

ORIGINAL

Traumatismos periféricos atendidos en el Servicio de Urgencias Pediátricas. Estudio descriptivo



S. Suarez-Cabezas*, E. Sanavia Morán, A. García García-Galán, A.T. Álvarez Sánchez, C. Muñoz López y B. Pérez-Moneo Agapito

Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

Recibido el 5 de septiembre de 2023; aceptado el 14 de enero de 2024

Disponible en Internet el 20 de enero de 2024

PALABRAS CLAVE

Traumatismos;
Lesión;
Urgencias;
Radiografía

Resumen

Introducción: Los traumatismos periféricos son una causa muy frecuente de consulta en las urgencias pediátricas, pero apenas se han publicado estudios que describan las características de estos pacientes.

Material y métodos: Se realiza un estudio descriptivo retrospectivo mediante revisión de formularios informatizados de urgencias pediátricas durante los meses de enero y febrero de 2020.

Objetivo: Conocer las características de la patología traumática pediátrica de nuestra área y detectar posibles puntos de mejora.

Resultados: Se atendieron 714 traumatismos periféricos, lo que supone 9,5% de las consultas totales. De los pacientes presentados, 52,7% fueron escolares (6 a 11 años). Las localizaciones más frecuentes fueron el tobillo (27,5%) y los dedos de la mano (17,2%). Se detectó fractura en 6,7% de los casos. En 78,6% de los pacientes se solicitó radiografía, siendo patológica 9,6% de las mismas. La mitad de las radiografías se solicitaron por traumatismo en el tobillo o dedos de la mano. Se realizó interconsulta a traumatología en 16,4% de los pacientes, sobre todo en traumatismos de codo y rodilla, y el tratamiento más empleado fueron las medidas generales (49%) y el vendaje (29,4%).

Conclusiones: Los traumatismos periféricos son muy habituales y, en general, banales. Se solicita un gran número de radiografías con una rentabilidad muy baja, por lo que parece necesario establecer nuevos protocolos que permitan reducir el número de peticiones. Mejorar la formación respecto a los traumatismos de codo y rodilla podría mejorar la autonomía de los pediatras respecto a este tipo de lesiones, más complejas.

© 2024 SECOT. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ssuarez@salud.madrid.org (S. Suarez-Cabezas).

KEYWORDS

Trauma;
Injuries;
Emergencies;
Radiography

Peripheral trauma treated in the pediatric emergency department: Descriptive study**Abstract**

Introduction: Peripheral trauma is a very frequent cause of consultation in paediatric emergency departments but few studies have been published describing the characteristics of these patients.

Material and methods: We performed a retrospective descriptive study by reviewing computerised emergency department forms during January and February 2020.

Objective: To describe the characteristics of traumatic injuries in our area and to detect possible areas for improvement.

Results: A total of 714 peripheral trauma cases were attended, which represents 9.5% of the total consultations. A total of 52.7% were schoolchildren (6–11 years). The most frequent locations were the ankle (27.5%) and fingers (17.2%). Fracture was detected in 6.7% of cases. Radiographs were requested in 78.6% of the patients, with pathological findings in 9.6% of them. Half of the X-rays were requested due to ankle or finger trauma. Referral to traumatology was made in 16.4% of patients, mainly for elbow and knee trauma, and the most commonly used treatment was general measures (49%) and bandaging (29.4%).

Conclusions: Peripheral trauma is very common and, in general, banal. A large number of X-rays are requested with a very low yield, so it seems necessary to establish new protocols to reduce the number of requests. Improving training in elbow and knee trauma could improve paediatricians' autonomy in dealing with these more complex injuries.

© 2024 SECOT. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La patología traumática supone un alto porcentaje de consultas en los Servicios de Urgencias Pediátricas (SUP), representando entre 20 y 30% del total de las visitas^{1–6}. Este porcentaje aumenta si analizamos por tramos de edad, llegando a suponer hasta 50% de las consultas en el caso de los adolescentes². Por otro lado, parece que este porcentaje ha ido en aumento en los últimos años¹, lo cual puede deberse a la preferencia, cada vez mayor, por parte de los tutores, a consultar en un medio hospitalario frente a otros centros sanitarios⁵.

Es bien conocido que las lesiones traumáticas no intencionadas representan un problema de salud pública, suponiendo una de las principales causas de morbilidad en población pediátrica y, por tanto, una causa nada desdeñable de gasto sanitario¹. Sin embargo, la gran mayoría de los traumatismos valorados en el SUP son diagnosticados de contusiones o esguinces, considerándose como lesiones menores que no precisan ninguna intervención mayor y que pueden ser dados de alta con analgesia y reposo relativo. Solo 20% de los casos son diagnosticados como lesiones mayores, siendo las fracturas el diagnóstico más habitual (hasta 70% de los mismos)^{6,7}. Por suerte, las lesiones que suponen un riesgo vital son muy infrecuentes⁶.

