permanencia en el servicio de urgencias se ven incrementados cuando intervienen servicios centrales (laboratorio y radiología).

---

#### SOBRE-COSTE DE LA UTILIZACION INDISCRIMINADA DE UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

B. Rodríguez, J.F.J. Elorza, E. Bataller, V. García,  
P. León, V. Alvarez

*Servicio de Pediatría. Hospital General Universitario. Universidad de Valencia. Valencia.*

**Introducción.** Hemos deseado conocer el sobre-coste que produce el uso-abuso de los Servicios de Urgencias hospitalarios que provoca actualmente la sociedad, valorando nuestra experiencia de la utilización del Servicio de Urgencias de nuestro Centro, desde un centro cuya área de cobertura supera los 300.000 habitantes.

**Material.** Hemos considerado todas las urgencias pediátricas (0-14 años), excluyendo las traumatológicas y las generadas por los pacientes ingresados, asistidas por nuestro Centro entre enero de 1997 hasta enero de 1998.

**Método.** Se valoró el gasto sanitario por dichas asistencias mediante la contabilidad de costes del Hospital, para el Servicio de Urgencias. Para valorar el sobre-coste de una utilización indiscriminada se consideró como buen uso y, por tanto, como un «gasto necesario», el originado por los pacientes que tras su consulta requirieron ingreso, ya fuera para observación de 24 horas o ingreso hospitalario por su patología. Como un «gasto lógico añadido» una utilización sin posterior ingreso de hasta un 30% de los pacientes asistidos.

**Resultados.** Asistencias del Centro 135.522; asistencias pediátricas 19.165; coste global asistencias\*: 962.612.534, coste unitario de la urgencia pediátrica\*: 7.127,30 pesetas; ingresos pediátricos; 1.132; coste ideal pediátrico: 8.068.896 pesetas; coste óptimo pediátrico: 49.047.768 pesetas; coste actual pediátrico: 136.608.120 pesetas; sobre-coste del uso indiscriminado: 87.560.360 pesetas.

**Conclusión.** Se debieran investigar las causas principales que han favorecido esta actitud social en cada área sanitaria. Promover aquellas colaboraciones que, entre medicina primaria y hospitalaria, minimicen este problema. Concienciar a la sociedad que el uso indiscriminado de los Servicios de Urgencias hospitalarios produce un sobre-coste sanitario importante que hubiera podido ser empleado de una forma más útil y eficaz para mejorar la asistencia de dicha área.

---

#### EVALUACION DE LAS RECLAMACIONES EN URGENCIAS

M.J. González Iglesias, G. Alvarez Calatayud, A. Rivas, G. Pinel,  
L. Taboada, A. Cañete  
*Servicio de Pediatría. Hospital «San Rafael». Madrid.*

**Objetivo.** Estudiar las reclamaciones presentadas por los usuarios en el Servicio de Urgencias de nuestro Centro para detectar sus necesidades e intuir expectativas de mejora.

**Metodología.** Se realiza un estudio observacional de todas las reclamaciones recibidas durante los años 1996 y 1997.

**Resultados.** Las 46 reclamaciones recibidas (27 en 1996 y 19 en 1997) en Urgencias representan un 21,5% del total. Se produjo una por cada 3.200 urgencias atendidas. Todas las reclamaciones presentadas fueron analizadas y contestadas. En aquellos meses de mayor presión asistencial se observó un aumento significativo del número de reclamaciones. La distribución por factores causales fue la siguiente: de accesibilidad (demora en la atención: 15; demora en la realización de pruebas complementarias: 7); asistenciales (error médico: 10); personales (falta de interés por el médico: 3; del DUE: 4; trato incorrecto del administrativo: 1); de organización y gestión (extravío de historia clínica: 3; falta de camas: 2; no presencia de especialista en Urgencias: 2; padres no presentes en la extracción analítica: 1; altavoz de llamada con volumen alto: 1). En una reclamación puede haber varios motivos de queja, por lo que el número de reclamaciones no

coincide con el de factores causales identificados.

**Conclusiones.** La mitad de las reclamaciones se deben a demora en la atención médica o en los resultados, coincidiendo con los días de mayor demanda asistencial. En ningún caso se objetivó patología grave en este tipo de quejas.

---

#### INDICADORES DE GESTION DE CALIDAD EN URGENCIAS PEDIATRICAS

M. Jariod, X. Allué, J. Maixé  
*Hospital Universitario de Tarragona «Joan XXIII». Tarragona.*

**Objetivos.** Evaluar los indicadores cuantitativos y cualitativos de la actividad en Urgencias Pediátricas como instrumento de gestión y mejora en la calidad asistencial.

**Metodología.** Análisis de la estancia media en el área de Urgencias, número de pacientes/día, densidad de pacientes, diagnósticos y complejidad, índice funcional, derivaciones, altas y reingresos, según el registro del Servicio de Urgencias de nuestro Hospital de los años 1994 a 1998.

**Resultados.** El número de pacientes asistidos aumentó durante el período estudiado, manteniéndose la complejidad según el «case-mix», habiéndose reducido la estancia media en el área de Urgencias, el índice funcional y la densidad de pacientes acumulados. Los indicadores de gestión estudiados son sensibles a los cambios organizativos funcionales, han permitido detectar las ineficiencias del sistema, y han mejorado tras la aplicación de medidas específicas.

**Conclusiones.** Los indicadores de gestión dan soporte al conocimiento de las calidades del funcionamiento de los servicios de Urgencias al reflejar la eficiencia y eficacia de forma cuantitativa y permiten argumentar las modificaciones de recursos y las necesidades de los servicios.

#### Bibliografía

1. Jariod M, Ruiz MA. Número total de urgencias: ¿Es un indicador sufi-

## POSTERS

ciente para evaluar la actividad de un Servicio de Urgencias? *Emergencias* 1997;9:169-172.

### ACTITUD ANTE EL MENOR DE 36 MESES CON FIEBRE SIN FOCO EN URGENCIAS

V. Mölnar, J. Gascón, C. Rivas Plata, E. Cela, M.J. Martín, A. Mendoza  
*Unidad de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario «Doce de Octubre».  
Madrid.*

	1996	1997	1998
Total hemocultivos	791	1.144	1.043
Total positivos	77 (9,6%)	115 (9,9%)	131 (12,5%)
Total contaminantes	68 (8,5%)	105 (9,1%)	121 (11,6%)
Total patógenos	9 (1,1%)	10 (0,8%)	10 (0,9%)

**Introducción.** El riesgo de los lactantes con fiebre sin foco de padecer una infección bacteriana potencialmente grave conlleva que en las unidades de urgencias se sigan protocolos diagnósticos y de tratamiento estrictos.

**Objetivo.** Comprobar el seguimiento de un protocolo institucional diagnóstico y terapéutico del menor de 36 meses con fiebre sin foco, en la urgencia de un hospital terciario.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de los informes clínicos de urgencias de mayo de 1997 en los que el motivo de consulta fue fiebre, de menos de 72 horas de evolución, que tras una anamnesis y exploración detalladas no se encuentra foco, en el niño menor de 36 meses. Se describirá el protocolo en la exposición.

