



Viernes 6 de febrero de 2015
Seminario:
Casos clínicos en urgencias

Moderador:

Jorge Olivares Ortiz

*Pediatra. CS Barcelona. Móstoles, Madrid.
Vocal de docencia de la AMPap.*

Ponente/monitora:

■ **Mercedes de la Torre Espí**

*Médico adjunto del Servicio de Urgencias.
Hospital Infantil Universitario Niño Jesús.
Madrid.*

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

De la Torre Espí M. Casos clínicos en urgencias.
En AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2015.
Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2015. p. 129-37.



Casos clínicos en urgencias

Mercedes de la Torre Espí

*Médico adjunto del Servicio de Urgencias. Hospital Infantil
Universitario Niño Jesús. Madrid.
mtorrespi@ono.com*

RESUMEN

La atención de los pacientes urgentes comienza con el triángulo de evaluación pediátrica (TEP), continúa con el ABCDE para estabilizar al paciente, y finaliza con la historia dirigida y la exploración para intentar llegar a un diagnóstico. La aplicación del TEP consiste en una evaluación rápida (30-60 segundos) del aspecto general (apariencia), el esfuerzo respiratorio y el color de la piel (circulación). Los principales diagnósticos fisiopatológicos que se pueden establecer dependen de los lados alterados: estable, disfunción del sistema nervioso central, dificultad respiratoria, fallo respiratorio, insuficiencia circulatoria o *shock*, *shock* descompensado, fallo cardiopulmonar.

Los trastornos de conversión (factores psicológicos determinan síntomas físicos y disfunciones) y los trastornos paroxísticos no epilépticos (TPNE: episodios de origen no epiléptico, cortos, que aparecen bruscamente, con recuperación espontánea) plantean con frecuencia problemas diagnósticos.

Los trastornos de conversión son frecuentes en los países desarrollados. La presentación clínica es variable. Una pista importante es que los síntomas no concuerden con ninguna enfermedad somática. Lo primero es eliminar la posibilidad de un trastorno orgánico, sin olvidar que la patología psicósomática debería formar parte del diagnóstico diferencial de muchos procesos, para evitar pruebas innecesarias. El pronóstico es bueno a corto plazo. Sin

embargo, existe mayor incidencia de síntomas disociativos, depresión y ansiedad posteriormente.

Existen muchos TPNE. Una buena estrategia tendrá en cuenta, en primer lugar, la edad del paciente. La historia es el pilar básico para el diagnóstico; cuando no sea concluyente, la monitorización video-electroencefalográfica es la prueba de elección para diferenciar los episodios epilépticos de los no epilépticos.

VALORACIÓN INICIAL. TRIÁNGULO DE EVALUACIÓN PEDIÁTRICA

En la atención de la patología pediátrica urgente es muy importante la primera impresión que se tiene ante el paciente. Desde hace años los cursos de Urgencias Pediátricas de la Academia Americana de Pediatría (APLS: *Advanced Pediatric Life Support*) utilizan el TEP en la valoración inicial de los pacientes infantiles urgentes para conseguir una impresión general. La atención en urgencias comienza con el TEP, continúa con el ABCDE para estabilizar al paciente, y finaliza con la historia dirigida y la exploración para intentar llegar a un diagnóstico (Tabla 1).

La aplicación del TEP consiste en una evaluación intuitiva y rápida –no se tarda más de 30 a 60 segundos– de sus tres componentes: el aspecto general (apariencia), el esfuerzo respiratorio y el color de la piel (circulación). Sin necesidad de tocar al paciente, sólo mirándole y oyéndole se pueden identificar alteraciones anatómicas o fisiológicas importantes, determinar la gravedad, la

necesidad de atención urgente y qué tratamiento específico se necesita. Supone un cambio de actitud ante la patología urgente infantil, priorizando "lo que necesita el paciente" sobre "lo que tiene".

Aspecto general (apariencia)

Es el elemento más importante del TEP. En general, el aspecto general de un niño refleja el estado del sistema nervioso central (oxigenación, perfusión, metabolismo).