A pesar de la alta incidencia de lesiones traumáticas menores, existen escasos estudios descriptivos sobre el tema y muy poca evidencia científica sobre el manejo de este tipo de patología en la infancia⁸. En nuestro medio, esto podría deberse a varias razones. Por un lado, existe una falta de homogeneidad en la atención de estos pacientes en nuestro país. Mientras que las patologías puramente pediátricas son, en general, atendidas por especialistas de pediatría, hasta

en 50% de las ocasiones las lesiones menores traumáticas son atendidas en primera instancia por otros especialistas como medicina familiar y comunitaria, traumatología o, incluso, cirugía infantil⁸. Esta heterogeneidad es centro dependiente e influye en el establecimiento de consensos y protocolos actualizados.

A esto se suma la falta de formación durante la etapa MIR. En un estudio reciente a este respecto, hasta 73% de los pediatras españoles consultados referían no haber recibido formación suficiente sobre patología traumática durante su residencia⁸.

Este estudio nace, por tanto, con el objetivo de conocer las características de la patología traumática atendida en nuestra población y así, poder detectar posibles puntos de mejora.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, en nuestro centro, un hospital de complejidad intermedia de la periferia de Madrid que abarca una población aproximada de 47.000 niños y que atendió a 40.000 pacientes en la urgencia pediátrica durante el año 2022.

En nuestro centro disponemos de un triaje pediátrico avanzado, siendo el personal de enfermería el encargado de solicitar, según protocolo, pruebas complementarias como radiografías, antes incluso de que el paciente sea valorado por un facultativo. La atención inicial de todo paciente pediátrico que sufre un traumatismo corre a cargo del pediatra, quedando el especialista de traumatología como consultor. En caso de precisar intervención quirúrgica urgente, el paciente es trasladado a un centro de nivel superior.

Para este estudio se revisaron los formularios electrónicos de urgencias cumplimentados a través del programa informático Selene de los pacientes de entre 0 y 15 años de edad atendidos por patología traumática en el SUP entre el 1 de enero al 6 de marzo de 2020.

Se incluyeron todos los traumatismos periféricos, excluyéndose del estudio los traumatismos craneales, faciales, de tronco y politraumatismos. Se recogen datos sobre variables demográficas, localización del traumatismo, diagnóstico, realización de radiografía, tratamiento realizado, consulta con traumatología o necesidad de traslado a otro centro. Los datos se procesaron informáticamente con el programa Microsoft Excel 2019 y se analizaron mediante el paquete estadístico IBM SPSS Statistics 23 (Armonk, Nueva York, EE. UU.) en su versión para Windows.

El análisis estadístico consistió en el cálculo de las frecuencias relativas y en las medidas de tendencia y dispersión correspondientes según las características de la variable. Para determinar la asociación entre variables se utilizó el test de X^2 o el de Fisher, considerándose un nivel de significación del 0,05.

Este estudio se ha realizado bajo la aprobación del Comité de Investigación de nuestro centro, cumpliendo la normativa que regula el acceso, la protección y la confidencialidad de los datos de los pacientes. Dado que los formularios electrónicos se encuentran anonimizados, se consideró una situación de exención y no se recogió consentimiento informado.

Resultados

Durante los dos meses que abarca el periodo de estudio se atendió un total de 7.535 pacientes en el SUP de nuestro centro. En 714 de los casos (9,5%) el motivo de consulta fue un traumatismo periférico.

La mediana de edad fue de 10 años con un rango intercuartílico de 5. Analizando por grupos de edad, en 52,7% de los casos los pacientes atendidos fueron escolares y en 30,3% de los casos adolescentes. En cuanto al sexo, encontramos una razón de prevalencia hombre/mujer en relación con la población de referencia del 1,27 (IC 95% 1.085-1.456, $p = 0,002$). Esta diferencia, estadísticamente significativa, se mantiene al analizar por grupos de edad.

En la [tabla 1](#) se detallan los resultados globales y en la [tabla 2](#) por grupos de edad y sexo.

Las localizaciones más habituales donde los pacientes sufrieron un traumatismo fueron: tobillo (27,5%), dedos de la mano (17,2%), rodilla (12,9%), muñeca (11,5%) y codo (7,1%). La contusión fue el diagnóstico más habitual (46,9%), seguido del esguince (27,3%).