**Resultados.** Ciento tres niños menores de 36 meses de un total de 5.631 niños fueron subsidiarios de seguimiento según el protocolo de fiebre sin foco. La edad media fue de 13 meses (DE = 9,3). El 86% de ellos no seguía tratamiento antibiótico en el momento de la consulta. En el 30% de los pacientes se incumplió el protocolo en alguna de sus fases, siendo lo más frecuente (50%) la no realización de analítica a pesar de estar expresamente indicado y el ignorar la leucocitosis o la leucopenia como factor de riesgo (11% y 3%, respectivamente). Otra causa importante de incumplimiento del protocolo fue la administración empírica de antibióticos; un 19% recibió amoxicilina, un 8% amoxicilina-clavulánico, un 2% azitromicina y un 9% otros antibióticos orales (claritromicina, cefixima, ceftibuteno).

**Comentarios.** Aunque la pauta de actuación ante el menor de 36 meses con fiebre sin foco de cada institución debe estar consensuada por los profesionales que la utilizan y es la mejor defensa si posteriormente surgen complicaciones en la evolución, se cometen abundantes transgresiones probablemente debidas al desconocimiento del protocolo o a una mayor confianza en la experiencia personal que en el protocolo del hospital.

### RENTABILIDAD DIAGNOSTICA DE LOS HEMOCULTIVOS EN LA URGENCIA DE PEDIATRIA

L. González-Tarrío, O. Laosa, R. Martino, C. Torrijos, J. Romanyk,  
M. Beltrán, S. Martín

*Hospital Universitario «Príncipe de Asturias». Alcalá de Henares. Madrid.*



**Introducción.** La fiebre es el motivo de consulta más frecuente en las urgencias de pediatría. Es práctica habitual la toma de muestras para hemocultivos en los niños con fiebre cuando precisan una extracción analítica.

**Objetivos.** Conocer la rentabilidad diagnóstica de la extracción de hemocultivos de forma rutinaria en la valoración del niño febril.

**Metodología.** Se revisaron los resultados de todos los hemocultivos extraídos en la urgencia de pediatría durante tres períodos de 6 meses (enero-junio de 1996, 1997 y 1998). Se identificaron los gérmenes resultantes y se valoró su acción patógena o contaminante.

**Resultados:**

- 1.
2. Todos los niños con bacteriemia (hemocultivo positivo con significación clínica) fueron ingresados basándose en los datos clínicos y analítica básica.
3. De todos los hemocultivos extraídos sólo resultaron positivos con significación clínica el 1,13% en 1996; 0,8% en 1997 y 0,9% en 1998.
4. La incidencia de hemocultivos contaminados en los meses estudiados de 1996, 1997 y 1998 fue de 8,5%, 9,1% y 11,6%, respectivamente.

**Conclusiones:** 1) En nuestro estudio no ha aparecido ningún germen anaerobio; 2) No consideramos necesaria la extracción de muestras para anaerobios de forma rutinaria en la valoración del niño febril; 3) La baja incidencia de hemocultivos positivos con significación clínica no hace cuestionar la rentabilidad diagnóstica de la extracción rutinaria de hemocultivos en la urgencia pediátrica; 4) Para tomar la decisión final ante un niño febril bastaría, en líneas generales, con utilizar scores de valoración clínica y analítica general.

---

**NEUMONIA POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE:  
EN MENORES DE 3 AÑOS**

J. Gómez Campderá, M.L. Navarro Gómez, P. Ruiz Magro,  
A. Izquierdo García, R. Rodríguez Fernández  
Sec. Enfermedades Infecciosas. Dpto. de Pediatría.  
H.G.U. «Gregorio Marañón». Madrid.

**Objetivos.** Analizar las neumonías por *Mycoplasma pneumoniae* en pacientes menores de 3 años.

**Metodología.** Durante el período de estudio se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes, de edades inferiores a 16 años, diagnosticados de neumonía en el Servicio de Urgencias del H.G.U.G.M. desde el 1 de mayo de 1995 al 31 de julio de 1998. Se revisan parámetros epidemiológicos, analíticos y microbiológicos al inicio y al mes del diagnóstico. Todos los datos así obtenidos se recogieron en un programa gestor de datos y estadístico, para su posterior análisis y control.

**Resultados.** De 382 neumonías diagnosticadas en los 38 meses de estudio, 118 casos eran causadas por *Mycoplasma pneumoniae*, con una edad media de 6,51 años. Nueve casos eran menores de 3 años (7,6%), tres de ellos se diagnosticaron entre 1/5/1995 y 1/12/1997 (3/54), los otros 6 entre 1/12/1997 y 31/7/1998 (6/64). Tres de los dichos pacientes eran menores de 2 años. En los 9 pacientes estudiados hallamos un predominio del sexo masculino (7/9). Seis de los niños asistí-

an a guardería, tres casos tenían antecedentes familiares. La localización de la neumonía tenía una mayor predilección por los lóbulos inferiores (5/9), la auscultación mostraba estertores sub o crepitantes en 4 casos y era normal en 3 casos. La clínica consistió en: fiebre 8 casos, tos en 7 casos y BEG en 3 casos; la exploración física mostró faringitis en 6 casos, adenomegalias en 3 casos, otitis en 2 casos, amigdalitis pultácea o hepatomegalia en un caso. Analíticamente encontramos leucocitosis superior a 12.000 mm<sup>3</sup> en 3 casos, neutrofilia > 65% en 1 caso, y VSG superior a 30 mmHg a la 1ª hora en 2 casos, hipertransaminasemia igual o menor a 2 veces el valor normal en 2 casos. La serología presentaba por FC valores iguales o mayores a 1/160 en 8 casos; un caso presentó valores iguales a 1/80 en dos muestras cogidas con un intervalo de al menos 4 semanas.

La evolución fue satisfactoria en los 9 casos estudiados, normalizándose la clínica, analítica y radiología en control realizado al mes del inicio del proceso. Tres pacientes presentaron manifestaciones extrarrespiratorias con exantemas máculo-papulosos asociado, en un caso, a eritema nodoso en miembros inferiores. El tratamiento fue con macrólidos en tres casos y betalactámicos en seis casos, evolucionando satisfactoriamente.

**Conclusiones:** 1. *Mycoplasma pneumoniae* es una patología infravalorada en pediatría, más en pacientes menores de 3 años, siendo su frecuencia de aparición mayor en períodos epidémicos. 2. En pacientes pequeños generalmente cursan de forma benigna, siendo rara su hospitalización. 3. El cuadro clínico suele evolucionar bien con tratamiento antibiótico.

---

**ANTIBIOTERAPIA DE INFECCIONES RESPIRATORIAS EN URGENCIAS: DE  
LA TEORÍA A LA PRÁCTICA**

C. Rivas Plata, J. Gascón, V. Mólmar, E. Cela, M.J. Martín, A. Mendoza  
Unidad de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario  
«12 de Octubre». Madrid.

**Introducción.** El aumento de resistencias a antibióticos se relaciona, entre otras causas, con el abuso en la prescripción de los mismos por parte de los pediatras, incluidos los de urgencias, aunque teóricamente, las indicaciones de tratamiento están bien definidas.

