

el síndrome de abstinencia. También podría utilizarse como tratamiento sintomático del síndrome de abstinencia severo. Una dosis media entre 0,7-1,2 µg/kg/h suele ser efectiva. Se necesitan estudios multicéntricos que confirmen estos hallazgos.

**SÍNDROME SHOCK TÓXICO: EXPERIENCIA EN NUESTRO SERVICIO DE PEDIATRÍA.** *Ramajo Polo A, Fernández Carrión F, Élices Crespo R, Tapia Gómez A, Sánchez Vélez T, González Salas E, Betés Mendicute M, Sánchez Granados JM.* Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.

**Introducción.** El síndrome del shock tóxico (SST), descrito en 1978, es una enfermedad grave, aguda e infrecuente en niños, debida a infecciones por *Staphylococcus* o *Streptococcus*, que provocan una reacción inflamatoria por producción de toxinas. Ambos cuadros clínicos son difíciles de diferenciar debido a su similitud, estando caracterizados por fiebre, eritrodermia difusa, hipotensión y fallo multisistémico. El diagnóstico de sospecha es clínico, siendo confirmado con el aislamiento del germen en lugar estéril. El tratamiento se basa en medidas agresivas de soporte vital y antibioterapia con betalactámicos y clindamicina, precisando el uso de inmunoglobulinas o corticoides en casos graves. Presentamos la casuística del síndrome de shock tóxico en la unidad de cuidados intensivos de nuestro servicio.

**Casos clínicos.** Revisamos 3 casos clínicos, 2 niños y una niña, con edades de 9, 14 y 2 años respectivamente. Todos presentaron un cuadro clínico con fiebre elevada, hipotensión, y fallo multiorgánico (coagulopatía, hipertransaminasemia, afectación respiratoria y alteraciones metabólicas en todos los casos, e insuficiencia renal en un caso, déficit neurológico en otro y afectación gastrointestinal, otro). Los niños presentaron eritrodermia uno, vasodilatación, otro, y la niña una celulitis tras varicela. En la analítica se objetivaron leucocitosis y parámetros de infección elevados. En cuanto a la etiología, un niño tuvo hemocultivo positivo a *Staphylococcus aureus* (caso definitivo), el otro frotis nasal positivo para el mismo germen (caso probable), y la niña, a pesar de sospecha elevada de *Streptococcus pyogenes* y títulos elevados de ASLO, cultivos negativos (caso probable). Todos los pacientes recibieron tratamiento con medidas de soporte vital, drogas inotrópicas, ventilación mecánica en dos casos, y antibioterapia con acción anti-betalactamasas y clindamicina. Por la gravedad del cuadro, se administraron corticoides en un caso e inmunoglobulinas en otro. Todos presentaron buena evolución clínica, sin secuelas.

**Conclusiones.** El SST es una enfermedad grave cuyo pronóstico mejora con un diagnóstico y tratamiento precoces. Se sospechará ante un cuadro de shock con eritrodermia o vasodilatación, o cuando el foco infeccioso sea cutáneo. Además del tratamiento agresivo del shock y antibioterapia de amplio espectro, se debe administrar un inhibidor de la síntesis proteica como Clindamicina.

**REVISIÓN CASUÍSTICA DE LOS EPISODIOS DE CASI-AHOGAMIENTO POR INMERSIÓN NO INTENCIONAL EN UN HOSPITAL TERCIARIO.** *Fernández Provencio V<sup>1</sup>, Rodríguez Bodero S<sup>1</sup>, Jiménez Jiménez P<sup>1</sup>, Gacimartín Valle P<sup>1</sup>, Pérez España A<sup>1</sup>, Urbaneja Rodríguez E<sup>1</sup>, Garrote Molpeceres R<sup>1</sup>, Pino Vázquez MA<sup>2</sup>.* <sup>1</sup>Servicio de Pediatría, <sup>2</sup>UCIP. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.

**Introducción.** Los ahogamientos por inmersión no intencional (AINI) son causa importante y creciente de morbilidad infantil, con una incidencia media de 1,5 casos/100.000 habitantes/año. Su fisiopatología es consecuencia del daño hipóxico-isquémico. El pronóstico depende de características ambientales y la precocidad y calidad asistencial inicial.