Se detectó fractura en 6,7% de los casos. El diagnóstico de fractura fue considerado tras la evaluación por parte del especialista en traumatología salvo en dos casos en los que el diagnóstico lo realizó directamente el pediatra. Ambos casos fueron diagnosticados de fractura de bajo riesgo de falange de las manos siendo dados de alta sin interconsulta al servicio de traumatología. De los pacientes diagnosticados de fractura y evaluados por traumatología, hasta en 89,36% de los casos (42/47) habían sido diagnosticados previamente por parte del pediatra. En los cinco pacientes restantes, en los que el pediatra no detectó fractura, se estableció el diag-

Tabla 1 Características de los pacientes atendidos por traumatismo periférico en el SUP

| Variables | n | %* |
|--|-----|-------|
| <i>Total de pacientes</i> | 714 | 100% |
| Clavícula | 3 | 0,4% |
| Hombro | 8 | 1,1% |
| Brazo | 7 | 1% |
| Codo | 51 | 7,1% |
| Antebrazo | 5 | 0,7% |
| Muñeca | 82 | 11,5% |
| Mano | 29 | 4,1% |
| Dedos mano | 123 | 17,2% |
| Cadera | 18 | 2,5% |
| Muslo | 10 | 1,4% |
| Rodilla | 92 | 12,9% |
| Pierna | 30 | 4,2% |
| Tobillo | 196 | 27,5% |
| Pie | 31 | 4,3% |
| Dedos pie | 23 | 3,2% |
| <i>Diagnóstico</i> | | |
| Contusión | 335 | 46,9% |
| Esguince | 194 | 27,2% |
| Fractura | 49 | 6,9% |
| Lesión cutánea | 34 | 4,8% |
| Pronación dolorosa | 15 | 2,1% |
| Derrame articular | 6 | 0,8% |
| Osteocondrosis | 3 | 0,4% |
| Otros | 78 | 10,9% |
| <i>Sexo</i> | | |
| Hombre | 408 | 57,1% |
| Mujer | 306 | 42,9% |
| <i>Edad</i> | | |
| Lactantes | 29 | 4,1% |
| Preescolares | 92 | 12,9% |
| Escolares | 376 | 52,7% |
| Adolescentes | 217 | 30,3% |
| <i>Radiografías solicitadas</i> | 561 | 78,6% |
| <i>Tratamiento realizado</i> | | |
| Medidas generales | 350 | 49% |
| Vendaje | 210 | 29,4% |
| Férula | 54 | 7,6% |
| Sindactilia | 50 | 7% |
| Sutura | 20 | 2,8% |
| Reducción cerrada | 7 | 1% |
| Pegamento biológico | 2 | 0,3% |
| Otros | 6 | 0,8% |
| <i>Interconsulta a traumatología</i> | 117 | 16,4% |
| <i>Traslado a otro centro</i> | 5 | 0,7% |
| <i>Reconsulta en la primera semana</i> | 15 | 2,1% |

* Los porcentajes están expresados sobre el tamaño muestral total.

nóstico de epifisiolisis grado I (uno de peroné y dos de radio) por parte de traumatología en 60% (3/5). Otro paciente fue diagnosticado de fractura del penacho de la falange distal de la mano (1/5) y otro de fisura de clavícula (1/5).

Las fracturas detectadas se localizaron en miembros superiores en 81,6% de los mismos (40/49). La fractura de muñeca fue la más habitual, con 44,9% (22/49). En la [figura 1](#)

