

Marbella (Málaga), 6-8 de Noviembre de 1997

*An Esp Pediatr* 1998;48:201-222.

### ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LAS INTOXICACIONES Y PATOLOGÍA PRODUCIDA POR CUERPOS EXTRAÑOS EN EL HOSPITAL INFANTIL UNIVERSITARIO «REINA SOFÍA» DE CORDOBA

J. Baena Saez, A. Molina Jurado, A. Bello Luque, P. Aguilar Humanes, E. Castuera Jurado, M.D. Simarro Bravo, J. Calvo Cuenca  
*Servicio de Urgencias. Hospital Infantil Universitario «Reina Sofía» de Córdoba.*

Las intoxicaciones agudas son frecuentes en Pediatría, y aunque tienen baja morbimortalidad, una cuarta parte necesitan observación o ingreso hospitalario. Asimismo, hemos incluido en este estudio la patología por cuerpos extraños ya que es muy característica de la infancia.

**Objetivos.** Obtención de información epidemiológica en nuestro entorno para el desarrollo de estrategias preventivas.

**Metodología.** Hemos revisado las historias clínicas de los casos atendidos en urgencias por esta patología durante el año 1996, analizando los siguientes parámetros: edad, sexo, distribución mensual y semanal, productos implicados, localización de cuerpos extraños, y destino.

**Resultados.** De un total de 34.920 urgencias atendidas durante el año 1996, 206 fueron intoxicaciones y 342 casos de cuerpo extraño. Respecto a la edad, en ambas patologías, el grupo de edad predominante fue el comprendido entre 3 y 5 años. El sexo predominante fue el masculino con 320 casos frente a 218 en el femenino. Hubo un predominio en los meses de abril y septiembre respecto a los cuerpos extraños, ocurriendo una cuarta parte de ellos en fines de semana. No ocurriendo predominio en el caso de las intoxicaciones. Los productos implicados en la mayoría de los casos fueron los medicamentos en un 56% de los casos, seguido por los productos de limpieza con un 33%, predominando entre éstos los caústicos. Los cuerpos extraños implicados fueron de naturaleza muy diversa. Respecto a la localización fue la vía digestiva la predominante con 131 casos, de los cuales 10 estaban alojados en esófago. Requiritieron ingreso 85 casos de intoxicaciones (41%).

**Conclusiones:** 1. En la infancia las intoxicaciones generalmente ocurren de forma accidental, por lo que son leves en la mayoría de los casos. 2. Son los fármacos los tóxicos mayoritariamente implicados, destacando los analgésicos y las benzodiazepinas. 3. La edad más frecuente de estos accidentes es la comprendida entre 3 y 5 años. 4. Se producen de forma mayoritaria en el hogar. 5. La mayoría de estos accidentes son evitables tomando las medidas de prevención adecuadas.

## III Reunión Anual de la Sociedad Española de Urgencias en Pediatría de la A.E.P.

### EL BRONCOESPASMO EN LA URGENCIA PEDIÁTRICA

A. Salvador, A. Alarabe, F. Muñoz, M.A. Roa, I. Llana, A. Usano, M. Benedit, F. Guerra, P. Puyol  
*Servicio de Pediatría. Hospital de Móstoles. Madrid.*

**Introducción.** El asma o broncoespasmo es uno de los problemas más frecuentes en la urgencia pediátrica, por ello hemos analizando diversos aspectos del tema, con el objetivo de valorar si ha existido un aumento o disminución de la incidencia, así como posibles cambios en la evolución de estos niños debido a los avances terapéutico en esta enfermedad.

**Material y métodos.** Hemos realizado un estudio retrospectivo de los niños que han acudido a urgencias por broncoespasmo en los años 1993, 94, 95 y 96, así como en el año 1987, por ser éste un año en el que aún no se utilizaba el salbutamol nebulizado ni los corticoides intravenosos para el tratamiento de las crisis asmáticas. Hemos analizado el broncoespasmo en general, incluyendo también las bronquiolitis por considerar que se trata del primer episodio de broncoespasmo en lactantes, aparte de ser en muchos casos el inicio de un asma de intensidad moderada y duración variable.

**Resultados.** El número de niños que acudieron a urgencias por broncoespasmo en los años 1987, 93, 94, 95 y 96 representa una media del 3,68% del año 1987 al 4,5% del número total de urgencias con respecto a los otros años comparados. El 65% varones frente al 35% de mujeres. Los menores de 2 años representan el 40%, los de 2 a 5 años el 33%, los de 6 a 10 años el 18,4% y los mayores de 10 años el 9%. La media de niños que precisaron ingreso en el área de observación de urgencias es del 12% para todos los años. La media de los niños ingresados en planta en el año 1987 es del 14,7% frente al 13,8% del año 94, 7,9% del año 1995 y el 7,3% del año 1996.

**Conclusiones:** 1. El porcentaje de niños que acuden a urgencias por broncoespasmo se mantiene prácticamente constante en los últimos años en nuestro medio con ligero incremento. 2. La incidencia es mucho mayor en varones suponiendo prácticamente las 2/3 partes del total. 3. En cuanto a la edad, es mucho más frecuente en lactantes (40%), decreciendo la incidencia a medida que la edad avanza. Asimismo, este grupo de edad es el que precisa con mayor frecuencia ingreso y observación en urgencias. 4. El número de niños que precisan ingresar en observación por broncoespasmo se mantiene constante en estos años. 5. En cuanto al número de niños ingresados, resulta llamativo la disminución progresiva que alcanza prácticamente la mitad en el año 95 con respecto al año 87. Por edades, esta disminución depende de los grupos de edad intermedia, que en lactantes el número de ingresos no ha disminuido, así como tampoco en adolescentes.

---

## INSUFICIENCIA RENAL AGUDA (IRA) TRAS INTENTO DE AUTOLISIS CON METAMIZOL MAGNÉSICO

J.M. García Chesa, A. Cano Leal, D. Contreras Carrera,  
J. Ortiz Tardío

*Servicio de Pediatría. Hospital de Jerez. Cádiz.*

La nefrotoxicidad atribuida a los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) incluye desde la IRC por abuso crónico de analgésicos a cuadros de vasculitis, síndrome nefrótico, diversas alteraciones hidroelectrolíticas y el fracaso renal agudo. La IRA por AINE clásicamente se atribuye a un mecanismo hemodinámico, por vasoconstricción renal a inhibir la síntesis de prostaglandinas, o a una nefropatía intersticial aguda (NTIA), por reacción idiosincrásica.

*Caso clínico.* Varón de 16 años sin AP de interés que en un interés que en un intento de suicidio ingiere 15 cápsulas de Nolotil (8,5 g de metamizol magnésico), tras lo cual padece epigastralgia, dolor lumbar y poliuria-polidipsia. En el EF sólo se aprecian una puñopercusión renal derecha positiva e hipertensión arterial; las EC iniciales revelan una Cr. sérica de 2,5 mg/dl con urea normal, una Uosm < 350, un FE de Na < 1%, un sedimento urinario con 40-60 leuc./c., y una ecografía abdominal con riñones globulosos con cortical ligeramente edematizada. Ante la sospecha de NTIA se realiza biopsia renal apreciándose en la anatomía patológica signos de necrosis tubular aguda (NTA) de origen tóxico.

El metamizol magnésico, como otros AINE, ha sido involucrado como causa de IRA por NTIA alérgica o por isquemia renal, pero en nuestro conocimiento no existen referencias de NTA por acción tóxica directa.

---

## BRONQUIOLITIS

J.M. Camacho Alonso, M. Rodríguez Sánchez,  
M.D. Cruzado Jiménez, L. Quesada Rodríguez, A. Jurado Ortiz,  
A. Martínez Valverde

*Hospital Materno Infantil «Carlos Haya». Málaga.*

*Objetivo.* Conocer el número de consultas en nuestro servicio de urgencias ocasionadas por bronquiolitis. Determinar el porcentaje de pacientes que precisaron ingreso así como las características de estos, la influencia estacional, la sintomatología, el número de días de ingreso, el tratamiento recibido y el porcentaje con respecto al total de ingresos durante el mismo período.

*Material y método.* Se estudiaron retrospectivamente 70 niños que requirieron ingreso hospitalario de un total de 334 que consultaron por bronquiolitis durante el período comprendido entre el 1 de noviembre de 1996 al 15 de marzo de 1997.

*Resultados.* Durante el período de estudio hubo 31.920 consultas en la unidad de Urgencias, de éstas 334 (1%) correspondieron a bronquiolitis. Durante estas fechas hubo 930 ingresos de los que 70 (15%) correspondieron a bronquiolitis. En cuanto al sexo 37 (52,85%) eran varones y 33 (47,15%) eran mujeres. Con respecto a la edad, 8 niños (11,4%) eran menores de 1 mes, entre 1-4 meses había 45 (64,3%) casos y mayores de 4 meses 17 (24,3%). El mes con más ingresos fue el de febrero con 48 casos (68,5%). En los antecedentes personales des-

tafan 3 casos con displasia broncopulmonar, 1 caso con estenosis pulmonar, 3 con distrés respiratorio tipo I y un caso con antecedentes de sepsis neonatal, otro con invaginación y otro era un HIV estadio III. En 35 casos (50%) el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el ingreso fue mayor de 48 horas, de 24-48 horas 29 (41,4%) y menos de 24 horas en 6 niños (8,5%). Los síntomas clínicos más frecuentes fueron dificultad respiratoria, tos, rinorrea y taquipnea presentes en los 70 niños (100%). Otros síntomas fueron rechazo del alimento en 48 (68%), vómitos en 15 (21%), cianosis en 14 (20%) y fiebre en 30 (42%). En cuanto a la estancia en el hospital 33 casos (47%) estuvieron ingresados entre 5-10 días, 17 (24%) más de 10 días y 20 (28%) menos de 5 días. En la gasometría realizada al ingreso cabe destacar que 23 niños (32%) presentaban hipercapnia y 42 (60%) hipoxemia. En la radiografía de tórax en los 70 niños (100%) se apreciaba un hiperinsuflación y en 25 casos (35%) había imágenes de atelectasias-condensación. Requirieron ingreso en UCIP 4 niños (1,2%), falleciendo uno de ellos (0,3%). En cuanto al tratamiento recibido, 70 (100%) recibieron  $\beta_2$  en aerosol y fisioterapia respiratoria. Cuarenta niños (57,1%) recibieron tratamiento con oxígeno. Otros tratamientos empleados fueron: corticoides inhalados en 14 niños (20%), antibióticos en 12 casos (17%) y corticoides sistémicos en 12 (17%), estos últimos tenían este tratamiento previamente antes de su ingreso.

*Conclusiones:* 1. Existe en nuestro estudio un ligero predominio de la incidencia en varones. También el mayor número de ingresos corresponde a lactantes con edades comprendidas entre el mes y los 2 meses de vida, careciendo en la mayoría de los casos de patología previa respiratoria. 2. La tos, dificultad respiratoria y rinorrea constituyen los síntomas cardinales de este proceso. En cambio la fiebre no aparece en el 43% de los niños ingresados. 3. La bronquiolitis constituye un proceso que origina gran cantidad de ingresos sobre todo en el mes de febrero y la estancia más frecuente es entre 5-10 días. 4. En cuanto al tratamiento vemos como todos los niños necesitaron  $\beta_2$  en aerosol y fisioterapia respiratoria.

---

## CEFALEAS EN LA UNIDAD DE ESTANCIA CORTA. ESTUDIO RETROSPECTIVO

E. Lobera Gutiérrez de Pando, J.A. López Navarro, W. Youssef Fasheh,  
A. Vernet Borí, C. Luaces Cubells

*Servei de Pediatría (Prof. R. Jiménez). Unitat Integrada Hospital Clínic-Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona. Esplugues de Llobregat.*

*Objetivos.* Revisar los pacientes que han estado ingresados en la Unidad de Estancia Corta de nuestro hospital entre los años 1992-97 por cefalea, para así determinar la incidencia anual de ingresos que supone este síntoma, obtener datos epidemiológicos de los enfermos, determinar las características de la cefalea, analizar las exploraciones complementarias efectuadas y su rendimiento, así como conocer las causas más frecuentes que producen esta sintomatología.

*Material y métodos.* Revisión retrospectiva de las historias clínicas de los 186 pacientes ingresados en la Unidad de Estancia Corta por cefalea entre enero de 1992 y agosto de 1997, procediéndose a la recogida de los datos específicos según objetivos.

*Resultados.* En este período, 186 pacientes fueron ingresados por cefalea (2% de los ingresos totales en la Unidad de Estancia Corta).

No se han encontrado diferencias entre ambos sexos. Setenta casos tenían una edad comprendida entre los 11 y 15 años de vida (37,6%). Hay una cierta incidencia estacional, detectándose mayor número de casos en los meses de mayo a julio (36,5%). Nueve pacientes eran portadores de válvula de derivación ventrículo-peritoneal y 6 eran epilépticos. En 43 niños la cefalea se acompañaba de fiebre y 30 de ellos padecían algún proceso infeccioso (la mayoría de la esfera ORL), atribuyéndose en 16 la cefalea a la infección. El tiempo de evolución era inferior a 24 horas en 72 casos (38,7%). Los vómitos eran el síntoma acompañante más frecuente (45,6%). La localización del dolor más frecuente fue la frontal; éste despertaba al 30,6% de pacientes y calmaba con analgésicos a un 31,8%. La Rx de cráneo (44,6%) y la TAC craneal (52,6%) fueron los exámenes complementarios más veces efectuados (54,5%), detectándose alteraciones en 3 radiografías (diástasis de suturas) y en 10 escáners (4 pansinusitis y 6 tumores cerebrales). Requiritieron tratamiento médico 88 niños (47,3%), siendo el analgésico más usado el paracetamol. La evolución fue favorable en todos los casos (el 65,5% de casos estuvieron ingresados menos de 48 horas). Los diagnósticos al alta más frecuentes fueron: 40 cefaleas no catalogadas (21,5%), 30 migrañas (16%), 26 cefaleas tensionales (14%), 15 cefaleas psicógenas (8%) y 6 tumores cerebrales (3%). Remarcar que de 6 pacientes afectos de tumor cerebral, 5 de ellos presentaban en el momento de consultar alteración del fondo de ojo. Todos fueron sometidos a tratamiento quirúrgico.

**Conclusiones:** 1. La cefalea es un motivo relativamente bajo (2%) de ingresos en la Unidad de Estancia Corta. 2. La evolución en la mayoría de casos es satisfactoria sin tratamiento, o únicamente con analgésicos suaves. 3. Los exámenes complementarios más utilizados han sido la Rx y el TAC craneal (50%), objetivándose alteraciones en 10% de las mismas. 4. Un 16% de casos son etiquetados estrictamente de migraña. 5. La cefalea sin otros signos/síntomas acompañantes no suele ser síntoma de enfermedad grave. 6. La exploración neurológica de estos pacientes en el servicio de urgencias debe incluir la realización de un fondo de ojo.

#### VALIDEZ DE LA TIRA REACTIVA EN EL DIAGNOSTICO DE INFECCION DEL TRACTO URINARIO

J. Sánchez, M.A. Vázquez, V. Salcedo, A. Ortiz, J. Benito  
Hospital Infantil de Cruces. Baracaldo, Vizcaya.

**Introducción.** La accesibilidad, sencillez y rapidez de utilización de las tiras reactivas (TR) en la orina, han desplazado al sedimento urinario en el diagnóstico inicial de infección del tracto urinario (ITU).

**Objetivo del estudio.** Determinar la validez de la tira reactiva en orina, en las condiciones habituales de utilización en un servicio de urgencias.

**Pacientes y método.** Se estudiaron dos series prospectivas: una de 49 pacientes en los cuales se realizó análisis simultáneo de orina, recogida mediante bolsa perineal (BP), por TR y sedimento urinario; y otra de 48 pacientes en los que se analizó la orina, por TR, de dos muestras consecutivas obtenidas por punción suprapúbica y BP.

**Resultados.** La sensibilidad (S) y valor predictivo negativo (VPN) de la leucocituria determinada mediante TR, para detectar leucocituria significativa en el sedimento (> 5 leuc./campo), fueron del 100%. Sin em-

bargo, el valor predictivo positivo (VPP) sólo alcanzó el 66,7%. Por otra parte, el método de recogida de orina también determinó el rendimiento de la TR, presentando su uso, en orina recogida por BP, un VPP del 68% para detectar leucocituria en la orina recogida por punción suprapúbica.

**Conclusiones:** 1. La presencia de leucocituria pierde valor, como marcador de posible ITU con la utilización de TR y la recogida de orina mediante BP, por lo que es conveniente realizar un sedimento urinario y una recogida de orina fiable (punción suprapúbica o sondaje vesical) en los casos dudosos. 2. Sin embargo, la ausencia de leucocituria en las TR hace muy improbable la existencia de ITU, por lo que está indicado su uso como método de screening.

#### TRATAMIENTO CON SOLUCION DE REHIDRATACION ORAL POR SONDA NASOGASTRICA EN LAS DESHIDRATACIONES LEVES-MODERADAS DEL LACTANTE

O. Campelo, I. Pinto, M.J. Barrio, M.L. Cilleruelo, M. Vázquez,  
M.I. González Alvarez, A. Arregui  
Servicio de Pediatría. Hospital «Severo Ochoa». Leganés, Madrid.

**Objetivo.** Valorar la eficacia y seguridad de la rehidratación con solución de rehidratación oral (SRO) por sonda nasogástrica (SNG) en las deshidrataciones leves-moderadas secundarias a gastroenteritis agu-

Medias	pH	Bicarbonato	EB
Ingreso	7,34	15,52	-8,56
6 horas	7,40	19,83	-3,69

das en lactantes.