**Objetivos.** Estudio de las características clínico-epidemiológicas, terapéuticas y evolutivas de los pacientes diagnosticados de AINI hospitalizados en nuestro servicio en los últimos 5 años.

**Material y métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo de dichos pacientes en el período referido a partir de la revisión de las historias clínicas.

**Resultados.** Se constataron 7 casos, 57% (4) varones y 43% (3) mujeres, con mediana etaria de 36 meses (13-48), todos en período estival (2 picos horarios: 13-17h y 20-23h). 85% (6) sucedieron en piscinas particulares. Los familiares encontraron inconscientes al 85% (6), iniciando maniobras de RCP básica; 62% (5) recobraron la consciencia antes de llegar los servicios de emergencias en un tiempo medio de 3-4min, y el restante, 10min tras su llegada. Clínicamente el 112 constató distrés respiratorio en 57% (4), vómitos en 28% (2), alteraciones neurológicas en 28% (2), encontrando al más grave en PCR. A todos se les efectuó analítica sanguínea, gasometría y radiografía torácica. En todos se objetivaron alteraciones radiológicas y acidosis e hipoxemia, en el 62% (5) hiponatremia y en el paciente sumergido en agua salada hipernatremia. Un 62% (5) requirió estancia en UCIP con duración mediana de 5 días (1-18), recibiendo al ingreso soporte ventilatorio con oxigenoterapia de alto flujo (OAF) el 43% (3), un paciente O2 en GN y el paciente en PCR precisó VM e hipotermia inducida. El resto (2) ingresaron en planta para observación, sin precisar O2, requiriendo uno de ellos protección gástrica por vómitos en posos de café. El 43% (3) ha presentado secuelas: 28% (2) de tipo respiratorio, y, el paciente en PCR, daño neurológico, precisando estimulación en centro base.

**Conclusiones.** En nuestra serie, aunque corta, objetivamos, al igual que en la literatura, que los pacientes con evolución más tórpida y desarrollo de secuelas fueron los que permanecieron mayor tiempo sumergidos (menor vigilancia), precisando maniobras de RCP más prolongadas y requiriendo ingreso en UCIP de mayor duración. Un tiempo de inmersión > 10 min, inicio de RCP > 3 min, acidosis, hiponatremia e hipotermia al llegar a urgencias aumentan la mortalidad. Es necesario aumentar las medidas de protección y capacitar a familiares en reanimación cardiopulmonar para evitar estos episodios y mejorar su pronóstico al optimizar su asistencia.

**RELACIÓN DEL SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DE LA UNIDAD DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA E INGRESO HOSPITALARIO.**

*Suárez Alonso J, Merayo Fernández L, Guerra Díez JL, Álvarez Álvarez C, Leonardo Cabello MT, Cuesta González R, Cabero Pérez MJ, Álvarez Granda L.* Unidad de Urgencias de Pediatría. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

**Introducción.** Los sistemas de clasificación permiten priorizar pacientes con diferentes niveles de gravedad. Entre los indicadores de calidad de estos sistemas figura la adecuación del motivo de consulta a su nivel urgente y la relación entre los pacientes que precisan ingreso hospitalario y su nivel de clasificación.

**Objetivo.** Analizar el porcentaje de ingreso hospitalario por nivel de gravedad establecido en la Unidad de Urgencias de Pediatría. Establecer los tiempos de estancia en la unidad hasta su ingreso hospitalario. Correlacionar dichos tiempos con el nivel de gravedad.

**Material y métodos.** Realizado un estudio transversal retrospectivo. Seleccionados pacientes ingresados en planta de hospitalización pediátrica, neonatal y en la observación de urgencias entre el 1 y 31 de octubre de 2013 procedentes de la Urgencia de Pediatría. Recogidos datos de edad, sexo, nivel de clasificación, tiempo de estancia en urgencias, localización del ingreso. Análisis estadístico mediante SPSSv.15.