Tabla 2 Características de los pacientes atendidos por grupos de edad y sexo

| | GRUPO DE EDAD | | | | | | | |
|--------------------------------|-------------------------------------|-------------------------|--|-------------------------|---------------------------------------|--------------------------|--|-------------------------|
| | Lactante (0-2 años) 29 (4,1%) | | Preescolar (3-5 años) 92 (12,9%) | | Escolar (6-11 años) 376 (52,7%) | | Adolescente (12-15 años) 217 (30,3%) | |
| | Hombre 18 (62,1%)* | Mujer 11 (37,9%)* | Hombre 51 (55,4%)* | Mujer 41 (44,6%)* | Hombre 209 (55,6%)* | Mujer 167 (44,4%)* | Hombre 129 (59,7%)* | Mujer 87 (40,3%)* |
| Localización | | | | | | | | |
| Clavícula | - | - | - | - | 1 | 1 (0,3%) | - | 2 (0,9%) |
| Hombro | - | - | 1 (2%) | 1 (1,1%) | 5 (1,3%) | 0,5% | 1 (0,8%) | 2 (2,3%) |
| Brazo | 2 (6,9%) | 1 (9,1%) | - | - | 1 (0,3%) | 1 (0,6%) | 4 (3,1%) | 1 (1,1%) |
| Codo | 1 (5,6%) | 6 (20,7%) | - | 11 (12%) | 22 (5,9%) | - | 12 (5,6%) | - |
| Antebrazo | 2 (11,1%) | 4 (36,4%) | 3 (5,9%) | 8(19,5%) | 9 (4,3%) | 13 (7,8%) | 6 (4,7%) | 6 (6,9%) |
| Muñeca | - | - | - | 1 (2,4%) | 3 (1,4%) | 1 (0,6%) | - | - |
| Mano | 1 (3,4%) | 1 (5,6%) | 3 (5,9%) | 5 (5,4%) | 54 (14,4%) | 26 (15,6%) | 22 (10,2%) | 9 (10,3%) |
| Dedos mano | - | - | 3 (3,3%) | 2 (4,9%) | 13 (3,5%) | 5 (3%) | 12 (5,6%) | 5 (5,7%) |
| Cadera | 5 (17,2%) | 3 (27,3%) | 3 (5,9%) | - | 8 (3,8%) | 67 (17,8%) | 31 (14,4%) | 14 (16,1%) |
| Muslo | 2 (11,1%) | 2 (6,9%) | 10 (19,6%) | 10 (24,4%) | 39 (18,7%) | 28 (16,8%) | 17 (13,2%) | - |
| Rodilla | 1 (5,6%) | 1 (9,1%) | 6 (11,8%) | 4 (9,8%) | 3 (1,4%) | 3 (1,8%) | - | - |
| Pierna | - | - | 3 (3,3%) | 1 (2,4%) | 4 (1,1%) | 1 (0,6%) | 3 (1,4%) | 1 (1,1%) |
| Tobillo | 2 (6,9%) | - | 10 (10,9%) | 2 (4,9%) | 44 (11,7%) | 17 (10,2%) | 20 (15,5%) | 36 (16,7%) |
| Pie | 4 (22,2%) | - | 4 (7,8%) | 2 (4,9%) | 11 (5,3%) | 4 (2,4%) | 4 (3,1%) | 5 (2,3%) |
| Dedos pie | 2 (11,1%) | 2 (6,9%) | 11 (12%) | 7 (17,1%) | 109 (29%) | 56 (33,5%) | 74 (34,4%) | 1 (1,1%) |
| | 2 (11,1%) | - | 4 (7,8%) | 3 (7,3%) | 53 (25,4%) | 17 (4,5%) | 45 (34,9%) | 29 (33,3%) |
| | 2 (11,1%) | - | 8 (8,7%) | 3 (7,3%) | 11 (5,3%) | 6 (3,6%) | 4 (1,9%) | 1 (1,1%) |
| | - | - | 3 (3,3%) | 1 (2,4%) | 11 (2,9%) | 6 (3,6%) | 9 (4,2%) | 2 (2,3%) |
| | - | - | 2 (3,9%) | 1 (2,4%) | 7 (3,3%) | 4 (2,4%) | 7 (5,4%) | 2 (2,3%) |
| Diagnóstico | | | | | | | | |
| Contusión | 13 (44,8%) | - | 35 (38%) | - | 189 (50,3%) | - | 98 (45,4%) | - |
| Esguince | 10 (55,6%) | 3 (27,3%)* | 22 (43,1%) | 13 (31,7%)* | 105 (50,2%) | 84 (50,3%)* | 64 (49,6%) | 34 (39,1%)* |
| Fractura | 1 (3,4%)* | - | 11 (12%)* | 7 (17,1%)* | 108 (28,7%)* | 58 (34,7%)* | 74 (34,3%)* | 33 (37,9%)* |
| Otros | 1 (5,6%)* | 3 (10,3%) | 4 (7,8%)* | 10 (10,9%) | 50 (23,9%)* | 23 (6,1%) | 41 (31,8%)* | 12 (5,6%) |
| | 1 (5,6%) | 2 (18,2%) | 6 (11,8%) | 4 (9,8%) | 17 (8,1%) | 6 (3,6%) | 8 (6,2%) | 4 (4,6%) |
| | 10 (34,5%) | - | 23 (25%) | - | 56 (14,9%) | - | 12 (5,6%) | - |
| | 6 (33,3%) | 6 (54,5%) | 19 (37,3%) | 17 (41,5%) | 37 (17,7%) | 19 (11,4%) | 16 (12,4%) | 16 (18,4%) |
| Radiografías realizadas | | | | | | | | |
| | 13 (44,8%)* | - | 60 (65,2%)* | - | 304 (80,9%)* | - | 183 (84,7%)* | - |
| | 9 (50%)* | 4 (36,4%)* | 34 (66,7%)* | 26 (63,4%)* | 167 (79,9%)* | 137 (82%)* | 112 (86,8%)* | 71 (81,6%)* |

* Diferencias significativas en el test χ^2 , con $p < 0,05$.