La evaluación del estado general se debe hacer desde el mismo momento que el niño entra en la consulta. Si es un niño pequeño, lo mejor es que la valoración se haga sin acercarse y, si es posible, mientras está en los brazos de la madre. Hay que fijarse en la actitud, el tono, el llanto, si se consuela fácilmente, la mirada y el interés por el entorno.

Un niño con un estado general completamente normal, contento y que interactúa adecuadamente es raro que padezca una enfermedad grave. Existen algunas excepciones a este respecto: algunas intoxicaciones (antidepresivos tricíclicos, paracetamol, hierro, etc.) y algunas hemorragias intracraneales traumáticas pueden cursar con un periodo silente más o menos prolongado, antes de comenzar con la clínica característica.

El aspecto general de un niño depende, principalmente, de la edad y de la situación basal del paciente. Por ejemplo, en la evaluación del TEP de los niños con daño cerebral crónico los padres son los que mejor pueden valorar si el aspecto del niño está alterado o es similar a lo habitual. Incorporando a los padres en la evaluación de estos niños se pueden evitar muchas intervenciones innecesarias.

Respiración

Este lado del triángulo explora la respiración del paciente para determinar si existe dificultad respiratoria. De nuevo, sólo es necesario utilizar el oído y la vista para evaluar los sonidos respiratorios, la postura y el esfuerzo respiratorio.

Tabla 1. Evaluación de los pacientes pediátricos en urgencias

1. Valoración inicial:
 - Triángulo de evaluación pediátrica: se obtiene una impresión general.
 - ABCDE (A: vía aérea, B: ventilación, C: circulación, D: disfunción neurológica, E: exposición); proporciona una secuencia ordenada de exploración y de intervención para tratar y revertir las alteraciones que se detecten y que puedan poner en peligro la vida.
2. Historia dirigida al problema que motiva la consulta.
3. Exploración general.
4. Reevaluación constante.

Los principales signos audibles de dificultad respiratoria en la infancia son:

Ronquidos: en los pacientes inconscientes la obstrucción parcial de la orofaringe o de la hipofaringe por los tejidos blandos y la lengua provoca ronquidos. Un simple cambio de postura, colocando al niño en decúbito lateral o con la maniobra frente-mentón, puede solventar el problema.

Voz gangosa o de “patata caliente”: la dificultad en la vocalización es muy característica de los enfermos con obstrucción parcial de la vía aérea superior por un flemon periamigdalino, por ejemplo.

Estridor: el estridor es un ruido inspiratorio que hacen los pacientes con obstrucción glótica o subglótica. Está producido por un flujo de aire turbulento a través de las vías aéreas grandes.

Tos perruna: es una tos muy característica, similar al ladrido de una foca, que también tienen los enfermos con obstrucción glótica o subglótica.

Quejido espiratorio: algunos niños con hipoxia moderada o grave por patología del alveolo pulmonar utilizan este mecanismo instintivo, para mantener abiertos los alveolos y favorecer el máximo intercambio gaseoso.

Sibilancias: en los cuadros obstructivos de las vías aéreas inferiores graves, las sibilancias se pueden oír sin fonendoscopio.

La inspección proporciona una información muy importante del estado respiratorio del paciente (postura, esfuerzo respiratorio, taquipnea). Hay que fijarse en:

La postura: los niños pueden adoptar ciertas posturas para intentar abrir la vía aérea:

- Actitud de perro olfateando en las obstrucciones graves de las vías aéreas superiores.
- Postura en trípode (paciente echado hacia delante y con las manos apoyadas) para mejorar la

ventilación utilizando la musculatura intercostal accesoria.

Los niños con dificultad respiratoria deben ser explorados con tranquilidad, siempre acompañados de la madre o del padre y en la postura que adopten espontáneamente. Algunos enfermos con fatiga prefieren estar sentados y no quieren tumbarse porque respiran mejor.

Tiraje: la dificultad respiratoria obliga a poner en marcha músculos accesorios que mejoren la respiración. El aumento del esfuerzo respiratorio para intentar compensar problemas de oxigenación o ventilación suele ser muy evidente en los niños. Se traduce en retracciones de la pared torácica (tiraje subcostal, subesternal, intercostal y supraesternal). La cantidad y la localización de las retracciones sirven para evaluar la gravedad del problema respiratorio. La existencia de tiraje intercostal aislado implica un problema respiratorio más leve que si el tiraje se produce en todos los niveles. Los lactantes con dificultad respiratoria grave pueden utilizar incluso la musculatura cervical haciendo movimientos de cabeceo.