**Objetivo.** Describir la antibioterapia utilizada en Urgencias de un hospital terciario para el tratamiento de infecciones respiratorias y compararla con los protocolos de dicha institución.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de los informes de Urgencias de mayo de 1997, seleccionando los siguientes diagnósticos: otitis media aguda, faringitis, catarro de vías altas, asma, bronquitis y bronquiolitis.

**Resultados.** Se encontraron 1.876 informes con dichos diagnósticos de un total de 5.631. La edad media fue de 46 meses (DE = 46). Se diagnosticaron 233 casos de otitis media aguda (12%), recibiendo antibiótico el 96% de los pacientes (amoxicilina en 52%, amoxicilina-clavulánico en 22%, cefaclor en 20%). Presentaron faringoamigdalitis 730 niños, y fueron tratados un 81% (amoxicilina en 56%, amoxicilina-clavulánico en 15%, penicilina oral en 15%). Se realizaron 369 diagnósticos de catarro de vías altas y se instauró tratamiento antibiótico en el 30% de ellos (amoxicilina en 49%, amoxicilina-clavulánico en

21%) y en el 16% de los 38 con laringitis (amoxicilina en 50%). Recibieron antibioterapia el 16% de los 198 niños diagnosticados de asma, el 55% de los 60 diagnosticados de bronquitis (amoxicilina-clavulánico en 48% y amoxicilina en 24%), y el 22% de los 9 niños con bronquiolitis.

**Comentarios.** En la Unidad de Urgencias se realizan transgresiones de importancia en las indicaciones de antibioterapia de los protocolos institucionales, probablemente debidas a múltiples causas. Es fundamental la docencia dirigida y el reciclaje continuo de los pediatras que trabajan en la Urgencia para el conocimiento de los protocolos de actuación.

---

#### CONJUNTIVITIS POR NEISSERIA MENINGITIDIS

M. Tomico Ríos, I. Pinto Fuentes, M. Vázquez López, J. Barrio Torres, M.J. Rivero Martín, A. Arregui Sierra

*Servicio de Pediatría. Hospital «Severo Ochoa». Leganés, Madrid.*

Neisseria meningitidis es un agente etiológico infrecuente de conjuntivitis aguda bacteriana. No obstante, su aislamiento conlleva importantes implicaciones terapéuticas, dado que puede representar la puerta de entrada de una enfermedad meningocócica invasiva.

Presentamos tres casos de conjuntivitis aguda meningocócica primaria, diagnosticados en el primer trimestre de 1998 en el Servicio de Urgencias Pediátricas de nuestro Hospital. Los pacientes fueron lactantes de 3, 7 y 11 meses de edad, dos de ellos presentaban cuadro febril acompañante, motivo por el cual consultaban, detectándose en la exploración la presencia de secreción conjuntival purulenta. En todos, entre otras pruebas, se recogió un exudado conjuntival del ojo afecto y se prescribió tratamiento antibiótico tópico con colirio. Ninguno recibió tratamiento antibiótico oral o parenteral. Tras conocer el resultado microbiológico se contacta con los pacientes que se encuentran asintomáticos en ese momento y se decide ingreso de dos de ellos (uno de los cuales presenta una infección urinaria por E. coli acompañante) para iniciar tratamiento antibiótico vía parenteral (cefotaxima), pausándose posteriormente tratamiento profiláctico familiar domiciliario para la erradicación de N. meningitidis de la faringe. El otro paciente al no haber presentado fiebre en ningún momento y estar complementado asintomático en el momento del contacto, fue controlado de forma ambulatoria por su pediatra.

Ninguno de ellos presentó secuelas oculares o enfermedad meningocócica invasiva.

---

#### MASTOIDITIS EN LA INFANCIA

M.E. Zamora Flores, A. Megías Montijano, A.I. Cristina de la Torre, R. Rodríguez Fernández, J.A. Gómez Campderá

*Hospital General Universitario «Gregorio Marañón». Madrid.*

**Introducción.** La mastoiditis aguda es una infección de las celdillas de las paredes óseas de la región mastoidea que se produce como complicación infrecuente de una otitis media aguda (OMA) supurati-

va tratada de una forma incompleta o inadecuada.

**Objetivos.** Observar las diferencias en cuanto a evolución y tratamiento de las mastoiditis en la infancia según el tratamiento recibido: médico o quirúrgico.

**Material y métodos.** Se realiza un estudio retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de las mastoiditis en los últimos 4 años.

**Resultados.** La incidencia de mastoiditis varía según la edad, siendo más frecuente en menores de 18 meses (12/17; 70%), con una distribución similar por sexos (9 varones, 53%; 8 mujeres, 47%). Antecedentes de OMA en 10 casos (59%), generalmente recurrente o resistente al tratamiento habitual. Catarro de vías altas en 5 casos (29,9%). Todos excepto una presentaban despegamiento del pabellón auricular y borramiento del surco retroauricular (16/17; 94%). Necesitaron cirugía 5 de los casos (30%), con una estancia media de 11,8 días frente a 9,4 días en los pacientes con tratamiento médico exclusivo. Se practicó miringotomía en tres pacientes (17%), uno de los cuales precisó además tratamiento quirúrgico. Se realizó TAC en 5 casos (30%) y Rx simple en 14 (82%). Todos recibieron tratamiento antibiótico por vía parenteral, con una duración media de 9,5 días, asociándose generalmente una cefalosporina de 3ª generación a una penicilina anti-estafilocócica. En 5 de 17 pacientes se obtuvo cultivo bacteriano positivo (2 S. pneumoniae, 3 S. aureus y un Haemophilus influenzae), no aislándose en el resto por haber recibido tratamiento antibiótico previo.

**Conclusiones.** No se ha observado diferencia en cuanto a complicaciones y evolución entre los pacientes sometidos a cirugía y los que recibieron tratamiento conservador. En uno de los casos que no precisó tratamiento quirúrgico, el de menor edad (2 meses) se observó como complicación una meningitis decapitada, con una disminución de IgG4.

---

#### GASTROENTERITIS AGUDA EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL H.U.G.

M. Escuredo Bergua, A. Aparicio Hernán, R. Ortiz Movilla, C. Moliner Robredo, S. Ramírez Parenteau, J.S. García Aparicio, M. Sánchez Concheiro

*Servicio de Pediatría. Servicio de Microbiología. Hospital Universitario de Getafe. Madrid.*

**Objetivo.** Análisis de los pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias del H.U.G. durante el período de un año, cuyo diagnóstico fue gastroenteritis aguda (GEA).

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de 2.293 pacientes diagnosticados de GEA en el Servicio de Urgencias en el período comprendido entre julio de 1997 a junio de 1998, ambos inclusive. Se han analizado las siguientes variables: sexo, incidencia estacional, resultado de coprocultivo, necesidad de tratamiento hospitalario y población de origen (Getafe, Parla, Pinto y otros).