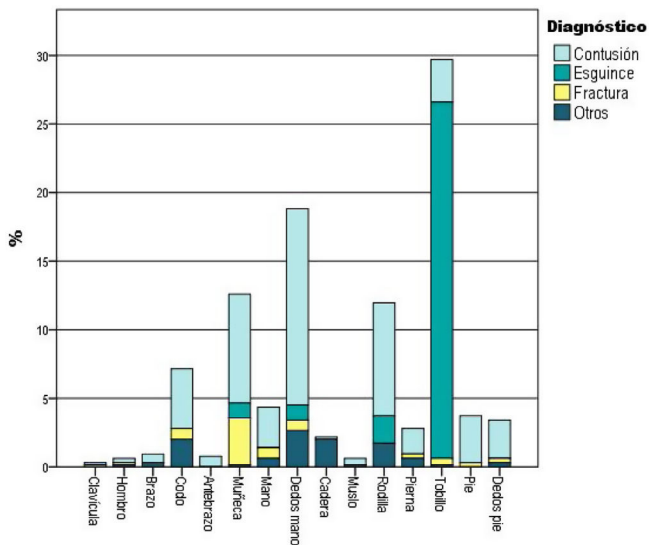


Figura 1 Diagnóstico según localización.

Tabla 3 Localización de las fracturas encontradas

| LOCALIZACIÓN DE LA FRACTURA | n | % |
|-----------------------------|-----------|-------------|
| Total de fracturas | 48 | 100% |
| Localización | | |
| Clavícula | 1 | 2% |
| Hombro | 1 | 2% |
| Brazo | 0 | 0% |
| Codo | 5 | 10,2% |
| Antebrazo | 0 | 0% |
| Muñeca | 22 | 44,9% |
| Mano | 5 | 10,2% |
| Dedos mano | 5 | 10,2% |
| Cadera | 0 | 0% |
| Muslo | 0 | 0% |
| Rodilla | 0 | 0% |
| Pierna | 2 | 4,1% |
| Tobillo | 3 | 6,1% |
| Pie | 2 | 4,1% |
| Dedos pie | 2 | 4,1% |

se detallan los datos en relación con el diagnóstico por localización y en la [tabla 3](#) los tipos de fractura encontrados.

Se realizó radiografía a 78,6% de los pacientes, resultando patológicas el 9,6% de las mismas (49/513). Casi la mitad de las radiografías fueron solicitadas por traumatismo en el tobillo (29,4%) o en los dedos de la mano (16,5%). En la [figura 2](#) puede verse la relación de radiografías realizadas por localización.

Si analizamos las radiografías solicitadas por grupo de edad, se aprecia un incremento en el número de peticiones según aumenta la edad, pasando de 44,8% en el grupo de lactantes (13/29) a 84,7% en el grupo de adolescentes (183/216), siendo esta diferencia estadísticamente significativa. Por el contrario, la proporción de fracturas diagnosticadas disminuye discretamente según aumenta la edad, de 10,3% (3/29) a 5,6% (12/216), como puede verse

en la [figura 3](#), sin que esta diferencia sea estadísticamente significativa.

Se solicitó interconsulta a traumatología en 16,4% de los casos, siendo el motivo más habitual el traumatismo de tobillo (16,2%) y el de codo (15,4%). Si analizamos por localizaciones, el traumatismo de codo es el que proporcionalmente más se consultó, con 35,3% de interconsultas (18/51) seguido del de muñeca con 29,3% (24/82). En prácticamente todos los casos de fractura (85,7%) se solicitó valoración por parte de traumatología. Si tenemos en cuenta solo aquellos pacientes que no fueron diagnosticados de fractura, el porcentaje de casos por los que se consultó a traumatología bajó hasta 11,3%, siendo las localizaciones más habituales el codo (28,3%, 13/46) y la rodilla (15,2%, 14/92). En la [figura 4](#) se detalla la relación de interconsultas por localización.