A veces, auscultar a un lactante fatigado es difícil. En estos casos, fijarse si está alargada la fase inspiratoria o la espiratoria de la respiración puede permitir distinguir una obstrucción alta de una baja.

Finalmente, los niños con dificultad respiratoria importante o prolongada pueden cansarse, disminuyen el esfuerzo respiratorio y hacen pausas de apnea, lo que implica un gran riesgo de parada respiratoria.

Aleteo nasal: consiste en el aumento de la apertura de las narinas. Es un signo de hipoxia moderada o grave.

Taquipnea: con frecuencia es el primer signo de dificultad respiratoria en los pacientes pediátricos. Sin embargo, hay que tener en cuenta que muchas situaciones pueden cursar con taquipnea sin asociar dificultad respiratoria: fiebre, ansiedad, dolor, acidosis metabólica.

En general, los ritmos muy rápidos o muy lentos no permiten mantener un intercambio gaseoso adecuado.

La disminución brusca de la frecuencia respiratoria o la aparición de una respiración irregular en un niño que tenía taquipnea por un problema respiratorio es un signo de agotamiento y de parada respiratoria inminente.

Color de la piel (circulación)

El organismo compensa la disminución del gasto cardíaco aumentando la frecuencia cardíaca y redistribuyendo la perfusión de los tejidos. Se preserva la circulación de los órganos vitales (cerebro, corazón, riñones) a expensas de otras zonas menos esenciales como la piel. En estas circunstancias la piel puede estar pálida, moteada o cianótica.

Palidez de piel: es el primer signo de mala perfusión periférica.

Piel moteada o parcheada: es debida a la vasoconstricción de los vasos sanguíneos. De nuevo hay que tener en cuenta la edad de los pacientes. Por ejemplo, el cutis marmóreo o reticular que tienen los lactantes en un ambiente frío es normal y no debe interpretarse como patológico. Este aspecto marmóreo suele afectar a toda la piel del lactante de forma simétrica a diferencia del patrón parcheado y asimétrico propio de las alteraciones de la perfusión cutánea.

Cianosis: es el signo cutáneo más tardío y más grave de fallo respiratorio o de shock. De nuevo, hay que considerar que la acrocianosis de los lactantes en un ambiente frío es normal.

Diagnóstico fisiopatológico con el triángulo de evaluación pediátrica

El TEP permite detectar anomalías fisiológicas, estima su gravedad y ordena las prioridades en la atención posterior del paciente. El diagnóstico de una enfermedad, en particular, no es la finalidad del TEP.

Los principales diagnósticos fisiopatológicos que se pueden establecer con el TEP dependen de los lados que estén alterados (Tabla 2). La situación será más grave cuanto mayor número de lados sea patológico. Los

diagnósticos abarcan desde el paciente estable (todos los lados del TEP son normales), hasta el fallo cardiopulmonar (todos los lados del TEP están alterados):

- Paciente estable.
- Disfunción del sistema nervioso central.
- Dificultad respiratoria.
- Fallo respiratorio.
- Insuficiencia circulatoria o *shock*.
- *Shock* descompensado.
- Fallo cardiopulmonar.

Evaluación del "ABCDE" en los niños (Tabla 3)

La valoración inicial de los pacientes pediátricos urgentes comprende el TEP y el "ABCDE".

El "ABCDE" consiste en un examen físico ordenado, con contacto físico, para diagnosticar, monitorizar y tratar problemas graves que pueden poner en peligro la vida del paciente, según vayan siendo identificados. La secuencia es: A (vía aérea), B (ventilación), C (circulación), D (discapacidad o estado neurológico), E (exposición).

Historia dirigida y exploración

Finalmente, se hará la historia dirigida hacia el motivo de consulta principal y la exploración general buscando síntomas y signos que orienten la actuación posterior: solicitud de pruebas complementarias, diagnóstico y tratamiento.