**Resultados.** De los 2.293 pacientes, 1.195 (52%) fueron varones y 1.098 (48%) mujeres. La incidencia fue similar en los distintos períodos estacionales estudiados, siendo en primavera del 29%, en invierno del 25%, en otoño del 24% y en verano del 22%. El porcentaje de GEA en relación al total de urgencias atendidas en este período fue del 10,5%. De las 432 muestras de heces recogidas, el co-

procultivo fue positivo en 162 casos (37,5%), siendo el germen aislado con mayor frecuencia el *Campylobacter* (46%), seguido por *Salmonella no typhi* (38%), rotavirus (13%), *Yersinia* (2,5%) y *Shigella* (0,5%). El número total de ingresos fue de 136 (6% del total de GEA diagnosticadas), que se encuentran distribuidos según el período estacional de la siguiente forma: 32 ingresos en verano (23,5%), 26 en otoño (19%), 32 en invierno (23,5%) y 46 en primavera (34%). Del total de los pacientes ingresados, los coprocultivos positivos fueron 14/136 (10,5%), siendo el germen aislado con mayor frecuencia *Salmonella no typhi* (71%). Otros gérmenes aislados fueron *Campylobacter* y rotavirus en igual porcentaje (14,5%). De los pacientes con coprocultivo positivo, un 14,5% de los infectados por *Salmonella* requirieron ingreso hospitalario, respecto a un 8,7% de los afectados por rotavirus y un 2,4% por *Campylobacter*. Del total de las GEA atendidas, un 48% corresponden a pacientes procedentes de Getafe, un 32% de Parla, un 9% de Pinto y un 11% del resto de la población atendida.

**Conclusiones:** 1. La incidencia de GEA ha sido similar en ambos sexos. 2. El germen aislado con más frecuencia, en los pacientes que requirieron ingreso hospitalario, ha sido *Salmonella no typhi*. 3. El germen de mayor incidencia en el total de pacientes ha sido *Campylobacter*. 4. No se han encontrado diferencias significativas en la incidencia de GEA en los distintos períodos estacionales. 5. La GEA es un motivo frecuente de consulta en las urgencias pediátricas, siendo, sin embargo, un motivo poco frecuente de ingreso.

#### OSTEOMIELITIS

A. González Pérez, J. Molina Ramírez, M. Santana Hernández, R. Cabrera Martín, R. Sánchez López, I. Melian Domínguez, J. García  
*Unidad de Urgencias. Hospital Materno-Infantil. Las Palmas de Gran Canaria.*

**Objetivo.** Análisis de los síntomas y signos existentes en cada caso, de los estudios complementarios realizados, de los patógenos envueltos, complicaciones, y su correlación con la hallada en la bibliografía.

**Metodología.** Se estudiaron 23 pacientes diagnosticados de osteomielitis ingresados en nuestro hospital. Se analizaron datos como tiempo de evolución, edad del paciente, presencia de fiebre, dolor, tumefacción articular, impotencia funcional, calor local, traumatismos previos, heridas. Se valoraron pruebas como hemograma inicial, VSG, Rx simple, gammagrafía; así como gérmenes envueltos, tratamiento, complicaciones y estancia hospitalaria.

**Resultados.** La edad media fue de 7 años. Hubo predominio en los meses de verano (52,1%). Los signos y síntomas más frecuentes fueron la fiebre presente en 19 casos (83,4%), el dolor estuvo presente en todos los casos, la impotencia funcional en 22 casos (95,6%). El hemograma fue normal en el 69,5%, mientras la VSG estuvo por encima de 60 mm en 15 casos (65,2%). La Rx simple fue normal en un 65,2%. Dentro de los gérmenes el *Staphylococcus aureus* fue el predominante, además se encontró el *Treponema palidum* en un lactante de 1 mes. Los huesos más afectados fueron fémur y tibia con 30,4% y 17,3%, respectivamente. La gammagrafía fue diagnosticada en todos los ca-

sos.

**Conclusiones.** En cuanto a los signos y síntomas, coinciden de forma general (dolor, impotencia funcional, tumefacción); el hemograma y la Rx, como era de esperar, fueron en su mayoría normales. La VSG sirvió como prueba de alta sospecha de tener osteomielitis, aunque una VSG normal no la descarta. La localización coincide con lo que se describe en la bibliografía, así como los gérmenes encontrados. La gammagrafía se estableció como la prueba más sensible para el diagnóstico.

#### INFECCION POR PARVOVIRUS B19. FORMAS DE PRESENTACION

X. Codina, M. Peñas, M. Coll, M.A. Moreno, J.L. Simón  
*Hospital General de Granollers. Barcelona.*

**Objetivo.** Conocer la incidencia de la infección por parvovirus B19,

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5
Edad	10	12	13	13	13
Fiebre	Sí	No	No	No	Sí
Vómitos	Sí	No	No	No	Sí
Leucocitos	No	No	No	No	No
Diagnóstico	Torsión ovárica	Agenesia ovario	Quiste ovárico	Teratoma ovárico	Enfermedad pélvica
	Agenesia ovario				
Inflamatoria Tratamiento	Anexectomía	Anexectomía	Anexectomía	Anexectomía	Antibiótico

sus formas de presentación, y estudiar las características clínico-epidemiológicas de las mismas.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los pacientes con diagnóstico clínico de eritema infeccioso o con estudio serológico positivo a parvovirus B19, durante el primer semestre de 1998, comparando los datos con los de igual período del año anterior.

**Resultados.** De un total de 11.223 pacientes asistidos en el primer semestre de 1998, 48 se han diagnosticado clínicamente de eritema infeccioso; 12 de 11.969 en 1997. La edad media ha sido de 6,8 años en 1998 y de 4,7 años en 1997. No hay diferencias en la distribución por sexo. Los meses con mayor número de casos han sido mayo y junio. Se han realizado un total de 15 estudios serológicos para parvovirus B19, 12 de ellos por clínica hematológica (anemia y/o leucopenia y/o plaquetopenia), siendo positivos 3. En 1997 se realizaron 9, siete de ellos por clínica hematológica, siendo todos negativos. De los tres pacientes con infección por parvovirus B19 y clínica hematológica, dos han presentado leucopenia y plaquetopenia y uno pancitopenia. El exantema ha sido micropetequial en dos y rubeoliforme en uno. La evolución ha sido favorable en todos ellos.

**Conclusiones:** 1. El eritema infeccioso ha sido la forma de presentación más frecuentemente diagnosticada, siendo sus características clínico-epidemiológicas las comúnmente descritas. 2. Sospechar infección por parvovirus B19 ante un cuadro hematológico (anemia y/o leucopenia y/o plaquetopenia), especialmente en períodos epidémicos. 3. La ausencia del exantema característico del eritema infeccioso ha sido la norma y no la excepción en la presentación hematológica. 4. La

evolución de los pacientes con presentación hematológica ha sido favorable.

---

### EL DOLOR ABDOMINAL AGUDO EN ADOLESCENTES DEL SEXO FEMENINO. UNA ENTIDAD A TENER EN CUENTA EN URGENCIAS

M. Estivalis, I. Calvo, A. Sánchez, S. Peris  
*Servicio de Pediatría. Hospital Universitario «Dr. Peset». Valencia.*

**Introducción.** El dolor abdominal agudo es uno de los motivos de consulta más frecuente en los Servicios de Urgencias. Las posibles causas de dolor abdominal en adolescentes son variadas y numerosas. Incluyen etiologías diversas como problemas gastrointestinales, urinarios, ginecológicos y psicosociales. La anatomía y biología de la adolescente post-menarquia requiere la consideración de una amplia variedad de patología genitourinaria no encontrada en el varón.

