

## MESA REDONDA: "El residente en la urgencia pediátrica"

Presentada en la XCII Reunión Científica de la Sociedad de Pediatría de Andalucía Occidental y Extremadura. Puerto de Santa María (Cádiz), 10 de noviembre de 2006

Moderador: E. Martínez-Boné Montero. *Hospital Infanta Elena. Huelva*

El residente conoce que es en las urgencias donde recibe una parte importante de conocimientos y experiencia para su formación. En esta mesa se van a tratar tres temas que forman parte del quehacer diario en el ejercicio del pediatra.

El primero de ellos, **la cefalea**, es un proceso corriente en todas las etapas de la pediatría y motivo frecuente de consulta tanto en urgencias como en atención primaria, representa el motivo más frecuente de consulta en neurología infantil. Este desafío nos hace sopesar la gravedad para realizar un tratamiento sólo sintomático o hacer una valoración más profunda. Su espectro va desde una manifestación habitual de enfermedad infecciosa a procesos estructurales del sistema nervioso central, o puede tratarse de una entidad más específica como la migraña. Las herramientas principales para llegar a un diagnóstico etiológico acertado serán una buena anamnesis y exploración, con lo que se llegará a diagnosticar más del 90% de las manifestaciones. Valoraremos la presencia de fiebre, signos meníngeos y otros signos o síntomas neurológicos, descartando la existencia de hipertensión arterial, antecedente de traumatismo craneoencefálico (TCE), sin olvidar la posibilidad de maltrato, toma de medicación, drogas... También puede ser el inicio de migraña, pero su diagnóstico se tendrá en cuenta ante la repetición del cuadro.

No olvidemos que las diferentes modalidades de cefaleas pueden presentarse como una cefalea aguda. Ante la presencia de signos de alarma y paciente crítico realizaremos una estabilización cardiorrespiratoria y hemodinámica. Una vez estable, realizaremos neuroimágenes.

El tratamiento sintomático será precoz, con analgésicos habituales por vía oral o parenteral en caso de mala tolerancia junto con antieméticos. Gradualmente pasaríamos, si no cede, a la combinación de

los anteriores con codeína, metimazol por vía parenteral u oxígeno al 100%. En mayores de 12 años, sumatriptán nasal. En el estado migrañoso: metamizol y dexametasona IV, fenitoína IV y oxígeno al 100%.

A continuación, trataremos **el dolor abdominal**, otro de los síntomas más frecuentes en la infancia, secundario a diferentes patologías abdominales y extraabdominales, incluyendo causas psíquicas.

El principal objetivo del pediatra será distinguir los cuadros que precisen cirugía urgente o estudio y tratamiento hospitalario de aquellos que puedan ser controlados ambulatoriamente, basándonos en el conocimiento de las patologías más frecuentes por grupos etarios, anamnesis, exploración y exámenes complementarios adecuados. Destacaremos por su frecuencia y gravedad la invaginación intestinal en menores de 2 años, significando que habitualmente no veremos los cuadros clásicos con la triada: dolor cólico intermitente, vómitos y rectorragia, ya que los pacientes son traídos con escaso tiempo de evolución y la apendicitis en mayores de 5 años, haciendo mención en esta última al gran porcentaje que llegan perforadas y que no existe un grado de imprecisión diagnóstica tan alto como en ninguna otra enfermedad, aunque sin olvidar otras etiologías como el dolor pélvico en niñas adolescentes, la urolitiasis, traumatismo abdominal, colecistitis, pancreatitis, hernia incarcerada, etc. Con fines prácticos, pensaremos en datos que apoyan riesgos quirúrgicos si la localización del dolor es asimétrica y a mayor alejamiento del ombligo, si interfiere en el sueño, si se produce un dolor grave de más de 6 horas de evolución, si hay vómitos persistentes, biliosos o posteriores al dolor, así como si se presenta anorexia.

**Los politraumatismos** constituyen la primera causa de muerte e incapacidad en el niño, debido principalmente al TCE., siendo el 70% por acciden-

tes de circulación. De ellos, el más frecuente se debe a atropello de peatones (en niños de 4 a 8 años), seguido de lesiones sufridas como ocupantes de vehículos accidentados (en adolescentes). El restante 30%, por caídas de altura, accidentes de bicicleta, vehículo a motor, especialmente en menores de 3 años.

El politraumatismo implica la existencia de dos o más lesiones traumáticas que hacen peligrar la supervivencia del niño. Por lo general existirá un TCE de gravedad variable (85%) junto a otras lesiones graves: pelvis y extremidades (41%), tórax (27%), abdominal (19%) y cuello (9%). Los TCE en la infancia tienen una alta incidencia. Así, el 10% de niños sufrirá un TCE a lo largo de su vida. El 50% de todos los TCE sucede en menores de 15 años. Del 3 al 6% de consultas de urgencias se deben a esta causa. Un 70-80% serán de intensidad leve y un 10-15%, grave. En lactantes, la principal causa de TCE grave son los malos tratos físicos, siendo el síndrome del niño sacudido la más frecuente en los 6 primeros meses.

La mortalidad del politraumatizado es del 10 al 15%, debido fundamentalmente al TCE. Se distribuye en tres fases:

1. Mortalidad inmediata: 50% de los casos. Ocurre *in situ*, en los primeros minutos. Debida a lesiones cerebrales, medulares y de grandes vasos.

2. Mortalidad precoz: 30% de los casos. Ocurre en las primeras horas tras el accidente por hipoxia, hemorragia y TCE grave.

3. Mortalidad tardía: 20% de los casos. Sucede tras la primera semana del ingreso. Debida a sepsis y fallo multiorgánico.

La mayoría de muertes evitables ocurren en la fase de mortalidad precoz. Por ello la asistencia rápida agresiva y de calidad podría reducir la mortalidad traumática en un 30%.

La presencia de múltiples lesiones duplica la mortalidad del TCE aislado. Se precisa una evaluación rápida y ordenada para establecer la prioridad y soluciones adecuadas, siguiendo una secuencia de actuación bien establecida: un reconocimiento primario de urgencia, detectar los problemas vitales, establecer una vía aérea permeable y una estabilización cervical simultánea. A continuación, se valorarán los signos de insuficiencia respiratoria, especialmente debidos a hemotórax, neumotórax y contusión pulmonar. Posteriormente, evaluaremos el estado circulatorio: hemorragias, *shock*..., para pasar a realizar una exploración neurológica rápida que detecte signos precoces de sufrimiento cerebral como consecuencia de hipoxia cerebral, aumento de la presión intracraneal o de disminución del flujo sanguíneo cerebral, por lo que su prevención y tratamiento debe iniciarse desde el momento que se produce el accidente, con monitorización de constantes vitales e inserción de sondas nasogástrica y urinaria y por último un reconocimiento secundario por órganos y aparatos.

Finalmente, se tomará la decisión de trasladar al niño grave al centro más adecuado para su tratamiento.

Debemos hacer hincapié en que el mejor tratamiento del TCE es su prevención. Para ello, se desarrollarán programas de prevención de traumatismos infantiles, con participación activa de los pediatras que informarán a los padres y profesores de educación vial y seguridad en el automóvil, y fomentarán el uso de dispositivos adecuados y homologados para el transporte del niño, así como el empleo de casco en las prácticas lúdicas o deportivas (vehículos a motor, bicicleta, monopatín, esquí, etc.) y protección de caídas de la cama.