TRASTORNOS DE CONVERSIÓN

Los problemas psicossomáticos son un grupo de trastornos en los que la característica común es la presencia de

Tabla 2. Triángulo de evaluación pediátrica y diagnóstico fisiopatológico

	Apariencia	Respiración	Circulación	Impresión general
	N	N	N	Estable
	A	N	N	Disfunción del SNC
	N	A	N	Dificultad respiratoria
	A	A	N	Fallo respiratorio
	N	N	A	Shock compensado
	A	N	A	Shock descompensado
	A	A	A	Fallo cardiopulmonar

+ Lado del TEP alterado; N: normal; A: alterado

síntomas físicos que sugieren una enfermedad médica, pero que no pueden explicarse completamente por la presencia de una enfermedad, por los efectos directos de una sustancia o por otro trastorno mental. La somatización es un mecanismo de defensa, de supervivencia del ser humano. Incluyen los trastornos de conversión, en los que factores psicológicos determinan los síntomas físicos y las disfunciones.

Es un trastorno psiquiátrico muy prevalente en los países desarrollados, sin embargo, la mayoría de los niños con un problema de conversión son sometidos a muchas pruebas diagnósticas y tratamientos innecesarios antes de que se plantee este diagnóstico. Son frecuentes durante la adolescencia y muy raros antes de los 5 años de vida.

Existen muchos factores que lo desencadenan y que lo perpetúan: estrés psicológico, búsqueda de atención del entorno, existencia de alguna circunstancia difícil que se quiere evitar, etc.

La presentación clínica es variable: parálisis, afonía, tos crónica, alteraciones de la visión doble, convulsiones. Los pacientes pueden aquejar solo un síntoma o varios agrupados que, además, pueden cambiar con la evolución del proceso. Por ejemplo, la tos psicógena suele aparecer tras una infección respiratoria leve. Es una tos seca, muy llamativa, "como un graznido" que suele provocar mucha ansiedad en el entorno del niño y cede al dormir. Más problemas diagnósticos plantean algunos pacientes epilépticos que también presentan pseudocrisis. En este caso, la única forma de establecer un diagnóstico definitivo es realizar un vídeo-EEG para valorar si las crisis se correlacionan con alteraciones electroencefalográficas.

Una pista importante es que los síntomas físicos o psicológicos no concuerden con ninguna enfermedad somática conocida. Lo primero, ante la sospecha de un trastorno de conversión, es eliminar la posibilidad de un trastorno orgánico. El tratamiento fallará inevitablemente.

Tabla 3. Evaluación del "ABCDE" en los niños

	Controles a realizar	Intervenciones para tratar los problemas detectados
A	Permeabilidad de la vía aérea	Maniobras de apertura de la vía aérea: – Frente-mentón – Tracción mandibular Aspiración de secreciones Sonda nasogástrica Cánula de Guedel Maniobras de desobstrucción de la vía aérea: – Golpes interescapulares y compresiones torácicas en niños menores de 1 año – Golpes interescapulares y maniobra de Heimlich en niños mayores de 1 año Retirada de un cuerpo extraño con unas pinzas de Magill Cricotiroidotomía
B	Respiración ¿Se eleva el tórax al respirar? Frecuencia respiratoria Auscultación pulmonar en línea axilar media Saturación de oxígeno Capnografía	Administración de oxígeno (gafas nasales, mascarilla de alto flujo) Ventilación con bolsa, mascarilla y oxígeno al 100% Intubación endotraqueal
C	Circulación Frecuencia cardíaca Pulso Temperatura de la piel Tiempo de relleno capilar Tensión arterial Monitor cardíaco Glucemia	Canalización de una vía venosa periférica Vía intraósea Administración de líquidos, fármacos vasopresores, antiarrítmicos, hemoderivados, glucosa (% de suero glucosado utilizado \times ml/kg = 50; de la cantidad que resulte se administra la 1/2 y se vuelve a determinar la glucemia)
D	Estado neurológico Nivel de conciencia (Escala AVPU: alerta, respuesta a órdenes verbales, respuesta al dolor, sin respuesta) Pupilas Actividad motora: ¿simétrica?, ¿convulsiones?, ¿postura de decorticación o de descerebración?, ¿flacidez? Glucemia	Administración de oxígeno Intubación con ventilación asistida Monitorización: pulsioxímetro, tensión arterial, monitor cardíaco Canalización de una vía venosa periférica Administración de líquidos, glucosa, fármacos (anticonvulsivantes, para disminuir la presión intracraneal)
E	Exposición Inspección general del paciente completamente desnudo	

