

pericárdico 5 mm, insuficiencia tricuspídea y mitral leve/moderada sin afectación coronaria. Hematológicamente, presentó anemia normocítica normo/microcítica y trombocitosis transitorias durante el ingreso. A los cinco días de fiebre, añade a la clínica inicial induración de palmas y plantas, orofaringe hiperémica, lengua aframbuesada y, finalmente, descamación periungueal en manos, cumpliendo así los criterios clásicos de Kawasaki e iniciándose tratamiento con gammaglobulina intravenosa y ácido acetilsalicílico a dosis antiagregantes. Buena respuesta al tratamiento, permaneciendo afebril desde la primera dosis de gammaglobulina, con normalización progresiva clínica y analítica (descenso de BNP a 131 pg/ml, troponina I a 0,03 ng/ml, PCR<1). Ante la afectación multisistémica se pauta tratamiento con prednisolona oral. En ecocardiograma de control a las 2 semanas del cuadro tras suspensión de la prednisolona se objetivó un aumento ligero (4 mm) del derrame pericárdico por lo que se reinició el tratamiento corticoideo con pauta descendente posterior prolongada, con normalización en controles posteriores.

Conclusiones. La enfermedad de Kawasaki se caracteriza por una vasculitis que da lugar a un cuadro general inflamatorio con afectación principalmente cardíaca –sobre todo coronaria, pero no en todos los casos–, si bien puede presentar afectación multiorgánica (cardíaca, renal, hepática, hematológica) que puede llevar a confusión y retrasos diagnósticos. La instauración precoz del tratamiento con gammaglobulina intravenosa consigue la remisión de los síntomas clásicos y de las complicaciones.

PATOLOGÍA ÓTICA URGENTE: PREVALENCIA Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA. Caunedo Jiménez M, Pérez Gordon J, Ruiz Castellano N, Vega Santa-Cruz B, Barbarín Echarri S, Álvarez Álvarez C, Guerra Díez JL, Álvarez Granda L. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción. Establecer el diagnóstico de otitis media aguda (OMA) sigue resultando complejo para el pediatra por la elevada frecuencia de pacientes que consultan por manifestaciones óticas. El diagnóstico diferencial con otras entidades se sustenta en la anamnesis y signos objetivados en la otoscopia. Sin embargo los síntomas clínicos no son definitivos y la interpretación de la otoscopia resulta, en ocasiones, difícil.

Objetivos. Establecer la prevalencia de síntomas óticos en la atención urgente. Describir la sintomatología referida por el paciente y la exploración física. Establecer la frecuencia de diagnósticos y el tratamiento recibido.

Material y métodos. estudio descriptivo retrospectivo de pacientes valorados en la Unidad de Urgencias de Pediatría con sintomatología ótica entre el 1 de junio y el 8 de noviembre del 2013. Se clasifican los pacientes por sexo y edad. Se recogen datos clínicos y de exploración ótica. Se registra diagnóstico y tratamiento. Se realiza análisis estadístico por SPSS.

Resultados. Número de atenciones urgentes: 13.954 pacientes, seleccionados 579 (4,15%). El 52,7% niños y 47,3% niñas. Edad media 56,80 ± 41,37 meses. El 25,8% menores de 2 años, 47,0% entre 2 y 6 años, 27,2% mayores de 6 años. Clínica: el 53,8% no presentaban fiebre ni febrícula. El 81,9% asocia otalgia, y el 17,5% supuración. En la exploración ótica el signo predominante fue la supuración en conducto auditivo externo (CAE), seguido del eritema y abombamiento timpánico. Un 14,3% muestra un CAE eritematoso y el 13,9% tímpano deslustrado. Destaca un 3,4% de exploraciones normales, 12 perforaciones timpánicas y 8 otorragias. Solamente fueron derivados a Otorrinolaringología de forma urgente un 3% de los casos, y solo 2 casos precisaron ingreso hospita-

rio. El tratamiento pautado con mayor frecuencia fue antibiótico más antiinflamatorio (45,9%), principalmente Amoxicilina o Amoxicilina Clavulánico. Recogidos 63 cultivos de secreción resultando positivos 53 (84,12%). Los diagnósticos por orden de frecuencia fueron: otitis media aguda (60,4%), otalgia inespecífica (18,9%), otitis externa (15,4%), y otitis catarral (2,5%); otros: otitis serosa, micótica, miringitis bullosa, otorragia, colesteatoma.

Conclusiones. La OMA sigue siendo el diagnóstico más frecuente entre los pacientes que acuden a Urgencias Pediátricas con síntomas óticos. Otras patologías menos frecuentes como el colesteatoma o la otitis micótica pueden presentar síntomas similares. La otalgia fue el motivo principal de consulta seguido de la supuración. Existe un porcentaje no despreciable de pacientes con exploración normal. La derivación al especialista en otorrinolaringología es mínima, al igual que la tasa de ingreso.