**Material y método.** De 863 pacientes menores de 2 años atendidos por gastroenteritis aguda en la Urgencia Pediátrica de nuestro Hospital en el período de enero-junio de 1997, se ingresaron 65, de los cuales 30 completaron el protocolo de estudio donde se incluyeron los pacientes deshidratados en los que fracasó la rehidratación por boca. Se estimó el grado y tipo de deshidratación según parámetros clínicos y analíticos (gasometría, iones y creatinina). Se administró SRO (Sueroral hiposódico<sup>®</sup>) por SNG a débito continuo con bomba de perfusión durante 6 horas. El volumen administrado se calculó en base al déficit estimado, necesidades basales y pérdidas mantenidas. A las 6 horas del tratamiento se repitió valoración clínica y gasométrica. Si el paciente estaba rehidratado se bajaba ritmo a basales y pérdidas mantenidas hasta inicio de la realimentación.

**Resultados.** De los 30 pacientes que completaron el protocolo, 19 eran varones y 11 mujeres, de edades comprendidas entre los 2 y 21 meses. El 83% de los pacientes presentaban vómitos, el número medio de deposiciones a su ingreso fue de 8,6 por día. La deshidratación media estimada fue del 5% (3-7%), todas isonatremicas. Las causas por las que se instauró la rehidratación por SNG fueron: rechazo de la SRO por boca, persistencia de los vómitos e ingesta inadecuada para compensar pérdidas. El volumen medio administrado en las primeras 6 horas fue de 90,1 ml/kg. El tiempo medio de permanencia con la SNG fue de 13 horas (6-21 h).

Evolución gasométrica:

Dos pacientes no consiguieron la rehidratación en las primeras 6 h, uno precisó SRO durante 4 horas más y el otro mantuvo diarrea profusa que precisó reposo digestivo con perfusión glucosalina intravenosa. No se objetivaron complicaciones inherentes al empleo de la SNG.

**Conclusiones.** La rehidratación con SRO por SNG es un método eficaz, exento de complicaciones y de fácil manejo para el tratamiento de las deshidrataciones en los lactantes.

---

#### FRACTURAS PATOLÓGICAS DE ORIGEN TUMORAL EN LA URGENCIA PEDIÁTRICA

M. Montero Jaime, M. García Fernández, M.M. Muñoz Ruiz, E. Hernández Astorga

*Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Materno-Infantil. Málaga.*

**Introducción.** La fractura patológica se produce cuando una fuerza normal actúa sobre un hueso patológico, bien sea por tumor, trastorno metabólico u otro tipo de enfermedad subyacente. Por tanto, cualquier proceso que debilite estructuralmente el tejido óseo, particularmente si afecta a la cortical, puede producirla. La diferenciación entre fractura patológica y no patológica no siempre es fácil. La levedad o ausencia de traumatismo, sintomatología previa y, fundamentalmente, intensidad y focalidad del dolor, constituyen datos clínicos que apoyan el diagnóstico.

**Objetivo.** Correlación entre hallazgos clínicos, radiológicos y anatomopatológicos en las fracturas patológicas de origen tumoral.

**Material y método.** A lo largo de 5 años hemos recogido un total de 30 fracturas patológicas de origen tumoral, que acudieron a nuestro servicio de urgencias por trauma accidental. De todas ellas, 28 presentaron impotencia funcional parcial con dolor y 2 impotencia funcional total.

**Conclusiones:** 1. El traumatismo sobre un tumor óseo es la causa más frecuente de fractura patológica. Un 99,7% corresponden a tumores benignos y un 0,3% a malignos. 2. El 95% corresponden a tumores fibrogénicos (fibroma no osificante) y quiste óseo simple; únicos o múltiples, representando otras lesiones un 5%. 3. La edad de máxima incidencia correspondía a los 11-12 años, siendo discretamente más tardía en los niños (13) que en las niñas (11). 4. Únicamente en dos de los casos la fractura fue completa (S. de Ewing y defectos corticales múltiples).

---

#### PERICARDITIS CON DERRAME PERICÁRDICO Y DERRAME PLEURAL EN UNA NEUMONIA POR MYCOPLASMA

M.D. Cruzado Jiménez, M.P. Torres Sánchez, E. Márquez Gámez, M. Arana, A. Jurado Ortiz, A. Martínez Valverde

*Hospital Regional «Carlos Haya» (Hospital Materno Infantil de Málaga).*

**Caso clínico.** Niña de 2, 10/12 que presentaba fiebre desde hace 7 días, y tos escasa en las últimas 24 horas.

**Antecedentes personales y familiares.** Sin interés.

**Exploración física.** Destaca: Febril (38,5 °C). Buen estado general. Auscultación cardíaca: tonos discretamente apagados. Abdomen: hepatomegalia de 2 cm blanda.

**Pruebas complementarias al ingreso.** Hemograma: Leucocitosis con neutrofilia. Sedimento y bioquímica de orina normal. Manotoux negativo. Rx de tórax: Aumento de la silueta cardíaca. Hemocultivo negativo. VSG: 88. PCR: 55 mg/dl. LDH: 540 U/l. ADA: 27,5 U/l. Ziehl-Nielsen y cultivo de Lowenstein: negativo. Se ingresa para estudio de la cardiomegalia y se inicia antibioterapia empírica.

Veinticuatro horas después los tonos cardíacos están más apagados, aparece un roce pericárdico y ha aumentado la hepatomegalia a 3-4 cm. La ecocardiografía presenta derrame pericárdico con signos de taponamiento cardíaco. Se realiza pericardiectomía y drenaje de 150 cc de líquido pericárdico (células 340 /mmmc. PMN 75%. Glucosa y proteínas normales. LDH: 823 U/l. Citología negativa para células neoplásicas. Cultivo negativo. Biopsia de pericardio: fondo inflamatorio agudo.

Posteriormente inicia taquipnea y aumento de la fiebre. Auscultación respiratoria: hipoventilación marcada en hemitórax izquierdo. Radiología y ecografía de tórax: derrame pleural izquierdo que se evacúa (175 cc de aspecto serohemático. Células 210/mmmc, PMN 50%, LDH 1.119 U/l. Cultivo negativo. AP negativo para células neoplásicas. Control radiográfico post-drenaje pleural: condensación neumónica en lóbulo inferior izquierdo. Se cambia la antibioterapia a cefotaxima y eritromicina.

Estudio inmunológico y virológico: negativo. Serología a Rickettsias y Legionella: negativo. Serología a Mycoplasma: positivo. Crioaglutininas en sangre: positivo.

Buena evolución clínica, quedando afebril y no reaparecen los derrames; la paciente está asintomática. Alta hospitalaria. Un mes después, la serología para el Mycoplasma sigue siendo positiva.

**Comentarios:** 1. Destacar la edad de la paciente ya que la infección por Mycoplasma es más frecuente en niños mayores de cinco años. 2. La pericarditis es una manifestación poco frecuente en la infección por Mycoplasma y puede deberse a una afectación del tejido cardíaco por la bacteria. 3. La forma de afectación pulmonar en la neumonía por Mycoplasma en los niños es la infiltración intersticial de localización difusa, siendo el derrame pleural poco frecuente. 4. En raras ocasiones se presentan concomitantemente derrame pericárdico y derrame pleural. La causa más frecuente de esta asociación suele ser la neoplásica (linfomas). En la infección por Mycoplasma es poco frecuente. 5. Actualmente existen métodos de PCR para el diagnóstico de la infección por esta bacteria.

---

#### MENINGITIS EN UN LACTANTE COMO FORMA DE PRESENTACION DE ENFERMEDAD ADQUIRIDA POR CITOMEGALOVIRUS

M.D. Cruzado Jiménez, I. Quesada Rodríguez, M.I. Rodríguez Sánchez, J. Camacho Alonso, F.J. García Martín, A. Jurado Ortiz, A. Martínez Valverde

*Hospital Regional «Carlos Haya» (Hospital Materno Infantil de Málaga).*

**Caso clínico.** Lactante de sexo femenino de 2, 5/30 meses que presenta llanto desde hace 12 horas, fiebre alta en las últimas seis horas y rechazo del alimento.

**Antecedentes personales.** Sin interés.

**Exploración física.** Destaca: Febril (38,5 °C). Mediano estado general. Llanto intenso e irritabilidad. Fontanela normotensa.

**Pruebas complementarias.** Hemograma: Leucocitosis con linfoci-

tosis y trombocitosis. Bioquímica sérica, coagulación y sedimento de orina: normales. LCR: cel 1.580/mm<sup>3</sup>, mononucleares 70%, glucorraquia y proteinorraquia normales. Látex a antígenos bacterianos en LCR y orina: negativos. Cultivos de sangre, orina y LCR: negativos. Ecografía de cráneo: normal. Se inicia tratamiento antibiótico hasta recibirse cultivos negativos. La fiebre desaparece en el segundo día de ingreso.

Shell vial en orina a CMV: positivo. Serología a CMV: positivas IgG e IgM. Cultivos virales de LCR, heces y exudado nasal: positivo a CMV en LCR. Serología a CMV de la madre: negativa. Ecografía de cráneo y potenciales auditivos evocados: normales. Buena evolución clínica, recibe el alta hospitalaria.

La serología a CMV y el shell vial en orina a CMV continúan siendo positivos en un control realizado cuatro meses después del ingreso hospitalario. A los nueve meses de edad se ha negativizado el shell vial en orina, persistiendo la serología positiva.

**Comentarios:** 1. Importancia de la serología Torchs en el despistaje de posibles causas de procesos infecciosos en lactantes. 2. Importancia de realizar estudios virológicos en cuadros de meningitis aséptica dado que existen posibles tratamientos en algunos de estos casos y que pueden evitarse secuelas severas. 3. La infección por CMV en el lactante puede producir secuelas como trastornos encefalopáticos menores, inadaptación escolar, hipoacusia o ambliopía.

#### UTILIDAD DEL SCORE DE BOYER EN EL MANEJO DE LAS MENINGITIS AGUDAS

S. Quijano, I. Pinto, M. Vázquez, A. González, M. de la Torre, A. Arriqui Sierra  
Servicio de Pediatría. Hospital «Severo Ochoa». Leganés, Madrid.

**Objetivos.** Comprobar la utilidad de la aplicación del Score de Boyer (SB) y el modificado (SBM) en el manejo de las meningitis agudas.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo desde julio de 1996 a julio de 1997 de los pacientes pediátricos atendidos en Urgencias con clínica aguda sospechosa de meningitis y pleocitosis en LCR. Los criterios de exclusión fueron: clínica de sepsis, edad menor a un mes y tratamiento antibiótico en curso. Se clasificó a los pacientes según el Score de Boyer y la modificación posterior propuesta por Ramos y cols. (An Esp Pediatr, 1996). La decisión de tratamiento antibiótico parenteral se hizo en función de dicha clasificación.

**Resultados.** Se atendieron 59 pacientes que cumplían los criterios de inclusión. La media de edad fue de 6 años  $\pm$  3, con 5 pacientes menores de 2 años.

Al aplicar el Score Boyer/Score modificado:

SB:  $\leq 2 = 53$  pacientes; 3-4 = 5 pacientes;  $\geq 5 = 1$  paciente

SBM:  $\leq 2 = 53$  pacientes; 3-4 = 4 pacientes;  $\geq 5 = 2$  pacientes

Se ingresaron para observación sin tratamiento antibiótico 51 niños (86%), con una media de edad de 6,2 años  $\pm$  3,2. En 49 pacientes ambos scores fueron  $\leq 2$  y en 2 niños fue de 3. El 65% tenían predominio de PMN en LCR. Todos tuvieron una evolución favorable y cultivos estériles de LCR. La estancia media fue de 3,5 días  $\pm$  1,5.

Se trataron 8 pacientes (13%), de edades entre 1 mes y 4,5 años (x

**Tabla I.**

	Paciente 1	Paciente 2	Paciente 3	Paciente 4	Paciente 5
Edad	1 mes	8 meses	26 meses	8 meses	14 meses
Motivo de consulta	Disnea, tos, rechazo del alimento.	Disnea, tos, vómitos, quejido, rechazo del alimento.	Rechazo del alimento, irritabilidad, decaimiento.	Disnea, irritabilidad.	Disnea, tos, rechazo del alimento.
Exploración	Cianosis, tiraje, taquipnea, quejido.	Palidez, tiraje, aleteo nasal.	Palidez, tiraje, taquipnea, aleteo nasal.	Cianosis, palidez, tiraje, taquipnea.	Cianosis, tiraje, palidez, quejido, taquipnea.
A. pulmonar	Estertores	Hipoventilación	Crepitantes	Normal	Estertores
A. cardiaca	Normal	Normal	Ritmo de galope	Ritmo de galope	Taquicardia
Hígado	3 cm	No	5 cm	4 cm	2 cm
Rx Tórax	Cardiomegalia, congestión venosa.	Cardiomegalia, edema de pulmón.	Cardiomegalia, congestión venosa.	Cardiomegalia, edema de pulmón.	Cardiomegalia, congestión venosa.
Diagnóstico inicial	Bronquiolitis	Neumonía	Miocarditis	Miocarditis	Bronquiolitis
Evolución	Exitus: 18 h	Exitus: 3 d	Favorable	Favorable	Exitus: 20 h

= 17 meses  $\pm$  24). En 4 pacientes el SB fue  $\leq 2$ , tres niños entre 3-4 y uno  $\geq 5$ . El SBM fue:  $\leq 2$  en 4; dos niños entre 3-4 y dos pacientes con  $\leq 5$ . Sólo en un paciente de 10 meses se confirmó el origen bacteriano de la meningitis (Meningococo serotipo C), siendo el único en el estudio cuya puntuación superó los 5 puntos. Todos tuvieron una evolución favorable, con un ingreso medio de 8,5 días  $\pm$  1,7.

**Conclusiones.** Tanto el SB como el SBM son instrumentos útiles en el manejo de las meningitis agudas, permitiendo reducir la duración del ingreso y evitando el tratamiento antibiótico, especialmente cuando presentan predominio de PMN en el LCR.

#### MIOCARDITIS, ¿UN DIAGNOSTICO OLVIDADO EN LAS URGENCIAS PEDIÁTRICAS?

S. Mencia Bartolomé, A. Tamariz Martel, J.C. Molina Cabañero, M de la Torre Espi, M. Riaza Gómez  
Hospital «Niño Jesús». Madrid.

**Introducción.** La miocarditis es una enfermedad grave, poco frecuente en pediatría, cuyos síntomas iniciales en los lactantes son comunes con los procesos respiratorios habituales en esta edad.

**Objetivos.** Describir la forma de presentación y evolución de las miocarditis atendidas en nuestro servicio.

**Material y métodos.** Se han estudiado retrospectivamente los niños diagnosticados de miocarditis, desde el 1 de enero de 1991 al 1 de junio de 1997, en el Servicio de Urgencias del Hospital «Niño Jesús» de Madrid.

**Resultados.** Durante el período de estudio fueron diagnosticados 5 niños, cuyos datos más relevantes se describen en la tabla I.

**Conclusión.** La miocarditis es una patología cardíaca adquirida que puede producir insuficiencia cardíaca. La sintomatología inicial de ésta en el lactante puede ser similar a la patología respiratoria. Por todo lo anterior expuesto, esta enfermedad debe figurar de forma prepon-

derante en el diagnóstico diferencial del lactante con disnea.

---

#### VALORACION DE LAS COMPLICACIONES DE LA VARICELA QUE MOTIVARON EL INGRESO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS INFANTIL

M. Rianza Gómez, M. de la Torre Espí, J.C. Molina Cabañero, S. Mencía Bartolomé, A. Tamariz Martel  
*Hospital Infantil «Niño Jesús». Madrid.*

**Introducción.** Aunque la varicela es generalmente una enfermedad benigna y autolimitada, no está exenta de complicaciones, este hecho conlleva un coste económico considerable.

**Objetivo.** Estudiar los tipos de complicaciones derivadas de la varicela que motivan el ingreso de los niños que padecen esta enfermedad, y hacer una aproximación al coste económico que puede suponer su tratamiento.

**Material y métodos.** Se han valorado de forma retrospectiva los niños que ingresaron en nuestro Hospital, a través del Servicio de Urgencias, por algún tipo de complicación de la varicela. El período de estudio fue desde el 1 de enero de 1993 al 1 de junio de 1997. Se recogieron, entre otros, datos sobre la edad, sexo, tipo de complicación, pruebas complementarias realizadas, tratamiento administrado y su coste, así como los días de ingreso.

**Resultados.** Durante el período de estudio fueron diagnosticados de varicela 3.040 niños, de éstos ingresaron por alguna complicación 63 niños (2,1%). La media de edad de los ingresos fue 3 años y 4 meses; 44 (69%) niños eran menores de 5 años. Varones fueron 41 (65%) y niñas 22 (35%). Las causas más frecuentes de ingreso fueron: 1) Infección de piel -tejido celular subcutáneo-adenopatías: 20 niños. 2) Infección del aparato respiratorio: 12 niños; 8 de éstos fueron por neumonía. 3) Infección del sistema nervioso central: 5 niños; 3 cerebelitis y 2 meningoencefalitis. Hubo 2 niños con patología de base importante que tuvieron complicaciones severas: 1 caso de Werdnig Hoffmann necesitó ingreso en cuidados intensivos por una neumonía y otro con síndrome nefrótico tuvo una recaída que precisó tratamiento con corticoides. Todos los niños con infección de piel y anexos eran menores de 5 años, y 10 de los 12 con infecciones del sistema respiratorio también eran menores de esta edad. Sin embargo, 4 de los 5 niños con infección del sistema nervioso central eran mayores de 6 años. En total estuvieron 482 días ingresados, con una media de 7,5 días. Requiritieron tratamiento intravenoso durante un total de 238 días. Se administró tratamiento antibiótico a 34 niños y aciclovir intravenoso a 21. Sólo la medicación supuso un coste de 7.070.503 ptas.

**Conclusión.** La varicela es una enfermedad que en un porcentaje no desdeñable presenta complicaciones que hacen necesario el ingreso en el hospital. Este hecho, además de la repercusión que tiene para el niño, implica un coste económico y social importante. Pensamos que debería abrirse un debate en el que se planteen nuevas indicaciones de la vacuna contra la varicela siguiendo el ejemplo de otros países.