te, si siguen existiendo dudas sobre la naturaleza orgánica de la enfermedad. Hay que hacer una historia clínica y una exploración meticolosas y solicitar las pruebas complementarias imprescindibles para descartar patología orgánica. La patología psicósomática debería formar parte del diagnóstico diferencial de muchos procesos, para evitar pruebas innecesarias que solo sirven

para aumentar la ansiedad y prolongar la duración del problema.

Algunas situaciones se pueden intentar diagnosticar viendo si la utilización de un placebo corrige los síntomas; conviene contar con la colaboración de alguno de los padres.

El papel del pediatra de atención primaria es crucial para establecer un diagnóstico y un tratamiento adecuados, y como colaborador del psiquiatra infantil. Es importante que le explique a la familia la sospecha diagnóstica ya que se necesita su apoyo. Aunque con frecuencia los padres no aceptan el planteamiento al principio, hay que tener paciencia y ver cuál de los dos está más abierto y es más accesible ante la hipótesis diagnóstica. Hay que explicar en que consiste el trastorno, buscar junto con los padres factores precipitantes, comentar las actitudes que tienden a mantener el problema y tratar de resolver las dudas para disminuir la ansiedad lo máximo posible. Otro aspecto importante es identificar situaciones de ganancia secundaria para corregirlas o eliminarlas, para ello, la escuela también debería estar implicada.

En general, el pronóstico es bueno a corto plazo. La mayoría de los procesos se resuelven en menos de 6 meses. Sin embargo, un trabajo reciente demuestra que a largo plazo estos pacientes tienen mayor incidencia de síntomas disociativos, depresión y ansiedad cuando se

hacen adultos. Así que la estrategia terapéutica debería tener en cuenta que pueden existir otros problemas psiquiátricos subyacentes (problemas afectivos, ansiedad, síndrome de estrés post-traumático, déficit de atención con hiperactividad) y que después de la recuperación inicial, pueden producirse recaídas o aparecer otras alteraciones psiquiátricas.

TRASTORNOS PAROXÍSTICOS NO EPILÉPTICOS

Los trastornos paroxísticos no epilépticos (TPNE) son episodios de corta duración que aparecen brusca e inesperadamente, con recuperación espontánea de la normalidad. Su origen no es epiléptico, es decir, no son el resultado de una descarga hipsincrónica neuronal. Son muy frecuentes en la infancia, con una prevalencia mayor que los episodios paroxísticos de tipo epiléptico; la relación es 10/1. Aproximadamente, el 20-25% de los pacientes remitidos a un centro de epilepsia padece un TPNE.

Tabla 4. Trastornos paroxísticos no epilépticos (TPNE) en la infancia

Neonatos	Niños (mayores de 2 años)
Temblores del recién nacido	Espasmos del sollozo
Episodios de hipertoniá	Síncope
<i>Miclonus</i> benigno del sueño	Vértigo paroxístico benigno
	Vómitos cíclicos
Lactantes (2 meses-2 años)	Tic
Espasmos del sollozo	Tortícolis paroxístico
Tortícolis paroxístico	Síndrome de Sandifer
Síndrome de Sandifer	Reacciones extrapiramidales por drogas
Vértigo paroxístico benigno	Hiperekplexia
Onanismo	Estereotipias
Estereotipias	Onanismo
Estremecimientos	Síndrome de Münchhausen por poderes
<i>Spasmus nutans</i>	Trastornos del sueño (terrores nocturnos, sonambulismo, somniloquia, pesadillas, movimientos rítmicos del sueño)
Movimientos rítmicos del sueño	
Hiperekplexia	Adolescentes
Miclonías benignas del lactante	Síncope
Hemiplejía alternante de la infancia	Migraña y variantes
Reacciones extrapiramidales por drogas	Temblor
	Pseudocrisis
	Tic
	Trastornos motores paroxísticos (distónicos, ataxias hereditarias)
	Trastornos del sueño (miclonus, sacudidas, narcolepsia, sonambulismo, somniloquia)