**Resultados.** Ingresos durante el periodo de estudio 160, desde la Unidad de Urgencias de Pediatría 142 (88,75%). Niños 89 (62,7%), niñas

53 (37,3). La edad media fue de  $3,39 \pm 3,75$  años (mediana 2 años). El 58,5% eran menores de 2 años, el 21,1% entre 2 y 6 años y el 20,4% mayores de 6 años. Localización del ingreso: 65,5% en Corta Estancia, 25,4% planta de hospitalización pediátrica, 9,2% planta de hospitalización neonatal. Los motivos de consulta más prevalentes fueron la dificultad respiratoria (13,4%) y el síndrome febril asociado o no a otros síntomas (17,7%). Respecto a su clasificación urgente, consta su nivel en el 95,7% de los casos: nivel 1: 2,1% (3); nivel 2: 18,3% (26); nivel 3: 41,5% (59); nivel 4: 28,9% (41); nivel 5: 2,8% (4). No clasificados 6,3% (9). El porcentaje de ingreso según nivel de gravedad en el total de pacientes valorados en urgencias fue: nivel 1: 100%, nivel 2: 19,55%; nivel 3: 7,84%; nivel 4: 1,48%; nivel 5: 2,09%, no clasificados: 7,32. En el 57% de los casos su llegada a la unidad se produjo entre las 8 y 15 horas, mientras que respecto a la hora de ingreso el 49,3% se realizó entre las 15 y 00 horas. La media de estancia en urgencias fue de  $138,11 \pm 84,82$  minutos sin diferencias entre los 3 grupos de edad. Existe una correlación estadísticamente positiva entre el nivel de clasificación y la estancia en la unidad de urgencias.

**Conclusiones.** Los sistemas de clasificación en las unidades de urgencias establecen niveles de prioridad que se adecuan a la posibilidad de ingreso hospitalario. Los porcentajes obtenidos por niveles son similares a los estudios recientes sobre indicadores de calidad de los sistemas de clasificación. La existencia de una correlación positiva entre el nivel de gravedad y el tiempo hospitalario constituye un pilar importante de adecuación del nivel establecido a su patología.

**INTOXICACIÓN POR INGESTA DE LEVOTIROXINA.** *Del Olmo Fernández M, Javaloyes Soler G, Ariza Sánchez ML, Cabanillas Boto M, Muñoz Sesmero M, Maldonado Ruiz E, Cantero Tejedor MT, De la Torre Santos SI. Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Palencia.*

**Introducción.** La intoxicación por ingesta accidental de Levotiroxina no es frecuente, siendo la edad pediátrica el grupo con mayor afectación. La sintomatología predominante ocurre a nivel cardiovascular, del sistema nervioso simpático y gastrointestinal. Dosis por debajo de 5 mg no suelen producir clínica. Los síntomas pueden aparecer inmediatamente o hasta 72 horas postingesta. Durante los primeros 3-5 días es necesaria la monitorización diaria de los niveles de TSH, T4 libre, y sobre todo T3 libre, que va a orientar sobre la necesidad de instaurar tratamiento, así como la determinación de constantes vitales (TA, FC, Tª). Posteriormente tras el alta hospitalaria se espaciarán los controles analíticos hasta la completa normalización de la función tiroidea.

**Descripción del caso.** Paciente varón de dos años de edad que acude al servicio de urgencias a la media hora de haber ingerido de forma accidental 20 comprimidos de Levotiroxina de 112 microgramos (2,3 mg; 210 microgramos/kg). Se realiza lavado gástrico y administración de carbón activado. Permanece ingresado durante 5 días en los que se encuentra asintomático, realizándose monitorización de constantes y niveles diarios de TSH, T3 y T4 libres (Tabla IV).

**Conclusión.** A pesar de no ser muy frecuente, la intoxicación por Levotiroxina puede llegar a ser una entidad potencialmente grave, por lo que es importante conocer su manejo terapéutico. La T3 libre es un marcador precoz para valorar la evolución y eficacia del tratamiento.