A. Fernández, J. Ortega, C. Luaces, J. Roca, W. Youssef, J. Pou  
*Servicio de Pediatría. Unidad Integrada Hospital Clínic-Sant Joan de Déu. Universidad de Barcelona (Prof. R. Jiménez). Esplugues de Llobregat.*

**Introducción.** El absceso retrofaríngeo es una complicación importante de procesos infecciosos de vías respiratorias altas, especialmente amigdalitis, por diseminación de la infección a ganglios linfáticos retrofaríngeos que suele aparecer en niños menores de 4-6 años. Debido a su baja frecuencia, consideramos interesante realizar una revisión de nuestra casuística.

**Material y métodos.** Revisión retrospectiva de los casos de abscesos retrofaríngeos vividos en nuestro centro, obteniéndose 5 casos entre el período comprendido entre 1992 y 1997.

**Resultados.** Cuatro pacientes son del sexo femenino. Las edades oscilan entre 1 y 5 años. El motivo de consulta al servicio de urgencias fue la hipertermia y odinofagia en todos los casos, presentando como clínica acompañante: adenopatías dolorosas latero-cervicales, contractura cervical, rechazo de la alimentación, dolor facial. En un caso hay constancia de amigdalitis previa, con desplazamiento de amígdala derecha y posterior evolución hacia espacio retrofaríngeo. El tiempo de evolución de la clínica es entre 48 y 96 horas. Un paciente presenta antecedente de tratamiento antibiótico previo. Referente a las pruebas complementarias se observa leucocitosis en 4/5 de los casos (entre 16,8 y 39,5 x 10<sup>3</sup>/mcl) con predominio de neutrófilos (entre 50-80%), pero sin desviación a la izquierda en ninguno de los casos. El valor de la proteína C-reactiva varía entre 60 y 182 mg/L (N < 15 mg/L). En cuatro de los casos la radiografía simple confirmaba el diagnóstico. En uno de los casos hubo que recurrir a la TAC para confirmar el diagnóstico.

Se instauró tratamiento antibiótico endovenoso y solamente fue necesario el desbridamiento quirúrgico en un caso por compromiso de la vía aérea, aislándose colonias de *Streptococcus pyogenes* en el cultivo de material purulento. El hemocultivo fue negativo en todos los casos. La duración del ingreso estuvo entre 9 y 17 días. La evolución fue satisfactoria en la totalidad de los pacientes.

**Conclusiones:** 1. El absceso retrofaríngeo puede ser una complicación importante de procesos ORL que debe tenerse en cuenta. 2. La forma de presentación suele ser síndrome febril y odinofagia con probable compromiso de la vía aérea, ya sea de presentación brusca o como complicación de procesos previos. 3. Los gérmenes más implicados son *Streptococcus* grupo A y *Staphylococcus aureus*, sólo o en combinación con gram negativos y anaerobios. 4. El diagnóstico se basará en la exploración clínica, junto a pruebas radiológicas (Rx simple, TAC) para confirmarlo. 5. El tratamiento será de entrada conservador con antibioticoterapia endovenosa. 6. La desbridación quirúrgica puede ser necesaria ante compromiso de la vía respiratoria o ante colecciones importantes y fluctuantes antes de drenaje espontáneo. 7. La evolución suele ser satisfactoria si se realiza diagnóstico y tratamiento precoz.

---

#### OSTEOMIELITIS AGUDA POR PSEUDOMONA

J. Ferrer, J. García, W. Youssef, C. Luaces, J. Roca, J. Pou  
*Servicio de Pediatría. Unidad Integrada Hospital Clínic-Sant Joan de Déu. Universidad de Barcelona (Prof. R. Jiménez). Esplugues de Llobregat.*

**Caso clínico.** Paciente de 9 años de edad y sexo masculino que acude a urgencias por tumefacción del pie izquierdo de 4 días de evolución

---

#### ABSCESSO RETROFARINGEO: REVISION DE 5 CASOS

y dolor al apoyo. Nueve días antes de la consulta sufrió una herida por un clavo que atravesó la suela de su zapatilla deportiva. Realizó una cura tópica en su domicilio, y 48 horas antes de la consulta inició tratamiento con amoxicilina-ác. clavulámico. Exploración al ingreso: Afebril, celulitis en primer dedo y antepie izquierdos, afectando a cara dorsal y plantar. Visible puerta de entrada en cara plantar a nivel de cabeza de primer metatarsiano. Resto anodino. Exámenes complementarios: 1) Analítica: 6.600 leuc./mm<sup>3</sup> (54N/5C/2Eo/1Bas/23L/10M), Hto 35%, Pla. 404.000/mm<sup>3</sup>, PCR 16 mg/L, VSG 44 mm 1<sup>a</sup> h. 2) Rx pie izquierdo: imagen de rarefacción ósea y tumefacción de partes blandas. 3) Gammagrafía: aumento de la actividad por hiperemia en fase precoz que se extiende por el tarso. En fase tardía, imagen más activa en articulación MTF del primer dedo. Evolución y tratamiento: Al ingreso, tratamiento con cloxacilina (150 mg/Kg/d) y gentamicina (4 mg/Kg/d). Tras el diagnóstico gammagráfico de osteoartritis, se interviene, observándose gran destrucción del cartilago articular de la 1<sup>a</sup> falange y afectación ósea, con abundante salida de material fibrinoso. El estudio anatomopatológico confirmó el diagnóstico, y el cultivo fue positivo para *Pseudomona aeruginosa*. Tras este resultado se cambió el tratamiento a ceftacidima y gentamicina endovenosos durante 4 semanas, seguido de ciprofloxacina (15 mg/kg/d) durante 1 mes y medio.

**Comentarios.** Las complicaciones infecciosas en heridas plantares ocurren en 0,6-14,8%, siendo la más frecuente la celulitis. En un 0,6-1,8% presentan osteomielitis, 93% de ellas por *Pseudomona*. El antepie es la zona con más riesgo de complicación (zona de menos tejidos blandos subyacentes y de mayor carga). El 91% de los niños llevaban zapatillas deportivas en el momento de la punción. Se cultivó *Pseudomonas* en el 87,5% de las plantillas de las zapatillas de dichos niños. Se cree que dicha colonización tendría lugar en zapatillas usadas, durante los meses de verano. Las osteomielitis plantares por *Pseudomonas*, característicamente presentan inflamación en la cara dorsal y plantar, ausencia de supuración, mantenimiento del estado general y poca alteración analítica. Es importante la individualización del tratamiento, y la profundidad de la herida supone un factor clave. Como medidas generales, limpieza con Povidona, desbridar esfacelos, profilaxis antitetánica y considerar la necesidad de realiza Rx. En heridas superficiales y limpias, cura tópica. En heridas contaminadas, profundas o con sospecha de cuerpo extraño, anestesia, desbridación de la herida e irrigación. En los casos de celulitis sin evidencia de infección profunda, sería suficiente con cubrir con antibióticos antiestafilocócicos además de cura tópica. En heridas con alta sospecha de osteomielitis es necesaria además la cobertura con antibióticos endovenosos antipseudomona y antiestafilocócicos. Como conclusión, una osteomielitis provocada por herida incisa plantar y calzando una zapatilla deportiva, debe hacer sospechar osteomielitis por *Pseudomona aeruginosa*.

#### **MIOSITIS AGUDA BENIGNA SECUNDARIA AL VIRUS INFLUENZA B**

M.E. Cela, M.J. Martín, C. Sarrión, G. Pardo, G. Fernández,  
J.A. García, J. Otero

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

**Introducción.** La epidemia anual de gripe produce un aumento en la incidencia de consultas en las urgencias pediátricas. La miositis agu-

da benigna secundaria al virus de la gripe es una patología que suele provocar la visita a la urgencia.

**Objetivo.** Describir los casos de miositis aguda con infección por virus influenza B probada que se presentaron en nuestra Unidad en la epidemia de gripe de 1997.

**Material y método.** Revisión retrospectiva de los informes clínicos de los niños en los que se diagnosticó miositis aguda y en los que el cultivo de secreciones nasofaríngeas fue positivo para virus influenza B.

**Resultados.** Durante los meses de enero y febrero de 1997 se diagnosticaron 17 niños de probable miositis aguda benigna, pero sólo nos referiremos a 8 de ellos en los que se aisló el virus influenza B en el frotis nasofaríngeo. Todos eran varones, con una edad media de 5 años (rango 2-11). En el momento de acudir a urgencias se encontraban afebriles pero consultaban por dolor en la carpa posterior de ambas piernas y dificultad para caminar de menos de 24 horas de evolución. No referían historia familiar o personal de enfermedad muscular ni ejercicio extenuante previo, pero sí un episodio de febrícula-fiebre, malestar general, y cefalea en la semana anterior; la orina era macroscópicamente normal. En la exploración se objetivó buen estado general, dificultad o imposibilidad para la deambulación, dolor a la palpación en el área de los gastrocnemios y exploración neurológica normal. La duración de esta sintomatología fue de 1 a 3 días. Ante el buen estado general de los niños y la sospecha diagnóstica de miositis, no se realizó ninguna prueba complementaria en 6 de los niños. En uno de ellos, diagnosticado de anemia drepanocítica y que presentaba frecuentes crisis vasooclusivas, el diagnóstico diferencial al principio fue difícil. Dos niños precisaron ingreso por el intenso dolor, y fueron sometidos a extracciones analíticas que demostraron normalidad salvo cifras de creatínfosfoquinasa de 2.799 y 1.104 U/L.

**Comentarios:** 1. La miositis aguda benigna por virus influenza B es un cuadro alarmante que suele presentarse en la urgencia en épocas de epidemia gripal y que puede ser difícil de diagnosticar si no se piensa en ella y no se conoce la situación epidemiológica del momento. 2. Los datos epidemiológicos y la historia clínica deben ser suficientes para orientar el diagnóstico y creemos que dada la excelente evolución del proceso no están justificadas pruebas complementarias.

---

#### **DIABETES MELLITUS INSULINO-DEPENDIENTE DE INICIO**

F. Rubio Vergara, M. Rodríguez García, A. Jurado Ortiz,  
J.P. López Sigüero, A. Martínez Valverde

Sección de Urgencias Pediátricas. Hospital Materno Infantil  
«Carlos Haya». Málaga.

**Objetivo.** Evaluar datos epidemiológicos, clínicos, analíticos, evolutivos y terapéuticos en niños con diabetes mellitus insulino-dependiente (DMID) de debut atendidos en la Sección de Urgencias de nuestro hospital.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de 30 pacientes diagnosticados de inicio de DMID durante el período de un año (julio 96-junio 97).

**Resultados.** Los pacientes diagnosticados de DMID representan un 0,04% del total de Urgencias y un 1,6% de los ingresos en el hospital. La edad media al diagnóstico es de 9,1 años (0,08-13,6), 16 varones/14 mujeres. En 25 pacientes el motivo de consulta fue el cua-

dro característico de la enfermedad, siendo, en general, polidipsia y poliuria los síntomas más frecuentes con un 90% cada uno, seguido de pérdida de peso en un 70%. El tiempo medio de evolución de la sintomatología fue de 4,1 semanas. Nueve niños tenían un antecedente previo de infección, y en 8 casos existían antecedentes familiares (1º y 2º grado) de DM tipo I y en 15 de DM tipo II. La glucemia al ingreso tuvo un valor medio de 453,26 mg/dl (221-700) y únicamente en 3 pacientes se detectaron trastornos electrolíticos, que se corrigieron en 12 horas. Un tercio de los casos ingresaron en cetoacidosis. El 90% de los pacientes ingresaron en planta y el 10% en UCIP con una estancia máxima en ésta de 2 días y en el hospital entre 12 y 16 días. El tiempo de estancia en planta fue desde 3 hasta 17 días con una media de 12,34 días. En 9 pacientes fue necesario el uso de insulina intravenosa con una dosis media de 1,2 U/Kg y un tiempo medio de 16,7 horas. La dosis máxima de insulina subcutánea varió desde 0,4 a 1,9 U/Kg/día con una media de 1,2.

**Conclusiones:** 1. La mayoría de los pacientes ingresaron en planta y los que lo hicieron en UCIP pudieron ser dados de alta en 1-2 días. 2. Los ingresos en UCIP tuvieron una estancia media en el hospital similar al resto de los pacientes. 3. Un porcentaje amplio de casos ingresan en cetoacidosis. 4. No todos los pacientes con cetoacidosis precisan ingreso en UCIP.

---

#### EVALUACION DE LOS PACIENTES QUE DEBUTARON CON DMID EN UN HOSPITAL (1995-97)

J.R. Rodríguez, J. Casas, M.J. Ceñal, T. García, P. Puyol, A. Usano, I. Llana

*Servicio de Pediatría. Hospital de Móstoles. Madrid.*

**Objetivo.** Estudio retrospectivo de las características, síntomas y tratamiento de los pacientes que debutaron con DMID en los dos últimos años.

**Material y métodos.** Se revisaron las historias de los 32 pacientes diagnosticados de DMID en el Servicio de Pediatría del Hospital de Móstoles desde enero de 1995 hasta agosto de 1997. El área sanitaria dependiente del hospital es de 450.000 habitantes.

**Resultados.** De los 32 pacientes diagnosticados el 50% eran varones y el 50% eran mujeres; el 68% estaban en la segunda década de la vida y los meses de mayor incidencia de nuevos casos fueron septiembre, octubre y noviembre (40%). Sólo el 15% presentaban un proceso infeccioso intercurrente siendo el 66% de los mismos de tipo catarral. Los síntomas que presentaban en orden de frecuencia fueron: poliuria (87%), polidipsia (84%), pérdida de peso (65%), astenia (56%) y polifagia (50%). El 70% de los casos consultó por alguno de estos síntomas en un período de menos de 4 semanas desde su inicio hasta el diagnóstico, siendo remitido el 78% con el diagnóstico de sospecha desde su médico al hospital. El 15% presentaba un pH menor de 7,15, el 34% tenía un EB menor de -11, el 46% tenía cetonuria mayor de 150 mg/dl, siendo el valor medio de la hemoglobina glicosilada de 11,8. El 53% recibió tratamiento con perfusión de insulina y el resto pudo controlarse con insulina subcutánea. El 50% de los pacientes tienen antecedentes familiares de DM, siendo a su vez el 50% DMID y el otro 50% DMNID.

**Conclusión.** El 78% de los pacientes son detectados por su médico en un período de tiempo menor de 4 semanas desde el inicio de los síntomas. Sólo el 34% de los casos presentaba acidosis metabólica importante (EB menor de -11), precisando perfusión de insulina el 53% de los casos. La detección precoz de la DMID mejora las condiciones de ingreso en el Servicio de Urgencias disminuyendo la morbimortalidad en los casos de nuevo diagnóstico.

---

#### ESTATUS EPILEPTICO EN URGENCIAS DE PEDIATRIA. ESTUDIO DE 10 AÑOS

F. Rubio Vergara, M.M. González Fernández, M. García Tormo, G. Milano Manso, A. Jurado Ortiz, A. Martínez Valverde  
*Hospital Materno Infantil. Complejo Hospitalario «Carlos Haya». Málaga.*

**Objetivo.** Estudiar las características clínicas, etiología y pronóstico de los pacientes con estatus epiléptico (SE) en una población infantil.

**Material y métodos.** Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes ingresados en una Unidad de Urgencias de Pediatría con el diagnóstico de SE durante el período 1987-1996 y que requirieron ingreso en UCIP. Se definió al SE como el episodio convulsivo que dura más de 30 minutos, o episodios múltiples en ese mismo tiempo, sin recuperación de la consciencia entre ellos.

**Resultados.** Epidemiología: Se valoraron 35 episodios de SE en un total de 34 pacientes. La edad media fue de 3,38 años (rango: 0,16 a 12), con predominio de varones (18/17). En el 40% de los casos acudían directamente desde su domicilio o desde el colegio, siendo el resto procedentes de otros centros sanitarios. Antecedentes: Existían antecedentes de encefalopatía en el 31,42% de los pacientes. Características: En 13 casos la duración estimada fue de entre 30 y 45 minutos, siendo el restante (62,8%) de duración superior a 45 minutos. Con respecto al tipo de crisis, las más frecuentes fueron las tónico-clónicas generalizadas (34,2%), siendo en 3 casos intermitentes sin recuperación de la consciencia y de tipo continuo en el resto. Etiología: convulsión febril complicada en 12 casos (34,2%), epilepsia en 11 episodios (31,4%), de los cuales, en 8 el diagnóstico de epilepsia era previo y en 3 era su primera manifestación, infecciones del SNC en 6 (17,1%), hiponatremia y trastornos hipóxicos agudos en una ocasión cada uno (2,8%), encefalopatía de origen metabólico en un paciente, que requirió ingreso por SE en 2 ocasiones y, finalmente, SE idiopático en dos casos (5,7%). Tratamiento: Se usó el tiopental en 9 episodios de SE, todos posteriores a 1990. Evolución: De los pacientes ingresados desde Urgencias en UCIP, 4 (11,4%) fallecieron por causa relacionada con el episodio.

**Conclusiones:** 1. En el 40% de los casos, la procedencia del paciente con SE es su domicilio. 2. Las etiologías más frecuentes son convulsión febril complicada, epilepsia, e infecciones del SNC. 3. En un 25,7% de los casos tuvo que recurrirse al uso de tiopental en Urgencias para el control de las convulsiones. 4. La mortalidad causada por SE es superponible a otros estudios.

---

#### MANEJO DE LA CONVULSION FEBRIL EN LA URGENCIA

M.A. Vázquez, M.C. López Herrera, S. Mintegui, J. Sánchez, J. Benito



**Objetivo del trabajo.** Ver si la presencia de una convulsión febril cambia el manejo del síndrome febril en la urgencia.

**Material y método.** Estudio prospectivo de 41 convulsiones febriles escogidas al azar y de 41 controles con fiebre. Los controles se escogieron seleccionando el primer paciente consecutivo a una convulsión febril que llegó a la urgencia de la misma edad con fiebre.