**Objetivo.** Presentar los casos de cinco adolescentes que debutaron como un cuadro de dolor abdominal agudo y que tras intervención quirúrgica se encontró que el origen del dolor no era gastrointestinal, sino patología anexial.

**Pacientes y métodos.** Cinco pacientes con dolor abdominal de inicio agudo; se tienen en cuenta el sexo y la edad si asocia fiebre, vómitos y las exploraciones complementarias realizadas, el diagnóstico de sospecha y el diagnóstico final.

#### **Resultados:**

**Comentarios:** 1. Tener en cuenta el posible origen ginecológico ante un cuadro de dolor abdominal agudo en adolescentes del sexo femenino. 2. Una laparotomía de urgencia cuando la clínica es dudosa posibilita la viabilidad del anexo en casos de torsión.

---

### ESCROTO AGUDO EN LA INFANCIA: ¿CUANDO OPERAR?

N. Sanz Villa, J.C. Agustín, J. Cerdá, E. Molina, J.C. Ollero,  
F.J. Vázquez, G. Alvarez Calatayud  
*Servicio de Cirugía Pediátrica. I Servicio de Pediatría. Hospital «San Rafael». Madrid.*

**Introducción.** Los procesos inflamatorios escrotales agudos son una causa relativamente frecuente de consulta en los servicios pediátricos de urgencias en la que siempre se plantea la necesidad de tratamiento quirúrgico urgente ante la sospecha de una torsión testicular o la imposibilidad de llegar a un diagnóstico etiológico de certeza.

**Material y métodos.** Se revisaron las historias clínicas de los niños atendidos en urgencias desde el 1 de agosto de 1997 al 31 de julio de 1998 por un proceso inflamatorio/doloroso escrotal agudo, y se recogieron los datos epidemiológicos principales (distribución por edades y meses), las características clínicas (tiempo de evolución, síntomas, lado afectado, hallazgos de la exploración), la conducta médica seguida (ingreso o seguimiento ambulatorio), los tratamientos empleados (conservador o quirúrgico), la técnica quirúrgica em-

pleada y la evolución posterior en los casos intervenidos quirúrgicamente.

**Resultados.** La mayoría de los niños fueron diagnosticados de torsión de hidátide testicular o de orquiepididimitis y tratados de forma conservadora con antiinflamatorios. Fueron intervenidos quirúrgicamente 20 niños, encontrándose 15 (75%) torsiones de hidátide y 5 (25%) torsiones de testículo, siendo necesario realizar orquiectomía en un caso.

**Conclusiones.** En nuestra experiencia, en contra de lo publicado por otros autores, la primera causa de escroto agudo en todas las edades es la torsión de hidátide testicular, que puede ser tratada de forma conservadora. Sin embargo, las graves consecuencias que acarrea la no intervención en los casos de torsión testicular hace necesaria la exploración quirúrgica en todos los casos en los que el diagnóstico etiológico de certeza es imposible.

---

### PERFIL DE LA PSIQUIATRÍA INFANTIL DESDE UN SERVICIO DE URGENCIAS

C. Fernández Ramos, J. González Aguirre<sup>1</sup>, A. González Hermosa,  
C. Díez Sáez, A. Rodríguez Ortiz  
*Urgencias Pediatría. <sup>1</sup>S. Psiquiatría Infantil. Hospital Basurto. Bilbao.*

**Objetivo.** Analizar desde la perspectiva de un Servicio de Urgencias Pediátrico la patología psiquiátrica infantil.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de las historias clínicas de los pacientes atendidos por el Servicio de Psiquiatría Infantil enviados desde el Servicio de Urgencias en el período enero de 1997 a agosto de 1998.

**Resultados.** El total de historias ha sido de 50 (32?: 18?) con edades entre 5 y 16 años, lo que representa un 17,4% del total de primeras consultas de Psiquiatría Infantil y un 0,13% de las urgencias atendidas en pediatría para este período de tiempo.

Un 56% (28 pacientes) fueron ingresados, con edades entre 10 y 16 años sin predominio de sexo. Supone un 7% del nominal de ingresos para este grupo de edad. Los motivos de ingreso más frecuentes fueron: patología orgánica recurrente, alteración de la conducta, gestos autolíticos. Un 44% (22 pacientes) recibieron seguimiento en Consultas Externas de Psiquiatría tras su valoración en Urgencias. El rango de edad es de 5 a 16 años, con predominio femenino, y entre los diagnósticos destacan los trastornos adaptativos (40%). En el 70% de las historias se recoge el dato de pertenencia a familias desestructuradas psicosocialmente.

**Conclusiones:** 1. El número de pacientes enviados desde nuestro Servicio de Urgencias es pequeño. Dado el porcentaje de ingresos que obtenemos detectamos patología moderada-grave. 2. Ante determinados síntomas de naturaleza somática recurrente se debe considerar el componente ansioso o depresivo de los mismos o circunstancias familiares desfavorables de orden psisocial. 3. Los gestos autolíticos siempre son valorados por el Servicio de Psiquiatría. Puede no existir un trastorno psiquiátrico subyacente pero en los que existe, el riesgo de recurrencia es alto.

---

### PROBLEMATICA DEL NIÑO CON PATOLOGIA CRONICA EN EL SERVICIO

## DE URGENCIAS

E. Carballo, J. Pineda, S. Artigas, R. Garrido, J.J. García,  
C. Luaces

Servicio de Pediatría. Unitat Integrada Hospital Clínic-Sant Joan de Déu.  
Universitat de Barcelona. Barcelona.

**Objetivo.** Describir el uso del servicio de urgencias de un hospital pediátrico de tercer nivel por parte de pacientes con enfermedad crónica.

**Material y métodos.** Se realiza un estudio prospectivo y descriptivo sobre 100 pacientes. Criterios de inclusión: 1. Enfermedad crónica es aquella de duración superior a tres meses o causante de daño funcional o que requiera atención médica mayor de lo normal en un niño sano de la misma edad. 2. Pacientes que consultan por descompensación de su patología crónica.

Se recogen datos a partir de la hoja de asistencia a urgencias y de una ficha confeccionada especialmente para este estudio.

**Resultados.** De las 100 visitas revisadas, el 57% corresponden al sexo masculino. El 21% de los pacientes acuden remitidos por su pediatra. El tipo de patología más frecuentemente consultada ha sido la respiratoria en un 57%, seguida de la neurológica en un 19% y hemato-oncológica en el 8% de los casos. En el 18% de las visitas ha sido necesario consultar la historia clínica del paciente por falta de información. En el 8% se realizó interconsulta al especialista. El tiempo medio de permanencia en el Servicio de Urgencias de estos pacientes ha sido de 2 horas y 14 minutos. El número de ingresos generados ha sido del 15%.