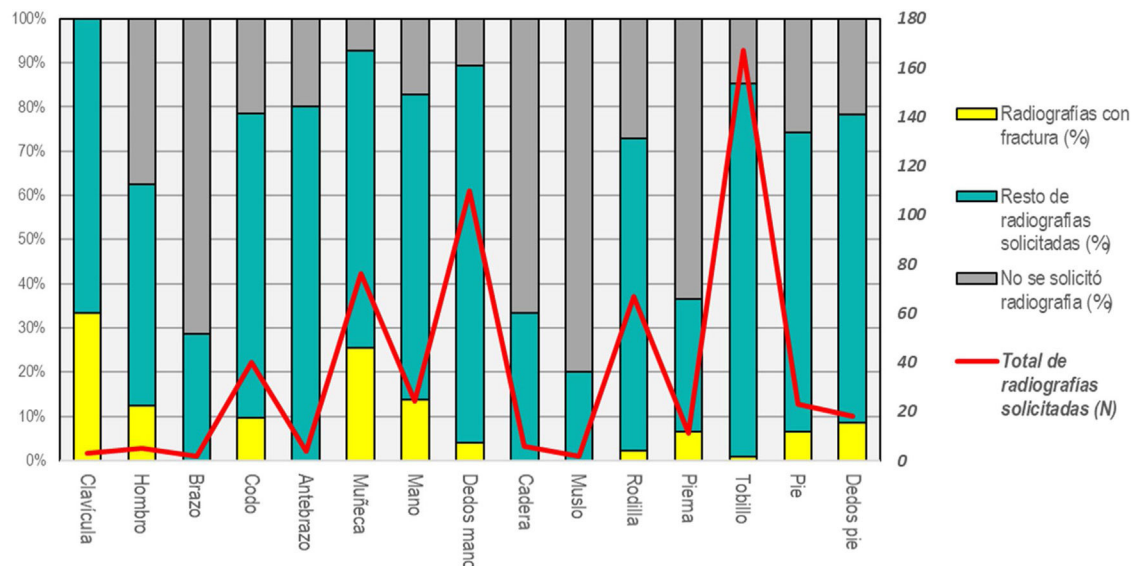


Figura 2 Relación de las radiografías solicitadas y su resultado según la localización.

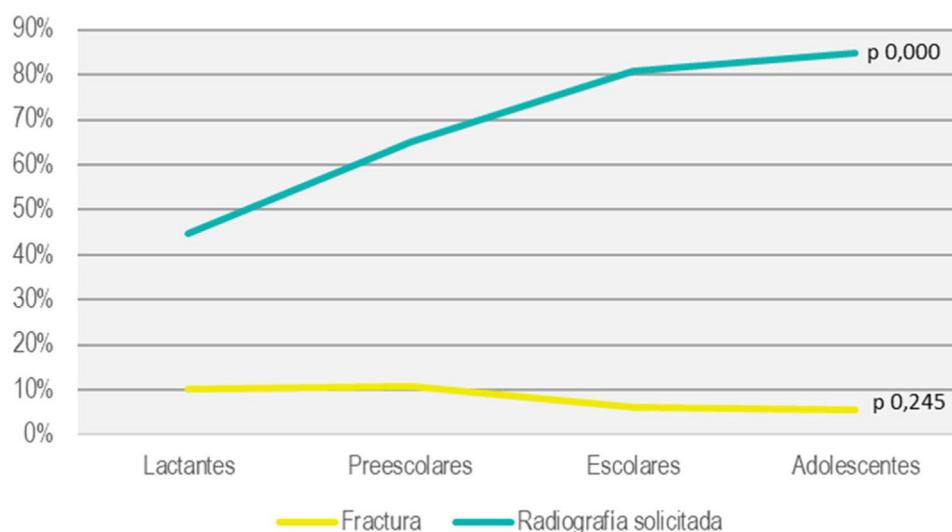


Figura 3 Relación entre las radiografías solicitadas y la proporción de fracturas diagnosticadas por grupos de edad.

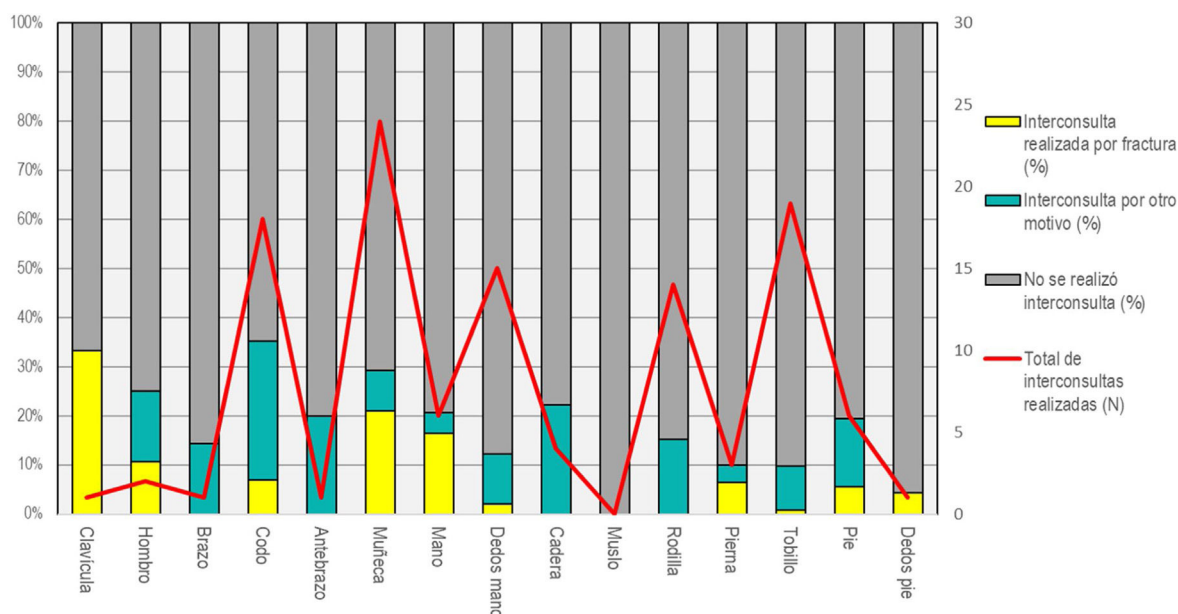


Figura 4 Relación de las interconsultas realizadas a traumatología según la localización.