**Resultados.** Al comparar las 41 convulsiones febriles con los 41 controles, vemos que no hubo diferencias significativas en cuanto a sexo, ni diagnósticos finales. Se hizo un mayor número de pruebas de laboratorio en los pacientes con convulsión febril (26,8%) frente a un 12,2% en los controles, aunque la diferencia no fue estadísticamente significativa. No hubo ingresos en planta en ninguno de los dos grupos, permaneciendo 6 pacientes en evolución dentro del grupo de las convulsiones febriles por ninguno de los controles.

**Conclusión.** El manejo de los cuadros febriles en urgencias es independiente de que el niño haya presentado una convulsión o no en el contexto del mismo.

---

#### ESTUDIO EPIDEMIOLOGICO SOBRE TCE EN URGENCIAS

I. Manrique, V. Sebastián, S. Puertas, F. Carsi, R. Orfila, A. de Miguel  
*Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital «9 de Octubre». Valencia.*

**Introducción.** Los TCE son un causa frecuente de asistencia en los Servicios de Urgencias pediátricos (SUP) a pesar del carácter leve de la mayoría de ellos.

**Material y métodos.** Se ha confeccionado un protocolo de recogida de datos: edad, sexo, lugar del accidente, agente causal, etc., con el fin de estudiar los 200 últimos casos de TCE registrados en nuestro SUP sobre un total de 18.780 urgencias (1,06%).

**Resultados.** La distribución por grupos de edad fue la siguiente: 0-3 años (58%), 3-7 años (26%) y 7-14 años (16%). Al correlacionar edad y sexo sólo encontramos diferencias significativas en el grupo de 7-14 años (22 V-10 M). Respecto al lugar del accidente, en menores de 3 años, es el domicilio (77%), mientras que en los de 3-7 y 7-14 años los TCE son fuera del mismo (72% y 90%). La franja horaria se localiza entre las 17-21 horas. Respecto al día de la semana el domingo y martes son los que han presentado mayor número de casos (19,5%-18,5%). Los meses con mayor número de casos fueron mayo, junio y septiembre. La exploración radiológica se realizó en el 90% de los casos. Quedaron ingresados el 13,5%, en observación el 7,0% y remitidos a su domicilio el 79,5%.

**Conclusiones:** 1. El número de accidentes catalogados como TCE en nuestro Servicio de Urgencias es inferior al de otros SU. 2. El intervalo horario (17-21 h) y el domingo como día más frecuente en el grupo de 0-3 años coincide con el de otros autores. 3. La Rx de cráneo sigue siendo una prueba rutinaria en los TCE. 4. La gran mayoría de los TCE que llegan a un Servicio de Urgencias son de tipo leve (79,5%).

---

#### CRITERIOS DE INGRESO EN LOS TCE

I. Manrique, V. Sebastián, S. Puertas, F. Carsi, R. Orfila, A. de Miguel, E. Palomar

*Servicio de Urgencias de Pediatría. Hospital «9 de Octubre». Valencia.*

**Introducción.** El objetivo del presente estudio es el de comprobar qué criterios empleamos para determinar la permanencia del paciente pediátrico con TCE en el Hospital.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de las historias clínicas de los niños (0-14) que acudieron a nuestro Servicio de Urgencias con TCE quedando en observación o ingresados (1995-1996).

**Resultados.** De 200 TCE, 41 quedaron ingresados (27 planta, 14 observación), 20,5% de los TCE y 2,6% de los ingresos. Glasgow al ingreso: 13-15: 30, 8-13: 9 y < 8: 2. Pérdida conciencia: 5 (inmediata 4, tardía 1). Somnolencia: 12. Vómitos (>3): 14 (34%), 5 observaciones y 9 ingresos. Cefalea: 1. Ceguera transitoria: 1 (observación). Asimetría pupilar: 3 (ingresos planta). Hemorragia retiniana: 1, con inconsciencia y midriasis unilateral: sospecha de maltrato. Lesiones cuero: 6 (hematoma subcutáneo 4, cefalohematomas 2). Herida penetrante: 1. Rx cráneo (100%), 6 fracturas (3 lineales temporales, 1 parietal, 1 frontal, 1 occipital), todas motivo de ingreso. Se solicitó TAC sólo en 11 ingresados, detectándose 4 hematomas intracraneales: 2 extradurales (con fractura línea temporal), 2 subdurales (sin fractura). Estancia media observación: 12 horas. De 27 niños ingresados, 21 fueron dados de alta en 24-36 horas. Tres niños remitidos a domicilio por TCE leve, regresaron por empeoramiento, ingresando y siendo dados de alta 24 horas después.

**Conclusiones:** 1. Motivos de ingreso directo: Fractura de cráneo, pérdida conciencia, Glasgow < 13, asimetría pupilar, herida penetrante, repetición de visita. 2. La observación en TCE sigue siendo una medida prudente en casos de duda. 3. La Rx de cráneo sigue siendo una prueba rutinaria en los TCE, no así el TAC (11/41).

---

#### REVISION DE PACIENTES ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE CRITICOS DE URGENCIAS PEDIATRICAS

L.M. Quesada Rodríguez, M.D. Cruzado Jiménez, M.P. Torres Sánchez, E. Márquez Gámez, I. Durán, A. Jurado Ortiz, A. Martínez Valverde.  
*Urgencias de Pediatría. Hospital Materno Infantil «Carlos Haya». Málaga.*

**Objetivo.** Hemos revisado la casuística (enfermos críticos y patologías) que motivaron el ingreso en la Sala de Reanimación de Urgencias de Pediatría, así como las técnicas y tratamientos que precisaron.

**Material y métodos.** Noventa y un pacientes, ingresados en críticos durante el año 1996, que presentaban patología con riesgo vital, que requirieron cuidados especiales.

**Resultados.** De los 63.596 niños atendidos en urgencias durante el año 1996, 91 precisaron ingreso en la unidad de críticos (0,1% consultas/año). La edad varió entre 7 días y 14 años (media 4,5 años), existiendo un ligero predominio del sexo masculino (56%), no habiendo predominio estacional. Los motivos del ingreso por orden de frecuencia fueron: 1. Infecciosos (25,9%): sepsis, meningitis, endocarditis. 2. Respiratorios (16%): pausas de apnea, broncoespasmo severo, OVAS (laringitis, epiglotitis, cuerpo extraño). 3. Politraumatismos (13,5%): con y sin traumatismo craneoencefálico. 4. Neurológicos (11%): estatus epiléptico, deterioro del nivel de conciencia. 5. Alteraciones metabólicas, medio interno-renal (9,8%): cetoacidosis diabética, deshi-

dratación grave, S. hemolítico-urémico, tubulopatías. 6. Agresiones medioambientales (8,5%): ahogamiento y casi ahogamiento, intoxicaciones (CO, hierro), quemaduras, electrocución. 7. Cardiológicos (7,4%): Insuficiencia cardíaca, trastornos del ritmo. 8. Parada cardiorrespiratoria (4,9%): TCE, S. de Patau (bronconeumonía), S. de Werdnig-Hoffman.

Las técnicas y medidas especiales utilizadas fueron: punciones lumbares 23; vías centrales 5; intubaciones 5; ventilación mecánica 3; RCP avanzada 5; desfibrilación 2; técnicas de imagen (TAC cráneo 10, TAC cervical 1, ECO cardio 3, ECO abdominal 3); ECG 4.

En cuanto al tratamiento, 31 precisaron antibioterapia parenteral, 23 expansión volumétrica, 17 oxigenoterapia, 7 anticonvulsivantes, 5 broncodilatadores, 5 diuréticos, 3 digitalización. A pesar de estos cuidados especiales fallecen 4 de nuestros pacientes (4,39%).

**Comentarios.** El número de pacientes que pasan a la Unidad de Críticos representa un escaso porcentaje de los atendidos en Urgencias Pediátricas (0,1%). Casi la mitad de dichos ingresos se deben a procesos infecciosos y traumatismos o agresiones medioambientales, lo que haría deseable establecer mecanismos adecuados de prevención.

---

#### FRECUENTACION Y PERFIL DEL USUARIO DE UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIATRICO (SUP)

M.T. García, A. Fernández, A. Chicano, J. Ortega, M. Gámez, C. Luaces  
*Servicio de Pediatría. Unidad Integrada Hospital Clínic-Sant Joan de Déu. Universidad de Barcelona (Prof. R. Jiménez). Barcelona.*

**Objetivos.** Conocer el perfil del usuario del SUP. Descubrir algunos aspectos del proceso de demanda asistencial así como la valoración subjetiva del motivo de frecuentación y de la patología por parte del usuario.

**Material y métodos.** Se elaboró una encuesta de 32 preguntas para el usuario y 5 para el pediatra que realiza la asistencia en el SUP. Se entregó a 1 de cada 10 usuarios a su llegada al SUP, durante una semana de cada mes, desde abril a agosto de 1997. La cumplimentación fue voluntaria y anónima.

**Resultados.** Se entregaron 500 encuestas y se contestaron 225 (45%). El horario de mayor respuesta fue de 14 a 22 horas (57,7%) y el grupo de edad mayoritario el de 1 mes a 2 años (49,3%). El principal motivo de consulta fue la fiebre en el 22% de los casos seguido por la patología gastrointestinal, esfera ORL y patología respiratoria. En el 46% de las demandas asistenciales la sintomatología llevaba menos de 24 horas de evolución y en el 4% más de un mes, con un rango que oscila entre menos de 1 hora y 2 años. Mayoritariamente se trata de niños sin patología crónica (70%). Un 52% de los padres afirmaron no haber consultado previamente con su pediatra habitual, por diversos motivos (11,3% por la hora de aparición de los síntomas, 10% por no haber podido localizar al pediatra, 6% por alarmarse mucho ante los síntomas, etc.). El 4,6% de los usuarios que no consultaron previamente con su pediatra justifican la frecuentación al SUP por ser más cómoda la asistencia hospitalaria y un 2% por no confiar en su pediatra habitual. La decisión de acudir al SUP partió de la iniciativa propia en un 64% de los casos y de los que afirmaron ser remitidos, solamente el 54,2% aportaron carta o volante. Un 67% reconoció que se trataba de una urgencia no hospitalaria (valorada como no urgente por el pediatra que les visi-

tó en un 62% de los casos) y el 8,6% de los adultos que llevaron al niño a urgencias creyeron que se trataba de una urgencia vital (confirmada solamente en 5 de los casos). El acompañante fue el padre en el 6% de las visitas, la madre en el 27,3% o ambos en el 52% (con asistencia de alguno de los abuelos en el 11% del total de las visitas) y confesaron estar preocupados (79,3%) ante la sintomatología del niño. Acudieron mayoritariamente al SUP en coche particular (82,6%) y dejaron de asistir al trabajo en el 23,3% de casos. La asistencia médica habitual se atribuyó al pediatra del ambulatorio (60,6%), pediatra privado (22,6%) o médico general (8%) con una frecuentación del SUP en el año anterior a la visita entre 1 y 5 ocasiones en el 60% de los casos (el 6% había consultado más de 5 veces y un 34% nunca había acudido al SUP). La mayoría de los padres tienen entre 30 y 40 años (63,3%), con un nivel académico medio (BUP o FP: 35%, Diplomaturas o Universitarios: 23,9%, Estudios Primarios: 39,3%) y que proceden fundamentalmente de Barcelona ciudad (16%) y de su área metropolitana (38%). Trabajan el 95,7% de los padres y el 51,4% de las madres, fundamentalmente por cuenta ajena, encontrándose en situación de paro el 2,1% y el 8% respectivamente. El tipo de vivienda es propia en el 80,7% de las familias con superficie inferior a 70 m<sup>2</sup> en un 16% de los casos.

**Comentarios.** La mayoría de los usuarios del SUP reconocen no sufrir una patología que precise atención hospitalaria urgente aunque justifican dicha demanda por la hora de aparición de los síntomas o la alarma que éstos (principalmente la fiebre alta) les ha causado. El hecho de que la iniciativa propia parta del propio usuario sin previa consulta con el pediatra habitual pueden favorecer una utilización inadecuada del Servicio de Urgencias Pediátrico.

---

#### PATOLOGIA DEL ADOLESCENTE EN UN SERVICIO DE URGENCIAS HOSPITALARIO

A. Ruiz, J. García, J. Payeras, J. Villanueva, E. Bellver, C. Luaces  
*Servicio de Pediatría. Unidad Integrada Hospital Clínic-Sant Joan de Déu. Universidad de Barcelona (Prof. R. Jiménez). Esplugues de Llobregat.*

**Introducción.** La patología que lleva al adolescente a urgencias, en ocasiones, queda diluida entre la patología infantil y la del adulto. No obstante, dadas las características propias de este grupo de edad, pensamos que presentan una patología diferenciada.

**Objetivo.** Conocer las patologías que llevan al adolescente a un servicio de urgencias pediátricas de un hospital de tercer nivel, así como las características diferenciales entre los distintos grupos.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo del informe de urgencias de 170 adolescentes (11,5 a 18 años), escogidos de forma estratificada entre 1.172 adolescentes visitados en el servicio de urgencias pediátricas del Hospital «Sant Joan de Déu» de Barcelona, durante el mes de mayo de 1997. Se excluyen 517 pacientes con patología traumática o heridas. El análisis estadístico se realiza con la prueba Chi<sup>2</sup> para las variables cualitativas y con un análisis de la varianza para las variables cuantitativas, se ha aceptado un nivel de significación  $p < 0,005$ .

**Resultados.** La distribución por sexos es de 52,4% femenino y 47,6% masculino. La mediana de edad se sitúa en 13,8 años (mín. 13,5 años y máx. 17,8 años). EL 11,2% es remitido por un médico. Los mo-

tivos de consulta se dividen en los siguientes grupos: patología orgánica (50%), sintomatología abdominal inespecífica (16,5%), sintomatología neurológica inespecífica (12,9%), patología psiquiátrica (15,3%) y otros (5,3%). Los diagnósticos de salida más frecuentes son: abdominalgias (15,3%), virasis (8,8%) y depresión-ansiedad (8,2%). Se realizan exploraciones complementarias en el 35,3% de los casos. Se remiten a domicilio el 82,9% de los pacientes. Al analizar las características entre los diferentes motivos de consulta observamos que entre los pacientes con patología psiquiátrica hay mayor porcentaje de sexo femenino (69,2%) que masculino (30,8%), así como entre los que tienen síntomas abdominales y neurológicos (60% contra 40%), mientras dicha tendencia no se observa en los pacientes con patología orgánica ( $p = 0,039$ ). Así mismo vemos que los pacientes psiquiátricos son remitidos por un médico en un porcentaje mayor (30,8%) que el resto de grupos ( $p = 0,0037$ ). Se observa que todos los enfermos con antecedentes psiquiátricos son diagnosticados de patología psiquiátrica. El 11,8% de pacientes con patología orgánica se ingresa, respecto al 50% de patología psiquiátrica ( $p = 0,00001$ ). No se observan diferencias significativas respecto al uso de exploraciones complementarias entre los 4 grupos, probablemente debido a la escasa realización de estas pruebas en todos los pacientes.

**Conclusiones.** En el 50% de los casos encontramos una patología inespecífica o psiquiátrica sin causa orgánica clara. Los pacientes con antecedentes psiquiátricos consultan habitualmente por patología psiquiátrica e ingresan más. En general se usan pocas exploraciones complementarias siendo suficiente la historia clínica y la exploración física.

#### EL NEONATO EN URGENCIAS DE PEDIATRIA

J. Pérez García, J. Gil Antón, J. Sánchez Echániz, J. Benito Fernández, S. Mintegui Raso

Hospital de Cruces. Barakaldo, Bizkaia.

**Objetivos.** Estudiar los motivos de consulta, manejo y diagnósticos finales de los neonatos atendidos en un Servicio de Urgencias Pediátrico.

**Pacientes y método.** Estudio retrospectivo de los episodios correspondientes a los niños < 28 días atendidos en Urgencias entre mayo y octubre de 1996. Consideramos patología potencialmente severa las cardiopatías, ITU, síndrome febril, sepsis-meningitis, hernia inguinal, estenosis hipertrófica del píloro (EHP), estancamiento ponderal, ictericia, GEA, IPLV, APLV, bronquiolitis, ingesta de cuerpo extraño y pausa de apnea.

**Resultados.** En ese tiempo acudieron 338 niños < 28 días (182 varones), de los que ingresaron 36 (10,6%); y 17.012 niños > 28 días (663 ingresos, 3,89%,  $p = 0,000000$ ). Los motivos de consulta fueron: problemas digestivos (vómitos, alteración de las deposiciones ...) 85, irritabilidad 83, alteraciones del cordón 33, síntomas respiratorios 32, problemas cutáneos 22, problemas de alimentación 22, fiebre 14, otros 71. Se encontró algún hallazgo exploratorio en 70 (ictericia, exantemas, hernia inguinal, soplo, taquicardia, fiebre ...). Se practicó alguna analítica a 100 niños (29,5%); multistix urinario con/sin urocultivo 44, hemograma + bioquímica sanguínea 31, hematocrito-bilirrubina en muestra capilar 27, punción lumbar 6, otros 3. Se realizó algún estudio radiológico a 35 (10,3%), entre ellos 11 ecografías abdominales. Los

diagnósticos finales fueron: no patología 215 (63,6%), ictericia 20, estancamiento ponderal 8, ITU 8, exantema 6, muguet 6, síndrome febril 6, hemorragia vaginal 5, obstrucción del conducto lacrimal 5, eritema tóxico 5, cardiopatía 5, alt. cordón 4, EHP 4, hernia inguinal 4, sepsis-meningitis 4, otros 11. El motivo de consulta banal es más frecuente en los niños más jóvenes y el diagnóstico de una patología potencialmente severa se relaciona fundamentalmente con presentar algún hallazgo exploratorio y, menos, con el alejamiento del lugar de residencia habitual con respecto al Hospital y consultar en día laborable.