ACTITUD TERAPÉUTICA DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE OTITIS MEDIA AGUDA EN UNA UNIDAD DE URGENCIAS DE PEDIATRÍA Y CONTROL EVOLUTIVO EN ATENCIÓN PRIMARIA. Caunedo Jiménez M, Pérez Gordon J, Ruiz Castellano N, Vega Santa-Cruz B, Barbarín Echarri S, Álvarez Álvarez C, Guerra Díez JL, Álvarez Granda L. Servicio de Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Introducción. Los síntomas óticos constituyen un motivo de consulta muy frecuente en las unidades de Urgencias. La actitud terapéutica depende de la edad, los síntomas y el tiempo de evolución. Se recomienda realizar un control evolutivo en Atención Primaria (AP) para determinar la necesidad de realizar modificaciones en su régimen terapéutico.

Objetivos. Revisar el tratamiento prescrito en pacientes diagnosticados de Otitis Media Aguda (OMA). Analizar el seguimiento en Atención Primaria en estos pacientes.

Material y métodos. Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes diagnosticados de OMA en Urgencias de Pediatría entre el 1/6/2013 y 8/10/13. Recogidos datos de sexo, edad (meses), tratamiento pautado, consulta de seguimiento en AP, modificaciones de tratamiento y complicaciones.

Resultados. Consultan por síntomas óticos 579 pacientes, diagnosticados de OMA 344 (59,4%) 55,8% niños y 44,2%. Edad media de 43,8 ± 33,25 meses. Recibieron antibioterapia 296 (86,8%). El fármaco de primera elección fue Amoxicilina en 75,3%, amoxicilina-clavulánico en 15,5%, cefixima 5,1% macrólidos 1%, otros antibióticos en el 3,1%. Un 52,8% de los pacientes con OMA son controlados posteriormente en AP; el 19,5% dentro de las primeras 24 horas, el 18,3% entre las 24 y 48 horas y el 62,2% pasadas las 48 horas del diagnóstico. En la mayoría de los casos el pediatra de AP no modifica la pauta de tratamiento, solo en el 9,8% añade tratamiento antibiótico y en un 3% lo retira. Se diagnosticaron 2 complicaciones, una mastoiditis y una trombosis del seno venoso.

Conclusiones. Los pacientes de nuestra serie diagnosticados de OMA reciben tratamiento antibiótico en un alto porcentaje, manteniendo una actitud expectante en el 13,2%. Las guías recomiendan un control evolutivo a las 24-48 horas pero un 47,2% no acuden a Atención Primaria tras el diagnóstico inicial en la Unidad de Urgencias. De los que acuden, un 87,2% no precisan modificaciones terapéuticas. El tratamiento de elección sigue siendo la amoxicilina, aunque las nuevas recomendaciones establecen criterios de inicio con amoxicilina clavulánico en pacientes con determinadas características. El 0,58% presentó complicaciones, estos pacientes habían recibido antibioterapia tras el diagnóstico de OMA.

¿HAY CONCIENCIA DE TRATAR EL DOLOR A NIVEL EXTRA-HOSPITALARIO? *Del Rey Tomás-Biosca M, Martínez Figueira L, Gómez Recio L, Sánchez Granados JM, Serrano Ayestarán O, Betes Mendicute M, González Salas E, Ramaño Polo A. Servicio de Pediatría. Complejo Asistencial Universitario de Salamanca.*

Introducción. El dolor es un síntoma que acompaña a múltiples enfermedades infantiles, y por tanto, constituye un motivo frecuente de consultas pediátricas, ya sea ocasionado por accidentes o por otras patologías médicas. El objetivo principal del siguiente estudio es valorar si los pacientes pediátricos derivados de un primer nivel de asistencia médica al servicio de urgencias reciben algún tipo de analgesia y si esta es adecuada a la intensidad del dolor que presentan.

Material y métodos. Estudio observacional prospectivo durante un periodo de 6 semanas en el que recogimos los datos de 84 niños que acudieron a la urgencia pediátrica del hospital universitario de Salamanca que habían sido derivados tanto de atención primaria como de emergencias sanitarias u otros hospitales de la misma comunidad autónoma. Clasificamos los datos obtenidos en función de la etiología del dolor, la edad (mayores o menores de 5 años) y la intensidad del dolor utilizando las escalas de Wong-Baker para niños pequeños y la escala numérica para niños mayores. Se consideró dolor leve: <3, moderado: 3-5 e intenso: 5-10.

Resultados. De un total de 84 pacientes el 44% presentaban dolor leve (37), el 47% dolor moderado (40) y el 8% restante dolor intenso (7). Un 24% (20) del total recibió algún tipo de analgesia. Según la intensidad del dolor un 22% de los que presentaban dolor leve fueron tratados, un 22% de los moderados y un 43% en el grupo de dolor intenso. Los traumatismos fueron la causa de dolor más frecuente (60 pacientes), siendo tratados el 23% de ellos, el dolor de los 24 casos restantes fue debido a otras patologías médicas y fueron tratados el 25%. De forma global, menos de la mitad (40%) recibió una analgesia adecuada a la intensidad del dolor que presentaba, ninguno dentro del grupo de dolor intenso. Estratificando por la procedencia, 72 pacientes fueron derivados de atención primaria (24% recibió analgesia), 10 atendidos por emergencias sanitarias (20% tratados) y 2 procedentes de otros hospitales (de los cuales la mitad recibió analgesia). De los 84 pacientes incluidos en el estudio 14 eran menores de 5 años, siendo solo uno de ellos tratado de forma adecuada. De los mayores de 5 años un 21% fue tratado (47% de forma adecuada).

