

## Bibliografía

- 1 Durongpisitkul K, Gururaj V, Park JM, Martin CF. The prevention of coronary artery aneurysm in Kawasaki disease: A meta-analysis on the efficacy of aspirin and immunoglobulin treatment. *Pediatrics* 1995; **96**:1057-1061.
- 2 Burt DM, Pollack P, Bianco JA. Intravenous streptokinase in a infant with Kawasaki's disease complicated by acute myocardial infarction. *Pediatr Cardiol* 1986; **6**:307-311.
- 3 Suzuki A, Kamiya T, Ono Y, Kinoshita Y. Thrombolysis in the treatment of patients with Kawasaki disease. *Cardiol Young* 1993; **3**:207-215.
- 4 Tsubata S, Ichida F, Hamamichi Y, Miyazaki A, Hashimoto I, Okada T. Successful thrombolytic therapy using tissue-type plasminogen activator in Kawasaki disease. *Pediatr Cardiol* 1995; **16**:186-189.
- 5 Akagi T, Rose V, Benson LN, Newman A, Freedom RM. Outcome of coronary artery aneurysms after Kawasaki disease. *J Pediatr* 1992; **121**:689-694.
- 6 Yanagisawa M, Yano S, Shiraiishi H, Nakagima Y, Fujimoto T, Itoh K. Coronary aneurysms in Kawasaki disease follow up observation by two-dimensional echocardiography. *Pediatr Cardiol* 1985; **6**:11-16.
- 7 Suzuki A, Kamiya T, Kuwahara N, Ono Y, Kohata T, Takahashi O y cols. Coronary arterial lesion of Kawasaki disease: cardiac catheterization finding of 1,100 cases. *Pediatr Cardiol* 1986; **7**:3-9.
- 8 Suzuki A, Kamiya T, Ono Y, Kohata T, Okimo M. Myocardial ischemia in Kawasaki disease: follow-up study by cardiac catheterization and coronary angiography. *Pediatr Cardiol* 1988; **9**:1-5.
- 9 Dajani AS, Taubert KA, Takahashi M, Bierman FZ, Freed MD, Ferrieri M y cols. Guidelines for long-term management of patients with Kawasaki disease. *Circulation* 1994; **89**:916-922.
- 10 Burns J, Shike H, Gordon JB, Malhotra A, Schoenwetter M, Kawasaki T. Sequelae of Kawasaki disease in adolescents and young adults. *J Am Coll Cardiol* 1996; **28**:253-257.
- 11 Noto N, Ayusawa M, Karasawa K, Yamaguchi H, Sumitomo N, Okada T y cols. Dobutamine stress echocardiography for detection of coronary artery stenosis in children with Kawasaki disease. *J Am Coll Cardiol* 1996; **27**:1251-1256.
- 12 Muzik O, Paridon SM, Sing TP, Morrow WR, Daxanikli F, Di Carli MF. Quantification of myocardial blood flow reserve in children with a history of Kawasaki disease and normal coronary arteries using positron emission tomography. *J Am Coll Cardiol* 1996; **28**:757-762.

J. Casado Flores, M. Monleón,  
M.A. García Teresa, M.J. Ruiz López,  
A. Valdivielso

*An Esp Pediatr* 1998;48:101-102.

### Sr. Director:

En los últimos años, en especial desde 1992, hemos asistido a una notable actividad orientada a normalizar técnicas, actitudes, fármacos, vías y dosis en la reanimación cardiopulmonar (RCP) en Pediatría<sup>(1-3)</sup>.

No obstante, persisten dificultades intrínsecas por el hecho de moverse en amplios intervalos de edad en unas condiciones de máxima gravedad, en las que una valoración correcta del peso va a ser problemática, cuando no imposible, lo que implica amplio margen de error para el cálculo de las dosis.

Por otro lado, las dosificaciones vienen expresadas en mg o  $\mu\text{g}/\text{kg}$ , lo que añade un riesgo adicional de error al efectuar el cálculo y su traducción a ml de solución en unas condiciones de máximo estrés.

Nosotros hemos desarrollado una regla-resumen que facilita la RCP, automatizando las dosis y procedimientos.

Se trata de una regla plegada en formato de bolsillo, de 150 cm, que colocada debajo del paciente permite conocer el peso

## Reanimación cardiopulmonar en pediatría. Método para automatizar dosis y procedimientos

estimado para la talla, la dosificación en ml que le corresponde de los fármacos habituales de RCP (adrenalina primera y sucesivas dosis, atropina, bicarbonato), el tamaño de tubo endotraqueal y la energía de desfibrilación (Fig. 1). Esta regla puede ser empleada en niños de edades comprendidas entre recién nacidos y 12 años.

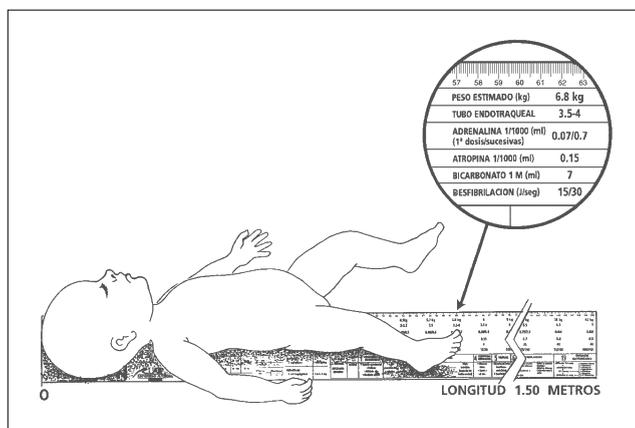


Figura 1.

Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos. Hospital «Niño Jesús».  
Universidad Autónoma. Madrid.

Correspondencia: J. Casado Flores. Avda. Menéndez Pelayo, 65. 28009 Madrid.

La lectura se realiza a nivel de los talones y se expresa en ml de la solución comercial del fármaco, con objeto de evitar los errores de cálculo.

La regla ofrece también la posibilidad de consultar los parámetros biológicos normales para la edad (peso, talla, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria y tensión arterial), así como la secuencia ordenada de técnicas y procedimientos de RCP (según las normas del European Resuscitation Council y del Grupo Español de Trabajo de RCP Pediátrica).

La regla incorpora fármacos y dosis para la sedación y analgesia, intubación traqueal y parámetros respiratorios para el transporte de los pacientes ventilados. Además contiene información imprescindible para el tratamiento de las urgencias más frecuentes en pediatría, tales como shock, asma, convulsiones, traumatismo craneoencefálico y arritmias cardíacas.

En resumen, esta regla diseñada en formato de bolsillo para su cómodo uso, permite automatizar la RCP, al extrapolar dosis y procedimientos, a la talla del paciente; además ofrece información muy útil para facilitar las maniobras de RCP y el tratamiento de otras urgencias vitales en pediatría.

## Bibliografía

- 1 Pediatric Basic Life Support. Pediatric Advanced Life Support. *JAMA* 1992; **268**:2251-2275.
- 2 Zideman D, Bingham R, Beattle T y cols. Guidelines for paediatric life support: A statement by the Paediatric life support working party of the European Resuscitation Council, 1993. *Resuscitation* 1994; **27**:91-105.
- 3 Calvo Macías C, Delgado MA, García Castrillo y cols. Grupo Español de RCP en Pediatría. Normas de reanimación cardiopulmonar básica y avanzada en Pediatría. *An Esp Pediatr* 1995; **43**:245-251 y 323-334.

---

M. Medrano San Ildefonso, C. Bruscas Izu,  
M. Ferrer Lozano, I. Pastor Mouron

*An Esp Pediatr* 1998;48:102-103.

### Sr Director:

La púrpura de Shönlein-Henoch (PSH) es el síndrome vasculítico más frecuente en la infancia<sup>(1)</sup>. Se caracteriza por la inflamación de vasos de pequeño calibre, mediada por inmunocomplejos que contienen IgA<sup>(2,3)</sup>.

Clínicamente destaca por la tríada clásica de púrpura, dolor abdominal y hematuria<sup>(1)</sup>; si bien en el momento actual se considera que su espectro clínico es muy variable, desde casos con un mínimo rash petequial hasta casos con severa enfermedad gastrointestinal, neurológica y/o articular<sup>(1,3,4)</sup>.

La afección testicular se observa con una prevalencia muy variable, entre un 3-35% de los casos de PSH. Esta alteración se caracteriza por tumefacción escrotal aguda, secundaria, a su vez, a la inflamación y hemorragia de los vasos del escroto<sup>(3,5)</sup>. En ocasiones, la afección testicular puede preceder a las lesiones cutáneas y plantear el diagnóstico diferencial con la torsión aguda del cordón espermático<sup>(6)</sup>. En este caso, tanto la clí-

## Afección escrotal en la púrpura de Schönlein-Henoch

nica como la exploración física son semejantes en ambas enfermedades; siendo de gran utilidad la gammagrafía y el Eco-Doppler. Así, en la PSH ambas exploraciones son normales, mientras que en la torsión testicular se observa una disminución de la captación gammagráfica y del flujo Doppler en el lado afecto<sup>(7,8)</sup>.

Aportamos 4 casos de afección testicular, sobre un total de 80 pacientes diagnosticados de PSH en el mismo período de tiempo en el Hospital Infantil Miguel Servet de Zaragoza, que representan un 5% de la serie. Todos ellos cumplían los criterios de 1990 del ACR (American College of Rheumatology)<sup>(9)</sup>. Las características de estos 4 pacientes se resumen en la tabla I. No obstante, su edad media fue de 5 años y 8 meses. En 2 pacientes la clínica inicial fue un "escroto agudo" y en los otros 2 una púrpura palpable no trombopénica. Los casos 1 y 2, además de las lesiones cutáneas y testiculares, cursaron con manifestaciones abdominales y renales. Por otra parte, los casos 3 y 4 únicamente presentaron púrpura y afección testicular. Sólo el caso 4 tuvo varias recidivas semanas después del primer brote. Los 4 pacientes recibieron tratamiento con corticoides obteniendo una excelente respuesta. Por último, no se observaron diferencias es-

---

Unidad de Reumatología Infantil. Hospital Infantil Miguel Servet. Zaragoza.  
Correspondencia: Marta Medrano San Ildefonso.  
C/ Condes de Aragón, 20, 4ºD. 50009 Zaragoza