**Comentarios:** 1. La mayoría de los pacientes acuden directamente a nuestro Servicio sin previo contacto con su pediatra o especialista. 2. La broncopatía obstructiva recidivante es la que genera un mayor volumen de visitas. 3. Los factores que determinan un mayor tiempo de espera e ingresos son: el tipo de tratamiento requerido, la necesidad de solicitar la historia clínica o de realizar interconsulta con el especialista. 4. El pediatra de urgencias debe poder asumir el manejo de la descompensación de los pacientes con patología crónica. 5. Por nuestra experiencia y con la finalidad de mejorar la atención y manejo de estos pacientes sería útil dotarles de un documento donde su pediatra refleje aspectos actualizados de su evolución y tratamiento. Esto permitirá agilizar su paso por urgencias, facilitar la información al pediatra de guardia y mejorar la relación de éste y el pediatra que atiende habitualmente al paciente.

## TRAUMATISMOS COMO MOTIVO DE CONSULTA EN URGENCIAS DE UN HOSPITAL GENERAL

R. Gracia, A.I. Jiménez, C. Santana, D. Romero, M. Hortelano, J. Ayala,  
P. Alonso, F. Hernández, P. Cuadrado

Servicio de Urgencias. Hospital General de Segovia. Segovia.

**Objetivos.** Conocer las características de los niños que acuden al Servicio de Urgencias (SU) por traumatismo y analizar las diferentes patologías que presentan, para desarrollar estrategias que proporcionan un mayor rendimiento y adecuación de los recursos asistenciales.

**Metodología.** Estudio retrospectivo de los pacientes pediátricos (de 0 a 14 años) que consultaron por traumatismo en el SU durante el

	Fiebre	Respir.	D. Abdo.	ORL	Vómito	GEA	Accid.	Derma.	Otros
Ene	989	254	178	97	325	115	63	107	256
Feb	801	257	154	102	216	80	81	112	262
Mar	651	231	164	163	271	140	112	163	439
Abr	501	109	141	179	331	92	99	130	360
May	606	212	164	136	355	195	137	198	359
Jun	554	131	150	119	253	145	119	171	334
Jul	371	63	104	85	172	181	103	133	395
Ago	295	23	61	72	139	63	103	84	295
Sep	240	104	104	120	173	69	111	89	326
Oct	383	157	136	218	233	64	113	122	360
Nov	175	187	124	469	50	190	4	139	395
Dic	749	422	176	187	208	67	88	141	283

año 1997 en el Hospital General de Segovia, que atiende a una población infantil aproximada de 23.000 niños. Se seleccionó una muestra aleatoria simple de todas las urgencias atendidas, y de ésta se estudiaron los pacientes cuyo motivo de consulta fue traumatismo. Se valoraron datos referentes a edad, sexo, hora, día de la semana y mes, acceso (iniciativa propia o remitidos desde su centro de salud), diagnóstico, destino (alta, ingreso, traslado a otro centro, o derivación a consultas), y si recibieron tratamiento o no en el SU.

**Resultados.** Acudieron al SU 6.893 niños, formando la muestra 542. De éstos el 38,1% consultaron por traumatismo. La mayor afluencia se registró en el mes de agosto (16,4%), seguido de octubre (9,6%), marzo, mayo y septiembre (9,1%) cada uno de ellos. El día de la semana de mayor afluencia fue el jueves y el turno el de tarde. El 87,9% de las consultas fueron por iniciativa propia. La relación hombre/mujer fue de 1,3/1. Los diagnósticos más frecuentes fueron: contusiones (24,3%), fractura (19,3%), esguince (12,5%), artritis traumática (9,1%), traumatismo craneoencefálico (TCE) (5,3%), prono doloroso (1,9%), sinovitis transitoria (1,4%) y otros (24,5%). Precisarón tratamiento en el SU el 75,3% de los niños. El 74,8% fueron dados de alta, se derivaron a consultas de especialidades el 22,7%, y el 1,9% requirieron hospitalización. Los ingresos fueron motivados fundamentalmente por TCE y fracturas.

**Conclusiones:** 1. Los traumatismos son el motivo de consulta más frecuente en el SU, presentando especial incidencia en niños mayores de 7 años y en varones. 2. Destacar la mayor afluencia en el mes de agosto en nuestro medio por mayor tiempo libre y posibilidad de actividades de riesgo, así como el aumento de población infantil a atender por este hospital en el período estival. 3. La mayoría de los pacientes acuden al SU por iniciativa propia (87,9%), requiriendo ingreso una minoría.

## MODIFICACIONES ESTACIONALES EN LA FRECUENTACION DE UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS

I. Llana, A. Alarabe, M.A. Roa, M.T. García, J.R. Rodríguez, A. Díaz,  
M. Benedit, P. Puyol

Servicio de Pediatría. Hospital de Móstoles. Madrid.

**Objetivo.** Analizar los motivos de consulta a lo largo de un año y estudiar sus variaciones durante el mismo.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los casos de urgencias atendidos en nuestro hospital en la periferia de Madrid que atiende a una población de 450.000 habitantes. El período de estudio es desde enero a diciembre de 1995. Las variables analizadas son: fiebre, problemas respiratorios, dolor abdominal, foco ORL, vómitos, diarrea, accidentes infantiles, otros problemas.

**Resultados.** El número de niños atendidos durante el año 1995 en el Servicio de Urgencias fue de 23.151 niños, con una media de 63,42 niños/día, de los cuales el 55% varones y el 45% mujeres. En la siguiente tabla se ve el número de niños en cada mes del año y para cada patología consultada.

**Conclusión.** Los motivos de consulta en nuestro Servicio de Urgencias siguen una evolución regular a lo largo del año excepto la fiebre, problemas respiratorios y dermatológicos que presentan modificaciones en el pico de incidencia en determinadas épocas del año. La fiebre es más frecuente en invierno y primavera, los problemas respiratorios en otoño e invierno y los problemas dermatológicos destacan en primavera.

---

#### MOTIVACIONES DE LOS PADRES PARA ACUDIR A LOS SERVICIOS DE URGENCIAS

P. Gorrotxategi, J.A. Muñoz, J. Empanza, E.G. Pérez-Yarza  
*Hospital Materno-Infantil «Ntra. Sra. de Aránzazu». Donostia-San Sebastián*

**Objetivo.** Conocer cuales son los motivos principales de preocupación de los padres cuando acuden a un servicio de urgencias pediátricas.

**Metodología.** Se ha realizado una encuesta a los padres de los niños que acudieron al Servicio de Urgencias de Pediatría durante el mes de febrero de 1998. Las preguntas del cuestionario abordaron los diferentes motivos de preocupación de los padres. Simultáneamente se recogieron las hojas de enfermería de cada uno de los niños para ver el destino final de los mismos (ingreso, observación, domicilio) y la necesidad de pruebas complementarias o realización de tratamiento urgente.

**Resultados.** Han acudido al Servicio de Urgencias 3.156 niños, han sido encuestados 2.245, respondieron el 48%. La edad media de los niños cuyos padres contestaron a la encuesta ha sido de  $4,37 \pm 3,68$  años. Los motivos de consulta predominantes fueron: fiebre (47%), traumatismo (16,4%), clínica digestiva (12,5%) y respiratoria (9%). El 94,35% fueron enviados a su domicilio, permaneciendo en observación un 3,06% e ingresando un 2,59%. El 85,76% había acudido por iniciativa propia y un 85,6% había estado con anterioridad en nuestro servicio.