Conclusiones. A la vista de los resultados analizados, hemos observado que el dolor es infratratado independientemente de la causa, la edad y la intensidad. Los pacientes atendidos en atención primaria recibieron más analgesia que los pacientes derivados de emergencias sanitarias. La concienciación para tratar el dolor es ligeramente mayor en patologías médicas u otros accidentes que en los traumatismos. La intensidad del dolor si se correlaciona con la mayor administración aunque no con la óptima potencia analgésica. El tratamiento en los niños más pequeños fue menor que en el grupo de mayor edad. Es necesaria una mayor concienciación de los pediatras y del personal de transporte en el alivio sintomático del dolor.

EQUILIBRIO ÁCIDO-BASE Y ALTERACIONES HIDROELECTROLÍTICAS EN EL POSTOPERATORIO. INFLUENCIA DE LOS FACTORES PERIOPERATORIOS. *Sariago A, Rey C, Medina A, Concha A, Vivanco A, Mayordomo J, Menéndez S, Fernández R. UCIP. Área Gestión Pediatría. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo.*

Objetivos. Determinar las alteraciones hidroelectrolíticas y del equilibrio ácido-base que se producen tras distintos tipos de cirugía en pacientes pediátricos. Estudiar la influencia de factores perioperatorios.

Material y métodos. Estudio prospectivo observacional llevado a cabo en la UCIP de un Hospital Universitario. Se estudiaron 123 niños ingresados en la UCIP tras distintos tipos de cirugía (torácica, ORL, abdominal, ortopédica y neurocirugía). Los valores de pH, PCO₂ (mm Hg), HCO₃⁻ (mmol/L), EB (mmol/L), lactato (mmol/L), sodio (mmol/L) y glucosa (mg/dl) fueron determinados tras la cirugía a las 0, 12, 24, 48 y 72 horas del postoperatorio.

Resultados. La media de los distintos valores en gasometría venosa a las 0 h del postoperatorio se muestra en la tabla VI. Los valores marcados con * están influenciados por el tipo de cirugía (diferentes respecto a los observados en otro tipo de cirugía con p < 0,05). Las alteraciones más frecuentes fueron la hiperglucemia, la hiponatremia, la acidosis metabólica y la acidosis respiratoria. Existe un mayor riesgo de padecer acidosis metabólica en el postoperatorio tras cirugía abdominal (OR 4,3) y de padecer acidosis respiratoria tras cirugía torácica (OR 10,8). El tipo de anestésicos o de suero terapia empleada en la cirugía no influye en la aparición de acidosis. Sin embargo, los aportes de sodio (mmol/kg) y de glucosa (g/kg) sí se correlacionan con las cifras de natremia y glucemia.

Conclusiones. En el postoperatorio tras distintos tipos de cirugía se producen alteraciones electrolíticas y del equilibrio ácido-base que están influidas por los factores perioperatorios (aportes de sodio y glucosa) y por el tipo de cirugía. Conocer este hecho nos ayudará en el manejo de estos pacientes.

EVOLUCIÓN DEMOGRÁFICA DE LA POBLACIÓN PEDIÁTRICA EN CANTABRIA EN LOS ÚLTIMOS 12 AÑOS. RELACIÓN CON LA PRESIÓN ASISTENCIAL URGENTE. *Guerra Díez JL, Álvarez Granda C, Leonardo Cabello MT, Cuesta González R, Caunedo Jiménez M, Cabero Pérez MJ, Álvarez Granda L. Servicio Pediatría. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.*

Introducción. La obtención de datos demográficos de la población atendida en los Hospitales, permite conocer cuál puede ser el comportamiento de ésta en relación a la presión asistencial en urgencias pediátricas.

Objetivo. Calcular la población pediátrica en Cantabria entre 2001 y 2003. Clasificar por edad y sexo. Establecer las diferencias en las pirámides poblacionales pediátricas de 2001 y 2013. Calcular el porcentaje de pacientes por edad que acuden a urgencias por población total y su evolución.

TABLA VI.

	pH	PCO ₂	HCO ₃ ⁻	EB	Lactato	Sodio	Glucosa
Qx abdominal	7,28	41,5	19,8*	-6,2*	1,3	131,8*	175,9
Qx torácica	7,29*	48,5*	22,5*	-4,0	1,5	133,5	164,6
Qx ortopédica	7,36	38,0*	21,4*	-2,9	1,6	138,6*	131,3*
Neurocirugía	7,34	37,5*	19,9	-5,7	1,1	138,6*	131,1
ORL	7,34	40,4*	22,5	-3,1	1,8	134,5*	121,8