**Conclusiones:** 1. Las familias de los neonatos consultan por cualquier evento que altere la rutina habitual. 2. La exploración física ha de ser meticulosa y es clave en el manejo de estos niños. 3. Las exploraciones complementarias no están indicadas de manera rutinaria. 4. La gran mayoría consulta por banalidades, pero el 10% ingresa en el Hospital. 5. En cualquier caso, siempre es necesaria una conversación prolongada con la familia.

#### URGENCIAS PEDIATRICAS EN LACTANTES MENORES DE 3 MESES

M. Balart, X. Perramon, J. Ballabriga, J. Balart

Servicio de Urgencias. Hospital Universitario Materno-Infantil «Vall d'Hebron». Barcelona.

**Introducción.** Se expone mediante gráficas, un estudio retrospectivo realizado sobre el total de pacientes de menos de tres meses que acudió, durante un año, al Servicio de Urgencias de nuestro hospital por síndrome febril.

**Material y métodos.** La recogida de datos se obtuvo mediante el impreso de Urgencias archivado al alta, durante el período de enero/96 a diciembre/96. El total de pacientes que acudieron fue de 44.981, de los que 2.333 (5,2%) se incluyen en nuestro estudio. Se analiza los diagnósticos más frecuentes, su relación con los meses del año y se realiza un estudio individualizado sobre los principales diagnósticos: nº de casos, predominio mensual y destino.

**Resultados.** De un total de 2.333 lactantes de menos de tres meses que acudieron a nuestro Servicio de Urgencias, un 90,5% fueron de Medicina y un 9,5% de Cirugía. Predominaron los pacientes de sexo masculino: 56,3% frente al femenino: 43,6%. La mayoría de ellos fueron remitidos a su domicilio (67,5%) y un 27,1% a control en Consultas Externas o bien al mismo Servicio de Urgencias. El total de ingresos fue del 26,4%, siendo la patología que más ingresos generó, el síndrome febril no tipificado. La patología que se presentó con más frecuencia fue el catarro de vías altas (13,3%) con claro predominio frente al cólico del lactante (6,8%), bronquitis aguda (6,6%), síndrome febril (6,1%), consejos de perinatología o del niño sano (13%), mientras que los cuadros de gastroenteritis e infecciones del tracto urinario representaron el 3,4% y 2,1%, respectivamente. Los meses de más afluencia fueron los de invierno (9,8%), sin haber un claro predominio frente a los de verano. El tiempo medio de estancia en Urgencias fue de 3 horas aunque la mayoría de diagnósticos fue emitido entre 1 y 2 horas. La patología que alargó más su permanencia en Urgencias fueron las gastroenteritis (5 horas). Se presenta un estudio individualizado de la patología más frecuente: cólico del lactante, bronquitis aguda y sín-

drome febril. Asimismo, se permite el análisis de cada patología mediante la informatización de los datos.

**Conclusiones:** 1. El 13% de consultas en Urgencias resultó ser consejo médico o control del niño sano. 2. La patología predomina en el sexo masculino. 3. La patología más frecuente fueron los procesos respiratorios de vías altas. En segundo lugar, cólico, bronquitis aguda y síndrome febril. 4. El tiempo medio de estancia fue de 3 horas. 5. Sólo un 26,4% requieren ingreso hospitalario.

---

#### UTILIDAD DEL ÁREA DE OBSERVACION EN EL SERVICIO DE URGENCIAS

A. Usano, A. Alarabe, M.A. Roa, R. Servian, S. Moralo,  
M.T. García, P. Puyol  
*Servicio de Pediatría. Hospital de Móstoles. Madrid.*

**Objetivo.** Analizar retrospectivamente los datos de nuestro servicio de urgencias en cuanto al número de urgencias durante el año 1996 y el número de niños que precisaron utilizar el área de observación analizando también la edad, el sexo, la patología, el número de horas en observación y el destino de estos niños.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo del número de urgencias atendidas en nuestro servicio de urgencias de un hospital comarcal de la periferia de Madrid que atiende a una población de 450.000 habitantes. El período de estudio es desde enero a diciembre de 1996. Las variables analizadas son: el número de urgencias, el número de niños que pasaron al área de observación, edad, sexo, patología, promedio de horas de estancia en observación y el destino de los mismos.

**Resultados.** El número total de urgencias atendidas en nuestro servicio en el año 1996 fue de 222.238 con una media de 60,9 niños/día. El número de niños que precisaron ser observados fue de 1.806 niños (8%), de los cuales el 55,9% fueron varones y el 44,1% mujeres. En cuanto a la edad, los menores de 2 años fueron 602 (37%), los de 2 a 6 años 546 (33,62%), los de 6 a 10 años 251 (15,45%) y los mayores de 10 años 225 (13,85%). La patología más frecuente es la fiebre con 417 niños (23,38%) y la diarrea con 416 niños (23,33%). Otras patologías: vómitos 179 niños (10%), asma 140 (7,85%), TCE 106 (6,05%), dolor abdominal 84 (4,71%), convulsiones febriles 83 (4,65%), bronquiolitis 44 (2,46%), intoxicaciones 35 (1,96%). Otras patologías observadas son accidentes de tráfico, cefaleas, laringitis y problemas dermatológicos. El tiempo medio de estancia en observación es de 13,35 horas, con un rango de 1-48 horas. El 73,96% fueron dados de alta a su domicilio, ingresaron desde observación el 24,46% y se trasladaron el 1,56%.

**Conclusiones:** 1. Más del 70% de los niños que ingresan en observación tienen menos de 6 años. 2. La fiebre es el principal motivo de ingreso en observación, fundamentalmente debido a la edad y la angustia familiar en la mayoría de los casos. 3. El promedio de estancia en observación es inferior a 24 horas, precisando ingreso sólo el 24,46%.

---

#### UTILIDAD DE LA RADIOGRAFIA DE ABDOMEN EN UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS

J. Villanueva, R. Garrido, G. Esquinas, W. Youssef,

C. Luaces, J. Pou

*Unidad Integrada Hospital Clínico-Sant Joan de Déu. Servicio de Pediatría. (Prof. R. Jiménez). Universidad de Barcelona. Esplugues de Llobregat*

**Introducción:** La radiografía imple de abdomen es una exploración comunmente solicitada, y en ocasiones de manera indiscriminada, ante pacientes con sintomatología abdominal, fundamentalmente dolor. Su información en la mayoría de los casos es poco demostrativa y por ello su utilidad es controvertida.

**Objetivo:** Determinar las principales indicaciones, interpretación y el rendimiento de las radiografías de abdomen en un servicio de urgencias pediátrico.

**Material y métodos:** Se realiza un estudio prospectivo de una serie de pacientes que acudieron al servicio de urgencias y fueron sometidos a una radiografía simple de abdomen.

**Resultados:** El total de pacientes estudiados es de 80. La edad de sitúa en 7 años y 2 meses (rango 19 días a 17 años). El 60% eran de sexo masculino. El motivo de solicitud más observado fue la abdominal (65%) seguido a continuación por los vómitos (20%). En 33 casos existía sospecha de abdomen agudo confirmándose en 5 (15%) de ellos, de los cuales 3 presentaban radiografía sugestiva correspondiente los 3 a invaginación intestinal. El hallazgo radiológico más frecuentemente encontrado fue la presencia de fecalomas (35%) seguido por la ausencia de alteraciones significativas (32,5%). El 68% de los pediatras consideraron que la radiografía de abdomen solicitada había sido de utilidad a la hora de tomar una decisión. El nivel de concordancia entre la interpretación de la radiografía entre los pediatras de urgencias y el radiólogo se situó en un 95%.

**Conclusiones:** 1- Se solicitan más radiografías de abdomen de las descables. 2- La aportación de las mismas al diagnóstico final es poco importante. 3- La práctica habitual consiste en solicitar dicha exploración para destacar una patología abdominal mayor (apendicitis, invaginación intestinal, oclusión intestinal...). 4- La interpretación de las radiografías por parte de los pediatras de urgencias es satisfactoria en la mayoría de los casos.

---

#### TRAUMATISMOS EN UN SERVICIO DE URGENCIA PEDIÁTRICA

M.M. González Fernández, E. García García, J. Ríos Hurtado,  
A. Jurado Ortiz, A. Martínez Valverde

*Departamento de Pediatría. Hospital Materno-Infantil «Carlos Haya». Málaga.*

**Introducción.** Los traumatismos son la primera causa de mortalidad en niños de 1 a 14 años, siendo la principal etiología los accidentes de tráfico.

**Material y métodos.** Presentamos un estudio retrospectivo en el que se revisan aquellos traumatismos que precisaron atención en el área de Observación de Urgencias o área de Críticos en el período de dos años comprendido entre el 1 de enero de 1995 y el 31 de diciembre de 1996.

Se analiza el número de ingresos, el tipo de traumatismo, la distribución por sexo y grupos de edad, la etiología en cada grupo de edad, el horario de consulta, la distribución estacional, la relación con fines de semana y la necesidad de hospitalización en planta o unidad de cuidados intensivos pediátricos (UCIP).

**Resultados.** De los 4.230 ingresos en el área de observación en es-

te período de tiempo, 750 correspondieron a traumatismos (17,73%). De ellos los más frecuentes (70,53%) fueron los traumatismos craneoencefálicos. Hubo un claro predominio en el sexo masculino (67,6%). Por grupos de edades, destacó el grupo de 1 a 5 años (36,53%), seguido del de 10 a 14 años (27,6%). En cuanto a la etiología, en los menores de un año el 72,31% de los traumatismos se produjeron en el domicilio, mientras que por encima de esta edad, predominaron los accidentes extradomiciliarios. Los accidentes de tráfico fueron la tercera causa en los grupos de 1 a 5 años y de 10 a 14 años y la segunda en el grupo de 6 a 9 años. La mayoría de las consultas fueron durante la tarde (46%) y aumentaron en fines de semana. La distribución por meses fue similar. Un 19,60% precisaron ingreso en planta y un 3,73% en UCIP. De estos últimos el 50% fueron traumatismos craneoencefálicos, su principal etiología fue el tráfico (46,43%). De los fallecidos, el 60% fueron por este motivo.

**Comentarios.** Los traumatismos son una frecuente motivo de ingreso hospitalario, fundamentalmente los craneoencefálicos. En su mayoría son protagonizados por varones. Si bien se producen en todos los grupos de edad, su etiología varía en función de ésta, predominando los accidentes domiciliarios en edades tempranas y diversificándose las causas conforme avanza la edad. Los accidentes de tráfico ocupan un lugar muy importante en todas las edades, siendo responsables de la mayoría de los ingresos en UCIP y la principal causa de mortalidad.

#### REVISIÓN DE INTOXICACIONES POR ANTIHISTAMINICOS

E. Márquez Gámez, M.P. Torres Sánchez, M.D. Cruzado Jiménez,  
L. Quesada Rodríguez, F. Romero Narbona, J.L. Palud, A. Jurado Ortiz,  
A. Martínez Valverde

*Hospital Materno Infantil «Carlos Haya». Málaga.*

**Objetivo.** Se realiza una revisión retrospectiva de las intoxicaciones por antihistamínicos, analizando las variables de edad, tóxico y cantidad, signos y síntomas, asistencia requerida y duración del ingreso hospitalario.

**Material y método.** Se estudiaron un total de 21 niños que acudieron al servicio de urgencias entre enero de 1995 y septiembre de 1997, cuyo motivo de consulta fue la ingesta de antihistamínicos.

**Resultados.** Las edades de los niños estudiados estaban entre 0-4 años, situándose el 42,8% entre los 2-3 años. El 71,4% de los casos se presentaron entre los meses de julio a diciembre. Los tóxicos ingeridos fueron: 7 casos por antihistamínicos clásicos, 5 por ciprohepatina, 4 por cloperastina, 4 por antihistamínicos de nueva generación y 1 caso por plantas para tratamiento homeopático. La cantidad de tóxico ingerida fue muy variable, siendo en la mayoría de los casos desconocida o sólo aproximada. El 66,6% de los pacientes no manifestaban síntomas al ingreso, ni datos exploratorios patológicos. De los 7 pacientes que manifestaron síntomas al ingreso, 5 presentaban alteraciones de tipo neurológico (somnia, irritabilidad, desorientación, visión borrosa...), 1 de tipo gastrointestinal y 1 alteraciones del ritmo cardíaco (taquicardia y extrasístoles). En cuanto a la evolución, el 100% de los pacientes asintomáticos al ingreso se mantuvieron sin sintomatología hasta su alta; de los sintomáticos, 5 manifestaron una progresiva mejoría y 2 desarrollaron nuevos síntomas (ataxia, alucinaciones visuales) con posterior resolución en pocas horas. El 100% de nuestros

pacientes fueron ingresados en el área de observación, sometidos a monitorización cardiorrespiratoria y recibiendo pauta de descontaminación gastrointestinal. La duración del ingreso hospitalario fue de 3-24 horas, con una media de 10 horas. Ninguno de nuestros pacientes requirió controles posteriores.

**Conclusiones.** Las intoxicaciones por antihistamínicos en nuestra área se producen predominantemente entre los 2-3 años de edad (42,8%); con un acúmulo estacional muy marcado (71,4% entre julio y diciembre respecto al 28,6% de casos entre enero y junio). De los 7 pacientes sintomáticos al ingreso, en 4 de ellos el tóxico responsable fue ciprohepatina y en 2 de ellos cloperastina. Destaca la ausencia de síntomas y signos exploratorios tanto en el momento de la consulta como evolutivos (66%), así como la recortada estancia hospitalaria y asistencia requerida.

#### CUERPOS EXTRAÑOS INTRABRONQUIALES

I. Rodríguez Sánchez, J.M. Camacho Alonso, E. Márquez Gámez,  
M.P. Torres Sánchez, A. Jurado Ortiz,  
A. Martínez Valverde

*Hospital Materno Infantil «Carlos Haya». Málaga.*

**Objetivo.** Se pretende con este estudio valorar la incidencia, edad, evolución del cuadro, antecedentes, tipo de cuerpo extraño, clínica, exploración, pruebas complementarias, localización del cuerpo extraño, complicaciones y tratamiento de los niños que ingresaron por cuerpo extraño intrabronquial.

**Material y método.** Se estudiaron retrospectivamente a 18 niños que ingresaron durante el período comprendido entre enero de 1995 y septiembre de 1997 con la sospecha de aspiración de cuerpo extraño intrabronquial.

**Resultados.** No se apreciaron diferencias en cuanto al sexo, hubo 9 casos en varones (50%) y 9 (50%) en mujeres. En cuanto a la edad, 12 casos (66,6%) tenían entre 1-2 años, 1 caso (5,5%) ocurrió en un menor de un mes, 2 casos (11,1%) entre los 2-3 años y 3 casos (16,6%) eran niños mayores de 3 años. Durante los meses de otoño (septiembre, octubre, noviembre y diciembre) hubo 10 casos (55,5%), en los meses de invierno (enero, febrero y marzo) ocurrieron 4 casos (22,2%), en los meses de primavera (abril y mayo) hubo 1 caso (5,5%) y en el verano (junio, julio y agosto) 3 casos (16,6%). En 17 ocasiones (94,4%) había un antecedente de aspiración y sólo en un caso (0,6%) ese antecedente no existía; 6 niños tenían como patología previa cuadros de hiperreactividad bronquial (33,3%), un niño (5,5%) presentaba encefalopatía y otro (5,5%) una fístula branquial. En relación con el tiempo transcurrido desde la aspiración del cuerpo extraño y el diagnóstico fue en 6 ocasiones (33,3%) menor de 24 horas, en 6 casos (33,3%) fue entre 4-5 días, en un caso (5,5%) fue de 10 días, en otra ocasión (5,5%) de 15 días, otro caso (5,5%) de 21 días y, por último, en una ocasión (5,5%) fue de 25 días. En todas las ocasiones el cuerpo extraño fue de tipo alimentario, así en 9 ocasiones (50%) fueron avellanas, en 5 casos (27,7%) una pipa de girasol, en 3 ocasiones (16,7%) una palomita de maíz y en un caso (5,5%) fue una almendra. La tos estaba presente en 15 niños (83,3%), 8 presentaban disnea (44,4%), 3 tenían estridor (16,6%), otros 3 tenían vómitos (16,6%) y en 5 ocasiones (27,7%) presentaban fiebre. En los 18 niños (100%) la auscultación ponía de

manifiesto una hipoventilación localizada, en 9 ocasiones (50%) aparecían sibilancias y en 3 ocasiones (16,6%) crepitantes. La radiología de tórax mostraba en 15 (83,3%) una hiperinsuflación del hemitórax afecto y en 3 ocasiones (16,6%) se aprecia una condensación. En 14 casos (77,7%) el cuerpo extraño estaba localizado en el bronquio principal derecho, en una ocasión (5,5%) estaba en bronquio segmentario inferior derecho y en 3 ocasiones (16,6%) estaban en bronquio principal izquierdo. La neumonía secundaria a la aspiración ocurrió en 5 ocasiones (27,7%), en 3 casos (16,6%) aparecieron atelectasias y en una ocasión (5,5%) un granuloma endobronquial. Seis niños (33,3%) permanecieron en el hospital 3 días, 4 (22,2%) estuvieron 4 días, 2 casos (11,1%) permanecieron 5 días y otros 6 niños (33,3%) tuvieron que estar en el hospital más de 5 días. Los 18 niños (100%) recibieron tratamiento con corticoides intravenosos y con antibióticos y en 4 ocasiones (22,2%) precisaron aeroterapia. En todos los casos (100%) el cuerpo extraño fue extraído mediante broncoscopio rígido.

**Conclusiones.** La aspiración de cuerpos extraños en vía bronquial es una patología en la que hay que pensar aunque hayan pasado muchos días del antecedente. La incidencia como vemos es más alta en los meses otoñales donde abundan más los frutos secos. Se suelen localizar en el bronquio principal derecho. La edad de máxima incidencia está entre 1-2 años de vida donde el niño adquiere habilidades que facilitan esta patología. La aparición de fiebre nos debe poner en aviso de una posible complicación de esa aspiración sobre todo en forma de neumonías.