En global, el tratamiento más utilizado fueron las medidas generales, entendiéndose como tal antiinflamatorios, frío local y reposo relativo (49%), seguido del vendaje (29,4%). Se realizó reducción cerrada en 14,3% de las fracturas (7/49) y se realizó traslado al hospital de referencia en 0,7% (5/714) de los casos por diferentes motivos.

De los pacientes, el 2,1% (15/714) volvió a consultar en el SUP por el mismo traumatismo en la primera semana tras el diagnóstico inicial. De los casos, el 46,7% (7/15) se había diagnosticado previamente de esguince de tobillo, sin que esta nueva consulta supusiese un cambio en el diagnóstico. De los pacientes que volvieron a consultar, 33,33% (5/15) presentaron un cambio de tratamiento: en un paciente con esguince de tobillo tratado con vendaje este se retiró por edema de dedos, en otro paciente diagnosticado de contusión de rodilla tratado con medidas generales se indicó una

rodillera, y en los tres pacientes restantes, diagnosticados de ellos de fractura de radio y otro de esguince de tobillo se produjo un cambio de férula por complicaciones con la misma (rozaduras o edema de dedos).

Se realizó un análisis secundario de la patología más habitual. En el caso de los traumatismos de tobillo se solicitó radiografía en 85,2% de los mismos, siendo el diagnóstico más habitual el de esguince (85,7%), seguido de contusión (10%). La proporción de esguinces aumentó con la edad, pasando de 3,4% en lactantes a 34,4% en adolescentes ($p = 0,001$). En el grupo de escolares la proporción de mujeres que fue diagnosticada de esguince fue mayor de lo esperado ($p = 0,021$), sin que hubiese diferencias en el resto de los grupos de edad. Se encontró fractura en 1% de los casos. El tratamiento más habitual fue el vendaje (60,7%), seguido de las medidas generales (26%) y la férula (8,7%).

En el caso de los traumatismos de los dedos se solicitó radiografía en 89,4% de los casos, siendo el diagnóstico más habitual la contusión (74,8%). Se encontró fractura en 4,1% de los casos. El tratamiento más habitual fueron las medidas generales (39,8%) y la sindactilia (34,1%).

Discusión

Los traumatismos periféricos son uno de los principales motivos de consulta en nuestro SUP. Dado que solo se analizaron los meses de enero y febrero, meses con alta demanda asistencial, su proporción podría ser aún mayor en otros periodos del año.

La proporción de varones atendidos por este motivo es superior al de las mujeres, independientemente de la edad, siendo los escolares el grupo de edad que más consulta, seguido de los adolescentes.

El tobillo es la localización más frecuente seguido de los dedos de la mano, abarcando entre ambos casi la mitad de las visitas por traumatismos periféricos.

La mayoría de los casos valorados en el SUP son considerados como lesiones menores, lo que se corresponde con la evidencia publicada previamente⁶. Sin embargo, encontramos una incidencia de lesiones mayores muy baja, menor a la reportada en otros artículos⁶. Esto puede ser debido a que la mayoría de los estudios previos engloban otro tipo de traumatismos como los craneales y los politraumatismos, y no solo los periféricos. Otro motivo es la mayor tendencia, por parte de los tutores, a consultar lesiones banales en los SUP hospitalarios.

Se objetiva una mayor proporción de esguinces a mayor edad respecto a otros diagnósticos, lo cual ya se ha reportado previamente en la literatura. Resulta curioso, sin embargo, que la proporción de esguinces en la población femenina dentro del grupo de escolares es mayor a lo esperado respecto a la masculina.

A pesar de la benignidad de la mayoría de los traumatismos valorados, se solicita radiografía en la práctica totalidad de los casos. Menos de 10% de las mismas resultan patológicas, lo que nos indica que, muy probablemente, hay pacientes en los que esta prueba de imagen no era realmente necesaria. Esta situación es mucho más llamativa si tenemos en cuenta el análisis por localizaciones. Solo 1% de las radiografías de tobillo fueron patológicas y apenas 4% en el caso de los dedos de la mano. Vemos, además, que según aumenta la edad, se incrementa el número de radiografías solicitadas sin que aumente la gravedad de las lesiones sufridas. Resulta interesante, por tanto, valorar la implementación de medidas que nos permitan detectar pacientes con alto riesgo de fractura como sería la aplicación de los criterios de Ottawa para tobillo o rodilla, reduciendo así, en lo posible, el número de radiografías solicitadas. Las ventajas de estas medidas son bien conocidas, ya que no solo se disminuyen las radiaciones emitidas, sino que también se reducen considerablemente los tiempos de espera en urgencias y el gasto sanitario.