El motivo fundamental para acudir a urgencias fue la rapidez de la atención (66%), seguido de la posibilidad de realizar exámenes complementarios (39%) y del temor a padecer una enfermedad grave (37%). Este temor se da por igual en todos los grupos diagnósticos siendo significativamente menor en el caso de los procesos traumáticos.

**Conclusiones.** Existe un temor excesivo sobre la posibilidad de una enfermedad grave en muchos de los padres que acuden a los servicios de urgencias. Temor injustificado ya que la inmensa mayoría de

los niños son enviados a su domicilio sin precisar ninguna actuación específica en el servicio de urgencias.

---

#### RESOLUCION DE LAS EMERGENCIAS PEDIATRICAS EXTRAHOSPITALARIAS S. 061. INSALUD. MADRID

M.E. Martín Maldonado, M. Rubio Sánchez-Tirado, I. Asensio Cea,  
C. Blanco Lajo, L. Hernández Cuenca  
*Servicio Especial de Urgencias (S.E.U.) 061. INSALUD. Madrid.*

**Objetivos.** Estudio de la resolución de las llamadas de emergencia pediátrica recibidas en el Centro Coordinador de Urgencias (CCU) durante el año 1996.

**Metodología.** Estudio descriptivo retrospectivo aplicado sobre las fichas de demanda pediátrica ( $\leq 18$  años) recibidas a través del teléfono 061, creando una base de datos (INFORMIX), que a su vez fue analizada con los programas MS Access y SPSSWIN. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, motivo de consulta y tipo de recurso (médico, M; ambulancia, A; UVI, U; helicóptero, H).

**Resultados.** La demanda pediátrica estudiada ( $n = 47.726$ ) supone el 8% de la total recibida en el CCU durante 1996 (niños 52,5% y niñas 47,5%). De ellas el 25,5% (12.162) se resolvió con asignación de recurso (CR). Fueron demanda de emergencia el 17% (2.064). Consideramos como emergencia: 1) inconsciente (21,7%); 2) dificultad respiratoria (21,27%); 3) intoxicaciones (9,88%); 4) alteración del comportamiento agresivo (8,28%); 5) traumatismos (7,70%); 6) convulsiones (7,46%); 7) pérdida de conocimiento recuperada (7,37%); 8) obnubilación (4,3%); 9) hemorragia (4,2%); 10) tráfico (2,27%); 11) arritmias (2%); 12) heridas (1,65%); 13) cuerpos extraños (0,73%); 14) autolisis (0,68%); 15) quemaduras y congelaciones (0,39%), y posible fallecimiento (0,2%). Se resolvieron con envío de médico, M = 518 (25,1%); ambulancia, A = 775 (37,55%); UVI, U = 766 (37,1%); helicóptero, H = 5 (0,25%).

**Conclusiones:** 1. La mayoría de la demanda pediátrica, que requiere asignación de recurso es de urgencia (83%), sobre la emergencia (17%). 2. Las emergencias pediátricas consumen el 0,73% del total de los recursos utilizados en 1996. 3. Los motivos de consulta guardan relación con la asignación de recurso y, así, la causa más frecuente de ambulancia fue traumatismos e intoxicaciones; de médico, dificultad respiratoria y alteración del comportamiento agresivo; de UVI, inconsciente, dificultad respiratoria y convulsiones; y de helicóptero, inconsciente y dificultad respiratoria.

---

#### VALORACION DE LA EFICACIA DE LA PEDIATRIA DE ATENCION PRIMARIA COMO FILTRO DE LAS URGENCIAS HOSPITALARIAS

G. Fernández Cano, G. Martín Carballo  
*EAP Vicente Soldevilla. Area 1. Madrid.*

**Objetivos.** Analizar la eficacia de la atención a las consultas urgentes (sin cita previa) en una consulta de Pediatría de Atención Primaria, urbana, del turno de tarde (14-21 horas), como filtro de las

urgencias hospitalarias.

**Metodología.** Estudio prospectivo, longitudinal, durante los días laborables de semanas alternas comprendidas entre el 1 de julio de 1996 y el 30 de junio de 1997 (126 días). La población adscrita al EAP según TSI era de 2.923 niños de 0-14 años, repartidos entre dos pediatras en turno de mañana y dos en turno de tarde.

**Resultados.** Se atendieron 3.429 consultas, excluyendo las programadas, de las cuales 2.706 (78,91%) fueron de demanda (con cita previa) y 723 (21,09%) consultas urgentes (sin cita previa). De las 723 consultas urgentes, 298 (41,21%) fueron generadas por niños pertenecientes al turno de mañana, 389 (53,80%) al turno de tarde y 36 (4,89%) eran niños desplazados o no adscritos al EAP. La máxima afluencia se produjo en el tramo horario comprendido entre las 16 y las 19 horas (427 consultas, 59,05%), coincidiendo con el horario de la consulta de demanda (con cita previa). De los 723 casos atendidos se solucionaron en la consulta de atención primaria 693 (95,85%), precisando ser derivados 30 casos (4,15%). De los 30, sólo 23 casos (3,18%) se derivaron de manera urgente al hospital (2 a Urgencias Pediátricas, 3 a Cirugía y 18 a Traumatología (78,26%) de las derivaciones al hospital). Los otros 7 casos se derivaron al especialista de manera no urgente (1 a Neumología, Gastroenterología, Dermatología y Oftalmología, y 3 a Otorrinolaringología).

**Conclusiones.** Las consultas urgentes (sin cita previa) suponen un importante porcentaje (21,09%) de las consultas no programadas en Atención Primaria, alterando de forma importante la organización de las actividades diarias. Pese a ello, la atención de urgencias en una consulta de Pediatría de Atención Primaria es un filtro eficaz de las urgencias hospitalarias. La patología traumatológica fue la principal causa de derivación urgente al hospital (78,26%) de los casos.

---

#### DILATACION GÁSTRICA AGUDA EN ANOREXIA NERVIOSA

P. Morató Robert, M. Alvarez B. de Quirós, J. Briz Manzanares, V. Rollán Villamarín, J.C. Ollero Fresno  
*Hospital «Niño Jesús». Universidad Autónoma de Madrid. Madrid.*

**Objetivos.** La dilatación gástrica aguda en el contexto de una anorexia nerviosa es una complicación rara pero que puede ser mortal sobre todo si cursa con rotura gástrica. En los últimos 30 años se han publicado 24 casos, 9 de ellos con rotura gástrica, de los cuales 3 fallecieron. Presentamos un nuevo caso que evolucionó de manera fulminante. Llamamos la atención sobre la importancia que tiene conocer las consecuencias derivadas de este cuadro sobre todo en pacientes anoréxico-bulímicos y mostramos la fisiopatología de esta rara y potencialmente mortal complicación.

**Caso clínico.** Niña de 15 años con anorexia nerviosa en seguimiento por el Servicio de Psiquiatría de este Hospital, que acude a Urgencias por dolor abdominal moderado tras episodio de importante ingesta de alimentos y bebidas gaseosas la noche anterior. A la exploración presenta un abdomen distendido, timpanizado, blando y depresible, con dolor difuso. No vómitos. Rx de abdomen: cámara gástrica muy dilatada. A. sangre: sin alteraciones significativas.