---

#### ESTUDIO DE LA DERIVACION HOSPITALARIA DE UN SERVICIO PRIVADO DE URGENCIAS PEDIATRICAS DOMICILIARIAS

X. Codina, F. Codina, J. de la Flor, J.M. Soler, D. van Esso,  
Grupo «Pediatres d'Urgència S.A.»<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Grup «Pediatres d'Urgència, S.A.»: M. Bosch, J. Bras, P. Brugué, J.M. Cadahia, J. Cornudella, J.G. Fernández, E. Ferrer, I. Fornell, A. González, F.J. González, F. Jiménez, F. Molero, J. Peñaranda, A. Rabaneda, S. Ruiz, I. Torrens, J.M. Vidal. Pediatres d'Urgència, S.A. Barcelona.

**Objetivos.** 1) Estudiar qué porcentaje de las visitas hechas por nuestro servicio son derivadas a nivel hospitalario. 2) Estudiar qué porcentaje de las derivaciones son ingresadas en el hospital. 3) Estudiar las características epidemiológicas de los pacientes derivados.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo-descriptivo de un año de duración (julio 1996 a junio de 1997). Registro de las siguientes variables de los pacientes derivados: edad, sexo, mes, hora motivo(s) de consulta, tiempo de evolución en horas, antecedentes patológicos, visita anterior por nuestro servicio por el mismo proceso, motivo(s) de la derivación, teléfono de contacto, exploraciones complementarias practicadas, diagnóstico del alta de urgencias o ingreso y tiempo de estancia en el caso de ingreso.

**Resultados.** De un total de 17.316 visitas se han derivado 163 pacientes (0,94%), 88 varones (54%) y 75 mujeres (46%). La edad media de nuestros pacientes ha sido de 42 meses y la de los derivados de 30 meses. En la franja de 17 a 23 horas con un 48,5% de las visitas se producen el 56% de las derivaciones; en la franja de 9 a 16 horas (42%

de las visitas) el 26% y entre las 0 y 8 horas (9,5%) el 18%. La fiebre ha supuesto el 74% de los motivos de consulta de los pacientes que se han derivado. El tiempo medio de evolución del principal motivo de consulta ha sido de 23 horas. En un 20% se han registrado antecedentes patológicos significativos siendo el más frecuente la bronquitis recidivante. El 9% había sido visitado previamente por nuestro servicio por el mismo proceso. El principal motivo de derivación ha sido valorar la posibilidad de bacteriemia oculta, con un 32%, seguido de la dificultad respiratoria con un 16%. El 24% de las derivaciones han sido ingresadas, con una media de edad de 23 meses y con una estancia media de 5 días. El diagnóstico de alta hospitalaria más frecuente ha sido el de viriasis.

**Conclusiones.** 1. El servicio de urgencias pediátricas domiciliarias tiene un alto nivel de resolución, con un porcentaje reducido de derivaciones al hospital. 2. Las tasas de derivación se correlacionan con nuestro volumen de actividad por meses, pero no por la hora del día: la de la mañana es la más baja. 3. La fiebre es el principal motivo de consulta que comporta derivación, generalmente para valorar la posibilidad de bacteriemia oculta. 4. La media de edad de los pacientes derivados es más baja que la del total de los visitados. 5. La mayor parte de los derivados son dados de alta de urgencias del hospital después de practicar exploraciones complementarias o de recibir tratamiento broncodilatador.

---

#### PUESTA EN MARCHA DE UN SERVICIO DE URGENCIAS PEDIATRICAS HOSPITALARIAS

M.Ll. Masiques, A. Quesada, D. Fusté, D. Gómez, R. Font, G. Navarro  
Área de Urgencias Pediátricas. Hospital de Mollet. Barcelona.

**Introducción.** El Hospital de Mollet es un hospital comarcal de nivel II. En febrero de 1997 se ha puesto en marcha, dentro del servicio de urgencias, un área de urgencias pediátricas que atiende a la población entre 0 y 14 años; entre las 9 y 23 horas con pediatra de presencia física y entre las 23 y 9 horas localizable. No se dispone de área de hospitalización pediátrica.

**Objetivos.** 1) Estudiar las características epidemiológicas de la población atendida, la frecuentación, diagnósticos y traslados al centro hospitalario de referencia. 2) Comparar estos resultados con los de otros hospitales comarcales de características similares.

**Material y métodos.** Se realiza un estudio retrospectivo-descriptivo entre febrero y julio de 1997. Se recogen las siguientes variables: edad, hora, día de la semana, procedencia, diagnóstico, traslado e ingreso si se produce.

**Resultados.** El total de visitas efectuadas en el área de urgencias ha sido de 4.922 que suponen un 15,7% del total de urgencias (31.318); el 76% de las visitas han consultado en más de una ocasión; por edades el grupo de mayor demanda corresponde a los menores de 2 años (37%); la frecuentación horaria sigue una curva bimodal con picos a las 12 y 20 horas respectivamente; el día de mayor demanda es el sábado, sin existir diferencias significativas entre los otros días; la media diaria es de 27 pacientes; el 83% de las visitas proceden de la misma población; los diagnósticos más frecuentes han sido la fiebre (18%), la faringitis (13%) y la gastroenteritis (12%); por grupos la patología

ORL (21%), respiratoria (19%), infecciosa (19%) y gastrointestinal (15%); han precisado su traslado e ingreso en hospital de referencia un total de 70 pacientes (3,4%).

**Conclusiones.** 1. La distribución por edades, frecuentación horaria y diaria, y la patología atendida es similar a la de los hospitales comparados. 2. El diagnóstico más frecuente es sintomático, la fiebre, indicativo de la corta evolución de los procesos por los que consultan. 3. La fácil accesibilidad del hospital ha condicionado, desde el inicio, una gran demanda asistencial. A pesar del corto período de funcionamiento 3/4 partes de los pacientes han consultado ya en más de una ocasión. 4. La mayor parte de la patología puede ser atendida y resuelta en el propio hospital precisando su traslado e ingreso en centro de referencia tan sólo el 3,4%.

---

#### UTILIZACION DE LA URGENCIA PEDIATRICA EN UN HOSPITAL GENERAL DE SEGUNDO NIVEL

J.F. Blanco González, R. Martino Alba, A. Herrero García, C. Torrijos, I. González Tarrío, A. Fernández Posadas  
*Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares (Area 3, Madrid).*

**Introducción.** La demanda asistencial en los servicios hospitalarios de urgencia es creciente en los últimos años también durante el horario laboral de los centros de salud.

**Material y métodos.** Para conocer las razones que motivaron la consulta en la urgencia realizamos una encuesta durante 5 semanas, de lunes a viernes, en horario de 9 a 15 h. Se recogieron: fecha, tiempo de estancia en la urgencia, edad, sexo, centro y médico de referencia, seguimiento previo en el hospital, indicación y justificación de la consulta hospitalaria, diagnóstico, pruebas complementarias, interconsultas con otros servicios y destino final del paciente. La encuesta fue cumplimentada por tres residentes (dos de Medicina Familiar y Comunitaria y uno de Pediatría), supervisados por un pediatra del Servicio. Se excluyeron de la encuesta los pacientes estrictamente traumatológicos o quirúrgicos debido a la organización asistencial del servicio.

**Resultados.** Durante el período y el horario del estudio se atendieron 330 pacientes. Se recogieron 147 encuestas de pacientes con un rango de edad de 4 días a 14 años. Un 25% fueron remitidos por su pediatra y el 75% (110) restante acuden por iniciativa propia argumentando gravedad (54), empeoramiento (12), persistencia de la clínica (4), confianza en el hospital (4), desconfianza de su pediatra (4), desconfianza de otro pediatra (3), necesidad de segunda opinión (3) o ausencia de pediatra (1). A 89 se les practicó alguna prueba complementaria, siendo las más frecuentes la radiografía de tórax (30) y el hemograma (29). Se realizaron pruebas complementarias en el 67,57% de los que fueron remitidos por otro médico y del 46,79% en los que acudieron por iniciativa propia. Generaron interconsulta a otros servicios 12 pacientes. Fueron ingresados 13 niños (8,8%), de los cuales 9 habían sido enviados por otro médico, y el resto por iniciativa propia, presentando en este caso datos clínicos de gravedad. La existencia de seguimiento previo en el hospital (47) o sensación de gravedad percibida por los padres (75) no influyó en la probabilidad de ingresar (4/47 y 6/75, respectivamente). La mayoría de los niños ingresados era menor de 6 años (12), sin diferencias entre los subgrupos de edad < 2

años o > 2 años. Los diagnósticos en los pacientes ingresados fueron 9 de ellos por problemas respiratorios. Respecto al tiempo de estancia en la Urgencia, la mayoría estuvieron más de una hora, siendo para los pacientes que ingresan significativamente mayor (tiempo medio de 4 horas, con un rango de 2 horas).

**Conclusiones.** 1. La mayoría de los pacientes atendidos en el S. de Urgencias Hospitalarias acuden por iniciativa propia. 2. La razón más habitualmente argumentada para solicitar dicha asistencia es la sensación de gravedad percibida por los padres. 3. En nuestro estudio los pacientes que ingresaron fueron remitidos, en su gran mayoría, por otros médicos. 4. La duración de la estancia en el S. de Urgencias se ve incrementada por la realización de pruebas complementarias. 5. Se realizan más pruebas complementarias en los pacientes remitidos por otro médico. 6. La mayoría de los pacientes que ingresan son menores de 6 años.

---

#### DESHIDRATACION GRAVE HIPONATRÉMICA COMO PRESENTACION DE FIBROSIS QUISTICA

M.J. Jiménez-Ayala, S. Pons, A. Bataller, M. Estivalis, P. Codoñer  
*Hospital Universitario «Dr. Peset». Universidad de Valencia.*

**Introducción.** La fibrosis quística (FQ) es un trastorno multisistémico hereditario. Frecuentemente se presenta como problemas respiratorios y falta de medro. Aportamos el caso de una deshidratación hiponatémica grave como presentación inicial de FQ.

**Caso Clínico.** Motivo de consulta. Lactante de 10 meses traído por vómitos de 48 horas de evolución sin otra sintomatología. En Urgencias vomita nuevamente y comienza cuadro diarreico con deterioro progresivo del estado general y convulsión tónico-clónica.

**Antecedentes familiares.** Sin interés.

**Antecedentes personales.** Perinatal: normal, PN: 2.500 g. Desarrollo psicomotor: normal. Alimentación: 7 papillas (4 de 210 cc de FC con cereales, 1 de fruta y 2 triturados). Curva ponderal siempre por debajo de p3. A. patológicos: no refiere.

**Exploración:** TA: 71/36, FC: 166, mal aspecto, somnoliento, pálido, sudor frío. Fontanela deprimida, ojos hundidos. Signo del pliegue positivo. Pulsos débiles, mal perfusión periférica. ACR: tono rítmico, buena ventilación. Resto normal.

**Exploración complementaria:** Hemograma: leucocitos 24.400 (L34%, M4%, N62%), Hto 38,6%, Glucemia: 143 mg/dl normal. Urea: 96 mg/dl, Na: 121 mmol/l, K: 4,3 mmol/l, Cl: 90 mmol/l, pH: 7,5, pCO<sub>2</sub>: 35,8, HCO<sub>3</sub>: 28,2, ABE: 6,9.

**Evolución:** Fluidoterapia de shock según pauta habitual, corrección de hiponatremia con ClNa, recuperación del estado general a las 24 horas de ingreso. Deposiciones de consistencia blanda pastosa en n° 4/día, avidez por la comida con buena tolerancia, no ganancia ponderal. Ante la sospecha clínica de FQ se realiza test del sudor que resulta negativo. Eco abdominal normal. Acuden a Urgencias en dos ocasiones con el mismo cuadro (11 meses y 3 años), siendo siempre el test del sudor negativo. Determinación de esteatorrea (Van de Kramer) y quimiotripsina fecal patológicos. Se repite test del sudor a distancia del proceso agudo siendo positivo en dos ocasiones. Heterocigoto para la mutación del delta F508 en estudio genético.

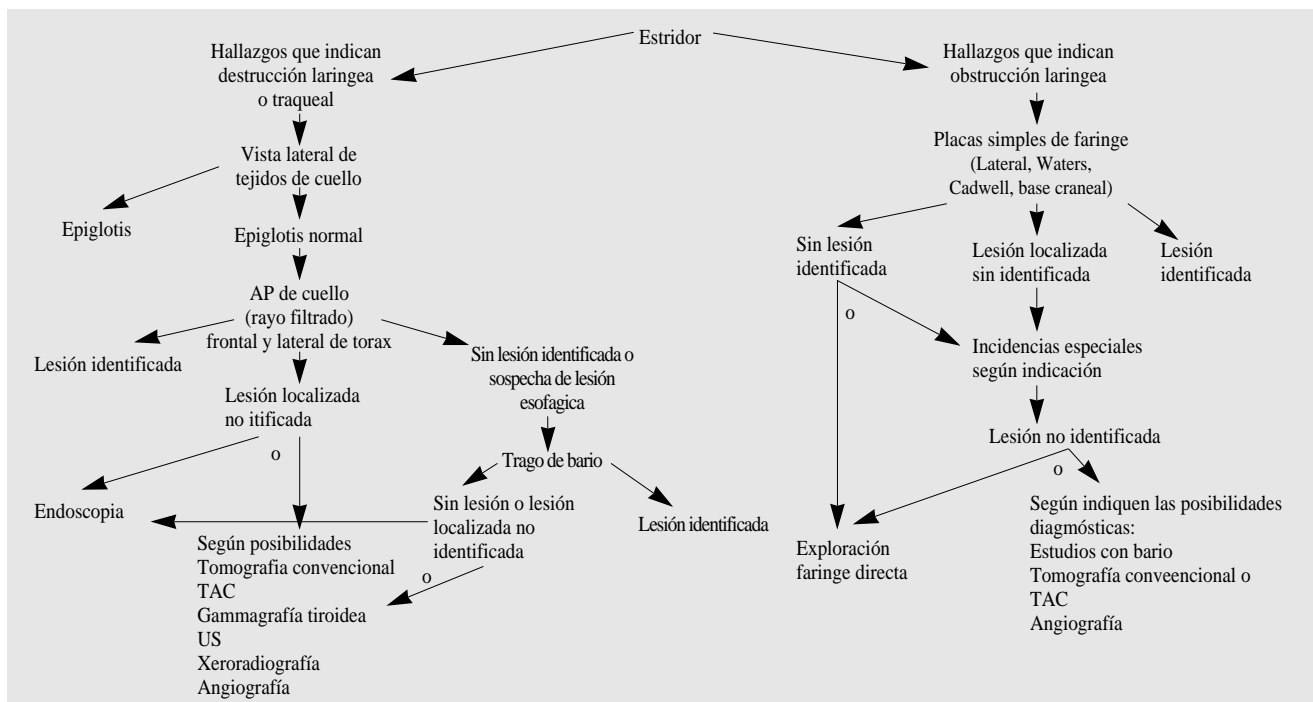


Figura 1.

**Conclusiones.** 1. Considerar la FQ como causa de deshidratación hiponatrémica con alcalosis hipoclorémica. 2. Valorar el momento de realización del test del sudor como despistaje de la FQ.

rencial ante un paciente pediátrico con shock y afectación neurológica. Esta enfermedad de etiología desconocida tiene una elevada mortalidad y los supervivientes suelen quedar con graves secuelas neurológicas, aunque recientemente se han publicado casos de evolución favorable.

**SÍNDROME DE SHOCK HEMORRÁGICO Y ENCEFALOPATÍA. DESCRIPCIÓN DE DOS CASOS**

E. Zambrano, M. Martínez-Campos, A.I. Sáez<sup>1</sup>, E. Crespo, L. Santillana, M. Zamora, M.A. Fernández, J.A. Alonso  
*Servicio de Pediatría. 1Servicio de A. Patológica.<sup>1</sup> Hospital «Virgen de la Salud». Toledo.*

**Introducción.** El síndrome de shock hemorrágico y encefalopatía (SHE) fue descrito por Levi y cols. en 1983. Se caracteriza por ser un cuadro de presentación brusca en niños previamente sanos, que cursa con shock, encefalopatía, coagulación intravascular diseminada, hipertermia, disfunción renal y hepática. Varias hipótesis han sido propuestas, pero hasta el momento su etiología no ha sido aclarada. Presentamos dos casos y revisamos las características más importantes del SHE.

**Casos clínicos.** Se describen los casos de dos lactantes de 7 y 10 meses de edad, que llegan a Urgencias con un cuadro brusco de fiebre elevada, shock severo y alteraciones metabólicas (hipoglucemia, hipernatremia, acidosis metabólica, ...). Posteriormente desarrollaron una coagulación intravascular diseminada y presentaron crisis convulsivas. Como único antecedente destacar que 48-72 horas antes, ambos habían comenzado con deposiciones diarreicas. A pesar del tratamiento precoz, el primer lactante falleció y el segundo sobrevivió con importantes secuelas neurológicas.

**Conclusiones.** El shock hemorrágico y encefalopatía, pese a su escasa incidencia en España, debe plantearse como diagnóstico dife-

**LITIASIS SUBMAXILAR EN EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE MASAS CERVICALES**

S. Pons, A. Bataller, M.J. Jiménez-Ayala, A. Sanchís, S. Peris, A. Sánchez  
*Valencia*

**Introducción.** En el diagnóstico diferencial de masas cervicales, además de las adenopatías inflamatorias como causa más frecuente, debemos tener en cuenta otros procesos menos frecuentes pero no por ello menos importantes, como es el caso de la litiasis submaxilar.

**Exposición.** Niña de 11 años que acude a Urgencias por presentar tumoración cervical derecha de 3 días de evolución asociada a dolor, dificultad para el habla y la deglución, así como disminución de salivación. Tª máxima registrada, 37,9 °C. Como antecedentes refiere dos episodios de características similares aunque de menor tamaño y resolución espontánea en menos de 24 horas a los 4 y 8 años de vida.