Por otro lado, el motivo principal a la hora de solicitar una valoración por parte de traumatología es la presencia de una fractura. Si omitimos esta condición, se realizó interconsulta solo en 11% de los casos, aunque en el caso de los traumatismos de codo y rodilla este porcentaje aumenta hasta

28,3 y 15,3%, respectivamente. Estas diferencias nos indican la dificultad existente respecto al abordaje de este tipo de lesiones. No podemos confirmar en este estudio si esto se debe a la complejidad de las mismas o a una falta de seguridad de los pediatras que las atienden. Por tanto, sería oportuno valorar con nuevos estudios si puede disminuirse el número de interconsultas a traumatología tras el establecimiento de sesiones formativas y protocolos consensuados entre ambos servicios.

El tratamiento más empleado fue la indicación de medidas generales lo que se corresponde con la benignidad de las lesiones. El vendaje compresivo se utilizó en un tercio de los pacientes aproximadamente, siendo el traumatismo de tobillo la causa más habitual. Se colocó férula en caso de fractura o de esguince moderado-grave (8,7% de los esguinces). Las fracturas que precisaron reducción cerrada fueron escasas y las que precisaron traslado a un hospital terciario, excepcionales.

Hubo pocos pacientes que volvieron a consultar en la primera semana tras el traumatismo, en su mayoría debido a la persistencia de los síntomas. Sin embargo, en hasta 20% de los pacientes lo que motivó una nueva consulta en el SUP fueron las complicaciones ocasionadas por la inmovilización aplicada previamente.

El presente estudio presenta las limitaciones esperables de un estudio retrospectivo. Resulta complicado valorar la evolución final de los pacientes ya que sólo se revisó la historia clínica de nuestro centro, siendo imposible conocer si acudieron a otro centro sanitario posteriormente. Asimismo, se debe tener en cuenta los posibles errores a la hora de establecer el diagnóstico definitivo, y su repercusión en los resultados obtenidos.

Conclusiones

Los traumatismos periféricos son una causa muy importante de consulta en nuestro SUP, siendo la mitad de estas visitas por traumatismo en el tobillo o en los dedos.

Los varones consultan más que las mujeres por traumatismo periférico, manteniéndose dicha diferencia en todos los grupos de edad.

Existe una mayor proporción de esguinces según aumenta la edad. Además, las mujeres son diagnosticadas de esguince más frecuentemente que los varones en el grupo de escolares.

Se solicita radiografía en la práctica totalidad de los traumatismos periféricos, siendo normal en la mayoría de los casos. Sería conveniente establecer nuevos protocolos en los que se especifiquen unos criterios clínicos que permitan la selección de los pacientes con mayor riesgo de fractura y reducir así el número de radiografías solicitadas.

Se realiza interconsulta a traumatología más frecuentemente en el caso de traumatismos de codo y rodilla, articulaciones complejas que requieren un manejo especial. El establecimiento de protocolos y sesiones formativas podría aumentar la autonomía de los pediatras a este respecto.

Nivel de evidencia

Nivel de evidencia IV.

Financiación

Este trabajo no ha recibido ningún tipo de financiación.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses

Bibliografía

1. Lee LK, Porter JJ, Mannix R, Rees CA, Schutzman SA, Fleegler EW, et al. Pediatric Traumatic Injury Emergency Department Visits and Management in US Children's Hospitals From 2010 to 2019. *AnnEmerg Med.* 2022;79:279–87.
2. Agustín Oliva S, Agustín Oliva A. ¿Por qué acuden los niños a urgencias? *Nuberos científ.* 2017;3:35–40.
3. Bonilla-Escobar KD, Rodríguez FJ, Puyana CJC. Injury Profile of Children 0-14 Years Old in Honduras. *Panam J Trauma Crit Care Emerg Surg.* 2020;9:202–8.
4. Muñoz García JL, Fandiño Orgeira JM, Díaz Peromingo JA. Demanda asistencial de urgencias pediátricas atendidas en un hospital comarcal. *Aten Primaria.* 2008;40:297–301.
5. Gafforini S, Turbitt E, Freed GL. Lower urgency paediatric injuries: Parent preferences for emergency department or general practitioner care. *Emerg Med Australas.* 2016;28:564–8.
6. Voth M, Lustenberger T, Frank AB, Marzi I. What injuries should we expect in the emergency room? *Injury.* 2017;48:2119–24.
7. Voth M, Lustenberger T, Frank J, Marzi I. Finger- und Handverletzungen bei Kindern: Eine epidemiologische Studie [Pediatric finger and hand injuries: An epidemiological study]. *Chirurg.* 2017;88:871–8.
8. Delgado MG, Sola JÁ, García JG, Romero CMA. Situación actual de la atención a la patología traumática en Servicios de Urgencias Pediátricos españoles. *Emerg Pediatr.* 2022;1:16–8.