Estrategia diagnóstica

La atención de un paciente con un episodio crítico debe comenzar con el TEP y el ABCDE, como se ha comentado con anterioridad, para estabilizar a los que lo pisen. Sin embargo, la mayoría de los niños están estables cuando consultan. La historia es el pilar básico para el diagnóstico. Algunos episodios alarman tanto al observador, que con frecuencia hay que repetirla una vez que se haya pasado el episodio agudo. En general, la exploración no ayuda mucho porque suele ser normal. Cualquier hallazgo patológico en la exploración neurológica aumenta la probabilidad de una etiología epiléptica.

Existen muchos y diversos TPNE, así que hay que establecer una buena estrategia que tendrá en cuenta, en primer lugar, la edad del paciente (neonato, lactante, niño y adolescente). Aunque hay TPNE que pueden aparecer a cualquier edad, otros son propios de niños con una edad particular:

- **Neonatos:** a esta edad las crisis epilépticas son muy sutiles y pueden consistir en movimientos de pedaleo, chupeteo, parpadeo, episodios de apnea, etc. sin embargo, también son frecuentes los TPNE. En un trabajo reciente sobre 85 neonatos remitidos a una unidad de vídeo-EEG por episodios críticos, el 90% eran TPNE. Los episodios no epilépticos valorados incluyeron: movimientos de pedaleo, bucales o linguales, episodios de irritabilidad, de apnea, de desviación ocular, manifestaciones autonómicas. El mejor predictor de epilepsia fueron los episodios de movimientos clónicos unilaterales, mientras que los temblores no se relacionaron con epilepsia. Los TPNE más frecuentes, en los neonatos, incluyen los episodios de hipertonía, el temblor mentoniano y el *mioclonus* benigno del sueño.
- **Lactantes:** los espasmos del sollozo son los episodios más frecuentes en este grupo de edad. Son muy frecuentes (4-5% de los niños presentan) desde los 6 meses de edad hasta los 5 años. Son episodios de apnea brusca al final de la espiración, seguidos de alteración del nivel de conciencia y del

tono muscular variables. Existen dos formas clínicas, el espasmo del sollozo cianótico —el más frecuente— y el pálido. Una buena anamnesis debería poder establecer el diagnóstico sin problemas. Es importante recordar que si el episodio de apnea dura más de 10-15 segundos se pueden producir 2-3 sacudidas clónicas. Otros episodios frecuentes en este grupo de edad son el síndrome de Sandifer y el tortícolis paroxístico.

El *mioclonus* benigno del lactante se caracteriza por espasmos tónicos y mioclónicos, que suelen afectar a la cabeza y al tronco, y aparecen entre los 3 y los 15 meses de vida. No afecta al desarrollo neurológico y suele desaparecer espontáneamente, antes de los 2 años de vida. A pesar de la benignidad de este cuadro, durante la lactancia, las mioclonias deberían alertar de la posibilidad de epilepsia o de daño neurológico. No hay que olvidar que el síndrome de West es propio de este grupo de edad, que el patrón electroencefalográfico permite establecer el diagnóstico y que se beneficia de un tratamiento precoz.

- **Niños mayores de 2 años:** además de los espasmos del sollozo, son frecuentes el onanismo, los tics, los terrores nocturnos y los movimientos rítmicos del sueño.
- **Adolescentes:** los síncope, y en particular los vasovagales, son los protagonistas durante la adolescencia. Se trata de episodios de pérdida de conciencia y del tono muscular; bruscos y de corta duración, que pueden acompañarse de 2-3 movimientos clónicos. Se resuelven espontáneamente. Los pródromos con sensación de malestar abdominal, visión borrosa, palidez y sudoración son claves para establecer el diagnóstico. El paciente nota que le está pasando algo, que se va a desmayar. En este caso, lo más importante es establecer el origen no cardíaco del mismo. Dos características deberían alertar del posible origen cardíaco: pérdidas de conciencia muy bruscas, sin pródromos y síncope que ocurren durante el ejercicio.