A la exploración presenta tumefacción subángulo mandibular derecha de aproximadamente 5 x 3 cm, de consistencia dura, no adherida a planos profundos y sin presencia de signos inflamatorios locales. Microadenopatías cervicales bilaterales. Hiperemia faríngea. Resto de exploración por aparatos, anodina. Exploraciones complementarias: Hemograma: Serie roja normal; morfología normal; leucocitos 14.200, L/11,5, M/6,8, N/81,4; VSG 26 mm/h; PCR 53,1; amilasemia 158 U/L



(normal 17-220 U/L); mantoux negativo. ECO-cervical: Sialoadenitis maxilar derecha; adenoflemón de 2 x 1,5 cm aproximadamente, en región submaxilar derecha; múltiples adenopatías en región cervical derecha; adenoflemón o absceso cervical derecho de 1 x 2,5 cm. Xialografía: Dilatación del conducto principal con arrosariamiento en algún punto y reflujo de contraste que impide el relleno glandular.

Se decidió el ingreso y se instauró antibiterapia, alcanzó un T<sup>a</sup> máxima de 38,5 °C, quedando apirética a los 5 días de iniciado el tratamiento antibiótico. A los 3 días, expulsó de forma espontánea un cálculo de aproximadamente 1,5 cm de largo por 0,5 cm de ancho. El análisis bioquímico del cálculo demostró cistina con trazas de oxalato cálcico. Se realizó despistaje de aminoacidopatías (aminoácidos en orina, negativo).

A los dos meses se aprecia glándula submaxilar derecha indurada, ligeramente aumentada de tamaño y conducto de Wharton normal, eti-quetándose de submaxilitis litiasica crónica.

*Comentario.* Tras realizar revisión bibliográfica, cabe destacar la rareza de la litiasis submaxilar en niños. No por ello debemos dejar de pensar en esta posibilidad ante un paciente que acude a la consulta por tumoración cervical. Comentar que los cálculos de cistina aparecen con más frecuencia en el contexto de la cistinuria, entidad descartada en esta paciente.

#### NIÑO CON ESTRIDOR: ALGORITMO CLINICO RADIOLOGICO EN URGENCIAS

M.M. Muñoz Ruiz, M. García Fernández, M. Montero Jaime, E. Hernández Astorga

*Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Materno-Infantil. Málaga.*

El estridor, síntoma que consiste en respiración ruidosa anormal, implica obstrucción parcial de la vía aérea superior que puede suponer una amenaza potencial para la vida del paciente, por lo que requiere un diagnóstico y tratamiento lo más precoces posibles.

La obstrucción de la vía aérea es poco frecuente en el RN y lac-

	Valor predictivo positivo	Sensibilidad	Especificidad
Leucocitos bolsa ( $\geq 100 \mu\text{l}$ )	22,8%	80%	65%
Leucocitos SU ( $\geq 100 \mu\text{l}$ )	58,8%	83,3%	92%
Nitritos (+) bolsa	58%		
Nitritos (+) SU	100%		

Resultados de urocultivo	Positivo	Negativo	Contaminado
Bolsa	11,3%	52,4%	36,3%
SU	15,6%	80,5%	3,9%

tante. En ausencia de una exploración clínica positiva pensaremos en anomalías laríngeas o traqueales, ante las cuales debemos realiza pruebas de imagen, que se iniciarán con la radiografía de cavum y tórax (AP y L), para localizar la lesión y sus posibles complicaciones, y se podrán complementar, si el caso lo requiere, con fluoroscopia, esofagograma, TAC y RMN.

Las causas más frecuentes de estridor agudo por patología de la vía aérea superior en pediatría son el CRUP, epiglotitis, laringotra-

queítis, absceso retrofaríngeo y cuerpo extraño. Estas patologías requieren una estabilización del paciente y preservación de la vía aérea, realizando los estudios de imagen necesarios si el estado del paciente lo permite.

Adjuntamos algoritmo diagnóstico en el que desarrollamos la pauta seguida en nuestro servicio ante un estridor en sus variantes aguda o crónica. (Figura 1).

#### CUERPOS EXTRAÑOS EN LA VIA DIGESTIVA: DIAGNOSTICO POR IMAGEN

A. Villarejo Ordóñez, M. García Fernández, C. Herrero Platero, R. Muñoz

*Hospital Materno-Infantil «Carlos Haya». Málaga.*

*Introducción.* Los lactantes y niños pequeños pueden ingerir una amplia variedad de objetos extraños. La mayoría de los cuerpos extraños pasan a través del tracto G-I sin causar complicaciones. A veces un cuerpo extraño se aloja en esófago, bien debido a alguna causa orgánica (estenosis posquirúrgicas, cáusticas, ...) o bien queda retenido a nivel de las estenosis fisiológicas, siendo el lugar más frecuente a nivel cricofaríngeo (80%) y menos frecuente a nivel del bronquio principal izquierdo o en la unión gastro-esofágica. Si el cuerpo extraño alcanza el estómago, usualmente se expulsará con la defecación en el plazo de 4 a 7 días si el niño tiene un tránsito normal. Raramente se impactará a nivel duodenal, a nivel de un divertículo de Meckel, o a nivel apendicular. Por orden descendente de frecuencia los cuerpos extraños ingeridos incluyen: monedas, fragmentos óseos, clavos, semillas de frutos, ...

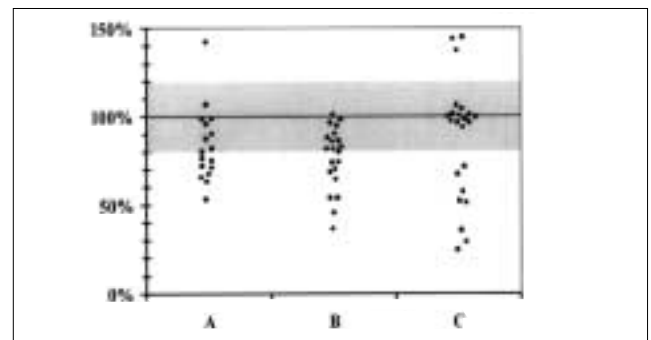


Figura 2. Porcentaje de dosis administrada

*Material y métodos.* Presentamos los hallazgos radiológicos en-

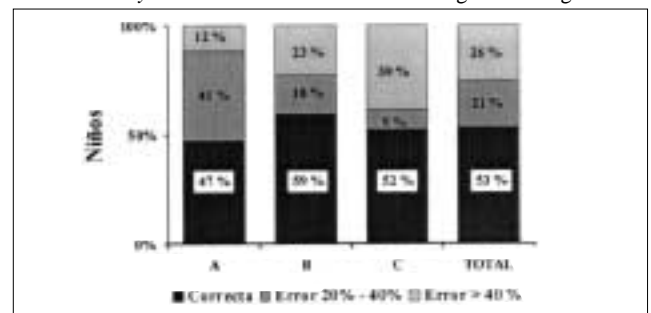


Figura 3. Porcentaje de niños con error en la administración de la dosis

contrados en niños que habían ingerido cuerpos extraños y han acudido a nuestro Servicio de Urgencia Pediátrico, mostrando también la sistemática radiológica que creemos debe realizarse para un correcto diagnóstico.

**Conclusiones.** 1. La mayoría de los cuerpos extraños ingeridos atraviesan el tubo digestivo sin provocar problemas. 2. Los cuerpos radiopacos se detectan fácilmente en la radiología simple, debiendo realizarse radiología de la zona donde se refiere la clínica. 3. En caso de no mostrar sintomatología (que es lo más frecuente) realizar como primera exploración una Rx simple de abdomen. 4. Prestar especial atención a los niños con patología orgánica de base (estenosis, cambios posquirúrgicos, ...).

#### ESTUDIO RADIOLOGICO DEL NIÑO MALTRATADO Y LESIONADO ACCIDENTALMENTE

E. Hernández Astorga, M. García Fernández, M. Montero Jaime, M.M. Muñoz Ruiz

*Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Materno-Infantil. Málaga.*

**Introducción.** El niño maltratado constituye un grave problema tanto por su incidencia como por sus consecuencias: muerte; y en niños sobrevivientes el común daño cerebral irreversible en grado variable. El papel del radiólogo es de gran importancia en el diagnóstico de malos tratos.

**Objetivo.** Análisis comparativo entre las lesiones radiológicas esqueléticas encontradas en el niño lesionado accidentalmente y aquellas observadas en el niño maltratado.

**Material y método.** Estudiamos es caso de maltrato a niños recogidos en los 5 últimos años en nuestro Hospital, haciendo una valoración radiológica de las lesiones esqueléticas comparativamente con aquellas que se suelen producir de forma accidental.

**Conclusiones.** El diagnóstico radiológico de maltrato es fuertemente apoyado por los datos clínicos y la historia que relatan los padres. Es fundamental el conocimiento radiológico de las lesiones esqueléticas que suelen producirse de forma accidental, así como de la variabilidad de estas según la edad del paciente. Los principales hallazgos radiológicos en el esqueleto del niño maltratado son: fractura de los principales huesos largos (fémur, húmero), generalmente en espira; fractura de esquina (avulsión metafisaria en el lugar de inserción de ligamentos, altamente específicas); fracturas distales de clavícula y esternón; fractura escapular, esternal, costales múltiples y condrocostales o costovertebrales (altamente específicas); listesis de la epífisis femoral o humeral distales; fractura de las diáfisis metacarpianas o metatarsianas; combinación de fracturas en diferentes estadios de consolidación junto con lesiones viscerales abdominales e intracraneales.

#### UTILIDAD DEL MUESTREO TOXICOLOGICO EN EL SINCOPE DEL ADOLESCENTE

J. Romero Sánchez, M.D. Lirio Fernández<sup>1</sup>, E. Avila Amat<sup>1</sup>, L. Morales Cevidanes<sup>1</sup>

*Area de Pediatría. <sup>1</sup>Médico Residente. Hospital Costa del Sol. Marbella, Málaga.*

**Tabla II.**

	<i>Sensibilidad</i>	<i>Especificidad</i>	<i>VPP</i>	<i>VPN</i>
Leucocituria	81,1%	86,3%	51,7%	96,2%
Urocultivo	100%	90%	66,1%	1000%

**Introducción.** El síncope se caracteriza por una depresión repentina de la consciencia e incapacidad para mantener el tono postural, de corta duración y recuperación espontánea. Su etiología es variada, prevaleciendo en la adolescencia el origen vasovagal.

**Caso clínico.** Adolescente de sexo masculino de 14 años que fue evaluado en Urgencias por episodio de síncope en su domicilio con somnolencia posterior de varias horas de duración. No reconoció toma de tóxicos y ni drogas ilícitas. En la exploración física destacaba la somnolencia. La tensión arterial (100-60 mmHg, percentil 5) y la glucemia (110 mg/dl) se encontraban en límites normales. El hemograma, la bioquímica sérica y la TAC craneal no mostraron alteraciones significativas. Se detectó Cannabis en muestreo toxicológico de orina. La recuperación fue completa a las 12 horas del ingreso y se informó a los padres del hallazgo.

**Resultados y conclusiones.** En el estudio del cuadro sincopal del adolescente, sobre todo si se asocia somnolencia anómala posterior, es útil la realización de estudio toxicológico de la orina, debido a la posible toma de drogas ilegales no reconocida por el adolescente y no detectada por su familia.

#### EL SONDAJE URETRAL COMO MÉTODO DE RECOGIDA DE ORINA EN LA URGENCIA DE PEDIATRIA

C. Fernández, M. Villar, J. Humayor, M.A. Ramos<sup>1</sup>, A.M. Burgaleta, K. Díez

*Urgencias de Pediatría. <sup>1</sup>Laboratorio de Urgencias. Hospital de Basurto. Bilbao.*

Ante la problemática que se plantea en la Urgencia de Pediatría para la recogida de muestras mediante bolsa perineal en el lactante y dada la importancia de obtener un diagnóstico correcto de infección urinaria, realizamos un estudio descriptivo-prospectivo para la valoración del sondaje uretral (SU) y de la bolsa perineal como métodos para la recogida de orina.

**Material y métodos.** Se realiza un análisis sobre la muestra de 133 niños (65 niños, 68 niñas), menores de 30 meses que acudieron al Servicio de Urgencias entre los meses de junio y agosto de 1997, a los que se solicitó análisis de orina y urocultivo mediante bolsa y/o sondaje a elección del pediatra.

El análisis de orina se realizó mediante tiras reactivas Combur-Test<sup>®</sup> leída por Miditron<sup>®</sup> M de Boehringer-Mannhein.

**Resultados.** El motivo de consulta fue fiebre en el 82% de los casos. Se recogieron 88 muestras por bolsa y 78 mediante sondaje. En ningún caso se objetivó complicaciones inmediatas y el procedimiento se realizó con éxito en el 94% de los casos, con una duración media total de aproximadamente 2 minutos. La indicación más frecuente para realizar SU fue bolsa patológica y/o urocultivo de bolsa contaminado (39 casos). En 23 de las 36 orinas de bolsa patológicas, las muestras recogidas por SU permitieron excluir infección urinaria.

**Conclusiones.** 1. El SU resultó un método sencillo y sin complica-

ciones inmediatas para obtener muestras de orina. 2. La contaminación de los urocultivos obtenidos por SU fue inferior ( $p < 0,01$ ) a la de los urocultivos de bolsa. 3. El SU clarificó leucociturias patológicas y urocultivos contaminados, en muestras recogidas por bolsa. 4. La especificidad de la leucocituria (92%) y el valor predictivo positivo de la leucocituria (58,8%) y de los nitritos (+) (100%), en el SU, fue superior a los valores obtenidos por bolsa (65%, 22,8% y 58% respectivamente).

#### RECONSTITUCION DE SUSPENSIONES ORALES POR LOS CUIDADORES Y SU REPERCUSION EN LA DOSIFICACION DE ANTIBIOTICOS

A. Aguirre, A. Pérez, A. González, R. Prieto<sup>1</sup>, C. González, A. Rodríguez

Urgencias de Pediatría. <sup>1</sup>Servicio de Farmacia. Hospital de Basurto. Bilbao.

El objetivo principal del estudio fue conocer si la preparación de una suspensión, o la administración de un volumen de suspensión por parte de los cuidadores puede influir de forma significativa, sobre la dosificación antibiótica.

**Material y métodos.** Estudio prospectivo no enmascarado. Se seleccionaron tres suspensiones de primera elección en infecciones ORL en Pediatría: 1) Suspensión A (amoxicilina-ác. clavulánico): 60 cc (125 mg/5 cc), cucharilla. 2) Suspensión B (cefuroxima axetilo): 60 cc (125 mg/5 cc), cucharilla. 3) Suspensión C (azitromicina): 15 cc (200 mg/5 cc), jeringa.

**Población:** 62 niños que acuden al Servicio de Urgencias de Pediatría afectados de una infección ORL no grave, susceptibles de tratamiento domiciliario. Distribución: 17 niños (A), 22 niños (B) y 23 niños (C). Tras la indicación médica del tratamiento antibiótico por infección ORL se suministró al cuidador, en el mismo Servicio de Urgencias, el producto farmacéutico en su presentación comercial, con las instrucciones relativas a dosificación (en modo oral y escrito). La primera dosis, extraída por el cuidador, se conservó para determinar la homogeneización de la suspensión mediante posterior análisis por el laboratorio de origen (concentración real).

**Resultados.** En el porcentaje de dosis administrada sólo se considera los errores del cuidador en la preparación de la suspensión y al cargar el volumen indicado, sin tener en cuenta la concentración real de la primera dosis, analizada por el laboratorio fabricante. (Figuras 2 y 3).

**Conclusiones:** 1. La preparación de las suspensiones antibióticas orales y su dosificación por parte de los cuidadores, origina errores finales en las dosis indicadas superiores al 20% en el 47% de los niños. En el 26% del total de niños este error es superior al 40%. 2. La preparación y dosificación incorrecta de la suspensión se debe considerar al evaluar un fracaso terapéutico.

#### DIAGNOSTICO DE PIELONEFRITIS EN URGENCIAS

V. Salcedo, A. Ortiz, M.A. Vázquez, J. Sánchez, J. Benito  
Urgencias Pediatría. Hospital de Cruces. Baracaldo, Vizcaya.

**Introducción.** En la actualidad, el diagnóstico de pielonefritis aguda (PNA) se fundamenta en el hallazgo de defectos de captación en el DMSA (99Tc-dimercaptosuccinid acid scan) de fase aguda.

**Objetivo del estudio.** En los niños que presenta una infección del

Tabla III.

	Inadecuadas		Adecuadas	
Edad	48 ± 2*		61 ± 2,6	
Sexo: Mujer	48%		40%	
De viernes a domingo	78%		36%	
Remitido por A. Primaria	3%		11%	
Motivo: Fiebre	48%		29%	
Tos	9%	7%	1%	1%
Disnea	1%	1%	20%	16%
Diagnóstico				
De vías aéreas altas	29%		2,5%	
Gastroenteritis aguda	14,5%		4%	
De vías aéreas bajas	3%		32%	
*Media y error estándar en meses				

tracto urinario (ITU) con fiebre, estudiar si existen diferencias clínicas y de laboratorio, en su presentación en urgencias, dependiendo de la presencia o ausencia de alteraciones en el DMSA.

**Pacientes y métodos.** Se estudiaron de forma retrospectiva 99 niños (septiembre 96-febrero 97), con edades comprendidas entre 0 y 14 años, con sospecha de PNA, en los que se practicó un DMSA en la fase aguda de la enfermedad. Se establecieron dos grupos dependiendo del resultado de esta prueba.

**Resultados.** En 63 (62,8%) pacientes el DMSA de fase aguda presentó defectos de captación. No se observaron diferencias en la presentación clínica entre los dos grupos de pacientes, aunque en los estudios de imagen practicados (ECO y cistografía), se pusieron de manifiesto un mayor número y gravedad de alteraciones urológicas en el grupo con el DMSA alterado.