TABLA IV.

|          | 22/8/14 | 23/8/14 | 23/8/14 | 24/8/14 | 25/8/14 | 26/8/14 | 3/9/14 |
|----------|---------|---------|---------|---------|---------|---------|--------|
| TSH      | 2.953   | 1.572   | 0.387   | 0.339   | 0.203   | 0.153   | 3.352  |
| T4 libre | 1.49    | 2.4     | 2.09    | 2.1     | 1.73    | 1.37    | 1.08   |
| T3 libre | 3.47    | 4.52    | 4.26    | 3.78    | 4.01    | 3.5     | 2.84   |

**INCIDENCIA DE REACCIONES ANAFILÁCTICAS EN URGENCIAS DE PEDIATRÍA.** *Marcos Temprano M, Tobar Mideros MC, Ortega Vicente E, Galbis Soto S, Abad Arevalillo S. Servicio de Pediatría. Hospital Clínico Universitario de Valladolid.*

**Introducción.** Existen pocos datos sobre la incidencia de anafilaxia en la población pediátrica, y los que hay son difícilmente comparables debido a la gran variabilidad en los criterios de selección.

**Objetivos.** Conocer la incidencia, características clínicas, etiología y el manejo de las anafilaxias en el Servicio de Urgencias.

**Material y métodos.** Estudio retrospectivo de los informes de Urgencias entre 01/01/2013 y 01/09/2014 con diagnóstico de angioedema, anafilaxia o shock anafiláctico, según criterios diagnósticos de la GALAXIA. Se analizan: edad, sexo, antecedentes personales, síntomas, agente causal, tratamiento y estancia hospitalaria.

**Resultados.** De los 65 pacientes recogidos el 61,5% fueron varones. La mediana de edad fue de 6 años, dándose el 21,5% de las reacciones en mayores de 10 años y el 27,7% en menores de 3 años. El 20% referían antecedentes de asma y 17% de dermatitis atópica. 25 (38,5%) pacientes estaban diagnosticados de alergia alimentaria y un 10,7% de alergia medicamentosa. En la mitad de los casos existía un alérgeno sospechoso, siendo los alimentos los más frecuentes (60,6%) y entre ellos los frutos secos (45%), la leche (20%) y el huevo (20%). Los medicamentos se postularon como posible agente causal en un 15% y la picadura de insectos en un 14,2% de los casos, y en un único caso la reacción fue desencadenada por una vacuna. Los síntomas y signos presentados fueron: angioedema (88%), urticaria (57%), respiratorios (23%), digestivos (8%), hemodinámicos (1,5%) y neurológicos (1,5%). Solo hubo un éxitus. En cuanto al tratamiento, un único paciente había utilizado el autoinyector de adrenalina previo a acudir a Urgencias. Solo se pautó adrenalina intramuscular en un 15,5% de los pacientes, siendo los corticoides (90,7%) y los antihistamínicos (86%) los tratamientos más utilizados. La estancia media en Urgencias fue de 3,7 horas. Solo 8 pacientes precisaron hospitalización, uno de ellos en UCI.

**Comentarios.** Los alérgenos más frecuentemente implicados en la anafilaxia son los alimentos, y llama la atención que un 90% de las reacciones de nuestra serie se dieron en pacientes con diagnóstico previo de alergia alimentaria. A pesar de que la adrenalina es el tratamiento de elección, en nuestro estudio al igual que en otras series parece estar infrutilizada. Es aconsejable el entrenamiento de pacientes y familiares en la identificación de reacciones alérgicas y en el uso de autoinyectores de adrenalina.

**HOSPITALIZACIÓN POR INTOXICACIÓN MEDICAMENTOSA.** *Del Olmo Fernández M, Javaloyes Soler G, Bartolomé Porro JM, Peña Valenceja A, De la Torre Santos S, Uruña Leal C, Alberola López S<sup>1</sup>, Andrés de Llano JM. Complejo Asistencial Universitario de Palencia. <sup>1</sup>CS Jardínillos, Palencia.*

**Introducción.** La intoxicación medicamentosa es un problema potencialmente grave que afecta con gran frecuencia a pacientes pediátricos.

**Objetivo.** Evaluar las características de los niños que presentan intoxicación medicamentosa y su comparación con la población adulta.