**Evolución.** Dos vómitos alimentarios y una deposición abundan-

te de aspecto normal a las 8 horas del ingreso; 4 horas después, comienza con aumento de la distensión abdominal, defensa generalizada, mala perfusión abdominal y de miembros inferiores, enfisema subcutáneo y dificultad respiratoria, con imposibilidad de pasar sonda nasogástrica a estómago, ingresando en UCIP por empeoramiento progresivo: parada cardíaca (2 episodios) y neumotórax bilateral. Laparotomía exploradora: desgarro en curvatura menor gástrica, aspecto isquémico de intestino delgado. Cierre de la perforación y se deja gastrostomía. Shock multifactorial (obstructivo, cardiogénico y hemorrágico) y coagulopatía. Parada cardíaca (disociación electromecánica). Exitus a las 24 horas del ingreso.

**Conclusiones.** Creemos fundamental diagnosticar y tratar precozmente esta rara complicación con la finalidad de prevenir los importantes riesgos derivados de la dilatación gástrica aguda progresiva.

---

#### SCREENING DE CARBOXIHEMOGLOBINA EN NIÑOS ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

E. Crespo, E. Zambrano, M. Martínez, L. Santillana, M.A. Fernández, M.P. Falero, M. Zamora, E. Sanz, B. Villarrubia, J.A. Alonso  
*Servicio de Urgencias de Pediatría, 1Servicio de Hematología. Hospital «Virgen de la Salud». Toledo.*

**Objetivos.** Determinar las concentraciones de carboxihemoglobina de nuestra población infantil y establecer los factores de riesgo que pueden estar relacionados con la intoxicación crónica de CO en el domicilio.

**Método.** Se midieron las concentraciones de carboxihemoglobina en sangre venosa mediante cooximetría en 96 niños (47 hombres y 49 mujeres), con edades comprendidas entre los 3 meses y los 15 años (edad media: 6,5 años), atendidos en urgencias pediátricas desde diciembre hasta febrero de 1998. El único criterio de selección fue la necesidad de realizar extracción de sangre por la enfermedad que motivaba la consulta. Asimismo, se realizó una encuesta escrita a los padres para determinar las posibles fuentes de producción de CO. El test estadístico aplicado ha sido la «t» Student, considerando significativa una  $p < 0,05$ .

**Resultados.** Las concentraciones de carboxihemoglobina encontradas fueron de  $0,63 \pm 0,54\%$  (límites 0 a 2,3%), siendo de  $0,62 \pm 0,49\%$  en niños del medio urbano (29 niños) frente al  $0,63 \pm 0,56\%$  del rural (67 niños). Respecto a la relación con el sistema de calefacción que tenían sus viviendas los resultados encontrados son: calefacción por madera,  $0,84 \pm 0,64\%$ ; carbón,  $0,9 \pm 0,0\%$ ; gas,  $0,62 \pm 0,54\%$ , y electricidad,  $0,55 \pm 0,52\%$  (no diferencias significativas). No se hallaron diferencias entre los grupos de edad ni respecto al nivel socioeconómico. El hecho de convivir con personas fumadoras no estableció diferencias significativas.

**Conclusiones.** Las últimas investigaciones relacionan la intoxicación crónica de CO con el desarrollo posterior de enfermedad coronaria. Mientras que en adultos son múltiples las publicaciones al respecto, son pocos los estudios realizados en la población pediátrica. Los niveles hallados en nuestra población infantil, de predominio rural, se encuentran dentro de límites normales, viéndose un mayor nivel en aquellos que viven con calefacción de carbón, madera o gas.

## CRUP. REVISION DE 412 CASOS EN URGENCIAS

I. Alonso Martínez, G. López Valero, S. Reyes Domínguez, J. Martín,  
C. López-López

*Servicio de Urgencias. Hospital Infantil La Paz. Madrid.*

**Objetivos.** Revisar los casos de laringitis aguda registrados en nuestro Servicio durante los meses de septiembre y octubre, analizando los datos recogidos en los informes con respecto a edad, sexo, antecedentes de crup previo, síntomas acompañantes, tratamientos realizados, número de ingresos, etc., y comparar dichos datos con los obtenidos en el año 1995, analizando cambios epidemiológicos y en la terapéutica utilizada, así como su repercusión en el número de ingresos.

**Material y métodos.** Se revisan retrospectivamente 412 casos de crup ocurridos durante un brote comprendido entre los meses de septiembre y octubre de 1997 y que fueron atendidos en el Servicio de Urgencias de nuestro hospital. Se recogen datos correspondientes a edad, sexo, antecedentes de crup previo, síntomas catarrales o fiebre y se establecen puntuaciones según el grado de estridor (0 = ausente, 1 = audible con el fonendo, 2 = audible sin fonendo), tiraje (0 = ausente, 1 = leve, 2 = moderado, 3 = grave), cianosis (0 = ausente, 4 = con la agitación, 5 = en reposo) y grado de conciencia (0 = normal, 5 = alterada). Se recogen los tratamientos realizados y el número de ingresos tanto en planta como en UCIP, comparándose estos datos con los obtenidos en el año 1995, analizando los cambios epidemiológicos y terapéuticos, y su repercusión en el número de ingresos.

**Resultados.** Del total de los 412 casos recogidos, el 64,8% eran varones. El grupo de edad mayoritario fue el mayor o igual a 2 años (52,1%). Hasta un 40,53% presentaba fiebre en el momento de la consulta o en las 24-48 horas previas. Un 36,6% tenía síntomas catarrales previos. El 69,6% tenía un score menor o igual a 2, el 25% entre 3-4, y sólo un 5,3% más de 4. Ingresaron un total de 28 pacientes (6,79%), precisando ingreso en UCIP 5 de ellos. El 8% de los pacientes acudieron una segunda vez a nuestro Servicio, siendo ingresados 5 de ellos, aunque ninguno en CIP. La aerosolterapia con SSF ha sido el tratamiento más utilizado (89,5%), seguido de la budesonida inhalada (51,2%). Se mantiene el uso del supositorio de sulfato de magnesio-papaverina en un alto porcentaje (42,47%) y también del collarete hidroalcohólico (22%). La L-adrenalina al 1/1.000 en aerosol se utilizó en 17 pacientes (4,1%) y la dexametasona IM en dosis única (0,6 mg/Kg) en 30. Los antibióticos se emplearon en 36 niños (8,73%).

**Conclusiones:** 1. Existe predominio del sexo masculino en el total de la serie revisada (64,8%), así como una incidencia máxima en pacientes de 2 o más años (52,1%). 2. El uso de la budesonida y la adrenalina en nebulizador están aumentando con respecto a años previos, aunque esto no parece estar repercutiendo en el número total de ingresos. 3. De los 17 pacientes que recibieron adrenalina inhalada, 16 de ellos fueron ingresados pero 10 tenían un score menor o igual a 5 a su llegada a urgencias. Los últimos estudios recomiendan que el empleo de adrenalina, sobre todo si es utilizada junto con glucocorticoides (15 de los 17), no obliga a la hospitalización, siempre que se man-