El principal diagnóstico diferencial hay que hacerlo, en la mayoría de los casos, con la epilepsia. Cuando la historia no sea suficiente, se debería solicitar un electroencefalograma (EEG), sin embargo con frecuencia el resultado no es concluyente: un EEG interictal normal no permite excluir el diagnóstico de epilepsia. Por ello, los registros de EEG durante un episodio son de mucho valor. En la actualidad, la monitorización video-electroencefalográfica es la prueba de elección para diferenciar los episodios epilépticos de los no epilépticos. Lógicamente, la sensibilidad es mayor cuanto más tiempo de monitorización. Es muy efectivo en adolescentes y en niños con crisis o episodios muy frecuentes.

El tratamiento dependerá del diagnóstico final, aunque, la mayoría de los TPNE no precisan ninguna terapia. La información es la principal herramienta para tranquilizar a los padres y despejar todas las dudas.

BIBLIOGRAFÍA

- Dieckmann RA. Pediatric Assessment. In: Gausche-Hill M, Fuchs S, Yamamoto L (eds.). *The Pediatric Emergency Medicine Resource*. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers; 2004. p.20-51.
- Calvo Macías C, Rodríguez Núñez A, López-Herce Cid J, Manrique Martínez I. Reanimación cardiopulmonar básica en pediatría. En: Grupo Español de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica y Neonatal, eds. *Manual de reanimación Cardiopulmonar avanzada pediátrica y neonatal*. Madrid: Publimed; 2006. p.59-78.
- Carrillo Álvarez A, Martínez Gutiérrez A, Salvat Germán F. Reconocimiento del niño con riesgo de parada cardiocirculatoria. En: Grupo Español de Reanimación Cardiopulmonar Pediátrica y Neonatal, eds. *Manual de reanimación Cardiopulmonar avanzada pediátrica y neonatal*. Madrid: Publimed; 2006. p.43-57.
- Perry H. Stridor. In: Fleisher GR, Ludwig S, Henretig FM (eds.). *Textbook of Pediatric Emergency Medicine*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 643-7.
- Wang VJ. Wheezing. In: Fleisher GR, Ludwig S, Henretig FM (eds.). *Textbook of Pediatric Emergency Medicine*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 701-8.
- Weiner DL. Respiratory Distress. In: Fleisher GR, Ludwig S, Henretig FM (eds.). *Textbook of Pediatric Emergency Medicine*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 605-17.
- Cohen AR. Pallor. In: Fleisher GR, Ludwig S, Henretig FM (eds.). *Textbook of Pediatric Emergency Medicine*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 535-43.
- Podlipski MA, Peuch AC, Belloncle V, Rigal S, Grall-Lerosay M, Castanet M, et al. Adolescents consulting at the pediatric emergency room for psychological or psychiatric reasons. *Arch Pediatr*. 2014;21:7-12.
- Crespo Marcos D, Solana García MJ, Marañón Pardillo R, Gutierrez Regidor C, Crespo Medina M, Míguez Navarro C, et al. Psychiatric patients in the pediatric emergency department of a tertiary care center: review of a 6-month period. *An Pediatr (Barc)*. 2006;64:536-41.
- Jans T, Schneck-Seif S, Weigand T, Schneider W, Ellgring H, Wewetzer C, et al. Long-term outcome and prognosis of dissociative disorder with onset in childhood or adolescence. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2008;2:19.
- Kozłowska K, Nunn KP, Rose D, Morris A, Ouvrier RA, Varghese J. Conversion disorder in Australian pediatric practice. *J Am Acad Child Psy*. 2007;46:68-75.
- Paolicchi JM. The spectrum of nonepileptic events in children. *Epilepsia*. 2002;43 Suppl 3:S60-4.
- Asano E, Pawlak C, Shah A, Shah J, Luat AF, Ahn-Ewing J, et al. The diagnostic value of initial video-EEG monitoring in children – Review of 1000 cases. *Epilepsy Res*. 2005;66:129-35.
- Kotagal P, Costa M, Wyllie E, Wolgamuth B. Paroxysmal nonepileptic events in children and adolescents. *Pediatrics*. 2002;110:e46.