**Conclusión.** Aunque el DMSA establece dos grupos de pacientes con diferente nivel de gravedad, en la actualidad no disponemos, en urgencias, de parámetros clínicos y/o laboratorio que nos permita distinguir entre estos dos grupos de pacientes.

#### RENDIMIENTO DEL MÉTODO UTILIZADO HABITUALMENTE EN EL DIAGNOSTICO DE INFECCION URINARIA EN EL LACTANTE

A. Ortiz, V. Salcedo, M.A. Vázquez, J. Sánchez, J. Benito  
Urgencias Pediatría. Hospital de Cruces. Baracaldo, Vizcaya.

**Introducción.** La importancia de un diagnóstico precoz de infección del tracto urinario (ITU) en el lactante, justifica que se realice estudio de la orina en un gran número de niños.

**Objetivo del estudio.** Comprobar el rendimiento de la metodología utilizada habitualmente para el diagnóstico inicial de ITU en el lactante, leucocituria y urocultivo, en orina recogida mediante bolsa perineal (BP), utilizando tiras reactivas.

**Pacientes y método.** Durante el período de 2 meses (enero-febrero 1997), se estudiaron de manera retrospectiva los 242 pacientes (111 niños y 131 niñas), de 0 a 24 meses de edad, a los que se recogió cultivo de orina en urgencias.

**Resultados.** En 196 pacientes (81%) el síntoma principal referido fue la fiebre. Se detectó leucocituria en 58 niños (24%) y nitrituria en 8 (3,3%). El urocultivo resultó positivo en 56 pacientes (23,1%), diag-

nosticándose ITU en 37 niños (15%). (Tabla II)

**Conclusión.** La utilización para la recogida de orina, de bolsa perineal (BP) y el uso de tiras reactivas, sustituyendo al sedimento urinario, puede incrementar el número de falsos positivos en el diagnóstico de ITU en los lactantes.

---

### PATOLOGÍA ASOCIADA AL VIRUS PARAINFLUENZA 3 EN URGENCIAS PEDIÁTRICAS

A.L. Moro, M.T. Moral, M.J. Martín, M.E. Cela, J. Otero, J. Ruiz  
*Unidad de Urgencias Pediátricas. Hospital Universitario «12 de Octubre». Madrid.*

**Introducción.** El Parainfluenza 3 (P3) es un virus encapsulado RNA de la familia Paramyxoviridae responsable principalmente de infecciones respiratorias agudas en niños menores de 3 años, con un pico de incidencia en primavera y otro en invierno.

**Objetivo.** Describir las patologías asociadas al virus P3 observadas en la urgencia pediátrica de nuestro hospital en la primavera de 1997.

**Material y métodos.** Realizamos un estudio retrospectivo de los informes de urgencias e historias clínicas de los niños ingresados en los que se había detectado un cultivo nasofaríngeo positivo para el P3 en los meses de mayo y junio de 1997.

**Resultados.** Se obtuvieron 20 cultivos positivos para P3 de 11 niñas y 9 niños, con una edad media de 9 meses (mediana: 5 meses, rango: 1-36 meses). Todos ellos acudieron a urgencias por presentar como síntoma principal tos, a veces en accesos acompañada de rubefacción o cianosis facial. Otros síntomas fueron febrícula o fiebre y rinitis. La mayoría de los pacientes (15 casos) estaban ya siendo tratados por su pediatra con antitusígenos y antibióticos. Los diagnósticos finales fueron: 11 casos de síndrome pertusoides, de los cuales 5 precisaron ingreso; 3 casos de bronquiolitis, de ellos 2 ingresaron; 2 casos de asma; 2 casos de catarro de vías altas; 1 niño con laringotraqueítis, que fue ingresado; 1 niño con neumonía retrocardíaca que precisó ingreso.

**Comentarios.** En primavera, ante un lactante con sintomatología respiratoria manifestada principalmente por tos, se debe pensar como posible etiología en el virus Parainfluenza 3. De este modo evitarán pruebas complementarias y tratamientos innecesarios. Si es posible, debe demostrarse por cultivo su presencia en secreciones nasofaríngeas, dado que la recogida de la muestra es sencilla y poco molesta para el enfermo.

---

### ESTUDIO DE LA DEMANDA ASISTENCIAL POR ACCIDENTES EN EL SERVICIO DE URGENCIAS INFANTIL DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO «REINA SOFIA» DE CORDOBA DURANTE EL AÑO 1996

J. Baena Saez, A. Bello Luque, F. Aguilar Humanes, E. Castuera Jurado, A. Molina Jurado, M.D. Simarro Bravo, J. Calvo Cuenca  
*Servicio de Urgencias. Hospital Infantil Universitario «Reina Sofía» de Córdoba.*

Los accidentes constituyen una causa importante de morbimortalidad en la edad pediátrica y están relacionados estrechamente con la edad, el sexo y el lugar donde se producen.

**Objetivo.** Obtención de información epidemiológica en nuestro en-

torno para el desarrollo de estrategias preventivas.

**Metodología.** Revisión de historias clínicas, tanto de urgencias como las producidas en caso de ingreso, durante el período referido, analizando los siguientes parámetros: lugar dónde se producen, tipo de lesiones, incidencia respecto a la distribución mensual y día de la semana, sexo, edad y destino.

**Resultados.** De un total de 34.920 urgencias atendidas durante el año 96, 6.636 casos correspondieron a accidentes (19%), de los cuales los más frecuentes fueron los producidos en la vía pública con 4.679 casos (70%), seguidos de los ocurridos en el propio domicilio del paciente con 1.408 casos (21%), y en tercer lugar los ocurridos en el ambiente escolar con 245 casos (4%). Según el tipo de lesiones, los más frecuentes fueron las contusiones en general con 2.197 casos (33%), seguidas de las fracturas con 1.077 casos (16%). En cuanto a la distribución por meses, la mayor incidencia ocurrió en los meses de abril y marzo, siendo muy similar la demanda en cuanto a los días de la semana. Respecto al sexo, predominaron los varones con 3.963 casos (60%) sobre las mujeres con 2.673 casos (40%), siendo el grupo de edad dominante el de mayor de 10 años (35%). Requiritieron ingreso 1.020 niños (15%).

**Conclusiones:** 1. Se observa mayor incidencia en el sexo masculino. 2. El grupo etario con mayor porcentaje de accidentabilidad es el de mayor de 10 años. 3. La demanda por traumatismo en nuestro hospital disminuyó sensiblemente durante los meses de verano, dado las características climatológicas de nuestra ciudad, que hace que disminuya la población durante dichos meses, en contraposición con lo que ocurre en otras áreas asistenciales. 4. La distribución según los días de la semana fue muy similar. 5. Los traumatismos que más demanda causaron fueron las contusiones leves, generando un coste asistencial elevado que en la mayoría de los casos no estaría justificado.

---

### ADECUACION DE LA DEMANDA ASISTENCIAL EN EL SERVICIO DE URGENCIAS PEDIÁTRICAS

C. Freijo, G. Regueras, L. Argumosa, O. López<sup>1</sup>

*Servicio de Pediatría. <sup>1</sup>Servicio de Admisión y Documentación Clínica. Hospital Universitario «Marqués de Valdecilla». Santander, Cantabria.*

**Introducción.** Observamos un paulatino aumento en el número de urgencias pediátricas hospitalarias (UP) que no se correlaciona con un aumento en el número de ingresos y consultas en el hospital, lo que nos hace pensar en una posible sobreutilización de los servicios hospitalarios de urgencias pediátricas (SUP) favorecido por su alta accesibilidad y eficacia asistencial.

**Objetivo.** Medir y analizar las asistencias inadecuadas que recibe el SUP de nuestro Hospital.

**Método.** Se define la UP inadecuada como la asistencia realizada en el SUP cuya resolución no precisa mínimamente de los medios humanos y tecnológicos especializados propios de un hospital. Se estudia una muestra aleatoria de 700 UP ocurridas en nuestro Hospital (población adscrita 0-14 años: 104.969) en 1996 (total UP: 34.996) mediante un protocolo «ad hoc» de adecuación asistencial compuesto por 14 criterios. Se considera la UP como adecuada cuando cumple al menos uno de ellos. Análisis estadístico: mediante t de Student y la Chi<sup>2</sup>.

**Resultados.** Trescientas ochenta y cinco UP (55%) resultan inadecuadas.

cuadas. Existen diferencias e.s. entre las UP adecuadas y las inadecuadas para las siguientes variables: Tabla III.

No existen diferencias e.s. para la hora de la asistencia, proximidad del SUP al domicilio del paciente, y existencia de servicio de urgencias de Atención Primaria en su zona de residencia.

**Conclusiones:** 1. La utilización inadecuada del SUP es alta. 2. Es mayor en los grupos de edad más jóvenes y se correlaciona con el motivo y diagnóstico principal de la visita. 3. La accesibilidad geográfica y la asistencia de otros servicios de urgencias alternativas al hospital no influyen significativamente en la demanda espontánea e inadecuada que recibe el SUP.

---

#### SALPINGITIS COMO CAUSA DE ABDOMEN AGUDO

J.A. López, A. Ruiz, J. Pou, C. Luaces, E. Reus<sup>1</sup>, R. Carrasco<sup>2</sup>  
*Servicio de Pediatría. Unitat Integrada Hospital Clínic-Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona (Prof. R. Jiménez). <sup>1</sup>Servicio de Ginecología y Obstetricia. <sup>2</sup>Servicio de Cirugía. Hospital Sant Joan de Déu. Esplugues de Llobregat. Barcelona.*

Se presenta el caso de una paciente de 13 años que consultó por disuria y dolor hipogástrico de 24 horas de evolución acompañado de fiebre y escalofríos en las últimas 10 horas. Entre sus antecedentes destacaban una apendicectomía hace 2 años e infecciones urinarias en la primera infancia.

A la exploración física al ingreso presentaba un buen estado general y se apreciaba un dolor a la palpación profunda de hemiabdomen derecho con puño-percusión lumbar dolorosa del mismo lado; el resto de la exploración por aparatos era normal. Inicialmente se practicó una analítica sanguínea (17.700 leucocitos/ml (N: 86%, C: 1%), series roja y plaquetar normales), una Rx de abdomen que mostraba aerocolia generalizada y un sedimento de orina en que habían 0-5 leucocitos y 1-10 hematíes por campo, con algunos bacilos Gram negativos en la tinción de Gram.

Ante la sospecha de pielonefritis aguda se instauró tratamiento endovenoso con amoxicilina-clavulánico, pero dada la persistencia de fiebre alta y del dolor se realizó una ecografía abdominal en que se apreció una imagen cavitaria supravesical yuxtaanexial derecha de difícil definición. Se valoró por parte del Servicio de Cirugía quien practicó laparotomía en la que se observó hidrosalpingitis derecha con absceso en Douglals, se liberaron bridas y se lavó la zona afecta. Dada la evidencia de enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) se cambió la pauta antibiótica (ampicilina, gentamicina y clindamicina) presentando una evolución favorable. Los cultivos intraoperatorios resultaron negativos.

Se decidió descartar abuso sexual por lo que se hizo una exploración ginecológica y psicológica por parte de la Unidad de Abusos Sexuales Infantiles de nuestro centro, concluyéndose que se trataba de un abuso sexual seguro.

Hay que descartar el aumento de incidencia de la EIP en la adolescencia por lo que convendría incluir esta patología en el diagnóstico diferencial del abdomen agudo en las adolescentes.

---

#### ESPONDILODISCITIS EN NIÑOS. A PROPOSITO DE UN CASO

J. Villanueva, E. Carballo, G. Luis González, R. Puigarnau, J. Ros,

M. Pons, E. González

*Unitat Integrada de Pediatría. Hospital Sant Joan de Déu-Clínic-Casa Maternitat. Universitat de Barcelona.*

**Introducción.** La espondilodiscitis es una enfermedad frecuente en la infancia. La edad media de los niños afectados se sitúa alrededor de los 5 años. La localización más frecuente se sitúa a nivel lumbar o lumbosacro. Consiste en la afectación del cuerpo vertebral y del disco intervertebral. El diagnóstico generalmente se realiza por los hallazgos clínicos y radiológicos. La forma de presentación varía según la edad del paciente variando desde rechazo de deambulación, cojera en niños pequeños hasta dolor lumbar, extremidad inferior o cervical en niños mayores.

**Caso clínico.** Paciente varón de 14 años de edad que presenta fiebre intermitente y dolor a nivel lumbosacro de 2 semanas de evolución.

**Exploración física al ingreso:** Buen estado general. Febrícula. Auscultación respiratoria normal. A nivel musculoesquelético: hiperlordosis lumbar. Dolor selectivo a palpación a nivel lumbosacro y fundamentalmente a nivel de la articulación sacro-ílica izquierda. Limitación a flexión anterior del tronco. Contractura de músculos paravertebrales antiálgica. Lassegue: negativo. Reflejos osteotendinosos: presentes y simétricos.

**Pruebas complementarias:** 1) Analítica sanguínea: leucocitos 79.103/mmcc, VSG 26 mm/h, PCR 11 mg/L; ANA, HLA B27 y FR negativos; ASLO 394 UI/ml. 2) Hemocultivo: negativo. 3) PPD: negativo. 4) Rosa de Bengala: negativo. 5) Serologías: Salmonella, Brucella, EB, Yersinia, Campylobacter, Clamidia, Rickettsia, Coxiella burnetti y TORCH: negativas. 6) Radiografía columna lumbosacra: rectificación lumbar. 7) TAC columna lumbosacra: disminución densidad ósea a nivel ala ílica izquierda. 8) Gammagrafía ósea: Hipercaptación de articulación sacro-ílica izquierda. Hipercaptación a nivel del espacio L5-S1. 9) RNM de columna lumbosacra: afectación del cuerpo vertebral de L5 y S1 con afectación del ala sacra izquierda. Además afectación del disco intervertebral L5-S1.

**Evolución.** Inicialmente AINES y reposo. Evolución satisfactoria. A los 15 días se inicia tratamiento antibiótico endovenoso (cloxacilina (100 mg/kg/día) y gentamicina (5 mg/kg/día)) e inmovilización mantenido 15 días con respuesta excelente.

**Comentario.** La etiología de esta enfermedad no se confirma en la mayoría de las ocasiones, para ello se precisaría la biopsia y cultivo de material de región afecta. El germen más frecuentemente aislado es el *S. aureus*. No existe una clara tendencia en lo que a tratamiento se refiere. La administración de antibióticos endovenosos e inmovilización parece acelerar el proceso de recuperación y disminuir el número de recaídas.

---

#### ENFERMEDAD INVASIVA POR S. PYOGENES, CASO CLINICO

I. Jordan, M.T. García, J. Roca, J. García, A. Vicente<sup>1</sup>, G. Esquinas  
*S. Pediatría (Prof. R. Jiménez). <sup>1</sup>S. Dermatología. Unitat Integrada Hospital Clínic-Sant Joan de Déu. Universitat de Barcelona. Esplugues de Llobregat.*

**Introducción.** El *S. pyogenes* es uno de los gérmenes que, con cierta frecuencia, puede dar lugar a enfermedad invasiva (sepsis, artritis...). Describimos el caso de una paciente con una forma peculiar de presentación.

**Caso clínico.** Niña de 18 meses que consulta por fiebre alta de 3 días de evolución con un vómito al inicio del cuadro y aparición de le-

siones cutáneas no pruriginosas en las últimas horas. Antecedentes: contacto con perros hacía 15 días, resto sin interés. *Exploración física:* buen estado general, febril. Lesiones nodulares induradas eritemato-violáceas y vasculíticas, en tronco y extremidades, muy numerosas y en diferentes estadios evolutivos. Faringe y amígdalas congestivas. Resto de exploración normal. Como *pruebas complementarias* para orientar el proceso febril se practicó una analítica sanguínea donde destacó leucocitosis con desviación a la izquierda y PCR de 197 mg/L, con VSG de 60 mm. El frotis faríngeo fue negativo. En el urocultivo aparecieron  $5 \times 10^4$  cocos gram positivos, y el hemocultivo resultó positivo a *S. pyogenes*. Las serologías a *M. pneumoniae*, virus de Epstein-Bar, citomegalovirus, *Proteus* y *Rickettsia* fueron negativas, así como el estudio reumatológico y la prueba de la tuberculina. El estudio inmunológico fue también normal. La anatomía patológica de la biopsia de uno de los nódulos evidenció pustulosis córnea asociada a paniculitis nodular, no se observaron gérmenes en el gram aunque el cultivo resultó positivo a *S. pyogenes*. *Evolución:* Al ingreso se pautó amoxicilina-clavulánico oral, con desaparición de la fiebre a las 24 horas

y mejoría de las lesiones cutáneas a los dos días. Dados los resultados de los exámenes practicados se diagnosticó de bacteriemia por *S. pyogenes* con émbolos metastásicos en piel. La ecocardiografía y el fondo de ojo realizados descartaron metástasis en estos órganos mientras que la gammagrafía renal mostró lesiones en ambos polos inferiores renales compatibles con émbolos sépticos. Presentó buen curso clínico-analítico por lo que se dio de alta a los 5 días, completando 15 días de tratamiento antibiótico oral. No presentó recaída posterior y el control clínico al mes del alta fue normal.

*Comentarios:* 1. La enfermedad invasiva por *S. pyogenes* es una entidad poco frecuente que, pese a su gran espectro de manifestaciones clínicas, no es corriente que curse con la invasión cutánea y renal que nos ocupa. Suele existir un defecto subyacente de la inmunidad, bien sea primario o secundario, que en nuestro caso no se pudo demostrar. 2. Habitualmente hallamos la puerta de entrada del *Streptococcus*, encontrándose un foco cutáneo o amigdalario en la mayoría de casos, que no se evidenció en este niño. 3. Pese a la benignidad de algunas formas de presentación, la constatación de bacteriemia